

**Визначення потреб чоловіків, які
практикують секс з чоловіками, в основних
послугах із профілактики ВІЛ/СНІДу,
лікування, догляду та підтримки**
Повний аналітичний звіт за результатами дослідження

Схвалено та рекомендовано до оприлюднення Постійною референтною групою з питань ЛГБТ-спільноти та ЧСЧ-сервісних проектів в Україні

У вересні - листопаді 2009 року в рамках проекту «Підсилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні через захист прав людини серед чоловіків, які мають секс з чоловіками, (ЧСЧ)» було проведено дослідження «Визначення потреб ЧСЧ в основних послугах з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки». Дане дослідження виконувала компанія «ГФК Юкрейн» (GfK Ukraine).



Україна Програма розвитку ООН є глобальною мережею ООН в галузі розвитку, організацією, яка виступає за позитивні зміни та надає країнам доступ до джерел знань, досвіду та ресурсів задля допомоги людям в усьому світі будувати краще життя. Ми співпрацюємо з 166 країнами світу, допомагаючи їм знаходити власні шляхи розв'язання глобальних та національних проблем в галузі розвитку. Покращуючи свої власні можливості, вони мають змогу використовувати досвід і знання співробітників ПРООН та широкого кола наших партнерів.

Починаючи з 1993 року, Програма розвитку ООН допомагає Україні на шляху до забезпечення кращих стандартів життя, добробуту та демократії. Ми пропонуємо найкращий міжнародний досвід з метою поліпшення спроможності наших національних партнерів в Уряді, в органах місцевої влади та серед місцевих громад подолати виклики людського розвитку. У тісній співпраці з ними ми підтримуємо ініціативи, які працюють на зменшення рівня бідності, поліпшення доступу громадян до якісніших соціальних послуг. ПРООН допомагає в подальшому розвитку демократичного врядування, в реформуванні державних установ, охороні довкілля, посиленні ролі жінок в громадсько-політичному житті, гарантуванні вдалого місцевого розвитку. В нашій діяльності ми забезпечуємо баланс між впровадженням заходів щодо розробки політико-правових документів, аналітично-дорадчою діяльністю та заходами з поліпшення спроможності наших національних партнерів, окремими пілотними проектами.

Допомагаємо розробити українські рішення задля досягнення українських цілей розвитку.

Більше інформації про діяльність ПРООН в Україні: www.undp.org.ua

Зміст

Умовні скорочення	6
1. Резюме дослідження: методологічні засади, основні висновки та рекомендації	7
2. Аналіз законодавства щодо прав і статусу ЧСЧ у контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД в Україні	15
2.1. Перелік законодавчих документів	15
2.2. Визначення прав та статусу ЧСЧ у контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні	16
2.3. Загальні законодавчі засади, які можна використати для захисту прав і свобод ЧСЧ ..	17
2.4. Висновки щодо прогалин у законодавстві щодо ЧСЧ в контексті протидії епідемії ВІЛ/СНІДу	19
3. Огляд досліджень ЧСЧ в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу, проведених в Україні в 2004-2009	20
3.1. Класифікація досліджень	20
3.2. Дослідження з метою оцінки кількості ЧСЧ та частки ВІЛ-позитивних серед них	21
3.3. Поведінкові дослідження ЧСЧ	24
3.4. Дослідження ставлення до ЧСЧ	31
3.5. Висновки щодо прогалин в дослідженнях ЧСЧ	33
4. Аналіз результатів фокус-групових дискусій з ЧСЧ	34
4.1. Методологія дослідження	34
4.2. Аналіз результатів фокус-груп з ЧСЧ	36
4.3. Висновки щодо оцінки існуючих послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу та незадоволених потреб ЧСЧ	47
4.4. Аналіз результатів фокус-групи з ВІЛ-позитивними ЧСЧ	47
4.5. Висновки щодо оцінки існуючих послуг з догляду і підтримки та незадоволених потреб ВІЛ-позитивних ЧСЧ	55

5.	Аналіз результатів «таємних візитів» до СНІД-центрів	55
5.1	Методологія дослідження	55
5.2	«Таємні візити» у Донецьку	56
5.3	«Таємні візити» у Києві	57
5.4	«Таємні візити» у Львові	57
5.5	«Таємні візити» в Одесі	57
5.6	«Таємні візити» в Полтаві.....	58
5.7	Висновки щодо доступності, якості і ефективності надання ДКТ	59
6.	Аналіз результатів з представниками референтних організацій	59
6.1	Методологія дослідження	59
6.2	Аналіз результатів інтерв'ю з урядовими організаціями.....	59
6.3	Аналіз результатів інтерв'ю з представниками міжнародних недержавних організацій, які опікуються проблематикою ВІЛ/СНІДу	62
6.4	Аналіз результатів інтерв'ю з представниками українських недержавних організацій, які опікуються проблематикою ВІЛ/СНІДу	67
6.5	Аналіз результатів інтерв'ю з представником ВГО «Гей-альянс Україна»	69
6.6	Аналіз результатів інтерв'ю з представником «Всеукраїнської мережі ЛЖВ»....	70
6.7	Аналіз результатів інтерв'ю з представником Школи соціальної роботи ім. В.І. Полтавця , що працює з ЧСЧ	73
6.8	Аналіз результатів інтерв'ю з представниками організацій, що надають послуги ДКТ.....	74
6.9	Аналіз результатів інтерв'ю з представниками центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	86
6.10	Аналіз результатів інтерв'ю з представниками регіональних недержавних організацій, що опікуються проблематикою ВІЛ/СНІДу	93
6.11	Висновки щодо визначення незадоволених потреб, прогалин в інформації, законодавстві, наявних послугах та бар'єрів для користування існуючими послугами з позиції ЧСЧ	111

Додаток 1. Інформація про учасників ФГД.....113

Таблиця 1. Соціально-демографічні характеристики учасників ФГД: ЧСЧ.....113

Таблиця 2. Соціально-демографічні характеристики учасників ФГД: ВІЛ-позитивні ЧСЧ114

Таблиця 3. Сексуальний досвід учасників ФГД115

Таблиця 4. Частість отримання послуг, які пропонують ЧСЧ різноманітні організації..115

Додаток 2. Узагальнююча таблиця із результатами візитів у кожну з досліджуваних організацій117

Таблиця 1. Узагальнююча таблиця результатів ДКТ «таємних клієнтів»117

Таблиця 2. Перелік пунктів проходження ДКТ «таємними клієнтами»118

Додаток 3. Перелік організацій, представники яких взяли участь в опитуванні представників референтних організацій.....119

Таблиця 1. Представники установ, що мають найбільший вплив на процес прийняття рішень на національному рівні.....120

Таблиця 2. Представники організацій, що надають послуги ДКТ120

Таблиця 3. Представники центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді123

Таблиця 4. Представники регіональних референтних НДО та ініціативних груп, що опікуються проблематикою ВІЛ/СНІДу124

Скорочення

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВІЛ-інфекція – захворювання, що виникає внаслідок інфікування ВІЛ та має різні етапи розвитку: від носійства до клінічно виражених форм

ВІЛ-позитивні – інфіковані ВІЛ

ВІЛ-статус – наявність чи відсутність ВІЛ за результатами лабораторного обстеження

ДКТ – добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом

ІФА – імуноферментний аналіз

ЛГБТ – спільнота лесбіянок, геїв, бісексуалів і транс'єндерів

ЛЖВ – люди, що живуть з ВІЛ/СНІДом

НДО – недержавна організація

ЖКС – жінки комерційного сексу

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків

СНІД – синдром набутого імунодефіциту, термінальна стадія ВІЛ-інфекції

СНІД-центр – центр профілактики та боротьби зі СНІДом

ФГД – фокус-групові дискусії

ЧСЧ (російською: МСМ) – чоловіки, що мають секс з чоловіками

Код 103 – умовне позначення у медичній документації осіб, що мали гомосексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами

Дослідження

Визначення потреб чоловіків, які практикують секс з чоловіками, в основних послугах із профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки

У вересні - листопаді 2009 року в рамках проекту «Підсилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні через захист прав людини серед чоловіків, які мають секс з чоловіками, (ЧСЧ)», який спрямований на підтримку прав людини, зменшення стигматизації та забезпечення рівного доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки, було проведене дослідження «Визначення потреб ЧСЧ в основних послугах з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки». Дане дослідження виконувала компанія «ГФК Юкрейн» (GfK Ukraine).

Цілями дослідження є:

- Визначення основних потреб ЧСЧ в послугах з профілактики ВІЛ-СНІДу, догляду, підтримки та інших медичних та соціальних послугах;
- Оцінка доступності, якості й ефективності наявних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки з позиції ЧСЧ;
- Визначення незадоволених потреб, прогалин в інформації, законодавстві, наявних послугах та бар'єрів для користування існуючими послугами з позиції ЧСЧ;
- Розробка рекомендацій щодо удосконалення існуючих та впровадження нових послуг, необхідних ЧСЧ, моделювання ефективної системи послуг на існуючій базі.

Цільова аудиторія дослідження:

- ЧСЧ спільнота в Україні;
- Державні та недержавні організації, які опікуються питаннями ВІЛ/СНІДу та ЧСЧ;
- Українське суспільство.

Резюме дослідження: методологічні засади, основні висновки та рекомендації

Оновлені оцінки стосовно ВІЛ/СНІД в Україні засвідчують, що в Україні проживає 360 тисяч людей, віком від 15 років і старше, інфікованих ВІЛ. Цей **показник є одним з найвищих в європейському регіоні і на початок 2010 року становить 1,33% дорослого населення**. Іншими словами, тільки кожен третій з людей, які живуть з ВІЛ в Україні, знає свій ВІЛ-

позитивний статус.¹ За даними експертних оцінок, чоловіки, що практикують секс з чоловіками (ЧСЧ), складають 16% від усіх ВІЛ-інфікованих чоловіків в Україні².

Згідно з Комплексною зовнішньою оцінкою національних заходів з протидії СНІД в Україні³ у 2007 році 10 000 ЧСЧ або близько 5% від нижньої межі оцінкової кількості були охоплені профілактичними послугами з протидії ВІЛ/СНІДу. За звітом МБФ «Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні» станом на 1 січня 2009 року 19 749 ЧСЧ були охоплені профілактичними програмами⁴. На жаль, цих зусиль поки недостатньо для того, щоб зупинити поширення ВІЛ серед ЧСЧ.

Методологія дослідження:

- Аналіз законодавства щодо прав і статусу ЧСЧ у контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні;
- Огляд попередніх досліджень ЧСЧ в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу, проведених в Україні в період з 2004 по 2009 рік;
- Проведення фокус-групових дискусій (ФГД) з ЧСЧ (по чотири ФГД з ЧСЧ в Донецьку, Львові, Одесі і Полтаві та одна ФГД з ВІЛ-позитивними ЧСЧ в Одесі);
- Проведення інтерв'ю з працівниками Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства внутрішніх справ України, ВІЛ-сервісних та гей-організацій, СНІД-центрів, соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді по всій Україні (150 інтерв'ю);
- Проведення дослідження методом "таємний клієнт" у СНІД-центрах (10 візитів ЧСЧ до СНІД-центрів у Києві, Одесі, Донецьку, Львові, Полтаві);
- Обговорення результатів дослідження з експертами під час круглих столів в Одесі, Львові та Києві;
- Обговорення фінального звіту з членами Постійною референтною групою з питань ЛГБТ-спільноти та ЧСЧ-сервісних проектів в Україні (ПРГ-Україна). Методологія та проміжні результати дослідження також обговорювались та узгоджувались з членами ПРГ-Україна;
- Підготовка повного аналітичного звіту за результатами дослідження.

¹Рішення Національної Ради від 11 вересня 2009 року

²Бочкова Л. Епидемическая ситуация по ВИЧ/СПИД в Украине. Киев: Украинский центр профилактики и борьбы со СПИДом, 2008. НЕОБХІДНЕ ПОСИЛАННЯ НА НОМЕР СТОРІНКИ

³Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні – с 15, Зведений звіт доступний на сайті ПРООН в Україні: http://www.un.org.ua/files/20090522_ukr_240_4.pdf, с. 15.

⁴ http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/finalreport/pdf/ar_2008_ua.pdf, с. 38.

Висновки щодо результатів дослідження

В результаті аналізу інформації, отриманої впродовж усіх етапів дослідження, були розроблені рекомендації щодо покращення медичного обслуговування та якості соціальних послуг, в контексті профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ, догляду за ВІЛ-позитивними ЧСЧ та їхньої підтримки.

В умовах високого рівня стигматизації ЧСЧ у суспільстві найбільш ефективним є впровадження і розвиток системи профілактичних послуг, а також послуг з догляду та підтримки *в межах груп ЧСЧ* на базі ком'юніті-центрів та інших ЧСЧ-сервісних організацій.

Водночас необхідне збільшення доступності загальних послуг та розвиток спеціальних послуг для ЧСЧ на базі СНІД-центрів та центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді – це є особливо актуальним для міст, де відсутні ком'юніті-центри та ВІЛ-сервісні організації, що спеціалізуються на роботі з ЧСЧ. Такі послуги особливо потрібні для ЧСЧ, які не бажають ідентифікуватися з гей/бі-спільнотою та мати соціальні зв'язки з групами ЧСЧ. Загалом, розроблені рекомендації можна умовно поділити на 4 групи:

- Загальні рекомендації щодо підвищення ефективності охоплення ЧСЧ наявною системою послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки;
- Рекомендації щодо розвитку системи профілактичних та соціальних послуг в межах груп ЧСЧ;
- Рекомендації щодо розвитку системи профілактичних та соціальних послуг для ЧСЧ на базі СНІД-центрів та державних соціальних служб;
- Рекомендації щодо удосконалення послуг з догляду та підтримки ВІЛ-позитивних ЧСЧ.

Загальні рекомендації щодо підвищення ефективності охоплення ЧСЧ наявною системою послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки

Для ефективного планування та розподілу ресурсів, спрямованих на роботу з ЧСЧ, необхідні надійні регулярні дані щодо чисельності та географічного розподілу ЧСЧ і частки ВІЛ-позитивних серед них. З 2005 року в Україні проводилося кілька розрізнених досліджень ЧСЧ в контексті поширення епідемії ВІЛ/СНІДу, переважно з обмеженою географією. Наразі, інтегровані регулярні дані, отримані за єдиною методологією, відсутні. Тому рекомендується об'єднати зусилля представників неурядових організацій та фахівців з проведення опитувань для організації регулярних досліджень:

- З метою відстеження чисельності та географічного розподілу ЧСЧ рекомендується проведення регулярних опитувань населення у віці 14-49 років щодо досвіду гомосексуальних контактів методом самозаповнення анкет із дотриманням анонімності (наприклад, респонденти можуть давати свої контакти інтерв'юєру для контролю проведення інтерв'ю, але повинні заповнювати анкети анонімно та вкидати їх у закритий бокс із отвором);

- З метою відстеження частки ВІЛ-позитивних ЧСЧ рекомендується щодворічне проведення дозорного епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією серед ЧСЧ, принаймні, у містах з населенням понад 100 тис. жителів за єдиною методологією відбору (рекомендований метод: вибірка, що направляється та реалізується самими респондентами (Respondent' Driven Sample – RDS) та об'єм вибірки від 50 до 200 осіб у кожному населеному пункті).

Результати фокус-групових дискусій та інтерв'ю з представниками референтних організацій доводять, що стигматизація і самостигматизація є для ЧСЧ основним бар'єром для користування послугами неспеціалізованих ВІЛ-сервісних організацій і медичних закладів. Для боротьби зі стигматизацією ЧСЧ рекомендуються такі заходи:

- Закріплення в українському законодавстві заборони дискримінації за сексуальною орієнтацією; запровадження ефективних антидискримінаційних механізмів;

- Проведення дослідження причин стигматизації ЧСЧ та визначення ефективних заходів, спрямованих на зміну ставлення громадськості до ЧСЧ;

- Проведення серії тренінгів та антидискримінаційних семінарів з працівниками органів МВС (особливо актуально для м. Львова), введення в сферу відповідальності посадових осіб/підрозділів МВС питань протидії дискримінації на ґрунті сексуальної орієнтації;

- Запровадження моніторингу порушення прав ЧСЧ.

Рекомендації щодо розвитку системи профілактичних та соціальних послуг в межах груп ЧСЧ

Дослідження показало, що найбільш ефективними є профілактичні послуги, інтегровані у практики дозвілля та спілкування ЧСЧ, зокрема на базі ком'юніті-центрів (успішний приклад – «Вавилон» в Одесі), куди ЧСЧ приходять передусім поспілкуватися один з одним, а також і отримати презервативи та лубриканти, пройти тестування на ВІЛ, взяти участь в тренінгах, отримати юридичні та психологічні консультації.

Відповідно, рекомендується:

- Розвиток існуючих та створення нових ком'юніті-центрів й інших ЧСЧ-сервісних організацій, організація навчання працівників цих організацій та обміну досвідом між ними;

- Регулярні перевірки якості презервативів і лубрикантів працівниками ЧСЧ-організацій, опитування клієнтів щодо їх якості;
- Впровадження антидискримінаційних програм на базі ЧСЧ-сервісних організацій: надання юридичних консультацій, поширення інформаційних матеріалів, проведення семінарів та тренінгів;
- Впровадження психотерапевтичних послуг на базі ЧСЧ-сервісних організацій (оптимальним є підхід «рівний — рівному»);
- Заохочення ЧСЧ-організацій до налагодження співпраці передусім зі СНІД-центрами, а також із іншими ВІЛ-сервісними організаціями, державними соціальними службами, правозахисними організаціями. Зокрема, ЧСЧ-сервісні організації можуть формувати базу організацій, які готові працювати з ЧСЧ, та поширювати інформацію про ці організації серед своїх клієнтів.

В процесі дослідження було виявлено, що профілактичні програми на базі ЧСЧ-сервісних організацій недостатньо охоплюють ЧСЧ у віці 35+, тому рекомендується:

- Акцентування уваги на роботі з ЧСЧ у віці 35+ та чоловіками – секс-працівниками, спеціальні програми їх охоплення, зокрема, методом аутрич.

Рекомендації щодо розвитку системи профілактичних та соціальних послуг для ЧСЧ на базі СНІД-центрів та державних соціальних служб

Дослідження показало, що консультанти переважної більшості СНІД-центрів не мають досвіду консультування ЧСЧ через те, що ЧСЧ до них або не звертаються, або, якщо і звертаються, не зізнаються в одностатевих зв'язках. При цьому, працівники СНІД-центрів висловлювали бажання працювати з ЧСЧ та набути відповідних навичок. Відповідно, рекомендується:

- Проведення серії тренінгів із роботи з ЧСЧ для консультантів СНІД-центрів із паралельною популяризацією певних «лояльних до ЧСЧ» СНІД-центрів через гей-клуби, Інтернет тощо (особливо в містах, де немає ЧСЧ-організацій) із наголосом на анонімності та безкоштовності тестування. Також якщо розташування СНІД-центру дозволяє уникнути випадкових зустрічей із знайомими, важливо на цьому наголосити – особливо в маленьких містах;
- Заохочення співпраці СНІД-центрів з ЧСЧ-організаціями та неформальними об'єднаннями ЧСЧ;
- Забезпечення можливостей анонімного та безкоштовного тестування у всіх пунктах добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію, моніторинг недотримання цих вимог. Зокрема, виявило дослідження обмежені можливості для анонімного тестування на ВІЛ-інфекцію в Одесі та Донецьку;
- Забезпечення СНІД-центрів спеціалізованою літературою для ЧСЧ.

За результатами дослідження центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді не працюють з ЧСЧ і часто не сприймають їх як ВІЛ-вразливу групу (вбачають проблеми ЧСЧ скоріше в тому, що вони ЧСЧ, а не в контексті поширення епідемії

ВІЛ/СНІДу), зрідка трапляються випадки нетолерантного ставлення та стигматизації (переважно з боку працівників старше 45 років).

Відповідно, рекомендується:

- Проведення тренінгів та антидискримінаційних семінарів з працівниками центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, введення в сферу відповідальності посадових осіб/структурних підрозділів соціальну роботу з ЧСЧ.

Рекомендації щодо удосконалення послуг з догляду та підтримки ВІЛ-позитивних ЧСЧ

Дослідження показало, що базовими потребами ВІЛ-позитивних ЧСЧ є доступ до лікування, передусім, опортуністичних інфекцій, інформація та спілкування. Також дослідження виявило поширену практику відмов надавати медичні послуги ВІЛ-позитивним ЧСЧ під різними приводами, через що вони схильні приховувати свій ВІЛ-позитивний статус при звертанні до лікарів у випадку «легких» захворювань.

Відповідно, рекомендується:

- Проведення моніторингу порушення прав ВІЛ-позитивних, зокрема, ЧСЧ, при повідомленні лікарському персоналові про ВІЛ-позитивний статус, отриманні антиретровірусної терапії, лікуванні опортуністичних інфекцій та отриманні інших медичних послуг, здійснення державного контролю за забезпеченням антиретровірусної терапії для всіх ВІЛ-позитивних;
- Створення «посібника» для ВІЛ-позитивних ЧСЧ із рекомендаціями, як себе поводити у різних життєвих та побутових ситуаціях, куди можна звернутися за різними видами послуг, коли оприлюднювати свій статус, а коли – ні, як вирішувати різні проблеми, пов'язані з ВІЛ-позитивним статусом, тощо. Зокрема, рекомендується проведення роз'яснювальної кампанії щодо необхідності повідомляти про свій статус лікарям, розміщення посібника в Інтернеті та розповсюдження серед ЧСЧ-сервісних організацій та СНІД-центрів;
- Надання повторного післятестового консультування – консультанти СНІД-центрів могли б запрошували пацієнта прийти ще раз невдовзі після повідомлення про позитивний ВІЛ-статус і відповідали на нагальні питання, що виникають у хворого після першого психологічного шоку, що з високою ймовірністю виникає внаслідок раптового дізнання про свій ВІЛ-позитивний статус. Також, консультантам слід інформувати пацієнтів про доступність та безкоштовність антиретровірусної терапії та надавати інформацію про організації, до яких можна звернутись за необхідними послугами, пов'язаними, з одного боку, з наявністю ВІЛ-позитивного статусу, а з іншого — із тією обставиною, що людина належить до категорії ЧСЧ.

Дослідження показало, що ВІЛ-позитивні ЧСЧ стигматизуються не тільки у суспільстві в цілому (і як ВІЛ-позитивні, і як ЧСЧ), але й у спільноті самих ЧСЧ. В умовах високого рівня стигматизації надання послуг ВІЛ-позитивним ЧСЧ знову ж таки має здійснюватись передусім *в межах їхніх груп*.

Відповідно, рекомендується:

- Забезпечення розвитку існуючих та створення нових організацій та груп для ВІЛ-позитивних ЧСЧ, надання психологічної та юридичної допомоги на їхній базі.

З іншого боку, необхідно сприяти інтеграції ВІЛ-позитивних ЧСЧ до ЧСЧ-спільноти як до найбільш спорідненої їм спільноти. Рекомендується:

- Впровадження інформаційно-просвітницьких програм щодо ставлення до ВІЛ-інфікованих на базі ЧСЧ-організацій, анонімна інтеграція ВІЛ-позитивних ЧСЧ (як це реалізовано в ком'юніті-центрі «Вавилон»: клієнти центру не знають, хто з відвідувачів є ВІЛ-позитивним, групи для ВІЛ-позитивних проводяться окремо).

Окрім загальних рекомендацій щодо організації медичного обслуговування та соціальних послуг для ЧСЧ на основі дослідження були розроблені рекомендації для основних груп професіоналів, що працюють з ЧСЧ в контексті протидії епідемії ВІЛ/СНІДу.

Рекомендації для медичних працівників

Результати інтерв'ю з представниками організацій, які надають послуги з ДКТ, свідчать: незважаючи на те, що аногенітальний секс є найбільш небезпечною практикою з точки зору інфікування ВІЛ, ця тема замовчується при консультаціях якщо пацієнт сам її не порушує. Оскільки дослідження показало, що абсолютна більшість ЧСЧ приховують свою орієнтацію та характер своїх сексуальних практик в тому числі і при відвідуванні медичних закладів, рекомендується:

- Не ставити чоловікам прямих запитань щодо їхньої орієнтації чи сексуальних контактів з чоловіками, але докладно розповідати про стратегії зменшення шкоди при аногенітальному сексі (не уточнюючи, чи йдеться про секс з чоловіком чи з жінкою) під час ДКТ та будь-яких інших консультацій щодо сексуальних практик.

За даними проведеного дослідження, через стигматизацію та дискримінацію у медичних закладах ВІЛ-позитивні ЧСЧ схильні приховувати свій ВІЛ-позитивний статус від медичних працівників, що може призвести до неправильного лікування чи навіть інфікування лікаря (знання статусу підвищить увагу та обережність та знизить ймовірність недотримання санітарно-гігієнічних норм). Відповідно, рекомендується:

- На певному етапі прийому пацієнта йому варто запропонувати заповнення анкети із переліком поширених інфекційних захворювань включно з ВІЛ-інфекцією із запевненням в анонімності та необхідності цієї інформації для ефективного лікування, а також тому, що зазначення тих чи інших захворювань не призведе до відмови від лікування, а навпаки, дозволить лікареві подати більш ефективну допомогу;
- Надання ЧСЧ та ВІЛ-позитивним ЧСЧ інформації щодо організацій, де вони можуть отримати медичні та соціальні послуги.

Рекомендації для соціальних робітників

- Оскільки дослідження щодо ЧСЧ доводять високий ступінь закритості цієї групи, рекомендується працювати з ними передусім через активістів гей-спільноти як найбільш спорідненої соціальної групи;

- Рекомендується проводити консультації з ЧСЧ щодо того, які саме презервативи та лубриканти слід використовувати;
- Не рекомендується проводити роботу з ЧСЧ в присутності сторонніх осіб чи представників інших уразливих груп;
- При аутичній-роботі з ЧСЧ чи їх рекрутингу для участі в профілактичних програмах рекомендується приділяти особливу увагу таким підгрупам як неповнолітні ЧСЧ, чоловіки – секс-працівники та ЧСЧ у віці понад 35 років;
- Надавати ЧСЧ та ВІЛ-позитивним ЧСЧ докладну інформацію щодо організацій, де вони можуть отримати медичні та соціальні послуги;
- Рекомендується не ставити чоловікам прямих запитань щодо їхньої орієнтації чи сексуальних контактів з чоловіками, але докладно розповідати про безпечні практики аногенітального сексу (не уточнюючи, чи йдеться про секс з чоловіком чи з жінкою) та доцільність використання лубрикантів.

Рекомендації для правоохоронців

- При порушеннях прав ЧСЧ на анонімне, безкоштовне, доступне та якісне проходження добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію, розголошенні медичної інформації та порушенні прав ВІЛ-позитивних ЧСЧ рекомендується використовувати норми закону України «Про запобігання захворювань на СНІД та соціальний захист населення». Також конфіденційність медичної інформації захищається Статтею 31 Закону України «Про інформацію», Статтею 286 Цивільного кодексу та Статтею 132 Кримінального кодексу України.
- У випадках дискримінації ЧСЧ рекомендується посилатися на наступні норми, що забороняють дискримінацію за відкритим переліком ознак: статтю 24 Конституції України, статтю 161 Кримінального кодексу, статтю 2-1 Кодексу законів про працю. Також в цьому контексті рекомендується посилатися на Міжнародний пакт про громадянські та політичні права, ратифікований в Україні, до якого Комітет ООН з прав людини надав офіційне тлумачення щодо включення норми проти дискримінації за сексуальною орієнтацією⁵. Відповідно до Статті 9 Конституції України чинні міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, є частиною національного законодавства України. Відповідно до Статті 3 Сімейного кодексу гомосексуальна пара може вважатися сім'єю, тому для захисту прав ЧСЧ також рекомендується посилатися на положення Сімейного кодексу, які захищають права членів сім'ї.
- Аналіз законодавства щодо прав і статусу ЧСЧ у контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД в Україні

⁵ Legal aspects of HIV/AIDS. A Guide for Policy and Law Reform. By Lance Gable, World Bank, World Bank. Global HIV/AIDS Program – 2007. - Washington, D.C. – p. 121

2. Аналіз законодавства щодо прав і статусу ЧСЧ у контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД в Україні

2.1. Перелік законодавчих документів

Законодавство щодо прав і статусу ЧСЧ у контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні станом на 1 жовтня 2009 року сформовано наступними документами:

■ Національне законодавство:

- Конституція України;
- Закон України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення»;
- Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки (затверджена Законом України від 19 лютого 2009 року № 1026 - VI);
- Цивільний кодекс України;
- Кримінальний кодекс України;
- Закон України «Про інформацію»;
- Кодекс законів про працю України;
- Сімейний кодекс України та інші.

■ Міжнародне законодавство:

- Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом (ООН, 2001);
- Міжнародний пакт про громадянські та політичні права (ООН, 1966);
- Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (ООН, 1966);
- Конвенція про запобігання дискримінації в галузі освіти (ЮНЕСКО, 1960);
- Конвенція про дискримінацію у галузі праці та занять (Міжнародна організація праці, 1958);
- Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (Рада Європи, 1950);
- Загальна декларація прав людини (ООН, 1948 року) та інші документи.

Ці документи можна умовно розподілити на дві різні, але взаємопов'язані категорії:

- 1) *Визначення прав і статусу ЧСЧ у контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні;*
- 2) *Загальне правове підґрунтя, яке можна використовувати для захисту прав і свобод ЧСЧ.*
Законодавчі норми щодо конфіденційності особистої інформації та неприпустимості дискримінації є особливо важливими, оскільки вони дозволяють протидіяти стигматизації ЧСЧ, яка є одним з факторів уразливості даної соціальної групи до поширення ВІЛ-інфекції.

2.2. Визначення прав та статусу ЧСЧ у контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні

ЧСЧ вперше офіційно визнано в Україні групою ризику відповідно до Програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001–2003 роки, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 року № 790. Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, допомоги та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки (далі – Програма) містить відкритий перелік груп ризику, на які мають бути спрямовані особливі профілактичні заходи, але там не згадуються ЧСЧ⁶. Втім, у Додатку до Програми (Завдання і заходи з виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки) передбачається спеціальне фінансування заходів з первинної профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед ЧСЧ. Серед держаних органів відповідальними за надання послуг з профілактики ВІЛ-інфекції для ЧСЧ Програма визначає Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство сім'ї, молоді та спорту України.

Згідно з Декларацією ООН про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, контроль над виконанням якої забезпечується Програмою, уразливі групи населення у контексті ВІЛ/СНІД можуть бути визначені як «...конкретных групп, в которых в данный момент отмечаются высокие или растущие уровни ВИЧ-инфекции или в которых, по данным органов общественного здравоохранения, отмечается самый высокий риск и степень подверженности инфекции, что обусловлено такими факторами, как местные особенности эпидемии, нищета, сексуальная практика, способы употребления наркотиков, источники средств к существованию, местоположение лечебных учреждений, подрыв социальных структур и вынужденная или иная миграция населения».

Таким чином, міжнародні зобов'язання України забезпечують підґрунтя для того, щоб розглядати ЧСЧ як ВІЛ-уразливу групу, що вимагає спеціальних програм та фінансування. Уразливість ЧСЧ до ВІЛ засвідчується також даними прямого моніторингу: рівень поширеності ВІЛ серед ЧСЧ становить в Україні 8,6 %, що рівно вдесятеро вище рівня поширеності ВІЛ серед загального населення у віці від 15 років (за даними 2009 року, коли було здійснено останнє біоповедінкове дослідження серед ЧСЧ).

На даний момент українське законодавство забезпечує лише одну спеціальну послугу для ЧСЧ у контексті протидії ВІЛ/СНІДу - це перед- та після тестові консультації для представників цієї групи. Спеціальний порядок для консультування ЧСЧ визначений Наказом Міністерства охорони здоров'я України №415 від 19.08.2005 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію»⁷. Усі інші соціальні послуги в контексті протидії

⁶ Програма передбачає «посилення профілактичних заходів серед представників груп ризику (споживачів ін'єкційних наркотиків; осіб, які утримуються в установах виконання покарань; звільнених від відбування покарань; осіб, які займаються проституцією; мігрантів; безпритульних та бездомних громадян, передусім дітей, у тому числі із сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах, тощо)

⁷ http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050819_415.html

епідемії ВІЛ/СНІДу згідно чинного законодавства надаються представникам групи ЧСЧ на загальних підставах.

Таким чином, основною прогалиною у законодавстві стосовно протидії епідемії ВІЛ/СНІДу є відсутність виокремлення ЧСЧ серед ВІЛ-уразливих груп. Це перешкоджає адекватному розподілу фінансових, організаційних та людських ресурсів, необхідних для профілактичної роботи серед ЧСЧ.

Водночас, міждержавні правові документи, чинні для України, створюють сприятливе підґрунтя для лобювання та правозахисних кампаній, спрямованих на розвиток спеціальних соціальних програм для ЧСЧ у контексті протидії ВІЛ/СНІДу.

Незважаючи на те, що чинне українське законодавство гарантує доступність базових послуг стосовно профілактики ВІЛ/СНІДу (головним чином добровільного консультування і тестування на ВІЛ) кожному, хто законно перебуває на території України, стигматизація та дискримінація створюють бар'єри для охоплення цими послугами ЧСЧ, які за епідеміологічними показниками є ВІЛ-вразливою групою. Таким чином, законодавчі гарантії прав і свобод для ЧСЧ стають особливо важливими у контексті боротьби із ВІЛ/СНІДом в Україні.

2. 3. Загальні законодавчі засади, які можна використати для захисту прав і свобод ЧСЧ

2. 3. 1. Законодавче регулювання інформаційних відносин у контексті ВІЛ/СНІДу

Регулювання інформаційних відносин є необхідним з точки зору національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД у двох основних аспектах: 1) забезпечення доступності та вільного поширення інформації про ВІЛ/СНІД, профілактику, тестування та лікування для кожного, хто цього потребує; 2) забезпечення конфіденційності особистої інформації, включно із ВІЛ-статусом. Стосовно ЧСЧ обидва аспекти є надзвичайно важливими, оскільки дана група є маргіналізованою та дискримінованою.

Закон України "Про інформацію" забезпечує право на інформацію для кожного громадянина України, що включає вільне отримання, використання та зберігання інформації, яка є потрібною для реалізації прав, свобод та законних інтересів особи. Що стосується конфіденційності особистої інформації, Стаття 32 Конституції України забороняє збір, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без повідомлення його/її, за винятком випадків, визначених законом. Однак високий рівень стигматизації та соціальної ексклюзії ЧСЧ створює несприятливі умови для реалізації цього права.

В рішенні Конституційного Суду України у справі щодо офіційного тлумачення статей 3, 23, 31, 47, 48 Закону України «Про інформацію» та статті 12 Закону України «Про прокуратуру» (справа К.Г.Устименка) зазначено, що «частину четверту статті 23 Закону України "Про інформацію" треба розуміти так, що забороняється не лише збирання, а й зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її попередньої згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту, прав та свобод людини.

До конфіденційної інформації, зокрема, належать відомості про освіту, сімейний стан, релігійність, стан здоров'я, зокрема наявність ВІЛ-позитивного статусу, дата й місце народження, майновий стан та інші персональні дані, в тому числі інформація про сексуальну

орієнтацію та особисте життя людини, як це впливає із зазначеного Рішення Конституційного Суду України.

Згідно із Статтею 23 Закону України «Про інформацію» особиста інформація включає відомості про стан здоров'я. Згідно Статті 31 Закон захищає медичну таємницю. Це положення розвивається у Статті 286 Цивільного кодексу України, який зазначає, що:

- Фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні;
- Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи;
- Фізична особа зобов'язана утримуватися від поширення медичної інформації, яка стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел.

Право на конфіденційність інформації про наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особи, що пройшла медичний огляд, гарантується також законом України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення».

Загалом законодавче підґрунтя створює сприятливі передумови для забезпечення конфіденційності особистої інформації, включно із відомостями про сексуальну орієнтацію, сексуальну поведінку та ВІЛ-статус, що є необхідними для захисту прав ЧСЧ. При цьому, мають бути впроваджені активні заходи серед працівників закладів охорони здоров'я для того, щоб ці правові норми працювали на практиці.

2.3.2. Норми проти дискримінації

В українському законодавстві є ціла низка норм проти дискримінації:

- Стаття 24 Конституції України стверджує, що *«Не може бути привілеїв чи обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками»*. Сексуальна орієнтація належить до «інших» ознак;
- Міжнародний пакт про громадянські і політичні права, ратифікований Україною 1973 року, тлумачать як такий, що включає норми проти дискримінації за сексуальною орієнтацією. У 1994 році скарга Тоонена проти Австралії дозволила Комітету ООН з прав людини (тепер Рада) зробити висновок, що поняття «стать» у Статтях 2 (проти дискримінації) та 26 (рівність перед законом) Пакту треба розуміти таким, що включає сексуальну орієнтацію⁸;
- Стаття 161 Кримінального кодексу України передбачає штрафні санкції за порушення рівності людей на підставі расової приналежності, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, місця проживання, мови чи інших ознак. Сексуальна орієнтація належить до «інших» ознак;

8 Legal aspects of HIV/AIDS. A Guide for Policy and Law Reform. By Lance Gable, World Bank, World Bank. Global HIV/AIDS Program – 2007. - Washington, D.C. – p. 121

- Стаття 2-1 Кодексу законів про працю України гарантує рівність прав для всіх громадян України незалежно від походження, соціальних та матеріальних умов, статі, мови, політичних поглядів, релігійних вірувань, роду занять, місця проживання та інших обставин;
- Стаття 4 Сімейного кодексу України гарантує право на сім'ю для всіх громадян, які досягли шлюбного віку. Згідно з визначенням сім'ї, яке міститься у Статті 3, вона може складатися з людей однієї статі. Пункт 5 стаття 7 Кодексу містить відкритий перелік ознак, за якими забороняється дискримінація членів сім'ї (Відкритий перелік можна тлумачити як такий, що імпліцитно включає сексуальну орієнтацію).

У той же час, в українському законодавстві є певна кількість суперечливих положень, які ускладнюють забезпечення рівності прав ЧСЧ із усіма членами українського суспільства. Зокрема, Конституція України та Сімейний кодекс України не розглядають можливості укладання шлюбу між особами однієї статі. Стаття 22 Кодексу законів про працю України містить закритий перелік ознак, на підставі яких забороняється обмеження прав чи встановлення прямих або непрямих переваг при укладенні, зміні та припиненні трудового договору, — і сексуальної орієнтації серед цих ознак немає.

Загалом, основна прогалина чинного законодавства стосовно дотримання прав ЧСЧ полягає у відсутності згадки про сексуальну орієнтацію у національних законодавчих актах серед ознак, за якими забороняються прояви дискримінації проти особи. Така ситуація ускладнює застосування антидискримінаційних норм до ЧСЧ у юридичній практиці та ускладнює захист їх прав у національних судах.

Можливі наступні варіанти розв'язання проблеми разом із вдосконаленням законодавчих гарантій рівності прав для всього українського населення, включно із ЧСЧ:

- Офіційна інтерпретація Статті 24 Конституції України у Конституційному Суді України як такої, що включає сексуальну орієнтацію серед ознак, за якими забороняються прояви дискримінації проти особи;
- Впровадження окремих антидискримінаційних законів, що чітко вказували б на недопустимість дискримінації на підставі сексуальної орієнтації. Прикладом такого документу у зарубіжній законодавчій практиці є Тасманський Анти-Дискримінаційний Акт від 1998 р.⁹, у якому сексуальна орієнтація так само, як і сексуальна поведінка, що не суперечить закону, перераховані серед ознак, які не можуть бути підставою для дискримінації (Стаття 16).

2.4. Висновки щодо прогалин у законодавстві щодо ЧСЧ в контексті протидії епідемії ВІЛ/СНІДу

- Основна прогалина у законодавстві з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні стосовно ЧСЧ полягає у відсутності прямого визначення даної соціальної групи як ВІЛ-уразливої в основному тексті Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, допомоги та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки. Це має негативні наслідки для ЧСЧ в політичному плані та перешкоджає адекватному розподілу фінансових, організаційних та людських ресурсів, необхідних для профілактичної роботи серед ЧСЧ;

9 http://www.austlii.edu.au/au/legis/tas/consol_act/aa1998204/

- Така ж прогалина існує і в антидискримінаційному законодавстві, де відсутні прямі згадки про сексуальну орієнтацію серед ознак, за якими забороняються прояви дискримінації проти особи. Це ускладнює захист прав ЧСЧ у судах;
- Чинне законодавство у сфері інформаційних відносин створює сприятливе підґрунтя для забезпечення конфіденційності особистої інформації, включно із тою, що стосується сексуальної орієнтації та стану здоров'я, що може бути використано для захисту ЧСЧ від стигматизації та дискримінації;
- Як міжнародні зобов'язання України, так і вітчизняне законодавство створюють сприятливе підґрунтя для лобіювання та правозахисних кампаній, спрямованих на розвиток спеціальних соціальних програм для ЧСЧ у контексті протидії ВІЛ/СНІДу.

3. Огляд досліджень ЧСЧ в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу, проведених в Україні в 2004-2009 рр.

3.1 Класифікація досліджень

Дослідження ЧСЧ в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, що проводились в 2004-2009 роках, можна умовно розділити на 3 основних групи за цілями:

- **Дослідження з метою оцінки кількості ЧСЧ та частки ВІЛ-позитивних серед них.** Такі дослідження необхідні для ефективного планування та розподілу ресурсів для роботи із цією групою, в тому числі для визначення пріоритетних регіонів та населених пунктів. До того ж інформація про загальну кількість ЧСЧ та частку ВІЛ-позитивних серед них дозволить привернути увагу цільової групи та суспільства загалом до даної проблеми та довести, що ЧСЧ є групою підвищеного ризику щодо ВІЛ/СНІДу. Дуже важливо, щоб такі дослідження проводилися на постійній основі та за єдиною методологією. Таким чином можна буде відслідковувати динаміку частки ЧСЧ серед чоловічого населення України та частки ВІЛ-позитивних серед них;
- **Поведінкові дослідження ЧСЧ.** Розуміння поведінки та ставлення ЧСЧ до безпечного сексу, дослідження рівня їхньої поінформованості про ВІЛ та ІПСШ дозволяють розробляти та впроваджувати серед **ЧСЧ ефективні програми протидії поширенню ВІЛ/СНІДу.** Постановою Кабінету Міністрів України від 13 грудня 2004 р. № 890-р «Про моніторинг і оцінку ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу за національними показниками»¹⁰ були відібрані наступні показники моніторингу та оцінки заходів контролю за епідемією серед ЧСЧ: відсоток ЧСЧ, які правильно визначають шляхи запобігання передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається; відсоток ЧСЧ, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування інфекцію та одержали його результат; поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ; відсоток ЧСЧ, яких охоплено профілактичними програмами; відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього контакту з партнером-чоловіком.
- **Дослідження ставлення до ЧСЧ.** Стигматизація сприяє ризикованій поведінці ЧСЧ, оскільки спричиняє створення закритих маргінальних груп, яких важко залучити до

¹⁰ <http://ua-info.biz/legal/baselt/ua-smpcwu.htm>

профілактичних заходів, спрямованих на протидію ВІЛ/СНІДу. Дослідження рівня стигматизації ЧСЧ дозволяють оцінити масштаби цієї проблеми, а також виявити її причини та можливі шляхи подолання.

Нижче наведено огляд досліджень ЧСЧ в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу, що проводилися в Україні в 2004-2009, результати котрих опубліковані у вигляді повних звітів або є детально описані та наявні у вільному доступі. Це дозволяє нам коментувати методологію збору даних та надійність отриманих результатів.

3.2 Дослідження з метою оцінки кількості ЧСЧ та частки ВІЛ-позитивних серед них

■ 2008. Оцінка чисельності ВІЛ-вразливих груп з використанням методу нарощування соціальних мереж (неопублікований звіт)

У 2008 році ТОВ «Київський міжнародний інститут соціології ЛТД» провів друге дослідження для Альянсу з метою визначення кількості ЧСЧ та інших ВІЛ-вразливих груп.

В межах дослідження було проведено 10.866 особистих інтерв'ю із респондентами віком від 14 років. Вибірка дослідження — репрезентативна для населення України.

Було здійснено спробу застосування інноваційного методу дослідження «прихованих» груп — методу нарощування соціальних мереж. Респондентів просили вказати, скільки серед їх знайомих осіб з різних груп та категорій (наприклад, чоловіків молодше 20 років, жінок на ім'я Ганна, кандидатів наук, ЧСЧ тощо). На основі даних про кількість знайомих шляхом екстраполяції визначалась чисельність груп. Окрім ВІЛ-вразливих груп також вираховувалась чисельність інших груп, дані щодо яких збирав Державний комітет статистики України. Це було зроблено з метою перевірки надійності методу дослідження.

За даними цього дослідження оціночна кількість ЧСЧ була визначена в межах 7-39 тис. осіб. Дана оцінка значно відрізняється від тих, що були розраховані раніше. Дослідники пояснюють це тим, що стигматизації ЧСЧ в суспільстві змушує їх приховувати свою орієнтацію, тому респонденти виявилися недостатньо обізнаними для того, щоб правильно оцінити кількість ЧСЧ серед людей, яких вони знають (адже до уваги бралися як близькі, так і не дуже близькі знайомі). Таким чином, ми припускаємо, що даний метод дозволяє оцінити тільки кількість «видимих» ЧСЧ, які не приховують своєї орієнтації.

Автори звіту пропонують вдосконалити даний метод або застосовувати надалі інші методи для оцінки кількості ЧСЧ в Україні. На даний момент, результати оцінки, отримані в межах даного проекту, не рекомендовані для використання як не валідні.

■ 2006. Оцінка чисельності ВІЛ-вразливих груп в Україні¹¹

Перша спроба оцінити кількість ЧСЧ в Україні була здійснена у 2006 році спеціалістами з різних дослідницьких агенцій України на замовлення Альянсу.

¹¹ Звіт англійською доступний на:

http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring_reports/pdf/size_en.pdf

Для отримання коректних оцінок були застосовані різні методи оцінювання та дані з різних досліджень:

- У 2005 році ТОВ «Київський міжнародний інститут соціології ЛТД» провів загальнонаціональне опитування (2000 респондентів), застосувавши метод «анонімного знайомого» (за даним методом інтерв'юер спочатку переписує всіх знайомих респондента, а після цього визначає кількість людей із різних груп та категорій)¹²;
- У 2004 році Громадською організацією «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка» було проведено два дослідження ставлення населення до ВІЛ/СНІДу та до людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, шляхом опитування двох вікових когорт: осіб віком 14-24 років (2.501 інтерв'ю) та 25-49 років (2.017 інтерв'ю). Вибірки — репрезентативні за віком, статтю, регіоном та розміром населеного пункту. Отримані в результаті дослідження дані щодо частки респондентів-чоловіків, які мали гомосексуальні контакти, були використані для підрахунку частки ЧСЧ серед чоловічого населення України;
- У 2004 році Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України провів дослідження за вибіркою обсягом 886 ЧСЧ у 7 найбільших¹³ містах (для співставлення даних із репрезентативними опитуваннями).

Основним завданням аналізу даних цих досліджень був пошук оптимального методу оцінки чисельності таких закритих груп як ЧСЧ шляхом співставлення різних методів.

Різні методи дали різні результати: за методом «анонімного знайомого» оцінковий діапазон чисельності ЧСЧ в Україні становить від 18 до 60 тис¹⁴.; згідно з національним опитуванням населення у віці 14-49 років - від 122 до 177 тис.¹⁵ Верхня межа розраховувалася як 3,2% населення чоловічої статі (430 000 осіб), на основі загальносвітової практики, яка доводить, що ЧСЧ можуть складати ~3% всіх чоловіків у країні¹⁶.

З врахуванням усіх цих досліджень станом на даний момент Постійна референтна група з питань ЛГБТ-спільноти та ЧСЧ-сервісних проєктів України та Альянс рекомендують використовувати оцінковий діапазон чисельності ЧСЧ віком від 15 до 49 років у 95-213 тис., причому чисельність у 95 тис. є оцінкою, рекомендованою для обчислення охоплення профілактичними програмами.

¹² http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/research/pdf/Final_report_size_GR_02.12.05.pdf

¹³ Серед найбільших міст України дослідження не охоплювало лише Дніпропетровськ.

¹⁴ Звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності ВІЛ-вразливих груп в Україні», стор. 35, таблиця 5.1, http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/research/pdf/Final_report_size_GR_02.12.05.pdf

¹⁵ Звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності ВІЛ-вразливих груп в Україні», стор. 36, таблиця 5.2.1, http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/research/pdf/Final_report_size_GR_02.12.05.pdf

¹⁶ Evaluation of the Size of Most-at-Risk Population Vulnerable to HIV Infection in Ukraine: Analytical Report Based on Research Results, p.38, http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring_reports/pdf/size_en.pdf

В межах проекту «Оцінка чисельності ВІЛ-вразливих груп в Україні» також порівнювалися дані загальнонаціональних досліджень 1997 та 2004 років. Дослідження, проведене у 1997 році, виявило дещо більшу частку чоловіків, які засвідчили, що мали секс із чоловіками, у порівнянні з даними дослідження 2004 року. Обидва дослідження були проведені різними методами збору даних: якщо у 1997 році респонденти самі заповнювали опитувальники, то у 2004 році респондентів опитували інтерв'юери. Відповідно, можна припустити, що анкетування методом самозаповнення дає більш надійні результати для оцінки чисельності ЧСЧ, аніж анкетування методом інтерв'ювання.

■ 2007-2008. Оцінка частки ВІЛ-позитивних ЧСЧ в Україні

З 1987 р. до жовтня 2009 року в Україні зареєстровано всього 274 особи, які інфікувалися гомосексуальним шляхом, але епідеміологічні дослідження доводять, що реальна кількість ВІЛ-позитивних ЧСЧ є в десятки разів вищою.

Кілька епідеміологічних досліджень для оцінки частки ВІЛ-позитивних ЧСЧ були проведені у 2007р.:

- У 2007 році в рамках дослідження *«Моніторинг поведінки як чоловіків, які практикують секс з чоловіками»¹⁷*, проведеного ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка», 361 респондент також пройшов тест на ВІЛ. Тестування проводилося у 4 містах: Києві (N=91), Одесі (N=70), Кривому Розі (N=100) та Миколаєві (N=100). Частка тестів, що показали позитивні результати, дорівнювала 4.4% у Києві, 23,2% в Одесі, 8% у Кривому Розі та 10% у Миколаєві. Загальна частка позитивних результатів у 4 містах склала 10,5%
- У 2007 році Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» провела тестування на ВІЛ 417 ЧСЧ у 4 містах: Одесі (76 протестованих), Львові (100 протестованих), Івано-Франківську (89 протестованих) та Кривому Розі (152 протестованих). Методологія відбору осіб для тестування невідома. Частка позитивних тестів склала 18.4% в Одесі, 30% у Львові, 7.9% у Кривому Розі та 6.7% в Івано-Франківську. Варто зауважити, що частки ВІЛ-позитивних результатів в Одесі та Кривому Розі досить подібні в обох випадках, тож можемо припустити, що результати для інших міст також надійні¹⁸;
- Тестування ЧСЧ на ВІЛ також проводить Альянс¹⁹. У 2008 році Альянс підтримав 15 НДО у 12 областях України, містах Києві та Севастополі, та в АР Крим. Загалом, у 2008 році тест на ВІЛ у партнерських організаціях пройшли 1446 ЧСЧ, з них 79 тестів виявилися ВІЛ-позитивними (5.5%). Доступні також окремі дані по зазначених адміністративних одиницях. Надійність цієї інформації з точки зору

¹⁷ http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring_reports/pdf/report_MSM_rus.pdf

¹⁸ Kis Z. Literature review on HIV on HIV epidemics in Ukraine. Kyiv, 2008.

¹⁹ Щорічний звіт Міжнародного Альянсу з ВІЛ / СНІД в Україні за 2008 рік — НАПИСАТИ КОРЕКТНУ НАЗВУ ДОКУМЕНТА: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/finalreport/pdf/ar_2008_ua.pdf

оцінки частки ВІЛ-позитивних серед ЧСЧ в межах відповідної адміністративної території залежить від специфіки діяльності партнерської організації.

3.3 Поведінкові дослідження ЧСЧ

■ 2009. Одностатеве партнерство в Україні²⁰

Дослідження проводив Регіональний інформаційний і правозахисний Центр для геїв та лесбійок «Наш світ». Учасниками дослідження були ЧСЧ та ЖСЖ, яких опитували шляхом поштового та Інтернет анкетування. Така вибірка не може вважатися репрезентативною, тому це дослідження скоріше слід вважати якісним, аніж кількісним. Об'єм вибірки склав 527 інтерв'ю, з них з ЧСЧ – 345 інтерв'ю.

Нижче подаються основні результати опитування чоловіків:

- 84% з ЧСЧ були у віці молодше 40 років, 60% мали вищу освіту. Вік та рівень освіти респондентів у даному дослідженні близькі до тих, що були отримані в результаті інших, нижчевикладених поведінкових досліджень ЧСЧ;
- Тільки 25% підтвердили, що вони не приховують своєї сексуальної орієнтації. У містах із населенням менш, ніж 500 тис., респонденти більш схильні приховувати свою сексуальну орієнтацію, в той час, як у великих містах респонденти більш відкриті;
- 59% мали постійного партнера, ця частка є більшою у великих містах та меншою у невеликих населених пунктах. Причини відсутності постійного партнера частіше полягають у труднощах його пошуку, ніж у бажанні залишатися одинаком. 69% ЧСЧ вважають ідеальними стосунки з постійними партнерами своєї статі, 21% хотіли б мати постійного партнера, але також і сексуальні стосунки із іншими людьми. Бісексуали та ті, хто був чи є одружений, менш схильні до моногамії та рідше висловлюють готовність до закріплення стосунків із партнером, на відміну від тих, хто ніколи не був одружений;
- ЧСЧ, які мають постійного сексуального партнера, воліють зустрічатися час від часу, ніж жити разом (58% порівняно із 42%). Знову ж таки респонденти з великих міст є більш відкритими та частіше живуть разом (57% у містах-мільйонниках порівняно із 40% в інших населених пунктах);
- 76% сказали, що їхні найдовші гомосексуальні стосунки тривали від 1 до 5 років, ще 22% – від 5 до 10 років. ЧСЧ досить активно змінюють партнерів: 55% з них засвідчили, що мали більше 5 партнерів, із якими у них були соціальні та сексуальні контакти (не випадкові партнери);
- Щодо фінансових питань то 28% ЧСЧ не мають спільного бюджету у парі; 35% мають спільний бюджет і у 31% випадків один з партнерів фінансово підтримує іншого;

²⁰ http://gay.org.ua/publication/same_sex_partnership.pdf

- 56% хотіли б мати дітей, ще 15% вже мають дітей. Щодо виховання дітей у гомосексуальних парах, то 60% опитаних ЧСЧ вважають, що дітей можна добре виховати у такій парі, але 45% бояться, що такі діти будуть почуватися некомфортно серед інших людей через свою сім'ю;
- 54% опитаних ЧСЧ оцінили своє особисте життя як «ідеальне» та «добре». Наявність сексуального партнера та проживання разом із партнером, високий рівень доходу та проживання у великих містах сприяють задоволеності життям;
- Щодо бажаних змін в українському суспільстві: 47% хотіли б мати дозвіл на укладання одностатевих шлюбів, ще 38% хотіли б мати альтернативний тип офіційної реєстрації для гомосексуальних пар;

Наступні дані у звіті подані лише щодо всіх опитаних – як чоловіків, так і жінок:

- Щодо проблем, які трапляються через сексуальну орієнтацію, то 33% зазначили, що в них не було жодних проблем. 55% стикнулися із незрозумінням з боку родичів. Інші проблеми: неможливість брати позику або розділити права власності із партнером (17%), неможливість законним шляхом вирішити питання власності після припинення стосунків (11%), неможливість відмовитися давати свідчення проти партнера (10%), неможливість наслідувати власність після смерті партнера (10%) тощо;
- Щодо шляхів покращення становища гомосексуальних пар в Україні, більше ніж 40% вважають, що це насамперед мають бути просвітницькі кампанії у суспільстві та сприятлива державна політика. Лише 17% респондентів відзначили, що геям та лесбійкам самим потрібно бути відкритішими для досягнення суспільної толерантності.

■ **2007. Моніторинг поведінки ЧСЧ як складова епіднагляду другого покоління²¹**

Дослідження виконувалося на замовлення Альянсу та проводилося ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка». Дослідження проводилося методом RDS²² Метод базується на теорії соціальних мереж. Респонденти поділяються на 2 категорії: первинні та вторинні. Рекрутинг первинних респондентів здійснюють представники різних організацій, що за родом своєї діяльності мають доступ до представників цільових груп. Первинні респонденти здійснюють рекрутинг вторинних респондентів (стандартно кожен респондент повинен привести до 3 інших респондентів за винагороду). Дотримання цих методологічних вимог дозволяє коректно розрахувати ймовірності потрапляння до вибірки кожного респондента, що дає можливість отримання репрезентативних даних.

Дослідження охоплювало 12 міст: Сімферополь, Ялта, Дніпропетровськ, Кривий Ріг, Донецьк, Івано-Франківськ, Київ, Луганськ, Миколаїв, Одесу, Херсон, Черкаси. Ці міста були обрані через високу оціночну частку ВІЛ-позитивних ЧСЧ та наявність у цих містах ЧСЧ-

²¹ http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring_reports/pdf/report_MSM_rus.pdf

²² Respondent-driven sample – вибірка, що направляється та реалізується самими респондентами.

організацій. У кожному місті було проведено від 100 до 200 інтерв'ю, що залежало від можливостей партнерської НДО надати контакти ЧСЧ. Загалом, було проведено 1764 інтерв'ю.

Дослідження охоплювало наступну тематику:

- Соціо-демографічні характеристики ЧСЧ у зазначених містах;
- Рівень обізнаності ЧСЧ про ВІЛ/СНІД;
- Сексуальна поведінка ЧСЧ;
- Вживання алкоголю та наркотиків серед ЧСЧ;
- Охоплення ЧСЧ анти-ВІЛ проектами, доступність цих проектів для ЧСЧ;
- Частка ВІЛ-позитивних ЧСЧ у 4 містах (Київ, Кривий Ріг, Одеса, Миколаїв – докладніше про цей компонент див. на с. 17).

Основні результати дослідження:

- У дослідженні взяли участь переважно молоді (середній вік 28 років) чоловіки, 26% мали вищу освіту). 23% мали досвід подружнього життя, 12% були одружені на момент проведення дослідження;
- 36% опитаних проранжували ризик бути інфікованим на ВІЛ як високий, 29% вважали, що ризик середній, 34% - що низький. Більш стурбовані даною темою молоді респонденти віком 20-29 років, та ті, хто має вищу освіту, менш стурбовані – наймолодші респонденти віком 17-19 років;
- Більшість опитаних були добре поінформовані про шляхи поширення ВІЛ-інфекції. Найчастіше називали шлях інфікування через спільне користування голкою. Також 93% погоджуються, що використання презервативів під час кожного сексуального контакту зменшує ризик інфікування, 78% вважають, що секс із одним постійним партнером, якому довіряєш, також знижує ризик. 82% підтверджують, що навіть людина, яка має здоровий вигляд, може бути інфікована на ВІЛ/СНІД. Менша поінформованість респондентів спостерігається щодо випадків передання інфекції від матері до дитини;
- 35% респондентів проходили тест на інфекції, що передаються статевим шляхом та інфекції репродуктивного тракту (ІПСШ) протягом останніх 12 місяців, серед них більшість належала до вікових груп 20-29 років, а також 30-39 років. Тільки близько 10% тих, кому було менше 20 або більше 39, проходили тести на ІПСШ;
- Згідно з розрахунками дослідників, 39% опитаних ЧСЧ використовували презервативи під час останнього статевого акту (включаючи оральні контакти);
- 92% респондентів мали оральний секс із чоловіками протягом останніх 6 місяців, 78% з них займалися цим видом сексу із 2 або більше партнерами протягом останніх 6 місяців (?). Тільки 13% з них використовували при цьому презервативи;

- Незважаючи на велику частку тих, хто зазначив, що мав секс із більш, ніж одним партнером протягом останніх 6 місяців, 41% опитаних ЧСЧ відповіли, що в них є постійний партнер. 27% сказали, що не мають постійного партнера;
- 48% респондентів зазначили, що мали анальний статевий акт із випадковими партнерами протягом останнього місяця, 79% з них використовували презерватив під час останнього анального контакту із випадковим партнером;
- 52% опитаних мали досвід статевих стосунків із особою жіночої статі, 22% мали секс із жінкою протягом останніх 6 місяців. 53% тих, хто мав секс із жінкою протягом останніх 6 місяців, використовували презервативи під час останнього сексуального контакту з жінкою (враховуючи оральні контакти);
- 8% респондентів оплачували або надавали сексуальні послуги протягом останнього місяця, 63% з них використовували презервативи під час останнього статевого акту з комерційним партнером (враховуючи оральні контакти);
- Причини для відмови від використання презервативів під час статевого акту залежать від типу партнера. У випадку постійного партнера основні причини – це впевненість у тому, що це непотрібно, та зниження чутливості за умови використання презервативів. Із випадковим партнером вагомими причинами є зниження чутливості, відсутність презервативів у необхідний момент, а також алкогольне сп'яніння. У випадку оплаченого сексу основні причини – це зниження чутливості та прохання партнера, а також відсутність презервативів у необхідний момент;
- 11% опитаних мали досвід вживання наркотиків. 12% з них на час опитування вживали ін'єкційні наркотики;
- 85% опитаних знають про установи/організації, де б вони могли пройти анонімне тестування на ВІЛ;
- 63% респондентів ніколи не користувалися послугами ВІЛ-сервісних НДО. Користувачі послуг НДО вважають, що отримали всі необхідні послуги.

Схоже дослідження проводилося у 2004 році (опис наведено нижче). Незважаючи на відмінності у методі відбору респондентів в обох дослідженнях, на нашу думку, результати цих досліджень є співставними за умови однакових формулювань запитань. Було б корисним провести порівняльний аналіз.

■ **2007. Соціальні та психологічні механізми поширення ВІЛ та ІПСШ серед ЧСЧ в Україні²³**

Всеукраїнська Благодійна Організація "Час Життя Плюс" провела комплексне дослідження спільно з українськими та міжнародними НДО та за фінансової підтримки Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу.

В межах дослідження опитувались ВІЛ-позитивні пацієнти клініки Державної установи «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського Академії медичних наук України» в Києві. Загалом провели 1435 інтерв'ю, з них 910 – із чоловіками, з них 39 визнали, що в них були сексуальні контакти з чоловіками. Крім того, було опитано 200 ЧСЧ, переважно з Києва та Київської області, Сімферополя, Вінниці та Сум. Відбір респондентів здійснювався методом «снігової кулі», а також проведені глибинні інтерв'ю із ВІЛ-позитивними ЧСЧ з цих міст.

Результати дослідження варто аналізувати із врахуванням малої кількості проведених інтерв'ю як ЧСЧ, так і ВІЛ-позитивних ЧСЧ.

Дослідження охоплювало наступну тематику:

- Соціо-демографічні характеристики ЧСЧ;
- Сексуальна поведінка ЧСЧ;
- Поведінка, що запобігає поширенню ВІЛ/СНІД;
- Визначення основних місць зустрічей ЧСЧ;
- Сексуальні контакти із жінками;
- Сексуальні контакти за гроші;
- ЧСЧ у місцях позбавлення волі та ризик набуття ВІЛ/СНІД в місцях позбавлення волі;
- Ставлення до ВІЛ-позитивних серед ЧСЧ.

Основні результати дослідження:

- Сексуальна поведінка ЧСЧ часто є небезпечною з точки зору ризику інфікування ВІЛ або іншими ІПСШ;
- Значна частина ЧСЧ не орієнтовані на використання презервативів під час статевого акту. Навіть ВІЛ-позитивні ЧСЧ, які знають про свій статус, можуть практикувати незахищений секс – статус не обов'язково змушує респондентів користуватися презервативами;
- Важливими передумовами небезпечного сексу є сильний сексуальний потяг до партнера, алкогольне сп'яніння, впевненість у безпеці при сексі з постійним партнером, бажання отримати більш інтенсивні відчуття під час сексу;

23 Бондаренко А., Блюм Д., Лазоренко Б., Трауте А., Черемных Е.. Социально-психологические механизмы распространения ВИЧ-инфекции и ИППП среди мужчин, имеющих секс с мужчинами в Украине. К. 2007.

- 87% всіх опитаних респондентів відповіли, що для них складно обговорювати безпеку статевих стосунків та ВІЛ-статус своїх сексуальних партнерів;
- Респонденти не схильні брати на себе відповідальність за небезпечний секс, вони зазвичай стверджують, що відповідальність мають розділити обидва партнери;
- 45% вибірки відповіли, що вони мали ІПСШ;
- ВІЛ-позитивні ЧСЧ відчувають стигматизацію з боку інших ЧСЧ. Дослідники припускають, що це може бути одним з бар'єрів для тестування на ВІЛ;
- ЧСЧ старшого віку більш схильні, ніж молоді, поводитися ризиковано.

■ **2004-2005. ЧСЧ: цінності та поведінка**²⁴

У 2004-2005 роках київська міська Благодійна організація «Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу» (SAAPF) за фінансової підтримки Міністерства міжнародного розвитку Великобританії провела якісне дослідження цінностей та поведінки ЧСЧ. Під час дослідження використовувались методи включеного спостереження та глибинних інтерв'ю. Дослідники залучили самих ЧСЧ як інтерв'юєрів та рекрутерів. Недостатня інформація про методологію дослідження не дозволяє оцінити її надійність. У дослідженні подається огляд шляхів пошуку сексуальних партнерів серед ЧСЧ, зокрема відвідування барів/клубів, орієнтованих на ЧСЧ, комерційного сексу серед ЧСЧ. В результаті дослідження були визначені місця зустрічі ЧСЧ у Києві.

Результати дослідження наступні:

- У дослідженні детально описана одна з груп ЧСЧ: люди зрілого віку, фінансово забезпечені, не визнають власної гомосексуальної орієнтації та через це закриті для будь-яких розмов на тему сексуальної поведінки, орієнтовані переважно комерційний секс із молодими хлопцями. Невизнання власної гомосексуальності та закритість даної групи є факторами підвищеної уразливості до ВІЛ;
- Дослідження інтернет-сайтів, де спілкуються ЧСЧ, виявило, що безпечний секс та ВІЛ-статус не є актуальними та важливими темами при знайомстві;
- Опитані ЧСЧ практикують небезпечний секс переважно з постійними партнерами;
- Дослідники зазначають, що комерційний секс є достатньо поширеним серед ЧСЧ. Як доказ вони використовують повідомлення, залишені на Інтернет-сайтах для геїв. Багато з тих, хто пропонує сексуальні послуги за плату, погоджуються на небезпечний секс за певне підвищення оплати. Якщо говорити про працівників секс-бізнесу, з якими стикалися дослідники під час включеного спостереження, вони є переважно людьми молодого віку (16-17 років), часто бездомними та згідними надавати секс-послуги за їжу та ночівлю.

²⁴ Стислий опис результатів дослідження російською можна знайти у Новинах ВІЛ/СНІД #3 за 2005 рік, які випускає Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД:
<http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/aidsnws/pdf/aidsnews15.pdf>

Слід зазначити, що з 2005 року характеристики ЧСЧ-сцени дещо змінилися, тому зазначене дослідження цікаве, передусім, для здійснення порівнянь з результатами пізніших досліджень.

■ **2004. Моніторинг поведінки ЧСЧ як складова епіднагляду другого покоління²⁵**

Дослідження на замовлення Альянсу проводив Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Під час кількісного дослідження було опитано 886 респондентів у 7 містах: Києві, Львові, Одесі, Миколаєві, Харкові, Донецьку, Луганську. Причини вибору саме цих міст не наведені.

Частка респондентів, опитаних у кожному місті, була пропорційна кількості жителів. У ситуації, коли кількість ЧСЧ у різних містах не відома, це є найкращий шлях для дизайну вибірки, пропорційної за чисельністю населення міста. Метод «снігової кулі» застосували для рекрутування респондентів: вихідні контакти були надані партнерськими гей-організаціями (Громадська організація «Гей-альянс», Регіональним інформаційним і правозахисним Центром для геїв та лесбійок «Наш світ»), або рекрутувалися у місцях, де найчастіше можна зустріти ЧСЧ.

Дослідження охоплювало наступну тематику:

- Соціо-демографічні характеристики ЧСЧ у зазначених містах;
- Сексуальна орієнтація та сексуальна ідентифікація ЧСЧ;
- Джерела інформації про ВІЛ/СНІД та ІПСШ, а також про потреби щодо різноманітної інформації з даної тематики;
- Поінформованість цільової аудиторії про ВІЛ/СНІД;
- Сексуальна поведінка ЧСЧ;
- Внутрішня та зовнішня стигматизація ЧСЧ.

Незважаючи на певні обмеження методології, описані самими дослідниками (напр., той метод пошуку респондентів, який застосували дослідники, є недостатньо надійним для оцінки розміру різних підгруп серед ЧСЧ), дане дослідження разом із другою хвилею, проведеною у 2007р., може стати установчим для вивчення ЧСЧ, оскільки воно описує основні проблеми, наявні у поведінці та становищі ЧСЧ.

Основні результати дослідження:

- Близько 60% відсотків вибірки вважають себе гомосексуалами, 36% бісексуалами, 4% - гетеросексуалами;
- Основні джерела інформації про ВІЛ та про ІПСШ - це ЗМІ: ТБ, преса. Найбільш бажаною є інформація щодо рівня розповсюдженості ВІЛ/СНІДу, організацій, де можна пройти анонімне тестування на ВІЛ/СНІД, профілактичних заходів;

²⁵ http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring_reports/pdf/msm.pdf

- Опитані продемонстрували досить високий рівень поінформованості про шляхи поширення ВІЛ/СНІДу. Ті респонденти, які вважають себе гетеросексуалами, продемонстрували найнижчий рівень поінформованості;
- Майже половина опитаних назвали ЧСЧ ВІЛ-уразливою групою, у той же час вони досить рідко вважають можливим те, що самі можуть бути інфікованими. Найнижчий рівень сприйняття ризику по відношенню до себе спостерігався серед гетеросексуалів.
- Близько 20% респондентів користувалися сексуальними послугами за плату протягом останніх 6 місяців;
- Менше, ніж половина опитаних ЧСЧ сказали, що мають постійного статевого партнера, але більше 60% має одного або більше партнерів без плати за секс протягом останніх 6 місяців;
- Тільки третина опитаних завжди використовує презервативи під час анального статевого акту, і така ж частка завжди використовує лубрикант. Найчастіше презервативом або лубрикантом не користуються через те, що не вважають це за потрібне або взагалі про це не думають;
- Близько третини опитаних практикували секс із жінками протягом останніх 6 місяців, та 27% з них ніколи не користувалися при цьому презервативом, переважно тому, що вони не вважали це за потрібне або не мали його при собі;
- 61% респондентів практикували сексуальні стосунки у стані алкогольного сп'яніння або після вживання наркотиків; у більшості випадків це був небезпечний секс. Гетеросексуали більш схильні до такої поведінки;
- 6% опитаних мають досвід вживання ін'єкційних наркотиків;
- Близько половини опитаних проходили тестування на ВІЛ/СНІД. Ті, хто проходив тестування, переважно були незадоволені до та післятестовим консультуванням;
- Більшість опитаних зазначили, що вони відчували негативне ставлення до себе з боку суспільства і водночас внутрішню стигматизацію (страх бути викритим, комплекси неповноцінності або переваги).

3.4 Дослідження ставлення до ЧСЧ

■ 2007. Українські гомосексуали та суспільство: взаємопроникнення²⁶

Дослідження було виконано ТОВ «Тейлор Нельсон Софрез Україна» на замовлення Регіонального інформаційного і правозахисного Центру для геїв та лесбійок «Наш світ». Було опитано 1200 респондентів віком 16-75 років за національно репрезентативною вибіркою.

²⁶ Українські гомосексуали і суспільство: взаємне проникнення. Огляд ситуації: суспільство, держава і політики, ЗМІ, правове становище, гей-спільнота / Наш Світ. Київ..

Аналогічне дослідження проводилося у 2002 році, тож дане дослідження дозволило виявити можливі зміни у суспільстві у ставленні до гомосексуалів.

Дослідження охоплювало наступні теми:

- Чи гомосексуали мають отримати однакові права із гетеросексуалами;
- Чи гомосексуальні пари мають право одружуватись та всиновлювати дітей.

Основні результати дослідження:

- Протягом 5 років, що минули між двома дослідженнями, гомофобія в Україні посилилась. Якщо у 2002 році 43% опитаних відповіли, що гомосексуали мають отримати рівні із рештою населення права, то у 2007 році ця частка скоротилася до 34%;
- Якщо у 2002 році 40% опитаних сказали, що гомосексуальним парам не можна давати дозвіл на одруження, то у 2007 році таких вже 52%;
- У 2007 році 60% опитаних сказали, що гомосексуалам не можна дозволяти всиновлювати дітей, у 2002 році ця частка складала 49%.

■ **2004-2005. Звіт про дискримінацію на ґрунті сексуальної орієнтації в Україні²⁷**

Дослідження було ініційоване Регіональним інформаційним і правозахисним Центром для геїв та лесбійок «Наш світ» за фінансової підтримки Європейської Комісії. У звіті описані 2 частини дослідження: кількісне дослідження ставлення до ЛГБТ серед усього населення, та якісне дослідження спільноти ЛГБТ.

Під час кількісного дослідження ТОВ «Тейлор Нельсон Софрез Україна» (комерційне найменування — компанія «TNS Ukraine») було проведене опитування 1200 респондентів віком 16-75 років за національно репрезентативною вибіркою. На цій стадії дослідження була отримана інформація з таких питань:

- Причини дискримінації в українському суспільстві;
- Сфери, в яких дискримінація може виявлятися;
- Методи подолання дискримінації у суспільстві.

У дослідження ЛГБТ-спільноти було зібрано 901 анкету. Використовували два методи: поштове опитування (330 інтерв'ю) та особисті інтерв'ю (575 інтерв'ю). Необхідно перевірити розбіжності між двома підвбірками, але про це не згадується у звіті з проведеного дослідження. Це не дозволяє робити впевнені висновки щодо якості вибірки та надійності результатів, але результати можна аналізувати як дані якісного дослідження.

Дослідження охоплювало наступну тематику:

²⁷ Gribanov A, Kis Z, Maimulakhin A, Chorniy L et. al. Gay Rights Are Human Rights. Report about discrimination on the grounds of sexual orientation in Ukraine. Kyiv. Nash Mir Gay and Lesbian Center, 2005

- Частка ЛГБТ, які мали досвід будь-яких виявів дискримінації та фактори, що впливають на дискримінацію;
- Сфери дискримінації спільноти ЛГБТ;
- Дії у випадку порушення прав.

Дослідження виявило, що:

- Найчастіше населення України спостерігає дискримінацію за станом здоров'я та віком (59% та 53% респондентів опитування населення відповідно). Тільки 14% респондентів згадали дискримінацію за сексуальною орієнтацією;
- Від дискримінації найбільш потерпають ті ЧСЧ, які не приховують своєї сексуальної орієнтації (76% з них стикнулися із якимсь проявом дискримінації). Для порівняння, тільки 13% тих, хто приховує свою орієнтацію від інших, переживають дискримінацію щодо себе.

Що ж до сфер вияву дискримінації, то автори дослідження виділяють 4 з них:

- Порушення прав гомосексуалів у трудових відносинах, освіті, громадському здоров'ї, наданні послуг тощо;
- Законодавча неврегульованість відносин пар однієї статі;
- Особисте упереджене ставлення до людей із гомосексуальною орієнтацією;
- Упереджене ставлення ЗМІ до людей із гомосексуальною орієнтацією.

3.5. Висновки щодо прогалин в дослідженнях ЧСЧ

- Основна прогалина досліджень ЧСЧ – відсутність інтегрованих, регулярних даних, отриманих за єдиною методологією, щодо чисельності ЧСЧ та частки ВІЛ-позитивних серед них. Серед дослідницьких методів, що використовувалися для визначення чисельності ЧСЧ, репрезентативні опитування населення показують найбільшу серед усіх методів досліджень частку ЧСЧ. При цьому, методи «нарощування соціальних мереж» чи «анонімного знайомого» виявилися неефективними, оскільки вони засновані на припущенні, що респонденти достатньо добре знають життя своїх знайомих. Вочевидь, це не так, коли йдеться про такі приховані групи як ЧСЧ. Тому, на нашу думку, для оцінки чисельності ЧСЧ оптимальним є репрезентативне опитування населення шляхом анкетування через самозаповнення, яке гарантує анонімність відповідей та мінімізує вплив інтерв'юерів (наприклад, коли відповіді на питання стосовно сексуальної поведінки записуються респондентом самостійно та кидаються у спеціальний бокс). Щодо оцінки частки ВІЛ-позитивних ЧСЧ найбільш надійним є метод RDS, який дозволяє отримати репрезентативні результати;
- Найбільш розвинена сфера досліджень ЧСЧ – поведінкові дослідження. Вони поводяться найбільш висококваліфікованими професійними організаціями та НДО, але із обмеженою географією, хоча й достатньо регулярно (2004, 2007, 2009 роки);
- Більшість з проведених досліджень є описовими, досить рідко включаються запитання щодо потреб ЧСЧ у послугах ВІЛ-сервісних організацій, оцінок доступності та якості існуючих послуг, бар'єрів щодо користування ними тощо. Дане дослідження певною мірою заповнює цю

прогалину, але воно обмежується якісними методами, а подібних запитань не вистачає насамперед у кількісних дослідженнях;

- Прогалиною наразі залишається недостатність розуміння глибинних причин стигматизації ЧСЧ (у тому числі самостигматизації) та ефективних методів боротьби з цією проблемою, що можливо дослідити якісними методами;
- При публікації результатів досліджень ЧСЧ не завжди беруться до уваги методологічні обмеження (як, наприклад, при опитуванні ВІЛ-позитивних пацієнтів Інституту епідеміології та інфекційних захворювань ім. Л.В. Громашевського в Києві) або не приділяється уваги докладному опису методології, що унеможливорює правильне розуміння та використання даних. Такі прогалини можуть траплятися, коли НДО проводять дослідження без залучення професійних дослідницьких організацій. Інколи методологічні обмеження не беруться до уваги.

4. Аналіз результатів фокус-групових дискусій з ЧСЧ

4.1 Методологія дослідження

Фокус-групові дискусії (ФГД) є якісним методом соціологічних досліджень. Мета якісних методів дослідження – побачити проблему очима респондентів, охопити розмаїття їх думок, зафіксувати розуміння та пояснення проблеми. Іншими словами, отримати глибинне, психологічне розуміння проблеми. Однак тенденції та стереотипи у сприйманні учасників не слід розповсюджувати на всю генеральну сукупність, оскільки якісні дослідження не дозволяють говорити про статистичні закономірності.

Щодо географічного покриття дослідження, були визначені такі критерії відбору міст для проведення ФГД:

- Представлення 4 макрорегіонів України (Південь, Центр, Схід, Захід);
- Представлення міст з найбільш небезпечними епідеміологічними показниками щодо масштабів та темпів поширення ВІЛ/СНІДу, зокрема серед ЧСЧ;

Представлення міст, в яких попередньо не проводились дослідження ЧСЧ, для заповнення інформаційних прогалин;

- Представлення міст як з відносно добре, так і з недостатньо розвинутою ВІЛ-сервісною мережею.

Отже, для проведення ФГД, були обрані такі міста:

- Одеса: 1 ФГД з ВІЛ-позитивними ЧСЧ та 1 ФГД з ЧСЧ;
- Донецьк: 1 ФГД з ЧСЧ;
- Львів: 1 ФГД з ЧСЧ;
- Полтава: 1 ФГД з ЧСЧ.

Львів і Одеса характеризуються найбільш небезпечними епідеміологічними показниками щодо масштабів та темпів поширення ВІЛ/СНІДу, у тому числі серед ЧСЧ²⁸, та добре розвиненою системою послуг. Крім того, Львів є оптимальним містом для представлення Західного регіону, в якому майже не проводилося ЧСЧ-досліджень. У Донецьку також розвинена система послуг і це місто було обрано для представлення Східного регіону. Полтава, що представляє Центральний регіон, є містом із відносно слабо розвиненою системою послуг, в якому майже не проводилося досліджень ЧСЧ.

Цей дизайн дослідження обговорювався та погоджувався з Постійною референтною групою з питань ЛГБТ-спільноти та ЧСЧ-сервісних проектів в Україні (ПРГ-Україна). Початково ПРГ-Україна пропонувала проводити ФГД в Одесі, Донецьку, Тернополі та Кіровограді. Проте два останні міста, на наш погляд, мають низку особливостей, завдяки яким вони не можуть, у цілому, репрезентувати відповідні регіони (Захід і Центр); крім того, погано розвинута в цих двох містах інфраструктура ЛГБТ-руху та ЧСЧ-сервісу могла негативно вплинути на якість дослідження. З цих причин ми схилилися до до заміни пропонованих ПРГ Тернополя і Кіровограда на, відповідно, Львів і Полтаву.

Одесу було обрано містом для проведення ФГД з ВІЛ-позитивними ЧСЧ, виходячи з технічної можливості рекрутингу респондентів на базі громадського ЧСЧ-центру «Вавилон».

ФГД тривали 2-2,5 години, до кожної ФГД було залучено 8 учасників. Склад учасників кожної з ФГД формувалася за такими критеріями (з метою забезпечення максимального представництва різних соціальних груп та категорій):

- Користування/некористування соціальними/медичними послугами з ВІЛ/СНІДу;
- Різний вік;
- Сімейний стан (одружений/неодружений);
- Різний рівень освіти.

Докладна інформація про учасників ФГД подається в Додатку 1.

У кожному місті були свої особливості рекрутингу респондентів. У Львові та в Одесі для участі в ФГД були відібрані на базі Благодійної організації «Тотал» та ком'юніті-центру «Вавилон», заснованому Молодіжною громадською організацією «Молодіжний Громадський Рух «Партнер»». У Полтаві учасники також входили до однієї місцевої неформальної міні-спільноти. У Донецьку учасники були відібрані через соціальний ЧСЧ-сервісний проект «Мережа» (реалізується Регіональним інформаційним і правозахисним Центром для геїв та лесбійок «Наш світ» через місцеву Громадську організацію «Донбас-СоцПроект») та Донецький обласний благодійний фонд «Здоров'я нації», які для набору клієнтів подають рекламу на радіо, здебільшого вони не були знайомі між собою. Іншою особливістю донецької ФГД було те, що більшість учасників не мали вищої освіти, належали до «синіх комірців» і характеризувалися найбільш ризикованою сексуальною поведінкою порівняно з іншими містами.

²⁸ Kis Z. Literature review on HIV on HIV epidemics in Ukraine. Kyiv, 2008.

Загалом учасників можна умовно розподілити на більш благополучних (мають або здобувають вищу освіту, працюють на більш-менш престижних роботах – переважають серед учасників в Полтаві та Одесі) та менш благополучних (освіта середня/ середня спеціальна, не мають постійного місця роботи або працюють на роботах, що не потребують високої кваліфікації – переважають серед учасників у Львові та Донецьку).

4.2 Аналіз результатів фокус-груп з ЧСЧ

■ Асоціації з ВІЛ

Серед молодшої аудиторії слово СНІД викликає страх перед ймовірністю як власного інфікування, так і близьких людей, оскільки шляхи зараження ВІЛ/СНІДом асоціюються не лише зі статевим актом, але із побутом (але цей страх скоріше декларований, ніж усвідомлений реально).

«Потому что ВИЧ ещё можно тормозить. И та, и другая болезнь неизлечима, но ВИЧ ещё тормозить можно. Если СПИД, то это уже всё финиш. И сразу в голову приходит, если вдруг, то куда бежать, с кем прощаться. Поэтому становится страшно» (Одеса).

«Сейчас даже в транспорте едешь и были случаи, когда подставляли иголку зараженную, и можно просто на неё сесть» (Одеса)

«А мне кажется, что каждый из нас, зная об этом, себя просто успокаивает, что его это стороной может обойти. Хотя опять же – жизнь может повернуться таким образом, что какая-то ситуация нелепая, которая вроде бы как не должна к такому вести» (Донецк)

ЧСЧ старшого віку намагаються дистанціюватися від проблеми, не думати про це (деякі з них мають/мали інфікованих товаришів):

«Знаете, стараюсь, в принципе, не думать, потому что в связи с работой круг общения такой, что исключает на 99 процентов, а 100 процентов только Бог дает. Значит, на 99 процентов исключает, с одной стороны. С другой стороны, вызывает немножко раздражение.... То есть, чисто неудобство в связи с тем, что приходится себя очень сильно ограничивать в связях» (Одеса)

"У меня товарищ умер прошлой весной. Мы с ним не спали, а просто так общались. Хорошего мало. Мы с ним общались лет 10, наверное. Стараюсь не думать" (Полтава)

■ **Уявлення про поширення ВІЛ/СНІДу, зокрема серед ЧСЧ**

Стосовно проблеми в цілому існують різні думки:

- Більше половини учасників впевнені, що епідемія зростає:

"Біля Києво-Печерської Лаври є таке приміщення типу центр СНІДу, і там є табло, на якому висвічується кількість хворих: їх кількість з кожним днем прибавляється в Україні. Я дивився на те табло, там десятками, сотнями хворих людей в день, дуже великі цифри» (Львів)

- Деякі учасники вважають, що ситуація дещо стабілізувалася завдяки винайденню ліків, профілактичним заходам ВІЛ-сервісних організацій, пропаганді здорового способу життя та безпечних статевих стосунків:

"Ще кілька років мені здається ріст був більший, ніж зараз. Тепер знаєш, що можеш на семінар поїхати і обговорити це питання"(Львів)

- Деякі учасники вказують на відсутність статистичних даних, а звідси і незнання об'єктивної картини (частіше це учасники старшого віку):

«А я не знаю, у меня нет данных таких» (Одеса)

"Мы не знаем такой статистики. Разговоров стало меньше. Начнём с того, что всё анонимно. Какой человек скажет, что у него там СПИД. Вошли в норму презервативы" (Полтава)

Учасники нарікають на стигматизацію ЧСЧ як рознощиків ВІЛ. При цьому, вони доводять, що насправді ЧСЧ не є більшою групою ризику, ніж інші групи населення, тому що серед ЧСЧ проводиться багато профілактичної роботи, і вони є навіть більш інформованими, ніж гетеросексуали:

«Потому что кто-то себе вбил в голову, что МСМ и что там сразу же уровень заражения намного выше, чем у обычных людей. Хотя у обычных людей точно так же все. Наоборот, сейчас в МСМ вовсю защищаются, пытаются. Я не знаю, я не говорю за всех, я говорю за себя лично. И существуют определенные организации, которые постоянно этим занимаются и чуть ли не каждый МСМ знает эту организацию, и через нее как-то связан. Там же никто никогда этим сильно не занимался. Там придет какая-то бабулечка, которая расскажет, что СПИД - это плохо. Все скажут: "Та круто". Развернутся и уйдут» (Одеса)

«Тим хворіють зараз менший відсоток людей, які живуть одностатевим життям, перш за все це стосується чоловіків. В газеті "Високий замок" якось була стаття одного лікаря про те, хто такий самий розповсюджений носій – це проститутки та гомосексуалісти. Вони самі не знають. Просто демонструють, що лікарі на дуже низькому рівні" (Львів)

«Потому что идет какая-то работа, информируют. Почти каждый сам здесь знает, что такое Вавилон - это раз, во-вторых, проходит работа в клубах. Раздача презервативов и информируют, работают у нас специальные аутричеры, которые приходят в клуб и консультируют каждого, кто захочет» (Одеса)

«Мне кажется, что группа риска, в принципе, что гетеро, что гомо одинаково. Это зависит от человека, как он информирован» (Одеса)

"По опросам, которые проводятся до 90% молодёжи пробовали однополый контакт. Какой смысл выделять группу MSM отдельно. Можно было написать также табличку про натуралов. Беспорядочные половые связи у людей на таком уровне, что им всё равно с кем: с мужчиной, женщиной, негром, китайцем. Вот это вот самое главное" (Полтава)

Разом з тим вони визнають, що, як і серед інших категорій людей, в їх спільноті є і такі, що не переймаються проблемою, поведуться необережно та легковажно:

"Информация идёт. Её идёт очень много. Альянс выпускает много брошюр по этой теме. Но люди по своей сути, по своей природе очень плохо меняются. И плохо относятся к средствам защиты. Ну, может быть, чуть старшие начинают думать головой, а молодёжь всё равно думает эмоциями, чувствами, сразу живёт" (Донецьк)

"Мені здається, що спочатку повинні йти ЧСЧ, а потім гетеро, тому що гетеро, більшість мають постійного партнера і це є вже перевірений партнер. А ЧСЧ часто змінюють партнерів, то є ризик набагато більший" (Львів).

■ Уявлення про шляхи інфікування ВІЛ

Загалом аудиторія продемонструвала високий рівень поінформованості щодо шляхів розповсюдження ВІЛ/СНІДу, чітко обґрунтувала, чому ті чи інші групи можна вважати групами ризику.

Більшість учасників знають наступні шляхи інфікування – через кров (через спільні шприци при ін'єкціях наркотичних речовин, при переливанні крові та інших медичних процедурах, татуюванні, педикюрі тощо) та через незахищений статевий акт. Більшість учасників усвідомлюють, що найбільш небезпечним є незахищений анальний секс, при чому більший ризик заразитися має пасивний партнер. На другому місці за небезпечністю респонденти ставлять вагінальний секс:

«Среди гетеросексуалов мало распространена защита, их никто не информирует, не раздают презервативы. Используют презервативы, только чтобы не забеременеть, в основном думают об этом. Они считают, что это только может быть у нас, а у них нет» (Одеса).

На третьому місці за небезпечністю незахищений оральний секс: (ризик збільшується у стані алкогольного сп'яніння, коли розширюються судини та підвищується рівень травматизму). Учасники зазначали, що через поцілунок ВІЛ може передатись тільки при пошкодженні ротової порожнини.

Також згадували можливість передачу ВІЛ від матері до дитини (зазначаючи, що цього можна уникнути, якщо дотримуватись засобів безпеки – приймати спеціальне лікування під час вагітності, не кормити дитину грудьми тощо) та через спільне з ВІЛ-інфікованими користування деякими речами (наприклад, станками для гоління). При цьому, звучали думки, що при дотриманні правил гігієни ризик заразитися від ВІЛ-позитивного партнера невеликий:

"Если люди ответственно к этому подходят, даже, если они ВИЧ-позитивные, то заразиться можно только при большом желании. Допустим, он в активной роли в оральном сексе. Но он чётко знает, что у него рот в идеальном порядке, я буду делать. Если у меня там что-то, то я даже близко этим не займусь" (Донецьк)

Серед уразливих до ВІЛ груп насамперед називали соціально незахищені верстви населення (наркомани, діти вулиці, бідні), людей, що практикують незахищені сексуальні контакти з випадковими партнерами (як гетеро-, так гомосексуальні), працівників комерційного сексу, лікарів, манікюрниць, стоматологів, мігрантів (ЧСЧ згадували, що саме вони завезли СНІД в Україну), далекобійники, монахи.

■ Основні джерела інформації про ВІЛ

ЧСЧ не здійснюють цілеспрямований пошук інформації про СНІД – читають тільки ту інформацію, яка потрапляє випадковим чином до рук. Серед головних джерел інформації називали наступні:

- Інтернет (без посилань на конкретні сайти – читають ту інформацію, на яку потрапляють випадково); через Інтернет запрошують нових клієнтів до ком'юніті-центрів, а також на тематичні вечірки, присвячені темі СНІДу;
- Інформація, яку розповсюджують ком'юніті-центри та ВІЛ-сервісні ЧСЧ-організації. Останні викликають найбільший рівень довіри серед молодіжної аудиторії;

«Я специально не ищу. Я не лажу в Интернете для того, чтобы найти это, потому что мне хватает той информации, которую даёт комьюнити-центр, а даёт он очень много информации: и брошюры, и маленькие учебники, и консультации в любое время суток, и врачи, которые проверяют это... мне этого абсолютно хватает» (Одеса)

- Журнал "Один із нас" – згадували в контексті відсутності якісної періодики для MSM:

"Журнал в основном питается с Интернета. И ещё туда присылают какие-то литературные перлы со всей страны. Таким образом получается журнал" (Полтава)

Тільки ЧСЧ в Полтаві скаржаться на повну відсутність спеціалізованої інформації та необхідність самостійного її пошуку, що пов'язано, ймовірно, з відсутністю в цьому місті ЧСЧ-сервісних організацій на час проведення опитування.

Загалом ЧСЧ, які ставляться до проблеми епідемії ВІЛ уважніше і скрупульозніше за інших, переважно мають ВІЛ-позитивних знайомих:

Например, я интересовался. Знаю, что сам СПИД с медицинской точки зрения проявляется как 26 болезней. У меня есть знакомые, вернее, были, которых уже нет, которые ушли именно по этой причине» (Одеса)

■ Сексуальні практики

Основним засобом захисту від СНІДу при статевих контактах є презерватив, який у ЧСЧ асоціюється насамперед із захистом («твоя гумова броня», «защита от нежелательной спермы»), але також із ненадійністю («у меня был случай, что он просто порвался, ну и какая это защита?») та зменшенням задоволення («взагалі ніяких відчуттів»).

Загалом більшість ЧСЧ усвідомлюють необхідність використання презервативів, але основним бар'єром для їх постійного використання є ціна:

"Наші люди намагаються саме дешево купити. Як в Україні не може бути СНІДу, якщо людина не може собі купити презерватив. А змазки ще дорожчі", "Найдешевший презерватив можна купити за 3 грн., але це не гарантія, що він доживе до кінця, а якщо купити такі дорогі Contex, наприклад, то три штучки коштують 16 грн." (Львів)

Учасники ФГД поділились на тих, що орієнтовані на використання презервативів при кожному анальному контакті (переважно ті, що мають можливості безкоштовно отримувати презервативи), та тих, що орієнтовані на використання презервативів тільки при анальному сексі з випадковими партнерами.

Не використовують презервативи:

- У випадку постійного і/або перевіреного партнера (більшість притримується цієї думки, але постійний партнер є у меншій частині респондентів – частіше про постійного партнера говорять в Одесі, Полтаві, рідше Львові, Донецьку):

«Если проверялись вместе у врача и все результаты для себя знаешь. Это также, вот за руку, к врачу, сдавать тесты на ВИЧ-СПИД и если ты доверяешь, если ты уверен в своем партнере, что он не шляется направо, налево, то, в принципе... Хотя все равно в любом случае надо использовать, потому что пока ты, там, на работе, твой партнер пошел, погулял, что-то нагулял, потом принес и начинается потом» (Одеса)

- Коли секс відбувається за відсутності нормальних побутових умов (наприклад, на вулиці, така практика частіше розповсюджена серед учасників з Донецька, Львова):

"Для того, чтобы страховать, нужны условия. А условия занимают 15% из 100%. Не у каждого есть нормальная квартира, куда можно спокойно прийти и выпить чашку кофе, принять ванную. Большая часть – это 60-70% проходит где-то там, за окном" (Донецк)

- Якщо секс відбувається у стані алкогольного сп'яніння:

"Часто такі стосунки бувають у стані алкогольного сп'яніння, людина тоді себе не контролює і про презерватив не думає" (Львів)

- При оральному сексі,
- Не мають такої звички (рідко).

Також ЧСЧ практично завжди використовують лубриканти при анальному сексі, навіть частіше, ніж презервативи:

«При анальном сексе – это больновато на сухую. Это снижает риск того, что презерватив может порваться во время секса и от травматизма» (Донецьк)

Зрідка називали і «народні методи» дезінфекції: розчин фурациліну, ромашки, марганцівки; засоби, що містять спирт – горілка, шампанське; прийняття душі після сексу. Про антисептичні рідини/креми чули, але не використовують, бо вони дорогі і в них не вбачають необхідності.

При знайомствах про ВІЛ-статус не питають і не обговорюють це питання, але серед клієнтів ВІЛ-сервісних ЧСЧ-організацій поширена практика спільного проходження тестування на ВІЛ:

Просто в прошлом был уверен, потому что анализы были сданы, а в этом, потому что, так сказать, до меня вообще не было. Поэтому такого, чтобы раздвигать ноги и спрашивать - давай справку - не было» (Одеса)

■ **Практики тестування на ВІЛ**

Більшість клієнтів ВІЛ-сервісних ЧСЧ-організацій регулярно проходять тестування на ВІЛ один раз на 3-6 місяців. В Одесі та Донецьку проходити тестування кожні три місяці стало майже обов'язковою процедурою серед ЧСЧ завдяки роз'яснювальній роботі, яка проводиться кураторами ком'юніті-центрів та інших ВІЛ-сервісних організацій.

Внутрішні мотиви проходження тестування:

- Профілактичні цілі, ніхто не застрахований від захворювання;
- Невпевненість у партнері, чутки, що партнер інфікований, страх перед ВІЛ-позитивними (*«есть люди, которые считают, что если я болен, значит все должны болеть»*);
- Випадковий, часто незахищений секс.

Зовнішні мотиви проходження тестування:

- Тестування в місцях, де проводять велику частину часу, не треба кудись спеціально їхати:

"Если бы тестирование не проходило в Центре, то я бы его проходил гораздо реже. На это же нужно найти время, чтобы туда поехать, всё оформить. А тут всё совмещено. Так бы сдавал раз в пол года, а так сдаю, как врача увидел (Одеса)

- Відсутній бар'єр, пов'язаний з належністю до ЧСЧ, консультація спеціалістів, яким довіряють:

«Приятно прийти, когда человека ты знаешь, и ты знаешь, что человек будет нормально к этому относиться. Он может спросить у тебя, были ли какие-то волнения по этому поводу. И ты можешь спокойно ответить, не боясь последствий».

- 100% конфіденційність.

ЧСЧ, які не є клієнтами ВІЛ-сервісних ЧСЧ-організацій (частіше це ЧСЧ старші за 35 років, що проживають у Львові та Полтаві), проходили тестування 1 чи кілька разів після ризикованого контакту або не проходили взагалі.

Внутрішні мотиви уникнення тестування:

- ЧСЧ старшого віку схильні поводитись більш ризиковано, або соромляться.

Зовнішні мотиви уникнення тестування:

- Необхідність проходження тестування в СНІД-центрах а не на місцях (особливо в Полтаві, де немає централізованого місця проведення тестування саме для ЧСЧ)

Абсолютна більшість ЧСЧ бажають проходити ДКТ та отримувати інші медичні та соціальні послуги в спеціалізованих організаціях для ЧСЧ. Бар'єри щодо проходження тестування в держаних спеціалізованих установах є наступними (незалежно від вікової категорії):

- Страх порушення конфіденційності, сама ситуація приходу в СНІД-центр може викликати дискомфорт через страх розголосу (особливо, якщо місто маленьке, таке як Полтава):

"В мене є знайомий, який раз на рік ходить в СНІД-центр, перший раз, коли він прийшов, йому сподобалось, але зараз він не хоче ходити, тому що боїться чи то розголосу, чи що якась інформація просочиться" (Львів)

"Анонимно было тогда, когда результат отрицательный. А если не дай Бог, у кого был результат положительный, на этом вся анонимность заканчивается" (Полтава)

- Незнання, де можливо пройти цю процедуру:

"От у мене друг був, він сьогодні пройшов тестування. Людина навіть не знала, що такі взагалі такі тестування проводяться..." (Львів).

- Небажання мати справу з лікарнею, відчувати себе хворим:

"І багато не хоче перевірятися, щоб не знати, тому що багато хвороб супутніх можуть знайти, особливо люди старшого віку", «Нашим українським лікарям довіряти не хочеться" (Львів)

- Недовіра до достовірності тестування (згадували випадки, коли позитивний результат тесту не підтвердився);
- Вимагання «добровільних внесків» з боку медичних установ.

Полтавчани воліють домовлятися зі СНІД-центрами та організовувати виїзні тестування на ВІЛ/СНІД для ЧСЧ:

И Максим договорился, что они к нам приедут сюда, чтобы анализы взяли у всех. Они сказали, что всё бесплатно и презервативы тоже. В этом году не получилось сделать party, т.к. дом подорожал... Чтобы идти в больницу, ты испытываешь моральный стресс. А если это организация, то ты знаешь, что ты пришёл и тебе никто ничего не скажет, ты себя по-другому будешь чувствовать. И нет того, что как бы паспорт надо" (Полтава)

Але занепокоєння деяких учасників викликали нібито встановлені в машині камери спостереження, хоча лікарі і не підтверджували факт ведення відеозйомки.

■ **Організації та послуги для ЧСЧ**

Найбільш відомими організаціями/установами, що надають послуги для ЧСЧ у містах проведення ФГД, є створені за підтримки Альянсу Донецький обласний благодійний фонд «Здоров'я нації», Благодійна організація «Тотал» у Львові, а також ком'юніті-центр «Вавилон» в Одесі при Молодіжній громадській організації «Молодіжний Громадський Рух "Партнер"». Учасників ФГД можна поділити за ставленням до цих суб'єктів ЧСЧ-сервісу на активних клієнтів (це переважно молоді люди до 35 років) та незацікавлених осіб (переважно ЧСЧ старше 35 років, які вже повністю пройшли всі етапи соціально-психологічної адаптації). ЧСЧ з Полтави хотіли б мати подібну організацію:

"Найти человека, который будет этим заниматься, создать ему все условия, которые нужны для этого. Мы всё равно все узнаем про этот офис и будем ходить, интересоваться информацией, которая нужна будет конкретно. Нужен человек, который будет просвещать, периодически, собирать, тренинги проводить" (Полтава).

"Ну скажем так, в Полтаве ничего нет, то, по крайней мере, должно быть что-то. С чего-то надо начинать. Повеселиться, собраться, т.к. это редко бывает, то это замечательно. Вот нас три человека и вся инициатива. Просто как – город маленький и пересекаться нигде. Если где-то даже откроется клуб, то ходить туда, должна быть охрана" (Полтава)

В інших містах клієнти задоволені послугами ВІЛ-сервісних ЧСЧ-організацій:

"Мне кажется, что система существует и она стабильна. Изменить тяжело мировоззрение людей. Мне кажется, что много организаций существует, которые этим вплотную занимаются. В Одессе она одна, но этого достаточно, чтобы люди знали. У нас есть люди, которые сидят в Интернете на сайте знакомств и зазывают сюда, привлекают новых клиентов. Люди уже сами решают – приходить, или нет" (Одеса)

Оптимальною організаційною формою є ком'юніті-центри, які сприймаються насамперед як місця проведення вільного часу, де можна просто поспілкуватися з такими як сам, а надавані послуги інтегрують в процес проведення дозвілля:

"Общение с людьми, которые фактически такие же как ты. Т.е. ты с ними обсуждаешь ту тему, которая тебя тревожит. Вот посидеть на крыльце и пообсуждать историю своей жизни... Тут как бы ты без лишних масок общаешься и получаешь какие-то советы", "Люди приходят сюда, чтобы вести себя естественно" (Одеса)

Основними потребами опитаних ЧСЧ в усіх містах є наступні:

- Проведення вільного часу у звичному оточенні, де можеш поводитись як подобається – максимально природно (кава, чай, відпочинок, спілкування, тематичні вечірки);
- Презервативи, лубриканти, інформаційні матеріали;
- Проведення тестування на ВІЛ, сифіліс, гонорею та трихомоніаз на місцях. Особливо не вистачає тестування на ІПСШ. Щодо тестування на ВІЛ, то висловлювалася недовіра до результатів експрес-тестів та бажання проходити більш надійне лабораторне тестування за методом ІФА:

"Первоначально это доктор, а второе – презервативы. .. Ну и чай, кофе, потанцуем" (Одеса)

"Сама врач говорит, что результативность экспресс- тестирования хорошая, но всё равно не та, которая при развёрнутом тестировании" (Одеса)

"Достоверность там низкая. Если берут из вены, то они два раза проверяют" (Полтава)

- Консультації юриста та юридичний супровід (в зоні дефіциту – особливо актуальна потреба у Львові):

"Правовая – она ещё дороже, чем медицинская. Потому что у нас таких правозащитников по Донецку единицы, которые в организации права отстаивают" (Донецьк)

- Аутрич-робота на «плешках» (відкритих місцях зібрання цільової групи) і нічних клубах міста для ЧСЧ з метою розповсюдження мінімального профілактичного пакету (зокрема інформаційної літератури та презервативів);
- Індивідуальні чи групові зустрічі з психологом (але при умові, якщо довіряють спеціалісту) - актуально серед молоді аудиторії до 20, що перебувають на шляху до самовизначення):

Самое актуальное я считаю, не мешает никому - это консультации психолога. Бывают же какие-то эмоциональные ситуации, когда вот хочется кому-то высказаться, а рядом нет близкого человека, кому ты можешь довериться. И в таких ситуациях лично я могу со спокойной душой обратиться к психологу и идти домой. Поэтому лично для меня, хотя я видел, что другие тоже к ней ображаются и очень довольны. Потому что реально помогает как-то справиться со многими жизненными проблемами и найти выход из различных ситуаций" (Одеса)

"Это желание возникает, когда ты только начинаешь думать, кто ты есть на самом деле. А когда ты дошел до этого, то уже психолог тебе не нужен и даром. А по началу, когда тебе 15-18 – ты думаешь это плохо-хорошо?! Как это?" (Полтава).

■ **Потреби ВІЛ-сервісних ЧСЧ-організацій:**

Основними потребами центру «Вавилон» в Одесі є:

- Більше приміщення з кращими умовами зокрема для групи ВІЛ-позитивних ЧСЧ (наявне вміщає до 40 осіб при більшій кількості охочих);
- Надання поглиблених тематичних інформаційних матеріалів для ЧСЧ (не тільки з проблематики ВІЛ/СНІД);
- Тренінги для персоналу, програми обміну досвідом з іншими ВІЛ-сервісними ЧСЧ-організаціями;
- Потреба у проведенні заходів, тренінгів, семінарів на інші актуальні теми (зокрема, на тему захисту від дискримінації), крім ВІЛ/СНІДу, про що більшість клієнтів центру мають достатньо інформації.

Основними потребами Благодійної організації «Тотал» у Львові є:

- Більше приміщення з кращими умовами (центр дуже маленький, через що неможливо залучати нових клієнтів);
- Кваліфіковані кадри. Наразі вся робота, включаючи проведення тестування, здійснюється директором.

■ **Дискримінація та стигматизація**

Дискримінацію по відношенню до себе відчувають у всіх містах, де проводилось дослідження, але найбільш гостро ця проблема стоїть у Львові, де ЧСЧ відчувають, окрім всього іншого, переслідування з боку представників правоохоронних органів. Дискримінацію відчувають з боку:

- Роботодавців (звільнення):

"Общая тенденция нехорошая. Вот я работал на предприятии, и если бы кто-то из окружения людей, которые работали вокруг меня, узнали обо мне, кто я есть, то

я бы, наверне, не только на этом предприятии не работал бы, но и давно бы в городе не жил" (Донецьк)

- Батьків (вигнання):

"Мне хорошо запомнилось как отец сказал, что не дай Бог я буду геєм, то чемоданчик на выход и ты мне не сын" (Одеса)

- Навчальних закладів (виключення):

"Недавно на сайте города Одесса появляется статья ректора юридической академии, господина Кивалова, о том, что он будет бороться всеми силами с проявлениями гомосексуализма в академии, которая приняла невиданные размеры. Потому что он считает, что будущие судьи, прокуроры и адвокаты не должны быть геями... Статья Кивалова на сайте города Одесса²⁹. Если такое есть, то с этим бороться как-то надо. Потому что я считаю, что все люди – люди и имеют одинаковые права и какая разница, кто с кем спит" (Одеса)

- Гетеросексуалів (побиття):

"Среди гетеросексуалов очень негативное. Они считают, что мы ненормальные: "вы психи, вы не люди". И как себя тогда вести, как можно открыться", "Вот видите, какой произошёл случай. Парень выходил, а здесь его избили, подловили на выходе. К сожалению, навряд ли это будет иметь последствия для тех, кто это сделал, но мне кажется, что если их словили, и этим займутся хорошо, то результат будет (Одеса)³⁰

- Церкви (хоча учасники переконані, що серед церковників гомосексуалізм - широко розповсюджене явище):

"У нас в «Партнёре» говорят, что мы не ходим в церковь не потому, что в Бога не верим, а потому, что церковь закрыта для таких, как мы" (Одеса).

- Органів міліції (тільки у Львові: міліція збирає базу даних ЧСЧ, виходячи на них через Інтернет, безпідставно викликає їх до відділків, принижуює гідність):

"Ви знаете, я вам скажу честно, що те, що я пережив у відділку... для мене СНІД не такий страшний, як то, що я пережив" (Львів)

²⁹ Текст виступу президента Одеської Національної Юридичної Академії народного депутата Сергія Кивалова доступний за посиланням:

<http://www.misto.odessa.ua/index.php?u=novosti/odessa/nom,18799,18799>

³⁰ Один із учасників одеської ФГД мав помітні сліди побоїв.

- Партійних організацій (зокрема, Всеукраїнське об'єднання "Свобода" у Львові).

Практично кожен учасник приховує свою сексуальну орієнтацію через страх втратити роботу, напади через гомофобію, небажання бентежити сім'ю.

4.3 Висновки щодо оцінки існуючих послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу та незадоволених потреб ЧСЧ

- ЧСЧ переважно не бажають користуватися послугами державних СНІД-центрів та інших організацій, що надають послуги «для всіх». Основними бар'єрами є: страх порушення конфіденційності, вимоги назвати ПІБ і показати документи (особливо у Львові); незнання про СНІД-центри; відчуття дискомфорту; недовіра до достовірності тестування та страх зараження СНІДом; вимоги робити «добровільні внески»;
- Всі учасники ФГД приховують свою сексуальну орієнтацію через стигматизацію і в разі звернення до СНІД-центрів не схильні відкриватися, відповідно, не отримуючи належного консультування;
- ЧСЧ переважно бажають користуватися медичними та соціальними тільки в межах своєї спільноти, зокрема в ВІЛ-сервісних ЧСЧ-організаціях, що викликають у них довіру («Вавилон» (Одеса), «Здоров'я нації» (Макіївка), «Тотал» (Львів). Такі організації існують тільки у великих містах, часто їм не вистачає коштів та кваліфікованих кадрів (Львів);
- Найбільш активні клієнти ВІЛ-сервісних ЧСЧ-організацій – це молода аудиторія ЧСЧ у віці 15-35 років. Натомість аудиторія у віці 35+ найменш зацікавлена у медичних та соціальних послугах, в тому числі у ДКТ, і характеризується більш ризикованою сексуальною поведінкою;
- Основною потребою ЧСЧ є безкоштовне отримання презервативів і лубрикантів – висока ціна на ці товари є бар'єром для їх використання в усіх містах, де проводилися ФГД;
- В усіх містах була зафіксована недовіра до експрес-тестування і висловлювалось побажання час від часу проходити лабораторне тестування за методом ІФА. Іншою незадоволеною потребою є регулярне та безкоштовне проходження тестування на ІПСШ;
- Серед соціальних послуг, якими бажали б користуватися, найчастіше згадували юридичні консультації (особливо актуально у Львові, де значно частіше, ніж в інших містах, згадувалося про порушення прав ЧСЧ) та послуги психолога (особливо в період камінауту, коли чоловіки усвідомлюють потяг до інших чоловіків, але ще не визначилися із внутрішнім ставленням до цього). Оптимальним є підхід «рівний—рівному».

4.4 Аналіз результатів фокус-групи з ВІЛ-позитивними ЧСЧ

- **Уявлення про поширення ВІЛ/СНІДу, зокрема серед ЧСЧ**

Учасники групи ВІЛ-позитивних, як і учасники інших груп, намагаються спростувати поширену в суспільстві думку, що ЧСЧ є рознощиками ВІЛ:

"Мы такая же группа риска как и все остальные. Повышенная, я считаю, наркомания. Вот это повышенная. В среде MSM инъекционных наркоманы практически отсутствуют"

При цьому, вони виявляють більшу обізнаність щодо епідеміологічних даних:

"На последнем семинаре была оглашена статистика по Одессе по распространению ВИЧ/СПИДА среди MSM. Но как сказали нам координаторы и врачи городского центра, что официальная статистика составляет 24,35%. Т.е. каждый 4 гей, можно сказать позитивный"

■ Уявлення про шляхи інфікування ВІЛ

Учасникам відомо, що статевий шлях інфікування домінує над ін'єкційним і найбільш небезпечним у цьому відношенні є незахищений анальний секс, після цього йде вагінальний та оральний секс. Також згадували можливість передачу ВІЛ від матері до дитини.

■ Як дізналися про статус

Перше тестування проходили переважно в СНІД-центрах, в поодиноких випадках – експрес-тестування при ком'юніті-центрі. Причиною тестування найчастіше було погіршення здоров'я:

«У меня начались проблемы не с ВИЧ, у меня начались проблемы с печенью. Я полгода бегал по больницам, тоже не могли определить, что к чему. Диагноза у меня не было. Мне знакомые врача посоветовали – в тубдиспансере она заведующая. Она сделала мне полностью анализ и сказала, что проблемы с печенью и сдать на гепатиты и на ВИЧ. У меня обнаружили гепатит, но не ВИЧ. А через полгода анализы стали ещё хуже. Я сдал на ВИЧ и мне сказали, что ВИЧ»

Більшості учасників ФГД некоректно повідомили про позитивний статус:

«Я захожу, сидит лаборантка, жует пирожок с картошкой, который воняет на всю лабораторию, я захожу, она говорит: «О, что ты пришел, привет. Короче, ты в статусе, завтра придешь к Наталье Дмитриевне, поговоришь с ней». Я такой: «А...». – «Все, давай, я кушаю». Я закрываю дверь, выхожу такой, стою, думаю: "Опа. Приехали".

Заходит заведующая городским центром в кабинет к терапевту. Там что-то начинает... «А это кто у нас?». Она говорит: «Это новенький парень, он в статусе"». Она мне такая, смотрит, повернулась ко мне спиной, говорит: «А ты откуда?». Я говорю: «Из Тирасполя». – «Да? Ну что, - говорит, - а чего ты сюда приехал?». Я говорю: «Живу здесь». – «Да? Сидел бы в своем Тирасполе, и был бы здоров. А то понаехало сюда, плитку класти».

Так, как было мне преподнесено, как преподнесла она мне, что любой бы другой, более слабой психики человек, он бы пошел бы, повесился или застрелился.

И когда тебе психолог объявляет вот так: «Хотела бы чем-то порадовать, но я не могу ничем Вас порадовать. У Вас СПИД». Или ВИЧ. Все. Просто стоишь так, и такое впечатление, будто тебя заживо закопали. По пояс.

Один з учасників розповів, що про статус повідомили не йому, а його матері.

Разом з тим лунали думки щодо покращення процедури ДКТ останнім часом:

По-моему, стало легче, как бы, определить. То есть, раньше в городе была одна лаборатория. И там, грубо говоря, очередь как мавзолей. Выходит тётя, кто на СПИД сдавать, подымите руки. Такая толпа. Кто на гепатиты, туда. Сейчас, вот, сюда можно пойти реально тихо вечером, кого-то даже привести провести тестирование.

Після того, як їм оголосили статус учасники зіштовхнулись із браком інформації, як їм тепер жити, та із браком можливостей обговорити з кимось свою хворобу:

«Сейчас ни одного справочника нет. И литературы по ВИЧ-позитивным углублённой – образ жизни в новых реалиях»

«Допустим, психологически надо обратиться куда-то. Тебя нигде не понимают, не слышат, ничего. Это не дискриминация?!»

■ **Життя з ВІЛ: самосприйняття, дискримінація та стигматизація**

Загалом ВІЛ-позитивні ЧСЧ відчують себе уразливими та пригніченими не стільки через свій статус, скільки через стигматизацію у суспільстві. Вони переживають через:

- Приреченість, але разом з тим говорять про неї з іронією;
- Безпорадність, відчуження, непотрібність, самотність;
- Неповноцінне статеве життя через страх за себе та партнерів (бояться заразити та бути зараженими супутніми хворобами).

ВІЛ-позитивні ЧСЧ відчують потрібну стигму:

- Стигматизація ВІЛ-позитивних людей у суспільстві (найбільш виражена);
- Стигматизація ВІЛ-позитивних ЧСЧ з боку ЧСЧ;
- Стигматизація ЧСЧ у суспільстві.

Найбільш небезпечною є стигматизація з боку медичних установ – як ВІЛ-позитивних людей, так і ЧСЧ:

З власного досвіду респонденти розповідали про наступні випадки порушення своїх прав у медичних установах:

- Відмова надавати лікування під будь-яким приводом;
- Надання лікування за умови додаткового матеріального стимулювання медичних працівників;
- Словесна нетолерантність, зневажливе ставлення як до ВІЛ-позитивних людей, так і до ЧСЧ.

Лунала думка, що молоді консультанти та лікарі більш коректні та професійні, аніж їхні колеги старшого віку, але наводилися випадки нетолерантності і з боку молодих спеціалістів:

«У меня вот такие проблемы. У меня такое заболевание, через кровь!»». – «Что, гепатит, что ли, притащила?»». Она говорит: «Нет, у меня ВИЧ». - "Так. А ты где живешь? А этой не мой участок. Вон твоя терапевтка, что ты сюда ходишь? Ты понимаешь, что ты конченная?"» А потом буквально какая-то молодая, после института. Она говорит: «Идите сюда», выписала ей направление. Та - старая, а та – молодая».

Когда я узнал диагноз, была такая психолог, молодая девушка. Когда я пришел, она мне хотела оказать поддержку психологическую. Когда я сказал, что я, как бы, как бы... МСМ. Она говорит: «Я таких людей не понимаю, и это для меня не люди. И все»

Також респонденти зазначали неможливість влаштуватися чи втриматися на роботі, якщо роботодавець дізнається про позитивний статус. На деяких роботах вимагають відповідну довідку, тож існує практика хабарів за фіктивне медичне обстеження заради збереження робочого місця:

Попробуй задержись на работе», «если узнают на работе, то тебя выживут».

«Я работал на такой работе, что, когда узнал о своём статусе, то мне пришлось уволиться. Потому что у нас там была обязательная медицинская комиссия. Потому что меня не взяли бы с моим статусом работать»

«Потому что я, например, боюсь пойти работать поваром, потому что я боюсь, что кто-то узнает или где-то ляпнут стопроцентно»

«Медкомиссия – книжка носится в определённую поликлинику, платятся деньги и никто ничего, можно вообще не сдавать анализ»

Болючою також є стигматизація серед ЧСЧ:

«Ещё как сплетничают. У меня друг умер от рака, а слухи пошли, что умер от СПИДа. Вот один добрый человек сказал и понесло».

«Когда-то была такая ситуация. Я езжу за таблетками. И меня увидел товарищ. И через неделю уже практически в общих наших кругах уже все знали, говорили за меня. А я говорю – вообще-то это областной центр и люди приходят туда не только, чтобы сдать на ВИЧ, а чтобы консультацию общую по работе получить. Медосмотр пройти».

Причем, проблема, Вы знаете, может быть, даже не в том, что кто-то узнает обо мне. А в том, находящиеся рядом со мной друзья, на них тоже падает. У тебя с ним что-то было. А ты знаешь, что он ВИЧ.

■ **Оприлюднення ВІЛ-статусу**

Зіштовхнувшись із дискримінацією в медичних установах, ВІЛ-позитивні ЧСЧ не схильні оприлюднювати свій статус при зверненні до лікарів, хоча й усвідомлюють небезпечність такої поведінки:

«И если, не дай Бог, скажете, что там где-то плюс, это... По крайней мере, как у меня, был у стоматолога, и диагноз. Это 100% или она, доктор начинает бояться, сам доктор начинает бояться. И, возможно, тебе там, я не знаю. Что-то проткнёт, будет какая-то небольшая авария. Или если есть какая-то возможность, то есть, видишь, есть же разные доктора: хорошие и обычные. Я прихожу к этому доктору, который меня ведёт где-то там с шести лет. И я прихожу к ней. Да. Но если, не дай Бог, она узнает мой диагноз, она 100% скажет: "Ты знаешь, ты не мой участок. Иди туда».

«Когда обнаружуют ты просто не ляжешь в свою больницу. Они говорят: у вас есть своя, идите туда. У чёрта на куличках, где люди приезжают просто умереть", "Вот у меня друг умер. У него обнаружили энцефалит. Он иногородний. Я его привёз в областную больницу. Естественно я их предупредил. Они мне сказали ни за какие деньги, даже за 1000 тыс.долларов мы его не положим. Прямо в лицо. Лишь после звонка дочки нашего мэра нашли отдельную палату, и не за какие деньги»

«Можно сказать, что мне запрещены иммуностимуляторы, допустим, а не запрещены какие-то другие препараты»,

«Я не скажу о статусе, потому что мы, ВИЧ-инфицированные, не подлежим реанимации. Общая больница – если ты ВИЧ-инфицированный, тебя не положат в реанимацию. Это риск для них большой. Если хочешь жить, то лучше не говорить в принципе»,

«Просто, если я реально завтра попаду в больницу и объявлю свой статус, то эта операция будет стоить мне жизни. Мне врачи скажут, что не будут делать операцию, потому что боятся порезаться, например, в ходе операции. Меня не будут оперировать 100%»

Ні в якому разі не оприлюднюють статус і на роботі, деякі учасники звільнились відразу після того, як дізнались про статус.

Водночас більшість учасників свідчать про розуміння та підтримку з боку членів сім'ї та здорових партнерів:

"У меня друзья, например, все знают", "У меня семья тоже знает. Это вполне открытая тема"

«Когда идя уже на анализы, я семью оповестил о том, что я иду это делать. И когда ушёл, меня просто отправили с такими словами: Что бы там не произошло, ты наш член семьи. И всё. Т.е. это уже было понятно, что меня примут с любым статусом»

«Я живу с парнем, у которого нет ВИЧ», «Такая же ситуация у меня – парень здоровый. Мой парень знает», «Человек, который влюблён, пойдёт на риск»

■ Сексуальні практики

Сексуальна поведінка зазнала змін: якщо до того, як дізналися про ВІЛ-позитивний статус, могли дозволити собі незахищені стосунки (більшість не використовувала презерватив при статевому контакті), то зараз практикують тільки захищені статеві стосунки – використовують презервативи при кожному анальному контакті з партнерами. Винятком є тільки оральний секс – презерватив не використовують через мінімальний ризик зараження при дотриманні гігієни ротової порожнини:

«Анальный секс с презервативом – это обязательно»

«Если нет язв во рту, если не глотать сперму, то риск уменьшается, ранок нет существенных, не кровоточит ничего... Не значит, что риска нет, он просто минимальный»

Зі зміною статусу з'явилося більше відповідальності за себе та оточуючих, додався психологічний дискомфорт, пов'язаний з якістю, повноцінністю статевого життя. Учасники скаржились, що деякою мірою втратили задоволення від сексу через постійно присутні думки, аби статевий акт пройшов без негативних наслідків як для себе, так і для партнера:

«Всё время боишься – можно инфицировать человека, можно подхватить себе кучу инфекций. Оппортунистов, и т.д. Иммуитет же ослаблен»

«Теперь мы должны бояться окружающих, а не окружающие нас»

«Потому что, когда занимаешься сексом, не любовью даже, потому что любовь вообще уходит на задний план... боишься, чтобы он не порвался. Думаешь не об удовольствии, не о партнёре»

«Боишься, чтобы презерватив не порвался, сам уже начинаешь бояться этого. Как бы грубо говоря всё получается автоматически – думаешь об опасности, о здоровье»

Також респонденти завжди використовують лубриканти при анальному сексі, деякі учасники через стрес почали використовувати фалоімітатори.

■ **Організації та послуги для ВІЛ-позитивних ЧСЧ**

Найбільшою потребою ВІЛ-позитивних ЧСЧ є своєчасне та якісне медичне обслуговування. Учасникам ФГД відомі дві організації, які пропонують необхідне обстеження та лікування серед ВІЛ позитивних:

- Обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом (переважна більшість користується саме його послугами). Де-юре тестування на ВІЛ повинно бути анонімним та безкоштовним, де-факто за анонімне тестування доводиться платити. Щодо лікування, то більшість його отримує, але нарікають на дуже довготривалу процедуру:

«Лечение по поводу гепатитов я добился через год в областном ВИЧ-центре»

- Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського в Києві («клініка в Лаврі»): позитивний досвід користування послугами, але *«туда так просто не попадешь»:*

«Мне не предоставили терапию. Они дотянули меня до восьми клеток. Просто сказали: извините, у нас нет. Мне предоставили только в Лавре. Терапию и бесплатное лечение. Я там три месяца лежал»

«Там всё бесплатно, там [выдаются] очень дорогие лекарства. И людей вытаскивают. Туда, чтобы попасть, тоже нужно хорошо вложить. Просто так туда не попадешь», «Вот единственное, что я слышал»

- Ком'юніті-центр «Вавилон». Його цінують за можливість зібратись та обговорити свої проблеми в межах своєї групи, отримати презервативи та лубриканти, тестування на сифіліс та гепатити, відмічають професіоналізм директора.

Серед найбільш актуальних медичних послуг:

- Антиретровірусна терапія: поки що більшість отримує безкоштовно, але говорять про обмежену можливість отримання терапії та лікування на місцях; відстрочку терапії; продаж ліків медичними працівниками замість їх безкоштовної реалізації;
- Тестування та лікування опортуністичних інфекцій. Зазвичай тестування платне і дороге. На думку учасників, має бути безкоштовним.

Серед найбільш актуальних соціальних послуг:

- Інформування про організації, які надають допомогу ВІЛ інфікованим, з деталізацією по місцю знаходження, переліком платних та безкоштовних послуг, умовах анонімності;

- Література для ВІЛ-позитивних ЧСЧ:

«Настольная книга для позитивных – туберкулёз, симптомы какие-то, лабораторные нюансы», «Я столкнулся недавно, что ВИЧ позитивным, допустим, не всё можно кушать. И оказывается, это всё очень сильно влияет на понижение иммунитета»

- Психологічна підтримка як з боку ЛЖВ, так і з боку професійних психологів - людина залишається наодинці з захворюванням після ознайомлення з результатом. Бажаним є отримання послуг за принципом «рівний—рівному». Негативний власний досвід з психологами слугує бар'єром звернення до них повторно, формує негативні установки:

«Человек, который живёт в этой проблеме, он поймёт человека, который в этой же проблеме, как никто лучше. Как он сам. Это даже лучше, чем психолог»

«Это стресс какой-то снять. А так похоронил себя без этих дел. Ты живёшь с людьми, которые ничего не знают и любое их действие может привести к тому, что они могут пострадать»

- Юридична підтримка особливо щодо отримання медичної допомоги затребувана, але існує установка (як і по відношенню до отримання лікування) – без достатнього власного матеріального підґрунтя та сторонньої «руки» важко добитися необхідного ставлення та допомоги. Досвід відстоювання своїх прав у ВІЛ-позитивних ЧСЧ відсутній:

«Опять же это надо делать с каким-то посредником, потому что когда ты напрямую обращаешься, ты не выйдешь. Надо через кого-то кому-то дать, чтобы закрыли рот. Как и в больнице, как и везде»

■ **Що потрібно змінити в суспільстві та державі**

ВІЛ-позитивні ЧСЧ вважають, що насамперед необхідні інформаційні кампанії щодо підвищення толерантності та інформованості суспільства:

«Говорить, объяснять людям, чтобы они не боялись других людей вот такого рода. Общество должно быть воспитано со школы, с самых азов. Оно должно быть информировано».

«И со школьной скамьи проводит какие-то уроки, связанные с безопасным сексом и сексуальным поведением».

«Объяснять людям, чтобы они не боялись других людей».

«Общество должно быть воспитано государством со школы. Оно должно быть информировано. Потому что человек не знает, что это и как это».

Також вони вважають необхідним збільшення державного фінансування СНІД-центрів та зарплат лікарів:

«Если она сидит в Центре голодная и у неё 4 детей. Она смотрит, пришёл спидозный, конечно, она его ненавидит. А если бы у неё з/п была 5-6 тыс. грн. была, совершенно всё по-другому было бы»

Крім того, пропонувалося введення кримінальної відповідальності за порушення прав ВІЛ позитивних людей (права на лікування; права на толерантне поводження) та надання безкоштовного юридичного захисту. Лунала думка щодо введення пільг для підприємств, які приймають на роботу ВІЛ-позитивних (по аналогії з інвалідами), але за умови існуючої стигматизації люди однаково волітимуть не оприлюднювати свій статус.

4.5 Висновки щодо оцінки існуючих послуг з догляду і підтримки та незадоволених потреб ВІЛ-позитивних ЧСЧ

- ВІЛ-позитивні ЧСЧ найбільше потерпають від стигматизації та дискримінації з боку лікарів. Кожен з них мав досвід ситуацій словесної нетолерантності, відмови у наданні медичних послуг, несвоєчасного їх надання або надання послуг, які повинні бути безкоштовними, за гроші. Через це вони схильні приховувати свій статус при зверненні до лікарів неспеціалізованих організацій, хоч і визнають небезпечність такої поведінки. Крім того, вони страждають від дискримінації з боку роботодавців та інших ЧСЧ;
- Незважаючи на те, що більшість учасників ФГД дізнались про свій статус більш, ніж рік тому, їм не вистачає інформації, як поводитись різних ситуаціях повсякденного життя, коли оприлюднювати статус, куди звертатись - своєї «енциклопедії»;
- Респонденти зазначали, що людина залишається наодинці з захворюванням після повідомлення, фактично, ні з ким поговорити на тему захворювання, окрім ЛЖВ-спільноти: навіть члени родини чи партнери, які знають про ВІЧ, замовчують цю тему. Потрібна психологічна допомога.

5. Аналіз результатів «таємних візитів» до СНІД-центрів

5.1 Методологія дослідження

«Таємні візити» - це метод безпосередньої оцінки якості, доступності і ефективності надання послуг шляхом візитів до організацій в ролі клієнта. Було організовано 10 візитів ЧСЧ у різні установи, що надають послуги ДКТ: по два волонтера у кожному з міст проведення ФГД (Київ, Донецьк, Одеса, Львів, Полтава). Організації обиралися випадковим чином шляхом пошуку в Інтернеті або дзвінків у довідкову службу. Послуги оцінювалися за наступними критеріями:

- Доступність;
- Анонімність;
- Платність;
- Якість консультування та тестування;
- Толерантність, ставлення.

Узагальнююча таблиця із результатами візитів у кожну з досліджуваних організацій подається у Додатку 2.

5.2 «Таємні візити» у Донецьку

- **Доступність:** пацієнти стикнулись з низкою перешкод і перші візити були не результативними (тобто не пройшли дотестове консультування та тестування):

- Так, в одній з організацій необхідною умовою проходження тесту є надання паспортних даних та проживання пацієнта в районі міста, який обслуговує дана лікарня. В цьому пункті до того ж не було ні медсестри (у відпустці), ні швидких тестів, тому пацієнта направили до СНІД-центру;
- В іншому пункті ДКТ пацієнту запропонували прийти на лабораторне тестування через два дні (в понеділок), оскільки кров відправляють на тестування до СНІД-центру по вівторкам.

Інші зауваження:

- Самостійно знайти кабінети ДКТ досить важко, оскільки відсутні написи чи оголошення. Для прикладу, один із кабінетів називався «кабінет для щеплень».
- **Анонімність:** під час проходження консультування в кабінеті знаходились сторонні особи, тому пацієнт не повідомив, що він практикує секс з чоловіками. Іншому пацієнту запропонували назвати ПІБ, проте не в обов'язковому порядку.
- **Платність:** в одному з пунктів пацієнту довелось заплатити за тестування (25 грн.).
- **Якість консультування та тестування:**
 - Незатишні та брудні кабінети, подекуди зі сторонніми запахами;
 - Присутність сторонніх осіб в кабінеті для ДКТ; як результат, пацієнт не зумів повідомити про свій сексуальний досвід з чоловіками;
 - Пацієнти не отримали повне дотестове консультування згідно з вимогами МОЗ³¹;
 - Пацієнти не отримали післятестове консультування; їм надали лише результати тесту;
 - Відсутність швидких тестів.
- **Толерантність, ставлення:**
 - Консультант був непривітним.

³¹ Наказ Міністерства здоров'я України від 19.08.2005 № 415 Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію

5.3 «Таємні візити» у Києві

- **Доступність:**
 - Зручний графік роботи;
 - В одному з пунктів на ДКТ була черга (більше години).
- **Анонімність:** одному пацієнту запропонували назвати ПІБ, проте не в обов'язковому порядку.
- **Платність:** в одному з пунктів вартість швидкого тестування становить 61 грн., проте є можливість пройти безкоштовно лабораторне тестування.
- **Якість консультування та тестування:** ДКТ пройшло на високому рівні.
 - Консультанти були уважні до пацієнтів, надали інформацію стосовно лікаря-уролога;
 - Надали рекомендації з врахуванням усіх особливостей для ЧСЧ;
 - Консультанти обізнані з роботою ГО «Гей-альянс».
- **Толерантність, ставлення:**
 - Пацієнти підкреслили, що консультанти були привітні, на провокативні питання відповідали переконливо та впевнено.

5.4 «Таємні візити» у Львові

- **Доступність:** не виникло проблем.
 - Зручний графік роботи.
- **Анонімність:** без перешкод.
- **Платність:** послуги безкоштовні.
- **Якість консультування та тестування:** ДКТ пройшло згідно із вимогам МОЗ.
- **Толерантність:** консультанти були коректними.
 - Один консультант був непривітним.

5.5 «Таємні візити» в Одесі

- **Доступність:** для двох пацієнтів перший візит до центру ДКТ не був результативний, оскільки:
 - Був неробочий день (пункт працює три дні в тиждень до 13:00);
 - Лікар не мав можливості прийняти пацієнта (був зайнятий).

Іншими зауваженнями були:

- Незручний графік роботи пунктів;
- Довге очікування на консультанта.

■ **Анонімність:**

- Консультант в обов'язковому порядку вимагав назвати ПІБ, паспортні дані та місце проживання, при цьому нічим не аргументував свою вимогу;
- ПІБ пацієнта розголошувалось при запрошенні до кабінету;
- Консультант просив назвати ПІБ партнера та іншу його особисту інформацію.

■ **Платність:** незважаючи на попереднє повідомлення, що експрес-тест повністю безкоштовний, пацієнтів зобов'язали оплатити 50 грн., крім того, консультанти пропонували інші платні послуги (здати кров з вени).

■ **Якість консультування та тестування:** на дотестовому консультуванні пацієнти не отримали повної інформації згідно з вимогами МОЗ. На післятестовому консультуванні - лікарі лише повідомили результати тестування:

- Незатишні та брудні кабінети, подекуди зі сторонніми запахами;
- Поряд із кабінетом відсутні місця для очікування з необхідною кількістю стільців, столиком або стендом з інформаційною літературою з питань профілактики ВІЛ/СНІДу.

■ **Толерантність та ставлення:** лише в Одесі реакція консультанта на повідомлення пацієнта, що він практикує секс з чоловіками, змінилася – консультант зніяковів і став менш привітним.

5.6 «Таємні візити» в Полтаві

■ **Доступність:**

- В одному з пунктів поряд із кабінетом не було облаштованого місця для очікування з необхідною кількістю стільців, столиком або стендом з інформаційною літературою з питань профілактики ВІЛ/СНІДу;
- В одному з пунктів незручні години відвідування – з 8:00 до 12:00.

■ **Анонімність:** в одному з пунктів пацієнту запропонували назвати ПІБ та місце проживання; після відмови – оголосили, що це не в обов'язковому порядку, а за бажанням. Також пацієнту здалося, що на шафі працює камера відео спостереження, хоча консультант спростував цю інформацію. В іншому закладі при запрошенні пацієнта до кабінету оголошували його ПІБ, за якими інші особи, що очікують консультування могли б ідентифікувати цю особу.

■ **Платність:** послуги безкоштовні.

■ **Якість консультування та тестування:** обидва пацієнти під час проходження дотестового консультування отримали повну інформацію за вимогами МОЗ, проте на післятестовому консультуванні один зі пацієнтів не отримав належного консультування. Щодо вибору варіанта тестування, то в одному пункті була можливість пройти лише експрес-тестування, в іншому ж навпаки – лише лабораторне тестування.

■ **Толерантність та ставлення:** лише в Полтаві після повідомлення пацієнта, що він практикує секс з чоловіками, консультанти стали привітніші та уважніші.

5.7 Висновки щодо доступності, якості і ефективності надання ДКТ

- З усіх міст тільки в Одесі і Донецьку були виявлені значні проблеми з доступністю, анонімністю, якістю консультування і тестування та толерантним і привітним ставленням. В цих містах до того ж послуги виявилися небезкоштовними: пацієнтам довелося заплатити (50 грн. в Одесі і 25 грн. в Донецьку) за неякісно надані послуги з ДКТ.

6. Аналіз результатів інтерв'ю з представниками референтних організацій

6.1 Методологія дослідження

За бажанням більшості респондентів опитування проводилося переважно методом телефонного інтерв'ю, в одиничних випадках – методом анкетування та особистих інтерв'ю. Середня тривалість результативного інтерв'ю - близько 30 хвилин. Гарантувалась анонімність опитування.

Загалом було проведено 163 інтерв'ю з представниками референтних організацій, респондентами виступали їх керівники або спеціалісти, що безпосередньо відповідають за роботу з ЧСЧ). Зокрема:

- 10 інтерв'ю з представниками референтних організацій на національному рівні: Міністерство охорони здоров'я України (Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерство внутрішніх справ України, Міжнародний благодійний фонд "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні", Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом», Громадська організація «Гей-альянс», Міжнародний благодійний фонд «СНІД Фонд Схід-Захід», Благодійна організація «Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу», Всеукраїнська громадська організація "Мій вибір", Школа соціальної роботи імені Володимира Івановича Полтавця при Національному університеті «Києво-Могилянська академія».
- 43 інтерв'ю з працівниками закладів/організацій, що надають послуги ДКТ (по всій Україні – як і в обласних центрах, так і в інших містах);
- 25 інтерв'ю з представниками центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді по всій Україні (по всій Україні – як і в обласних центрах, так і в інших містах);
- 85 інтерв'ю з представниками місцевих референтних НДО, що опікуються проблематикою ВІЛ/СНІДу (по всій Україні – як і в обласних центрах, так і в інших містах).

Перелік організацій, що взяли участь у дослідженні, подається в Додатку 3.

6.2 Аналіз результатів інтерв'ю з урядовими організаціями

Представник Міністерства охорони здоров'я України (далі - МОЗ) зазначив, що ЧСЧ на рівні з СІН та ЖКС належать до ВІЛ-уразливих груп населення, тоді як представник Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту зазначає, що епідемія вийшла за межі уразливих груп. Загалом представники урядових організацій зазначили, що динаміка поширення ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ несприятлива. Як відзначив респондент з МОЗ, незважаючи на те, що

відсутня інформація щодо динаміки поширення ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ, проте є розуміння серйозності даної проблеми.

Що стосується джерел отримання інформації щодо поширення ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ, то, в основному, МОЗ отримує ці дані з офіційної статистики, тобто з результатів дозорних епідеміологічних досліджень. Проте, як зазначає респондент, надійність цих даних низька, оскільки ЧСЧ не довіряють медичним установам і рідко зізнаються в досвіді одностатевих контактів:

«Дело в том, что вся статистика официальная таким образом построена, что она не просто низкий уровень показывает, она вообще не показывает. Понимаете? То есть, она, единичные случаи, когда человек себя ВИЧ-инфицированный, не скрывает, что он относится к этой категории. Только в том случае. А так уровни распространенности среди этой группы по официальной статистике мы не знаем,»

Респондент з Мінсім'ямолодьспорту також згадує дані досліджень, які проводить Альянс та результати обговорення проблем поширення ВІЛ-інфекції на робочих групах.

Респонденти зазначають, що в Україні немає офіційного визначення поняття «уразливої групи»: до уразливих груп в Україні відносять ті ж групи, що й в усьому світі. У цьому контексті згадувалась Національна програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, допомоги та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки (далі _Програма) як офіційне джерело, де прописано належність ЧСЧ до переліку ВІЛ-уразливих груп. Респонденти не знають про те, що ЧСЧ не належать до переліку ВІЛ-уразливих груп в основному тексті Програми. На думку представника МОЗ, це однаково не викликало ніяких негативних наслідків, оскільки міжнародні організації здійснюють фінансування програм профілактики серед цієї вразливої групи:

«А от того, что в этой программе их не причислят к уязвимым группам, международники не прекратили бы это финансирование. Поэтому, мне кажется, что это все достаточно формально. То есть, фактически ничего не изменилось».

Представник МОЗ відзначив, що **держав практично не бере участі у профілактиці та лікуванні ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ**, все що робиться для ЧСЧ – все робота недержавних організацій. При цьому, респонденти визнають, що держава також повинна брати участь у цій роботі, і формувати політику, щодо роботи з ЧСЧ:

«Оптимальный вариант, что негосударственные. Они более гибкие. По своей структуре, по штатам, по законодательству. Мне кажется, оптимальный вариант. Другое дело, то, что это совсем не значит, что государство не должно им помогать. В финансировании».

«Роль государственных организаций в принципе, в первую очередь, це сприяти розвитку общественных организаций, которые бы работали в данной сфере, да, как бы одна из самых основных ролей. А во вторую очередь, наверное, одна из

ролей государства – это формирование политики работы с данной категорией, вот и контроль и вообще работа с данной категорией».

Однак, на даний момент, за словами представника МОЗ, держава не готова надавати фінансову допомогу у цьому питанні:

«Но, пока, пока государство не готово оплачивать эти профилактические программы, работы по снижению риска передачи в этой группе».

Також опитані не змогли назвати конкретні форми співпраці держави з недержавними організаціями щодо профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ.

За словами представника Міністерства молоді та спорту, існують регіональні особливості розвитку системи профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ. Такою особливістю можна назвати нетолерування західними регіонами ЧСЧ, і, відповідно, недостатній розвиток заходів щодо профілактики і лікування серед даної групи:

«Там, где регионы по данному направлению работают довольно долго и как бы и общественность и госслужащие уже приняли эту проблему и знают, что такая проблема есть, да. А есть регионы, которые совершенно не признают, что у них может быть в регионе данная проблема. Ну это больше западные регионы».

Щодо залучення державних соціальних служб до роботи з ЧСЧ опитані висловили сумнів з приводу того, чи взагалі це є необхідним:

«Ой, не знаю. Объясню, почему. Потому что группа достаточно закрытая. И захотят ли они сами, вот в чем вопрос. Потому что да, среди них есть определенное количество, среди МСМ, активистов, которые не скрывают своих сексуальных ориентаций. А иногда даже наоборот, ею бравируют. Но, тем не менее, большинство представителей этой группы все-таки стараются себя не засвечивать. Поэтому я не знаю».

«Ну, здесь возникает вопрос, нужно ли нам выделять данную группу отдельно... Мне почему-то кажется, что все равно вот они не пойдут к госслужащему, обычному социальному работнику, который работает в данной сфере, то есть если ему уже, конечно, не припечет. Он все равно, мне кажется, лучше пойдет и будет общаться с людьми, которые имеют такие же проблемы. Равный – равному».

На думку опитаних, ЧСЧ недостатньо охоплені існуючою системою профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу через недостатньо розгалужену систему громадських організацій. Також представник Міністерства зазначив, що специфічним недоліком добровільного консультування та тестування на ВІЛ є те, що передтестове та післятестове консультування можуть проводити різні люди. Цей недолік порушує встановлення довірливих стосунків між клієнтом та консультантом.

Що стосується проблеми стигматизації ЧСЧ суспільством, то тут думки опитаних розділилися:

- Представник **МОЗ** сказав, що така проблема існує та на даний момент немає програм із зниження стигматизації ЧСЧ, проте потреба в таких програмах є, оскільки дасть можливість ЧСЧ «вийти из подполья» та полегшить проведення профілактичних заходів серед даної групи;
- Представник **Мінсім'ямолодьспорту** стверджує, що проблема стигматизації в суспільстві існує не лише по відношенню до ЧСЧ, практично кожна людина стикається з цією проблемою у тому чи іншому вигляді. Для подолання цього явища потрібно працювати над вихованням людей. Також респондент висловив думку, що ЧСЧ менше стигматизуються молоддю, ніж старшими покоління через відсутність відповідного виховання у них;
- Представник **МВС** взагалі заперечує існування такої проблеми як в українському суспільстві в цілому, так і серед працівників МВС по відношенню до ЧСЧ. Відповідь респондента на питання, чи потрібні програми боротьби із стигматизацією ЧСЧ як серед працівників МВС, так і серед суспільства загалом:

«А хто вам сказав, що ця стигматизація існує? Доведіть існування такої окремої стигматизації стосовно окремої категорії громадян, а потім кажіть про необхідність зменшення цього явища».

6.3 Аналіз результатів інтерв'ю з представниками міжнародних недержавних організацій, які опікуються проблематикою ВІЛ/СНІДу

У даному розділі представлені результати інтерв'ю з представниками Альянсу та Міжнародної благодійної організації «СНІД Фонд Схід-Захід».

Представники міжнародних організацій безумовно відносять ЧСЧ до переліку ВІЛ-уразливих груп разом з СІН та ЖКС. Що стосується ситуації з ВІЛ/СНІДом серед ЧСЧ, то представники міжнародних організацій говорять про її погіршення. Одним із факторів погіршення ситуації є те, що достатньо довгий період не було інформації щодо ситуації з поширенням ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ, увагу на дану проблему в Україні звернули нещодавно: за свідченням респондента, перші ґрунтовні дослідження даної групи в контексті ВІЛ/СНІДу в Україні почали проводитися в 2005 році:

«Я думаю, что ситуация ухудшается, потому что я даже вот знаю по количеству людей, с которыми общаюсь, появляются люди, которые впервые узнают о своем статусе и при этом узнают о своем статусе уже фактически на стадии СПИДа. MSM жили и не знали о том, что у них есть ВИЧ инфекция много лет».

Представники міжнародних організацій отримують інформацію щодо поширення ВІЛ/СНІД з наступних джерел:

- Дозорний епіднагляд;
- Рутинний епіднагляд (дані отримані через систему тестування та реєстрації нових випадків). Таке дослідження має свої недоліки через високий рівень стигматизації:

«То вот в выявляемости там есть огромная проблема, потому что, по сути, в рутинном эпиднадзоре у нас до последнего времени меньше ста человек было зарегистрировано тех, кто инфицировался гомосексуальным путем. И это связано с большой стигмой, то есть, людям легче сказать "Да, я употреблял наркотики хоть раз в жизни, не помню, когда, не помню, с кем, не помню, и скорее инфицировался наркотическим путем, чем гомосексуальным».

За словами опитаних, ту чи іншу групу відносять до переліку ВІЛ-уразливих груп за наступними критеріями:

- Практика ризикованої поведінки, яка співвідноситься зі шляхами передачі ВІЛ/СНІД;
- Поширеність інфікування ВІЛ в межах групи (у випадку, коли рівень інфікування перевищує 5% від загальної кількості групи).

Представники з міжнародних організацій згадують Національну програму як офіційний документ, де перераховані ВІЛ-уразливі групи:

«А, ну национальная программа, это программа, которая необходима к выполнению, соответственно раздел профилактики и там МСМ должен там учитываться».

Жоден з представників міжнародних організацій не знає, що в основній частині Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, допомоги та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки ЧСЧ немає в переліку ВІЛ-уразливих груп. Загалом, така ситуація оцінюється:

- Як нереальна, оскільки гомосексуальний шлях передачі ВІЛ/СНІД є провідним у більшості країн світу:

«Такого быть не может. Это абсурд, потому что во многих странах мира гомосексуальный путь передачи является ведущим среди новых случаев половых инфекций. Это Америка, это европейские страны. Эту группу просто теоретически невозможно исключить, поскольку собственно эпидемия на Западе началась именно с этой группы»;

- Як негативна, оскільки призведе до поширення епідемії серед ЧСЧ та вихід за межі даної групи:

«Рост ВИЧ инфекции, это распространение эпидемии, выход потом из этой группы в общее население. Поскольку мы говорим здесь не только про геев, а

именно о мужчинах, которые не обязательно идентифицируют себя как гомосексуалисты. Вот в этом-то и суть, что здесь мостик существует между гетеросексуальным сообществом и сообществом геев».

На думку опитаних, наявна система профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ недостатньо охоплює ЧСЧ, оскільки, по-перше, недостатньо представлена у невеликих містах, по-друге, не охоплює чоловіків, які ведуть бісексуальний спосіб життя. Серед інших недоліків респонденти називають недостатній рівень надання специфічної медичної допомоги та соціально-психологічної підтримки.

Що стосується ролі держави у системі профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ, то тут респонденти одностайні – державні організації не беруть участь у профілактиці та лікуванні ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ. Причин цьому явищу респонденти називають декілька:

- Відсутність прописаних норм щодо відповідальності за ситуацію в групі як на національному, так і регіональному рівнях (профілактичні дії, лікування):

«И, в принципе, на данный момент ни один из государственных органов не отвечает за профилактику среди этих групп. И это приводит к большим проблемам как на национальном, так и на областном уровне. Сейчас, когда идет региональное операционное планирование в областях, каждый раз становится вопрос "А кто ответственный?". Вот там есть в национальной программе профилактика среди МСМ. Кто ответственный за эту профилактику на областном уровне? Если нет четко определенной общественной организации, то все остальные министерства, управления семьи, молодежи, спорта, социальные службы здравоохранения открещиваются и не берут эту ответственность. То есть, у них по положению они не работают с этой целевой группой. То есть, безусловно необходимы действия, которые приведут к какой-то ответственности за эту группу. Это не министерство по гомосексуалам, нет, но это четкое понимание кто координирует эту работу на государственном уровне»;

- Відсутність виходу у державних організацій на цільову групу через високий рівень консерватизму робітників державних організацій та, відповідно, недовіру ЧСЧ до них:

«Почему, потому что все-таки у нас достаточно еще такое консервативное советское мышление у наших врачей. Вот и безусловно поэтому сегодня передавать, скажем, профилактику в руки СПИД-центров было бы неразумно. Почему, потому что специалисты просто не имеют доступа к целевым группам. Это относится не только к МСМ, но и к потребителям наркотиков, женщинам секс-бизнеса. И вот, в общем-то, поскольку это маргинальные группы, зачастую наши специалисты неохотно работают с ними по той простой причине, что существует очень сильное морализаторство относительно поведения этих людей».

Проте, респонденти зазначають, що, якщо держава не має можливості працювати з ВІЛ-уразливими групами, вона, принаймні, повинна була б надавати підтримку недержавним організаціям у роботі з профілактики та лікуванні ВІЛ/СНІДу – насамперед, фінансову.

«Но государство в состоянии выступить в роли заказчика для таких услуг и предоставлять гранты для этих вот... то есть внутреннее финансирование. Вот почему это очень важно для всех наших организаций, потому что у нас, к сожалению, зависимость от доноров. Но доноры не вечны, надо это понимать, вот и поэтому очень важно развивать... адвокатиловать и лоббировать финансирование со стороны государственных организаций таких проектов».

Вся робота у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу, що спеціально направлена на ЧСЧ, здійснюється недержавними організаціями - це:

- Безпосередня організація послідовної роботи з ЧСЧ (оскільки мають доступ в групу ЧСЧ);
- Лобіювання та адвокація інтересів групи.

Загалом, як зазначають респонденти, співпраця між державними організаціями та НДО, які займаються проблемою ВІЛ/СНІДу, не налагоджена і здебільшого обмежується проведенням спільних круглих столів.

Представники міжнародних організацій, розглядаючи систему профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ з точки зору регіональної специфіки, говорять, по-перше, про залежність наявності/кількості профілактичних заходів від потужності в регіоні ЛГБТ- або ЧСЧ-сервісних організацій, а по-друге, від розміру населеного пункту.

Якщо говорити про недоліки системи добровільного консультування та тестування, то респонденти називають проблему практичної відсутності консультування ЧСЧ на рівні СНІД-центрів:

«Я знаю, что есть эта проблема консультирования на уровне кабинетов доверия и центров СПИДа по гомосексуальным людям. Но очень трудно, на самом деле, задать вопрос "А действительно ли вы гомосексуал?". Если человек это скрывает и не хочет об этом говорить, то очень трудно его на эту тему консультировать».

Для подолання цього недоліку представником Альянсу був запропонований варіант, коли під час ДКТ ставиться питання не про сексуальну орієнтацію, а про практику анального сексу, оскільки такий тип сексуальної практики менш безпечний за вагінальний, незалежно від статі та сексуальної орієнтації:

«Сейчас предложенная формулировка, которую у нас в сети обсуждали с ЛГБТ организациями: "Если вы практикуете, то, пожалуйста, практикуйте это безопасно, анальный секс". То есть, мы не говорим, что вы точно практикуете, но если вдруг. Но это один из выходов... И неважно, этот человек кажется вам геєм или не кажется вам геєм, об анальном сексе нужно говорить, потому что он менее безопасный, чем вагинальный. Мы много говорим о простом обычном сексе, вагинальном, но мало говорим об анальном. Независимо от того женщины, мужчины, гомосексуальные или гетеросексуальные».

У системі профілактики ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ недостатньо програм /послуг для чоловіків – секс-працівників та ЧСЧ з невеликих містечок та сіл. Крім цього, не вистачає програм з

соціально-психологічної підтримки ЧСЧ (недостатньо спеціалістів, готових працювати з даною групою) та програм, спрямованих на зменшення стигматизації групи.

Окремо слід відзначити ситуацію, яка існує з ВІЛ-позитивними ЧСЧ, щодо їх стигматизації одночасно і серед ВІЛ-позитивних, і серед ЧСЧ, і пов'язану з цим нестачу специфічних послуг для ВІЛ-позитивних ЧСЧ:

«Очень трудный, сложный вопрос, сможет ли "Сеть людей, живущих с ВИЧ", в областях, могут ли её осередки, региональные организации взять на себя эту работу или стоит её отдавать только ЛГБТ-организациям, МСМ-организациям? Насколько организации ВИЧ-инфицированных людей могут формировать толерантные, хорошо развитые, устойчивые услуги для МСМ? Или этим должны заниматься группы ЛГБТ, МСМ сообщества? Там тоже существует стигматизация ВИЧ-инфицированных и есть опасность, что они не справятся. То есть, получается, что ВИЧ-инфицированные МСМ где-то между этими группами, и существующих услуг недостаточно».

«Нужны обязательно группы поддержки для ВИЧ-позитивных МСМ, и они не должны совпадать... не должны быть общими с группами поддержки просто для ВИЧ позитивных. Потому что опыт показывает, что, например те же самые ВИЧ-инфицированные потребители наркотиков не очень позитивно относятся к тому, что в группе присутствуют ВИЧ инфицированные геи. Вот, то есть это должны быть отдельные группы, группы самопомощи, самоподдержки, где могли бы обсуждаться вопросы и сексуальной жизни после постановки диагноза, вопросы о формировании приверженности к терапии, исходя, так сказать, из жизненного опыта, вопросы взаимоотношений с сексуальными партнерами».

На даний час немає заходів з оцінки ефективності програм/послуг для ЧСЧ, однак потреба у таких заходах є - якщо буде підтвердження ефективності тієї чи іншої програми, то буде можливість збільшити кількість таких програм за рахунок зекономлених грошей:

«Мы покажем, что это эффективная программа дает возможность сохранить деньги, то есть мы предотвращаем инфекцию, сохраняем деньги с точки зрения общественного здравоохранения. Деньги, которые потом пойдут на лечение, мы можем сэкономить, внедряя такие программы».

Якщо говорити про стигматизацію, то тут респонденти виділяють два процеси - стигматизація ЧСЧ суспільством та самостигматизація ЧСЧ. Для вирішення проблеми стигматизації ЧСЧ у суспільстві респонденти пропонують наступні кроки:

- Проведення тренінгів серед державних службовців, соціальних та медичних працівників (наразі вже існують розроблені програми подібних тренінгів);
- Розробка та впровадження інформаційних кампаній через засоби масової комунікації для загального населення за прикладом успішних кампаній у Німеччині та Великобританії.

6.4 Аналіз результатів інтерв'ю з представниками українських недержавних організацій, які опікуються проблематикою ВІЛ/СНІДу

У даному розділі представлений аналіз інтерв'ю з представниками Всеукраїнської громадської організації "Мій Вибір" та Благодійної організації «Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу».

Опитані безумовно відносять ЧСЧ до переліку ВІЛ-уразливих груп, при чому відзначається, що динаміка поширення ВІЛ/СНІДу серед даної групи за останні роки несприятлива.

Основним джерелом інформації щодо поширення ВІЛ/СНІДу є інформація, отримана від партнерських ЛГБТ- та ЧСЧ-сервісних організацій під час проведення робочих зустрічей та через поштову розсилку. До таких даних у респондентів найвищий рівень довіри, що ж стосується офіційної статистики, то вона рідко виявляє ЧСЧ.

Головним критерієм, за яким ту чи іншу групу відносять до ВІЛ-уразливої групи, є ризикована поведінка. Рішення щодо віднесення тієї чи іншої групи до переліку ВІЛ-уразливих груп приймають державні структури за участю громадських організацій та донорських міжнародних організацій.

Представник Благодійної організації «Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу» був єдиним з опитаних, хто знає про те, що ЧСЧ були виключені з переліку ВІЛ-уразливих груп, який міститься в основній частині чинної Національної програми. За його словами, в цій ситуації мала місце технічна помилка, оскільки під час прийняття рішення не була присутня група, яка б мала захищати інтереси ЧСЧ:

«Это была, скажем, техническая ошибка, которая вызвала много дискуссий. Когда обсуждались какие-то вопросы, то решение принимаются большинством и, если не присутствуют представители той или иной группы, то интересы их группы не учитываются».

На думку респондента, ситуація з виключенням ЧСЧ з переліку ВІЛ-уразливих груп стала наслідком дискримінації даної групи з боку держави. Як зазначає інший респондент, незважаючи на те, чи є ЧСЧ у переліку чи їх там не має, НДО однаково будуть продовжувати роботу з даною групою за рахунок донорських коштів. Проте опитані визнали, що відсутність ЧСЧ у переліку ВІЛ-уразливих груп може стати причиною зменшення профілактичних програм для даної групи через брак фінансування, що, у свою чергу, сприятиме поширенню епідемії у межах групи.

Головною особливістю ЧСЧ серед інших вразливих груп вважають те, що, оскільки серед ЧСЧ більше соціально успішних людей, ніж серед інших вразливих груп, вони більш схильні вважати, що проблема ВІЛ/СНІДу їх не торкнеться.

Що ж стосується профілактики ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ, то на даний момент існує велика проблема із залученням та зацікавленням ЧСЧ програмами профілактики:

«Ну, чистой профилактикой очень мало проектов занимается. У нас основная профилактика среди MSM это ВИЧ-работа. Мне кажется, этот метод пережил

себя. Это было актуально 5 лет назад, а сейчас нужно делать более привлеченные интервенции, где роль клиента не пассивная. Например, есть комьюнити-центры – и то ли не хватает информации и люди не идут туда, то ли программы как-то не заинтересовывают людей. Понимаете, МСМовская тусовка, она такая радостная и живая, и радостью их надо привлечь. То есть людей как-то надо привлечь и развлечь, а потом уже проинформировать, а не просто информировать. Нет интереса тогда».

Якщо говорити про роль держаних установ у системі профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ, то респонденти підтвердили, що на даний момент держава не бере в цьому жодної участі. Проте підтримка держави у цьому питанні дуже потрібна, особливо це стосується заходів з догляду та підтримки ЧСЧ.

Недержаним організаціям, на думку опитаних, насамперед не вистачає згуртованості, тобто немає якогось об'єднання, коаліції ЛГБТ- та ЧСЧ-сервісних організацій для лобювання інтересів групи на загальнонаціональному рівні³². Крім цього, серед послуг/програм, які НДО надають ЧСЧ, не вистачає наступних:

- Інтервенційних програм/послуг з активного залучення та зацікавлення клієнтів;
- Програм/послуг психологічної підтримки для з'ясування причин та мотивів ризикованої сексуальної поведінки;
- Програм/послуг із зміни поведінки (мається на увазі, що ЧСЧ вже мають достатньо профілактичної інформації, проте практикують ризиковану поведінку);
- Юридичних програм/послуг для вирішення поточних питань.

Опитані виділяють наступні регіональні особливості системи профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ:

- Залежність наявності/кількості профілактичних заходів від присутності в регіоні ЛГБТ- або ЧСЧ-сервісних організацій;
- Залежність наявності/кількості профілактичних заходів від розміру населеного пункту;
- Більший консерватизм Західного регіону у порівнянні з іншими регіонами країни.

Респонденти підтвердили, що на даний момент відсутні окремі заходи з оцінки ефективності програм профілактики ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ, пропонується робити таку оцінку хоча б на основі даних епідеміологічного нагляду. Однак, безумовно, існує необхідність окремого загальнонаціонального дослідження, яке б дало змогу налагодити зворотній зв'язок з клієнтами. Також респонденти занепокоєні фактом стигматизації ЧСЧ в українському суспільстві, та говорять про недостатність заходів для вирішення цієї проблеми.

³² Насправді, 13 грудня 2008 р. представниками українських ЛГБТ-організацій було прийнято рішення про заснування Всеукраїнської спілки «Рада ЛГБТ-організацій України», до складу якої станом на 10 жовтня 2010 р. входять вісім організацій.

6.5 Аналіз результатів інтерв'ю з представником ВГО «Гей-альянс Україна»

ЧСЧ належить до переліку ВІЛ-уразливих груп, оскільки відповідає основному критерію, за яким ту чи іншу групу визначають як ВІЛ-уразливу – «практика ризикованої поведінки». Виключення ЧСЧ з переліку ВІЛ-уразливих груп може призвести до скорочення профілактичних програм з роботи з ЧСЧ, що, у свою чергу, сприятиме поширенню ВІЛ/СНІДу серед даної групи.

Основним джерелом інформації про динаміку поширення ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ для ЛГБТ та ЧСЧ-сервісних організацій є звіти з проектної діяльності ВІЛ- та ЧСЧ-сервісних організацій.

Респондент наголошує на тому, що система профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ вимагає від держави особливого підходу, оскільки саме від держави залежить:

- Рівень стигматизації та дискримінації даної групи;
- Рівень доступності послуг.

Головним чином профілактикою ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ, на думку респондента, мають займатися недержавні організації, бажано, саме ЧСЧ-сервісні організації.

Стосовно діяльності недержавних організацій було названо декілька недоліків: по-перше, низький рівень професіоналізму співробітників в регіонах; по-друге, профілактичні заходи не завжди відповідають потребам клієнта, через що втрачається з ним зв'язок; по-третє, існує необхідність розширення кола послуг на базі ком'юніті-центрів та відкриття нових ком'юніті-центрів:

«В региональных организациях недостаточно опыта по этой профилактической деятельности. Не всегда профилактические мероприятия соответствуют потребностям целевой группы, из-за этого теряется доступ к клиенту. Меняют, может быть, не нужно, нужно расширить спектр предлагаемых услуг. Если традиционными услугами считается уличный аутрич и, допустим, экспресс-тестирование, то желательно было бы развивать комьюнити-центры для MSM как путь к увеличению охвата и расширению опять-таки услуг, то есть, на базе комьюнити-центра можно предоставить гораздо больше услуг, которые могут заинтересовать целевую группу».

Крім цього, недостатньо періодичних видань для ЧСЧ:

«Потом недостаточно развит информационный компонент, то есть, недостаточно периодических изданий, недостаточно инфоматериалов по вопросам ВИЧ, СПИД и сопутствующим вопросам для MSM»

Якщо говорити про форми співпраці державних та недержавних організацій, то тут можна говорити лише про співпрацю на рівні медичних установ, тобто громадські організації мають домовленості з деякими з них щодо співпраці.

Заходи щодо оцінки ефективності програм профілактики ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ проводились та проводяться в Україні, такий собі прихований моніторинг ефективності:

«Проверяющие приходили в проекты без заведомого предупреждения, то есть, основываясь только на декларируемых услугах: времени оказания услуг, перечня услуг и смотрели, действительно ли в это время и в этом месте существует та деятельность, о которой отчитывается организация. Я думаю, процентов 80 организаций прошли этот мониторинг более-менее успешно»

Для подолання проблеми стигматизації ЧСЧ у суспільстві, на думку респондента, перш за все необхідним є формування чіткої та толерантної державної політики відносно ЧСЧ, та чіткі інструкції державним службовцям щодо впровадження такої політики.

6.6 Аналіз результатів інтерв'ю з представником ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»

Респондент відносить ЧСЧ поряд з СІН та РКС до категорії ВІЛ-уразливих груп. Крім цього, респондент говорить про несприятливу динаміку поширення епідемії серед ЧСЧ, через те, що достатньо тривалий період часу ніхто не займався профілактикою та лікуванням ВІЛ/СНІДу саме серед даної групи (лише починаючи з 2003 року з'являються перші ініціативні групи взаємодопомоги). Головним критерієм, за яким ту чи іншу групу відносять до переліку ВІЛ-уразливих груп, є практика ризикованої поведінки представниками кожної з груп.

Респондент називає наступні джерела інформації щодо поширення ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ та основні недоліки кожного з них:

- Статистичні дані отримані від ВІЛ- та ЧСЧ-сервісних організацій. Достовірність таких даних залежить, по-перше, від того, чи була забезпечена повна конфіденційність та встановлені довірливі відносини з респондентами - на вулиці ніхто не зізнається у своїй належності ні до ЧСЧ, ні до ЛЖВ; по-друге, від того, чи було отримано підтвердження ВІЛ-позитивного статусу у СНІД-центрі після проведення експрес-тестів;
- Офіційна статистика, яка зазвичай не відображає реальної ситуації, оскільки через стигматизацію ЧСЧ при зверненні до державних медичних установ не зізнаються у досвіді одностатевого сексу, прикриваючись іншими, менш стигматизованими способами передачі ВІЛ/СНІДу.

В Україні рішення щодо включення або виключення тієї чи іншої групи населення до переліку ВІЛ-уразливих груп приймає, на думку респондента, Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Через те, що ЧСЧ не включені до переліку груп ризику, внаслідок чого виникла проблема з виділенням коштів на роботу з даною групою, був наведений конкретний приклад:

«Прежде всего, например, как это повлияло даже, когда там был большой грант, как на 14 миллионов, и вот по МСМ в том числе, на профилактику и какую-то поддержку. Например, ушло там в Альянс столько-то там, и столько-то сюда в Сеть. И получилось, что из 7 миллионов, которые сюда пришли на уход и поддержку, на МСМ пошло аж 2 тысячи на две организации на год. То есть это смешные деньги. А на другие пошло, там, на беременных женщин, на детей улицы - много средств. Почему? Потому что, как координационный совет не посчитал МСМ группой риска из-за отсутствия статистики, вот и все. И в общем-то сильно никто получается и не лоббировал, и это было как бы невозможно на тот момент. И получается, что вот вся сумма ушла. Но там Альянс как-то

перераспределил и выделил на профилактику, Слава Богу, там 1 миллион с чем-то. То есть оно пошло все-таки что-то. А вот на уход и поддержку, получается, как-то ВИЧ-позитивные, они в стороне. То есть все делается, что бы не заразить допустим друг друга. То есть если он заразился, получается, что ему как бы помощь не нужна вроде бы»³³

Відмінність ЧСЧ від інших ВІЛ-уразливих груп, на думку респондента, полягає в тому, що, по-перше, на відміну від західних країн, в нашій державі епідемія почалася з СІН, а потім перекинулася і на ЧСЧ, а по-друге, в тому, що ВІЛ-позитивні ЧСЧ по відношенню до себе відчують потрібну стигматизацію (перша – стигматизація у суспільстві ВІЛ-позитивних людей, друга - стигматизація ВІЛ-позитивних серед ЧСЧ, третя - стигматизація ЧСЧ у суспільстві).

Що стосується ролі держави у системі профілактики ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ, то держава на даний час не відіграє ніякої ролі у цих процесах, оскільки не сформульована державна політика відносно цієї групи³⁴. За словами респондента, це потрібно не для того, щоб перекласти всю відповідальність за профілактику та лікування ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ на плечі держави - зрозуміло, що в основному цим будуть займатися недержані організації. Але формулювання політики полегшить роботу недержавних організацій, дасть можливість фінансування та покаже точки дотику між державними та недержавним організаціями у цій сфері.

В цілому система профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ недостатньо охоплює дану цільову аудиторію тому що:

- Не у всіх областях присутні ЧСЧ-програми;
- При розширенні охоплення ЧСЧ послугами з протидії ВІЛ багато часу йде на формування довіри до НДО серед ЧСЧ;
- Багато підгруп ЧСЧ залишаються неохопленими пропонованими послугами, тому що НДО взагалі не мають на них виходу.

Одним з головних недоліків у роботі НДО респондент називає відсутність згуртованості серед ЛГБТ- та ЧСЧ-сервісних організацій:

³³ Цифри, наведені в свідченні респондента, дослідником не перевірялися. Їх не можна розглядати як завідомо достовірні.

³⁴ Треба зазначити, що відповідна державна політика, все ж таки, знайшла своє відображення у [розділі] 7 «Особливості консультування чоловіків, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ)» документа «Особливості консультування різних груп населення», що є Додатком 1 до пункту 12-го розділу 4-го документа «Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 серпня 2005 року № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» і зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 22 листопада 2005 року.

«Интересный момент, когда пытались объединить все эти организации MSM, которые по направлению работают. Оказалось, что тут тоже очень много амбиций, как бы объединяться не все хотят, каждый хочет быть лидером, вот. Монополизировать свое положение в регионах. То есть, вот это проблема, скажем которой мы занимаемся, то есть нас все-таки идея объединяет, вот регионы и какие-то структуры такие межрегиональные по крайней мере. Пока это с трудом удастся, но кое-какие есть сдвиги в этом направлении»

Що стосується форм співпраці між державними та недержавними організаціями, то тут можна говорити лише про ініціативу недержавних організацій, які працюють з СНІД-центрами, які мають домовленості з представниками медичних установ щодо співпраці.

Головним недоліком системи добровільного консультування та тестування, на думку респондента, є «стара, радянська система ставлення до клієнта» (застаріле розуміння ВІЛ-позитивний статус = смерть, відсутність конфіденційності та приголомшення новиною щодо кримінальної відповідальності):

«Все-таки у нас до сих пор такая система советских времен, что вот как бы СПИД - чума 20-го столетия. Во многих регионах пациенты даже и не знают, что есть лекарства, в этом-то вся и проблема. Для них это приравнивается к смерти через какое-то время. И это очень плохо. Потому, что даже часто вот такая мысль возникает у них, а зачем тестироваться, если все равно это... ну и что потом умру и все. Лучше не буду знать. У некоторых реакция другая, там узнал - и давай специально заражать других. Это очень редкий случай, но тоже очень плохо. Если есть даже несколько человек таких, даже в маленьком городе, то это очень плохо. Вот и недостаток, что он приходит, например, и у него требуют паспорт например, или подписать документ про уголовную ответственность за распространение ВИЧ. Это в некоторых СПИД-центрах, по-моему еще требуют до сих пор. То есть человек и так, например, узнает о статусе, у него вообще вся земля уходит из под ног, и тут ему еще вот это. Ну после этого просто человек может закрыться на год и никуда не ходить. А какой у него иммунитет никто не знает. Может, он не доживет потом уже. Или, например, начнет специально заражать вот, ответная реакция иногда такая может быть. Потому что о нем никто не позаботился, когда он попал в проблему, ему не помогают, а только еще пугают и сажать хотят. Но и в принципе вот в локальных этих СПИД-центрах чаще всего отношение такое, что вот пришел, ну и иди себе. Вот то есть не объясняют ничего сильно. А во-вторых, когда с MSM как бы сильно не сталкивались, и у многих еще очень скажем там, предвзятое отношение вот с советских времен. А гей, ну так тебе вообще ничего не надо. Иди там себе и спи дальше, значит занимайся сексом»

Для подолання цих недоліків є необхідність у проведенні тренінгів серед медичного персоналу, а також у налагодженні співпраці між медичним персоналом та працівниками НДО – поява в медичних закладах «дружніх» до ЧСЧ лікарів.

Якщо говорити про категорію ВІЛ-позитивних ЧСЧ, то при роботі з ними необхідним є розмежування даної групи з представниками інших груп, особливо з представниками ВІЛ-позитивних СІН, оскільки серед цих груп спостерігається взаємне неприйняття.

Крім цього, респондент згадує особисті уподобання ЧСЧ щодо статі працівника медичної установи або соціального закладу. Уподобання залежить від напряму роботи, якою займається консультант:

«Вот психологам как правило больше доверяют женщинам. А вот консультанты по каким-то особым специфическим вещам – это желательно мужчины. Даже если врач, врачам-мужчинам почему-то больше доверяют. Если вот какие-то другие инфекционные заболевания, что-то надо показать, то легче мужчине. Но идеальная ситуация - равный равному. Консультант скорее из самого сообщества, должен быть»

6.7 Аналіз результатів інтерв'ю з представником Школи соціальної роботи ім. В.І. Полтавця , що працює з ЧСЧ

Респондент-психолог прямо пов'язує стигматизацію (і, як наслідок, самостигматизацію) ЧСЧ із їх ризикованою сексуальною поведінкою:

«Иногда со стороны общества уже не такая сильная идет агрессия по отношению к таким людям, а внутри они считают себя очень уязвимыми, и сами себя стигматизируют, считают себя недостойными. Считают, если любой человек из сообщества к нему как-то относится негативно, то он это связывает именно с тем, что это из-за его сексуальной ориентации, или, например, с позитивным статусом. И человек делает какие-то более эмоциональные, непродуманные поступки, иногда сам себя подвергает себя риску, часто необоснованному, и исключительно из-за того, что он сам себя считает каким-то другим»

Стигматизація ЧСЧ існує навіть серед соціальних працівників:

«И скажем, даже последний семинар для социальных работников был по ценностям и этике - как должен себя вести социальный работник. На удивление пришлось много времени потратить на то, чтобы убедить, что не меньше, чем другие клиенты, эти люди заслуживают на внимание и поддержку даже среди социальных работников...»

Відповідно, основною рекомендацією респондента є заходи із зменшення стигматизації – масштабна кампанія, направлена на зменшення негативного ставлення до «несхожих», спочатку навіть без виділення ЧСЧ:

«Стоит широко работать с тем, чтобы общество воспринимало людей инакомыслящих, по-другому выглядящих как людей. В принципе, вот эти все права и свободы человека, чтобы это со школы, вообще с широких слоев общества воспринималось, что люди бывают разные и независимо от этого они заслуживают к себе отношения как к человеку. Это в первую очередь нужно делать, не выделяя какие-то группы отдельно. Ни инвалиды, ни больные люди, ни здоровые, ни MSM чтобы не выделять»

Респондент не простежує закономірностей у ставленні чоловіків і жінок до ЧСЧ - це залежить не від статі, а від особистості.

6.8 Аналіз результатів інтерв'ю з представниками організацій, що надають послуги ДКТ

■ Типи організацій

Серед організацій, які надають послуги ДКТ, можна виділити наступні типи за спрямованістю:

- Лікувально-профілактичні заклади, що безпосередньо займаються профілактикою та боротьбою зі СНІДом (місцеві центри з профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД – далі СНІД-центри);
- Спеціальні лікувально-профілактичні медичні заклади, що надають медичну допомогу певним групам населення та здійснюють систематичне спостереження за станом їхнього здоров'я (наркологічні, протитуберкульозні диспансери – далі диспансери);
- Загальні лікувально-профілактичні заклади, на території яких працюють кабінети довіри (міські та районні лікарні – далі кабінети довіри).

■ Досвід роботи з ЧСЧ

Якщо говорити про досвід роботи з ЧСЧ як цільовою групою, то, представники опитаних закладів або взагалі не мають досвіду роботи з ЧСЧ або цей досвід зовсім незначний.

Досвід роботи з ЧСЧ різниться залежно від типу закладу. Найбільший досвід мають представники СНІД-центрів – частіше через індивідуальні, а не групові звернення:

«Да, единичные случаи, да. Но так, чтоб это как посчитать процент какой-то определённый, то, я думаю, что их количество недостаточно для того, чтобы посчитать...» (Сумська область)

«Ну, сейчас я Вам скажу примерно, в контексте, сколько у нас ЧСЧ обращается. 1633 человека и только 2 на учёте, которые сказали, в общем-то, о том, что они заразились таким путём, другого не было» (Хмельницька область)

Зрідка – досвід консультування ЧСЧ здобувається при співпраці з ЧСЧ-сервісними організаціями у випадку їх присутності в місті. Такі СНІД-центри зазначають значний досвід роботи з ЧСЧ:

«На данный момент – это самый большой процент. Это около девяноста процентов, потому что у нас идёт проект в этом направлении» (Донецька область)

«Значит, здесь проводится большая работа негосударственных структур, потому что мы с ними сотрудничаем, то же самое, у нас договора есть. Там работают и мои врачи, подрабатывают, можно сказать, потому что там они реализуют проект, и, соответственно, идет экспресс-тестирование. А потом же эти молодые люди приходят к нам и обследуются, становятся на учет» (Харківська область)

Диспансери займаються певною категорією хворих (хворими на туберкульоз або споживачами ін'єкційних наркотиків), серед яких не виокремлюють ЧСЧ або інші уразливі до ВІЛ/СНІДу групи:

«Я же говорю, что я такой информации не имею. И мы даже и не пытаемся это выяснить. Приходят из тюрьмы, может, там и секс с мужчинами, мы не спрашиваем. Даже сейчас мы в отчётах, мы не даём путь инфицирования. Раньше же был: инфекционный или половой, мы писали, а сейчас мы этого не пишем, потому, что нам это совсем не нужно» (Протитуберкулезный диспансер)

«У нас просто наркозависимые, понимаете, и нам все равно, имели они секс с мужчинами, или нет, беременная она, или нет» (Наркологический диспансер)

Кабинети довіри майже не мають досвіду роботи з ЧСЧ:

«Ні. Я таких не знаю. За півроку, що я була, ті, що були в мене на консультації, то таких не було» (Львівська область)

«Мужчины, имеющие секс с мужчинами, не разглашают. Вот за время моей деятельности было всего три человека, которые сказали правду» (Донецкая область)

Крім цього, також спостерігається залежність наявності у організацій, що проводять ДКТ, досвіду роботи з ЧСЧ від розміру населеного пункту, де знаходиться заклад – чим менший населений пункт, тим менший досвід, незалежно від типу закладу. Загалом при індивідуальних зверненнях ЧСЧ зізнаються в досвіді одностатевого сексу в одиничних випадках:

«У нас маленький город, у нас многие не признаются, боятся разглашения» (Закарпатська область)

«Я думаю, что это всё скрыто. К сожалению, это скрыто. Даже под маской, может быть, употребления наркотиков. Сказать могут, что хотите, лишь бы не это.» (Хмельницька область)

«Вообще у нас официально, вот мы за этот год по 103³⁵, то есть, обследовали всего лишь одного человека. Это тот, который обратился за обследованием на ВИЧ и непосредственно открыл свой статус, понимаете. Все остальные у нас вот такие ребята, они даже не обследовались, скажем, по этому коду. Не то, что по риску, а по своему как бы образу жизни. Обследовались, то есть, скрывали своё

³⁵ Умовне позначення групи осіб, що мали гомосексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами у медичній документації.

*положение. Захотели, чтобы мы их не кодировали именно этим кодом»
(Сумська область)*

«Не дуже багато, я не можу сказати, вони не хочуть розкривати. Багато з них просто боятися, що їх неправильно будуть сприймати, що на них будуть неправильно дивитися» (Чернівецька область)

«Но в ДКТ они занимают очень маленький процент, потому что те, кто готов открывать, именно, как бы, готов говорить в процессе консультирования, озвучивать свою сексуальную ориентацию, их очень мало. Они чаще всего или скрывают, и причины тестирования не озвучивают» (Житомирська область)

Респонденти виділяють наступні бар'єри, які існують у ЧСЧ щодо звернення в організації, що проводять ДКТ, та розголошення своєї сексуальної орієнтації:

- Страх стигматизації та дискримінації з боку медичних працівників:

" Боятся, что не будем оказывать им услуги.."» (Автономна Республіка Крим)

*«Наверное, в силу уязвимости этой группы, в силу того, что на сегодняшний день к ним не очень, скажем, не очень терпимое или толерантное отношение»
(Житомирська область)*

- Страх порушення конфіденційності та відсутність анонімності:

«Боятся, что раскроется их статус публично. Потому что многие мужчины, которые просто практикуют такой секс, живут в браке, имеют должность, и поэтому у них есть определённый страх» (Донецька область)

- Закритість ЧСЧ через відсутність НДО, які б опікувалися даною групою:

*«А просто у нас в области, на данный момент, отсутствуют организации, которые бы занимались этими проблемами. И поэтому, скажем так, мало их обращается»
(Сумська область)*

«Но это более такая закрытая группа, они, например, не так готовы, как потребители инъекционных наркотиков, говорить о своей принадлежности, будем говорить так» (Луганська область)

*«По-перше, невелике місто. По-друге, не розвинені групи взаємодопомоги і самодопомоги. По-третє, вони, як правило, не відкривають свого обличчя»
(Тернопільська область)*

- Якщо тест здається для довідки, то в разі зізнання в гомосексуальних контактах консультант повинен вказати у довідці відповідний код:

«Справки и ВИЧ-статусе бывают двух видов – «маленькие», они же направление на сдачу крови, которые вам после с результатом отдают, и «большие», например, на визу в посольство. На «больших» указывается ФИО, домашний адрес, и код не ставится. Но на «маленьких», которые обычно даются всем, кто сдаёт под своей фамилией с предоставленным паспортом (т.е. конфиденциально, но не анонимно), есть ФИО и код. Так вот, если в ходе беседы вы рассказали психологу о МСМ-опыте, он поставил на направлении код 103, а вы показываете потом эту справку кому-нибудь, кто разбирается в кодах, например, но перед которым вы не собирались делать каминг-аут, - могут быть недоразумения» (Київ)

Якщо говорити про виявлення належності клієнта до ЧСЧ, то під час проведення ДКТ консультанти не ставлять прямо питань про сексуальну орієнтацію і не рекомендують цього робити:

«Нет. Мы прямо такой вопрос не задаем, мы говорим о путях передачи. И как один из возможных рискованных путей передачи, это использование анального полового контакта, вот, и именно при сексе, при однополем сексе. И просто даем, как информацию, но прямо не задаем этот вопрос» (Луганська область)

«Это чисто индивидуальный идет разговор между врачом и этим представителем, так, что они говорят, они сами говорят, они уже продвинутые» (Харківська область)

Респонденти говорять про те, що під час ДКТ частіше використовують непрямі питання про сексуальну орієнтацію:

«В принципе, практически мы так не спрашиваем, непрямым вопросом, а наводящие вопросы» (Автономна Республіка Крим)

«Ми так стараємось, щоб підвести людину, щоб вона сказала сама просто» (Черкаська область)

«Вы знаете, да, у меня был такой опыт в консультировании, но не совсем прямой. То есть, я не могу сказать, что это началось с того, что мы сразу стали это обсуждать. Просто у меня появились определённого рода догадки, и я стала обсуждать те формы половых отношений, которые могли бы вызвать риск, в плане инфицирования ВИЧ. И увидев заинтересованность клиента, то есть, особенно когда мы говорили об анальном сексе и так далее, я поняла, то есть, я догадалась о том, что этот человек практикует секс с мужчинами» (Житомирська область)

«Никогда я не слышала, чтобы профессиональными консультантами задавался прямой вопрос по поводу МСМ опыта – это неэтично и непрофессионально. Что

касається «закритих» вопросов, предполагающих ответ «да» или «нет» (например, «было ли когда-нибудь то-то и то-то?»), то они задаются, как правило, по поводу многочисленных незащищённых сексуальных контактов и употребления наркотиков. Далее исследуется сексуальность в её разнообразных проявлениях с помощью «открытых» вопросов, которые предоставляют свободу в ответах. Более того, учитывая дефицит ЛГБТ психологов-психотерапевтов, мужчины, видя перед собой эмпатичного консультанта, с которым можно свободно поговорить о собственных сексуальных практиках, используют возможность получить бесплатную консультацию и по межличностным проблемам: как сообщить о своём положительном статусе партнёру, даже под страхом того, что он уйдёт, как уговорить партнёра сдать тест, камин-аут, отношения с родственниками и т.д. Кто-то не хочет говорить о своей ориентации – никто не будет заставлять это делать. Но некоторые нуждаются в общении, и опытный консультант это чувствует и помогает вербально проявиться, разговаривая. В последнем случае вопрос «в лоб», уточнение в смысле ориентации для прояснения риска инфицирования, я задавала редко, но он звучал, как вопрос на уточнение, приблизительно так: «Правильно ли я поняла, что ваш сексуальный партнёр – мужчина?». Это происходило, например, в нескольких ситуациях:

1. Клиент достаточно долго рассказывает о своём сексуальном опыте, когда, в принципе, понятно, что партнёр – мужчина, но это не проговаривается по психологическим причинам. На мой вопрос благодарно ответил утвердительно – я облегчила ему задачу.
2. Двое мужчин в кабинете начинают дружно взахлёб хихикать на обычный процедурный вопрос, заданный одному из них: «Вы женаты?». Понимаю, что нет.
3. Мужчина на высоких каблучках театрально охает: «ДевАчки, у вас тут так страШна, лес рядом, мужчины в лесу». Притворяться, что не заметила его колготки, с моей стороны, было просто глупо» (Київ)

Однак менша частина опитаних все ж ставлять або можуть поставити пряме питання про сексуальну поведінку, тому що:

- Ці питання входять у перелік обов'язкових питань для проведення ДКТ (насправді у Наказі Міністерства охорони здоров'я України №415 від 19.08.2005 "Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію" йдеться про те, що потрібно знайти делікатний підхід до пацієнта, щоб реалістично оцінити його індивідуальні ризики і надати необхідну підтримку);
- Необхідно виявити шлях зараження ВІЛ для звітності.

■ Статистика належності до ЧСЧ

Від типу організацій, які надають послуги ДКТ, залежить, чи фіксується належність до ЧСЧ групи у медичній документації. Для СНІД-центрів характерно, що при встановленні ВІЛ-позитивного статусу обов'язково здійснюється фіксація шляху зараження (на післятестовій консультації). Крім цього, в медичній документації фіксується належність до групи ЧСЧ, але лише у випадку, коли відвідувач сам зізнається, що він практикував секс із чоловіком. Для фіксації використовують код 103 без прізвища. Така інформація у вигляді статистичних даних передається в МОЗ:

«Мы проводим по каждому случаю нововыявленному проводим эпидемиологическое расследование и устанавливаем, пытаемся установить путь передачи инфекции. И если мы устанавливаем достоверно, что это путь передачи при гомосексуальных контактах, то ставится шифр, есть определённый, 103» (Луганська область)

«Якщо це був дозорний епіднагляд, то, безумовно, це фіксувалось. Там же не прізвище людини, просто, що це стільки-то, припустимо, там двісті було проведено оглядів або протестовано. А хто вони? Це вже ми знаємо тільки. А так, в вищій інстанції ніхто ніде нічого, ні прізвищ. Це в нас йде повна конфіденційність» (Черкаська область)

«Но чаще всего, так как ребята не открываются, потому что идут просто не ВИЧ-позитивные, а хотят обследоваться, они могут не раскрыться врачу. Были половые контакты? Были. Много? Много. И дальше не раскрываются » (Запорізька область)

«В вышестоящие инстанции попадает только статистическая информация, то есть, даже база данных, которую мы ведём по всем ВИЧ-инфицированным в области, в Киев уходит бесфамильная» (Запорізька область)

Диспансери не фіксують шлях зараження ВІЛ/СНІД, оскільки не виокремлюють ЧСЧ або інші уразливі до ВІЛ/СНІДу групи, а займаються лише певною категорією населення (хворими на туберкульоз або споживачами ін'єкційних наркотиків):

«Нет, не скажу, ничего мы не регистрируем. К нам пришёл больной, он наш пациент, кто он, как он, где он, нас это не интересует» (Протитуберкульозний диспансер)

Кабінети довіри також не фіксують ЧСЧ (тільки у випадку позитивного результату тестування на ВІЛ):

«Нет, не фиксируем и такая статистика не ведётся» (Донецька область)

Або фіксується лише шлях інфікування у випадку встановлення ВІЛ-позитивного статусу:

«Ведётся, якщо ми заповнюємо на ВІЛ-інфікованого реєстраційну карту, то тоді ми записуємо шлях інфікування. Ми виявляємо, чи є можливість статевому шляху інфікування, чи є можливість, чи це ін'єкційний, чи будь-який інший. Тоді ми вказуємо» (Львівська область)

■ **Особливі потреби та вимоги ЧСЧ**

Працівники організацій, що надають послуги ДКТ, виокремлюють наступні особливості консультування та тестування для ЧСЧ:

- Більша конфіденційність та забезпечення повної анонімності, в тому числі відсутність фіксування сексуальної орієнтації:

«Вони дуже наполягають на секретності і конфіденційності» (Львівська область)

«Особливих вимог немає, єдине, що вони бояться, напевно, якогось розголосу більше» (Черкаська область)

«Вы знаете, когда мы их консультировали, у них было такое требование, не кодировать их и не фиксировать информацию о том, что они являются гомосексуалистами» (Сумська область)

- Специфічне консультування, допомогти розкритися:

«Обов'язковим, мені здається, щоб був перед ДКТ, особливо, щоб вони балакали ще й з психологом, щоб вони от так якимось, таку психологічну підтримку їм надавали» (Чернівецька область)

«Особенности при консультировании аспект исходя из путей передачи ВИЧ-инфекции у этой целевой группы. Конечно, больше говорим об этом. Говорим больше о тех презервативах, которые можно использовать. Говорим о возможности использования лубрикантов. То есть, вот тут есть вот особенности консультирования этой целевой группы при проведении консультирования» (Луганська область)

- Розмежувати у просторі та у часі ЧСЧ від інших клієнтів:

«Особенности, я так считаю, что даже если приходит к нам в наш центр, то они приходят в тот момент, когда меньше здесь людей» (Харківська область)

«Они хотят всё-таки это дело проводить более скрыто, чаще всего в выходной день, наверное, где-то, чтоб не видели» (Херсонська область)

«Да, большая концентрация в одно и то же время пациентов, вот что всех смущает» (Запорізька область)

- Неупередженість, толерантність та професійність - найголовніші критерії для роботи консультанта з ВІЛ-уразливими групами:

«... изначально лишит себя какой-то предубеждённости к этой целевой группе, вот. То есть, медицинский работник должен быть готов обсуждать с клиентом подобные вопросы, да, и не рассматривать это по неким таким стереотипным подходам, там, как греховность и так далее, да. То есть, скажем, избегать оценок и собственных каких-то, личных позиций» (Житомирська область)

Що стосується лікування ВІЛ/СНІДу, то тут працівники організацій, що надають послуги ДКТ, не виокремлюють особливі потреби і вимоги ЧСЧ:

«Какой-то такой специфики нет» (Вінницька область)

Щодо частоти відмов від лікування серед ЧСЧ думки розділились. Частина опитаних вважає, що ЧСЧ відмовляються з такою ж частотою, як і представники інших груп населення:

«Отказываются они точно также, такой же процент отказов, как и среди общего населения. Потому что если им поставили диагноз ВИЧ-инфекция и если показания к антиретровирусному лечению, каких-то особенностей именно к этой целевой группе нет. Они идут вот точно так же, как и вся, как и все общее население» (Луганська область)

Друга частина опитаних говорить, що ЧСЧ рідше за інших відмовляються від лікування, бо вони більш відповідальні за інші вразливі групи:

«Те, которые, о которых мы официально знаем, что они MSM, на данный момент они, что хочу сказать, что они одни из порядочных людей в плане того, по обследованию и тому подобное. Если им сказано, что придите туда-то, ждате, то оно так и есть. Это не бывает как в других группах, уже не говорю о потребителях инъекционных наркотиков и ЖКС, они где-то могут обмануть. Записаться - записались, а прийти – не пришли. А эти чётко. Или перезвонят: «Я не могу, потому что...» (Херсонська область)

«...это более такая социально-адаптированная группа, поэтому они редко отказываются от лечения» (Луганська область)

«В принципе, я не знаю ни одного, чтобы отказался от лечения. Я знаю ребят, которые принимают терапию и очень, наиболее, наоборот, дисциплинированные пациенты, я бы так сказала» (Автономна Республіка Крим)

Третя частина опитаних вважає, що ЧСЧ частіше за інших відмовляються від лікування:

«А вы знаете, что меня это иногда самого шокировало. Процент отказников среди них очень высокий. С тех, кого знал я лично, как доктор, то, я считаю... Вы знаете, среди семи – пять отказывались. То есть, это выше пятидесяти процентов» (Хмельницька область)

■ **Ставлення працівників організацій, які надають послуги ДКТ, до ЧСЧ, бажання та готовність працювати з даною групою**

Попри недостатність досвіду роботи з ЧСЧ всі працівники організацій, що надають послуги ДКТ, виражають толерантне ставлення до них:

«Я только о своих. У нас текучки в персонале практически нет. Все медики у нас работают очень долго, поэтому мы привыкли ко всякому и абсолютно нормальное хорошее отношение» (Запорізька область)

Однак не виключають виняткові випадки нетолерантного ставлення:

«Но, в принципе, знаете, более-менее толерантное. Хотя за спинами я знаю, кто что говорит, но в общем-то по роду своей специальности все-таки, я бы сказал так, клиника более-менее дружелюбна для вообще любых уязвимых людей, я бы так сказал бы» (Вінницька область)

«Питання: Чи існують проблеми з негативним ставленням консультантів організацій, що надають послуги ДКТ, до ЧСЧ? Відповідь: Існує в малих містах» (Тернопільська область)

«Вы знаете, это человеческий фактор. Естественно, бывают иногда, я не говорю, что это все такие, но какие-то индивидуальные особенности есть, бывают. Я не могу сказать, что нет, бывают» (Миколаївська область)

У випадку існування негативного ставлення працівників організацій, що надають послуги ДКТ, найчастіше радять проводити бесіди та тренінги з медичним персоналом:

«Проводить работу с нашим медперсоналом» (Миколаївська область)

А іноді подолання негативного ставлення перекладають на самих ЧСЧ:

«Перше – більш виважена і цілеспрямована позиція самих МСМ» (Тернопільська область)

Якщо говорити про різницю у ставленні до ЧСЧ серед чоловіків та жінок, то думки опитаних з цього приводу розділилися. Більшість вважають, що немає різниці у ставленні до ЧСЧ серед чоловіків та жінок:

«Я думаю, что мы, прежде всего, люди в белых халатах» (Харківська область)

Іноді вибір консультанта за статтю залежить від особистих вподобань ЧСЧ:

«Це залежить від пацієнта, напевно, правильно? Це залежить від людини, Ви ж розумієте, ми ж вибираємо лікаря. Безумовно, це залежить від особистості

пацієнта. Пацієнт сам вибирає. І завжди це було, навіть, якщо взяти і нас лікарів, тому вибираємо собі лікаря як? Бачиш, що до кого б ти пішов, а до кого ти не пішов. Як і всі. Особистість пацієнта, це не залежить... Може йому цей лікар так подобається, а другому так подобається» (Черкаська область)

Також існує думка, що жінка-консультант більш вдалий варіант для ЧСЧ:

«Мне кажется, что для них женщина более подходящий вариант» (Сумська область)

Протилежна думка полягає в тому, що ЧСЧ більше хочуть бачити чоловіка у ролі консультанта:

«Зачастую такая категория людей, зачастую, где-то, можно сказать, 70 процентов хотят, чтобы предтестовое тестирование проводил мужчина. В таком духе» (Херсонська область)

Всі респонденти визнають, що найбільш вдалі консультації типу «рівний-рівному», коли консультант є ЧСЧ:

«У них по принципу «равный-равному», они более доступны, более достоверны, более раскрываются» (Миколаївська область)

«Хотя, я думаю, что если бы был консультант мужчина, да ещё из этой среды, то это было бы вообще замечательно. То есть, «равный – равному»» (Житомирська область)

У АР Крим висловили думку, що існує різниця у ставленні ЧСЧ до консультантів за віком. ЧСЧ, як будь-які інші пацієнти, віддають перевагу більш старшим консультантам з досвідом:

«Вы знаете, я считаю, не по половому признаку, а, возможно, по возрасту. Мы просто видим, когда, допустим, молодая доктор, молодой доктор, конечно, как и любой пациент, они доверяют тем, кто более старше. Хотя бы уже после 30-ти, после 40 лет уже больше доверия. Считают, что человек прожил жизнь, может, все знает, в том плане, просто чисто в человеческом плане. А так, более скованно себя чувствуют с молодыми» (Автономна Республіка Крим)

Більшість респондентів висловлюють готовність та бажання працювати з цією ВІЛ-уразливою групою:

«.. мы пробовали пару раз выходить на эту группу, это очень тяжело в нашем регионе, это практически не возможно. Наверное, мы бы просто старались первым делом провести поисковую такую работу, чтобы найти хотя бы какой-нибудь мостик к ним, чтобы проводить эту работу. Мы понимаем, что это у нас абсолютно нетронутая сторона нашей работы, но, к сожалению, мы не можем

найти к ним подход. Да, у нас нет мостика, через который выйти. Если бы была, хотя бы общественная организация, которая этим занимается, тогда, да. Но поскольку у нас этим никто не занимается» (Закарпатська область)

«Ми постаралися б виходити саме на ці групи, щоб працювати з ними. У нас уже є контакти налагоджені, але там, відповідно, могли б і робити, профілактично проводити, і консультаційно. Обстеження, тестування, залучення до тестування на ВІЛ, впровадження експрес-тестування Тим більше, якщо анонімно, ми це практикували саме з благодійним фондом в цьому клубі. Багато можливостей могло б бути в тому плані» (Волинська область)

Однак, на противагу, існує думка, що з даною ВІЛ-уразливою групою мають працювати лише НДО, які саме будуть скеровувати ЧСЧ до організацій, що проводять ДКТ:

«Я все-таки прихильник того, що повинні займатися виявленням їх і направленням громадські організації. Які мають досвід роботи з цими групами, вразливими. Тому що в нас трошки інша задача. Ми не йдемо в маси виявляти. Ми співпрацюємо з громадськими організаціями, вони одну свою роботу роблять, а ми іншу роботу робимо. Тому що складна це група» (Чернігівська область)

Окрім співпраці з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу респонденти висловили готовність надавати допомогу з приміщенням для ком'юніті-центрів:

«... знаете, что мне бы хотелось бы, чтобы были какие-то дополнительные условия для того, чтобы можно было, знаете, я использую это слово "крышевать", то есть помогать работать тем людям в плане помещения. То есть, чтобы создание какого-то, может быть, клуба, создание, я не знаю, создание для того, чтобы здесь на базе центра можно было бы организовать самопомощь для этих людей, но до тех пор, пока она нужна будет им. Но мне бы хотелось бы, поскольку, я считаю, что мы могли бы это сделать, даже с привлечением других специалистов» (Вінницька область)

«Это, конечно, помочь этой организации стать на ноги, то есть, они должны иметь такой нормальный офис. Я уже даже им предлагал на выходной день здесь в центре СПИДа комнату. Многие из них очень умные люди и толковые. Пожалуйста, я готов, чтобы были пропагандистами этого дела, за здоровый образ жизни, за какие-то профилактические меры. И вот эта организация позволит им, как бы, прийти к другим людям, которых они знают, обследоваться, и подойти к лечению этой группы людей» (Хмельницька область)

«Опять же, во-первых, я думаю, что мы могли бы предоставить им возможность регулярных встреч, которые они могли бы самостоятельно для себя организовывать, там, приобретая для этих встреч то, что они считают нужным. В плане, там... Даже просто обеспечение самой процедуры встречи, да» (Житомирська область)

■ **Рекомендації стосовно покращення роботи з ЧСЧ**

Представники організацій, які надають послуги ДКТ, говорять про наступні можливі заходи, спрямовані на покращення їхньої роботи з ЧСЧ:

- Провести підготовку персоналу з особливостей роботи з даною групою:

«В первую очередь я бы очень бы хотел бы, чтобы провели подготовку моего персонала по особенностям работы. То есть тренинг либо что-то такое со специалистами. В Украине, я вот сейчас думаю, несмотря на то, что я, в принципе, патриот Украины, но я сейчас не готов сказать, есть ли такие специалисты, которые, по крайней мере, вызывающие уважение, понимаете, вот в чем все дело. А поскольку я видел, как это делается в других местах и регионах, то, я думаю, что можно было бы пригласить. То есть, первое - это обучение моего персонала... И какое-то, понимаете, изучение психологических особенностей, то есть, опять же, вот такая вот помощь мне была бы интересна» (Вінницька область)

«То есть, хотелось бы, как бы, какие-то специализированные занятия пройти или, может быть, тренинги именно в этой проблеме, и мне лично тоже. Какую-то специфическую литературу, скажем, которая бы... Более профессиональную именно такую, это не просто там какого-то популярного характера, а психологического, там социально-психологического, социально-медицинской направленности. Именно на эту уязвимую группу ориентированы. Потому что у нас нет такой литературы» (Житомирська область)

- Провести роботу з популяризації та заохочення звернення ЧСЧ до організацій, що надають послуги ДКТ:

«У них очень много, вот из моего опыта, таких вот страхов, вообще, даже я бы сказал, какие-то мифические совершенно представления о ВИЧ-сервисе То есть, там вплоть до того, что у нас чуть ли не фотографируются и не вывешиваются их списки там... То есть, у них очень много таких вот мифических представлений, скажем, об отношении к ВИЧ-позитивным людям, к процедуре тестирования на ВИЧ. Вот в этом направлении можно было бы» (Житомирська область)

«Я думаю, що треба якісь заохочування робити для цього контингенту населення. Наприклад, якщо запропонувати йому сьогодні, він прийде, якусь невеличку грошову допомогу чи якийсь подаруночок, постійно щоб таке було. Їх би стимулювало і вони би більше, а так вони скриті більше. Я так думаю. Я думаю, що подарунок, або грошова така стимуляція заохотила їх би. Я думаю, що це було би хорошим стимулом. Засоби захисту якісь давати їм» (Чернівецька область)

- Розмежувати у просторі і часі проведення консультацій для ЧСЧ від інших відвідувачів організацій, покращити графік роботи:

«В первую очередь, я Вам говорю как. Это надо сделать выходной день рабочим для этих людей» (Хмельницька область).

«Если бы у нас была возможность побольше иметь помещение и развести, чтобы, например, общее население, которое идёт обследоваться для себя просто, имели свой кабинет манипуляционный, да. И не пересекались с теми, кто не хочет открываться. Регистратура у нас одна, вот это для нас большая проблема» (Запорізька область)

«...сделали бы центр, который бы работал каждый день» (Донецька область)

- Розробити спеціалізовані інформаційно-освітні матеріали як для персоналу організацій, так і для представників ЧСЧ:

«Достаточное количество нормальных, информационно-образовательных материалов, то есть, вот это вот. То есть, это как первично для людей, так и, извините научно для моих» (Вінницька область)

«Мы могли бы, скажем, разработать для них информационные материалы, которые бы, скажем, при их участии, опять же. Может быть, даже в режиме, скажем, обсуждения предварительного в фокус-группах. А чтоб они были полезны и ценны им, именно для той группы, которая присуща вот именно нашему региону, с её спецификой» (Житомирська область)

6.9 Аналіз результатів інтерв'ю з представниками центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

■ Досвід роботи соціальних служб з ЧСЧ

Соціальні служби для сім'ї, дітей та молоді взагалі не мають ніякого досвіду роботи з ЧСЧ. Причини цьому в основному називаються наступні:

- Представники ЧСЧ не звертаються до соціальних служб або не афішують свою сексуальну орієнтацію:

«В принципі, до нас не звертались такі люди. Як ми маємо їх шукати?» (Волинська область)

«У нас не, может быть бы, и работала, у нас просто таких обращений нет, и такой категории у нас нет» (Луганська область)

«Может, и обращались, но просто не афишировали свой статус» (Житомирська область)

- Немає відповідного напрямку роботи у соціальних служб, відповідної програми:

«И программ таких не было, таких, чтоб направлено было только на эту категорию людей» (Херсонська область)

«Немає такого напрямку в нас» (Черкаська область)

«Розумієте, що найчастіше ми займаємося профілактикою, первинною профілактикою. Ми працюємо з учнівською та студентською молоддю, із неблагополучними сім'ями, які, так, не є ще ВІЛ-інфікованими. З такими сім'ями, в яких є ВІЛ-інфіковані, ми працюємо дуже рідко» (Житомирська область)

Загалом, основним напрямом роботи з питань ВІЛ/СНІДу для державних соціальних служб є інформаційна діяльність, а основними цільовими групами є:

- Молодь, підлітки, діти;
- СІН (споживачі ін'єкційних наркотиків).

■ **Бажання / готовність соціальних служб працювати з ЧСЧ**

Загалом, думки представників соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді розділилися щодо оцінки бажання та готовності працювати з працювати з ЧСЧ.

На думку опитаних, соціальним службам слід розпочинати роботу з ЧСЧ у випадку:

- Появи звернень з боку ЧСЧ:

«Плануємо, якщо будуть випадки звернень, якщо буде необхідність такої роботи. І сьогодні у нас якщо немає такої необхідності, то, я думаю, що нам не варто і, поки що, починати» (Хмельницька область)

«Знаете, мы, я же говорю, мы никогда даже не задумывались об этом, потому что к нам никогда не обращались. Планируем, не планируем? Дело в том, что у нас как, такая работа, если клиент обратился, и независимо, я не знаю, к какой категории, как он, какие у него наклонности, мы всё равно работаем. Без разницы, мужчина с мужчиной, мужчина с женщиной, мы оказываем услуги в любом случае, только потому, что он обратился за помощью» (Луганська область)

- Якщо з'явиться такий напрямок роботи, буде виділена дана група:

«В нас якби був такий напрямок, в нас саме служба роботи з ін'єкційними споживачами наркотиків» (Житомирська область)

«Как бы, там, где это есть, там, где эта выделена, как бы, группа, то специалисты таких центров работают» (Автономна Республіка Крим)

- Якщо прийде розпорядження «згори»:

«Просто в мои функциональные обязанности входит работа с потребителями инъекционных наркотиков. Я выполняю свои обязанности. А если население, допустим, с которым мы работаем, и наш вышестоящий областной центр социальных служб для молодёжи поставят перед нами такую задачу, то мы, конечно, с ними работать начнём» (Одеська область)

«Вообще система центров социальных служб для молодежи – это государственное учреждение. И поэтому мы руководствуемся теми нормативно-правовыми документами, которые приходят сверху. То есть, от нашей госслужбы, а госслужба от нашего Министерства. Поэтому если Министерство среди приоритетных направлений работы изъявит желание, чтобы центр социальных служб для молодежи работали именно с такой категорией населения, то, естественно, мы будем с ними работать и сотрудничать.» (Тернопільська область)

На думку частини респондентів, соціальним службам не потрібно розпочинати роботу з даною групою ризику, оскільки:

- Немає виходу на дану групу, а самостійно ЧСЧ не звертаються:

«В принципі, до нас не звертались такі люди. Як ми маємо їх шукати?» (Волинська область)

«Мне кажется, это будет довольно трудно, эта программа, её можно разработать, но, я, допустим, не против, но её именно как на практике, её будет трудно очень реализовать. Потому что это надо будет ещё выявить для того, чтобы с ними в этом направлении работать» (Луганська область)

- Достатній об'єм роботи з більш пріоритетними напрямками та групами, з якими вже працюють соціальні служби:

«Мне хватает ПИНов и ЖКС» (Житомирська область)

«У нас просто дело в том, что достаточно много направлений более важных. И, Вы понимаете, что ресурсы человеческие, они имеют какую-то определённую границу» (Автономна Республіка Крим)

«Тут розумієте, от, наприклад, я як консерватор скажу, що на даний момент у нас є чим займатися і куди державні кошти витратити» (Чернігівська область)

*«Потому что, я же говорю, чем мы занимаемся, первичной профилактикой»
(Житомирська область)*

- В маленьких містах це робити недоцільно:

«Я вважаю, що нам недоцільно це робити. Тому що в нас немає такої категорії. В нас місто невелике, немає в нас таких людей» (Хмельницька область)

■ Статус ЧСЧ як ВІЛ-уразливої групи

Представники соціальних служб переважно відносять ЧСЧ до переліку ВІЛ-уразливих груп:

«Да. Звичайно. Тому що є ризик, великий ризик інфікування ВІЛ-інфекцією через... Статевим шляхом від чоловіка до чоловіка» (Хмельницька область)

Однак, слід зазначити, що частина представників соціальних служб слабо розуміють, що таке ВІЛ-уразливі групи та специфіку ЧСЧ у даному контексті. Нижче перераховані найбільш розповсюджені помилкові уявлення:

- ВІЛ-вразлива – кожна людина, яка не проінформована:

«Смотрите, что Вы подразумеваете под ВИЧ-уязвимыми? Это, в принципе, может быть каждый человек, который не предупрежден» (Донецька область).

- ВІЛ-вразлива – кожна людина, бо має шанс заразитися:

«Скажите, пожалуйста, кого нет ВИЧ-уязвимых? Я таких категорий населения не знаю. ВИЧ-уязвимые, если на то пошло, у нас все. Достаточно один раз пойти в больницу и вы уже ВИЧ-уязвимая» (Тернопільська область).

Саме тому частина респондентів не відносить ЧСЧ до ВІЛ-вразливої групи:

«Я би так не сказала. Кожна людина може заразиться. Того, що так як і жінки, і чоловіки - всі можуть заразиться: і діти, і підлітки - всі. Це ж ясно» (Хмельницька область).

■ Спеціалізовані послуги для ЧСЧ. Підтримка з боку державних та недержавних організацій

Думки респондентів щодо необхідності специфічних послуг для ЧСЧ також розділилися:

- Частина вважає, що ЧСЧ не потребують специфічних послуг:

«Знаєте, теоретично можна сказати, що нуждаются, але практично, я особисто вважаю, що... Вже знаєте, сьогодні для наших клієнтів, для наших категорій, яких ми обслуговуємо, вже стільки послуг, що вже отакій звичайній людині стільки

послуг не надається, скільки вже нашим клієнтам. В тому числі і чоловікам, які preferують секс з... Я думаю, що не потребують» (Хмельницька область)

– Інша частина вважає, що потребують:

«Да. Однозначно, що, звичайно, якихось заходів це обов'язково вимагає, має бути. Але, я думаю, що в цьому випадку це має бути профілактична робота в першу чергу, і це має бути робота... Але не соціальна робота з ними» (Хмельницька область)

Також неоднозначні думки представників соціальних служб щодо необхідності державної підтримки ЧСЧ. Частина говорить про те, що держава не має займатися цими питаннями, це задача виключно НДО:

«Да. В даний момент, в час економічної кризи. Просто у нас і так багато проблем. У даний час просто можна ще... Як? Не треба, я б сказала. Розумієте, ми просто ще не готові як морально, так і матеріально поки що» (Чернігівська область)

«Я думаю, что все-таки больше громадські організації, то есть, специальные формирования» (Дніпропетровська область)

«У них просто, так скажем, у них больше возможности такой материальной поддержки, если у государства не всегда на это выделяются деньги, то негосударственные организации они, как бы, работают хорошо в этом направлении» (Одеська область)

«Наверное, какие-то всё равно, в целом, должны быть какие-то организации, которые помогают. Куда человек может прийти, пообщаться свободно, рассказать о своих проблемах» (Автономна Республіка Крим)

Частина вважає, що хоча державі і потрібно приділяти особливу увагу даній групі, але не створювати спеціальних програм:

«Спеціальних програм? Я, Ви знаєте, не могу Вам сказати зараз однозначно, чи потрібна спеціальна програма, чи треба просто всі програми, які є, включити в цей розділ. Може, даже так. У нас є багато програм, які говорять про попередження ВІЛ-інфекції і про роботу з уразливими групами. Можна просто включити в ці програми саме такий розділ. Я думаю, так може буде правильно» (Хмельницька область)

Ще частина вважає, що державі просто необхідно приділяти особливу увагу даній групі:

«Во-первых, я считаю, что требует, потому что это та группа, которая уязвима. И мало уделяется внимания» (Одеська область)

Представники соціальних служб запропонували такі основні напрями роботи з ЧСЧ:

- Забезпечення засобами захисту:

«Наверное как ЖКС выдачи презервативов» (Житомирська область)

- Проведення інформаційної роботи:

«Во-первых, я бы сказала, информационные услуги, которые касаются ВИЧ, потому что многие не знают» (Одеська область)

«Поширення серед цієї групи інформації про організацію установ, які можуть надати ті чи інші послуги, і куди вони можуть звернутися у разі виникнення якихось питань» (Рівненська область)

■ **Стигматизація ЧСЧ та ставлення представників соціальних служб до них**

Що стосується стигматизації, то більшість опитаних визнають існування даного явища в українському суспільстві. Основними причинами стигматизації ЧСЧ респонденти називають менталітет та недостатню розвиненість українського суспільства:

«Народ у нас такой, менталитет. Неприемлемо еще для нашего общества это» (Житомирська область)

«Мабуть, це пов'язано з менталітетом нашим. В нас не прийняті такі стосунки і вони взагалі суспільством не приймаються» (Волинська область)

«В нас є певні комплекси. У нас перед ними, а у них, мабуть, перед нами. Розумієте, як? Тому що ще у нас дуже багато таких, як ось я, консерваторів» (Чернігівська область)

Слід зазначити, що на думку більшості опитаних, особливо гостро проблема стигматизації ЧСЧ стоїть у невеликих містах:

«И если учитывая, опять же, наши маленькие небольшие районы, города, то, конечно, да. В большом городе, конечно, это проще. Потому что там люди не так часто встречаются, и не всё обо всех знают» (Одеська область)

«Вы знаете, тоже дело даже не в стране, а именно в городах. Если города побольше, люди, может быть, что-то видят, как-то это принимают. То есть, там, где маленькие города, у нас всё-таки общество шокировать проще, и не каждый это примет, по одной простой причине, этого люди не видят, не знают. И если, допустим, один такой случай пройдёт по городу, естественно, он шокирует людей, потому что у нас к этому ещё просто не готовы» (Луганська область)

Проте бувають і винятки, коли представники соціальних служб говорять, що стигми по відношенню до ЧСЧ не існує, оскільки:

- Українське суспільство - демократичне суспільство:

«І, в тому числі, ніякого осуду абсолютно немає. Сьогодні в нас повна демократія. Не думаю, що якісь, якимось ці... Стигматизації, думаю, що немає» (Хмельницька область)

- Ставлення суспільства до людини залежить від дій самої людини:

«Я вважаю, що це все йде від кожної людини, він індивіда. Так як людина себе хоче зарекомендувати, так, як ставиться до суспільства, так і суспільство ставиться до нього» (Хмельницька область)

- Стигматизація як наслідок акцентування даної проблематики:

«Для меня человек просто ценен как сам человек. А то, что какая-то стигматизация. Возможно, это знаете, я всегда говорю, каждая жертва находит своего палача. То есть, это очень как бы жестко, но если постоянно акцентировать на том, что МСМ- это жертвы, то они это и будут, как бы чувствовать себя жертвами. Потому что они сами об этом говорят» (Тернопільська область)

Незважаючи на те, що загалом представники соціальних служб висловлюють готовність працювати з ЧСЧ, проте у розмові спостерігаються випадки нетолерантного ставлення та стигматизації (особливо серед працівників старше 45 років):

- ЧСЧ сприймаються як хворі люди:

"Ви знаєте, ми, наприклад, навіть, в соціальний гуртожиток одного влаштовували такого, правда, він довго там у нас не прожив. Питались якимось впливати, але, я так розумію, що, мабуть, тут є такі фактори розбещеності і фактор хвороби. Людина сама не винна, що вона така. Наверное, внутри него гармоны какие-то сидят. Його лікувати надо, а не лякати, а не як ми питались тут... Що робить з такими, такий неповнолітній був, нічого йому не допомогло, ні лякування, нічого, він уїхав собі з міста і де там займається тим, чим займається. Це те, що я вважаю, що це люди хворі, і їм потрібна допомога, як психолога, так і більш глибоко медична, я не знаю, це вже так на рівні якихось гормонів» (Сумська область)

- Вбачають проблеми ЧСЧ скоріше в тому, що вони ЧСЧ, а не в контексті поширення епідемії ВІЛ/СНІДу:

«Мне кажется, отговаривать никто никого не будет, то есть, это опять-таки выбирает каждый. (Луганська область).

■ Рекомендації стосовно покращення роботи з ЧСЧ

Представники соціальних служб говорять про наступні заходи, спрямовані на покращення їхньої роботи з ЧСЧ:

- Провести підготовку персоналу з особливостей роботи з даною групою:

«Это должно быть соответственное обучение какое-то, это должны быть подготовленные люди, которые будут знать, уметь и практиковать. На данный момент в системе вообще, не только в нашем областном центре нет таких вот людей подготовленных, но и по Украине нет. То есть, это ноу-хау»
(Тернопільська область)

- Налагодити співпрацю між державними та недержавними організаціями з даної проблематики:

«Понимаете, мы были бы рады, если бы нам говорили об организациях, которые работают в данном направлении и могут нам в этом направлении помочь в работе, поэтому если бы мы знали об этих организациях, мы бы, наверное, больше работали в этом направлении именно с той группой, о которой Вы говорите» (Донецька область)

6.10 Аналіз результатів інтерв'ю з представниками місцевих недержавних організацій, що опікуються проблематикою ВІЛ/СНІДу

■ Досвід роботи з ЧСЧ

Загалом за досвідом роботи з ЧСЧ серед недержавних організацій, що опікуються проблематикою ВІЛ/Сніду, можна виділити наступні групи:

- ЛГБТ- та ЧСЧ-сервісні організації - недержавні організації, які у своїй діяльності мають окремі проекти щодо роботи з ЧСЧ;
- Недержавні організації, які не мають окремого проекту щодо ЧСЧ, але можуть мати досвід звернення ЧСЧ.

Далі розглянемо специфіку кожного типу недержавних організацій з точки зору їхнього досвіду роботи з ЧСЧ. Характерною особливістю є те, що в НДО, які працюють або мають досвід роботи з ЧСЧ, працюють самі ЧСЧ або ВІЛ-позитивні ЧСЧ.

Більшість ЛГБТ- та ЧСЧ-сервісних організацій не виокремлюють серед ЧСЧ окремі підгрупи, які частіше за інших звертаються до НДО:

«Все основные группы охвачены» (Харківська область)

«Да, по-моему, нет преобладания» (Автономна Республіка Крим)

Для частини організацій такого типу, основною цільовою аудиторією є молодь від 18 до 30 та ВІЛ-позитивні ЧСЧ:

*«Молодь від 18 до 30 може. І крім цього, ще звертаються ВІЛ-позитивні»
(Львівська область)*

«Смотрите, есть ВИЧ-инфицированные МСМ, молодежь от 18 до 30. Все остальные категории - мы не попадаем под такие» (Дніпропетровська область)

Представники ЛГБТ- та ЧСЧ-сервісних організацій виділяють дві найменш охоплені групи неповнолітні ЧСЧ та чоловіки – секс-працівники:

*«Тут в первую очередь, наверное, несовершеннолетние, да. То есть, здесь все должно быть на уровне информации, то есть, образования, да, какого-то. И уже выяснение на таком, на более личном контакте этих всех вопросов. Но опять-таки, и мы должны знать, что если несовершеннолетние, это совсем молодежь, которая, которую нужно чем-то в обязательном порядке заинтересовать»
(Вінницька область)*

*«Несовершеннолетние? Мы не занимаемся несовершеннолетними. Их не встретишь в клубе. Потом, плюс, у нас проблема: у нас нет плешек, да? И у нас затруднен, затруднен к ним доступ. У нас проект не охватывает этих людей»
(Запорізька область)*

«Слабо охвачены мужчины коммерческого секса, потому что это очень маргинальная и закрытая группа» (Автономна Республіка Крим)

«Це чоловіки комерційного сексу, дуже тяжко на них вийти, все рівно ми охоплюємо їх у Львові. Тому що вони вдень сплять, а ввечері виходять на поле праці. І ясно, що вони краще посплять, чим піти в організацію, отримати послуги. Само собою, що ми виходимо на точки, де вони збираються, але коли вони бачуть нас, як я вже казав, є одиниці, які підходять до нас і беруть презервативи і змазку, що не бояться, їм не соромно, і вони це прекрасно розуміють, що це їхнє здоров'є і їхня безпека» (Львівська область)

Загалом, всі, хто звертаються до ЛГБТ- та ЧСЧ-сервісних організацій з легкістю зізнаються у своїй приналежності до ЧСЧ. Головною причиною цього зазвичай є специфіка організації: довіра серед ЧСЧ та присутність ЧСЧ серед персоналу організації:

«Те, кто к нам приходят, они все признаются, что они МСМ» (Чернівецька область)

«Тут уже сложнее сказать, потому что специфическая организация, поэтому, как правило, признаются» (Черкаська область)

«Нет такого понятия. В частности те, кто пришли, они уже готовы сказать, что они являются ЧСЧ» (Сумська область)

Однак, бувають і винятки. Основною причиною такого явища – є страх стигматизації та дискримінації:

«Почему не говорят? Боятся, что раскроется их статус публично. Потому что многие мужчины, которые просто практикуют такой секс, но живут в браке, имеют должности, поэтому у них есть определенный страх» (Донецка область)

«Думаю, что опаска, неразглашение своего статуса, ориентации, меры предосторожности. Отдельно стигма и дискриминация, которая есть в обществе» (Івано-Франківська область)

Якщо недержавні організації ведуть статистику звернень ЧСЧ, вони використовують її переважно для власних потреб або передають лише у донорські організації для звітності:

«Такая статистика ведется, но передаваться, она не передается. Почему, потому что эта статистика и эти цифры, и данные о клиенте глубоко конфиденциальные и не подлежат никаким формам разглашения» (Вінницька область)

Що стосується недержавних організацій, які не мають окремого проекту роботи з ЧСЧ, то основними цільовими групами для даних організацій є:

- Споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН);
- Люди що живуть з ВІЛ (ЛЖВ);
- Жінки комерційного сексу (ЖКС);
- Ув'язнені/колишні ув'язнені.

У діяльності таких організацій зустрічалися поодинокі випадки звернення до них ЧСЧ.

Серед причин, чому дані організації не працюють з ЧСЧ як з окремою групою представники цих організацій називають наступні:

- Немає прямого виходу на ЧСЧ, в тому числі тому, що в організації не працюють ЧСЧ:

«У нас нет контакта выхода на эту группу. Понимаете, там и так мало, как говорят их, и выйти на них, это надо, чтобы в нашей организации был такой человек» (Черкаська область)

«Это очень закрытая группа, они есть, но они очень закрытые» (Київська область)

- У місті/ регіоні діє ЛГБТ- або ЧСЧ-сервісна організація:

«У нас есть организация, которая этим занимается, мы переадресовуем туда» (Черкаська область)

«У нас в этой группой работает Сеть людей, живущих с ВИЧ, поэтому мы, в общем-то не конкурируем с ними» (Запорізька область)

- Важко поєднувати різні напрями роботи:

«В данный момент МСМ – это очень тяжёлая категория, и их совместить с наркопотребителями просто практически нереально» (Херсонська область)

- Немає технічних можливостей:

«Дело в том, что у нас нет пока возможности принять на помещение. И нет опыта работы с такой группой. Как бы есть уже намеченные люди, но помещение вот мы не можем» (Тернопільська область)

- Немає досвіду роботи з даною групою:

«И нет опыта работы с такой группой» (Тернопільська область)

Частина з цих організацій планує в майбутньому виділити під ЧСЧ окремий проект, та розпочати працювати з ними як з окремою групою:

«У нас есть такие люди, есть такая группа людей. И нельзя их оставить без внимания, закрыть на это глаза.» (Тернопільська область)

У випадку, коли ЧСЧ зверталися до такої організації, вони, зазвичай, отримували належну допомогу або були переадресовані до організації, яка була спроможною надати їм потрібну допомогу.

■ **Особливості ЧСЧ: їхні особливі потреби та вимоги**

Незалежно від того, чи працює НДО з ЧСЧ чи ні, всі опитані відносять ЧСЧ до ВІЛ-уразливої групи. Але представники тих НДО, які не працюють з ЧСЧ, менше розуміють специфіку даної групи:

«Да, наверное, они достаточно уязвимы, в общем-то, наверное, в силу своего образа жизни, в силу, так сказать, способа общения со своими партнерами, наверное, да» (Вінницька область).

Респонденти, які мають досвід роботи з ЧСЧ, виділяють наступні особливості ЧСЧ у порівнянні з іншими ВІЛ-уразливими групами:

- Закритість групи:

«Просто, наверное, эта группа людей очень закрыта. Они очень сложно идут на контакт» (Автономна Республіка Крим)

«Вы знаете, мне кажется, что, в первую очередь, то, что эта группа очень закрытая, очень закрытая, и, несмотря на всю проделанную работу, что мы сделали, все равно она труднодоступная, и выходит на эту группу все равно на сегодняшний день сложновато» (Миколаївська область)

- Потреба в анонімності та конфіденційності:

«Самое большое требование – это анонимность» (Сумська область)

«Единственное, что все же имеется такой фактор, реже согласны на заполнение какой-то документации относительно своих данных» (Донецька область)

«Потребности, во-первых, это конфиденциальность информации потребность. То есть, это нужно заслужить изначально доверие этого человека, чтобы он раскрылся» (Херсонська область)

- Проблема ідентифікації, внутрішня стигматизація:

«Кроме того, существует проблема идентичности, когда люди не идентифицирующие себя, как открытые гомо- или бисексуалы, они, соответственно, не пойдут в те проекты и программы, которые ориентированы на таких вот открытых самоосознающих себя людей» (Донецька область)

«У этих людей еще существует внутренняя дискриминация» (Вінницька область)

- Зовнішня дискримінація та стигматизація:

«Во-первых, если брать консультацию врача-дерматовенеролога, то это определенные свои особенности по отношению к таким людям. Даже если это врач-инфекционист, то тоже тут свои особенности. И скажет он о принадлежности к этой группе или не скажем - это тоже всё зависит уже от врача, как она поставит разговор» (Донецька область)

- Більша турбота про здоров'я:

«И все-таки у них больше какая-то психологическая защита, что ли, есть. То есть, у них начинается какой-то стоп-кран где-то, и они начинают заботиться о своем здоровье и ценить свое время» (Вінницька область)

- Нестача спілкування:

«Це потреба найбільше, це є спілкування, щоб прийти, поспілкуватися чи отримати консультацію рівний-рівний. Просто чи прийти в офіс посидіти, попити чаю. Так як от зараз у нас працює ком'юніті-центр. Уже без проблем вони можуть прийти протягом робочого дня, посидіти, поспілкуватися, отримати якісь новини, взяти лубрикант, презерватив і піти. Можуть провести в ком'юніті-центрі дві-три години, як їм це потрібно. І само собою отримати якусь інформацію чи з профілактики, чи новини якісь що в Україні відбувається і в світі, щоб... Вони постійно хочуть мати більше інформації, що відбувається саме в спільноті» (Львівська область)

- Їх важко зацікавити:

«Все должно быть организовано очень трепетно и при этом главная аргументация не само по себе здоровье, это вторично, по крайней мере, мнение такое. Получается, привлечь надо чем-то другим. То есть, планы какие-то привлечения по интеллекту, но это должны быть интересные, а уже вторым планом будет здоровье. По крайней мере так считается. То есть, напрямую задавать вопрос о здоровье не надо.» (Харківська область)

- Недовіра ЧСЧ до медичних, державних та недержавних організацій:

«Я ещё раз говорю, это недоверие самой группы. Это очень специфическая группа» (Миколаївська область)

Респонденти виділяють наступні регіональні особливості роботи з ЧСЧ:

- Представники НДО Львівської області нарікають на міліцію області:

«Є проблеми з міліцією. Буває, що затримують і на вулиці. От було вбивство, у Львові сталося в лютому-місяці [2009 р.], просто 280 МСМ попало в райвідділи управління, де збиралася про них інформація, витягалася детальна інформація про інших МСМ... Збиралась повністю картотека на МСМ... Одну річ робили, це є коли людину МСМ вбили біля вокзалу, і ми надавали послуги людям МСМ, які попадали в райвідділи, в карцери, щоб їх звідти витягувати, робили таку адвокатську роботу» (Львівська область)

- Відсутність спеціалізованих клубів для ЧСЧ у Сумській області:

«Скажем так, в нашем регионе нет специализированных клубов, как, например, в городе Киеве или в Харькове. Потом получается момент, что они очень часто ездят в Киев, где опять же получается, что знакомятся неизвестно с кем. Соответственно и могут заразиться» (Сумська область)

- Респонденти з південних та східних областей країни говорять про сезонні міграційні процеси, які можуть бути причиною поширення ВІЛ/СНІДу:

«Юг, юг - это всегда может быть, знаете, как-то, особенно в летний период у нас тут увеличивается количество людей, которым РКС предоставляют услуги. Таких специфических больше что-то не приходит в голову. Мне кажется, просто больше у нас, особенно в летний период» (Миколаївська область)

«Миграционные процессы. То есть, в Харьков приезжают с других городов и, соответственно, незнание информации об учреждениях этого региона не способствует тому, чтобы люди в случае проблемы сразу же обращались к медикам, допустим, либо в центры социальных служб. То есть, они будут тянуть до победного, пока непонятно что разразится» (Харківська область)

■ **Затребувані послуги для ЧСЧ**

ЛГБТ- та ЧСЧ-сервісні організації надають найрізноманітніші послуги, починаючи від організації дозвілля та закінчуючи наданням медичної допомоги. Прослідковується тенденція, що більше розмір населеного пункту, в якому діє НДО, то більша варіація запропонованих ЧСЧ послуг.

Найзатребуванішими послугами для ЧСЧ є:

- Консультації медичних спеціалістів на базі НДО:

«Больше инфекционист. Инфекционист, дерматовенеролог, у нас больше они консультируются» (Чернівецька область)

- Проходження тестування на ВІЛ на базі НДО:

«Експрес-тести, ми вже працюємо десь три роки з експрес-тестами на базі нашої організації. В нас є залучена медсестра, яка приходить щочетверга, у визначений день, тому що вона працює на іншій роботі, і ми проводимо тестування. Також у нас є спеціалісти з ДКТ » (Львівська область)

- Консультації психолога:

«Индивидуальные консультации соцработников, индивидуальные консультации психологов» (Запорізька область)

- Безкоштовне поширення презервативів і дозованих лубрикантів:

«Что мы больше всего делаем, это распространение презервативов и лубрикантов» (Черкаська область)

- Організація дозвілля:

«Как сказать, вот услуги именно по организации досуга и общения» (Автономна Республіка Крим)

- Ком'юніті-центри:

«Я бы сказал бы первое - это все-таки создание комьюнити-центров (Вінницька область).

- Група взаємодопомоги:

«Это широкомасштабные услуги психолога, то есть, группа самопомощи и группы помощи» (Херсонська область)

- Юридичні послуги та допомога у вирішенні соціальних проблем широкого профілю:

«Все-таки, я думаю, что це є захист їхніх прав, так» (Івано –Франківська область)

«Это помощь в трудоустройстве, как правило, помочь найти жилье, такого плана, может быть, какие-нибудь неприятности, кто-то на кого-то в суд подал или кто-то кого-то оскорбляет или избили, и мы уже подключаемся и работаем с ними» (Миколаївська область)

Серед найпоширеніших юридичних проблем, з якими ЧСЧ звертаються до НДО за допомогою, можна виділити наступні:

- Вирішення майнових питань, питань щодо спадку (найхарактерніше юридичне питання для ЧСЧ на всій території України):

«Потому что возникают, исходя из образа жизни возникают у них проблемы с их ближайшим окружением и семьей» (Автономна Республіка Крим)

«В основном, это связанные, скажем, с имущественными вопросами, с вопросами, бывает, наследования» (Черкаська область)

- Вирішення житлових питань:

«Иногда это просто, когда человека выгнали на улицу, например, близкие ему просто помогаем восстановить статус, спокойно заниматься своей жизнью, жить там, где хочет» (Дніпропетровська область)

- Вирішення трудових питань:

«Юридического характера - это, в основном, лишение работы, когда увольняют, спрашивают по поводу его сексуальной ориентации, то есть, это, в принципе, как в основном» (Херсонська область)

- Вирішення питань щодо нетолерантного ставлення представників державних інституцій, в тому числі правоохоронних органів та медичних установ:

«Мы сталкиваемся, это отношение с правоохранительными органами и с органами власти. Это вот конфликтные моменты, которые лично я решаю, конечно, контакты с милицией» (Черкаська область)

«Це переважно якщо, наприклад, є ВІЛ-позитивний і МСМ, проблеми є з наданням медичних послуг. Наприклад, зараз в нас є людина, якій поставили діагноз «саркома Капоші», і лікарі відмовляються робити йому операцію. Вони не відмовляють письмово, вони відмовляють йому усно, ми зараз пробуємо, щоб все-таки вони зробили цю операцію, ми оббиваємо майже щодня в лікарні, оббиваємо пороги, щоб все-таки зробили, тому що відтягування часу – це не на користь хворому» (Львівська область)

Недержавні організації, що мають невеликий досвід роботи з ЧСЧ, при індивідуальних зверненнях все ж надавали необхідну ЧСЧ допомогу власними силами (в основному, супровід у медичні заклади, надання приміщення для проведення зустрічей ЧСЧ та надання консультацій спеціалістів):

«К нам обращались по юридическим вопросам, потом инициативная группа обращалась к нам по помещению, мы помогли им, у нас есть общественный центр, и они к нам туда приходят. Мы помогаем им обследоваться на ВИЧ, сифилис, на гонорею, на хламидии. И в то же время, если обращаются за гуманитаркой и ещё что-то, стараемся помочь» (Херсонська область)

«В основном это консультирование и социальное сопровождение, лечение, диагностика и профилактика в плане заражения ВИЧ. Соцобеспечение и юридические консультации» (Херсонська область)

«Перенаправляли в центр СПИДа для оказания помощи, врач-консультант консультировал» (Тернопільська область)

«Если человек по нашей рекомендации, с нашим сопровождением прошел тестирование на ВИЧ, можно ли это считать помощью?» (Запорізька область)

■ **Джерела інформації щодо поширення ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ, та достовірність даної інформації**

Недержавні організації, які мають проекти з роботи з ЧСЧ, регулярно обмінюються інформацією між собою:

«Мы, все организации, которые работают в области профилактики и правозащиты, и все организации, какие есть, направленные на МСМ, мы все сотрудничаем и плотно общаемся» (Черкаська область)

«Консультирует меня Николаевская ассоциация геев и бисексуалов "Лига". Плюс литература, буклеты. Я посещаю тренинги, была на второй национальной конференции по работе с ЛГБТ, делала доклад и сама, собственно, почерпнула много нового» (Миколаївська область)

«Это исследования партнерских организаций» (Донецька область)

Крім цього, респонденти також називають інформацію, отриману від донорських організацій:

«Это периодика нашего донора, эпидемиологическая ситуация как в мире, так и по Украине» (Автономна Республіка Крим)

Ще одним джерелом інформації щодо поширення захворювання на ВІЛ серед ЧСЧ респонденти називають дані СНІД-центрів свого регіону:

«Мы получаем от центра СПИДа, проводим тестирование, есть небольшая, личная информация врача, какое количество у нас людей» (Одеська область)

«Единственный источник - это мы. И центр СПИДа еще» (Запорізька область)

Що стосується достовірності, то загалом респонденти вважають, що інформація з перерахованих джерел достовірна та правдива:

«Правдивая, если это уровень национальный и презентуют известные люди, которые давно, то есть, "Альянс" международный [тобто МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»] выпускает посібники» (Миколаївська область)

«Это сто процентов правдивая, потому что люди в этих отношениях не склонны говорить неправду. И она легко проверяемая, потому что она идет из многих источников, это множественная информация» (Черкаська область)

«Но мы судим по количеству. Вот сколько мы людей протестировали, вот сколько среди них ВИЧ-позитивных. Если центр СПИДа и еще что-то дополнительно, то, соответственно, чуть-чуть добавляется» (Запорізька область)

Однак також була висловлена думка, що дані щодо поширення ВІЛ серед ЧСЧ не є достовірними. Скоріше за все, це пов'язано з тим, що немає точної інформації щодо загальної кількості ЧСЧ, достатньо велика частка ЧСЧ через свою закритість та страх дискримінації та стигматизації не проходить тестування на ВІЛ/СНІД.

Також була висловлена недовіра до інформації отриманої зі СНІД-центрів, оскільки ЧСЧ, звертаючись до СНІД-центрів, не завжди зізнаються у досвіді одностатевого сексу:

«У центра СПИДа недостаточно правдивое, потому что не всегда они знают, кого тестируют» (Запорізька область).

■ **Оцінка ефективності наявної системи профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу з позиції ЧСЧ**

Загалом респонденти назвали недостатньо ефективною наявну систему профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу з позиції ЧСЧ. Такий висновок опитані зробили виходячи з того, що, по-перше, існують недоліки системи добровільного консультування та тестування на ВІЛ, по-друге, існують недоліки системи надання соціальних послуг для ЧСЧ, тому програми і послуги недостатньо охоплюють як ЧСЧ, так і ЧСЧ+.

Що стосується недоліків системи добровільного консультування та тестування на ВІЛ, то респонденти виділяють наступні:

- Страх ЧСЧ бути дискримінованими/стигматизованими у випадку розкриття досвіду одностатевого сексу:

«.. если это идет речь о консультировании в СПИД-центре, например, то самые болезненные проблемы - это то, что консультирование разделено по группам, то есть, наркозависимым это должны быть одни вопросы, МСМ - это другие вопросы, обычным - третьи вопросы. Это в корне, с моей точки зрения, неправильно, и это именно была причина, почему МСМ, геи не хотели идти консультироваться, потому что вопрос задавался, практикуете ли вы секс с мужчинами и так далее, это сразу отпугивает, и люди, уже наслышанные о таком стиле консультирования, просто они не хотели идти, и они сейчас не хотят идти. Идут только те, которые или хотят покрасоваться, или которым уже скрывать нечего, и девять десятых, а, может быть, 99 из 100 никогда не пойдут именно по этой причине. Они ищут какие-то другие пути, какие-то там наши гейские организация или по знакомству в больницах, в лечебных учреждениях консультируются, и там как-то их записывают, или анонимно, или под какими-то другими, там, проходят как

обычное население, но только избегают именно по этой причине этого вопроса. Это со стороны кажется, что это не так важно, но, на самом деле, это, как говорят, у вора шапка на голове горит. Каждый думает, что каждый по-любому что-то узнает» (Черкаська область)

*«Во-первых, предвзятое отношение к МСМ, это основной недостаток»
(Дніпропетровська область)*

- Під час проведення ДКТ пацієнти не завжди отримують повну консультацію як до тесту, так і після нього:

«Единственный недостаток, что, все-таки, насколько я знаю, даже центр СПИДа, не всегда люди получают полностью ДКТ до того, как проводят тестирование. Бывает так, что они приходят и им просто проводят тест, не говорят ни до теста, ни после теста, ничего» (Одеська область)

Висловлювались думки, коли анонімність та добровільність ДКТ розглядають як один з недоліків системи добровільного консультування та тестування на ВІЛ:

«Если брать экспресс-тестирование, то, наверное, основной недостаток, я не могу сказать, как от этого уйти, это, всё-таки, анонимность. Просто возникают потом трудности с поведением человека и постановкой его на учёт. То есть, анонимность она, как бы, тоже имеет свои отрицательные стороны. А с другой стороны, когда говоришь человеку, что анонимно, они лучше идут обследоваться.» (Автономна Республіка Крим)

«Є один такий недолік, коли людина все-таки вирішила пройти, здати тест на ВІЛ, і вона отримала повністю до- і післятестове консультування, ми забрали кров, зробили тест. Через 15-20 хвилин ми даємо результат, і якщо є позитивний результат, людина просто-напросто отримує скерування в центр на повторне тестування, і вона просто губиться. Вона просто буває, що через рік, через півтора, коли вже починає щось, погіршуватись її стан, вона тоді звертається знову до нас по допомогу, щоб її чи відвезти, зробити патронаж щоб, дійсно допомогти, тому що психологічно попадати в СНІД-центр дуже важко» (Львівська область)

- ЧСЧ не мають доступ або недостатньо охоплені соціальними послугами у деяких областях (особливо це стосується тих областей, в межах яких не діють проекти з роботи з ЧСЧ, або їх дуже мало):

«Вообще-то, насколько я знаю, кроме нашего фонда, им никто ничего больше не предлагает» (Харківська область)

- Відсутність або недостатня довіра до соціального працівника з боку ЧСЧ:

«Как бы опять неполное доверие клиента к человеку, который консультирует. В частности бывает, не всегда открывается перед психологом на группах, поэтому кое-какие проблемы у них остаются, узнать которые нет возможности, пока не будет установлено доверие » (Сумська область)

На думку більшості респондентів, наявні програми та послуги з профілактики ВІЛ/СНІДу недостатньо охоплюють ЧСЧ, особливо це відчувається у невеликих містах, а також у містах, де немає НДО, які займаються даною проблематикою:

«Слабо покрывает, очень слабо. Услуги для МСМ есть только в очень крупных городах, и то не во всех. К примеру, в некоторых областных центрах, там, в Полтаве, нет ничего. Во Львове частично есть, частично нет. Отодвинулись чуть дальше, там ничего нет» (Сумська область)

На думку респондентів, ЧСЧ недостатньо забезпечені наступними послугами:

- Спілкування та організація дозвілля;
- Юридичні послуги;
- Медичні послуги – консультації спеціалістів.

Також наявні програми/послуги недостатньо охоплюють і ВІЛ-позитивних ЧСЧ, які потребують до себе специфічного підходу. Загалом НДО, які у своїй діяльності мають проекти з роботи з ЧСЧ, в основному працюють у профілактичному напрямі, тому спеціальної програми, розробленої спеціально для ВІЛ-позитивних ЧСЧ, зазвичай вони не мають. Тому недержавні організації найчастіше або переадресовують ВІЛ-позитивних ЧСЧ до інших організацій (зокрема, до ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»):

«Собственно, я же говорю, как, программы у нас не в рамках проекта, у нас проект больше как, профилактический. Или социальный такой. Но у нас есть проект "сетевой", Сеть ЛЖВ финансирует именно уход и поддержку за ВИЧ-позитивными. Они уже не смотрят, он МСМ или не МСМ. В том числе МСМ, среди МСМ есть люди, которые принимают терапию. И мы их переадресовываем и к врачу-инфекционисту, и к психологу, и равный равному консультируют. И пробуют пить [ліки антиретровірусної терапії] по часам, и таймер у него. Все. Благодаря вот этой вот команде как-то и получается так, что клиент получает услуги если не в одном проекте, то в другом» (Миколаївська область)

...або працюють з ними поза проектом, створюючи окремі групи взаємодопомоги:

«А закриті [групи], то є суто для ЧСЧ, які є позитивні» (Львівська область)

Респонденти відзначають, що ВІЛ-позитивні ЧСЧ не мають особливого бажання звертатися до організацій, які спеціалізуються на ЛЖВ в цілому. Причина - страх стигматизації та дискримінації:

«Например, у ЛЖВ уже клиенты специфические, и наши люди не очень хотят с ними контактировать, большинство наших людей, скажем так, не хотят там светиться, они более склонны были бы в наших организациях эти услуги получать. И мы готовы начать эти услуги предоставлять. Но тут такой момент получается, что недостаток финансирования, раз, и другие организации, которые уже предоставляли эти услуги, они не склонны уступать эту сферу нам, они думают, что они переучат людей, они их заберут, и все будет нормально. Но это проблематично» (Черкаська область)

Головною специфікою ВІЛ-позитивних ЧСЧ є подвійна стигма: по-перше, як ЧСЧ, по-друге, як ВІЛ-позитивних:

«Это же двойная проблема, мало того, что он ВИЧ-позитивный, он еще и гей, его и как гея дискриминировали, а тут он еще и позитивный, это вообще, это, даже у меня слов нет сказать, как человек попадает в ситуацию. Поэтому вот это очень тяжелая проблема» (Черкаська область)

Слід зазначити, що стигматизація ВІЛ-позитивних ЧСЧ спостерігається, в тому числі, і з боку ЧСЧ, які не мають позитивного ВІЛ-статусу. Одним зі способів подолання такої стигматизації – є проведення змішаних груп:

«У нас проходят открытые группы ... для ЧСЧ. Открытые – це є змішані, де можуть прийти і ВІЛ-інфіковані, і не ВІЛ-інфіковані, де ми такий ґрунт робимо толерантності до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом» (Львівська область)

Якщо говорити про заходи з оцінки ефективності програм для профілактики ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ, то такі заходи проводяться дуже рідко. Єдиний захід, який могли назвати респонденти, це анкетування клієнтів щодо послуг, які надають НДО (рівень задоволеності кожною з наданих послуг, чого не вистачає тощо):

«У нас раз в квартал мы проводим тестирование клиентов. Они приходят, заполняют анкеты. То есть, там все в анкете описано, какими услугами они довольны, какими недовольны, что бы хотели новое получать, то есть, это все они описывают и на основании этого отчеты» (Херсонська область)

«Мы ведем анкетирование.. В котором там выясняем потребности, мы выясняем поведение» (Харківська область)

Загалом представники НДО вважають, що заходи з оцінки ефективності дуже важливі для подальшої успішної роботи з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ:

«Всегда любое исследование даёт возможность улучшить работу, видеть её слабые места, сильные места и анализировать, улучшать или что-то менять» (Сумська область)

«Потребность есть точно. Потому что мне кажется, это должна быть не только оценка эффективности, но оценка как раз вот потребности. Начинать постепенно. Начинать с потребностей, потом мониторинг предоставляемых услуг по потребностям. И потом уже как бы оценка эффективности. И какие мероприятия... просто больше, скажем так, каких-то, вот какие для потребителей предоставление услуг, такие своеобразные точки, пункты для обратной связи. То есть, именно для ВИЧ как бы. Видеть отклик и мнение самих клиентов, что им подходит, что не подходит и как» (Донецька область)

■ **Роль та співпраця державних та недержавних організацій у питаннях профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ**

Що стосується питання, яку роль у системі профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ відіграють державні та недержавні організації, респонденти одногослосно стверджують, що основна робота проводиться НДО:

«Отдельных выделенных направлений для работы с МСМ в государстве нет, центр социальных служб по делам семьи, детей и молодежи, с этого года переименован отдел по работе с наркоманами на отдел по работе с уязвимыми группами, это дает им право помогать в том числе и МСМ, потому что МСМ, по-моему, причислены к этой уязвимой группе, но не буду утверждать на сто процентов, это вам скажут центры социальных служб любого города. А отдельных программ, которые бы направлены были на это, нет, а, соответственно, здесь играет роль, в основном, только НГО, которое является мостиком, берет за ручку, приводит, и тогда уже... Наши, например, геи уже не так сильно боятся того же СПИД-центра в городе, потому что за полтора года все-таки, какие-никакие, а результаты достигаются» (Харківська область)

Серед причин чому державні організації мало беруть участь у питаннях щодо профілактики та лікуванні ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ респонденти зазначають наступні:

- Недовіра до державних організацій з боку ЧСЧ:

«Дело в том, что государственный уровень, взять хотя бы наш центр СПИДа, в статистике, которую они ведут, не зафиксировано ни единого случая в связи с МСМ, ни единого, стоит ноль. Хотя я точно знаю, что мальчики проверялись, у некоторых есть положительный результат на тесте, то есть, на сегодняшний день пока они не доверяют государственным организациям» (Сумська область)

- Держава не виділяє ЧСЧ як окрему ВІЛ-уразливу групу:

*«Она не выделяется в отдельную категорию. То есть, как и все заболевшие»
(Автономна Республіка Крим)*

Респонденти вважають, що профілактика та лікування ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ потребує специфічного підходу та більшої уваги з боку держави - на такому ж рівні, яка приділяється іншим ВІЛ-уразливим групам:

*«Заниматься отдельно... Каждое направление, да, требует индивидуального подхода. Это нужно как с подростками, которые в школе, с МСМ, ЖСЖ и ПИН»
(Черкаська область)*

Окремий респондент, що не працює з ЧСЧ, висловив думку про те, що профілактика та лікування ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ не потребує уваги з боку державних організацій, оскільки є достатньо діяльності НДО та сама група ЧСЧ не є достатньо великою:

«Мне кажется, на уровне государства – это слишком. Общественные организации, активно работающие в этой сфере, они достаточно плотно с ними работают и делают им те необходимые сопровождения, какие-то консультации. То есть, МСМ не настолько широкая группа, как, к примеру, девочки секс-бизнеса либо наркозависимые» (Миколаївська область)

Єдині державні заклади, що можуть мати спеціальний підхід до ЧСЧ:

«Государство никакой роли не играет, за исключением разве что это роли СПИД-центра, который у нас главный эксперт. То есть, когда люди у нас получили консультации, и мы их направляем туда, то они идут туда, или если они не доверяют, скажем, нашему результату или не доверяют нам, то они идут туда, но опять же по нашей информации. То есть, они идут после нас или же проконсультировались с нами, или же по информации, которую получили из МСМ-среды. Это единственный источник» (Черкаська область)

Серед державних закладів НДО співпрацюють переважно з СНІД-центрами (в основному, це переадресація та соціальний супровід клієнтів, іноді медичні заклади надають приміщення для проведення зустрічей ЧСЧ):

«Я думаю, что это, прежде всего, сотрудничество с больницами, центры и опять же переадресация людей» (Донецька область)

«Это договора. Вот, допустим, центр СПИДа, кожвендиспансер. Плюс, мы устраивали тренинги, семинары. Нам помогала санстанция, центр СПИДа. Тоже давали помещение на бесплатной основе» (Запорізька область)

■ Стигматизація ЧСЧ та ставлення до ЧСЧ

Загалом думки представників НДО щодо стигматизації ЧСЧ в українському суспільстві розділилися, частина вважає, що стигматизація ЧСЧ суспільством існує, інша частина, говорить, що стигматизація ЧСЧ – це «вчорашній день» для українського суспільства (переважно така думка лунає серед представників НДО у великих містах):

«Я думаю, что у нас в городе мы уже находимся на грани, то есть, на том шаге, что мы уже переступаем этот порог. Как таковой, стигматизации по принципу того, что МСМ, у нас нет» (Автономна Республіка Крим)

Що стосується страху користування різними послугами щодо профілактики, лікування ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ через їхню стигматизацію у суспільстві, то тут думки респондентів також розділилися:

- Частина вважає, що страх бути стигматизованими дійсно обмежує ЧСЧ у доступі до соціальних послуг:

«Ви знаєте, я стикнувся з одною такою проблемою, коли МСМ, які приходять на групи, запрошуються на групи, щоб прийти, послухати, взяти участь, вони перше питають: «А чи там безпечно?», «Чи є безпека в цьому приміщенні?», «Чи нас, коли ми вийдемо з приміщення, нас не пов'яже міліція?». Оце є найгірше» (Львівська область)

Причому, в такій ситуації не останню роль відіграє самостигматизація:

«Мне кажется, что большую роль играет самостигматизация, когда кажется, когда ты себя накручиваешь и считаешь, что там не пойду, не хочу, не получу, потому что будут какие-то последствия. Хотя, конечно, извне это тоже какими-то факторами подкрепляется.» (Донецька область)

«Когда реальная ситуация такая, что вряд ли кто-то подозревает, что человек МСМ, но может быть, кто-то догадывается. Может быть, по каким-то признакам это видно, но вряд ли кто-то так очень хорошо и точно знает. Человек же напротив думает, что о нем все знают, и именно поэтому он всегда боится. Он боится где-то, что где-то обратится и там станет известно о его ориентации, поэтому он меньше обращается в лечебные заведения» (Черкаська область)

- Інша частина вважає, що такої проблеми взагалі немає:

«Вы знаете, сколько я работаю, я никогда не сталкивалась, чтоб они что-то скрывали или не пользовались. Доступ к таким услугам был разрекламирован и им доступен, а если организация неправительственная работает, то со стороны этих клиентов намного больше доверия к неправительственным, то есть, НПО, чем к государственным организациям, поэтому тут я не вижу вообще проблемы» (Харківська область)

Більшість респондентів висловили думку, що програм, спрямованих на подолання стигматизації ЧСЧ, майже немає, або якщо вони і існують, то діють в основному лише у великих містах:

«Программы на местном уровне, я в разработке не участвовала, и о том, что было что-то принято, не слышала, к сожалению» (Сумська область)

«Ви знаєте, в нашому регіоні не було жодної проведено, ні тренінгу, ні круглих столів, якраз спрямованих на зменшення стигматизації. Але потреби дуже є великі. В країні, я прекрасно знаю, в Києві, такі заходи проводились з міліцією, з лікарями, а на західному регіоні не було жодного» (Львівська область)

В основному заходи щодо зниження стигматизації проводяться силами недержавних організацій та носять просвітницький характер:

«У нас проходят где-то раз в полгода конференции с журналистами, где средства массовой информации, даем им информацию, и они ее уже в газетах, журналах, печатных изданиях вывешивают и, в принципе, те же акции, которые проходят в центре города. В принципе, немножко этим насыщаются, потому что немножко мнение меняется» (Херсонська область)

«Что можно сделать - это целенаправленные программы просвещения общего населения. Общего населения в каком плане, которое считает, что быть гомосексуалом - это, вернее, иметь однополый секс, вот так вот, - это является чем-то предвзятым. Вот это работа с общим населением, работа со СМИ и то, что я называл высшее - это работа с силовыми структурами.» (Донецька область)

Що стосується різниці у ставленні до ЧСЧ між чоловіками та жінками, які працюють в медичних установах або у соціальних закладах, то, на думку більшості респондентів, принципової різниці немає, головне – це професійність, толерантність, вихованість самої людини:

«Зависит больше от человека, который с другой среды, и его манеры поведения и его такта» (Харківська область)

Безумовно, ідеальний варіант, за словами респондентів, це консультування за принципом «рівний-рівному», коли консультантом є ЧСЧ:

«В принципе, это должен быть человек равный равному» (Запорізька область)

Деколи відзначається, що жінки більш толерантні за чоловіків-гетеросексуалів у цьому відношенні:

«Я думаю, может, женщины более толерантно относятся. Может, это мое личное мнение» (Полтавська область)

«В принципе, да, с женщинами проще» (Херсонська область)

«Есть. Женщины, они как-то более лояльно» (Кіровоградська область)

«Жінки більш толерантні, чим чоловіки» (Львівська область)

Крім цього, представники НДО говорять також і про особисті уподобання ЧСЧ щодо статі працівника медичної установи або соціального закладу. Уподобання залежить від напряму роботи, якою займається консультант. Зазвичай, жінці віддається перевага, якщо це стосується психологічних питань:

«Консультантом. Смотря, по каким проблемам. Если психолог они с удовольствием идут к женщине консультанту. Если это аутич-работник, то они идут к мужчине» (Автономна Республіка Крим)

«То, как я вижу, это моё субъективное мнение, к примеру, у нас была ситуация, когда клиенты, то есть, МСМ, они могли выбрать психолога мужчину или женщину, они предпочли женщину. Они обосновали это тем, что так легче раскрываться (Сумська область)

6.11 Висновки щодо визначення незадоволених потреб, прогалин в інформації, законодавстві, наявних послугах та бар'єрів для користування існуючими послугами з позиції ЧСЧ

- Спеціальні програми роботи з ЧСЧ мають лише НДО; представники урядових організацій та центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді є менш компетентні у даній проблематиці, оскільки не ведуть роботи з ЧСЧ як з цільовою групою і не завжди вважають за доцільне вести таку роботу.
- Респонденти зазначають дистанціювання держави від групи ЧСЧ, основні проблемні кола:
 - Відсутність чіткої позиції щодо проблеми і чітко прописаних інструкцій для державних закладів щодо роботи з ЧСЧ як на національному, так і регіональному рівні;
 - Відсутність боротьби з стигматизацією/дискримінацією ЧСЧ суспільством (соціально-психологічна допомога, юридична підтримка);
 - Необхідність підвищення доступу ЧСЧ-групи до послуг, з профілактики ВІЛ/СНІДу, догляду і підтримки.
- Більшість представників СНІД-центрів не мають досвіду консультування ЧСЧ. Такий досвід переважно здобувається при співпраці з ЧСЧ-організаціями у випадку їх присутності в місті. Якщо таких організацій немає, працівники СНІД-центрів переважно не можуть згадати випадків консультування ЧСЧ, але виражають толерантне ставлення до них і висловлюють бажання набути відповідних навичок.

- Через стигматизацію ЧСЧ майже не звертаються до СНІД-центрів та інших неспеціалізованих ВІЛ-сервісних організацій. Для ЧСЧ характерний страх (особливо щодо державних закладів), недовіра, схильність приховувати особисті дані, особливо складна ситуація в малих містах. Якщо ж і звертаються, то зазвичай не зізнаються в особливостях сексуальної поведінки при індивідуальних зверненнях.
- На думку респондентів, ЧСЧ недостатньо забезпечені наступними програмами/послугами:
 - Юридичні послуги;
 - ДКТ та медичні консультації;
 - Комунікації та організації дозвілля в межах спільноти (особливо для ВІЛ-позитивних ЧСЧ).
- Найменш охоплені послугами неповнолітні ЧСЧ, чоловіки – секс-працівники, та ЧСЧ, що проживають у невеликих населених пунктах.
- При ДКТ консультанти не ставлять питань про досвід одностатевого сексу, тільки під час післятестового консультування при позитивному результаті. Деякі консультанти розповідають про практики безпечного анального сексу.

Додаток 1. Інформація про учасників ФГД

Таблиця 1. Соціально-демографічні характеристики учасників ФГД: ЧСЧ

Характеристики	Полтава	Донецьк	Одеса	Львів	Всього
Вік					
15-24 років	4 учасники	3 учасники	5 учасники	3 учасники	15
26-35 років	3 учасники	3 учасники	2 учасники	4 учасники	12
36-50 років	1 учасник	1 учасник	1 учасник	1 учасник	4
Тестування					
Проходив тільки один раз	2 учасники	2 учасники	1 учасник	4 учасники	9
Декілька разів після ризикованого контакту	2 учасники	-		1 учасник	3
Постійно, з певною періодичністю (раз на три місяці, раз на півроку)	3 учасники	2 учасники	5 учасників	2 учасник	12
Не проходив взагалі	1 учасник	3 учасники	2 учасники	1 учасник	7
ВІЛ-статус					
Негативний, дізнався протягом останніх 3-х місяців	5 учасників	3 учасники	2 учасники	4 учасники	14
Негативний, дізнався раніше ніж 3 міс. Назад	2 учасники	-	4 учасники	3 учасники	9
Не знаю	1 учасник	4 учасники	2 учасники	1 учасник	8
Сімейний стан					
Одружений	-	-		-	-
Був одружений, але зараз ні	-	2 учасники	1 учасник	-	3
Ніколи не був одружений	8 учасників	5 учасників	7 учасників	8 учасників	28
Освіта					
Неповна середня (менше 10/11 кл.)	-	-	-	-	-
Повна середня	4 учасники	3 учасники	1 учасник	2 учасники	10
Середня спеціальна	1 учасник	3 учасники	4 учасники	3 учасники	11
Вища	3 учасники	1 учасник	3 учасники	3 учасники	10
Зайнятість					
Працюю	4 учасники*	4 учасники*	8 учасників	4 учасники	20
Навчаюсь	2 учасники	1 учасник	-	3 учасники	6
Не працюю	2 учасники	2 учасники	-	1 учасник	5

* Рід занять: робітники (3); сфера послуг (10); не називають (13); освіта (3); власне ПП (1); інженер (1). Сума заробітку: 1500 тис. грн. – 3000 тис. грн.. **Це інформація про учасників**

Таблиця 2. Соціально-демографічні характеристики учасників ФГД: ВІЛ-позитивні ЧСЧ

Характеристики		Одеса ВІЛ+
Вік		
15-24 років		-
26-35 років		5
36-50 років		2
Коли дізнався про ВІЛ-статус		
Протягом останніх 3-х місяців		-
Протягом останніх 6 місяців		-
Протягом останніх 12 місяців		1
Понад рік тому		7
Де проходили тестування		
Державна медична установа		6
Експрес-тестування у недержавній організації		1
Замовляв додому і проводив самостійно		-
Проходив як донор		-
Дізнався випадково		1
Диспансерний облік		
Так		7
Ні		1
Користування послугами недержавних організацій, які допомагають ВІЛ-позитивним		
Так		7
Ні		1
Послуги, якими користувався в недержавних організаціях		
Групи взаємодопомоги		8
Консультації психологів		2
Консультації рівний-рівному		5
Тренінги, семінари для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД		4
Допомога в отриманні медичних послуг		4
Юридичні консультації		-
Сімейний стан		
Одружений		1
Колись був одружений		-
Ніколи не був одружений		7
Освіта		
Неповна середня (менше 10/11 кл.)		2
Повна середня		1
Середня спеціальна		2
Вища		3
Зайнятість		
Працюю		6*
Навчаюсь		1
Не працюю		1

* Рід занять: сфера послуг (3); не називають (1); освіта (1); службовець (1). Сума заробітку: 1300 тис. грн. – 3000 тис. грн..

Таблиця 3. Сексуальний досвід учасників ФГД

	1. Чи мали Ви сексуальний контакт з чоловіком протягом останніх 12 міс.?	Донецьк	Львів	Одеса	Полтава	Одеса ВІЛ+	Всього
1	Так, один раз	2	1	-	-	2	5
2	Так, я мав такі контакти декілька разів протягом останніх 12 міс.	1	6	4	6	3	20
3	Так, у мене є постійний сексуальний партнер	4	1	1	1	3	10
4	Ні, не мав таких контактів протягом останнього року	-	-	-	-	-	-

Таблиця 4. Частість отримання послуг, які пропонують ЧСЧ різноманітні організації

Послуги	Полтава	Донецьк	Одеса	Львів	ВСЬОГО	Полтава	Донецьк	Одеса	Львів	ВСЬОГО	Полтава	Донецьк	Одеса	Львів	ВСЬОГО	Полтава	Донецьк	Одеса	Львів	ВСЬОГО
	Один раз					Іноді					Часто/ постійно					Ніколи				
Отримування буклетів, листівок про ВІЛ/СНІД:	1	2	1	1	5	4	1	5	4	14	1	3	2	1	7	-	-	-	-	-
Відвідували групи взаємодопомоги	-	1	-	-	1	-	1	3	2	6	-	1	3	2	6	-	-	-	-	-
Консультації психологів	1	-	-	1	2	-	1	2	-	3	-	2	2	-	4	-	-	-	-	-
«Рівний-рівному»	-	-	-	-	-	-	2	4	1	7	-	-	4	1	5	-	-	-	-	-
Тренінги, семінари щодо безпечного сексу	-	2	1	2	5	1	-	2	3	6	1	2	2	1	6	-	-	-	-	-
Безкоштовне отримання презервативів, лубрикантів	-	3	-	2	5	1	-	3	1	5	4	3	5	3	15	-	-	-	-	-

Гарячі лінії з питань ВІЛ/СНІДу	-	1	-	2	3		1		1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Використання засобів постконтактної профілактики	1	1	-	1	3	1	-	1	1	3	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Не користувався взагалі	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1
																			3

Додаток 2. Узагальнююча таблиця із результатами візитів у кожен з досліджуваних організацій/установ за методом «таємного клієнта»

Таблиця 1. Узагальнююча таблиця результатів ДКТ «таємних клієнтів»

АНОНІМНІСТЬ	Донецьк		Київ		Львів		Одеса		Полтава	
Візити, №	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ПІБ пацієнта розголошувалось при запрошенні до кабінету	-	-	-	-	-	-	так	-	так	-
Консультант в обов'язковому порядку вимагав назвати пацієнта ПІБ, паспортні дані, місце проживання	-	*	*	-	-	-	так	-	*	-
Консультант просив назвати ПІБ партнера та іншу його особисту інформацію	-	-	-	-	-	-	так	-	-	-

* - пацієнтам запропонували назвати ПІБ, проте не в обов'язковому порядку

ТОЛЕРАНТНІСТЬ	Донецьк		Київ		Львів		Одеса		Полтава	
Візити, №	1	2	3	4	5	1	2	3	4	10
Ставлення персоналу НЕ було привітним до пацієнта відразу як він зайшов до приміщення	-	так	-	-	так	-	-	так	-	-
Реакція консультанта на повідомлення пацієнта, що він практикує секс з чоловіками:										
- консультант знімав (-ла), їй/йому стало важче проводити консультацію далі	x	x	-	-	-	-	так	-	-	-
- критика, некоректні висловлювання	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-
Зміна ставлення консультанта після повідомлення пацієнта, що він практикує секс з чоловіками										
- консультант став менш привітним	x	x	-	-	-	-	так	-	-	-
- консультант почав ставитися до пацієнта зневажливо	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-

x – в Донецьку пацієнт не повідомив консультанта про те, що він практикує секс з чоловіками оскільки в кабінеті були інші присутні особи

ДОСТУПНІСТЬ ДКТ	Донецьк		Київ		Львів		Одеса		Полтава	
Візити, №	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Перший візит НЕ був результативний	так	так	-	-	-	-	так	так	-	-
В телефонній довідці НЕ надали адресу та телефон центру тестування на ВІЛ	-	так	-	так	-	-	-	-	так	так
Адреса та телефон центру тестування НЕ доступні в інтернеті	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Незручний графік роботи (до 13.00, не всі робочі дні тижня тощо)	так	-	-	-	-	-	так	так	так	-
Обов'язковий попередній запис	-	-	-	-	так	-	-	-	-	-
Очікування на прийом більше 15 хвилин	-	-	так	-	-	-	-	так	-	-

ЯКІСТЬ ТЕСТУВАННЯ ТА КОНСУЛЬТУВАННЯ	Донецьк		Київ		Львів		Одеса		Полтава	
Візити, №	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ОЦІНКА КАБІНЕТА Чистота, зручність, просторість, наявність інформаційних стендів, місця для очікування. Середній бал – максимум 5	2,2	3,8	4,4	4,4	4,5	4,8	2,0	2,8	4,8	4,0
ЯКІСТЬ ТА ПОВНОТА ДОТЕСТОВОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ										
Пацієнт НЕ отримав консультації	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Пацієнт НЕ отримав повної інформації, передбаченої вимогами МОЗ	так	так	так	так	-	-	так	так	-	-
ЯКІСТЬ ТА ПОВНОТА ПІСЛЯТЕСТОВОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ										
Пацієнт НЕ отримав консультації	так	так	-	-	-	-	так	так	-	-
Пацієнт НЕ отримав повної інформації, передбаченої наказом МОЗ	так	так	-	-	-	-	так	так	-	так
НЕ було швидких тестів	так	так	-	-	-	-	-	-	-	так
НЕ було лабораторного тестування	-	-	-	-	так	-	-	так	так	-
Очікування на результат тесту	7 днів	1 день	2 год.	2 год.	20 хв.	20 хв.	1 хв.	7 хв.	15 хв.	5 днів
Відмічений код, нотатка у журналі консультанта (НБ – не бачили)	-	НБ	НБ	+	-	-	114	-	-	ХЛМ 154

Таблиця 2. Перелік пунктів проходження ДКТ «таємними клієнтами»

6.12 Таблиця 2. Перелік пунктів проходження ДКТ «таємними клієнтами»

- 1 – Донецьк, п-т Київський, 85 - Центральна міська клінічна лікарня № 18
- 2 – Донецьк, вул. Олімпієва, 11а - Донецький обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІДом
- 3 – Київ, вул. Відпочинку, 11 - "Кабінет Ддовіри" від Київського міського Центру профілактики та боротьби зі СНІДом в приміщенні Київської міської клінічної лікарні №5

- 4** – Київ, вул. Трьохсвятительська, 7 - "Кабінет довіри" від Київського міського Центру профілактики та боротьби зі СНІДом,
- 5** – Львів, вул. Миколайчука, 9 – Клінічна міська комунальна лікарня швидкої медичної допомоги
- 6** – Львів, вул. Рудницького, 30 - Благодійний фонд "Аванте",
- 7** – Одеса, вул. Болгарська 38 - "Кабінет довіри", Міська клінічна лікарня №1
- 8** – Одеса, вул. Левітана, 62 - "Кабінет довіри", Міська поліклініка №20
- 9** – Полтава, вул. Половки, 66-б – Полтавський обласний благодійний фонд "Громадське Здоров'я"
- 10** – Полтава, вул. Госпітальна, 5 - Полтавське обласне відділення ВБО "Всеукраїнська мережа ЛЖВ"

Додаток 3. Перелік організацій, представники яких взяли участь в опитуванні представників організацій

Таблиця 1. Представники референтних організацій на національному рівні

№	НАЗВА ОРГАНІЗАЦІЇ	ПОСАДА
1	Благодійна організація «Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу»	Заступник директора
2	Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД»	Спеціаліст відділу роботи з ЧСЧ
3	Всеукраїнська громадська організація "Мій Вибір"	Директор
4	Всеукраїнська громадська організація «Гей-альянс Україна»	Керівник проекту
5	Міжнародна благодійна організація «СНІД Фонд Схід-Захід»	Керівник, радник
6	Міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»	Керівник відділу
7	Міністерство внутрішніх справ України	Начальник управління
8	Міністерство охорони здоров'я (Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України)	Епідеміолог
9	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту	Начальник відділу
10	Школа соціальної роботи ім. В.І. Полтавця Національного університету «Києво-Могилянська академія»	Психолог

Таблиця 2. Представники організацій, що надають послуги ДКТ

№	НАЗВА ОРГАНІЗАЦІЇ	ПОСАДА
1	Вінницький обласний наркологічний диспансер «Соціотерапія»	Голова правління
2	Вінницький обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом	Головний лікар
3	Волинський обласний центр по профілактиці та боротьбі зі СНІД	Завідуючий відділенням профілактики

4	Городоцька центральна районна лікарня, Львівської області	Лікар-інфекціоніст
5	Дніпропетровське клінічне лікувально-профілактичне об'єднання «Фтизіатрія»	Заступник директора
6	Донецький обласний центр з профілактики та боротьби із СНІДом	Керівник проекту
7	Дружня клініка для молоді м. Києва	Керівник
8	Дружня клініка для молоді м. Києва	Керівник
9	Житомирський обласний центр профілактики та боротьби із СНІДом	Психолог
10	Закарпатський обласний Центр з профілактики та боротьби із СНІДом	Завідуючий відділенням
11	Запорізька обласна протитуберкульозна лікарня	Головний лікар
12	Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	Лікар-епідеміолог
13	Запорізький протитуберкульозний диспансер №1	Тренер-консультант
14	Івано-Франківський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом	Лікар-епідеміолог
15	Кабінет довіри Одеського центру профілактики та боротьби зі СНІДом	Лікар кабінету довіри
16	Кабінет довіри Одеського центру профілактики та боротьби зі СНІДом	Лікар кабінету довіри
17	Кіровоградська обласна туберкульозна лікарня	Керівник медичної частини
18	Кіровоградський центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	Головний лікар
19	Кіровоградський центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	Головний лікар
20	КЛПУ «Новгородівська центральна міська лікарня» (Донецька обл.)	Лікар ВІЛ-кабінету
21	Краматорська міська лікарня № 2: амбулаторно-поліклінічне відділення по наданню меддопомоги ВІЛ/СНІД хворим	Завідуючий відділенням
22	Криворізький центр профілактики та боротьби зі СНІДом, Дніпропетровської області	Головний лікар
23	Кримський республіканський центр профілактики та боротьби зі СНІДом	Завідуючий відділенням

24	Лубенський обласний наркологічний диспансер, Полтавської області	Головний лікар
25	Лубенський обласний наркологічний диспансер, Полтавської області	Головний лікар
26	Луганський обласний наркологічний диспансер	Завідуючий відділенням
27	Луганський обласний наркологічний диспансер	Завідуючий відділенням
28	Луганський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІД	Лікар-епідеміолог
29	Луганський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІД	Лікар-епідеміолог
30	Львівська міська поліклініка №5	Лікар-інфекціоніст
31	Львівська міська поліклініка №5	Лікар-інфекціоніст
32	Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	Головний лікар
33	Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	Головний лікар
34	Мелітопольська станція переливання крові, Запорізької області	Заступник головного лікаря
35	Миколаївський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом	Завідуючий стаціонарного відділення
36	Миколаївський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом	Завідуючий стаціонарного відділення
37	Міська лікарня №7 м. Єнакієва, Донецької області, кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІД хворих	Лікар-інфекціоніст
38	Міський центр з профілактики та боротьби зі СНІДом Маріупольської міської лікарні № 4.	Завідуючий центром
39	Міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом міської лікарні №2 м. Горлівки	Керівник профілактики ВІЛ
40	Оріхівська центральна районна лікарня, Запорізької області	Головний лікар
41	Полтавський обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІДом	Психолог

Таблиця 3. Представники центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

№	НАЗВА ОРГАНІЗАЦІЇ	ПОСАДА
1	Дніпропетровський обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	Спеціаліст медичного забезпечення
2	Дунаєвський районний центр соціальних служб для сім'ї, дітей (Хмельницька область)	Спеціаліст першої категорії
3	Житомирський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.	Провідний спеціаліст
4	Жмеринський районний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Вінницька область)	Начальник відділу
5	Золотоніський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Черкаська область)	Директор
6	Ізяславський районний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Хмельницька область)	Директор
7	Каховський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Херсонська область)	Директор
8	Кіровський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Кіровоградська область)	Головний спеціаліст
9	Ковельський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Волинська область)	Головний спеціаліст
10	Козелецький районний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Чернігівська область)	Директор
11	Коростишівський районний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Житомирська область)	Головний спеціаліст
12	Котовський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Одеська область)	Провідний спеціаліст
13	Красноперекопський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (АРК)	Спеціаліст першої категорії
14	Кремінський районний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Луганська область)	Директор
15	Кримський республіканський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	Провідний спеціаліст
16	Ладизинський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Вінницька область)	Головний спеціаліст

17	Мар'їнський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Донецька область)	Керівник відділу соціальної роботи
18	Одеський обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	Провідний спеціаліст
19	Рівненський обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	Провідний спеціаліст
20	Сумський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	Директор
21	Тернопільський обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	Керівник відділу
22	Ужгородський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	Психолог
23	Хмельницький міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	Директор
24	Хмельницький міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	Головний спеціаліст
25	Южненський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Одеська область)	Директор

Таблиця 4. Представники регіональних референтних НДО та ініціативних груп, що опікуються проблематикою ВІЛ/СНІДу

№	НАЗВА ОРГАНІЗАЦІЇ	ПОСАДА
1	Білоцерківське відділення Міжнародного благодійного фонду «Варнава» (Київська область)	Помічник директора
2	Благодійна Асоціація допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД «Світло Надії», м. Полтава	Керівник соціальної служби
3	Благодійна організація «Вибір», м. Суми	Керівник
4	Благодійна організація «Благодійний фонд «Життя триває», м. Мелітополь (Запорізька область)	Голова
5	Благодійна організація «З надією», м. Кривий Ріг, (Дніпропетровська область)	Соціальний працівник
6	Благодійна організація «Клуб «Світанок», м.Донецьк	Документаліст
7	Благодійна організація «Рука допомоги» , смт .Любашівка, (Одеська обл.)	Соціальний працівник
8	Благодійний фонд «Аванте», м. Львів	Соціальний працівник

9	Благодійний фонд «ВАМ», м. Черкаси	Керівник
10	Благодійний фонд «Воля», м. Умань, Черкаська область	Керівник
11	Благодійний фонд «Надія і порятунок» , м. Сімферополь	Керівник інформаційними ресурсами
12	Благодійний фонд «НАЗАРЕТ», м. Дрогобич	Керівник проекту
13	Благодійний фонд «Сподівання», м. Запоріжжя	Президент
14	Вінницький обласний благодійний фонд «Позитив»	Голова правління
15	Вінницька обласна молодіжна громадська організація Молодіжний центр «Форум»	Керівник
16	Вінницький обласний громадський Конгрес «Сталість»	Керівник
17	Вінницький регіональний центр інформації "Креатив"	Голова правління
18	Волинська обласна громадська організація «Еклектика Лікарів і Психологів» , м. Луцьк	Голова правління
19	Волинський обласний благодійний фонд «ШАНС», м. Луцьк	Голова благодійного фонду
20	Всеукраїнська благодійна організація «Громадська соціальна Рада»,м. Київ	Директор
21	Всеукраїнська благодійна організація «Час Життя Плюс»,м. Одеса	Директор
22	Громадська організація «БЛАГОДІЙНИЙ ФОНД МОЛОДІЖНОЇ УЧАСТІ», м. Київ	Менеджер
23	Громадська організація «ВЕДИС», м. Чернігів	Соціальний працівник
24	Громадська організація «Гей-альянс Черкаси» , м. Черкаси	Виконавчий директор
25	Громадська організація «Донбас-СоцПроект» , м. Донецьк	Голова виконавчої ради
26	Громадська організація «Ковчег», м. Біла Церква (Київська область)	Психолог
25	Громадська організація «Соціальний Конгрес молоді», м. Херсон	Голова
26	Громадська організація «Джерела», м. Тернопіль	Керівник
27	Громадська організація «Інсайт» , м. Київ	Голова правління

28	Громадська організація «Клуб «Квітень», м. Полтава	Голова правління
29	Громадська організація «Крок за кроком», центр психосоціальної реабілітації хімічної залежності молоді, м. Київ	Консультант
30	Громадська організація «Нова сім'я», м. Чернівці	Виконавчий директор
31	Громадська організація «Міжрегіональна Східноукраїнська асоціація «Рівнодення», м. Макіївка (Донецька область)	Голова ради
32	Громадська організація «Резус», м. Горлівка, (Донецька область)	Соціальний працівник
33	Дніпропетровська обласна громадська організація «Перехрестя»	Директор
34	Донецький обласний благодійний фонд «Здоров'я нації»	Координатор проекту
35	Житомирська обласна громадська організація «Перспектива»	Директор
36	Житомирське обласне відділення Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська Мережа людей, що живуть із ВІЛ/СНІД»	Керівник
37	Закарпатський благодійний фонд «Підтримка протиалкогольних, протинаркотичних програм та профілактики хімічних залежностей та СНІДу»	Заступник головного лікаря
38	Запорізьке обласне відділення Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська Мережа людей, що живуть із ВІЛ/СНІД»	Координатор проекту
39	ІГ «Райдужне життя», м. Хмельницький	Соціальний працівник
40	Ініціативна група «Радій життю», м. Вінниця	Координатор проекту
41	Ініціативна група Вінницького міського представництва людей, які живуть з ВІЛ/СНІД	Керівник
42	Ініціативна група Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська Мережа людей, що живуть із ВІЛ/СНІД» в м. Бердичів	Регіональний представник
43	Інформаційно-освітній ЛГБТ-центр «За рівні права», м. Херсон	Голова правління
44	Інформаційно-освітній ЛГБТ-центр «Кредо», м. Кривий Ріг, (Дніпропетровська обл.)	Координатор проекту
45	Інформаційно-правозахисний центр «Кредо», м. Івано-Франківськ	Регіональний представник

46	Кабінет довіри при «Церкві Благодать» , м. Мукачеве, Закарпатської області	Пастор
47	Каховське міське відділення Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська Мережа людей, що живуть із ВІЛ/СНІД», Херсонської області	Заступник директора
48	Кіровоградська обласна благодійна організація «Відкрите серце»	Голова правління
49	Кримське відділення Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська Мережа людей, що живуть із ВІЛ/СНІД»	Соціальний працівник
50	Львівське міське відділення Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська Мережа людей, що живуть із ВІЛ/СНІД»	Керівник проекту
51	Львівська обласна громадська організація «Солідарність»	Заступник голови фонду
52	Миколаївська асоціація геїв, лесбійок і бісексуалів «ЛіГА» (м. Миколаїв)	Виконавчий директор
53	Миколаївське обласне відділення Всеукраїнської благодійної організації ВБО «Всеукраїнська Мережа мережа людей, що живуть із ВІЛ/СНІД»	Координатор проекту
54	Миколаївський благодійний фонд «Благодійність»	Директор
55	Миколаївський місцевий благодійний фонд «Вихід»	Виконавчий директор
56	Миколаївський місцевий благодійний фонд «Юнітус»	Керівник проекту
57	Миколаївський обласний благодійний фонд «Нове сторіччя»	Юрист
58	Миколаївський обласний громадський молодіжний рух "Пенітенціарна ініціатива", м. Миколаїв.	Координатор проекту
59	Міжнародний благодійний фонд «Вертикаль», м. Київ	Інформаційний менеджер
60	Молодіжна громадська організація "Молодіжний Громадський Рух "Партнер" , м. Одеса	Координатор центра по ЧСЧ
61	Одеська обласна громадська організація «Ера Милосердя»	Керівник
62	Одеський обласний благодійний фонд «За майбутнє без СНІДу»	Голова правління
63	Полтавське обласне відділення Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська Мережа людей, що живуть із ВІЛ/СНІД»	Директор

64	Рівненське обласне відділення Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська Мережа людей, що живуть із ВІЛ/СНІД»	Голова правління
65	Рівненський обласний благодійний фонд «Майбутнє без СНІДу»	Президент
66	Севастопольська міська благодійна організація «Гавань Плюс»	Президент
67	Севастопольська міська громадська організація «Молодіжний центр жіночих ініціатив»	Керівник напрямку, старший спеціаліст
68	Смілянський міський інформаційно-консультативний центр захисту сім'ї та особистості «Діалог», Черкаська область	Керівник проекту
69	Сумська міська жіноча молодіжна організація «ДОВІРА МЕТ»	Керівник
70	Сумське обласне відділення Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська Мережа людей, що живуть із ВІЛ/СНІД»	Керівник
71	Сумський обласний благодійний фонд «Крок назустріч»	Керівник
72	Харківський міський благодійний Фонд «Благо»	Керівник напрямку
73	Харківський обласний благодійний фонд «Порозуміння»	Заступник голови правління
74	Херсонська обласна громадська організація Центр адаптації «Вибір життя»	Заступник директора
75	Херсонське представництво Агентства США з Міжнародного Розвитку (USAiD)	Регіональний представник
76	Херсонський обласний благодійний фонд «Мангуст»	Керівник
77	Хмельницька обласна асоціація сприяння рішенню проблем наркоманії та ВІЛ/СНІДу «ВІКТОРІЯ»	Президент асоціації
78	Черкаський міський благодійний фонд «Благо», м. Черкаси	Голова правління
79	Черкаська благодійна організація людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом «Від серця до серця»	Соціальний працівник
80	Черкаське обласне відділення Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні ВО "Альянс Україна"	Керівник відділу
81	Чернівецька обласна громадська організація «Люди Буковини»	Керівник
82	Южненський благодійний фонд «Час молоді», (Одеська обл.)	Голова правління