

Аналітичний звіт
за результатами операційного дослідження:

«Виявлення потреб ЛЖВ, котрі не користуються послугами проектів з догляду та підтримки»

Дослідження здійснено
за фінансової підтримки ВБО "Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ"
в рамках реалізації проекту "Підтримка профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування та догляду для найуразливіших груп населення України", підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією

ЗМІСТ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ.....	2
ВСТУП.....	3
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	4
1. Соціально-демографічний портрет ЛЖВ.....	7
2. Обізнаність ЛЖВ про ВІЛ-сервісні НУО та їх послуги.....	15
3. Оцінка потреб ЛЖВ у медико-соціальних послугах	18
4. Чинники неотримання послуг з догляду і підтримки.....	28
5. Умови звернення за послугами.....	32
6. Покращення взаємодії НУО зі СНІД-центрами як чинник залучення нових клієнтів	35
ВИСНОВКИ.....	40
РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	43

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АРВ-терапія (АРТ) – антиретровірусна терапія

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ГФ, Глобальний фонд – Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією

ДіП – догляд і підтримка

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом

ЖКС/РКС – жінки комерційного сексу/робітниці комерційного сексу

ЗПСШ – захворювання, що передаються статевим шляхом

ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ-інфекцією

МДК – міждисциплінарна команда

Не СІН – респонденти з числа ЛЖВ-неклієнтів, які зазначили під час опитування, що протягом життя не вживали наркотики ін'єкційним шляхом

НУО – неурядові ВІЛ-сервісні організації, які реалізують проекти з догляду та підтримки ЛЖВ

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків/респонденти з числа ЛЖВ-неклієнтів, які мають досвід вживання ін'єкційних наркотиків

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

ЧСЧ – чоловіки, які мають секс з чоловіками

ВСТУП

Протягом останніх років завдяки фінансовій підтримці Глобального Фонду в рамках програми боротьби зі СНІДом в Україні відбувається збільшення обсягів надання немедичних послуг для ЛЖВ ВІЛ-сервісними НУО (далі – НУО). Переважна більшість послуг з догляду та підтримки координується МБФ «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом». Проте згідно висновків комплексної зовнішньої оцінки охоплення ВІЛ-сервісом ЛЖВ є низьким і не відповідає масштабам і складності існуючих та майбутніх потреб. У зв'язку з цим набуває актуальності з'ясування причин, через які пацієнти СНІД-центрів не звертаються за ВІЛ-сервісом до НУО, та аналіз умов, які можуть забезпечити приплив до проектів нових регулярних клієнтів.

Плануючи такий аналіз, важливо враховувати і нові тенденції розвитку епідемії в Україні. Йдеться про поступове зниження у структурі шляхів інфікування ВІЛ частки нових випадків ВІЛ-інфекції внаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом на тлі поступового збільшення частки випадків зараження статевим шляхом. Вперше, в 2008 р., починаючи з 1995 р., частка парантерального шляху передачі була нижче статевого. Зазначена тенденція зберігається і понині. Це не може не позначитися на соціально-демографічному портреті цільової аудиторії проектів з догляду та підтримки й, відповідно, на структурі її медико-соціальних потреб.

Наближення структури медико-соціальних послуг НУО до реального попиту з боку ЛЖВ є важливою, проте недостатньою складовою підвищення ефективності проектів. В умовах обмежених ресурсів не менш актуальним є пошук більш раціональної моделі проектної діяльності, напрямків її можливого перепланування, аби забезпечити як збільшення доступу, так і покращення якості послуг з догляду і підтримки людей з діагнозом ВІЛ-інфекція, які дійсно потребують такої допомоги.

Саме тому проведення операційного дослідження «Виявлення потреб ЛЖВ, котрі не користуються послугами проектів з догляду і підтримки», є надзвичайно актуальним.

Дослідження проведено Аналітичним центром «Соціоконсалтинг» на замовлення ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», що фінансується за кошти Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією при активній взаємодії із співробітниками регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом та спеціалістами відділу моніторингу і оцінки ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом».

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета дослідження: виявлення потреб ЛЖВ, котрі не користуються послугами проектів з догляду та підтримки, у відповідних послугах.

Під час дослідження вирішувалися такі **завдання:**

- визначити соціально-демографічний портрет ЛЖВ, які не користуються послугами з догляду та підтримки;
- дослідити та проаналізувати чинники, які впливають на те, що ЛЖВ не отримують послуги з догляду та підтримки;
- дослідити та проаналізувати умови (у т.ч. певний перелік послуг), за якими ЛЖВ звертатимуться за послугами з догляду та підтримки.

Дослідницькі гіпотези:

ЛЖВ не користуються послугами проектів з догляду та підтримки, що реалізують ВІЛ-сервісні НУО, через те, що:

1. Не знають про існування проектів й послуг, які надаються в їх рамках, оскільки:
 - a) ігнорують інформацію, що їм надають лікарі СНІД-центру;
 - b) не отримують від лікарів СНІД-центрів інформацію щодо проектів;
 - c) ЛЖВ взагалі не відвідують СНІД-центр.
2. Побояються розголошення ВІЛ-статусу.
3. Не усвідомлюють потребу у соціальних послугах.
4. Не потребують соціальних послуг, які можна отримати в проектах.
5. З матеріальних або сімейних обставин не можуть/не хочуть відвідувати офіси проектів (наприклад, далеко проживають, брак коштів).
6. У переліку соціальних послуг проектів відсутні ті, в яких були б зацікавлені ЛЖВ.
7. Ведуть асоціальний спосіб життя, нехтують власним і здоров'ям своїх дітей.

Тип дослідження: операційне.

Предмет дослідження: потреби ЛЖВ-неклієнтів у медико-соціальних послугах та їх поведінкові настанови щодо послуг проектів з догляду та підтримки ЛЖВ.

Об'єкт дослідження: ЛЖВ, котрі не користуються послугами проектів з догляду і підтримки, а саме особи, які:

- 6 та більше місяців знають про свій ВІЛ-позитивний статус;
- користувалися послугами проектів з догляду та підтримки:
один-два рази (*разові клієнти*)
або
взагалі до них не зверталися (*неклієнти*).

Територіальне охоплення: АР Крим, Дніпропетровська, Донецька, Миколаївська, Одеська, Кіровоградська, Луганська та Волинська області.

Методи дослідження

Для отримання повної та різносторонньої інформації з метою виявлення потреб ЛЖВ, котрі не користуються послугами проектів з догляду та підтримки, у відповідних послугах, під час дослідження використовувався комплексний підхід, що передбачав поєднання кількох соціологічних методів.

1. Напівструктуровані інтерв'ю із представниками ЛЖВ, котрі не користуються послугами проектів з догляду і підтримки.

Використання цього методу опитування дозволило з'ясувати обізнаність ЛЖВ-неклієнтів про НУО, що надають послуги з ДіП, оцінити їх потребу у таких послугах, а також визначити причини, що перешкоджають представникам цільової групи звертатися за послугами з ДіП в НУО.

Особлива увага під час проведення напівструктурованих інтерв'ю серед ЛЖВ-неклієнтів приділялася дотриманню етичних принципів щодо забезпечення конфіденційності та добровільної участі в опитуванні. З цією метою в ході інструктажу щодо особливостей заповнення анкет, який проводився безпосередньо перед початком опитування, наголошувалося на праві респондентів відмовитися від участі в опитуванні взагалі або не відповідати на окремі, неприємні для них, запитання.

Вибіркова сукупність: 300 ЛЖВ-неклієнтів, у тому числі 112 осіб (37%), які мешкають за межами обласних центрів і м. Сімферополя.

Відбір респондентів здійснювався відповідно до співвідношення категорій цільової групи:

- ЛЖВ-СІН – 60% (181 особа);
- ЛЖВ, які ніколи не вживали наркотики ін'єкційним шляхом – 38% (113 осіб);
- ВІЛ-позитивні ЧСЧ – 2% (6 осіб).

Із числа опитаних 6% (17 осіб) на момент участі у дослідженні знаходились на диспансерному обліку в жіночій консультації з приводу вагітності.

Кількість респондентів у кожному досліджуваному регіоні: 37-38 осіб.

Канали рекруту респондентів. Запрошення ЛЖВ до участі у дослідженні проводилось співробітниками СНІД-центрів, або безпосередньо інтерв'юерами під час чергування у СНІД-центрі (м. Сімферополь).

2. Напівструктуровані інтерв'ю із працівниками центрів СНІДу-рекрутерами.

Застосування під час інтерв'ю переважно відкритих запитань дало можливість отримати за змістом і формою максимально точну інформацію від співробітників СНІД-центрів щодо особливостей взаємодії ВІЛ-сервісних НУО та центрів СНІДу під час реалізації проектів з ДіП. Окремі блоки анкети були спрямовані на з'ясування

уявленнь співробітників про послуги з ДіП (їх перелік, оцінка актуальності для ЛЖВ тощо), причин не користування пацієнтами СНІД-центрів цими послугами, а також можливих шляхів залучення нових клієнтів до проектів із ДіП.

Всього було опитано 13 респондентів. У кожному регіоні по 1-2 особи.

Методи аналізу даних дослідження:

1. Аналіз емпіричних даних здійснювався за допомогою описової статистики – одномірних та двомірних розподілів. Основні ознаки, за якими проводився аналіз двомірних розподілів:

- демографічні (стать, вік);
- моделі поведінки, передусім досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом;
- місце постійного проживання (обласний центр, за його межами);
- досвід звернення до ВІЛ-сервісних НУО.

Окремо проаналізовано потреби вагітних ЛЖВ і сімей, в яких є діти, народжені ВІЛ-інфікованими батьками.

Стандартне квадратичне відхилення для даної вибіркової сукупності становить +/-3,5–5,8%.

2. Контент-аналіз відповідей працівників центрів СНІДу-рекрутерів і відкритих відповідей ЛЖВ-респондентів.
3. Порівняльний аналіз соціологічних даних і звітності НУО про послуги, які найбільше користуються попитом, та ті, яких не вистачає респондентам.

1. Соціально-демографічний портрет ЛЖВ

Згідно з отриманими під час опитування даними, у вибірковій сукупності опитаних ЛЖВ переважають чоловіки (57%), респонденти віком 26-35 років (56%) та мешканці обласних центрів (62%). Ці показники наближаються до демографічних характеристик дорослих пацієнтів, які у теперішній час перебувають на диспансерному обліку з діагнозом ВІЛ-інфекція¹.

Відповідно до квотного завдання досвід вживання ін'єкційних наркотиків мають дві третини (60%) опитаних. Значна частка з них (43%) продовжують вживати наркотики ін'єкційним шляхом навіть після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція. Проте більше половини респондентів-СІН повідомили про припинення вживання ін'єкційних наркотиків.

Досвід одностатевих сексуальних контактів мають 8% (14 осіб) опитаних чоловіків (тобто 5% у загальній вибірці). Більше половини (8 осіб) з них зауважили, що вживали наркотики ін'єкційним шляхом протягом життя. Тобто до категорії ЧСЧ можна віднести лише 6 респондентів, а саме 2% від загальної кількості опитаних ЛЖВ. Через незначну наповнюваність групи аналіз потреб і уявлень ЧСЧ проводився для респондентів, які в тому числі мали протягом життя досвід вживання ін'єкційних наркотиків.

Кожна восьма жінка (13% або 17 осіб) з числа опитаних жінок-ЛЖВ що потрапили до вибірки, на момент опитування знаходилась на диспансерному обліку у жіночій консультації з приводу вагітності. Варто зазначити, що лише одна з них повідомила про досвід вживання ін'єкційних наркотиків. Для усіх інших статевий шлях інфікування ВІЛ є найбільш ймовірним.

Таблиця 1.1

Соціально-демографічні характеристики опитаних ЛЖВ

	Всього, %	У тому числі:		ЧСЧ*, осіб (n=14)
		СІН, % (n=173)	не СІН, % (n=113)	
Стать:				
Чоловіки	57	77	26	14
Жінки	43	23	74	-
Вік:				
18-25 років	13	12	15	5
26-35 років	56	54	60	8
36 і старші	31	34	25	1
Місце проживання:				
Обласний центр	67	67	56	13
Інше місто	28	28	35	1
Село	5	5	9	-

¹ «ВІЛ-інфекція в Україні». Інформаційний бюлетень №33. 2010 р.

Освітній рівень:				
Вища	9	3	19	1
Незакінчена вища	7	8	6	4
Середньо-спеціальна	40	38	43	6
Середня	35	39	27	3
Неповна середня	9	12	6	-
Зайнятість:				
Працюю повний, або неповний робочий день	37	32	46	9
Безробітний	39	47	26	3
На пенсії	9	9	9	-
Навчаюсь	3	2	3	2
Домогосподарка, перебуваю у відпустці за доглядом за дитиною	8	5	13	-
Інше	4	5	3	-
Сімейний стан:				
Ніколи не був/була у шлюбі	25	29	19	10
Перебуваю у громадянському шлюбі (живемо разом без реєстрації шлюбу)	18	17	20	4
Одружений/заміжня, але проживаємо окремо	5	3	8	-
Одружений/заміжня і живемо разом	25	20	31	-
Розведений/на	21	27	11	-
Вдова/вдівець	6	4	11	-

** у тому числі ЧСС, котрі мають досвід вживання ін'єкційних наркотиків.*

Характерною рисою для групи СІН є її переважно чоловічий склад (77%). Серед опитаних ЛЖВ, які заперечили досвід вживання ін'єкційних наркотиків, значно більше жінок (74%).

У більшості випадків СІН є мешканцями обласних центрів. Серед решти опитаних частіше зустрічаються мешканці інших міст і сіл.

Віковий розподіл опитаних ЛЖВ відображає основну тенденцію поширення ВІЛ-інфекції. Головним шляхом інфікування ВІЛ в Україні з 1995 до 2007 рр. був парентеральний, передусім при введенні ін'єкційних наркотичних речовин. З 2008 р. на перше місце за кількістю нових випадків інфікування вийшов статевий шлях. За соціологічними даними, група респондентів без досвіду вживання ін'єкційних наркотиків порівняно із СІН є молодшою: 50% припадають на віковий інтервал до 30 років. Водночас СІН однаково представлені у всіх вікових підгрупах: 18-30 років – 31%, 31-35 років та 36 і більше років – по 34%. Причому, серед молодих (до 30 років) респондентів, інфікованих статевим шляхом, більшість становлять жінки (86%), а парентеральним – чоловіки (83%) (рис. 1.1).

Варто зазначити, що серед опитаних ЛЖВ доволі чисельною є група віком 36 років і старше – 31%, у тому числі 16% складають 41-59 річні. Респондентів старшої вікової групи більше серед СІН, ніж серед решти опитаних: 34 і 25% відповідно (табл. 1.1).

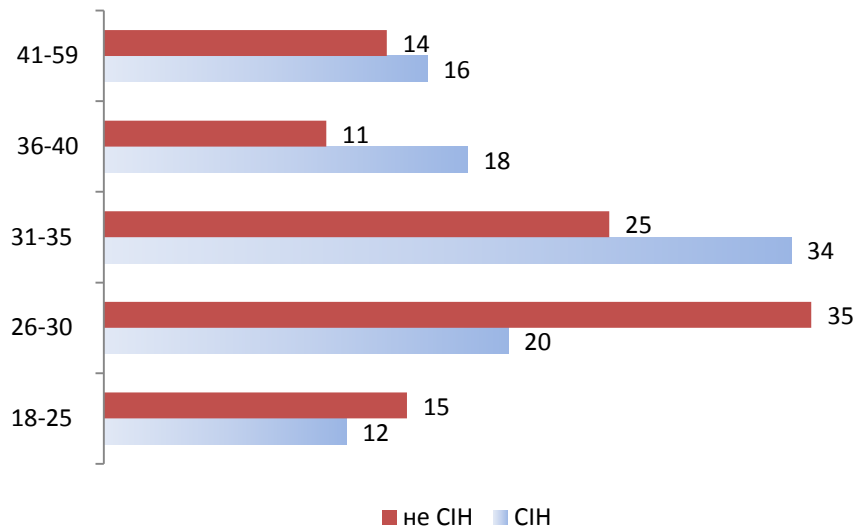


Рис. 1.1. Віковий розподіл ЛЖВ, %, років

Половина (53%) опитаних – ЛЖВ з досвідом: їм відомо про свій ВІЛ+ статус три і більше років. Практично однакові частки складають ті, кому діагноз ВІЛ-інфекція встановлено півроку-рік та 1-2 роки тому – 21 і 23% відповідно. СІН, в цілому, мають більший термін обізнаності із власним діагнозом, ніж решта опитаних ЛЖВ (рис. 1.2).

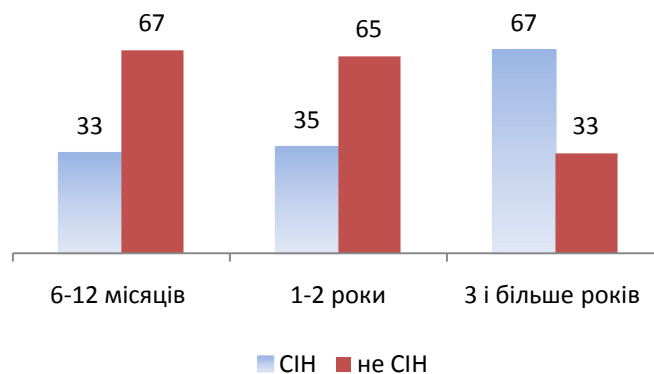


Рис. 1.2. Розподіл відповідей на запитання: «Після того, як Вам було встановлено діагноз ВІЛ-інфекція, скільки разів Ви зверталися у громадські організації, котрі надають послуги з догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією», %

Зазвичай опитані ЛЖВ після встановлення діагнозу за допомогою звертаються до СНІД-центрів (97%), значно рідше – до медичних установ (обласна/районна лікарня, поліклініка за місцем проживання) (38%) та кабінетів довіри (32%). ВІЛ-сервісні (15%) та релігійні (13%) організації найрідше зазначалися респондентами під час опитування.

За категорією ЛЖВ помітними є розбіжності лише у зверненнях до медичних установ. Так, опитані ЛЖВ-СІН (43%) частіше згадують про те, що після встановлення діагнозу вони зверталися до медичних установ, ніж ті, хто ніколи в житті не вживав ін'єкційні наркотики, (31%).

ЛЖВ-неклієнти, які мешкають за межами обласних центрів рідше зверталися до НУО (11%). Водночас частіше, ніж мешканці обласних центрів повідомляли про звернення у кабінети довіри (40%) та інші медичні установи (40%).

Різною є частота відвідування СНІД-центрів, що пов'язано з особливостями кожного конкретного випадку інфікування ВІЛ. Респонденти, що не належать до груп ризику, зазвичай, відвідують СНІД-центри з певною регулярністю – переважно один раз на 2-3 місяці (54%). Водночас відповіді опитаних із числа груп ризику (СІН, ЧСЧ) більш розкидані. Кожному 3-4-му доводиться відвідувати СНІД-центр частіше (щомісяця), ніж решті респондентів. Але в цілому серед них менше осіб, які регулярно бувають на консультаціях у СНІД-центрах (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Розподіл відповідей на запитання: «Як часто Ви відвідуєте СНІД-центр?», %

	СІН (n=173)	не СІН (n=113)
1 раз на місяць або частіше	23	19
1 раз на 2-3 місяці	33	54
1 раз на 4-6 місяців	27	15
1 раз на рік	12	7
Рідше 1 разу на рік	5	11
Не пам'ятаю	-	3

Після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція до ВІЛ-сервісних НУО звернулися майже чверть (24%) опитаних ЛЖВ, серед них більше СІН (56%), ніж ЛЖВ, що не належать до груп ризику, (44%). Із числа ЧСЧ таких всього 3 особи. Ймовірно, що СІН могли мати досвід звернення до НУО за послугами, передбаченими проектами зменшення шкоди, профілактики ВІЛ/СНІДу у групах ризику, і там дізнатися про проекти з ДіП для ЛЖВ. Серед опитаних частіше мають досвід звернення до НУО мешканці обласних центрів (28%), що обумовлено розташуванням офісів НУО, які рідко знаходяться за межами обласних центрів. Серед респондентів, які мешкають в інших містах та селах України зверталися до НУО всього 6%.

Доволі позитивними є враження опитаних ЛЖВ від відвідування таких НУО, адже більшість з них (82%) висловили готовність надалі регулярно звертатися до таких НУО.

Результати опитування засвідчили, що зі збільшенням терміну обізнаності респондентів про свій ВІЛ+ статус у певній мірі зростає ймовірність їх звернення до ВІЛ-сервісних НУО. Статистичним підтвердженням цього є наявність слабкого, але значимого ($p=0,01$) кореляційного зв'язку між цими двома показниками (коефіцієнт Пірсона (r) становить для них 0,2). В цілому, до НУО хоча б один раз зверталися третина (29%) ЛЖВ, які знають про свій ВІЛ+ статус 3 і більше років, тоді, як лише 9% таких серед тих, кому діагноз ВІЛ-інфекція було встановлено відносно нещодавно (півроку-рік тому) (рис. 1.3).

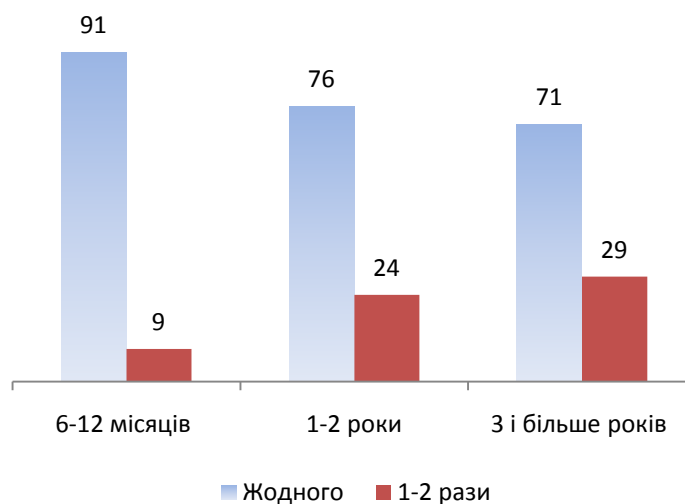


Рис. 1.3. Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Після того, як Вам було встановлено діагноз ВІЛ-інфекція, скільки разів Ви зверталися у громадські організації, котрі надають послуги з ДіП ЛЖВ», %

Освітній рівень опитаних ЛЖВ переважно середньо-спеціальний (40%) або середній (35%). Значно обмежує шанси знайти висококваліфіковану роботу та знижує конкурентоспроможність на сучасному ринку праці в цілому доволі низький відсоток ЛЖВ-неклієнтів із закінченою (9%) або незакінченою (7%) вищою освітою. Освітній рівень ЛЖВ-неклієнтів без досвіду вживання ін'єкційних наркотиків є дещо вищим від СІН. Серед них частіше зустрічаються особи, які мають вищу та середньо-спеціальну освіту (19 та 43% відповідно), ніж серед СІН (3 і 38% відповідно).

Серед опитаних високим є рівень вимушеної незайнятості. В цілому, однаковими є частки працюючих (37%) та безробітних (39%) ЛЖВ. Більш гостро цю проблему відчувають СІН (47%), серед яких майже вдвічі більше безробітних, ніж серед решти опитаних (26%). Тоді, як серед останніх вдвічі частіше зустрічаються домогосподарки або ті, хто перебуває у відпустці по догляду за дитиною, – 13 про 5% відповідно.

Майже кожен другий (43%) респондент має власну сім'ю і проживає разом із чоловіком/дружиною у офіційному (25%) або громадянському (без офіційної реєстрації) (18%) шлюбі. Значною є частка тих, хто втратив свою родину через розлучення (21%), смерть одного із подружжя (6%). Ніколи не був одруженим кожен четвертий респондент (25%).

Серед опитаних СІН значно більше розлучених (27%) та тих, хто ніколи не був у шлюбі (29%), ніж серед ЛЖВ, які заперечують досвід вживання ін'єкційних наркотиків (11 і 19% відповідно).

Кожен другий опитаний представник ЛЖВ (55%) має дітей, з них третина (35%), народжені вже після встановлення у одного із батьків діагнозу ВІЛ-інфекція. Респондентів з дітьми серед не СІН (61%) більше, ніж серед СІН (52%), у тому числі, мають дітей, народжених після встановлення у батьків діагнозу ВІЛ-інфекція – 24 і

17% відповідно. Дітей, народжених після виявлення у одного з батьків ВІЛ мають 30% чоловіків і 40% жінок. Переважання жінок у цьому випадку пояснюється їх обов'язковим тестуванням на ВІЛ під час вагітності й відповідно більшим виявленням.

Для категорії ЛЖВ, які мають досвід одностатевих сексуальних контактів (ЧСЧ) характерним є досить молодий вік (до 35 років). Лише один респондент із цієї групи старше 36 років. Зазвичай ЧСЧ мешкають в обласних центрах: про це зазначило 13 із 14 респондентів. На відміну від СІН респонденти із числа ЧСЧ мають в цілому дещо вищі рівні освіти та зайнятості: 11 із 14 респондентів із середньо-спеціальною, вищою або незакінченою вищою освітою; 9 із 14 працюють повний або неповний робочий день. Усі ЧСЧ, які потрапили до вибірки, не мають дітей.

Матеріальне становище домогосподарств опитаних ЛЖВ у половині випадків (51%) оцінюється респондентами як нижче середнього, коли грошей більш-менш вистачає на їжу, проте постійно доводиться економити на інших витратах. Третина (29%) вільна у своїх витратах на їжу та одяг, але недоступними є заощадження чи купівля дорогих речей (телевізор, холодильник тощо). Водночас кожен сьомий (15%) респондент за самооцінкою знаходиться у скрутному становищі, коли грошей не вистачає навіть на їжу і доводиться відмовлятися від багатьох необхідних речей. Лише одиниці (5%) здебільшого вільні у своїх витратах.

З огляду на доволі низький достаток (за самооцінкою), матеріальні труднощі та безробіття посідають (71%) перше місце у переліку типових для сімей опитаних ЛЖВ проблем. Більш нагальними ці проблеми є для респондентів з досвідом вживання ін'єкційних наркотиків (80%), тоді, як найрідше про них згадували представники групи ЧСЧ.

Друге місце за актуальністю для усіх груп ЛЖВ – проблеми, пов'язані із поганими житловими умовами та відсутністю власного житла, (30%). Найчастіше про них згадувала молодь 18-25 років (53%). З віком їх актуальність знижується до 21% для тих, кому 36 років і старше.

Третьою за важливістю для опитаних ЛВЖ із числа СІН є проблема вживання наркотиків та/або зловживання алкоголем (28%) тоді, як у тих, хто не належить до даної групи ризику, це місце посідає несприятливий психологічний клімат у родині, зокрема, сварки та скандали (17%). Молодь (18-25 років) в цілому частіше, ніж інші вікові групи відносили ці проблеми до типових для сім'ї: 35% проти 20% серед респондентів віком 36 років і старше (табл. 1.3).

Значно рідше респонденти згадували інші проблеми (рис.1.4).



Рис. 1.4. Розподіл відповідей респондентів на запитання:
«Охарактеризуйте проблеми, які є типовими для Вашої сім'ї», %

Про труднощі з лікуванням згадував кожен десятий (10%) респондент незалежно від моделі поведінки. Ще 7% опитаних ЛЖВ повідомили про існування неприйняття їх як ВІЛ-позитивних людей з боку членів родини.

Згідно з відповідями, нормальний стан у сім'ї мають лише 23% респондентів, у тому числі, 21% - СНІ, 27% - не СНІ.

Таблиця 1.3

Рейтинг проблем, типових для сімей опитаних ЛЖВ, %

	СНІ	Не СНІ
Матеріальні труднощі	54	40
Безробіття одного або кількох працездатних членів сім'ї	26	18
Сварки, скандали	24	17
Відсутність власного житла	17	18
Вживання наркотиків одним або кількома членами сім'ї	14	2
Зловживання алкоголем одним або кількома членами сім'ї	14	12
Погані житлові умови	13	13
Труднощі з лікуванням	11	10
Інвалідність одного або кількох членів сім'ї	11	13
Неприйняття мене як ВІЛ-інфікованої людини ким-небудь із членів сім'ї	4	12
Відсутність (втрата) документів, що засвідчують особу (паспорт, свідоцтво про народження)	4	-
Насильство, жорстокість	2	3
Інше	2	3
Немає таких проблем, в цілому нормальний стан в сім'ї	21	27

Отже, відмінності за соціальними характеристиками серед опитаних ЛЖВ у значній мірі пов'язані із досвідом вживання наркотиків. Так ЛЖВ, які ніколи не вживали ін'єкційні наркотики, мають відносно вищий рівень освіти та зайнятості. Серед них більше тих, хто має власну сім'ю, тоді як серед СІН більше тих, хто ніколи не був у шлюбі та розлучених. Занепокоєння викликає той факт, що на фоні меншої соціальної благополучності представників групи СІН, серед них є ті, хто має дітей, які народилися після встановлення діагнозу ВІЛ у їх батьків. Вони також частіше згадують про матеріальні труднощі, ніж ЛЖВ без досвіду вживання ін'єкційних наркотиків.

Основну допомогу стосовно свого ВІЛ-статусу опитані ЛЖВ отримують у СНІД-центрах, який відвідують переважно 1 раз на 2-3 місяці. Досвід 1-2 разового звернення до НУО мала чверть (24%) респондентів, зі збільшенням терміну встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція зростає кількість одержувачів послуг проєктів з ДіП у НУО. Переважна більшість з них виявила готовність стати постійними клієнтами таких організацій.

2. Обізнаність ЛЖВ про ВІЛ-сервісні НУО та їх послуги

Обізнаність представників цільової групи про ВІЛ-сервісні НУО та їх послуги певною мірою залежить від досвіду звернення у такі організації. Як зазначалось раніше, цей досвід має чверть (24%) респондентів. Їх будемо розглядати як «разових клієнтів».

Більшість з тих, хто жодного разу не звертався за послугами до НУО (далі – не клієнти НУО), (74%), коли-небудь чули про існування таких організацій (58%).

Аналіз джерел інформації про НУО засвідчив, що частіше за інших згадували респонденти про співробітників СНІД-центрів, друзів/родичів та безпосередньо співробітників НУО. Адже саме ці джерела у переважній більшості випадків називали разові клієнти НУО.

Перші два джерела вказала також більшість серед обізнаних про існування НУО респондентів без досвіду звернення до них (60 і 34% відповідно). Третє місце (31%) для них посідають ЗМІ (газети, журнали, телебачення, Інтернет) тоді, як одиниці (9%) згадали це джерело з числа разових клієнтів НУО. Варто зазначити, що спектр, зазначених джерел отримання інформації, є значно ширшим у не клієнтів, ніж разових клієнтів НУО (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Джерела отримання ЛЖВ інформації про ВІЛ-сервісні НУО, %

	Не клієнти НУО (n=134)	Разові клієнти НУО (n=71)
Від друзів/родичів	34	31
Зі ЗМІ (газети, журнали, телебачення, інтернет)	31	9
Із брошур/буклетів/стенду	18	6
Від співробітників СНІД-центру	60	62
Від співробітників Кабінету довіри	10	6
Від співробітників інших медичних установ	10	7
Від співробітників цієї громадської організації	12	28
<i>Інше</i>	5	6
<i>Не пам'ятаю</i>	2	0

Доволі неефективною з огляду на стимулювання звернення до НУО виявилось пасивне інформування у вигляді теле-, радіопередач, реклами, Інтернету. Лише 1% з числа разових клієнтів НУО, зазначив цю форму отримання інформації. Натомість активне інформування (усна форма) у вигляді безпосереднього спілкування зі співробітниками СНІД-центрів, НУО та друзями/знайомими респонденти згадували практично у всіх випадках (96%) (рис. 2.2).

Таблиця 2.2

Форма отримання ЛЖВ інформації про ВІЛ-сервісні НУО, %

	Не клієнти НУО (n=134)	Разові клієнти НУО (n=71)
Усно	87	96
У друкованому вигляді (листівка, буклет тощо)	51	52
З теле-, радіопередач, реклами, інтернету	19	1
Інше	1	1
Не пам'ятаю	1	0

Дослідження передбачало вивчення того, яку саме інформацію про діяльність НУО ЛЖВ отримували із різних джерел. У більшості випадків вона обмежувалася фактом існування таких організацій. Разові клієнти мають ширший спектр інформації про НУО. Вони частіше, ніж не клієнти, зазначали, що отримували інформацію щодо послуг НУО, контактів, графіку роботи та умови отримання допомоги. Варто зазначити, що про гарантії конфіденційності та анонімності в однаковій мірі згадали як разові, так і не клієнти НУО: 28 і 29% відповідно. Це свідчить про приділення недостатньої уваги даному компоненту при інформуванні потенційних клієнтів таких організацій. Адже зміст інформації безпосередньо впливає на прийняття рішення про звернення до НУО.

З метою більш змістовного аналізу обсягу інформації, що отримали респонденти про діяльність НУО з різних джерел та у різних формах, нами було розраховано два інтегральних показників. Показник №1 включав у собі тих, хто обрав хоча б один із запропонованого переліку основних видів інформації про НУО, а Показник №2 – тих, хто отримав одразу весь обсяг інформації, а саме про:

- факт існування НУО;
- перелік її послуг;
- умови отримання послуг;
- гарантії конфіденційності та анонімності про клієнтів;
- графік роботи;
- контактна інформація.

Таблиця 2.3

Види, отриманої про ВІЛ-сервісні НУО, інформації, %

	Не клієнти НУО (n=134)	Разові клієнти НУО (n=71)
Про факт її існування	96	89
Про перелік її послуг	46	70
Про умови отримання послуг	20	27
Про гарантії конфіденційності та анонімності для клієнтів	29	28
Про графік роботи	23	44
Контактну інформацію (адреса, телефони)	35	58
Показник №1	56	96
Показник №2	5	14

Отже, майже всі (96%) ЛЖВ-разові клієнти, отримали хоча б один із видів основної інформації про діяльність НУО. Цей показник для тих, хто не мав досвіду звернення до НУО, але чув про них, є значно нижчим і становить 56% (табл. 2.3).

Водночас, повний обсяг інформації про діяльність НУО за розрахунками (показник №2) отримала незначна кількість респондентів, як серед не клієнтів НУО, так і серед їх разових клієнтів – 14 і 5% відповідно.

Ці дані підтверджуються уявленнями респондентів, які не мали досвіду звернення до НУО, щодо того, які саме соціальні послуги надають такі організації. Майже половина (40%) з них не змогли назвати послуги, які можуть там отримати ЛЖВ. Думки іншої половини у більшості випадків обмежувалися психологічною (консультації психолога) (31%), гуманітарною (20%), медичною (10%) допомогою та інформаційним забезпеченням ЛЖВ (8%). Одиниці припустили, що в таких НУО можна отримати юридичну допомогу, соціальний супровід, патронаж, медикаменти та допомогу у працевлаштуванні. Незначна частка опитаних вважає, що НУО надають «допомогу і підтримку ЛЖВ в усьому» (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Розподіл відповідей на запитання:

«Як Ви гадаєте, які саме соціальні послуги ці організації надають?», % тих, хто жодного разу не звертався до ВІЛ-сервісних НУО за послугами з ДіП (n=134)

Отже, ЛЖВ у більшості випадків бракує інформацію про НУО та їх послуги. Нажаль, звернення до таких організацій не завжди гарантує отримання повного спектру інформації про їх діяльність (факт існування, перелік послуг, умови отримання, гарантії конфіденційності та анонімності, графік роботи та контактна інформація). Майже половина (40%) з тих, хто жодного разу не звертався до НУО, але чув про них не знають, які саме соціальні послуги можуть отримати ЛЖВ у цих організаціях. Інші ж – переважно вважають, що це психологічна, гуманітарна та медична допомога. Провідними джерелами інформації про НУО у більшості випадків є співробітники СНІД-центрів та друзі/знайомі.

3. Оцінка потреб ЛЖВ у медико-соціальних послугах

Основним завданням проектів з ДіП є надання соціальних послуг ЛЖВ, а також сприяння в отриманні якісної медичної допомоги. Тому уточнення потреб ЛЖВ у медико-соціальних послугах є досить важливим для подальшого планування роботи ВІЛ-сервісних організацій, пошуків шляхів її оптимізації в умовах обмежених ресурсів і наближення переліку послуг до реальних запитів їх потенційних клієнтів.

Медичні послуги

Необхідність сприяння ЛЖВ в отриманні медичної допомоги зазвичай виникає у випадках, коли пацієнти із діагнозом ВІЛ-інфекція стикаються із суттєвими проблемами у лікувально-діагностичних закладах. Тому аналіз потреб представників цільової групи передусім спрямовувався на визначенні перешкод в отриманні ними медичних послуг. Для мінімізації впливу дослідників респондентам було запропоновано «відкрите» запитання про виникнення у них таких перешкод уже після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція. Цей метод дав можливість скласти максимально повний перелік проблемних питань, через які медична допомога для ЛЖВ стає недоступною або надається вкрай обмежено/ не в належному обсязі.

У більшості випадків опитані ЛЖВ повідомляли про відсутність труднощів в отриманні медичних послуг (58%) або не могли згадати про них під час опитування (12%). Останній показник також може розглядатися як непряме свідчення браку суттєвих перешкод у отриманні потрібної медичної допомоги. Слід зазначити, що кілька респондентів навіть наголошували під час інтерв'ю на співчутті та доброзичливому до них ставленні не лише працівників СНІД-центрів, але й дільничних терапевтів.

Решта, 30%, респондентів до труднощів віднесли, безпосередньо пов'язані із їх ВІЛ-статусом, по-перше, стигматизоване (передусім грубе/зневажливе) ставлення з боку медичного персоналу (33 випадки або 11%). По-друге, порушення лікарями і середнім медичним персоналом прав пацієнтів при їх зверненні за допомогою (28 згадувань). Більшість з випадків, про які повідомили респонденти, має дискримінаційний характер, зокрема:

- відмови вузьких спеціалістів (гінекологів, стоматологів тощо) у наданні медичної допомоги в лікарнях і поліклініках за місцем проживання (15 випадків). Часто такі відмови відбуваються під виглядом переадресації, наприклад, в одному інтерв'ю йшлося про відмову хірурга робити перев'язку, адже такі послуги пацієнт має отримувати у СНІД-центрі;
- відмови у необхідних операції та госпіталізації – 4 і 1 випадок, відповідно;
- відмови працівників тубдиспансеру у наданні безкоштовних ліків, необхідних для лікування туберкульозу (2 випадки),
- розголошення ВІЛ-статусу (2 випадки);
- труднощі в отриманні інформації щодо власного стану здоров'я (4 випадки).

Вагомою перешкодою в отриманні медичних послуг виявились також необхідність сплачувати за них (20 випадків або 7%) та брак коштів на придбання ліків для лікування опортуністичних захворювань (12 випадків або 4%).

Деякі респонденти згадували типові для будь-яких пацієнтів бюджетних медичних закладів труднощі, а саме черги на прийом до лікарів (4 випадки), незручні години прийому (1 випадок). Про проблеми, пов'язані із необхідністю транспортування до медичної установи, зазначило 2 респонденти. З бюрократією при оформленні документів щодо інвалідності стикнувся лише один респондент.

Для уточнення потреб цільової групи у медичних послугах респондентам було запропоновано окреме з цього приводу запитання. При відповіді на нього опитані користувались спеціальною картою, яка містила перелік медичних послуг типового проекту НУО. Отримані дані свідчать: респонденти здебільшого зацікавлені у консультаціях інфекціоніста (39%), проходженні діагностики (CD4, туберкульоз, рівень вірусного навантаження) (34%), лікуванні гепатиту (29%) та консультації психолога/психіатра (26%). Кожну із решти медичних послуг, зазначених на картці, потребують 4-12% опитаних. Лише 7% не потребують медичних послуг взагалі. Ще 16% ЛЖВ не зацікавлені у послугах громадських організацій, оскільки їх надають СНІД-центри. Остання відповідь здебільшого характерна для мешканців обласних центрів, де і розташовані СНІД-центри.

Опитування засвідчило, що ЛЖВ-неклієнти потребують також послуг, які не надаються в рамках проектів з ДіП, а саме, сприяння в отриманні: допомоги хірурга (2), стоматолога (3), педіатра (1), дерматолога (1), протезиста (1), андролога (1), ендокринолога (1), а також безоплатної діагностики (УЗІ, томографії) (по 1), доставки медикаментів з обласного центру (1).

Відмінності у потребах ЛЖВ-неклієнтів щодо сприяння в отриманні медичних послуг залежать від наявності досвіду ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки. Більшу потребу у сприянні лікування гепатиту, наркозалежності, туберкульозу та консультації нарколога відчують СІН. Тоді, як опитані ЛЖВ, які зазначають про відсутність досвіду вживання наркотиків, більше за СІН потребують допомоги в отриманні консультацій психолога/психіатра, гінеколога. Це частково обумовлено переважанням жінок у даній досліджуваній групі. Серед не СІН частіше за інших зустрічаються також ті, хто не потребує жодної медичної послуги.

Респонденти з числа ЧСЧ найбільш часто згадували потребу у допомозі щодо лікування гепатиту (6 згадувань), проходження діагностики (5), консультації інфекціоніста, психолога/психіатра (по 4) (рис. 3.1).

Низка потреб у медичних послугах відрізняється в залежності від терміну обізнаності респондентів про свій ВІЛ+ статус. Якщо досить високим і стабільним впродовж тривалого часу є попит на консультацію інфекціоніста, проходження діагностики, психологічну допомогу, то зі збільшенням терміну обізнаності респондентів із власним ВІЛ-статусом (а відтак і із загальним терміном інфікування),

підвищуються: потреба у забезпеченні препаратами, що полегшують біль на термінальній стадії, (для респондентів із стажем 3 і більше років вона становить 9%), допомога при лікуванні туберкульозу (8%). На відміну від них потреба у допомозі медсестри поступово знижується (до 4%). Остання тенденція, скоріше за все, прийнятна лише для тих представників цільової групи, які відносно непогано себе почувають, не потребують госпіталізації, мають допомогу з боку рідних, близьких людей. Підвищений попит в отриманні консультацій фтизіатра (16%), гінеколога (16%), лікування гепатиту (33%) та наркозалежності (11%), згідно отриманих відповідей, мають респонденти, які знають про свій ВІЛ+ статус від 1 до 2 років.



Рис. 3.1. Розподіл відповідей на запитання: «В отриманні яких медичних послуг Вам потрібна допомога?», %

Таким чином, кожен третій опитаний представник ЛЖВ стикається із труднощами у отриманні медичних послуг. Найчастіше вони пов'язані із випадками дискримінації і стигматизації з боку лікарів і середнього медичного персоналу поліклінік й лікарень за місцем проживання. Перелік медичних послуг, в яких відчувають потребу респонденти, варіює від їх статі, наявності досвіду вживання ін'єкційних наркотиків й терміну їх обізнаності із статусом. Проте високим і стабільним для усіх без винятку категорій пацієнтів впродовж тривалого часу є попит на консультацію інфекціоніста (39%), проходження складної діагностики (34%), психологічну допомогу (26%).

Соціальні послуги

Аналіз потреб респондентів у соціальних послугах проводився шляхом порівняння їх відповідей на одне й те ж саме запитання спочатку як відкрите (без

запропонованого переліку відповідей), і після ознайомлення з карткою, де містився перелік соціальних послуг, які зазвичай пропонуються клієнтам проектів ДіП.

Результати опитування засвідчили, що лише у третини (38%) опитаних ЛЖВ більш-менш сформований попит на певні соціальні послуги, які вони самостійно (без допомоги картки) змогли зазначити. Решта респондентів повідомили про відсутність потреби у соціальних послугах взагалі (25%) або утруднились з відповіддю (37%). Частково це пов'язано із тим, що доволі незрозумілим або надто спрощеним для багатьох респондентів виявилось саме поняття «соціальні послуги». Найчастіше вони зводяться опитаними до гуманітарної (продукти харчування, одяг, засоби гігієни тощо) (8%), матеріальної (7%) та/або психологічної допомоги (12%). При чому остання розумілася респондентами переважно як «психологічна підтримка, консультації психолога» (8%), тоді як консультування за принципом «рівний рівному» (1%), участь в групах самопомоги (2%), психотерапевтичних групах (1%) згадувалися дуже рідко.

Попри те, що 40% опитаних є безробітними, вони рідко висловлювали потребу у сприянні у профпідготовці й працевлаштуванні (4%), юридичних консультаціях (3%). Частка опитаних, які потребують допомоги у оформленні/відновленні документів, що засвідчують особу, а також із соціальної допомоги, пенсій, інвалідності тощо, збігається із кількістю опитаних, які пізніше під час інтерв'ю зазначили цю проблему як актуальну для їх родини, (3%). Лише кілька респондентів висловили потреби у деяких інших послугах, які зазвичай надають НУО ВІЛ-інфікованим людям.

Водночас після ознайомлення із карткою типового переліку соціальних послуг інтерес респондентів до цих послуг значно підвищився. Якщо без допомоги картки змогли визначити необхідні для себе соціальні послуги лише 38%, то з карткою таких вже було 82%. Водночас частка опитаних, які ще раз підтвердили брак потреби у соціальних послугах, скоротилась з 25 до 18%. Жодний респондент не утруднився із відповіддю.

Найбільшу зацікавленість, окрім традиційних гуманітарної, матеріальної допомоги та психологічної підтримки, викликали у респондентів юридичні консультації та сприяння у професійній підготовці й працевлаштуванні; найменшу – нагадування про необхідність отримувати від лікаря АРТ або протитуберкульозну терапію, патронаж на дому, допомога на дому (табл. 3.1). Протилежної думки дотримуються лікарі СНІД-центрів. Згідно із їх відповідями, у переліку послуг, що надають НУО, найбільш важливими для пацієнтів СНІД-центрів є саме допомога у проходженні АРТ (мм. Луцьк, Миколаїв, Одеса). Неактуальність для респондентів цієї послуги може пояснюватися відносно незначною часткою тих, хто на момент опитування потребував АРТ.

Таблиця 3.1

Потреби ЛЖВ-респондентів у соціальних послугах, %

	Відповіді ЛЖВ без картки, N=300	Відповіді після ознайомлення з карткою, N=300
Гуманітарна допомога (продукти харчування, одяг, засоби гігієни тощо)	8	42
Юридичні консультації	3	37
Консультавання за принципом «рівний рівному»	1	28
Сприяння у професійній підготовці та працевлаштуванні	4	26
Допомога в оформленні/відновленні документів по соціальній допомозі/субсидіям, пенсій, інвалідності, тощо	3	23
Участь у психотерапевтичних групах	1	19
Патронаж в медичних установах (психологічна підтримка, сприяння в отриманні медичних послуг, доставка медикаментів тощо)	1	17
Відвідування тематичних лекцій, тренінгів	1	16
Участь у групах самодопомоги	2	15
Супровід до медичної установи	-	13
Участь у культурних і масових заходах (вечори відпочинку тощо)	1	12
Транспортування до медичної установи	-	11
Допомога медсестри на дому (ін'єкції, вимір артеріального тиску, обробка ран тощо)	-	10
Патронаж на дому (допомога при прийомі ліків, доставка продуктів і медикаментів)	1	9
Нагадування щодо необхідності отримати від лікаря АРВ-терапію або протитуберкульозну терапію	-	8
Жодних соціальних послуг не потребую/не зацікавлений/на	27	18
Психологічна підтримка, консультація психолога	8	-
Потрібна будь-яка допомога	3	-
Грошова допомога	7	-
Медикаменти	1	-
Допомога у догляді за дитиною	1	-

В цілому, опитані, які проживають у містах і селах області, активніше висловлювали потреби у соціальних послугах, (85%), ніж мешканці обласних центрів, (75%). Щодо готовності ЛЖВ-респондентів звертатися до НУО за окремими видами соціальних послуг, то їх наміри варіюють залежно від типу поселення. Так, мешканці обласних центрів більше за решту орієнтовані на участь у психотерапевтичних групах та отримання гуманітарної допомоги. Водночас респонденти, які мешкають за межами обласного центру, відносно більший попит демонструють на послуги, пов'язані з транспортуванням (до медичних закладів), супроводом у цих закладах, патронаж на

дому/у медичних закладах, допомогою медсестер на дому, оформленням та відновленням документів, професійною підготовкою і працевлаштуванням, прослуховуванням тематичних лекцій й участю у культурних заходах. Однаково актуальними виявились юридичні консультації, консультації за принципом «рівний рівному», групи самопомоги та нагадування щодо необхідності отримувати АРТ та протитуберкульозу терапію.

Таким чином, переважна більшість ЛЖВ, які не є постійними клієнтами ВІЛ-сервісних організацій, мають надто спрощені, поверхові уявлення про зміст соціальних послуг, які сьогодні пропонуються проектами ДіП. Біль-менш відомими є гуманітарна допомога та послуги із психологічної підтримки. А це зазначає необхідність застосування більш активних заходів з інформування потенційних клієнтів щодо усього переліку соціальних послуг НУО.

Медико-соціальні послуги для дітей ВІЛ-інфікованих батьків

Окремим напрямком роботи ВІЛ-сервісних організацій є догляд і підтримка сімей з дітьми, народженими від ВІЛ-інфікованих батьків. Таким сім'ям проекти НУО зазвичай пропонують широкий перелік медико-соціальних послуг.

В опитуванні взяло участь 58 (або 19%) осіб, які мають дітей, котрі народилися вже після встановлення у одного із батьків діагнозу ВІЛ-інфекція. Із числа опитаних: 23 особи – батьки, 35 – матері. На основі порівняння відповідей цих респондентів на відкрите і закрите запитання щодо дитячих потреб був проведений аналіз попиту цільової групи у медико-соціальних послугах, які можуть надаватися НУО дітям.

Отримані дані (табл. 3.2) свідчать про надто вузьке розуміння батьками потреб дітей. Без допомоги картки респонденти у найкращому випадку згадували про необхідність сприяння у консультуванні лікарів (21 респондент, у т.ч. 10 батьків і 11 матерів) і гуманітарної допомоги (14: 2 батька і 12 матерів). Лише одиниці цей перелік розширили, згадуючи про необхідність сприяння у діагностиці дітей, влаштуванні їх у дошкільні дитячі заклади, сприяння творчому розвитку, юридичні консультації. На думку 13 опитаних (6 батьків і 7 матерів), їх діти взагалі не потребують медико-соціальних послуг. Одним із аргументів на користь відмови від послуг проектів НУО є те, що діти, на думку батьків, є здоровими. Водночас більшість із цих 13 респондентів визнають наявність у їх родинях соціальних проблем, зокрема матеріальних труднощів, браку власного житла, безробіття, психологічні конфлікти із іншими родичами, тощо. Це свідчить про несприятливі сімейні умови, які не можуть не позначитися ані на фізичному, ані інтелектуальному, моральному розвитку дітей. Половина із батьків, які не зацікавлені в отриманні їх дітьми медико-соціальних послуг НУО, (7 осіб) є споживачами ін'єкційних наркотиків.

Значно більшу зацікавленість демонструють респонденти, коли їм пропонувалось ознайомитися із переліком послуг НУО. Аналіз цих відповідей свідчить про можливість суттєвого впливу на попит з надання медико-соціальних послуг,

орієнтованих на дітей, через активне інформування батьків. Найбільш перспективними при цьому є такі види послуг: сприяння у проходженні діагностики, робота дитячої кімнати, включаючи освітні заїняття, творчий розвиток, короткотермінове перебування під наглядом соціального працівника, сприяння у оформленні/відновленні документів, тощо.

Таблиця 3.2

Розподіл відповідей на запитання: «В отриманні яких медико-соціальних послуг для Вашої дитини/дітей Ви відчуваєте потребу?», «Яких послуг потребує/ють Ваша/ї дитина/діти?», абсолютні значення, n=58

	Відчуваєте потребу (без картки)	Потребує дитина (з карткою)
Сприяння в отриманні консультацій лікарів (інфекціоніста, фтизіатра, нарколога, медсестри, психолога/психіатра, педіатра, педагога)	21	31
Сприяння у проходженні діагностики (ВІЛ-інфекція, ПЦР, CD4, туберкульоз, рівень вірусного навантаження)	2	15
Короткострокове перебування дітей ВІЛ-інфікованих батьків у дитячій кімнаті/центрі під наглядом соціального працівника/вихователя	-	13
Сприяння в оформленні/відновленні документів, соціальної допомоги/субсидії, пенсії, інвалідності, соціальної допомоги при народженні дитини, паспорту, ідентифікаційного коду тощо)	-	17
Відвідування дитячих свят, занять з розвитку творчості, культурних та розважальних закладів (цирк, театр тощо)	2	21
Відвідування освітніх занять (з математики, розвитку мови, читанню, іноземної мови тощо)	-	15
Гуманітарна допомога (медикаменти, гігієнічні набори, одяг, продукти харчування)	14	33
Представлення інтересів дітей, яких торкнулась епідемія ВІЛ/СНІДу й/або їх батьків/опікунів, у державних службах (опікунська рада, відділ опіки, інтернаті, дитячому будинку, навчальному закладі, службі у справах дітей, ЖЕК тощо)	1	6
Сприяння в оздоровленні дітей-сиріт	-	6
Сприяння влаштуванню дитини у дитячий садочок	3	11
Участь дітей від 12 років у групі самопомоги з розкриття ВІЛ-статусу	-	6
Участь в групі самопомоги для батьків та опікунів	-	1
Участь батьків у інформаційних заняттях, метою яких є отримання інформації з певної теми, яких саме?	-	1
Участь батьків у спеціальних тренінгах	-	3
Жодних соціальних послуг не потребую/не зацікавлені/на	13	10
Здорова дитина	6	-
Юридична допомога	1	-

Проте і після ознайомлення із переліком послуг НУО найбільшу популярність у батьків має «гуманітарна допомога». Причому потребу і цій послугі зазначали як респонденти, які скаржилися на матеріальні труднощі, так і ті, хто їх не зазначив під

час інтерв'ю. Отже, отримані дані свідчать про досить сильні споживацькі настрої у потенційних клієнтів й неготовність більшості з них до відповідального співробітництва із соціальними працівниками з питань виховання та розвитку дітей.

Важливим в аналізі потреб потенційних клієнтів НУО є вивчення думок разових клієнтів щодо послуг НУО. Під час опитування було виявлено, що 24% (71 особа) із числа опитаних мали незначний досвід (1-2 рази) звернення до НУО.

Відповіді разових клієнтів свідчать, що співробітники НУО усім відвідуючим проекти ЛЖВ пропонують доволі широкий спектр медико-соціальних послуг. Частіше такі респонденти згадують про пропозиції щодо послуг зі сприяння в отриманні медичної допомоги (зокрема, консультації лікарів різних профілів, діагностики CD4, туберкульоз, рівень вірусного навантаження) та психологічної підтримки (консультації за принципом «рівний рівному», участь у групах самопомоги) (59-61%). Найрідше – послуги із забезпечення прихильності до ДОТС терапії, соціально-медична (патронаж у медустановах, допомога при прийомі ліків тощо), соціально-побутова допомога та сприяння у професійній підготовці й працевлаштуванні (27-32%). Лише один респондент вважає, що жодної послуги йому під час відвідування проекту не запропонували.

Здебільшого разові клієнти НУО мають досвід отримання будь-яких послуг з ДіП: хоча б однією з послуг скористались 64 особи (90%). Тобто, лише 6 осіб не знайшли прийнятних послуг, що свідчить про адекватність, запропонованих у НУО медико-соціальних послуг, потребам клієнтів в цілому (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Розподіл відповідей на запитання:
**«Які саме послуги Вам запропонувала ця організація?
 Якими з них Ви скористалися?»**

% для тих, хто звертався до НУО 1-2 рази (n=71)

	Запропо- нували*	Скорис- талися*
Сприяння у проходженні діагностики (CD4, туберкульоз, рівень вірусного навантаження)	61	37
Послуги з психологічної підтримки (консультації за принципом «рівний рівному», участь у групах самопомоги, психотерапевтичних групах тощо)	68	34
Допомога в отриманні консультацій лікарів (інфекціоніста, фтизіатра, нарколога, психолога/психіатра, педіатра, гінеколога)	59	33
Гуманітарна допомога (продукти харчування, одяг, засоби гігієни, тощо)	42	26
Послуги із забезпечення прихильності до АРТ (допомога у веденні щоденників, підрахунок таблеток тощо)	39	17
Юридичні консультації, допомога в оформленні/відновленні документів по соціальній допомозі/субсидіям, пенсій, інвалідності, тощо	34	16
Відвідування тематичних лекцій, тренінгів	37	16
Соціально-побутова допомога (супровід до необхідних установ, транспортування, доставка продуктів, медикаментів)	32	13

Сприяння у професійній підготовці та працевлаштуванні	32	11
Соціально-медична допомога (патронаж у медичних установах, допомога при прийомі ліків, ін'єкції, вимір артеріального тиску, обробка ран, сприяння в забезпеченні медпрепаратами тощо)	31	9
Участь у культурних і масових заходах (вечори відпочинку тощо)	34	9
Послуги із забезпечення прихильності до ДОТС терапії (лікування туберкульозу, телефонне нагадування про прийом ліків тощо)	27	7
Інше	7	7
Нічого	1	9

**Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обирати кілька варіантів відповіді*

Респонденти зазначали і про випадки, коли співробітники НУО надавали, не передбачену у переліку послуг з ДіП допомогу, а саме: «допомогли доньці знайти вчителя на дому» (м. Одеса), «надали детальну інформацію щодо профілактики дитини» (м. Одеса), обмін шприців, допомога в реабілітації тощо.

Показовими є те, що переважна більшість (82%) опитаних разових клієнтів НУО висловили готовність у подальшому регулярно звертатися до таких НУО.

Аналіз відповідей лікарів СНІД-центрів засвідчив доволі позитивну оцінку переліку послуг, які надають НУО ВІЛ-інфікованим людям у рамках реалізації проектів з ДіП. Зазвичай серед важливих для пацієнтів СНІД-центрів послуг, експерти називали соціальні послуги. Тоді, як про сприяння у отриманні медичної допомоги згадав лише один експерт.

Водночас, експерти відзначили й брак окремих послуг, які доречно було б надавати в рамках проектів з ДіП, а саме у:

- юридичних консультаціях (мм. Луцьк, Луганськ);
- консультаціях психолога (м. Луцьк);
- консультаціях педіатра (м. Луцьк);
- матеріальній підтримці як мотивації до спілкування із співробітниками НУО (м. Миколаїв);
- інформаційних матеріалах (м. Луганськ);
- транспортуванні ЛЖВ до ЛПУ, соціальних працівників – до місця проживання ЛЖВ (Одеська обл., м. Одеса);
- ерготерапії (м. Луганськ);
- відновленні втрачених документів (Одеська обл.).

Отже, значна частка ЛЖВ, які не є клієнтами проектів ДіП, досить спрощено, поверхово уявляють свої потреби у медико-соціальних послугах, обмежуючи їх зазвичай отриманням гуманітарної допомоги та покращенням доступу до кваліфікованої медичної допомоги. Потреби щодо останньої досить часто виникають через стигматизоване ставлення медичного персоналу багатопрофільних лікарень і поліклінік за місцем проживання, приховану або відкриту відмову в наданні медичних послуг «вузькими спеціалістами», а також браку коштів на придбання ліків. Досить часто потреби у медичній допомозі, висловлені не клієнтами, співпадають із послугами, які мають надаватися спеціалістами СНІД-центрів у рамках їх

функціональних обов'язків. Найбільш широкого переліку медичних послуг потребують пацієнти, які інфіковані ВІЛ ін'єкційним шляхом, зокрема допомога нарколога, фтизіатра, діагностика і лікування гепатитів тощо. Серед них частіше зустрічаються і такі, хто потребує медичного паліативного догляду.

Активне інформування пацієнтів про повний перелік послуг НУО, ознайомлення з ними на живо призводить до кращого усвідомлення ЛЖВ своїх соціальних потреб і потреб своїх дітей, сприяє до формування сталих настанов щодо відвідування проєктів з ДіП.

4. Чинники неотримання послуг з догляду і підтримки

Важливим для розуміння причин не звернення людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, за послугами проектів з ДіП є вивчення їх думок з цього приводу та порівняння їх із відповідями лікарів СНІД-центрів.

Таблиця 4.1

Причини, через які ЛЖВ не звертаються за допомогою проектів НУО з ДіП, за відповідями ЛЖВ-неклієнтів і оцінками лікарів СНІД-центрів*

	ЛЖВ-неклієнти, n=134		Лікарі, n=13
	<i>осіб</i>	%	<i>осіб</i>
Недостатньо інформації про послуги та умови їх отримання	45	34	4
Не потребують послуг НУО	34	26	1
Побоюються розголошення ВІЛ-статусу	34	26	9
Не вірять у можливість отримати в НУО реальну допомогу	33	25	6
Не мають часу на відвідування НУО	16	12	1
Великі витрати на дорогу	13	10	7
Не зручне місце розташування офісу НУО	11	8	1
Не довіряють рівню кваліфікації працівників НУО	7	5	1
Не зручний графік роботи громадської організації	3	2	0
<i>Інше</i>	7	5	1

* Респонденти могли обирати кілька варіантів відповіді

Порівняльний аналіз емпіричних даних свідчить, що думки потенційних клієнтів НУО і лікарів щодо провідних чинників не звернення пацієнтів СНІД-центрів за послугами з ДіП дещо розбігаються.

Неклієнти серед причин в першу чергу зазначали брак інформації: саме цю причину найчастіше згадували респонденти з числа тих, хто про ВІЛ-сервіси НУО щонебудь чув, проте не звертався за їх послугами, (34%). Недостатня поінформованість є значущим чинником для ще більшої кількості неклієнтів. Адже з числа респондентів, які жодного разу не відвідали проекти ДіП, 42% дотепер нічого про них не чули. Таким чином, згідно відповідям 61% (140 респондентів) не клієнтів, брак інформації про ВІЛ-сервіси НУО, їх послуги та умови отримання є перешкодою для співпраці із проектами ДіП.

Лікарі цю причину схильні недооцінювати (її позначили лише 4 із 13 експертів), віддаючи перевагу більш суб'єктивним чинникам – побоюванням і страхам, пов'язаним із можливим розголошенням ВІЛ-статусу пацієнтів, (9 експертів) та/або їх зневірі стосовно можливості отримання в НУО реальної допомоги (6 експертів). Для неклієнтів зазначені психологічні чинники грають досить вагому роль у прийнятті

рішення щодо відмови від послуг НУО, проте не головну. Із респондентів, які знають про проекти ДіП, 34% (26 осіб) не відвідують їх через страх розголошення статусу та/або 33% (25) зневіру в реальній допомозі, (разом 45%).

Кожен другий лікар (7 експертів) згадував про великі витрати на дорогу як перешкоду для отримання послуг проектів ДіП. Значно рідше (10%) цю причину зазначали ЛЖВ-респонденти, у тому числі 4% із мешканців обласного центру й 19% з тих, хто проживає в інших населених пунктах. Решта об'єктивних причин (наприклад, місце розташування офісу або графік роботи проектів) або психологічних чинників (недовіра кваліфікації працівників НУО), за відповідями лікарів, не чинять суттєвого впливу на моделі поведінки пацієнтів із ВІЛ-статусом. Відносно нечасто їх зазначали і опитані неклієнти.

Виключення становить лише один чинник, а саме брак потреби в отриманні послуг проектів ДіП. На думку лікарів, для усіх пацієнтів з ВІЛ-статусом послуги НУО актуальні та важливі. Проте кожен четвертий неклієнт, якій що-небудь чув про проекти ДіП, не відвідував їх через брак потреби в цих послугах. Відносно частіше не цікавлять послуги ВІЛ-сервісних НУО пацієнтів-чоловіків, які узнали про свій статус 1-2 роки тому, не мають подружжя, у т.ч. ЧСЧ. Суттєвих розбіжностей при виборі цього чинника не з'ясовано з-поміж респондентами, які мають дітей, та без них, а також серед СІН і неСІН. Позитивним є той факт, що жодна вагітна жінка категорично не відмовилась під час інтерв'ю від послуг проектів ДіП.

Що стосується соціально-демографічних особливостей вибору респондентами решти причин не звернення до НУО, звертає на себе увагу більш притаманні жінкам, особливо вагітним, а також ЧСЧ побоювання щодо розголошення їх ВІЛ-статусу та зневіра у реальній допомозі. Відносно рідше ці причини зазначали чоловіки, респонденти, які вживають наркотики.

Розподіл відповідей разових клієнтів проектів ДіП стосовно їх подальших планів свідчить, що переважна більшість (82% або 58 осіб) планує надалі регулярно звертатися до ВІЛ-сервісних НУО.

Значно менше (18% або 13 осіб) повідомило про небажання у подальшому відвідувати такі організації через брак потреби у їх послугах (9 осіб), незручне розташування офісу (2), побоювання розголошення ВІЛ-статусу (1) й навіть невіру у свій діагноз (1). Більшість респондентів з цієї групи «відмов» давно знають про свій позитивний статус (здебільшого 3 і більше років), мають досвід звернення до ВІЛ-сервісної НУО, де їм було запропонований певний перелік медико-соціальних послуг (лише 1 респондент вважає, що йому нічого не пропонували), але частіше допомога була обмежена психологічною підтримкою; 2 із 13 респондентів отримали і гуманітарну допомогу. Враховуючи вище викладене, можна констатувати, що задекларована відмова представників цій групи є їх досить усвідомленим рішенням. Проте проведений аналіз відповідей дозволяє дійти висновку, що навіть разове знайомство із співробітниками проекту, переліком його послуг на живо є досить

важливою умовою для формування у ЛЖВ зацікавленості в подальшому стати регулярними клієнтами. Особливо це стосується пацієнтів, які проживають у містах, де працюють проекти.

Під час інтерв'ю кілька респондентів шкодували за тим, що в їх населених пунктах ВІЛ-сервісні НУО не працюють, наприклад, мешканці Луганської та Волинської областей. Про таку проблему згадували і лікарі СНІД-центрів саме із вище зазначених регіонів. На думку експертів, існує нагальна потреба у відкритті філій організацій в інших населених пунктах області. Якщо йдеться, наприклад, про Луганську область, то зазначались, як мінімум, такі міста як Рубіжне, Лисичанськ, Сєверодонецьк, де на обліку знаходяться чимало пацієнтів із діагнозом ВІЛ+. Дійсно, у цих містах є певні передумови для розширення проектів ДіП: тут працюють місцеві коордради з питань ВІЛ/СНІД/ТБ, відкриті спеціалізовані медичні заклади. Проте процес розвитку ВІЛ-сервісу для ЛЖВ є досить складним, оскільки потребує лідерства та ініціативи на місцевому рівні, залучення додаткових ресурсів, готовність до активної співпраці із офісом організації, що розташований у обласному центрі, тощо. Можливо, варто проаналізувати досвід обласних НУО, які уже працюють у кількох населених пунктах регіону, визначити мінімальний пакет послуг, які могли б надаватися філією без залучення значних матеріальних ресурсів, або (за відсутністю такого досвіду) розробити та впровадити модельний проект з формування мережі філій проектів з ДіП на місцевому рівні, провести оцінку реалізованої моделі й підготувати на її основі методичні матеріали з цього питання.

В окрему категорію слід виокремити пацієнтів, які намагаються усі необхідні ним послуги, у тому числі і психологічну допомогу, отримувати лише у СНІД-центрах. Ці люди уникають будь-яких контактів із соціальними працівниками НУО. Під час інтерв'ю виявилось, що однією із причин їх замкненої поведінки є вплив деяких релігійних діячів, які активно висловлюються проти відвідування паствою ВІЛ-сервісних організацій. Можливо, на цю обставину слід звернути увагу соціальним працівникам НУО і провести візити до впливових місцевих релігійних громад з метою інформування про свою діяльність і послуг, які пропонуються клієнтам. Можливо, це сприятиме формуванню більш толерантного ставлення до їх діяльності та з часом забезпечить приплив нових клієнтів.

Аналіз причин не звернення ЛЖВ за послугами проектів ДіП свідчить про певні, недостатньо задіяні дотепер можливості для розширення числа їх клієнтів, у т.ч. регулярних. При цьому найбільш перспективною категорією є пацієнти, яким бракує достовірної інформації про особливості діяльності НУО, перелік їх послуг. Обов'язковою умовою просвітницьких заходів є акцент на гарантіях конфіденційності та приватності, яких дотримуються усі співробітники проектів. Проте особливий наголос на забезпеченні цих принципів слід робити при спілкуванні із вагітними жінками і ЧСЧ. Незайвими є інформаційні заходи для ймовірного соціального оточення ЛЖВ, осіб, які можуть чинити значний вплив на формування поведінкових

настанов, зокрема дільничних лікарів, співробітників наркологічних і фтизіатричних диспансерів, релігійних діячів тощо. Потребує подальшого вивчення питання щодо створення мережі філій проектів ДіП у інших містах області.

Розробляючи стратегії, спрямовані на збільшення числа клієнтів проектів ДіП, слід враховувати наявні ресурси НУО або передбачати шляхи із мобілізації додаткових джерел. Наприклад, експерти із Волинського СНІД-центру вважають, що у проектах задіяно максимальну кількість клієнтів й тому збільшення обсягів послуг усім бажаним ЛЖВ неможливо. Дійсно є дорогі послуги, які безпосередньо залежать від затвердженого проектного кошторису, наприклад, надання гуманітарної допомоги або сприяння кошовної діагностики. Водночас чимало соціальних і консультативних послуг можна збільшити без суттєвих додаткових витрат за умов оптимізації організації праці соціальних працівників, залучення до діяльності НУО волонтерів із числа регулярних клієнтів. Крім того, періодично слід розглядати питання про виведення самодостатніх клієнтів із системи дорогих послуг.

5. Умови звернення за послугами

Виходячи із попереднього аналізу, найбільш реальним і водночас ефективним шляхом збільшення кількості нових клієнтів проектів ДіП є вдосконалення інформаційних стратегій НУО із висвітлення своєї діяльності. Для кращого розуміння того, як саме і в якому напрямку запроваджувати зміни в роботі проектів, нами проаналізовані відповіді лікарів СНІД-центрів на питання стосовно оптимальних форм і методів інформування пацієнтів про ВІЛ-сервісні організації.

За оцінками опитаних, реакція пацієнтів на відомості про проекти з ДіП, пропозицію звернутися до НУО за медико-соціальними послугами зазвичай є позитивною (10 із 13 осіб). Надана лікарем інформація є цікавою, що підтверджує уважне до неї ставлення, чимало уточнюючих запитань з боку пацієнта. Лише інколи вона сприймається насторожено, з недовірою. Частіше така реакція у пацієнта виникає, коли йдеться про дозвіл надати соціальними працівникам його контактні дані, наприклад, номер телефону або адресу.

Не всегда соглашаются на посещение на дому специальными работниками (м. Донецьк).

Найбільший інтерес у пацієнтів викликає інформація щодо можливості отримання клієнтами НУО безоплатних послуг з консультування, діагностики, лікування, догляду і підтримки. На це звертали увагу 4 експерти.

Появляется надежда на возможность получения бесплатного обследования, диагностики, лечения, ухода и поддержки (м. Кировоград).

Важливу роль в залученні клієнтів в проекти відіграють медичні працівники. Саме від того, наскільки якісно проводиться роз'яснювальна робота серед пацієнтів в СНІД-центрах, значною мірою залежить кількість бажаючих звертатися до НУО. Тому співпраця представників НУО і медичного персоналу СНІД-центрів повинна бути постійною і системною. Фактичне йдеться про розроблення методики або алгоритму залучення нових клієнтів у проекти ДіП, в якому обумовлюються дії (кроки) соціальних працівників і лікарів СНІД-центрів. Найбільш принципові положення цього алгоритму варто включити у типовий договір про співпрацю (або зробити окремим до нього додатком), який НУО укладають із регіональними СНІД-центрами на початку проекту. Важливо ознайомити усіх лікарів закладу із цим документом. Разом з тим, важливо пам'ятати про ризик заформалізувати цю діяльність. Адже кожен пацієнт, який прийшов на прийом в СНІД-центр, має не лише отримати повну інформацію про діяльність НУО, але й щиро повірити у можливість отримати у цій організації допомогу, якої він потребує. Тому дуже важливо за яких організаційних, емоційних і психологічних обставин і в якому саме вигляді буде надаватися ця інформація.

На думку більшості експертів (8 осіб), оптимальною є доброзичлива бесіда лікаря СНІД-центру із врученням друкованих матеріалів (буклет, брошура). Під час

спілкування з пацієнтом лікарю насамперед слід уточнити особисті проблеми співрозмовника, допомогти йому усвідомити власні медичні та соціальні потреби, долати, за наявності, деякі стереотипи щодо можливостей проектів. Деякі експерти зауважили, що пацієнтам часто притаманні споживацькі настрої, а діяльність проектів ототожнюється ними лише з наданням гуманітарної допомоги.

Водночас і лікарі, і респонденти зазначають брак інформаційних матеріалів про діяльність проектів у СНІД-центрах. Враховуючи це, при плануванні подальшої діяльності НУО доречно виокремити інформаційне супроводження проекту, а у бюджеті передбачити окрему статтю витрат на розробку, дизайн і друк нових яскравих брошур, календарів та плакатів. Для оптимізації цієї діяльності можна було б централізовано ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» розробити і видати «Конверти соціальної адаптації» та забезпечити ними через своїх грантерів-НУО усіх лікарів СНІД-центрів, з якими працюють проекти з ДіП. В цей конверт мають увійти: уніфікована інформація, яка стосується проектної діяльності, умов надання медико-соціальних послуг, які може отримати клієнт, адреси офісів НУО по Україні, що надають відповідні послуги, а також регіональний буклет або листівка із визначенням специфіки місцевого проекту, його контактними особами і послугами, які в ньому надаються. Сам конверт повинен бути яскраво оформлений та містити доброзичливе звернення до пацієнта. Така уніфікація інформаційного матеріалу дозволить привернути більшу увагу потенційних клієнтів, підвищить статус проектів та надасть можливість пацієнту на одинці з собою розібратись у наданому матеріалі. В свою чергу роздача «Конвертів соціальної адаптації» може стати запорукою того, що пацієнт не буде «викидати маленькі брошури», коли вийде з приміщення СНІД центру.

У випадку розробки таких матеріалів до етапу тиражування важливо провести тестування їх змісту та дизайну на представниках цільової аудиторії. Для цього прийнятним є, зокрема, метод гнучких інтерв'ю з клієнтами проектів, лікарями СНІД-центрів, соціальними працівниками проектів. Щодо дизайну нового «Конверту», то, на нашу думку, варто уникати будь-яких символів або інших натяків на діагноз пацієнта «ВІЛ-інфекція». Адже чимало пацієнтів намагаються приховати свій статус навіть від найближчих родичів.

Ще однією перешкодою для формування стабільного припливу клієнтів до проектів є, на думку експертів, їх нестала робота, яка напряму залежить від донорської підтримки. На жаль, гроші на діяльність НУО, які надають або можуть надавати послуги із ДіП, дотепер ані державним бюджетом, ані місцевими бюджетами не передбачені. Дуже складно сьогодні залучати на цю діяльність і ресурси місцевих благодійників.

Поддержка должна быть постоянной потому, что люди привыкают, а через определенное время проекты свою работу заканчивают (м. Миколаїв).

Збільшення кількості регулярних клієнтів проектів не можливо без завоювання їх довіри. Не останнє місце при вирішенні цього завдання грає гуманітарна допомога. Як свідчать експерти, надання саме цієї послуги стає досить сильним стимулом, особливо для першого звернення пацієнтів, більшість яких є соціально незахищеними громадянами суспільства. Проте обмежені ресурси проектів ДіП не дозволяють забезпечити усіх бажаючих щоразу гуманітарною допомогою.

Значна кількість ЛЖВ-респондентів зазначили про відсутність можливості оздоровитися, виїхати за межі свого міста до санаторіїв, пансіонатів тощо. Тому сприяння проектів в організації оздоровлення пацієнтів може стати однією з альтернатив гуманітарної допомоги. Заходи із оздоровлення можуть бути в формі організації наметових таборів відпочинку, де можна проводити інтерактивні заняття, конкурси, спортивні змагання, працювати групи взаємодопомоги, виїжджати на консультавання залучені спеціалісти проектів. Саме у такій атмосфері доброзичливості та взаємодопомоги кожен клієнт відчує свою значимість, зростає відчуття співпричетності до діяльності НУО, що може створити добрі передумови для збільшення кількості волонтерів із числа клієнтів проекту.

6. Покращення взаємодії НУО зі СНІД-центрами як чинник залучення нових клієнтів

Аналіз взаємодії НУО зі СНІД-центрами здійснювався на основі даних анкет (переважно з відкритими запитаннями), заповнених лікарями СНІД-центрів.

Згідно з їх відповідями, в цілому, взаємодія між соціальними працівниками НУО і лікарями обласних СНІД-центрів налагоджена. Про це свідчить обізнаність переважної більшості опитаних лікарів із переліком НУО, що працюють за даним напрямом, а також наявність у кожному СНІД-центрі окремого спеціаліста, який відповідає за взаємодію з НУО (рис. 6.1). Проте детальніший аналіз виявив, що не в усіх регіонах така взаємодія є достатньо тісною, а в деяких – носить здебільшого формальний характер. Підтвердженням цього є односкладні відповіді більшості опитаних лікарів, їх погана орієнтація у проблемах проектів та соціальних послугах, що ними надаються.

Таблиця 6.1

ВІЛ-сервісні НУО, що пропонують послуги з ДіП для ЛЖВ, які перебувають на диспансерному обліку у СНІД-центрах

№	Населений пункт	Назва НУО, що реалізують проекти з ДіП
1.	м. Кіровоград	ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», ОБФ «Відкрите серце», ОБФ «Возвращение к жизни»
2.	м. Луцьк	ОБФ «Шанс»
3.	АР Крим	КО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», БФ «Надія та порятунк»
4.	м. Донецьк	Донецька обласне товариство сприяння ВІЛ-інфікованим людям, «Світанок»
5.	м. Миколаїв	«Юнітус», «Час життя», «Мама і малюк», «Ліга», «Вихід», «Нове століття»
6.	м. Луганськ	БФ «Крок у майбутнє», «Анти-СНІД»
7.	м. Одеса	«Альтернатива», «Життя+», «Дорога до дому», «Ступени», «Віра Надія Любов», «Карітас-СПЕС-Одеса», «Рука допомоги» (снт Любашовка), «Разом за життя», «Ера милосердя»
8.	м. Дніпропетровськ	Немає відповіді

Трапляються випадки, коли про реалізацію проектів НУО у СНІД-центрах медпрацівники можуть і не знати. Так, наприклад, медична сестра Дніпропетровського обласного СНІД-центру зазначила, що жодна НУО в їх установі не працює. Водночас, згідно з даними ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», там надає послуги з прихильності та потрібної прихильності НУО «Дорога життя». Єдиним учасником її проекту з боку СНІД-центру є головний лікар. Обізнаність про проект усіх інших співробітників центру залишається під питанням.

Однією із головних умов отримання фінансової підтримки від ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» для реалізації проектів з ДіП ЛЖВ є наявність укладеного договору зі СНІД-центром. Нажаль, більшість опитаних співробітників СНІД-центрів, окрім м. Луцька, не згадали про такі договори в анкетах. Це дає підстави

говорити про їх необізнаність зі змістом договорів. Відповідно уявлення медпрацівників про права й обов'язки у рамках реалізації проектів є не чіткими й значною мірою ототожнюються зі своїми функціональними обов'язками за основним місцем роботи.

Спеціалісти СНІД-центру працюють за договором з НУО, здійснюють консультування клієнтів, діагностику ВІЛ, ПСШ, опортуністичних інфекцій, формування прихильності до АРТ, ПВТ у вагітних, діагностику туберкульозу (на базі обл. тубдиспансеру) (м. Луцьк).

Зазвичай представники НУО інформують спеціалістів СНІД-центрів про початок реалізації проектів з ДіП. Після цього формується спільний план проведення заходів, передбачених у рамках проектів з ДіП ЛЖВ. Але про таку практику згадав лише один із опитаних лікарів (м. Кіровоград).

Согласно утверждённому плану совместного проведения мероприятий предусмотрено оказание помощи НПО по реализации проектов, в т.ч. по уходу и поддержке (м. Кіровоград).

Співпраця проектів НУО і СНІД-центрів у більшості випадків налагоджена за принципом переадресації (мм. Кіровоград, Донецьк, Луганськ, Одеса).

НУО активно залучають лікарів СНІД-центрів до складу мультидисциплінарних команд із впровадження проектів з ДіП. Переважно – це інфекціоністи, медсестри, педіатри та гінекологи – 13, 13, 10 і 8 згадувань відповідно. Існує практика залучення спеціалістів з інших медичних установ у разі відсутності таких у СНІД-центрі. Зокрема, експерти згадували про участь у МДК фтизіатрів (5), психологів/психіатрів (5), наркологів (3) дерматовенерологів (3).

Фтизіатр залучається з обласного тубдиспансеру, нарколог – з обласного наркодиспансеру, дерматовенеролог – лікар кабінету «Довіра», психолог – БФ «Шанс». У СНІД-центрі такі спеціалісти відсутні (м. Луцьк).

Згідно з відповідями, співробітники СНІД-центрів надають послуги з консультування, діагностики та лікування (13, 11, 11 згадувань). У поодиноких випадках вони долучаються до надання гуманітарної допомоги.

Співробітники проектів з ДіП, зазвичай відвідують СНІД-центри з певною регулярністю. Так, наприклад у мм. Луцьк, Донецьк, Одеса спеціалісти бувають у СНІД-центрі щодня, а у мм. Миколаїв, Луганськ раз на тиждень.

Постоянно, кто-то из вышеперечисленных организаций (соц. работники) проводят соц. сопровождение в СПИД-центре. ОО «Альтернатива» - каждый день с 9 до 15. Формирование приверженности к ВААРТ (м. Одеса)

Співробітники проектів щоденно зустрічаються з клієнтами проектів, здійснюють виїзди в районні центри, відвідування в лікувальних закладах, місцях позбавлення волі (м. Луцьк).

Згідно з відповідями медпрацівників, співробітники проектів відвідують СНІД-центри з метою:

- аналізу відвідування клієнтів для отримання АРВ-препаратів (мм. Луцьк, Луганськ);
- виклику в телефонному режимі клієнтів для обстеження на ВН, CD4, ПЛР, отримання АРВ-препаратів (мм. Луцьк, Одеса);
- консультування у групах самопомоги (м. Луцьк);
- консультування наркозалежних з метою залучення їх до замісної терапії (м. Луганськ);
- супроводу ЛЖВ у СНІД-центрі (м. Одеса).

Варто зазначити, що обізнаними зі змістом та специфікою проектів з ДіП є саме ті медпрацівники, які здійснюють спільно зі співробітниками НУО виїзди в районні центри, інші лікувальні заклади, місця позбавлення волі тощо з метою надання відповідних послуг (м. Луцьк). Тоді, як лікарі, що приймають клієнтів проектів безпосередньо за своїм основним робочим місцем, володіють надто загальною інформацією про проектні послуги в цілому. Їх увага зосереджена зазвичай на своїх функціональних обов'язках.

Позитивним є досвід регулярних зустрічей спеціалістів НУО та СНІД-центру з метою обговорення механізмів реалізації проекту ДіП, контролю за виконанням його завдань (м. Кіровоград). Співробітники деяких НУО практикують проведення тренінгів для працівників проектів (м. Луцьк). Проте, такі приклади тісної взаємодії змогли навести лише кілька регіонів із числа опитаних.

Інформування пацієнтів СНІД-центрів про можливість отримувати послуги в рамках проектів ДіП, за словами опитаних лікарів, відбувається під час прийому або у телефонному режимі. Під час консультацій лікарі надають пацієнтам друковані інформаційні матеріали з переліком послуг і контактною інформацією НУО (м. Луганськ, АР Крим). Загальнодоступним джерелом інформування про проекти є стенди, плакати, листівки, буклети, що знаходяться у спеціально відведених для цього місцях у СНІД-центрах (наприклад у Донецьку, це *«інформативний центр (куточок)»*).

Водночас, згідно з Протоколом з ДКТ², лікарі СНІД-центрів зобов'язані під час післятестового консультування надати ВІЛ-позитивній людині інформацію про існуючі НУО та їх послуги. Виходячи з відповідей ЛЖВ-неклієнтів, лікарі цьому аспекту консультування не завжди надають достатньо уваги.

² «Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» (протокол). Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 415 від 19.08.2005 р.

Сначала информация о работе проекта по уходу и поддержке поступает от НПО в центр-СПИДа. Затем ставят в известность пациентов о данном проекте посредством телефонной связи либо при личной беседе (м. Кировоград).

Информацию о проекте пациенты получают во время собеседования с врачами, медсестрами, психологами и социальными работниками (м. Миколаїв).

У такої системи інформування ЛЖВ про проекти з ДіП є свої обмеження. По-перше, пацієнти СНІД-центрів мають неоднакові шанси потрапити саме до тих лікарів, які працюють у проектах й відповідно отримують різну за обсягом інформацію про їх послуги. Адже рівень обізнаності про проекти і зацікавленості у їх «рекламі» серед потенційних клієнтів дуже різняться з-поміж членами МДК і рештою співробітників СНІД-центрів. По-друге, не всі лікарі СНІД-центрів, що працюють у проектах, володіють повною інформацією щодо послуг, які можуть отримувати ЛЖВ у рамках проектів з догляду і підтримки. Так, 4 із 13 опитаних респондентів зазначили, що їм не відомо, які саме послуги надають НУО з ДіП ЛЖВ.

Недостатньо уваги керівники проектів приділяють зворотному зв'язку, тобто інформуванню співробітників СНІД-центрів про те, хто з їх пацієнтів став клієнтом НУО. Таку інформацію спеціалісти центрів (лікарі) частіше за все отримують від пацієнтів (їх друзів, родичів) (7 осіб), рідше – від співробітників НУО (5 осіб), інших лікарів (3 особи), що задіяні у проектах. Нажаль, серед опитаних були й такі медпрацівники, кому взагалі невідомо, чи доходять пацієнти СНІД-центрів до НУО за послугами (м. Донецьк).

Информацию получаем от социального работника НПО, врачей, медсестер, которые привлечены к работе (м. Луганськ)

З огляду на те, що інформація, отримана безпосередньо від пацієнтів є неповною і не дає можливості фіксувати тенденції залучення пацієнтів СНІД-центрів до отримання послуг у НУО, відповідальним за взаємодію з НУО доцільно було б налагодити моніторинг звернень пацієнтів у проекти НУО. Це, у свою чергу, дало б можливість спільно з представниками НУО обговорювати кількісні показники залучення клієнтів та аналізувати причин їх звернення/не звернення, а також об'єктивно оцінювати інформаційний компонент діяльності проекту.

Оптимальною умовою для ефективної взаємодії є знаходження кабінету НУО у будівлі СНІД-центру, як наприклад у м. Одеса. Водночас, не завжди СНІД-центри через брак площі можуть виділити для цього окреме приміщення.

Під час спілкування спеціалістів СНІД-центрів із працівниками проектів з ДіП ЛЖВ проблем переважно не виникає. Це підтвердили 7 із 13 опитаних медпрацівників. Але в процесі надання проектних послуг виникають певні труднощі, пов'язані переважно із:

- недостатнім фінансуванням проектів, що обмежує надання допомоги, зокрема, хворим з віддалених районів (мм. Кировоград, Луцьк);

- браком окремих приміщень для спілкування співробітників проектів із клієнтами, проведення інформаційних занять, груп самопомоги тощо (м. Луганськ);
- неузгодженістю дій співробітників НУО та лікарів СНІД-центрів, що призводить до «накладок» під час прийому пацієнтів через намагання соціальних працівників організувати позачерговий прийом клієнтів проекту. Це провокує виникнення конфліктних ситуацій між клієнтами і не клієнтами проектів (м. Миколаїв);
- невідповідальним ставленням клієнтів проектів до відвідування спеціалістів МДК. Так, одержавши від соціального працівника направлення з конкретною датою та часом, деякі клієнти ігнорують його і приходять на прийом до спеціаліста СНІД-центру в зручний для себе час.

Сотрудники НПО приводят, иногда, пациентов не согласовав заранее с врачами, вследствие чего возникают неприятные ощущения между неклиентами и клиентами проекта (м. Миколаїв).

Практически всегда находим взаимопонимание и поддержку с сотрудниками проекта по уходу и поддержке ЛЖВ (Кіровоград).

При работе на выезде клиенты получают направление в «Центр», но являются на прием намного позже назначенного срока (м. Луганськ).

Таким чином, погана обізнаність залучених до проектів лікарів з послугами, які надаються у рамках проектів ДіП, проблеми із зворотнім зв'язком щодо відвідування пацієнтами СНІД-центрів офісів НУО свідчить про недостатньо тісну взаємодію НУО зі СНІД-центрами, що відповідним чином позначається на якості інформування пацієнтів СНІД-центру про проекти.

Незважаючи на позитивні відгуки опитаних спеціалістів СНІД-центрів, у взаємодії між НУО та СНІД-центрами існують певні можливості для її удосконалення. З цією метою доцільним було б:

- відпрацювання співробітниками НУО та СНІД-центрів механізму інформування один-одного про звернення пацієнтів за послугами у проекти з подальшим аналізом причин звернення/не звернення;
- інформувати весь персонал СНІД-центрів про роботу проектів з ДіП (перелік основних послуг, контактна інформація НУО), незалежно від залучення до проектів;
- залучати до розробки проектів ДіП співробітників СНІД-центрів з метою координації дій на етапі планування;
- відведення окремої кімнати у приміщенні СНІД-центру для надання послуг з ДіП співробітниками НУО (за можливості).

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволяє дійти висновку про існування значної незадоволеної потреби серед людей, які перебувають на диспансерному обліку у регіональних СНІД-центрах і не є клієнтами ВІЛ-сервісних організацій, у послугах з медичного і немедичного догляду та підтримки. Висловили зацікавленість у сприянні отримання різних видів якісної медичної допомоги 75%, будь-яких соціальних послуг - 80% опитаних ЛЖВ. Проте значна частка потреб є недостатньо усвідомленою з боку ЛЖВ і потребує її актуалізації.

Найбільш вагомим чинником, що визначає перелік потреб пацієнтів із діагнозом ВІЛ-інфекція у медико-соціальних послугах, є наявність досвіду вживання ін'єкційних наркотиків. Причому, зазначений чинник досить чітко диференціює як потреби пацієнтів у діагностиці та лікуванні, так і їх попит на соціальні послуги.

Основними соціально-демографічними характеристиками опитаних СІН є переважно чоловічий склад (77%), представленість у всіх вікових підгрупах (третина – до 30 років, 31–35-річні та 36-річні та старші – по 34%), низький освітній рівень (половина у кращому випадку має атестат про середню освіту), що, зокрема, обумовлює високий рівень незайнятості (32% респондентів працюють, 47% - безробітні).

Серед опитаних, які заперечили досвід вживання ін'єкційних наркотиків, переважають жінки (74%). Ця група пацієнтів порівняно із СІН є молодшою (50% – до 30 років), має більш високий професійно-освітній рівень (кожен четвертий – з вищою або незакінченою вищою освітою, 43% – з середньою спеціальною), більш успішна на ринку праці (46% працюють, 26% – безробітні). Половина має подружжя, у т.ч. третина – одружені та проживають разом із чоловіком/дружиною. Більшість (61%) має дітей, у т.ч. чверть респондентів в цій групі (24%) народили їх після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція.

Значно рідше можна зустріти СІН, які перебувають у шлюбі: близько третини опитаних з цієї групи мають зареєстровані або незареєстровані подружні стосунки. Занепокоєння викликає той факт, що на тлі низького соціального благополуччя пацієнтів, які інфіковані ін'єкційним шляхом, кожен другий з них має дітей, у т.ч. у 17% діти народилися після встановлення у батьків діагнозу ВІЛ-інфекція.

Більшість опитаних пацієнтів (66%) регулярно стикаються із серйозними матеріальними труднощами, у т.ч. 15% *«не вистачає грошей навіть на їжу»*, й вони вимушені *«відмовляти собі у багатьох необхідних речах, послугах»*. Частіше із матеріальними труднощами стикаються пацієнти–СІН (70%). І це не випадково, адже серед них гостріше стоїть проблема трудової незайнятості та браку джерел існування.

Серед інших чинників соціального неблагополуччя опитані найчастіше зазначали погані житлові умови, відсутність власного житла (30%); сварки, скандали (21%), зловживання алкоголем (13%) та вживання наркотиків членами сім'ї (9%),

неприйняття респондента через його діагноз ким-небудь із рідних (7%). До речі, останній чинник частіше зазначали опитані без досвіду вживання наркотиків (12%). Усі зазначені проблеми призводять до суттєвого погіршення психічного, морального та соціального здоров'я опитаних пацієнтів, формують у них потребу у щонайменше психологічній підтримці з боку як спеціалістів, так і людей, які стикались із аналогічними проблемами на власному досвіді.

Після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція основну медичну і психологічну допомогу опитані отримували у СНІД-центрах, які відвідують переважно 1 раз на 1-3 місяці (60%). Чимало респондентів досить рідко з'являються у цих спеціалізованих закладах: 10% - 1 раз на рік, 7% - навіть рідше. Крім СНІД-центрів, за відповідями респондентів, вони також звертались по допомогу до інших медичних закладів за місцем проживання (38%), кабінетів довіри (32%). Досвід 1-2 разового звернення до НУО мала чверть (24%) респондентів, у т.ч. 15% шукали допомогу у ВІЛ-сервісних організаціях, а 13% - у релігійних. Зі збільшенням терміну встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція зростає кількість разових одержувачів послуг НУО. Переважна більшість з них виявила зацікавленість та готовність стати постійними клієнтами таких організацій.

Значна частка опитаних ЛЖВ досить спрощено, поверхово уявляють свої потреби у медико-соціальних послугах, обмежуючи їх зазвичай отриманням гуманітарної допомоги і покращенням доступу до якісних медичних послуг із діагностики і лікування. Потреби щодо останніх досить часто обумовлені стигматизованим ставленням медичного персоналу багатoproфільних лікарень і поліклінік за місцем проживання, прихованою або відкритою відмовою в наданні медичних послуг «вузькими спеціалістами», а також брак коштів на придбання ліків, проходження окремих видів діагностики. Досить часто потреби у медичній допомозі, висловлені не клієнтами, співпадають із послугами, які мають надаватися спеціалістами СНІД-центрів у рамках їх функціональних обов'язків. Найбільш широкого переліку медичних послуг потребують пацієнти, які інфіковані ВІЛ ін'єкційним шляхом, зокрема йдеться про допомогу нарколога, фтизіатра, діагностику і лікування гепатитів тощо. Серед цієї групи пацієнтів частіше зустрічаються і такі, хто потребує медичного паліативного догляду.

Із типового переліку соціальних послуг проектів ДіП найбільшу зацікавленість, окрім традиційних гуманітарної допомоги (42%) та психологічної підтримки у різних формах (62%), у респондентів викликали юридичні консультації (37%) та сприяння у професійній підготовці й працевлаштуванні (26%); найменшу – нагадування про необхідність отримувати від лікаря АРТ або протитуберкульозну терапію (8%), патронаж на дому (9%), допомога медсестри на дому (10%).

Що стосується потреб у медико-соціальних послугах, орієнтованих на дітей, народжених ВІЛ-інфікованими батьками, отримані дані свідчать про досить сильні споживацькі настрої у потенційних клієнтів й неготовність більшості з них до

відповідального співробітництва із соціальними працівниками з питань виховання та розвитку дітей. Водночас, окрім гуманітарної допомоги (33%), існує попит на такі види послуг для дітей ВІЛ-інфікованих батьків: сприяння в отриманні консультацій лікарів (31%), сприяння у проходженні діагностики (15%), робота дитячої кімнати, включаючи освітні зайняття (15%), творчий розвиток (21%), короткотермінове перебування під наглядом соціального працівника (13%), сприяння у оформленні/відновленні документів (17%), тощо.

Провідною причиною не звернення ЛЖВ за послугами проектів з ДіП є брак інформації. Вона є актуальною для 61% опитаних ЛЖВ, у тому числі 42% взагалі нічого не чули про ВІЛ-сервісні організації. Нажаль, звернення до таких організацій не завжди гарантує отримання повного спектру інформації про їх діяльність (факт існування, перелік послуг, умови отримання, гарантії конфіденційності та анонімності, графік роботи та контактна інформація). Лише 14% із числа разових клієнтів підтвердили отримання інформації за усіма складовими (перелік і умови отримання, гарантії конфіденційності та анонімності, графік роботи і контактна інформація).

Вагому роль у прийнятті рішення пацієнтами щодо відмови від послуг НУО грають психологічні чинники: побоювання і острахи, пов'язані із можливим розголошенням ВІЛ-статусу, (26% ЛЖВ-неклієнтів) або зневіра у можливість отримати в НУО реальну допомогу (25%). Проте на відміну від думок лікарів психологічні чинники, за відповідями ЛЖВ, суттєво поступаються першому – браку інформації. Досить актуальною причиною незвернення ЛЖВ – мешканців області (19%) є значні витрати на дорогу через віддаленість проектів, які зазвичай працюють у обласних центрах. Решта об'єктивних причин (наприклад, місце розташування офісу або графік роботи проектів) або психологічних чинників (недовіра до кваліфікації працівників НУО), за відповідями лікарів, не чинять суттєвого впливу на моделі поведінки пацієнтів із ВІЛ-статусом. Відносно нечасто їх зазначали і опитані неклієнти.

Недостатньо дотепер задіяні резерви щодо залучення нових клієнтів проектів ДіП у організації взаємодії співробітників НУО та СНІД-центрів. Попри наявність укладених угод між НУО та СНІД-центрами щодо реалізації проектів ДіП, визначення окремого спеціаліста центру, який відповідає за цей напрямок роботи, залучені до проектів лікарі погано обізнані з послугами (окрім медичних), які надаються у їх рамках. До того ж рівень обізнаності про проекти і зацікавленості у їх «рекламі» серед потенційних клієнтів дуже різняться з-поміж членами МДК і рештою співробітників СНІД-центрів на користь перших. Існують також проблеми із зворотнім зв'язком: інформуванням лікарів про отримання пацієнтами СНІД-центрів соціальних послуг НУО, що обмежує можливість об'єктивної оцінки інформаційного компоненту діяльності проектів.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Виходячи із проведеного аналізу, найбільш реальним і водночас ефективним шляхом збільшення кількості нових клієнтів проектів ДіП є вдосконалення інформаційних стратегій НУО із висвітлення своєї діяльності, а найбільш перспективною категорією є пацієнти, яким бракує достовірної інформації про особливості діяльності НУО, перелік їх послуг (34%). Обов'язковою умовою ефективних просвітницьких заходів є акцент на гарантіях конфіденційності та приватності, яких дотримуються усі співробітники проектів. Адже про побоювання розголошення ВІЛ-статусу повідомила майже третина 26% респондентів. Особливий наголос на забезпеченні цих принципів слід робити при спілкуванні із вагітними жінками і ЧСЧ, для яких психологічні чинники не звернення є найважливішими.

Незайвими були б додаткові інформаційні заходи для соціального оточення ЛЖВ, тобто осіб, які можуть чинити значний вплив на формування поведінкових настанов, зокрема дільничних лікарів, співробітників наркологічних і фтизіатричних диспансерів, релігійних діячів тощо.

Потребує подальшого вивчення питання щодо створення мережі філій проектів ДіП поза межами обласних центрів. Адже кожен п'ятий опитаний мешканець області наголошував на недоступності послуг НУО через їх значну віддаленість. Проте процес розвитку ВІЛ-сервісу для ЛЖВ є досить складним, оскільки потребує лідерства та ініціативи на місцевому рівні, залучення додаткових ресурсів, готовність до активної співпраці із офісом організації, що розташований у обласному центрі, тощо. Можливо, варто проаналізувати досвід обласних НУО, які вже працюють у кількох населених пунктах регіону, визначити мінімальний пакет послуг, які могли б надаватися філією без залучення значних матеріальних ресурсів, або (за відсутністю такого досвіду) розробити та впровадити модельний проект з формування мережі філій проектів з ДіП на місцевому рівні, провести оцінку реалізованої моделі й підготувати на її основі методичні матеріали з цього питання.

Розробляючи стратегії, спрямовані на збільшення числа клієнтів проектів ДіП, слід враховувати наявні ресурси НУО або передбачати шляхи із мобілізації додаткових джерел. Водночас, варто мати на увазі, чимало соціальних і консультативних послуг можна збільшити без суттєвих додаткових витрат за умов оптимізації організації праці соціальних працівників, залучення до діяльності НУО волонтерів із числа регулярних клієнтів. Крім того, періодично слід розглядати питання про виведення самодостатніх клієнтів із системи дорогих послуг.

Важливу роль в залученні клієнтів в проекти відіграють медичні працівники. Саме від того, наскільки якісно проводиться роз'яснювальна робота серед пацієнтів в СНІД-центрах, значною мірою залежить кількість бажаючих звертатися до НУО. Тому співпраця представників НУО і медичного персоналу СНІД-центрів повинна бути постійною і системною. Фактичне йдеться про розроблення методики або алгоритму

залучення нових клієнтів у проекти ДіП, в якому обумовлюються дії (кроки) соціальних працівників і лікарів СНІД-центрів. Найбільш принципові положення цього алгоритму варто включити у типовий договір про співпрацю (або зробити окремим до нього додатком), який НУО укладають із регіональними СНІД-центрами на початку проекту. Важливо ознайомити усіх лікарів закладу із цим документом. Разом з тим, важливо пам'ятати про ризик заформалізувати цю діяльність. Адже кожен пацієнт, який прийшов на прийом в СНІД-центр, має не лише отримати повну інформацію про діяльність НУО, але й щиро повірити у можливість отримати у цій організації допомогу, якої він потребує. Тому дуже важливо за яких організаційних, емоційних і психологічних обставин і в якому саме вигляді буде надаватися ця інформація.

На думку більшості експертів, оптимальною є доброзичлива бесіда лікаря СНІД-центру із врученням друкованих матеріалів (буклет, брошура). Під час спілкування з пацієнтом лікарю насамперед слід уточнити особисті проблеми співрозмовника, допомогти йому усвідомити власні медичні та соціальні потреби, долати, за наявності, деякі стереотипи щодо можливостей проектів.

При плануванні подальшої діяльності НУО доречно виокремити інформаційне супроводження проекту, а у бюджеті передбачити окрему статтю витрат на розробку, дизайн і друк нових яскравих брошур, календарів та плакатів. Для оптимізації цієї діяльності можна було б централізовано ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» розробити і видати «Конверти соціальної адаптації» та забезпечити ними через своїх грантерів-НУО усіх лікарів СНІД-центрів, з якими працюють проекти з ДіП. В цей конверт мають увійти: уніфікована інформація, яка стосується проектної діяльності, умов надання медико-соціальних послуг, які може отримати клієнт, адреси офісів НУО по Україні, що надають відповідні послуги, а також регіональний буклет або листівка із визначенням специфіки місцевого проекту, його контактними особами і послугами, які в ньому надаються. Сам конверт повинен бути яскраво оформлений та містити доброзичливе звернення до пацієнта. Така уніфікація інформаційного матеріалу дозволить привернути більшу увагу потенційних клієнтів, підвищить статус проектів і забезпечить можливість пацієнту на одинці з собою розібратись у наданому матеріалі. У свою чергу роздача «Конвертів соціальної адаптації» може стати запорукою того, що пацієнт не буде «викидати маленькі брошури», коли вийде з приміщення СНІД-центру.

У випадку розробки таких матеріалів до етапу тиражування важливо провести тестування їх змісту та дизайну на представниках цільової аудиторії. Для цього прийнятним є, зокрема, метод гнучких інтерв'ю з клієнтами проектів, лікарями СНІД-центрів, соціальними працівниками проектів. Щодо дизайну нового «Конверту», то, на нашу думку, варто уникати будь-яких символів або інших натяків на діагноз пацієнта «ВІЛ-інфекція». Адже чимало пацієнтів намагаються приховати свій статус навіть від найближчих родичів.

Збільшення кількості регулярних клієнтів проектів не можливо без завоювання їх довіри. Не останнє місце при вирішенні цього завдання грає гуманітарна допомога.

Як свідчать експерти, надання саме цієї послуги стає досить сильним стимулом, особливо для першого звернення пацієнтів, більшість яких є соціально незахищеними і стикаються із значними матеріальними труднощами. Проте обмежені ресурси проектів ДіП не дозволяють забезпечити усіх бажаючих щоразу гуманітарною допомогою.

Значна кількість ЛЖВ-респондентів зазначили про відсутність можливості оздоровитися, виїхати за межі свого міста до санаторіїв, пансіонатів тощо. Тому сприяння проектів в організації оздоровлення пацієнтів може стати однією з альтернатив гуманітарної допомоги. Заходи із оздоровлення можуть бути в формі організації наметових таборів відпочинку, де можна проводити інтерактивні заняття, конкурси, спортивні змагання, працювати групи взаємодопомоги, виїжджати на консультавання залучені спеціалісти проектів. Саме у такій атмосфері доброзичливості та взаємодопомоги кожен клієнт відчує свою значимість, зростає відчуття співпричетності до діяльності НУО, що може створити добрі передумови для збільшення кількості волонтерів із числа клієнтів проекту, а отже, стати ефективним заходом мобілізації його ресурсів.