

Аналітичний звіт
за результатами дослідження
“ІНДЕКС СТИГМИ ЛЖВ 2.0” в Україні

Київ 2024

Авторський колектив

Демченко Ірина, канд. екон. наук
(керівник)

Булига Наталія, канд. соціол. наук

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	6
1. ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТІВ	11
2. ДОСВІД РОЗКРИТТЯ ВІЛ-СТАТУСУ	16
3. СТИГМА ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ З БОКУ ПРЕДСТАВНИКІВ СОЦІАЛЬНОГО ОТОЧЕННЯ	21
4. ВНУТРІШНЯ СТИГМА ТА ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ЛЖВ	24
5. СТИГМА ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	30
5.1. Обмеження у доступі до медичних послуг та СіД через ВІЛ-статус у медичній сфері	30
5.2. Тестування на ВІЛ	35
5.3. Досвід лікування ВІЛ-інфекції та прихильність до АРТ	42
5.4. Сексуальне та репродуктивне здоров'я	51
5.5. Досвід отримання медичних послуг, не пов'язаних з ВІЛ	53
6. ПРАВА ЛЮДИНИ І ЗМІНИ В ЦІЙ СФЕРІ	55
ВИСНОВКИ	64

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРВ-терапія, АРТ	антиретровірусна терапія
БО	благодійна організація
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВЛК	військово-лікарська комісія
ВН	вірусне навантаження
ВПО	внутрішньо переміщена особа
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗПСШ	захворювання, які передаються статевим шляхом
ЗПТ	замісна підтримуюча терапія
КГН	ключові групи населення
КіТ	консультації і тестування на ВІЛ
ЛВНІ	люди, які вживають наркотики ін'єкційно
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
НУО	неурядова організація
Сід	стигма і дискримінація
СНІД	синдром набутого імунодефіциту людини
СП	секс-працівники
ЧСЧ	чоловіки, які мають секс з чоловіками
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД

ВСТУП

Люди, які живуть з ВІЛ/СНІД, часто стикаються з упередженнями до них ставленням (стигмою) та конкретними діями інших людей, що обмежують права і свободи ЛЖВ (дискримінацією). Багато із ЛЖВ або не знають, у чому саме полягають їхні права та як їх захистити, або зневірені в можливості їх відстоювання. Ця проблема актуальна не лише для України, адже епідемія ВІЛ/СНІДу поширилась на всі континенти і в усіх країнах. Скрізь, де населення недостатньо чітко уявляє собі основні шляхи передачі ВІЛ-інфекції й те, як вона не передається, де поширені різноманітні міфи щодо цього захворювання, існує підґрунтя для стигми і дискримінації ЛЖВ.

Згідно з «Політичною Декларацією з ВІЛ/СНІДу: прискорення темпів до активізації боротьби з ВІЛ і припинення епідемії СНІДу до 2030 року», прийнятої на LXX Генеральній Асамблеї ООН, попри зменшення масштабів СіД за ознакою ВІЛ-статусу, вказана проблема все ще залишається актуальною. Відповідно подолання стигматизації, дискримінації та запобігання порушенню прав ЛЖВ залишається одним із важливих завдань у контексті боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції.

Протидіяти цим явищам і захищати права ЛЖВ покликані неурядові правозахисні організації, зокрема об'єднання людей, які живуть з ВІЛ. Такі організації мають чимало свідчень щодо стигми і дискримінації своїх клієнтів, а також приклади успішного захисту їхніх прав. Але для того, щоб змінити ситуацію на краще на національному і міжнародному рівнях, важливо мати не лише приклади, а й чіткі показники поширеності цих негативних явищ на рівні ЛЖВ-спільноти. З цією метою в 2010, 2013, 2016 та 2020 роках БО «100% життя» (раніше – ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ») реалізувала дослідження «Показник Стигми ЛЖВ – Індекс Стигми».

Це дослідження проводилося із використанням міжнародної методики, розробленої у 2005 р. за ініціативи кількох авторитетних міжнародних організацій, включаючи Глобальну мережу людей, які живуть з ВІЛ/СНІД (GNP+), Міжнародне співтовариство жінок, які живуть з ВІЛ/СНІД (ICW), Міжнародну федерацію планування сім'ї (IPPF), Об'єднану програму ООН з ВІЛ/СНІД (UNAIDS). На даний момент до нього долучились понад 100 країн світу¹.

В ході Міжнародної конференції з питань ВІЛ/СНІДу, яка проходила в 2018 році у Амстердамі, був започаткований процес перегляду та доопрацювання методики Індeksu стигми задля того, щоб врахувати у ній сучасний контекст відповіді на епідемію ВІЛ на глобальному рівні. Цей процес проходив під егідою Ради Народонаселення ООН та Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR) та мав своїм наслідком створення інструменту, який отримав назву «Індекс Стигми ЛЖВ 2.0», що використовувався для проведення дослідження 2020 року та поточної хвилі дослідження.

Дослідження **мало на меті** збір інформації щодо проявів стигми і дискримінації, реалізації прав людини згідно з досвідом ЛЖВ в Україні.

Для реалізації поставленої мети вирішувалися такі **завдання**:

- вивчити поширеність різних форм стигматизації та дискримінації ЛЖВ за ознакою ВІЛ-статусу;

¹<https://www.stigmaindex.org/about-the-stigma-index/>

- вдосконалити доказову базу для впливу на політику щодо ЛЖВ, впровадження програм, спрямованих на захист їхніх прав та протидію стигматизації і дискримінації за ознакою ВІЛ-статусу.

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Так само, як і у попередніх хвилях дослідження, для проведення об'єктивного та всебічного аналізу ситуації у поточному дослідженні застосовувався інтегрований підхід до збору емпіричних даних, а саме поєднання кількісних та якісних методів збору даних.

1. Кількісний компонент дослідження

Передбачав збір інформації із використанням методу структурованих інтерв'ю face-to-face з ЛЖВ із використанням планшетів. Цей метод дослідження дозволив зібрати кількісну інформацію щодо поширеності різних проявів стигми та дискримінації за ознакою ВІЛ-статусу. Інтерв'ю проводилися за анкетною, розробленою міжнародними партнерами та адаптованою до українських реалій.

Для реалізації кількісного компоненту дослідження використовувалася анкета, розроблена міжнародними партнерами, що була адаптована до українського контексту.

Застосування стандартизованої анкети «Індекс стигми людей, які живуть з ВІЛ» дало змогу:

- зібрати інформацію безпосередньо від ЛЖВ щодо їхнього досвіду стигматизації та дискримінації;
- прослідкувати зміни, які відбулися порівняно із попередніми хвилями опитування «Індекс стигми» в Україні (за тими індикаторами, які повторюються);
- забезпечити порівнюваність даних на міжнародному рівні;
- надати факти, підтвердження з метою ініціювання змін у політиці та впровадження програм, спрямованих на протидію стигматизації, дискримінації ЛЖВ.

В якості інтерв'юєрів виступали люди, які мають ВІЛ-позитивний статус та відкрито живуть з ним.

Переваги такого підходу:

- створення атмосфери довіри між інтерв'юєром і респондентом, що не спотворює інформацію;
- набуття представниками спільноти ЛЖВ нових навичок щодо проведення опитувань (рекрутинг, інтерв'ювання, документування);
- формування в спільноті ЛЖВ відчуття та розуміння «власності на дані, відповідальності за результати» – ЛЖВ стають не об'єктом дослідження, а – суб'єктом;
- можливість надати дієву соціальну підтримку респондентам, якщо вони її потребують.

Вибірка кількісного компоненту дослідження

Генеральна сукупність – люди, які живуть з ВІЛ і знають про свій статус, віком 18 років і старше, проживають на території України (без АР Крим, тимчасово окупованих територій та територій, де ведуться активні бойові дії).

Вибіркова сукупність. Загальний обсяг вибірки – 2700 респондентів.

Тип вибірки – національна, репрезентативна, пропорційна, квотна за регіонами, типом населеного пункту, статтю та віком, а також частками представників ключових груп.

Обсяги квот (підвибірок) визначалися таким чином, аби забезпечити можливості для проведення прийняттого статистичного аналізу (розрахунку статистичної значущості відмінностей відсотків та середніх, розрахунку кореляцій) на рівні загальної вибіркової сукупності за наступними категоріями:

- стать та вік,
- регіон,
- тип населеного пункту,
- належність до ключових груп (ЛВНІ/ЧСЧ/СП).

Розподіл проведених інтерв'ю за регіонами представлений у таблиці 1.

Таблиця 1. Регіональний розподіл вибірки

Регіон та область	Кількість інтерв'ю	%
Північ:	600	23
м. Київ	300	11
Київська область	150	6
Чернігівська область	150	6
Південь:	550	21
Одеська область	450	17
Миколаївська область	100	4
Центр:	360	13
Вінницька область	110	4
Кіровоградська область	120	4
Полтавська область	130	5
Захід:	340	12
Рівненська область	90	3
Львівська область	170	6
Івано-Франківська область	80	3
Схід:	850	31
Харківська область	50	2
Запорізька область	170	6
Дніпропетровська область	630	23

У обласних центрах проживають 73% опитаних, решта – у інших населених пунктах: містах, селищах, селах.

2. Якісний компонент дослідження

Результати кількісного компоненту дослідження були доповнені інформацією, отриманою за допомогою якісної методики – **глибинних інтерв'ю за методом життєві історії з ЛЖВ.**

Глибинні інтерв'ю проводилися із респондентами, які зіткнулися із проявами СіД за ознакою ВІЛ-статусу у різних сферах життя впродовж періоду, що обмежується часом останньої хвили «Індексу стигми» (2020 р.) та періодом проведення поточного дослідження, тобто 2023 р..

З цією метою якщо в ході проведення опитування інтерв'юери з'ясовували, що респонденту довелося зіткнутися із проявами СіД, вони пропонували респонденту зустрітися з інтерв'юером ще раз та розповісти про цей випадок більш детально.

Результати глибинних інтерв'ю дозволили проілюструвати отримані під час кількісного опитування дані «живим» досвідом респондентів, глибше дослідити сутність дискримінаційних дій по відношенню до ЛЖВ і шляхи протидії таким діям.

У кожному регіоні було проведено по 1-2 глибинних інтерв'ю. Всього було проведено 25 глибинних інтерв'ю (табл. 2).

Кількість життєвих історій за регіонами, осіб

Назва регіонів і областей	Кількість життєвих історій
Київ	1
Північний регіон	
Київська обл.	1
Чернігівська обл.	2
<i>Всього за регіоном</i>	3
Центральний регіон	
Вінницька обл.	2
Кіровоградська обл.	2
Полтавська обл.	2
<i>Всього за регіоном</i>	6
Східний регіон	
Харківська обл.	2
Запорізька обл.	2
Дніпропетровська обл.	2
<i>Всього за регіоном</i>	6
Західний регіон	
Рівненська обл.	2
Львівська обл.	2
Івано-Франківська обл.	2
<i>Всього за регіоном</i>	6
Південний регіон	
Миколаївська обл.	2
Одеська обл.	1
<i>Всього за регіоном</i>	3
ВСЬОГО	25

Серед тих, хто поділився своєю історією, переважну більшість складають жінки (18 осіб), вік респонденток від 20 до 52 років. У глибинних інтерв'ю також взяли участь 7 чоловіків, віком від 30 до 48 років. Четверо із 25 респондентів мають статус ВПО, але жодного випадку СіД саме через статус ВПО не виявлено.

Традиційно, більшість життєвих історій присвячені проявам СіД у сфері медицини (15 осіб) а також стигмі з боку соціального оточення (6 осіб). Троє респондентів-чоловіків поділилися історіями про СіД з боку правоохоронців, а також ТЦК («військкоматів»), а одна жінка – про СіД у сфері працевлаштування

Обробка даних і методи їх аналізу

Дані, зібрані в ході кількісного компоненту дослідження, аналізувалися в комп'ютерній програмі SPSS. Основні методи аналізу даних включали:

- Розрахунок описових статистик – одновимірних та двовимірних розподілів відповідей респондентів на запитання анкети. Основні ознаки, за якими проводився аналіз двовимірних розподілів:
 - ✓ демографічні характеристики (стать, вік, стаж життя з ВІЛ, тип поселення тощо);
 - ✓ досвід належності до ключових груп: ЛВНІ, СП, ЧСЧ і люди, які не належать до жодної з них.
- За можливості – аналіз тенденцій: порівняння результатів поточного дослідження із даними, отриманими у попередніх хвилях Індексу стигми в Україні.
- Розрахунок та аналіз інтегральних показників щодо стигматизації та дискримінації в різних сферах життя, їх порівняння у динаміці за роками (при можливості), а також за соціально-демографічними групами.
- Систематизація та первинний контент-аналіз стенограм глибинних інтерв'ю за методом життєві історії.
- Систематизація та контент-аналіз відкритих відповідей в стандартизованих інтерв'ю.

Обмеження дослідження

Проведення аналізу тенденцій за багатьма складовими виявилось неможливим з огляду на значну трансформацію інструментарію, який застосовувався у даному дослідженні, порівняно із попередніми хвилями Індексу стигми.

Певні труднощі у процесі аналізу даних були пов'язані із особливостями розуміння (або нерозуміння) частиною респондентів низки термінів (наприклад, стигма, дискримінація), їхньою недостатньою правовою грамотністю. Внаслідок цього респонденти не завжди адекватно оцінювали, які саме висловлювання/дії можна вважати проявами стигми та дискримінації, що зокрема досить яскраво проявилось у деяких життєвих історіях. Це призвело до порушення логіки у відповідях на запитання анкети або необхідності з обережністю інтерпретувати деякі показники.

Етичні засади дослідження

Збір, зберігання та аналіз емпіричних даних дослідження базувалися на дотриманні етичних стандартів і захисті права учасників дослідження на добровільність, анонімність та конфіденційність. Анкета (та масив даних) не містили жодних персональних даних, які б дозволяли ідентифікувати особу респондента. Всі співробітники, залучені до реалізації проекту, зокрема інтерв'юери, координатори, контролери, підписали угоду про дотримання конфіденційності, згідно якої вони зобов'язуються не розголошувати та іншим чином не

передавати стороннім особам будь-які відомості про респондентів, які стануть їм відомими в ході виконання ними своїх професійних обов'язків.

До участі у дослідженні запрошувалися ЛЖВ віком від 18 років. Кожному респонденту перед проведенням інтерв'ю було запропоновано ознайомитися зі змістом інформаційного листа, в якому викладена історія та завдання дослідження, особливості його перебігу, а також зазначалося про гарантії анонімності та конфіденційності для респондентів, їхнє право на добровільну участь в дослідженні та на її припинення в будь-який момент. У випадку усної згоди на участь в опитуванні, респонденти далі заповнювали форми поінформованої згоди у письмовому вигляді.

Розробка дослідницького інструментарію та безпосередньо проведення дослідження базувалися на принципах гендерної чуйності.

1. ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТІВ

Частки чоловіків і жінок серед респондентів є приблизно однаковими та становлять 53% і 47% відповідно. Двоє опитаних ідентифікували себе як трансгендерів (0,1% опитаних). Ніхто із респондентів не зазначив, що він не ідентифікує себе ані як жінку, ані як чоловіка, ані як трансгендера.

Згідно міжнародної методики було запропоновано виокремлювати наступні вікові групи: 18-19 років, 20-24 роки, 25-49 років та 50+ років. Однак такий підхід виявився малоінформативним, оскільки понад 80% опитаних належать до вікової групи 25-49 років, а молодь віком до 25 років становить лише 5%. Натомість при проведенні вітчизняного Індексу стигми історично використовувався інший віковий розподіл: 18-34 роки (молодь згідно українського законодавства), 35-49 років та 50+. У такому випадку вікові групи є більш рівномірно наповненими (рис.1.1). Тож у подальшому для аналізу за віковими групами використовувався саме такий підхід.

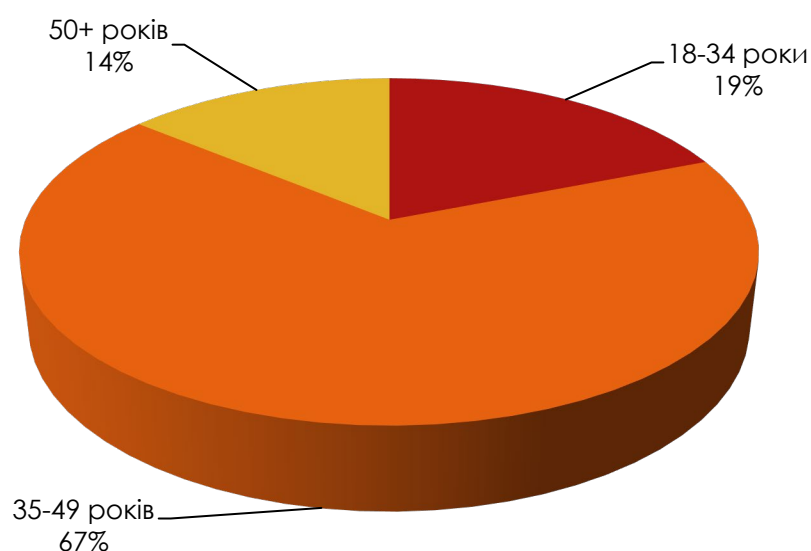


Рис. 1.1. Вік респондентів, %

Загалом статево-вікові характеристики респондентів відповідають статево-віковому розподілу генеральної сукупності, що свідчить про дотримання заданих квот в ході рекруту респондентів.

Серед респондентів є як люди з незначним стажем життя з ВІЛ, так і ті, чий діагноз було встановлено понад 10 років тому. Зокрема у поточному дослідженні останніх виявилось близько половини (рис. 1.2).

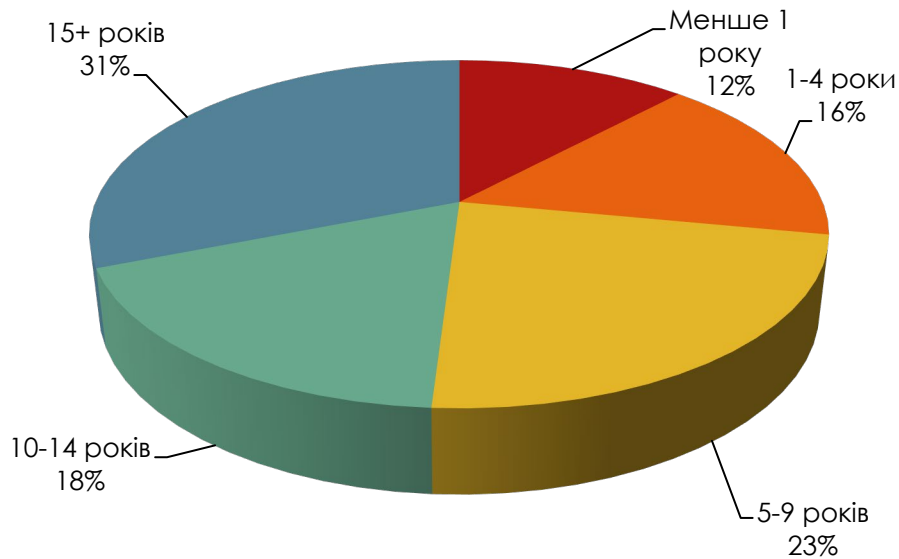


Рис. 1.2. Стаж життя з ВІЛ-інфекцією, %

Більше половини респондентів перебувають у близьких стосунках з іншою людиною, незалежно від офіційного статусу цих стосунків (zareєстрований шлюб чи ні). При цьому частки тих, чиї партнери є ВІЛ-позитивними та ВІЛ-негативними, є приблизно однаковими (рис. 1.3).

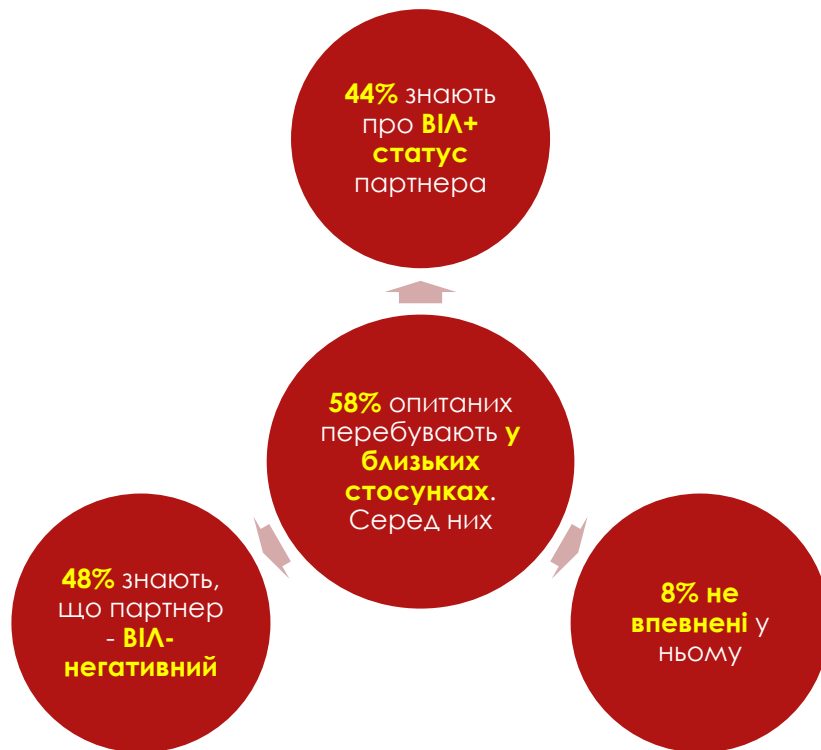


Рис. 1.3. Наявність у респондентів близьких стосунків та ВІЛ-статус партнера, %

Дві третини (66%) опитаних зазначили, що вони не мають неповнолітніх дітей, які перебувають на їх утриманні. У решти 34% опитаних діти є. Здебільшого йдеться про одну (21%) або двох (9%) дітей. 4% опитаних зазначили, що вони мають 3 і більше дітей (максимальна кількість – 10). При цьому респонденти, які зазначили, що вони не мають неповнолітніх дітей, частіше зустрічаються у віковій групі 50+ років (88%), ніж серед молоді до 35 років (64%) та респондентів середнього віку (62%).

Понад три чверті (79%) опитаних мають загальну середню або середню спеціальну освіту (рис. 1.4). Таким чином, рівень освіти ЛЖВ в цілому залишається дещо нижчим, аніж рівень освіти загального населення.

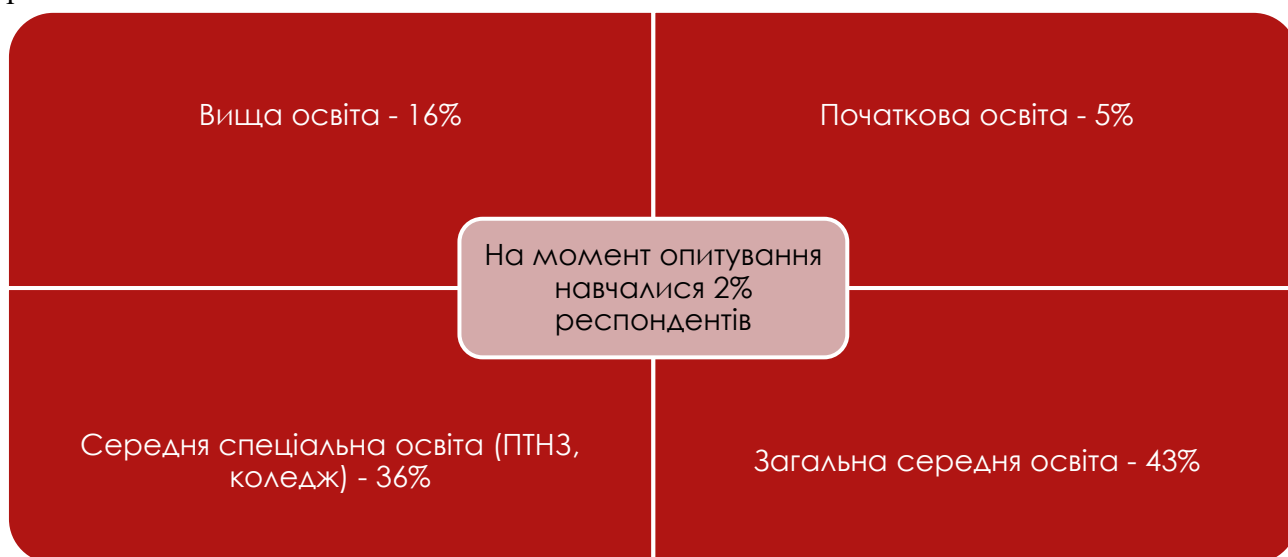


Рис. 1.4. Рівень освіти респондентів, %

Ту чи іншу форму оплачуваної зайнятості мають 58% опитаних, ще 6% отримують пенсію. Таким чином, не мають ніякого особистого доходу більше третини (36%) опитаних (рис. 1.5).

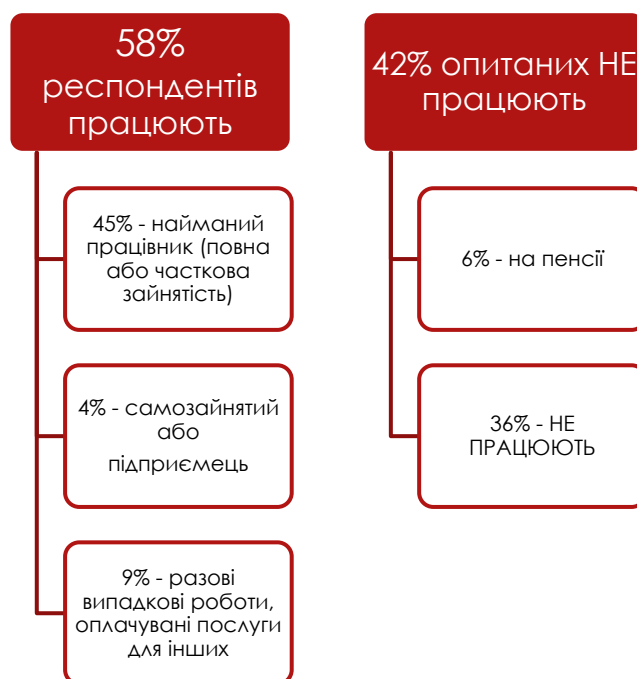


Рис. 1.5. Зайнятість респондентів, %

Значна частина респондентів не має змоги задовольнити базові потреби (харчування, житло, одяг). Зокрема протягом 12 місяців, що передували опитуванню, 23% респондентів стикалися із такими ситуаціями систематично, ще 50% опитаних – час від часу. При цьому частка осіб, хто живе за межею бідності (регулярно не може задовольнити базові потреби), є суттєво вищою серед тих, хто перебивається випадковими заробітками, а також серед непрацюючих респондентів та пенсіонерів (рис. 1.6).

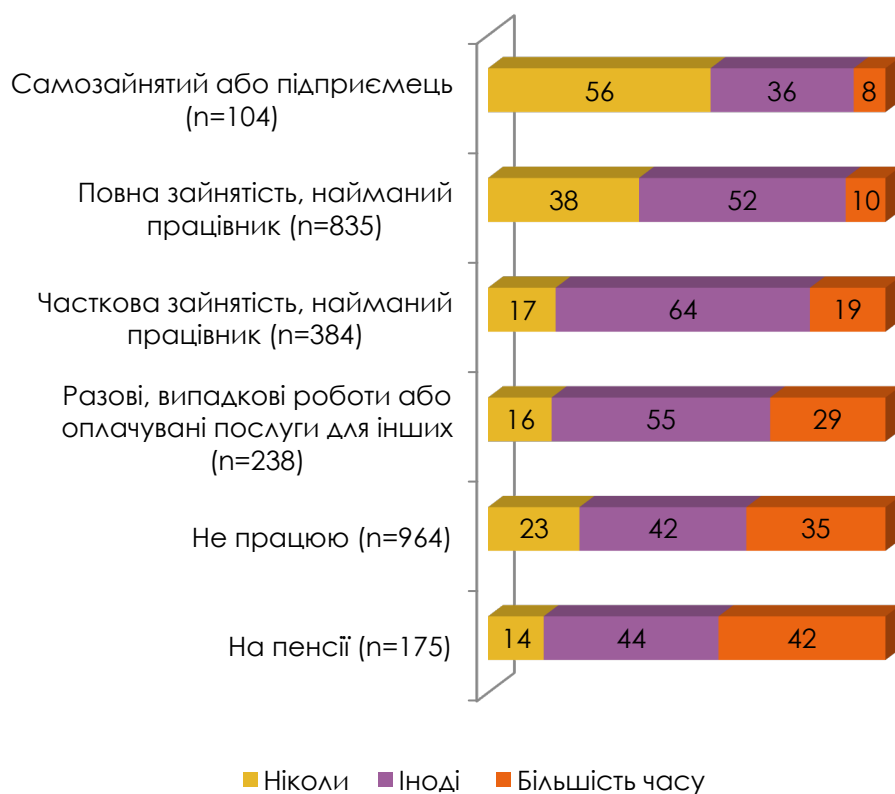


Рис. 1.6. Розподіл відповідей на запитання: «Як часто протягом останніх 12 місяців Ви не могли задовольнити свої базові потреби (наприклад, харчування, житло, одяг)», % залежно від типу зайнятості

35% опитаних зазначили, що вони не належать до жодної із трьох КГН (ЛВНІ, СП, ЧСЧ), натомість 65% - належать до однієї або кількох із цих груп одночасно (рис. 1.7). Розподіл опитаних за належністю до КГН загалом відтворює відповідний розподіл у генеральній сукупності (серед ЛЖВ в цілому).



Рис. 1.7. Належність респондентів до ключових груп, %

Також значна частина респондентів мають досвід належності до інших соціально уразливих груп, зокрема колишніх засуджених, людей з інвалідністю, ВПО тощо (рис. 1.8).

Найвищою є частка колишніх засуджених, що обумовлено особливостями існуючої в Україні системи протидії наркоспоживанню. Зокрема через невисокі гранично допустимі для зберігання кількості наркотичних речовин, перевищення яких стає підставою для кримінальної відповідальності, значна частина людей, які вживають наркотики, мають судимість (43% проти 8% серед тих, хто не має досвіду вживання наркотиків).

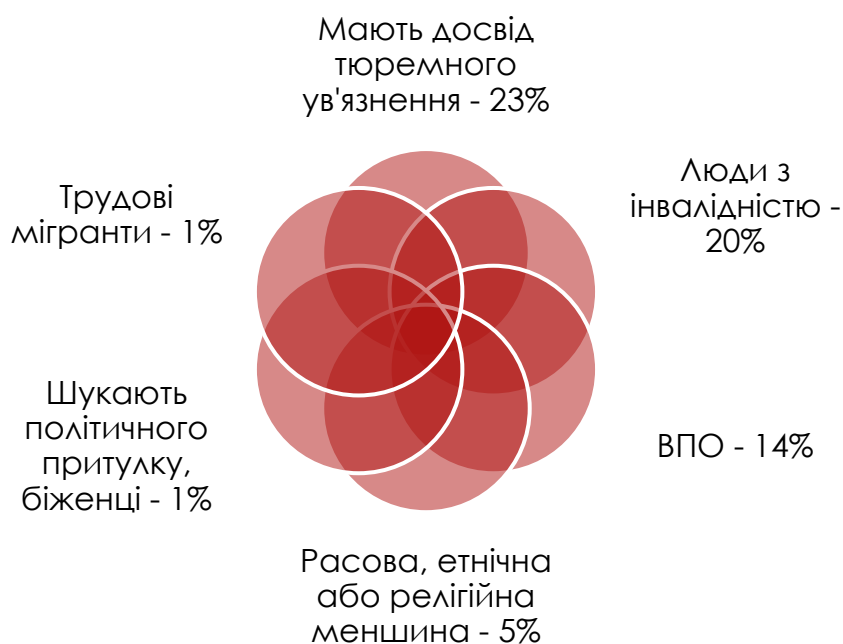


Рис. 1.8. Належність респондентів до інших соціально уразливих груп, %

Кожен п'ятий респондент (22%) зазначив, що він є членом мережі/групи підтримки ЛЖВ.

Таким чином, соціально-демографічні характеристики респондентів, включаючи статево-віковий розподіл та розподіл за належністю до КГН відповідають характеристикам генеральної сукупності, що свідчить про дотримання заданих квот у ході рекруту респондентів та про репрезентативність отриманих даних.

2. ДОСВІД РОЗКРИТТЯ ВІЛ-СТАТУСУ

Лише 5% опитаних, зазначили, що про їхній ВІЛ-статус не знає ніхто із представників їхнього соціального оточення. Зокрема серед осіб, чий діагноз було встановлено менше року тому, таких 12%, а серед тих, хто живе з ВІЛ понад 10 років – близько 3% (рис. 2.1).

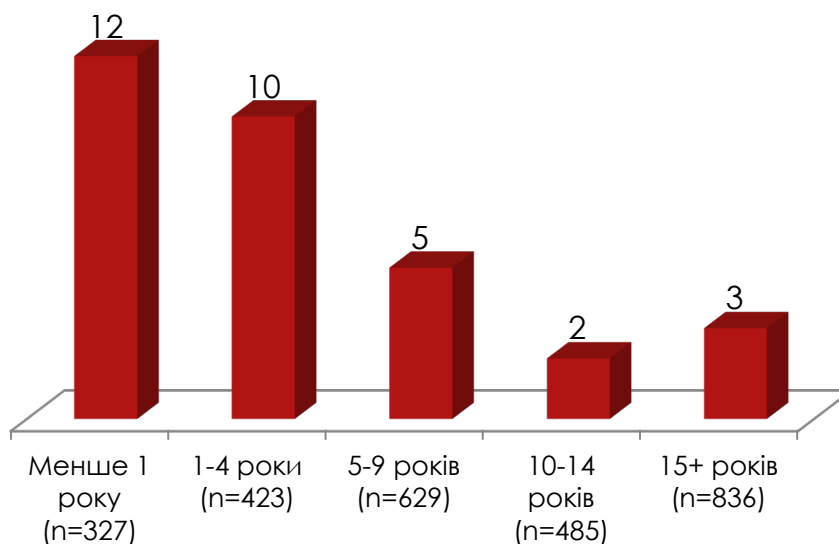


Рис. 2.1. Частка респондентів, про ВІЛ-статус яких не знає ніхто із представників їхнього соціального оточення, % за стажем життя з ВІЛ

Натомість абсолютна більшість (95%) опитаних зазначили, що принаймні хто-небудь із представників соціального оточення знає про їхній діагноз. Найчастіше йшлося про сімейного лікаря, подружжя/партнера та інших дорослих членів сім'ї, а також про друзів. Окрім цього, респонденти, які мають досвід вживання наркотиків, також досить часто зазначали, що про їхній ВІЛ-статус знають партнери по вживанню наркотиків (табл. 2.1).

Від представників більш дальнього соціального оточення (напр., сусідів, представників влади, роботодавців/колег, представників навчальних закладів тощо) ВІЛ-статус зазвичай приховується. Випадки несанкціонованого розголошення цієї інформації частіше трапляються щодо сусідів, представників влади, роботодавців/колег тощо, тобто щодо тих соціальних груп, від яких діагноз зазвичай приховується. Хоча і родичам та друзям приблизно в 1 випадку із 10 інформація про ВІЛ-статус була розкрита без згоди респондента.

Таблиця 2.1. Частка ЛЖВ, чий ВІЛ-статус був відкритий оточуючим, в т. ч. без їхньої згоди, %

	Знають про ВІЛ-статус респондента, %		<u>Серед них</u> дізналися про ВІЛ-статус без згоди респондента, %
Сімейний лікар	63		15
Дорослі члени сім'ї (крім подружжя/партнера)	60		14
Подружжя/партнер	59		10
Партнери по вживанню ін'єкційних наркотиків*	54		8
Друзі	44		13
Діти	21		14
Представники влади (поліція, судді, органи слідства тощо)	8		24
Роботодавець	5		19
Колеги	5		18
Сусіди	4		30
Місцеві лідери (напр., політичні, релігійні лідери)	4		7
Однокласники/одногрупники	1		33
Викладачі/адміністрація навчального закладу	0,5		30

*Показники у цьому рядку розраховані лише для респондентів, які мають досвід вживання наркотиків (n=1169)

Загалом кожен п'ятий респондент (20%), зазначив, що він хоча б раз стикався із несанкціонованим розкриттям ВІЛ-статусу будь-кому із представників соціального оточення.

Цілком прогнозовано, частка респондентів, які принаймні 1 раз зіткнулися з несанкціонованим розголошенням ВІЛ-статусу (інтегральний показник) збільшується зі зростанням стажу життя з ВІЛ-інфекцією (рис. 2.2).

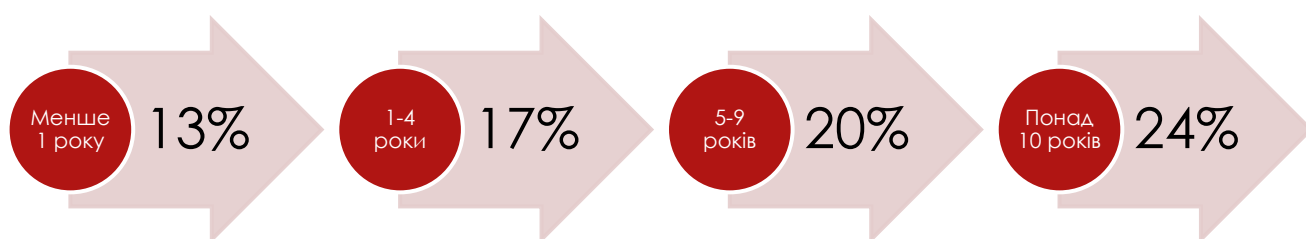


Рис. 2.2. Інтегральний показник розкриття ВІЛ-статусу в залежності від стажу життя з ВІЛ, %

Мешканці обласних центрів стикалися із порушенням конфіденційності інформації про ВІЛ-статус дещо частіше (22%), ніж респонденти із інших міст та сільської місцевості (17%).

Одна із гіпотез дослідження полягала в тому, що респонденти-ВПО могли частіше стикатися із розголошенням інформації про ВІЛ-статус внаслідок переїзду та втрати звичного соціального оточення. Однак вона не підтвердилася. Частка ВПО, які повідомили про такі ситуації, становить 20% і є такою ж, як і серед ЛЖВ, які не змінювали місце проживання після початку війни.

Натомість ЛВНІ зазначали про досвід несанкціонованого розголошення ВІЛ-статусу частіше (24%), ніж представники інших КГН (СП – 18%, ЧСЧ – 16%) та респонденти, які до них не належать (18%).

Що стосується ситуації з несанкціонованим розкриттям ВІЛ-статусу у динаміці, то відповідний інтегральний показник залишається приблизно на одному і тому самому рівні, починаючи з 2016 року: відмінності показників незначимі при $p=0,05$ (рис. 2.3). Водночас, частка ЛЖВ, які живуть з ВІЛ менше 1 року і за цей час вже встигли зіткнутися з розголошенням інформації про ВІЛ-статус (13%), свідчить про певні проблеми у цій сфері, адже у 2020 році аналогічний показник становив 6%.

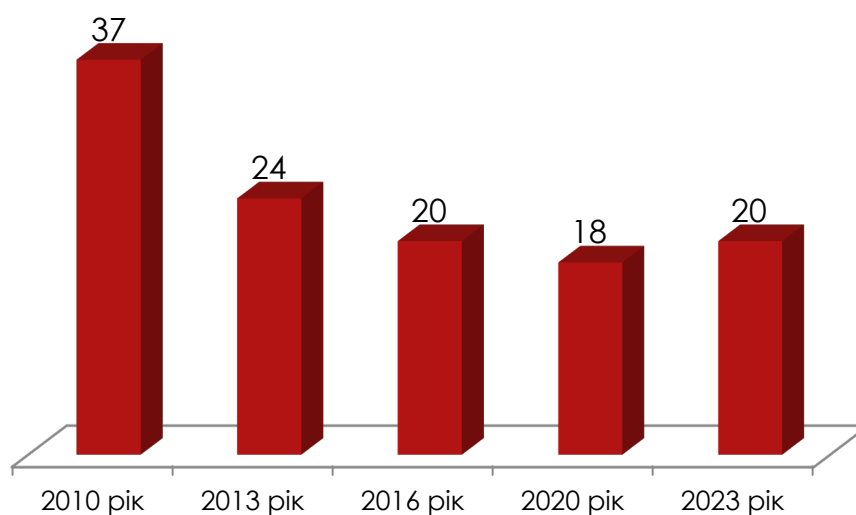


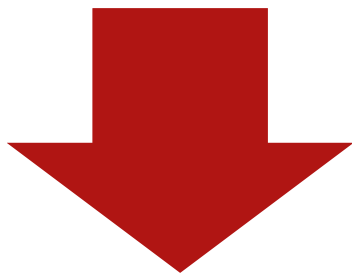
Рис. 2.3. Динаміка інтегрального показника розголошення інформації про ВІЛ-статус, %

Майже дві третини респондентів (64%) погодилися, повністю або частково, з твердженням про те, що з часом розкриття ВІЛ-статусу дається їм легше. При цьому простежується тенденція щодо того, що розкриття ВІЛ-статусу близьким людям для більшості респондентів стало позитивним досвідом, дозволило відчути їхню підтримку та допомогу, тоді як щодо малознайомих людей такий досвід був позитивним приблизно у одному випадку із двох (рис. 2.4).



- **розкриття** ВІЛ-статусу **близьким** було позитивним досвідом - **80%***

- вони **надали підтримку**, коли дізналися про ВІЛ-статус - **84%***



- **розкриття** ВІЛ-статусу **малознайомим людям** було позитивним досвідом - **45%***

- вони **надали підтримку**, коли дізналися про ВІЛ-статус - **45%***

* Об'єднані варіанти відповіді «згоден» та «частково згоден»

Відповідні показники розраховані для респондентів, які мають досвід розкриття ВІЛ-статусу близьким (n=2526) та малознайомим людям (n=1980)

Рис. 2.4. Частка ЛЖВ, які погодилися із відповідними твердженнями щодо досвіду розкриття ВІЛ-статусу, %

Хоча кількісні дані свідчать, що розкриття ВІЛ-статусу близьким у більшості випадків було позитивним досвідом, кілька життєвих історій було присвячено протилежним випадкам, коли люди, яким ЛЖВ довіряли і поділилися інформацією про власний діагноз (родичі, друзі, сексуальні партнери), відреагували на це неадекватно. Зокрема йшлося як про прояви СіД безпосередньо з боку близького соціального оточення, так і про несанкціоноване розголошення інформації про ВІЛ-статус, що спровокувало прояви стигми і дискримінації з боку малознайомих/незнайомих людей. Подібні випадки зазвичай сприймаються ЛЖВ дуже гостро, призводять до того, що вони зневірюються у можливості побудови близьких довірливих стосунків загалом, вважають за краще приховувати свій статус від усіх.

«Ми дізнались про статус доньки випадково, коли вона проходила лікування в психоневрологічному диспансері у Івано-Франківську. Мій чоловік тоді зовсім втратив здоровий глузд. Коли вона повернулась додому (ми живемо у далекому гірському селищі, «там, де ведмеді пошту носять»), чоловік спочатку її словесно ображав, потім почав штовхати, потім погрожував їй фізичною розправою, бо вона його «соромить» своєю поведінкою. Як виявилось пізніше, він за чаркою розповів своїм друзям про те, що донька – «спідозна», бо була проституткою. А щоб вони йому повірили, приніс їм документи з інфекційної лікарні. Вже пізніше його приятелі рознесли цю інформацію своїм друзинам, родичам. Відтоді все наше життя перевернулось: нам і домашніх тварин труїли, і на господарку зазіхали... Ми звідусюди відчували тиск та погрози, але переїхати кудись в нас немає можливості» (глибинне інтерв'ю проводилось з матір'ю клієнтки, яка є її офіційним опікуном, оскільки клієнтка (жінка, 42 роки, СП) має клінічний діагноз «Шизофренія»).

«Я розповів про свій статус лише трьом близьким людям, і після цього буквально через тиждень мені почали писати образливі речі та погрози... Я одразу можу сказати, що я – гей. У нас є свій сайт знайомств, і там мені пише стороння людина: «Привіт, спідозна». Потім було ще багато інших подібних повідомлень та погроз. Після цього я

зрозумів, що не треба було нікому розповідати, я перестав довіряти людям. Так само вчинили і з моїм ВІЛ-позитивним товаришем. Його хлопець, коли дізнався про його статус, зі злості почав всім розсилати інформацію про це. В тому числі і я отримав таке повідомлення. Так про його особисту інформацію дізналися всі» (чоловік, 49 років, ЧСЧ, Львівська область).

«Я винаймаю житло з колегою по роботі. Він, як і я, ВПО. Правда в нього житло ще ціле, а у мене вже в Сєвєродонецьку житла більше немає, мама, з якою я там жив, померла... Я туди більше ніколи не повернусь, немає куди. Мене «накриває» від всього цього. І от я якось трохи випив і все йому розказав, і про статус також. Спочатку він відреагував нормально, навіть підтримав мене. А потім, коли я отримав більшу зарплату, ніж він, його «жаба» почала душити, що типу я – наркоман, проте з якогось дива більшу зарплату отримав. І він по п'ятні сказав, що розкаже на роботі всім мужикам про мій статус. Я розумію, що це можуть бути просто погрози, але ж в кінці кінців він може розказати, і мене можуть вигнати з роботи, чого б мені дуже не хотілося» (чоловік, 30 років, ВПО, ЛВІН, Рівненська область).

Таким чином, проблема порушення конфіденційності інформації про ВІЛ-статус залишається актуальною для ЛЖВ. Хоча б раз у своєму житті із подібним досвідом зіткнувся кожен п'ятий респондент (20%). Ситуація у цій сфері порівняно із останньою хвилиною дослідження суттєво не змінилася. У 2020 році відповідний показник становив 18%.

3. СТИГМА ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ З БОКУ ПРЕДСТАВНИКІВ СОЦІАЛЬНОГО ОТОЧЕННЯ

ЛЖВ можуть стикатися із проявами стигми та дискримінації у ситуаціях взаємодії із різними представниками соціального оточення: родичами, друзями, колегами/роботодавцями, сусідами або малознайомими/незнайомими людьми (наприклад, тими, з ким вони відвідують одну і ту ж церкву). Прояви стигми і дискримінації у відносинах із представниками соціального оточення варіюють від негативних висловлювань або виключення ЛЖВ із певних спільних активностей до шантажу та фізичного насильства.

На щастя, найбільш жорсткі прояви СіД з боку соціального оточення, як-то фізичне насильство, шантаж, звільнення ВІЛ-позитивної людини або позбавлення її доходу трапляються нечасто. Протягом 12 місяців, що передували дослідженню, з кожним із вказаних проявів СіД стикалося по 1% опитаних. Найбільш типовими проявами стигми з боку соціального оточення є плітки, негативні висловлювання та інші прояви вербального насильства як з боку родичів, так і з боку інших людей (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Досвід стигматизації та дискримінації через ВІЛ-статус з боку соціального оточення, %

У своїх «життєвих історіях» респонденти зазначали, що для них однаково болісними є як найбільш жорсткі прояви стигми з боку соціального оточення (наприклад, припинення спілкування з рідними, позбавлення житла), так і менш жорсткі (на кшталт пліток або розголошення ВІЛ-статусу).

«Я жила звичайним життям зі своєю родиною (дітьми, онуками), але в певний момент стала погано почуватися: втома, голова паморочиться. Пройшла обстеження, але лікарі нічого не знаходили. А потім вони запропонували мені здати кров на ВІЛ. В той день, коли прийшли результати аналізу, моє життя розділилось на «до» та «після». Коли мої діти в лікарні дізналися про мій діагноз, я залишилася без родини. Мої діти відмовились від мене одразу в лікарні, а згодом вони виставили мене на вулицю. Я ніколи не могла припустити, що так може бути. З родиною я не судилась, бо ще до цієї новини все було вже переписано дітям. Після лікарні мені допомогли (БО «Мережа 100 відсотків життя») орендувати житло і зараз я намагаюся жити звичайним життям» (жінка, 47 років, ЛВІН, Харківська область).

«У минулому році ВІЛ-негативні пацієнти ЗПТ почали самостійно організовувати кілька черг для отримання ліків: для ВІЛ-позитивних людей це – друга половина дня, а для «нормальних людей» (ВІЛ-негативних) – перша половина дня. Тобто пацієнти ЗПТ поділились на два табори: негативні та позитивні. Це дуже неприємно, бо стигматизують «свої» ж люди, такі самі, як і я, наркозалежні. Але виявляється, якщо в тебе ВІЛ, ти вже не «свій», ти вже «інакший», ти людина «другого сорту» (чоловік, 47 років, м. Запоріжжя).

«З цим статусом нікуди не влаштуєшся, скрізь треба медична книжка і купа всяких паперів, що ти здоровий... Я прийшла влаштовуватись в магазин продавцем, пройшла ту медкомісію, і вони мені поставили відмітку про ВІЛ-статус в медичну книжку. Роботодавець, як побачив ту відмітку, одразу визвірився на мене, мовляв: «У мене молодий та сучасний магазин, і тут така от ти! Прийде перевірка, і що я маю їм казати?». Я відповіла, що проблем ніяких не буде, якщо вони не будуть розказувати про мій статус усім підряд. На роботу він мене взяв, але я недовго там пропрацювала. Колеги почали шепотітись між собою, я так зрозуміла, що він щось бовкнув. Я побоялась залишатись там далі, бо цей магазин поруч з нашим домом. Боялась, що хтось дізнається, і дітей зацькують через таку матір, як я, тому я недовго звільнилась. І тепер знову шукаю роботу, бо мені треба годувати дітей...» (жінка, 39 років, не КГ, Рівненська область).

Частка респондентів, які стикалися хоча б із одним із вказаних у анкеті 11 проявів СіД з боку соціального оточення протягом останніх 12 місяців, становить 9%. Згідно міжнародних рекомендацій, до складу інтегрального показника стигматизації з боку соціального оточення НЕ варто включати наступні прояви останньої: негативні висловлювання/плітки з боку інших людей (не членів родини); шантаж; зміна посадових обов'язків або виду діяльності, відмова у службовому просуванні; дискримінація близьких ВІЛ-позитивної людини (чоловіка/дружини/партнера або дитини/дітей). У такому випадку вказаний інтегральний показник становить 6%.

У дослідженні 2020 року використовувався ідентичний блок запитань щодо проявів СіД з боку соціального оточення. Тоді частка респондентів, які зазначили що вони зазнали хоча б одного із 11 проявів стигми становила 11%. Відмінності із результатами поточного дослідження (9%) незначимі.

Оскільки у більш ранніх хвилях «Індексу стигми» (2010, 2013, 2016 рр.) використовувалися інші переліки можливих проявів стигми з боку соціального оточення і, відповідно, інтегральні показники рахувалися також по-іншому, порівняння індексів тих років із даними поточного дослідження не є коректним. Дуже узагальнено можна сказати, що з кожною хвилею інтегральні показники демонструють тенденцію до зниження, тобто частота проявів стигми щодо ЛЖВ з боку соціального оточення поступово зменшується.

Цей висновок підтверджується порівнянням даних у динаміці за окремими показниками, які використовувалися в усіх хвилях опитування та набирали значну частку ствердних відповідей, а саме – плітки (з боку родичів або інших людей) та інші прояви вербального насильства (рис. 3.2).

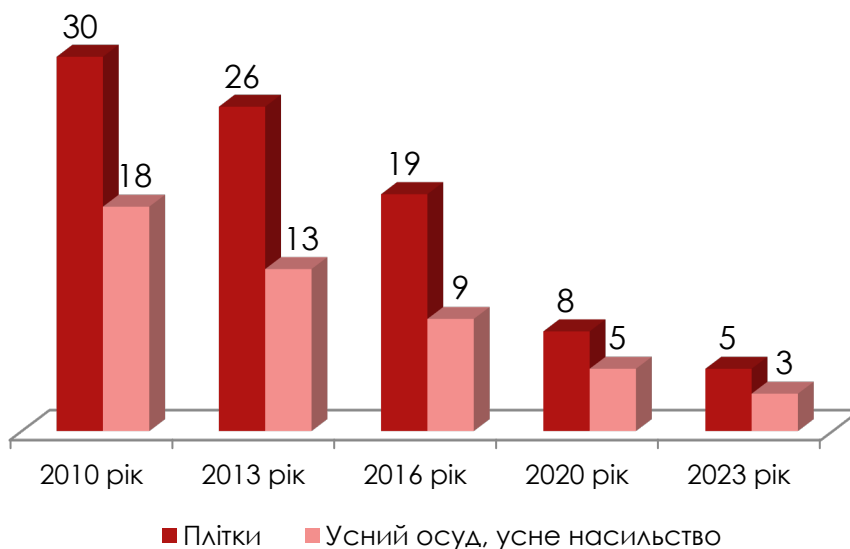


Рис. 3.2. Динаміка окремих проявів СіД з боку соціального оточення, %

Частка респондентів, які зазначили про досвід СіД з боку соціального оточення протягом останнього року, є приблизно однаковою серед чоловіків і жінок, респондентів різного віку та з різним стажем життя з ВІЛ, мешканців різних типів населених пунктів, представників КГН та респондентів, які до них не належать.

Таким чином, результати опитування свідчать, що в поточній хвилі дослідження зберігається позитивний тренд щодо покращення ситуації у царині стигматизації ЛЖВ з боку соціального оточення, який спостерігався протягом усіх попередніх хвиль «Індексу стигми».

4. ВНУТРІШНЯ СТИГМА ТА ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ЛЖВ

Стигма та дискримінація з боку оточуючих може спровокувати або посилити самостигматизацію (негативне ставлення ВІЛ-позитивної людини до себе) та самодискримінацію (рішення або дії ВІЛ-позитивної людини, які обмежують її можливості у різних сферах життя). Типовими проявами самостигматизації є почуття сорому, провини, меншовартості через власний ВІЛ-статус, а проявами самодискримінації – згорання контактів із родичами та знайомими, відмова від пошуку партнера/подружжя, від народження дітей, від пошуку роботи та прагнення до самореалізації у професійному та громадському житті тощо.

В ході опитування респондентів попросили оцінити, чи відчули вони протягом останнього року певний вплив (позитивний або негативний) ВІЛ-статусу на різні аспекти їхнього життя. І хоча найчастіше (68-96%) респонденти зазначали про відсутність такого впливу, від 2% до 29% опитаних зіткнулися із негативним впливом. Зокрема найчастіше страждають: здатність вступати у романтичні відносини і загалом вибудовувати близькі та довірливі стосунки з іншими людьми, бажання мати дітей, впевненість у собі, стресостійкість, самоповага (рис. 4.1).



Рис. 4.1. Вплив ВІЛ-статусу на різні аспекти життя респондентів, %

Загалом майже половина (47%) опитаних зазначили, що вони відчули на собі негативний вплив ВІЛ-статусу хоча б у одній сфері власного життя. На противагу їм, 16% ЛЖВ зазначили, що принаймні на один аспект їхнього життя ВІЛ-статус вплинув позитивно.

У 2020 році частка тих, на чіє життя ВІЛ-статус вплинув негативно, була вищою і становила 58%, тоді як частка тих, хто повідомив про позитивний вплив, значимо не

відрізнялася і становила 16%. У більш ранніх хвилях «Індексу стигми» відповідне запитання, на жаль, не використовувалося.

Респонденти, чий ВІЛ-статус було встановлено менше року тому, найбільш гостро реагують на свій діагноз. Серед них 57% зазначили про негативний вплив ВІЛ-статусу на ті чи інші сфери життя, натомість серед решти опитаних цей показник суттєво не відрізняється і становить близько 46%. Відмінностей за іншими соціально-демографічними ознаками (стать, тип поселення) та залежно від досвіду належності до КГН немає.

Респондентів, які живуть з ВІЛ більше одного року, також просили оцінити, яким чином впливав ВІЛ-статус на різні аспекти їхнього життя раніше, ніж рік тому. Більшість (71%) обрали варіант «було приблизно так само» (рис. 4.2).

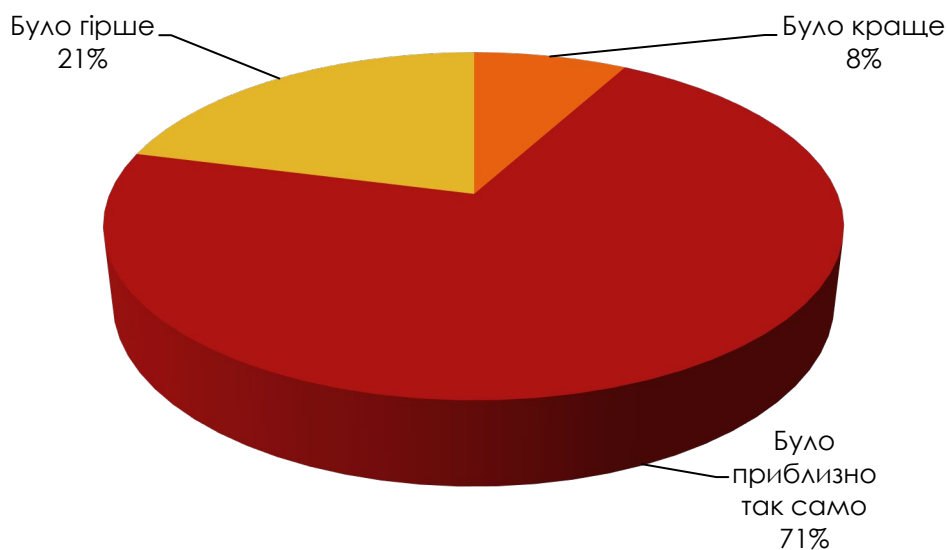


Рис. 4.2. Розподіл відповідей на запитання: «А раніше, ніж 12 місяців тому, як впливав Ваш ВІЛ-статус на зазначені аспекти Вашого життя?», % до тих, хто живе з ВІЛ понад рік ($n=2373$)

Більшість респондентів зазначили, що їм складно розкрити свій ВІЛ-статус малознайомим людям (84%), відповідно, вони приховують цю інформацію від інших людей (86%). Також значна частина респондентів зазначили, що їм притаманні ті чи інші негативні почуття щодо себе, зокрема найчастіше йшлося про почуття провини, сорому, меншовартості (рис. 4.3).



Рис. 4.3. Прояви самостигматизації ЛЖВ, %

Майже дві третини (61%) опитаних зазначили, що вони стикалися хоча б із одним із чотирьох негативних почуттів щодо себе (провина, сором, почуття меншовартості або відчуття себе «брудним/ою»). Самостигматизація більш поширена серед ЛЖВ, чий діагноз було встановлено менше року тому (70% проти 60% серед решти опитаних). Інші характеристики (напр., стать, досвід належності до КГН) на неї не впливають.

Порівняно із результатами дослідження 2020 року, жодних значимих змін (ані позитивних, ані негативних) у царині самостигматизації ЛЖВ не зафіксовано (рис. 4.4).

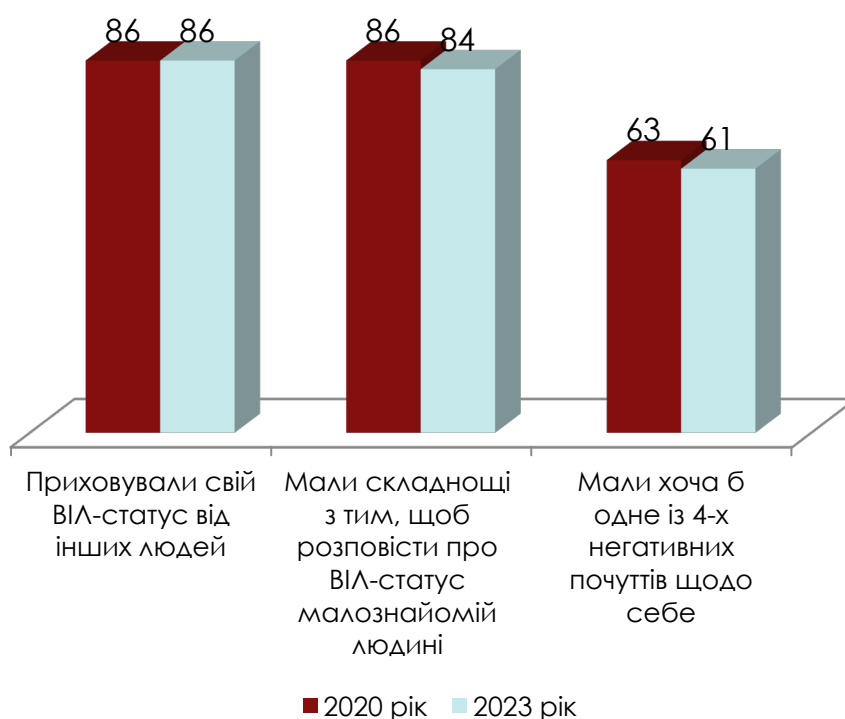


Рис. 4.4. Прояви самостигматизації ЛЖВ у динаміці, %

На жаль, у трьох перших хвилях «Індексу стигми» (2010, 2013 та 2016 рр.) використовувався інший набір запитань щодо самостигматизації ЛЖВ. Протягом усіх

п'ятьох хвиль дослідження повторювалися лише запитання щодо почуттів сорому і провини за власний ВІЛ-статус. Аналіз відповідних даних свідчить про те, що протягом понад 13 років, які минули з часу проведення першого «Індексу стигми» в Україні, поширеність цих негативних почуттів щодо себе серед ЛЖВ практично не змінюється (рис. 4.5).



Рис. 4.5. Динаміка поширеності почуттів провини і сорому серед ЛЖВ, %

Тиск з боку упередженого соціального оточення та негативне сприйняття себе ВІЛ-позитивною людиною (самостигматизація) можуть призводити до самообмеження та відмови від задоволення власних потреб/прагнення досягнути певних цілей у різних сферах життя (самодискримінації). Зокрема може йтися про відмову від сексуального життя, згортання соціальних контактів, ігнорування потреби у медичній допомозі, відмову від працевлаштування тощо. І хоча частки респондентів, які зазначили про те, що протягом останніх 12 місяців вони приймали кожне із вказаних рішень, є порівняно незначними (2-8%) (рис. 4.6), про досвід хоча б одного самодискримінаційного рішення повідомив кожен шостий респондент (17%).



Рис. 4.6. Прояви самодискримінації ЛЖВ, %

Подібно до самостигматизації, самодискримінація більш поширена серед ЛЖВ, чий статус було встановлено менше 1 року тому (27% проти 16% серед решти опитаних) та є приблизно однаковою серед чоловіків і жінок, представників КГН та тих, хто до них не належить.

Порівняно із результатами опитування 2020 року, частки респондентів, які зазначили про рішення не займатися сексом та не звертатися за медичною допомогою, знизилися більш, ніж удвічі. Також майже вдвічі зменшився інтегральний показник – частка опитаних, які приймали хоча б одне самодискримінаційне рішення протягом останнього року (рис. 4.7). Щодо решти проявів самодискримінації значимих змін не було.

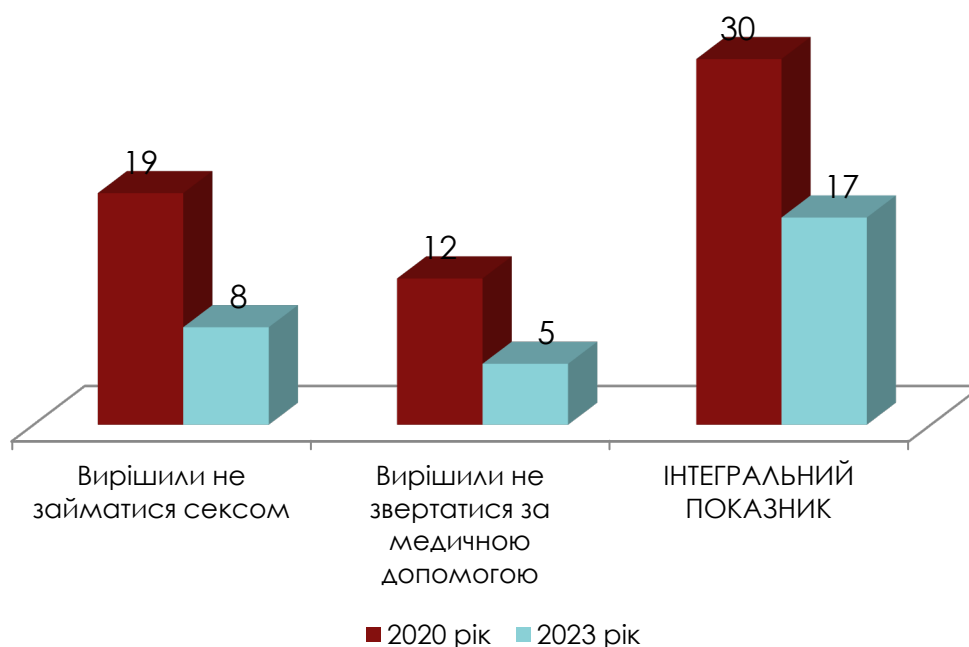


Рис. 4.7. Прояви та інтегральний показник самодискримінації ЛЖВ у динаміці, %

На жаль, у трьох перших хвилях «Індексу стигми» (2010, 2013 та 2016 рр.) використовувався інший набір запитань щодо самодискримінації ЛЖВ, тому порівняння інтегральних показників неможливе. Натомість можна порівняти дані щодо окремих проявів самодискримінації. Зокрема протягом усіх п'ятих хвиль дослідження повторювалися запитання щодо обмеження спілкування із родичами/друзями та відмови від сексуальних контактів. Аналіз відповідних даних у динаміці свідчить про тенденцію до поступового скорочення цих самодискримінаційних практик серед ЛЖВ (рис. 4.8).



Рис. 4.8. Динаміка окремих проявів самодискримінації серед ЛЖВ, %

Таким чином, прояви самостигматизації та самодискримінації ЛЖВ залишаються досить поширеними: майже половина (47%) респондентів зазначили, що протягом останнього року вони відчували негативний вплив ВІЛ-статусу хоча б на один із аспектів їхнього життя; майже дві третини (61%) респондентів зазначили про наявність хоча б одного негативного почуття щодо себе (сором, провина, почуття меншовартості та символічної «забрудненості»); кожен шостий опитаний (17%) приймав хоча б одне самодискримінаційне рішення протягом останніх 12 місяців. При цьому ситуація щодо самостигматизації ЛЖВ практично не змінюється з часом, тоді як поширеність самодискримінаційних практик має тенденцію до зменшення.

5. СТИГМА ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

5.1. Обмеження у доступі до медичних послуг та СіД через ВІЛ-статус у медичній сфері

Згідно з міжнародною методикою «Індекс стигми», у опитувальник для ЛЖВ були включені запитання, які забезпечують отримання даних щодо відмов у медичній допомозі (в тому числі у стоматологічному обслуговуванні) та щодо відмов у послугах в сфері сексуального та репродуктивного здоров'я (зокрема послуги з планування сім'ї).

Для аналізу загального рівня стигматизації і дискримінації ЛЖВ у медичній сфері та порівняння даних опитування 2023 року з попередніми хвилями дослідження розраховувався **інтегральний показник обмеження у доступі до медичних послуг**. Це частка опитаних, які протягом останніх 12 місяців з причини ВІЛ-статусу стикалися з відмовами у медичному обслуговуванні (в тому числі у стоматологічній допомозі), а також в послугах у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я (зокрема в послугах з планування сім'ї). Вказаний інтегральний показник розраховувався до загальної кількості респондентів, хоча частка тих, хто звертався за різними типами медичних послуг, зазвичай є суттєво меншою. Зокрема у поточній хвилі дослідження про досвід звернення за медпослугами, не пов'язаними з ВІЛ, зазначили 55% респондентів.

Результати поточного опитування свідчать, що рівень стигми та дискримінації в медичній сфері, який демонстрував стійку тенденцію до зниження з 2010 по 2020 роки (з 22% до 4%), в 2023 році зріс та повернувся на рівень 2016 року. За даними поточного опитування 7% респондентів повідомили, що протягом останніх 12 місяців хоча б раз стикалися з обмеженнями у доступі до медичних послуг (включаючи стоматологічну допомогу та послуги у сфері сексуального і репродуктивного здоров'я) з причин, пов'язаних з ВІЛ-статусом (рис. 5.1).

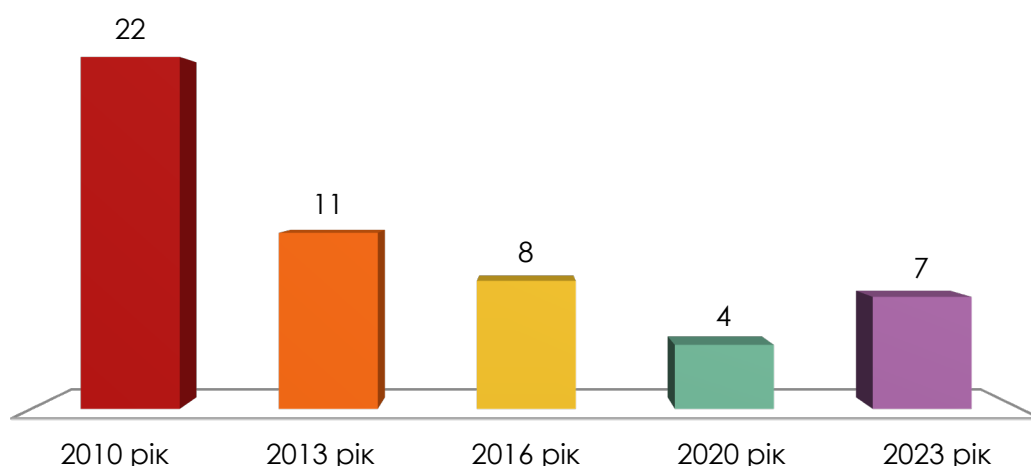


Рис. 5.1. Частка ЛЖВ, які стикалися з відмовами у медичних послугах у динаміці, %

Для узагальненої оцінки рівня стигми та дискримінації в медичній сфері було розраховано відповідний інтегральний показник СіД в медичній сфері. Показник було розраховано відповідно до керівництва ЮНЕЙДС «Глобальний моніторинг епідемії СНІДу 2024» [https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_ru.pdf] як

частку ЛЖВ, які повідомили про те, що на власному досвіді стикалися з дискримінацією, пов'язаною з ВІЛ, в установах охорони здоров'я в наступних формах:

- відмова в наданні медичної допомоги через ВІЛ-позитивний статус;
- рекомендація не вступати в статеві відносини внаслідок ВІЛ-позитивного статусу;
- з респондентом грубо розмовляли або пліткували через ВІЛ-позитивний статус;
- респондент піддавався словесним образам через ВІЛ-позитивний статус;
- респондент піддавався грубому фізичному поводженню через ВІЛ-позитивний статус;
- з респондентом уникали фізичного контакту через ВІЛ-позитивний статус;
- про ВІЛ-позитивний статус респондента повідомляли третім особам без його згоди.

Згідно з результатами дослідження, частка ЛЖВ, що стикались з дискримінацією в зв'язку з ВІЛ в установах охорони здоров'я, виросла з 17% у 2020 році до 20% у 2023 році (відмінності значимі при $p=0,01$) (рис. 5.2).

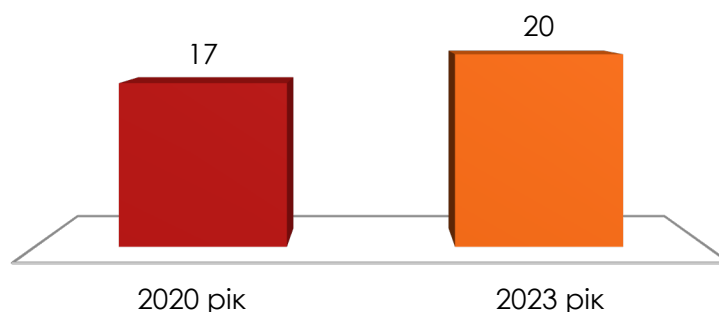


Рис. 5.2. Інтегральний показник СіД в медичній сфері, %

За даними дослідження, на ризик зіткнутися з дискримінацією в медичній сфері значимо не впливають основні соціально-демографічні чинники – стать, вік, тип населеного пункту, де проживає респондент. Крім того, ЛЖВ, які є внутрішньо переміщеними особами повідомляли про досвід стигми з такою ж частотою, що і представники приймаючих громад, які не змінювали місце проживання. Що стосується ключових груп населення, то представники КГН мають дещо більший досвід СіД у медичних закладах. Різниця у досвіді між різними ключовими групами не зафіксовано. Також не спостерігається відмінностей серед ЛЖВ з різним досвідом життя з ВІЛ (табл. 5.1).

Таблиця 5.1. Інтегральний показник СіД в медичній сфері, %

		Мали досвід СіД зі сторони мед. працівників
Стать	Жінка ($n=1259$)	20
	Чоловік ($n=1423$)	19
Вік	18-34 роки ($n=514$)	19
	35-49 років ($n=1805$)	20
	50 років і старше ($n=382$)	20

		Мали досвід СіД зі сторони мед. працівників
Тип населеного пункту	Обласний центр (<i>n</i> =1964)	20
	Інші міста, смт, села (<i>n</i> =736)	20
Стаж життя з ВІЛ	До 1 року (<i>n</i> =327)	19
	1-4 років (<i>n</i> =423)	18
	5-9 років (<i>n</i> =629)	21
	10-14 років (<i>n</i> =485)	21
	15 років і більше (<i>n</i> =836)	20
Належність до КГН	Представники КГН (<i>n</i> =1703)	21
	Не належать до КГН (<i>n</i> =997)	17
	ЛВНІ (<i>n</i> =1169)	22
	СП (<i>n</i> =420)	21
	ЧСЧ (<i>n</i> =292)	23
Належність до ВПО	ВПО (<i>n</i> =368)	19
	Не належать до ВПО (<i>n</i> =2332)	20

Якщо розглядати різні прояви СіД в медичній сфері, то найчастіше ЛЖВ стикалися з випадками коли медичні працівники уникали з ними фізичного контакту або розголошували їх ВІЛ-статус без згоди. Крім того частими були випадки відмови від надання послуг та плітки (рис. 5.3).



Рис. 5.3. Форми прояву СіД в медичній сфері, %

Окрім інтегрального показника СіД у медичній сфері, відповідно до методології ЮНЕЙДС, розглядаються два додаткових індикатори – частка ЛЖВ, що стикались з дискримінацією в зв'язку з ВІЛ при отриманні медичних послуг, пов'язаних з медичним наглядом та лікуванням ВІЛ, та частка ЛЖВ, що стикались з дискримінацією в зв'язку з ВІЛ при зверненні за медичною допомогою з причин, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією. Згідно міжнародних рекомендацій, вказані індикатори розраховуються до загальної вибірки дослідження.

Результати дослідження свідчать, що інтегральний показник ВІЛ-асоційованої СіД при отриманні медичних послуг із лікування ВІЛ-інфекції є дещо вищим, ніж при отриманні

медичних послуг, не пов'язаних з ВІЛ – 14% порівняно з 12%. Проте тільки 55% опитаних ЛЖВ повідомили про те, що протягом останніх 12 місяців вони зверталися за медичною допомогою з причин, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією. Якщо розглядати цю групу ЛЖВ окремо, то результати дослідження свідчать, що з СіД при зверненні за медичними послугами, не пов'язаними з ВІЛ, стикалися більше п'ятої частини респондентів, хто звертався за такими послугами – 22%.

Основні прояви дискримінації при отриманні різних типів послуг є однаковими (табл. 5.2). Проте якщо говорити про такі негативні дії як уникання фізичного контакту, розкриття ВІЛ-статусу без згоди, відмова у медичних послугах, плітки та вербальні образи, то з такими проявами ЛЖВ частіше стикалися при зверненні за медичною допомогою, не пов'язаною з ВІЛ. Досвід отримання рекомендацій не займатися сексом через ВІЛ та фізичне насильство є однаковим при будь-яких медичних послугах, як пов'язаних з лікуванням ВІЛ, так і не пов'язаних.

Таблиця 5.2. **Форми прояву СіД в медичній сфері за типами медичних послуг, %**

Прояв СіД	При отриманні послуг, пов'язаних з ВІЛ (n=2700)	При отриманні послуг, не пов'язаних з ВІЛ (n=1490, серед тих, хто звертався за меддопомогою, не пов'язаною з ВІЛ)
Уникали фізичного контакту / використовували додаткові засоби захисту через ВІЛ-статус	5	10
Розкрили ВІЛ-статус без згоди	5	10
Було відмовлено в медпослугах через ВІЛ-статус	3	7
Говорили погано або пліткували через ВІЛ-статус	5	8
Відмовили в стоматологічних послугах через ВІЛ-статус		5
Ображали в усній формі через ВІЛ-статус	3	5
Рекомендували не займатися сексом через ВІЛ-статус	4	4
Піддавали фізичному насильству через ВІЛ-статус	1	1

Що стосується дотримання лікарської таємниці медпрацівниками, то результати дослідження демонструють певне погіршення ситуації порівняно з 2020 роком. До 2020 року результати кожної із чотирьох хвиль опитування «Індекс Стигми в Україні» фіксували поступове, досить помітне зменшення частки респондентів, які повідомляли про факти розголошення медичними працівниками (як ЗОЗ загального профілю, так і медзакладів, спеціалізованих на лікуванні ВІЛ-інфекції) інформації про ВІЛ-позитивний статус респондента без його на те згоди – з 30% у 2010 році до 6% у 2020 році². Проте у 2023 році цей показник збільшився до 8% (рис. 5.4).

²Показники розраховані до загальної кількості респондентів. В 2010-2016 роках показник розраховувався як частка респондентів, які відповіли ствердно на питання «Чи розповідали співробітники медзакладів іншим людям про ваш ВІЛ-статус без Вашої згоди?». В 2020 та 2023 роках показник розраховувався як частка респондентів, які у питаннях «Чи стикалися Ви протягом останніх 12 місяців з чим-небудь із нижче вказаного з боку персоналу медичного закладу, в якому

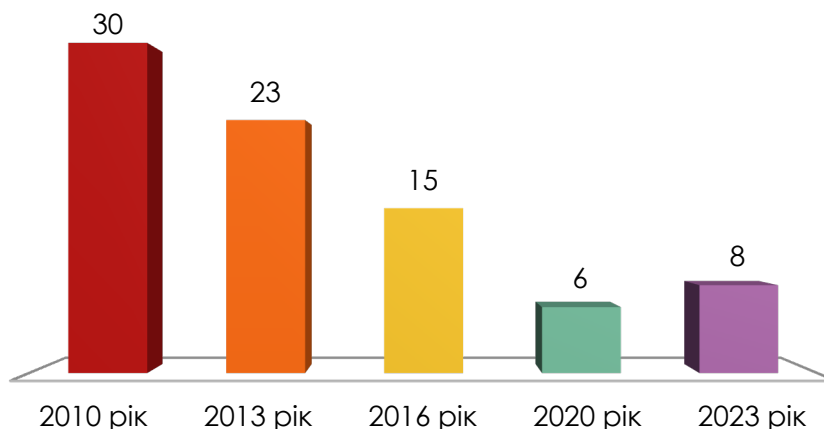


Рис. 5.4. Частка ЛЖВ, які повідомили про несанкціоноване розкриття ВІЛ-статусу медпрацівниками, у динаміці, %

Що стосується оцінки рівня конфіденційності медичної документації, пов'язаної з ВІЛ, то ситуація продовжує покращуватися. Зберігається тенденція до зростання частки респондентів, переконаних у абсолютній конфіденційності такої документації, – з 18% у 2010 році до 74% у 2023 році, і зниження частки тих, хто поділяє протилежну думку, – з 34% до 2% (рис. 5.5).

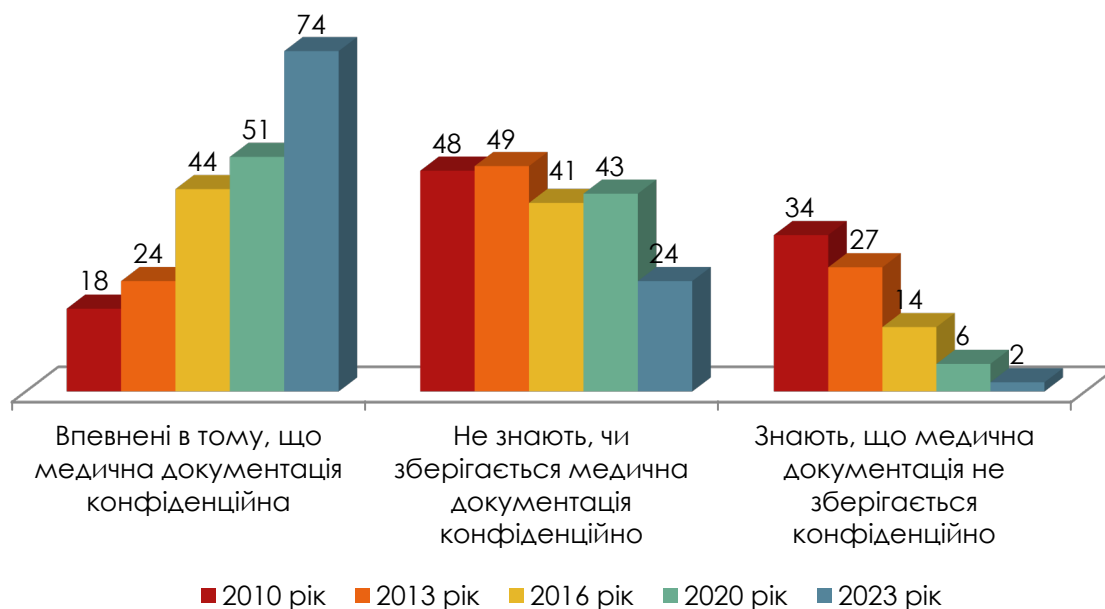


Рис. 5.5. Оцінка рівня конфіденційності медичної документації, яка стосується ВІЛ-статусу, у динаміці, %

ЛЖВ досить гостро реагують на стигму та дискримінацію з боку медичних працівників. Більше половини (15 із 25) життєвих історій були присвячені саме тематиці СіД у сфері охорони здоров'я. Багато хто із опитаних стикався з образливими висловлюваннями та зневажливим ставленням до них з боку медичного персоналу, відмовами у наданні послуг, підвищенням неформальних платежів у випадку, якщо ВІЛ-статус пацієнта ставав відомим.

Ви отримуєте послуги, пов'язані з медичним наглядом та лікуванням ВІЛ?» та «Протягом останніх 12 місяців при зверненні за медичною допомогою з причин, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, чи стикалися Ви з чим-небудь із нижче вказаного з боку персоналу медзакладу?» обрали варіант відповіді «Розкривали Ваш ВІЛ-статус без Вашої згоди».

Ситуація ускладнюється також тим, що на відміну від багатьох інших представників соціального оточення (напр., роботодавців, колег, сусідів), від яких ВІЛ-статус зазвичай приховується, медичним працівникам ця інформація досить часто стає відомою в процесі виконання ними своїх професійних обов'язків. Подібні негативні ситуації можуть стати причиною відмови від інформування пацієнтами лікарів про свій ВІЛ-статус або взагалі уникнення відвідування медичних установ навіть за необхідності.

«В мене була кіста бартолінової залози (набралася гній) і з поліклініки мене направили в лікарню. Мені зробили операцію, лікарі ставилися до мене і до мого ВІЛ-статусу нормально. А от медсестри ставилися дуже погано: фуркали, муркали. Ще перед операцією медсестра до лікаря каже: «А навіщо їй новий скальпель? Давайте візьмемо вживаний». На другий день, коли я прийшла на перев'язку, вони дали список, по якому я вже скуплялася до операції. Я їм кажу: «Я вже це все купувала». А вони у відповідь: «Вам потрібні подвійні рукавички, потрібні додаткові пелюшки. Ви, що не розумієте про свій ВІЛ-статус? Ви що хочете, щоб ми також захворіли?» (жінка, 52 роки, Кіровоградська область).

«Я є внутрішньо переміщеною особою із Запоріжжя. Після переїзду я звернулася до онкодиспансеру в м. Київ. Там мені сказали, що оскільки я є ВІЛ-позитивною, то мені потрібно сплатити кошти за купівлю додаткових засобів захисту для медперсоналу. До того ж лікарі озвучили мій ВІЛ-статус у палаті в присутності інших пацієнтів. Я розуміла, що мої права порушені, і звернулася до юриста БО «Позитивні жінки». Ми склали скаргу на цей медичний заклад і на лікарів, які собі таке дозволили. Після цього лікуюча лікарка «коректно» попросила мене більше її не відвідувати і порадила стояти на обліку і лікуватися в онкодиспансері за місцем проживання, тобто в Запоріжжі, де прилітає постійно» (жінка, 38 років, ВПО, Київська область).

Таким чином, проблема стигми та дискримінації ЛЖВ у сфері медичних послуг залишається актуальною. 20% ЛЖВ зазначили про те, що за останній рік вони стикались з проявами стигми та дискримінації з боку персоналу медичного закладу, в якому вони отримували послуги. 7% повідомили про те, що вони були обмежені у доступі до медичних послуг через їх ВІЛ-статус. Основними проявами СіД з боку медичних працівників є уникання фізичного контакту та розкриття ВІЛ-статусу медичними працівниками без згоди респондента.

5.2. Тестування на ВІЛ

Для більшості опитаних респондентів (89%) проходження тестування на ВІЛ було їхнім власним рішенням. При цьому, 82% вирішили пройти тестування свідомо і з власної волі, а 6%, хоч і прийняли рішення пройти тестування самостійно, але зробили це під тиском з боку інших людей. Десята частина опитаних (9%) зазначили, що їм зробили тест без їхнього відома і вони дізналися про це вже після того, як тест було зроблено. Ще 1% ЛЖВ примусили пройти тест на ВІЛ без їхньої згоди (рис. 5.6).

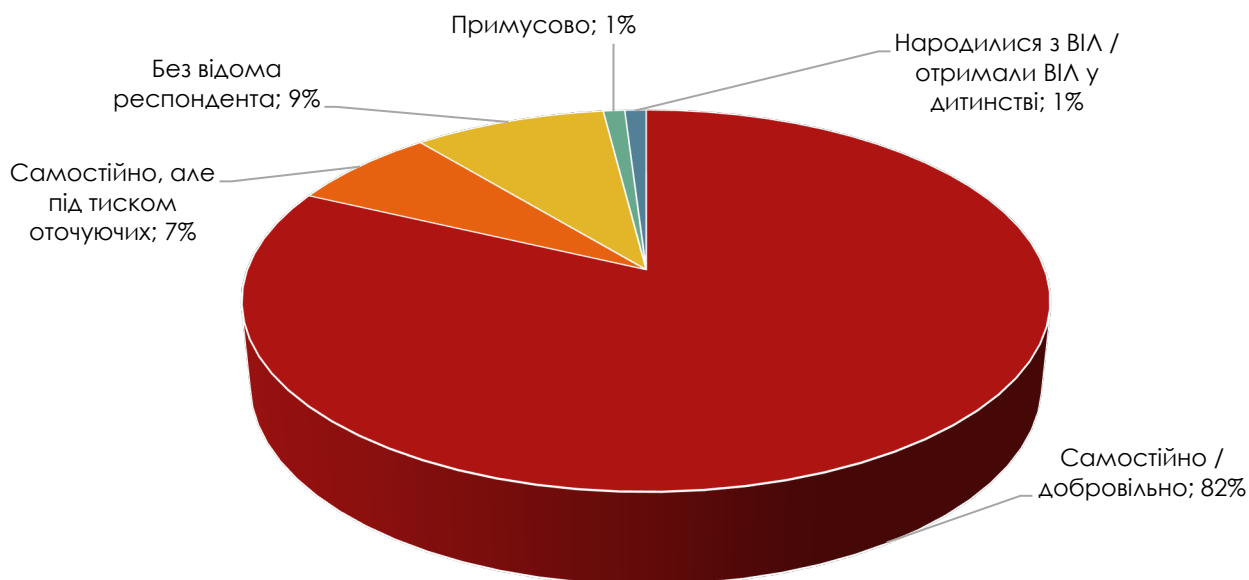


Рис. 5.6. Добровільність прийняття опитаними рішення про проходження КіТ, %

Порівняно з минулими хвилями опитування, продовжує спостерігатися позитивна динаміка щодо зростання частки тих, хто тестувався добровільно, та зменшення частки тих, хто був протестований на ВІЛ примусово (рис. 5.7).

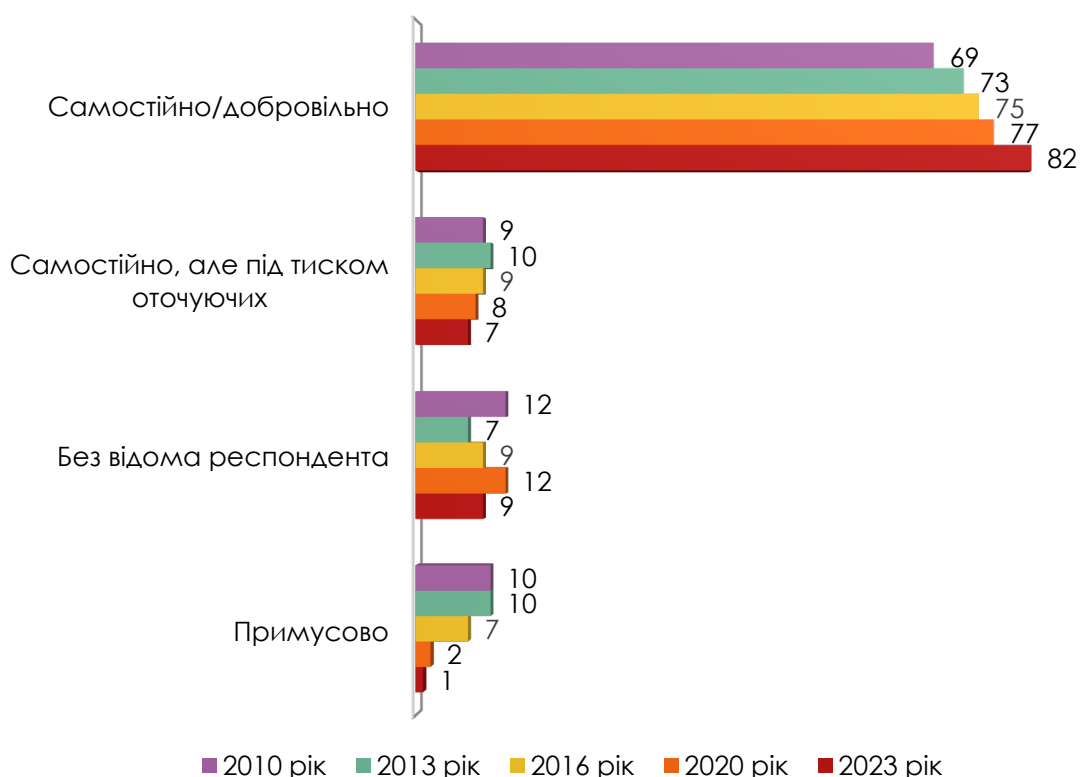


Рис. 5.7. Добровільність прийняття опитаними рішення про проходження КіТу динаміці, %

Серед ЛЖВ, яким діагноз ВІЛ-інфекції було встановлено більше 15 років тому, наявна дещо менша частка тих, хто повідомив про те, що вони прийняли рішення про проходження тестування на ВІЛ самостійно порівняно з іншими респондентами (79% порівняно з 83%-86%). Не спостерігається значимих відмінностей щодо самостійності прийняття рішення про

проходження КіТ відповідно до стажу життя з ВІЛ серед тих, кому діагноз ВІЛ було встановлено менше 15 років тому (табл. 5.3).

Таблиця 5.3. Добровільність проходження КіТ, % за стажем життя з ВІЛ

	До 1 року (n=327)	1-4 років (n=423)	5-9 років (n=629)	10-14 років (n=485)	15 років і більше (n=836)
Самостійно/добровільно	83	86	84	84	79
Самостійно, але під тиском оточуючих	8	6	7	6	6
Без відома респондента	9	8	8	9	10
Примусово	1	0	1	1	1
Народилися з ВІЛ/отримали ВІЛ в дитинстві	0	0	1	0	3

Загалом представники ключових груп стикаються з порушеннями права на добровільність проходження тестування на ВІЛ на такому ж рівні, як і ЛЖВ, що не належать до жодної КГН. Проте якщо розглядати окремі ключові групи, то результати дослідження свідчать, що більшою мірою з дискримінацією при проходженні тестування на ВІЛ стикаються представники спільнот споживачів наркотиків та секс-працівників (свідомо та добровільно проходили тестування 80% та 84% відповідно); серед представників ЧСЧ частка тих, хто проходив тестування з власної волі та без примусу складає 88% (табл. 5.4).

Таблиця 5.5. Добровільність проходження КіТ, % за належністю до КГН

	Представники КГН (n=1703)	Не належать до КГН (n=997)	ЛВНІ (n=1169)	СП (n=420)	ЧСЧ (n=292)
Самостійно/добровільно	82	83	80	84	88
Самостійно, але під тиском оточуючих	7	6	7	6	7
Без відома респондента	9	8	11	9	3
Примусово	1	0	2	1	1
Народилися з ВІЛ/отримали ВІЛ в дитинстві	0	2	0	1	2

Значимих відмінностей щодо самостійності прийняття рішення про проходження КіТ у залежності від таких соціально-демографічних факторів, як стать, вік або належність до групи ВПО, немає. Проте аналіз в розрізі типу населеного пункту, в якому проживає респондент, показав, що серед ЛЖВ, які живуть в обласному центрі, частка тих, хто прийняв рішення про проходження тестування на ВІЛ самостійно, є нижчою ніж серед тих, хто живе в інших населених пунктах – 80% порівняно з 88% (табл. 5.6).

Таблиця 5.6. Добровільність проходження КіТ, % за типом населеного пункту

	Обласний центр (n=1964)	Інші міста, селища, села (n=736)
Самостійно/добровільно	80	88
Самостійно, але під тиском оточуючих	7	5
Без відома респондента	10	5
Примусово	1	1
Народилися з ВІЛ/отримали ВІЛ в дитинстві	1	1

Головною причиною проходження тестування на ВІЛ опитані (ті, хто прийняв рішення пройти тестування самостійно, в т. ч. повністю добровільно, або під тиском оточуючих) назвали направлення в рамках взаємодії із системою охорони здоров'я – 50% опитаних пройшли тестування за порадою медичного працівника або в рамках певної медичної процедури (наприклад, передпологовий догляд, діагностика/лікування ЗПСШ, доконтактна профілактика (PrEP), медичне чоловіче обрізання, донорство крові або її компонентів). Ще частина респондентів (9%) пройшли тестування в рамках взаємодії з НУО. Другою основною причиною є проходження тестування внаслідок наявності у респондента підозри про ризик ВІЛ-інфекції – дана причина була актуальною для 23% опитаних. Крім того, 8% мали симптоми, які, за думкою респондентів, могли свідчити про наявність ВІЛ. Також 8% пройшли тестування просто тому, що хотіли знати свій ВІЛ-статус (рис. 5.8).



Рис. 5.8. Причина проходження тестування на ВІЛ, %

Порівняно з 2020 роком частка ЛЖВ, які повідомили, що пройшли тестування на ВІЛ за направленням медичного працівника збільшилася з 42% до 50%. Також дещо більше респондентів повідомили, що пройшли КіТ в результаті взаємодії з НУО (6% у 2020 році, 9% у 2023 році). Натомість частка тих, хто протестувався на ВІЛ через підозру у наявності ВІЛ-інфекції, зменшилася з 28% до 23%.

Жінки частіше проходять тестування на ВІЛ за направленням медичних працівників, порівняно з чоловіками (58% та 42% відповідно). Для чоловіків, у той же час, більш актуальними, ніж для жінок були причини «Підозра про ризик ВІЛ-інфекції» (27% проти 20%) та «Просто хотілося знати» (11% проти 5%).

Серед респондентів з числа молоді (18-34 роки) дещо більшою є частка опитаних, які пройшли тестування на ВІЛ за направленням НУО (12% порівняно із 7-8% серед респондентів зі старших вікових груп). Водночас ЛЖВ молодшого віку рідше тестувалися в рамках взаємодії з медичними закладами. Для людей старшого віку більш актуальною є причина проходження тестування на ВІЛ внаслідок наявності симптомів, які могли б свідчити про ВІЛ-інфекцію – 12% порівняно з 7-8% (табл. 5.7).

Таблиця 5.7. Головна причина проходження тестування на ВІЛ, % за віком

	18-34 роки (n=451)	35-49 років (n=1613)	старше 50 років (n=337)
Порадив пройти тест медичний працівник або тест був частиною медичної процедури	45	51	48
Підозрювали про ризик ВІЛ-інфекції	24	23	23
Погано почувалися, думали, що це може бути пов'язано з ВІЛ	7	8	12
В результаті взаємодії з НУО	12	8	7
Це було вимогою (наприклад, при працевлаштуванні, отриманні візи тощо)	2	2	3
Просто хотіли знати	10	8	7

Мешканці обласних центрів рідше за мешканців інших населених пунктів проходили тестування в рамках медичного супроводу – за направленням лікаря тестувалися на ВІЛ 48% опитаних з обласних центрів, порівняно з 53% в інших містах, селах. Але при цьому ЛЖВ, які проживають в обласних центрах частіше проходили КіТ просто з цікавості (10% порівняно з 4%).

Причини проходження тестування на ВІЛ серед ЛЖВ, які належать до внутрішньо переміщених осіб і мешканців приймаючих громад, значимо не відрізняються.

Серед респондентів, які мають більший стаж життя з ВІЛ, вищою є частка тих, хто проходив тестування за направленням лікаря (54% серед тих, хто живе з ВІЛ більше 10 років, 44-47% – стаж життя з ВІЛ менше 10 років). Водночас ЛЖВ, які мають менший стаж життя з ВІЛ, частіше проходили тестування в рамках взаємодії з НУО (табл. 5.8).

Таблиця 5.8. Головна причина проходження КіТ на ВІЛ, % за стажем життя з ВІЛ

	До 1 року (n=295)	1-4 роки (n=389)	5-9 років (n=569)	10-14 років (n=463)	15 років і більше (n=712)
Порадив пройти тест медичний працівник або тест був частиною медичної процедури	46	44	47	54	54
Підозрювали про ризик ВІЛ-інфекції	23	22	25	20	25
Погано почувалися, думали, що це може бути пов'язано з ВІЛ	7	10	9	7	7
В результаті взаємодії з НУО	13	15	10	7	4
Це було вимогою (наприклад, при працевлаштуванні, отриманні візи тощо)	2	1	1	4	1
Просто хотіли знати	8	10	8	8	8

Представники ключових груп рідше порівняно із респондентами, які до них не належать, проходять тестування за направленням медичних працівників (43% порівняно з 61%). При цьому, для представників ключових груп більш актуальними є причини «Підозра на ВІЛ-інфекцію» (28% порівняно з 16%) та «Взаємодія з НУО» (10% порівняно з 4%). Серед ЧСЧ значимо менша частка опитаних (порівняно із іншими ключовими групами та із тими, хто до них не належить) проходили тестування за направленням в рамках медичної системи (30% порівняно з 44-45%). Для ЧСЧ, в той же час, більш актуальним є проходження тестування на ВІЛ з цікавості (17% порівняно з 7-10%). (табл. 5.9).

Таблиця 5.9. Головна причина проходження тестування на ВІЛ, %за належністю до КГН

	Представники КГН (n=1512)	Не належать до КГН (n=889)	ЛВНІ (n=1019)	СП (n=378)	ЧСЧ (n=276)
Порадив пройти тест медичний працівник або тест був частиною медичної процедури	43	61	45	44	30
Підозрювали про ризик ВІЛ-інфекції	28	16	29	25	30
Погано почувалися, думали, що це може бути пов'язано з ВІЛ	7	9	7	8	9
В результаті взаємодії з НУО	10	7	9	11	12
Це було вимогою (наприклад, при працевлаштуванні, отриманні візи тощо)	2	2	3	1	1
Просто хотіли знати	9	6	7	10	17

Більшість опитаних (72%) пройшли тестування на ВІЛ одразу ж, як тільки задумалися про те, що потрібно його пройти. Ще 13% респондентів пройшли тестування впродовж півроку, після того, як ідея пройти тестування спала їм на думку. 7% ЛЖВ зволікали з проходженням тестування від 6 місяців і більше (рис. 5.9).



Рис. 5.9. Проміжок часу між моментом, коли респонденти вперше задумалися про проходження тестування, та моментом, коли вони його пройшли, %

При порівнянні даних різних хвиль дослідження, продовжує спостерігатися тенденція до зменшення часового проміжку між моментом, коли респонденти вперше замислюються

про проходження тестування на ВІЛ та безпосередньо самим проходженням даної процедури (рис. 5.10).

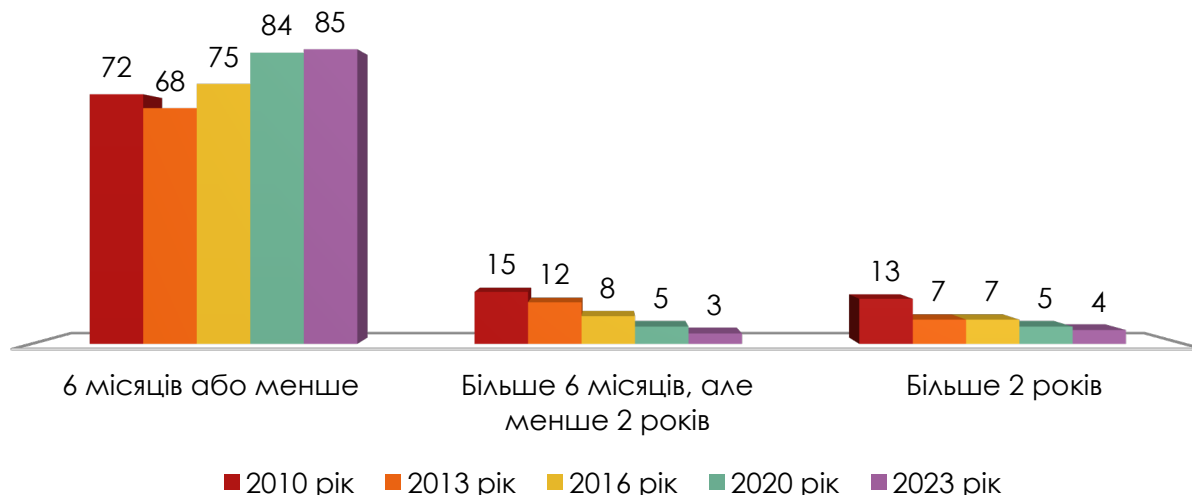


Рис. 5.10. Проміжок часу між тим, коли респонденти вперше задумалися про проходження тестування, та моментом, коли вони його пройшли, у динаміці, %

Чоловіки схильні довше вагатися перед проходженням тесту, ніж жінки – 77% жінок зробили тест одразу, не задумуючись порівняно з 68% серед чоловіків. Також більш швидкими у прийнятті рішення є респонденти молодшого віку (18-34 років) – 77% пройшли тестування одразу порівняно з 70-71% серед більш старших вікових категорій.

Спостерігається тенденція залежності тривалості прийняття рішення про тестування від стажу життя з ВІЛ – чим більшим є термін встановлення діагнозу ВІЛ, тим більшим є частка тих, хто зволікав із тестуванням (табл. 5.10).

Таблиця 5.10. Проміжок часу між моментом, коли респонденти вперше задумалися про проходження тестування, та моментом, коли вони його пройшли, % за стажем життя з ВІЛ

	До 1 року (n=295)	1-4 років (n=389)	5-9 років (n=569)	10-14 років (n=463)	15 років і більше (n=712)
Не задумувався/ась, зробив/ла тест одразу	81	77	68	69	71
6 місяців або менше	12	14	17	13	9
Більше 6 місяців, але менше 2 років	2	3	5	3	3
Більше 2 років	1	2	3	6	5
Не знаю/не пам'ятаю	4	4	6	9	11

Представники ключових груп більш схильні до тривалого зволікання із проходженням тестування, порівняно із тими респондентами, які до них не належать (табл. 5.11). Так, серед тих, хто не є представником жодної КГН, 79% опитаних проходили тестування одразу, тоді, як серед представників ключових груп частка таких респондентів складає 68%. Найменше вагалися перед проходженням КіТ представники групи секс-працівників – 72% повідомили, що пройшли тестування на ВІЛ одразу, порівняно з 66% серед споживачів ін'єкційних наркотиків та 68% серед ЧСЧ.

Таблиця 5.11. Проміжок часу між моментом, коли респонденти вперше задумалися про проходження тестування, та моментом, коли вони його пройшли, % за належністю до КГН

	Представники КГН (n=1512)	Не належать до КГН (n=889)	ЛВНІ (n=1019)	СП (n=378)	ЧСЧ (n=276)
Не задумувався/ась, зробив/ла тест одразу	68	79	66	72	68
6 місяців або менше	14	10	14	13	18
Більше 6 місяців, але менше 2 років	4	2	5	5	3
Більше 2 років	5	3	6	3	4
Не знаю/не пам'ятаю	9	6	10	6	7

41% опитаних зазначили, що побоювалися реакції з боку інших людей (друзів, членів сім'ї, роботодавця або знайомих) на можливий позитивний результат тесту на ВІЛ, який змусив їх відкласти проходження тестування. Необхідно зазначити, що частка тих, хто мав страх та зволікав із тестуванням, значимо вища серед тих ЛЖВ, що проживають за межами обласних центрів (49% порівняно з 38%).

Таким чином, результати дослідження продовжують демонструвати тенденцію до збільшення частки ЛЖВ, які пройшли тестування на ВІЛ добровільно та свідомо – від 69% у 2010 році до 82% у 2023 році. Водночас з року у рік продовжує зменшуватися відсоток тих ЛЖВ, які були протестовані примусово (від 10% у 2010 році до 1% у 2023 році).

5.3. Досвід лікування ВІЛ-інфекції та прихильність до АРТ

Майже всі опитані (94%) повідомили, що перебувають зараз або перебували раніше під медичним наглядом (на диспансерному обліку) із діагнозом «ВІЛ-інфекція». Частка ЛЖВ, залучених до лікування ВІЛ, вища серед жінок, ніж серед чоловіків (97% проти 92%). Крім того, менша частка опитаних, які проживають в обласних центрах, зазначили, що перебувають або перебували на обліку у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, порівняно з респондентами з інших міст та сіл (93% порівняно з 96%).

Стаж життя з ВІЛ значимо не впливає на досвід залучення до лікування ВІЛ. Загалом серед ЛЖВ, які належать до ключових груп населення, така сама частка тих, хто стоїть або стояв на обліку з приводу ВІЛ. Проте варто зазначити, що частка ЧСЧ, які перебувають під медичним наглядом з приводу ВІЛ, значимо менша, ніж серед інших КГН – 86% проти 95-96% (табл. 5.12).

Таблиця 5.12. **Перебувають зараз або перебували раніше під медичним наглядом (на диспансерному обліку) із діагнозом «ВІЛ-інфекція», % за належністю до КГН**

Належність до КГН	Представники КГН (<i>n=1703</i>)	94
	Не належать до КГН (<i>n=997</i>)	94
	ЛВНІ (<i>n=1169</i>)	96
	СП (<i>n=420</i>)	95
	ЧСЧ (<i>n=292</i>)	86

Більше половини (58%) опитаних ЛЖВ зазначили, що відкладали початок медичного нагляду та лікування ВІЛ³. Цей показник покращився порівняно з 2020 роком, коли про відкладення початку медичного нагляду та лікування ВІЛ повідомили дві третини опитаних (68%). У 2023 році про досвід відтермінування початку лікування ВІЛ найчастіше повідомляли ЛЖВ, які мають стаж життя з ВІЛ від 10 до 14 років (65%), а найрідше – ті, хто живе з ВІЛ протягом 1-4 років – 50% (табл. 5.13). Залежності від інших соціально-демографічних характеристик не спостерігається.

Таблиця 5.13. **Відкладали початок медичного нагляду та лікування ВІЛ, % за стажем життя з ВІЛ**

Стаж життя з ВІЛ	До 1 року (<i>n=327</i>)	56
	1-4 років (<i>n=423</i>)	50
	5-9 років (<i>n=629</i>)	59
	10-14 років (<i>n=485</i>)	65
	15 років і більше (<i>n=836</i>)	57

У респондентів, які мали перерву між встановленням діагнозу «ВІЛ-інфекція» та початком лікування ВІЛ, запитували про причини цієї перерви. Згідно відповідей опитаних ЛЖВ, основними причинами є побоювання, що про ВІЛ-статус дізнаються сторонні люди (актуально для 78% респондентів, які відкладали лікування) або партнер чи інші родичи, друзі (63%). Також значна кількість опитаних побоювалися негативного ставлення або дискримінаційних дій з боку медичних працівників – 61% (рис. 5.11). Про неготовність щонебудь робити з ВІЛ-інфекцією зазначили більше половини опитаних. Цей показник зменшився, порівняно з 2020 роком з 68% до 57%. Попередній негативний досвід взаємодії з медичними працівниками, внаслідок якого було відкладено лікування ВІЛ, мали трохи більше третини опитаних.

³Розраховано, як частку респондентів, які в питанні «Чи примусило Вас щонебудь із нижче вказаного відкласти початок медичного нагляду та лікування ВІЛ?» обрали хоча б одну причину, по якій відкладали лікування.



Рис. 5.11. Причини відкладення медичного нагляду та лікування ВІЛ, % до тих, хто відкладав (n=1563)

Серед тих, хто перебуває або перебував раніше під медичним наглядом із діагнозом «ВІЛ-інфекція», лише одна особа зазначила, що ніколи не отримувала антиретровірусну терапію (АРТ). Більше чверті опитаних, 27%, почали прийом АРТ одразу після встановлення діагнозу «ВІЛ-інфекція»; ще третина опитаних (34%) зробили це впродовж місяця з моменту встановлення діагнозу. 14% респондентів почали приймати АРТ після 2 років життя з ВІЛ (рис. 5.12).



Рис. 5.12. Початок прийому АРТ, %

Серед жінок дещо більше тих, хто розпочав раннє лікування ВІЛ (негайно або впродовж місяця після встановлення діагнозу), порівняно з чоловіками – 65% проти 58% (табл. 5.14). Також серед ЛЖВ молодшого віку спостерігається тенденція до більш раннього початку прийому АРТ (табл. 5.15). Аналогічна тенденція спостерігається щодо стажу життя з

ВІЛ: чим довше респонденти живуть з ВІЛ, тим пізніше після встановлення діагнозу вони починали прийом АРТ (табл. 5.16). Останнє вочевидь пов'язано зі зміною протоколів лікування ВІЛ у відповідності із міжнародними вимогами щодо максимально раннього початку прийому АРТ.

Таблиця 5.14. Початок прийому АРТ, % за статтю

	Жінки (n=1221)	Чоловіки (n=1306)
Негайно або в той же день, коли був встановлений діагноз	28	27
>1 дня або до 1 місяця (30 днів) після діагнозу	38	31
>1 місяця до 6 місяців після діагнозу	10	13
>6 місяців до 2 років після діагнозу	4	7
>2 років після встановлення діагнозу	14	14
Не пам'ятаю	7	8

Таблиця 5.15. Початок прийому АРТ, % за віком

	18-34 роки (n=472)	35-49 років (n=1714)	старше 50 років (n=358)
Негайно або в той же день, коли був встановлений діагноз	38	25	23
>1 дня або до 1 місяця (30 днів) після діагнозу	40	33	32
>1 місяця до 6 місяців після діагнозу	11	11	14
>6 місяців до 2 років після діагнозу	3	6	6
>2 років після встановлення діагнозу	4	16	14
Не пам'ятаю	4	8	11

Таблиця 5.16. Початок прийому АРТ, % за стажем життя з ВІЛ

	До 1 року (n=301)	1-4 років (n=395)	5-9 років (n=599)	10-14 років (n=458)	15 років і більше (n=791)
Негайно або в той же день, коли був встановлений діагноз	50	41	26	24	15
>1 дня або до 1 місяця (30 днів) після діагнозу	40	45	43	29	24
>1 місяця до 6 місяців після діагнозу	6	8	15	13	12
>6 місяців до 2 років після діагнозу	1	3	7	9	7
>2 років після встановлення діагнозу	1	2	4	16	30
Не пам'ятаю	1	1	5	10	13

Також тенденція до більш пізнього початку прийому АРТ спостерігається серед ключових груп: значимо менша частка представників КГН починають приймати АРТ негайно (24%) або впродовж першого місяця після встановлення діагнозу (32%), порівняно з ЛЖВ, які не належать до КГН (33% та 38% відповідно) (табл. 5.17). При цьому, споживачі наркотиків починають прийом АРТ загалом пізніше за представників інших ключових груп.

Таблиця 5.17. Початок прийому АРТ, % за належністю до КГН

	Не належать до КГН (n=1602)	Представники КГН (n=942)	ЛВНІ (n=1123)	СП (n=398)	ЧСЧ (n=251)
Негайно або в той же день, коли був встановлений діагноз	24	33	20	29	32
>1 дня або до 1 місяця (30 днів) після діагнозу	32	38	31	35	34
>1 місяця до 6 місяців після діагнозу	13	9	14	12	15
>6 місяців до 2 років після діагнозу	7	4	8	6	5
>2 років після встановлення діагнозу	16	9	18	12	12
Не пам'ятаю	8	6	10	6	2

Для більшості опитаних, які перебувають або перебували раніше під медичним наглядом із діагнозом «ВІЛ-інфекція», рішення про початок прийому АРТ було самостійним – респондентам були пояснені переваги, і вони вирішили почати лікування, як тільки їм його запропонували (82%). Цей показник покращився порівняно з 2020 роком, коли він становив 72%. Ще 15% опитаних також приймали рішення самостійно, але вирішили почекати і почали лікування пізніше (в 2020 році таких респондентів було 21%). Тільки 2% опитаних ЛЖВ медичний персонал примусив почати лікування (рис. 5.13).

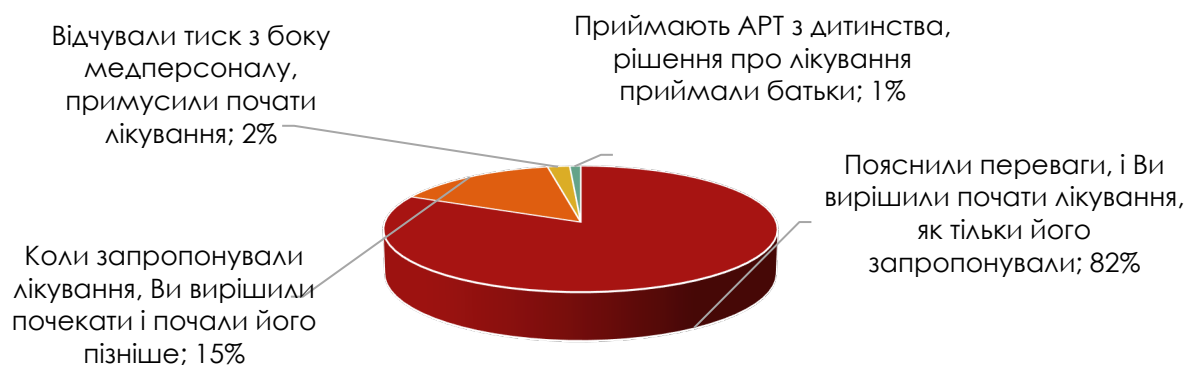


Рис. 5.13. Добровільність рішення про початок прийому АРТ, %

Добровільність прийняття рішення про початок прийому АРТ не залежить від статі та віку ЛЖВ чи належності до групи ВПО, проте спостерігається залежність від типу населеного пункту, в якому проживають респонденти. Так, серед мешканців обласних центрів більша частка опитаних повідомили про те, що рішення про початок прийому АРТ було самостійним і вони розпочали лікування негайно (83%), порівняно з тими, хто проживає в інших містах та селах (78%). Натомість у невеликих населених пунктах більш поширена практика зволікати з початком прийому АРТ (20% порівняно з 14%).

Також, спостерігається залежність від стажу життя з ВІЛ: серед тих, чий діагноз було встановлено порівняно недавно, більше тих, хто почав лікування свідомо та добровільно (табл. 5.18).

Таблиця 5.18. Добровільність рішення про початок АРТ, % за стажем життя з ВІЛ

	До 1 року (n=301)	1-4 років (n=395)	5-9 років (n=599)	10-14 років (n=458)	15 років і більше (n=791)
Пояснили переваги, і Ви вирішили почати лікування, як тільки його запропонували	93	90	83	79	74
Коли запропонували лікування, Ви вирішили почекати і почали його пізніше	6	9	14	18	21
Відчували тиск з боку медперсоналу, примусили почати лікування	1	1	2	2	2
Приймають АРТ з дитинства, рішення про лікування приймали батьки	0	0	1	0	3

Також, серед представників ключових груп менша частка зазначили, що розпочали прийом АРТ одразу (79%), ніж серед тих опитаних, хто не є представниками жодної КГН (87%). Найчастіше зволікали з початком прийому споживачі ін'єкційних наркотиків – 76% (табл. 5.19).

Таблиця 5.19. Добровільність рішення про початок АРТ, % за належністю до КГН

	Не належать до КГН (n=1602)	Представники КГН (n=942)	ЛВНІ (n=1123)	СП (n=398)	ЧСЧ (n=251)
Пояснили переваги, і Ви вирішили почати лікування, як тільки його запропонували	79	87	76	81	85
Коли запропонували лікування, Ви вирішили почекати і почали його пізніше	19	10	21	15	11
Відчували тиск з боку медперсоналу, примусили почати лікування	2	1	2	3	2
Приймають АРТ з дитинства, рішення про лікування приймали батьки	0	2	0	1	2

Шоста частина (14%) тих респондентів, які мають досвід прийому АРВ-препаратів, зазначили, що за останній рік вони пропускали прийоми АРТ через страх, що хтось може дізнатися про їх ВІЛ-статус. Соціально-демографічні характеристики або досвід життя з ВІЛ і належність до ключових груп населення не впливає на даний індикатор.

Загалом чверть (26%) тих, хто перебуває або перебував раніше під медичним наглядом із діагнозом «ВІЛ-інфекція», зазначили, що вони мали досвід переривання АРТ. Демографічні характеристики значимо не впливають на досвід переривання лікування. Проте

результати дослідження свідчать, що чим більший стаж життя з ВІЛ, тим більша вірогідність переривання прийому АРТ (табл. 5.20).

Таблиця 5.20. Мали досвід переривання прийому АРТ, % за стажем життя з ВІЛ

Стаж життя з ВІЛ	До 1 року (<i>n</i> =301)	8
	1-4 років (<i>n</i> =395)	19
	5-9 років (<i>n</i> =599)	27
	10-14 років (<i>n</i> =458)	33
	15 років і більше (<i>n</i> =791)	31

Ще одним фактором, який впливає на переривання прийому АРТ, є належність до ключових груп: представники КГН переривали прийом АРТ частіше, ніж ті, хто до них не належить (табл. 5.21). Найчастіше переривання лікування практикують споживачі ін'єкційних наркотиків (33%).

Таблиця 5.21. Мали досвід переривання прийому АРТ, % за належністю до КГН

Належність до КГН	Представники КГН (<i>n</i> =1602)	28
	Не належать до КГН (<i>n</i> =942)	22
	ЛВНІ (<i>n</i> =1123)	33
	СП (<i>n</i> =398)	25
	ЧСЧ (<i>n</i> =251)	21

Серед тих, хто мав досвід переривання АРТ, більше половини (59%) зазначили, що переривали лікування протягом останнього року. У половині випадків це було пов'язано з причинами, не пов'язаними зі стигмою (вживання алкоголю/наркотиків; життєві обставини – переїзд в інше місто, виїзд на заробітки, розлучення, яке вплинуло на психоемоційний стан; не було змоги вчасно отримати АРТ; побічні ефекти; бажання відпочити від АРТ). Серед причин переривання прийому АРТ, які були пов'язані зі стигмою, респонденти найчастіше зазначали неготовність що-небудь робити щодо свого ВІЛ-статусу та побоювання, що хто-небудь дізнається про ВІЛ-статус (рис. 5.14).



Рис. 5.14. Причини переривання АРТ, % до тих, хто мав досвід переривання прийому АРТ (*n*=660)

У якості основної причини відкладення відновлення лікування ВІЛ респонденти, які мали досвід переривання прийому АРТ, зазначили неготовність що-небудь робити з ВІЛ-інфекцією (46%) (рис. 5.15).

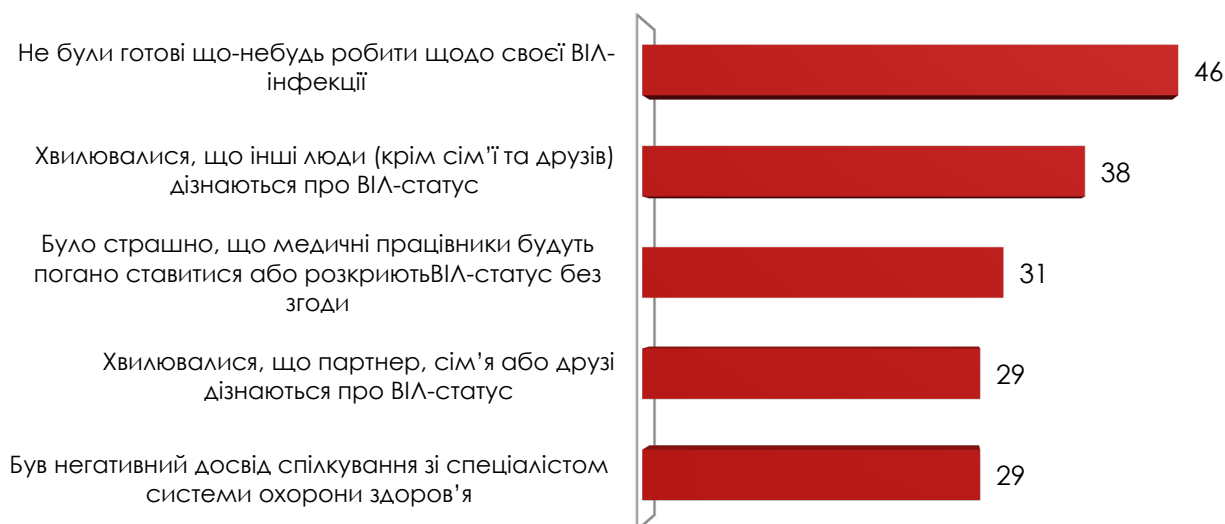


Рис. 5.15. Причини відкладення відновлення лікування ВІЛ при перериванні, % до тих, хто мав досвід переривання прийому АРТ (n=660)

7% всіх опитаних ЛЖВ зазначили, що на даний момент вони не приймають АРТ⁴. У якості головної (не пов'язана зі стигмою) причини цього вони зазначили неможливість забрати медикаменти із клініки – 28%, а також те, що вони не відчують, що їм потрібне лікування – 24% (рис. 5.16).

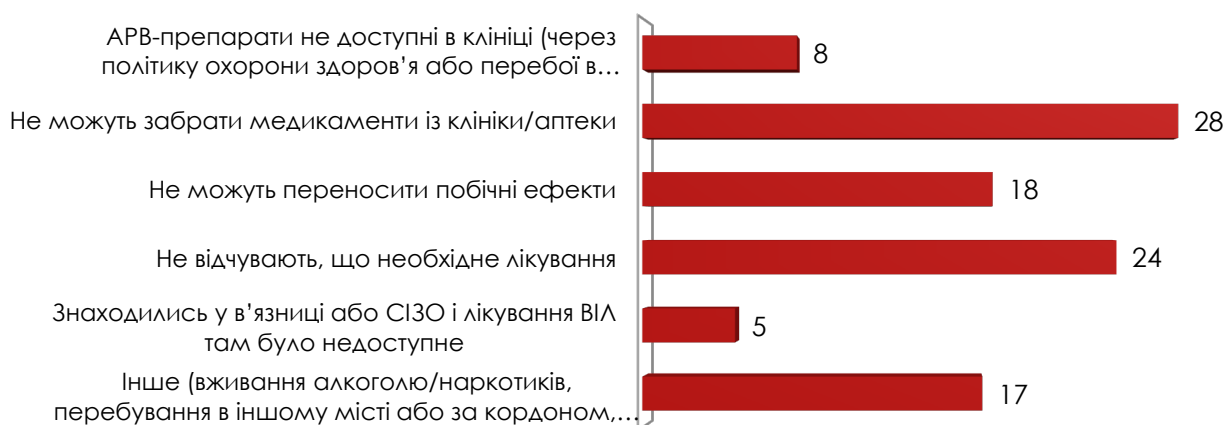


Рис. 5.16. Головна (не пов'язана зі стигмою) причина того, що на даний момент не приймають лікування від ВІЛ (АРТ), % до тих, хто не приймає АРТ (n=189)

Серед респондентів, які перебувають або перебували раніше під медичним наглядом із діагнозом «ВІЛ-інфекція», дві третини (77%) повідомили, що впродовж останніх 12

⁴ Розраховано, як частка респондентів, які в питанні «Яка ГОЛОВНА (не пов'язана зі стигмою) причина того, що Ви на даний момент не приймаєте лікування від ВІЛ АРТ?» (яке задавалося тим, хто переривав прийом АРТ та тим, хто НЕ перебуває під медичним наглядом із діагнозом ВІЛ-інфекція) не обрали варіанти «Н/С (не стосується) – Ви припиняли лікування, але не протягом останніх 12 місяців» або «Респондент припиняв лікування протягом останніх 12 місяців, але на момент дослідження відновив його».

місяців вони були повідомлені про невизначене вірусне навантаження. Частина опитаних не перевіряли вірусне навантаження за останні 12 місяців, або перевіряли, але ще не мають результату (5% та 9% відповідно). У 7% вірусне навантаження визначається або вірус не пригнічений. Лише 2% респондентів повідомили про те, що не знають, що таке вірусне навантаження або вірусна супресія.

Прослідковується залежність відповідей респондентів про рівень їхнього вірусного навантаження від статі і стажу життя з ВІЛ. Так, жінки частіше, порівняно з чоловіками, зазначали, що їм повідомляли про невизначене вірусне навантаження – 80% проти 74%.

Що стосується стажу життя з ВІЛ, то серед респондентів яким діагноз «ВІЛ» було встановлено менше 1 року тому, значимо менша частка тих, хто зазначав, що їм повідомляли про наявність вірусної супресії (невизначеного ВН) порівняно з іншими опитаними (табл. 5.22).

Таблиця 5.22. **Наявність невизначеного ВН, % за стажем життя з ВІЛ**

	До 1 року (n=301)	1-4 років (n=395)	5-9 років (n=599)	10-14 років (n=458)	15 років і більше (n=791)
Так	53	81	79	79	81
Ні, протягом останніх 12 місяців не перевіряли ВН	8	7	5	5	4
Ні, перевіряли ВН, і чекають результат	20	7	7	9	7
Ні, ВН визначається або вірус не пригнічений	16	4	8	6	6
Не знають, що таке ВН або вірусна супресія	3	2	2	1	2

Майже всі опитані, окрім 6 осіб, зазначили про наявність досвіду отримання послуг, пов'язаних з медичним наглядом та лікуванням ВІЛ. Найбільша частка ЛЖВ (90%) отримує послуги з лікування ВІЛ в державній клініці або закладі в системі охорони громадського здоров'я (рис. 5.17).



Рис. 5.17. **Місця отримання послуг, пов'язаних з медичним наглядом та лікуванням ВІЛ, %**

Третина опитаних (35%) зазначили, що вони знають про існування клінік, створених спільноту або НУО, в яких вони можуть отримувати послуги, пов'язані з ВІЛ. Проте користуються послугами цих клінік лише 1% ЛЖВ (у випадку клінік, організованих спільнотами), та менше 1% – 4 особи (у випадку клінік, створених НУО).

Більшість ЛЖВ (95%) повідомили, що мають укладену декларацію з сімейним лікарем, при цьому 82% користуються послугами сімейного лікаря при потребі.

Результати опитування свідчать, що для ЛЖВ найбільш зручними каналами отримання АРТ є ті, які можуть забезпечити максимальний рівень конфіденційності – спеціалізовані лікувальні заклади (95%) та через поштове відділення (55%). У сімейного лікаря та в аптеці бажають отримувати ліки менша частка ЛЖВ (15% та 19% відповідно).

Таким чином, рівень залучення ЛЖВ до лікування є достатньо високим – 94% перебувають або перебували раніше під медичним наглядом з приводу ВІЛ. Проте проблема несвочасного початку лікування ВІЛ-інфекції залишається досі актуальною. Зокрема більше половини (58%) опитаних ЛЖВ зазначили, що відкладали початок медичного нагляду та лікування ВІЛ після отримання позитивного результату тестування. Також коли-небудь переривали лікування ВІЛ більше чверті (26%) ЛЖВ, які перебували під медичним наглядом. Більше половини (59%) осіб, які мали досвід переривання прийому АРТ, зазначили, що переривали лікування протягом останнього року. 7% всіх опитаних ЛЖВ зазначили, що на даний момент не приймають АРТ.

5.4. Сексуальне та репродуктивне здоров'я

2% опитаних чоловіків та 5% жінок зазначили, що протягом останніх 12 місяців вони стикалися принаймні з одним проявом СіД у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи СіД у сфері планування сім'ї та прояви СіД, пов'язані із вагітністю, пологами та вигодовуванням дитини (рис. 5.18). Показники 2023 року не відрізняються від даних 2020 року.

СіД у сфері планування сім'ї

- 2% чоловіків
- 3% жінок

СіД у сфері вагітності, пологів та вигодовування дитини

- 3% жінок

СіД у сфері сексуального і репродуктивного здоров'я

- 2% чоловіків 5% жінок

Рис. 5.18. Інтегральний показник СіД у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я, % за статтю

Конкретні прояви СіД у сфері планування сім'ї включають поради відмовитися від народження дітей, тиск щодо проходження стерилізації, відмову в послугах з контрацепції або планування сім'ї тощо, а прояви СіД, пов'язані із вагітністю, пологами та вигодовуванням дитини – рекомендації щодо переривання вагітності, тиск щодо вибору конкретних видів контрацепції, пологів, вигодовування дитини тощо (табл. 5.23).

«У 2021 році я дізналася про ВІЛ-статус, коли була вже на 4-му місяці вагітності. Я звернулась в «Центр матері та дитини» за місцем проживання і там мені лікарі сказали, щоб я робила аборт або вони будуть штучно викликати пологи, бо я «заразна, спідозна, і дитина народиться спідозною». Я відмовлялась. Кожного разу, коли доводилось відвідувати лікарів в цьому закладі, до мене ставились дуже зневажливо, називали «спідозною», тиснули на мене, щоб зробила аборт, кричали і сварились на мене, вдягали по 3 пари рукавичок, повністю обробляли весь кабінет дезінфікуючими засобами» (жінка, 38 років, Вінницька область).

Аналіз відповідей на відкриті запитання, які ставилися респондентам/кам, які мають досвід СіД у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я, свідчить, що у більшості випадків вони або нікому не повідомляли про вказану проблему, або розказували родичам/друзям/соціальним працівникам для того, щоб «виговоритися». Практично ніхто з опитаних не повідомив про спробу захистити свої права, наприклад, поскаржившись керівництву медзакладу.

Таблиця 5.23. Прояви СіД у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я, %

	Стикалися через ВІЛ-статус	Чи сказали Ви кому-небудь про це?, % серед тих, хто стикався	
		Так	Ні
Прояви СіД у сфері планування сім'ї, % до всіх респондентів			
Давали Вам раду не ставати матір'ю/батьком	1	41	59
Тиснули на Вас або спонукали пройти стерилізацію	1	40	60
Провели Вам стерилізацію без Вашого відома або без Вашої згоди	0		
Відмовили Вам в призначенні контрацепції чи послугах планування сім'ї	0,2 (5 осіб)	40	60
Сказали Вам, що для отримання лікування ВІЛ (АРТ) Вам необхідно використовувати контрацепцію, в т.ч. який-небудь конкретний її вид	1	36	64
Прояви СіД, пов'язані із вагітністю, пологами та вигодовуванням дитини, % до жінок (n=1070)			
Вам рекомендували перервати вагітність	1	64	36
Тиснули на Вас, щоб Ви використовували конкретний вид контрацепції, а не	0,5	40	60

	Стикалися через ВІЛ-статус	Чи сказали Ви кому-небудь про це?, % серед тих, хто стикався	
		Так	Ні
консультували про різні види контрацепції і надавали можливість вибору			
Тиснули на Вас при виборі конкретного способу пологів	1	33	67
Тиснули на Вас при виборі конкретного методу вигодовування дитини	1	7	93
Примушували Вас приймати АРТ, для зниження ризику передачі ВІЛ, а не запропонували це, як можливість	1	11	89

5.5. Досвід отримання медичних послуг, не пов'язаних з ВІЛ

Більше третини (37%) опитаних ЛЖВ оцінюють стан свого здоров'я як добрий. Як і у 2020 році, в поточному опитуванні тільки десята частина респондентів (9%) описали своє здоров'я як погане. При цьому більше ніж у половини опитаних (54%) за останні 12 місяців було виявлено хоча б одне із супутніх захворювань. Найпоширенішими є неінфекційні захворювання, їх мали більше чверті респондентів (29%), а також ментальні проблеми – 22% (рис. 5.19). При цьому порівняно з 2020 роком і неінфекційні захворювання, і ментальні порушення стали діагностуватися частіше (з 19% до 29% та з 16% до 22% відповідно). Три чверті (74%) ЛЖВ, які мали відповідні захворювання, протягом останніх 12 місяців отримували лікування від них.



Рис. 5.19. Діагнози, встановлені за останні 12 місяців, %

Деяко більше чверті всіх опитаних ЛЖВ (29%) зазначили, що вони зазвичай розкривають свій ВІЛ-позитивний статус, отримуючи медичні послуги загального характеру (не пов'язані з ВІЛ) поза ВІЛ-клінікою (в поліклініці, приватній стоматології тощо). Мешканці обласних центрів частіше за ЛЖВ, які проживають в інших містах та селах, повідомляють медичним працівникам про свій ВІЛ-позитивний статус (31% порівняно з 22%).

Таблиця 5.24. Повідомлення про ВІЛ-статус в медичних закладах, % за належністю до КГН

	Представники КГН (n=1703)	Не належать до КГН (n=997)	ЛВНІ (n=1169)	СП (n=420)	ЧСЧ (n=292)
Розкривають свій ВІЛ-статус в медичних закладах загального профілю	33	21	38	28	25

Представники ключових груп загалом є більш відвертими з медичними працівниками закладів, не пов'язаних з лікуванням ВІЛ-інфекції, ніж ті, хто не належать до КГН. ЛЖВ із ключових груп вдвічі частіше розкривають свій ВІЛ-статус, ніж ЛЖВ із числа представників загального населення (33% порівняно з 21%). Найчастіше про свій ВІЛ-статус повідомлять представники споживачів ін'єкційних наркотиків (табл. 5.24).

6. ПРАВА ЛЮДИНИ І ЗМІНИ В ЦІЙ СФЕРІ

В Україні створено законодавчу базу, яка орієнтована на захист прав людей, які живуть з ВІЛ, в першу чергу, це Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»⁵.

Разом із тим обізнаність людей, які живуть з ВІЛ, із законодавством, а отже і готовність захищати свої права в разі їх порушення, залишаються недостатніми. За результатами опитування, трохи більше половини (56%) опитаних знають про існування законів, які захищають ЛЖВ від дискримінації. Решта – не знають, чи існують такі закони, або впевнені, що їх немає (рис. 6.1).

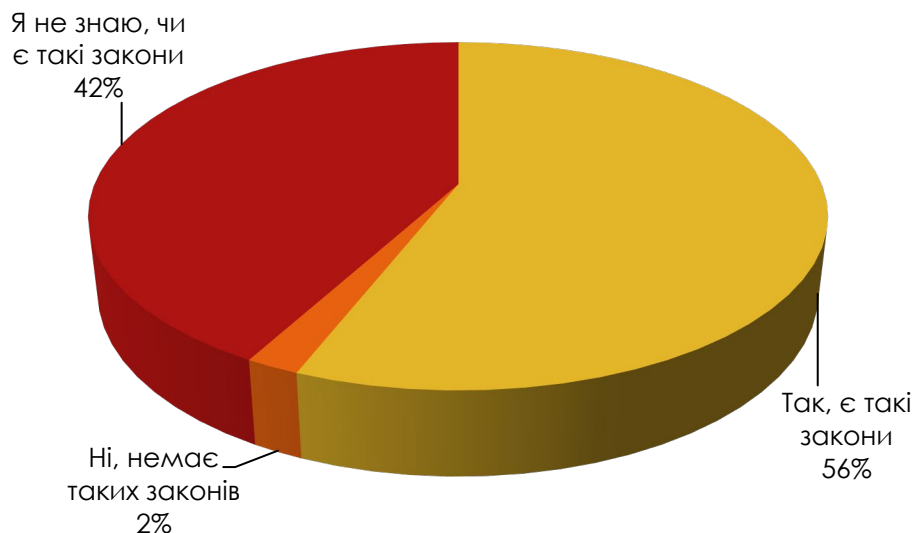


Рис. 6.1. Обізнаність про існування законів, які захищають ЛЖВ від дискримінації, %

Респонденти, чий ВІЛ-статус було встановлено менше року тому, суттєво гірше обізнані про існування відповідних законів (40%), аніж ЛЖВ з більш тривалим стажем життя з ВІЛ (58%). Жінки виявилися дещо більш поінформованими за чоловіків (59% і 53% відповідно).

Порівняно із 2020 роком ситуація суттєво не змінилася. Тоді 53% респондентів зазначили, що вони знають про існування відповідного законодавства. Порівняння із більш ранніми хвилями «Індексу стигми» (2010, 2013, 2016 рр.) неможливе, оскільки тоді відповідні запитання були сформульовані по-іншому. Зокрема у респондентів запитували, чи знають вони назви та чи знайомі зі змістом конкретних нормативно-правових актів.

Респондентам ставилося запитання щодо того, із якими порушеннями їхніх прав як ЛЖВ вони стикалися протягом останнього року або раніше. Результати опитування свідчать, що випадки порушень вказаних прав є поодинокими. Зокрема 2% опитаних зазначили, що протягом останніх 12 місяців вони були змушені публічно розкрити свій статус або він був розкритий без їхньої згоди. По 1% респондентів зазначили, що вони були змушені розкрити інформацію про ВІЛ-статус для того, аби оформити пенсію (вочевидь, йдеться про пенсію по інвалідності) та отримувати медичні послуги. 1% опитаних жінок зазначили, що їхній чоловік/партнер перешкоджав їм отримувати необхідні медичні послуги. Кількість

⁵ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>

респондентів, які зазначили про інші можливі порушення є меншою за 1%. Звертає на себе увагу, що частки респондентів, які зазначили, що вони стикалися із порушеннями власних прав раніше, ніж 12 місяців тому, також є невисокими, що свідчить про відсутність усталеної практики порушення прав ЛЖВ в Україні у довгостроковій перспективі (табл. 6.1).

Таблиця 6.1. Порушення прав людей, які живуть з ВІЛ, %

Види порушень	Протягом останніх 12 місяців	Раніше, ніж 12 місяців тому
Вимушене проходження тесту на ВІЛ або розкриття ВІЛ-статусу для...		
отримання візи, подання документів на вид на проживання/на громадянство в країні	0 (1 особа)	1
працевлаштування	0,5 (13 осіб)	3
отримання пенсії	1	1
відвідування навчального закладу або отримання стипендії	0	0 (7 осіб)
отримання медичних послуг	1	3
отримання медичного страхування	0 (6 осіб)	1
Інші форми порушення прав ЛЖВ, спричинені ВІЛ-статусом		
Респондент був заарештований або засуджений з причини, пов'язаної з ВІЛ-статусом	0 (2 особи)	1
Респондент був затриманий або поміщений в ізолятор через ВІЛ-статус	0 (3 особи)	1
Відмова в отриманні візи або у в'їзді в країну через ВІЛ-статус	0 (1 особа)	1
Відмова в перебуванні в країні або в виді на проживання через ВІЛ-статус	0 (2 особи)	0,5
Респондент був змушений публічно розкрити свій ВІЛ-статус або він був розкритий без його згоди	2	2
Респондента примусили займатися сексом проти його волі (в т.ч. фізично примусили)	0 (11 осіб)	2
Серед жінок (N=1251)		
Респондентці відмовили у наданні притулку для жертв домашнього насильства	0 (2 особи)	1
Чоловік/партнер перешкоджав респондентці в отриманні медичних послуг	1	1

Після початку повномасштабного вторгнення росії в Україну та запровадження воєнного стану українські чоловіки почали значно частіше взаємодіяти із представниками поліції та ТЦК. В ході такої взаємодії ВІЛ-позитивні чоловіки досить часто стикаються із проявами СіД, включаючи розголошення інформації про ВІЛ-статус, зневажливе ставлення до ЛЖВ, усні образи, глузування, порушення права на таємницю листування (правоохоронці відбирають мобільні телефони, читають і образливо коментують особисту переписку). Три із

7 життєвих історій, розказаних чоловіками, стосувалися саме СіД з боку поліції та представників ТЦК.

«В серпні 2022 року я проходив ВЛК і надав комісії акт обстеження лікаря-інфекціоніста. На підставі довідки з висновками військово-лікарської комісії у військовий квиток вносять запис щодо діагнозу людини. Так от, в самій довідці вони повністю переписали все, що написав лікар-інфекціоніст, не просто вказали якусь аббревіатуру типу В20, а написали «ВІЛ-інфекція 1-ї клінічної стадії, безсимптомний перебіг», хіба що тільки не вказали ліки, які я приймаю. Вони ще хотіли, щоб в цій довідці було моє фото, хоча в ній і так вказані мої персональні дані. Саме ця довідка є другим по значенню документом після військового квитка. І тепер, коли мене зупиняють представники ТЦК, я змушений давати військовий квиток і довідку, де повністю розписана моя хвороба. По факту, ця інформація стала «общественным достоянием» (чоловік, 39 років, Миколаївська область).

«У листопаді 2023 року я зайшов на «Нову пошту» отримати посылку. Відділення знаходилося в одному з великих торговельних центрів Запоріжжя. Там стояли працівники поліції. Вони попросили показати документи і телефон, і почали читати мою переписку в Telegram. Я говорив поліцейському, що то – моя особиста інформація і вони не мають права без дозволу переглядати її. Але ви ж знаєте нашу поліцію?! Після перегляду переписки, молодий працівник поліції почав голосно запитувати: «А ти ж хворий на СНІД? Ще й хворів туберкульозом? Ти повинен мати довідку про це, і бути комісований?». Біля відділення «Нової пошти» було багато людей, всі це чули. Ця ситуація була для мене неприємною, але на той момент я думав лише про те, щоб це все скоріше закінчилось. Щоб цього не побачили і не почули мої знайомі або родичі, які могли бути поруч» (чоловік, 38 років, ЧСЧ, Запорізька область).

Загалом 4% респондентів зазначили, що протягом останніх 12 місяців вони зіткнулися хоча б із одним із вказаних в анкеті порушень їхніх прав. За результатами опитування 2020 року цей показник також становив 4%. У попередніх хвилях «Індексу стигми» застосовувався інший перелік можливих порушень прав ЛЖВ, тому порівняння результатів не є коректним. Наприклад, в опитуваннях 2010 та 2013 рр. був присутній варіант відповіді «мені довелося погодитися на проведення медичної процедури (включаючи лабораторні дослідження на ВІЛ)». Саме цей варіант набирив значну частину позитивних відповідей ЛЖВ (37–39%) і підвищував інтегральний показник порушень прав до понад 40%.

Значимих відмінностей щодо частоти порушення прав залежно від статі, віку, типу населеного пункту, стажу життя з ВІЛ, досвіду належності до КГН не зафіксовано.

За результатами опитування, лише 23% опитаних (25 осіб зі 109), які протягом останнього року стикалися із порушеннями своїх прав, намагалися відстоювати їх, зробити щось для свого захисту. З цією метою ЛЖВ зазвичай обирали найпростіший для себе спосіб – зверталися по допомогу до регіональних представництв БО «100% життя» («Мережі ЛЖВ») (рис. 6.2). Про це зазначили понад три чверті опитаних (19 осіб із 25). По 6 осіб зазначили, що вони подали скаргу та/або зв'язалися з адвокатом (здебільшого – за сприяння представників Мережі). Жоден з опитаних не обрав варіант звернення до державного чиновника або політика, озвучення проблеми у публічному просторі (у попередніх хвилях дослідження такі випадки траплялися, хоча і нечасто).

Половині з тих, хто намагався відстояти свої права (12 осіб з 25) вдалося досягти позитивного результату. Ще в половині випадків (12 осіб) на момент опитування процес вирішення проблеми тривав. Один респондент зазначив, що йому не вдалося досягти позитивного результату.

В ході попередньої хвилі «Індексу стигми» були зафіксовані подібні тенденції у царині захисту ЛЖВ власних порушених прав (рис. 6.2). Щоправда, варто враховувати, що через незначну кількість респондентів, які стикалися із порушенням прав, порівняння даних можливе лише на рівні тенденцій, а не за конкретними показниками. Тож відмінності щодо частки ЛЖВ, які намагалися захищати власні права (17% – за даними 2020 року і 23% – за даними 2023 року), є статистично незначимі.

Порівняння з результатами більш ранніх хвиль «Індексу стигми» неможливе, оскільки тоді відповідний блок запитань був сформульований по-іншому, наприклад, у респондентів запитували, чи було розглянуто їхню справу, а не про результат розгляду (чи було вирішено проблему).

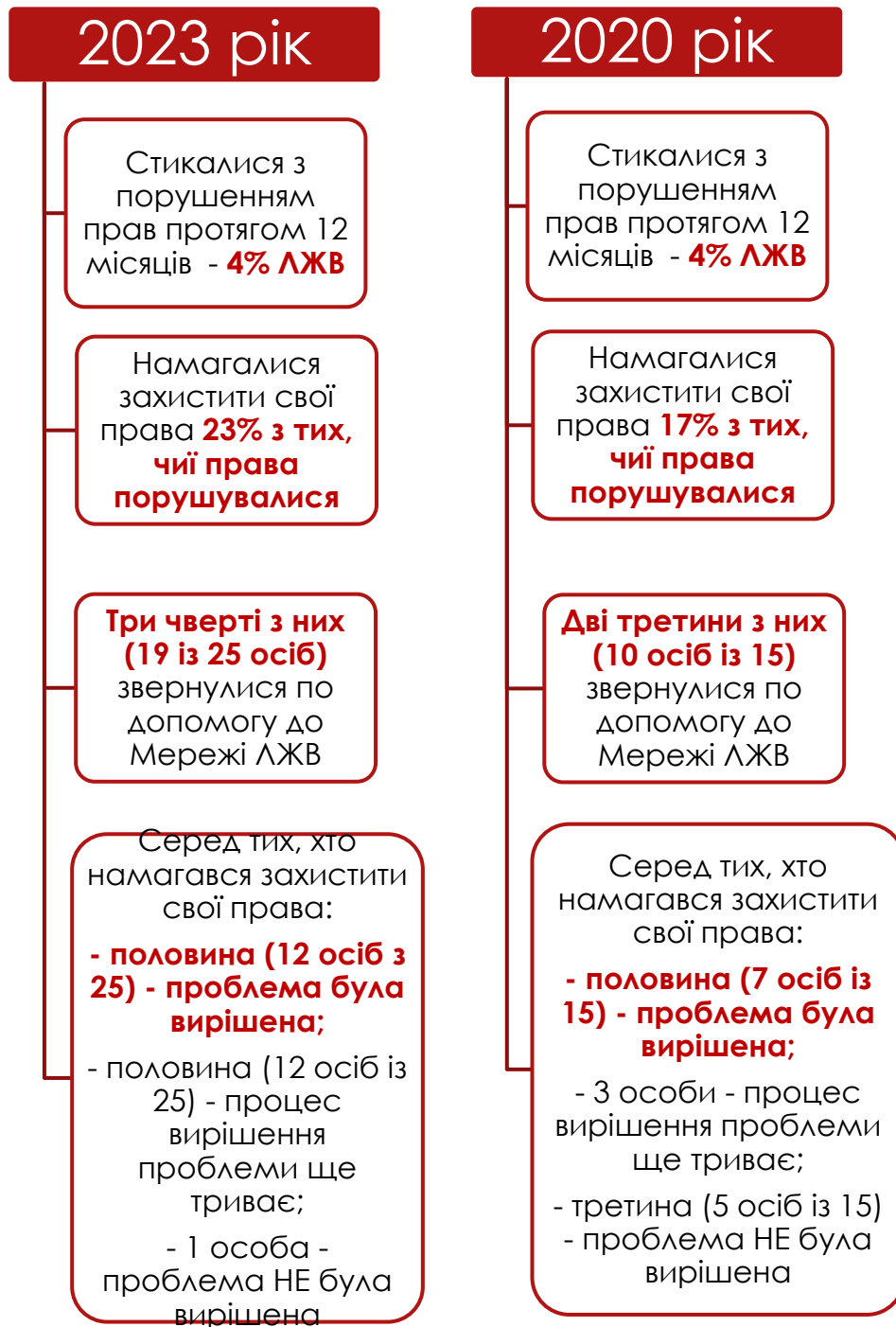


Рис. 6.2. Ситуація щодо захисту ЛЖВ своїх порушених прав у динаміці

Як уже зазначалося, понад три чверті ЛЖВ (84 особи зі 109), які стикалися із тими чи іншими порушеннями своїх прав, не намагалися їх захищати. У них запитували про головну причину, з якої вони вирішили змиритися із порушенням і не намагатися відстояти свої інтереси. Найчастіше респонденти згадували про правову некомпетентність (не знали, куди йти, що робити), відсутність впевненості в успішному результаті, а також страх дій та побоювання, що спроби захистити свої права призведуть до розкриття ВІЛ-статусу (рис. 6.3). Варто зазначити, що у 2020 році рейтинг причин був практично таким самим. У попередніх хвилях дослідження перелік причин був неспівставним.

Серед «іншого» респонденти найчастіше зазначали, що вони не вважали порушення прав серйозною проблемою (11 осіб), наприклад, у випадках, коли їм довелося розкривати ВІЛ-статус при оформленні інвалідності або при отриманні медичних послуг, не пов'язаних з ВІЛ. Також ЛЖВ вказували, що вони не мали часу/бажання/можливості захищати свої права (5 осіб), наприклад, через перебування на військовій службі, в ув'язненні. Одна респондентка боялася, що через подібні дії постраждають її близькі.



Рис. 6.3. Рейтинг причин, з яких ЛЖВ НЕ захищали свої порушені права, % до тих, хто не робив цього (n=84)

В Україні існують мобільні додатки, за допомогою яких можна поскаржитися на порушення прав ЛЖВ. Це дозволяє зробити процес звернення по допомогу максимально простим і комфортним для користувача. Водночас знають про їх існування лише чверть опитаних, а мають досвід користування – 3% (рис. 6.4).

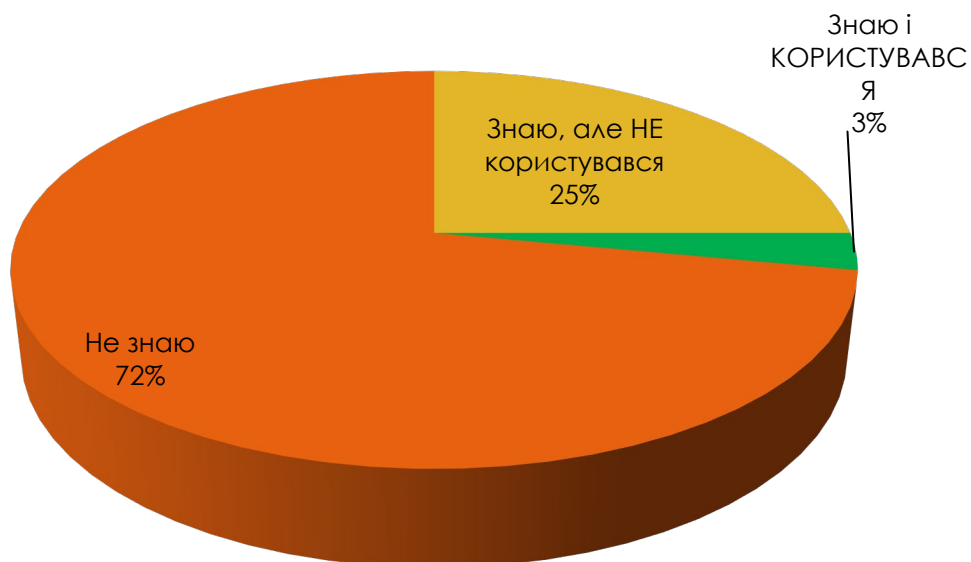


Рис. 6.4. Поінформованість ЛЖВ про існування мобільних додатків, через які можна поскаржитися на порушення прав ЛЖВ, %

Поінформованість зростає зі збільшенням стажу життя з ВІЛ (рис. 6.5). Крім цього жінки виявилися дещо більш поінформованими за чоловіків (27% проти 22%), а респонденти з вищою освітою – за решту опитаних (29% проти 24%). Щоправда, значимих відмінностей за частотою користування не зафіксовано, вона не перевищує 4% у жодній із вказаних груп.

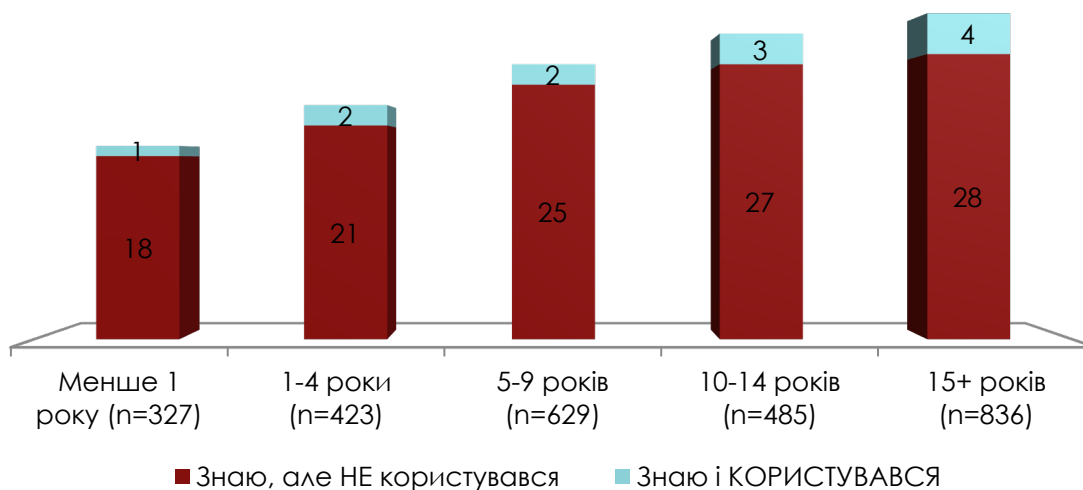


Рис. 6.5. Поінформованість ЛЖВ про існування мобільних додатків, % залежно від стажу життя з ВІЛ

У респондентів, які знають про існування мобільних додатків, запитували, про які саме додатки вони поінформовані або мають досвід користування. Найбільш популярним серед ЛЖВ виявився додаток «DATASHECK», а найменш відомим – «OneImpact» (рис. 6.6).

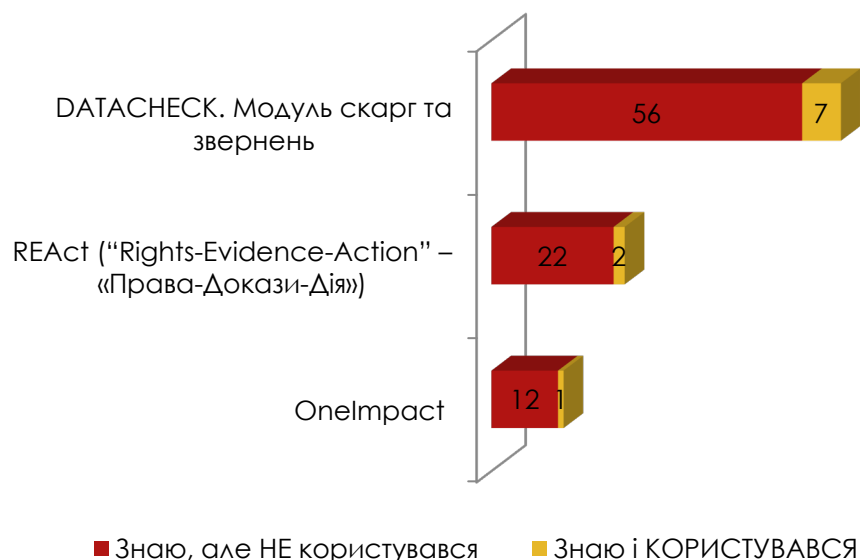


Рис. 6.6. Поінформованість та досвід користування ЛЖВ мобільними додатками, % до тих, хто знає про їх існування (n=745)

Протидія стигматизації і дискримінації людей, які живуть з ВІЛ, охоплює заходи різного рівня: державна політика (закони, укази, інші нормативні документи), інформаційно-просвітницькі акції у різних сферах (напр., у сфері освіти, медицини тощо), налагодження безпосередніх контактів для обміну досвідом протидії СіД, підвищення поінформованості у середовищі ЛЖВ, в тому числі в соціальних мережах.

Згідно результатів опитування значна частина ЛЖВ мають досвід протидії стигмі та допомоги іншим ЛЖВ на міжособистісному рівні. Зокрема протягом останнього року 13% ЛЖВ надавали емоційну, фінансову, іншу допомогу людині, яка живе з ВІЛ; ще 14% надавали подібну допомогу раніше, тобто понад чверть респондентів мають досвід таких дій (рис. 6.7). Також значна частина респондентів намагалися переконати у неправоті людей, які допускали прояви стигми або дискримінації щодо ВІЛ-позитивних людей (в т. ч. щодо інших ЛЖВ чи безпосередньо щодо самого респондента). Досвід інших дій (напр., участі у роботі організацій, у медіа-кампаніях або у певних політичних акціях, спрямованих на протидію СіД) є менш поширеним.



Рис 6.7. Досвід протидії стигмі і дискримінації з боку опитаних ЛЖВ, %

Загалом 20% опитаних зазначили, що протягом останніх 12 місяців вони тим чи іншим чином долучалися до відстоювання прав ЛЖВ. Про наявність подібного досвіду раніше, ніж 12 місяців тому, зазначили 28% опитаних. Ці показники є такими ж, як і за результатами дослідження 2020 року (20% та 27% відповідно). У більш ранніх хвилях «Індексу стигми» відповідний блок запитань виглядав по-іншому, тому порівняння не є коректними.

Більш активними у протидії СіД за ознакою ВІЛ-статусу є респонденти з вищою освітою (протягом 12 місяців до відповідних заходів долучалися 26% ЛЖВ з вищою освітою проти 18% серед решти опитаних), мешканці обласних центрів (22% проти 14% серед респондентів із інших населених пунктів), а також ЧСЧ (26% проти 17%-21% серед представників інших КГН та тих, хто до них не належить).

Таким чином, випадки порушення прав людини щодо ЛЖВ (наприклад, затримання/арешт/ув'язнення через ВІЛ-статус, примус до розкриття ВІЛ-статусу для реалізації певних прав, зокрема, працевлаштування, медичного страхування, отримання громадянства тощо) в Україні є поодинокими. Хоча б з одним із вказаних порушень протягом 12 місяців, що передували опитуванню, стикалися 4% респондентів.

Готовність ЛЖВ активно захищати власні права і права інших ЛЖВ загалом, протидіяти СіД за ознакою ВІЛ-статусу, надавати підтримку іншим ВІЛ-позитивним людям також залишається порівняно невисокою. Протягом останніх 12 місяців до подібних активностей долучався 1 із 5 респондентів (20%).

ВИСНОВКИ

Основні характеристики респондентів, включаючи статево-віковий розподіл та розподіл респондентів за належністю до ключових груп, відповідають характеристикам генеральної сукупності, що свідчить про дотримання заданих квот в ході рекруту респондентів та про репрезентативність отриманих даних для ЛЖВ віком 18 років і старше, які проживають на контрольованих Урядом територіях України.

Отримані дані також свідчать про низку факторів, які підвищують соціальну вразливість ЛЖВ, можуть накладатися на СіД за ознакою ВІЛ-статусу та підсилювати її. Зокрема 65% належать до однієї або одночасно кількох КГН, у тому числі 43% опитаних є споживачами наркотиків, 16% - секс-працівниками, 11% - ЧСЧ. Це може стати підставою для подвійної або множинної стигми. Рівень освіти опитаних ЛЖВ є дещо нижчим порівняно із загальним населенням: частка респондентів з вищою освітою у поточному дослідженні становила 16%, тоді як серед загального населення цей показник сягає близько третини. Більше третини (36%) опитаних не мають жодного особистого доходу (включаючи ту чи іншу форму зайнятості або соціальних виплат). З цим пов'язана проблема бідності, яка актуальна майже для трьох із чотирьох опитаних. Зокрема протягом 12 місяців, що передували дослідженню, 23% респондентів систематично стикалися з ситуаціями, коли вони не могли задовольнити свої базові потреби (харчування, одяг, житло), ще 50% ЛЖВ потрапляли у такі ситуації час від часу.

Поточна та попередня (2020 р.) хвилі дослідження проводилися за доопрацьованою міжнародними експертами анкетною («Індекс стигми ЛЖВ 2.0»), яка зазнала істотних змін порівняно із анкетною, що використовувалася в ході опитувань 2010, 2013 та 2016 рр. Це суттєво ускладнило аналіз тенденцій. Зокрема у багатьох випадках коректне порівняння інтегральних показників за даними 5-х хвиль опитування виявилось неможливим.

Аналіз даних у динаміці (у тих випадках, коли це було можливо) засвідчує, що у тривалій перспективі (починаючи з 2010 р.) простежується тенденція до зменшення частоти проявів СіД за ознакою ВІЛ-статусу у багатьох сферах життєдіяльності ЛЖВ. Натомість у порівнянні із 2020 р. ситуація у більшості сфер у 2023 р. значимо НЕ змінилася. Водночас відсутність погіршення ситуації вже можна розцінювати як позитивну тенденцію, враховуючи те, що наразі в Україні триває війна, від чого страждають різні сфери життя (напр., медична інфраструктура), а значній частині ЛЖВ (так само як і іншим громадянам України) довелося стати внутрішніми переселенцями.

Досить неоднозначною є **ситуація щодо дотримання конфіденційності інформації про ВІЛ-статус**. З одного боку, частка ЛЖВ, які зазначили, що вони хоча б раз стикалися із несанкціонованим розкриттям ВІЛ-статусу будь кому із представників соціального оточення, залишається приблизно на одному і тому самому рівні (18-20%), починаючи з 2016 року: відмінності показників незначимі при $p=0,05$. Водночас, частка ЛЖВ, які живуть з ВІЛ менше 1 року і за цей час вже встигли зіткнутися з розголошенням інформації про ВІЛ-статус (13%), свідчить про певні проблеми у цій сфері, адже у 2020 році аналогічний показник становив 6%.

Одна із гіпотез дослідження полягала в тому, що респонденти-ВПО могли частіше стикатися із розголошенням інформації про ВІЛ-статус внаслідок переїзду та втрати звичного соціального оточення. Однак вона не підтвердилася. Частка ВПО, які повідомили

про такі ситуації, становить 20% і є такою ж, як і серед ЛЖВ, які не змінювали місце проживання після початку війни.

Частота проявів **стигматизації і дискримінації ЛЖВ з боку соціального оточення поступово зменшується** у порівнянні із опитуваннями минулих років. Водночас проблема СіД з боку соціального оточення все ще залишається актуальною в українському суспільстві. Майже кожен десятий респондент (9%) повідомив про досвід стигматизації і дискримінації протягом 2023 року. Порівняння даних за двома окремими показниками, які найчастіше згадувалися респондентами та повторювалися в усіх п'ятих хвилях дослідження (плітки та усний осуд/усне насильство щодо ЛЖВ), свідчить про поступове зниження частки осіб, які потерпають від цих проявів СіД. Зокрема частка респондентів, які стикалися із плітками, зменшилася із 30% за результатами 2010 року до 5% за результатами поточного дослідження, а частка ЛЖВ, які повідомили про усний осуд/усне насильство з боку оточуючих із 18% до 3%. У 2020 році про плітки зазначили 8% опитаних, а про досвід усного насильства – 5% (відмінності із результатами поточного дослідження не є значимими при $p=0,05$).

Прояви самостигматизації та самодискримінації ЛЖВ залишаються досить поширеними. Майже половина (47%) респондентів протягом 2023 року відчували негативний вплив ВІЛ-статусу хоча б на один із аспектів їхнього життя (напр., здатність вибудувати відносини із представниками соціального оточення, бажання мати дітей, психологічне самопочуття, включаючи впевненість у собі, стресостійкість, самоповагу, особистісний і професійний розвиток тощо). Майже дві третини (61%) опитаних зазначили про наявність хоча б одного негативного почуття щодо себе (наприклад, сором, почуття провини, відчуття непотрібності або «забрудненості» з огляду на свій ВІЛ-статус).

Хоча порівняння інтегральних показників у динаміці неможливе, але аналіз окремих індикаторів самостигматизації, які повторювалися в різних хвилях опитування, свідчить, що позитивні зміни у цій сфері відсутні. Зокрема у поточному дослідженні про почуття сорому зазначили 43% опитаних (у попередніх хвилях дослідження цей показник варіював в межах 46-48%), а про почуття провини – 42% респондентів (у попередніх хвилях дослідження таких було 37-45%).

Неможливість справитися із негативними емоціями, прояви внутрішньої стигми небезпечні тим, що сприяють вибору тактики самоізоляції, міжособистісного дистанціювання, закритості, переживання своїх проблем наодинці. Це створює ефект замкненого кола для ЛЖВ й заважає адаптації до своєї життєвої ситуації, включенню у звичайні соціальні практики, посиленню життєстійкості. Кожен шостий опитаний (17%) приймав хоча б одне самодискримінаційне рішення протягом останніх 12 місяців (напр., не займатися сексом, ізолюватися від сім'ї або друзів, уникати звернення за медичною або соціальною допомогою, не влаштовуватися на роботу тощо).

Щоправда, ситуація щодо самодискримінації за результатами поточного дослідження дещо покращилася. Зокрема порівняно із даними 2020 року більш, ніж удвічі, знизилася частка респондентів, які зазначили про рішення не займатися сексом (з 19% до 8%) та не звертатися за медичною допомогою (з 12% до 5%). Також майже вдвічі зменшився інтегральний показник – частка опитаних, які приймали хоча б одне самодискримінаційне рішення протягом останнього року (з 30% до 17%).

Особливо гострими є прояви самостигматизації та самодискримінації серед ЛЖВ, чий діагноз було встановлено менше року тому. Відповідно, ця група ЛЖВ потребує особливої підтримки з боку ВІЛ-сервісних НУО для того, щоб адаптуватися до нової життєвої ситуації. Так, про наявність негативних почуттів щодо себе зазначили 70% ЛЖВ, які живуть з ВІЛ менше 1 року, проти 60% серед решти респондентів. Хоча б одне самодискримінаційне рішення приймали 27% ЛЖВ, чий діагноз було встановлено менше року тому, та 16% ЛЖВ з більш тривалим досвідом життя з ВІЛ.

Згідно результатів опитування, досить неоднозначною є ситуація щодо СіД у сфері охорони здоров'я, яка стабільно покращувалася у кожній із хвиль опитування протягом 2010-2020 рр. Після початку війни за деякими показниками відбувся регрес, деякі залишилися на тому самому рівні і лише щодо деяких зберіглася позитивна динаміка.

Зокрема **інтегральний показник обмеження ЛЖВ у доступі до медичних послуг** (частка тих, кому відмовляли у медичній допомозі, включаючи стоматологічні послуги та послуги у сфері сексуального і репродуктивного здоров'я), який знижувався у кожній із хвиль дослідження (з 22% у 2010 році до 4% у 2020 році), за результатами поточного опитування зріс до 7% і повернувся на рівень 2016 року (тоді він становив 8%).

Частка ЛЖВ, що стикались з дискримінацією в зв'язку з ВІЛ в установах охорони здоров'я, виросла з 17% у 2020 році до 20% у 2023 році (відмінності значимі при $p=0,01$). Основними проявами СіД з боку медичних працівників є уникання фізичного контакту (стикались 10% пацієнтів ЗОЗ загального профілю і 5% пацієнтів ЗОЗ, спеціалізованих на лікуванні ВІЛ) та розкриття ВІЛ-статусу медичними працівниками без згоди респондента (також 10% та 5% відповідно).

Ситуація із дотриманням прав ЛЖВ на анонімність, конфіденційність і лікарську таємницю покращувалася протягом усіх попередніх хвиль дослідження. Частка пацієнтів, які повідомили про факти розголошення їх ВІЛ-статусу медичними працівниками без згоди респондента, зменшилася із 30% у 2010 році до 6% у 2020 році. Проте у 2023 році цей показник збільшився до 8% (відмінності значимі при $p=0,01$).

Натомість оцінка ЛЖВ конфіденційності медичної документації щодо ВІЛ-статусу продовжує стабільно покращуватися. Частка респондентів, переконаних у конфіденційності такої документації, зросла з 18% у 2010 році до 74% у 2023 році (у 2020 році таких було 51%); водночас, частка тих, хто впевнений, що документація не є конфіденційною, знижується з 34% до 2%.

Результати дослідження демонструють тенденцію до **збільшення частки ЛЖВ, які пройшли тестування на ВІЛ добровільно та свідомо** – від 69% у 2010 році до 82% у 2023 році. Водночас продовжує зменшуватися частка ЛЖВ, які були протестовані примусово (від 10% у 2010 році до 1% у 2023 році).

Рівень залучення ЛЖВ до лікування є достатньо високим – 94% перебувають або перебували раніше під медичним наглядом з приводу ВІЛ. Проте проблема несвоечасного початку лікування ВІЛ-інфекції та недостатньої прихильності до прийому АРТ залишається досі актуальною. Зокрема:

- більше половини (58%) опитаних ЛЖВ зазначили, що відклали початок медичного нагляду та лікування ВІЛ після отримання позитивного результату тестування. Основними причинами цього є побоювання, що про ВІЛ-статус дізнаються сторонні люди (про це зазначили 78% респондентів, які відклали лікування) або партнер чи

інші родичи, друзі (63%), а також побоювання негативного ставлення або дискримінаційних дій з боку медичних працівників (61%);

- більше чверті (26%) серед ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом, коли-небудь переривали лікування ВІЛ. Основними причинами, з яких респонденти зволікали із відновленням лікування, були неготовність що-небудь робити з ВІЛ-інфекцією (46% тих, хто переривав лікування), страх, того, що ВІЛ-статус стане відомим стороннім людям (38%) та побоювання дискримінації з боку медпрацівників (31%);
- більше половини (59%) з тих, хто мав досвід переривання прийому АРТ, зазначили, що переривали лікування протягом останнього року;
- 7% всіх опитаних ЛЖВ зазначили, що на даний момент не приймають АРТ;
- серед опитаних осіб, які почали прийом АРТ, 14% зробили це більше, ніж через 2 роки після встановлення діагнозу;
- 14% ЛЖВ, залучених до лікування ВІЛ-інфекції, зазначили про те, що протягом останнього року вони стикались з проявами стигми та дискримінації з боку персоналу медичного закладу, в якому вони отримують послуги, пов'язані з лікуванням ВІЛ. Основними проявами СіД з боку медичних працівників були плітки (стикались 5%), уникання фізичного контакту (5%) та розкриття ВІЛ-статусу медичними працівниками без згоди респондента (5%).

2% опитаних чоловіків та 5% жінок (відмінності від результатів попередньої хвили дослідження незначимі) зазначили, що протягом останніх 12 місяців вони стикалися принаймні з одним проявом **СіД у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я**, включаючи поради відмовитися від народження дітей, тиск щодо проходження стерилізації, відмову у послугах з контрацепції або планування сім'ї, а також рекомендації щодо переривання вагітності, тиск щодо вибору конкретних видів контрацепції, пологів, вигодовування дитини тощо.

Результати дослідження показали, що **рівень стигми та дискримінації при отриманні медичних послуг, не пов'язаних з ВІЛ, суттєво перевищує рівень СіД в закладах, що спеціалізуються на лікуванні ВІЛ-інфекції**. Понад половини опитаних ЛЖВ (55%) зазначили, що протягом 2023 року вони зверталися за медичною допомогою з причин, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (таких як грип, стоматологічні послуги, вакцинація, травми тощо). З них кожен п'ятий (22%) потерпав від стигми та дискримінації з боку медичного персоналу в різних формах. У 2020 році цей показник був практично таким же (21% з тих, хто звертався за відповідними послугами).

Найбільш частими проявами стигми та дискримінації з боку медичних працівників було уникнення фізичного контакту з ЛЖВ (стикались 10%), а також розкриття ВІЛ-статусу без згоди респондента (10%) та плітки (8%).

Випадки порушення прав людини щодо ЛЖВ (наприклад, затримання/арешт/ув'язнення через ВІЛ-статус, примус до розкриття ВІЛ-статусу для реалізації певних прав, зокрема, працевлаштування, медичного страхування, отримання громадянства тощо) в Україні є **поодинокими**. Хоча б з одним із вказаних порушень протягом 2023 року стикалися 4% респондентів. За результатами попередньої хвили дослідження цей показник також становив 4%.

Готовність ЛЖВ активно захищати власні права і права ЛЖВ загалом, протидіяти СіД за ознакою ВІЛ-статусу, надавати підтримку іншим ВІЛ-позитивним людям також залишається невисокою. Зокрема лише 25 із 109 респондентів (20%), чії права були порушені протягом 2023 року, намагалися їх відстоювати. Частка респондентів, які зазначили, що протягом останнього року вони брали участь в певних заходах, спрямованих на подолання СіД за ознакою ВІЛ-статусу та/або надання підтримки ЛЖВ, становить 20%, і є такою ж, як і у 2020 році.

Поінформованість респондентів про існування в Україні мобільних додатків, за допомогою яких можна поскаржитися на порушення прав ЛЖВ, також залишає бажати кращого. Зокрема знають про їх існування лише чверть (25%) опитаних, а мають досвід користування – 3%. Найбільш популярним серед ЛЖВ виявився додаток «ДАТАСНЕСК» (про нього знають 56% респондентів, які загалом чули про мобільні додатки, а 7% - мають досвід користування), а найменш відомим – «OneImpact» (12% і 1% відповідно).

Отже діяльність з покращення правової обізнаності та правової культури людей, які живуть з ВІЛ, сприяння у захисті їх прав у всіх сферах життя, психологічна підтримка та інтервенції з додання внутрішньої стигми залишаються актуальними завданнями для українських неурядових організацій, які опікуються питаннями захисту прав пацієнтів.