

Вивчення комунікаційних процесів щодо інфікування ВІА.

Резюме звіту щодо результатів дослідження

Вступ

Головною метою цього дослідження є **виявлення найбільш ефективних комунікаційних процесів для впливу на поведінку стосовно тестування і раннього лікування ВІА**. Загалом в ході дослідження планувалося визначити, описати та виміряти розподіл та взаємозв'язок наступних досліджуваних параметрів: 1) ефективні для конкретних повідомлень і цільових аудиторій канали та інструменти комунікації, типи оптимальних спікерів, тональність, формати та активності; 2) доступність джерел інформації для цільових аудиторій, що викликають довіру та надають зрозумілі інформаційні повідомлення; 3) комунікаційні та психосоціальні фактори, що в підсумку здійснюють вплив на зміну поведінки в питаннях, що стосуються здоров'я і, зокрема, профілактики та лікування ВІА-інфекції.

Дане дослідження було розроблено та проведено Європейським Інститутом Політики Громадського Здоров'я на замовлення БО "100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ" (Оголошення № 136-КТ-21). Цей звіт описує основні результати та етапи організації і проведення дослідження комунікаційних процесів щодо інфікування ВІА серед медичних працівників, чоловіків, які мають секс з чоловіками, чоловіків віком 30-50 років та їхніх сексуальних партнерів (надалі Цільові Групи (ЦГ) дослідження). Подібне дослідження проводилось у 2018 році, однак станом на 2021 рік з'явилася програмна необхідність повторити аналогічну оцінку. Таким чином, дане дослідження висвітлює поточну ситуацію та зміни, що відбулись за останні три роки із залученням додаткових груп респондентів у 11 регіонах України.

Методи

Завдання дослідження були виконані через використання змішаної методології кількісного та якісного збору та аналізу даних. В рамках виконання **кількісного компоненту** дослідження було проведено опитування серед представників всіх ЦГ, щоби зібрати та проаналізувати кількісні данні задля визначення поширеності досліджуваних параметрів та їх розподілу за групами респондентів. В рамках **якісного компоненту** дослідження було проведено збір та аналіз якісних даних серед представників всіх ЦГ задля визначення та опису комунікаційних, індивідуальних, контекстуальних та соціальних факторів, що формують бачення та поведінку респондентів щодо профілактики та лікування ВІА.

Задля виконання завдань кількісного компоненту дослідження було проведено крос-секційний збір даних із залученням 900 респондентів в наступних областях: Одеська, Миколаївська, Херсонська, Чернігівська, Черкаська, Полтавська, Запорізька, Кіровоградська, Донецька, Дніпропетровська, Київська області та в м. Києві. В ході реалізації якісного компоненту для дистанційного проходження глибоких інтерв'ю були запрошені представники ЦГ із міст Києва, Запоріжжя, Одеси та Чернігова.

Дослідницька команда Європейського Інституту Політики Громадського Здоров'я (ЄІПГЗ) співпрацювала з багатьма вітчизняними партнерами на національному та регіональному рівні, включно з БО "100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ" та профільними недержавними організаціями, що впроваджують програми надання ВІА-послуг на регіональному та місцевому рівнях. Організаційні партнери співпрацювали із дослідницькою командою та забезпечували доступ до ЦГ дослідження у 11 регіонах України та місті Києві.

Висновки

Ризикована поведінка. Лише третина респондентів мала постійного статевого партнера. Кожен десятий респондент мав постійного статевого партнера, ВІА-статус якого був йому не відомий. Кожен п'ятий з респондентів повідомив, що не має постійного статевого партнера і час від часу зустрічається з різними партнерами. Така поведінка є типовою для ЧСЧ, РКС та ТЛ. Статеві контакти з випадковим партнером протягом останніх 12 місяців загалом виникали у третини респондентів, найчастіше серед ЧСЧ і ТЛ. Також майже третина респондентів не знала ВІА-статусу свого останнього випадкового партнера. Близько половини респондентів не використовували презерватив під час останнього сексуального контакту, з яких найчастіше не користувалися презервативами ЗН та ЛВУ. Серед усіх КГ ЛВНІ найчастіше визнавали наявність в себе підвищеного ризику інфікуватися ВІА, суто через ін'єкційний шлях інфікування. РКС також вважали, що їхня робота наражає їх на ризик. Визнання власних ризиків було причиною того, що більшість ЧСЧ цікавилися ДКП. Чоловіки ж з групи ЗН часто не усвідомлювали свої ризики, а деякі зізнавалися, що навіть коли ризик наявний, їхня поведінка не завжди є відповідною.

Тестування на ВІА, ТБ та ППСШ. Більшість респондентів проходили тестування на ВІА, з яких кожний десятий не захотів повідомляти про свій ВІА статус в цьому дослідженні. Найменше проходили тестування на ВІА респонденти з групи загального населення. Майже половина респондентів проходили тестування на ВІА регулярно – раз на рік. Найбільш популярними точками проходження тестування на ВІА для всіх груп респондентів були НУО і кабінет «Довіра» або центр СНІДу. Хоча переважна більшість респондентів (особливо КГ) проходила тестування на ВІА, майже ніхто не знав, що можна пройти безоплатне тестування на ВІА-інфекцію у сімейного лікаря. Проте, в той час як у спеціалізованих закладах ВІА- і ТБ-служби широко надаються послуги з тестування на ВІА-інфекцію, у ЗОЗ іншого профілю, особливо первинної ланки, медпрацівники рідко пропонують пацієнтам пройти тестування на ВІА. Основним бар'єром респонденти вважали нестачу часу у сімейних лікарів. Представники КГ найчастіше проходили тестування на ВІА в НУО або на аутріч-маршрутах НУО. До цього їх мотивувало зручне розташування, одночасне отримання інших послуг (шприци, інформація), дружнє ставлення з боку соціальних працівників, а також визнання наявності ризику щодо ВІА. Водночас для ЗН приводом зробити тест на ВІА часто були масові акції, які пропонували безоплатне швидко тестування без черг у зручному місті. За даними інтерв'ю, в ЗОЗ і медичних лабораторіях люди часто не отримують повноцінного консультування під час тестування на ВІА. До і післятестове консультування надають соціальні працівники в НУО, а також фахівці в Центрі СНІДу / кабінеті «Довіра». На думку респондентів, мотивувати людей до тестування на ВІА може його поєднання з іншими послугами заради зниження стигми; для групи ЛВНІ актуальним є наявність заохочення. Рівень обстеження на туберкульоз, вірусні гепатити та ППСШ був нижче ніж 80%, 60% та 50% відповідно на рівні всіх груп учасників цього дослідження.

Профілактика ВІА. Тема залучення сімейних лікарів до профілактики ВІА-інфекції є актуальною. Медичні працівники (у тому числі первинної ланки) загалом підтримували ідею залучення сімейних лікарів до надання пацієнтам профілактичних ВІА-послуг, проте вважали, що через надмірне навантаження працівників первинної ланки залучити їх до цієї роботи наразі нереально. Крім того, значна частка медиків вважала, що надавати пацієнтам інформацію про ВІА першочергово мають соціальні працівники

Лікування ВІА. Майже половина респондентів чекали більше одного календарного місяця до постановки на облік в Центрі СНІДу. Серед підгруп респондентів найбільше часу до постановки на облік було зафіксовано серед ЛВНІ. На момент опитування абсолютна більшість ЛЖВ отримували АРТ, а дві третини ЛЖВ повідомили, що чітко дотримуються режиму прийому АРВ-препаратів і не пропустили жодного планового відвідування лікаря-інфекціоніста. Серед всіх ЛЖВ кожен п'ятий був готовий отримувати лікування та ВІА-супровід у свого сімейного лікаря, а кожен третій ще не визначився; це може слугувати точкою прикладення зусиль у плануванні відповідних інформаційних кампаній.

Рівень обізнаності ВІЛ. Загальний рівень коректних відповідей на питання склав 93% (медіана 40 балів з 43 можливих), що свідчить про високий рівень поінформованості респондентів. Проходження респондентами тестування на ВІЛ, ТБ і ПСПШ було позитивно пов'язано з вищим за середній рівнем знань щодо ВІЛ серед ЦГ2 і ЦГ3. Найвищий рівень знань був серед медичних працівників і трансгендерних людей, а найнижчий – серед загального населення. Медики вважали доволі низькою обізнаність пацієнтів з питань ВІЛ, особливо мешканців малих населених пунктів. Представники як ключових груп, так і загального населення рідко цікавляться інформацією щодо ВІЛ або спілкуються на цю тему в своєму соціальному колі.

У групі ЗН питаннями профілактики ВІЛ-інфекції цікавились лише ті, хто вважав, що має певні ризики, пов'язані з професійною діяльністю або способом життя. Більшість чоловіків з групи ЗН не цікавилася ВІЛ, бо не асоціювала себе з групами ризику, яких, на їхню думку, це стосується. Рівень знань чоловіків з групи ЗН щодо ВІЛ-інфекції широко варіював. Майже ніхто із групи ЗН не чув про принцип «*не визначається = не передається*» або про сайти prozdorovia.in.ua або oraltest.org.ua; під час інтерв'ю ЗН часто оцінювали свій рівень знань про ВІЛ як доволі низький. Люди звертали увагу на те, що інформація щодо ВІЛ з'являється у ЗМІ двічі на рік, в грудні та травні. «Люди в уніформі», які відносяться до групи підвищеного професійного ризику, також не були достатньо інформовані з питань ВІЛ-інфекції і не отримували ніякої спеціальної підготовки. Ключові групи виявилися більш обізнаними з питань ВІЛ-інфекції. Тільки група ЧСЧ з усіх КГ була знайома з принципом «*не визначається = не передається*», і лише ЧСЧ знали про сайти oraltest.org.ua та (меншою мірою) prozdorovia.in.ua – завдяки тому, що частина вже зверталася на сайт oraltest.org.ua, аби замовити сейф-бокс із оральним тестом на ВІЛ. Представники решти ключових груп нічого не знали про ці сайти.

До навчання з питань ВІЛ/СНІД залучаються переважно медичні працівники ВІЛ- і ТБ-профілю, тоді як медики інших спеціальностей і первинної ланки мають обмежений доступ до такого навчання. Як результат, окрім інфекціоністів, інші медпрацівники майже не володіють інформацією про ДКП, не почувуються впевнено під час проведення консультування і тестування на ВІЛ і рідко пропонують ці послуги або спілкуються на тему ВІЛ-інфекції зі своїми пацієнтами. Середній медичний персонал має нижчий доступ до навчання порівняно з лікарями.

Доконтактна профілактика – ставлення до ДКП серед ЦГ2 та ЦГ3. Близько половини учасників знали про ДКП до проведення цього опитування. Варто зазначити, що респонденти ЗН були найменше обізнані про ДКП; водночас в цій групі найчастіше звітували про НЕвикористання презервативу і НЕзнання статусу свого останнього статевого партнера. **Майже половина** ВІЛ-негативних респондентів серед тих, що мали базове уявлення про ДКП, думали про те, щоб почати ДКП. Доступ до інформації щодо ДКП не є проблематичним, оскільки серед тих респондентів, що планували розпочати ДКП, майже всім вдалося отримати інформацію щодо місця, де можна отримати ДКП. Ми можемо зробити висновок, ще є достатньо високий відсоток бажаючих розпочати профілактику, яких можна було б підтримати на шляху до отримання ДКП за допомогою стратегій, спрямованих на мотивацію, зниження стигми і покращення доступу до ДКП. Абсолютна більшість респондентів отримали інформацію про ДКП в НУО і від соціальних працівників і вважають, що найбільш надійним джерелом інформації про ДКП є медичні працівники, соціальні працівники і профільні НУО. Однією з основних причин відмови від ДКП був страх побічних ефектів. Проте абсолютна більшість клієнтів, що наразі приймають ДКП, були цілком впевнені, що будуть продовжувати цю профілактику.

Доконтактна профілактика – обізнаність і ставлення до ДКП серед медичних працівників. Половина опитаних медичних працівників ніколи не чули про ДКП. Рівень знань щодо ДКП серед вибірки медичних працівників, що чули про ДКП, знаходився на нижній межі задовільної оцінки (в середньому 80% правильних відповідей). Варто зазначити, що велика кількість респондентів ще не визначилась із своїм ставленням щодо ДКП, що може бути непрямим ознакою низького рівня поінформованості щодо ДКП. Так, з 25 тверджень щодо ставлення до ДКП у 14 твердженнях частка відповідей з обраним варіантом «не знаю» зустрічалась із частотою від 20% до 57%. Таким чином, суттєвим бар'єром доступу пацієнтів до ДКП є недостатня інформованість медичних працівників: крім лікарів-інфекціоністів, які призначають ДКП, сімейні лікарі та інші фахівці майже нічого не знали про

доконтактну профілактику під час проведення інтерв'ю.

Стигма. На думку респондентів, стигматизація ЛЖВ та людей з КГ у суспільстві загалом і у ЗОЗ є бар'єром до отримання ВІА-послуг. На думку профільних фахівців, з усіх медичних працівників тільки фтизіатри та інфекціоністи толерантно ставляться до пацієнтів з ВІА, і ця ситуація роками не змінюється. Деякі медичні працівники вважали, що через роботу з ВІА-позитивними пацієнтами вони мають підвищений ризик інфікування ВІА. Незважаючи на досі високий рівень стигми, пов'язаної з ВІА, у суспільстві, *про позитивні зміни у свідомості людей* свідчать відповіді представників ЗН на питання про їхню реакцію у разі, якщо їхня близька людина інфікується ВІА. Варто зазначити, що серед медичних працівників домінує думка, *що не існує стигми до пацієнтів, що приймають ДКП*. Однак існують численні звіти щодо ролі і масштабів впливу стигми до ДКП на рівень отримання цих послуг.^[1-3] Таким чином, ми рекомендуємо звернути увагу на тематику стигми щодо людей, що приймають ДКП, задля раціонального планування подальшої дослідницької та програмної діяльності.

Використання послуг НУО. Половина респондентів користувалась послугами однієї або декількох громадських організацій, які надають послуги групам підвищеного ризику інфікування ВІА та/або ВІА-позитивним людям. Найчастіше такими послугами користувались ЛВНІ і найрідше – статеві партнери представників ключових груп. Група ЛВНІ більш за інші КГ була обізнана про доступні послуги НУО, здебільшого завдяки спілкуванню в своєму соціальному колі. ЧСЧ отримували інформацію про послуги НУО з різних джерел – в Інтернеті, з публікацій соціальних працівників на сайтах знайомств, а також від друзів-клієнтів НУО. Деякі ЧСЧ зверталися до НУО саме як до джерела надійної інформації. Найменш обізнаною про діяльність НУО була група ЗН. Часто респонденти-ЗН вважали, що послуги НУО потрібні лише представникам ключових груп, до яких самі вони не відносяться.

Серед тих респондентів, що НЕ користувались послугами профільних організацій, основними причинами відмови від таких послуг була відсутність потреби в послугах НУО. Однак респонденти зазначали, що з усіх ключових груп ЧСЧ і ТЛ мають найбільше бар'єрів до отримання послуг НУО. ЧСЧ не звертаються до НУО через стигму, страх фізичного насильства і розповсюдження інформації. Серед згаданих структурних бар'єрів до отримання послуг НУО був низький доступ до послуг НУО в малих населених пунктах. Для ЛВНІ бар'єром є віддаленість послуг від місця проживання і обмежена кількість сайтів НУО навіть у великих містах.

Варто зазначити, що у більшості закладів фтизіатричного і ВІА-профілю працюють штатні соціальні працівники і представники ВІА-сервісних НУО. На відміну від профільних ЗОЗ, заклади первинної ланки не співпрацюють з НУО. Лише окремі сімейні лікарі були обізнані про послуги ВІА-сервісних НУО, куди вони могли б скеровувати своїх пацієнтів, але більшість цього не робить. Ці дані можуть свідчити про те, що навіть за наявності профілактичних сервісів на базі НУО існують певні інформаційні та поведінкові перепони на шляху до отримання послуг з профілактики ВІА.

Джерела інформації. Більшість респондентів *сформували свої думки* щодо Міністерства охорони здоров'я та Національної служби здоров'я України як до надійних джерел інформації. Значно менше респондентів мали сформовану думку щодо головних представників БО «100%Життя» як до джерел інформації. Джерелами з найвищим *рівнем довіри* виявились ЮНЕЙДС (Об'єднана Програма ООН з ВІА/СНІДу), **БО «100% Життя»** та місцеві ВІА-сервісні організації. Медичні працівники віддають перевагу офіційним джерелам інформації щодо ВІА-інфекції – вебсайтам МОЗ, ЦГЗ, а також звертаються за консультаціями до фахівців з ВІА, найчастіше – до колег-інфекціоністів.

Канали інформації. Більшість респондентів найчастіше дізнаються про новини в Україні та світі через всеукраїнське телебачення, за допомогою соціальних мереж і через всеукраїнські інтернет-сайти та отримували інформацію про ВІА/СНІД протягом останніх 12 місяців. Трансгендерні люди, медичні працівники та робітники комерційного сексу найчастіше отримували інформацію щодо ВІА, а найрідше отримували таку інформацію представники загального населення. Інформацію про ВІА/СНІД отримують переважно з соціальних мереж, від працівників охорони здоров'я, від

працівників громадських організацій, з Інтернету (крім соціальних мереж) та телебачення. Меншою мірою всі учасники згадували зовнішню рекламу (білборди, реклама у метро).

На думку медиків, пацієнти отримують інформацію про ВІЛ-інфекцію з Інтернету та з друкованих інформаційних матеріалів, які є доступними у ЗОЗ завдяки діяльності ВІЛ-сервісних НУО. Однак представники різних груп дослідження надають перевагу різним інформаційним каналам: наприклад, ЛВНІ частіше отримують інформацію з друкованих матеріалів, які вони беруть в НУО, або від знайомих і доволі рідко користуються Інтернетом. РКС, ТЛ і ЧСЧ надають перевагу Інтернет-ресурсам. Водночас всередині груп є вікові розбіжності: якщо ЧСЧ старшого віку дивляться телебачення і отримують інформаційні буклети в НУО, то молоді ЧСЧ були цілком орієнтовані на Інтернет-ресурси. Також представники всіх КГ зверталися по інформацію до працівників місцевих НУО. За словами КГ, вони не заходять на офіційні сайти державних закладів, бо інформація там викладена складною незрозумілою мовою. Чоловіки-ЗН користуються широким спектром інформаційних джерел, більшу частину яких складають Інтернет-ресурси. Дехто читає новини на державних Інтернет-сайтах (МОЗ, ЦГЗ). Чоловіки старшого віку дивляться телебачення, читають газети. Ця група майже не цікавилась інформацією про ВІЛ-інфекцію, тому всі коментарі стосувалися загальних питань здоров'я. Щодо ЛВНІ, крім спілкування в спільноті і з соціпрацівниками, вони читають орієнтовані на цю групу видання «Мотылек» і «Подорожник» і не довіряють Інтернету та блогерам.

Варто зазначити, що *найбільшу довіру* щодо висвітлення питань профілактики та лікування ВІЛ серед респондентів мали працівники охорони здоров'я, працівники громадських організацій та інші лікарі (профільні спеціалісти). Загалом найвищий рівень довіри серед каналів соціальної реклами **мали медики і вчені, ВІЛ-позитивні люди та зірки шоу-бізнесу і спортсмени** як жіночої, так і чоловічої статі. У разі потреби отримати інформацію щодо ВІЛ або інших інфекцій, що передаються статевим шляхом, більшість респондентів будуть отримувати інформацію через консультації з медичними працівниками, шукатимуть інформацію в Інтернеті самостійно і будуть використовувати гарячу лінію з питань ВІЛ/СНІДу.

Формат комунікації. Найзручнішими та найдоступнішими форматами отримання інформації щодо ВІЛ виявились особиста зустріч з консультантом, отримання консультацій за допомогою безкоштовної гарячої лінії з питань ВІЛ/СНІДу та формат друкованих інформаційних матеріалів у вигляді брошури. Найзручнішими **місцями отримання** консультацій або друкованих матеріалів щодо ВІЛ респондентами були визначені медичні заклади широкого профілю, центри СНІДу та громадські організації.

Засоби комунікації. Майже всі респонденти мають доступ до мережі Інтернет, і більш ніж 90 відсотків мають смартфон. Серед окремих ключових груп ЛВНІ мають найнижчий рівень доступу до мережі Інтернет, і майже половина з них не є власниками смартфонів. Абсолютна більшість респондентів використовують соціальні мережі для отримання інформації та спілкування, однак майже половина респондентів-ЛВНІ не є користувачами соціальних мереж. Найбільш популярними соціальними мережами є Фейсбук (Facebook), Інстаграм (Instagram) і ТікТок. Онлайн-казино виявились непопулярними серед учасників цього дослідження; водночас більше ніж третина респондентів користуються порносайтами, і половина з цих користувачів звертають увагу на рекламу. Кожен четвертий респондент використовував для своїх потреб сайти для знайомств. Найчастіше сайтами для знайомств користуються РКС, ЧСЧ і трансгендерні люди. Найпопулярнішими сайтами серед всіх респондентів були HORNET, МАМБА і BADOO. Серед ЧСЧ та трансгендерних людей найпопулярнішим сайтом для знайомств був HORNET, а серед ЛЖВ та РКС – МАМБА. Загалом месенджерами користуються близько 90 відсотків респондентів, однак серед ЛВНІ рівень використання месенджерів був більш ніж вдвічі менший. Найпопулярнішими месенджерами є Вайбер, Фейсбук та Телеграм.

Рекомендації

1. Рекомендовано підтримувати сьогоденний рівень інформаційного тиску щодо ВІА, однак необхідно розширити охоплення і збільшити кількість цільових груп. Особливої уваги потребує цільова група чоловіків із загального населення, які мають значно *нижчий рівень знань* щодо ВІА порівняно з КГ, не усвідомлюють власні ризики, не цікавляться темою ВІА/СНІДу і не звертаються за послугами з профілактики. Рекомендовано розробити систему скринінгу для використання сімейними лікарями та з вільним доступом в Інтернеті, яка б дозволила громадянам за кілька хвилин самостійно відповісти на низку запитань і отримати інформацію про наявність ризиків щодо ВІА, що може допомогти усвідомити власну вразливість і приверне увагу до надійних інформаційних джерел і профілактичних послуг. Також ми рекомендуємо провести поглиблене вивчення інформаційних та сервісних потреб *статевих партнерів* представників ключових груп ВІА. Варто також систематично збирати необхідні дані задля визначення перепон на шляху статевих партнерів ключових груп до послуг з профілактики та лікування ВІА-інфекції і формування відповідних політик щодо покращення доступу та утримання в мережі надання таких послуг.
2. Оскільки в цьому дослідженні *було визначено суттєву частку респондентів, що зацікавилися ДКП, але не розпочали отримувати цю послугу*, ми рекомендуємо розглянути можливість впровадження моделей самооцінки ризику ВІА та самостійного або асистованого скринінгу на критерії відповідності щодо початку прийому ДКП з інформаційним супроводом до місць надання послуг з ДКП. Такий підхід може бути реалізовано через поширення відповідних інформаційних матеріалів, проведення системних просвітницьких кампаній, регулярних навчальних низькопорогових послуг на платформах профільних НУО та закладів охорони здоров'я загального і спеціалізованого профілю задля цільового контрольованого застосування ДКП серед ключових груп ВІА і загального населення.
3. *Рівень знань про ДКП і щодо ДКП серед медичних працівників є субоптимальним.* Тому потрібно створити передумови і/або використати наявні інформаційні платформи для насичення когорти медичних працівників всіх ланок і рівнів знаннями щодо ДКП. В світлі медичної реформи і підвищення ролі та відповідальності первинної медико-санітарної допомоги особливу увагу варто приділити навчанню з питань ДКП та надання відповідних ВІА-послуг сімейними лікарями як державних, так і приватних закладів охорони здоров'я.
4. Інформаційні кампанії мають бути спрямовані на зниження *стигми* щодо представників ключових груп для усунення їхніх бар'єрів до користування послугами ЗОЗ та НУО. Також ми рекомендуємо провести дослідження щодо стигми до ДКП в різних контекстах впровадження ДКП в Україні. За необхідності розробити відповідні втручання, що будуть направлені на зменшення внутрішньої та зовнішньої стигми серед кандидатів і отримувачів послуг ДКП задля покращення доступу та утримання в програмах ДКП.
5. Всеукраїнське телебачення, соціальні мережі та всеукраїнські інтернет-сайти мають великий потенціал для поширення соціальної реклами. Фокус інформаційних кампаній щодо ВІА має ширше охоплювати загальне населення. Науковці, працівники охорони здоров'я, зірки шоу-бізнесу та профільні НУО мають слугувати пріоритетними спікерами задля поширення інформації щодо профілактики та лікування ВІА-інфекції. Респонденти цього дослідження зазначали, що для ефективного донесення інформації необхідно використовувати всі можливі канали комунікації, орієнтувати повідомлення на різні цільові аудиторії і не обмежувати інформаційні кампанії *великими населеними пунктами*.
6. Під час планування та впровадження інформаційних кампаній варто впровадити *практику електронних опитувань* на відповідних віртуальних майданчиках щодо релевантних форматів та засобів комунікації серед цільових аудиторій, їхніх потреб та перепон на шляху до отримання необхідних послуг. Як було зазначено вище, група ЛВНІ є особливою через те, що ЛВНІ мають обмежений доступ до мережі Інтернет і менше користуються сучасними електронними

приладами та засобами електронної комунікації. Тому задля збору даних з метою моніторингу і оцінки ми рекомендуємо проводити збір даних у безпосередньому контакті з респондентами ЛВНІ (віч-на-віч або дистанційно).

7. Ми рекомендуємо використовувати найзручніші і доступні формати комунікації із цільовими групами (*особиста зустріч з консультантом, отримання консультацій за допомогою безкоштовної гарячої лінії з ВІА/СНІДу та формат друкованих інформаційних матеріалів*) для швидкого досягнення необхідного рівня інформування як щодо загальних даних про певну проблематику, так і детального ознайомлення щодо конкретних послуг. На думку респондентів, друковані інформаційні матеріали мають бути стислими, написаними зрозумілою мовою. Також доцільно комбінувати текст із графічними зображеннями, а також розглядати типові життєві ситуації, які люди зможуть «приміряти» на себе. Для привернення уваги широких верств населення до теми ВІА-інфекції необхідно орієнтувати повідомлення на різні цільові аудиторії і створювати постійний інформаційний фон, щоб тема ВІА постійно була «на слуху». Дослідження довело, що про сайт *prozdorovia.in.ua* майже ніхто не чув. За наявності гарячої лінії з питань ВІА/СНІДу та інформаційних вебсайтів як джерел надійної інформації необхідно використовувати доступні для більшості громадян інформаційні ресурси для пропагування цих джерел. Це можуть бути білборди, реклама на транспорті, QR-коди та повідомлення з номерами телефонів на касових чеках супермаркетів та будь-які інші можливі канали надання інформації.
8. *Лікарі і середній медичний персонал* будь-якого профілю мають високий рівень довіри, вважаються доступними та надійними провідниками інформації і мають надавати пацієнтам інформацію з профілактики ВІА-інфекції на постійній основі. Для більшого охоплення населення послугами з тестування на ВІА і надання якісного консультування необхідні тренінги з проведення тестування і консультування на ВІА-інфекцію для медичних працівників всіх рівнів і закладів всіх форм власності, включно із державними та приватними лабораторіями. Потрібно забезпечити доступ до навчання з питань ВІА/СНІДу медичних працівників первинної ланки нарівні з фахівцями спеціалізованих ЗОЗ, включно із середнім медперсоналом. Це дозволить не тільки покращити охоплення населення послугами з профілактики ВІА (у тому числі тестуванням на ВІА та ДКП), але й знизити рівень *стигми* щодо ВІА у закладах всіх рівнів і типів підпорядкування. Також медичним працівникам, включно із сімейними лікарями, необхідно надати інформацію про телефонну гарячу лінію з питань ВІА/СНІДу та інформаційні вебсайти, орієнтовані на пересічних читачів, такі як *oraltest.org.ua* та *prozdorovia.in.ua*, для розповсюдження інформації про ці ресурси серед пацієнтів у медичних закладах всіх рівнів.
9. Високому рівню довіри до послуг ВІА-сервісних НУО протирічить *низька інформованість населення про ці послуги*. Потрібно ширше висвітлювати діяльність НУО через канали, прийнятні для спільнот, і залучати для цього всі можливі ресурси (повідомлення від лідерів думок, рекламні повідомлення на мобільних додатках для знайомств, надання інформації сімейними лікарями) для інформування КГ про наявні ресурси НУО в їхньому населеному пункті та онлайн.
10. БО «100% Життя» наразі є ведучим *генератором* та *провідником* інформації щодо ВІА, якому довіряє більшість представників ВІА ключових груп і майже половина загального населення. Група авторів цього звіту рекомендують підтримувати на сьогоденному рівні та оптимізувати систему надання інформаційних послуг (активне залучення працівників охорони здоров'я, науковців та інших лідерів думок) задля більш широкого охоплення цільових аудиторій серед ключових популяцій і особливо загального населення.

Список літератури

1. Golub SA. **PrEP Stigma: Implicit and Explicit Drivers of Disparity.** *Current HIV/AIDS reports* 2018; 15(2):190-197.
2. Haire BG. **Preexposure prophylaxis-related stigma: strategies to improve uptake and adherence - a narrative review.** *HIV/AIDS (Auckland, NZ)* 2015; 7:241-249.
3. Calabrese SK, Underhill K. **How Stigma Surrounding the Use of HIV Preexposure Prophylaxis Undermines Prevention and Pleasure: A Call to Destigmatize "Truvada Whores".** *American journal of public health* 2015; 105(10):1960-1964.