



**Коротке викладення результатів  
операційного дослідження:  
«Оцінка впливу групових форм роботи в рамках проектів з профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ»**

**Авторський колектив**

Демченко І.Л., канд. екон. наук;  
Варбан М.Ю., канд. психол. наук;  
Варбан Є.О., канд. психол. наук;  
Дебелюк М.І.;  
Кисельов В.В.;  
Костючок М.М.;  
Белоносова Н.А.

**Київ – 2012**

## Перелік скорочень

АЦ – аналітичний цент

АРТ – антиретровірусна терапія

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДКТ – добровільне консультування та тестування

ЗШ – зменшення шкоди

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом

КГ – контрольна група або група порівняння

МБФ – міжнародний благодійний фонд

ЛГБТ – лесбійки, геї, бісексуали та трансгендери

НУО – неурядова організація

ОГ – основна група

СНІД – синдром набутого імунодефіциту людини

ЧСЧ – чоловіки, що мають секс з чоловіками

## Методологія дослідження

Організації, які здійснюють в Україні проекти з профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ, мають чималий досвід відповідної діяльності та широко використовують різноманітні форми групової роботи у ЧСЧ-сервісних проектах. У рамках значної частини проектів проводяться:

- групові консультації (лекції) з питань безпечної сексуальної поведінки, ВІЛ/СНІДу та ІПСШ;
- тренінги, спрямовані на формування безпечної сексуальної поведінки, в т.ч. мотивування до використання презервативів та лубрикантів, мотивування до тестування на ВІЛ, мотивування до тестування на ІПСШ та їх лікування;
- групи само- та взаємодопомоги;
- групові консультування клієнтів з питань камін-ауту, сексуальних практик з точки зору ризику інфікування ВІЛ/ІПСШ, гомофобії, насильства в гей-парах, вживання алкоголю, наркотичних речовин, сексуальних стимуляторів, використання сексуальних іграшок тощо, які проводять психологи і соціальні працівники;
- організація профілактично орієнтованого дозвілля – вечірок, дискусійних клубів, кіноклубів тощо.

Станом на сьогодні в Україні немає досліджень, які б вивчали прямий чи опосередкований вплив цих форм роботи на зміну ризикованої щодо інфікування ВІЛ/ІПСШ поведінки ЧСЧ на менш ризиковану. Ґрунтовних досліджень з даної проблематики бракує і в інших країнах, а результати наявних досліджень навряд чи можуть слугувати для оцінки ефективності групових форм роботи з ЧСЧ, що реалізуються в Україні, враховуючи соціокультурні відмінності між країнами.

В 2011 р. Аналітичним центром «Соціоконсалтинг» на замовлення Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, проведене операційне дослідження «Оцінка впливу групових форм роботи в рамках проектів з профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ».

**Мета дослідження:** аналіз та оцінка прямих і опосередкованих результатів і ефективності групових форм роботи, а також їх впливу на попередження поширеності ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ.

З метою реалізації зазначеної мети вирішувалися наступні **завдання:**

1. Аналіз поняття «ефективність групових форм роботи з ЧСЧ», включаючи створення вичерпного переліку таких форм роботи, визначення таких її характеристик, як дієвість (effectiveness), результативність (efficacy), економічність (efficiency), а також обґрунтоване формулювання якісних і кількісних критеріїв цих характеристик.
2. Визначення та опис усіх форм групової роботи з ЧСЧ, що впроваджуються ЧСЧ-сервісними організаціями.

3. Аналіз ефективності (дієвості, результативності та економічності) окремих форм групової роботи із використанням якісних і кількісних критеріїв.
4. Вивчення особливостей і механізмів впливу певних форм групової роботи на різні аспекти життя клієнтів проектів ЗШ, залучення та утримання їх у профілактичних проектах, а також на попередження поширення ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ, включаючи аналіз прямого та опосередкованого впливу.
5. Розробка рекомендацій щодо доцільності/недоцільності впровадження окремих форм групової роботи в діяльності ЧСЧ-сервісних організацій, підвищення ефективності ЧСЧ-сервісних проектів (дієвості, результативності та економічності) щодо попередження інфікування ЧСЧ ВІЛ та ІПСШ, а також щодо необхідних змін у менеджменті проектів, системі контролю, моніторингу та оцінки.

**Тип дослідження:** операційне, із застосуванням кількісних та якісних соціологічних методів.

**Територіальне охоплення:** дослідження здійснювалося на базі 5 ЧСЧ-сервісних НУО, які представляють різні регіони України і мають чималий досвід реалізації ВІЛ-сервісних проектів:

- НУО «Гей-Альянс» (м. Київ)
- НУО «Здоров'я нації» (м. Донецьк)
- НУО «Аванте» (м. Львів)
- НУО «Партнер» (м. Одеса)
- НУО «ЛіГА» (м. Миколаїв)

### Методи дослідження

Для отримання повної та об'єктивної інформації під час дослідження використовувався комплексний підхід, що передбачав поєднання кількісних і якісних соціологічних методів. Використовувалися наступні методи дослідження:

- 1) **Кабінетний аналіз.** Головними джерелами, які використовувалися для кабінетного аналізу, були проектні заявки НУО, що підтримані Альянсом, поточна документація (щоквартальні звіти НУО), звіти за підсумками моніторингових візитів програмних спеціалістів Альянсу тощо.
- 2) **Структуровані інтерв'ю з клієнтами.** В кожній із НУО були опитані клієнти, які отримують послуги групової і індивідуальної профілактики (*основна група*), і ті, хто отримував послуги лише індивідуальної профілактики (*контрольна група або група порівняння*). Всього було опитано 300 респондентів, в т. ч. 200 – представників основної групи, 100 – контрольної (по 60 респондентів у кожній із НУО).

- 3) До структурованих інтерв'ю окремим блоком було включено **психологічну методику** діагностики самооцінки Т. Дембо – С. Рубінштейн. Для дослідження було відібрано 4 шкали (здоров'я, щастя, задоволеність собою, оптимізм), що характеризують індивідуальні особливості самооцінки респондентів.
- 4) **Гнучкі інтерв'ю з клієнтами.** До опитування залучалися лише ті клієнти, які відвідували групові профілактичні заходи в організації (не менше 3 відвідувань таких заходів упродовж проектної діяльності НУО). Всього було проведено 22 гнучких інтерв'ю.
- 5) **Гнучкі інтерв'ю з експертами.** Експертами в даному дослідженні виступали працівники НУО або залучені спеціалісти, які безпосередньо впроваджують групові форми роботи з ЧСЧ або займаються плануванням та координацією вказаної діяльності (керівники проекту або координатори ЧСЧ-напряму, тренери, консультанти, фасилітатори, які проводять групові заходи). Всього було проведено 8 глибинних інтерв'ю та фокус-група в НУО «Здоров'я нації» (м. Донецьк).
- 6) **Моніторингові візити співробітників АЦ «Соціоконсалтинг».** Було проведено по 1 візиту до кожної із НУО, включеної в дослідження (всього 5), з метою ознайомлення із проектною документацією та відвідування щонайменше 1 групового заходу як спостерігач. Під час візитів співробітники АЦ «Соціоконсалтинг» відвідали інформаційне заняття («Здоров'я нації»), засідання кіноклубу («ЛіГА», «Партнер») та психологічного клубу («Гей-Альянс»), групу особистісного зростання («Аванте»).

#### **Дослідницькі підходи до вивчення впливу групових заходів та їх ефективності:**

- Аналіз дієвості групових заходів здійснювався на основі контент-аналізу гнучких інтерв'ю, звітів за підсумками моніторингових візитів, одновимірних і двовимірних розподілів відповідей клієнтів-учасників групових заходів на запитання анкети.
- Висновки щодо результативності робилися на основі порівняльного аналізу за ключовими індикаторами (передусім – за мірою поширеності ризикованих поведінкових практик) між основною та контрольною групами.
- Аналіз економічності був спрямований на розрахунок додаткової вартості («витратності») відмови від ризикованої поведінки 1 «середньостатистичного» клієнта, який відвідував заходи групової профілактики. Була здійснена також спроба провести аналіз економічності окремих видів групової роботи.

#### **Методи аналізу даних дослідження:**

- Систематизація та первинний контент-аналіз стенограм гнучких інтерв'ю з клієнтами та експертами.
- Систематизація даних звітів за результатами моніторингових візитів.

- Порівняльний аналіз даних опитування залежно від таких характеристик опитаних, як належність до основної чи контрольної групи, рівень освіти респондентів та належність до клієнтів тієї чи іншої НУО, за допомогою методів описової статистики – одномірних та двомірних розподілів відповідей респондентів.
- Розрахунок інтегральних показників, які характеризують рівень знань, поведінкові установки та рівень поширеності ризикованої сексуальної поведінки серед респондентів за окремими групами, та аналіз їх надійності.
- Розрахунок коефіцієнтів кореляції для вивчення взаємозв'язку між різними факторами, що можуть впливати на рівень знань, поведінкові установки та рівень поширеності ризикованої сексуальної поведінки серед респондентів.
- Розрахунок коефіцієнтів значимості розбіжностей між показниками представників основної та контрольної груп.

### **Етичні засади дослідження**

Програма та інструментарій дослідження отримали позитивний висновок Комісії з професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України.

Збір, зберігання та аналіз емпіричних даних дослідження базувався на дотриманні етичних стандартів і захисті права учасників дослідження на добровільність, анонімність і конфіденційність. Перед проведенням інтерв'ю від кожного респондента була отримана поінформована згода на участь у дослідженні в усній формі.

### **Обмеження дослідження**

Аналіз відмінностей між основною та контрольною групою виявився утрудненим, а його результати – досить неоднозначними, оскільки контрольна група виявилася не «чистою». У зв'язку із недотриманням процедури рекруту клієнтів для участі в опитуванні кількома НУО до контрольної групи в цих організаціях вочевидь потрапили особи, які могли брати участь у групових заходах.

Якщо в НУО «Здоров'я нації» (Донецьк) та «Гей-Альянс» (Київ) респондентів контрольної групи опитували безпосередньо на «плешках», то в трьох інших організаціях співробітники під різними приводами відмовилися від такої форми опитування. При цьому у своїх звітах інтерв'юери висловлювали досить багато зауважень щодо правильності відбору співробітниками НУО клієнтів для участі в дослідженні.

## Основні результати дослідження

### Міжнародний огляд

Був зроблений огляд тематичних матеріалів, які представлені у відкритому доступі в світовій мережі Інтернет та присвячені аналізу закордонного, й зокрема, американського, досвіду впровадження групових методів профілактичної роботи з ЧСЧ. Огляд вирішував наступні завдання:

- Описував досвід проведення та оцінки ефективності групових програм профілактики ВІЛ для ЧСЧ на прикладі спеціалізованих баз відпочинку в штаті Монтана (США), а також групових тренінгів для афро-американських ЧСЧ;
- Аналізував основні результати проведення групових форм профілактики ВІЛ серед ЧСЧ за кордоном і проблеми, що пов'язані з їх оцінкою.

За результатами огляду, дослідження Berg<sup>1</sup>, Sondag & Dybdal (2007)<sup>2</sup> показує, що проведення виїзних практичних семінарів як групових форм профілактики ВІЛ/ПСПШ серед ЧСЧ дає можливість ефективно з економічної точки зору охопити велику кількість людей і значно знизити кількість випадків ВІЛ-інфікування в майбутньому. Результати звіту Wilton et al (2009)<sup>3</sup>, в свою чергу, наочно демонструють, що ефективність групової профілактики, орієнтованої на зниження ризику інфікування ВІЛ/ПСПШ у рамках конкретних підгруп ЧСЧ, безпосередньо залежить від того, наскільки вона допомагає послаблювати структурні фактори, що лежать в основі ризикованої поведінки членів цієї підгрупи.

Більшість систематичних оглядів, що були проаналізовані в даному операційному дослідженні, відмічали зниження ризикованої поведінки цільової групи в короткостроковій перспективі після проведення групових профілактичних інтервенцій, проте випадки довгострокового та сталого зниження ризику документально підтверджені недостатньо (Berg, 2009). Більше того, в цих дослідженнях практично не були представлені дані щодо ефективності групової профілактики ВІЛ/ПСПШ серед ЧСЧ, що базуються на біологічних даних. Аналіз їх ефективності будувався переважно на самозвітах учасників щодо якості змін сексуальної поведінки та більш активному використанні презервативів за результатами інтервенцій (Herbst et al., 2007, April)<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Berg, R. (2009). The Effectiveness of Behavioural and Psychosocial HIV/STI Prevention Interventions for MSM in Europe: a systematic review. *Eurosurveillance*, 14, (48), 19-30.

<sup>2</sup> Berg, C., Sondag, A. & Dybdal, L. (2007). Health Retreats AS Group-Level HIV Prevention Intervention: An Evaluation. *American Journal of Health Studies*, 22 (3), 160-169.

<sup>3</sup> Wilton, L. et al (2009). Efficacy of an HIV/STI prevention intervention for black men who have sex with men: findings from the Many Men, Many Voices (3MV) project. *AIDS and Behavior*, 13 (3), 532-544.

<sup>4</sup> Herbst, J. et al (2007, April). The Effectiveness of Individual-, Group-, and Community-Level HIV Behavioral Risk-Reduction Interventions for Adult Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 32; Supplement, 8-67.

Соціальні мережі дають можливість успішно застосовувати групові форми роботи з метою профілактики ВІЛ у спільноті ЧСЧ. Так, Amirkhanian et al (2005)<sup>5</sup> підтвердили ефективність групового консультування та навчання навичкам профілактики ВІЛ лідерів, що користуються популярністю членів соціальних мереж ЧСЧ. У їхньому дослідженні, яке проходило в Санкт-Петербурзі (Росія) та Софії (Болгарія), взяли участь лідери 25 експериментальних мереж молодих ЧСЧ. Учасники прослухали дев'ять занять тренінгу, на яких їх навчали безпечному сексуальному життю, а також тому, яким чином передавати отримані знання та навички своїм ровесникам, друзям та коханим. Зміни в поведінці вимірювалися шляхом анкетування та опитування учасників експериментальної та контрольної груп. Опитування учасників повторювалося через 3 та 12 місяців після проведення тренінгу. В експериментальній групі, за самозвітами учасників, рівень незахищеного анального сексу знизився з 71,8% до 48,8% через 3 місяці ( $P=0,00001$ ), а частка випадків незахищеного анального сексу з кількома партнерами знизилася з 31,5% до 12,9% ( $P=0,02$ ). Результати наступного опитування через 12 місяців продемонстрували динаміку до зниження звітів про незахищений анальний секс в експериментальній групі, за виключенням тих учасників, які мали кілька партнерів до проведення опитування – в їхньому випадку показники залишилися на тому ж рівні. При цьому в контрольній групі частота випадків незахищеного анального сексу за весь контрольний період залишилася практично без змін.

Використання інтегрованого підходу до сексуального здоров'я з використанням коротких, але багаторівневих та ґрунтовних семінарів також показало свою ефективність у зниженні кількості випадків незахищеного анального сексу серед ЧСЧ та довело, що одноразові стратегії навчання можуть успішно використовуватися в даній групі (Rosser et al., 2002)<sup>6</sup>. Групові інтервенції, що проводяться фасилітаторами та модераторами зі спільноти ЧСЧ, доводять свою дієвість, особливо, якщо інтервенція спрямована на зниження ризикованої поведінки в спільноті ЧСЧ, що живуть з ВІЛ (Wolitski, Gómez & Parsons, 2005)<sup>7</sup>. Низка групових профілактичних інтервенцій була розроблена спеціально для конкретних підгруп та субпопуляцій ЧСЧ, у тому числі етнічних/расових меншин, як, наприклад, програма «Багато чоловіків, багато голосів» для афро-американських ЧСЧ (Wilton et al, 2009).

Когнітивно-поведінкові інтервенції є економічно ефективними інструментами профілактики ВІЛ серед ЧСЧ. Наприклад, вартість проведення одного американського практичного семінару для ЧСЧ протягом кількох днів, у ході якого учасників навчали

---

<sup>5</sup> Amirkhanian, Y. et al (2005). A randomized social network HIV prevention trial with young men who have sex with men in Russia and Bulgaria. *AIDS*, 19 (16), 1897-905.

<sup>6</sup> Rosser, B. et al. (2002). A randomized controlled intervention trial of a sexual health approach to long-term HIV risk reduction for men who have sex with men: Effects of the intervention on unsafe sexual behavior. *AIDS Education and Prevention*, Suppl. A, 14, 59-71.

<sup>7</sup> Wolitski, R., Gómez, C. & Parsons, J. (2005). Effects of a peer-led behavioral intervention to reduce HIV transmission and promote serostatus disclosure among HIV-seropositive gay and bisexual men. *AIDS*, 19 (Suppl 1), S99-109.



навичкам самоконтролю, камін-ауту, безпечній поведінці, читали лекції щодо ВІЛ/СНІД та допомагали формувати мережі соціальної підтримки, за даними Holtgrave & Kelly (1997)<sup>8</sup>, складала \$24000, що в 1,75 разів дешевше розрахункової вартості лікування ВІЛ (\$42000). Дослідники підрахували, що ця ініціатива допомогла зберегти 5,5 дискордантних «особа-років» життя, скорегованих за якістю здоров'я (QALYs).

На сьогодні можна резюмувати, що у світі проведено недостатньо досліджень, присвячених оцінці результатів групових інтервенцій, що спрямовані на зниження рівня ризикованої поведінки серед ЧСЧ. Розробка поведінкових стратегій профілактики ВІЛ/ПСШ та оцінка таких програм для ЧСЧ є важливим компонентом комплексної стратегії приборкання епідемії ВІЛ-інфекції.

Базуючися на даних міжнародного огляду, було проведено дослідження в Україні. Результати даного дослідження показали, що можливість відвідування групових заходів українських ВІЛ-сервісних НУО, які працюють з ЧСЧ, є важливим стимулом для залучення нових клієнтів і їх утримання в подальшому, а також вагомим чинником щодо отримання представниками цільової групи профілактичних щодо ВІЛ/СНІД послуг (ДКТ, інформаційні матеріали, презервативи/лубриканти) на регулярній основі.

### ***Опис групових заходів, що проводяться НУО***

Загалом можна виокремити три напрями групових профілактичних заходів, що проводяться на базі ЧСЧ-сервісних НУО:

- інформаційно-просвітницькі з питань ВІЛ/СНІД/ПСШ/гепатитів;
- соціально-психологічної спрямованості;
- питання дозвілля.

Проте такий розподіл є досить умовним, адже співробітники НУО намагаються торкатися питань профілактики ВІЛ/СНІД під час усіх групових заходів (занять з психологом, груп само- та взаємодопомоги, виїздів на природу, кіноклубів, дискотек тощо), що підтверджується відповідями їх клієнтів.

### ***Інформаційно-просвітницькі заходи з питань ВІЛ/СНІД/ПСШ***

Інформаційні заходи профілактичного спрямування для клієнтів НУО проводяться, як правило, у форматі тренінгів, міні-тренінгів, семінарів, групових інформаційних занять (міні-інформаційні заняття, освітні сесії), групових консультацій зі

---

<sup>8</sup> Holtgrave, D. & Kelly, J. (1997). Cost-effectiveness of an HIV/AIDS prevention intervention for gay men. *AIDS and Behavior*, 1, 173-80.

спеціалістами (лікарями, юристами). Окремо НУО організують тренінги для волонтерів/активістів із числа клієнтів НУО для їх підготовки до просвітницької роботи за методом «рівний рівному».

Тематика таких занять досить різноманітна: ВІЛ/СНІД/ІПСШ/гепатити і шляхи їх передачі, біологічні особливості ВІЛ, АРТ, опортуністичні захворювання, безпечна сексуальна поведінка, використання контрацептивів (чоловічі, жіночі презервативи), лубрикантів, альтернативні сексуальні практики та ризик інфікування ВІЛ, а також ряд тем, безпосередньо не пов'язаних із профілактикою ВІЛ/СНІДу, зокрема, толерантне ставлення суспільства до ЛГБТ, профілактика алкоголізму, наркоманії, куріння тютюну, зрада серед ЧСЧ, стосунки з міліцією (НУО «Партнер», м. Одеса), правовий захист (НУО «ЛіГА», м. Миколаїв), аутріч-робота (для волонтерів) тощо.

Мета та завдання таких заходів – інформування/підвищення рівня поінформованості ЧСЧ-клієнтів щодо ВІЛ/СНІД/ІПСШ/гепатитів, профілактики цих захворювань, формування навичок безпечної сексуальної поведінки.

Згідно з інформацією НУО, під час таких заходів, окрім презентацій (пасивного інформування), застосовуються інтерактивні форми роботи з учасниками, такі як мозковий штурм, робота в малих групах, навчальні ігри, обговорення, дискусії. Проводять ці заходи керівники проектів/напрямків, соціальні працівники, лідери ЧСЧ-спільноти, ЧСЧ-ВІЛ+-спільноти, психологи, залучені спеціалісти (психологи, лікарі, юристи тощо). Тривалість тренінгів є різною в кожній НУО і коливається від 6–12 годин («Партнер») до 2–3 днів («ЛіГА»). Міні-тренінги (інформаційні заняття з елементами тренінгу – «Здоров'я нації») є менш тривалими – від 2 до 6 годин («Гей-Альянс», «Аванте», «Партнер»). Відповідно коливається й частота проведення таких заходів: від 9 разів на місяць до 2 разів на рік.

Як співробітники, так і клієнти НУО відзначають, що групові заходи, присвячені виключно темі ВІЛ/СНІД, є нецікавими для переважної більшості клієнтів. Відповідним чином це відбивається на кількості учасників таких заходів. Профілактична інформація легше сприймається і засвоюється, коли невеликими блоками в рамках інших включаються привабливіші для цільової групи теми (взаємини з партнерами, близькими, родичами тощо). При цьому поєднання в інформаційному занятті таких тем, як ІПСШ, безпечна сексуальна поведінка, значно підвищують інтерес клієнтів до тематики ВІЛ.

За оцінками експертів, інформаційно-просвітницькі заходи, що стосуються виключно теми ВІЛ/СНІД, мають найкращий ефект у випадку їх проведення з новими клієнтами. Ті, хто відвідує НУО більш тривалий час, потребують лише періодичного нагадування, доповнення/оновлення свіжою актуальною інформацією щодо ВІЛ/СНІД. На реалізацію цієї мети спрямовані «Десятихвилинки» («Гей-Альянс»), ігри «Хрестики-нулики» («ЛіГА»), «Доміно» («Партнер»). Ігрова форма, змагальний характер таких заходів дозволяє ненав'язливо нагадати клієнтам про важливі моменти профілактики ВІЛ/СНІД/ІПСШ, виявити прогалини в їхніх знаннях, хибні уявлення, упередження тощо та відповідним чином відкоригувати їх.

### *Заходи соціально-психологічної спрямованості*

Серед заходів соціально-психологічної спрямованості на базі НУО проводяться наступні: групи само- та взаємодопомоги, підтримки, психологічної підтримки, особистісного зростання тощо.

За інформацією, наданою НУО, в кожній із них психологічні заходи проводяться раз на один–два тижні, а їх тривалість варіюється від 1 до 4 годин.

Інформація, надана НУО, не завжди відповідала тому, що говорили як клієнти, так і експерти в ході гнучких інтерв'ю. Зокрема, респонденти називали низку інших форм психологічної роботи, не зазначених НУО:

- психологічний клуб, який проводиться психологом і має на меті вирішення різноманітних психосоціальних проблем клієнтів (подолання комплексів, прийняття власної ідентичності, налагодження взаємин з батьками) за допомогою спеціальних психологічних методик («Гей-Альянс»);
- психологічні тренінги (групові заняття з психологом), на яких розглядається широкий спектр психологічних проблем («Партнер»);
- групові інформаційні заняття з психологом («Здоров'я нації»).

Загалом аналіз гнучких інтерв'ю підтверджує припущення про те, що незважаючи на різні назви, сутність окремих форм психологічної роботи, заявлених різними НУО, є досить подібною та зводиться до двох основних моделей.

Перша – здебільшого орієнтована на спілкування самих ЧСЧ та обмін досвідом між ними (групи само- та взаємодопомоги, психологічної підтримки), фасилітатор при цьому має скеровувати процес комунікації у потрібному напрямку та підтримувати встановлені правила спілкування, залишаючися майже «непомітним».

Друга – також включає елементи спілкування клієнтів, але вони виконують допоміжну роль. Головним же змістом подібних заходів (групи особистісного зростання) є застосування спеціальних методик у процесі роботи з групою, орієнтованої на вирішення психосоціальних проблем клієнтів. Такі заходи проводить фахівець (як правило, психолог), виконуючи роль тренера або фасилітатора.

Тематика психологічних заходів здебільшого стосується таких аспектів, як усвідомлення власної гомосексуальної ідентичності, камін-аут, налагодження стосунків з батьками та вирішення конфліктів на роботі, в сім'ї, з партнером, особистісне зростання, подолання внутрішніх бар'єрів і фобій, пивний алкоголізм, ставлення суспільства до ЧСЧ і толерантність, встановлення життєвих цілей і мотивація до самореалізації тощо. Також час від часу на психологічних заходах обговорюються теми, прямо пов'язані з профілактикою ВІЛ/СНІДу, наприклад, безпечні сексуальні практики.

### **Заходи з організації дозвілля**

Заходи щодо організації дозвілля, за інформацією, наданою НУО, виявилися найбільш масовими і водночас різноманітними за жанром, формами і методами роботи: кіноклуб, дискусійний клуб, профілактично орієнтоване дозвілля, майстер-класи, тематичні чаювання тощо. Крім таких достатньо типових заходів, практично кожна НУО має свої особливі форми організації дозвілля:

- міжнародний клуб – заняття з англійської мови, які проводить на волонтерських засадах один із клієнтів («Гей-Альянс»);
- громадські акції та флеш-моби («Партнер» та «Здоров'я нації»);
- майстер-класи з масажу та англійської мови («Партнер»);
- концерти, травесті-шоу («Партнер»).

У ході гнучких інтерв'ю клієнти та співробітники НУО називали деякі розважальні заходи, про які не згадувалося в анкетах, заповнених НУО: вечірки, дискотеки, виїзди на природу, громадські акції до пам'ятних дат, наприклад, флеш-моб на День боротьби з гомофобією тощо.

Щоправда, ці заходи здебільшого проводяться з ініціативи клієнтів, а тому відбуваються нерегулярно залежно від пори року, наявності необхідних ресурсів для їх проведення та інших ситуативних факторів.

Серед усіх типів заходів дозвілля найбільш популярними серед клієнтів є кіноклуби, які проводяться в кожній НУО.

Що стосується розважальних заходів, які проводяться для клієнтів НУО, то експерти зазначають, що саме можливість проведення дозвілля в дружньому середовищі, а також участі у заходах соціально-психологічного спрямування є одним із головних стимулів, що спонукають клієнтів відвідувати НУО. Крім того, за словами експертів, вони намагаються включити певні елементи профілактичної роботи навіть у заходи дозвілля.

Можна констатувати, що в різних НУО одна й та ж форма роботи може мати різні назви, а різні за змістом заходи можуть носити однакову назву. Найбільше варіацій виникає щодо розуміння таких форм роботи, як групи самопомоги, взаємодопомоги та групи підтримки. Тобто кожна НУО інтерпретує різні форми групової роботи по-своєму та демонструє власні особливості у процесі їх організації і проведення. Це пов'язано з тим, що організації намагаються максимально врахувати специфіку своїх клієнтів, їхні потреби та інтереси шляхом модифікації загальноприйнятих форм групової роботи. Вагомим чинником при цьому виступають особистісні характеристики співробітників проекту (у т.ч. їх освіта і досвід), а також наявні ресурси НУО.

### ***Поняття ефективності групової роботи та її критерії***

Для оцінки впливу групових форм роботи НУО на цільову групу у даному дослідженні було введено поняття ефективності. При цьому ефективність групових форм роботи розглядалася як поєднання трьох компонентів: *дієвості, результативності, економічності*.

**1. Дієвість** розглядалася як сукупність усіх можливих наслідків (в т.ч. і негативних) впливу групових заходів на цільову групу безвідносно до обсягу витрачених ресурсів. Показниками дієвості слугували не лише прямі наслідки, на досягнення яких безпосередньо орієнтована діяльність НУО, а й низка змін у різних сферах життя клієнтів, опосередковано пов'язаних із участю останніх у діяльності організації.

Індикаторами дієвості були визначені наступні:

- зміни у сексуальній поведінці ЧСЧ, що відбулися після участі в групових заходах (зменшення частки осіб із числа учасників заходів, які практикують ризиковану сексуальну поведінку, звуження переліку видів ризикованих практик), а також збільшення частки осіб, які пройшли тестування на ВІЛ/ПСПШ/гепатити;
- інші досягнення учасників, які можуть стати важливими передумовами до змін у поведінці, зокрема, динаміка поведінкових орієнтацій (наприклад, збільшення готовності обговорювати із партнером засоби захисту від ВІЛ/ПСПШ, попередні ризиковані практики партнерів, наміри щодо проходження тестування на ВІЛ/ПСПШ/гепатити тощо), зміна ставлення до свого здоров'я, краще усвідомлення ризику інфікування ВІЛ і можливості попередити його, динаміка рівня обізнаності щодо ВІЛ/СНІД/ПСПШ цільової групи тощо.

Крім вищезазначених прямих, до показників дієвості було включено низку опосередкованих наслідків групових заходів, які відбиваються на психологічному благополуччі і соціальному становищі як окремих учасників, так і групи в цілому. До таких непрямих наслідків були віднесені наступні: зменшення рівня тривожності, розв'язання внутрішньо-особистісних конфліктів, прийняття власної ідентичності, подолання комплексів та підвищення самооцінки учасників, поліпшення їхніх взаємин із родиною, партнером, розширення кола спілкування, поява нових друзів, формування мережі соціальної підтримки.

Виходячи із сконструйованих індикаторів, головний акцент при дослідженні дієвості робився не стільки на її вимірюванні за допомогою кількісних критеріїв, скільки на врахуванні якісних показників змін. Як інформаційні джерела, за допомогою яких проводився аналіз дієвості, використовувалися спостереження експертів (тренерів, фасилітаторів заходів, а також незалежних спостерігачів з числа співробітників АЦ «Соціоконсалтинг», які відвідували ці заходи) та самооцінки самих учасників.

**2. Результативність** фокусується на розгляді лише тих змін, які безпосередньо орієнтовані на досягнення запланованого результату (яким є зниження ризику інфікування ВІЛ серед представників цільової групи) та міри впливу досліджуваного чиннику (групових форм роботи) в досягненні зазначеного результату. Тобто індикаторами результативності є передусім

показники, пов'язані із дотриманням учасниками безпечних щодо інфікування ВІЛ моделей поведінки, регулярним проходженням тестування, а також динамікою рівня знань про ВІЛ/СНІД та поведінкових настанов на безпечну поведінку.

Найбільш важливим і водночас складним у дослідженні результативності виявилось виокремлення впливу саме досліджуваного чиннику, адже усі заходи, що реалізують проекти ЗШ (від поширення друкованих матеріалів, витратників, індивідуального інформування, ДКТ до усіх форм групової роботи), так чи інакше спрямовані саме на досягнення змін у поведінці представників цільової групи. Й відповідно зміни у поведінці ЧСЧ або їх відсутність є результатом інтегрованого впливу інтервенцій проектів ЗШ, засобів масової інформації, найближчого оточення тощо.

Саме тому вимірювання результативності групових форм роботи з ЧСЧ проводилося за допомогою процедури порівняльного аналізу динаміки безпечної поведінки серед клієнтів проектів ЗШ – учасників групових форм роботи і клієнтів, які охоплені лише індивідуальними формами роботи.

Ще одним завданням, яке ставилося у процесі дослідження, була оцінка впливу окремих форм групової роботи. На етапі підготовки дослідження планувалося вирішити вказане завдання, сформувавши в структурі вибірки підгрупи із числа клієнтів, які відвідували в НУО групові заходи тільки одного виду (наприклад, лише психологічні тренінги або дискусійні клуби). Однак в ході проведення опитування виявилось, що абсолютна більшість клієнтів відвідує чималу кількість різнотипних заходів: серед 200 опитаних представників основної групи виявилось лише кілька осіб, які відвідували заходи лише інформаційно-просвітницького, психологічного спрямування або заходи дозвілля. Експерти також не змогли розмежувати вплив окремих заходів.

**3. Економічність** наближається за змістом до витратності на одного клієнта й передбачає аналіз ресурсів (фінансових, часових), які були використані для здійснення групових заходів і забезпечили зміни в поведінці клієнтів.

Економічність розраховувалася у вигляді дробу, в якому:

*Числительник:* Витрати на організацію та проведення групових профілактичних заходів (на основі бюджетів НУО).

*Знаменник:* Кількість відвідувачів групових заходів, помножена на відсоток відвідувачів, які нині практикують безпечну щодо інфікування ВІЛ поведінку.

### ***Дієвість групових профілактичних заходів***

Результати дослідження показали, що різні групові заходи є досить дієвими з точки зору позитивних змін у поведінкових орієнтаціях клієнтів, що входили до основної групи.

За відповідями більшості респондентів, інформацію, отриману під час групових заходів, вони особисто застосовують на практиці. Корисність інформаційних заходів і заходів дозвілля, учасники оцінили у 4,3 бали, психологічних заходів – у 4,5 балів.

При чому максимальний бал (5) за цим критерієм зазначили 49% респондентів з числа учасників психологічних заходів, 57% і 60% – з тих, хто відвідував заходи дозвілля та інформаційно-просвітницькі заходи відповідно.

Порівняльний аналіз відповідей клієнтів щодо кожного із можливих наслідків свідчить, що найбільш важливими для клієнтів виявилось отримання позитивних емоцій, підвищення самооцінки, знайомство із новими друзями, налагодження взаємин із батьками/родичами, підвищення рівня знань про ВІЛ/ІПСШ та можливість пройти тестування, адже різниця між часткою респондентів, які назвали вказані альтернативи без картки та з нею, є мінімальною (табл. 1). В цілому це корелює із висловлюваннями експертів, які вказують на те, що ЧСЧ приходять в НУО здебільшого для того, щоб розширити коло спілкування та приємно провести час разом з іншими представниками ЧСЧ-спільноти, а також протестуватися.

Можна констатувати, що абсолютна більшість вказаних наслідків виявилися доволі значимими: частка респондентів, які обрали той чи інший варіант відповіді, здебільшого коливається в межах 20–50%, практично ніколи не знижуючись до показників, менших за 10%. Тобто респонденти однаково високо оцінюють як діяльність НУО, безпосередньо пов'язану з профілактикою ВІЛ/СНІД (інформування, тестування, формування навичок безпечної сексуальної поведінки), так і заходи, орієнтовані на покращення їхнього психоемоційного стану та розширення мережі соціальної підтримки. При цьому останні є досить важливою складовою діяльності з профілактики ВІЛ-інфекції. Адже комфортний психологічний стан клієнта, відсутність у нього внутрішньо-особистісних проблем та конфліктів із соціальним оточенням є важливою передумовою дотримання правил безпечної сексуальної поведінки. Ці дані цілком узгоджуються із результатами, отриманими за допомогою якісних методів. На підвищенні поінформованості щодо ВІЛ/СНІД/ІПСШ внаслідок відвідування групових заходів особливо наголошували клієнти в ході гнучких інтерв'ю.

*«Для меня самой важной была информация о том, по каким признакам можно понять, что в организме есть какая-то инфекция. Вторая полезная тема – куда нужно обратиться, если такие признаки вдруг появятся у человека, и третья – какое лечение и где можно получить, сколько оно стоит»* (клієнт НУО «ЛіГА», м. Миколаїв).

При цьому важливим моментом є те, що клієнти не просто суто механічно накопичують певний обсяг знань, у них формується більш усвідомлена позиція з питань, пов'язаних з ВІЛ/СНІД/ІПСШ, вони, за власним визначенням, *«починають замислюватися над цими питаннями»*.

Іноді клієнти після відвідування групових заходів самі починають консультувати своїх партнерів або друзів. Тобто фактично йдеться про усвідомлену або неусвідомлену просвітницьку роботу на волонтерських засадах.

*«Я могу спокойно в компании, с которой общаюсь, где есть натуралы, где есть секс и с мужчинами, и с женщинами, где употребляют наркотики, ненавязчиво объяснить человеку, что и как. Могу при необходимости поделиться презервативами, которые есть у меня, чтобы человек мог избежать инфицирования»* (клієнт НУО «Гей-Альянс», м. Київ).

«У меня есть постоянный партнер. Мы живем вместе. Я ему рассказываю, ему тоже интересно... Он о некоторых вещах от меня впервые узнает» (клієнт НУО «Здоров'я нації», м. Донецьк).

Таблиця 1

Наслідки відвідування НУО (за самовизначенням респондентів), %

	В цілому		КГ		ОГ	
	Самостійно <sup>9</sup>	З картою <sup>10</sup>	Самостійно	З картою	Самостійно	З картою
1) Ніяк не вплинуло	3	2	5	3	3	2
<b>ПРОФІЛАКТИЧНІ НАСЛІДКИ</b>						
2) Я навчився правильно користуватися презервативами/лубрикантами	12	27	10	24	13	29
3) Я став частіше користуватися презервативами	22	40	24	38	22	41
4) Я скоротив вживання алкоголю (наркотиків)	4	15	0	5	7	20
5) Я навчився обговорювати з партнером питання безпечного сексу	8	43	5	33	9	47
6) Я прийняв рішення пройти тестування/лікування ВІЛ/ІПСШ	33	37	33	35	34	38
7) Отримав інформацію про здоров'я та його збереження	34	50	28	36	38	57
8) Я став краще орієнтуватися в темі профілактики ВІЛ/ІПСШ	46	44	43	41	47	45
9) Став частіше користуватися послугами НУО	23	43	22	40	23	45
<b>Загальний показник**</b>	<b>81</b>	<b>92</b>	<b>77</b>	<b>92</b>	<b>84</b>	<b>93</b>
<b>СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ</b>						
10) Я знайшов собі нових друзів	41	49	36	36	43	55
11) Збільшилася кількість людей, до яких я можу звернутися за підтримкою	26	38	17	35	30	40
12) Я зміг налагодити взаємини з друзями	13	34	12	29	14	36
13) Я зміг налагодити взаємини з постійним партнером	14	21	12	11	16	26
14) Я зміг налагодити взаємини з батьками/родичами	19	23	20	17	18	26
15) Мені стало легше спілкуватися з людьми	23	35	15	30	28	37
<b>Загальний показник**</b>	<b>75</b>	<b>81</b>	<b>66</b>	<b>69</b>	<b>80</b>	<b>88</b>

<sup>9</sup> Клієнти у відповідь на запитання самі називали наслідки різних заходів.

<sup>10</sup> Клієнтам для відповіді на запитання давалася спеціальна картка, де були перераховані можливі наслідки заходів, з яких можна було вибрати ті, які підходять.



Продовження таблиці 1	В цілому		КГ		ОГ	
	Самостійно <sup>11</sup>	З карткою <sup>12</sup>	Самостійно	З карткою	Самостійно	З карткою
<b>ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ</b>						
16) Отримав позитивні емоції, покращився настрій	36	36	24	31	42	39
17) Я став менш тривожним	13	33	12	18	14	41
18) Я став упевненішим у собі, підвищилася моя самооцінка	29	34	19	30	35	37
19) Я став приймати себе таким, як є	27	37	27	27	27	42
<b>Загальний показник**</b>	<b>63</b>	<b>71</b>	<b>50</b>	<b>58</b>	<b>70</b>	<b>77</b>
20) Важко відповісти	0	–	0	0	1	0
21) Інше	2	–	1	–	3	–

\*Сума по стовпчику перевищує 100%, оскільки респонденти могли обирати кілька варіантів відповіді.

\*\*Загальні показники розраховувалися як частки респондентів, які ствердно відповіли хоча б на 1 із запитань №№ 2-9, 10-14, 16-19.

На жаль, у деяких випадках разом із новими знаннями клієнти отримують і нові стереотипи. Подібні недоречності були зафіксовані в ході інтерв'ю із клієнтами НУО «Партнер» та «Аванте».

*«В презервативах, говорять, єсть микротрецинки, через которые могут проникнуть сперматозоиды, и женщина может забеременеть. Но это невозможно, чтобы она заразилась ВИЧ-инфекцией. Если сперматозоид проходит, то он проходит незараженный»* (клієнт НУО «Партнер», м. Одеса).

*«Я не знал про такой путь заражения ВИЧ, как через переливание крови. Для меня это очень важно, потому что периодически я хожу на станцию и сдаю кровь. А теперь немного опасаюсь»* (клієнт НУО «Партнер», м. Одеса).

*«Мне было интересно узнать, что у нас есть поликлиника, куда можно обратиться, чтобы получить прививку, если ты, например, переспал с ВИЧ-позитивным человеком»* (клієнт НУО «Здоров'я нації», м. Донецьк).

Вочевидь подібні «надрезультати» інформаційної роботи свідчать про необхідність більш ретельної підготовки до просвітницьких заходів окремих співробітників НУО та проведення поточного контролю знань після їх завершення. Тим більше,

<sup>11</sup> Клієнти у відповідь на запитання самі називали наслідки різних заходів.

<sup>12</sup> Клієнтам для відповіді на запитання давалася спеціальна картка, де були перераховані можливі наслідки заходів, з яких можна було вибрати ті, які підходять.

що деякі клієнти із числа найбільш обізнаних щодо відповідної тематики вказували на недостатню компетентність з деяких питань соціальних працівників – фасилітаторів заходів.

Однак висока оцінка групових заходів з боку клієнтів, в тому числі і щодо практичної значимості отриманої на них інформації, не може слугувати однозначним підтвердженням їхньої дієвості та результативності. Більш точно оцінити останню дозволить порівняння рівня знань стосовно ВІЛ/СНІД, сформованості настанов на безпечну поведінку, а також безпосередньо поширеності ризикованих поведінкових практик серед представників основної та контрольної групи.

### ***Результативність групових профілактичних заходів***

Кількісні дані, отримані під час дослідження, свідчать про те, що участь клієнтів НУО в групових профілактичних заходах має вплив на рівень знань та сексуальну поведінку. Тобто можна констатувати досить високу ефективність профілактичної роботи НУО, як у формі індивідуальних послуг, так і групової роботи з клієнтами.

Так, представники обох груп (ОГ и КГ) мають досить високий рівень знань щодо ВІЛ-інфекції. Так, частка правильних відповідей на більшість запитань, включаючи ті, що стосуються стереотипів про можливість інфікування ВІЛ побутовим шляхом, наближається до 90% або навіть перевищує цей показник. Винятком з цього правила є запитання щодо можливості передачі ВІЛ-інфекції під час оральних сексуальних контактів без презерватива та щодо більшого ризику інфікування для людей, які вже мають інші ПСШ. Тут частка правильних відповідей серед представників ОГ становить 74% та 73%, а серед КГ, відповідно, 73% та 79%.

Хоча за більшістю змінних рівня знань відмінності між основною і контрольною групами неістотні. Інтегральний показник, який включає 11 запитань про шляхи передачі ВІЛ та способи зменшення ризику інфікування, розрахований для КГ (60%), на 12% перевищує аналогічний показник для ОГ (48%). Проте зазначена розбіжність не є статистично значимою<sup>13</sup>, тобто різниці між цими групами не існує.

---

<sup>13</sup> коефіцієнт значимості Пірсона становить  $r=0,12$  ( $p=0,05$ ).

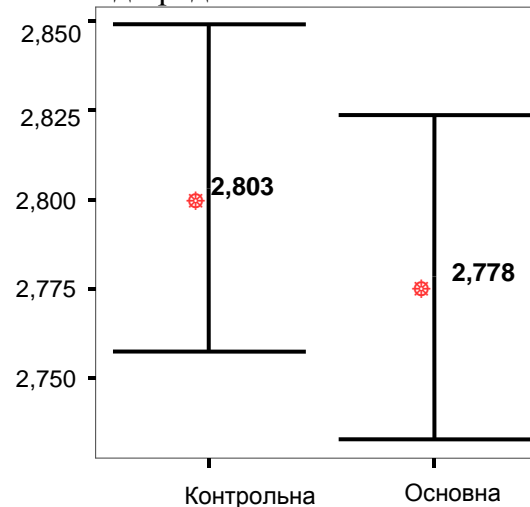
Що стосується поведінкових настанов, зокрема, щодо регулярного проходження тестування на ВІЛ-інфекцію та використання презервативів під час сексуальних контактів із будь-якими партнерами, то за більшістю показників значимих відмінностей між основною та контрольною групами не виявлено (табл. 2).

Таблиця 2

**Поведінкові настанови представників основної та контрольної груп, %**

	Так		Ні		Не знаю	
	КГ	ОГ	КГ	ОГ	КГ	ОГ
Людина, яка має сексуальні контакти, повинна знати про те, як вберегти себе від різноманітних венеричних захворювань і ВІЛ	97	95	1	4	2	1
Людина, яка має сексуальні контакти, повинна не менше 1 разу на рік здавати аналізи на венеричні захворювання і гепатит В	95	93	3	6	2	1
Людина, яка має сексуальні контакти, повинна <u>не менше</u> 1 разу на рік проходити тест на ВІЛ	94	90	4	8	2	2
Я зможу купити презервативи, не соромлячись	94	93	4	6	2	1
Я буду пропонувати використовувати презервативи, навіть якщо не знаю, як до них ставиться мій партнер	90	89	6	5	4	6
<b>Я зможу без проблем обговорити питання про використання презервативів з будь-яким із моїх потенційних партнерів</b>	<b>80</b>	<b>87</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>8</b>
Презерватив треба використовувати <u>лише</u> з випадковими та/або комерційними партнерами	22	23	75	75	3	2
Я соромлюся/почуваюся ніяково, коли доводиться надягати презерватив на себе або партнера	16	18	82	79	2	3
<b>Проблему ВІЛ перебільшують, вона актуальна тільки для людей, які вживають наркотики</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>88</b>	<b>82</b>	<b>6</b>	<b>4</b>

Відмінності інтегрального показника, який включав усі запитання стосовно поведінкових настанов респондентів, між представниками ОГ (52%) і КГ (45%) згідно з результатами аналізу надійності з використанням коефіцієнту Альфа Кронбаха виявилися незначними, адже розраховані довірчі інтервали практично збігаються (рис. 1). Іншими словами представники ОГ не відрізняються за своїми поведінковими настановами від представників КГ.



*Рис. 1. Рівень значимості розбіжностей інтегрального показника поведінкових настанов між респондентами основної та контрольної груп*

Серед найважливіших завдань профілактики є відмова клієнтів від ризикованих сексуальних практик. Тому одним із показників результативності групових заходів було визначено частку респондентів, які дотримуються безпечних сексуальних контактів.

Згідно з даними опитування, респонденти ведуть досить активне сексуальне життя незалежно від форм інтервенцій, у яких вони брали участь протягом останніх трьох місяців. Так, 93% опитаних клієнтів з контрольної і 89% з основної груп зазначили, що за цей період мали сексуальні контакти з різними партнерами, включаючи партнерів з числа чоловіків та жінок, постійних або комерційних партнерів.

Із числа сексуально активних респондентів завжди використовували презервативи половина опитаних ЧСЧ як в основній (53%), так і в контрольній (52%) групах. Решта респондентів найчастіше обирала соціально прийнятну відповідь «користуюся у

більшості випадків». Лише незначна частина опитаних ЧСЧ повідомила про здебільшого ризиковані сексуальні практики: 3% – ніколи і 3% – іноді користуються презервативами.

Поширеними серед респондентів обох досліджуваних груп є випадкові або комерційні сексуальні контакти. Це підтвердив кожен другий опитаний клієнт серед тих, хто протягом останніх трьох місяців мав сексуальні контакти. Водночас наявність постійного партнера не виключає випадкових/комерційних сексуальних контактів. Так, серед тих, хто вказав, що протягом останніх трьох місяців мав секс з постійним партнером, третина зазначила також про випадкові контакти. При чому частка таких в основній групі (34%) є майже не нижчою за контрольну (39%).

Відносно менший ризик інфікуватися ВІЛ під час сексуальних контактів з випадковими або комерційними партнерами порівняно з контрольною групою мають представники основної групи (розбіжності з контрольною групою незначні). Протягом останніх трьох місяців їх мали 51% опитаних клієнтів з КГ і 44% серед респондентів, які відвідували групові профілактичні заходи. Респонденти практикують з ними як анальний (ОГ – 95%, КГ – 98%), так і оральний секс (ОГ – 91%, КГ – 95%).

Водночас серед респондентів ОГ чіткіше, ніж у контрольній групі, простежується тенденція використання презервативів під час орального сексу з випадковими/комерційними партнерами. Про це зазначили 65% опитаних в ОГ проти 53% в КГ, тоді як у випадку постійних партнерів презерватив використовують 38% представників основної групи і 53% – контрольної.

Частка тих, хто мав секс з випадковими/комерційними партнерами у стані алкогольного/наркотичного сп'яніння, є меншою серед клієнтів, які мали досвід участі у групових профілактичних заходах, ніж в контрольній групі (рис. 2).

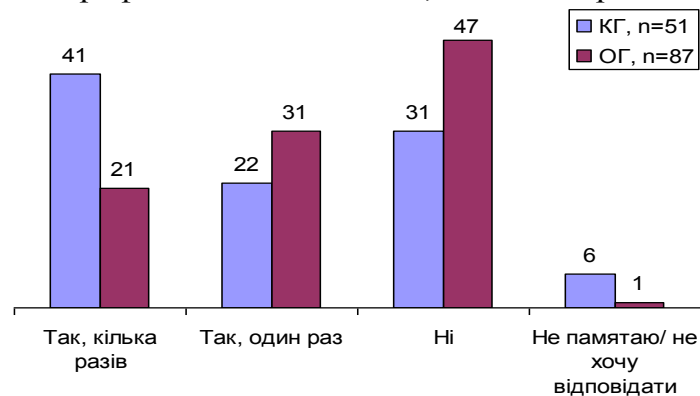


Рис. 2. Розподіл відповідей на запитання: «Протягом останніх трьох місяців чи були у Вас сексуальні контакти з випадковими або комерційними партнерами у стані алкогольного/наркотичного сп'яніння?», % тих, хто мав протягом останніх трьох місяців сексуальні контакти з випадковими або комерційними партнерами

Як відомо, ризик інфікування ВІЛ можна знизити до мінімуму, якщо:

- мати лише одного постійного партнера;
- при будь-яких сексуальних контактах користуватися презервативом.

Питання анкети дозволили виокремити таких респондентів із загального масиву даних, побудувавши відповідні інтегральні показники. Так, серед клієнтів НУО протягом останніх трьох місяців мали лише одного постійного партнера третина опитаних (ОГ – 29% і КГ – 33%). Значно частіше респонденти говорили про те, що з будь-яким партнером (постійні/комерційні/випадкові) завжди користуються презервативами (при анальному або оральному сексі): 70% як в основній, так і в контрольній групах. Відсутність відмінностей між основною і контрольною групами за цими показниками свідчить про подібність поведінкових настанов щодо сексуальних контактів досліджуваних груп.

Іншою складовою поведінки клієнтів, на коригування якої спрямовані профілактичні заходи НУО, є їх періодичне тестування на ВІЛ/ПСПШ та гепатит.

Переважає більшість респондентів протягом останніх трьох місяців проходили тестування на ВІЛ. Відносно більше таких в ОГ (80%), ніж у КГ (72%). Цей показник варіює залежно від НУО, клієнтом якої є респондент. Так, найменше протестованих серед клієнтів «Аванте», тоді як найбільше – «Партнер» (рис. 3).

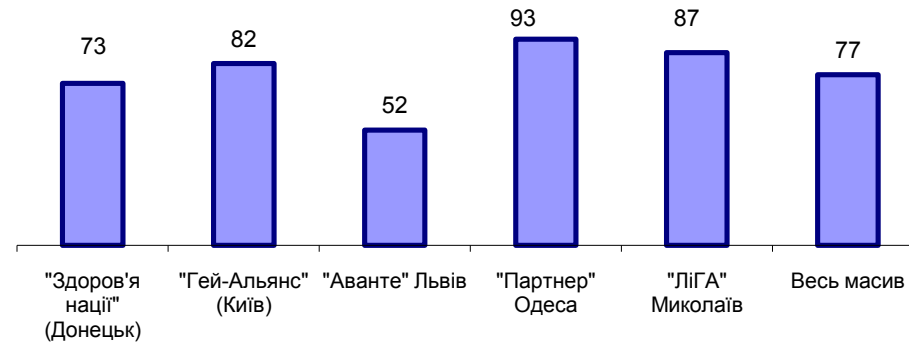


Рис. 3. Кількість респондентів, які проходили тестування на ВІЛ протягом останніх трьох місяців, %.

Ті респонденти, які не проходили тестування на ВІЛ, у більшості випадків планують це зробити у найближчі три місяці. Причому дещо більшу готовність виказують клієнти ОГ (88%), ніж КГ (79%).

Пропозиція співробітників НУО пройти тестування на ПСШ та гепатити надходила до клієнтів незалежно від форми заходів, у яких вони брали участь. В цілому, дещо рідше згадували про те, що співробітники НУО пропонували пройти тестування на ці хвороби, клієнти «Здоров'я нації» (Донецьк): 72%–78%. Тоді як для решти НУО цей показник варіював в інтервалі 93%–100%.

З тих, кому співробітники НУО пропонували пройти тестування на ПСШ та гепатити, не всі скористалися цією можливістю. Здавали тести протягом останніх трьох місяців 41%–70% респондентів основної і 59%–73% контрольної груп. Відсутніми є відмінності між досліджуваними групами у випадку тестування на сифіліс та гепатити В і С. Натомість, частка тих, хто пройшов тестування на гонорею та хламідіоз, у контрольній групі вища (58% і 57% відповідно) за основну (43% і 41% відповідно) (табл. 3).

Таблиця 3

**Кількість клієнтів, що проходили тестування на ПСШ та гепатити,  
% до тих, кому співробітники пропонували**

	КГ		ОГ	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Сифіліс	93	59	188	63
Гонорея	71	58	147	43
Хламідіоз	72	57	148	41
Гепатит В	93	74	191	71
Гепатит С	82	73	164	70

Серед опитаних ЧСЧ, які не проходили тестування, готові його пройти протягом найближчих трьох місяців більше половини респондентів: 51%–82% в КГ і 61%–87% в ОГ. За окремими видами інфекцій бажаючих пройти тестування відносно більше в основній, ніж у контрольній групі. Водночас загальний показник готовності однаковий для обох досліджуваних груп (ОГ – 53%, КГ – 55%) (табл. 4).

**Кількість клієнтів, які планують пройти тестування на ІПСШ та гепатити, у т.ч. швидкими тестами, протягом найближчих трьох місяців,**

% до тих, хто не проходив тестування	КГ		ОГ	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Сифіліс	43	82	75	87
Гонорея	57	51	123	61
Хламідіоз	57	54	125	62
Гепатит В	29	73	61	82
Гепатит С	38	60	83	67
<b>Загальний показник готовності пройти тестування</b>	–	<b>55</b>	–	<b>53</b>

**Економічність групових профілактичних заходів**

В основному проекти з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ фінансуються МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», іноді – іншими міжнародними організаціями, а також за рахунок власного внеску у вигляді часткової безоплатної/волонтерської праці, певних матеріальних ресурсів, що належать НПО (власні офісні приміщення, оргтехніка, відео- і аудіоапаратура, інколи пільгові умови оренди приміщень, де проводяться профілактичні заходи, тощо). Грантові угоди зазвичай укладаються на один рік і містять бюджет з чітко визначеними статтями витрат:

- оплата праці основного персоналу проекту,
- технічна допомога (оплата праці залучених спеціалістів, наприклад, консультантів-лікарів, психологів, юристів, тренерів),
- тренінги, у тому числі витрати на оренду приміщень, техніки, харчування, проживання та проїзд учасників різних групових заходів,
- витрати на забезпечення проведення кіноклубів, тематичних дискотек,
- товари медичного призначення та медичне обладнання, необхідні для надання послуг ДКТ,



- допомога в життєзабезпеченні клієнтів/цільових груп населення (деякі НУО),
- непрямі витрати, необхідні для проектної діяльності НУО, у т.ч. інфраструктура та інше обладнання, видавнича діяльність (наприклад, видання буклетів-візиток), планування та адміністрування, витрати на утримання офісу.

Оскільки профілактичні послуги НУО надаються на безоплатній основі здебільшого за рахунок гранту, то категорія **економічності** фактично наближається за змістом до витратності на одного клієнта, поведінка якого була безпечною. Вивчення економічності передбачає аналіз фінансових ресурсів, які були використані для здійснення профілактичних інтервенцій і мали забезпечити безпечну поведінку клієнтів. При цьому під безпечною поведінкою ми розуміємо регулярне використання презервативів під час будь-яких сексуальних контактів з будь-якими партнерами (незалежно від статі та їх кількості) або відмову від таких контактів упродовж певного періоду (наприклад, одного кварталу або проектного року).

Виходячи з того, що усі ЧСЧ-проекти, підтримані Альянсом-Україна, починають роботу з надання мінімального пакету послуг кожному з клієнтів у індивідуальному порядку, а також те, що рівні охоплення послугами з ДКТ між основною (80%) і контрольною (72%) групами виявилися досить високими, але розбіжності між ними – статистично незначущими, є сенс розглядати економічність групових профілактичних заходів як додаткові (до надання індивідуальних послуг) витрати на попередження ВІЛ-інфікування клієнтів, які брали участь у цих заходах. При цьому підході економічність буде вимірюватися як витрати з проведення групових заходів на одного з клієнтів, який відвідував ці заходи і повідомив про свою безпечну сексуальну поведінку.

Розрахунок економічності окремих видів групової роботи, які впроваджуються НУО, створює можливість проведення відповідного порівняльного фінансового аналізу:

- для різних групових заходів, що проводяться окремими НУО,
- для аналогічних групових заходів, які проводяться різними НУО.

Розрахунок економічності здійснювався у вигляді дробу, в якому:

Числівник: Витрати організації на проведення окремого групового профілактичного заходу (на основі бюджетів НУО).

Знаменник: (Кількість відвідувачів цього заходу впродовж певного періоду) \* % відвідувачів, які практикують безпечну щодо інфікування ВІЛ поведінку за той самий період.

#### ***Алгоритм розрахунку показників економічності:***

1. Застосовується для окремих групових заходів профілактичної спрямованості, які були реалізовані кожною НУО у I кварталі 2011 р. (що відповідає II кварталу проектного року для всіх опитаних НУО).

2. Розраховується на основі низки документів: проектна заявка, затверджені донором бюджети, заповнені керівником проектного напрямку анкети (основний документ).
3. Чисельники:
  - a. Визначаємо прямі витрати на проведення окремих групових заходів (наприклад, засідання кіноклубу, тренінг, групи само- та взаємодопомоги тощо), здійснюючи перегрупування окремих підпунктів статей бюджету: «технічна допомога», «тренінги». Наприклад, до прямих витрат на проведення кіноклубу відносимо (за наявністю у бюджеті) оренду приміщення для проведення заходу поза межами офісу, оренду обладнання, придбання DVD; на проведення груп само- та взаємодопомоги – забезпечення перерви на каву для учасників, набори канцтоварів тощо.
  - b. Додаємо (частково) оплату праці (включаючи нарахування) соціальних працівників та/або психологів, які певну частку робочого часу витрачали на організацію, підготовку і проведення групових заходів.
4. Знаменники:
  - a. Визначаємо кількість клієнтів, які брали участь у окремих групових заходах (на основі щоквартальних звітів, анкет керівників) упродовж останніх трьох місяців.
  - b. Визначаємо серед них відсоток клієнтів, які завжди дотримувалися безпечної сексуальної поведінки впродовж останніх трьох місяців. Цей показник розраховувався як частка респондентів, які на запитання анкети «Як часто Ви використовували презервативи під час будь-яких сексуальних контактів з будь-якими партнерами?» дали відповідь «Завжди», до них додаються респонденти, які впродовж трьох місяців, що передували опитуванню, не мали жодного партнера.
  - c. Визначаємо серед них відсоток клієнтів, які зазвичай дотримувалися безпечної сексуальної поведінки впродовж останніх трьох місяців. Цей показник розраховувався як частка респондентів, які на запитання анкети «Як часто Ви використовували презервативи під час будь-яких сексуальних контактів з будь-якими партнерами?» дали відповіді «Завжди» або «У більшості випадків», до них додаються респонденти, які впродовж трьох місяців, що передували опитуванню, не мали жодного партнера.

Розраховані показники витратності представлені у таблиці 5. Проведений аналіз за окремими видами заходів свідчить про те, що економічна ефективність передусім визначається такими чинниками, як:

- a) кількість їх учасників;
- b) часткою серед них клієнтів, які завжди дотримуються безпечної поведінки.

Отже, чим більше клієнтів беруть участь у заході, а головне – чим більше з них завжди дотримуються безпечної поведінки, тим меншими є витрати на одного клієнта з безпечною поведінкою.

## Економічна ефективність окремих групових профілактичних заходів за I квартал 2011 р.

	Миколаїв		Львів		Київ		Одеса		Донецьк	
	К-ть клієнтів, осіб	Витрати на 1 клієнта, у.о.	Кількість клієнтів, осіб	Витрати на 1 клієнта, у.о.	Кількість клієнтів, осіб	Витрати на 1 клієнта, у.о.	Кількість клієнтів, осіб	Витрати на 1 клієнта, у.о.	Кількість клієнтів, осіб	Витрати на 1 клієнта, у.о.
<b>Захід</b>										
<b>1. Групи само- та взаємодопомоги</b>	63	<b>2,05</b>	37	<b>2,24</b>	59	<b>4,73</b>	200	<b>2,04</b>	50	<b>2,5</b>
<i>Клієнти, які завжди дотримувалися безпечної поведінки (ДБП)</i>	88%	<b>2,33</b>	68%	<b>3,3</b>	28%	<b>16,7</b>	40%	<b>5,09</b>	70%	<b>3,58</b>
<i>Клієнти, які зазвичай дотримувалися безпечної поведінки (ДБП)</i>	98%	<b>2,09</b>	100%	<b>2,24</b>	83%	<b>5,7</b>	88%	<b>2,31</b>	85%	<b>2,94</b>
<b>2. Тренінг/міні-тренінг для клієнтів</b>	13	<b>14,00</b>	45	<b>2,99</b>	x	x	150	<b>3,46</b>	20	<b>15,09</b>
<i>Клієнти, які завжди ДБП</i>	88%	<b>15,91</b>	68%	<b>4,4</b>	x	x	40%	<b>8,64</b>	70%	<b>21,56</b>
<i>Клієнти, які зазвичай ДБП</i>	98%	<b>14,91</b>	100%	<b>2,99</b>	x	x	88%	<b>3,93</b>	85%	<b>17,75</b>
<b>3. Інформаційні заняття/групи зустрічей</b>	x	x	10	<b>2,78</b>	x	x	x	x	150	<b>1,67</b>
<i>Клієнти, які завжди ДБП</i>	x	x	68%	<b>4,1</b>	x	x	x	x	70%	<b>2,38</b>
<i>Клієнти, які зазвичай ДБП</i>	x	x	100%	<b>2,78</b>	x	x	x	x	85%	<b>1,96</b>
<b>4. Дискусійні клуби</b>	x	x	x	x	78	<b>3,38</b>	x	x	x	x
<i>Клієнти, які завжди ДБП</i>	x	x	x	x	28%	<b>11,7</b>	x	x	x	x
<i>Клієнти, які зазвичай ДБП</i>	x	x	x	x	83%	<b>3,95</b>	x	x	x	x
<b>5. Кіноклуб</b>	67	<b>10,72</b>	x	x	x	x	90	<b>2,00</b>	100	*
<i>Клієнти, які завжди ДБП</i>	88%	<b>12,61</b>	x	x	x	x	40%	<b>4,99</b>	70%	*
<i>Клієнти, які зазвичай ДБП</i>	98%	<b>10,94</b>	x	x	x	x	88%	<b>2,27</b>	85%	*

Таким чином, ключовим чинником, що визначає економічну ефективність групових заходів, є кількість охоплених ними клієнтів, які дотримуються безпечної поведінки. Розуміючи ефективність як додаткову витратність на попередження випадків інфікування ВІЛ серед клієнтів, її кількісні показники коливаються від \$2,33 до \$21,56 на одного клієнта з безпечною поведінкою за один квартал. Якщо йдеться про пом'якшений критерій безпечної поведінки, то показники витратності у зазначеному періоді дещо зменшуються і збігаються у межах від \$2,09 до \$17,75.

Зазначені показники можуть розглядатися як прийнятні та остаточні, якщо один клієнт упродовж звітного періоду брав би участь лише в одному різновиді групової роботи. Отримані соціологічні дані це заперечують, адже частина респондентів підтвердила відвідування за цей період кількох заходів. Наприклад, 38% учасників тренінгів брали участь ще хоча б в одній з інших форм роботи, наприклад, групах взаємодопомоги, групових консультаціях різних спеціалістів і/або інформаційних заняттях тощо. Аналогічний показник для відвідувачів інформаційних занять становить 31%, груп взаємодопомоги – 35%. Проте соціологічні дані не коректно екстраполювати на загальну сукупність клієнтів через особливості їх рекруту для опитування, а відповідні статистичні дані у нас відсутні. Водночас варто мати на увазі, що витратність на одного з «середньостатистичних» клієнтів групових заходів є скоріше за все більшою через можливість відвідування частини з них кількох різновидів заходів.

Аналіз статей витрат засвідчив певні резерви для оптимізації цих показників за рахунок скорочення статей, які або не мають прямого відношення до організації профілактичної роботи, або відмови від найбільш витратних групових заходів.

Певним резервом для підвищення економічної ефективності групових форм профілактики є волонтерська праця та залучення спонсорських і благодійних внесків членами НУО. Тому у межах вирішення дослідницьких завдань було також проведено оцінку готовності клієнтів до підтримки проектної діяльності.

### ***Психологічні особливості клієнтів***

Дослідження також передбачало вивчення деяких особистісних психологічних характеристик респондентів, зокрема їх самооцінки, для діагностики якої застосовувалася модифікована методика Дембо–Рубінштейн.

Результати проведення методики показали, що середній показник актуальної самооцінки респондентів за всіма шкалами («здоров'я», «оптимізм», «задоволеність собою», «щастя» в даний момент) перебуває у межах реалістичної (адекватної) самооцінки – від 5 до 7,5 балів (табл. 6). Причому респонденти контрольної та основної груп майже не відрізняються між собою (табл. 7). Крім цього, різниця (стандартне відхилення) між значеннями актуальної самооцінки за окремими шкалами у різних респондентів невелика.

Таблиця 6

Середнє значення актуальної самооцінки,  $N=300$  осіб

Актуальна самооцінка	Середнє значення, балів	Стандартне відхилення
Щастя в даний момент	6,51	2,337
Задоволеність собою в даний момент	6,55	2,473
Здоров'я в даний момент	6,59	2,269
Оптимізм у даний момент	6,79	2,566

Таблиця 7

Середнє значення актуальної самооцінки представників контрольної та основної груп,  $N=300$  осіб

Актуальна самооцінка	Середнє значення, балів		Стандартне відхилення	
	К*	О**	К*	О**
Щастя в даний момент	6,76	6,38	2,466	2,265
Задоволеність собою в даний момент	7,08	6,29	2,517	2,414
Здоров'я в даний момент	6,76	6,5	2,362	2,221
Оптимізм у даний момент	6,94	6,72	2,719	2,491

\*«К» – контрольна група,  $N=100$  осіб; \*\*«О» – основна група,  $N=200$  осіб.

174 особи з опитаних ЧСЧ (58%) мають реалістичний рівень актуальної самооцінки одразу за чотирма показниками «здоров'я», «оптимізм», «задоволеність собою», «щастя» в даний момент (від 6 до 7 балів). 69 респондентів (23%) мають завищений рівень актуальної самооцінки (від 8 до 10 балів) також за всіма чотирма показниками, з них 39 осіб – це представники основної групи. П'ята частина опитаних ЧСЧ (57 осіб, 19%) мають занижену самооцінку (від 5 до 0 балів) за всіма шкалами.

Слід зауважити, що занижена актуальна самооцінка може бути причиною завищеного рівня вимогливості до себе, пригніченого настрою, зниженого оптимізму тощо.

Проте, підрахунок коефіцієнту кореляції Пірсона показав досить тісний прямий зв'язок між усіма чотирма шкалами, за якими проводилася самооцінка (табл. 8). Це дає базу для висновку про те, що рівень самооцінки за будь-якою з наведених шкал впливає на формування такого ж рівня самооцінки за іншою шкалою. Тобто, якщо рівень задоволеності собою має адекватну самооцінку, то і всі інші самооцінки – власного здоров'я, щастя та оптимізму будуть реалістичними. Психологам та соціальним працівникам під час проведення індивідуального консультування та групової роботи з ЧСЧ, у яких рівень актуальної самооцінки відрізняється неадекватністю, слід брати до уваги те, що підвищення/заниження будь-якої самооцінки з названих чотирьох призведе до підвищення/заниження решти самооцінок.

*Таблиця 8*

**Взаємозв'язок між різними шкалами самооцінки**

<b>Актуальна самооцінка</b>	<b>Щастя в даний момент</b>	<b>Задоволеність собою в даний момент</b>	<b>Здоров'я в даний момент</b>	<b>Оптимізм у даний момент</b>
Щастя в даний момент	–	0,723	0,678	0,763
Задоволеність собою в даний момент	0,723	–	0,687	0,790
Здоров'я в даний момент	0,678	0,687	–	0,698
Оптимізм у даний момент	0,763	0,790	0,698	–

Результати аналізу самооцінки актуального рівня здоров'я серед усіх респондентів показали, що найменше задоволені станом власного здоров'я в даний момент 30–35-річні ЧСЧ, які мають низький рівень освіти.

Серед ЧСЧ – представників основної групи, які відчули вплив групових заходів, що проводяться НУО, більшість мають неадекватні уявлення про себе, так, 22% зовсім не задоволені собою (мають занижену актуальну самооцінку), а 46% – завищують свою самооцінку. Це може приводити до проблем у спілкуванні, поведінці, схильності до ризику або ж до поведінки «жертви» тощо. А це в свою чергу може впливати на ризик інфікування ВІЛ та ІПСШ.

Проте, слід сказати, що саме ці респонденти частіше відвідують групові заходи та відчують їх вплив на свій емоційний і психологічний стан. Тому під час індивідуальних консультацій та групових занять необхідно звертати увагу саме на цих ЧСЧ та сприяти формуванню у них адекватної самооцінки.

Так, серед тих, хто відчув різноманітний вплив групових заходів та не задоволені собою:

- 35 осіб (47%) отримали позитивні емоції та покращили свій настрій після відвідування різних групових заходів;
- 9 осіб (12%) стали менш тривожними;
- 22 особи (29%) стали впевненішими в собі, підвищили свою самооцінку;
- 17 осіб (23%) прийняли себе такими, які вони є;
- 31 особа (41%) знайшли нових друзів;
- 24 особи (32%) збільшили коло людей, що можуть надати підтримку;
- 15 осіб (20%) змогли налагодити взаємини з друзями, 13 (17%) – з батьками та родичами, 15 ЧСЧ (20%) – з сексуальним партнером;
- 15 осіб (20%) повідомили, що їм стало легше спілкуватися з іншими людьми;
- 25 ЧСЧ (33%) отримали необхідну інформацію щодо збереження власного здоров'я;
- 16 осіб (21%) частіше стали користуватися послугами НУО;
- 35 осіб (47%) стали краще розбиратися у проблематиці ВІЛ/ІПСШ;
- 23 особи (31%) прийняли рішення пройти тестування на ВІЛ-інфекцію/ІПСШ;
- 10 осіб (13%) скоротили вживання алкоголю;
- 10 осіб (13%) навчилися користуватися презервативом та лубрикантом;
- 16 ЧСЧ (21%) стали частіше використовувати презерватив;
- 6 осіб (8%) навчилися обговорювати з сексуальним партнером питання безпечного сексу.

## ВИСНОВКИ

Результати дослідження дали змогу зробити наступні висновки:

- Форми групової роботи, які впроваджуються різними НУО, є досить різноманітними: тренінги та міні-тренінги, інформаційні заняття, інформаційні заняття з елементами тренінгу, групи само- та взаємодопомоги, групи підтримки, групи особистісного зростання, кіноклуби, дискусійні клуби, «вечірні чаювання», виїзди на природу, організація громадських акцій тощо. При цьому досить часто за різними назвами приховується по суті одна і та ж форма роботи і навпаки, різні за змістом заходи називаються однаково. Загалом кожна НУО має певну специфіку організації групової роботи, що пояснюється особливостями цільової аудиторії даної організації, особистісними характеристиками співробітників, наявними ресурсами.
- Заходи дозвілля подобаються ЧСЧ дещо більше, ніж психологічні та інформаційно-просвітницькі. Крім того, клієнтів зазвичай мало цікавлять заходи, цілком присвячені профілактиці ВІЛ/ПСШ. Значно краще ЧСЧ реагують на окремі профілактичні елементи, які включаються в психологічні форми роботи і ті, що стосуються дозвілля.
- Абсолютна більшість респондентів позитивно оцінили наслідки відвідування НУО, зазначаючи покращення їхнього психологічного і соціального самопочуття. Щоправда, в деяких випадках наслідки відвідування клієнтами НУО виявляються не лише позитивними. Зокрема, іноді разом із новими знаннями клієнти отримують і нові міфи та стереотипи: подібні «результати» інформаційної роботи були зафіксовані в ході інтерв'ю із клієнтами НУО «Партнер» та «Аванте».
- Загалом як клієнти, так і експерти недостатньо чітко розрізняють наслідки групової та індивідуальної роботи, не кажучи вже про окремі типи групових заходів. Зокрема, співробітники НУО зазначають, що всі типи заходів працюють на єдину мету – перехід клієнтів до менш ризикованої поведінки, досягти якої неможливо, якщо клієнт матиме психологічні проблеми або складні конфліктні стосунки із представниками власного соціального оточення. Крім того, саме широкий спектр психологічних і соціальних послуг забезпечує приплив до НУО нових клієнтів і утримання у сфері її впливу клієнтів «зі стажем», зокрема тих, які мають підвищений ризик інфікування ВІЛ в силу поганого психологічного самопочуття, забезпечуючи регулярність і системність профілактики.
- Для оцінки дієвості та результативності групових заходів проводилося порівняння показників знань стосовно ВІЛ/СНІД, сформованості настанов на безпечну поведінку, а також безпосередньо поширеності ризикованих поведінкових практик серед представників основної та контрольної групи. Результати проведеного аналізу засвідчили наступне. По-перше, рівень знань респондентів і сформованості настанов на безпечну сексуальну поведінку досить високий. Інтегральний показник знань, який включає осіб, що правильно відповіли на всі 11 запитань про шляхи передачі ВІЛ та способи зменшення ризику інфікування, становить 52% (ОГ – 48%, КГ – 60%), а інтегральний показник поведінкових настанов, розрахований як частка



респондентів, які мають сформовані настанови на безпечну сексуальну поведінку та регулярне проходження тестування, – 49% (ОГ – 52%, КГ – 45%).

Досить високою є частка респондентів, які дотримуються безпечної сексуальної поведінки: протягом останніх трьох місяців мали лише одного постійного партнера третина опитаних (ОГ – 29% і КГ – 33%), а 70% як в основній, так і в контрольній групах говорили про те, що з будь-яким партнером (постійні/комерційні/випадкові) завжди користуються презервативами (при анальному або оральному сексі). Тобто можна констатувати досить високу ефективність профілактичної роботи НУО як у формі індивідуальних послуг, так і групової роботи з клієнтами. Це зокрема підтверджує і розрахунок національного показника знань (частки респондентів, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається): у поточному дослідженні він становить 80% проти 71% за результатами національного дослідження, що проводилося у 2009 році<sup>14</sup>.

По-друге, між ОГ та КГ в цілому не було виявлено значних розбіжностей за жодним із показників результативності. Однак цей висновок, на нашу думку, недостатньо об'єктивно відтворює результативність групових заходів, адже він є наслідком допущених недоліків у процесі рекруту респондентів контрольної групи в окремих НУО. Зокрема, в НУО «Гей-Альянс» та «Здоров'я нації», де представників КГ опитували безпосередньо на «плешках», рівень знань в основній групі виявився значно вищим, ніж у контрольній. Проте на рівні всього масиву респондентів ці відмінності нівелювалися тим, що в НУО «Партнер» та «ЛіГА» контрольна група навпаки виявилася більш обізнаною, ніж основна. Подібні тенденції простежувалися і щодо показника сформованості настанов на безпечну поведінку. А розраховані для НУО «Аванте» показники знань, настанов і безпечної поведінки КГ практично наближаються до 100%, що видається мало реалістичним. Крім того, варто враховувати, що на групові заходи у більшості випадків ходять ті клієнти, які мають певні психологічні проблеми, зокрема, неадекватний рівень самооцінки.

- Ключовим чинником, що визначає економічну ефективність групових заходів, є кількість охоплених ними клієнтів, які дотримуються безпечної поведінки. Розуміючи ефективність як додаткову витратність на попередження випадків інфікування ВІЛ серед клієнтів, її кількісні показники коливаються від \$2,33 до \$21,56 на одного клієнта з безпечною поведінкою за один квартал. Якщо йдеться про пом'якшений критерій безпечної поведінки, то показники витратності у зазначеному періоді дещо зменшуються і збігаються у межах від \$2,09 до \$17,75. Водночас варто мати на увазі, що витратність на одного з «середньостатистичних» клієнтів групових заходів є скоріше за все більшою через можливість відвідування частини з них кількох різновидів заходів.

---

<sup>14</sup> Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління. Аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

Одним із важливих напрямків удосконалення профілактичної роботи серед ЧСЧ має стати розробка єдиного підходу до розуміння сутності тих чи інших групових заходів, уніфікація методик їх проведення. Цю роботу можна почати із проведення робочої зустрічі, на якій лідери ЧСЧ-проектів мають досягти порозуміння щодо того, що таке «тренінг», «група самопомоги», «групова консультація» тощо і чим вони відрізняються від усіх інших форм роботи. Крім цього, необхідно розробити методичний посібник/інструкцію, в якому описати всі форми та методи групової роботи з клієнтами, механізми їх обліку тощо. Це дозволить уніфікувати визначення бюджетів НУО, виходячи із запланованих заходів, та процедури зовнішнього контролю.

Значне скорочення обсягу групових форм роботи психологічного характеру та з питань дозвілля видається недоцільним, оскільки це одразу ж призведе до різкого зменшення відвідуваності суто профілактичних заходів. Натомість, варто йти шляхом модифікації психологічних заходів і заходів дозвілля, що реалізуються за кошти Глобального Фонду, таким чином, щоб усі вони включали елементи інформування про ВІЛ/ПіСШ і мотивування до безпечної поведінки. Для цього потрібно описати та доопрацювати існуючі методики проведення традиційних групових заходів із врахуванням досвіду авторитетних українських НУО. Можливо, для підтримки нових НУО і розвитку креативних ідей варто оголосити конкурс на опис інтерактивних заходів (прийомів), конкурсів, ігор, спрямованих на формування навичок безпечної щодо інфікування ВІЛ/ПіСШ сексуальної поведінки у ЧСЧ, які можна було б використовувати в ході заходів дозвілля, що проводяться НУО.

Також варто провести навчання персоналу проектів. Адже на даний момент, як засвідчили результати дослідження (зокрема, моніторингові візити співробітників АЦ «Соціоконсалтинг» на групові заходи), далеко не всі співробітники у процесі проведення групових заходів торкаються питань профілактики, навіть якщо тема, що розглядається, цьому сприяє. В таке навчання слід включити відпрацювання навичок формулювання мети та завдань заходів, використання різних інтерактивних методів для профілактичного інформування та навчання (наприклад, проведення різних конкурсів (КВК, інтелектуальна естафета тощо), ігор тощо). Крім цього, керівникам напряму або старшому соціальному працівнику необхідно на постійній основі проводити супервізію соціальних та аутріч-працівників щодо правильності індивідуального консультування клієнтів, а також фасилітаторів та тренерів щодо правильності інформації, яка надається при проведенні групових заходів.

Зважаючи на те, що четверта частина опитаних клієнтів НУО не знають, що наявність ПіСШ може сприяти ВІЛ-інфікуванню, в інформаційних заняттях необхідно робити на цьому акцент.

Для більш точної оцінки ефективності профілактичної роботи НУО у подальшому варто провести дослідження, яке передбачатиме порівняння показників знань, настанов і поведінки клієнтів «на вході» та «на виході» (перед та після групових заходів), тобто зіставлення даних опитування нових і регулярних/нерегулярних клієнтів зі стажем понад три місяці. Доречним уявляється і збільшення, порівняно із даним дослідженням, розміру вибіркової сукупності.

Оскільки значна кількість клієнтів НУО мають неадекватний рівень самооцінки, що підвищує їх уразливість до інфікування ВІЛ та ІПСШ (такі клієнти можуть мати ризики у сексуальних стосунках з випадковими партнерами, вживати алкогольні напої перед сексуальними контактами), психологам та соціальним працівникам при роботі з ЧСЧ варто звернути особливу увагу на діагностику та формування адекватної самооцінки клієнтів. Зокрема при індивідуальних та групових консультаціях слід проводити додаткову профілактичну роботу з особами з числа ЧСЧ, які мають нереалістичний рівень актуальної самооцінки. Крім того, слід звернути увагу на особливості мотивування клієнтів різного віку. З метою правильного визначення та роботи з такими клієнтами необхідно запровадити супервізії для соціальних працівників та психологів, а також спеціальне навчання щодо діагностування самооцінки клієнтів та методів і форм роботи щодо приведення її до адекватного рівня.

Зберігаючи фінансову підтримку групових профілактичних заходів, варто чіткіше прописувати в бюджетах НУО витрати на роботу соціальних працівників, залучених до організації та проведення цих заходів, як, наприклад, це зроблено в «Гей-Альянсі» (Київ).

Шляхами оптимізації витрат на проведення групових заходів можуть бути:

- використання власного обладнання для організації кінопереглядів;
- активний обмін з різними НУО відеоматеріалами (створення колективної відеотеки);
- відмова від найбільш витратних (порівнюючи номінальні витрати на 1 умовного клієнта) заходів, передусім тих, хто лише опосередковано відносяться до профілактичних, або, у випадку їх популярності, впровадження часткової компенсації витрат з боку клієнтів.

Своєрідним резервом для скорочення донорського фінансування групових заходів могла б стати економічна підтримка діяльності НУО з боку клієнтів, але на даний момент складно говорити про значний обсяг такої підтримки. Поступове послаблення характерних для значної частини клієнтів споживацьких настроїв можна починати із розвитку волонтерської праці, зокрема, більш активного залучення клієнтів до підготовки і проведення найбільш привабливих для них заходів дозвілля. Можливо, доцільним є введення невеликого вступного внеску з боку клієнтів НУО з метою підвищення їх відповідальності за отримані послуги.