

TEENERGIZER!

**АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ
ЩОДО ПОТРЕБ, БАР'ЄРІВ
І ПРОГАЛИН У ДОСТУПІ ДО
ВІЛ-СЕРВІСІВ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ ТА
МОЛОДІ**

КВІТЕНЬ 2026

ЗМІСТ

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ.....	3
РОЗДІЛ 1. ВСТУП І КОНТЕКСТ.....	4
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ОЦІНКИ.....	5
РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛЬ РЕСПОНДЕНТІВ/-ОК.....	8
РОЗДІЛ 4. РІВЕНЬ ОБІЗНАНОСТІ, ДОСТУП ДО ВІЛ-СЕРВІСІВ ТА БАР'ЄРИ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ.....	11
РОЗДІЛ 5. НОРМАТИВНО-ПРАВОВИЙ ТА ПОЛІТИЧНИЙ КОНТЕКСТ.....	19
РОЗДІЛ 6. ВИСНОВКИ.....	20
РОЗДІЛ 7. РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	21
ГЛЮСАРІЙ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ.....	23

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

Цей звіт презентує результати оцінки потреб, бар'єрів і прогалин у доступі до ВІЛ-сервісів серед підлітків та молоді в Україні. Оцінка охопила 189 респондентів/-ок віком 10–30 років та поєднує національні дані з локальними регіональними зрізами (м. Київ, Київська область, Дніпро, Миколаїв, Кривий Ріг та інші регіони України).

Оцінка була ініційована БО «Об'єднання підлітків та молоді «Тінерджайзер» (Teenenergizer) у межах проєкту «Продовження посилення підтримки молоді щодо здоров'я, прав та стійкості».

Ключовий підхід оцінки базується на розумінні доступу до ВІЛ-сервісів не лише як фізичної наявності послуг, а як комплексного досвіду взаємодії, що включає:

- конфіденційність
- довіру
- відсутність стигми та дискримінації
- зрозумілу навігацію у системі послуг.

Оцінка показала, що попри високий рівень загальної обізнаності про ВІЛ (80,4%), лише 47,1% респондентів/-ок знають, де можна пройти тестування, а лише 45,5% мають досвід тестування.

Водночас 38,6% учасників/-ць мають дві або більше ознак вразливості, що суттєво підсилює бар'єри доступу до послуг.

Додатково результати показують, що лише близько 60% респондентів/-ок відчувають конфіденційність як безпечну, тоді як понад 30% мають досвід дискримінації або не можуть його чітко оцінити. Це вказує на те, що бар'єри доступу до послуг формуються не лише на рівні інформування, але й через якість взаємодії та соціальне середовище.

Ключові висновки

- Доступ до ВІЛ-сервісів для молоді залишається нерівномірним і фрагментованим, із суттєвими відмінностями між регіонами.
- Основні бар'єри мають не лише інституційний, а й соціально-психологічний характер, зокрема страх розкриття статусу, недовіра до медичних працівників та стигма.
- Конфіденційність і безпечність звернення є визначальними факторами, що впливають на рішення молоді звертатися по послуги.
- Частина молоді має обмежену обізнаність щодо доступних сервісів, що вказує на системну проблему навігації.
- Вразливі групи молоді стикаються з накопиченими бар'єрами, що посилює їх виключення з системи послуг.

Основні рекомендації

- Інтегрувати стандарти дружніх до молоді послуг (youth-friendly services) як обов'язкову вимогу до сервісів.
- Посилити механізми забезпечення конфіденційності та довіри на рівні практик і процедур.
- Розвивати зрозумілі маршрути клієнта для молоді.
- Інвестувати у зниження стигми та дискримінації як системного бар'єру доступу.
- Посилити роль молоді у формуванні та оцінці сервісів.

- Посилити системні підходи до підтримки прихильності до АРТ серед молоді, яка живе з ВІЛ, враховуючи виявлені випадки нерегулярного прийому терапії, що створює ризики для ефективності лікування та потребує інтеграції психосоціальної підтримки у ВІЛ-сервіси.

Отримані результати свідчать, що поточна модель доступу до ВІЛ-сервісів є недостатньо ефективною для молоді, і потребує не лише розширення послуг, а їх системної трансформації з фокусом на довіру, конфіденційність та реальну доступність.

РОЗДІЛ 1. ВСТУП І КОНТЕКСТ

Доступ підлітків та молоді до ВІЛ-сервісів залишається важливим викликом у глобальній відповіді на епідемію ВІЛ. За даними UNAIDS, у 2024 році у світі щотижня інфікувалися ВІЛ близько 4000 дівчат-підлітків і молодих жінок віком 15–24 років, що свідчить про збереження вразливості молодих людей до ВІЛ та необхідність окремого фокусу на молодіжних сервісах. Це свідчить про збереження вразливості молодих людей до ВІЛ та необхідність окремого фокусу на молодіжних сервісах¹.

Всесвітня організація охорони здоров'я наголошує, що підлітки та молоді люди стикаються з низкою бар'єрів у доступі до послуг, а саме – недостатньою доступністю послуг, обмеженою чутливістю первинної ланки до потреб молоді та браком підходів для охоплення підлітків із підвищеним ризиком. Окремо ВООЗ підкреслює, що для молодих людей, які живуть з ВІЛ, критичне значення мають повага, захист конфіденційності та відсутність дискримінаційних практик у закладах охорони здоров'я².

В українському контексті підлітки та молодь залишаються недостатньо охоплені ефективними послугами у сфері ВІЛ. Попри наявність програм профілактики та лікування, значна частина молодих людей не користується ними через стигму, страх розкриття статусу та недовіру до інституцій. За даними UNICEF та UNAIDS, саме ця вікова група потребує більш гнучких, конфіденційних та дружніх до молоді підходів, які враховують не лише медичні, а й психосоціальні аспекти їхнього життя.

Таким чином, доступ до ВІЛ-сервісів для молоді доцільно розглядати як багатовимірне явище, що охоплює:

- фактичну наявність послуг
- їхню якість та адаптованість до вікових потреб
- безпечність та конфіденційність взаємодії
- рівень довіри молоді до надавачів послуг

Оцінка спрямована на формування доказової бази для адвокаційних змін, що дозволять підвищити ефективність існуючих сервісів, адаптувати їх до потреб молоді та забезпечити більш інклюзивний і безпечний доступ до ВІЛ-послуг.

Особливу увагу приділено підліткам та молоді віком 14–24 років як ключовій групі для адвокаційних інтервенцій, а також молоді з вразливих категорій, включно з молодими

¹ https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet?utm_source=chatgpt.com

²

https://www.who.int/europe/health-topics/maternal-health/increasing-the-quality-and-coverage-of-youth-friendly-services?utm_source=chatgpt.com#tab=tab_1

людьми, які живуть з ВІЛ, представниками/-цями ЛГБТК+ спільноти та іншими групами, що стикаються з підвищеними ризиками виключення з системи послуг.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ОЦІНКИ ТА ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ПРОВЕДЕННЯ ОЦІНКИ

2.1 Дизайн оцінки

Оцінка потреб, бар'єрів і прогалин у доступі до ВІЛ-сервісів серед підлітків та молоді була проведена у форматі кількісної оцінки з використанням анонімного онлайн-анкетування.

Обраний підхід дозволив забезпечити:

- охоплення різних регіонів України;
- залучення молоді з вразливих груп;
- отримання стандартизованих даних для подальшого порівняльного аналізу.

Оцінку реалізовано із застосуванням партципативного підходу, що передбачав залучення молоді до поширення анкет та збору даних, що підвищило доступ до цільових груп та релевантність отриманої інформації.

2.2 Цільова аудиторія

В оцінці взяли участь підлітки та молоді люди віком від 10 до 30 років.

Для аналітичних цілей виділено такі вікові групи:

- 10–13 років;
- 14–17 років;
- 18–24 роки;
- 25–30 років.

Основний фокус аналізу зосереджено на групі 14–24 роки як ключовій для формування адвокаційних рекомендацій.

До вибірки включено представників/-ць вразливих груп, зокрема:

- молодь, яка живе з ВІЛ;
- представників/-ць ЛГБТК+ спільноти;
- внутрішньо переміщених осіб;
- молодь у складних життєвих обставинах.

Респонденти/-ки могли належати до кількох категорій одночасно, що враховано при подальшому аналізі.

2.3 Географічне охоплення

Оцінка охоплює такі територіальні одиниці:

- м. Київ
- Київська область
- м. Дніпро
- м. Кривий Ріг
- м. Миколаїв
- інші регіони України

Такий підхід дозволив поєднати локальні оцінки (окремі анкети по містах) та загальнонаціональний масив даних.

2.4 Формування вибірки та структура даних

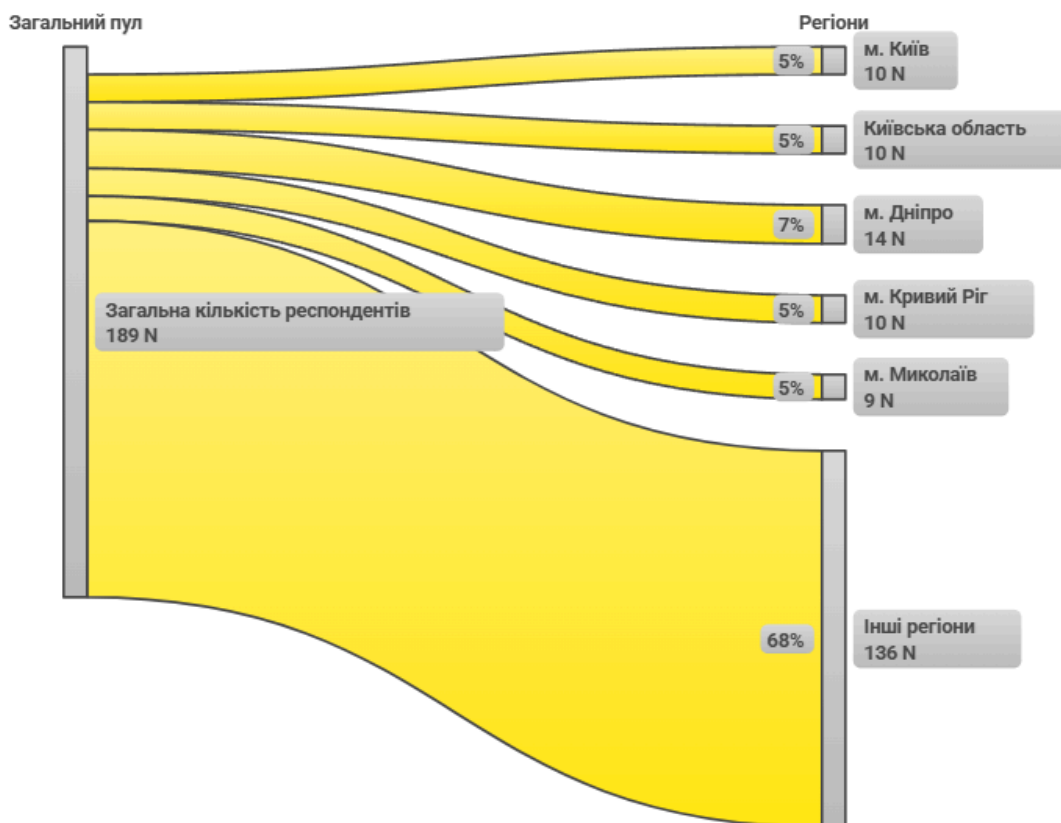
Загальна кількість респондентів/-ок становить:

N = 189

Вибірка сформована шляхом поєднання двох типів даних:

1. Загальнонаціонального масиву анкетування;
2. Окремих регіональних вибірок.

Рисунок 1. Структура вибірки за регіонами



2.5 Методи збору даних

Збір даних здійснювався за допомогою онлайн-анкет (Google Forms), адаптованих до вікових особливостей респондентів/-ок.

Поширення анкет відбувалося через:

- соціальні мережі;
- молодіжні спільноти;
- партнерські організації;
- принцип «рівний – рівному».

2.6 Обробка та аналіз даних

Обробка даних включала:

- очищення масиву (видалення неповних відповідей);
- уніфікацію змінних;
- описову статистику (частоти, відсотки);
- порівняльний аналіз за: регіонами, віковими групами, вразливими категоріями.

2.7. Етичні принципи

Оцінку проведено з дотриманням міжнародних та національних етичних стандартів, зокрема на основі положень Кодексу професійної етики соціолога Соціологічна асоціація України³, а також загальновизнаних принципів досліджень за участі неповнолітніх.

Особлива увага приділялася етичним аспектам, враховуючи:

- чутливість тематики (ВІЛ, стигма, дискримінація, сексуальність)
- участь неповнолітніх респондентів/-кам
- вразливість частини цільової аудиторії

2.7.1. Добровільна участь

Усі респонденти/-ки були поінформовані про те, що:

- участь в оцінці є повністю добровільною
- вони можуть відмовитися від участі або припинити її у будь-який момент
- відмова не матиме жодних негативних наслідків

2.8.2. Інформована згода

Перед початком анкетування всі учасники отримували інформацію про мету оцінки, формат участі, використання даних.

Згода на участь надавалася безпосередньо респондентом шляхом переходу до анкети.

2.7.3. Особливості роботи з неповнолітніми

Відповідно до законодавства України (зокрема Закону України «Про охорону дитинства»⁴) та етичних норм соціологічних досліджень:

- оцінка серед осіб 14–17 років проводилася без отримання згоди батьків
- таке рішення обґрунтоване тим, що оцінка має мінімальний рівень ризику; отримання батьківської згоди є практично неможливим у межах даного дизайну; відсутність такої згоди не створює додаткових ризиків для дитини.

Цей підхід відповідає положенням професійної етики, які допускають винятки у випадках безпечних досліджень із високим суспільним значенням.

2.7.4. Конфіденційність та анонімність

Оцінка була повністю анонімною:

- не збиралися ПІБ, контакти або інші ідентифікаційні дані
- відповіді аналізувалися виключно у знеособленому вигляді
- результати представлені у агрегованій формі

Усі дані зберігалися з дотриманням принципів конфіденційності та безпеки.

2.7.5. Принцип «не нашкодь» (Do no harm)

Дизайн оцінки враховував:

- уникнення стигматизуючих або травматичних формулювань
- адаптацію мови до віку респондентів
- мінімізацію психологічного дискомфорту

Учасникам/-цям також надавалися контакти для звернення по допомогу у разі потреби.

2.7.6. Етичне залучення респондентів

Поширення анкети здійснювалося з дотриманням принципів:

- відсутності тиску

³ <https://sau.in.ua/pro-sau/>

⁴ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#Text>

- добровільності
- інформованості

Використовувався підхід «рівний – рівному», що підвищує довіру та безпеку участі.

Методологічні обмеження

Оцінка має такі обмеження:

- нерівномірність вибірки між регіонами;
- можливе недопредставлення окремих груп;
- використання самозвіту;
- обмежений доступ до молоді без інтернету.

Водночас зазначені обмеження не знижують аналітичної цінності оцінки, оскільки отримані дані демонструють сталі тенденції та узгоджуються з результатами інших досліджень у сфері доступу молоді до ВІЛ-сервісів.

РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛЬ РЕСПОНДЕНТІВ/-ОК

3.1 Загальна характеристика вибірки

В оцінці взяли участь 189 респондентів/-ок віком від 10 до 30 років, що представляють різні регіони України, включаючи як великі міста, так і інші області.

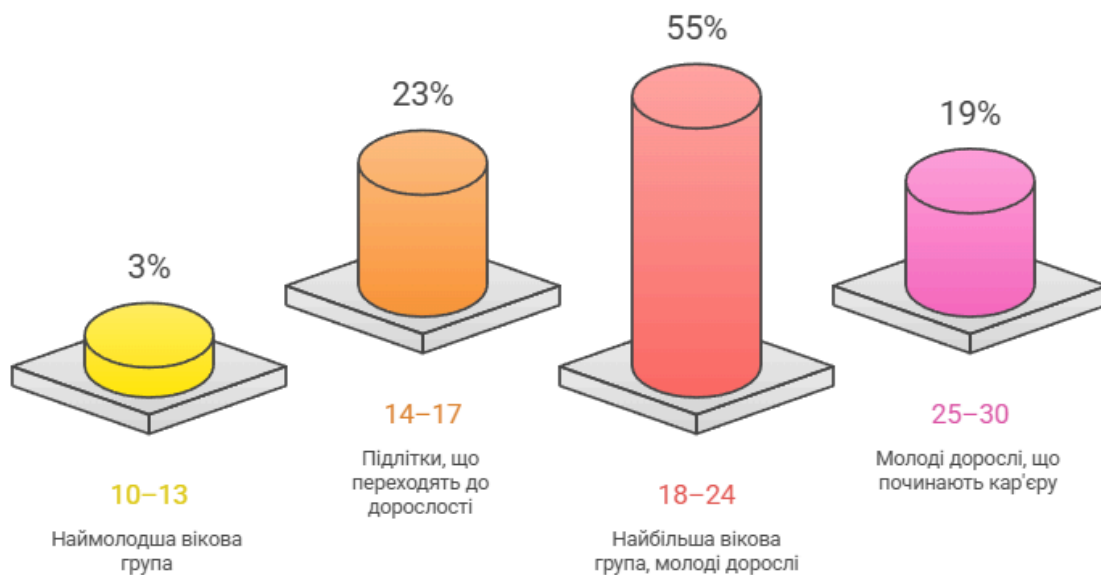
Вибірка включає значну частку молоді з вразливих груп, що дозволяє розглядати результати як релевантні для аналізу доступу до ВІЛ-сервісів серед молоді, яка стикається з підвищеними ризиками виключення.

3.2 Вікова структура

Переважну частину вибірки становлять респонденти віком **18–24 роки (55%)**, що відповідає фокусу оцінки на молодих людях, які перебувають на етапі активного входження у доросле життя та формування поведінкових практик, пов'язаних зі здоров'ям.

Водночас значна частка підлітків віком 14–17 років (23%) дозволяє врахувати специфіку раннього досвіду взаємодії з інформацією про ВІЛ та доступом до послуг.

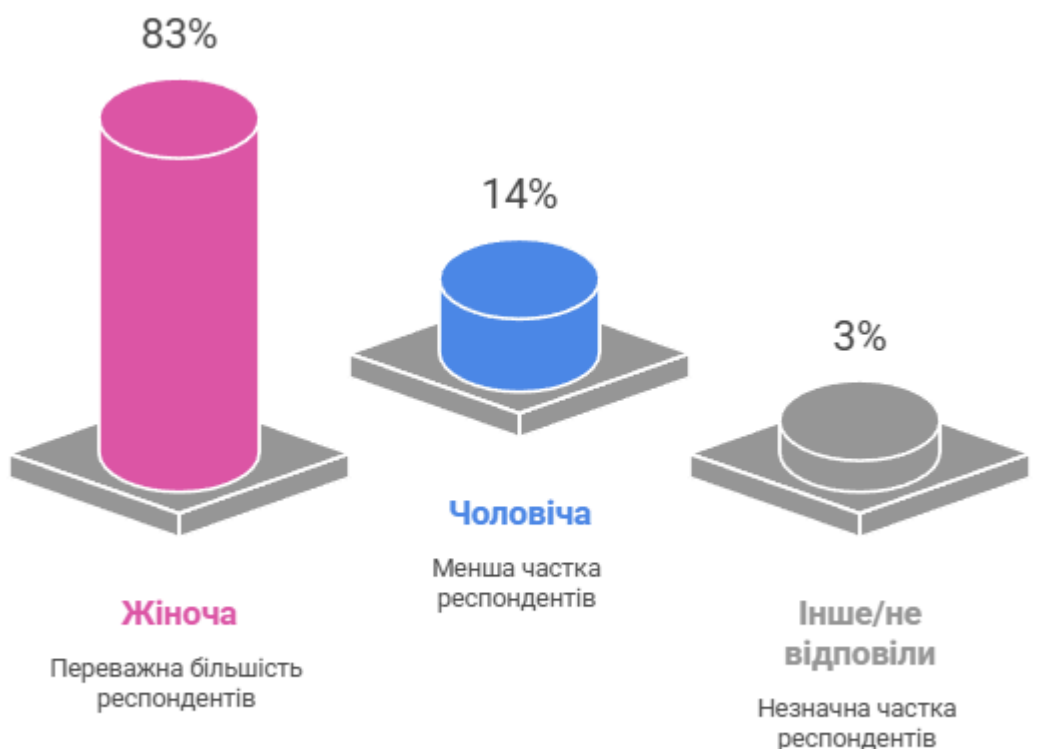
Рисунок 2. Розподіл респондентів/-ок за віковими групами



3.3 Гендерна структура

Вибірка характеризується значним переважанням респонденток жіночої статі (83%). Така структура може бути пов'язана з більшою залученістю жінок до опитувань та соціальних ініціатив, а також вищою готовністю обговорювати питання здоров'я. Цю особливість необхідно враховувати при інтерпретації результатів, зокрема у питаннях доступу до послуг та досвіду взаємодії з системою охорони здоров'я.

Рисунок 3. Розподіл за гендером



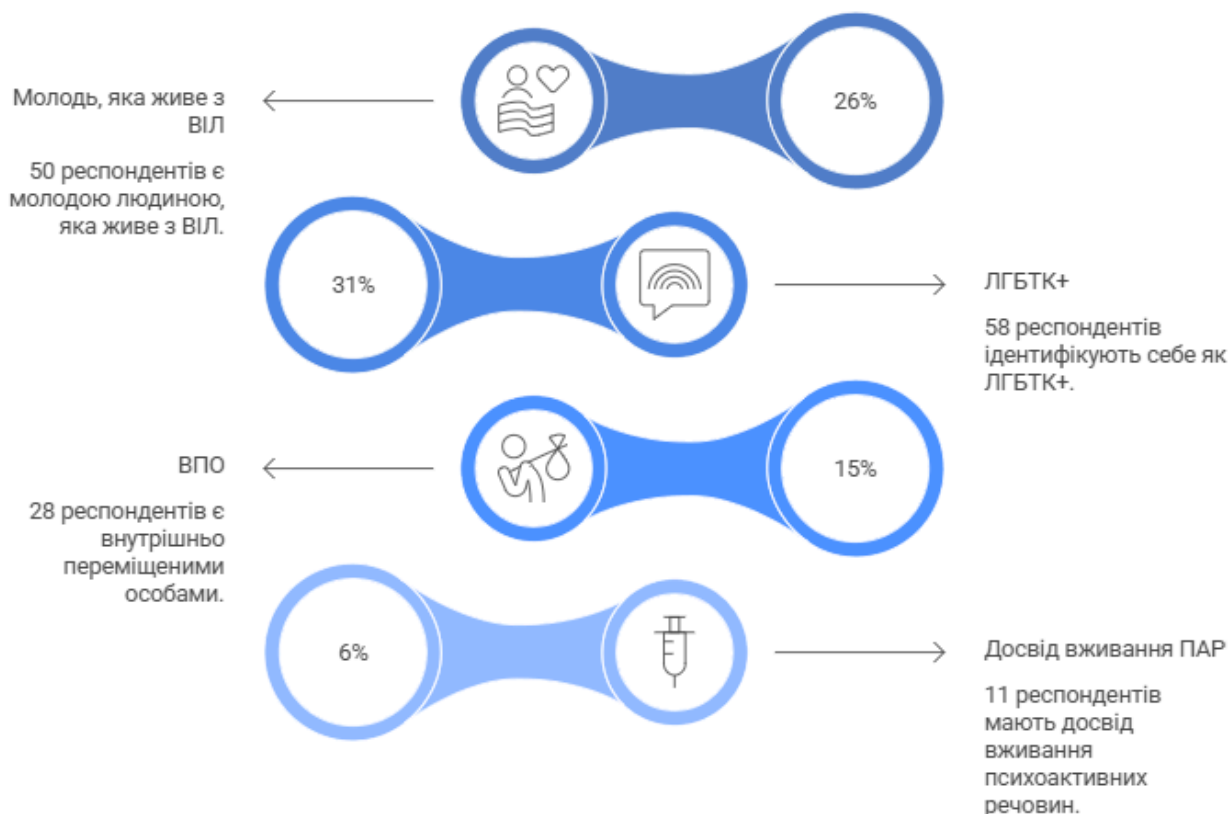
Така

структура вибірки може впливати на результати оцінки, зокрема підсилювати видимість бар'єрів, пов'язаних із зверненням за послугами та довірою до системи.

3.4 Належність до вразливих груп

Респонденти могли обирати декілька варіантів відповіді щодо належності до вразливих груп, у зв'язку з чим сума значень перевищує загальну кількість учасників/-ць оцінки. Це відображає перетин вразливостей та дозволяє більш точно оцінити комплексний характер бар'єрів доступу до ВІЛ-сервісів.

Рисунок 4. Належність до вразливих груп



Вибірка характеризується значною часткою респондентів/-ок, які належать до вразливих груп. Найбільш представленими є представники/-ці ЛГБТК+ спільноти (31%) та молодь, яка живе з ВІЛ (26%).

Водночас частина респондентів/-ок належить до кількох категорій одночасно, що вказує на накопичення факторів вразливості та підвищений ризик обмеженого доступу до ВІЛ-сервісів.

3.5 Перетин вразливостей

Аналіз перетину вразливостей демонструє, що значна частина респондентів/-ок має кілька факторів вразливості одночасно. Зокрема, 38,6% учасників/-ць мають дві або більше ознак вразливості, що свідчить про накопичення бар'єрів доступу до ВІЛ-сервісів.

Це означає, що потреби цієї групи не можуть бути ефективно покриті окремими інтервенціями, а вимагають комплексних підходів, які поєднують медичні, соціальні та психологічні компоненти підтримки.

Таблиця 1. Перетин вразливостей

Категорія	Кількість (N)	Частка (%)
Має одну ознаку вразливості	92	48,7%
Має 2 і більше ознак	73	38,6%

РОЗДІЛ 4. РІВЕНЬ ОБІЗНАНОСТІ, ДОСТУП ДО ВІЛ-СЕРВІСІВ ТА БАР'ЄРИ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ

4.1. Рівень обізнаності про ВІЛ

Результати оцінки свідчать про високий рівень базової обізнаності підлітків та молоді щодо ВІЛ.

Рисунок 5. Обізнаність про ВІЛ



Водночас подальші результати показують, що ця обізнаність не трансформується у практичні знання про доступ до послуг, що свідчить про її декларативний характер.

4.2. Джерела інформації про ВІЛ

Інформаційне середовище формується переважно через неформальні канали. Найбільш поширеними є:

- соціальні мережі (Instagram, TikTok);
- інтернет-ресурси;
- соціальне оточення (друзі);
- у меншій мірі – освітні та медичні установи, ОГС.

Характерною є комбінація кількох джерел одночасно, що свідчить про відсутність структурованої системи інформування.

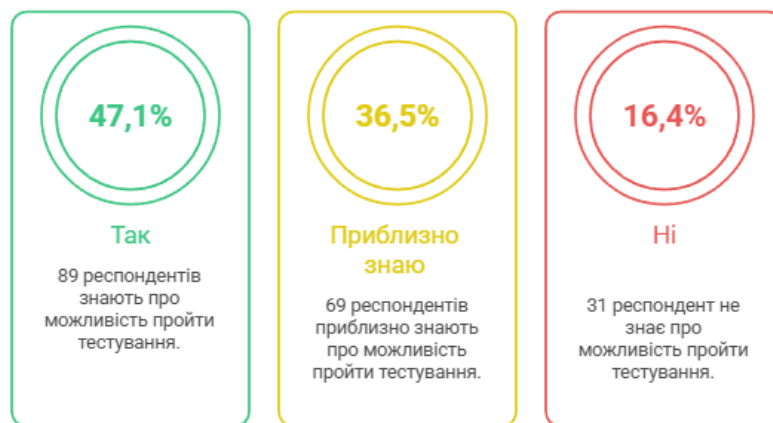
При цьому відповіді демонструють відсутність одного домінуючого джерела, що вказує на фрагментований характер інформаційного поля.

Висновок: знання формуються стихійно, а не через системну політику інформування, що впливає на їх якість і практичну застосовність.

4.3. Обізнаність про доступ до тестування

Менше половини респондентів/-ок чітко знають, де можна пройти тестування. Це означає, що навіть при високому рівні загальної обізнаності доступ до послуг залишається обмеженим через відсутність чіткої навігації.

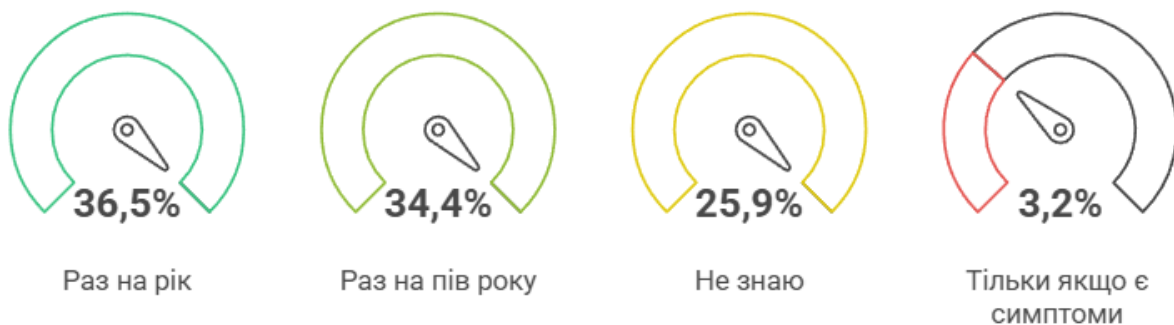
Рисунок 6. Знання про можливість пройти тестування



4.4. Знання про регулярність тестування

Чверть респондентів/-ок не знає рекомендованої частоти тестування, а частина орієнтується на наявність симптомів, що є некоректною моделлю поведінки.

Рисунок 7. Обізнаність про частоту тестування



4.5. Досвід проходження тестування

Менше половини респондентів/-ок мають досвід тестування, при цьому значна частина (30,7%) готова пройти тест, але не зробила цього.

Таблиця 2. Досвід тестування на ВІЛ

Відповідь	Кількість (N)	Частка (%)
Так, нещодавно	47	24,9%
Так, давно	39	20,6%
Ні, але хочу	58	30,7%
Не впевнений/-а	16	8,5%
Ні, не хочу	29	15,3%
Разом	189	100%

4.6. Доступ до послуг за кордоном

Серед респондентів/-ок:

- 152 не перебували за кордоном;
- лише 19 зазначили, що мали доступ до послуг без проблем;
- інші мали обмежений або складний доступ.

Висновок: доступ до ВІЛ-сервісів є контекстно залежним і може значно змінюватися залежно від країни перебування.

4.7. Прийом АРТ серед людей, які живуть з ВІЛ

Серед респондентів/-ок:

- 41 постійно приймає АРТ;
- 9 – з перервами;
- поодинокі випадки відмови або нерегулярного прийому.

Це свідчить про загалом стабільний рівень прихильності до лікування серед тих, хто має доступ до терапії. Водночас, близько 18% респондентів (9 осіб із перервами та поодинокі випадки відмови або нерегулярного прийому) не дотримуються безперервного режиму лікування, що є критичним показником у контексті молодого віку.

З огляду на важливість безперервності АРТ для досягнення вірусної супресії, навіть така частка може мати суттєві наслідки як для індивідуального здоров'я, так і для загальної ефективності відповіді на ВІЛ.

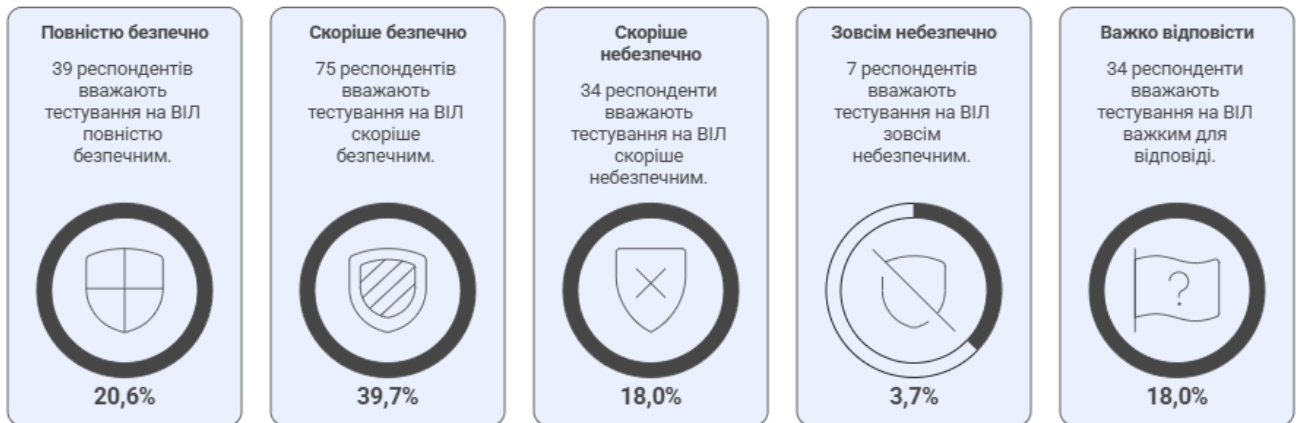
Нерегулярний прийом терапії пов'язаний із ризиком формування резистентності до поточної схеми лікування, що у подальшому потребує її зміни. В умовах обмеженої кількості доступних схем лікування в Україні це створює додаткові ризики для ефективності терапії та може становити загрозу для здоров'я і життя молодих людей.

Це підкреслює необхідність посилення підтримки прихильності до лікування, зокрема серед молоді.

4.8. Сприйняття конфіденційності

Лише близько 60% респондентів/-ок відчують безпеку щодо конфіденційності, тоді як інші або сумніваються, або не відчують її.

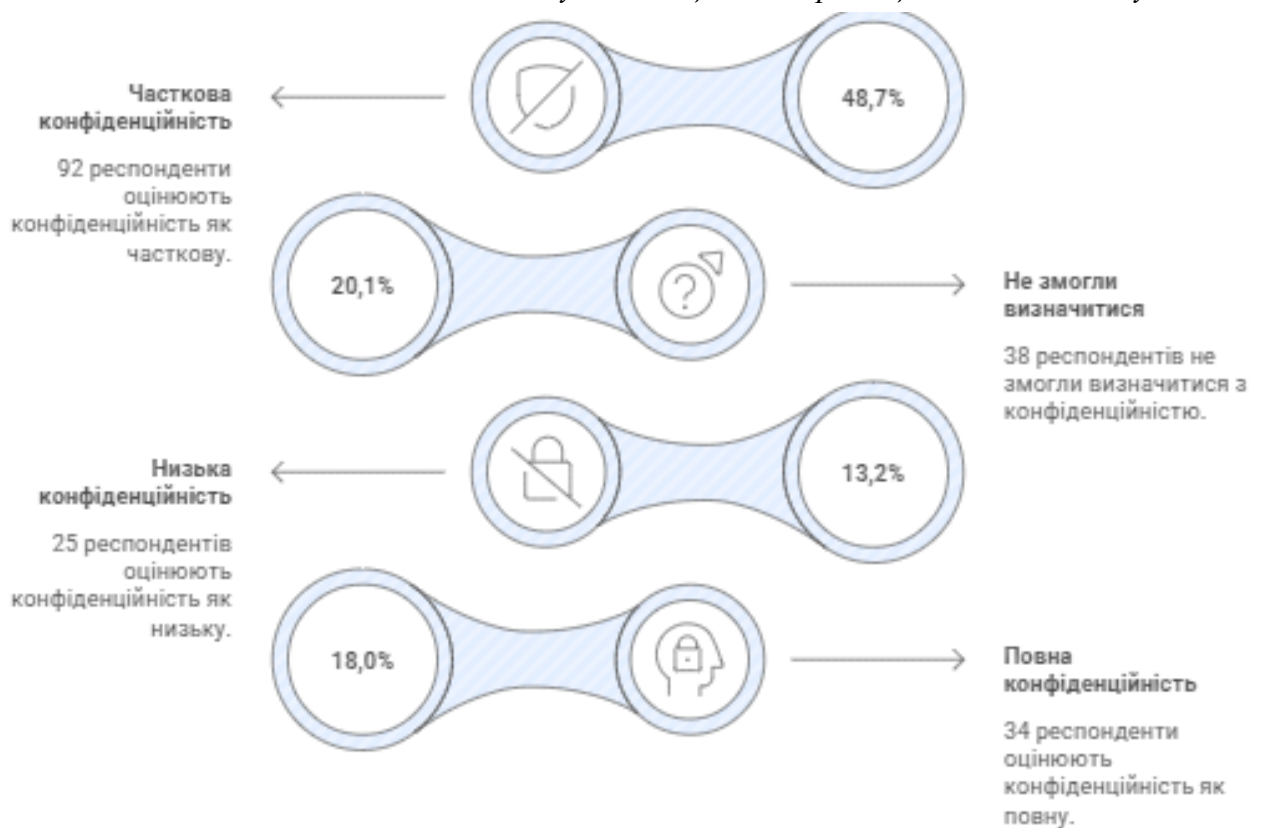
Рисунок 8. Оцінка конфіденційності



4.9. Сприйняття конфіденційності на рівні системи

Результати опитування демонструють неоднорідне сприйняття рівня конфіденційності серед підлітків та молоді при взаємодії з ВІЛ-сервісами.

Рисунок 9. Оцінка конфіденційності ВІЛ послуг



Загалом, найбільша частка респондентів оцінює рівень забезпечення конфіденційності як частковий (92 відповіді; 48,7%), що свідчить про наявність певних практик захисту персональних даних, однак недостатню їх системність або сталість. Водночас, значна кількість опитаних або не змогла визначитися (38 відповідей; 20,1%), або оцінює рівень

конфіденційності як низький (25 відповідей; 13,2%), що вказує на існування бар'єрів довіри до системи.

Лише частина респондентів вважає, що конфіденційність забезпечується повністю (34 відповіді; 18,0%), що є відносно низьким показником з огляду на критичну важливість цього аспекту для доступу до ВІЛ-послуг.

Отримані дані дозволяють зробити кілька ключових висновків:

- Конфіденційність не сприймається як гарантована норма, а радше як ситуативна характеристика окремих сервісів або фахівців/-чинь.
- Високий рівень невизначеності (важко сказати) свідчить про непрозорість процедур або недостатню комунікацію щодо того, як саме забезпечується захист даних.
- Недовіра до системи охорони здоров'я та сервісів може бути пов'язана як із попереднім негативним досвідом, так і з ширшими уявленнями про ризики розкриття статусу.

У контексті підлітків і молоді, які живуть з ВІЛ або належать до вразливих груп, питання конфіденційності є визначальним фактором звернення за послугами. Навіть часткові сумніви щодо збереження приватності можуть призводити до відмови від тестування, лікування або консультацій.

Таким чином, результати свідчать про необхідність:

- посилення стандартів конфіденційності на рівні сервісів
- чіткої та зрозумілої комунікації щодо захисту персональних даних
- впровадження дружніх до молоді підходів, що гарантують безпечний простір взаємодії
- підвищення довіри до надавачів послуг через етичні та клієнтоорієнтовані практики

Загалом, конфіденційність виступає не лише технічним аспектом надання послуг, а ключовою умовою їх доступності та ефективності для молоді.

4.10. Досвід дискримінації

Результати опитування свідчать про наявність досвіду дискримінації серед підлітків та молоді, а також про високий рівень невизначеності щодо її розпізнавання.

Таблиця 3. Досвід дискримінації

Відповідь	Кількість (N)	Частка (%)
Так, часто	31	16,4%
Іноді	27	14,3%
Ні	68	36,0%
Важко сказати	63	33,3%

Зокрема, 16,4% респондентів зазначили, що часто стикаються з дискримінацією, ще 14,3% – іноді, що в сукупності становить понад 30% опитаних. Це вказує на те, що дискримінаційні практики залишаються значущим елементом досвіду для цієї групи.

Водночас, найбільшу частку становлять респонденти, які або не стикалися з дискримінацією (36,0%), або не можуть чітко визначити свій досвід (33,3%). Такий високий рівень відповідей «важко сказати» є показовим і потребує окремої інтерпретації.

Отримані результати дозволяють сформулювати кілька ключових аналітичних висновків:

- Дискримінація є поширеним, але не завжди усвідомленим явищем. Значна частка респондентів, які не можуть визначити свій досвід, може свідчити про нормалізацію стигматизуючих практик або відсутність чітких уявлень про те, що саме вважається дискримінацією.
- Стигма має латентний характер. Навіть за відносно невисокої частки тих, хто прямо ідентифікує дискримінацію як частий досвід, сукупні показники вказують на системний вплив стигми у повсякденному житті молоді.
- Існує розрив між досвідом і його інтерпретацією. Частина молодих людей може стикатися з дискримінаційними ситуаціями, але не ідентифікувати їх як такі через адаптацію до соціального середовища або відсутність безпечного простору для рефлексії цього досвіду.

У контексті доступу до ВІЛ-сервісів ці результати є критично важливими, оскільки досвід або навіть очікування дискримінації може виступати бар'єром для звернення по допомогу, тестування або лікування.

Таким чином, отримані дані підкреслюють необхідність:

- системної роботи зі зниження стигми та дискримінації
- підвищення обізнаності молоді щодо їхніх прав
- впровадження недискримінаційних практик у медичних та соціальних сервісах
- створення безпечного середовища, в якому молодь може відкрито говорити про свій досвід

Загалом, досвід дискримінації слід розглядати не лише як індивідуальний, а як структурний фактор, що впливає на доступ до послуг та ефективність відповіді на ВІЛ.

4.11. Бар'єри у доступі до послуг

Аналіз відкритих відповідей дозволяє не лише ідентифікувати ключові бар'єри у доступі до ВІЛ-сервісів, а й виявити важливу особливість: значна частина респондентів взагалі не має досвіду звернення за такими послугами.

Багато відповідей містять формулювання «не звертався/-лася», «не було потреби» або «не стосується мене», що свідчить про **низький рівень залученості молоді до ВІЛ-сервісів**. Це може бути пов'язано як із відсутністю усвідомленої потреби, так і з прихованими бар'єрами, зокрема страхом, стигмою або недостатньою поінформованістю.

Серед респондентів, які мали або рефлексували потенційний досвід звернення, виділяються такі групи бар'єрів:

Психологічні бар'єри (домінуючі)

Найчастіше згадуються страх розкриття статусу, внутрішня стигма та упередження з боку суспільства. Частина респондентів зазначає, що навіть сама ідея тестування може викликати соціальне маркування або підозри з боку оточення.

Інституційні бар'єри

Респонденти повідомляють про недовіру до медичних працівників, негативний досвід взаємодії (включаючи упереджене ставлення, осуд або відмову у наданні послуг), що формує стійкий бар'єр до повторного звернення.

Бар'єри доступності

Серед практичних труднощів відзначаються обмежена кількість точок тестування, складність доїзду, незручний графік роботи та черги.

Інформаційні бар'єри

Частина респондентів не знає, де і як можна пройти тестування, або не має достатньо чіткої та доступної інформації про послуги.

Отримані результати свідчать, що бар'єри у доступі до ВІЛ-сервісів мають комплексний характер і виходять за межі фізичної доступності послуг.

Водночас, ключовим викликом є не лише наявність бар'єрів, а й низький рівень звернення молоді до послуг як такого, що може свідчити про недостатню інтеграцію ВІЛ-сервісів у повсякденне життя молоді або про їх сприйняття як нерелевантних чи ризикованих.

Це підкреслює необхідність:

- розвитку проактивних підходів до залучення молоді
- зниження стигми та страхів, пов'язаних із тестуванням
- підвищення довіри до сервісів
- покращення доступності та зрозумілості маршрутів отримання послуг.

4.12. Психоемоційний стан

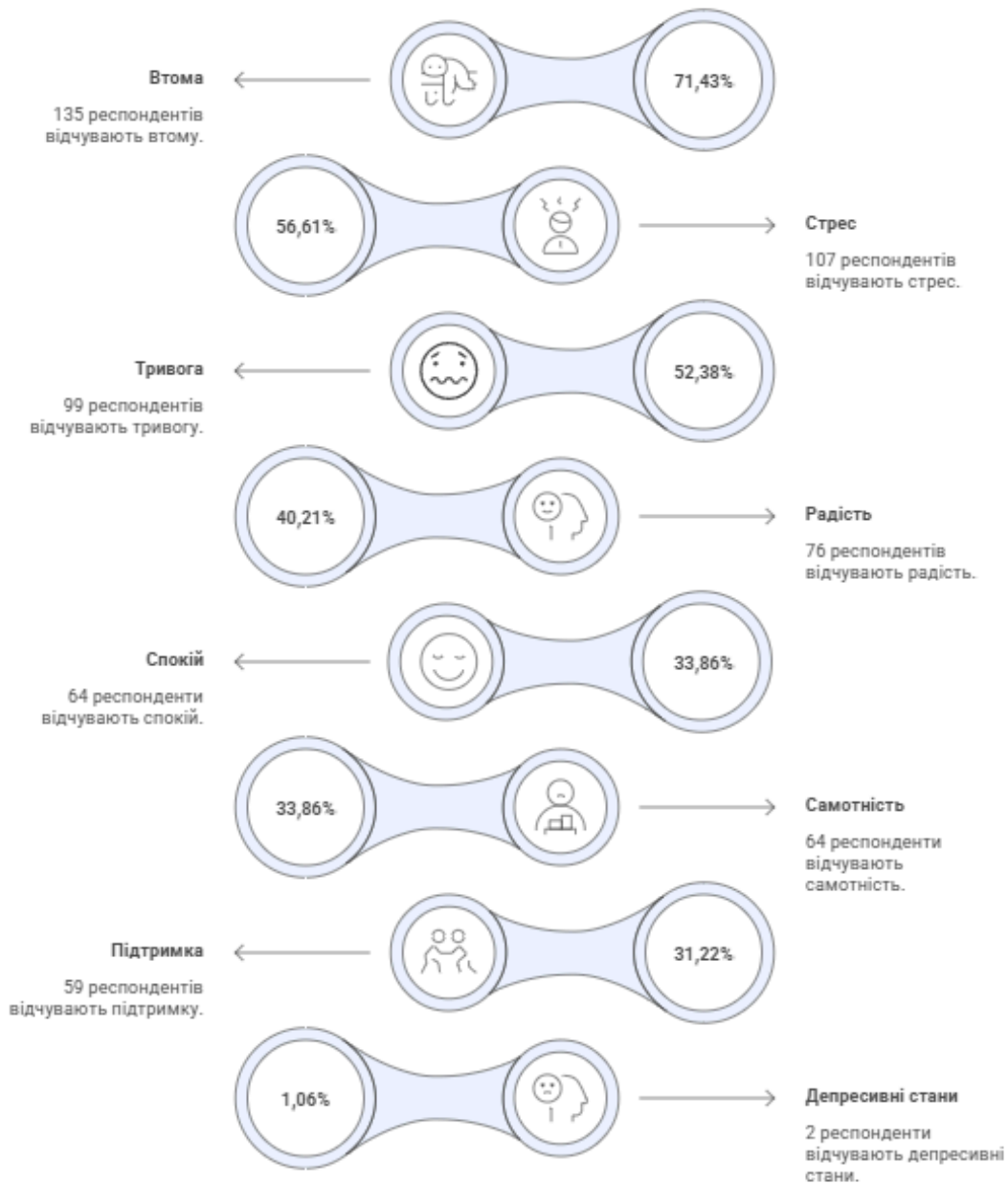
Результати демонструють, що психоемоційний стан підлітків та молоді характеризується переважанням негативних станів. Найбільш поширеними є втома (71,43%), стрес (56,61%) та тривога (52,38%), що свідчить про високий рівень емоційного виснаження та напруги.

Водночас третина респондентів відзначає відчуття самотності (33,86%), що вказує на дефіцит емоційної підтримки або складність у її отриманні.

Позитивні стани – радість (40,21%), спокій (33,86%) та відчуття підтримки (31,22%) – присутні, однак не домінують, що свідчить про обмеженість ресурсів психологічної стійкості.

Загалом, отримані дані вказують на необхідність посилення компоненту психічного здоров'я у ВІЛ-сервісах, оскільки психоемоційний стан безпосередньо впливає на поведінку молоді, зокрема готовність звертатися за тестуванням, лікуванням та підтримкою.

Рисунок 10. Психоемоційний стан респондентів (мультिवибір)



Примітка: респонденти могли обрати кілька варіантів відповіді, тому сума часток перевищує 100%.

4.13. Узагальнений висновок

Отримані результати демонструють наявність системного розриву між рівнем поінформованості молоді про ВІЛ та їхньою здатністю користуватися відповідними послугами. Попри високий рівень базової обізнаності (80,4%), це знання не трансформується у практичну орієнтацію: лише 47,1% респондентів/-ок знають, де можна пройти тестування, а лише 45,5% мають досвід тестування.

Ключовими обмежувачими факторами є не стільки відсутність послуг, скільки їх низька видимість, складність навігації та недостатній рівень довіри до системи. Бар'єри мають

комплексний характер і включають поєднання інформаційних, психологічних та інституційних чинників. Зокрема, понад 30% респондентів мають досвід дискримінації (16,4% – часто, 14,3% – іноді), тоді як ще 33,3% не можуть чітко оцінити такий досвід, що свідчить про нормалізацію стигматизуючих практик.

Особливо значущими є страх розголосу, стигма та недовіра до медичних працівників, що безпосередньо впливають на рішення молоді не звертатися по допомогу. Це підтверджується і результатами оцінки конфіденційності: лише 34 респонденти (близько 18%) вважають, що вона забезпечується повністю, тоді як найбільша частка – 92 особи – оцінює її як часткову, а ще 25 респондентів вказують на низький рівень конфіденційності.

Додатковим індикатором бар'єрів доступу є низький рівень залученості до послуг: попри готовність частини молоді пройти тестування (30,7% відповіли «ні, але хочу»), значна частина респондентів не має фактичного досвіду взаємодії із системою.

Важливим фактором є також психоемоційний стан молоді. Дані свідчать про переважання негативних станів: 71,43% респондентів відчувають втому, 56,61% – стрес, 52,38% – тривогу, а 33,86% – самотність. Це вказує на високий рівень емоційного виснаження, що знижує готовність до активних дій щодо власного здоров'я та посилює уникнення взаємодії з системою послуг.

Окрему увагу слід звернути на показники прихильності до лікування: близько 18% молодих респондентів мають труднощі з дотриманням безперервного прийому АРТ, що є критичним у контексті ефективності лікування та профілактики передачі ВІЛ.

У поєднанні з іншими бар'єрами це формує ситуацію, коли навіть за наявності сервісів значна частина молоді фактично залишається поза системою допомоги.

Таким чином, доступ до ВІЛ-сервісів слід розглядати як багатовимірну проблему, що виходить за межі медичної інфраструктури і потребує комплексних рішень, які одночасно охоплюють:

- інформування та навігацію
- побудову довіри
- забезпечення конфіденційності
- зниження стигми
- врахування психоемоційних потреб молоді

РОЗДІЛ 5. НОРМАТИВНО-ПРАВОВИЙ ТА ПОЛІТИЧНИЙ КОНТЕКСТ

Доступ підлітків та молоді до ВІЛ-сервісів в Україні регулюється низкою національних нормативно-правових актів, а також міжнародних зобов'язань держави у сфері громадського здоров'я та прав людини.

Ключовими документами є:

- [Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини \(ВІЛ\), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»;](#)
- [Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»;](#)
- [Закон України «Про захист персональних даних»;](#)

- [Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року:](#)

- Національні клінічні протоколи та стандарти надання послуг.

Україна також є стороною міжнародних зобов'язань, зокрема:

- цілей UNAIDS (95-95-95);
- рекомендацій ВООЗ щодо доступу до тестування та лікування;
- підходів, що базуються на правах людини.

Водночас результати оцінки свідчать про наявність розриву між нормативно закріпленими гарантіями та фактичною практикою доступу до послуг для підлітків і молоді. Зокрема, питання конфіденційності, недискримінації та дружності до молоді не завжди реалізуються на рівні взаємодії у точках надання послуг.

Це вказує на необхідність не лише вдосконалення нормативної бази, але й посилення механізмів її імплементації.

РОЗДІЛ 6. ВИСНОВКИ

Результати оцінки показують, що система доступу підлітків та молоді до ВІЛ-сервісів залишається фрагментованою та нерівномірною. Попри високий рівень базової обізнаності (80,4%), лише 47,1% респондентів/-ок знають, де можна пройти тестування, а лише 45,5% мають відповідний досвід, що вказує на розрив між знанням і практикою.

Суттєвим викликом є наявність системних бар'єрів, які взаємопідсилюють один одного. Соціальні фактори, зокрема стигма та дискримінація, залишаються значущими: понад 30% молоді мають досвід дискримінації, тоді як ще третина не може чітко його ідентифікувати. Це свідчить про нормалізацію стигматизуючих практик та їх прихований характер.

Організаційні аспекти, такі як відсутність гарантованої конфіденційності, додатково посилюють бар'єри. Лише близько 18% респондентів/-ок вважають, що конфіденційність забезпечується повністю, що підриває довіру до системи та стримує звернення за послугами.

Важливим фактором є психоемоційний стан молоді: 71,43% респондентів відчувають втому, понад половина – стрес (56,61%) та тривогу (52,38%), що знижує готовність до активних дій щодо власного здоров'я.

На цьому фоні неурядовий сектор фактично виконує компенсаторну функцію, забезпечуючи більш доступні, гнучкі та дружні до молоді формати послуг. Саме ОГС часто створюють простори довіри, впроваджують інноваційні інструменти, зокрема цифрові рішення, та забезпечують первинний контакт із підлітками. Водночас їхня роль залишається нестійкою через залежність від проєктного фінансування та відсутність системної інтеграції у державну інфраструктуру послуг.

Окремо варто відзначити низький рівень міжсекторальної координації, який обмежує ефективність навіть наявних ресурсів. Відсутність узгоджених протоколів взаємодії, спільного бачення ролей різних суб'єктів та механізмів обміну даними призводить до дублювання зусиль або, навпаки, до втрати підлітків на різних етапах отримання

допомоги. Це створює ситуацію, коли навіть за наявності послуг вони не формують цілісної системи підтримки.

Таким чином, наявна модель доступу до послуг потребує системного перегляду з фокусом на інтеграцію, людиноцентричність і сталість. Без переходу від фрагментованих рішень до узгодженої політики, що враховує реальні потреби підлітків і молоді, існуючі бар'єри зберігатимуться, а нерівність у доступі до послуг – поглиблюватиметься.

6.1. Доказові підходи до підвищення доступу до послуг: досвід Teenergizer

Одним із прикладів ефективних підходів до роботи з підлітками та молоддю є модель Teenergizer, яка поєднує психосоціальну підтримку, цифрові інструменти та принцип «рівний – рівному».

Даний підхід має підтверджену ефективність та отримав визнання на міжнародному та національному рівнях. Зокрема, [Європейське регіональне бюро](#) Всесвітньої організації охорони здоров'я відзначило практику консультування Teenergizer як модель підтримки психічного здоров'я підлітків і молоді в умовах обмеженого доступу до послуг. Також підхід був представлений на засіданні [Високого рівня ООН з питань ВІЛ/СНІД](#) як приклад молодіжно-орієнтованої відповіді, спрямованої на зниження стигми та покращення доступу до медичних послуг.

На національному рівні модель отримала позитивну оцінку у межах [Програми психічного здоров'я «Ти як?»](#) за ініціативи першої леді України. Водночас, згідно з дослідженням [Genesis Analytics](#), проведеним на замовлення ЮНІСЕФ, інвестиції в послуги Teenergizer можуть забезпечити п'ятикратну соціальну віддачу до 2030 року.

Дані внутрішнього моніторингу ефективності програми (2021–2024) свідчать про високий рівень результативності:

- 55,59% користувачів повертаються на повторні сесії,
- 81,28% повідомляють про повне або часткове вирішення своїх проблем,
- 68,28% відзначають середньо- або довгостроковий позитивний ефект,
- 92,65% рекомендують послуги іншим.

Ці результати підтверджують, що підходи, орієнтовані на довіру, доступність, анонімність та психоемоційну підтримку, можуть бути ефективним інструментом подолання бар'єрів, виявлених у межах даного дослідження.

РОЗДІЛ 7. РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати оцінки свідчать, що обмежений доступ підлітків і молоді до ВІЛ-сервісів є наслідком не окремих бар'єрів, а системної невідповідності між існуючою моделлю надання послуг та реальними потребами цільової аудиторії. У зв'язку з цим рекомендації мають бути спрямовані не лише на розширення послуг, а на зміну підходів до їх організації та взаємодії з молоддю.

Першочерговим напрямом є **перехід від інформування до забезпечення навігації у системі послуг**. Дані демонструють, що високий рівень загальної обізнаності не призводить до користування сервісами через відсутність чітких і зрозумілих маршрутів доступу. У зв'язку з цим необхідно забезпечити створення простих і доступних механізмів орієнтації для молоді: зрозумілих інструкцій, зручних каналів отримання

інформації, а також інструментів первинного звернення, які пояснюють не лише «що таке ВІЛ», а й «куди звернутися і що відбувається далі».

Другим ключовим напрямом є **посилення довіри до системи через гарантії конфіденційності та зміну практик взаємодії**. Результати показують, що навіть за наявності послуг молодь уникає звернення через страх розголосу та недовіру до медичних працівників. Це вимагає не лише формального забезпечення конфіденційності, а й її видимості для користувача – через комунікацію, стандарти поведінки персоналу та створення безпечного середовища у точках надання послуг.

Третім напрямом є **зменшення впливу стигми як системного бар'єра доступу**. Стигматизація проявляється як на рівні суспільства, так і на рівні взаємодії з інституціями, що формує у молоді стратегії уникнення. У цьому контексті необхідно інтегрувати антистигматизаційні підходи у всі рівні роботи – від освітніх програм до підготовки медичних і соціальних працівників, а також змінювати публічний дискурс щодо ВІЛ.

Наступним критичним напрямом є **адаптація сервісів до реального способу життя підлітків і молоді**. Існуючі формати послуг часто не відповідають їхнім потребам за часом, формою або способом взаємодії. Необхідним є розвиток гнучких форматів – мобільних сервісів, онлайн-консультацій, інтеграції послуг у звичні для молоді середовища, що дозволить знизити бар'єр першого звернення.

Окрему увагу слід приділити **інтеграції психоемоційної підтримки у систему ВІЛ-сервісів**. Високий рівень стресу, тривожності та емоційного виснаження безпосередньо впливає на готовність молоді звертатися по допомогу. Це означає, що ВІЛ-сервіси не можуть бути ефективними без урахування психоемоційного контексту, а відповідні компоненти мають бути включені у програми як невід'ємна частина.

Важливим системним напрямом є **посилення координації між секторами**. Наявні дані вказують на роз'єднаність між медичними, соціальними та освітніми структурами, що ускладнює доступ до послуг. Необхідним є впровадження узгоджених механізмів взаємодії, чітких маршрутів перенаправлення та спільної відповідальності за результат. Нарешті, ключовим фактором сталості є **інституціоналізація ролі неурядового сектору**. Саме ОГС наразі забезпечують найбільш доступні та дружні до молоді формати послуг, однак їхня діяльність залишається залежною від проектного фінансування. Важливо забезпечити їх інтеграцію у систему надання послуг, включаючи фінансову підтримку, партнерські механізми та визнання їх ролі на рівні політик.

Окремим напрямом, що потребує посиленої уваги, є забезпечення сталості лікування серед молоді, яка живе з ВІЛ. Отримані результати свідчать про наявність випадків нерегулярного прийому антиретровірусної терапії, що створює ризики для ефективності лікування та досягнення вірусної супресії. У цьому контексті підтримка прихильності до АРТ має розглядатися як невід'ємна частина ВІЛ-сервісів, що включає інтеграцію психосоціальної підтримки, розвиток інструментів супроводу та формування довірливої взаємодії між молоддю і медичними працівниками/-цями.

Таким чином, підвищення доступу до ВІЛ-сервісів потребує переходу від розширення окремих послуг до трансформації всієї моделі взаємодії з молоддю – із фокусом на довіру, зрозумілість, доступність та комплексність підтримки.

Відсутність системної та комплексної підтримки молодіжних програм, зокрема у сфері профілактики ВІЛ та психічного здоров'я, призводитиме до зростання довгострокового навантаження на державу. Інвестиції в ранню профілактику, психосоціальну підтримку та послуги, орієнтовані на молодь, є критично важливими для запобігання новим випадкам ВІЛ, підвищення прихильності до лікування та зниження потреби у довічному медичному супроводі. За відсутності таких інвестицій витрати держави на лікування та соціальну підтримку зростатимуть протягом усього життєвого циклу молодих людей.

Отримані результати вказують, що без системних змін у підходах до організації послуг навіть за умов їх кількісного розширення ключові бар'єри доступу для молоді зберігатимуться. Це створює ризик подальшого виключення вразливих груп із системи допомоги та зниження ефективності інвестицій у сферу ВІЛ.

ГЛОСАРІЙ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ

У цьому звіті використовуються такі ключові поняття:

ВІЛ (вірус імунодефіциту людини) – вірус, що уражає імунну систему людини та без лікування може призводити до розвитку СНІДу.

СНІД (синдром набутого імунодефіциту) – пізня стадія ВІЛ-інфекції, що характеризується значним ослабленням імунної системи.

ВІЛ-сервіси – комплекс медичних, соціальних та інформаційних послуг, спрямованих на профілактику, тестування, лікування та підтримку людей, які живуть з ВІЛ, або перебувають у групі ризику.

Тестування на ВІЛ – процедура визначення наявності ВІЛ в організмі людини, що є ключовим елементом профілактики та раннього виявлення.

АРТ (антиретровірусна терапія) – лікування, що дозволяє людям, які живуть з ВІЛ, контролювати вірус та жити повноцінним життям.

PrEP (доконтактна профілактика) – метод профілактики ВІЛ, що передбачає регулярний прийом препаратів для запобігання інфікуванню.

Вразливі групи – категорії населення, які мають підвищений ризик обмеженого доступу до послуг або стикаються з додатковими бар'єрами (зокрема молодь, яка живе з ВІЛ, ЛГБТК+ спільнота, ВПО, молодь із досвідом вживання ПАР тощо).

Стигма – негативне соціальне ставлення до людини або групи на основі певних ознак, що призводить до їх соціального виключення.

Дискримінація – обмеження прав або можливостей людини на основі її характеристик або належності до певної групи.

Конфіденційність – забезпечення захисту персональної інформації, зокрема щодо стану здоров'я, та недопущення її розголошення без згоди особи.

Дружні до молоді послуги (youth-friendly services) – послуги, які враховують потреби, особливості та поведінкові характеристики молоді, забезпечують безпечно, недискримінаційне та доступне середовище.

Навігація у системі послуг – здатність людини зрозуміти, де і як отримати необхідні послуги, включаючи знання маршрутів звернення та доступних можливостей.

Глосарій подано з метою уніфікації розуміння ключових термінів, використаних у звіті.