

TEENERGIZER!

**Оценка доступа подростков и молодежи
к ВИЧ-сервисам в Казахстане: барьеры,
потребности и поведенческие факторы**

Апрель, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

Резюме.....	3
1. Введение.....	4
2. Методология оценки.....	6
3. Социально-демографический профиль респондентов/-ок.....	8
4. Результаты оценки.....	11
4.1. Уровень осведомленности о ВИЧ.....	11
4.2. Знание о тестировании и маршрутах обращения.....	11
4.3. Опыт тестирования на ВИЧ.....	12
4.4. Использование медицинских и социальных услуг.....	13
4.5. Удобство и доступность услуг.....	14
4.6. Субъективное ощущение безопасности и страх раскрытия.....	14
4.7. Прием АРТ среди людей, живущих с ВИЧ.....	15
4.8. Психоземotionalное состояние молодежи.....	16
4.9. Барьеры доступа к услугам (на основе закрытых вопросов).....	17
4.10. Барьеры доступа к услугам (анализ открытых ответов).....	18
4.11. Потребности молодежи и предложения по улучшению услуг.....	19
5. Ключевые выводы.....	20
6. Рекомендации.....	22
Заключение.....	23
Глоссарий.....	23

РЕЗЮМЕ

Этот отчет представляет результаты оценки потребностей барьеров и пробелов в доступе к ВИЧ-сервисам среди подростков и молодежи в Казахстане. В опросе приняли участие 76 респондентов/-ок в возрасте от 14 до 30 лет, при этом основной аналитический фокус сосредоточен на группе 14–24 года.

Результаты демонстрируют, что при практически универсальной осведомленности о ВИЧ (98,7%) уровень практического взаимодействия с услугами остается ограниченным. Только 39,5% респондентов/-ок имеют опыт тестирования, а 50% уверенно знают, куда можно обратиться за соответствующими услугами. Это свидетельствует о наличии разрыва между знанием и поведением.

Ключевыми барьерами доступа являются социальные и психологические факторы. Наиболее значимыми из них выступают стигма и страх осуждения (124 упоминания), опыт дискриминации (90 упоминаний) и негативные стереотипы (67 упоминаний). Дополнительно фиксируются недоверие к специалистам, недостаток информации и сложности с навигацией в системе услуг.

Субъективное ощущение безопасности также остается ограниченным: только 40,8% молодежи чувствуют себя в полной безопасности, тогда как большинство испытывает осторожность или тревогу. Это напрямую влияет на готовность обращаться за услугами.

Оценка также выявила высокий уровень психоэмоциональной нагрузки среди молодежи, включая усталость (25,0%), стресс и тревогу (по 14,5%), при ограниченной доступности стабильной поддержки (38,2%).

Отдельного внимания требует вопрос приверженности к лечению: среди респондентов/-ок, живущих с ВИЧ, зафиксированы случаи нерегулярного приема антиретровирусной терапии, а также прекращения лечения. Это указывает на наличие барьеров, влияющих на устойчивость лечения, и создает риски для его эффективности. В целом результаты подтверждают, что доступ к ВИЧ-сервисам определяется не только наличием услуг, но и качеством взаимодействия с системой. Повышение эффективности требует комплексного подхода, включающего улучшение информирования, обеспечение конфиденциальности, развитие молодежно-дружественных сервисов и снижение стигмы. При этом результаты следует интерпретировать с учетом преобладания городской выборки, что может недооценивать уровень барьеров в сельских и отдаленных регионах.

Основные выводы:

- Существует системный разрыв между осведомленностью о ВИЧ и реальным использованием услуг.
- Значительная часть молодежи не понимает, как именно получить доступ к услугам (навигационный барьер).
- Ключевыми ограничениями являются стигма, страх осуждения и недоверие к системе.
- Более половины молодежи не чувствуют полной безопасности при обращении к теме ВИЧ.

- Высокий уровень психоэмоциональной нагрузки снижает готовность к обращению за услугами.
- Среди молодежи, живущей с ВИЧ, существуют риски, связанные с нерегулярным приемом терапии.

Ключевые рекомендации:

- Перейти от общего информирования к практическому объяснению маршрутов получения услуг (куда идти и что делать).
- Усилить гарантии конфиденциальности и развивать анонимные и молодежно-дружественные сервисы.
- Повысить качество взаимодействия специалистов с молодежью через обучение недискриминационному подходу.
- Улучшить доступность услуг (онлайн-запись, гибкий график, снижение бюрократии).
- Интегрировать психосоциальную поддержку в систему ВИЧ-сервисов.
- Реализовывать системные кампании по снижению стигмы.
- Усилить программы поддержки приверженности к АРТ среди молодежи.

1. ВВЕДЕНИЕ

Доступ подростков и молодежи к ВИЧ-сервисам остается одним из ключевых вызовов в ответе на эпидемию ВИЧ. Несмотря на развитие программ профилактики, тестирования и лечения, значительная часть подростков и молодых людей продолжает сталкиваться с барьерами, ограничивающими их взаимодействие с системой медицинских и социальных услуг.

Подростки и молодежь является одной из наиболее уязвимых групп с точки зрения доступа к информации, услугам и поддержке. Это связано не только с возрастными особенностями, но и с социальными, психологическими и институциональными факторами, такими как стигма, страх раскрытия информации, недостаточный уровень доверия к специалистам, а также ограниченная доступность и понятность сервисов.

В Казахстане в последние годы наблюдаются значительные сдвиги в сторону институционализации ответа на ВИЧ, в том числе благодаря активной адвокационной деятельности гражданского общества и молодежных инициатив. Одним из достижений является то, что 2026 году в результате целенаправленной адвокационной работы инициативной группы Teenergizer совместно с НПО «Молодёжь за будущее Казахстана» программы по профилактике ВИЧ среди подростков и молодежи были включены в государственный социальный заказ акимата города Алматы (Управление здравоохранения) с выделением соответствующего финансирования. Это решение стало важным шагом к переходу от проектных инициатив к устойчивым государственным механизмам реализации профилактических программ.

В рамках данных программ реализуются образовательные и информационные мероприятия в школах и колледжах, направленные на повышение уровня осведомленности, снижение стигмы и продвижение регулярного тестирования на ВИЧ среди подростков и молодежи.

Параллельно государство обеспечивает централизованную закупку антиретровирусной терапии, что способствует устойчивому доступу к лечению для людей, живущих с ВИЧ. Данные меры соответствуют законодательным гарантиям, предусматривающим бесплатное медицинское обследование, лечение и лекарственное обеспечение в рамках гарантированного объема медицинской помощи.

Дополнительно усиливается участие молодежи в формировании политики. Представители Казахстана вовлечены в национальные и международные процессы, включая участие в Молодежном консультативном совете при делегации Казахстана в Европейском союзе, где продвигаются вопросы внедрения комплексного полового просвещения.

Также продолжается реализация программ при поддержке Глобального фонда, направленных на развитие коммуникаций, повышение осведомленности и расширение доступа к услугам профилактики и поддержки для ключевых групп населения.

Значимые изменения достигнуты и в сфере социальной защиты. В частности, в результате адвокационной работы в 2020 году были внедрены ежемесячные выплаты для детей, живущих с ВИЧ, что стало важным шагом в снижении их уязвимости. В 2023 году были внесены изменения в нормативную базу, позволившие усыновление детей, живущих с ВИЧ, что способствует защите прав ребенка и процессам деинституционализации.

В то же время, несмотря на наличие развитой нормативной базы и гарантированных государством услуг, их фактическая доступность для подростков и молодежи остается ограниченной рядом структурных барьеров. В частности, законодательство предусматривает возрастные ограничения на самостоятельное получение медицинских услуг (в большинстве случаев с 16 лет), необходимость участия законных представителей в отдельных процедурах, а также уведомление родителей в случае выявления ВИЧ-статуса, что может снижать уровень обращения подростков за тестированием и консультациями¹.

Кроме того, система оказания услуг в значительной степени централизована и недостаточно ориентирована на потребности молодежи, включая вопросы конфиденциальности, доступности дружественных сервисов и развития неформальной поддержки на уровне сообществ.

Таким образом, Казахстан демонстрирует постепенный переход к более системному и правозащитному подходу в ответе на ВИЧ. Однако сохраняется необходимость в дальнейшем устранении структурных барьеров, повышении доступности услуг и усилении молодежной ориентированности программ.

Целью данной оценки является анализ доступности ВИЧ-сервисов для подростков и молодежи в Казахстане, а также выявление ключевых барьеров, поведенческих факторов и потребностей, влияющих на использование услуг.

Задачи оценки включают:

- анализ уровня осведомленности молодежи о ВИЧ;
- оценку знаний о тестировании и маршрутах обращения за услугами;

1

<https://docs.google.com/document/d/16NSxb4bka7Qj5coB0i4A4gMTmpCNtDQ5KVvWu4Nhn8s/edit?tab=t.0>

- изучение опыта взаимодействия с медицинскими и социальными сервисами;
- выявление барьеров, ограничивающих доступ к услугам;
- анализ психоэмоционального состояния молодежи как фактора, влияющего на поведение;
- определение потребностей и ожиданий молодежи в отношении услуг.

Полученные результаты направлены на формирование доказательной базы для разработки рекомендаций, направленных на повышение доступности, эффективности и молодежной ориентированности ВИЧ-сервисов в Казахстане.

2. МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ

Оценка доступа подростков и молодежи к ВИЧ-сервисам в Казахстане была проведена с использованием количественного метода исследования в формате анонимного онлайн-опроса.

Оценка носит описательный характер и направлено на выявление ключевых барьеров, поведенческих факторов и потребностей молодежи в контексте доступа к ВИЧ-сервисам.

2.1. Выборка и целевая аудитория

Для аналитических целей были выделены следующие возрастные группы:

- 14–17 лет;
- 18–24 года;
- 25–30 лет.

Основной фокус анализа сосредоточен на группе 14–24 года как ключевой для формирования адвокационных рекомендаций.

В выборку включены представители уязвимых групп, в частности:

- молодежь, живущая с ВИЧ;
- представители ЛГБТК+ сообщества;
- внутренне перемещенные лица;
- молодежь, находящаяся в сложных жизненных обстоятельствах.

Выборка формировалась с использованием целенаправленного и снежного подходов через распространение анкеты в молодежных сообществах, социальных сетях и через партнерские организации.

Общий объем выборки по Казахстану составил 76 респондентов/-ок.

2.2. Инструмент сбора данных

Основным инструментом оценки являлась структурированная анкета, разработанная с учетом возрастных особенностей респондентов/-ок и чувствительности темы.

Анкета включала следующие блоки:

- уровень осведомленности о ВИЧ;
- знание о тестировании и доступе к услугам;
- опыт обращения за медицинскими и социальными услугами;
- восприятие конфиденциальности и безопасности;
- барьеры в доступе к услугам;
- психоэмоциональное состояние;
- открытые вопросы о трудностях и потребностях.

Форма анкеты обеспечивала анонимность и не предусматривала сбор персональных данных.

2.3. Сбор данных

Сбор данных осуществлялся в онлайн-формате с использованием Google Forms. Распространение анкеты происходило через:

- социальные сети (Instagram и др.);
- молодежные сообщества;
- партнерские организации;
- неформальные сети по принципу «равный–равному».

Участие в оценке было добровольным.

2.4. Анализ данных

Анализ данных включал:

- расчет частотных распределений и процентных показателей;
- сопоставление ответов по ключевым вопросам;
- выделение основных тенденций и паттернов поведения;
- тематический анализ открытых ответов с группировкой барьеров и потребностей.

Открытые ответы респондентов/-ок были систематизированы по ключевым категориям (информационные, психологические, институциональные, логистические барьеры), что позволило дополнить количественные данные качественными инсайтами.

2.5. Этические принципы

Проведение оценки среди подростков и молодежи осуществлялось с соблюдением базовых международных этических стандартов проведения социальных исследований, включая принципы добровольности, конфиденциальности и недопущения вреда участникам.

Участие в опросе было полностью добровольным. Перед началом заполнения анкеты респонденты получали информацию о целях оценки, формате участия и анонимности ответов. Участники могли в любой момент отказаться от участия или пропустить отдельные вопросы без каких-либо последствий.

Особое внимание уделялось обеспечению конфиденциальности и анонимности. Анкета не предусматривала сбор персональных данных, позволяющих идентифицировать личность респондента. Все данные анализировались в обобщенном виде.

С учетом чувствительности темы оценки (ВИЧ, стигма, доступ к услугам), формулировки вопросов были адаптированы с целью минимизации психологического дискомфорта и исключения стигматизирующей лексики.

В оценке принимали участие несовершеннолетние респонденты. Учитывая анонимный формат опроса, минимальные риски для участников и невозможность получения родительского согласия в условиях онлайн-оценке, информированное согласие предоставлялось самими респондентами. Данный подход соответствует положениям профессиональной этики социологических исследований, допускающим участие несовершеннолетних без согласия родителей при соблюдении условий минимального риска и анонимности.

2.6. Ограничения оценки

Результаты оценки следует интерпретировать с учетом следующих ограничений:

- непрезентативный характер выборки;
- возможная недопредставленность отдельных уязвимых групп;
- преобладание онлайн-формата, ограничивающее участие молодежи без доступа к интернету;
- преобладание респондентов/ок из крупных городов, что может ограничивать отражение ситуации в сельских и отдалённых регионах;
- субъективность самооценки респондентов/-ок.

Важно учитывать, что согласно обратной связи от партнёров, в отдалённых и сельских регионах доступ к ВИЧ-сервисам может быть существенно более ограниченным, а уровень барьеров – выше, чем отражено в результатах данной оценки. Это требует дополнительного изучения и учёта при разработке адвокационных решений.

Несмотря на это, полученные данные позволяют выявить ключевые тенденции и барьеры, влияющие на доступ молодежи к ВИЧ-сервисам в Казахстане.

3. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ РЕСПОНДЕНТОВ/-ОК

В оценке приняли участие **76 респондентов/-ок** из Казахстана. Выборка преимущественно представлена подростками и молодежью, что соответствует целевой группе оценки.

Возрастная структура респондентов/-ок демонстрирует доминирование молодежи в возрасте 18–24 лет – 37 человек (48,7%), а также значительную представленность подростков 14–17 лет – 29 человек (38,2%). Респонденты в возрасте 25–30 лет составляют меньшую долю выборки – 10 человек (13,2%) (см. Рисунок 1). Таким образом, более 86% выборки составляют лица до 25 лет, что позволяет рассматривать полученные результаты как релевантные именно для молодежной аудитории.

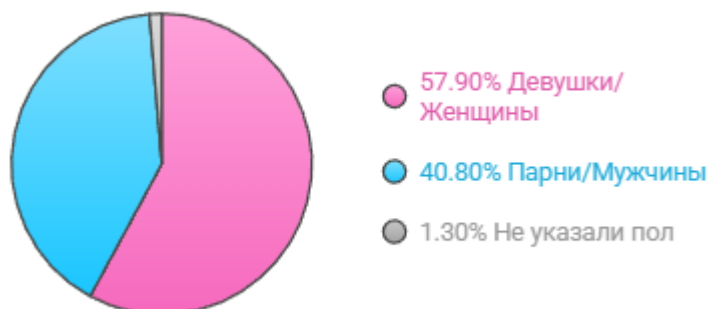
Рисунок 1. Возрастная структура респондентов/-ок



Гендерное распределение характеризуется умеренным преобладанием девушек: 44 респондента (57,9%) идентифицируют себя как девушки/женщины, тогда как 31 респондент (40,8%) – как парни/мужчины. Еще 1 человек (1,3%) предпочел не

указывать пол. Такое распределение позволяет учитывать гендерные особенности в восприятии ВИЧ и доступе к услугам (см. Рисунок 2).

Рисунок 2. Гендерное распределение респондентов/-ок



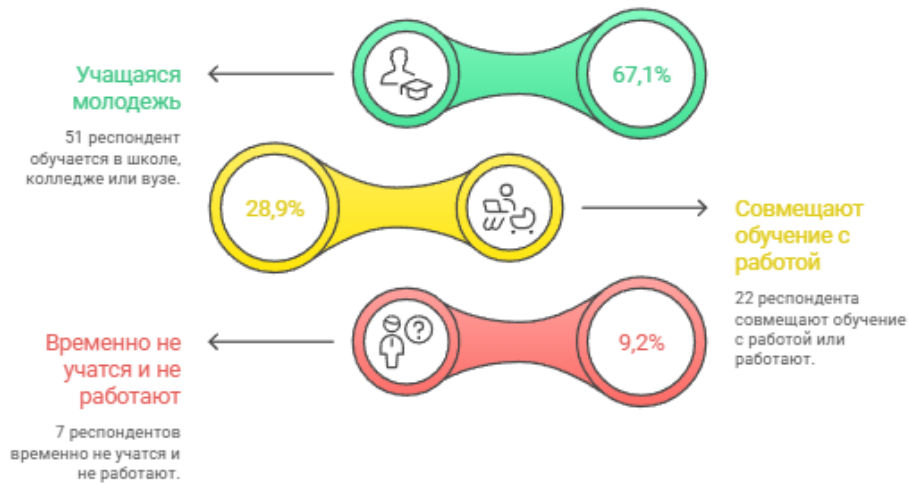
С точки зрения географии, выборка имеет выраженный городской характер. Большинство участников – 67 человек (88,2%) – проживают в крупных городах или областных центрах. Респонденты из малых городов и поселков составляют 7 человек (9,2%), тогда как сельская молодежь представлена минимально – 1 человек (1,3%). Еще 1 респондент (1,3%) указал на частую смену места проживания (см. Рисунок 3). Данная структура выборки указывает на ограниченную представленность сельской молодежи и требует учета при интерпретации результатов, особенно в части доступности услуг.

Рисунок 3. Географическое распределение респондентов/-ок



Анализ занятости показывает, что основную часть респондентов/-ок составляет учащая молодежь. В частности, 67,1% респондентов/-ок (51 человек) указали, что обучаются в школе, колледже или вузе. При этом 28,9% (22 человека) совмещают обучение с работой или работают, а 9,2% (7 человек) временно не учатся и не работают (см. Рисунок 4). Это свидетельствует о том, что оценка охватывает преимущественно активную молодежную аудиторию, находящуюся в образовательной среде.

Рисунок 4. Анализ занятости респондентов/-ок



Отдельного внимания заслуживает представленность уязвимых групп в выборке. Среди респондентов/-ок значительная доля составляют молодые люди, живущие с ВИЧ – 31 человек (40,8%), а также представители ЛГБТК+ сообщества – 30 человек (39,5%). Дополнительно представлены респонденты с другими факторами уязвимости, включая социально-экономические ограничения (8 человек; 10,5%), опыт употребления психоактивных веществ (2 человека; 2,6%) и опыт перемещения (3 человека; 3,9%). Анализ ответов показывает наличие пересечения уязвимостей: как минимум 10 респондентов/-ок (13,2%) одновременно относятся к нескольким категориям (например, сочетание жизни с ВИЧ и принадлежности к ЛГБТК+ сообществу или наличия социально-экономических ограничений) (См. Рисунок 5.).

Рисунок 5. Демография респондентов/-ок



Это подтверждает важность учета принципа пересечения уязвимостей (intersectionality), поскольку наложение нескольких факторов усиливает барьеры доступа к услугам и повышает риски социальной исключенности.

Таким образом, выборка оценки характеризуется высокой концентрацией молодежи до 25 лет, преимущественно городской и образовательной аудитории, с существенной представленностью уязвимых групп.

При этом важно учитывать, что преобладание респондентов из крупных городов ограничивает возможность полной экстраполяции результатов на сельские и отдаленные регионы, где доступ к услугам может быть более затруднен.

Согласно экспертной оценке и обратной связи от партнёров, в таких регионах уровень барьеров, включая логистические, информационные и институциональные, может быть значительно выше.

4. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ

4.1. Уровень осведомленности о ВИЧ

Результаты опроса демонстрируют высокий уровень базовой осведомленности о ВИЧ среди подростков и молодежи в Казахстане. Подавляющее большинство респондентов/-ок – 75 человек (98,7%) – отметили, что слышали о ВИЧ или СПИДе. Лишь 1 респондент (1,3%) указал, что не обладает такой информацией.

Данные свидетельствуют о том, что тема ВИЧ в целом присутствует в информационном поле молодежи и не является полностью неизвестной. Это может быть связано как с образовательными инициативами, так и с общим уровнем распространенности информации в цифровой среде.

Вместе с тем высокий уровень формальной осведомленности не обязательно означает наличие глубокого понимания темы или готовности к практическим действиям, таким как регулярное тестирование или обращение за услугами. Это подтверждается дальнейшими результатами оценки, указывающими на разрыв между знанием и поведением.

Таким образом, можно говорить о том, что проблема доступа к ВИЧ-сервисам среди молодежи в Казахстане связана не столько с отсутствием базовой информации, сколько с другими факторами, включая барьеры доверия, конфиденциальности и навигации в системе услуг.

4.2. Знание о тестировании и маршрутах обращения

Результаты опроса показывают неоднородный уровень знаний молодежи о возможностях тестирования на ВИЧ и маршрутах обращения за соответствующими услугами.

Таблица 1. Осведомленность о местах тестирования на ВИЧ

Ответ	Количество (N)	Доля (%)
Да	38	50,0%

Примерно знаю	21	27,6%
Нет	7	9,2%
Никогда не задумывался(-ась)	10	13,2%
Итого	76	100%

Анализ данных показывает, что только половина респондентов/-ок (50,0%) уверенно знают, куда можно обратиться для прохождения тестирования на ВИЧ. При этом значительная доля молодежи обладает лишь частичным знанием – 27,6% ответили «примерно знаю», что указывает на неопределенность и недостаточную ясность маршрутов обращения.

Дополнительно, 22,4% респондентов/-ок (те, кто не знает или никогда не задумывался об этом) фактически не имеют представления о том, где можно получить соответствующие услуги. Это свидетельствует о наличии информационного разрыва между общей осведомленностью о ВИЧ и практическим пониманием доступности услуг.

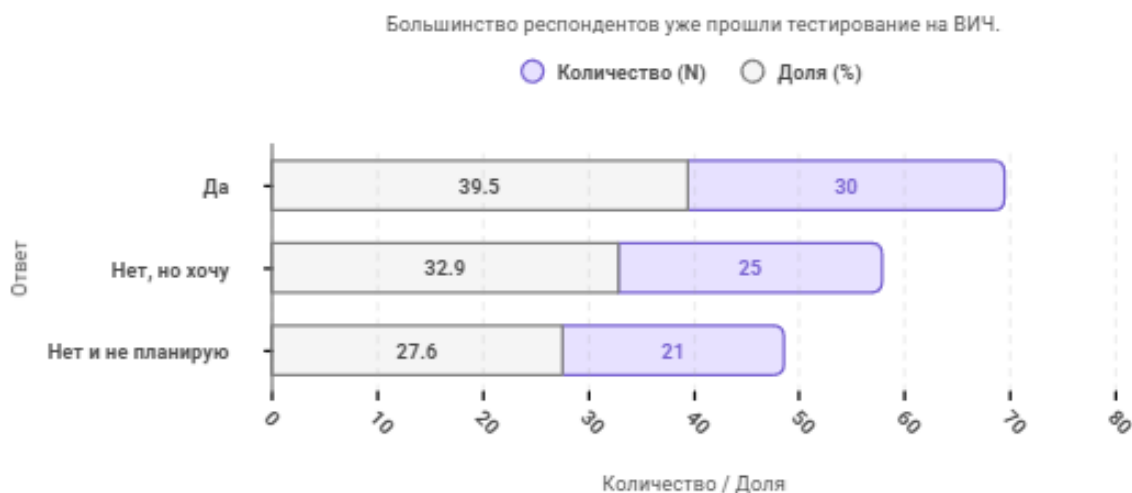
Таким образом, даже при высоком уровне базового знания о ВИЧ, значительная часть молодежи не обладает достаточной информацией для принятия конкретных действий, что подтверждает наличие барьеров навигации в системе услуг.

Полученные результаты указывают на необходимость усиления информирования не только о ВИЧ как явлении, но и о конкретных механизмах доступа к тестированию и другим услугам, включая четкие и понятные маршруты обращения.

4.3. Опыт тестирования на ВИЧ

Результаты опроса демонстрируют, что уровень фактического опыта тестирования на ВИЧ среди молодежи в Казахстане остается ограниченным, несмотря на относительно высокий уровень осведомленности.

Рисунок 6. Опыт прохождения тестирования на ВИЧ



Согласно полученным данным, только 39,5% респондентов/-ок имеют опыт прохождения тестирования на ВИЧ. При этом значительная часть молодежи – 60,5% – не проходила тестирование.

Важно отметить, что среди тех, кто не проходил тест, более половины (32,9% от общей выборки) выражают готовность сделать это в будущем. Это указывает на наличие потенциального спроса на услуги тестирования, который, однако, не реализуется на практике.

В то же время 27,6% респондентов/-ок отмечают, что не проходили тестирование и не планируют этого делать (см. Рисунок 6). Такая позиция может быть связана как с низкой воспринимаемой уязвимостью, так и с наличием барьеров, включая страх, стигму, недостаток доверия к системе или отсутствие понятных маршрутов обращения. Сопоставление данных данного раздела с предыдущим показывает наличие выраженного разрыва между знанием и поведением: при том, что около половины респондентов/-ок знают, где можно пройти тестирование, фактический опыт его прохождения остается ниже.

Таким образом, можно сделать вывод, что ключевая проблема заключается не только в уровне информированности, но и в наличии факторов, сдерживающих переход от знания к действию. Это подчеркивает необходимость комплексных интервенций, направленных на снижение барьеров и повышение доступности тестирования для молодежи.

4.4. Использование медицинских и социальных услуг

Результаты оценки свидетельствуют о неоднородном уровне взаимодействия молодежи с медицинскими и социальными услугами.

Таблица 2. Использование медицинских и социальных услуг

Ответ	Количество (N)	Доля (%)
Да, пользовался(-ась)	29	38,2%
Нет, но знаю о них	27	35,5%
Нет, и не знаю о них	20	26,3%
Итого	76	100%

Согласно полученным данным, только 38,2% респондентов/-ок имеют опыт использования медицинских или социальных услуг. При этом 61,8% молодежи фактически не взаимодействовали с системой услуг.

Важно учитывать, что данная оценка охватывает всю выборку и отражает общий уровень вовлеченности молодежи в систему медицинских и социальных услуг.

Среди респондентов/-ок выделяются две группы:

- 35,5% знают о существовании услуг, но не пользовались ими;
- 26,3% не только не пользовались услугами, но и не осведомлены об их наличии.

Таким образом, значительная часть молодежи остается вне системы услуг либо на уровне их использования, либо уже на уровне базовой информированности, что указывает на наличие информационных и институциональных барьеров.

4.5. Удобство и доступность услуг

Оценка удобства и доступности услуг позволяет глубже понять не только факт их использования, но и качество взаимодействия молодежи с системой ВИЧ-сервисов.

Таблица 3. Оценка удобства получения услуг

Ответ	Количество (N)	Доля (%)
Удобно	21	27,6%
Скорее удобно	24	31,6%
Скорее неудобно	18	23,7%
Неудобно	13	17,1%
Итого	76	100%

Согласно полученным данным, лишь 27,6% респондентов/-ок однозначно оценивают услуги как удобные. Если учитывать ответы «скорее удобно», доля условно положительных оценок составляет 59,2%.

В то же время 40,8% молодежи оценивают услуги как неудобные или скорее неудобные, что свидетельствует о наличии значительных барьеров в практическом доступе к сервисам.

Такая структура оценок указывает на неоднородность опыта взаимодействия с системой: при наличии формального доступа к услугам, их реальное использование может быть затруднено из-за организационных, логистических и психологических факторов.

Негативное восприятие удобства может быть связано с рядом причин, включая:

- неудобный график работы учреждений;
- территориальную удаленность;
- сложность записи; длительное ожидание;
- недостаточную адаптацию услуг к потребностям молодежи.

Таким образом, даже при наличии услуг и определенного уровня информированности, фактор удобства и доступности становится критическим для принятия решения о обращении за помощью.

Полученные результаты подчеркивают необходимость не только расширения перечня услуг, но и повышения их практической доступности и ориентации на потребности молодежи.

4.6. Субъективное ощущение безопасности и страх раскрытия

Результаты исследования показывают, что восприятие безопасности при обращении к теме ВИЧ среди молодежи является неоднозначным и сопровождается элементами тревоги и неуверенности.

Таблица 4. Субъективное ощущение безопасности

Ответ	Количество (N)	Доля (%)
Да, чувствую себя в полной безопасности	31	40,8%
В целом безопасно, но с осторожностью	30	39,5%
Затрудняюсь ответить	8	10,5%
Чувствую тревогу или страх	6	7,9%
Совсем небезопасно	1	1,3%
Итого	76	100%

Согласно полученным данным, только 40,8% респондентов/-ок ощущают себя в полной безопасности, говоря или думая о теме ВИЧ. При этом почти равная доля – 39,5% – отмечает, что в целом чувствует себя безопасно, но с осторожностью, что указывает на наличие скрытых опасений и недоверия.

Особого внимания требует группа респондентов/-ок, испытывающих явный дискомфорт: 9,2% прямо указывают на тревогу, страх или полное отсутствие чувства безопасности. Дополнительно 10,5% затруднились с ответом, что может свидетельствовать о неопределенности или недостаточной рефлексии собственного опыта.

Таким образом, более половины молодежи (59,2%) не ощущают полной безопасности при взаимодействии с темой ВИЧ, что может выступать существенным барьером для обращения за услугами.

Полученные данные подтверждают, что даже при формальном наличии услуг, субъективное восприятие безопасности и страх возможного раскрытия информации остаются важными факторами, влияющими на поведение молодежи.

4.7. Прием АРТ среди людей, живущих с ВИЧ

Среди респондентов/-ок 31 человек (40,8%) указали, что живут с ВИЧ.

Анализ ответов показывает, что большинство из них принимают антиретровирусную терапию (АРТ), однако уровень приверженности остается неоднородным.

В частности:

- 22 респондента/-ки (71%) регулярно принимают АРТ;
- 10 респондентов/-ок (32,3%) отмечают, что принимают терапию, но иногда пропускают;
- 1 респондент/-ка (3,2%) сообщил/-а о прекращении терапии после начала лечения.

Респонденты/-ки могли выбирать несколько вариантов ответов.

Таким образом, несмотря на наличие доступа к лечению, значительная часть молодежи, живущей с ВИЧ, сталкивается с трудностями в поддержании регулярного приема терапии.

Нерегулярный прием АРТ является критическим фактором, поскольку он связан с риском формирования резистентности к текущей схеме лечения. В условиях ограниченного количества доступных схем это существенно снижает возможности дальнейшей терапии и может иметь прямые последствия для продолжительности и качества жизни.

Полученные данные указывают на необходимость усиления программ поддержки приверженности к лечению среди молодежи, включая:

- психосоциальную поддержку;
- снижение стигмы;
- развитие доверительной среды взаимодействия с медицинскими специалистами;
- внедрение инструментов поддержки регулярного приема терапии.

4.8. Психоэмоциональное состояние молодежи

Результаты исследования свидетельствуют о преобладании негативных психоэмоциональных состояний среди подростков и молодежи.

Таблица 5. Психоэмоциональные состояния (множественный выбор)

Примечание: респонденты могли выбирать несколько вариантов ответа.

Эмоция	Количество (N)	Доля (%)
Усталость	19	25,0%
Стресс	11	14,5%
Тревога	11	14,5%
Одиночество	8	10,5%
Пустота	1	1,3%
Радость	10	13,2%
Спокойствие	9	11,8%
Поддержка	1	1,3%

Анализ данных показывает, что наиболее распространенными состояниями являются усталость (25,0%), а также стресс и тревога (по 14,5%), что указывает на высокий уровень психологической нагрузки среди молодежи.

В то же время позитивные состояния, такие как радость (13,2%) и спокойствие (11,8%), встречаются существенно реже, а чувство поддержки практически отсутствует (1,3%).

В совокупности негативные эмоциональные состояния значительно преобладают над позитивными, что свидетельствует о неблагоприятном психоэмоциональном фоне среди респондентов/-ок.

Таблица 6. Наличие поддержки

Ответ	Количество (N)	Доля (%)
Да, всегда есть с кем поговорить	29	38,2%
Иногда	31	40,8%
Скорее нет	12	15,8%
Нет совсем	3	3,9%
Затрудняюсь ответить	1	1,3%
Итого	76	100%

Несмотря на высокий уровень негативных переживаний, только 38,2% респондентов/-ок отмечают, что всегда имеют поддержку. При этом 40,8% могут рассчитывать на нее лишь иногда.

Особого внимания требует группа молодежи (19,7%), которая скорее не имеет или совсем не имеет возможности обсудить свои переживания.

Таким образом, результаты демонстрируют сочетание двух критических факторов: высокого уровня психоэмоционального напряжения и недостаточной устойчивой поддержки. Это создает дополнительный барьер для обращения за ВИЧ-сервисами, поскольку снижает готовность молодежи к активным действиям в отношении собственного здоровья.

4.9. Барьеры доступа к услугам (на основе закрытых вопросов)

Результаты опроса позволяют выделить ключевые барьеры, которые, по мнению молодежи, препятствуют открытому обсуждению темы ВИЧ и обращению за услугами. При этом один и тот же респондент мог отмечать сразу несколько барьеров, что отражает их взаимосвязанный и комплексный характер.

Анализ показывает, что наиболее значимым барьером является стигма и страх осуждения, которые были упомянуты 124 раза. Это указывает на то, что социальное давление, страх негативной оценки и возможного осуждения со стороны окружающих остаются ключевыми факторами, ограничивающими доступ к помощи.

Вторым по значимости барьером является опыт дискриминации и буллинга (90 упоминаний), что свидетельствует о наличии негативного опыта взаимодействия с окружающей средой и усиливает нежелание молодежи обращаться за поддержкой.

Существенную роль также играют негативные стереотипы в обществе (67 упоминаний), которые формируют общее восприятие ВИЧ и людей, затронутых эпидемией, как «социально неприемлемых», усиливая стигматизацию.

Отдельного внимания заслуживает недостаток информации (40 упоминаний), который указывает на то, что даже при наличии базовых знаний о ВИЧ молодежь не всегда обладает достаточной и понятной информацией о возможностях получения услуг.

Менее выраженным, но значимым барьером является недоверие к медицинским работникам (29 упоминаний), что отражает институциональный аспект проблемы и может снижать готовность обращаться за медицинской помощью.

Страх реакции со стороны семьи упоминается значительно реже (1 упоминание), однако данный фактор может иметь высокую значимость для отдельных респондентов/-ок, особенно несовершеннолетних.

Важно отметить, что респонденты могли выбирать несколько вариантов ответа, в связи с чем представленные значения отражают количество упоминаний, а не долю респондентов/-ок. Это позволяет более точно оценить относительную значимость различных барьеров.

Таким образом, структура барьеров носит комплексный характер и включает сочетание социальных (стигма, стереотипы), психологических (страх осуждения), а также институциональных (недоверие к врачам) факторов. Это подтверждает необходимость комплексного подхода к повышению доступности ВИЧ-сервисов для молодежи.

4.10. Барьеры доступа к услугам (анализ открытых ответов респондентов/-ок)

Анализ ответов респондентов/-ок позволяет дополнить количественные данные более глубоким пониманием реальных барьеров, с которыми сталкивается молодежь при попытке получить помощь или воспользоваться услугами.

В отличие от закрытых вопросов, ответы демонстрируют не только наличие отдельных факторов, но и их сочетание в реальных ситуациях.

Одним из наиболее распространенных барьеров является **отсутствие информации о маршрутах обращения**. Респонденты неоднократно указывали, что не знают, куда именно можно обратиться за услугами, что подтверждает наличие навигационного разрыва в системе.

Значимым ограничением выступают также **временные барьеры** – отсутствие времени и конкуренция с другими жизненными приоритетами. Этот фактор часто упоминается как самостоятельный, так и в сочетании с другими препятствиями.

Существенную роль играют **психологические барьеры**, включая страх раскрытия информации и опасения, что о факте обращения узнают окружающие. Данный страх напрямую связан с уровнем стигмы и недоверием к системе.

Дополнительно респонденты указывают на **недоверие к специалистам**, что отражает институциональный аспект проблемы и может быть связано как с предыдущим негативным опытом, так и с общим восприятием системы здравоохранения.

Отдельной категорией являются **негативные практики взаимодействия с медицинскими учреждениями**, включая случаи осуждения, грубости, нетактичного обращения и избыточных личных вопросов. Такие ситуации усиливают барьеры и формируют устойчивое нежелание повторно обращаться за услугами.

Также фиксируются **логистические барьеры**, такие как удаленность услуг и сложности с доступом (транспорт, расстояние), а также ограниченная адаптация сервисов под возраст молодежи.

Важно отметить, что значительная часть респондентов/-ок указала, что не сталкивалась с трудностями. Однако в ряде случаев такие ответы сопровождаются другими барьерами в комбинированных вариантах, что может свидетельствовать либо об отсутствии опыта обращения, либо о недооценке потенциальных сложностей.

Таким образом, анализ открытых ответов подтверждает, что барьеры доступа носят комплексный характер и формируются на пересечении информационных, психологических, институциональных и организационных факторов. Это подчеркивает необходимость системных изменений, направленных не только на расширение услуг, но и на улучшение опыта взаимодействия молодежи с системой.

4.12. Потребности молодежи и предложения по улучшению услуг

Анализ ответов респондентов/-ок позволяет выделить ключевые направления улучшения ВИЧ-сервисов с точки зрения подростков и молодежи. В отличие от предыдущих разделов, данный блок отражает не только барьеры, но и ожидания пользователей, а также их представление о «дружественных» услугах.

Ключевые потребности и предложения

1. Обеспечение конфиденциальности и безопасной среды

Наиболее часто респонденты подчеркивают необходимость анонимности, приватности и отсутствия осуждения. Упоминаются такие аспекты, как «100% анонимность», «safe space», «чтобы никто не узнал», а также важность соблюдения врачебной тайны. Это подтверждает критическую роль доверия и безопасности при обращении за услугами.

2. Улучшение отношения со стороны специалистов

Значительное внимание уделяется качеству взаимодействия с медицинскими работниками. Респонденты ожидают уважительного, ненасильственного и недискриминационного отношения, отмечая случаи грубости, осуждения и некорректных личных вопросов. Отдельно подчеркивается важность чувствительности специалистов к потребностям подростков.

3. Повышение доступности и удобства услуг

Молодежь указывает на необходимость:

- удобного графика работы;
- онлайн-записи;
- сокращения очередей;
- упрощения навигации (без «записи для записи»);
- доступности услуг в разных городах.

Также отмечается потребность в развитии дистанционных форматов (онлайн-консультации).

4. Расширение и упрощение доступа к информации

Респонденты подчеркивают необходимость:

- понятной информации простым языком;
- более активного информирования в интернете;
- просвещения в школах;
- повышения осведомленности родителей.

Это подтверждает ранее выявленный разрыв между знанием о ВИЧ и пониманием того, как действовать на практике.

5. Доступность услуг для подростков

Отдельно отмечается необходимость адаптации услуг под возраст молодежи, включая возможность получения помощи несовершеннолетними без барьеров и ограничений.

6. Финансовая доступность

Часть респондентов/-ок указывает на важность бесплатных или доступных по цене

услуг, а также выражает недоверие к государственным учреждениям и вынужденный переход в частный сектор.

Потребности, связанные с приверженностью к АРТ

Отдельный блок ответов касается факторов, которые могли бы облегчить регулярный прием антиретровирусной терапии.

Респонденты выделяют несколько ключевых направлений:

1. Социальная поддержка и принятие

Подчеркивается важность поддержки со стороны семьи, друзей и специалистов, а также снижение уровня стигмы в обществе. Указывается, что именно осуждение, а не сама терапия, является основным барьером.

2. Повышение осведомленности о лечении

Часть респондентов/-ок отмечает недостаточное понимание того, что такое АРТ и как она работает, что указывает на необходимость дополнительного информирования.

3. Упрощение схем лечения

Респонденты выражают интерес к более удобным форматам терапии:

- реже прием препаратов (1 раз в день, раз в неделю);
- альтернативные формы (инъекции раз в месяц или реже).

4. Формирование привычки и мотивации

Указываются практические подходы к повышению приверженности:

- напоминания;
- формирование рутины;
- позитивная мотивация и поощрение.

5. Психологическая поддержка

Отмечается важность помощи в принятии диагноза и снижении внутренней стигмы, а также необходимость доступной психологической поддержки.

Обобщенный вывод

Таким образом, потребности молодежи выходят за рамки исключительно медицинских услуг и включают комплекс факторов: доверие, уважительное отношение, доступность информации, психологическую поддержку и удобство взаимодействия с системой.

Полученные результаты подтверждают, что повышение эффективности ВИЧ-сервисов требует перехода от узко медицинской модели к человеку-ориентированному подходу, учитывающему социальные, психологические и поведенческие аспекты жизни молодежи.

5. КЛЮЧЕВЫЕ ВЫВОДЫ

1. Разрыв между осведомленностью и поведением

Несмотря на практически универсальную осведомленность о ВИЧ (98,7%), только 39,5% респондентов/-ок имеют опыт тестирования. Это указывает на системный разрыв между знанием и практическими действиями, обусловленный не столько отсутствием информации, сколько барьерами доступа и восприятия.

2. Ограниченное понимание маршрутов обращения

Лишь 50% респондентов/-ок уверенно знают, куда можно обратиться для

тестирования, а еще **22,4%** вообще не имеют такого понимания. Это свидетельствует о недостаточной прозрачности и доступности системы услуг для молодежи.

3. Доминирование социальных и психологических барьеров

Ключевыми препятствиями являются стигма и страх осуждения (**наиболее частый барьер – 124 упоминания**), а также опыт дискриминации (**90 упоминаний**) и негативные стереотипы (**67 упоминаний**). Это подтверждает, что барьеры носят преимущественно социально-психологический, а не инфраструктурный характер.

4. Низкий уровень субъективной безопасности и доверия к системе

Только 40,8% молодежи чувствуют себя в полной безопасности, говоря о ВИЧ, тогда как большинство (59,2%) испытывает осторожность, тревогу или неопределенность.

Дополнительно фиксируется недоверие к специалистам и наличие негативного опыта взаимодействия с медицинскими учреждениями, что напрямую влияет на готовность обращаться за услугами.

Таким образом, субъективное ощущение небезопасности выступает не просто фоновым фактором, а одним из ключевых барьеров, ограничивающих обращение молодежи за ВИЧ-сервисами, даже при наличии информации и формальной доступности услуг.

Полученные данные могут быть использованы для обоснования необходимости усиления мер по обеспечению конфиденциальности, развитию молодежно-дружественных сервисов и повышению доверия к системе со стороны подростков и молодежи.

5. Высокий уровень психоэмоциональной нагрузки и недостаточная поддержка

Преобладание негативных эмоциональных состояний (усталость – **25,0%**, стресс и тревога – по **14,5%**) сочетается с тем, что только **38,2%** респондентов/-ок имеют стабильную поддержку. Это снижает готовность молодежи к активным действиям в отношении собственного здоровья, включая тестирование и лечение.

6. Риски, связанные с приверженностью к лечению и восприятием АРТ

Среди респондентов/-ок, живущих с ВИЧ, наблюдается неоднородная приверженность к антиретровирусной терапии.

Часть респондентов/-ок отмечает регулярный прием АРТ, однако значительная доля указывает на наличие пропусков в приеме терапии, а также зафиксирован отдельный случай прекращения лечения после его начала.

В сочетании с недостаточной осведомленностью о терапии и высоким уровнем стигмы это создает дополнительные риски для эффективности лечения.

Нерегулярный прием АРТ является критическим фактором, поскольку связан с риском формирования резистентности к препаратам. В условиях ограниченного количества доступных схем лечения это существенно снижает возможности дальнейшей терапии и может представлять угрозу для здоровья молодых людей.

7. Потенциальное усиление барьеров в отдалённых регионах

С учетом преобладания выборки из крупных городов, существует высокая вероятность того, что в сельских и отдалённых регионах доступ к ВИЧ-сервисам является более ограниченным, а барьеры – более выраженными. Это требует дополнительного внимания при планировании интервенций и разработки целевых решений для таких территорий.

6. РЕКОМЕНДАЦИИ

На основе результатов оценки предлагаются следующие направления для повышения доступности и эффективности ВИЧ-сервисов для подростков и молодежи в Казахстане для государственных органов, медицинских учреждений и организаций гражданского общества:

1. Усиление информирования о маршрутах получения услуг

Необходимо перейти от общего информирования о ВИЧ к практико-ориентированной коммуникации, которая объясняет:

- где именно можно пройти тестирование;
- какие услуги доступны;
- как записаться и что ожидать.

Рекомендуется:

- разработка простых и понятных информационных материалов (в том числе в цифровом формате);
- активное использование социальных сетей и онлайн-платформ;
- внедрение систем навигации (куда идти и что делать).

2. Обеспечение конфиденциальности и формирование доверия

С учетом высокого уровня страха раскрытия информации, критически важно усилить гарантии конфиденциальности.

Рекомендуется:

- внедрение четких стандартов конфиденциальности в учреждениях;
- информирование молодежи об их правах;
- развитие анонимных форматов услуг (включая тестирование и консультации);
- создание молодежно-дружественных пространств (safe spaces).

3. Повышение качества взаимодействия со специалистами

Негативный опыт общения с медицинскими работниками является значимым барьером.

Рекомендуется:

- обучение специалистов принципам недискриминационного и подростково-дружественного подхода;
- развитие навыков коммуникации и эмпатии;
- внедрение механизмов обратной связи и реагирования на жалобы.

4. Повышение доступности и удобства услуг

Необходимо адаптировать услуги под реальные потребности молодежи.

Рекомендуется:

- внедрение онлайн-записи и онлайн-консультаций;
- расширение графиков работы;
- сокращение бюрократических процедур;
- развитие мобильных и децентрализованных форматов услуг.

5. Интеграция психосоциальной поддержки

Высокий уровень стресса, тревоги и одиночества требует комплексного подхода.

Рекомендуется:

- интеграция психологической поддержки в ВИЧ-сервисы;
- развитие групп поддержки;
- подготовка специалистов по работе с подростками и молодежью.

6. Снижение стигмы и работа с общественным восприятием

Стигма остается ключевым барьером для обращения за услугами.

Рекомендуется:

- проведение информационных и просветительских кампаний;
- включение тем ВИЧ в образовательные программы;
- работа не только с молодежью, но и с родителями и обществом в целом.

7. Поддержка приверженности к АРТ

С учетом выявленных проблем с регулярностью приема терапии необходимо усилить поддержку молодежи, живущей с ВИЧ.

Рекомендуется:

- развитие программ сопровождения и поддержки пациентов;
- внедрение инструментов напоминания и формирования привычки;
- повышение информированности о лечении и его значении;
- расширение доступа к современным и более удобным формам терапии.

8. Учет региональных различий в доступе к услугам

При разработке программ и политик необходимо учитывать различия между крупными городами и отдалёнными регионами, включая развитие децентрализованных и мобильных форматов предоставления услуг.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты демонстрируют, что доступ подростков и молодежи к ВИЧ-сервисам в Казахстане определяется не только наличием услуг, но и качеством взаимодействия с системой. Несмотря на высокий уровень осведомленности, значительная часть молодежи остается вне практического доступа к услугам из-за сочетания информационных, психологических и институциональных барьеров.

Оценка подтверждает необходимость перехода от формального расширения услуг к их адаптации под реальные потребности молодежи – с акцентом на доверие, конфиденциальность, доступность и человеко-ориентированный подход. Особое значение имеет снижение стигмы, развитие психосоциальной поддержки и повышение качества коммуникации между молодежью и специалистами.

Реализация предложенных рекомендаций позволит не только повысить уровень охвата услугами, но и обеспечить устойчивый эффект в сфере профилактики, тестирования и лечения ВИЧ. В долгосрочной перспективе это будет способствовать снижению новых случаев инфицирования, улучшению качества жизни молодежи и повышению эффективности государственной политики в сфере общественного здоровья.

ГЛОССАРИЙ

ВИЧ (вирус иммунодефицита человека)

Вирус, который поражает иммунную систему человека и при отсутствии лечения может привести к развитию СПИДа.

СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита)

Поздняя стадия ВИЧ-инфекции, характеризующаяся критическим снижением иммунитета и развитием оппортунистических заболеваний.

АРТ (антиретровирусная терапия)

Лечение ВИЧ-инфекции с помощью комбинации лекарственных препаратов, направленных на подавление вируса и поддержание иммунной системы.

Приверженность лечению

Степень, в которой человек регулярно и правильно следует назначенному режиму терапии.

Стигма

Социальное клеймо, негативное отношение или дискриминация по отношению к человеку на основании определенного признака (в данном случае – ВИЧ-статуса).

Дискриминация

Неравное или несправедливое отношение к человеку или группе людей, ограничивающее их права и возможности.

Конфиденциальность

Гарантия неразглашения личной информации, включая медицинские данные, третьим лицам без согласия человека.

Молодежно-дружественные услуги

Услуги, адаптированные к потребностям подростков и молодежи, обеспечивающие доступность, конфиденциальность, уважительное отношение и понятную коммуникацию.

Психосоциальная поддержка

Комплекс мер, направленных на поддержание психического и эмоционального благополучия человека, включая консультации, поддержку и сопровождение.

Уязвимые группы

Категории населения, которые по социальным, экономическим или другим причинам имеют повышенные риски ограничения доступа к услугам и правам.

Intersectionality (пересечение уязвимостей)

Концепция, описывающая ситуацию, при которой человек одновременно принадлежит к нескольким уязвимым группам, что усиливает его риски социальной исключенности и ограничения доступа к услугам.

Маршруты обращения

Понимание и последовательность действий, необходимых для получения услуг (куда обратиться, как записаться, какие шаги пройти).