

ОЦІНКА ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ ПОСЛУГ З ВІЛ, ТУБЕРКУЛЬОЗУ, СЕКСУАЛЬНОГО І РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ЖІНОК, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ



<u>ДОВІДКОВА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПРОЄКТ</u>	2
<u>МЕТА І ЗАВДАННЯ</u>	3
<u>МЕТОДОЛОГІЯ</u>	3
<u>ОЦІНКА ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ З ЛІКУВАННЯ ВІЛ</u>	5
<u>ОЦІНКА ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ ПОСЛУГ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ ДЛЯ ЖІНОК, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ</u>	14
<u>ОЦІНКА ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ ПОСЛУГ СЕКСУАЛЬНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ЖІНОК, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ</u>	16
<u>ПОРУШЕННЯ ПРАВ ЖІНОК, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ, ПІД ЧАС ОТРИМАННЯ ПОСЛУГ З ВІЛ, ТУБЕРКУЛЬОЗУ І СЕКСУАЛЬНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я</u>	19
<u>КЛЮЧОВІ ВИСНОВКИ</u>	22
<u>КЛЮЧОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</u>	25
<u>ДОДАТОК 1. АНКЕТА ЗВОРОТНОГО ЗВ'ЯЗКУ</u>	31

ДОВІДКОВА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПРОЄКТ

Протягом трьох років проводилася комплексна оцінка з метою визначення доступності та якості медичних послуг з ВІЛ, туберкульозу, сексуального та репродуктивного здоров'я для жінок, які живуть з ВІЛ. **Благодійна організація «Позитивні жінки»** розпочала цей процес у 2024 році з первинного оцінювання, а в 2025 році провела повторний збір даних для відстеження динаміки змін. Черговий, третій раунд оцінювання було реалізовано у 2026 році в межах **проєкту «Лідерство жінок у відповідь на епідемію ВІЛ»**. Всі етапи координувалися за технічної підтримки БО «100 % Життя» та фінансування Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією.

Порівняльний аналіз результатів первинного та повторного етапів моніторингу під керівництвом спільноти (2024 – 2025 роки) свідчить про **загальну позитивну тенденцію у покращенні доступу жінок**, які живуть з ВІЛ, до ключових медичних послуг. Прогрес проявився у суттєвому зростанні прихильності пацієнток до прийому антиретровірусної терапії та значному зниженні дефіциту необхідних препаратів. Крім того, покращилися окремі важливі показники медичної діагностики, зокрема щодо проведення цитології шийки матки та профілактики туберкульозу, а також зменшилася кількість випадків дискримінації та порушення прав жінок з боку медичного персоналу.

Попри очевидні покращення, оцінка підтвердила **існування серйозних системних проблем**, які все ще залишаються невирішеними. Ключовими перешкодами для пацієнток є територіальні та фінансові бар'єри, спричинені значною віддаленістю медичних закладів і високими витратами на проїзд. Також виявлено недостатній рівень обізнаності жінок щодо можливості альтернативного отримання ліків через поштову службу. Ситуація ускладнюється фіксацією зниження доступності безкоштовних засобів бар'єрної контрацепції. Отримані дані чітко вказують на гостру необхідність подальшої оптимізації інформаційної підтримки пацієнток та невідкладного усунення прихованих фінансових перешкод у чинній системі охорони здоров'я.

МЕТА І ЗАВДАННЯ

Ця аналітична записка має на меті оцінити доступність та якість медичних послуг з ВІЛ, туберкульозу, сексуального та репродуктивного здоров'я для жінок, які живуть з ВІЛ, в Україні.

Для цього були поставлені такі завдання:

- **З'ясувати, які основні перешкоди** все ще не дозволяють жінкам вчасно отримувати необхідну медичну допомогу.
- **Проаналізувати, як змінилися доступність і якість послуг** у 2026 році, порівняно з даними за 2024 і 2025 роки.
- **Сформулювати та оновити рекомендації** для всіх зацікавлених сторін — від урядових структур до міжнародних донорів — щоб системно покращити якість і доступність цих послуг для жінок.

МЕТОДОЛОГІЯ

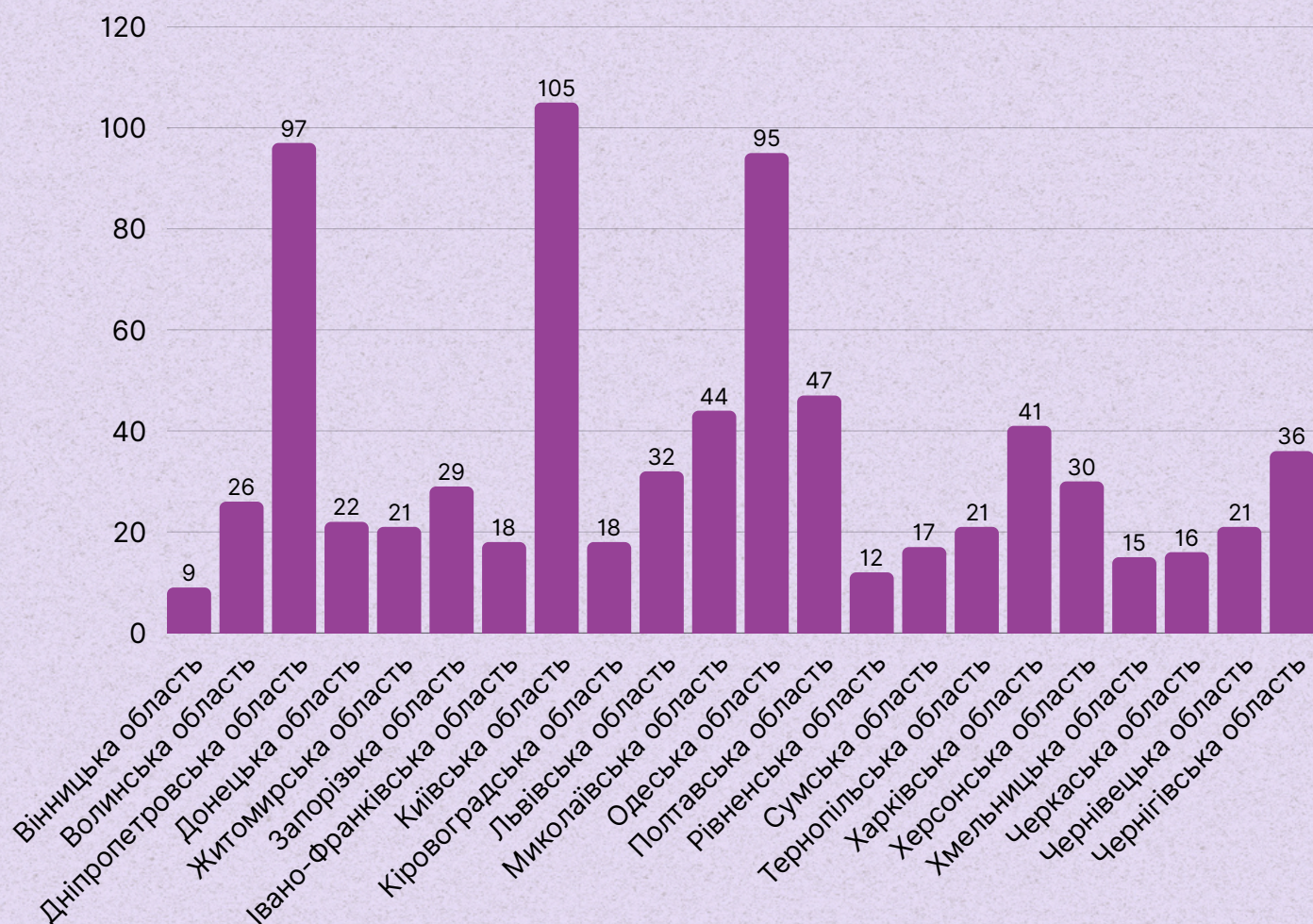
Ця аналітична записка базується на даних опитування, реалізованого **з використанням чат-бота**, створеного БО «Позитивні жінки».

Опитувальник містив **49 запитань**, які стосувалися, зокрема: [блок 2] загальної інформації про респонденток (вік, статус ВПО, відвідування медичного закладу у зв'язку з лікуванням ВІЛ, наявність іншого контексту вразливості), [блок 3-4] оцінки доступності та якості медичних послуг з лікування ВІЛ за останні 12 місяців, [блок 5] моніторингу ефективності лікування ВІЛ, [блок 6] оцінки доступності та якості послуг з лікування туберкульозу, [блок 7] оцінки доступності та якості послуг у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я, [блок 8] досвіду порушення прав у медичних закладах та інформації про область / населений пункт, де респондентки отримували згадувані послуги. Див. текст опитувальника у Додатку 1 до цієї записки.

Опитування координували регіональні представниці БО «Позитивні жінки».

На відміну від опитувань 2024 і 2025 років, де респонденток просили зазначити область проживання, опитування 2026 року зосередилося на визначенні тих **областей, де жінки отримували медичні послуги** з лікування ВІЛ, туберкульозу, сексуального та репродуктивного здоров'я. Розподіл за областями наведено на діаграмі нижче.

Діаграма 1.
Область отримання медичних послуг респондентками



Профіль респонденток опитування. За результатами опитування у 2026 році було охоплено 800 жінок. 772 жінки (96,5%) за останній рік зверталися до лікаря, який надає послуги з лікування ВІЛ. З них 175 (22,7%) вказали, що мають статус внутрішньо переміщених осіб.

Вікова структура опитаних жінок, які живуть з ВІЛ, розподіляється так:

- Найбільша частка респонденток, 39,6% (306 жінок), належить до вікової групи 40-49 років.
- Частка кожної з двох вікових категорій — понад 50 років та 35–39 років — становить по 19% (по 147 жінок відповідно).
- 15% (116 жінок) – це жінки віком 30-34 роки.
- Найменші групи представлені жінками у віці 25-29 років (3,8%, 29 жінок), 20-24 років (2,6%, 20 жінок) і до 19 років (0,4%, 3 жінки).

Ще 4 жінки не відповіли на питання опитувальника щодо віку.

Аналіз наявності іншого контексту вразливості респонденток показав, що 138 жінок мали досвід вживання ін'єкційних або інших психоактивних речовин, 40 жінок займались секс-працею, а 39 жінок раніше перебували в місцях позбавлення волі. Деякі жінки вказали множинну вразливість. Більшість із респонденток (474 жінки) не мали зазначеного досвіду. Ще 85 респонденток вирішили не відповідати на це запитання.

ОЦІНКА ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ З ЛІКУВАННЯ ВІЛ

Цей блок¹ опитування був присвячений оцінці досвіду пацієнток щодо прийому антиретровірусної терапії (АРТ) та виявлення бар'єрів на шляху до стабільного лікування ВІЛ. Питання були також спрямовані на аналіз прихильності до терапії, зокрема причин пропуску або відмови від прийому ліків, а також на оцінку доступності препаратів, наявності перебоїв із постачанням у медзакладах та обізнаності про сервіс доставки поштою.

Прихильність до терапії та бар'єри в лікуванні

Майже всі опитані жінки — **98,7% (762 жінки)** — повідомили, що приймають АРТ. Більшість з них, **79% (602 жінки)**, за останні 12 місяців не пропускали прийом препаратів.

Серед причин, через які жінки не приймають препарати, були зазначені:

- відсутність довіри до лікарів (1 жінка)
- страх побічних ефектів (2 жінки)
- відсутність призначення від лікаря (1 жінка)
- погіршення самопочуття під час прийому препаратів блювотні рефлекс (1 жінка)
- релігійні переконання (1 жінка)

За останній рік 163 жінки (21,1%) вказали, що тимчасово пропускали прийом ліків. Серед основних причин вони зазначили такі (деякі жінки вказували декілька причин):

- **забували про прийом препаратів через завантаженість, поїздки або зміни життєвих обставин** (124 жінки)
- **побічні ефекти та погіршення самопочуття** (33 жінки). Пацієнтки скаржилися на сильний головний біль, запаморочення, слабкість, нудоту та блювотні рефлекс. Деякі жінки пропускали прийом ліків через апатію, втому від постійного лікування або депресивні стани

¹ – Дані цього розділу ґрунтуються на відповідях 772 жінок, які протягом останнього року відвідували лікаря, який надає послуги з лікування ВІЛ.

- **проблеми із доступом до ліків та медичних закладів** (5 жінок). Траплялися ситуації, коли потрібних АРВ-препаратів просто не було в наявності в кабінеті «Довіра» або СНІД-центрі на момент візиту. Крім того, пацієнтки не могли вчасно потрапити на прийом для отримання чергової порції ліків через хворобу, відсутність грошей на проїзд або неможливість відлучитися з роботи чи дому.
- **стан сп'яніння або абстиненції** (2 жінки). Пропуски відбувалися під час перебування в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння, або в період синдрому відміни, коли контроль за графіком лікування повністю втрачався. Варто наголосити, що попри наявність великої групи жінок із досвідом уживання (138 жінок), абсолютна більшість із них демонструє високу прихильність і знаходить логістичні можливості не переривати лікування

«Коли мені стало зле через побічні ефекти АРТ, у мене почалися проблеми з нирками та підшлунковою залозою. Я не почувалася почитою, а отримати необхідну допомогу було дуже складно. Лише після того, як у мою ситуацію втрутилися фахівчині «Позитивні жінки Кривий Ріг», мене почули, направили на необхідні обстеження та розпочали належне лікування. Я відчула, що моє здоров'я і моє життя дійсно важливі. Дуже вдячна за підтримку, без якої я, можливо, так і не отримала б необхідної медичної допомоги».



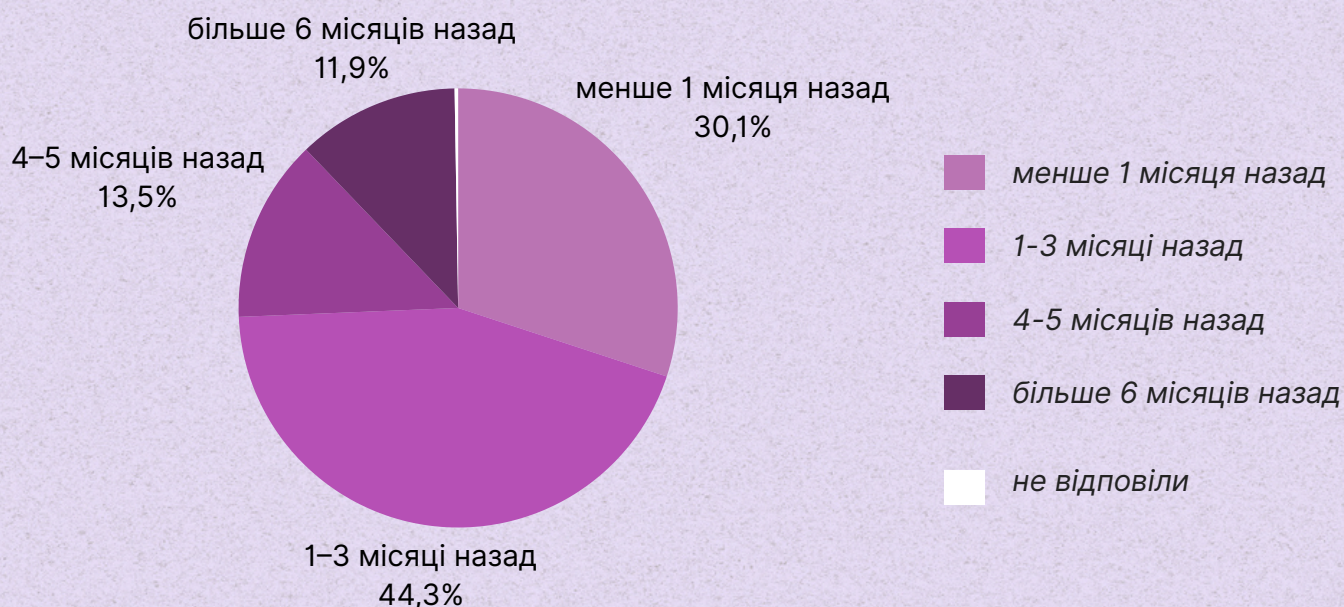
**респондентка з
Дніпропетровської
області**

Взаємодія з лікарем та зміна схем лікування

Дані опитування демонструють високу регулярність медичного супроводу: переважна більшість респонденток — **74,4% (574 жінки)** — відвідували особистого лікаря протягом останніх трьох місяців.

Водночас **11,9% (92 жінки)** зазначили, що були у лікаря понад пів року тому. Найбільше таких випадків зафіксовано серед жінок, які отримують медичні послуги у Київській (20 жінок, 21,7%), Дніпропетровській (12 жінок, 13%) та Житомирській (8 жінок, 8,7%) областях – відтак, саме в цих областях пацієнтки частіше випадають із регулярного тримісячного медичного моніторингу. Головним ризиком такої тенденції є переривання лікування: 19 жінок із цієї групи пропускали прийом життєво важливої антиретровірусної терапії за останні 12 місяців. Це може бути пов'язано з безпековою ситуацією, внутрішнім переміщенням або тим, що жінкам просто видають ліки на довший період (наприклад, понад 3 місяці), тому вони не бачать потреби у частих візитах. Загалом дана ситуація підкреслює потребу в посиленні соціально-психологічного супроводу та покращенні доступу до медичних послуг саме у зазначених регіонах.

Діаграма 2.
Коли останній раз у Вас був очний контакт з Вашим особистим лікарем?



Оскільки однією з вагомих причин пропуску прийому ліків є **побічні ефекти**, 8,9% опитуваних (69 жінок) зверталися з цим питанням до лікаря. Однак лише кожній шостій із них — 40,6% (28 осіб) — було призначено іншу схему лікування.

Головним проблемним регіоном у цьому контексті стала *Одеська область*, на яку припадає понад чверть усіх випадків відмов у зміні схеми лікування (27,5%, 11 жінок). Аналіз причин відмов виявив системні комунікаційні бар'єри: якщо чверть випадків (10 жінок, 25%) зумовлена об'єктивною відсутністю потрібних препаратів у закладі, то сумарно **42,5% пацієнток зіткнулися з дефіцитом інформації** — медичний персонал або не вважав за потрібне пояснювати відмову (9 жінок, 22,5%), або не надав жодних аргументів взагалі (8 жінок, 20%). Це серйозний тренд, що вказує на брак пацієнтоорієнтованого підходу та медичної етики у кабінетах «Довіра» та СНІД-центрах (особливо в Одеській області, де зафіксовано найбільше відмов). Такий підхід суттєво підриває довіру до системи охорони здоров'я та створює додаткові ризики для прихильності пацієнток до АРТ у майбутньому.

«Після початку лікування я почувалася настільки погано, що кожен прийом таблеток був випробуванням. Постійна нудота, сильний головний біль, запаморочення і слабкість. Я просила допомогти, але складалося враження, що мої скарги ніхто не сприймає серйозно».



**респондентка з
Одеської області**

«Коли я попросила змінити схему лікування через погане самопочуття, мені просто сказали «ні». Без пояснень, без обговорення, без жодної інформації. Було відчуття, що моя думка і мій стан взагалі нікого не цікавлять».



**респондентка з
Одеської області**

Загалом, **наявність прямого контакту (телефон, месенджер) з лікарем** напряду впливає на те, чи продовжить жінка лікування у разі побічних ефектів, чи зможе швидко проконсультуватися. Так, відповідно до результатів опитування, абсолютна більшість пацієнток (624 жінки, 80,8%) мають контакти лікаря для консультацій.

Динаміка забезпечення АРТ та терміни видачі ліків

Аналіз динаміки за три роки свідчить, що **ситуація із забезпеченням АРТ** зазнала суттєвих коливань: після критичного 2024 року, коли про повну відсутність ліків заявляли 8,1% респонденток (63 жінки), у 2025 році було досягнуто значного прогресу — цей показник знизився до мінімальних 0,2% (всього 2 жінки в Києві та Миколаївській області).

Проте у 2026 році знову зафіксовано певне погіршення, адже **на перебої з препаратами** в медзакладах вказали вже 4% опитаних (31 жінка). Хоча для більшості з них у 2026 році проблема мала короткочасний характер і тривала менше місяця (13 жінок), тривожним сигналом залишаються випадки довготривалого дефіциту ліків терміном понад 5 місяців, з яким зіткнулися 3 пацієнтки (у Київській, Тернопільській і Сумській областях), що вказує на появу нових локальних збоїв у системі постачання. Для 15 жінок перебої з препаратами тривали від 1 до 5 місяців.

Водночас загальна картина **термінів видачі АРТ** залишається оптимістичною, оскільки абсолютна більшість респонденток зазвичай отримує тривалий запас терапії: на 3 місяці ліки видають 475 жінкам (61,5%), а понад 3 місяці — 211 жінкам (27,3%). Коротші терміни видачі на 1 або 2 місяці стосуються невеликих груп пацієнток (по 39 жінок, або по 5,1% на кожну категорію), тоді як мінімальне забезпечення терміном менше ніж на місяць є поодиноким винятком і зафіксоване лише у 4 жінок (0,5%) у *Харківській, Львівській та Одеській областях*.

Роль поштової доставки у подоланні логістичних бар'єрів

Результати збору даних свідчать, що **географічні та логістичні бар'єри** залишаються вагомою перешкодою для безперервності лікування ВІЛ, проте **впровадження поштової доставки АРТ** суттєво знижує гостроту цієї проблеми порівняно з минулим роком. Так, серед 10 жінок, які назвали критичними завадами брак часу, витрати на проїзд, черги чи незручний графік і розташування Центру СНІДу, половина (5 осіб) знали про можливість доставки поштою, але не замовляли її, 3 — успішно користувалися послугою, а 2 — взагалі не знали про таку опцію. У масштабах усієї вибірки рівень обізнаності та залученості помітно зріс:

- 349 респонденток (45,2%) уже замовляли ліки поштою
- 314 (40,7%) — знали про таку можливість, але не скористалися нею
- 108 жінок (14%) залишалися непоінформованими
- 1 жінка не відповіла на це запитання

Це свідчить про позитивну динаміку порівняно з минулим роком, коли відсоток необізнаних жінок був значно вищим і становив 23,1% (196 осіб), що підтверджує ефективність інформаційних кампаній та робить життєво необхідну терапію доступнішою в умовах війни.

Профілактичні заходи та тестування партнерів

Важливим індикатором якості медичного супроводу є не лише лікування самої пацієнтки, а й превентивна робота з її оточенням, зокрема стримування поширення інфекції через **тестування статевих партнерів**.

Результати опитування показують, що більшості жінок — **69% (533 особи)** — лікарі пропонували протестувати їхнього партнера на ВІЛ. Це свідчить про активну позицію багатьох фахівців у питаннях профілактики. Водночас майже третина респонденток — **30,4% (235 жінок)** — зазначили, що не отримували такої пропозиції від медичного персоналу, а ще 4 особи (0,6%) утрималися від відповіді. Такі показники вказують на необхідність посилення профілактичної складової під час прийомів, аби медичні заклади не обмежувалися суто видачею АРТ-препаратів, а комплексно підходили до консультування пацієнток.

Оцінка якості медичних послуг з лікування ВІЛ

Цей блок² опитування присвячений оцінці якості медичних послуг, які отримують жінки, які живуть з ВІЛ. Він спрямований на те, щоб зрозуміти, з якими проблемами стикаються пацієнтки, зокрема щодо:

- *Ставлення медичного персоналу:* наявність випадків грубості, упередженого ставлення, відмови в допомозі чи порушення конфіденційності.
- *Інформаційної підтримки:* чи достатньо медики інформують про лікування ВІЛ, контроль захворювання та чи є їхні пояснення зрозумілими.

Трирічний моніторинг (2024–2026 роки) демонструє чіткий позитивний тренд: у 2026 році **кількість скарг на некоректну поведінку медиків кардинально зменшилася**. Лише 5,2% опитаних (40 респонденток) повідомили про випадки грубості чи упередженості під час лікування ВІЛ за останній рік. Аналіз цього показника в розрізі областей та демографії свідчить, що 5 із цих жінок обслуговувалися в *Чернівецькій області* (де загалом було опитано 21 особу). У профільній структурі переважають жінки старше 40 років (23 особи), а також внутрішньо переміщені особи (12 жінок).

Критичним бар'єром залишається медична логістика (наприклад, забір крові на CD-4 лише раз на місяць), що змушує виснажених пацієнток годинами стояти в чергах або взагалі відмовлятися від моніторингу здоров'я, а також бар'єр у комунікації через надмірне використання лікарями складної медичної лексики.

Так, оцінка показала, що значна частина пацієнток стикається з інформаційним дефіцитом та труднощами в розумінні медичних приписів:

2 - В цьому розділі ми опитали 772 жінок, які протягом останнього року відвідували лікаря, який надає послуги з лікування ВІЛ.

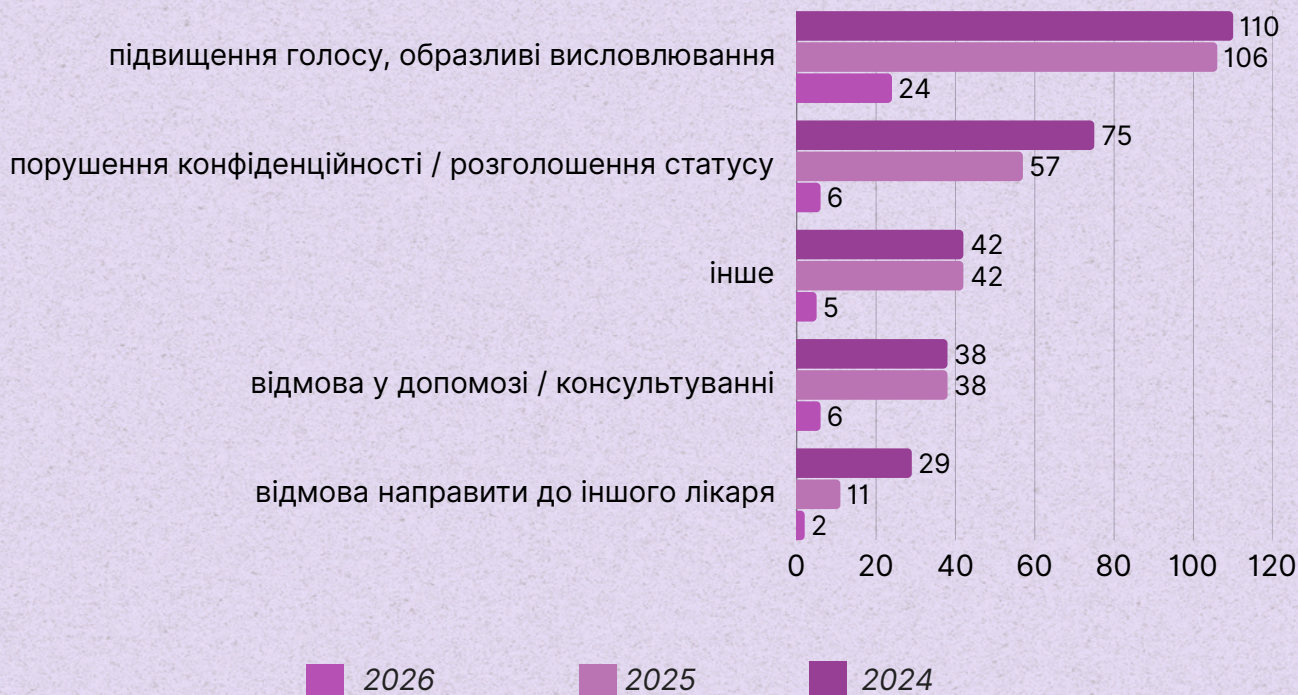
- **Нестача інформації:** 18,8% опитаних (145 жінок) повідомили про дефіцит знань щодо базових аспектів лікування ВІЛ та контролю захворювання (побічні ефекти АРВ, рівень CD4, вірусне навантаження, опортуністичні інфекції).
- **Бар'єри у комунікації:** Кожна десята жінка має складнощі зі сприйняттям пояснень медиків. Зокрема, 9,8% (76 жінок) зрозуміли інформацію лише частково, а для 0,8% (6 пацієнток із Дніпропетровської, Київської, Тернопільської та Чернівецької областей) консультації лікарів були абсолютно незрозумілими.

Наведені дані свідчать про наявність суттєвого інформаційного бар'єра між медичним персоналом та пацієнтками, які живуть з ВІЛ, що вказує на гостру потребу в запровадженні практики консультування пацієнток за принципом «простими словами без складної медичної лексики», а також створенні та розповсюдженні адаптованих друкованих або цифрових інформаційних матеріалів (пам'яток, буклетів) про АРТ, вірусне навантаження, CD4 та профілактику опортуністичних інфекцій, які пацієнтки могли б вивчити вдома.

Детальніша інформація щодо випадків грубості або упередженості від медичного персоналу представлена на діаграмі нижче.

Діаграма 3.

Стикались із грубістю або упередженістю від медиків у закладі, де отримуєте лікування ВІЛ, за останній рік?



Таке значне (у кілька разів) зменшення кількості скарг за всіма пунктами може свідчити про успішне проведення реформ, впровадження ефективних тренінгів з толерантності та медичної етики для персоналу, а також про посилення контролю за дотриманням прав пацієнток із ВІЛ-статусом у медичних закладах. Ключовим рушієм цих позитивних змін стала системна робота регіональних координаторок, які з кінця 2024 року по кінець 2025 року успішно **адвокатували впровадження Політики запобігання стигмі і дискримінації людей із вразливих до дискримінації груп населення у заклади охорони здоров'я**. Ці важливі пункти, разом із проведенням навчань для лікарів акушерів-гінекологів жіночих консультацій та пологових будинків усіх форм власності з питань захисту прав жінок, які живуть з ВІЛ, та протидії насильству й стигмі, були офіційно внесені до дорожньої карти ЕМПД. Саме поєднання нормативних змін на рівні політики та масштабного навчання профільного медперсоналу забезпечило реальний результат у вигляді суттєвого зниження кількості скарг та покращення медичної етики.

«Зверхнє ставлення до пацієнтів, нестача часу у лікаря для повноцінного консультування; у зв'язку з ремонтом в основному будинку, в одному кабінеті сидять 6 осіб!!! В такому випадку ні про яку таємницю діагнозу мова не йде. Такий стан є вже практично рік, черги такі, що люди просто відмовляються в них стояти по 3 години, особливо коли є забір крові на CD-4. У нас його роблять раз на місяць. І люди стоять в черзі по 3-4 години, деякі не можуть чекати — ідуть».



**респондентка з
Житомирської
області**

«Відсутність нормального спілкування, фамільярність та зверхність. Відмова пояснити мені щось такими словами, щоб я зрозуміла, без медичної лексики».



**респондентка з
Житомирської
області**

«Я приїхала до кабінету Довіри з віддаленого району міста, витратила кілька годин на дорогу та ще довго чекала в черзі. Коли нарешті потрапила на прийом, зі мною спілкувалися грубо й зневажливо, хоча я не розуміла, чим заслужила таке ставлення. Найбільше мене засмутило те, що лікарка не пояснила результати моїх обстежень і не відповіла на мої запитання. Я вийшла з кабінету розгубленою та з відчуттям, що мої переживання нікого не цікавлять».



**респондентка з
Дніпропетровської
області**

«Мені відмовили в обстеженні й запропонували їхати в інше місто. Для людини, яка живе з ВІЛ, це не просто незручність — це додаткові витрати, втрачений час і ризик залишитися без необхідної медичної допомоги. Безоплатна допомога має бути реально доступною, а не лише на папері».



**респондентка з
Одеської області**

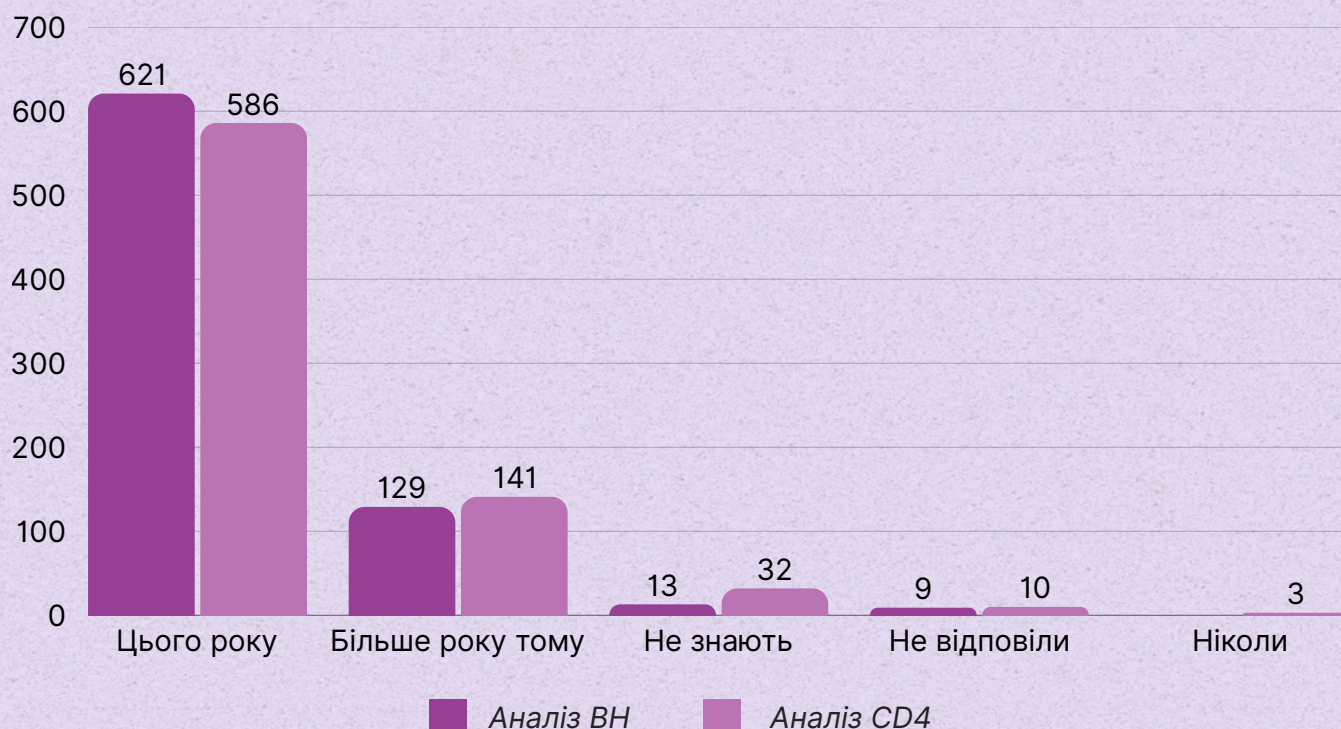
Моніторинг ефективності лікування ВІЛ

Питання цього блоку комплексно охоплюють регулярність проведення ключових аналізів (вірусного навантаження та клітин CD4) для моніторингу стану здоров'я, рівень комунікації з лікарями щодо роз'яснення результатів, досвід невдач у лікуванні та перевірку вірусу на стійкість до ліків (резистентність). Окремо аналізуються логістичні, фінансові та інформаційні бар'єри, з якими пацієнтки стикаються під час проходження цих обстежень, що дозволяє виявити слабкі місця в системі надання антиретровірусної терапії.

Аналіз на вірусне навантаження, що є основним критерієм успішності терапії:

- **621 жінка (80,4%)** пройшла дослідження протягом поточного року, що повністю відповідає клінічним протоколам МОЗ України та міжнародним рекомендаціям (зокрема ВООЗ) і свідчить про належне утримання в програмі лікування.
- **129 респонденток (16,7%)** робили аналіз більше року тому, що є порушенням графіку диспансерного нагляду. Важливо, що 10 жінок з-поміж (7,8%) них зазначили, що мали період, коли вірусне навантаження було занадто високим, а відтак лікування ВІЛ не спрацьовувало. Ці дані доводять, що медичній системі недостатньо просто мати «загалом високий відсоток» вчасно обстежених. Потрібно впроваджувати систему активного пошуку та повернення до медичного нагляду саме тих пацієнт_ок, які мають історію високого вірусного навантаження і пропустили плановий аналіз.
- 13 жінок (1,7%) не знають, коли їм проводили обстеження, а 9 осіб (1,2%) залишили питання без відповіді — це вказує на ймовірні прогалини в інформуванні пацієнт_ок з боку медперсоналу.

Діаграма 4. Моніторинг вірусного навантаження і імунних клітин



Аналіз на імунні клітини (CD4) дозволяє контролювати стан імунної системи:

- 586 осіб (75,9%) здали цей аналіз у поточному році.
- 141 респондентка (18,3%) проходила тестування більше року тому. За стандартами МОЗ, якщо у пацієнта стабільна супресія вірусу та високий рівень CD4, частота цього аналізу може законно зменшуватися лікарем. Проте тривала відсутність контролю потребує перевірки.
- 32 жінки (4,1%) не володіють інформацією про статус свого обстеження, 10 осіб (1,3%) не відповіли.
- 3 пацієнтки (0,4%) зазначили, що ніколи не здавали аналіз на CD4, що є серйозним відхиленням від клінічних протоколів супроводу ВІЛ-інфекції.

Статистика демонструє високий загальний рівень реалізації прав пацієнток на безоплатну діагностику в межах поточного року. Проте наявність жінок із затримкою моніторингу (понад рік) або браком інформації про власні аналізи вказує на потребу посилення контролю за дотриманням державних медичних стандартів та покращення комунікації «лікар — пацієнт».

З точки зору реалізації права пацієнток на інформованість, з-поміж **732 жінок**, які здавали щонайменше один з аналізів:

- **596 жінок (81,4%)** відповіли, що їм сказали і пояснили результати аналізів — це свідчить про високий рівень професійної комунікації та дотримання медичних стандартів з боку лікарів для більшості опитаних.
- **79 жінок (10,8%)** зазначили «так, але не пояснили» — пацієнтки дізналися сухі цифри чи факт готовності аналізу, але залишилися без необхідних медичних роз'яснень. Це жінки, які отримували послуги в *Одеській* (17 жінок, 21,5%), *Рівненській* (9 жінок, 11,4%), *Дніпропетровській* (9 жінок, 11,4%), *Чернівецькій* (7 жінок, 8,9%) областях.
- **34 жінкам (4,6%)** узагалі «не сказали» результати обстежень, що є прямим порушенням права пацієнтки на інформацію про свій стан здоров'я. Четверта частина з-поміж цих жінок (9 жінок, 26,5%) отримують послуги в *Київській області*, і ще 8 жінок (23,5%) – в *Дніпропетровській області*. Дещо менше половини з-поміж цих жінок (14 жінок) мають контакти лікаря для консультацій, а 24 жінки серед них були в лікаря протягом останніх 3 місяців.
- **23 жінки (3,1%)** відповіли, що «не пам'ятають» цього моменту.

Дані географічного розподілу вказують на потребу проведення цільового моніторингу та тренінгів для медичного персоналу ВІЛ-сервісних установ саме у цих областях для покращення стандартів пацієнт-орієнтованого підходу. Із загальної вибірки респонденток, 358 жінок (46,4%) зазначили, що не проходили **тест на стійкість (резистентність) ВІЛ до АРВ-препаратів**.

Згідно з медичними протоколами МОЗ України, тест на резистентність не є рутинним аналізом (на відміну від вірусного навантаження). Його призначають переважно у двох випадках: перед початком терапії (опціонально) або у разі вірусологічної невдачі (коли людина приймає ліки, але вірусне навантаження залишається високим).

3-поміж 52 респонденток (6,7%), які стикалися з тим, що вірусне навантаження було надто високим, половині (26 жінок, 50%) не робили дане дослідження (тут переважали жінки з Одеської області (5 жінок)). Факт того, що 50% жінок із підтвердженою вірусологічною невдачею не проходили тест на резистентність, свідчить про **гостру системну проблему недодіагностики**. Це означає, що кожній другій пацієнтці у такій ситуації змінюють схему лікування наосліп, що створює ризик неефективності нової терапії та загрожує життю пацієнток.

Часто пацієнтки не знають точних назв усіх маніпуляцій. Такий показник може свідчити також про те, що жінки або дійсно не проходили тест, або їм не пояснили, які саме аналізи у них беруть. Це перегукується з проблемою якості комунікації «лікар — пацієнт», яку ми бачили на попередніх етапах опитування (де багатьом пацієнткам не пояснювали результати).

Переважна більшість опитаних не відчували жодних труднощів під час проходження зазначених вище обстежень. Це свідчить про ефективну та налагоджену роботу кабінетів «Довіра» або центрів СНІДу, де пацієнтки здебільшого отримують послуги в одному місці, швидко та безперешкодно. Однак, попри позитивну загальну статистику, зафіксовано поодинокі випадки системних збоїв. Випадки відмови в обстеженні (пацієнтка з Сумської області), стягнення плати (пацієнтка з Хмельницької області) чи необхідність їхати в інше місто (пацієнтки з Дніпропетровської, Тернопільської і Харківської областей) вказують на те, що в окремих областях або медзакладах досі існують проблеми з дискримінацією, логістикою та порушенням законодавства України щодо забезпечення безоплатної діагностики для людей, які живуть з ВІЛ. Ці декілька випадків потребують точкової правової та організаційної уваги з боку неурядових організацій та керівництва системи охорони здоров'я.

ОЦІНКА ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ ПОСЛУГ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ ДЛЯ ЖІНОК, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ

Цей блок³ опитування присвячений доступу та якості медичних послуг з туберкульозу для жінок, які живуть з ВІЛ. Ми хотіли з'ясувати, чи можуть жінки легко отримати безоплатну діагностику (флюорографію) та якісну консультацію щодо профілактики туберкульозу.

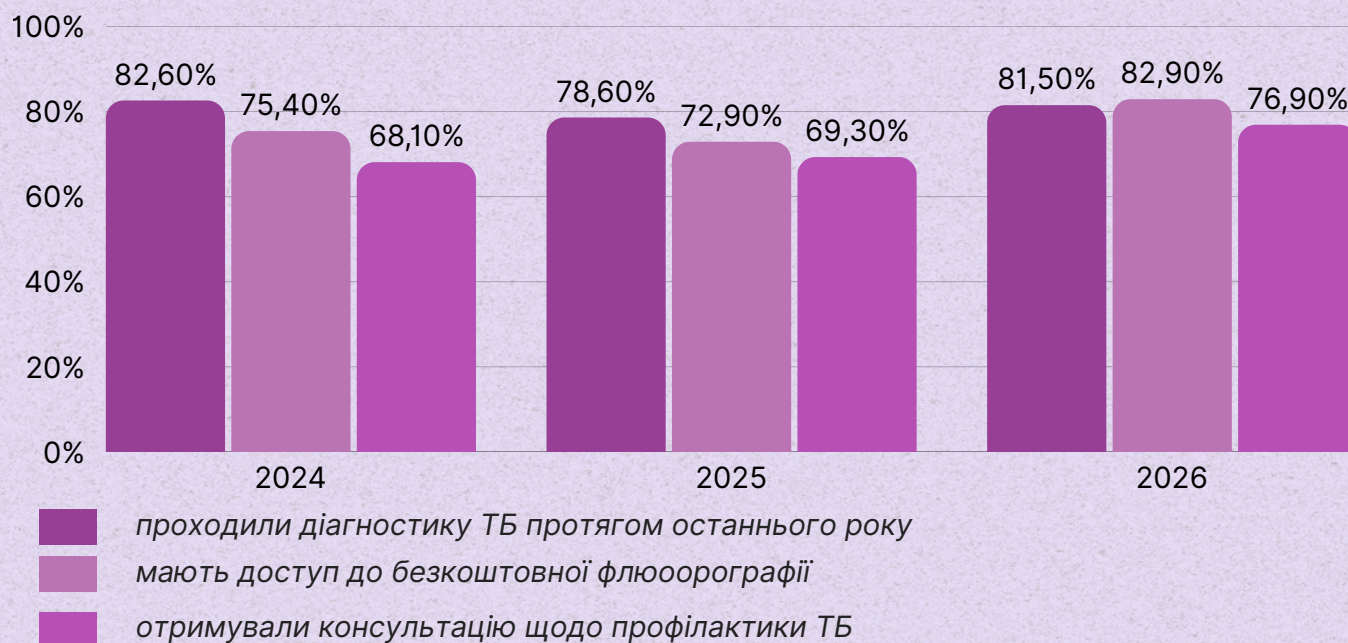
3 - В цьому розділі ми опитали 772 жінки, які протягом останнього року відвідували медичні заклади, що надають послуги з лікування ВІЛ.

Для людей, які живуть з ВІЛ, туберкульоз є однією з найбільш небезпечних опортуністичних інфекцій через уразливість імунної системи. Регулярний щорічний скринінг є критично важливим стандартом МОЗ України. Відповідно до результатів опитування, ситуація з отриманням послуг виглядає наступним чином:

- **успішне проходження діагностики:** Переважна більшість жінок — 629 жінок (81,5%) — пройшли діагностику туберкульозу протягом останнього року.
- **високий рівень інформованості:** Більшість респонденток (594 жінки, 76,9%) підтвердили отримання якісної консультації щодо профілактики туберкульозу.
- **фінансові бар'єри та платність послуг:** Платність діагностики стала перешкодою для 15 респонденток (1,9%), які зазначили, що не проходили обстеження і не мають можливість зробити його безкоштовно. Здебільшого це жінки, які отримують медичні послуги в зв'язку з ВІЛ у Київській області (8 жінок). Ще 23 жінки (3%) змушені були самостійно оплачувати діагностику туберкульозу.

Порівняння даних щодо доступності та якості послуг з діагностики туберкульозу жінками, які живуть з ВІЛ, у 2024 – 2026 роках можна побачити на діаграмі нижче.

Діаграма 5.
Доступність і якість послуг з туберкульозу для жінок, які живуть з ВІЛ



Аналіз трирічного тренду демонструє стабільну позитивну динаміку у сфері профілактики супутніх захворювань серед жінок, які живуть з ВІЛ. Помітно, що з 2024 по 2026 рік показники безоплатного доступу до флюорографії впевнено зросли з 75,4% до 82,9%, а рівень якісного консультування пацієнток збільшився з 68,1% до 76,9%. Отримані дані свідчать про системний успіх у роботі закладів охорони здоров'я та пацієнтських організацій, які за останні три роки змогли суттєво знизити інформаційні та логістичні бар'єри для вразливих категорій населення.

ОЦІНКА ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ ПОСЛУГ СЕКСУАЛЬНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ЖІНОК, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ

Цей блок⁴ спрямований на комплексний аналіз якості та доступності медичної допомоги у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я для жінок, які живуть з ВІЛ. Він охоплює перевірку регулярності гінекологічних візитів, проходження критично важливих досліджень, а також оцінює рівень надання інформаційних консультацій щодо планування сім'ї, безпечної вагітності з ВІЛ та життя в дискордантних парах. Ми також вивчали, наскільки доступною є **діагностика** інфекцій, що передаються статевим шляхом, а також **доступ до безоплатних контрацептивів і лубрикантів**.

Згідно з опитуванням, **226 жінок (29,3%)** не відвідували жіночу консультацію протягом останнього року і, відповідно, не отримували послуги у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я, що на 3% більше, ніж минулого року.

Серед жінок, які не відвідували консультації, переважають жінки у віці 40-49 років (96 жінок, 42,5%), 35-39 років (45 жінок, 19,9%) і 30-34 років (37 жінок, 16,4%). Це жінки, які загалом отримують медичні послуги в таких областях:

- Київська область: 32 жінки, 14,2%
- Одеська область: 24 жінки, 10,6%
- Волинська область: 18 жінок, 8%
- Дніпропетровська область: 18 жінок, 8%
- Житомирська область: 13 жінок, 5,8%

Діагностика інфекцій, що передаються статевим шляхом

Мазок на мікрофлору: Це дослідження є найбільш охопленою послугою серед респонденток — його пройшла абсолютна більшість жінок. Водночас виявляється категорія пацієнток, які або пропустили цей візит, або взагалі не поінформовані про те, чи робився їм такий аналіз. Крім того, попри декларовану безоплатність, частина жінок змушена була покривати витрати на його проведення самостійно.

Бактеріальний посів та діагностика на сифіліс: Обидва обстеження пройшла більша частина опитаних, проте рівень їхнього призначення та доступності є нижчим порівняно з рутинним мазком.

4 - В цьому розділі ми опитали 543 жінки, які протягом останнього року відвідували жіночі консультації. Ще 3 жінки не відповіли на запитання про те, чи відвідували вони жіночу консультацію протягом останнього року.

Тут так само простежується системна проблема оплата пацієнтками з власної кишені, а значна частка жінок взагалі залишилася без охоплення цими важливими тестами.

Цитологічне дослідження шийки матки (онкоскринінг): У цьому напрямку зафіксовано істотну позитивну зміну — кількість пацієнток, які не проходили онкоскринінг, значно скоротилася порівняно з попереднім роком. Проте загальну картину псує інформаційний вакуум: суттєва частина жінок не знає про своє право на безоплатну цитологію, через що продовжує оплачувати її самостійно в кабінетах гінекологів.

Обстеження на вірус папіломи людини (ВПЛ): Ситуація з діагностикою ВПЛ залишається найменш оптимістичною та є головною критичною точкою блоку. Кількість жінок, які взагалі не проходили цей тест або не володіють жодною інформацією про нього, сумарно перевищує кількість тих, хто дослідження пройшов. Це вказує на низьку доступність безкоштовного тестування та критичний брак роз'яснювальної роботи з боку медичного персоналу.

Детальніше про обстеження дивіться на діаграмі нижче ⁵.



⁵ - Столпчик «так, проходила» включає загальну кількість жінок, які проходили обстеження як безкоштовно, так і платно. 2 жінки не відповіли на запитання щодо проходження дослідження мазку на мікрофлору з уретри, піхви або шийки матки, і по 1 жінці не відповіли на запитання про дослідження на сифіліс, цитологію шийки матки і ВПЛ.

Отримані дані цього року демонструють позитивну динаміку, але все ще викликають занепокоєння: загалом **132 жінки (24,3%) пройшли абсолютно всі рекомендовані обстеження органів жіночої статеві системи**. Це майже вдвічі краще за минулорічний показник (79 жінок, 12,6%), проте все ще вказує на серйозні прогалини в доступі до медичних послуг і необхідність посилення інформаційної роботи. Окремої уваги потребують **14 жінок (2,6%)**, які попри візит до жіночої консультації, **не пройшли жодного з обстежень**. Це жінки, які отримують медичні послуги у Дніпропетровській, Житомирській, Київській, Кіровоградській, Львівській, Миколаївській, Одеській та Чернігівській областях.

Статистика за консультаціями

Відповідно до результатів опитування, **72 жінки (13,3%)** не отримували від лікаря **жодної консультації** (зокрема, з питань сексуального та репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, життя з ВІЛ в дискордантній парі, безпеки вагітності та пологів, контрацепції та АРВ тощо):

- ➊ 14 жінок, які отримують медичні послуги в *Одеській області*;
- ➋ 11 – у *Київській області*;
- ➌ 10 – у *Дніпропетровській області*;
- ➍ 6 – у *Миколаївській області*;
- ➎ по 5 жінок – у *Харківській та Чернівецькій областях*.

З-поміж них, 3 жінки не пройшли жодної діагностики (це жінки, які отримують медичні послуги у *Київській, Кіровоградській і Миколаївській областях*).

Доступ до безоплатних контрацептивів і лубрикантів

Згідно з результатами опитування, **149 жінка (27,4%)** отримувала безоплатні контрацептиви, такі як спіралі, таблетки, гормональні пластирі тощо, що на 5% більше, ніж за результатами опитування минулого року. Дещо менша кількість жінок (114, 21%) не отримували їх, хоча мають в них потребу. Цікаво, що в 2025 році таких жінок було 343 (54,6%).

Щодо **презервативів і лубрикантів**, то для більшості жінок (**66,1%, або 359 жінок**) вони є безоплатними – це на 7% більше жінок, ніж минулого року. Однак для **184 жінок (33,9%)** ці засоби є платними, і 64 жінки (11,8%) з них потребують їх, але не можуть отримати безоплатно – що на 10% менше, ніж у 2025 році.

Отримані дані вказують на те, що, попри наявність деяких безоплатних послуг, доступ до контрацептивів та інших засобів захисту для жінок, які живуть з ВІЛ, залишається недостатнім.

Це особливо стосується тих, хто має гостру потребу в цих засобах, але досі не може отримати їх безоплатно. Разом із тим, порівняльний аналіз із минулими періодами демонструє обнадійливу динаміку: рівень безкоштовного забезпечення пацієнток спіралями, таблетками, презервативами та лубрикантами впевнено зростає. Як наслідок, кількість жінок, які залишаються сам на сам із незадоволеною потребою у плануванні сім'ї та бар'єрному захисті, суттєво скоротилася, що свідчить про системні успіхи пацієнтських і медичних програм, хоча повного покриття потреб на рівні держави все ще не досягнуто.

ПОРУШЕННЯ ПРАВ ЖІНОК, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ, ПІД ЧАС ОТРИМАННЯ ПОСЛУГ З ВІЛ, ТУБЕРКУЛЬОЗУ І СЕКСУАЛЬНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

Останній блок анкети був присвячений дослідженню проблеми порушення прав пацієнток, проявів стигми та дискримінації стосовно жінок, які живуть з ВІЛ, з боку медичного персоналу. Він спрямований на те, щоб зафіксувати випадки неправомірних дій або психологічного тиску у системі охорони здоров'я, визначити конкретні ланки (від сімейних лікарів та жіночих консультацій до Центрів СНІДу), де жінки найчастіше стикаються з відмовою в допомозі, грубістю, ігноруванням симптомів чи незаконним розголошенням їхнього ВІЛ-статусу. Окремо анкета оцінює правову спроможність та захищеність пацієнток, з'ясовуючи, чи зверталися вони за допомогою у разі порушення їхніх прав.

Див. на діаграмі нижче порівняльну статистику кількості (у відсотках) порушень прав жінок, які живуть з ВІЛ, сімейним лікарем, у центрі СНІДу та в жіночій консультації за 2024-2026 роки. За результатами опитування 2026 року, 48 жінок (6,2%) вказали також про порушення їх прав у інших закладах. Серед 110 жінок, які заявили про порушення їх прав, найбільшу кількість скарг було зафіксовано в Київській (19 жінок, 17,3%), Дніпропетровській (18 жінок, 16,4%), Чернівецькій (13 жінок, 11,8%) областях. Основними порушеннями прав були:

-  відмова у послугі;
-  розголошення статусу;
-  грубе відношення і образливі висловлювання;
-  вимагання грошей тощо.

Діаграма 7.
Порушення прав жінок, які живуть з ВІЛ



«Усе дезінфікували після мене, навіть дверні ручки, і заходили до мене ледь не в скафандрах. А також увесь медперсонал знав про мій статус».



**респондентка з
Одеської області**

«Не приймали на госпіталізацію, хоча направлення було. Навіть коли мене привозили швидкою — не брали, і я була змушена пішки вночі йти додому (а це далеко). Медичні сестри не хотіли брати кров чи ставити крапельниці. А лікарі своє небажання розбиратися з моїм самопочуттям завжди пояснюють фразою: «Ну що ж ви хочете? У вас ТАКИЙ діагноз (ВІЛ)».



**респондентка з
Житомирської
області**

«В анкеті є пункт про те, чи маю я ВІЛ і чи приймаю якісь препарати. Я зазначила, що маю ВІЛ-позитивний статус і приймаю терапію. Після цього мені відмовилися видалити зуб під приводом того, що це буде складно, і рекомендували звернутися до інших спеціалістів».



**респондентка з
Дніпропетровської
області**

«Мене вже привезли в операційну та зробили спінальну анестезію, але коли медичний персонал дізнався про мій ВІЛ-статус, проводити операцію відмовилися».



**респондентка з
Львівської області**

«Відмовили у лікуванні онкології через низьке СД4».



респондентка з
Чернівецької
області

«Після пологів звернулася за місцем проживання до гінеколога в Кременецькому районі, оскільки не мала змоги їхати до Тернополя. Перед оглядом розповіла про свій статус, після чого лікарка просто виставила мене з кабінету, заявивши, щоб я їхала туди, де народжувала».



респондентка з
Тернопільської
області

Половина жінок **(55 жінок, 50%)**, чиї права порушили, **не зверталася за допомогою** і ще 7 жінок не знають, куди звертатися у випадку порушення їхніх прав. Це вказує на серйозну проблему з поінформованістю, що перешкоджає доступу до правової допомоги.

Трирічний комплексний моніторинг (2024–2026), проведений БО «Позитивні жінки» за підтримки БО «100 % Життя» та фінансування Глобального фонду, дозволив сформулювати детальні висновки щодо динаміки доступності та якості медичних послуг для жінок, які живуть з ВІЛ в Україні. Охопивши у 2026 році вибірку з 800 респонденток, моніторинг під керівництвом спільноти продемонстрував як сфери значного прогресу, так і збереження гострих системних та регіональних бар'єрів.

Позитивні тенденції

Стійкість та прихильність до лікування:

- +** **Майже стовідсоткове охоплення терапією:** Абсолютна більшість жінок (98,7%, або 762 жінки) стабільно приймають АРТ, а 602 жінки (79%) із них взагалі не пропускали прийом ліків протягом року.
- +** **Відсутність масових відмов:** Причини повної відмови від лікування мають поодинокий характер (буквально по 1–2 випадки на всю вибірку), що доводить відсутність системних бар'єрів для старту терапії.
- +** **Гнучкість та видача ліків наперед:** Система адаптувалася до умов війни — практиці видачі ліків на тривалий термін (понад 3 місяці) вдалося оптимізувати час пацієнток та знизити навантаження на заклади охорони здоров'я.

Прогрес у логістиці та регулярному нагляді:

- +** **Успіх поштової доставки АРТ:** Дистанційне отримання ліків стало потужним інструментом — ним користуються вже 349 жінок (45,2%). Водночас рівень необізнаності про цю послугу впав до 14% (108 жінок).
- +** **Висока регулярність моніторингу:** 574 жінки (74,4%) особисто відвідували свого лікаря протягом останніх трьох місяців, що свідчить про регулярний медичний супровід, а абсолютна більшість пацієнток (624 жінки, 80,8%) мають контакти лікаря для консультацій.

Покращення медичної етики та якості комунікації:

- +** **Кардинальне зниження стигми й дискримінації:** Лише 40 жінок (5,2%) стикалися з грубістю чи упередженістю медиків через свій ВІЛ-статус. Це підтверджує високу ефективність тренінгів із толерантності для персоналу.
- +** **Якісне інформування:** У 81,4% випадків (596 жінок) лікарі не просто видають результати аналізів, а детально та доступно роз'яснюють їх пацієнткам.

Позитивна динаміка у профілактиці супутніх захворювань:

- + Ефективний контроль ТБ:** Безкоштовний доступ до діагностики туберкульозу впевнено зріс з **75,4%** (у 2024 році) до **82,9%** (у 2026 році). Крім того, 594 жінки (76,9%) отримали якісні та зрозумілі консультації щодо профілактики ТБ.
- + Покращення в онкоскринінгу:** Зафіксовано суттєвий прогрес у сфері репродуктивного здоров'я — кількість жінок, які не проходили критично важливу цитологію шийки матки, значно скоротилася порівняно з минулим роком.
- + Вчасний контроль вірусу та імунітету:** 621 жінка (80,4%) вчасно проходить обстеження на вірусне навантаження, а **586 осіб (75,9%)** — контролюють рівень клітин CD4.

Проблеми, що залишаються

Перебої з лікуванням та моніторингом ВІЛ:

- Тимчасові пропуски АРТ:** 163 жінки (21,1%) пропускають прийом ліків через забудькуватість, у поїздках, депресивні стани та важкі побічні ефекти (нудота, головний біль).
- Повернення дефіциту ліків:** 31 жінка (4%) зіткнулася з нестачею АРТ у медзакладах, а в Київській, Тернопільській та Сумській областях зафіксовано тривалі перебої (понад 5 місяців).
- Порушення графіків аналізів:** 129 жінок (16,7%) не перевіряли вірусне навантаження більше року (зокрема й ті, у кого лікування раніше вже не спрацювало). 141 респондентка (18,3%) вчасно не здавала аналіз на CD4.

Клінічні ризики та комунікаційний вакуум:

- Зміна схем АРТ «наосліп»:** 50% жінок із високим вірусним навантаженням (вірусологічною невдачею) не проходили тест на резистентність. Їм змінюють ліки на вмання, що загрожує життю.
- Приховування інформації:** У 42,5% випадків відмов у зміні схеми лікування медики взагалі нічого не пояснили пацієнткам. 4,6% жінок не повідомили навіть результати їхніх планових аналізів.
- Черги та порушення таємниці діагнозу:** Через брак персоналу та ремонти жінки стоять у чергах на аналізи по 3–4 години, а прийоми часто проходять у кабінетах, де одночасно сидять по 6 людей.

Криза у сфері сексуального, репродуктивного здоров'я та ТБ:

- **Ігнорування гінекологів:** 226 жінок (29,3%) взагалі не відвідували жіночу консультацію за рік. Лише 132 жінки (24,3%) пройшли повний комплекс рекомендованих обстежень.
- **Провал у діагностиці ВПЛ:** Тестування на вірус папіломи людини є критично недоступним — більшість жінок його не проходили або не знають про нього.
- **Приховані побори:** Попри закон, жінки продовжують платити з власної кишені за ТБ-скринінг (38 жінок, 4,9%), мазок на мікрофлору (48 жінок, 8,8%), бакпосів урогенітальних виділень (38 жінок, 7%), цитологію (38 жінок, 7%), діагностику ВПЛ (48 жінок, 8,8%) та тести на сифіліс (12 жінок, 2,2%).
- **Дефіцит контрацепції:** 114 жінок (21%) не забезпечені безкоштовною плановою контрацепцією за наявності потреби, а для 184 жінок (33,9%) платними залишаються презервативи та лубриканти.

Прямі порушення прав та дискримінація

- **Масштаб правопорушень:** 110 жінок заявили про серйозні порушення прав у медзакладах.
- **Регіони-антилідери:** Київська (17,3%), Дніпропетровська (16,4%) та Чернівецька (11,8%) області.
- **Форми стигми:** Відмова у медичній допомозі, незаконне розголошення ВІЛ-статусу, вимагання грошей та грубе, образливе ставлення персоналу.

Нижче наведено рекомендації для осіб, які приймають рішення, організацій громадянського суспільства та міжнародних донорів. Метою цих рекомендацій є адвокація заходів, що гарантують жінкам, які живуть з ВІЛ, необхідний доступ до медичних послуг з ВІЛ, туберкульозу, а також сексуального та репродуктивного здоров'я (на основі аналізу 2026 року).

ДЛЯ ОСІБ, ЯКІ ПРИЙМАЮТЬ РІШЕННЯ:

Політика та фінансове забезпечення

- 1 Пріоритезація потреб у стратегіях:** Обов'язково включити специфічні потреби жінок, які живуть з ВІЛ, до національних та обласних програм, стратегій та інших регуляторних політик.
- 2 Стабільність бюджету:** Забезпечити стабільне та довгострокове фінансування профільних програм, особливо в умовах воєнного стану, з метою уникнення залежності від розрізнених разових проєктів.

Організація медичної логістики та клінічного супроводу

- 3 Повернення пацієнток під медичний нагляд:** Запровадити цільовий моніторинг та оптимізувати роботу регіональних кабінетів «Довіра» та СНІД-центрів у *Київській, Дніпропетровській та Житомирській областях*, де зафіксовано найвищий рівень (11,9%) тривалого відключення від медичного нагляду.
- 4 Фокус на відновленні репродуктивного моніторингу:** Розробити та впровадити локальні плани залучення пацієнток до профілактичних оглядів у *Київській, Одеській та Волинській областях* — регіонах із найвищим показником жінок, які взагалі не відвідували гінеколога протягом останніх 12 місяців.
- 5 Подолання логістичних бар'єрів та черг:** Реформувати процедуру забору крові на CD4 (скасувати обмеження «лише раз на місяць»), щоб ліквідувати виснажливі багатогодинні черги.
- 6 Адресна транспортна підтримка:** Впровадити програми компенсації витрат на проїзд або роботу мобільних клінік для жінок, які не можуть дістатися лікаря через брак коштів або стан здоров'я.
- 7 Безперебійне постачання АРТ:** Посилити контроль за логістикою препаратів безпосередньо в регіональних закладах для унеможливлення випадків повної відсутності ліків під час візиту пацієнтки.
- 8 Гнучкість видачі препаратів:** Офіційно закріпити та масштабувати практику видачі АРТ на тривалий період (понад 3 місяці) для адаптації жінок до умов війни та вимушеного переміщення.

Забезпечення безоплатних гарантій та розширення діагностики

- 9 Викорінення прихованих поборів:** Повністю ліквідувати практику неформальних оплат у кабінетах гінекологів та на первинній ланці за базові аналізи: мазки на мікрофлору, бакпосіви, тести на сифіліс та онкоцитологію.
- 10 Реформа скринінгу на ВПЛ:** Подолати провал у діагностиці вірусу папіломи людини шляхом включення тестування до обов'язкового безкоштовного пакета послуг для жінок з ВІЛ та розробки чіткого протоколу його призначення.
- 11 Комплексність пакетів НСЗУ:** Гарантувати 100% реальну безоплатність онкоскринінгу, діагностики туберкульозу, ІПСШ та обов'язкового тестування на резистентність ВІЛ у разі неефективності поточної схеми лікування.
- 12 Доступ до контрацептивів:** Забезпечити доступність безоплатних контрацептивів та засобів тривалої дії, а також безперебійне постачання презервативів та лубрикантів через кабінети «Довіра».

Медична етика, комунікація та захист прав

- 13 Санкції за порушення прав та таємниці:** Запровадити дієві заходи дисциплінарної та юридичної відповідальності медиків за розголошення ВІЛ-статусу, демонстративну упередженість (на кшталт надмірної дезінфекції поверхонь за пацієнткою) та відкриті образи.
- 14 Локальне реагування на стигму:** Провести внутрішній аудит та тренінги з толерантності для медичного персоналу у *Чернівецькій області*, яка стала лідером за кількістю скарг на грубість (кожен 8-й випадок по країні).
- 15 Доступність мови консультування:** Інтегрувати у медичні стандарти та курси кваліфікації обов'язковий принцип «простими словами» — надання медичних приписів та роз'яснень аналізів без зловживання складною термінологією.

ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЙ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА:

(Пара)юридичний захист, громадський контроль та протидія стигмі

- 1 (Пара)юридичний супровід та стратегічне судочинство:** Розширити програми (пара)юридичної допомоги для захисту та супроводу жінок, які безпосередньо зіткнулися з відмовами у наданні медичних послуг, госпіталізації або вимаганням грошей.
- 2 Правозахисний моніторинг:** Організувати системний правовий супровід випадків проявів стигми та протиправного розголошення медичними працівниками ВІЛ-позитивного статусу пацієнток.

3 Громадський аудит медичних закладів: Проводити регулярний незалежний моніторинг жіночих консультацій на предмет виявлення прихованих оплат за базові аналізи (мазки, бакпосіви) та вимагати від адміністрації безкоштовного забезпечення жінок розхідними матеріалами.

4 Адвокаційні кампанії проти стигми: Використовувати задокументовані реальні історії дискримінації (психологічний тиск, ізоляція пацієнток) для проведення масштабних адвокаційних кампаній, спрямованих на реформування стандартів медичної етики на національному рівні.

Психосоціальна підтримка та утримання в лікуванні

5 Цифрові інструменти прихильності: Розробити та впровадити спеціалізовані мобільні додатки-нагадування або інтерактивні чат-боти для контролю регулярності прийому АРТ, щоб допомогти жінкам, які пропускають ліки через завантаженість чи зміну життєвих обставин. Створити доступні цифрові калькулятори та пам'ятки, які допомагають жінкам самостійно розшифрувати рівні CD4 та вірусного навантаження «простими словами» без складної медичної лексики.

6 Подолання втоми від терапії: Створити та розвивати групи психологічної підтримки для подолання «синдрому втоми від лікування», апатії та депресивних станів, які стають причиною перерв у терапії.

Інформаційно-просвітницька діяльність та медична грамотність

7 Консультування «рівна-рівній»: Організувати цільові інформаційні сесії для пацієнток (особливо у Дніпропетровській, Київській, Тернопільській та Чернівецькій областях) щодо побічних ефектів АРВ, рівнів CD4, вірусного навантаження та профілактики опортуністичних інфекцій.

8 Видавництво адаптованих матеріалів: Розробити та розповсюджувати через кабінети інфекціоністів зрозумілі друківані та цифрові адаптовані матеріали (пам'ятки, буклети, картки-гайди) для детального вивчення базових аспектів ВІЛ вдома.

9 Руйнування міфів про платні послуги: Розгорнути широку просвітницьку роботу щодо прав пацієнток для подолання інформаційного вакууму, оскільки значна частина жінок не знає про своє право на безоплатний онкоскринінг (цитологію) і безпідставно платить за нього з власної кишені.

10 Просвіта щодо онкоризиків та ВПЛ: Залучати консультанток спільноти для проведення інформаційно-мотиваційних сесій про небезпеку вірусу папіломи людини (ВПЛ) та його прямий зв'язок із раком органів репродуктивної системи.

Цільова просвітницька робота з незалученими віковими групами: Організувати специфічні інформаційні та мотиваційні кампанії для жінок, які живуть з ВІЛ, у віці 40–49 років. Ця категорія є найбільш критичною, оскільки становить майже половину (42,5%) від усіх пацієнток, які повністю випали з поля зору жіночих консультацій за останній рік.

ДЛЯ МІЖНАРОДНИХ ДОНОРІВ:

Прямі закупівлі, медична інфраструктура та сервіси доставки

Забезпечення інституційної сталості в умовах війни: Спрямувати донорську допомогу на довгострокове фінансування стабільних програм утримання в лікуванні, зменшуючи залежність життєво важливих сервісів від короткострокових разових проєктів.

Закупівля дефіцитних тест-систем: Покрити критичний дефіцит державних закупівель шляхом фінансування тестів на стійкість вірусу до ліків (для уникнення зміни схем «наосліп») та тестів на вірус папіломи людини (ВПЛ) для жінок, які живуть з ВІЛ. Спрямувати цільове фінансування на закупівлю тестів на ВПЛ для Центрів СНІДу та жіночих консультацій у найбільш проблемних регіонах.

Гранти на мобільні клініки: Виділити фінансування на виїзні мультидисциплінарні бригади у складі інфекціоніста, гінеколога та соціального працівника для охоплення пацієнток, які не відвідували жіночі консультації понад рік через логістичні чи фінансові труднощі.

Підтримка альтернативної логістики: Інвестувати у стабільний розвиток та покриття витрат на поштову або кур'єрську доставку АРТ, що довело свою ефективність і дозволяє уникнути перерв у лікуванні через логістичні проблеми.

Навчання медичного персоналу та покращення комунікації

Освіта щодо побічних ефектів та етики: Фінансувати довгострокові освітні програми для медичного персоналу, присвячені коректному менеджменту побічних ефектів АРТ (нудота, головний біль) та етиці комунікації.

Дестигматизація та комунікативні тренінги: Профінансувати навчальні програми для лікарів інфекційного профілю, спрямовані на побудову ефективної комунікації в триаді «лікар—пацієнт» з акцентом на подолання мовних бар'єрів та дестигматизацію.

Підтримка акушерів-гінекологів: Забезпечити технічну підтримку для розробки пам'яток та тренінгів для акушерів-гінекологів з метою покращення їхньої роз'яснювальної роботи та усунення комунікаційного бар'єру у спілкуванні з жінками, які живуть з ВІЛ.

Утримання в лікуванні, цифрові продукти та захист прав людини

- 8** **Фінансування програм повернення пацієнток:** Спрямувати грантові кошти на підтримку сервісів із повернення під диспансерний нагляд та відновлення лікування тих жінок, які перервали терапію.
- 9** **Мінігранти на інформаційні інструменти:** Виділити цільове фінансування на створення та тиражування простих цифрових інструментів (чат-ботів, інтерактивних пам'яток), які допомагають пацієнткам самостійно розшифровувати та розуміти свої аналізи.
- 10** **Захист від дискримінації:** Продовжувати фінансову підтримку параюридичних та правозахисних мереж, які здійснюють документування, ведення гарячих ліній та швидке реагування на випадки дискримінації ВІЛ-позитивних жінок у системі охорони здоров'я.



Оцінку доступності та якості послуг з ВІЛ, туберкульозу і сексуального та репродуктивного здоров'я для жінок, які живуть з ВІЛ, заплановано та реалізовано БО «Позитивні жінки» в рамках проекту «Лідерство жінок у відповідь на епідемію ВІЛ» за технічної підтримки БО «100% Життя» та фінансової підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією. Збір і моніторинг інформації відбувалися під керівництвом спільноти жінок, які живуть з ВІЛ.



Аналітичну записку підготовлено Наталією Герасимчук, експерткою з прав людини, консультанткою БО «Позитивні жінки».



Думки, висновки та рекомендації, викладені в цьому документі, належать авторці і не обов'язково відображають погляди БО «Позитивні жінки» та організацій, які надавали фінансову та технічну підтримку.



Всі права захищені, 2026



facebook.com/PositiveWomenUA



pw.org.ua

АНКЕТА ЗВОРОТНОГО ЗВ'ЯЗКУ

Ця анкета створена спеціально для жінок, які живуть з ВІЛ.

Мета опитування — зібрати дані про доступ до медичних послуг, вплив ВІЛ на сексуальне та репродуктивне здоров'я, досвід стигми, дискримінації та насильства, які можуть бути унікальними для жінок. Отримана інформація допоможе краще зрозуміти бар'єри та потреби саме жіночої частини спільноти, щоб забезпечити належну підтримку та адвокацію на національному рівні.

Ця анкета призначена для збору думок жінок, які живуть з ВІЛ, щодо доступу до медичних і соціальних послуг. Ваша участь є повністю добровільною. Ви можете заповнити анкету анонімно або, за бажанням, залишити контактні дані. Усі відповіді зберігаються конфіденційно, і не будуть передані третім особам. Інформація використовуватиметься лише у знеособленому вигляді, для поліпшення програм підтримки.

Натискаючи «Так», Ви погоджуєтесь на обробку Ваших персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

1. Чи погоджуєтесь Ви на обробку Ваших персональних даних?

Бажаєте залишити свої контактні дані? (Опціонально) Якщо так — будь ласка, введіть:

Ім'я (або псевдонім)

Номер телефону / Telegram / інший месенджер

2. Ваша стать? (жінка; чоловік; інше)

Ця анкета призначена для жінок. Дякуємо за увагу!

3. Скільки Вам повних років? (до 19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-49; понад 50)

4. Ви ВПО? (так; ні)

5. Чи звертались Ви до лікаря, який надає послуги з лікування ВІЛ за останній рік (рахується період до дати проходження опитування) (так; ні)

6. Чи мали Ви в минулому або маєте зараз досвід, пов'язаний з такими ситуаціями (вживання ін'єкційних наркотиків або інших психоактивних речовин; займались секс-працею; перебували в місцях позбавлення волі; немає такого досвіду; не хочу відповідати)?

Оцінка доступності медичних послуг з лікування ВІЛ

7. Ви приймаєте АРТ (антиретровірусну терапію)? (так; ні)

Чому Ви не приймаєте АРТ? (ще не призначили; боюсь побічних ефектів; відмова лікаря; не вважаю за потрібне; немає довіри до лікарів; інше)

8. На який термін Вам зазвичай видають АРВ? (менше ніж на 1 місяць; 1 місяць; 2 місяці; 3 місяці; більше ніж 3 місяці)

9. За останні 12 місяців Ви пропускали прийом АРВ? (так; ні)

10. Якщо так, оберіть причину (забула, через самопочуття, незрозумілий графік прийому, інше)
11. За останні 12 місяців були перебої з АРВ у закладі? (так; ні)
12. Якщо так, на який період? (менше 1 місяця; 1-3 місяці; 3-5 місяців; більше 5 місяців)
13. Щось заважає Вам отримувати АРВ? (оберіть усе, що підходить) (незручне розташування Центру СНІДу/Кабінету Довіри; брак коштів на проїзд; стан здоров'я; грубе/упереджене ставлення медичного персоналу; черги в лікарні; страх, що родичі, знайомі дізнаються про ВІЛ-статус; страх відвідувати Центр СНІДу/Кабінет Довіри у зв'язку з війною; зміна графіку роботи Центру СНІДу/Кабінет Довіри; перебої з препаратами; не було потрібних послуг або спеціалістів; брак коштів на лікування та/чи обстеження; брак часу; не уважне ставлення лікаря; інше)
14. За останні 12 місяців Ви звертались до лікаря через побічні ефекти АРВ? (так; ні)
15. Якщо так, чи було Вам призначено іншу схему лікування? (так; ні)
16. Вам пояснили, чому не змінили схему? (не було препаратів; не вважали за потрібне; інші причини; не пояснили)
17. Маєте контакти лікаря для консультацій? (так; ні)
18. Коли був останній візит до лікаря? (менше 1 місяця; 1-3 місяці; 4-5 місяців; більше 6 місяців)
19. Вкажіть назву медзакладу і населений пункт, де ви отримуєте лікування ВІЛ
20. Знаєте про доставку АРВ поштою? (так, замовляла; так, але не замовляю; ні, не знаю)
21. Чи пропонували Вам протестувати Вашого партнера на ВІЛ? (так; ні)

Оцінка якості медичних послуг з лікування ВІЛ

22. Стикались із грубістю або упередженістю від медиків у закладі, де отримуєте лікування ВІЛ, за останній рік? (так; ні)
23. Якщо так, як це проявлялось (оберіть усі відповіді)? (відмова у допомозі або консультуванні; відмова направити до іншого лікаря; підвищення голосу, образливі висловлювання; порушення конфіденційності / розголошення статусу; інше)
Вкажіть як в медзакладі проявились грубість або упередженість від медиків або введіть «Ні» для продовження анкетування
24. Ви отримали достатньо інформації від лікарів про лікування ВІЛ і контроль захворювання? (так; ні; частково)
25. Чи були зрозумілими пояснення про лікування ВІЛ? (так; ні; частково)

Моніторинг ефективності лікування ВІЛ

26. Коли Вам востаннє робили аналіз на вірусне навантаження? (цього року; більше року тому; ніколи; не знаю)
27. Чи робили Вам аналіз на CD4 (імунні клітини)? (цього року; більше року тому; ніколи; не знаю)
28. Чи сказали Вам результати цих аналізів? (так, пояснили; так, але без пояснень; не сказали; не пам'ятаю)
29. Був період, коли Ваше лікування ВІЛ не спрацьовувало (вірусне навантаження залишалось високим)? (так; ні; не знаю)

30. Чи робили Вам тест на стійкість (резистентність) ВІЛ до АРВ-препаратів? (так; ні; не знаю)

31. Вам було зручно проходити ці обстеження? (можна обрати кілька варіантів) (так, у тому ж закладі, де отримую АРВ; довелося їхати в інше місто; не знала, де це робити; було дорого / платно; відмовили в обстеженні; інше)

Оцінка доступності та якості послуг ТБ

32. Чи проходили Ви діагностику туберкульозу (флюорографія) протягом року? (так; ні)

33. Можете пройти флюорографію безкоштовно? (так; ні; не знаю)

34. Чи отримували Ви консультацію щодо профілактики туберкульозу? (так; ні)

Оцінка доступності та якості послуг СРЗ

35. Чи відвідували Ви жіночу консультацію протягом останнього року? (так; ні)

36. Вам робили мазок на мікрофлору з уретри, піхви або шийки матки? (так, безкоштовно; так, послуга була платною; ні; не знаю)

37. Вам робили бакпосів урогенітальних виділень? (так, безкоштовно; так, послуга була платною; ні; не знаю)

38. Чи проходили Ви діагностику на сифіліс (RW)? (так, безкоштовно; так, послуга була платною; ні; не знаю)

39. Чи робили Ви цитологію шийки матки (ПАП-тест)? (так, безкоштовно; так, послуга була платною; ні; не знаю)

40. Чи проходили Ви обстеження на вірус папіломи людини (ВПЛ)? (так, безкоштовно; так, послуга була платною; ні; не знаю)

41. Чи надавались Вам консультації з таких тем? (оберіть усі, що були) (сексуальне та репродуктивне здоров'я; планування сім'ї; життя з ВІЛ в дискордантній парі; профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини; безпека вагітності та пологів із ВІЛ; контрацепція та АРВ; ні, жодної консультації не було)

42. Чи отримували Ви безкоштовну контрацепцію (крім презервативів)? (наприклад: таблетки, спіраль, ін'єкції, капсули, пластирі тощо) (так; ні, але потребу; ні, не потребу)

43. Чи доступні Вам безкоштовні презервативи, лубриканти? (так; ні, але потребу; ні, не потребу)

Порушення прав у медичних закладах

44. Чи порушувались Ваші права медичним персоналом за останній рік у таких закладах (можна обрати кілька варіантів)?

Наприклад: відмова в допомозі, грубість, розголошення ВІЛ-статусу, приниження, ігнорування симптомів тощо

(у сімейного лікаря; у жіночій консультації / пологовому будинку; у Центрі СНІДу / кабінеті довіри; в іншому закладі (вказіть); ні, не порушувались)

45. Якщо права порушувались, чи звертались Ви за допомогою? (так; не знаю куди; ні)

46. Чи стикались Ви з грубим, упередженим або неповажним ставленням у медичних закладах через Ваш ВІЛ-статус? (оберіть усе, що підходить) (під час вагітності; у пологовому будинку; не стикалась; важко відповісти)

- 47.** Можете вказати медичний заклад або лікаря, якщо у Вас були складні ситуації під час лікування, обстеження чи спілкування з медичним персоналом (Ваша відповідь необов'язкова та залишиться конфіденційною. Це допоможе покращити якість послуг)
- 48.** Вкажіть, будь ласка область, де ви отримували послуги
- 49.** Вкажіть, будь ласка, населений пункт, де ви отримували послуги:
- Дякую за проходження анкети!