

Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я»

Операційне дослідження проєкту Drugstore серед людей, які вживають психоактивні речовини: результати 2025 року

Київ, Україна  
Квітень 2026 року

Автори:

Вячеслав Кушаков, директор департаменту поведінкового здоров'я та кризового реагування Альянсу громадського здоров'я. [kushakov@aph.org.ua](mailto:kushakov@aph.org.ua)

Галина Сергієнко, керівниця відділу поведінкового здоров'я та телездоров'я Альянсу громадського здоров'я. [sergienko@aph.org.ua](mailto:sergienko@aph.org.ua)

Євген Большов, старший дослідник - аналітик відділу поведінкового здоров'я та телездоров'я Альянсу громадського здоров'я. [bolshov@aph.org.ua](mailto:bolshov@aph.org.ua)

Контактна особа: Євген Большов, [bolshov@aph.org.ua](mailto:bolshov@aph.org.ua)

© 2026 Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я». Всі права захищені. Жодна частина цієї публікації не може бути відтворена без попереднього дозволу власника авторських прав.

Погляди, висловлювання та думки, що містяться у цьому звіті, належать авторам і не обов'язково відображають офіційну позицію МБФ «Альянс громадського здоров'я», його партнерів або донорів. Автори доклали всіх зусиль для забезпечення точності інформації, однак організація не несе відповідальності за можливі помилки та неточності.

## Зміст

Інформація про дослідження .....	5
Глосарій та список скорочень .....	5
Список таблиць .....	8
Список діаграм .....	10
Методологія та дизайн дослідження .....	11
Вибірка дослідження .....	11
Опитувальник дослідження .....	12
Технічне рішення дослідження .....	13
Чистка даних .....	14
Аналіз даних .....	17
Управління даними та етика .....	18
Обмеження дослідження .....	19
Стислий виклад результатів дослідження .....	21
Обговорення результатів та напрями подальших досліджень .....	28
Рекомендації .....	32
1. Профіль учасників дослідження .....	33
1.1. Статевий розподіл .....	33
1.2. Віковий розподіл .....	33
1.3. Розподіл за областю проживання .....	33
2. Вживання ПАР .....	35
2.1. Вживання марихуани .....	35
2.2. Практики ін'єкційного вживання ПАР .....	37
2.3. Речовини, які вживають ін'єкційно .....	40
2.4. Речовини, які вживають неін'єкційно .....	42
2.5. Вживання ПАР друзями та знайомими .....	51
3. Перевірка ПАР: обізнаність про тести та практики .....	53
3.1. Обізнаність про тестування речовин .....	53
3.2. Причини не використання реагентів для перевірки ПАР із складу PartyBox .....	55
3.3. Причини, з яких респонденти не тестують ПАР .....	56
4. Одночасне вживання ПАР та алкоголю. Проблемне вживання алкоголю .....	58
4.1. Поєднання ПАР з алкоголем .....	58
4.2. ПАР, які вживають одночасно з алкоголем .....	59
4.3. Частота епізодів вживання великого обсягу алкоголю .....	60
4.4. Міжнародні критерії інтенсивного / надмірного вживання алкоголю .....	61

4.5. Поширеність інтенсивного / надмірного вживання алкоголю за міжнародними критеріями в різних популяціях та зв'язок зі споживанням ПАР.....	62
5. Досвід «спайкінгу» та наслідки .....	65
6. Сексуальне життя.....	69
6.1. Вживання психоактивних речовин під час останнього сексуального контакту ....	69
6.2. Вживання психоактивних речовин під час сексуальних контактів з різними типами партнерів протягом останніх 6 місяців.....	71
6.3. Сексуальні вподобання та сексуальні практики .....	71
6.3.1. Сексуальні практики жінок .....	71
6.3.2. Сексуальні практики чоловіків .....	72
6.4. Використання презервативів під час сексу.....	73
6.5. Транзакційний секс .....	76
6.6. Груповий секс.....	77
7. Потреби у послугах для ментального здоров'я .....	79
8. Потреба у медичних послугах .....	85
9. Тестування на сифіліс, гепатити та інші ІПСШ .....	88
10. Тестування на ВІЛ .....	93
11. Доконтактна профілактика ВІЛ.....	99
12. Проблеми та небажані прояви, викликані вживанням ПАР.....	102
12.1. Типи проблем, викликаних вживанням ПАР.....	102
12.2. Небажані прояви внаслідок вживання ПАР .....	104
Перелік джерел .....	113

# Інформація про дослідження

## Глосарій та список скорочень

### I. Ключові групи та поведінкові практики

**ЧСЧ** – Чоловіки, які мають секс із чоловіками.

**Транзакційний секс** – Сексуальні контакти, у межах яких відбувається обмін сексу на гроші, матеріальні блага, психоактивні речовини або інші ресурси.

**Сексуалізоване вживання наркотиків (SDU, Sexualised Drug Use)** – Умисне вживання психоактивних речовин перед або під час сексуальних контактів з метою зміни або інтенсифікації сексуального досвіду.

**Спайкінг** – Навмисне додавання психоактивних або сильнодіючих речовин у напій чи їжу людини без її відома та згоди.

### II. Профілактика та інфекції

**ВІЛ** – Вірус імунодефіциту людини.

**СНІД** – Синдром набутого імунодефіциту.

**ІПСШ** – Інфекції, що передаються статевим шляхом.

**ДКП (ПрЕП, Pre-Exposure Prophylaxis)** – Доконтактна профілактика ВІЛ; метод профілактики, що передбачає прийом антиретровірусних препаратів ВІЛ-негативними особами з підвищеним ризиком інфікування.

**ЗПТ** – замісна підтримувальна терапія.

### III. Алкоголь та пов'язані індикатори

**Стандартна порція алкоголю (standard drink)** – Умовна одиниця споживання алкоголю, що відповідає фіксованій кількості чистого етанолу; у цьому звіті визначається через конкретні об'єми напоїв із типовою міцністю.

**Епізодичне надмірне вживання (binge drinking)** – Епізод вживання великої кількості алкоголю за один раз; поріг визначається відповідно до використаної методики.

**HED (heavy episodic drinking)** – Епізодичне надмірне вживання алкоголю у визначенні ВООЗ: споживання щонайменше 60 г чистого алкоголю принаймні один раз протягом останніх 30 днів.

**Інтенсивне вживання алкоголю (heavy drinking)** – Часте епізодичне надмірне вживання алкоголю, визначення якого залежить від використаної методики (SAMHSA, CDC тощо).

#### **IV. Психоактивні речовини**

**ПАР** – Психоактивні речовини.

**2С-В** – Синтетична психоактивна речовина з групи фенетиламінів із психоделічними та стимулювальними ефектами.

**Альфа-PVP ( $\alpha$ -PVP)** – Синтетичний психостимулятор із групи катіонів із високим потенціалом токсичності та залежності.

**ГНВ/GBL** –  $\gamma$ -гідроксимасляна кислота та  $\gamma$ -бутиролактон; речовини з депресивною дією на центральну нервову систему.

**LSD (лізергінова кислота діетиламід)** – Напівсинтетичний психоделічний галюциноген.

**MDMA (екстазі)** – 3,4-метилендіоксиметамфетамін; синтетична психоактивна речовина з емпатогенними та стимулювальними властивостями.

**Налбуфін** – Опіоїдний анальгетик із ризиком зловживання та розвитку залежності.

**Прегабалін (торгова назва «Лірика»)** – Габапентиноїд, який при немедичному використанні може викликати ейфорію та залежність.

**DMT (диметилтриптамін)** – психоактивна речовина з групи триптамінів, відома як класичний психоделік.

**5-МеО-DMT (5-метокси-диметилтриптамін)** – психоактивна речовина з групи триптамінів; попри схожість у назві, не є тотожною DMT і має інший профіль дії.

#### **V. Інституції та дослідницькі інструменти**

**ВООЗ** – Всесвітня організація охорони здоров'я.

**CDC** – Centres for Disease Control and Prevention (США).

**NIAAA** – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (США).

**SAMHSA** – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (США).

**ESPAD** – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

**AUDIT** – Alcohol Use Disorders Identification Test.

## **VI. Інформаційні, аналітичні та облікові системи**

**KoboToolbox** – Онлайн-платформа для створення та адміністрування опитувань і збору даних.

**SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)** – Програмне забезпечення для статистичного аналізу даних.

**SyrEx** – Інформаційна система моніторингу клієнтів і послуг у програмах профілактики ВІЛ, розроблена Альянсом громадського здоров'я для забезпечення анонімності та уникнення подвійного обліку.

**CASE++** – Система кодування клієнтів програм немедичного догляду та підтримки, розроблена Всеукраїнською мережею ЛЖВ, яка наразі є обов'язковою для використання і в програмах профілактики ВІЛ і спрямована на полегшення інтеграції кодів клієнтів з медичними системами обліку пацієнтів, які використовуються державними закладами охорони здоров'я.

## **VII. Програмні компоненти проєкту**

**PartyBox** – Комплексний профілактичний набір, який отримують клієнти проєкту Drugstore, що містить матеріали для зменшення шкоди, швидкі діагностичні тести на інфекції та реагенти для перевірки ПАР, та інформаційні ресурси.

## **VIII. Інші скорочення**

**ДІ** – довірчий інтервал.

**п.п.** – процентні пункти.

**ПТСР (посттравматичний стресовий розлад)** – психічний розлад, що може розвинути після безпосереднього переживання травматичної події або спостереження такої події, пов'язаної із загрозою життю, серйозною небезпекою чи насильством. Він може проявлятися нав'язливими спогадами, униканням нагадувань про травматичний досвід, підвищеною тривожністю, емоційним напруженням і порушеннями сну.

**АР** – Автономна Республіка.

## Список таблиць

Таблиця 1. Розподіл вибірки за областями проживання респондентів. ....	34
Таблиця 2. Статистичне тестування змін показників пожиттєвого досвіду вживання різних ПАР. ....	48
Таблиця 3. Статистичне тестування змін показників вживання різних ПАР протягом останніх 30 днів. ....	50
Таблиця 4. Причини, чому респонденти ніколи не перевіряли ПАР тестом. ....	56
Таблиця 5. Протягом останніх 6 місяців чи траплялося тобі одночасно (або впродовж однієї сесії/вечірки) вживати алкоголь та інші психоактивні речовини? .....	58
Таблиця 6. Які речовини ти найчастіше поєднуєш з алкоголем (в останні 6 місяців)?..	59
Таблиця 7. Як часто за останній рік ти випивав/ла 5 або більше «стандартних порцій» алкоголю за раз? .....	60
Таблиця 8. Інтегральні показники вживання алкоголю. ....	63
Таблиця 9. Чи траплялися з тобою ситуації, коли тобі підмішували або підсипали психоактивну речовину без твого відома чи згоди (так званий «спайкінг»)? .....	65
Таблиця 10. До яких наслідків призвів цей випадок (або випадки) «спайкінгу»? .....	66
Таблиця 11. Наслідки випадків спайкінгу. ....	67
Таблиця 12. Які речовини вживали під час останнього сексу (крім алкоголю та марихуани)?.....	70
Таблиця 13. Сексуальні практики жінок. ....	72
Таблиця 14. Сексуальні практики чоловіків. ....	73
Таблиця 15. А якими були причини того, що презерватив не використовувався під час останнього сексу? .....	74
Таблиця 16. Причини невикористання презерватива. ....	75
Таблиця 17. За останні 12 місяців були такі випадки, що ти вступав (-ла) в сексуальні стосунки переважно для того, щоб отримати необхідні тобі речі, гроші, подарунки, психоактивні речовини або інші важливі для тебе речі? .....	76
Таблиця 18. А що саме ти отримував (-ла) в обмін на такі сексуальні стосунки за останні 12 місяців? .....	77
Таблиця 19. Потреба у допомозі психолога/психотерапевта та психіатра. ....	79
Таблиця 20. Де отримували психологічну або психіатричну допомогу. ....	81
Таблиця 21. Причини, за якими не зверталися по психологічну або психіатричну допомогу незважаючи на наявність потреби протягом останніх 6 місяців. ....	83
Таблиця 22. Потреба в медичній допомозі протягом останніх 6 місяців. ....	85
Таблиця 23. Де саме респонденти отримували медичну допомогу. ....	86
Таблиця 24. Чому респонденти не зверталися по медичну допомогу попри наявність потреби. ....	87
Таблиця 25. Тестування на сифіліс, гепатити (В, С) та інші ІПСШ протягом останніх 6 місяців. ....	88
Таблиця 26. Причини відмови від тестування на ІПСШ. ....	90
Таблиця 27. Де (або як) було б зручніше протестуватися на сифіліс, гепатити (В, С) або інші ІПСШ. ....	91
Таблиця 28. Рівень зацікавленості у можливості самостійно вдома тестуватися швидкими мультитестами. ....	92
Таблиця 29. Чи проходив/ла коли-небудь тестування на ВІЛ.....	93
Таблиця 30. Частка тих, хто коли-небудь тестувався на ВІЛ, за віком.....	93

Таблиця 31. Коли проходив/ла останнє тестування на ВІЛ. ....	94
Таблиця 32. Результат останнього тестування на ВІЛ.....	95
Таблиця 33. Обізнаність про швидкі тести для самотестування на ВІЛ.....	95
Таблиця 34. Бажаний тип швидкого тесту для самотестування на ВІЛ. ....	96
Таблиця 35. Який тест вважають більш точним. ....	96
Таблиця 36. Рівень зацікавленості у можливості самостійно вдома тестуватися швидкими тестами на ВІЛ.....	97
Таблиця 37. Обізнаність про доконтактну профілактику ВІЛ (ПрЕП).....	99
Таблиця 38. Вживання ПрЕП протягом останнього року. ....	100
Таблиця 39. Чи приймаєш ти ПрЕП (доконтактну профілактику ВІЛ) постійно чи ситуативно (on demand)? .....	101

## Список діаграм

Діаграма 1. Вживання марихуани.....	35
Діаграма 2. Вживання марихуани за статтю.....	36
Діаграма 3. Вживання марихуани за віком.....	37
Діаграма 4. Досвід ін'єкційного вживання ПАР (2021-2025).....	38
Діаграма 5. Частота ін'єкційного вживання ПАР.....	38
Діаграма 6. Частота ін'єкційного вживання ПАР за статтю.....	39
Діаграма 7. Частота ін'єкційного вживання ПАР за віком.....	40
Діаграма 8. Основні речовини, які вживають ін'єкційно (топ-15 відповідей).....	41
Діаграма 9. Основні речовини, які вживають ін'єкційно, за віком (топ-15 відповідей).....	42
Діаграма 10. Частота вживання різних ПАР.....	43
Діаграма 11. Частота вживання різних ПАР за статтю.....	44
Діаграма 12. Досвід вживання різних ПАР за віком.....	45
Діаграма 13. Частота вживання різних ПАР за віком впродовж 30 днів.....	46
Діаграма 14. Досвід вживання ПАР неін'єкційним шляхом (2021-2025).....	47
Діаграма 15. Вживання ПАР неін'єкційним шляхом (2021–2025) протягом останніх 30 днів.....	49
Діаграма 16. Вживання ПАР друзями та знайомими.....	51
Діаграма 17. Вживання ПАР друзями та знайомими за віком.....	52
Діаграма 18. Обізнаність про тестування речовин.....	53
Діаграма 19. Досвід перевірки ПАР за допомогою тестів.....	54
Діаграма 20. Досвід перевірки ПАР за допомогою тестів за віком.....	54
Діаграма 21. Які ПАР респонденти перевіряли останнього разу.....	55
Діаграма 22. Причини не використання реагентів для перевірки ПАР із складу PartyBox.....	56
Діаграма 23. Проблеми, які виникають через вживання психоактивних речовин.....	102
Діаграма 24. Проблеми, які виникають через вживання психоактивних речовин (розподіл за статтю).....	103
Діаграма 25. Проблеми, які виникають через вживання психоактивних речовин (розподіл за віком).....	104
Діаграма 26. Досвід небажаних проявів (реакцій організму) після вживання психоактивних речовин.....	105
Діаграма 27. Досвід небажаних проявів (реакцій організму) після вживання психоактивних речовин (розподіл за статтю).....	106
Діаграма 28. Досвід небажаних проявів (реакцій організму) після вживання психоактивних речовин (розподіл за віком).....	107
Діаграма 29. Небажані прояви (реакції організму) після вживання психоактивних речовин.....	108
Діаграма 30. Небажані прояви (реакції організму) після вживання психоактивних речовин (розподіл за статтю).....	109
Діаграма 31. Небажані прояви (реакції організму) після вживання психоактивних речовин (розподіл за віком).....	110
Діаграма 32. Сприйняття причин небажаних проявів (реакцій організму) після вживання психоактивних речовин.....	111
Діаграма 33. Сприйняття причин небажаних проявів (реакцій організму) після вживання психоактивних речовин (розподіл за віком).....	112

## Методологія та дизайн дослідження

Польовий етап дослідження тривав з 12 лютого 2025 року по 26 грудня 2025 року. Нижче подано стислий опис методології цього дослідження, що охоплює дизайн, вибірку, рекрутинг, географію, інструмент збору даних, технічні рішення, логіку проведення опитування (включно з інтегрованою інтервенцією PartyBox), аналіз даних та управління даними.

Досліджувалась цільова група споживачів психоактивних речовин (ПАР), які зацікавлені в отриманні послуг проєкту Drugstore<sup>1</sup> Альянсу громадського здоров'я<sup>2</sup>. Дослідження відбувалося за не випадковою вибіркою, у режимі безперервного збору даних, онлайн (на платформі KoboToolbox<sup>3</sup>), методом самозаповнення структурованого опитувальника, що знижує вплив соціальної бажаності на валідність даних. Участь у дослідженні є умовою отримання профілактичних послуг проєкту.

Кожен респондент отримував унікальне кодування: SyrEx-код (весь 2025 рік) та Case++ (з літа 2025 року), що дозволяє інтегрувати дані дослідження в систему обліку профілактичних послуг як Альянсу громадського здоров'я, так і України в цілому. Цикл операційного дослідження виглядав так: рекрутування → скринінг → основна анкета → унікальний код (-и) → верифікація респондента співробітником проєкту Drugstore → видача (найчастіше надсилання поштою) профілактичного набору та надання інших послуг, у яких зацікавлений клієнт (психологічне консультування, тестування на ВІЛ, перенаправлення до інших сервісів на кшталт медичної, юридичної допомоги тощо). Таким чином, дослідження є і втручанням. Дослідження мало дизайн безперервного крос-секційного онлайн-опитування з ротацією модулів: тематичні блоки питань запускалися на обмежений час і вимикалися після досягнення цільової чисельності респондентів/необхідної точності індикаторів, що дозволяє оперативно перевіряти нові гіпотези та оцінювати поширеність тих чи інших явищ, які цікавлять програмних менеджерів.

## Вибірка дослідження

Рекрутування учасників здійснювалося із використанням неімовірнісної (зручної) вибірки. Дослідження було орієнтоване на охоплення цільової аудиторії через цифрові канали комунікації та наявні мережі взаємодії з потенційними клієнтами проєкту. Основний акцент робився на використанні соціальних мереж, онлайн-спільнот і ресурсів партнерських організацій, а також на мережевому поширенні інформації про проєкт і дослідження. Таким чином, метод формування вибірки дослідження може бути

---

<sup>1</sup> <https://drugstore.org.ua/uk/>

<sup>2</sup> <https://aph.org.ua>

<sup>3</sup> <https://www.kobotoolbox.org/>

визначений як суміш підходу «River Sampling» або «Social media sampling»<sup>4 5</sup> для тієї частини респондентів, які рекрутовані через онлайн-рекламу та активність проєкту в соціальних мережах, та підходу «снігової кулі» («Snowball Sampling») - для тої частини учасників дослідження, які дізналися про дослідження від своїх друзів, знайомих тощо.

Такий підхід передбачає самовідбір учасників: до опитування долучалися особи, які дізналися про дослідження та виявили готовність взяти участь. Відповідно, вибірка не є імовірнісною та не претендує на репрезентативність щодо ширшої популяції. Її завданням було забезпечити доступ до релевантної аудиторії та отримати дані про її характеристики, потреби й поведінкові патерни.

Критерії включення в дослідження були такими: 1) особи віком 14 та більше років 2) які мали досвід вживання психоактивних речовин (крім марихуани та алкоголю) протягом останніх 6 місяців 3) надали інформовану згоду на участь в дослідженні 4) проживають в Україні (крім Автономної Республіки Крим). Опитування проводилося українською мовою. Важливо зазначити, що респонденти з тимчасово окупованих або неконтрольованих територій України не могли отримувати профілактичний набір PartyBox через обмеження логістики та безпеки. Онлайн-формат надав можливість забезпечити участь респондентів навіть у віддалених населених пунктах, за умови доступу до мережі Інтернет, та врахувати вимушене переміщення населення під час воєнного стану (учасники могли перебувати в будь-якому безпечному місці в межах країни).

Всього в 2025 році було зібрано 2 919 опитувальників, з них унікальних за SyrEx-кодом в 2025 році - 2 770, 178 опитувальників було вилучено після чистки даних (див. розділ «Чистка даних»), відповідно до фінального масиву для аналізу увійшло 2 592 опитувальника.

## Опитувальник дослідження

Інструментом дослідження була структурована онлайн-анкета (опитувальник) для самозаповнення, яка містила набір змістовних тематичних блоків питань. Анкета розроблялася командою проєкту Drugstore.

Опитувальник починався з короткого опису дослідження та проєкту, отримання інформованої згоди від респондента, скринінгового блоку (місце проживання, вік, вживання ПАР протягом останніх 6 місяців), базового демографічного блоку (стать, вік,

---

<sup>4</sup> Rohr, B., Felderer, B., Silber, H., Daikeler, J., Roßmann, J., & Schröder, J. (2024). When are non-probability surveys fit for my purpose. Mannheim, GESIS–LeibnizInstitute for the Social Sciences (GESIS–Survey Guidelines), 10.

[https://www.gesis.org/fileadmin/admin/Dateikatalog/pdf/guidelines/non\\_probability\\_surveys\\_rohr\\_felderer\\_silber\\_daikeler\\_rossmann\\_schroeder\\_2024.pdf](https://www.gesis.org/fileadmin/admin/Dateikatalog/pdf/guidelines/non_probability_surveys_rohr_felderer_silber_daikeler_rossmann_schroeder_2024.pdf)

<sup>5</sup> Pöttschke, S., Weiß, B., Daikeler, J., Silber, H., & Beuthner, C. (2023). A guideline on how to recruit respondents for online surveys using Facebook and Instagram: Using hard-to-reach health workers as an example (Version 1.0).

[https://www.gesis.org/fileadmin/admin/Dateikatalog/pdf/guidelines/social\\_media\\_sampling\\_poetzschke\\_2023.pdf](https://www.gesis.org/fileadmin/admin/Dateikatalog/pdf/guidelines/social_media_sampling_poetzschke_2023.pdf)

оцінка матеріального становища) та блоку формування кодів SyrEx та CASE++ (з літа 2025 року).

Опитувальник був структурований за тематичними блоками та охоплював як досвід взаємодії з проектом, так і поведінкові практики, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, сексуальною поведінкою і профілактикою ризиків. Опитувальник розпочинався блоком, присвяченим досвіду користування набором зменшення шкоди PartyBox (якщо респонденти користувалися ним раніше). Це дозволяло оцінити попередню взаємодію респондентів із сервісом та його сприйняття. Далі анкета містила блоки щодо досвіду вживання психоактивних речовин: окремо розглядалися вживання марихуани, ін'єкційне вживання та неін'єкційне вживання інших ПАР. Такий поділ забезпечував більш точний аналіз різних моделей вживання та пов'язаних із ними ризиків. Окремі розділи стосувалися одночасного вживання ПАР і алкоголю, ознак проблемного вживання алкоголю, а також досвіду «спайкінгу». Наступний блок був присвячений проблемам та несприятливим наслідкам, що можуть виникати у зв'язку з вживанням ПАР. Анкета також включала модуль щодо практик перевірки психоактивних речовин як елементу зменшення шкоди. Значна частина питань стосувалася сексуальних стосунків та пов'язаних ризиків, а також тестування на ВІЛ, сифіліс, вірусні гепатити й інші ІПСШ. Завершальний блок був присвячений досвіду та обізнаності щодо доконтактної профілактики (ДКП, PrEP).

Протягом польового етапу відбувалася ротація деяких модулів після того як було набрано необхідну для програмних менеджерів кількість відповідей респондентів. Наприклад, в опитувальнику був присутній блок про потреби респондентів в медичних послугах та послугах психологів/психіатрів та досвіду отримання цих послуг, які потім було знято, щоб додати нові індикатори сексуальної поведінки тощо. Ротація здійснюється для того, щоб не перевантажувати респондентів занадто довгим опитувальником, що може збільшити кількість перерваних інтерв'ю та негативно вплинути на якість даних дослідження.

Після проходження опитувальника респондент отримував інформацію про номер свого унікального купону, час та дату закінчення опитування, свій код SyrEx та CASE++, пропозиції та веб-посилання для отримання послуг проекту (за бажанням респондента) - психолога, допомоги для людей, що вживають наркотики ін'єкційно (якщо респондент має такий досвід) тощо. Надавши в електронному вигляді співробітникам проекту скріншот з купоном, кодами SyrEx та CASE++, респондент отримував профілактичний набір PartyBox.

Медіанний час заповнення опитувальника - 13,37 хв, середній час - 15,43 хв. Показники обчислено на тих анкетах, які було закінчено не більше, ніж за 60 хвилин, оскільки невелика частка респондентів робила довгі перерви між початком анкетування та відправкою анкети (години, інколи дні та тижні).

## Технічне рішення дослідження

Для реалізації веб-опитування використовувалася платформа KoboToolbox - інструмент збору даних, що добре відповідав вимогам дослідження завдяки поєднанню доступності для респондентів і гнучкості в налаштуваннях анкети. Платформа дозволяє поширювати анкету через пряме веб-посилання, даючи можливість респондентам брати участь в дослідженні як зі смартфона або планшета, так і з комп'ютера без встановлення додаткових застосунків. У KoboToolbox була реалізована логіка переходів і валідації відповідей (скрінінг, умовне відображення блоків, перевірки коректності відповідей), що зменшувало частку помилок у критичних полях. Важливою перевагою була можливість ротації окремих тематичних блоків протягом року (оновлення/перестановка або включення/виключення модулів без повного редизайну анкети), що спрощувало підтримку інструментарію та адаптацію до поточних інформаційних потреб проєкту. Також платформа дала змогу автоматично генерувати унікальні коди для завершених анкет і відображати їх респонденту на фінальному екрані. Згенеровані коди (SysEx та CASE++) використовувалися для операційних цілей - дедуплікації та інтеграції з процесами надання профілактичних послуг: після завершення опитування мінімально необхідний набір технічних полів (коди, купон, дата/час завершення) передавався програмним менеджерам без доступу до змістовних відповідей анкети. Передача даних здійснювалася захищеним каналом (HTTPS) з доступом по паролю, а доступ до даних був обмежений уповноваженими членами команди. Після завершення збору інформації дані експортувалися у стандартних форматах (CSV, XLSX) для подальшої обробки та аналізу в SPSS.

Під час реалізації опитування було виявлено технічну особливість, пов'язану з так званими «внутрішнім браузером» мобільного застосунку Instagram. У випадках, коли респондент відкривав посилання на анкету безпосередньо всередині застосунку, у частини користувачів виникали труднощі з коректним завершенням і відправленням форми. Для мінімізації цієї проблеми в інформаційних матеріалах було додатково рекомендовано відкривати анкету у зовнішньому браузері (Chrome, Safari тощо). Незважаючи на це, не можна повністю виключити, що частина потенційних респондентів не завершила опитування з технічних причин. Загалом використання KoboToolbox забезпечило керованість інструментарію, гнучкість у його оновленні та надійність роботи з даними в межах онлайн-дослідження чутливої тематики.

## Чистка даних

Опитування з винагородами (а отримання профілактичного набору PartyBox та інших послуг проєкту може деякими потенційними респондентами сприйматися як винагорода) можуть залучати неуважних або недобросовісних респондентів, а також ботів (автоматизованих учасників опитувань), що може призводити до появи беззмістовних, формальних чи шахрайських відповідей (тобто даних низької якості)<sup>6</sup>.

Такі відповіді є сенс виявляти та, за потреби, вилучати, щоб сформувати підсумковий очищений і якісний набір даних. Крім того, деякі добросовісні респонденти можуть проходити опитування більше одного разу на рік.

Тому спочатку було виконано дедуплікацію анкет: перевірено і видалено потенційні дублі записів, щоб кожен учасник був представлений у базі даних лише один

---

<sup>6</sup> Andreadis, I., & Andreadis, A. (1999). Survey Data Quality. JSM Proceedings, Survey Research Methods Section, 2006. [http://www.asasrms.org/Proceedings/y2022/files/323439\\_163724.pdf](http://www.asasrms.org/Proceedings/y2022/files/323439_163724.pdf)

раз протягом року. Такі повтори ідентифікували через SyrEx-код та дати заповнення анкет, і враховували тільки першу за датою анкету як валідну. До фінального набору даних було включено тільки ті анкети, які мали такі характеристики: 1) унікальні за SyrEx-кодом 2) пройдений скринінг 3) повністю заповнена анкета (є відповідь на останнє питання).

Для кожної унікальної анкети були розраховані наступні показники якості даних:

**1. Тривалість заповнення опитувальника.**

У веб-опитуваннях проблема так званого «speeding» полягає в тому, що респонденти надто швидко проходять анкету, когнітивно не опрацьовуючи зміст запитань, що призводить до недбалих відповідей і зниження якості даних. Методичні публікації показують, що для виявлення й мінімізації speeding доцільно використовувати час відповіді на опитувальник разом з іншими парадигмами<sup>7 8</sup>. Для проведення цього компоненту аналізу ми виключали інтерв'ю довші 60 хвилин та ті, які починалися в один календарний день, а закінчувалися - в інший, оскільки, очевидно, що ці респонденти не показові з точки зору реальної тривалості інтерв'ю через штучні перерви в заповненні. Було оцінено медіану часу заповнення анкети (без врахування тих, які заповнювалися довше 60 хвилин) - 13,37 хв, середній час - 15,43 хв (середньоквадратичне відхилення 8,07 хвилин), міжквартильний розмах - 7,88 хв (Q1 = 10,20; Q3 = 18,08). Аналіз перцентилів показав, що 10% респондентів проходять анкету швидше ніж за 7,98 хв, а 5% - швидше ніж за 6,93 хв; мінімальне зафіксоване значення - 3,12 хв.

**2. Наявність неузгодженості між двома показниками віку респондента.**

Заповнюючи опитувальник респондент двічі в різній формі повідомляє про свій вік. По-перше, він відповідає на пряме питання про свій вік в повних роках в скринінгову блоці. По-друге, якщо він пройшов скринінг, для формування коду SyrEx та CASE++ він повідомляє рік свого народження. Оскільки саме код SyrEx є «ключем» для отримання набору PartyBox та інших профілактичних послуг проекту, ми розглядаємо різницю між віком як кількістю повних років та обчисленим віком виходячи з року народження, який повідомив респондент, як один із індикаторів недбалого або недобросовісного заповнення опитувальника.

**3. Аномальні показники віку, повідомлені респондентом.**

Ще одним індикатором якості даних є випадки, коли показники віку (кількість повних років), які повідомила людина, є максимально неправдоподібними. В опитуванні 2025 року є два респонденти, які повідомили про вік 80 і 100 років відповідно.

---

<sup>7</sup> Conrad, F. G., Couper, M. P., Tourangeau, R., & Zhang, C. (2017). Reducing speeding in web surveys by providing immediate feedback. *Survey research methods*, 11(1), 45–61. <https://doi.org/10.18148/srm/2017.v11i1.6304>

<sup>8</sup> Zhang, C., & Conrad, F. (2014). Speeding in Web Surveys: The tendency to answer very fast and its association with straightlining. *Survey Research Methods*, 8(2), 127–135. <https://doi.org/10.18148/srm/2014.v8i2.5453>

#### 4. Одноманітність даних в питаннях-«батареях», straightlining<sup>9</sup>

Для оцінки якості даних у двох ключових матричних блоках (вживання речовин та сексуальні практики) ми використовували індикатор однорідності відповідей на рівні респондента. Для кожного блоку обчислювали стандартне відхилення відповідей по всіх питаннях блоку. Наприклад, якщо респондент на всі питання про вживання психоактивних речовин відповідає «ніколи» або «протягом останніх 30 днів», його середньоквадратичне відхилення для цього блоку дорівнює 0 і може слугувати індикатором механічного, недбалого заповнення опитувальника.

#### 5. Кількість логічних неузгодженостей в опитувальнику

Для контролю якості даних ми також застосували набір логічних фільтрів (logic checks), які виявляють внутрішні суперечності між відповідями в різних блоках анкети<sup>10</sup>. Зокрема, перевіряли несумісні комбінації на кшталт: респондент декларує, що ніколи не мав сексу з чоловіком/жінкою або з 2+ партнерами певної статі, але водночас вказує час останнього сексу з представником відповідної категорії партнерів; повідомляє, що користувався тестами для перевірки ПАР/оральним тестом на ВІЛ з набору PartyBox, але одночасно зазначає, що не знає або ніколи не тестувався на ВІЛ/не перевіряв психоактивні речовини. Окремо контролювали часову узгодженість: випадки, коли респондент зазначає, що вживав усі речовини лише «більше 6 місяців тому», але паралельно підтверджує поєднання конкретної речовини з алкоголем упродовж останніх 6 місяців, а також ситуації, коли респондент повідомляє про перевірку/вживання під час сексу речовини, яку в базовому переліку декларує як таку, що не вживалася. В цілому, було побудовано більше 50 подібних умов. Виявлені логічні неузгодженості ми трактуємо як сигнали ризику якості даних (помилки, неувважність або механічне заповнення).

#### 6. Частка невизначених відповідей

Додатково для оцінки якості даних ми виокремили перелік запитань, які гарантовано ставилися всім респондентам (без залежності від фільтрів і розгалужень опитувальника), та розраховали для кожної анкети частку відповідей типу «Важко сказати/Не знаю» або «Відмова від відповіді»<sup>11</sup>. Такий індикатор дає змогу оцінити частку пропусків відповідей без викривлення, спричиненого переходами в анкеті та різною кількістю запитань, на які відповідав кожен респондент. Високу частку невизначених відповідей або відмов від відповіді ми інтерпретуємо як потенційний сигнал низької залученості, втоми або формального заповнення опитувальника.

---

<sup>9</sup> Kim, Y., Dykema, J., Stevenson, J., Black, P., & Moberg, D. P. (2018). Straightlining: Overview of Measurement, Comparison of Indicators, and Effects in Mail-Web Mixed-Mode Surveys. *Social Science Computer Review*, 37(2), 214-233. <https://doi.org/10.1177/0894439317752406>

<sup>10</sup> Goodrich, B., Fenton, M., Penn, J., Bovay, J., & Mountain, T. (2023). Battling bots: Experiences and strategies to mitigate fraudulent responses in online surveys. *Applied Economic Perspectives and Policy*, 45(2), 762-784. <https://doi.org/10.1002/aep.13353>

<sup>11</sup> Cornesse, C., & Blom, A. G. (2020). Response Quality in Nonprobability and Probability-based Online Panels. *Sociological Methods & Research*, 52(2), 879-908. <https://doi.org/10.1177/0049124120914940>

Далі для кожного респондента був розрахований композитний індекс проблем з якістю даних, який складався з перелічених вище індикаторів з певними вагами, визначеними дослідниками. Наприклад, респонденти, в яких була неузгодженість між двома версіями віку отримували додаткові 5 балів до індексу; повна відсутність дисперсії у відповідях на блок питань про вживання психоактивних речовин - додаткові 3 бали тощо.

За результатами цього аналізу з масиву було вилучено 6,4% опитувальників із найбільшими значеннями індексу проблем з якістю даних (178 анкет). Відповідно, у фінальний масив увійшли 2 592 опитувальника.

## Аналіз даних

Статистичний аналіз здійснювався в програмному забезпеченні SPSS. Описова статистика включала розрахунок частот і відсоткових показників для номінальних та порядкових змінних, а також середніх значень, медіан і процентилів для метричних показників. Показники наводяться для числа респондентів, які відповіли на відповідне питання; обсяг вибірки може варіювати залежно від змінної.

Для порівняння пропорцій між незалежними групами застосовувався z-тест; додатково для деяких частотних показників обчислювалися 95% довірчі інтервали за методом Агресті–Коулла (Agresti–Coull). Порівняння розподілів псевдо-метричних або порядкових показників між двома незалежними групами проводилося з використанням критерію Манна–Уїтні (Mann–Whitney) у випадках, коли не виконувалися припущення параметричних тестів.

Асоціації між змінними оцінювалися з урахуванням їх типу. Там, де це припустимо, для пар порядкових змінних використовувався коефіцієнт  $\gamma$  (Гамма, Gamma). У випадку поєднання номінальної та порядкової змінної застосовувався  $\chi^2$ -критерій Пірсона (Pearson) з оцінкою сили зв'язку за коефіцієнтом V Крамера (Cramer). Кореляції між порядковими змінними також в деяких випадках аналізувалися за допомогою коефіцієнта Спірмена (Spearman). Статистична значущість визначалася при рівні  $\alpha = 0,05$ .

Для аналізу лінійних трендів між хвилями щодо дихотомічних показників використовували тест Кокрана-Армітеджа (Cochran–Armitage) на тренд. Цей тест дає змогу оцінити, чи змінюється частка респондентів із певною ознакою в одному напрямку від хвилі до хвилі.

Аналіз проводився з розподілом за віком і статтю респондентів. За статтю результати подано окремо для чоловіків і жінок. Респонденти, які обрали варіанти «трансгендерна жінка», «трансгендерний чоловік» або «небінарна особа», не формували окремої аналітичної групи через малу чисельність; вони враховані в загальному одновимірному аналізі, але виключені з порівнянь за статтю. За віком вибірку поділено на такі категорії: 18 років і менше, 19–20 років, 21–23 роки, 24–28 років, 29–33 роки, 34 роки і більше.

Там, де це можливо і доцільно, результати порівнювалися з даними аналогічних хвиль дослідження проєкту Drugstore попередніх років.

Статистичні тести та довірчі інтервали в цьому звіті використовуються описово для порівняння підгруп у межах залученої вибірки та для генерації програмних гіпотез. Через неімовірнісний характер вибірки результати не слід інтерпретувати як популяційні оцінки для всіх людей, які вживають ПАР в Україні.

## Управління даними та етика

Для проведення дослідження було отримано висновок Інституційної ради з етики (IRB) Міжнародного благодійного фонду «Альянс громадського здоров'я» (реєстраційний № IORG0010394), протокол №31, на якому було розглянуто операційне дослідження «Operational Study of People Who Use Psychoactive Substances in Recreational Contexts and Men Who Practice Chemsex»<sup>12</sup>. На розгляд раді було подано протокол дослідження, структуровану анкету, форму інформованої згоди та CV головного дослідника. Головним дослідником і відповідальним за дослідження є д-р Вячеслав Кушаков, директор департаменту поведінкового здоров'я, телездоров'я та кризового реагування. За результатами розгляду дослідження було схвалено.

Управління даними здійснювалося відповідно до внутрішніх політик захисту інформації організації-ініціатора дослідження та чинного законодавства України у сфері захисту персональних даних. До початку збору даних був розроблений дослідницький протокол, який визначав процедури забезпечення конфіденційності, обмеження доступу до інформації та принципи її обробки.

Збір даних відбувався через платформу KoboToolbox із використанням захищеного з'єднання. Доступ до повного масиву первинних даних на рівні платформи мали лише уповноважені члени дослідницької команди.

Анкета не містила прямих ідентифікаторів респондента (ПІБ, адреси проживання тощо). Унікальні коди (зокрема SyrEx та CASE++) використовувалися виключно для операційних цілей - видачі PartyBox та дедуплікації анкет - і не використовувалися в аналітичних цілях.

У випадках, коли для отримання PartyBox учасники надавали контактні дані (наприклад, для доставки), ця інформація збиралася окремо програмними менеджерами, зберігалася поза дослідницьким масивом і не була доступна дослідницькій команді.

Доступ до даних надавався за принципом обмеженої необхідності (need-to-know). Аналітичні файли зберігалися на внутрішніх захищених ресурсах організації з обмеженим доступом. Після завершення дослідження дані зберігатимуться протягом

---

<sup>12</sup> До середини 2025 року аналогічне дослідження проводилося серед ЧСЧ, які практикують хімсекс.

визначеного внутрішніми регламентами періоду, після чого можуть бути заархівовані або знищені відповідно до політики управління даними.

Учасники на початку опитування отримували інформацію про добровільність участі, можливість відмови на будь-якому етапі та використання результатів виключно в узагальненому вигляді без ідентифікації окремих осіб.

## Обмеження дослідження

Основним обмеженням дослідження є його цільовий, а не популяційний характер. Вибірка не є випадковою та формується за рахунок осіб, які дізналися про проєкт Drugstore і виявили готовність до взаємодії з ним, що зумовлює ефект самовідбору. Відповідно, результати дослідження характеризують насамперед опитаних респондентів і потенційних клієнтів проєкту, а не всю популяцію людей, які вживають психоактивні речовини в Україні. Тому ці дані не слід використовувати для популяційних оцінок поширеності поведінкових практик чи інших показників на рівні всієї цільової групи. Водночас вони є придатними для опису профілю опитаних, аналізу зв'язків між показниками в межах досліджуваної групи, а також для формування програмних висновків і робочих гіпотез для популяційних досліджень.

Аналітична цінність дослідження полягає у виявленні профілю потенційних клієнтів проєкту, їхніх потреб, патернів поведінки, бар'єрів звернення по допомогу та очікувань від сервісів Drugstore. Отримані результати доцільно інтерпретувати як характеристику залученої аудиторії та як основу для удосконалення сервісної моделі, комунікації та каналів взаємодії.

Додаткові методологічні обмеження пов'язані з різними каналами інформування про проєкт (соціальні мережі, онлайн-реклама, партнерські організації, особисті рекомендації інших користувачів, офлайн-заходи проєкту Drugstore тощо), що можуть по-різному впливати на склад вибірки. Переважання цифрових каналів може сприяти надпредставленості більш молодих, соціально активних та технологічно обізнаних осіб, тоді як менш цифровізовані групи можуть бути представлені недостатньо.

Хоча нам невідомі точні характеристики сукупності споживачів ПАР в Україні, ми припускаємо, що вибірка нашого дослідження має суттєві географічні зсуви, оскільки, наприклад, значну частину респондентів складають мешканці міста Києва, Одеської області тощо, тоді як інші регіони представлені менше.

Як і в будь-яких дослідженнях, заснованих на самозвіті, результати залежать від точності пригадування подій та готовності респондентів повідомляти чутливу інформацію. Це може зумовлювати як заниження, так і завищення окремих показників. З огляду на це інтерпретація результатів потребує обережності, а оптимальною є інтеграція отриманих даних з іншими джерелами інформації (програмними даними проєкту, якісними інтерв'ю, іншими дослідженнями аудиторії споживачів ПАР тощо).

Окремим фактором, який може впливати на результати, є те, що значна частина респондентів бере участь в опитуванні з очікуванням отримання профілактичного

набору PartyBox. Така мотивація може формувати ефект соціальної бажаності або інструментальну відповідь - наприклад, перебільшення рівня ризикової поведінки або більшої потреби в сервісах, якщо респонденти припускають, що це підвищує ймовірність отримання набору. Водночас можливий і протилежний ефект - зниження чутливих практик через недовіру або побоювання стигматизації. Таким чином, сама наявність матеріального стимулу може впливати на відповіді. Проте, в нас немає емпіричного інструменту, який міг би виміряти цей вплив. Також, як показав наш аналіз (див. розділ «Чистка даних») існує невелика група респондентів, яка надає відповіді низької якості і формально ставиться до дослідження (дуже швидко проходить опитувальник, припускається нелогічних відповідей тощо) - вони виключаються з аналізу.

Крім того, 29% респондентів дослідження 2025 року раніше вже отримували PartyBox і, відповідно, заповнювали подібний опитувальник в попередні роки. Це може створювати ризик так званого «ефекту досвідченого респондента». По-перше, такі учасники можуть відповідати більш швидко та шаблонно, орієнтуючись на попередній досвід заповнення анкети. По-друге, вони можуть демонструвати вищий рівень обізнаності щодо ризиків і сервісів, що відображає не стільки їхній початковий профіль, скільки вплив самого проекту. По-третє, повторна участь може формувати ефект навчання - більш узгоджені або «нормативні» відповіді відповідно до очікуваної логіки зменшення шкоди, пов'язаної з вживанням ПАР. У результаті частина показників може відображати вже вплив інтервенції, а не лише вихідні характеристики аудиторії, якщо би вибірка формувалася випадковим чином.

Окремим технічним обмеженням стало функціонування внутрішніх браузерів мобільних застосунків соціальних мереж, зокрема Instagram, через які частина користувачів переходила до анкети в KoboToolbox. У деяких випадках це могло призводити до неможливості коректного відправлення завершеної форми. Внаслідок цього частина розпочатих анкет могла не потрапити до фінального масиву даних. Потенційний вплив цього фактору полягає у можливій втраті частини респондентів, які залучалися саме через Instagram, що теоретично могло вплинути на структуру вибірки (зокрема, за віком або прихильністю до різних соціальних мереж). Точний масштаб такого впливу оцінити неможливо, однак його слід враховувати при інтерпретації результатів.

## Стислий виклад результатів дослідження

Вибірка нашого дослідження має чітко молодіжний профіль: 10% респондентів - 18 років і молодші, 15% - у віці 19-20 років, понад половина - у віці 21–28 років. Жіноча підвибірка є суттєво молодшою: частка осіб до 20 років серед жінок майже вдвічі більша, ніж серед чоловіків. Вибірка має виражену географічну асиметрію: понад половину респондентів становлять мешканці Києва.

Досвід вживання марихуани є майже універсальним у вибірці: її коли-небудь пробували 97% респондентів, а понад 60% - вживали протягом останнього місяця. Поширеність досвіду вживання марихуани зростає з віком: серед наймолодших вона нижча, ніж у респондентів 21 року і старших.

Майже кожен п'ятий респондент має досвід ін'єкційного вживання ПАР. Досвід ін'єкційного вживання дещо більш поширений серед чоловіків, ніж серед жінок, і ця різниця зберігається також для актуального (останні 30 днів) вживання. Водночас розрив є помірним, що свідчить про наявність ін'єкційних практик в обох статевих групах, а не про їхню концентрацію переважно серед чоловіків.

Ін'єкційне вживання має виразний U-подібний віковий профіль: найвища поширеність спостерігається серед наймолодших респондентів, знижується у групах 21–33 років і знову зростає серед 34+. Особливо насторожує висока частка ін'єкційного досвіду серед підлітків та молоді до 20 років, що вказує на раннє входження в ризиковані практики. Основна ін'єкційна речовина найчастіше - мефедрон (14%); далі йдуть амфетамін (9,7%), кетамін (6,9%), героїн (5,9%) і альфа-PVP (5,9%). Інші опіюідні варіанти присутні, але розпорошені між багатьма номенклатурами (налбуфін, різні форми метадону, морфін, екстракт опію тощо). Статевих відмінностей у виборі основної ін'єкційної речовини немає, натомість профіль суттєво різниться за віком. Старші респонденти частіше орієнтовані на «вуличний метадон», тоді як серед наймолодших відносно більш помітною є «Лірика» порівняно з іншими віковими групами.

Найпоширенішими речовинами, які вживають без ін'єкцій, є екстазі і амфетамін (ми не аналізуємо марихуану тут) - їх пробували вживати більшість респондентів; понад половина також має досвід вживання LSD, псилоцибінових грибів, «Лірики», кокаїну та мефедрону. Впродовж останніх 30 днів найчастіше респонденти вживали амфетамін, екстазі та «Лірику», а також мефедрон, що свідчить про домінування стимуляторів та емпатогенів у поточному профілі споживання.

Що стосується вікових особливостей, у молодших вікових групах (18 і менше та 19–20 років) рідше фіксується досвід вживання екстазі, амфетаміну, кокаїну та частково кетаміну порівняно зі старшими респондентами. Натомість серед старших вікових груп частіше трапляється досвід вживання метамфетаміну та бутирату, а група 29–33 роки вирізняється вищою часткою респондентів із досвідом вживання LSD порівняно з наймолодшою групою. Водночас серед молодших респондентів більш поширений

досвід вживання лірики, мефедрону, інших солей, а також інших, не наведених у переліку, речовин.

Нещодавній (упродовж останніх 30 днів) досвід вживання LSD, грибів/псилоцибіну та «Лірики» частіше фіксується серед молодших респондентів і загалом зменшується у старших вікових групах. Для мефедрону та категорії «інші речовини» також простежується вища частка нещодавнього вживання серед молодших респондентів, хоча цей патерн не є строго лінійним. Натомість старші вікові групи децю частіше повідомляли про нещодавнє вживання кокаїну.

Для кокаїну, кетаміну, мефедрону, альфа-PVP, опіоїдів та інших солей (синтетичних катіонів) частка споживачів ПАР, що мали досвід неін'єкційного вживання цих речовин, у 2025 році стала найвищою за весь період з 2021.

За результатами аналізу лінійного тренду у чотирьох хвилях дослідження (з 2021 по 2025 роки) зафіксовано статистично значуще зниження частки вживання екстазі, амфетаміну, LSD і 2C-B, причому для всіх цих речовин показник у 2025 році є значуще нижчим, ніж у 2021 році. Натомість для кокаїну, мефедрону, кетаміну, альфа-PVP, опіатів/опіоїдів та інших солей (синтетичних катіонів) виявлено статистично значущий лінійний ріст, і в більшості цих випадків показник у 2025 році є значуще вищим, ніж у 2021 році.

Обізнаність про існування тестів для перевірки ПАР є високою (понад три чверті респондентів) і не відрізняється за статтю чи віком. Водночас практичне використання тестів значно нижче: навіть серед поінформованих, ними користувалася менше, ніж половина. Найчастіше перевіряють ті ж речовини, що й найпоширеніші у споживанні - передусім екстазі та амфетамін. У більшості випадків тест підтверджував очікувану психоактивну речовину, однак у помітній частці (близько 20%) результати виявляли іншу речовину або були незрозумілими. Головною причиною невикористання тестів є бар'єри доступу - відсутність тестів, складність їх отримання або вартість. Другою за значущістю є довіра до джерела речовини.

Одночасне вживання алкоголю та інших ПАР є масовою практикою: його практикують близько 80% респондентів. Майже третина робить це регулярно, що свідчить про поширений патерн комбінованого споживання, а не поодинокі випадки. Поєднання алкоголю найчастіше відбувається зі стимуляторами та емпатогенами - передусім амфетаміном та екстазі. Водночас помітна частка респондентів комбінує алкоголь з прегабаліном, що є потенційно ризикованою практикою з огляду на пригнічувальну дію на центральну нервову систему.

Результати дослідження свідчать про надзвичайно високий рівень епізодичного надмірного вживання алкоголю у вибірці. Переважна більшість респондентів (83,4%) хоча б іноді протягом останнього року вживали 5 або більше стандартних порцій алкоголю за один раз, що відповідає міжнародним критеріям так званого «binge drinking» (запійного вживання алкоголю). При зіставленні з визначенням «binge drinking» від ВООЗ - споживання щонайменше 60 грамів чистого алкоголю принаймні один раз за останні 30 днів - під цей критерій підпадає кожен другий учасник дослідження (50,7%). Це більш ніж удвічі перевищує середній показник для загального населення по

Європейському регіону (23%) та США (24,4%), що вказує на особливо ризикований характер вживання алкоголю в нашій вибірці.

Порівняно з міжнародними даними, ситуація виглядає ще більш тривожно при аналізі регулярного надмірного вживання. Майже чверть вибірки (24,2%) відповідає критерію «heavy drinking» за визначенням SAMHSA, тобто практикує епізодичне надмірне вживання алкоголю щонайменше п'ять разів на місяць. Примітно, що гендерних відмінностей у поширеності цих моделей не виявлено. Натомість вік відіграє виразну диференціюючу роль: молодші вікові групи (до 28 років) демонструють суттєво вищі рівні як епізодичного, так і інтенсивного вживання алкоголю порівняно зі старшими групами (29 років і більше).

Окремо варто звернути увагу на зв'язок між надмірним вживанням алкоголю та вживанням інших психоактивних речовин. За даними дослідження CDC в США, понад половина осіб, які вживали психоактивні речовини протягом попереднього місяця, також практикували «binge drinking». У досліджуваній українській вибірці спостерігається практично ідентична картина: 50,7% споживачів психоактивних речовин підпадають під визначення епізодичного надмірного вживання алкоголю за критеріями BOOZ та NIAAA. Це свідчить про те, що надмірне вживання алкоголю та вживання інших психоактивних речовин є тісно пов'язаними моделями поведінки, а не ізольованими явищами.

Майже кожен п'ятий респондент (18,2%) стикався зі «спайкінгом» - підмішуванням психоактивних речовин у напій або їжу без його/її відома та згоди. Попри стереотипне сприйняття цього явища як виключно жіночої проблеми, дані свідчать про його поширеність серед обох статей: 21,3% жінок та 15,3% чоловіків повідомили про такий досвід. Найбільш вразливою групою є молодь: серед респондентів віком до 20 років частка тих, хто хоча б раз був жертвою «спайкінгу», сягає 22–24%, тоді як після 29 років цей показник знижується до 12–13%. Особливо показовим є те, що саме наймолодші респонденти найчастіше повідомляють про актуальний досвід - тобто випадки, що сталися впродовж останніх 6 місяців, - що свідчить про збереження цієї практики як реального й поточного ризику для молодшої аудиторії, а не лише як явища з минулого.

Сексуалізоване вживання наркотиків (SDU) є поширеною практикою у вибірці: понад третина респондентів повідомили про вживання ПАР (крім алкоголю та канабісу) перед або під час останнього сексу. Статевих відмінностей не зафіксовано - показники серед жінок і чоловіків практично ідентичні, що свідчить про нормалізованість цієї поведінки в обох групах. Якщо аналізувати не останній сексуальний контакт, а поведінку протягом останніх 6 місяців, поширеність SDU є ще вищою. Очевидно, сексуалізоване вживання не є епізодичною подією «останнього разу», а радше стабільною практикою значної частини респондентів.

Одностатевий сексуальний досвід є поширеним: майже половина жінок і понад третина чоловіків мали його принаймні раз у житті. Майже кожен п'ятий респондент мав досвід групового сексу протягом останніх 6 місяців.

Груповий секс у вибірці переважно не є разовим експериментом: майже дві третини респондентів, які робили це протягом останніх 6 місяців, практикували його

більше одного разу, а третина - з високою частотою, що вказує на сформований поведінковий патерн. Це не епізодична подія, а стабільна частина сексуального репертуару для значної частини вибірки.

Під час останнього сексу презерватив використовували менше половини респондентів, тобто незахищений контакт є більш типовим, ніж захищений. Чоловіки частіше повідомляють про використання презерватива, ніж жінки. Віковий градієнт є чітким: у групі 29 років і старших частка незахищеного сексу статистично значуще вища, ніж серед наймолодших. Основні причини невикористання презервативів в цій групі пов'язані не з браком доступу, а з довірою та відчуттям безпеки у партнерстві.

Віковий патерн причин невикористання презервативу досить чіткий: у молодших групах домінують ситуативні та ресурсні мотиви (не було під рукою, забули під впливом речовин, не хотіли витратити кошти), тоді як із віком зростає аргумент довіри в стабільних стосунках. Отже, незахищений секс у молодших частіше є наслідком імпульсивності або обставин, а в старших - усвідомленим рішенням у межах партнерства.

Груповий секс суттєво частіше поєднується з вживанням психоактивних речовин і характеризується нижчою послідовністю використання презервативів порівняно із «середнім» сексуальним контактом у вибірці. Отже, груповий секс виступає контекстом підвищеного ризику - як через високу частоту SDU під час таких контактів, так і через менш регулярне застосування бар'єрного захисту.

Транзакційний секс протягом останнього року є досвідом приблизно кожного шостого респондента. Хоча жінки повідомляють про нього частіше, це не суто «жіноча» практика: понад 10% чоловіків також мали такий досвід. Поширеність досвіду транзакційного сексу чітко знижується з віком: найвищі показники - серед респондентів до 20 років, після 24 років вони статистично значуще нижчі. У більшості випадків винагородою були гроші, але майже половина отримували речі, а двоє з п'яти - психоактивні речовини, що підкреслює тісний зв'язок транзакційного сексу з економічною та наркотичною вразливістю.

Потреба у психоемоційній підтримці у вибірці є масовою: понад 60% респондентів відчували потребу в допомозі психолога, а 44% - психіатра. Жінки значно частіше декларують як потребу в психологічній, так і психіатричній допомозі, тоді як чоловіки частіше повідомляють про відсутність будь-якої потреби, що може відображати як реальні відмінності у стані, так і статеві відмінності у готовності звертатися по допомогу.

Вікові відмінності менш виражені для потреби в психологічній допомозі, але помітні для психіатричної: молодші респонденти частіше заявляють про таку потребу, а в старших групах її частка знижується. Загалом це вказує на високий рівень психоемоційної вразливості вибірки, особливо серед жінок і молодших учасників.

Наявність потреби не гарантує звернення по допомогу: серед тих, хто відчував потребу у психологічній підтримці, понад половина не зверталася до жодного фахівця. Подібна ситуація і з психіатричною допомогою - майже кожен другий, хто декларував

потребу, не отримав професійної підтримки. Це вказує на суттєвий розрив між потребою та фактичним доступом або готовністю звертатися.

Ті, хто все ж отримував допомогу з ментального здоров'я, переважно зверталися до приватного сектору; державні та неурядові сервіси відіграють значно меншу роль. Отже, доступ до послуг з психічного здоров'я у цій вибірці значною мірою залежить від індивідуальних ресурсів, а не від системної підтримки.

Головним бар'єром звернення по психологічну чи психіатричну допомогу є фінансова недоступність: саме вартість послуг значно переважає всі інші причини. Другим за значущістю є інформаційний дефіцит - майже третина не знає, куди звертатися, що вказує на слабку навігацію в системі послуг.

Водночас бар'єри довіри та віри в ефективність допомоги також є помітними, але поступаються економічним факторам. Соціальна стигма й логістичні труднощі відіграють другорядну роль. Отже, проблема полягає не стільки у фізичній відсутності сервісів, скільки у фінансовій та інформаційній доступності, а також у рівні довіри до них. Жінки значно частіше вказують фінансову недоступність як ключову причину незвернення, тоді як чоловіки частіше апелюють до недовіри до фахівців та страху осуду. Тобто для жінок домінує ресурсний бар'єр, а для чоловіків - бар'єри довіри та соціального сприйняття.

Потреба у медичній допомозі протягом останніх шести місяців є поширеною у вибірці (45%) і має виразну статеву диференціацію: жінки значно частіше декларують потребу та частіше звертаються по допомогу, тоді як чоловіки частіше не відчувають потреби і рідше користуються послугами. Серед тих, хто мав потребу, близько двох третин звернулися по допомогу, що свідчить про відносно вищу конверсію потреби у звернення порівняно з психічним здоров'ям. Основним каналом є приватний сектор, хоча понад половина також користувалися державними закладами, що вказує на комбіновану модель доступу до медичних послуг. Фінансова недоступність є головним бар'єром до отримання медичної допомоги - її зазначає більшість тих, хто мав потребу, але не звернувся.

Охоплення тестуванням на сифіліс, вірусні гепатити чи інші ІПСШ залишається низьким в нашій вибірці: понад дві третини респондентів не проходили жодного тесту протягом останніх шести місяців. Виразна статева різниця полягає в тому, що жінки рідше проходять тестування, ніж чоловіки. Віковий градієнт також помітний: молодші респонденти частіше не тестуються на ці хвороби, тоді як із віком частка тих, хто проходив тестування, поступово зростає. Це вказує на потребу посилення доступності й мотивації до тестування саме серед молодших клієнтів проєкту і серед жінок. Головним бар'єром до цієї категорії тестування є не страх чи стигма, а відсутність суб'єктивного відчуття потреби - понад 40% не бачать сенсу в обстеженні. Другою лінією перешкод виступають інформаційні та фінансові фактори, а також часові обмеження. Побожування щодо конфіденційності і страх дізнатися результат мають значно менше значення. Отже, проблема тестування радше пов'язана з низьким сприйняттям ризику та слабкою поінформованістю, ніж із прямим униканням або стигматизацією.

Статеві відмінності у бар'єрах тестування на гепатити, сифіліс та інші ІПСШ загалом мінімальні, однак жінки частіше вказують фінансові причини та небажання знати результат, тоді як чоловіки частіше не бачать у тестуванні потреби. Віковий патерн

чіткіший: молодші респонденти частіше стикаються з інформаційними, фінансовими бар'єрами та бар'єрами конфіденційності, а також частіше уникають тестування через небажання знати результат. З віком ці бар'єри зменшуються, натомість зростає позиція «не бачу потреби», що може відобразити стабілізацію поведінкових стратегій або хибне відчуття безпеки.

Показово, що більшість респондентів віддають перевагу самотестуванню і отриманню тестів поштою, тоді як офлайн-формати менш привабливі, особливо державні та НУО-сервіси. Це вказує на запит на анонімні, автономні та зручні моделі доступу до тестування на гепатити, сифіліс та інші ІПСШ. Інтерес до домашнього самотестування на ІПСШ є надзвичайно високим: майже три чверті респондентів оцінюють свою зацікавленість на рівні 8–10 балів, а шість із десяти - максимально. Жінки статистично значуще більш зацікавлені в такому самотестуванні, ніж чоловіки.

Досвід тестування на ВІЛ має більшість респондентів, однак майже третина ніколи не проходила тестування. Статевих відмінностей не виявлено, натомість простежується чіткий віковий градієнт: у наймолодших рівень охоплення найнижчий, тоді як у старших групах - значно вищий, з особливо різким зростанням після 20 років. Це вказує на необхідність цільових стратегій для підлітків і молоді.

Водночас навіть серед тих, хто тестувався, значна частка робила це понад рік тому, що свідчить про потенціал для повторного залучення до регулярного тестування. Лише близько третини мають відносно недавній досвід, тобто регулярність тестування залишається обмеженою.

Переважає більшість тих, хто тестувався, повідомляють негативний результат (93,3%). Частка тих, хто зазначили ВІЛ-позитивний статус, становить 1,1% серед протестованих (0,7% від усієї вибірки). 95% довірчий інтервал для частки позитивного ВІЛ-статусу серед протестованих 0,7%-1,8%.

Рівень обізнаності про швидкі тести для самостійного тестування на ВІЛ є високим: 70,4% респондентів знають про їх існування, ще 21,8% щось про них чули. Щодо бажаного формату, переважає оральний тест, тоді як кров'яний рідше обирають як пріоритетний варіант. Водночас більшість вважає більш точним саме кров'яний тест. Отже, існує розрив між зручністю формату та сприйняттям його надійності, що має враховуватися у комунікації. Інтерес до домашнього тестування на ВІЛ є дуже високим: майже три чверті респондентів оцінюють свою зацікавленість на рівні 8–10 балів, а понад половина - максимально. Жінки значно частіше демонструють максимальну зацікавленість, тоді як чоловіки частіше обирають середні або нижчі значення шкали.

Обізнаність про ДКП (PrEP) у вибірці залишається низькою: лише близько чверті респондентів чули про цей метод профілактики, тоді як понад дві третини не мають про нього інформації. Чоловіки дещо частіше обізнані про ДКП (PrEP), проте ключовим фактором є вік: найнижчий рівень знань зафіксовано серед підлітків та молоді до 20 років, тоді як у групах 21–28 років обізнаність статистично значуще вища.

Актуальні користувачі ДКП (PrEP) становлять менше 8%, ще невелика частка має досвід у минулому. Використання ДКП (PrEP) чітко статеві диференційоване: чоловіки значно частіше декларують як поточне, так і минуле застосування. Серед чоловіків

прийом ДКП (PrEP) тісно пов'язаний із практиками сексуальних контактів з чоловіками - найвищий рівень спостерігається у групі з недавнім гомосексуальним досвідом, тоді як серед тих, хто такого досвіду не мав, використання мінімальне. Водночас зв'язку з ін'єкційним вживанням ПАР або віком не виявлено.

Переважає ситуативний режим прийому, тоді як щоденну схему застосовує лише близько чверті користувачів. Це свідчить, що ДКП (PrEP) у вибірці частіше використовується як інструмент епізодичного контролю ризику, а не як системна профілактична стратегія.

# Обговорення результатів та напрями подальших досліджень

## Демографічні характеристики учасників дослідження

Результати дослідження показують, що серед потенційних клієнтів проекту значну частку становлять представники молодих когорт споживачів ПАР, особливо молодші дівчата та жінки. Це важливо, оскільки свідчить про здатність проекту налагоджувати контакт із дуже молодими споживачами ПАР на ранніх етапах споживання та залучати до профілактичної роботи групи, які часто залишаються менш помітними для традиційних програм, зокрема молодших дівчат і жінок. Дослідження «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин» (ESPAD)<sup>13</sup>, проведене в 2024 році, продемонструвало, що за останні 5 років в Україні збільшилася частка підлітків 15-16 років, які мають досвід вживання ПАР: з 9% в 2019 році до 14,9% в 2024. Відповідно, залучення цих когорт до профілактики стає ще більш нагальною задачею.

Регіональний розподіл респондентів є суттєво нерівномірним: майже 70% учасників дослідження зосереджені в місті Києві, Львівській та Одеській областях. Така структура вибірки відображає не стільки всю популяцію споживачів ПАР в Україні, скільки профіль аудиторії, найбільш досяжної через цифрові канали та сервіси Drugstore; це потребує обережності при перенесенні висновків на інші групи. Можливим поясненням нерівномірного географічного охоплення є значне зосередження вживання ПАР в контекстах пов'язаних з нічним життям, зосередженим у великих містах.

## Різні групи ризику щодо ВІЛ беруть участь в дослідженні

У вибірці дослідження суттєво представлені різні профілі поведінки, пов'язані з ризиком щодо ВІЛ, які не обмежуються лише неін'єкційним вживанням психоактивних речовин. Зокрема, кожен п'ятий респондент має досвід ін'єкційного вживання наркотиків, а 14% повідомили про таке вживання протягом останніх 6 місяців. Серед чоловіків у вибірці близько 30% становлять ЧСЧ, тобто, вони мали сексуальні контакти з чоловіками протягом останніх 6 місяців і, як наслідок, наражалися на відповідні ризики щодо інфікування ВІЛ. Також помітна частка як жінок, так і чоловіків практикували транзакційний секс: 17% повідомили про надання сексуальних послуг за винагороду протягом останнього року. Це вказує на наявність у вибірці одразу кількох епідеміологічно значущих груп і практик ризику. Водночас із програмної точки зору такі результати свідчать, що підхід проекту дозволяє залучати до профілактики різні групи клієнтів і створює підґрунтя для адаптації послуг відповідно до їхніх профілів ризику та потреб.

## Поява нових популярних психоактивних речовин та вплив їх вживання на поведінку

---

<sup>13</sup> Результати дослідження «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин – ESPAD». [https://www.uisr.org.ua/wp-content/uploads/2025/11/espada\\_ukrayina\\_2024\\_vysnovky.pdf](https://www.uisr.org.ua/wp-content/uploads/2025/11/espada_ukrayina_2024_vysnovky.pdf)

У дослідженні зафіксовано високу поширеність вживання «Лірики» (прегабаліну) - аптечного препарату, який посідає помітне місце у структурі споживання ПАР серед опитаних. Понад половина респондентів мають досвід його вживання, а 27% повідомили про вживання протягом останніх 30 днів. За цим показником прегабалін посідає третє місце після амфетаміну та екстазі. «Лірика» частіше вживається жінками і молодшими респондентами, в групі споживачів до 21 року це найпопулярніша речовина за показником актуального вживання (останні 30 днів).

Важливість цього результату підтверджують і дані якісного дослідження «Рекреаційне вживання прегабаліну в Україні: доступність, моделі вживання та використання в хімсексі»<sup>14</sup>, які вказують, що прегабалін часто застосовується не в медичних цілях, зокрема в контексті хімсексу. Згідно з цим дослідженням, вживання прегабаліну може бути пов'язане з посиленням сексуального потягу, зниженням бар'єрів до сексуальної взаємодії, зростання тривалості статевих актів, зменшення частоти використання засобів зменшення шкоди, ініціюванням сексуальних контактів, які без дії цієї речовини могли б не відбутися, а також зі збільшенням кількості сексуальних партнерів у певний період.

Дані нашого опитування також вказують на помітну роль прегабаліну в контексті сексуалізованого вживання ПАР. Серед респондентів, які вживали психоактивні речовини під час останнього сексуального контакту, 21% повідомили про вживання «Лірики». Частіше в такому контексті згадувалися лише амфетамін, екстазі та мефедрон.

### **Поступова зміна наркосцени**

Крім появи надзвичайно популярної «Лірики», протягом останніх років відбувалися і інші зміни наркосцени якщо виходити з характеристик споживання нашої вибірки: зростає популярність мефедрону, альфа-PVP, метамфетаміну, кетаміну, інших синтетичних катіонів, опіоїдів, кокаїну. Оскільки дослідження проводиться за не випадковою вибіркою, ми не можемо стверджувати, чи ці тенденції відображають зміни в усій сукупності споживачів ПАР, або ж тільки зміни профілю клієнтів, які взаємодіють з проектом Drugstore.

### **Наймолодші споживачі як група підвищеного ризику проблемного вживання ПАР**

Дані дослідження свідчать, що наймолодші групи споживачів характеризуються більш ризикованою поведінкою та відчутнішим тягарем наслідків, пов'язаних із вживанням ПАР. У цій віковій групі частіше фіксується досвід ін'єкційного вживання ПАР, епізоди надмірного споживання алкоголю, випадки «спайкінгу», залученість до транзакційного сексу, потреба в психіатричній допомозі, а також ширший спектр проблем і небажаних проявів, пов'язаних із вживанням.

---

<sup>14</sup> Lapin MS, Shevchenko MV. Recreational Use of Pregabalin in Ukraine. Availability, Patterns of Use and Chemsex. MedRxiv. 2025. doi: <https://doi.org/10.1101/2025.10.06.25337361>

З огляду на це, саме наймолодші споживачі (14–23 роки) мають бути пріоритетною цільовою групою для дослідницьких і профілактичних програм, спрямованих на людей, які вживають психоактивні речовини.

### **Не тільки вживання психоактивних речовин, але й алкоголю є серйозною проблемою**

Поряд із вживанням ПАР, суттєвою проблемою громадського здоров'я в нашій вибірці є також вживання алкоголю. Переважна більшість респондентів практикує одночасне вживання алкоголю та ПАР. Це може суттєво підвищувати ризики гострих інтоксикацій, травм, небажаних сексуальних контактів та інших негативних наслідків.

Частка респондентів, які відповідають міжнародним критеріям «binge drinking» (BOOZ, NIAAA) та «heavy drinking» (SAMHSA), суттєво перевищує середні значення для населення Європейського регіону та США, що свідчить про надконцентрацію інтенсивного вживання алкоголю в цільовій аудиторії.

Показники проблемного вживання алкоголю в українській вибірці споживачів ПАР є близькими до результатів, отриманих у дослідженні в США для зіставної популяції. Це може свідчити, що підвищене споживання алкоголю серед людей, які вживають ПАР, має радше універсальний характер і не обмежується особливостями окремої країни. Відповідно, профілактичні програми мають враховувати цю «подвійну» проблему - поєднане вживання ПАР і алкоголю - під час роботи з цією групою.

Відсутність істотних гендерних відмінностей у показниках «binge/heavy drinking» вказує на те, що інтервенції мають бути однаково чутливими до потреб як чоловіків, так і жінок, а не спиратися на традиційні уявлення про «чоловічий» алкогольний ризик.

Подальші дослідження можуть включати більш детальні індикатори алкоголь-специфічних наслідків (наприклад, AUDIT, шкали шкоди).

### **Перевірка ПАР тестами та сприйняття ризиків**

Незважаючи на високий рівень обізнаності про тести для перевірки ПАР (понад три чверті респондентів), фактичне їх застосування залишається помітно нижчим, особливо у наймолодшій віковій групі. Головними бар'єрами виявляються брак доступу й вартість тестів, а також довіра до джерела речовини; ці чинники мають безпосередньо інформувати програмний дизайн (місця й канали розповсюдження реагентів, комунікаційні меседжі).

Помітна частка клієнтів проекту, які отримують тести у складі набору PartyBox, повідомили про труднощі з розумінням інструкції. Це вказує на необхідність її доопрацювання.

### **Проблема «спайкінгу»**

Спайкінг у нашій вибірці не виглядає рідкісним явищем: з ним стикався майже кожен п'ятий респондент. Очевидно, йдеться про реальний та поширений ризик, а не про поодинокі випадки. Дані також руйнують стереотипне уявлення про «суто жіночу» проблему: досвід спайкінгу мають і жінки, і чоловіки, а найбільша вразливість спостерігається серед наймолодших респондентів, які частіше повідомляють і про нещодавні випадки.

### **Нормалізованість сексуалізованого вживання наркотиків**

Сексуалізоване вживання ПАР у цій вибірці виглядає не винятком, а звичною практикою. Це радше стабільний патерн поведінки, а не на «випадок одного разу». Те, що показники у жінок і чоловіків практично однакові, додатково підкреслює нормалізацію SDU в обох групах і потребу розглядати його як спільний для всієї аудиторії ризик.

### **Вікові особливості причин невикористання презервативів**

Молодші респонденти частіше пояснюють невикористання презервативів ресурсними причинами: «не було під рукою», «не хотіли/не могли витратити кошти». Можливо, для цієї групи доречним рішенням є регулярна адресна розсилка наборів із презервативами (і, за можливості, лубрикантом): вона знімає бар'єр вартості та забезпечує постійну наявність засобів захисту, коли виникає потреба.

### **Висока поширеність групового сексу**

Груповий секс у цій вибірці здебільшого виглядає не «разовим експериментом», а повторюваною практикою: більшість тих, хто мав такий досвід за останні 6 місяців, робили це більше одного разу, а третина - з високою частотою, що вказує на сформований поведінковий патерн. Водночас саме в цьому контексті частіше поєднується сексуальна взаємодія з вживанням ПАР і рідше використовується презерватив порівняно із «середнім» сексуальним контактом, тому груповий секс виступає ситуацією підвищеного ризику.

### **Проблеми з отримання психологічної та психіатричної допомоги**

Потреба в психоемоційній підтримці у вибірці дуже висока, але фактичне отримання допомоги значною мірою «прив'язане» до грошей респондента: послуги переважно забезпечує приватний сектор, тоді як державні та неурядові сервіси помітно відстають. У результаті за відсутності фінансових ресурсів люди просто не отримують потрібних послуг, попри масовий запит.

### **Ставлення до самотестування на ВІЛ та ІПСШ**

Високий попит на дистанційні та домашні моделі тестування (самотестування) на ВІЛ та ІПСШ свідчить про готовність цільової аудиторії користуватися швидкими наборами для самотестування як зручним і прийнятним форматом дізнатися свій статус.

## Рекомендації

1. В майбутньому доцільно цілеспрямовано розширювати присутність проекту та набір учасників у регіонах, які наразі представлені меншою мірою, щоб забезпечити більш збалансоване територіальне охоплення як дослідницького, так і інтервенційного компонентів.
2. Доцільно пропонувати додаткові послуги респондентам, які мають різні профілі ризику (наприклад, є ЧСЧ). Зараз така практика існує для тих, хто повідомив що має досвід ін'єкційного вживання ПАР – їм додатково пропонується звернутися до сервісу Help24<sup>15</sup>.
3. Доцільно виокремити немедичне вживання прегабаліну як окремий фокус профілактичної та інтервенційної роботи, зокрема в контексті сексуалізованого вживання ПАР і хімсексу. Висока поширеність цієї речовини, а також її помітна присутність у ситуаціях сексуальних контактів вказують на потребу включати тему прегабаліну до аустріч-повідомлень, інструментів скринінгу ризиків і подальшого моніторингу в межах проекту.
4. Детально вивчити мотивації та контексти вживання «Лірики» (прегабаліну) та причини такої поширеності серед споживачів.
5. Сфокусувати дослідницькі та профілактичні заходи на наймолодших споживачах (14–23 роки) як пріоритетній групі підвищеного ризику та найбільшого тягаря наслідків від вживання ПАР.
6. В репрезентативних дослідженнях перевірити гіпотези про зростання популярності мефедрону, альфа-PVP, інших синтетичних катінонів, опіоїдів, кокаїну.
7. Посилити компоненти зменшення шкоди, орієнтовані на мефедрон, інші синтетичні катінони та опіоїди.
8. Враховуючи надзвичайно високі рівні «binge» та «heavy drinking», інтегрувати в сервісну модель короткі скринінгові інструменти (наприклад, AUDIT-C).
9. Інтегрувати в модель PartyBox структуровані компоненти, спрямовані на зниження високо ризикового вживання алкоголю (інформаційні матеріали про «binge/heavy drinking», алгоритми самопомоги й звернення по допомогу).
10. Оновити інструкцію до тестів перевірки речовин у PartyBox: зробити її коротшою та наочнішою (покроковий формат, прості формулювання, візуальні підказки) і перевірити зрозумілість на невеликій групі користувачів перед масштабуванням.
11. Запровадити регулярну цільову розсилку презервативів для наймолодших учасників як ключовий інструмент зменшення ресурсних бар'єрів.
12. Розширити безоплатний (або максимально здешевлений) доступ до психологічної та психіатричної допомоги для споживачів ПАР через громадські організації.
13. Масштабувати самотестування на ВІЛ та ІПСШ (зокрема через доставку/онлайн-замовлення) та забезпечити просту маршрутизацію до підтверджувального тестування і подальшої допомоги.
14. Використовувати дані про високу поширеність інтенсивного вживання алкоголю та зростання ролі синтетичних катінонів і опіоїдів для адвокації розширення фінансування програм зменшення шкоди та ментального здоров'я серед молоді.

<sup>15</sup> <https://help24.org.ua/>

# 1. Профіль учасників дослідження

## 1.1. Статевий розподіл

Учасники дослідження розподілились за статтю наступним чином: жінки – 47,9%; чоловіки – 50,2%; трансгендерні чоловіки – 0,8%; трансгендерні жінки – 0,5%; небінарні особи – 0,6%. З огляду на малу наповненість груп трансгендерних жінок, трансгендерних чоловіків та небінарних осіб (<20 респондентів у групі) далі в звіті аналіз за статтю передбачає тільки жінок та чоловіків.

## 1.2. Віковий розподіл

Розподіл респондентів за віковими групами такий: 18 років та молодше – 10,0% опитаних; 19-20 років – 14,6% респондентів; 21-23 роки – 25,2% опитаних; 24-28 років – 27,4% респондентів; 29-33 роки – 12,4% опитаних; 34 роки та старше – 10,4% респондентів. Відтак, майже половина учасників дослідження належить до вікового діапазону 14-23-річних.

Проведений аналіз виявив статистично значущі відмінності у віці між чоловіками та жінками, які брали участь в дослідженні. Чоловіки в середньому старші (26,2 років), ніж жінки (23,9 років), різниця становить 2,3 роки<sup>16</sup>. Варіативність віку у чоловіків також дещо вища, ніж у жінок.

Серед жінок, що взяли участь у дослідженні, частка наймолодших вікових груп більша порівняно з чоловіками: 13,2% жінок належать до групи 14-18-річних, а 17,8% з них виповнилось 19-20 років (відповідні відсотки у вибірці чоловіків становлять 6,9% та 11,2%)<sup>17</sup>. Таким чином, частка осіб до 20 років серед жінок майже вдвічі більша, ніж серед чоловіків. Натомість у чоловічій підвибірці майже втричі вищий відсоток респондентів, яким виповнилось 34 та більше років: 15,0% порівняно з 5,8% серед жінок.

## 1.3. Розподіл за областю проживання

Загалом у дослідженні взяли участь 2592 респонденти з різних регіонів України. Всі області України (крім Луганської, АР Крим та міста Севастополя) представлені в дослідженні. Найбільш представленим серед них виявилось місто Київ – 53,3% (1382 особи), що становить понад половину усіх опитаних. Інші регіони з відносно високою представленістю: Львівська (8,8%, 228 осіб), Одеська (6,6%, 172 особи), Київська (5,6%, 146 осіб), Дніпропетровська (3,9%, 100 осіб) та Харківська (3,8%, 98 осіб) області, проте їхня частка значно нижча порівняно з Києвом. Регіони з найменшою кількістю учасників: підконтрольні частини Донецької (0,5%, 14 осіб) та Херсонської (0,2%, 6 осіб) областей, Закарпатська область (0,3%, 7 осіб), а також непідконтрольна частина Запорізької області (<0,05%, 1 особа). Непідконтрольні частини Донецької та Херсонської областей у вибірку не потрапили.

---

<sup>16</sup> t-тест,  $p < 0,001$

<sup>17</sup>  $\chi^2 = 98,8$ ;  $p < 0,001$

Таблиця 1. Розподіл вибірки за областями проживання респондентів.

Область проживання	n	%
м. Київ	1382	53,3
Львівська	228	8,8
Одеська	172	6,6
Київська	146	5,6
Дніпропетровська	100	3,9
Харківська	98	3,8
Вінницька	59	2,3
Рівненська	42	1,6
Івано-Франківська	37	1,4
Хмельницька	35	1,4
Черкаська	35	1,4
Полтавська	29	1,1
Запорізька (підконтрольна)	28	1,1
Сумська	27	1,0
Чернігівська	26	1,0
Житомирська	24	0,9
Волинська	20	0,8
Миколаївська	20	0,8
Кіровоградська	19	0,7
Чернівецька	19	0,7
Тернопільська	18	0,7
Донецька (підконтрольна)	14	0,5
Закарпатська	7	0,3
Херсонська (підконтрольна)	6	0,2
Запорізька (непідконтрольна)	1	0

## 2. Вживання ПАР

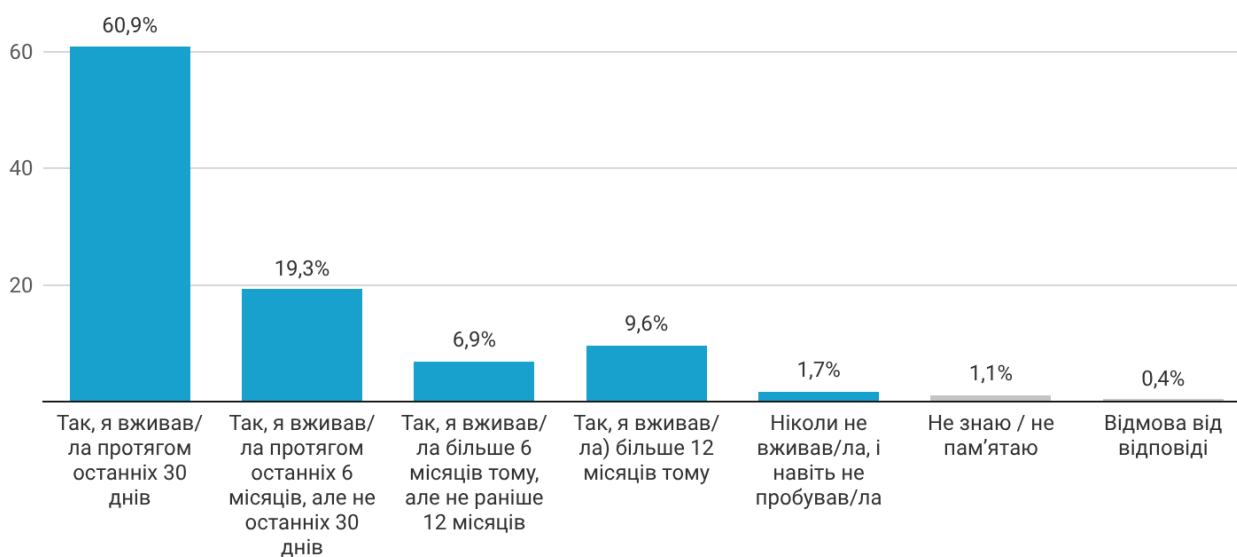
### 2.1. Вживання марихуани

Досвід вживання марихуани серед респондентів дуже поширений: коли-небудь пробували марихуану 96,8% учасників дослідження. Зокрема, 60,9% вживали її протягом останніх 30 днів, 19,3% – протягом останніх 6 місяців, але не 30 днів, 6,9% – від 6 до 12 місяців тому, а 9,6% – понад рік тому. Лише 1,7% респондентів ніколи не пробували марихуану. Ще 1,5% не відповіли.

Діаграма 1. Вживання марихуани.

#### Скажи, будь ласка, чи вживав ти коли-небудь марихуану?

n = 2592



Серед чоловіків більша частка повідомили, що вживала марихуану впродовж останніх 30 днів, ніж серед жінок: 64,8% та 56,8% відповідно<sup>18 19</sup>.

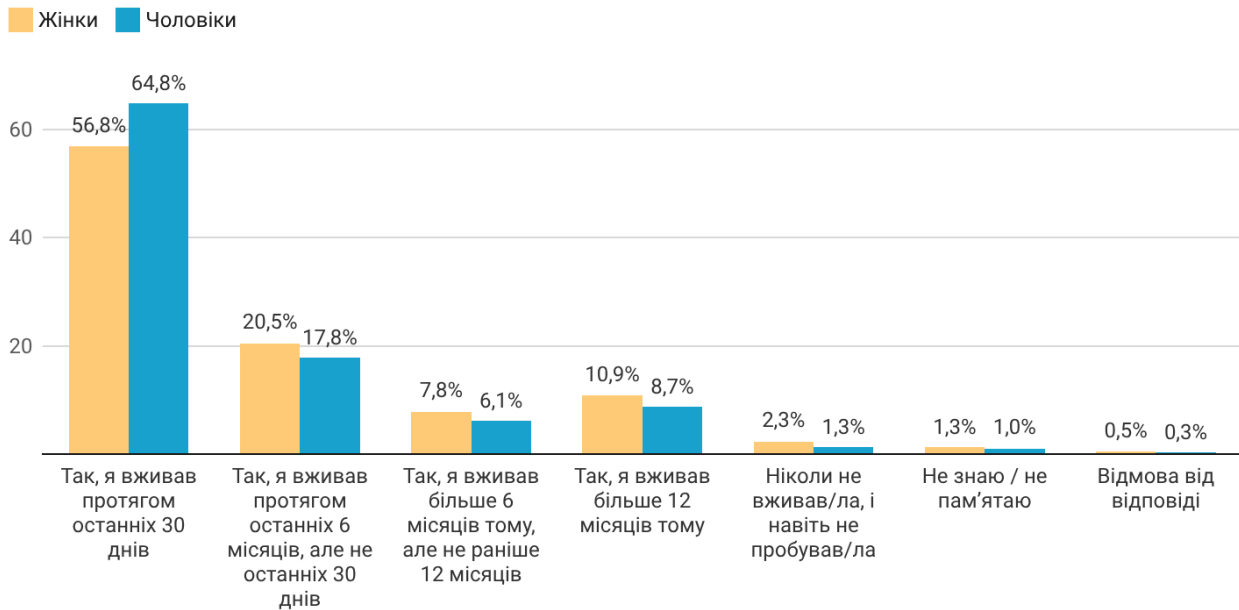
<sup>18</sup> Різниця пропорцій статистично значуща на рівні <0,001

<sup>19</sup> Розподіл відповідей чоловіків і жінок на питання про вживання марихуани статистично значущо відрізняється:  $\chi^2 = 19,2$ ;  $p < 0,004$

Діаграма 2. Вживання марихуани за статтю.

## Скажи, будь ласка, чи вживав ти коли-небудь марихуану? (розподіл за статтю)

Чоловіки (n = 1301) та жінки (n = 1242)



Учасники дослідження, яким ще не виповнився 21 рік, рідше повідомляли про досвід вживання марихуани порівняно зі старшими респондентами: 91,5% серед тих, кому не більше 18 років, 93,4% серед 19-20-річних та не менш ніж 98% серед решти вікових груп<sup>20</sup>. Наймолодші респонденти були більш схильні відповідати невизначено, а 19-20-річні – заперечувати факт вживання. Натомість люди віком від 21 до 23 років частіше зазначали, що вживали марихуану протягом останніх 30 днів, а ті, кому виповнилось 24 та більше, – більше 12 місяців тому<sup>21</sup>.

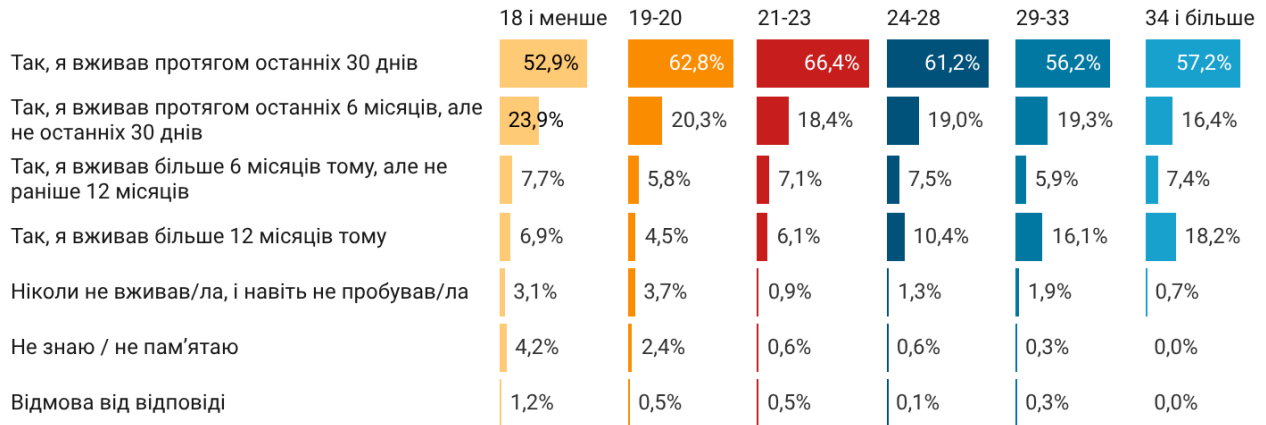
<sup>20</sup> Розподіл відповідей різних вікових груп на питання про вживання марихуани статистично значущо відрізняється:  $\chi^2 = 129,1$ ;  $p < 0,001$

<sup>21</sup> Різниця пропорцій статистично значуща на рівні  $<0,05$ .

Діаграма 3. Вживання марихуани за віком.

## Скажи, будь ласка, чи вживав ти коли-небудь марихуану? (розподіл за віком)

<18 (n =259), 19-20 (n = 379), 21-23 (n = 652), 24-28 (n = 711), 29-33 (n = 322), >33 (n = 269)



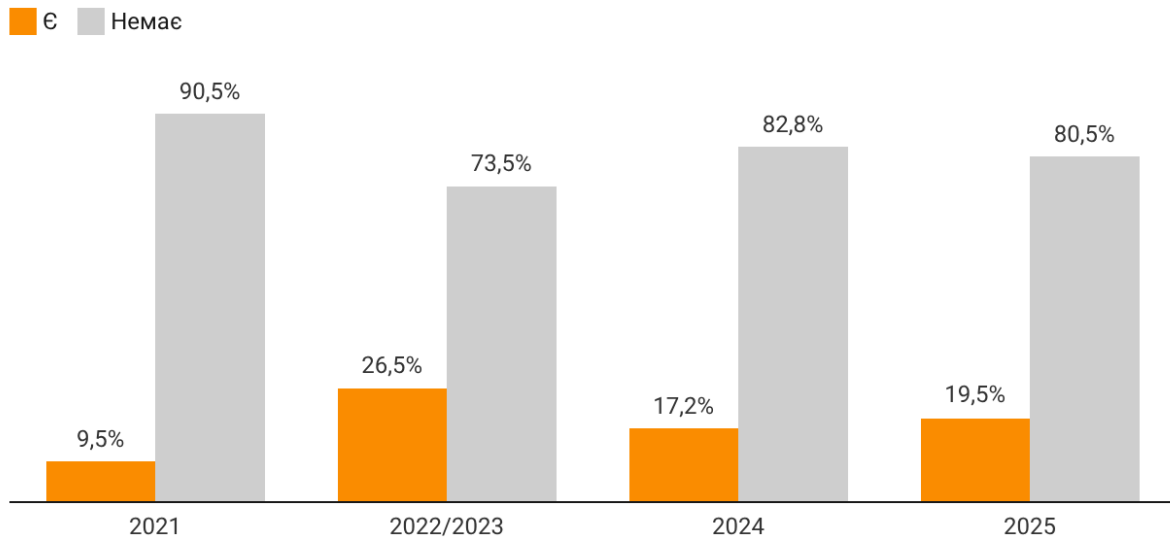
## 2.2. Практики ін'єкційного вживання ПАР

Серед учасників дослідження досвід вживання психоактивних речовин ін'єкційним шляхом є у 19,5%.

Частка респондентів з досвідом ін'єкційного вживання психоактивних речовин у вибірці 2021 року становила всього 9,5%, у 2022-2023 суттєво збільшилась до 26,5%, у 2024 дещо знизилась до 17,2%, а у 2025 році продемонструвала невелике зростання на 2,3 відсоткових пункти.

Діаграма 4. Досвід ін'єкційного вживання ПАР (2021-2025).

## Досвід вживання психоактивних речовин ін'єкційним шляхом (2021-2025)

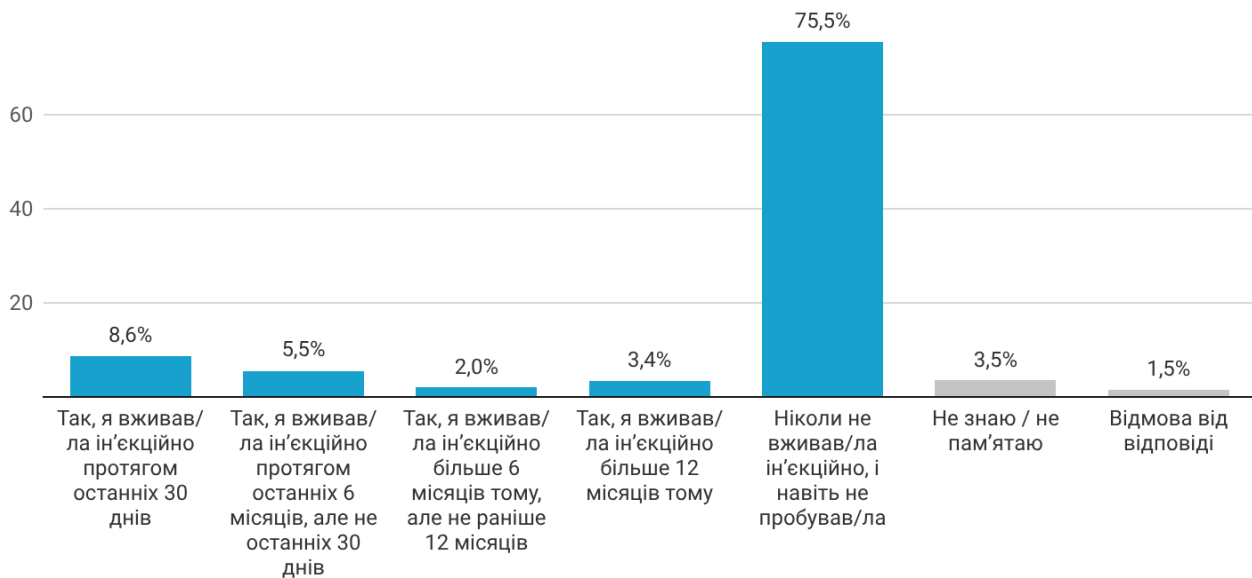


8,6% респондентів повідомили, що вживали ПАР ін'єкційно протягом останніх 30 днів, 5,5% – протягом останніх 6 місяців, але не 30 днів, 2,0% – від 6 до 12 місяців тому, а 3,4% – понад рік тому. Ніколи не вживали і не пробували, за їхніми словами, 75,5%. Ще 5,0% не відповіли на запитання.

Діаграма 5. Частота ін'єкційного вживання ПАР.

## Коли останній раз ти вживав будь-які психоактивні речовини ін'єкційним шляхом (за допомогою шприца)?

n = 2592



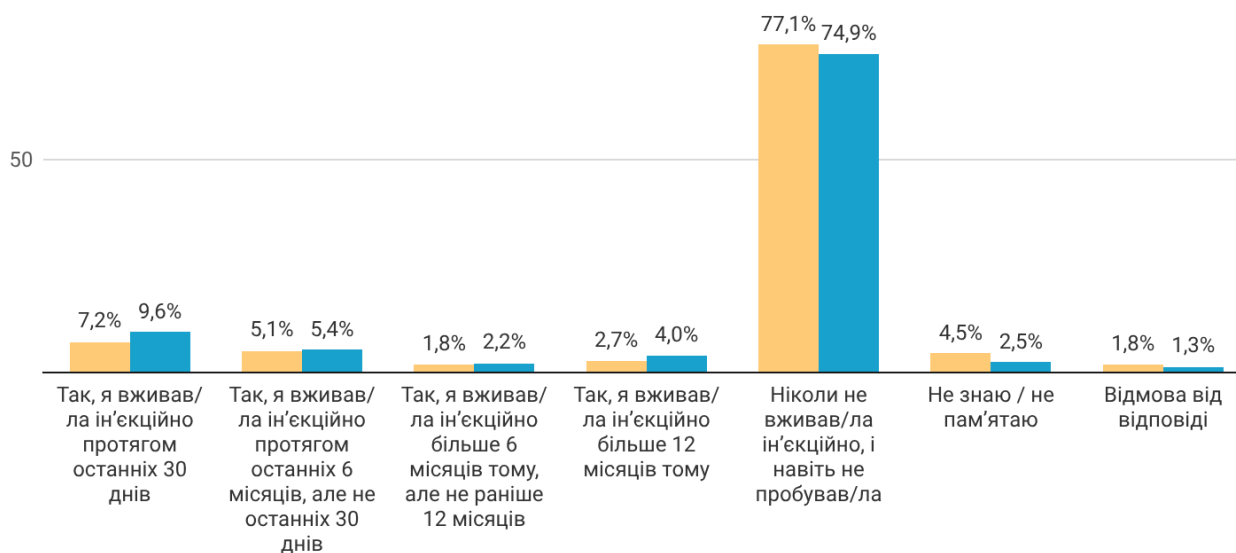
Серед чоловіків дещо більш поширений досвід ін'єкційного вживання ПАР, аніж серед жінок: 21,2% проти 16,7%<sup>22</sup>. Чоловіки трохи частіше, аніж жінки, повідомляли, що вживали ПАР ін'єкційно протягом останніх 30 днів (9,6% та 7,2% відповідно)<sup>23</sup>.

Діаграма 6. Частота ін'єкційного вживання ПАР за статтю.

## Коли останній раз ти вживав будь-які психоактивні речовини ін'єкційним шляхом (за допомогою шприца)? (розподіл за статтю)

Чоловіки (n = 1301) та жінки (n = 1242)

Жінки Чоловіки



Досвід вживання ПАР ін'єкційним шляхом найбільш поширений серед молодших вікових груп: 26,6% серед 14-18-річних та 26,9% серед 19-20-річних. Дещо рідше такий досвід мали учасники дослідження, яким вже виповнилось 34 та більше років: 23,4% колись вживали ПАР ін'єкційно. Найменша частка ін'єкційних споживачів серед респондентів віком від 21 до 33 років: 17,6% серед 21-23-річних, 14,5% серед 24-28-річних, 16,8% серед 29-33-річних. Вікові групи 19-20 та 34+ років частіше повідомляли, що вживали ПАР ін'єкційно протягом останніх 30 днів. Зв'язок між віковими групами і досвідом ін'єкційного вживання ПАР статистично значущий<sup>24</sup>.

<sup>22</sup>  $\chi^2 = 8,5$ ;  $p < 0,03$

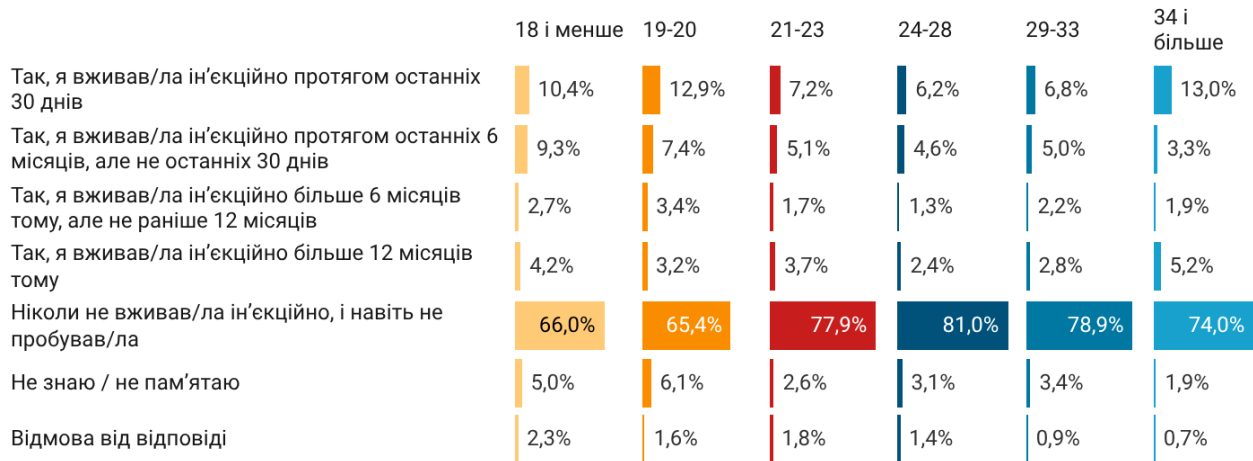
<sup>23</sup> Різниця пропорцій статистично значуща на рівні  $<0,05$ .

<sup>24</sup>  $\chi^2 = 76,3$ ;  $p < 0,001$ ; Cramer's V = 0,122

Діаграма 7. Частота ін'єкційного вживання ПАР за віком.

## Коли останній раз ти вживав будь-які психоактивні речовини ін'єкційним шляхом (за допомогою шприца)? (розподіл за віком)

<18 (n =259), 19-20 (n = 379), 21-23 (n = 652), 24-28 (n = 711), 29-33 (n = 322), >33 (n = 269)



### 2.3. Речовини, які вживають ін'єкційно

Серед споживачів ін'єкційних ПАР найбільша частка вважає своєю основною речовиною мефедрон (14,0%). Інші основні ПАР, які вживаються ін'єкційно, – амфетамін у вигляді порошку (9,7%), кетамін (6,9%), героїн (5,9%) та альфа-PVP (5,9%).

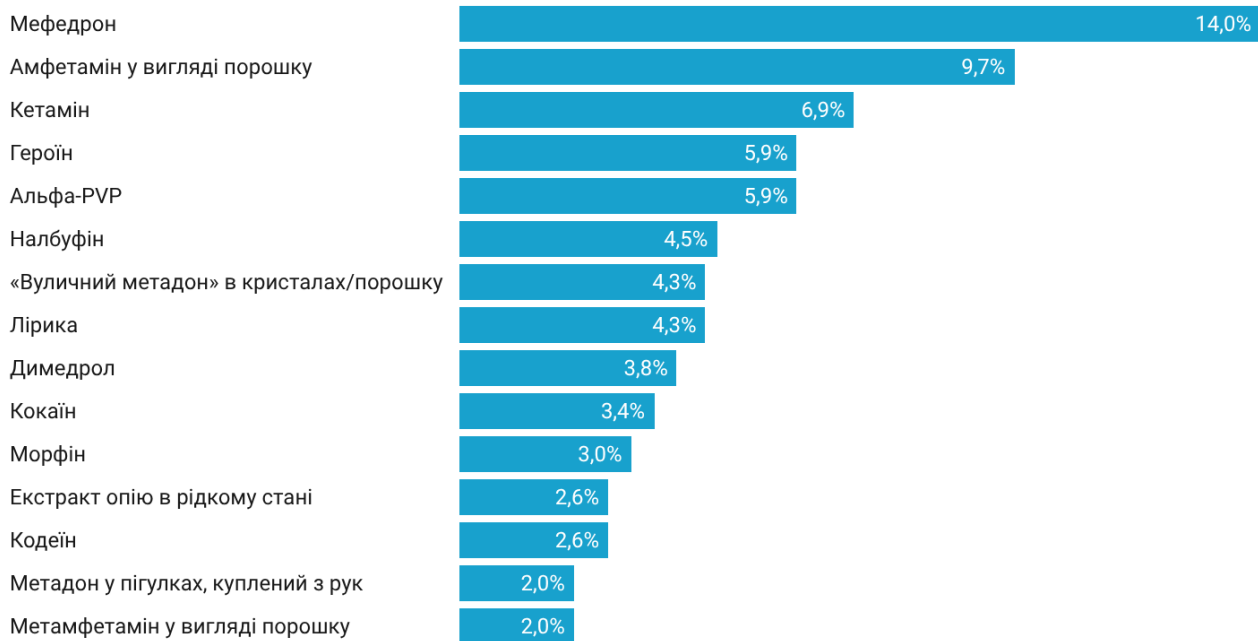
Від двох до п'яти відсотків споживачів ін'єкційних ПАР називали також налбуфін (4,5%), «вуличний метадон» (4,3%), «Лірику» (4,3%), димедрол (3,8%), кокаїн (3,4%), морфін (3,0%), рідкий екстракт опію (2,6%), кодеїн (2,6%), метадон у пігулках, куплений з рук (2,0%), та кристалічний метамфетамін (2,0%).

Від 1 до 2 відсотків споживачів вважають основною для себе речовиною метадон у пігулках, отриманий у програмах ЗПТ, трамадол, бупренорфін у пігулках, куплений з рук, кустарний метамфетамін та барбітурати. Інші речовини, такі як фентаніл, дезоморфін тощо, назвали менше одного відсотка респондентів. Ще 4,2% (21 респондент) обрали відповідь «інше», а 10,5% не змогли відповісти. Змістовних відкритих відповідей серед тих, хто обрав варіант «інше» небагато: деякі респонденти назвали кетамін, «Лірику», фентаніл, DMT, 5-MeO-DMT.

Діаграма 8. Основні речовини, які вживають ін'єкційно (топ-15 відповідей).

## Яку психоактивну речовину, яку ти вживаєш ін'єкційним способом (за допомогою шприца), ти вважаєш основною для себе? - топ 15

n = 506



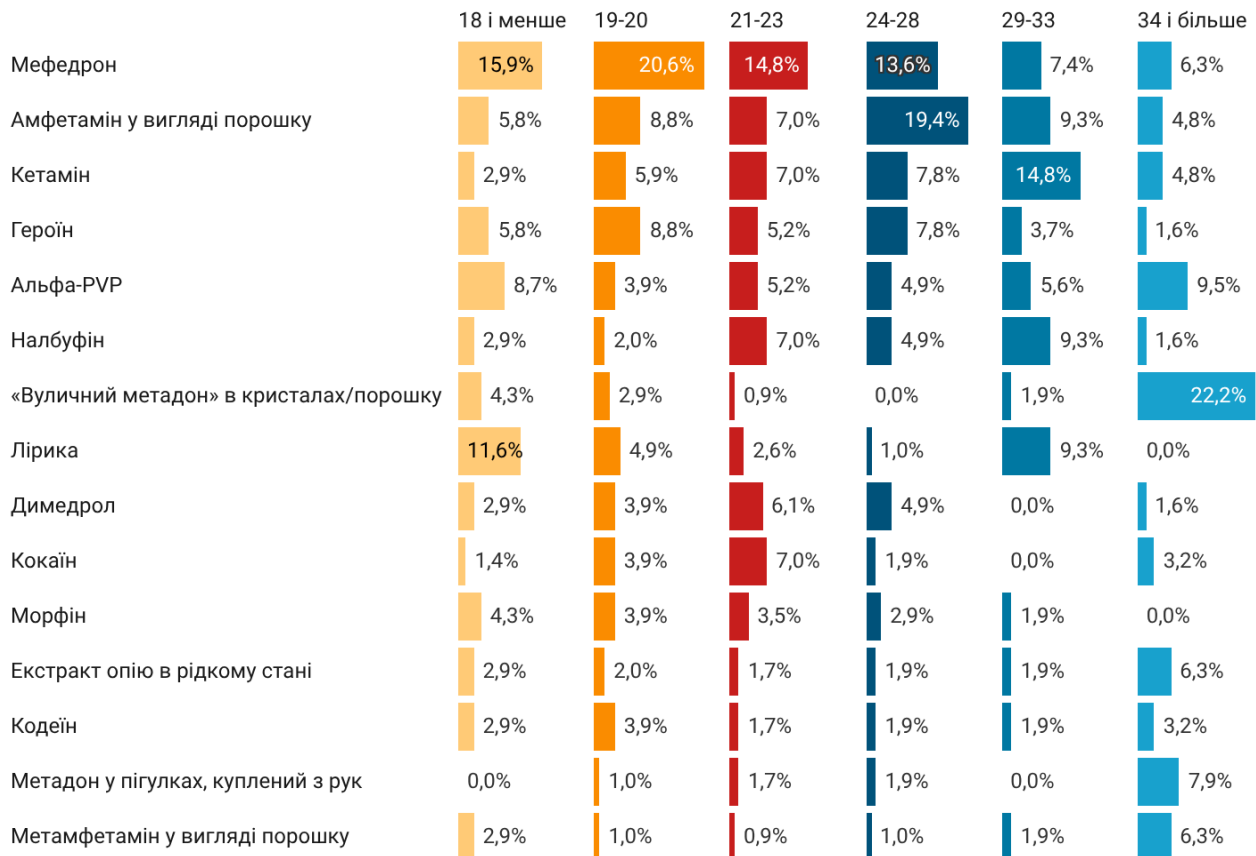
Жінки та чоловіки – споживачі ін'єкційних ПАР – статистично значуще не відрізняються за уподобаннями щодо основної речовини, натомість є відмінності між віковими групами<sup>25</sup>. Зокрема, серед тих, кому виповнилось 34 та більше років, майже чверть (22,2%) назвала своєю основною речовиною «вуличний метадон», тоді як в інших вікових групах популярність цієї ПАР значно нижча (<5%). «Лірика» найбільш популярна серед наймолодших споживачів (11,6%).

<sup>25</sup>  $\chi^2 = 238,1$ ;  $p < 0,001$

Діаграма 9. Основні речовини, які вживають ін'єкційно, за віком (топ-15 відповідей).

## Яку психоактивну речовину, яку ти вживаєш ін'єкційним способом (за допомогою шприца), ти вважаєш основною для себе? (розподіл за віком)

<18 (n =259), 19-20 (n = 379), 21-23 (n = 652), 24-28 (n = 711), 29-33 (n = 322), >33 (n = 269)



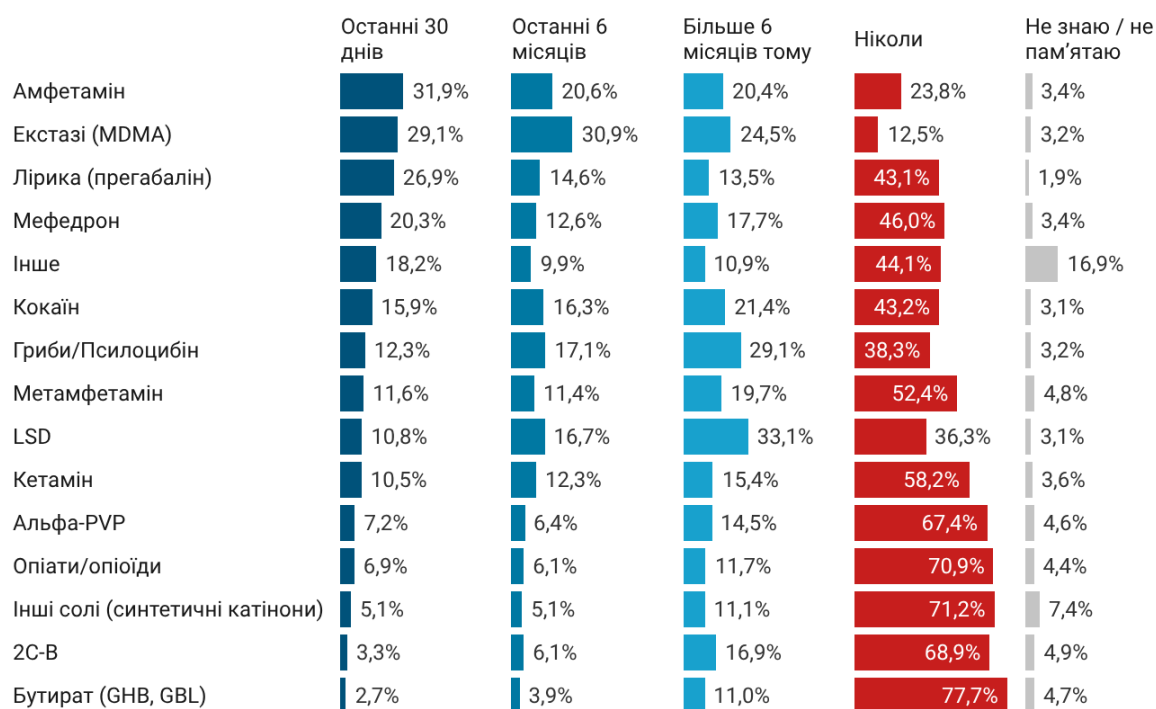
## 2.4. Речовини, які вживають неін'єкційно

Речовини, які найбільша частка учасників дослідження вживала коли-небудь неін'єкційним шляхом, – екстазі (84,4%) та амфетамін (72,8%). Не менше половини опитаних пробували коли-небудь LSD (60,6%), гриби/псилоцибін (58,5%), «Лірику» (55,0%), кокаїн (53,7%) та мефедрон (50,6%). Крім цього, 42,7% опитаних повідомили про досвід неін'єкційного вживання метамфетаміну, 38,2% – кетаміну, 28,0% – альфа-PVP, 26,2% – 2C-B, 24,6% – опіатів/опіодів, 17,6% – бутирату, 21,4% – інших солей (синтетичних катіонів), крім вищезгаданих.

Впродовж останніх 30 днів 31,9% учасників дослідження вживали неін'єкційним шляхом амфетамін, 29,1% – екстазі, 26,9% – «Лірику», 20,3% – мефедрон, 15,9% – кокаїн, 12,3% – гриби/псилоцибін, 11,6% – метамфетамін, 10,8% – LSD, 10,5% – кетамін, 7,2% – альфа-PVP, 6,9% – опіати/опіоїди, 3,3% – 2C-B, 2,7% – бутират, а 5,1% – інші солі (синтетичні катіони).

Діаграма 10. Частота вживання різних ПАР.

## А коли ти востаннє вживав ці речовини неін'єкційним способом?



Створено за допомогою Datawrapper

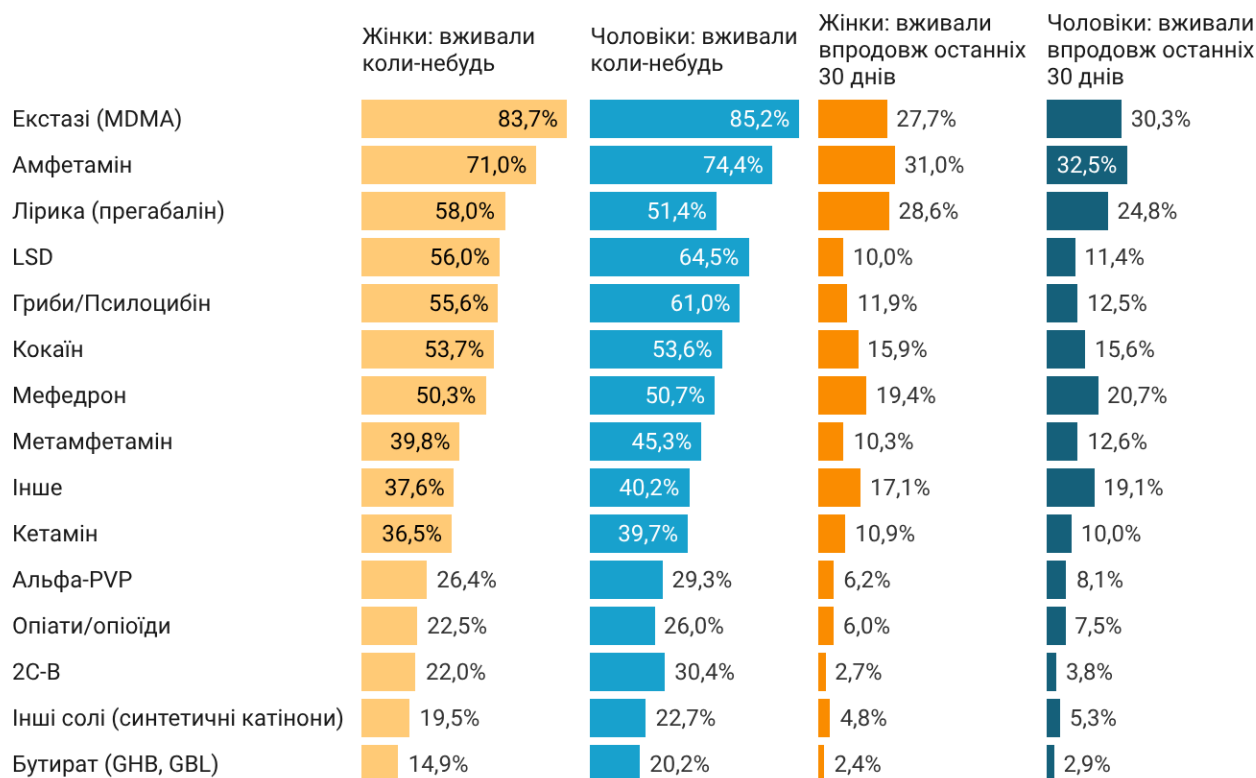
Серед чоловіків порівняно з жінками поширеніший досвід неін'єкційного вживання багатьох ПАР: зокрема, вищий відсоток респондентів-чоловіків вживав коли-небудь LSD, метамфетамін, бутират, гриби/псилоцибін, 2C-B, опіати/опіоїди та інші солі<sup>26</sup>. Натомість серед жінок більший відсоток неін'єкційно вживав лірику: як загалом, так і впродовж останніх 30 днів<sup>27</sup>.

<sup>26</sup> Для всіх цих ПАР різниця між пропорціями тих, хто вживав протягом життя, серед чоловіків та жінок статистично значуща,  $p < 0,05$

<sup>27</sup>  $p < 0,05$

Діаграма 11. Частота вживання різних ПАР за статтю.

## А коли ти востаннє вживав ці речовини неін'єкційним способом? (розподіл за статтю)

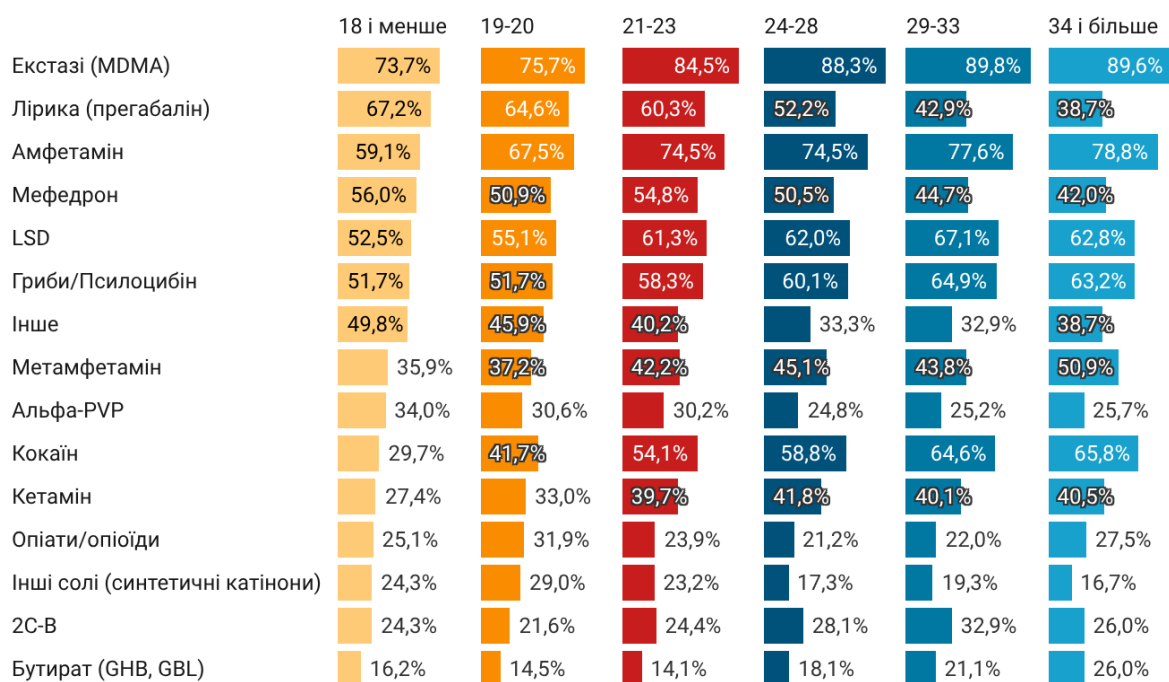


Що стосується вікових особливостей, у молодших вікових групах (18 і менше та 19–20 років) рідше фіксується досвід вживання екстазі, амфетаміну, кокаїну та частково кетаміну порівняно зі старшими респондентами<sup>28</sup>. Натомість серед старших вікових груп частіше трапляється досвід вживання метамфетаміну та бутирату, а група 29–33 роки вирізняється вищою часткою респондентів із досвідом вживання LSD порівняно з наймолодшою групою. Водночас серед молодших респондентів більш поширений досвід вживання лірики, мефедрону, інших солей, а також інших, не наведених у переліку, речовин.

<sup>28</sup> Вікові відмінності оцінювали за допомогою таблиць спряженості для кожної речовини окремо; відповіді «Важко сказати, не знаю» виключалися з відповідного аналізу. Використовували критерій  $\chi^2$  Пірсона, тест Linear-by-Linear Association, коефіцієнт Гамма та попарні порівняння стовпчикових пропорцій.

Діаграма 12. Досвід вживання різних ПАР за віком.

## Досвід вживання речовин неін'єкційним способом (розподіл за віком)

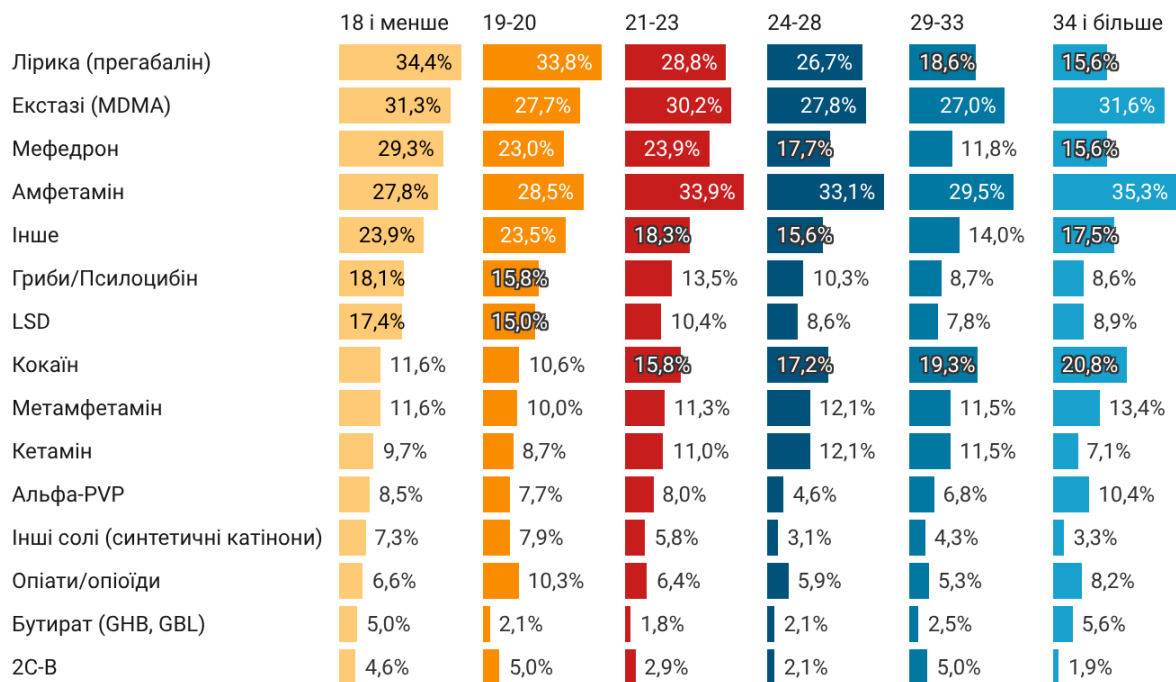


Нещодавній (упродовж останніх 30 днів) досвід вживання LSD, грибів/псилоцибіну та «Лірики» частіше фіксується серед молодших респондентів і загалом зменшується у старших вікових групах<sup>29</sup>. Для мефедрону та категорії «інші речовини» також простежується вища частка нещодавнього вживання серед молодших респондентів, хоча цей патерн не є строго лінійним. Натомість старші вікові групи дещо частіше повідомляли про нещодавнє вживання кокаїну.

<sup>29</sup> Вікові відмінності аналізували за допомогою таблиць спряженості для кожної речовини окремо з використанням критерію  $\chi^2$  Пірсона та попарних порівнянь стовпчикових пропорцій.

Діаграма 13. Частота вживання різних ПАР за віком впродовж 30 днів.

## Вживання речовин неін'єкційним способом впродовж останніх 30 днів (розподіл за віком)

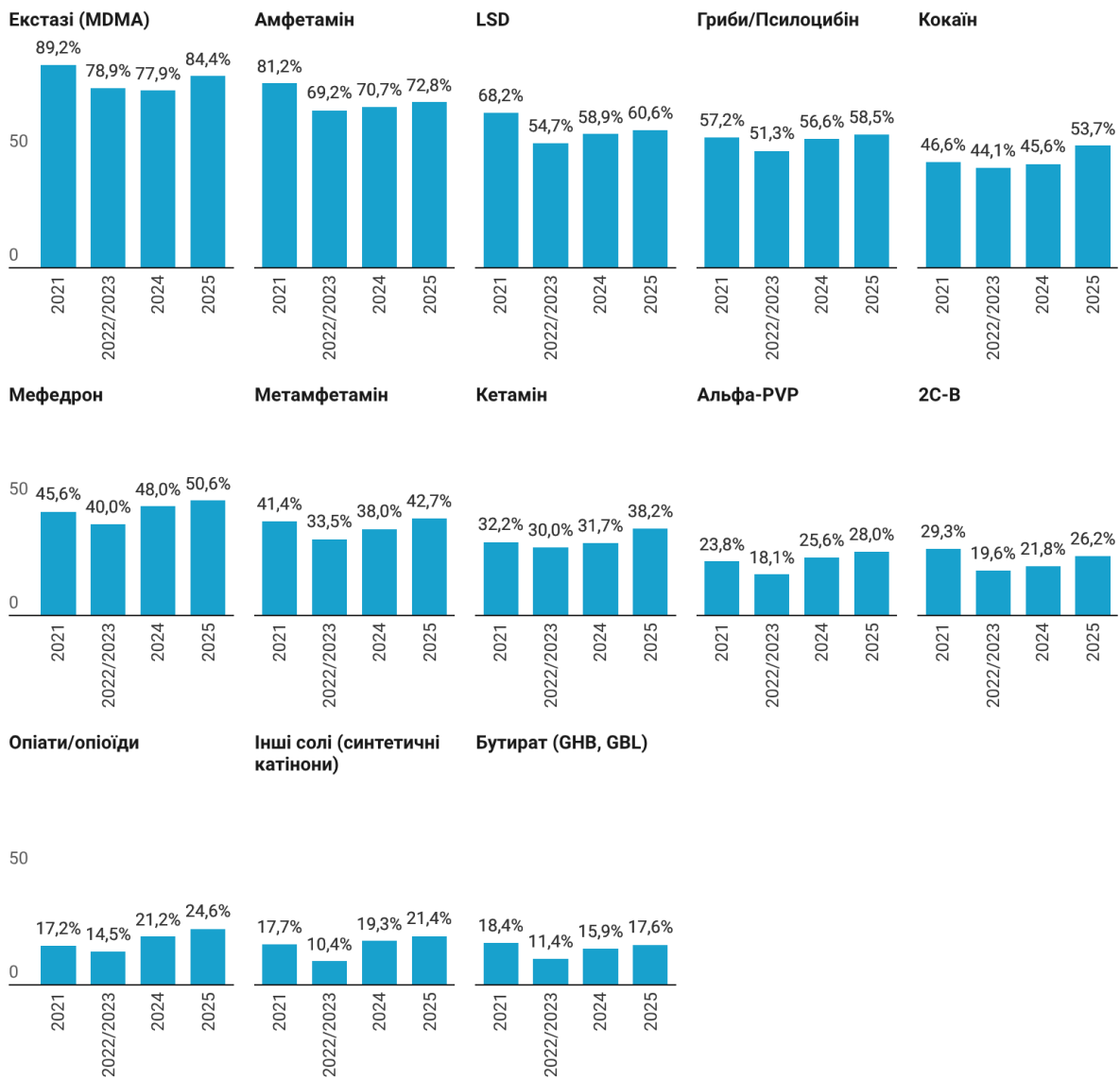


За результатами статистичного тестування показника позитивного досвіду вживання ПАР неін'єкційним шляхом, тест лінійного тренду Кокрана—Армітеджа для 4 хвиль дослідження (з 2021 по 2025 роки) показав статистично значуще зростання для кокаїну, мефедрону, метамфетаміну, кетаміну, альфа-PVP, опіатів/опіоїдів та інших солей (синтетичних катіонів), а також статистично значуще зниження для екстазі (MDMA), амфетаміну, LSD та 2C-B<sup>30</sup>. Для грибів/псилоцибіну та бутирату (GHB, GBL) статистично значущого лінійного тренду не виявлено. Окреме порівняння часток між 2025 і 2021 роками дало подібну картину, але для метамфетаміну різниця між цими двома точками не є статистично значущою, хоча загальний лінійний тренд за 4 хвилями є значущим.

<sup>30</sup> Тест лінійного тренду Кокрана—Армітеджа оцінює не лише різницю між окремими хвилями, а наявність систематичного односпрямованого зсуву показника упродовж усього періоду спостереження. Тому значущий результат може фіксуватися і в тих випадках, коли різниця саме між 2025 і 2021 роками окремо не досягає статистичної значущості.

Діаграма 14. Досвід вживання ПАР неін'єкційним шляхом (2021-2025).

## Досвід вживання ПАР неін'єкційним шляхом (2021-2025)



Створено за допомогою Datawrapper

Таблиця 2. Статистичне тестування змін показників пожиттєвого досвіду вживання різних ПАР<sup>31</sup>.

Речовина	Тест лінійного тренду (4 хвили)	Порівняння 2025 та 2021 років
Екстазі (MDMA)	Значуще лінійне зниження	У 2025 році показник значуще нижчий, ніж у 2021
Амфетамін	Значуще лінійне зниження	У 2025 році показник значуще нижчий, ніж у 2021
LSD	Значуще лінійне зниження	У 2025 році показник значуще нижчий, ніж у 2021
Гриби/псилоцибін	Статистично значущого лінійного тренду не виявлено	Статистично значущої різниці між 2025 і 2021 не виявлено
Кокаїн	Значущий лінійний ріст	У 2025 році показник значуще вищий, ніж у 2021
Мефедрон	Значущий лінійний ріст	У 2025 році показник значуще вищий, ніж у 2021
Метамфетамін	Значущий лінійний ріст	Статистично значущої різниці між 2025 і 2021 не виявлено
Кетамін	Значущий лінійний ріст	У 2025 році показник значуще вищий, ніж у 2021
Альфа-PVP	Значущий лінійний ріст	У 2025 році показник значуще вищий, ніж у 2021
2С-В	Значуще лінійне зниження	У 2025 році показник значуще нижчий, ніж у 2021
Опіати/опіоїди	Значущий лінійний ріст	У 2025 році показник значуще вищий, ніж у 2021
Інші солі (синтетичні катіони)	Значущий лінійний ріст	У 2025 році показник значуще вищий, ніж у 2021
Бутират (GHB, GBL)	Статистично значущого лінійного тренду не виявлено	Статистично значущої різниці між 2025 і 2021 не виявлено

За результатами статистичного тестування показників вживання різних ПАР неін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів, тест лінійного тренду Кокрана—Армітеджа для 4 хвиль показав статистично значуще зниження для екстазі (MDMA), амфетаміну, LSD та грибів/псилоцибіну, а статистично значуще зростання - для кокаїну, мефедрону, кетаміну, альфа-PVP та опіатів/опіоїдів. Для метамфетаміну, 2С-В, інших солей (синтетичних катіонів) та бутирату (GHB, GBL) статистично значущого лінійного тренду не виявлено. Окреме порівняння часток між 2025 і 2021 роками дало подібну картину для екстазі, амфетаміну, LSD, грибів/псилоцибіну, кокаїну, мефедрону та опіатів/опіоїдів, тоді як для кетаміну й альфа-PVP загальний лінійний тренд є значущим, але різниця між 2025 і 2021 роками статистично незначуща.

<sup>31</sup> Статистичну значущість змін оцінювали за допомогою двостороннього тесту лінійного тренду Кокрана—Армітеджа для 4 хвиль опитування та двостороннього z-тесту різниці двох пропорцій для порівняння показників 2025 і 2021 років; за критерій статистичної значущості приймали  $p < 0,05$ .

Діаграма 15. Вживання ПАР неін'єкційним шляхом (2021–2025) протягом останніх 30 днів.

## Вживання ПАР неін'єкційним шляхом (2021-2025) протягом останніх 30 днів



Створено за допомогою Datawrapper

Таблиця 3. Статистичне тестування змін показників вживання різних ПАР протягом останніх 30 днів<sup>32</sup>.

Речовина	Тест лінійного тренду (4 хвили)	Порівняння 2025 та 2021 років
Екстазі (MDMA)	Значуще лінійне зниження	У 2025 році показник значуще нижчий, ніж у 2021
Амфетамін	Значуще лінійне зниження	У 2025 році показник значуще нижчий, ніж у 2021
LSD	Значуще лінійне зниження	У 2025 році показник значуще нижчий, ніж у 2021
Гриби/псилоцибін	Значуще лінійне зниження	У 2025 році показник значуще нижчий, ніж у 2021
Кокаїн	Значущий лінійний ріст	У 2025 році показник значуще вищий, ніж у 2021
Мефедрон	Значущий лінійний ріст	У 2025 році показник значуще вищий, ніж у 2021
Метамфетамін	Статистично значущого лінійного тренду не виявлено	Статистично значущої різниці між 2025 і 2021 не виявлено
Кетамін	Значущий лінійний ріст	Статистично значущої різниці між 2025 і 2021 не виявлено
Альфа-PVP	Значущий лінійний ріст	Статистично значущої різниці між 2025 і 2021 не виявлено
2С-В	Статистично значущого лінійного тренду не виявлено	Статистично значущої різниці між 2025 і 2021 не виявлено
Опіати/опіоїди	Значущий лінійний ріст	У 2025 році показник значуще вищий, ніж у 2021
Інші солі (синтетичні катіони)	Статистично значущого лінійного тренду не виявлено	Статистично значущої різниці між 2025 і 2021 не виявлено
Бутират (GHB, GBL)	Статистично значущого лінійного тренду не виявлено	Статистично значущої різниці між 2025 і 2021 не виявлено

Разом показники позитивного досвіду вживання та вживання протягом останніх 30 днів свідчать про поступову трансформацію структури споживання у вибірці клієнтів проекту. Для кокаїну, мефедрону та опіатів/опіоїдів зростання фіксується як на рівні накопиченого досвіду, так і на рівні актуального вживання (останні 30 днів), що може вказувати на посилення їхньої ролі у поточних практиках респондентів. Для кетаміну та альфа-PVP також простежується висхідна динаміка, однак вона виразніше проявляється у загальному досвіді. Натомість для екстазі/MDMA, амфетаміну та LSD спостерігається зниження і за показником позитивного досвіду, і за показником недавнього вживання. Для окремих речовин, зокрема метамфетаміну, грибів/псилоцибіну, 2С-В, бутирату та інших солей, картина є менш однозначною: у цих випадках зміни або не формують стійкого односпрямованого паттерну, або радше відображають коливання інтересу й досвіду, ніж чітке зростання чи спад.

<sup>32</sup> Статистичну значущість змін оцінювали за допомогою двостороннього тесту лінійного тренду Кокрана—Армітеджа для 4 хвиль опитування та двостороннього z-тесту різниці двох пропорцій для порівняння показників 2025 і 2021 років; за критерій статистичної значущості приймали  $p < 0,05$ .

## 2.5. Вживання ПАР друзями та знайомими

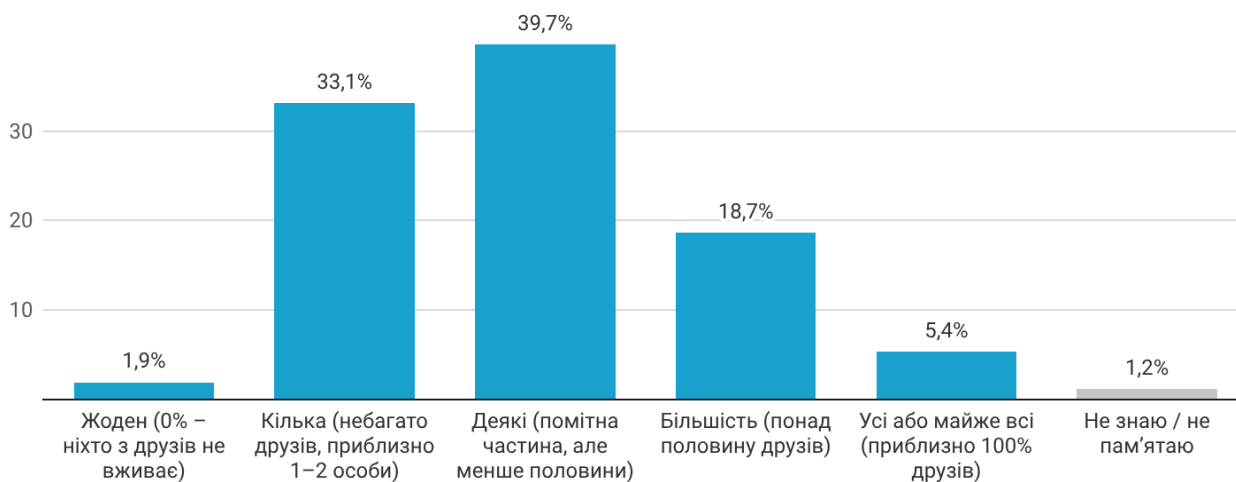
Майже всі опитані споживачі ПАР мають друзів та знайомих, що також вживають психоактивні речовини (за винятком марихуани, тютюну та алкоголю): 96,9% знають принаймні одну таку людину, тоді як лише 1,9% не мають жодного друга чи приятеля-споживача, а 1,2% не відповіли.

Здебільшого частка друзів-споживачів ПАР не перевищує половини: у 33,1% йдеться про 1-2 особи, у 39,7% споживає помітна частина друзів та знайомих, але менш ніж половина від усього кола спілкування. Ще 18,7% повідомили, що більшість їхніх друзів та знайомих вживає ПАР, а у 5,4% – всі чи майже всі.

Діаграма 16. Вживання ПАР друзями та знайомими.

### Скільки з твоїх друзів або знайомих, на твою думку, теж вживають психоактивні речовини (за винятком марихуани, тютюну та алкоголю)?

n = 927



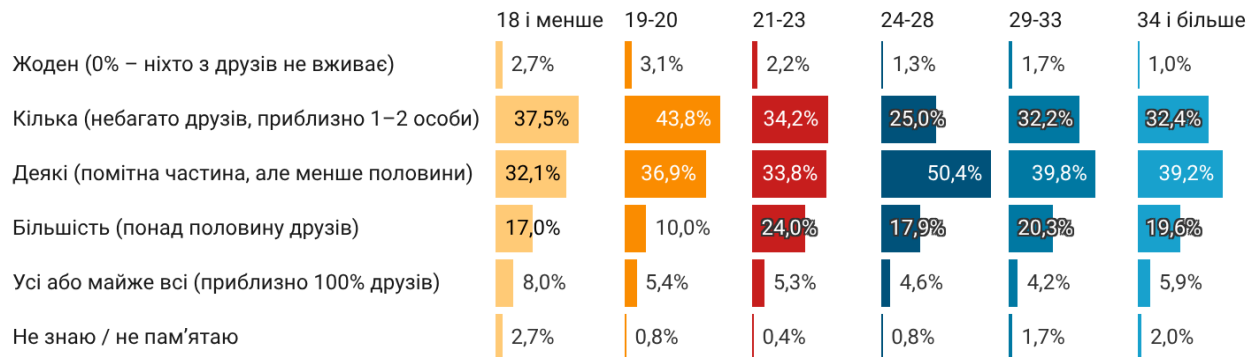
Частка споживачів ПАР у колі спілкування суттєво не відрізняється у чоловіків та жінок. Між віковими групами спостерігаються окремі відмінності<sup>33</sup>, але не лінійний тренд: 19-20-річні частіше за інших відповідають, що лише кілька їхніх друзів вживають ПАР (43,8%), 21-23-річні – що таких більшість (24,0%), а 24-48-річні – що їх менше половини (50,4%).

<sup>33</sup>  $\chi^2 = 38,8$ ;  $p < 0,05$

Діаграма 17. Вживання ПАР друзями та знайомими за віком.

## Скільки з твоїх друзів або знайомих, на твою думку, теж вживають психоактивні речовини (за винятком марихуани, тютюну та алкоголю)? (розподіл за віком)

<18 (n =112), 19-20 (n = 130), 21-23 (n = 225), 24-28 (n = 240), 29-33 (n = 118), >33 (n = 102)



### 3. Перевірка ПАР: обізнаність про тести та практики

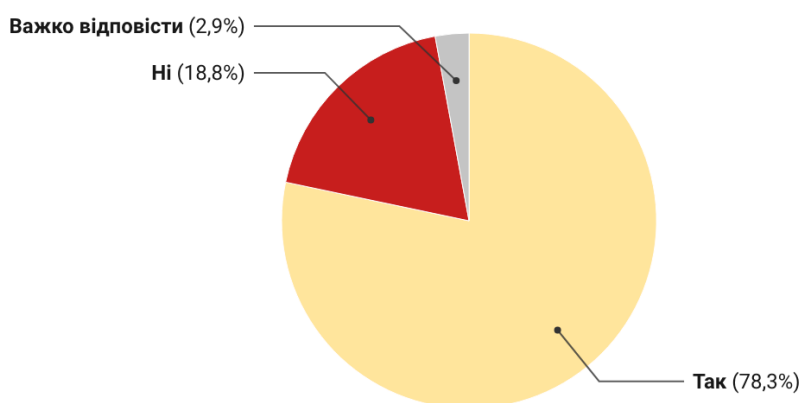
#### 3.1. Обізнаність про тестування речовин

Знають про існування спеціальних тестів для перевірки психоактивних речовин 78,3% опитаних, не знають 18,8%, а 2,9% не відповіли. Різниця в обізнаності між жінками та чоловіками, а також між віковими групами виявилась статистично незначущою.

*Діаграма 18. Обізнаність про тестування речовин.*

#### **Чи знаєш ти, що існують спеціальні тести для перевірки психоактивних речовин, щоб дізнатися про їхній склад?**

Всі респонденти (n = 2592)

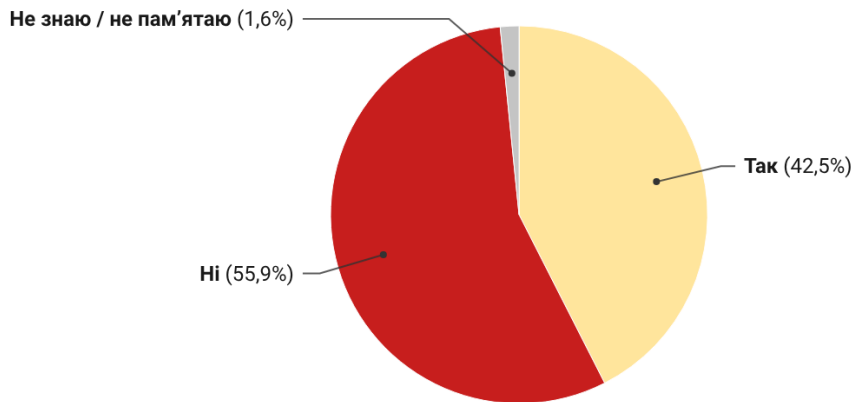


Серед тих, хто знає про існування спеціальних тестів для перевірки психоактивних речовин, 42,5% коли-небудь ними користувались.

Діаграма 19. Досвід перевірки ПАР за допомогою тестів.

## Скажи, чи перевіряв ти колись психоактивну речовину за допомогою спеціальних тестів, щоб перевірити, що це саме та речовина, яку ти збираєшся вжити?

Респонденти, що знають про існування тестів для перевірки речовин (n = 2030)



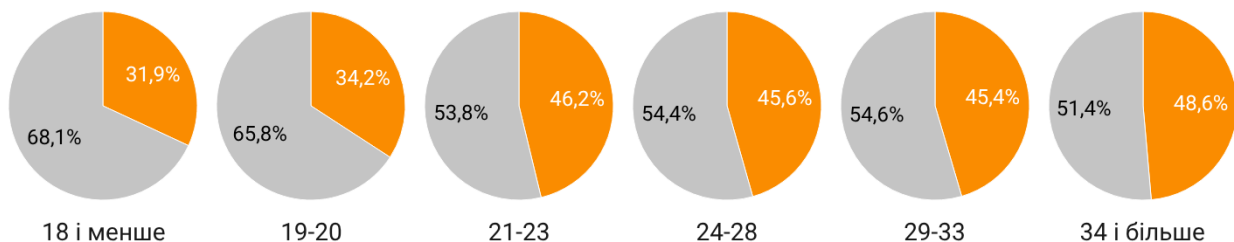
Частки чоловіків та жінок, що перевіряли ПАР тестом, майже не відрізняються, натомість є відмінності між віковими групами: ймовірність мати досвід перевірки психоактивних речовин нижча серед 14-20-річних і вища у старших споживачів. Серед 14-20-річних, обізнаних про тести, близько третини коли-небудь ними користувались. У старших вікових групах досвід перевірки ПАР поширеніший: відповідний відсоток коливається в межах 45-48%<sup>34</sup>.

Діаграма 20. Досвід перевірки ПАР за допомогою тестів за віком.

## Скажи, чи перевіряв ти колись психоактивну речовину за допомогою спеціальних тестів, щоб перевірити, що це саме та речовина, яку ти збираєшся вжити? (розподіл за віком)

>=18 (n = 196), 19-20 (n = 279), 21-23 (n = 510), 24-28 (n = 572), 29-33 (n = 254), 34=> (n = 219)

■ Перевіряв/ла ■ Не перевіряв/ла чи не може відповісти



Найчастіше останньою речовиною, яку перевіряли респонденти, були найбільш вживані екстазі (30,5%) та амфетамін (23,5%). Що стосується інших речовин, 13,6% назвали

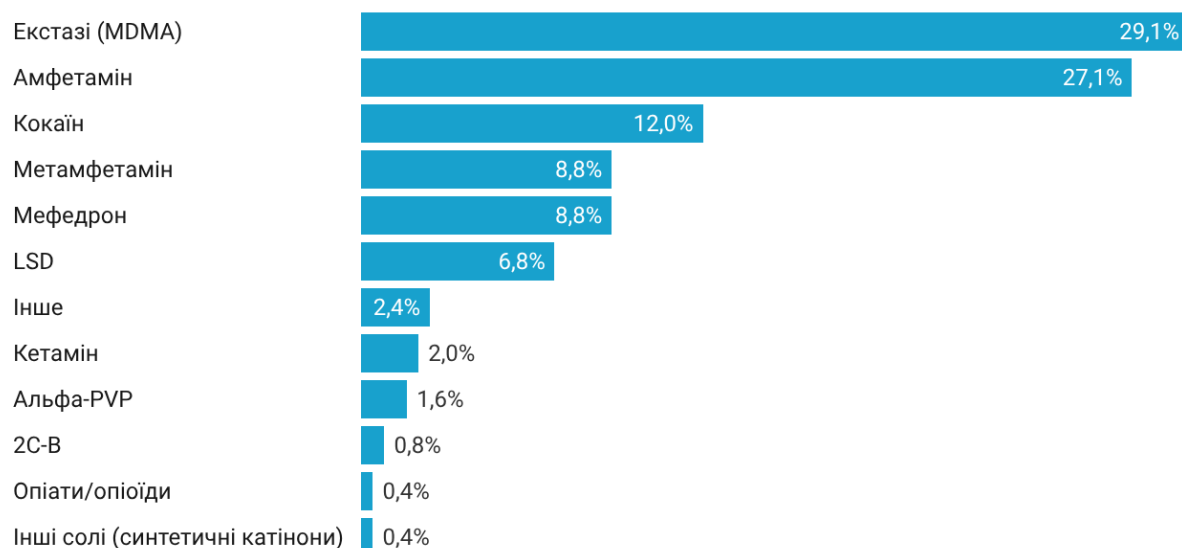
<sup>34</sup>  $\chi^2 = 28,67$ ;  $p = 0,001$

мефедрон, 12,8% – кокаїн, 6,6% – LSD, 3,6% – кетамін, 3,1% – метамфетамін, 1,6% – альфа-PVP, 1,5% – опіати/опіоїди, 0,7% – 2C-B, 1,3% – інші солі, 1,2% – інші речовини.

Діаграма 21. Які ПАР респонденти перевіряли останнього разу.

## Яку речовину ти перевіряв/ла останній раз?

Респонденти, які перевіряли психоактивну речовину за допомогою спеціального тесту (n = 862)



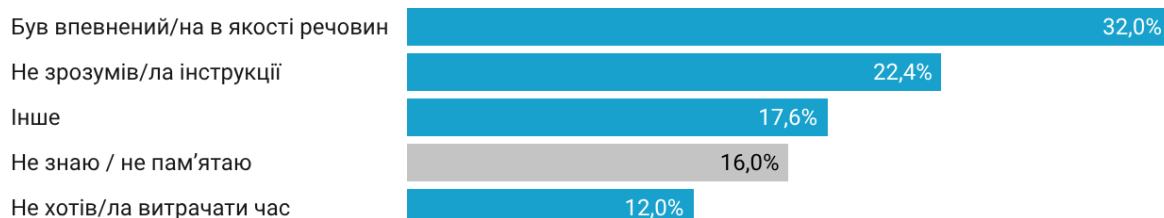
У 75,2% споживачів, що перевіряли ПАР, це була саме та речовина, яку вони купляли чи отримували, у 7,7% це виявилась інша речовина, ще 12,5% отримали незрозумілий результат. Дехто (1,4%) повідомив про інший результат: переважно йшлося про те, що речовина була з домішками. Ще 3,2% не відповіли. У підсумку, 83,1% вжили ту речовину, яку перевіряли.

## 3.2. Причини не використання реагентів для перевірки ПАР із складу PartyBox

Респонденти, які не використовували реагенти для перевірки психоактивних речовин із PartyBox (125 опитаних у підвибірці для аналізу), пояснювали це переважно тим, що були впевнені у якості речовини (32,0%). Ще 22,4% не зрозуміли інструкції, а 12,0% не хотіли витратити час. Решта не пам'ятала (16,0%) або мала інші причини (17,6%), як-от відсутність у наборі реагентів для потрібної речовини або те, що не було нагоди перевірити. Статистично значущих відмінностей за статтю та віком не спостерігається, за винятком того, що вища частка чоловіків порівняно з жінками вказала, що мала інші причини для невикористання реагентів (29,3% та 7,5% відповідно).

## Чому ти не використовував/ла реагенти для перевірки психоактивних речовин, які були в профілактичному наборі PartyBox?

Респонденти, які не використовували реагенти для перевірки психоактивних речовин з PartyBox (n = 125). Одна відповідь.



### 3.3. Причини, з яких респонденти не тестують ПАР

Серед респондентів, які надали відповіді на відкрите питання, чому вони ніколи не перевіряли психоактивні речовини, домінують бар'єри доступу: відсутність тестів/реагентів «під рукою», нерозуміння, де їх взяти, та згадки про високу вартість або складність отримання. Друга велика група відповідей - довіра до джерела речовини (друзі, «перевірені продавці/постачальники», «знаю, що вживаю»). Окремо помітні відповіді про низьку суб'єктивну потребу («байдуже», «навіщо», «не бачив/ла сенсу»), а також дефіцит знань/інформації (не знали про існування тестів або як ними користуватись). Менша частка пояснює це лінощами/відкладанням/нестачею часу. Рідше трапляються мотиви «майже не вживаю/не вживаю», поодинокі - про страх/ризик (зокрема згадки про поліцію/стигму).

Таблиця 4. Причини, чому респонденти ніколи не перевіряли ПАР тестом.

(відкриті відповіді)

Категорія	Кількість	Частка	Приклади відповідей
Бар'єри доступу (немає тестів/реагентів, не було де взяти, дорого/важко дістати, не було в моменті)	520	48%	«Не було можливості»; «Не було тесту»; «Не знала де взяти»; «Тести важкодоступні та дорогі»; «Не було реагентів»
Довіра до джерела / «перевірені люди» / впевненість у речовині	190	17%	«Беру з перевірених рук»; «Довіряв постачальнику»; «Знав що вживаю»; «Був впевнений в якості»

Низька суб'єктивна потреба / байдужість / «не бачив сенсу»	150	14%	«А навіщо»; «Було байдуже»; «Не бачив сенсу»; «Не вважав за потрібне»
Брак знань/інформації (не знали про тести або як користуватись)	110	10%	«Бо не знала, що таке є»; «Не знала як»; «Відсутність едукції»; «Не розібралась з інструкцією»
Лінь/відкладання/нестача часу	85	8%	«Лінь»; «Забув»; «Не було часу»; «Не задумувався»
Рідко вживаю / не вживаю (або «не було речовин»)	30	3%	«Бо не вживаю»; «Дуже рідко щось вживаю»; «Не було речовин»
Інше / поодинокі мотиви (страх, стигма, ризику)	7	1%	«Боявся»; «Через ризик поліції...»; «Це виглядає дивно для оточуючих»

## 4. Одночасне вживання ПАР та алкоголю. Проблемне вживання алкоголю

### 4.1. Поєднання ПАР з алкоголем

Переважає більшість респондентів (79,2%) протягом останніх шести місяців практикували одночасне вживання алкоголю та інших психоактивних речовин - майже третина робить це регулярно (29,4%), а половина - іноді або рідко (49,8%). Лише 17,8% повідомили, що ніколи не поєднують алкоголь з іншими речовинами. Таким чином, комбіноване вживання є типовою практикою в досліджуваній вибірці, що має важливі наслідки з точки зору ризиків інтоксикації, втрати контролю та інших негативних ефектів.

*Таблиця 5. Протягом останніх 6 місяців чи траплялося тобі одночасно (або впродовж однієї сесії/вечірки) вживати алкоголь та інші психоактивні речовини?*

(n=2 592)

Варіант відповіді	n	%
Так, регулярно (майже кожен раз, коли вживаю психоактивні речовини)	762	29,4%
Так, іноді / рідко	1 290	49,8%
Ні, ніколи	461	17,8%
Важко відповісти	79	3,0%

Зв'язок між статтю та практикою комбінування вживання алкоголю з іншими психоактивними речовинами є статистично значущим, але дуже слабким<sup>35</sup>. Єдина статистично значуща різниця стосується відповіді «Ні, ніколи»: чоловіки частіше, ніж жінки, зазначають, що не поєднують алкоголь з іншими речовинами (19,9% проти 15,6%)<sup>36</sup>. Комбіноване вживання алкоголю і ПАР є поширеною практикою як серед чоловіків, так і серед жінок, і вплив статі на цю поведінку - мінімальний.

Зв'язок між практикою поєднання алкоголю з іншими ПАР та віком респондента є дуже слабким. Хоча загальний зв'язок за таблицею спряженості не досягає статистичної значущості на рівні 0,05, додаткові тести вказують на дуже слабкий упорядкований тренд: у старших вікових групах дещо зростає частка відповідей «Ні, ніколи».

<sup>35</sup>  $\chi^2=8,442$ ;  $p=0,038$ ; Cramer's  $V=0,058$

<sup>36</sup>  $p < 0,05$

Відповідно, можливо, молоді респонденти дещо частіше додають до вживання ПАР алкоголь.

## 4.2. ПАР, які вживають одночасно з алкоголем

Найпоширенішими речовинами, які поєднують з алкоголем, є стимулятори та емпатогеми: амфетамін (39,1%) та екстазі/MDMA (38,8%). Третє місце посідає прегабалін (33,9%), що є важливим сигналом з огляду на потенційні ризики пригнічення центральної нервової системи при поєднанні з алкоголем.

Близько чверті респондентів комбінують алкоголь із кокаїном (26,6%) та мефедроном (24,4%). Психоделіки (LSD, псилоцибін, 2С-В) поєднуються значно рідше (3–10%). Найменш поширеним є поєднання алкоголю з GHB/GBL (1,4%) та «іншими солями» (2,0%).

*Таблиця 6. Які речовини ти найчастіше поєднуєш з алкоголем (в останні 6 місяців)?*

*(n=2 052, відповідали респонденти, які поєднують алкоголь та ПАР, респондент міг обрати декілька варіантів відповіді)*

<b>Речовина</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Амфетамін	803	39,1%
Екстазі (MDMA)	797	38,8%
Лірика (прегабалін)	695	33,9%
Кокаїн	546	26,6%
Мефедрон	500	24,4%
Метамфетамін	245	11,9%
LSD	202	9,8%
Кетамін	183	8,9%
Гриби / Псилоцибін	171	8,3%
Альфа-PVP	138	6,7%
Опіати / опіоїди	95	4,6%

2С-В	61	3,0%
Інші солі (синтетичні катіони)	42	2,0%
Бутират (GHB, GBL)	29	1,4%
Інше	213	10,4%

### 4.3. Частота епізодів вживання великого обсягу алкоголю

Переважна більшість респондентів (83,4%) принаймні іноді протягом останнього року вживали 5 або більше стандартних порцій алкоголю за один раз. Під «стандартною порцією» малось на увазі 330 мл пива (з вмістом алкоголю ~5%), 150 мл вина (з вмістом алкоголю ~12%), 40 мл міцних напоїв (горілка, віскі тощо, з вмістом алкоголю ~40%)<sup>37</sup>. Найчастіше така практика трапляється раз на місяць або рідше (32,7%) та 2–4 рази на місяць (26,5%).

Водночас майже чверть вибірки (24,2%) повідомляє про регулярне надмірне вживання - від 2–3 разів на тиждень до 4 і більше разів на тиждень. Лише 11,2% зазначили, що ніколи не мали подібного досвіду.

*Таблиця 7. Як часто за останній рік ти випивав/ла 5 або більше «стандартних порцій» алкоголю за раз?*

(n=2 592)

Варіант відповіді	n	%
Ніколи	291	11,2%
Раз на місяць чи рідше	847	32,7%
2–4 рази на місяць	687	26,5%
2–3 рази на тиждень	371	14,3%
4 та більше разів на тиждень	257	9,9%

<sup>37</sup> Питання формулювалося таким чином «Як часто за останній рік ти випивав/ла 5 або більше «стандартних порцій» алкоголю за раз? Одна стандартна порція це 330 мл пива (з вмістом алкоголю ~5%), 150 мл вина (з вмістом алкоголю ~12%), 40 мл міцних напоїв (горілка, віскі тощо, з вмістом алкоголю ~40%)».

Важко відповісти	139	5,4%
------------------	-----	------

#### 4.4. Міжнародні критерії інтенсивного / надмірного вживання алкоголю

Питання, що вимірює частоту споживання 5 або більше стандартних порцій алкоголю (містять в собі приблизно 70 грам етанолу, 14 грам - 1 порція<sup>38</sup>) близьке до індикатора епізодичного надмірного або запійного вживання алкоголю («binge drinking»), яке використовується, наприклад, The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)<sup>39</sup>. Проте, в нашому дослідженні не уточнювався час сесії (2 години) та не робилась диференціація між чоловіками та жінками (визначення NIAAA спирається на вживання протягом 2 годин та використовує 5 порцій для чоловіків і 4 - для жінок). Схожий індикатор використовується і в тесті The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), який вимірює небезпечне або шкідливе вживання алкоголю<sup>40</sup>.

Як видно, в нашій вибірці протягом року до епізодичного надмірного вживання алкоголю вдаються 84,4% опитаних; протягом місяця - майже кожен другий (50,7%); протягом тижня - 24,2%.

The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) визначає інтенсивне вживання алкоголю («heavy drinking») як епізодичне надмірне споживання алкоголю («binge drinking») щонайменше п'ять днів протягом останнього місяця<sup>41</sup>. За цим критерієм майже кожен четвертий респондент нашого дослідження (24,2%) потрапляє в категорію «heavy drinkers».

CDC (U.S. Centre for Disease Control and Prevention) визначає інтенсивне вживання алкоголю («heavy drinking») диференційовано за статтю: вісім або більше стандартних порцій алкоголю на тиждень для жінок або 15 чи більше - для чоловіків<sup>42</sup>. Відповідно, в нашій вибірці респондентів, які потрапляють в цю категорію, як мінімум 9,9% (категорія «4 і більше разів на тиждень»), як максимум - 24,2% (якщо враховувати також категорію «2-3 рази на тиждень»).

BOO3 вважає, що епізодичне надмірне вживання алкоголю («heavy episodic drinking», HED) - визначене як споживання щонайменше 60 грам чистого алкоголю принаймні один раз протягом попередніх 30 днів - є найкращим показником споживання алкоголю, пов'язаного із несприятливими наслідками для здоров'я<sup>43</sup>. Відповідно,

<sup>38</sup> About Standard Drink Sizes. <https://www.cdc.gov/alcohol/standard-drink-sizes/index.html>

<sup>39</sup> Understanding Binge Drinking. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/binge-drinking>

<sup>40</sup> AUDIT. <https://nida.nih.gov/sites/default/files/files/AUDIT.pdf>

<sup>41</sup> Understanding Binge Drinking. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/binge-drinking>

<sup>42</sup> Alcohol Use and Your Health. January 14, 2025. <https://www.cdc.gov/alcohol/faqs.htm>

<sup>43</sup> World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2018. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9530de1c-1fd2-4c20-a167-ec6ba7cb00c3/content>

респонденти, які в нашому дослідженні відповіли, що випивають 5 стандартних порцій алкоголю (приблизно 70 грам) 2-4 рази на місяць, 2-3 рази на тиждень і 4 та більше разів на тиждень підпадають під це визначення ВООЗ. Це кожен другий респондент нашої вибірки (50,7%).

## 4.5. Поширеність інтенсивного / надмірного вживання алкоголю за міжнародними критеріями в різних популяціях та зв'язок зі споживанням ПАР

За даними ВООЗ, серед всього населення Європейського регіону 23% людей потрапляють в категорію «heavy episodic drinking», HED<sup>44</sup>:

«Близько 23% дорослого населення регіону, тобто понад 175 мільйонів людей, повідомили про практику епізодичного надмірного вживання алкоголю (HED) - моделі споживання, пов'язаної з гострими наслідками, такими як травми та отруєння. Поширеність була вищою серед чоловіків (34,0%), ніж серед жінок (12,8%). Якщо враховувати лише тих, хто вживає алкоголь, цей показник зростав до більш ніж одного з кожних трьох споживачів (36,9%). Однак, оскільки поширеність HED ґрунтується на самооцінці респондентів у межах опитувань, ці показники, ймовірно, є суттєво заниженими».

Схожі дані щодо поширеності такої моделі вживання алкоголю - споживання чоловіками  $\geq 5$  стандартних порцій алкоголю або жінками  $\geq 4$  стандартних порцій принаймні під час одного випадку протягом останніх 30 днів (визначення співставне із визначенням ВООЗ), було отримано для населення США - 24,4% (95% ДІ: 24,0–24,8)<sup>45</sup>.

Дослідницький проєкт European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) визначає ключовим показником надмірного вживання алкоголю епізоди вживання п'яти або більше порцій алкогольних напоїв за один раз протягом останніх 30 днів<sup>46</sup> - визначення, аналогічне ВООЗ та NIAAA. За даними 2024 року, в середньому по країнах-учасницях цей показник склав 31%. Як вказувалося вище, під цей критерій в нашій вибірці підпадає майже кожен другий респондент (50,7%). Оскільки вибірка ESPAD обмежена підлітками 15-16 років, а в вибірці нашого дослідження таких респондентів тільки 18 людей, то напряму порівняти результати неможливо.

---

<sup>44</sup> Alcohol, health and policy response in the WHO European Region in 2019. 31 July 2024. Technical document. <https://www.who.int/europe/publications/m/item/alcohol--health-and-policy-response-in-the-who-european-region-in-2019>

<sup>45</sup> Esser, M. B., Pickens, C. M., Guy, G. P., Jr, & Evans, M. E. (2021). Binge Drinking, Other Substance Use, and Concurrent Use in the U.S., 2016-2018. American journal of preventive medicine, 60(2), 169–178. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.08.025>

<sup>46</sup> Key findings from the 2024 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). [https://www.euda.europa.eu/publications/data-factsheets/espac-2024-key-findings\\_en](https://www.euda.europa.eu/publications/data-factsheets/espac-2024-key-findings_en)

Таблиця 8. Інтегральні показники вживання алкоголю.

Показник	Організація	Період часу	Значення в нашому дослідженні
Епізодичне надмірне або запійне вживання алкоголю («binge drinking»)	The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)	Рік	84,4%
Епізодичне надмірне або запійне вживання алкоголю («binge drinking»)	The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)	Місяць	50,7%
Інтенсивне вживання алкоголю («heavy drinking»)	The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)	Місяць	24,2%
Епізодичне надмірне вживання алкоголю («heavy episodic drinking», HED)	BOO3	Місяць	50,7%
Надмірне вживання алкоголю	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)	Місяць	50,7%
Інтенсивне вживання алкоголю («heavy drinking»)	CDC (U.S. Centre for Disease Control and Prevention)	Тиждень	9,9-24,2%

За даними дослідження «Binge Drinking, Other Substance Use, and Concurrent Use in the U.S., 2016–2018»<sup>47</sup>, в загальній популяції мешканців США епізодичне надмірне вживання алкоголю («binge drinking») пов'язане з у 4,2 рази вищими шансами вживання інших психоактивних речовин порівняно з тими, хто алкоголь не вживає. Поширеність вживання психоактивних речовин зростає зі збільшенням частоти епізодичного надмірного вживання алкоголю. У цьому дослідженні встановлено, що понад половина (15,7 мільйонів) із приблизно 29,9 мільйонів осіб віком  $\geq 12$  років, які вживали інші психоактивні речовини протягом попереднього місяця, також практикували епізодичне надмірне вживання алкоголю («binge drinking»). Це майже повністю співпадає з результатами, отриманими в нашій вибірці - якщо користуватися визначеннями BOO3

<sup>47</sup> Esser, M. B., Pickens, C. M., Guy, G. P., Jr, & Evans, M. E. (2021). Binge Drinking, Other Substance Use, and Concurrent Use in the U.S., 2016-2018. American journal of preventive medicine, 60(2), 169–178. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.08.025>

та NIAAA 50,7% споживачів ПАР в нашій вибірці практикують епізодичне надмірне вживання алкоголю («binge drinking»).

Стать в нашій вибірці не є фактором, який суттєво диференціює поширеність епізодичного (визначення BOO3 / NIAAA / ESPAD) або інтенсивного надмірного вживання (визначення SAMHSA) алкоголю в нашій вибірці. Показник BOO3 склав 52,6% серед жінок та 48,9% серед чоловіків, різниця статистично незначуща<sup>48</sup>. Показник інтенсивного надмірного вживання алкоголю (SAMHSA) склав 23,3% серед жінок та 25,1% серед чоловіків, різниця також статистично незначуща<sup>49</sup>.

На відміну від статі, вік є фактором, який пов'язаний із епізодичним надмірним та інтенсивним вживанням алкоголю. Обидва індикатори демонструють системне зниження показників у старших вікових групах.

Епізодичне надмірне вживання алкоголю за критерієм BOO3 / NIAAA / ESPAD суттєво відрізняється між віковими групами<sup>50</sup>: найвищі частки зафіксовані серед молодших респондентів (18 і менше - 54,4%; 19–20 - 58,0%; 21–23 - 53,1%; 24–28 - 51,5%), тоді як у старших групах показник помітно нижчий (29–33 - 42,2%; 34 і більше - 39,4%). Порівняння пропорцій показника підтверджує, що групи 29–33 та 34+ мають статистично значуще нижчі частки, ніж молодші групи (зокрема 19–20 та 21–23), тобто спостерігається виразний віковий спад<sup>51</sup>.

Аналогічний, хоча й слабший за силою, віковий градієнт видно і для індикатора «heavy drinking» за визначенням SAMHSA<sup>52</sup>: найвища частка «heavy drinkers» - у віці 19–20 років (30,1%) та серед наймолодших (18 і менше - 27,0%); далі показник знижується (21–23 - 24,2%; 24–28 - 24,1%) і є найнижчим у старших групах (29–33 - 19,6%; 34+ - 19,3%). Тести пропорцій також вказують, що старші групи (29+) мають статистично значуще нижчі значення порівняно з молодшими<sup>53</sup>.

---

<sup>48</sup>  $\chi^2=3,463$ ;  $p=0,063$ ; Cramer's  $V=0,037$

<sup>49</sup>  $\chi^2=1,109$ ;  $p=0,292$ ; Cramer's  $V=0,021$

<sup>50</sup>  $\chi^2=34,227$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,115$ ; Gamma=-0,143;  $p<0,001$

<sup>51</sup>  $p<0,05$

<sup>52</sup>  $\chi^2=15,513$ ;  $p=0,008$ ; Cramer's  $V=0,077$ ; Gamma=-0,113;  $p<0,001$

<sup>53</sup>  $p<0,05$

## 5. Досвід «спайкінгу» та наслідки

Майже кожен п'ятий респондент повідомляє про досвід «спайкінгу» - підмішування або підсипання психоактивної речовини у напій або їжу людини - впродовж життя. Зокрема, 4,1% зазначили, що така ситуація трапилася протягом останніх 6 місяців, ще 14,1% - більше ніж 6 місяців тому. Водночас 71,7% респондентів повідомили, що ніколи з таким не стикалися.

Таблиця 9. Чи траплялися з тобою ситуації, коли тобі підмішували або підсипали психоактивну речовину без твого відома чи згоди (так званий «спайкінг»)?

(n=2 592)

Варіант відповіді	n	%
Так, протягом останніх 6 місяців	106	4,1%
Так, більше 6 місяців тому	366	14,1%
Ні, ніколи	1 859	71,7%
Важко відповісти	261	10,1%

Досвід «спайкінгу» помітно частіше фіксується серед жінок, ніж серед чоловіків<sup>54</sup>, проте це не виключно жіноча проблема - чоловіки також часто є жертвами такої практики. Якщо об'єднати обидві категорії позитивної відповіді («протягом останніх 6 місяців» та «більше 6 місяців тому»), то про досвід «спайкінгу» протягом життя повідомили 21,3% жінок проти 15,3% чоловіків. Відмінність формується передусім за рахунок відповіді «більше 6 місяців тому»: 17,0% серед жінок проти 11,5% серед чоловіків<sup>55</sup>. Водночас чоловіки значно частіше зазначають, що ніколи не стикалися з такими ситуаціями (76,4% проти 67,0% серед жінок)<sup>56</sup>.

Є статистично значущий зв'язок<sup>57</sup> між віком і досвідом «спайкінгу»: молодші респонденти частіше повідомляють про досвід підмішування психоактивних речовин без їхньої згоди, причому саме в останні 6 місяців. Найвищий рівень актуального досвіду «спайкінгу» (протягом останніх 6 місяців) зафіксовано саме серед наймолодших респондентів. У групі 18 років і менше про такі випадки повідомили 7,3%, у групі 19–20 років - 5,8%, у групі 21–23 роки - 5,4%. Після 24 років цей показник помітно знижується і не перевищує 2,7%. Аналогічна закономірність простежується і щодо сукупного досвіду «спайкінгу» (будь-коли). Серед наймолодших респондентів частка тих, хто хоча б раз

<sup>54</sup>  $\chi^2=29,223$ ;  $p<0,001$ , Cramer's  $V=0,107$

<sup>55</sup>  $p<0,05$

<sup>56</sup>  $p<0,05$

<sup>57</sup>  $\chi^2=39,897$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,072$ ; Gamma=0,156;  $p<0,001$

стикався зі «спайкінгом», становить 24,3% у групі 18 років і менше та 21,9% у групі 19–20 років. У 21–23 роки цей показник зменшується до 18,7%, а в групі 29–33 років — до 12,8%.

Водночас частка тих, хто зазначає, що ніколи не переживав подібних ситуацій, послідовно зростає з віком: від 64,9% серед наймолодших до 78,4% у групі 34 роки і більше.

Найпоширенішим наслідком «спайкінгу» є порушення пам'яті - майже половина постраждалих (48,1%) зазначили, що не пам'ятають, що сталося. Понад третина респондентів (35,2%) повідомили про сильну інтоксикацію або передозування, а майже кожен четвертий (24,6%) - про небажаний сексуальний контакт (сексуальне насилля чи експлуатацію), що є особливо тривожним показником. Менш поширеними, але також значущими наслідками були втрата свідомості (17,8%) та пограбування / інші протиправні дії (11,2%).

Таблиця 10. До яких наслідків призвів цей випадок (або випадки) «спайкінгу»?

(n=472)

Варіант відповіді	n	%
Порушення пам'яті (не пам'ятаю, що сталося)	227	48,1%
Сильна інтоксикація / передозування	166	35,2%
Небажаний сексуальний контакт (сексуальне насилля чи експлуатація)	116	24,6%
Втрата свідомості	84	17,8%
Пограбування / інші протиправні дії	53	11,2%
Інше (уточни що саме)	100	21,2%
Не знаю / не пам'ятаю	26	5,5%

Жінки статистично значуще частіше повідомляють про втрату пам'яті як наслідок «спайкінгу»: 53,4% серед жінок проти 41,4% серед чоловіків<sup>58</sup>. Найбільш виражена гендерна різниця в наслідках «спайкінгу» це досвід небажаного сексуального контакту (сексуальне насилля чи експлуатація): жінки майже в півтора рази частіше зазначають цей наслідок, ніж чоловіки (29,2% серед жінок проти 17,7% серед чоловіків)<sup>59</sup>. Чоловіки частіше обирають варіант «інше» для відповіді на питання про наслідки «спайкінгу».

<sup>58</sup> p<0,05

<sup>59</sup> p<0,05

Серед 96 респондентів, які надали уточнення на питання, які саме інші наслідки спайкінгу були, приблизно третина повідомили про відсутність серйозних наслідків або про те, що змогли вчасно уникнути шкоди. Водночас понад 60% описують негативні фізичні, психоемоційні або когнітивні ефекти - зокрема втрату контролю, дереалізацію, панічні реакції, серцево-судинні симптоми та госпіталізацію. Окремо слід відзначити випадки сексуального насильства або спроб примусу до сексу (понад 8%), а також інші кримінальні наслідки (пограбування, побиття). Наявність навіть поодиноких повідомлень про ПТСР та тривалі психічні розлади свідчить, що наслідки можуть мати довготривалий характер. Водночас невелика частка відповідей містить амбівалентну або позитивну інтерпретацію досвіду.

Таблиця 11. Наслідки випадків спайкінгу.

(відкриті відповіді)

Категорія	Кількість	Частка	Приклади відповідей
Відсутність серйозних наслідків / уникнення шкоди	30	31,3%	«Не було»; «Ніяких»; «Ні до яких»; «Все було ок»; «Да жодних, зібрався і поїхав додому»; «Нічого, я швидко пішла звідти»; "Мені про нього сказали та замінили напій"
Порушення свідомості / втрата контролю	22	22,9%	«Втрата контролю»; «Неконтрольована поведінка»; «неконтролюємі вчинки, емоції»; «Дизорієнтація»; «дереалізація»; «Стены плыли»; «Не розуміла, що відбувається з організмом»
Фізичні симптоми	21	21,9%	«Рвота»; «Сильне запаморочення, та порушення координації рухів»; "Мені підсипали альфу пвп, в мене був дуже великий тиск та серцебиття, всю ніч я весь трусився та не міг заснути»; «Перехопило дихання, закрутилась голова»; «Потрапила в токсикологічне»
Психоемоційні наслідки	18	18,8%	«Паніка»; «ПТСР, тревожные расстройства и сперва психоз паранойя»; «Сильна дереалізація яка трималась кілька місяців та час від часу поверталась згодом, паніка та погіршення психологічного стану»; «тимчасове короточасне зниження настрою та підвищення тривожності»

Сексуальне насильство / спроби	8	8,3%	«Утримання проти волі, побиття, спроба зґвалтування»; «Склоняли до сексу. Допомогли незнайомі люди»; «Міг стати жертвою сексуального насильства, але зміг самостійно покинути це місце»; «Намагання затягнути в ліжку, проте був у свідомості щоб дати опір»
Кримінальні наслідки (пограбування, побиття, примус)	6	6,3%	«Украли телефон»; «Хотіли пограбувати»; «До сильної агресії з мого боку та пробитої голови людини, котра до цього додумалась+ інтоксикація»; «Мене вмовили зробити протизаконний вчинок»
Позитивна / амбівалентна оцінка	5	5,2%	«Іноді позитивні»; «цікавий експірієнс хоч і не очікував цього»; «Я була більш збуджена та активна»; «Секс по желанію»

## 6. Сексуальне життя

### 6.1. Вживання психоактивних речовин під час останнього сексуального контакту

Понад третина респондентів (35,0%) повідомили, що перед або під час останнього сексу вживали психоактивні речовини (крім марихуани та алкоголю), тобто практикували сексуалізоване вживання наркотиків (SDU). Більшість (61,0%) зазначили, що не вживали, ще 4,0% не змогли відповісти. Вживання психоактивних речовин перед або під час останнього сексу не демонструє статистично значущих статевих відмінностей. Частка тих, хто повідомив про таку поведінку, практично однакова серед жінок (35,1%) і чоловіків (34,3%)<sup>60</sup>.

Вживання психоактивних речовин перед або під час останнього сексу статистично пов'язане з віком, хоча сила асоціації невелика<sup>61</sup>. Частка тих, хто повідомив про вживання ПАР під час сексу, коливається в більшості вікових груп у межах 32–36%: 33,6% серед 18 років і молодше, 35,4% у 19–20 років, 32,1% у 21–23 роки, 35,6% у 24–28 років, 34,2% у 29–33 роки. Водночас у групі 34 років і старше цей показник помітно вищий - 42,8%.

Структура вживання ПАР під час сексу концентрується навколо стимуляторів та емпатогенів. Найпоширенішими речовинами, що вживаються в таких ситуаціях, є амфетамін (29,4%), MDMA (28,7%) та мефедрон (27,1%). Виділяється також досить висока частка вживання «Лірики» (прегабаліну) (20,6%).

Кокаїн і метамфетамін називаються приблизно кожним десятим респондентом, який вживав ПАР під час сексу (11,1% та 10,9%). Психоделіки, дисоціативи та депресанти (LSD, кетамін, GHB/GBL, псилоцибін) мають значно нижчі частки (3–6%).

---

<sup>60</sup>  $\chi^2=0,864$ ;  $p=0,649$ ; Cramer's  $V=0,018$

<sup>61</sup>  $\chi^2=28,896$ ;  $p=0,001$ ; Cramer's  $V=0,075$

Таблиця 12. Які речовини вживали під час останнього сексу (крім алкоголю та марихуани)?

(n=908)

Речовина	n	%
Амфетамін	267	29,4%
Екстазі (MDMA)	261	28,7%
Мефедрон	246	27,1%
Лірика (прегабалін)	187	20,6%
Кокаїн	101	11,1%
Метамфетамін	99	10,9%
Альфа-PVP	76	8,4%
LSD	56	6,2%
Кетамін	43	4,7%
Гриби/псилоцибін	35	3,9%
Опіати/опіоїди	35	3,9%
Бутират (GHB/GBL)	30	3,3%
Інші солі (синтетичні катіони)	18	2,0%
2C-B	12	1,3%
Інше	33	3,6%

## 6.2. Вживання психоактивних речовин під час сексуальних контактів з різними типами партнерів протягом останніх 6 місяців

Серед респондентів, які протягом останніх 6 місяців мали сексуальні контакти з чоловіком або кількома чоловіками, 47,5% повідомили, що вживали психоактивні речовини (крім алкоголю та канабісу) перед або під час сексу спеціально для зміни сексуального досвіду, тобто практикували сексуалізоване вживання наркотиків (SDU).

Серед тих, хто мав сексуальні контакти з жінкою або кількома жінками в останні 6 місяців, 44,9% повідомили про вживання психоактивних речовин з метою зміни сексуального досвіду. Тобто поширеність практики при такому типі контактів дещо нижча, ніж у випадку контактів з чоловіками, але також наближається до половини групи.

Серед респондентів, які мали сексуальні контакти з двома або більше партнерами різної статі одночасно протягом останніх 6 місяців, 56,0% повідомили про вживання психоактивних речовин з цією метою. За такого типу контактів поширеність SDU є найвищою.

## 6.3. Сексуальні вподобання та сексуальні практики

### 6.3.1. Сексуальні практики жінок

Секс із чоловіком є майже універсальним досвідом серед жінок. 78,2% мали його протягом останніх 30 днів, ще 11,0% - в останні 6 місяців (але не в останні 30 днів), 6,5% - більше 6 місяців тому. Ніколи не мали такого досвіду 3,2%, ще 1,1% не змогли відповісти. Отже, 95,7% жінок мали секс із чоловіком будь-коли в житті.

Сексуальний досвід із жінкою поширений значно менше, проте такий досвід теж не рідкісний. Упродовж останніх 30 днів такі контакти мали 11,3% жінок, ще 10,7% - в останні 6 місяців, 25,7% - більше 6 місяців тому. Ніколи не мали такого досвіду 49,3%, 3,1% не змогли відповісти. Таким чином, 47,7% жінок мали досвід сексу з жінкою будь-коли в житті.

Групові практики у жінок трапляються рідше та переважно мають епізодичний характер. Секс із двома або більше чоловіками одночасно мали 22,4% жінок будь-коли в житті (3,9% - в останні 30 днів). Із двома або більше жінками одночасно - 13,0%. Із партнерами різної статі одночасно - 26,9%.

Таблиця 13. Сексуальні практики жінок.

Тип контакту	Останні 30 днів	Останні 6 місяців	Більше 6 місяців тому	Ніколи	Не знаю	Будь-коли в житті
З чоловіком	78,2%	11,0%	6,5%	3,2%	1,1%	95,7%
З жінкою	11,3%	10,7%	25,7%	49,3%	3,1%	47,7%
≥2 чоловіків одночасно	3,9%	6,0%	12,6%	75,0%	2,7%	22,4%
≥2 жінок одночасно	2,2%	3,8%	7,0%	85,1%	1,9%	13,0%
≥2 партнерів різної статі одночасно	4,3%	7,7%	14,8%	71,2%	1,9%	26,9%

### 6.3.2. Сексуальні практики чоловіків

61,6% чоловіків мали секс із жінкою протягом останніх 30 днів, ще 13,9% - в останні 6 місяців (але не в останні 30 днів), 13,4% - більше 6 місяців тому. Ніколи не мали такого досвіду 10,1%, ще 1,0% не змогли відповісти. Таким чином, 88,9% чоловіків мали секс із жінкою будь-коли в житті.

Секс із чоловіком значно менш поширений. 22,7% повідомили про такий контакт упродовж останніх 30 днів, 6,8% - в останні 6 місяців, 5,5% - більше 6 місяців тому. Водночас 63,3% ніколи не мали такого досвіду, 1,6% не змогли відповісти. Отже, 35,0% чоловіків мали досвід сексу з чоловіком будь-коли в житті. Групові практики мають помітну поширеність. Секс із двома або більше чоловіками одночасно мали 17,5% будь-коли в житті (5,5% - в останні 30 днів). Секс із двома або більше жінками одночасно - 30,0% (5,5% - в останні 30 днів). Секс із партнерами різної статі одночасно - 19,3% (3,5% - в останні 30 днів).

Таблиця 14. Сексуальні практики чоловіків.

Тип контакту	Останні 30 днів	Останні 6 місяців	Більше 6 місяців тому	Ніколи	Не знаю	Будь-коли в житті
З чоловіком	22,7%	6,8%	5,5%	63,3%	1,6%	35,0%
З жінкою	61,6%	13,9%	13,4%	10,1%	1,0%	88,9%
≥2 чоловіків одночасно	5,5%	5,0%	7,1%	81,4%	1,1%	17,5%
≥2 жінок одночасно	5,5%	6,9%	17,5%	68,0%	2,0%	30,0%
≥2 партнерів різної статі одночасно	3,5%	4,8%	10,9%	79,5%	1,2%	19,3%

## 6.4. Використання презервативів під час сексу

Під час останнього сексу 44,0% респондентів використовували презерватив. 52,3% - не використовували. Тобто більше половини вибірки повідомили про відсутність презерватива під час останнього контакту.

Серед чоловіків 50,0% повідомили, що презерватив використовувався під час останнього сексу, тоді як серед жінок цей показник становить 37,9%<sup>62</sup>.

Вікові відмінності використання презервативу зумовлені передусім вищою часткою незахищеного сексу серед респондентів старших 29 років порівняно з наймолодшими. Найнижча частка невикористання презерватива зафіксована серед респондентів 18 років і менше - 43,6%. Натомість у старших вікових групах цей показник є статистично значуще вищим: 29–33 роки - 56,5%; 34 роки і більше - 58,0%<sup>63</sup>. Це, ймовірно, відображає перехід до стабільних партнерств або використання альтернативних методів контрацепції.

Невикористання презерватива переважно пояснюється відчуттям безпеки та емоційною мотивацією (довіра, близькість), тоді як структурні бар'єри (відсутність презервативів, нестача коштів) та фармакологічні компенсатори ризику (ДКП) відіграють значно меншу роль.

<sup>62</sup>  $\chi^2=38,16$ ;  $p < 0,001$ ; Cramer's V = 0,122.

<sup>63</sup>  $p < 0,05$

Таблиця 15. А якими були причини того, що презерватив не використовувався під час останнього сексу?

(n = 1 452, респондент міг обрати декілька варіантів відповіді)

Причина	%
Ми з партнером (партнерами) довіряли один одному і не вважали використання презервативів необхідним	58,2%
Бажання близькості та зв'язку без бар'єрів	24,6%
У мене (нас) не було під рукою презервативів	21,7%
Я (ми) був/ла під дією речовин або алкоголю і забув/ла про це	9,0%
Я чи мій партнер боїмося, що презервативи впливають на відчуття	8,1%
Не хотілося витратити додаткові кошти на презервативи	7,2%
Через тиск партнера або партнерів, не хотів/ла сперечатися з цього приводу	4,1%
Я чи мій партнер боїмося, що презервативи впливають на ерекцію	3,7%
Я (мій партнер або партнери) приймаю/приймають ДКП (доконтактну профілактику для попередження ВІЛ), тому почувався/лася в безпеці	3,2%
Не знаю / не пам'ятаю	3,2%
Інше	9,9%

Серед причин невикористання презерватива під час останнього сексу виявлено кілька статистично значущих гендерних відмінностей. Чоловіки частіше, ніж жінки, посилаються на побоювання щодо фізіологічних ефектів презерватива: впливу на ерекцію та на відчуття. Також чоловіки помітно частіше зазначають як причину те, що вони або їхні партнери приймають ДКП і тому почувалися в безпеці.

Натомість жінки частіше повідомляють про ситуації, пов'язані з взаємодією з партнером: зокрема, про тиск партнера або партнерів і небажання сперечатися. Крім того, жінки частіше обирають варіант «інше», що може свідчити про ширший спектр ситуаційних або індивідуалізованих причин.

Щодо вікових відмінностей, то найчіткіший патерн стосується доступності/ситуативності: «у мене (нас) не було під рукою презервативів» частіше зазначають молодші респонденти (18 і менше - 34,8%; 19–20 - 27,8%), тоді як із віком

частка цього мотиву знижується (29–33 -15,4%; 34 і більше -11,9%)<sup>64</sup>. Подібно, мотив «я (ми) був/ла під дією речовин або алкоголю і забув/ла про це» частіше трапляється у молодших (19–20 - 16,7%; 18 і менше - 12,6%) і рідше у старших групах (24–28 - 6,3%; 29–33 - 4,8%; 34 і більше - 5,0%)<sup>65</sup>. Також із віком зменшується частка економічного мотиву «не хотілося витратити додаткові кошти на презервативи» (18 і менше - 16,3%; 24–28 - 5,3%; 29–33 - 4,3%; 34 і більше - 4,4%)<sup>66</sup>.

Натомість частка мотиву «ми з партнером (партнерами) довіряли один одному і не вважали використання презервативів необхідним» виразно зростає з віком. Значущі вікові відмінності є і для мотиву «через тиск партнера або партнерів, не хотів/ла сперечатися з цього приводу»: максимум у 19–20 (8,1%) та 18 і менше (5,9%) і мінімум у 34 і більше (1,3%)<sup>67</sup>.

Відкриті відповіді в категорії «інше» про причини невикористання презервативів демонструють, що це рішення найчастіше базується на суб'єктивному відчутті безпеки у межах стабільних стосунків та довіри, а також на заміщенні бар'єрного методу іншими способами контрацепції. При цьому ризик інфекцій часто інтерпретується як контрольований через тестування або моногамність. Невелика кількість відповідей вказує на ситуації примусу або втрати контролю, що потребує окремої уваги в профілактичній роботі.

Таблиця 16. Причини невикористання презерватива.

(відповіді на відкриті питання)

Категорія	Кількість	Частка	Приклади відповідей
Довготривалі / моногамні стосунки, шлюб	70	49%	«Ми одружені»; «Мій постійний партнер»; «Маємо довіру на 100%»
Альтернативна контрацепція / медичні підстави	36	25%	«Приймаю КОК»; «В мене спіраль»; «Контрацепція у вигляді вагінальних свічок «Еротекс»
Попереднє тестування / переконання у безпеці	18	13%	«Ми здали аналізи»; «Регулярно проходимо тестування»
Оральний секс / без проникнення	8	6%	«Оральний секс»; «Не було проникнення»
Одностатевий жіночий контакт	6	4%	«ми жінки, нам не треба презерватив»

<sup>64</sup>  $\chi^2=32,292$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,149$

<sup>65</sup>  $\chi^2=28,670$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,141$

<sup>66</sup>  $\chi^2=26,613$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,135$

<sup>67</sup>  $\chi^2=15,863$ ;  $p=0,007$ ; Cramer's  $V=0,105$

Алергія	4	3%	«алергія на латекс»
Планування вагітності	3	2%	"Спроба завагітніти"
Імпульсивність / байдужість	5	3%	«Дебіли ми»
Ознаки примусу / відсутності контролю	2	1%	«Без згоди»

## 6.5. Транзакційний секс

17,2% респондентів повідомили про випадки сексуальних стосунків протягом останніх 12 місяців в які вони вступали переважно з метою отримання необхідних ресурсів (грошей, речей, психоактивних речовин тощо). Більшість (80,5%) заперечили наявність такого досвіду, ще 2,4% не змогли однозначно відповісти. Таким чином, серед тих, хто відповів, приблизно кожен шостий має досвід транзакційних сексуальних стосунків протягом останнього року.

*Таблиця 17. За останні 12 місяців були такі випадки, що ти вступав (-ла) в сексуальні стосунки переважно для того, щоб отримати необхідні тобі речі, гроші, подарунки, психоактивні речовини або інші важливі для тебе речі?*

(n=927)

Варіант відповіді	n	%
Так	159	17,2%
Ні	746	80,5%
Не знаю / не пам'ятаю	22	2,4%

Хоча жінки суттєво частіше<sup>68</sup> повідомляють про такий досвід (21,7%), феномен транзакційного сексу поширений і серед чоловіків - 10,6% повідомили, що брали участь в таких контактах протягом останнього року. Досвід транзакційних сексуальних стосунків протягом останнього року є значно більш поширеним серед молодших респондентів і його поширеність поступово зменшується з віком<sup>69</sup>. У наймолодших групах (18 і менше; 19–20 років) частка тих, хто робив це, склала 27,7%, у групі 21–23 років - 18,2%, далі знижується до 14,2% серед групи 24–28 років, 9,3% серед 29–33 років і лише 5,9% серед

<sup>68</sup>  $\chi^2=22,479$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,158$ ; пропорції значущо відрізняються на рівні 0,05

<sup>69</sup>  $\chi^2=53,203$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,169$

респондентів віком 34 і більше. Порівняння пропорцій підтверджує, що наймолодші респонденти (до 20 років) мають статистично значуще вищу частку позитивних відповідей щодо транзакційного сексу порівняно зі старшими віковими групами, починаючи із 24 років та старше<sup>70</sup>.

Серед респондентів, які повідомили про досвід сексуальних стосунків з метою отримання ресурсів і відповіли на уточнююче питання, найпоширенішою формою винагороди були гроші - їх зазначили 63,9%. Майже половина (48,7%) отримували подарунки або матеріальні речі, а 40,5% - психоактивні речовини. Інші варіанти відповідей траплялися значно рідше (8,9%).

Таблиця 18. А що саме ти отримував (-ла) в обмін на такі сексуальні стосунки за останні 12 місяців?

(n=158, респондент міг обрати декілька варіантів відповіді)

Варіант	n	%
Гроші	101	63,9%
Подарунки, речі	77	48,7%
Психоактивні речовини	64	40,5%
Інше	14	8,9%
Не знаю / не пам'ятаю	6	3,8%

Єдина відмінність між жінками і чоловіками стосується отримання грошей за секс: серед жінок цей тип винагороди трапляється статистично значуще частіше (69,8% жінок проти 51,1% чоловіків)<sup>71</sup>. Для інших форм обміну (подарунки, психоактивні речовини, інші ресурси) статистично значущих відмінностей за статтю немає. Вік респондента не пов'язаний із типами винагороди за транзакційний секс.

## 6.6. Груповий секс

Майже кожен п'ятий респондент (19,4%) мав досвід групового сексу протягом останніх 6 місяців.

Серед респондентів, які мали секс з 2 і більше партнерами протягом останніх 6 місяців, найпоширенішим є повторюваний, але не надмірно частий формат (2–3 рази - 39,4%).

Водночас майже третина (31,5%) належить до групи, яка практикує груповий секс з високою частотою (4+ випадки), що свідчить про більш стійкий поведінковий патерн, а не разову ситуацію. Поодинокий досвід (1 раз) вказали 29,1% опитаних, тобто приблизно

<sup>70</sup> p<0,05

<sup>71</sup> p<0,05

третина респондентів займається цим епізодично, тоді як близько двох третин практикують груповий секс більш регулярно.

63,8% респондентів повідомили, що під час останнього сексу з 2 і більше партнерами вони вживали психоактивні речовини (крім алкоголю та канабісу). Майже третина (30,2%) зазначили, що не вживали ПАР, ще 6,0% не пам'ятають.

Таким чином, практики групового сексу частіше поєднуються з вживанням ПАР (хімсекс або інші форм сексуалізованого вживання речовин), ніж секс «в середньому» - відповідаючи на питання про останній секс (будь-який) 35% повідомили, що практикували сексуалізоване вживання наркотиків.

Щодо використання презервативів під час останнього сексу з 2 і більше партнерами, лише 33,6% зазначили, що презерватив використовувався завжди - для кожного проникнення з усіма партнерами. Ще 33,8% відповіли, що презерватив застосовувався, але не кожного разу, а 27,2% повідомили, що його не використовували взагалі; 5,4% не пам'ятають. Таким чином, повністю послідовне використання презервативів декларує лише третина респондентів, тоді як майже дві третини або застосовували їх непослідовно, або не використовували зовсім. Для порівняння, відповідаючи про секс «в середньому» (останній сексуальний контакт), 44% опитаних відповіли, що використовували презерватив. Тобто, практики групового сексу є більш ризикованими.

## 7. Потреби у послугах для ментального здоров'я

Потреби в послугах, які могли би покращити психоемоційний стан, поширені серед респондентів.

Протягом останніх шести місяців 60,6% респондентів зазначили, що відчували потребу в допомозі психолога або психотерапевта<sup>72</sup> для покращення психоемоційного стану. Потреба у допомозі психіатра<sup>73</sup> є дещо нижчою: 44,0% опитаних повідомили про таку потребу.

Таблиця 19. Потреба у допомозі психолога/психотерапевта та психіатра.

(n = 1 692)

Відповідь	Психолог / психотерапевт, %	Психіатр, %
Так	60,6	44,0
Ні	29,6	46,2
Важко відповісти	9,8	9,8

Найбільш поширеним є поєднання потреби одночасно в послугах психолога/психотерапевта і психіатра - таких 39,8% респондентів. Ще 20,8% відчували потребу лише у психологічній підтримці, тоді як потреба виключно в психіатричній допомозі трапляється значно рідше - 4,3%. Водночас 35,2% не повідомили про потребу в жодному з цих видів допомоги. Структура відповідей свідчить, що потреба у психіатричній допомозі здебільшого не є ізольованою, а поєднується з потребою у психологічній підтримці.

Жінки значно частіше повідомляють про потребу в психологічній допомозі (70,6% проти 51,0% серед чоловіків), чоловіки частіше зазначають відсутність такої потреби (38,8% проти 20,0%)<sup>74</sup>. Жінки також частіше повідомляють про потребу у психіатричній допомозі (53,4% проти 34,8%), чоловіки частіше зазначають відсутність цієї потреби<sup>75</sup>.

Майже половина жінок (49,2%) повідомляють про потребу одночасно у психологічній та психіатричній допомозі, тоді як серед чоловіків таких 30,5%. Чоловіки

<sup>72</sup> Формулювання запитання було таким: «Чи відчував/ла ти протягом останніх 6 місяців потребу в допомозі психолога або психотерапевта, щоб покращити свій психоемоційний стан?»

<sup>73</sup> Формулювання запитання було таким: «Чи відчував/ла ти протягом останніх 6 місяців потребу в допомозі психіатра (зокрема для призначення/корекції медикаментів, детального обстеження або постановки/уточнення клінічного діагнозу)?»

<sup>74</sup>  $\chi^2 = 76,4$ ;  $p < 0,001$ ; Cramer's V = 0,214

<sup>75</sup>  $\chi^2 = 63,0$ ;  $p < 0,001$ ; Cramer's V = 0,194

значно частіше не повідомляють про потребу в жодному виді допомоги (44,7% проти 25,3%)<sup>76</sup>.

Потреба у психологічній допомозі є відносно рівномірною між віковими групами, статистично значущих відмінностей немає. Натомість для психіатричної допомоги спостерігається слабкий, але статистично значущий віковий градієнт: молодші респонденти частіше декларують таку потребу, старші - частіше про неї не повідомляють<sup>77</sup>. Найбільш контрастними є крайні вікові групи: серед респондентів віком 18 років і менше про потребу у психіатрі повідомляють 51,4%, тоді як у групі 34 роки і більше - 32,4%<sup>78</sup>.

Протягом останніх шести місяців більшість респондентів не зверталися по психологічну або психіатричну допомогу. Таку відповідь дали 64,5% опитаних. Водночас близько третини респондентів повідомили про звернення до фахівців з психічного здоров'я. Зокрема, 19,8% зверталися до психолога або психотерапевта, 6,8% - до психіатра, ще 7,4% - одночасно і до психолога (психотерапевта), і до психіатра. Фактичне звернення по допомогу є суттєво менш поширеним, ніж задекларована потреба, що свідчить про наявність розриву між потребою та її реалізацією.

Серед респондентів, які протягом останніх шести місяців відчували потребу в допомозі психолога або психотерапевта, лише близько половини фактично звернулися по фахову підтримку. Зокрема, 27,4% зверталися до психолога чи психотерапевта, 10,4% - одночасно до психолога і психіатра, ще 9,4% - лише до психіатра. Водночас 51,7% тих, хто декларував потребу, не зверталися по допомогу щодо свого психоемоційного стану.

Серед респондентів, які повідомили про потребу в допомозі психіатра, трохи більше половини фактично звернулися по фахову підтримку, але майже кожен другий цього не зробив. Зокрема, 13,5% зверталися до психіатра, ще 13,9% - одночасно до психіатра і психолога, а 23,8% - лише до психолога чи психотерапевта. Водночас 48,0% тих, хто декларував потребу у психіатричній допомозі, не зверталися по жодну допомогу.

Отримання психологічної або психіатричної допомоги переважно відбувається у приватному секторі: майже три чверті тих, хто звертався, отримували послуги у приватній клініці або у приватного фахівця. Державні заклади використовувалися значно рідше - менш ніж кожним п'ятим. Звернення до неурядових організацій є ще менш поширеним (близько 13%).

---

<sup>76</sup>  $\chi^2 = 81,9$ ;  $p < 0,001$ ; Cramer's  $V = 0,221$

<sup>77</sup>  $\chi^2 = 81,9$ ;  $p < 0,001$ ; Cramer's  $V = 0,221$

<sup>78</sup>  $p < 0,05$

Таблиця 20. Де отримували психологічну або психіатричну допомогу.

(n = 569, респондент міг обрати декілька варіантів відповіді)

Варіант відповіді	% серед тих, хто звертався
У державній клініці (психоневрологічному диспансері, міській/обласній лікарні)	17,8%
У приватній клініці / кабінеті, у приватного психолога або психотерапевта	72,4%
В неурядовій організації (благодійному фонді, громадській організації, на гарячій лінії / або по телефону довіри)	12,8%
Інше (вкажи, де саме)	5,1%
Не пам'ятаю / Важко відповісти	1,8%

28 респондентів надали відкриту відповідь в категорії «інше». Ці відповіді скоріше уточнюють спосіб доступу до допомоги. Значна частина респондентів конкретизує формат отримання послуг: онлайн-консультації, цифрові платформи або дистанційну роботу з фахівцем. Це свідчить про те, що для частини опитаних важливою є не лише інституційна належність послуги, а й форма її надання. Помітний сегмент відповідей стосується отримання допомоги через місце роботи - штатний або корпоративний психолог, доступ до фахівця як частина соціального пакета. Це вказує на роль роботодавця як окремого каналу доступу до послуг з психічного здоров'я, який у стандартних категоріях не був повністю відображений. Окремі відповіді демонструють персоналізовані траєкторії звернення - через знайомих лікарів, рекомендації, конкретні проекти чи ініціативи. Такий формат підкреслює значення неформальних соціальних зв'язків у пошуку допомоги. Поодинокі згадки сімейної підтримки або опису регулярності терапії свідчать про ширше розуміння респондентами «допомоги», яке виходить за межі формальних інституцій. Загалом відкриті відповіді уточнюють екосистему доступу до послуг: поряд із приватним та державним сектором помітну роль відіграють цифрові платформи, роботодавці та неформальні канали рекомендацій.

Деякі респонденти згадували допомогу проекту Drugstore<sup>79</sup> як надавача послуг та організацію, яка перенаправила до інших інституцій; згадувалися платформи пошуку медичних спеціалістів - eЛікарі<sup>80</sup>, Pleso<sup>81</sup>, Mindly<sup>82</sup>.

<sup>79</sup> <https://drugstore.org.ua/uk/>

<sup>80</sup> <https://e-likari.com.ua/mentalhealth/>

<sup>81</sup> <https://pleso.me/>

<sup>82</sup> <https://app.mindlyspace.com/>

Категорія каналу отримання допомоги	Кількість	Частка	Приклади відповідей
Онлайн / цифровий формат	8	28,6%	«В інтернеті, онлайн»; «Індивідуальний сеанс психоаналітика онлайн»; «на онлайн платформі єЛікарі»; «Онлайн консультація на сайті Pleso»; «Mindly»; «Pleso»
Через місце роботи / корпоративний формат	6	21,4%	«Корпоративний психолог»; «На роботі є штатний психолог»; «Психолог та психотерапевт від роботи»; «Регулярно займаюсь с психологом от компании...»
Приватна практика (уточнення формату)	4	14,3%	«Психолог і психіатр, які працюють як ФОП на себе»; «У приватного практика»; «У приватного психолога»; «Через друзів часний психолог»
Через особисті контакти / рекомендації	3	10,7%	«Знайомий психолог котрий знає моїх батьків»; «Знайомі лікарі яких порадив *****»; «Рекомендації»
Конкретна установа / ініціатива / проєкт	4	14,3%	«В клініку Інновація куди направив Драгстор»; «Марш Жінок»; «У вас»; «У вашому проєкті»
Нефахова підтримка	1	3,6%	«Мама»
Опис формату без зазначення інституції	2	7,1%	«Щотижневі психотерапевтичні сесії»; «Я займаюсь з психотерапевтом раз на тиждень»

Ключовим бар'єром для звернення по психологічну або психіатричну допомогу є фінансовий фактор: майже дві третини респондентів (62,8%), які такі потреби мали, але за послугою не звернулися, зазначили «бракувало грошей / висока вартість». Це значно перевищує всі інші причини і вказує на домінування економічного бар'єру над психологічними або організаційними. Другою за поширеністю причиною є інформаційний дефіцит - 30,4% відповіли «не знав/ла, куди саме звертатися». Тобто майже кожен третій стикається не лише з фінансовими, а й з навігаційними труднощами в системі послуг. Близько чверті респондентів (24,5%) не вірять у ефективність допомоги, а 16,5% прямо зазначають недовіру до психологів або психіатрів. Це свідчить про наявність бар'єрів,

пов'язаних зі сприйняттям професійної допомоги. Менш поширеними є соціальні (14,2% - страх осуду) та логістичні (4,0% - труднощі з транспортом) бар'єри. Обмеження часу та орієнтація на онлайн-формат без розуміння, де шукати послуги, відзначили 15,8%. Загалом структура причин показує, що основними є економічні та інформаційні бар'єри, тоді як фізична недоступність послуг відіграє другорядну роль.

*Таблиця 21. Причини, за якими не зверталися по психологічну або психіатричну допомогу незважаючи на наявність потреби протягом останніх 6 місяців.*

*(n = 576, респондент міг обрати декілька варіантів відповіді)*

<b>Причина</b>	<b>% серед тих, хто не звертався, але мав потребу</b>
Бракувало грошей / висока вартість	62,8%
Не знав/ла, куди саме звертатися	30,4%
Не відчуваю, що це реально допоможе	24,5%
Не довіряю психологам / психіатрам	16,5%
Не було часу отримувати послуги очно, зручно лише онлайн (але не знав/ла, де шукати)	15,8%
Боявся/лася осуду оточуючих	14,2%
Виникали труднощі з транспортом, доступом (потрібно їхати в інше місто/район)	4,0%
Інше (вкажи, що саме)	7,8%
Важко відповісти	7,3%

Є три причини не звернення за психологічною або психіатричною допомогою, за якими відрізняються чоловіки та жінки. Найбільш виразна різниця стосується фінансового бар'єру («бракувало грошей / висока вартість»): 70,2% жінок проти 55,6% чоловіків<sup>83</sup>. Тобто саме жінки частіше вказують фінансову причину як перешкоду. Натомість чоловіки частіше, ніж жінки, зазначають недовіру до фахівців: «не довіряю психологам / психіатрам» - 20,8% чоловіків проти 11,9% жінок<sup>84</sup>. Подібна, хоча слабша, тенденція спостерігається щодо страху осуду («боявся/лася осуду оточуючих»): 17,3% серед чоловіків проти 11,2% серед жінок<sup>85</sup>. Таким чином, економічний бар'єр більш характерний для жінок, тоді як серед чоловіків частіше фігурують бар'єри, пов'язані з довірою та соціальним сприйняттям. За віковими групами різниці в поширеності причин не звертатися за психологічною або психіатричною допомогою немає.

---

<sup>83</sup>  $\chi^2=12,89$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,151$

<sup>84</sup>  $\chi^2=8,14$ ;  $p=0,004$ ; Cramer's  $V=0,120$

<sup>85</sup>  $\chi^2=4,23$ ;  $p=0,040$ ; Cramer's  $V=0,086$

## 8. Потреба у медичних послугах

Майже половина респондентів (45,2%) зазначили, що протягом останніх шести місяців відчували потребу в медичній допомозі (обстеження, лікування гострих або хронічних захворювань тощо)<sup>86</sup>.

Таблиця 22. Потреба в медичній допомозі протягом останніх 6 місяців.

(n = 1 692)

Відповідь	%
Так	45,2%
Ні	47,0%
Важко відповісти	7,7%

Жінки значно частіше повідомляють про потребу в медичній допомозі протягом останніх шести місяців - 54,8% проти 36,1% серед чоловіків<sup>87</sup>. Чоловіки частіше зазначають, що такої потреби не відчували (56,7% проти 37,2% серед жінок<sup>88</sup>).

Вікових відмінностей у потребі в медичній допомозі немає, поширеність потреби в медичній допомозі демонструють чітку гендерну, але не вікову диференціацію. Протягом останніх шести місяців частки тих, хто звертався та не звертався по медичну допомогу, є практично однаковими. 48,7% респондентів зазначили, що зверталися за медичною допомогою, тоді як 48,8% відповіли, що не зверталися. Жінки частіше повідомляють про звернення за медичною допомогою - 55,7% проти 42,0% серед чоловіків<sup>89</sup>. Чоловіки значно частіше зазначають, що не зверталися (56,0% проти 41,1% серед жінок)<sup>90</sup>. Відмінностей в частоті звернення за медичною допомогою протягом останніх 6 місяців за віковими групами немає.

Серед тих, хто відчував потребу, 67,7% звернулися по медичну допомогу, тоді як 31,2% - ні<sup>91</sup>. Серед тих, хто отримував медичну допомогу, найпоширенішим каналом є приватний сектор: 62,0% зверталися до приватної клініки або приватного лікаря. Водночас більше половини (51,5%) також користувалися державними закладами охорони здоров'я. Звернення до неурядових організацій є поодинокими (1,6%), як і відповіді «інше» (1,1%).

<sup>86</sup> Формулювання запитання було таким: «Чи відчував/ла ти протягом останніх 6 місяців потребу в медичній допомозі (наприклад, обстеження, лікування будь-яких гострих або хронічних захворювань тощо)?»

<sup>87</sup>  $\chi^2=66,61$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's V=0,199;  $p<0,05$  для різниці пропорцій варіанту «так»

<sup>88</sup>  $p<0,05$

<sup>89</sup>  $\chi^2=37,49$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's V=0,150;  $p<0,05$  для різниці пропорцій варіанту «так»

<sup>90</sup>  $p<0,05$

<sup>91</sup>  $p<0,05$

Таблиця 23. Де саме респонденти отримували медичну допомогу.

(n=824, респондент міг обрати декілька варіантів відповіді)

Місце отримання допомоги	n	% серед тих, хто отримував допомогу
У державній клініці (поліклініці, лікарні)	424	51,5%
У приватній клініці / в приватного лікаря	511	62,0%
В неурядовій організації (благодійний фонд, громадська організація, виїзні мобільні клініки тощо)	13	1,6%
Інше (вкажи, що саме)	9	1,1%
Не пам'ятаю / Важко відповісти	5	0,6%

Ключовим бар'єром для отримання медичної допомоги тими, в кого така потреба є, виступає фінансовий чинник: майже шість із десяти респондентів (59,0%) зазначили, що не звернулися через брак коштів або високу вартість послуг. Помітну роль також відіграють часові обмеження та недостатня поінформованість про альтернативні формати допомоги (25,9%). Суттєвими є й інституційні та довірчі бар'єри: 21,8% не довіряють державним закладам чи лікарям, 18,0% побоювалися осуду або стигми (через вживання психоактивних речовин чи інші причини), а 17,6% не знали, куди саме звернутися. Менш поширеними є переконання, що допомога не буде ефективною (15,5%) та труднощі з транспортною доступністю (5,0%).

Таблиця 24. Чому респонденти не зверталися по медичну допомогу попри наявність потреби.

(n=239, респондент міг обрати декілька варіантів відповіді)

<b>Причина</b>	<b>n</b>	<b>% серед тих, хто не звернувся</b>
Бракувало грошей / висока вартість	141	59,0%
Не було часу отримувати послуги очно (і не знав/ла про можливі онлайн чи виїзні формати)	62	25,9%
Не довіряю державним закладам / лікарям	52	21,8%
Боявся/лася осуду або стигми (через вживання психоактивних речовин чи інші причини)	43	18,0%
Не знав/ла, куди саме звертатися	42	17,6%
Не відчуваю, що це реально допоможе	37	15,5%
Виникали труднощі з транспортом, доступом (потрібно їхати в інше місто/район)	12	5,0%
Інше (вкажи, що саме)	16	6,7%
Важко відповісти	8	3,3%

## 9.Тестування на сифіліс, гепатити та інші ІПСШ

Більшість респондентів (67,8%) повідомили, що протягом останніх шести місяців не тестувалися на жодне із захворювань - сифіліс, гепатити В та С, та інші ІПСШ. Водночас приблизно кожен п'ятий проходив тестування на гепатит В (21,1%), гепатит С (20,6%) або сифіліс (19,6%). Тестування на інші ІПСШ зазначили 10,5% опитаних.

Таблиця 25. Тестування на сифіліс, гепатити (В, С) та інші ІПСШ протягом останніх 6 місяців.

(n=1 692, респондент міг обрати декілька варіантів відповіді)

Варіант відповіді	n	%
Ні, не тестувався/лася на жодне з цих захворювань протягом останніх 6 місяців	1 148	67,8%
Так, тестувався/лася на сифіліс	331	19,6%
Так, тестувався/лася на гепатит В	357	21,1%
Так, тестувався/лася на гепатит С	349	20,6%
Так, тестувався/лася на інші ІПСШ (які саме?)	177	10,5%
Не пам'ятаю	91	5,4%

Досвід тестування на ІПСШ та вірусні гепатити протягом останніх 6 місяців статистично значуще пов'язаний зі статтю респондентів - жінки в цілому рідше проходять такі тести. Чоловіки частіше повідомляють про проходження тестування на сифіліс (22,1% проти 16,7%)<sup>92</sup>; на гепатит В (23,9% проти 18,3%)<sup>93</sup>; та особливо на гепатит С (24,4% проти 16,7%)<sup>94</sup>. Також чоловіки частіше тестувалися на інші ІПСШ (12,8% проти 8,1%)<sup>95</sup>. Відповідно, жінки частіше зазначають, що протягом останніх шести місяців не тестувалися на жодне з цих захворювань (70,9% проти 65,0%)<sup>96</sup>.

Молодші респонденти рідше мають досвід тестування на гепатити та інші ІПСШ. Чим старший учасник дослідження - тим рідше він повідомляє, що не тестувався на жодне із зазначених захворювань, і частіше - що проходив тестування. Зокрема, частка

<sup>92</sup>  $\chi^2=7,87$ ;  $p=0,005$ ; Cramer's  $V=0,069$ ;  $p<0,05$  для варіанту «Так»

<sup>93</sup>  $\chi^2=7,82$ ;  $p=0,005$ ; Cramer's  $V=0,068$ ;  $p<0,05$

<sup>94</sup>  $\chi^2=15,36$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,096$ ;  $p<0,05$

<sup>95</sup>  $\chi^2=9,85$ ;  $p=0,002$ ; Cramer's  $V=0,077$ ;  $p<0,05$

<sup>96</sup>  $\chi^2=6,81$ ;  $p=0,009$ ; Cramer's  $V=0,064$ ;  $p<0,05$

«не тестувався/лася» знижується від 74,8% у групі 18 років і менше до 59,8% у групі 34 і більше<sup>97</sup>, тобто спостерігається невелика, але статистично значуща тенденція до більшого охоплення тестуванням у старших вікових групах.

Така ж закономірність спостерігається і для окремих тестів: із віком зростає частка тих, хто тестувався на сифіліс (10,9% в наймолодшій групі і 27,0% - в найстаршій)<sup>98</sup>, гепатит В (10,2% та 29,9% відповідно)<sup>99</sup>; гепатит С (10,9% та 29,3%)<sup>100</sup>; та інші ІПСШ (2,7% та 19,5%)<sup>101</sup>.

Серед бар'єрів тестування на ІПСШ домінує позиція – «не бачу в цьому потреби» (41,3%), що свідчить про відсутність суб'єктивного відчуття ризику. Далі йдуть інформаційний бар'єр (25,8% не знали, де здати тест) та фінансовий (18,3%),

Часові обмеження (17,8%) також є помітним. Питання конфіденційності (9,2%) має другорядне значення, а мотив - «не хочу знати свій результат» - зустрічається ще рідше (2,7%). Загалом структура бар'єрів показує, що ключовими залишаються не стільки страх чи стигма, скільки суб'єктивна відсутність потреби та обмежена інформованість про доступні можливості тестування.

---

<sup>97</sup>  $\chi^2=16,49$ ;  $p=0,006$ ; Cramer's  $V=0,099$

<sup>98</sup>  $\chi^2=17,13$ ;  $p=0,004$ ; Cramer's  $V=0,101$

<sup>99</sup>  $\chi^2=26,66$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,126$

<sup>100</sup>  $\chi^2=23,62$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,118$

<sup>101</sup>  $\chi^2=28,76$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,130$

Таблиця 26. Причини відмови від тестування на ІПСШ.

(серед тих, хто не тестувався; n=1 148, респондент міг обрати декілька варіантів відповіді)

Причина	n	%
Не бачу в цьому потреби	474	41,3%
Не знав/ла, де саме можна здати тест	296	25,8%
Завадила ціна / брак грошей	210	18,3%
Не вистачило часу/незручний графік місць, де це можна зробити	204	17,8%
Переймаюся питаннями конфіденційності	106	9,2%
Не хочу знати свій результат	31	2,7%
Важко відповісти	81	7,1%
Інше	62	5,4%

Більшість бар'єрів тестування на ІПСШ не демонструють статистично значущих гендерних відмінностей, проте для трьох позицій вони є. Фінансовий бар'єр частіше називали жінки (23,5% проти 13,1% у чоловіків)<sup>102</sup>; небажання знати результат також дещо частіше декларували жінки (3,8% проти 1,4%)<sup>103</sup>. Натомість відсутність відчуття потреби в тестуванні частіше зазначали чоловіки (46,1% проти 36,9% у жінок)<sup>104</sup>.

Щодо вікових відмінностей, то чим молодші респонденти - тим частіше незнання про те, де можна здати такі тести, є бар'єром. Для прикладу: таку причину назвали 37,3% у групі респондентів 18 і менше і 9,6% у групі старших за 34 роки<sup>105</sup>. Фінансовий бар'єр також більше вагомий для молодших груп: найчастіше його називають респонденти до 23 років, в старших актуальність цієї проблеми зменшується<sup>106</sup>. Питання конфіденційності також частіше є бар'єром для молоді, з віком його актуальність спадає<sup>107</sup>. Небажання знати свій результат також частіше впливає на рішення не тестуватися на ІПСШ в молодших групах респондентів<sup>108</sup>. Єдиний бар'єр, який зростає з

<sup>102</sup>  $\chi^2=20,64$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,135$ ;  $p<0,05$  для різниці пропорцій варіанту «Так»

<sup>103</sup>  $\chi^2=6,22$ ;  $p=0,013$ ; Cramer's  $V=0,074$ ;  $p<0,05$  для різниці пропорцій варіанту «Так»

<sup>104</sup>  $\chi^2=9,92$ ;  $p=0,002$ ; Cramer's  $V=0,093$ ;  $p<0,05$  для різниці пропорцій варіанту «Так»

<sup>105</sup>  $\chi^2=40,67$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,188$

<sup>106</sup>  $\chi^2=29,69$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,161$

<sup>107</sup>  $\chi^2=19,71$ ;  $p=0,001$ ; Cramer's  $V=0,131$

<sup>108</sup>  $\chi^2=17,03$ ;  $p=0,004$ ; Cramer's  $V=0,122$

віком - це відповідь «не бачу в цьому потреби». Особливо часто вказують цю причину респонденти 24 років і старші<sup>109</sup>.

Відповіді респондентів демонструють запит на дистанційні та автономні формати тестування. Майже дві третини опитаних (63,1%) обрали як зручний варіант отримати набір поштою та протестуватися самостійно, що суттєво перевищує інтерес до будь-якого офлайн-формату. Серед очних форматів найбільш прийнятним виглядає приватний медичний сектор (37,6%), тоді як державні заклади (13,7%) та неурядові організації (16,7%) обиралися значно рідше.

*Таблиця 27. Де (або як) було б зручніше протестуватися на сифіліс, гепатити (В, С) або інші ІПСШ.*

*(n=1 692, респондент міг обрати декілька варіантів відповіді)*

<b>Варіант відповіді</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Отримати набір поштою і протестуватись самостійно (швидкий тест з інструкцією)	1 068	63,1%
У приватній клініці / лабораторії	637	37,6%
У неурядовій організації (наприклад, де надають послуги тестування)	283	16,7%
У державній поліклініці / лікарні	232	13,7%
Важко відповісти	85	5,0%
Інше (вкажи, що саме)	9	0,5%

Респонденти демонструють високий рівень зацікавленості в можливості самостійно вдома тестуватися швидкими мультитестами на сифіліс, гепатити (В чи С) або інші інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). 59,8% учасників дослідження оцінили свій рівень зацікавленості в 10 балів з 10, тобто «дуже зацікавлений/ла». Разом оцінки 8–10 становлять 73,8% вибірки, що свідчить про високий рівень прийнятності та потенційного попиту на домашнє мультитестування. Низьку зацікавленість (1–3 бали) задекларували лише 8,0% респондентів. Частка середніх оцінок (4–6) є помірною (10,2%).

<sup>109</sup>  $\chi^2=20,63$ ;  $p=0,001$ ; Cramer's  $V=0,134$

Таблиця 28. Рівень зацікавленості у можливості самостійно вдома тестуватися швидкими мультитестами.

(шкала 1–10) (n=1 692)

Оцінка	n	% серед тих, хто відповів
1 – зовсім не зацікавлений/ла	95	5,6%
2	15	0,9%
3	26	1,5%
4	35	2,1%
5	85	5,0%
6	53	3,1%
7	102	6,0%
8	147	8,7%
9	89	5,3%
10 – дуже зацікавлений/ла	1 011	59,8%
Важко відповісти	34	2,0%

Жінки більш зацікавлені в можливості самостійно вдома тестуватися швидкими мультитестами: є статистично значуща різниця в середньому рівні зацікавленості<sup>110</sup>, і частка жінок, які обрали варіант 10 – «дуже зацікавлена» статистично значуще більше, ніж серед чоловіків - 67% проти 52,6%<sup>111</sup>. Кореляційний аналіз не виявив статистично значущого зв'язку між віком та рівнем зацікавленості в самотестуванні на ІПСШ<sup>112</sup>.

<sup>110</sup> За тестом Mann–Whitney, U = 287686,5; Z = -5,78, p < 0,001

<sup>111</sup> p < 0,005

<sup>112</sup> Spearman's  $\rho$  = -0,044, p = 0,072

## 10. Тестування на ВІЛ

Майже дві третини вибірки (64,9%) коли-небудь проходили тестування на ВІЛ, тоді як близько третини (31,7%) ніколи не тестувалися.

Таблиця 29. Чи проходив/ла коли-небудь тестування на ВІЛ.

(n=2 592)

Варіант відповіді	n	%
Так	1 682	64,9%
Ні	821	31,7%
Не знаю / не пам'ятаю	89	3,4%

Різниці між чоловіками та жінками щодо досвіду тестування на ВІЛ немає. У наймолодшій групі (до 18 років) лише третина мають досвід тестування, тоді як серед респондентів 34+ - вже понад чотири п'ятих<sup>113</sup>. Найбільш різкий приріст відбувається між групами 19–20 та 21–23 роки, де частка протестованих зростає з 46,2% до 64,1%. Результати опитування демонструють виразний віковий градієнт поширеності досвіду тестування на ВІЛ та вказують на необхідність окремого фокусу на наймолодших респондентах як групі з найнижчим рівнем тестування.

Таблиця 30. Частка тих, хто коли-небудь тестувався на ВІЛ, за віком.

(n=2 592)

Вікова група	% тих, хто тестувався
18 і менше	32,8%
19–20	46,2%
21–23	64,1%
24–28	72,3%
29–33	81,4%
34 і більше	84,8%

<sup>113</sup>  $\chi^2=287,685$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,236$

Серед тих, хто тестувався, найбільша частка робила це понад рік тому (38,5%), що вказує на значний потенціал для оновлення тестування навіть серед вже охоплених осіб. Водночас 37,3% проходили тестування протягом останніх 6 місяців (включно з 9,8% - за останні 30 днів), що свідчить про активну частину респондентів із відносно регулярною практикою тестування.

Таблиця 31. Коли проходив/ла останнє тестування на ВІЛ.

(n=1 682)

Варіант відповіді	n	% серед тих, хто тестувався
Більше 12 місяців тому	648	38,5%
Протягом останніх 6 місяців	463	27,5%
Протягом останніх 6–12 місяців	384	22,8%
Протягом останніх 30 днів	165	9,8%
Не знаю / не пам'ятаю	22	1,3%

Переважає більшість тих, хто тестувався, повідомляють негативний результат (93,3%). Частка тих, хто зазначили ВІЛ-позитивний статус, становить 1,1% серед протестованих (0,7% від усієї вибірки). 95% довірчий інтервал<sup>114</sup> для частки позитивного ВІЛ-статусу серед протестованих 0,7%-1,8%. Невелика частка респондентів не бажає повідомляти результат (2,4%) або не знає/не пам'ятає його (3,2% сумарно).

<sup>114</sup> За варіантом Agresti-Coull.

Таблиця 32. Результат останнього тестування на ВІЛ.

(n=1 682)

Варіант відповіді	n	% серед тих, хто тестувався
Так, ВІЛ-позитивний	19	1,1%
Так, ВІЛ-негативний	1 569	93,3%
Ні, не хочу повідомляти	40	2,4%
Не пам'ятаю	34	2,0%
Робив/ла тест, але не отримав результат і не знаю його	20	1,2%

Частка ВІЛ-позитивних результатів статистично значуще не відрізняється за віковими групами і статтю респондентів.

Рівень обізнаності про існування швидких тестів для самостійного тестування на ВІЛ є досить високим: 70,4% респондентів знають про них, ще 21,8% «щось чули».

Таблиця 33. Обізнаність про швидкі тести для самотестування на ВІЛ.

(n=2 530)

Варіант відповіді	n	%
Так, знаю	1 780	70,4%
Щось чув/ла, але не впевнений/на	552	21,8%
Ні, вперше чую	198	7,8%

З точки зору бажаного типу тесту, переважає оральний тест (48,2%), ще 37,8% готові використовувати будь-який із двох варіантів - як оральний, так і кров'яний. Лише 9,0% прямо надають перевагу кров'яному тесту.

Таблиця 34. Бажаний тип швидкого тесту для самотестування на ВІЛ.

(n=2 530)

Варіант відповіді	n	%
Оральний (за слиною)	1 219	48,2%
Обидва варіанти підходять	957	37,8%
Кров'яний (швидка проба з пальця)	227	9,0%
Не збираюся самостійно тестуватися на ВІЛ	84	3,3%
Важко відповісти	43	1,7%

Звернемо увагу, що у сприйнятті точності тестів картина інша: 58,9% вважають більш точним саме кров'яний тест, тоді як лише 8,9% - оральний. Тобто існує певний когнітивний розрив: оральний тест, ймовірно, приваблює зручністю, але кров'яний видається більш надійним з точки зору точності результату. Це важливий комунікаційний момент для програм самотестування, оскільки потребує додаткового інформування про точність різних видів тестів.

Таблиця 35. Який тест вважають більш точним.

(n=2 530)

Варіант відповіді	n	%
Кров'яний тест (проба з пальця)	1 490	58,9%
Обидва однаково точні	459	18,1%
Оральний тест (за слиною)	226	8,9%
Важко відповісти / не знаю	355	14,0%

Респонденти демонструють дуже високий рівень зацікавленості в можливості самостійно вдома тестуватися швидкими тестами на ВІЛ. 56,9% учасників дослідження оцінили свій рівень зацікавленості в 10 балів із 10, тобто як «дуже зацікавлений/на». Сукупно оцінки 8–10 становлять 72,6% вибірки, що свідчить про високий рівень прийнятності формату домашнього тестування та значний потенційний попит на нього.

Низька зацікавленість (1–3 бали) притаманна лише 8,0% респондентів, тоді як частка середніх оцінок (4–6) є помірною - 11,4%.

Таблиця 36. Рівень зацікавленості у можливості самостійно вдома тестуватися швидкими тестами на ВІЛ.

(шкала 1–10) (n=2 530)

Оцінка	n	% серед тих, хто відповів
1 – зовсім не зацікавлений/на	129	5,1%
2	24	0,9%
3	51	2,0%
4	50	2,0%
5	156	6,2%
6	81	3,2%
7	159	6,3%
8	218	8,6%
9	179	7,1%
10 – дуже зацікавлений/на	1 439	56,9%
Важко відповісти	44	1,7%

Є статистично значущий, але дуже слабкий негативний зв'язок між віком та рівнем зацікавленості в самотестуванні на ВІЛ<sup>115</sup>. А от між статтю та рівнем зацікавленості у можливості самостійно вдома тестуватися швидкими тестами на ВІЛ зв'язок більш сильний<sup>116</sup>. В обох групах зацікавленість у домашньому тестуванні є високою, проте жінки значно частіше демонструють максимальну, категоричну зацікавленість. Чоловіки ж частіше обирають відповіді на середній частині шкали або на нижчих значеннях. Жінки частіше обирають максимальну оцінку «10» (64,6% проти 51,3%)<sup>117</sup>, чоловіки частіше обирають нижчі та середні значення шкали.

---

<sup>115</sup> Spearman's  $\rho = -0,064$ ,  $p = 0,001$ . Вік пояснює менш ніж 1% варіації показника.

<sup>116</sup>  $\chi^2=60,081$ ;  $p<0,001$ ; Cramer's  $V=0,157$

<sup>117</sup>  $p<0,005$

## 11. Доконтактна профілактика ВІЛ

Рівень обізнаності про ПрЕП у вибірці є відносно низьким: лише 25,7% респондентів чули про доконтактну профілактику ВІЛ, тоді як 68,3% не мають про неї жодної інформації. Це свідчить про суттєвий інформаційний дефіцит щодо одного з найбільш ефективних сучасних інструментів профілактики ВІЛ.

Таблиця 37. Обізнаність про доконтактну профілактику ВІЛ (ПрЕП).

(n=2 530)

Варіант відповіді	n	%
Ні, не чув/ла	1 729	68,3%
Так, чув/ла	651	25,7%
Не знаю / не пам'ятаю	150	5,9%

Чоловіки частіше повідомляють, що чули про ПрЕП - 28,5% проти 22,5% серед жінок<sup>118</sup>. Між віком респондентів і обізнаністю про ПрЕП є статистично значущий зв'язок<sup>119</sup>. Результати демонструють чіткий розрив між підлітками та молодими дорослими. Саме у двох наймолодших вікових групах рівень обізнаності про ПрЕП є найнижчим. Найнижчий рівень обізнаності про ПрЕП зафіксовано серед респондентів віком 18 і менше - лише 15,0% чули про ПрЕП, тоді як 78,7% ніколи про нього не чули. У групі 19–20 років ситуація дещо краща, але рівень знання все ще низький: 19,7% повідомляють про обізнаність, а 74,3% не чули про ПрЕП. Для порівняння, у вікових групах 21–28 років частка обізнаних становить уже близько 28–29%, що статистично значуще відрізняється від наймолодших груп<sup>120</sup>.

Досвід вживання ПАР ін'єкціями не впливає на більшу обізнаність респондентів щодо ПрЕП<sup>121</sup>. В той же час, в підвибірці чоловіків досвід сексуальних контактів з чоловіками (будь-коли) значно підвищує ймовірність знати про ПрЕП: 50,2% проти 16,5%<sup>122</sup>.

Навіть серед респондентів, які знають про ПрЕП, переважна більшість (82,5%) не вживали препарат протягом останнього року. Частка актуальних користувачів становить 7,7%, ще 8,4% мають досвід використання в минулому, але наразі не приймають ПрЕП. Таким чином, рівень фактичного використання ПрЕП залишається низьким навіть у групі з базовою обізнаністю.

<sup>118</sup> p<0,05

<sup>119</sup>  $\chi^2=34,475$ ; p<0,001; Cramer's V=0,083

<sup>120</sup> p<0,05 для відповідних порівнянь варіанту «Так, чув/ла»

<sup>121</sup> p>0,05

<sup>122</sup> p<0,05

Таблиця 38. Вживання ПрЕП протягом останнього року.

(серед тих, хто чув про ПрЕП; n=651)

Варіант відповіді	n	%
Ні, не вживав/ла	537	82,5%
Так, вживав/ла ПрЕП, але не вживаю зараз	55	8,4%
Так, вживав/ла ПрЕП і вживаю зараз	50	7,7%
Не знаю / не пам'ятаю	9	1,4%

Серед респондентів, які знають про ПрЕП, використання препаратів значно частіше декларують чоловіки. Чоловіки значно частіше повідомляють про актуальне використання ПрЕП (11,9% проти 2,5% серед жінок)<sup>123</sup>. Так само чоловіки частіше мають досвід використання в минулому (12,7% проти 2,5%)<sup>124</sup>. Серед чоловіків вживання ПрЕП чітко пов'язане з наявністю та актуальністю сексуальних контактів з чоловіками<sup>125</sup>. Найвищий рівень поточного використання спостерігається саме у групі з недавнім гомосексуальним досвідом (останній місяць) - 23,3% - це найвищий показник серед усіх груп. У групі чоловіків які ніколи не мали сексу з іншими чоловіками актуальне використання ПрЕП склало лише 4,5%.

Також для респондентів обох статей перевірялася гіпотеза про те, що ПрЕП частіше використовують респонденти із досвідом або поточним вживанням ПАР ін'єкційно. Але ін'єкційне вживання психоактивних речовин не демонструє статистичної асоціації з використанням ПрЕП. Також немає статистичного зв'язку використання ПрЕП з віком респондента.

Серед респондентів, які повідомили про використання ПрЕП протягом останнього року, переважає ситуативний режим прийому - 61,0%. Щоденний прийом (постійний режим) практикують 26,7% користувачів. Таким чином, ПрЕП у цій групі частіше використовується як інструмент для ситуативного контролю ризику, а не як безперервна профілактична стратегія.

<sup>123</sup> p<0,05

<sup>124</sup> p<0,05

<sup>125</sup>  $\chi^2=60,302$ ; p<0,001; Cramer's V=0,239

Таблиця 39. Чи приймаєш ти ПрЕП (доконтактну профілактику ВІЛ) постійно чи ситуативно (on demand)?

(серед тих, хто вживає ПрЕП протягом останнього року; n=105)

<b>Варіант відповіді</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Я приймаю ПрЕП постійно (щоденно, незалежно від планів на секс)	28	26,7%
Я приймаю ПрЕП ситуативно (on demand) (тільки перед потенційно ризикованим сексом)	64	61,0%
Не знаю / не пам'ятаю	13	12,4%

## 12. Проблеми та небажані прояви, викликані вживанням ПАР

### 12.1. Типи проблем, викликаних вживанням ПАР

Найчастіша проблема – психологічно-емоційні труднощі, 51,6% респондентів обрали таку відповідь. У кожного третього респондента фіксуються проблеми зі здоров'ям (30,0%), а у кожного четвертого – з фінансами (26,5%) та стосунками з оточенням (24,8%). Проблеми на роботі чи в навчанні стосуються п'ятої частини респондентів (20,0%), а конфлікти із правоохоронними органами – кожного десятого (10,2%). Водночас, майже третина опитаних (30,9%) взагалі не бачить жодних труднощів, викликаних вживанням ПАР.

*Діаграма 23. Проблеми, які виникають через вживання психоактивних речовин.*

### Як ти вважаєш, чи є у тебе будь-які проблеми, які виникли через вживання психоактивних речовин?

Всі респонденти (n = 2592)



Створено за допомогою Datawrapper

Жінки частіше за чоловіків повідомляють про психологічні/емоційні проблеми (56,1% проти 46,9%)<sup>126</sup> та зі здоров'ям (32,0% проти 28,0%)<sup>127</sup>, але рідше – про труднощі з правоохоронними органами (6,0% проти 14,3%)<sup>128</sup>. Решта відмінностей (здоров'я, робота/навчання, стосунки) статистично незначуща.

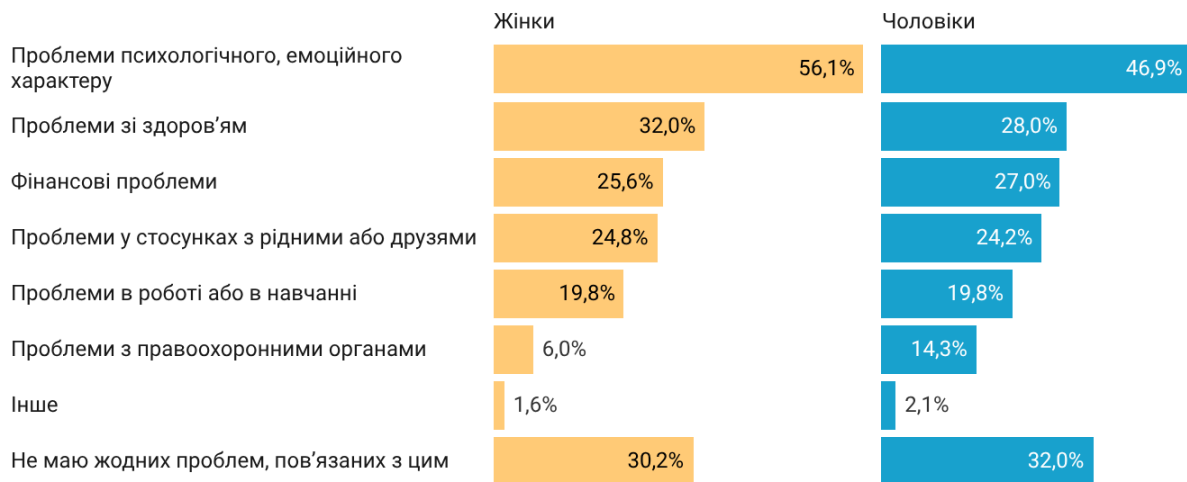
<sup>126</sup> p<0,05

<sup>127</sup> p<0,05

<sup>128</sup> p<0,05

## Як ти вважаєш, чи є у тебе будь-які проблеми, які виникли через вживання психоактивних речовин? (розподіл за статтю)

Всі чоловіки (n = 1301) та жінки (n = 1242)



Створено за допомогою Datawrapper

Респонденти віком до 20 років демонструють найвищу щільність суб'єктивно відчутних наслідків вживання психоактивних речовин: 81,5% 14-18-річних та 75,7% 19-20-річних називають бодай одну проблему, причому психоемоційні труднощі найбільш поширені саме серед наймолодших вікових груп і градієнтно спадають з віком. У цій же групі фіксується максимум фінансових проблем, труднощів з роботою та навчанням і напружених стосунків із близькими – про них повідомляють від чверті до третини опитаних – тоді як у віці 21 рік і старше ці частки спадають. Поширеність проблем зі здоров'ям також найвища у 14-18-річних (36,7%), тоді починає спадати, досягаючи мінімуму у 24-28 років (24,9%), а тоді знову зростає (до 31,2% серед респондентів 34 років і старших). Показово, що лише 18-24% молоді до 21 року вважають, що не мають жодних проблем, тоді після 24 років ця частка зростає до 36%.

За кожним типом проблем, про який питали респондентів, є статистично значущий віковий градієнт – чим молодший респондент, тим більш ймовірно, що в нього є ця проблема. Єдиний виняток – проблеми з правоохоронними органами, там градієнт зворотній.

Після 20 років спостерігається послідовний «зсув профілю» труднощів: частка психоемоційних і соціально-фінансових викликів поступово зменшується, натомість із віком частішають проблеми з правоохоронними органами (15,2% у 34 років і старших проти 8-9% у 14-20-річних)<sup>129</sup>.

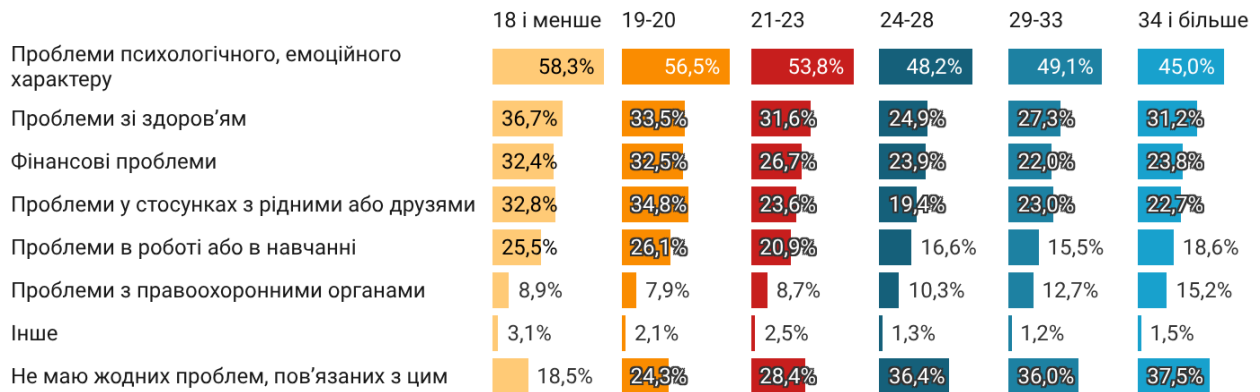
Таким чином, молодь до двадцяти років є найуразливішою за кількістю психосоціальних та фінансових проблем, тоді як у старших когортах домінують накопичені правові ризики та водночас зростає схильність нижче оцінювати проблемність свого вживання в цілому.

<sup>129</sup> p<0,001

Діаграма 25. Проблеми, які виникають через вживання психоактивних речовин (розподіл за віком).

## Як ти вважаєш, чи є у тебе будь-які проблеми, які виникли через вживання психоактивних речовин? (розподіл за віком)

<=18 (n = 259), 19-20 (n = 379), 21-23 (n = 652), 24-28 (n = 711), 29-33 (n = 322), >33 (n = 269)



Створено за допомогою Datawrapper

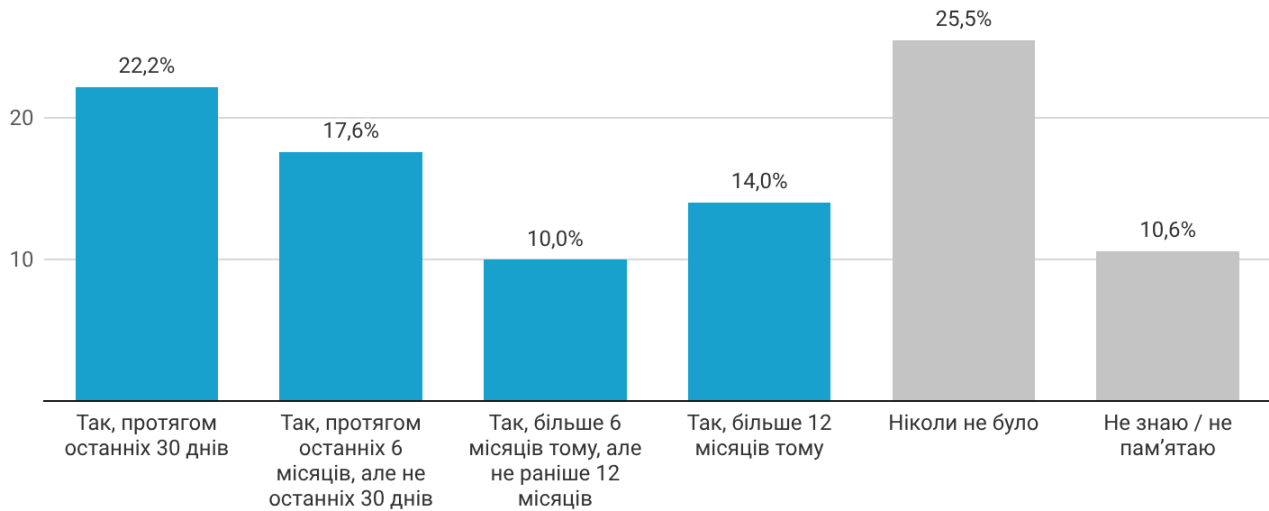
## 12.2. Небажані прояви внаслідок вживання ПАР

Небажані прояви після вживання психоактивних речовин у формі гострих фізіологічних чи психічних реакцій переживали майже дві третини респондентів: 39,8% упродовж останніх шести місяців (22,2% – упродовж 30 днів, 17,6% – 31-180 днів) і ще 24,0% – у більш віддаленому минулому.

Діаграма 26. Досвід небажаних проявів (реакцій організму) після вживання психоактивних речовин.

## Чи були коли-небудь в тебе небажані прояви після вживання психоактивних речовин (такі реакції організму, яких ти не очікував/ла та ті, які були небажаними)?

Всі респонденти (n = 2592)



Створено за допомогою Datawrapper

Жінки частіше за чоловіків повідомляли про небажані прояви після вживання психоактивних речовин, зокрема у період протягом 6 місяців, але не останніх 30 днів (19,3% проти 15,7%)<sup>130</sup>, натомість чоловіки частіше заперечували досвід будь-яких небажаних проявів (29,7% проти 21,7% серед жінок)<sup>131</sup>.

<sup>130</sup> p<0,05

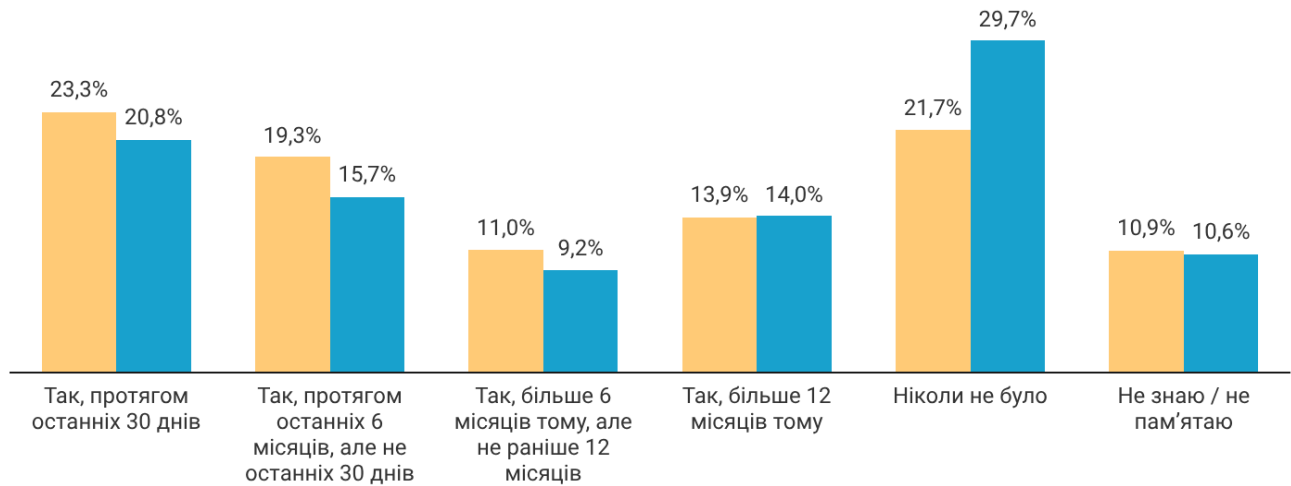
<sup>131</sup> p<0,05

Діаграма 27. Досвід небажаних проявів (реакцій організму) після вживання психоактивних речовин (розподіл за статтю).

## Чи були коли-небудь в тебе небажані прояви після вживання психоактивних речовин? (розподіл за статтю)

Всі чоловіки (n = 1301) та жінки (n = 1242)

Жінки Чоловіки



Створено за допомогою Datawrapper

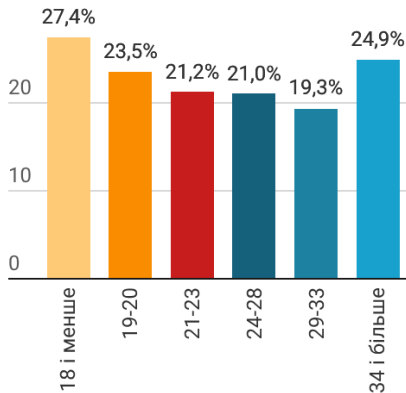
Підлітки віком від 14-18 років дещо частіше за інших мали досвід небажаних проявів 6-12 місяців тому, тоді як після 23 років зростає частка тих, хто стикався з цим понад рік тому.

Діаграма 28. Досвід небажаних проявів (реакцій організму) після вживання психоактивних речовин (розподіл за віком).

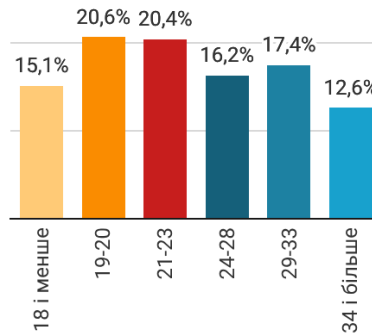
## Чи були коли-небудь в тебе небажані прояви після вживання психоактивних речовин? (розподіл за віком)

<=18 (n = 259), 19-20 (n = 379), 21-23 (n = 652), 24-28 (n = 711), 29-33 (n = 322), >33 (n = 269)

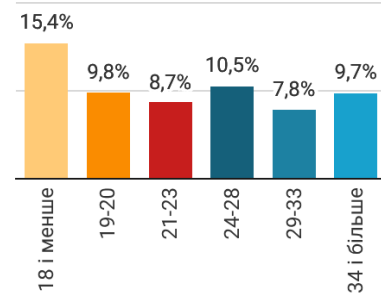
Так, протягом останніх 30 днів



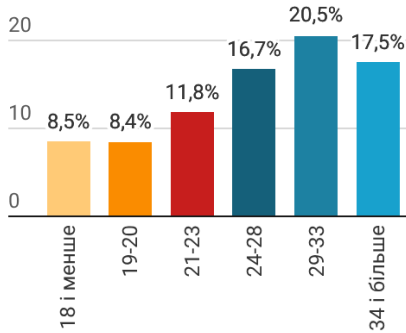
Так, протягом останніх 6 місяців, але не останніх 30 днів



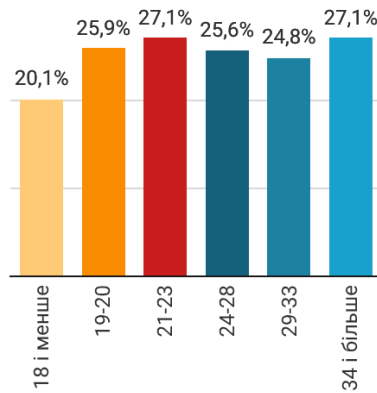
Так, більше 6 місяців тому, але не раніше 12 місяців



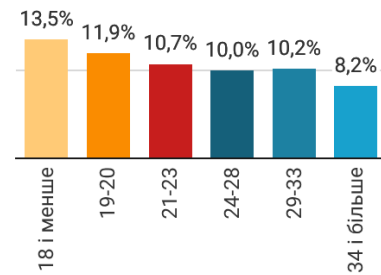
Так, більше 12 місяців тому



Ніколи не було



Не знаю / не пам'ятаю



Створено за допомогою Datawrapper

За характером останнього епізоду домінують психічні та невегетативні реакції: сильний неспокій/панічні атаки (60,5%), сплутаність свідомості (41,0%), гіпертензивний головний біль із затуманенням зору (38,5%). Часто згадують і соматичні симптоми – спазми шлунку з нудотою (35,5%) або тахікардію й біль у грудях (29,0%).

## Які небажані прояви ти пережив/ла останній раз?

Всі респонденти, які переживали небажані прояви від вживання психоактивних речовин (n = 1650)



Створено за допомогою Datawrapper

Сильний неспокій, тривога чи панічні атаки залишаються найпоширенішими небажаними проявами серед чоловіків та жінок. Жінки частіше за чоловіків повідомляють про низку негативних соматичних реакцій: сильний неспокій/панічні атаки (64,9% проти 56,4%)<sup>132</sup>, сплутаність свідомості та інші зміни психічного стану (44,8% проти 36,9%)<sup>133</sup>, спазми в животі, нудоту та блювоту (38,6% проти 31,6%)<sup>134</sup>, нерегулярний і прискорений пульс разом з болями в грудях (31,8% проти 25,9%)<sup>135</sup>, а також втрату свідомості (14,6% проти 10,8%)<sup>136</sup>. Загалом результати свідчать, що жінки частіше повідомляють про більшість психічних та соматичних небажаних проявів, тоді як гендерні відмінності для рідкісних або тяжких симптомів є менш вираженими.

<sup>132</sup> p<0,05

<sup>133</sup> p<0,05

<sup>134</sup> p<0,05

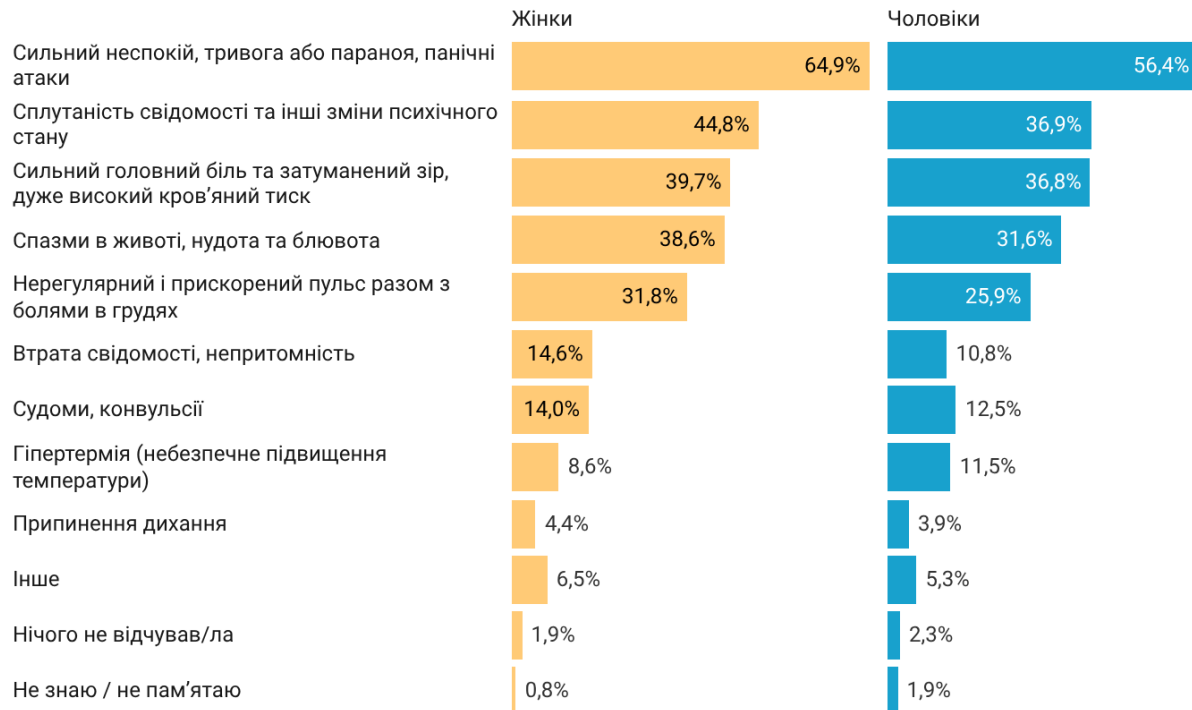
<sup>135</sup> p<0,05

<sup>136</sup> p<0,05

Діаграма 30. Небажані прояви (реакції організму) після вживання психоактивних речовин (розподіл за статтю).

## Які небажані прояви ти пережив/ла останній раз? (розподіл за статтю)

Чоловіки (n = 775) та жінки (n = 837), які переживали небажані прояви від вживання психоактивних речовин



Створено за допомогою Datawrapper

Розподіл небажаних проявів за віком свідчить, що частота більшості симптомів зменшується після 24-29 років, причому для низки проявів ці відмінності є статистично значущими. Зокрема, про сильний неспокій/панічні атаки найчастіше зазначають респонденти віком 21-23 роки (66,3%), тоді як у старшій групі (34 роки і більше) цей показник є значно нижчим (47,7%). Подібна тенденція спостерігається і для сплутаності свідомості та інших змін психічного стану, поширеність яких зменшується від 45,9-46,6% серед молодших респондентів (14-20 років) до 31,0% у найстаршій групі. Також із віком знижується частка тих, хто повідомляє про спазми в животі, нудоту та блювоту (з близько 39-41% серед 14-23-річних до 23,6% серед респондентів 34 років і старших). Найбільш помітне вікове зниження спостерігається для тяжких проявів – втрати свідомості або непритомності (21,5% серед респондентів до 18 років проти 7,2-10,3% у групі 24 років і старших) та судом або конвульсій (20,3% у наймолодшій групі проти близько 9-12% у 24 років і старших). Інші симптоми, зокрема головний біль, прискорений пульс, гіпертермія чи припинення дихання, також загалом демонструють тенденцію до нижчої поширеності у старших вікових групах, хоча ці відмінності не є статистично значущими. Це свідчить, що профілактика гострих інтоксикацій повинна концентруватися на молодших когортах.

Діаграма 31. Небажані прояви (реакції організму) після вживання психоактивних речовин (розподіл за віком).

## Які небажані прояви ти пережив/ла останній раз? (розподіл за віком)

Респонденти, які переживали небажані прояви від вживання психоактивних речовин. <=18 (n = 172), 19-20 (n = 234), 21-23 (n = 403), 24-28 (n = 458), 29-33 (n = 209), >33 (n = 174)



Створено за допомогою Datawrapper

Головними, на думку респондентів, тригерами небажаних проявів стали емоційний стан (18,4%) та свідоме перевищення дози заради сильнішого ефекту (18,4%). Також відносно часто згадувалися такі причини, як небезпечне змішування декількох речовин (12,6%), випадкове перевищення дозування (12,3%), невизначена концентрація діючої субстанції (11,5%) та поганий фізичний стан (11,0%).

Діаграма 32. Сприйняття причин небажаних проявів (реакцій організму) після вживання психоактивних речовин.

## Чому, на твою думку, сталися ці небажані прояви?

Всі респонденти, які переживали небажані прояви від вживання психоактивних речовин (n = 1645)



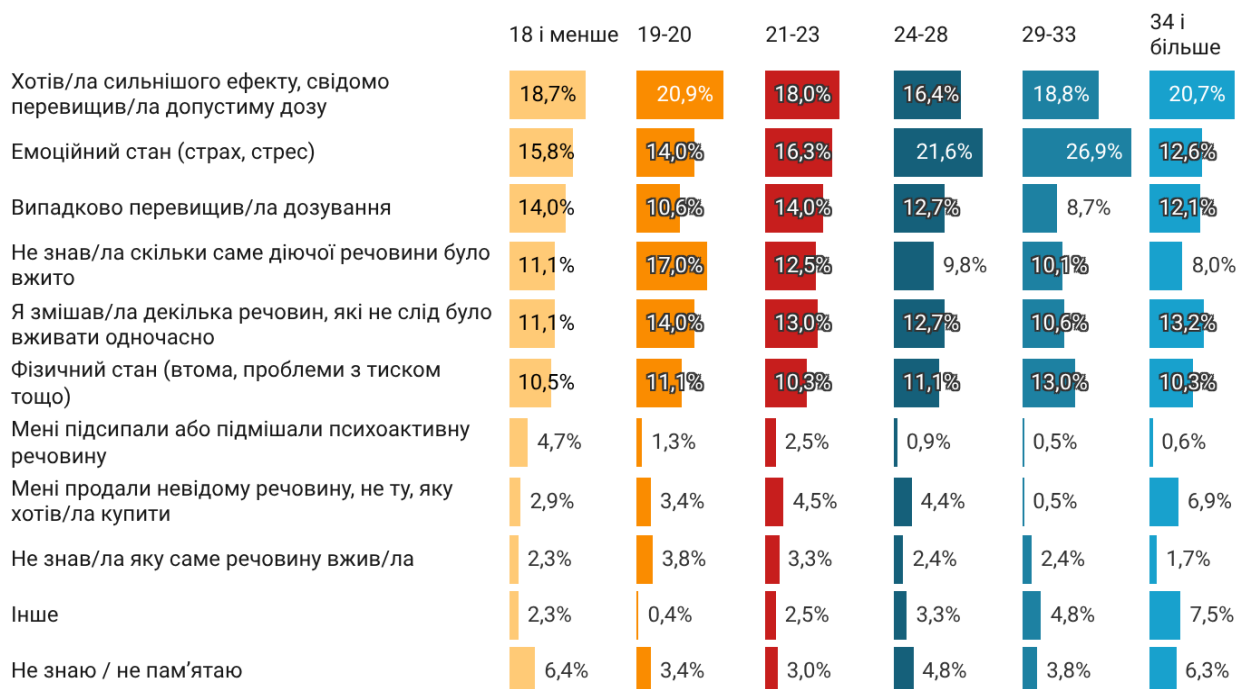
Створено за допомогою Datawrapper

Статеві відмінності у причинах небажаних проявів статистично незначущі. Розподіл причин небажаних проявів від вживання психоактивних речовин за віком показує, що більшість факторів мають подібну поширеність у різних вікових групах, однак для окремих причин спостерігаються статистично значущі відмінності. Зокрема, варіант «мені підсипали або підмішали психоактивну речовину» частіше зазначали наймолодші респонденти ( $\leq 18$  років – 4,7%), тоді як у старших вікових групах ця причина трапляється значно рідше (0,5-2,5%). Натомість відповідь «мені продали невідому речовину, не ту, яку хотів/ла купити» демонструє найбільше значення серед респондентів віком 34 роки і старше (6,9%) і найменше серед групи 29-33 років (0,5%). Також помітні вікові відмінності щодо причини «емоційний стан (страх, стрес)»: її частіше називають респонденти віком 24-28 років (21,6%) та особливо 29-33 років (26,9%), тоді як у молодших та старшій групі (34 роки та більше) цей показник нижчий (12-16%).

Діаграма 33. Сприйняття причин небажаних проявів (реакцій організму) після вживання психоактивних речовин (розподіл за віком).

## Чому, на твою думку, сталися ці небажані прояви? (розподіл за віком)

Респонденти, які переживали небажані прояви від вживання психоактивних речовин. <=18 (n = 171), 19-20 (n = 235), 21-23 (n = 399), 24-28 (n = 458), 29-33 (n = 208), >33 (n = 174)



Створено за допомогою Datawrapper

## Перелік джерел

1. Rohr, B., Felderer, B., Silber, H., Daikeler, J., Roßmann, J., & Schröder, J. (2024). When are non-probability surveys fit for my purpose. Mannheim, GESIS–LeibnizInstitute for the Social Sciences (GESIS–Survey Guidelines), 10  
[https://www.gesis.org/fileadmin/admin/Dateikatalog/pdf/guidelines/non\\_probability\\_surveys\\_ruhr\\_felderer\\_silber\\_daikeler\\_rossmann\\_schroeder\\_2024.pdf](https://www.gesis.org/fileadmin/admin/Dateikatalog/pdf/guidelines/non_probability_surveys_ruhr_felderer_silber_daikeler_rossmann_schroeder_2024.pdf)
2. Pöttschke, S., Weiß, B., Daikeler, J., Silber, H., & Beuthner, C. (2023). A guideline on how to recruit respondents for online surveys using Facebook and Instagram: Using hard-to-reach health workers as an example (Version 1.0)  
[https://www.gesis.org/fileadmin/admin/Dateikatalog/pdf/guidelines/social\\_media\\_sampling\\_poetzschke\\_2023.pdf](https://www.gesis.org/fileadmin/admin/Dateikatalog/pdf/guidelines/social_media_sampling_poetzschke_2023.pdf)
3. Andreadis, I., & Andreadis, A. (1999). Survey Data Quality. JSM Proceedings, Survey Research Methods Section, 2006  
[http://www.asasrms.org/Proceedings/y2022/files/323439\\_163724.pdf](http://www.asasrms.org/Proceedings/y2022/files/323439_163724.pdf)
4. Conrad, F. G., Couper, M. P., Tourangeau, R., & Zhang, C. (2017). Reducing speeding in web surveys by providing immediate feedback. *Survey research methods*, 11(1), 45–61  
<https://doi.org/10.18148/srm/2017.v11i1.6304>
5. Zhang, C., & Conrad, F. (2014). Speeding in Web Surveys: The tendency to answer very fast and its association with straightlining. *Survey Research Methods*, 8(2), 127–135  
<https://doi.org/10.18148/srm/2014.v8i2.5453>
6. Kim, Y., Dykema, J., Stevenson, J., Black, P., & Moberg, D. P. (2018). Straightlining: Overview of Measurement, Comparison of Indicators, and Effects in Mail–Web Mixed-Mode Surveys. *Social Science Computer Review*, 37(2), 214-233  
<https://doi.org/10.1177/0894439317752406>
7. Goodrich, B., Fenton, M., Penn, J., Bovay, J., & Mountain, T. (2023). Battling bots: Experiences and strategies to mitigate fraudulent responses in online surveys. *Applied Economic Perspectives and Policy*, 45(2), 762-784  
<https://doi.org/10.1002/aep.13353>
8. Cornesse, C., & Blom, A. G. (2020). Response Quality in Nonprobability and Probability-based Online Panels. *Sociological Methods & Research*, 52(2), 879-908  
<https://doi.org/10.1177/0049124120914940>
9. Результати дослідження «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин – ESPAD»  
[https://www.uisr.org.ua/wp-content/uploads/2025/11/espada\\_ukrayina\\_2024\\_vysnovky.pdf](https://www.uisr.org.ua/wp-content/uploads/2025/11/espada_ukrayina_2024_vysnovky.pdf)

10. Lapin MS, Shevchenko MV. Recreational Use of Pregabalin in Ukraine. Availability, Patterns of Use and Chemsex. MedRxiv. 2025.  
<https://doi.org/10.1101/2025.10.06.25337361>
11. About Standard Drink Sizes  
<https://www.cdc.gov/alcohol/standard-drink-sizes/index.html>
12. Understanding Binge Drinking  
<https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/binge-drinking>
13. AUDIT  
<https://nida.nih.gov/sites/default/files/files/AUDIT.pdf>
14. Alcohol Use and Your Health. January 14, 2025  
<https://www.cdc.gov/alcohol/faqs.htm>
15. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2018  
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9530de1c-1fd2-4c20-a167-ec6ba7cb00c3/content>
16. Alcohol, health and policy response in the WHO European Region in 2019. 31 July 2024. Technical document  
<https://www.who.int/europe/publications/m/item/alcohol--health-and-policy-response-in-the-who-european-region-in-2019>
17. Esser, M. B., Pickens, C. M., Guy, G. P., Jr, & Evans, M. E. (2021). Binge Drinking, Other Substance Use, and Concurrent Use in the U.S., 2016-2018. American journal of preventive medicine, 60(2), 169–178  
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.08.025>
18. Key findings from the 2024 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)  
[https://www.euda.europa.eu/publications/data-factsheets/espac-2024-key-findings\\_en](https://www.euda.europa.eu/publications/data-factsheets/espac-2024-key-findings_en)