



WESTERN-EASTERN EUROPEAN
PARTNERSHIP INITIATIVE
ON HIV, VIRAL HEPATITIS AND TB



Альянс
громадського здоров'я

Дослідження прийнятності та здійсненності Доксі-ПЕП в Україні: посилення профілактики ІПСШ та її інтеграція у послуги у сфері ВІЛ

*Вивчення потенціалу доксицикліну
для профілактики ІПСШ в Україні*



Київ
2026

**Автори звіту:**

Оксана Ковтун (1)

(1) МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Євгенія Судакова (1)

Оксана Пащук (1)

Верстка: Ірина Сухомлинова**Літературна редакція:** Валентина Божок

Дослідження прийнятності та здійсненості Доксі-ПЕП в Україні: посилення профілактики ІПСШ та її інтеграція у послуги у сфері ВІЛ. Вивчення потенціалу доксицикліну для профілактики ІПСШ в Україні / Ковтун О., Судакова Є., Пащук О. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2026. – 114 с.



Проведення дослідження та підготовка звіту стали можливими за підтримки WEEPI Foundation (*Grant Agreement 346-2025*). Відповідальність за зміст публікації лежить винятково на авторах і не обов'язково відображає офіційну позицію WEEPI Foundation.



ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ	5
РЕЗЮМЕ	6
1. ПЕРЕДУМОВИ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ	9
2. МЕТА ТА ЗАВДАННЯ.	13
3. МЕТОДОЛОГІЯ	14
3.1. Дизайн дослідження	14
3.2. Концептуальна рамка	14
3.3. Географія дослідження	14
3.4. Цільова група та вибірка	15
3.5. Рекрутинг учасників	17
3.6. Проведення інтерв'ю	17
3.7. Обробка та аналіз даних	18
3.8. Етичні аспекти	18
3.9. Методологічні обмеження	19
3.10. Період проведення дослідження.	19
3.11. Подяки	20
4. РЕЗУЛЬТАТИ.	21
4.1. Характеристики учасників	21
4.2. Перспективи потенційних користувачів щодо Доксі-ПЕП	26
4.2.1. Практики сексуального здоров'я та доступ до послуг	26
4.2.2. Обізнаність, перші реакції та розуміння	32
4.2.3. Сприйняті переваги та мотивація	35
4.2.4. Занепокоєння, обмеження та умови прийнятності	39
4.2.5. Бажані формати доступу та підтримки	43
4.2.6. Практична керованість та самоефективність використання	50
4.2.7. Соціальні та міжособистісні впливи	53
4.3. Позиції надавачів послуг і стейкхолдерів щодо Доксі-ПЕП	56
4.3.1. Професійна обізнаність і наявні практики	56
4.3.2. Сприйнята релевантність і додана цінність	59
4.3.3. Цільова група, кандидатність і межі доцільного використання	62
4.3.4. Професійні застереження та умови прийнятності.	67
4.4. Програмна та системна здійсненність впровадження Доксі-ПЕП.	70
4.4.1. Стратегічна та нормативна готовність	70
4.4.2. Інтеграція в сервіси та маршрути впровадження	75
4.4.3. Кадрова готовність і навчання	80
4.4.4. Регуляторні вимоги та управління програмою	84
4.4.5. Фінансування, моніторинг і сталість.	88



4.5. Ключові дилеми впровадження	93
4.5.1. Доступ у часовому вікні ↔ медична відповідальність	94
4.5.2. Очний маршрут ↔ воєнна мобільність і гібридний доступ	94
4.5.3. Простота схеми ↔ ризик спрощення до самопризначення	95
4.5.4. Користь для користувача ↔ АМР і слабка видимість гонорей	95
4.5.5. Конфіденційність ↔ мінімально достатній облік.	96
4.5.6. Справедливий доступ ↔ межі доказової бази	96
4.5.7. ІПСШ-експертиза ↔ вільний від стигми вхід до послуги.	97
4.5.8. Розподіл ролей ↔ ресурсна спроможність маршруту	97
4.5.9. Фінансова доступність ↔ сталість повного сервісного циклу	97
4.5.10. Запас наперед ↔ контроль частоти і залишків.	98
5. ВИСНОВКИ	99
6. РЕКОМЕНДАЦІЇ	100
ДОДАТКИ	102
ДОДАТОК 1. Міжнародні рекомендації щодо призначення та моніторингу прийому Доксі-ПЕП.	102
ДОДАТОК 2. Концептуальні рамки прийнятності.	104
ДОДАТОК 3. Концептуальні рамки здійсненості	106
ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ	107



– ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

AMP	антимікробна резистентність
АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПО	внутрішньо переміщена особа
Доксі-ПЕП	doxycycline post-exposure prophylaxis (Doxy-PEP), постконтактна профілактика доксицикліном
Доксі-ПрЕП	доконтактна профілактика доксицикліном
ЄЕЗ	Європейська економічна зона
ЄС	Європейський Союз
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ЛГБТ	лесбійки, геї, бісексуальні та трансгендерні люди
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
НУО	неурядова організація
ОКС	організація під керівництвом спільноти
ПЕП / ПКП	постконтактна профілактика ВІЛ
ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція
ПрЕП / ДКП	доконтактна профілактика ВІЛ
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
Транс*жінка	трансгендерна жінка
ТЦК	територіальний центр комплектування та соціальної підтримки
УЗД	ультразвукова діагностика
ЦГЗ	Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України
ЧСЧ	чоловіки, які мають секс з чоловіками
ШКТ	шлунково-кишковий тракт
CDC	US Centers for Disease Control and Prevention, Центри з контролю та профілактики захворювань США
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control, Європейський центр з профілактики та контролю захворювань
EMIS-2024	The European Men Who Have Sex with Men and Trans People Internet Survey 2024
ESKAPE	група клінічно значущих патогенів із високим потенціалом антимікробної резистентності
IQR	interquartile range, міжквартильний розмах
IRB	Institutional Review Board, комісія з питань етики
PAF	Product Acceptability Framework, рамка прийнятності продукту
TFA	Theoretical Framework of Acceptability, теоретична рамка прийнятності



РЕЗЮМЕ

Постконтактна профілактика доксицикліном (doxycycline post-exposure prophylaxis, Доксі-ПЕП) привертає дедалі більше міжнародної уваги як варіант профілактики бактеріальних інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), зокрема сифілісу, гонореї та хламідіозу, серед чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ), і трансгендерних жінок (транс*жінок). В Україні відносно розвинена інфраструктура профілактики вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) та доконтактної профілактики ВІЛ (ПрЕП) поєднується з фрагментованою діагностикою ІПСШ і наглядом за антимікробною резистентністю (АМР), а послуги надаються в умовах повномасштабної війни. Це створює специфічні потреби щодо доказів і моделі впровадження порівняно з країнами, де Доксі-ПЕП уже вивчали.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ. Дослідження оцінювало прийнятність і потенційну здійсненність впровадження Доксі-ПЕП в Україні, щоб підтримати подальше рішення щодо доцільності та можливої моделі його інтеграції в національні рамки профілактики ВІЛ і пов'язані послуги у сфері сексуального здоров'я. Воно визначало чинники, що впливають на готовність ЧСЧ і транс*жінок використовувати Доксі-ПЕП, а також системні, політичні та програмні умови його потенційного впровадження. Дослідження не передбачало призначення доксицикліну, пілотування послуги або клінічного спостереження за фактичним використанням препарату.

МЕТОДИ. Дослідження мало якісний дизайн і ґрунтувалося на напівструктурованих глибинних інтерв'ю, проведених із 10 лютого по 4 квітня 2026 року у Києві, Львові та Одесі із залученням додаткових учасників національного рівня. Загалом проведено 130 інтерв'ю у шести групах: 30 ЧСЧ і 30 транс*жінок, які відповідали критеріям дослідження, сформованим з урахуванням міжнародних підходів до визначення груп, для яких Доксі-ПЕП є найбільш релевантним; 18 фахівців неурядових організацій (НУО), які надавали послуги у сфері ВІЛ та ІПСШ; 18 медичних працівників; 12 представників організацій під керівництвом спільнот (ОКС); 22 національні та регіональні стейкхолдери, які працювали у сфері ВІЛ, ІПСШ або АМР. Прийнятність оцінювали за допомогою Теоретичної рамки прийнятності (Theoretical Framework of Acceptability) та Рамки прийнятності продукту (Product Acceptability Framework). Потенційну здійсненність – із використанням адаптованої рамки системи охорони здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO Framework on Health Systems).

КЛЮЧОВІ РЕЗУЛЬТАТИ. Доксі-ПЕП виявився загалом прийнятним для потенційних користувачів, однак ця прийнятність мала чіткі умови. ЧСЧ і транс*жінки бачили його цінність передусім після контактів, коли презерватив не використовувався як планувалося або контроль над ситуацією був обмеженим. Вони цінували можливість діяти після контакту, зменшити тривогу та потенційно уникнути ІПСШ і маршруту лікування, який міг бути дорогим, незручним або стигматизуючим. Для частини учасників Доксі-ПЕП також посилював особистий контроль, оскільки його прийом після сексу не залежав від згоди партнера. Більшість розглядали його як додатковий або резервний інструмент для окремих ситуацій, а не заміну презервативам, тестуванню або лікуванню.

Готовність використовувати Доксі-ПЕП залежала від зрозумілої медичної логіки: кому вона підходить, після яких контактів її доцільно приймати, як часто це можна робити, чим профілактика відрізняється від лікування та як доксициклін поєднується з ПрЕП, антиретровірусною терапією (АРТ) й іншими препаратами. Занепокоєння стосувалися АМР, впливу на шлунково-кишковий тракт і мікробіом, алергій та повторного використання антибіотиків. Для транс*жінок додаткове значення мали сумісність із гормональною терапією, доступ до транскомпетентної допомоги та захист від осуду, місгендерингу й небажаного розкриття інформації. Обізнаність була нерівномірною: частина потенційних користувачів уперше дізналася про Доксі-ПЕП під час інтерв'ю, тоді як менша кількість повідомляла про прийом доксицикліну після сексу або знала людей із таким досвідом, що вказує на можливе неформальне використання без єдиного клінічного протоколу.



Потенційні користувачі віддавали перевагу знайомим і перевіреним сервісам, однак єдина точка доступу не відповідала потребам усіх. Для частини природним маршрутом були сервіси ПрЕП, АРТ або ВІЛ, тоді як інші більше довіряли НУО, ОКС, рівному консультанту чи конкретному дружньому лікарю. Важливими були швидкий контакт у межах постконтактного часового вікна та можливість телефонної, месенджер- або онлайн-консультації, особливо за умов переміщення, переривання послуг, транспортних обмежень і мобілізаційних побоювань. Водночас учасники очікували доступу до очної оцінки, тестування й лікування за наявності симптомів, позитивних результатів або інших клінічних потреб.

Конфіденційність була складовою доступу – ЧСЧ і транс*жінки не хотіли повторно розкривати сексуальні практики, гендерну ідентичність чи іншу чутливу інформацію різним сервісам. Частина підтримувала запас препарату наперед для окремих користувачів, але пов'язувала цю можливість із попередньою оцінкою, чіткими інструкціями, моніторингом і доступним маршрутом для запитань або симптомів, а не з необмеженим накопиченням препарату.

Респонденти з професійних груп загалом визнавали потенційну цінність Доксі-ПЕП, але оцінювали її через необхідні запобіжники. Медичні працівники зосереджувалися на показаннях, протипоказаннях, обмеженні частоти прийому, сумісності препаратів, діях при симптомах і позитивних тестах, відповідальності за призначення антибіотика та ризиках АМР. Фахівці НУО й представники ОКС акцентували на довірі, конфіденційності, зрозумілості для спільнот комунікації та практичній доступності. Стейкхолдери приділяли увагу нормативній основі призначення, фінансуванню, моніторингу, захисту даних, зв'язку з діагностикою ІПСШ і здатності пілоту генерувати дані для подальших рішень.

У різних групах респондентів потенційну кандидатність пов'язували з ризиком у межах популяцій, для яких існує доказова база, а не лише з належністю до ЧСЧ або транс*жінок чи статусом щодо ПрЕП або АРТ. Релевантними вважалися нещодавні або повторні бактеріальні ІПСШ, повторні контакти без презерватива, велика кількість партнерів, груповий секс, хімсекс, секс-вечірки, секс за плату та інші повторювані обставини з підвищеним або менш контрольованим ризиком. Критерії мають бути клінічно придатними, не містити стигматизуючих формулювань і не вимагати надмірного розкриття приватної інформації. Транс*жінки мають залишатися явно видимими в критеріях, інформаційних матеріалах і маршрутах скерування, а не неявно включатися до моделі, сформованої виключно навколо ЧСЧ.

Найбільший збір між групами стосувався гібридної моделі, що поєднує клінічне рішення та відповідальність медичного працівника з інформуванням, навігацією та підтримкою НУО та ОКС. Така модель має передбачати конфіденційну комунікацію, гнучкий доступ і можливість швидкого переходу до клінічної оцінки. Для її реалізації потрібен єдиний клінічно-сервісний алгоритм, який охоплюватиме кандидатність, дозування, часове вікно, обмеження частоти, протипоказання, сумісність препаратів, дії при симптомах і позитивних тестах, повторний доступ і розподіл відповідальності. Також необхідні навчання персоналу, чіткі механізми скерування, пропорційний і конфіденційний моніторинг та фінансування повного сервісного маршруту, а не лише препарату.

Клінічні, сервісні та системні умови для контрольованого пілоту частково сформовані, але розвинені нерівномірно. Найсильнішою основою є ВІЛ/ПрЕП/АРТ-інфраструктура разом із дружніми лікарями та навігацією НУО й ОКС, які вже контактують із частиною людей із релевантним ризиком. Слабшими залишаються компоненти, пов'язані з бактеріальними ІПСШ: діагностика гонореї та хламідіозу менш доступна та системна, дерматовенерологічні маршрути можуть бути пов'язані з вартістю, затримками або стигмою, а АМР-моніторинг недостатньо інтегрований у послуги сексуального здоров'я. Особливим викликом є гонорея через менш надійний захист від неї, обмежені локальні дані щодо резистентності та слабкий зв'язок АМР-нагляду із сексуальним здоров'ям.

Центральний висновок полягає в тому, що прийнятність і здійсненність Доксі-ПЕП в Україні визначаються передусім моделлю організації доступу, а не наявністю доксицикліну. Результати підтримують інтеграцію Доксі-ПЕП у наявні сервіси ПрЕП, АРТ та послуги НУО через гібридний маршрут, пов'язаний із тестуванням і лікуванням ІПСШ, конфіденційністю, гнучкими форматами доступу та пропорційним моніторингом використання й ризиків АМР.



ОБМЕЖЕННЯ. Якісний дизайн і цілеспрямований відбір учасників не забезпечують репрезентативності: дослідження було спрямоване на вивчення різних типів досвіду, а не поширеності окремих поглядів. Вибірка потенційних користувачів була обмежена ЧСЧ і транс*жінками, які вже перебували в маршрутах профілактики чи лікування ВІЛ, тому результати можуть не відображати досвід і уподобання людей поза цими сервісами. Недостатню кількість транс*жінок, залучених у Львові, компенсували додатковим рекрутингом в інших містах. Дані про сексуальну поведінку, досвід ІПСШ і використання препаратів ґрунтувалися на самозвіті. Оскільки дослідження не передбачало призначення Доксі-ПЕП, клінічного спостереження або оцінювання фактичних результатів, воно не дозволяє визначити реальне використання, прихильність, ефективність, безпечність, поведінкові наслідки чи вплив на АМР в Україні.

КЛЮЧОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ. Десять рекомендацій звіту визначають мінімальні умови контрольованого пілоту Доксі-ПЕП в Україні:

- (1) Розробити та впровадити контрольований пілот у вибраних сервісних маршрутах і територіях.
- (2) Розробити єдиний клінічно-сервісний алгоритм, який охоплюватиме кандидатність, дозування, часове вікно, обмеження частоти, протипоказання, сумісність препаратів, дії при симптомах і позитивних тестах, повторний доступ і маршрути скерування.
- (3) Застосовувати ризик-орієнтовані критерії доступу в межах популяцій, для яких існує доказова база, використовуючи клінічно релевантні критерії без стигматизуючих формулювань і надмірної вимоги розкривати приватну інформацію.
- (4) Створити гібридний маршрут доступу з чітким розподілом ролей між медичними працівниками, НУО й ОКС та забезпечити конфіденційний, гнучкий і своєчасний доступ.
- (5) Забезпечити мінімальний пакет діагностики ІПСШ і скерування, включно з доступним тестуванням на сифіліс і реалістичними маршрутами діагностики гонореї та хламідіозу з релевантних анатомічних локалізацій.
- (6) Посилити АМР-нагляд, насамперед щодо гонореї, та включити реалістичний АМР-компонент у дизайн пілоту.
- (7) Розробити спільні навчальні та комунікаційні матеріали для медичних працівників, НУО й ОКС, як охоплюватимуть клінічне використання, АМР, сумісність препаратів, конфіденційність, транс*компетентність і комунікацію без осуду.
- (8) Запровадити пропорційний і конфіденційний моніторинг пілоту, який охоплюватиме відповідність критеріям, частоту й правильність використання, зв'язок з тестуванням, повторний доступ, симптоми, позитивні результати та реалістичні показники АМР.
- (9) Фінансувати повний сервісний цикл, а не лише препарат, включно з клінічним часом, навігацією НУО й ОКС, діагностикою, навчанням, комунікацією, моніторингом, супервізією та координацією.
- (10) До початку пілоту визначити його цілі, критерії успіху та умови переходу до масштабування. Партнери мають погодити, що саме повинен продемонструвати пілот, які показники використовуватимуться, які результати вважаються успішними та які дані підтримуватимуть продовження, коригування або масштабування.

Доксі-ПЕП не варто розглядати як готовий до широкого впровадження без попереднього пілотування. Його потенціал заповнити прогалину між більш розвиненою системою профілактики ВІЛ та менш структурованою профілактикою бактеріальних ІПСШ в Україні реалізується лише за умови, що препарат залишиться пов'язаним із медичною оцінкою, тестуванням і лікуванням ІПСШ, довірою спільнот, конфіденційністю та раціональним використанням антибіотиків.



1 ПЕРЕДУМОВИ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), залишаються проблемою громадського здоров'я в Україні [1], попри зниження кількості офіційних зареєстрованих випадків. За даними державної статистики, у 1999–2024 роках зафіксовано загальне скорочення зареєстрованих випадків сифілісу, гонореї та хламідіозу [2], однак ця динаміка потребує обережної інтерпретації. З 2022 року поступово зростає кількість випадків сифілісу (передусім ранніх форм), а сифіліс і гостра форма гонореї частіше реєструються серед чоловіків, тоді як хламідіоз, за офіційними даними, частіше виявляється серед жінок, що загалом відповідає тенденціям у багатьох країнах Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) поза Європейським Союзом (ЄС) [3]. У 2024 році розрахункові показники захворюваності [4] становили близько 7,5 на 100 тис. для сифілісу, 2,3 – для гонореї та 9,2 – для хламідіозу, але ці цифри відображають лише задокументовану частину епідемічного процесу.

Офіційна статистика, ймовірно, суттєво недооцінює реальний тягар ІПСШ. Частина випадків (30–40%) залишається не виявленою через безсимптомний перебіг інфекцій, нерегулярне тестування, обмежений доступ до якісної лабораторної діагностики [5] та неповну інтеграцію приватного сектору в державну звітність [6]. Збереження діагностичних підходів із недостатньою чутливістю для гонореї та хламідіозу вказує на необхідність ширшого застосування валідованих молекулярно-діагностичних тестів [7]. З огляду на рівні поширеності в європейських країнах [8], реальна кількість чоловіків з гонореєю та хламідіозом в Україні може бути значно вищою за офіційні дані, тоді як оцінки щодо сифілісу залишаються менш визначеними. Таким чином, видиме зниження зареєстрованих випадків може відображати не лише епідеміологічні зміни, а й обмеження системи виявлення, реєстрації та моніторингу ІПСШ.

Чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ), та трансгендерні жінки (транс*жінки) мають підвищену вразливість до вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) і бактеріальних ІПСШ [9–12] через поєднання поведінкових, соціальних і структурних чинників [13–15], зокрема сексуальних практик, кількості партнерів, нерегулярного використання презервативів, попереднього досвіду ІПСШ, стигми, дискримінації та бар'єрів доступу до дружніх медичних послуг. Перенесений сифіліс та гонорея у ВІЛ-негативних чоловіків є сильним предиктором подальшого інфікування ВІЛ [16, 17], тому профілактика бактеріальних ІПСШ має значення для ширшої відповіді на епідемію.

Дані українських біоповедінкових досліджень підтверджують актуальність ІПСШ серед ЧСЧ і транс*жінок. У дослідженні серед ЧСЧ 2021 року самозвітна поширеність становила 5% для сифілісу та по 7% для хламідіозу і гонореї, при цьому лише 57% учасників із позитивним тестом на сифіліс знали про свій статус [18]. З огляду на оцінку чисельності ЧСЧ [19], це може відповідати від 5 до майже 9 тисяч людей, які живуть з однією з цих інфекцій. Серед транс*жінок самозвітні показники були нижчими, однак тестування виявляло сифіліс частіше, ніж самодекларація [20]. Розрив між фактичним інфікуванням, поінформованістю про статус і регулярністю тестування вказує на необхідність систематичного скринінгу, доступної діагностики та додаткових профілактичних інструментів.

Розширення доступу до доконтактної профілактики ВІЛ (ПрЕП) змінило контекст профілактики серед груп підвищеного ризику в Україні. ПрЕП, впроваджена в Україні у 2017 році [21], стала важливим інструментом зниження ризику зараження ВІЛ [22], однак міжнародні дані показують високу частку бактеріальних ІПСШ серед її користувачів, особливо в перший рік прийому [23, 24]. У різних дослідженнях від 43% [25] до 57% [26] користувачів ПрЕП мали принаймні одну діагностовану ІПСШ, що пов'язують із зниженням частоти використання презервативів [27], більшою кількістю партнерів, груповим сексом і зменшенням страху перед ВІЛ [28]. Поточні національні стандарти передбачають можливість тестування на ІПСШ для



користувачів ПрЕП [29], що узгоджується з міжнародними рекомендаціями [30, 31], однак цілеспрямованих доказових стратегій профілактики бактеріальних ІПСШ у національній політиці поки що бракує.

Doxycycline post-exposure prophylaxis (Doxy-PEP), або постконтактна профілактика доксицикліном («Доксі-ПЕП»), розглядається у світі як новий біомедичний підхід до зниження ризику бактеріальних ІПСШ серед груп підвищеної вразливості. Підхід передбачає одноразовий прийом 200 мг доксицикліну не пізніше 72 годин після сексуального контакту з ризиком інфікування, пріоритетно – в перші 24 години. Рандомізовані контрольовані дослідження серед ЧСЧ і транс*жінок продемонстрували суттєве зниження ризику ІПСШ незалежно від ВІЛ-статусу [32]: на 73–87% для сифілісу, 70–89% – для хламідіозу та 17–57% – для гонореї [33]. Узагальнені дані підтверджують зниження ризику будь-якої бактеріальної ІПСШ, хламідіозу та сифілісу [34], хоча ефективність щодо гонореї залишається нижчою і варіативнішою [35].

Доксі-ПЕП може застосовуватися поряд з іншими біомедичними підходами: одночасне використання Доксі-ПЕП і ПрЕП визнано безпечним [36], клінічно значущих взаємодій з гормональною терапією для транс*людей не виявлено [33]. Доксициклін широко застосовується при різних інфекційних і неінфекційних станах – зокрема малярії [37], розацеа [38] та акне [39], а його побічні ефекти зазвичай легкі або помірні [40] і найчастіше пов'язані зі шлунково-кишковими симптомами чи фоточутливістю [41, 42]. Разом із тим навіть добре відомий препарат потребує чітких інструкцій: прийом з їжею чи після їжі, запивання достатньою кількістю води, вертикальне положення після прийому, уникнення одночасного прийому з кальцієм або залізом та захист від сонця при регулярному використанні [43].

Профілактичне використання доксицикліну потребує зваженого підходу у зв'язку з ризиками антимікробної резистентності (AMP) та можливим впливом на мікробіом [44]. Основне занепокоєння пов'язане з відбором резистентних штамів, насамперед *Neisseria gonorrhoeae*, яка вже набула стійкості до всіх основних класів антибіотиків [30]. Математичні моделі свідчать, що Доксі-ПЕП може тривалий час знижувати захворюваність на гонорею, але водночас посилювати відбір резистентних штамів і поступово втрачати ефективність [45], причому рівень резистентності може варіювати залежно від штамів [46, 47], популяцій і локального контексту [48]. За даними 2024 року, поширеність резистентності серед ізолятів *N. gonorrhoeae* до тетрациклінів у 22 європейських країнах була на рівні 62,3% (діапазон: 16,5–100%), і в першу чергу асоційований з ЧСЧ [49]. Для України ця тема є особливо актуальною: дані щодо резистентності *N. gonorrhoeae* серед ЧСЧ і транс*жінок обмежені, як і загалом у Європейському регіоні ВООЗ поза ЄС [3], а системний моніторинг AMP недостатньо інтегрований у національну систему нагляду [50–52]. Крім *N. gonorrhoeae*, важливо враховувати можливу резистентність у потенційно патогенній флорі, зокрема *Staphylococcus aureus* і респіраторних збудників [53], а також вплив на мікробіом – хоча доксициклін рідко спричиняє антибіотик-асоційовану діарею [54, 55], короткі курси антибіотиків можуть змінювати склад кишкової мікробіоти [56], а у людей, які живуть з ВІЛ, ці зміни можуть бути виразнішими [57]. Тому впровадження Доксі-ПЕП має супроводжуватися інформуванням про переваги та ризики, чіткими показаннями [58, 59], регулярним тестуванням і розширеним моніторингом, який поєднує нагляд за AMP [44, 60], споживанням антибіотиків, динамікою бактеріальних ІПСШ, характеристиками користувачів і джерелами доступу до препарату [61].

Міжнародні настанови та позиційні документи загалом підтримують цільове застосування Доксі-ПЕП серед ЧСЧ і транс*жінок із підвищеним ризиком ІПСШ, однак критерії призначення, видачі та моніторингу різняться між країнами та організаціями [33, 40, 43, 53, 62–65]. Найчастіше Доксі-ПЕП рекомендують або розглядають для людей із нещодавною або повторною ІПСШ, високою сексуальною активністю, груповим сексом, хімсексом або секс-вечірками (**Додаток 1**). Позиція Європейського центру з профілактики та контролю захворювань (ECDC) щодо країн ЄС/Європейської економічної зони (ЄЕЗ) відповідає цій логіці обмеженого застосування: Доксі-ПЕП розглядається як індивідуальний, медично супроводжуваний підхід для людей із високим ризиком ІПСШ, а популяційне впровадження на цьому етапі не підтримується [61]. У межах такого підходу Доксі-ПЕП має бути частиною ширшого маршруту сексуального здоров'я, що включає оцінку ризику, інформоване прийняття рішення, тестування і лікування ІПСШ, вакцинацію, ПрЕП або постконтактну профілактику ВІЛ (ПЕП), контроль побічних ефектів і



періодичний перегляд потреби в препараті [61]. Водночас більшість настанов наголошує на важливості уникати широкого або щоденного використання доксицикліну, зокрема як доконтактної профілактики (Доксі-ПрЕП) [40, 62, 66], інтерес до якої останнім часом значно зріс [67, 68].

В українському контексті потенційне впровадження Доксі-ПЕП потребує окремого аналізу. Доксициклін, як й інші антибіотики, відпускається за рецептом відповідно до нормативів Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) 2022 року [69] і доступний на ринку у вигляді вітчизняних та імпортованих препаратів (від 27 до 210 грн за упаковку). Його застосовують для лікування хламідіозу [70] та як альтернативу при сифілісі [71], однак профілактичне використання як Доксі-ПЕП у національних протоколах не передбачене. Ширший нормативний контекст ІПСШ-нагляду залишається фрагментованим: частина загальнодержавних документів застаріла (1998 рік) [72, 73], а сучасні клінічні настанови зосереджені переважно на діагностиці та лікуванні, не формуючи цілісної рамки для профілактики, скринінгу чи моніторингу АМР [70, 71, 74]. Державний сектор при цьому часто має обмежені лабораторні можливості та спирається на застарілі методи [75].

Стандарт медичної допомоги «ВІЛ-інфекція» 2025 року вперше відкриває часткове нормативне вікно для Доксі-ПЕП: у ньому згадана можливість консультування ЧСЧ із повторними ІПСШ щодо постконтактного прийому доксицикліну в межах супроводу ПрЕП [76]. Проте ця згадка суттєво відрізняється від міжнародних підходів, де Доксі-ПЕП описується з дозуванням, показаннями, моніторингом і застереженнями щодо АМР [77]. Український стандарт не визначає критерії відбору, протипоказань, вимог до моніторингу або моделі клінічного прийняття рішень, а сам Доксі-ПЕП залишається поза офіційними ІПСШ-документами. У результаті медичні працівники можуть інформувати користувачів ПрЕП про такий підхід, не маючи достатньо національної інструкції щодо того, кому, коли і як його пропонувати.

Наявні свідчення вказують, що неформальне використання доксицикліну для профілактики ІПСШ уже може відбуватися в Україні – так само, як в інших країнах Європи [78-80]. Дані з Великої Британії [81], Бельгії [58], Нідерландів [82] та Австралії [83] свідчать, що 9–15% ЧСЧ використовували антибіотики, зокрема доксициклін, для профілактики ІПСШ ще до появи офіційних рекомендацій. Подібну картину підтверджують дані, узагальнені ECDC: в EMIS-2024 серед ЧСЧ у країнах ЄС/ЄЕЗ, які мали секс із непостійними партнерами-чоловіками протягом останніх 12 місяців, 8,4% повідомили про використання антибіотиків для профілактики ІПСШ, причому така практика частіше траплялася серед людей, які живуть з ВІЛ, користувачів ПрЕП і респондентів з більшою кількістю партнерів [61]. У 2024 році 13 із 29 країн-учасниць опитування ECDC щодо національної відповіді на ІПСШ також повідомили про ознаки неформального використання Доксі-ПЕП за даними клініцистів, спільнотних організацій або опитувань [61]. В Україні, за даними Фонду menZDRAV [84], окремі лікарі вже рекомендують доксициклін пацієнтам із повторними епізодами сифілісу і готові розглядати Доксі-ПЕП для людей з високим ризиком за наявності офіційних настанов і доказової бази [85]. Частина представників спільноти може приймати препарат самостійно, без клінічного супроводу, часто не повідомляючи лікаря через страх осуду [84]. Така ситуація свідчить про реальний попит на профілактичні засоби та водночас підкреслює ризик самопризначення за відсутності чітких національних настанов.

Повномасштабна війна додатково ускладнює доступ до профілактики, тестування і лікування ІПСШ, тому потенційне впровадження Доксі-ПЕП слід оцінювати в ширшому сервісному контексті. Переміщення населення, втрата доходів, погіршення психічного стану, обмежена мобільність, зміна лікарів, навантаження на систему охорони здоров'я і зростаюча залежність від неурядових організацій (НУО) та дружніх сервісів впливають на реальне користування послугами у сфері сексуального здоров'я. Для частини ЧСЧ і транс*жінок додатковими бар'єрами є страх пересування містом, контакт з державними установами, мобілізаційний контекст або ризик стигматизуючого ставлення [86]. За цих умов Доксі-ПЕП має розглядатися не лише як клінічно ефективний препарат, а як послуга, що потребує безпечного маршруту доступу, зрозумілої консультації, реалістичного тестування і подальшого супроводу.



Міжнародний досвід показує, що готовність до використання Доксі-ПЕП залежить від локальних умов довіри, стигми й організації послуг [68, 85, 87-90], і тому клінічні дані не можна механічно переносити на український контекст. Для медичних працівників і стейкхолдерів ключовими залишаються питання критеріїв призначення, інтеграції з ПрЕП та іншими послугами, вартості, сталості, моніторингу і нагляду за АМР [85, 91-93]. З огляду на ризики неформального використання, контрольоване впровадження потребує узгодженої взаємодії органів громадського здоров'я, медичних фахівців і спільнотних організацій, які можуть забезпечувати коректну комунікацію, безпечну навігацію, зв'язок з потенційними користувачами та подальший моніторинг впливу цього підходу [61]. Тому впровадження Доксі-ПЕП потребує розуміння не тільки ефективності препарату, а й умов його прийнятності, моделі доступу, сервісних бар'єрів і спроможності системи забезпечити контрольоване використання в конкретному спільнотному та медичному середовищі.

Це дослідження спрямоване на оцінку прийнятності, потенційної здійсненності та умов впровадження Доксі-ПЕП в Україні серед груп, для яких цей підхід може мати найбільше значення. Воно вивчало сприйняття Доксі-ПЕП потенційними користувачами з числа ЧСЧ і транс*жінок, а також позиції медичних працівників, представників НУО, організацій під керівництвом спільнот (ОКС) і національних та регіональних стейкхолдерів. Особливу увагу приділено тому, як учасники розуміють ризик ІПСШ, як оцінюють антибіотикопрофілактику, визначають умови прийнятності Доксі-ПЕП, які моделі доступу вважаються реалістичними і як цей підхід може бути інтегрований у наявні рамки профілактики ВІЛ, сексуального здоров'я та спільнотних послуг в Україні.



2 МЕТА ТА ЗАВДАННЯ

МЕТОЮ ДОСЛІДЖЕННЯ було оцінити прийнятність (*acceptability*) та здійсненність (*feasibility*) впровадження постконтактної профілактики доксицикліном (Доксі-ПЕП) в Україні для подальшого ухвалення рішень щодо можливої інтеграції цього підходу в національні рамки профілактики ВІЛ і пов'язані послуги у сфері сексуального здоров'я. Дослідження спрямоване на формування доказової бази, яка може допомогти державним, неурядовим і спільнотним програмам визначити, чи доцільно пілотувати Доксі-ПЕП, за яких умов він може бути прийнятним для потенційних користувачів і які системні передумови потрібні для його безпечного та контрольованого впровадження.

Для досягнення цієї мети дослідження передбачало **такі завдання:**

- (1) Оцінити прийнятність Доксі-ПЕП серед потенційних користувачів з числа ЧСЧ та транс*жінок, визначивши рівень готовності, мотивацію, бар'єри та чинники, що впливають на сприйняття і намір використовувати препарат.
- (2) Проаналізувати програмні, політичні та системні чинники, що можуть впливати на впровадження Доксі-ПЕП в Україні, включно зі ставленням медичних працівників, управлінців та стейкхолдерів, регуляторними рамками, ресурсними обмеженнями та потенціалом інтеграції у наявні сервіси профілактики ВІЛ/ІПСШ.
- (3) Розробити практичні рекомендації для дорожньої карти впровадження, які окреслять можливі моделі доставки, шляхи мінімізації ризиків та механізми забезпечення ефективності, безпеки і доступності Доксі-ПЕП у реальних умовах системи охорони здоров'я.

Дослідження зосереджувалося на **двох ключових аналітичних питаннях:** які чинники визначають прийнятність і готовність до використання Доксі-ПЕП серед ЧСЧ і транс*жінок в Україні та які системні, політичні й програмні умови впливають на потенційну здійсненність і можливість інтеграції препарату в національні програми профілактики ВІЛ/ІПСШ.

Дослідження не передбачало призначення доксицикліну, пілотного запуску послуги або клінічного спостереження за фактичним використанням препарату. Його фокус – оцінка очікувань, сприйняття, бар'єрів, умов прийнятності та потенційних моделей впровадження на етапі, що передуює програмним або нормативним рішенням.



3 МЕТОДОЛОГІЯ

3.1. Дизайн дослідження

Дослідження мало якісний дизайн і ґрунтувалося на напівструктурованих глибинних інтерв'ю з потенційними користувачами Доксі-ПЕП, надавачами послуг, представниками спільнот і стейкхолдерами, залученими до сфери ВІЛ, ІПСШ, сексуального здоров'я або АМР. Якісний підхід було обрано для того, щоб зрозуміти, як різні групи учасників осмислюють Доксі-ПЕП, які умови роблять його прийнятним або проблематичним і що може впливати на його потенційне впровадження в Україні. Дослідження не включало медичного втручання, видачі препаратів або спостереження за фактичним прийомом Доксі-ПЕП. Висновки щодо прийнятності та здійсненності ґрунтуються на інтерв'ю з учасниками, їхньому попередньому досвіді, професійному баченні, очікуваннях і оцінці можливих моделей використання доксицикліну для профілактики ІПСШ.

3.2. Концептуальна рамка

Оцінка прийнятності (*acceptability*) Доксі-ПЕП спиралася на Теоретичну рамку прийнятності (*Theoretical Framework of Acceptability*) [94, 95] та рамку прийнятності продукту (*Product Acceptability Framework*) [96], адаптовані до профілактичного використання антибіотика для зниження ризику бактеріальних ІПСШ (*Додаток 2*). Прийнятність розумілася як ступінь, до якого потенційні користувачі, надавачі послуг і зацікавлені сторони вважають Доксі-ПЕП доречним, зрозумілим, безпечним, доцільним і сумісним із власним досвідом, професійною роллю або програмним контекстом [97]. Аналіз охоплював характеристики препарату, сприйняття користі та ризиків, ставлення до антибіотиків, здатність дотримуватися післяконтактної схеми, конфіденційність, стигму, соціальні впливи та довіру до різних каналів отримання інформації та препарату.

Оцінка здійсненності (*feasibility*) спиралася на адаптовану [94] Рамку системи охорони здоров'я ВООЗ (*WHO Framework on Health Systems*) [98]. Здійсненність розглядалася як ступінь, до якого Доксі-ПЕП може бути інтегрований у наявні структури охорони здоров'я та спільнотних послуг з урахуванням ресурсних, нормативних, кадрових, логістичних і програмних умов [97]. Аналіз охоплював моделі доставки, інтеграцію з ПрЕП, антиретровірусною терапією (АРТ), тестуванням на ІПСШ та послугами НУО, кадрову спроможність, рецептурний доступ, закупівлю і видачу препарату, моніторинг використання антибіотиків, АМР, звітність і управління даними.

3.3. Географія дослідження

Дослідження проводилося у Києві, Львові та Одесі, а також включало інтерв'ю з учасниками національного рівня. Міста обиралися з урахуванням їхньої епідемічної і програмної значущості для ВІЛ та ІПСШ, наявності мережі послуг для ЧСЧ і транс*жінок та можливості безпечного проведення польового етапу в умовах повномасштабної війни. Крім того, всі три міста функціонують як регіональні хаби для внутрішньо переміщених осіб (ВПО), що дало змогу частково врахувати досвід людей з різних регіонів і типів населених пунктів України.



3.4. Цільова група та вибірка

Дослідження охоплювало шість цільових груп: ЧСЧ і транс*жінки, які відповідали критеріям потенційного призначення Доксі-ПЕП; фахівці НУО, які надають послуги ЧСЧ і транс*жінкам у сфері профілактики ВІЛ та/або ІПСШ; медичні працівники, залучені до профілактики, діагностики або лікування ВІЛ та ІПСШ; активісти і представники ОКС; представники установ і організацій, залучених до національної або регіональної відповіді на ВІЛ, ІПСШ чи АМР.

Загалом було проведено 130 інтерв'ю відповідно до **Таблиці 1**. Критерії включення для ЧСЧ і транс*жінок формувалися з урахуванням міжнародних підходів до визначення груп, для яких Доксі-ПЕП є найбільш релевантним; критеріїв для професійних груп – з урахуванням досвіду роботи у сфері ВІЛ, ІПСШ, профілактики, лікування, спільнотної підтримки, адвокації, програмного управління або політики громадського здоров'я. Детальні критерії включення та виключення наведено у **Таблиці 2**.

Таблиця 1. Вибірка дослідження

№	Цільова група	Київ	Львів	Одеса	Нац. рівень	Усього
1	ЧСЧ, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП	10	10	10	–	30
2	Транс*жінки, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП	12	7	11	–	30
3	Фахівці НУО, які надають послуги ЧСЧ та транс*жінкам у профілактиці ВІЛ/ІПСШ	6	6	6	–	18
4	Медичні працівники, які надають послуги з лікування та профілактики ВІЛ та/або ІПСШ	7	5	6	–	18
5	Активісти та представники ОКС	2	1	2	7	12
6	Представники установ і організацій, залучених до національної або регіональної відповіді на ВІЛ/ІПСШ/АМР	4	4	4	10	22
Усього		41	33	39	17	130



Таблиця 2. Критерії включення та виключення

Група учасників	Критерії включення	Критерії виключення
Усі учасники	Вік 18 років або старше; проживання у Києві, Львові або Одесі щонайменше три місяці (для регіональних учасників); готовність надати усну інформовану згоду; здатність пройти інтерв'ю українською або російською мовами; згода на аудіозапис	Стан алкогольного або наркотичного сп'яніння, що унеможлиблює участь; поточна участь у дослідженнях із ризиком конфлікту інтересів або повторного рекрутингу; належність до дослідницької групи команди або підлеглі стосунки з дослідниками
ЧСЧ, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП	Чоловіча стать при народженні	Медичні протипоказання до доксицикліну (наприклад, алергія на тетрациклін або прийом лікарських засобів, не сумісних із доксицикліном – системні ретиноїди, барбітурати, карбамазепін і фенітоїн) не були підставою для виключення, оскільки дослідження не передбачало призначення препарату.
Транс*жінки, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП	Досвід незахищеного анального або орального сексу з одним або кількома партнерами чоловічої статі при народженні протягом останніх 12 міс.; раніше діагнована ВІЛ-інфекція (незалежно від статусу прийому АРТ та дати діагнозу) АБО негативний тест на ВІЛ протягом останніх трьох місяців із поточним використанням чи наміром розпочати ПрЕП протягом 30 днів після інтерв'ю; наявність принаймні одного додаткового фактора ризику ІПСШ (підтверджений або самозаявлений випадок бактеріальної ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз) протягом останніх 12 міс.; повторне інфікування бактеріальними ІПСШ протягом останніх 12 міс.; ≥10 партнерів-чоловіків протягом останніх 12 міс.; участь у груповому сексі, хімсексі або високоризикованих сексуальних практиках (зокрема надання сексуальних послуг за плату). Самоідентифікація як транс*жінка – особа, стать якої при народженні була визначена як чоловіча, але яка ідентифікує себе як жінку, незалежно від проходження гормональної терапії чи хірургічних втручань.	
Фахівці НУО, які надають послуги ЧСЧ та транс*жінкам у профілактиці ВІЛ/ІПСШ	Співробітники або консультанти НУО, як надають послуги ЧСЧ та/або транс*жінкам у сфері профілактики ВІЛ/ІПСШ (зокрема супровід ПрЕП, тестування, навігація, кейс-менеджмент, психосоціальна підтримка); досвід роботи у відповідних програмах щонайменше один рік; безпосереднє залучення до надання послуг або управління відповідними програмами.	Відсутність практичного досвіду роботи з ЧСЧ або транс*жінками; виключно адміністративні або технічні ролі без залучення до реалізації програм.
Медичні працівники, які надають послуги з лікування та профілактики ВІЛ та/або ІПСШ. Лікарі (інфекціоністи, дерматовенерологи, сімейні лікарі), які працюють у державних, комунальних або приватних закладах, що надають послуги з АРТ, ПрЕП, тестування або лікування ІПСШ; досвід надання послуг з АРТ, ПрЕП, тестування, профілактики або лікування ІПСШ; досвід роботи з ЧСЧ та/або транс*жінками щонайменше один рік; готовність обговорювати профілактику ІПСШ і консультування пацієнтів.		Відсутність досвіду у сфері ВІЛ/ІПСШ або з ЧСЧ/транс*жінками; виключно адміністративні ролі без клінічної практики; перерва в клінічній діяльності понад 12 міс.
Активісти та представники ОКС	Лідери або представники ОКС, які працюють у сфері адвокації прав ЧСЧ та транс*жінок, доступу до медичних послуг, профілактики ВІЛ та ІПСШ; досвід участі в адвокації, підтримці доступу до медичних послуг, профілактиці ВІЛ/ІПСШ або іншій діяльності, пов'язаній зі здоров'ям ЧСЧ та/або транс*жінок щонайменше один рік.	Відсутність залученості до тематики ВІЛ/ІПСШ, здоров'я лесбійок, геїв, бісексуальних та транс*людей (ЛГБТ) або спільнотної підтримки.



Група учасників	Критерії включення	Критерії виключення
Представники установ і організацій, залучених до національної або регіональної відповіді на ВІЛ/ІПСШ/АМР	Представники державних, донорських, міжнародних, академічних, професійних або громадських інституцій, залучені до політики, координації, фінансування, технічної підтримки, досліджень або програм у сфері ВІЛ, ІПСШ чи АМР; займана посада або професійна роль, що передбачає ухвалення рішень або участь у формуванні політики, експертну або консультативну функцію в галузі ВІЛ/ІПСШ/АМР, координацію проєктів чи програм охорони здоров'я, або аналітичну чи дослідницьку діяльність, пов'язану з профілактикою ІПСШ; досвід роботи у відповідній сфері не менше одного року; готовність обговорювати питання нормативного регулювання, фінансування, ризиків АМР, а також бачення перспектив інтеграції Доксі-ПЕП у національні програми профілактики.	Посади або ролі, не пов'язані з політикою або практикою у сфері ВІЛ/ІПСШ/АМР; відсутність управлінських, експертних або аналітичних функцій; конфлікт інтересів, пов'язаний із фармацевтичними компаніями або постачальниками антибіотиків.

3.5. Рекрутинг учасників

Рекрутинг учасників і збір даних здійснювало ТОВ «ІНФО САПІЄНС ІНТЕРНЕТШНЛ» у координації з дослідницькою командою МБФ «Альянс громадського здоров'я». Рекрутинг здійснювався цілеспрямовано (*purposive sampling*), із застосуванням принципу максимальної варіації (*maximal variation sampling*), щоб охопити різний досвід, поведінкові характеристики, регіональний і соціальний контекст учасників. Основними каналами були партнерські НУО, ОКС, дружні до ЛГБТ медичні сервіси, фахівці, які працюють із ПрЕП, АРТ, тестуванням або лікуванням ІПСШ, а також професійні та експертні мережі у сфері ВІЛ, ІПСШ і громадського здоров'я. За потреби застосовувалися рекомендації попередніх учасників або партнерів (*snowball sampling*), але обмежено, щоб зменшити залежність вибірки від окремих соціальних мереж.

Потенційні учасники з числа ЧСЧ та транс*жінок проходили пре-скринінг через партнерські організації або сервіси; після попередньої згоди їхні контакти передавалися дослідницькій команді для уточнення умов участі та погодження часу інтерв'ю. Рекрутинг професійних груп здійснювався через офіційні запрошення, професійні мережі та прямий контакт із релевантними організаціями або установами. Учасникам пояснювали, що інтерв'ю не є оцінюванням їхньої роботи або організації, а висловлені думки будуть анонімізовані.

3.6. Проведення інтерв'ю

Інтерв'ю проводилися індивідуально і дистанційно через Zoom з огляду на безпекову ситуацію, побажання учасників і можливості дослідницької команди. Мову інтерв'ю (українську або російську), зручний час і побажання щодо статі інтерв'юера уточнювали під час рекрутингу. Інтерв'ю проводили вісім інтерв'юерів, які мали досвід якісних досліджень у сфері громадського здоров'я або взаємодії з ключовими спільнотами і пройшли інструктаж щодо етичних процедур, використання гайдів, недискримінаційної комунікації, конфіденційності та дій у разі емоційного дистресу або безпекових ризиків.

Гайди враховували, що частина учасників могла не знати про Доксі-ПЕП або мати лише фрагментарну інформацію, тому інтерв'ю мало поетапну структуру. Спочатку учасників просили описати власний або професійний досвід профілактики ВІЛ та ІПСШ, ставлення до антибіотиків, досвід використання або призначення доксицикліну чи антибіотиків «після сексу». Після цього інтерв'юер надавав коротке стандартизоване пояснення концепції Доксі-ПЕП і пропонував оцінити підхід з урахуванням нової інформації. Основна частина поєднувала відкриті запитання, уточнювальні проби, короткі інформаційні вставки, сценарії та порівняльні запитання. Обговорювалися дозування, часове вікно, ефективність щодо різних



ІПСШ, побічні ефекти, АМР, сумісність з ПрЕП, АРТ або гормональною терапією, вартість, канали доступу, запас препарату, рецептурність, онлайн-консультації, конфіденційність і ризик небажаного розкриття. Наприкінці учасників просили підсумувати ставлення до Доксі-ПЕП, назвати головні переваги, ризики, умови прийнятності, інформаційні потреби та можливу роль різних акторів у майбутньому впровадженні.

Медіанна тривалість інтерв'ю становила 75 хвилин, діапазон – 34–165 хвилин залежно від цільової групи та досвіду учасника. Сукупна тривалість проведених інтерв'ю становила майже 174 години.

3.7. Обробка та аналіз даних

Усі інтерв'ю були транскрибовані мовою проведення, перевірені на відповідність аудіозаписам і очищені від персональних ідентифікаторів або деталей, які могли б розкрити особу учасника, фахівця, заклад або організацію.

Аналіз здійснювався методом тематичного аналізу (*thematic analysis*) і поєднував дедуктивний (*theory-driven*) та індуктивний (*data-driven*) підходи. Дедуктивний компонент спирався на концептуальні рамки; індуктивний дозволяв виявляти теми, пов'язані з локальними сервісними практиками, війною і мобілізаційним контекстом, стигмою, самокерованим використанням антибіотиків, транс*специфічною медичною навігацією та нерівністю доступу до тестування на ІПСШ. На початковому етапі команда провела ознайомче читання частини транскриптів із різних цільових груп і сформувала кодову книгу (*codebook*) з дедуктивними та індуктивними кодами. Кодування здійснювалося у Microsoft Word та Microsoft Excel. Кілька членів команди переглядали 30% транскриптів, а розбіжності в інтерпретації кодів обговорювалися до досягнення спільного розуміння. Після кодування дані групувалися у категорії та теми, аналізувалися на внутрішньогруповому (*within-group analysis*) і міжгруповому (*cross-case comparative analysis*) рівнях та співвідносилися з концептуальними рамками дослідження.

Під час аналізу враховувалося, на якому етапі інтерв'ю було сформульоване висловлювання: до надання стандартизованої інформації про Доксі-ПЕП, після первинного пояснення концепції або після уточнень щодо ефективності, побічних ефектів, сумісності, вартості, рецептурного доступу чи АМР. Це дало змогу розрізняти початкові уявлення учасників, реакції на нову інформацію та підсумкову оцінку прийнятності.

3.8. Етичні аспекти

Дослідження було проведено відповідно до принципів добровільної участі, інформованої згоди, конфіденційності, мінімізації ризиків і недискримінаційної взаємодії. Протокол та інструментарій затверджені Комісією з питань етики МБФ «Альянс громадського здоров'я» до початку збору даних (Київ, Україна, IRB#00012333, FWA#00027488).

Перед інтерв'ю кожному учаснику пояснювали мету дослідження, теми розмови, добровільність участі, право відмовитися від відповіді або припинити участь, умови аудіозапису та заходи захисту конфіденційності. Всі учасники надавали усну інформовану згоду до початку інтерв'ю. Основні ризики – емоційний дискомфорт і можливе порушення конфіденційності – мінімізувалися через проведення інтерв'ю у приватних умовах, право учасника пропустити будь-яке запитання або зупинити розмову, а також готовність інтерв'юера призупинити або завершити інтерв'ю за ознак дистресу (протягом збору даних такої потреби задокументовано не було). З огляду на воєнний стан, у разі повітряної тривоги чи іншої надзвичайної ситуації інтерв'ю призупинялося і продовжувалося після стабілізації або переносилося. Учасники отримували компенсацію за витрачений час у розмірі 940 гривень.



Кожному учаснику було присвоєно унікальний код без персональних даних, який використовувався в транскриптах, аналітичних таблицях і цитатах. Ключ відповідності між контактною інформацією і кодами зберігався окремо від аналітичних файлів. Аудіозаписи, транскрипти, скринінгові форми, польові нотатки та аналітичні матеріали зберігалися в електронному форматі з контрольованим доступом; цитати у звіті анонімізовані, а деталі, що могли ідентифікувати особу, вилучені або узагальнені.

Підписи до цитат містять обмежений набір характеристик, необхідних для інтерпретації висловлювань. Для ЧСЧ і транс*жінок зазначалася цільова група, місто, статус щодо АРТ або ПрЕП, анамнез бактеріальних ІПСШ коли-небудь у житті та вік, наприклад: «ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 33 роки». У таких підписах «цільові ІПСШ» стосуються сифілісу, гонореї або хламідіозу, про які учасник повідомив під час скринінгу. Для професійних груп підписи містять узагальнену інформацію про роль, сферу роботи і стаж релевантного професійного досвіду, поданий інтервально: для медичних фахівців – спеціальність, місто, тип закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) та стаж досвіду; для фахівців НУО – місто, уніфіковану функціональну категорію і стаж досвіду; для представників ОКС – місто або національний рівень, уніфікований функціональний фокус і стаж досвіду; для стейкхолдерів – місто або національний рівень, тип інституції, професійний профіль і стаж досвіду. Точні посади, назви організацій та інші потенційно ідентифікуючі характеристики у підписах не наводилися. Якщо кілька учасників мали однаковий узагальнений підпис, до нього додавали порядковий номер у дужках.

3.9. Методологічні обмеження

Дослідження має кілька методологічних обмежень, які слід враховувати під час інтерпретації результатів. Якісний дизайн і цілеспрямований рекрутинг не передбачають статистичної репрезентативності: метою було не оцінити поширеність певних поглядів або практик серед усіх ЧСЧ, транс*жінок, надавачів послуг чи стейкхолдерів, а проаналізувати різні типи досвіду, сприйняття, очікувань і бар'єрів, пов'язаних із потенційним впровадженням Доксі-ПЕП.

Вибірка потенційних користувачів була свідомо обмежена ЧСЧ і транс*жінками, які вже перебували у маршрутах профілактики або лікування ВІЛ: приймали ПрЕП, отримували АРТ або планували розпочати ПрЕП протягом місяця після інтерв'ю. Такий підхід відповідав логіці потенційного впровадження Доксі-ПЕП, але це означає, що дослідження не охопило людей поза цими маршрутами, чії бар'єри доступу, рівень довіри до сервісів і ставлення до Доксі-ПЕП можуть відрізнятися.

Під час польового етапу доступ до окремих груп у різних містах виявився нерівномірним: у Львові вдалося ідентифікувати лише сім транс*жінок із необхідних десяти. Недобір компенсували за рахунок Києва та Одеси, що дозволило досягти загального обсягу вибірки – 30 інтерв'ю. Аналогічний підхід застосовано до категорії ОКС, де незначний недобір на рівні окремого міста компенсували залученням представника національного рівня.

Частина даних ґрунтується на самозвіті учасників щодо сексуальної поведінки, досвіду ІПСШ, використання ПрЕП, АРТ, антибіотиків або неформальних профілактичних практик. Дослідження не включало призначення препарату, клінічне спостереження або оцінку реальних наслідків використання Доксі-ПЕП, тому результати не дозволяють робити висновків про фактичну ефективність, безпеку, рівень використання або поведінкові зміни після впровадження.

3.10. Період проведення дослідження

Збір даних здійснювався з 10 лютого по 4 квітня 2026 року.



3.11. Подяки

Автори звіту щиро дякують всім учасникам і учасницям дослідження, які поділилися власним досвідом, професійним баченням і міркуваннями щодо потенційного впровадження Доксі-ПЕП в Україні. Їхня відкритість у розмовах про сексуальне здоров'я, доступ до послуг, стигму, профілактику ІПСШ та використання антибіотиків стала основою цього аналізу.

Окрема подяка команді ТОВ «ІНФО САПІЄНС ІНТЕРНЕШНЛ», яка здійснювала рекрутинг учасників і збір даних у координації з дослідницькою командою МБФ «Альянс громадського здоров'я»: Тетяні Яблонівській, менеджерці проєкту; Наталії Луговій, менеджерці польового етапу; інтерв'юеркам Катерині Думанській, Варварі Жуковій, Інні Збанц, Олені Ледовській, Ользі Максименко, Наталії Ніколайчук, Оксані Химович і Наталії Цівінській – за професійне проведення інтерв'ю, дотримання етичних процедур і чутливу комунікацію з учасниками.

Автори також вдячні партнерським організаціям, які сприяли рекрутингу ЧСЧ і транс*жінок у трьох містах дослідження: у Києві – ВБО «Конвіктус Україна», ГО «АЛЬЯНС.ГЛОБАЛ»; у Львові – БФ «Аванте», БО «100 відсотків життя м. Львів», ГО «АЛЬЯНС.ГЛОБАЛ»; в Одесі – БО «100 відсотків життя. Одеса», МГО Молодіжний громадський рух «Партнер», ГО «Асоціація ЛГБТ «ЛІГА».

Дослідження здійснювалося у співпраці з міжнародними радниками, які надавали методологічну та технічну підтримку. Автори висловлюють подяку Jens Lundgren, директору CHIP – Centre of Excellence for Health, Immunity and Infections, за наукове консультування та експертизу з питань антимікробної профілактики і клінічних підходів; Otilia Mårdh, медичній епідеміологині ECDC, за методологічну підтримку та узгодження дослідження з міжнародними підходами до оцінки ІПСШ; Kristina Wallengren, представниці Секретаріату WEEPI Foundation, за координацію партнерських взаємодій і підтримку інтеграції результатів дослідження у портфель WEEPI.

Відповідальність за зміст звіту, інтерпретацію результатів, висновки та рекомендації належить авторам.



4 РЕЗУЛЬТАТИ

4.1. Характеристики учасників

У дослідженні поєднано перспективи потенційних користувачів Доксі-ПЕП, надавачів послуг, ОКС та стейкхолдерів, залучених до політики, програм або експертної роботи у сфері ВІЛ, ІПСШ або АРП. Така конфігурація вибірки дала змогу розглядати Доксі-ПЕП як потенційну профілактичну опцію для людей з підвищеним ризиком бактеріальних ІПСШ і водночас як інтервенцію, що може бути вписана в наявні маршрути ПрЕП, АРТ, діагностики ІПСШ, навігації НУО, клінічного консультування та системного регулювання.

Серед потенційних користувачів було опитано 60 учасників – 30 ЧСЧ і 30 транс*жінок у Києві, Львові та Одесі (*Таблиця 3*). Вибірка ЧСЧ була збалансована за містами; серед транс*жінок більша частка учасниць рекрутована в Києві та Одесі, що відображало доступність рекрутингових каналів, концентрацію релевантних сервісів і складність залучення частини транс*спільнот у різних локальних контекстах. Учасники були переважно молодого та середнього віку: медіанний вік становив 29,5 років, транс*жінки загалом були молодшими за ЧСЧ. Четверть учасників мали досвід переміщення після 24 лютого 2022 року, тому обговорення сексуального здоров'я відбувалося також на тлі зміни місця проживання, переривання звичних медичних маршрутів і пошуку нових дружніх сервісів.

Вибірка потенційних користувачів сформована навколо груп, для яких Доксі-ПЕП може бути клінічно та програмно релевантним. Усі учасники мали досвід лікування або профілактики ВІЛ: частина жила з ВІЛ і отримувала АРТ, половина вже приймала ПрЕП, ще третина планувала розпочати ПрЕП найближчим часом. Це створювало важливий контекст для розмови про Доксі-ПЕП: нова післяконтактна профілактика осмислювалася через уже знайомі практики прийому препаратів, тестування, консультування та взаємодії з ВІЛ-сервісами.

Сексуальний і клінічний профіль учасників підтверджував релевантність вибірки для оцінки прийнятності Доксі-ПЕП. Четверть потенційних користувачів повідомили про підтверджений або самозаявлений випадок бактеріальної ІПСШ протягом останніх 12 місяців, частина – про повторні випадки, переважно гонореї. Майже половина мали десять або більше партнерів-чоловіків за останній рік, понад половина – досвід групового сексу; половина – хімсексу; понад третина – участі у секс-вечірках. Ці характеристики часто накладалися одна на одну і формували повторювані або підвищені ризиковані контексти, у яких післяконтактна профілактика бактеріальних ІПСШ може мати практичне значення.

Профілі ЧСЧ і транс*жінок мали спільні риси, але відображали і різні контексти ризику та доступу до послуг. Обидві групи мали подібний рівень досвіду групового сексу, хімсексу і великої кількості партнерів, тоді як транс*жінки частіше повідомляли про надання сексуальних послуг за плату. Для транс*жінок важливим додатковим фоном були транс*специфічні медичні маршрути: понад половина колись використовувала гормональні препарати для гендерно-афірмативної терапії або фемінізації тіла, третина – проходила медичні процедури з метою корекції тіла. Тому подальший аналіз відповідей транс*жінок потребує врахування не тільки ризику ІПСШ або досвіду ПрЕП/АРТ, а й питань сумісності препаратів, доступу до транс*компетентних лікарів, безпеки медичного маршруту, стигми і довіри до фахівців.



Таблиця 3. Характеристики респондентів із числа ЧСЧ і транс*жінок, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП, n (%)

Характеристики	ЧСЧ (N=30)	Транс*жінки (N=30)	Усього (N=60)
Місто проживання			
Київ	10 (33%)	12 (40%)	22 (37%)
Львів	10 (33%)	7 (23%)	17 (28%)
Одеса	10 (33%)	11 (37%)	21 (35%)
Вік, медіана (IQR); діапазон	31,5 (26,5–35,8); 21–50	27 (24–35); 19–44	29,5 (24–35); 19–50
Досвід переміщення після 24 лютого 2022 року			
Місцеві жителі / не змінювали місце проживання	22 (73%)	23 (77%)	45 (75%)
Внутрішньо переміщені особи / змінили населений пункт проживання	8 (27%)	7 (23%)	15 (25%)
Транс*специфічний медичний досвід			
Коли-небудь використовували гормональні препарати для гендерно-афірмативної терапії / фемінізації тіла	–	17 (57%)	–
Коли-небудь проходили медичні процедури з метою корекції тіла	–	10 (33%)	–
Досвід лікування або профілактики ВІЛ			
Живуть з ВІЛ (мають діагностовану ВІЛ-інфекцію)	7 (23%)	3 (10%)	10 (17%)
Робили тест на ВІЛ протягом останніх 3 міс. і приймають ПрЕП на момент проведення дослідження	13 (43%)	17 (57%)	30 (50%)
Робили тест на ВІЛ протягом останніх 3 міс. і планують почати прийом ПрЕП у найближчі 30 днів	10 (33%)	10 (33%)	20 (33%)
Рік діагностування ВІЛ-інфекції серед учасників, які живуть з ВІЛ			
2021 рік або раніше	5 (17%)	3 (10%)	8 (13%)
2022 рік або пізніше	2 (7%)	–	2 (3%)
Рік початку прийому ПрЕП серед поточних користувачів			
2021 рік або раніше	1 (3%)	–	1 (2%)
2022 рік або пізніше	12 (40%)	17 (57%)	29 (48%)
Коли-небудь у житті мали діагностовану бактеріальну ІПСШ: сифіліс, гонорею, хламідіоз			
Сифіліс коли-небудь у житті	8 (27%)	2 (7%)	10 (17%)
Гонорея коли-небудь у житті	9 (30%)	2 (7%)	11 (18%)
Хламідіоз коли-небудь у житті	1 (3%)	3 (10%)	4 (7%)
Мали діагностовану бактеріальну ІПСШ (сифіліс, хламідіоз, гонорею) протягом останніх 12 міс.			
Сифіліс протягом останніх 12 міс.	5 (17%)	1 (3%)	6 (10%)
Гонорея протягом останніх 12 міс.	5 (17%)	2 (7%)	7 (12%)
Хламідіоз протягом останніх 12 міс.	1 (3%)	2 (7%)	3 (5%)



Характеристики	ЧСЧ (N=30)	Транс*жінки (N=30)	Усього (N=60)
Додаткові критерії ризику ІПСШ/сексуальної поведінки			
Мали підтверджений або самозаявлений випадок бактеріальної ІПСШ (сифіліс, хламідіоз, гонорею) протягом останніх 12 міс.	10 (33%)	5 (17%)	15 (25%)
Мали повторний випадок бактеріальної ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз) протягом останніх 12 міс.	3 (10%)	1 (3%)	4 (7%)
Мали ≥ 10 партнерів-чоловіків протягом останніх 12 міс.	14 (47%)	14 (47%)	28 (47%)
Мали досвід групового сексу з чоловіками протягом останніх 12 міс.	16 (53%)	16 (53%)	32 (53%)
Мали досвід хімсексу протягом останніх 12 міс.	15 (50%)	15 (50%)	30 (50%)
Надавали сексуальні послуги за плату протягом останніх 12 міс.	3 (10%)	11 (37%)	14 (23%)
Брали участь у секс-вечірках з чоловіками протягом останніх 12 міс.	15 (50%)	8 (27%)	23 (38%)
Кількість унікальних партнерів-чоловіків за останні 12 міс., медіана (IQR); діапазон	8 (5–10); 1–100	10,5 (10–24); 10–200	8 (4–10); 1–200
Кількість епізодів групового сексу з чоловіками за останні 12 міс., медіана (IQR); діапазон	2,5 (2–4); 1–20	3 (2–3); 1–10	3 (2–4); 1–20
Кількість епізодів хімсексу за останні 12 міс., медіана (IQR); діапазон	3 (1–8); 1–20	3 (2–7); 1–100	3 (1–9); 1–100
Кількість епізодів надання сексуальних послуг за останні 12 міс., медіана (IQR); діапазон	30; 1–150	5 (2–45); 1–200	7,5 (1–48); 1–200
Кількість секс-вечірок з чоловіками, у яких учасники брали участь за останні 12 міс., медіана (IQR); діапазон	3 (2–4); 1–7	3 (2–4); 1–5	3 (2–4); 1–7

Для показників частоти наведено медіану, міжквартильний розмах (IQR) та діапазон серед учасників, які повідомили відповідний досвід протягом останніх 12 міс. Категорії ризику ІПСШ/сексуальної поведінки не є взаємовиключними.

До вибірки надавачів послуг, ОКС і стейкхолдерів увійшли 70 респондентів: 18 фахівців НУО, 18 медичних фахівців, 12 представників ОКС і 22 стейкхолдери (Таблиця 4). Вибірка охоплювала локальний рівень Києва, Львова та Одеси, де потенційно відбуватиметься доступ до Доксі-ПЕП, і національний рівень, де формуються політики, стандарти, програми та експертні позиції.

Фахівці НУО переважно представляли безпосередню роботу з клієнтами (Таблиця 5) – соціальні працівники, кейс-менеджери, консультанти «рівний–рівному», медичні або соціальні консультанти, координатори і керівники локальних підрозділів. Ця група була важливою для аналізу Доксі-ПЕП з позиції першого сервісного контакту: саме сюди клієнт може звернутися після ризикованого сексу, потребуючи швидкої навігації або підтримки через уже знайомий НУО-маршрут. Медичні фахівці – інфекціоністи, дерматовенерологи і сімейні лікарі, переважно з державних або комунальних закладів – представляли клінічну частину потенційного маршруту. Більшість були залучені до АРТ або ПрЕП, тестування на ВІЛ чи ІПСШ, поведінкового або психо-соціального консультування; обсяг досвіду роботи з ЧСЧ і транс*жінками варіювався від кількох пацієнтів на місяць до кількох сотень, що дало змогу поєднати спеціалізований і більш індивідуалізований клінічний досвід. Представники ОКС, чия діяльність охоплювала профілактику ВІЛ/ІПСШ, доступ до послуг, підтримку здоров'я ЛГБТ-спільнот, психосоціальну підтримку та комунікаційні кампанії, додавали до аналізу виміри довіри, конфіденційності, ризику маркування і транс*специфічної безпеки. Стейкхолдери – представники державних, міжнародних, академічних, професійних і громадських інституцій, залучені до формування політики, управління програмами, моніторингу та оцінювання у сфері ВІЛ, ІПСШ або АМР – створювали основу для аналізу Доксі-ПЕП з погляду нормативної, програмної, фінансової та системної здійсненності.



Таблиця 4. Загальні характеристики респондентів із числа надавачів послуг і стейкхолдерів, n (%)

Характеристики	Фахівці НУО (N=18)	Медичні фахівці (N=18)	Представники ОКС (N=12)	Стейкхолдери (N=22)
Регіон роботи				
Київ	6	7	2	4
Львів	6	5	1	4
Одеса	6	6	2	4
Національний рівень	–	–	7	10
Гендер				
Чоловіки, включно з транс*чоловіками	10	3	10	5
Жінки, включно з транс*жінками	8	15	2	17
Вік, медіана (IQR); діапазон	38,5 (34–52); 21–59	47 (45–55); 26–66	40 (33–46); 26–54	46,5 (37–50); 25–59
Релевантний досвід роботи, роки, медіана (IQR); діапазон	8,5 (5–9); 1–20	18,5 (15–22); 2–40	6 (5–20); 2–27	15,5 (3–20); 1–32
Фокус роботи зі спільнотами				
Тільки ЧСЧ	1	3	–	–
Тільки транс*жінки	2	–	–	–
ЧСЧ і транс*жінки	15	15	12	–

Релевантний досвід роботи / залучення визначався відповідно до ролі групи: для фахівців НУО та медичних фахівців – як досвід роботи у сфері профілактики, діагностики або лікування ВІЛ/ІПСШ; для представників ОКС – як досвід роботи у сфері громадського здоров'я, профілактики ВІЛ/ІПСШ або захисту прав ЧСЧ і транс*жінок; для стейкхолдерів – як досвід діяльності у сфері ВІЛ, ІПСШ або АМР.



Таблиця 5. Специфічні характеристики респондентів за професійними групами, n (%)

Група учасників	Характеристика	Категорія	n (%)
Фахівці НУО (N=18)	Поточні функції в НУО	Безпосередня робота з клієнтами: навігація, кейс-менеджмент, консультування, тестування, супровід на ПрЕП/АРТ, психосоціальна підтримка тощо	16 (89%)
		Управління або координація проєктів, які охоплюють ЧСЧ та/або транс*жінок	5 (28%)
	Види послуг, до яких залучені фахівці НУО	Супровід на ПрЕП: ініціація, підтримка прихильності, навігація	13 (72%)
		Супровід на АРТ: ініціація, підтримка прихильності, навігація	12 (67%)
		Тестування на ВІЛ, включно із самотестуванням	15 (83%)
		Тестування, скерування або супровід лікування ІПСШ	15 (83%)
		Психосоціальна підтримка	11 (61%)
		Надання профілактичних матеріалів: презервативів, лубрикантів тощо	14 (78%)
		Юридична / правозахисна підтримка	3 (17%)
Медичні фахівці (N=18)	Медична спеціалізація	Інфекціоніст	11 (61%)
		Дерматовенеролог	4 (22%)
		Сімейний лікар	3 (17%)
	Тип медичного закладу	Державний / комунальний	14 (78%)
		Приватний	4 (22%)
	Поточні клінічні функції	Надання АРТ / консультування пацієнтів, які живуть з ВІЛ, та/або надання ПрЕП	16 (89%)
		Тестування на ВІЛ або ІПСШ	16 (89%)
		Лікування ІПСШ	6 (33%)
		Психосоціальне або поведінкове консультування	12 (67%)
Представники ОКС (N=12)	Напрями діяльності ОКС	Адвокація прав ЧСЧ / транс*жінок	2 (17%)
		Доступ до медичних та профілактичних послуг	7 (58%)
		Профілактика ВІЛ/ІПСШ	8 (67%)
		Підтримка здоров'я ЛГБТ-спільнот	7 (58%)
		Психосоціальна підтримка / групи взаємодопомоги	7 (58%)
		Інформування, просвітництво, комунікаційні кампанії	6 (50%)
Стейкхолдери (N=22)	Тип інституції	Державна	14 (64%)
		Міжнародна / міжурядова	2 (9%)
		Академічна / професійна	2 (9%)
		Громадська / благодійна	4 (18%)
	Професійний профіль стейкхолдерів	Програмний / управлінський: координація, політика, фінансування	15 (68%)
		Аналітичний / дослідницький: моніторинг, оцінювання, аналітика	7 (32%)
	Основні функції в інституції	Ухвалення рішень або участь у формуванні політики	12 (55%)
		Експертна або консультативна діяльність у сфері ВІЛ, ІПСШ або АМР	14 (64%)
		Координація або управління програмами / проєктами	12 (55%)
		Аналітична / дослідницька діяльність	12 (55%)

Відсотки розраховано від кількості учасників відповідної групи. Для характеристик, де можна було обрати кілька варіантів відповіді, категорії не є взаємовиключними, тому сума відсотків може перевищувати 100%.



У сукупності вибірка поєднала людей із безпосереднім досвідом ризику ІПСШ, фахівців, які підтримують клієнтів у ВІЛ- та ІПСШ-сервісах, медиків, здатних оцінювати клінічні межі Доксі-ПЕП, ОКС, що працюють із спільнотою довірою та легітимністю, і стейкхолдерів, які бачать системні умови впровадження. Такий склад відповідає аналітичним питанням дослідження про прийнятність і здійсненність Доксі-ПЕП як інтервенції на перетині користувацького досвіду, клінічної практики і системної спроможності.

4.2. Перспективи потенційних користувачів щодо Доксі-ПЕП

4.2.1. Практики сексуального здоров'я та доступ до послуг

ЧСЧ і транс*жінки осмислювали потенційне використання Доксі-ПЕП через уже наявний досвід турботи про сексуальне здоров'я, у якому профілактика ВІЛ була значно впізнаванішою та структурованішою, ніж профілактика бактеріальних ІПСШ. Частина учасників мала сформовані практики самозахисту: використання презервативів, ПрЕП, регулярне тестування або самотестування на ВІЛ, консультації з лікарем або соціальним працівником, лабораторні обстеження та власні правила реагування після ризикованих контактів. Для інших профілактика залишалася ситуативною і активізувалася тоді, коли виникав конкретний привід – новий або малознайомий партнер, секс без презерватива, симптоми, підозра на ІПСШ, вечірка, хімсекс або період вищої сексуальної активності. Доксі-ПЕП, таким чином, входить у середовище, де біомедична профілактика ВІЛ уже є знайомою, але сталість користування, обсяг знань і доступ до ІПСШ-діагностики суттєво відрізняються між людьми.

Серед частини ЧСЧ профілактика сприймалася як спосіб підтримувати контроль над власним сексуальним життям – знати свій статус, мати контакт із соціальним працівником або дружнім лікарем, розуміти, куди звертатися після ризику, і не чекати появи симптомів. Такі учасники говорили про ПрЕП, презервативи, планове тестування, вакцинацію проти гепатитів А та В або вірусу папіломи людини, загальні чекапи, лабораторні обстеження і тестування разом з партнером. Водночас така організована поведінка не була універсальною: частина ЧСЧ тестувалася тоді, коли «згадалося», коли хтось із друзів йшов за компанію, коли було зручно зайти до НУО або коли з'являвся конкретний привід для занепокоєння.



«На ВІЛ тестуюсь, мені здається, десь кожні місяці три, може два. Буває більш ситуативно, коли якийсь дуже активний період і я розумію, що треба піти і перевіритися. Якщо в мене нічого не відбувається, то я розумію, що мені не треба йти. Бувають періоди, коли в мене місяців два немає ніяких контактів»

ЧСЧ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 31 рік

Для транс*жінок сексуальне здоров'я частіше було пов'язане з ширшою медичною і соціальною навігацією. Респондентки говорили про гормональну терапію, пошук ендокринолога, психіатра, сімейного лікаря, зміну або втрату лікаря, самопризначення гормонів, консультації через знайомих або НУО. Частина мала стабільних і перевірених фахівців, тоді як інші описували маршрут як «квест», у якому потрібно знайти лікаря, який не осуджуватиме, не ставитиме зайвих запитань і не трактуватиме трансгендерність як проблему. Тестування на ІПСШ, ПрЕП або майбутній доступ до Доксі-ПЕП для транс*жінок тому неможливо відокремити від довіри до лікаря, сумісності з гормональною терапією, страху дискримінації та здатності сервісу працювати з транс*специфічним контекстом.



«Після переїзду з Херсона шукали ендокринолога у першу чергу, тому що мова йшла про гормональну терапію, яка вже успішна. Психотерапевта, психолога. Сімейного лікаря прям так складно було знайти нормального, який буде толерантний і який зможе дати направлення туди, куди його просять. Звісно, зараз я вже знайшла фахівців через дружню рекомендацію, але все одно це схоже на лотерею»

*Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 23 роки*



«Мені порекомендували звернутися в громадську організацію. Трошки стало краще, тому що мене одразу скерували до нормального лікаря. До цього це був реально квест, були онлайн-консультації, абсолютно дурнуваті, де людина, яка веде цю консультацію, зовсім не в темі. І до цього було, не можна, мабуть, такого робити, але це було виключно самопризначення препаратів. Десь це працювало, десь це мало трохи негарні наслідки для здоров'я»

*Транс*жінка, Одеса, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 22 роки*

ПрЕП у відповідях ЧСЧ і транс*жінок поставав і як препарат, і як спосіб контролювати ризики. Для одних ця профілактика стала щоденною звичкою, підтриманою будильником, таблетницею, нагадуванням лікаря або регулярним візитом за препаратом. Для інших прийнятнішою була схема «за потреби», коли прийом прив'язувався до очікуваного сексуального контакту і не вимагав постійної щоденної рутини. Окремі учасники описували ін'єкційний ПрЕП як зручний формат саме тому, що він усував необхідність щодня думати про таблетки. У всіх цих варіантах ПрЕП створював відчуття контролю над ВІЛ-ризиком, але не завжди переводив увагу на бактеріальні ІПСШ – більшість респондентів не пригадували, щоб під час візитів до лікаря системно обговорювалися ІПСШ або профілактичні заходи щодо них.



«ПрЕП використовую з січня. Через це, звісно, трохи знизилася потреба у презервативах. Є багато ризиків, крім ВІЛ, але з ПрЕП трохи менше використовую презерватив. Мабуть, це не дуже добре»

*Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 23 роки*



*«І: Коли Ви отримуєте ПрЕП, чи говорить з Вами лікар про ІПСШ, про можливі профілактичні засоби?
Р: На рахунок цього – ні, бо це програмою не передбачено, наскільки я зрозумів»*

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, сифіліс і гонорея, 36 років

Люди, які живуть з ВІЛ, часто описували АРТ як частину буденного життя: щоденний прийом таблеток, планові візити, контроль вірусного навантаження, отримання препарату через СНІД-центр, НУО або доставку. За роки прийому вона перетворилася на рутину, яку частина респондентів майже не проблематизувала, – і ця рутинна так само не завжди включала розмову про бактеріальні ІПСШ. Стабільний ВІЛ-маршрут, таким чином, не гарантує інтегрованого маршруту сексуального здоров'я, якщо контакт із системою зосереджений переважно на лікуванні або ПрЕП.

Ризик ІПСШ респонденти рідко оцінювали лише через кількість партнерів, частіше описуючи його через конкретні ситуації, де слабшає контроль над безпекою контакту. Серед них новий або малознайомий партнер, груповий секс, секс-вечірка, секс без презерватива, зокрема оральний, контакт під впливом алкоголю або психоактивних речовин, неповна довіра до партнера або порушення домовленостей про захист. У частині інтерв'ю ризик пов'язувався з сексом за винагороду, який деякі ЧСЧ та транс*жінки описували як спосіб виживання або додаткового заробітку в умовах війни, втрати роботи або обмежених фінансових ресурсів. У таких історіях ризик ІПСШ виникав через нерівність у переговорній позиції: клієнт може наполягати на сексі без презерватива, пропонувати більше грошей або порушувати домовленості, а людина погоджується через фінансову потребу. ІПСШ-ризик у відповідях, таким чином, частіше поставав як характеристика окремих сценаріїв, а не людини загалом.



«Зараз під час війни багато людей, особливо військові... ІПСШ завжди багато. Особливо зараз. Часто змінюються партнери. Я ж не знаю, з ким мій партнер тусив до цього. Тому ризик, звісно, високий»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, сифіліс, 41 рік



«Мені здається, що найбільший чинник – це речовини. Тому що десь не можеш сказати «ні», і інколи воно може стати дещо безконтрольним»

ЧСЧ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 31 рік



Воєнний контекст був частиною того, як респонденти могли або не могли підтримувати сексуальне здоров'я. Для ЧСЧ, особливо в Одесі, мобілізаційний контроль і страх територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки (ТЦК) прямо впливали на пересування, роботу, соціальне життя і готовність їхати до сервісу, лікаря або лабораторії. Деякі чоловіки більше працювали з дому, менше виходили на вулицю, відкладали тестування або обирали маршрути, які здавалися менш ризикованими. Для транс*жінок воєнний контекст часто був ще складнішим, бо страх мобілізації перетинався з чоловічим гендерним маркером у документах, незавершеним юридичним переходом, ризиком місгендерінгу і потребою пояснювати себе в медичних або адміністративних ситуаціях. За таких умов доступ до тестування, ПрЕП, АРТ, гормонів і лікування ІПСШ залежав не тільки від наявності послуги, а й від фізичної безпеки маршруту та ймовірності отримати допомогу без стигми.



«Коли війна повномасштабна почалася, шукав нового лікаря. Щоб було ближче ходити на тестування, отримувати АРТ, щоб не їздити далеко. І зараз все просто. Я знайшов чудового лікаря. Може надіслати поштою. Якщо треба – подзвонив, тобі привезли або на таксі, або поштою»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, сифіліс, 41 рік



«Шукаю все на онлайн-платформах, бо в офлайн режимі трошки важкувато. Багато лікарів не готові чути про трансгендерність, і я від цього відчуваю дискомфорт. І більше часу вдома знаходишся зараз, проблеми із ТЦК можуть бути, тому на даний момент навіть мобілізація більше впливає. Проблематично дуже дібратися до лікаря. Якщо на таксі, це досить дорого»

*Транс*жінка, Київ, на ПрЕП, гонорея, 29 років*

Дружні сервіси, НУО, ОКС і «сарафанне радіо» відігравали ключову роль у формуванні маршрутів доступу до послуг. Респонденти часто потрапляли на тестування, ПрЕП, дружнього лікаря або транс*компетентного фахівця через друзів, партнерів, соціальних працівників, спільнотні заходи або чати. Такий спосіб доступу був особливо важливим на тлі того, що офіційна медицина нерідко сприймалася як непередбачувана, стигматизуюча або недостатньо компетентна. Для частини ЧСЧ достатньо було знати конкретну організацію або соціального працівника. Для транс*жінок важливим був не просто «дружній» сервіс, а його перевіреність саме щодо транс*досвіду – чи лікар розуміє суть гормональної терапії, можливі відмінності між документами і зовнішністю, важливість коректних займенників і небезпеку розкриття.



«Не знаю, як з лікуванням, тому що якщо людина на лікуванні, то вона вимушена їздити туди (ред. – у державну лікарню). А якщо це профілактика... Якщо там буде погано, я, мабуть, буду думати або пропуску. Мені не хочеться зайвий раз стикатися з тим, що знову якісь погані лікарі і все решта, знову буду нервувати»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 33 роки



*У Львові є організація, яка надає безкоштовні тестування саме людям з ЛГБТ-спільноти, транс*людям. Там все завжди проходить дуже комфортно, дуже спокійно. В мене майже немає досвіду тестування поза цим, тобто я не знаю, чи можна в звичайних клініках це зробити»*

*Транс*жінка, Львів, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 27 років (1)*

Регулярний скринінг найчастіше стосувався ВІЛ, сифілісу і гепатитів – інфекцій, переважно інтегрованих в швидкі тести, НУО-сервіси, ПрЕП-маршрути або АРТ-супровід. Частина ЧСЧ і транс*жінок тестувалася кожні два–три місяці – особливо коли тестування було умовою отримання ПрЕП, безкоштовною послугою в НУО або соціально підтриманою практикою, де регулярність забезпечували нагадування лікаря, візит за препаратом або тестування «за компанію» з друзями чи партнером. Навіть учасники, які живуть з ВІЛ, позитивно реагували на пропозицію пройти експрес-тестування, оскільки це слугувало нагодою для зустрічі та контакту з соціальним працівником.



«Десь раз у три місяці тестуюся. У мене є хлопці знайомі, вони ходять, ми за компанію ходимо якось. Мені пропонують – я з ними, а я йду – вони теж»

ЧСЧ, Одеса, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 50 років



«Про тестування соціальні працівники нагадують. У кожного є якісь свої індикатори. Ну, і зрозуміла справа, доводиться за контрацепцією приходити. У них постійно щось відбувається: то опитування різні, то гуманітарка»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, сифіліс, 41 рік



«Це все почалося у 2016 році, коли я дізнався про свій статус, через декілька місяців мені призначили АРТ. Але тестування проходжу раз в три місяці, у мене соціальний працівник живе поруч. Здаю ось ці експрес-тести і на ВІЛ, він такий: «А давай зробимо». Буває навіть показує, що негативний. Роблю заради приколу. І все-таки ходжу поспілкуватися зі знайомим і дізнатися, що нового в їхньому світі»

ЧСЧ, Львів, на АРТ, гонорея, 32 роки

Тестування на бактеріальні ІПСШ, за винятком сифілісу, було менш рівномірним. Гонорея, хламідіоз та інші інфекції частіше потребували окремого маршруту – мазка, венозної крові, платного аналізу або звернення до приватної лабораторії. Частина респондентів проходила такий скринінг раз на півроку або раз на рік, але він залишався переважно прив'язаним до симптомів, конкретного ризикованого контакту або направлення від лікаря. Регулярність тестування на ВІЛ чи сифіліс, таким чином, не означала систематичного скринінгу тих бактеріальних ІПСШ, щодо яких Доксі-ПЕП має профілактичне значення, – і це є значною прогалиною, яку дані фіксують як контекст для оцінки потенційного використання Доксі-ПЕП.



«Мазок здаю раз у півроку або раз на рік, залежить від того, чи є можливість. Раніше я не займався сильно своїм здоров'ям і багато в чому нехтував. У мене був негативний досвід у стосунках, я перехворів трихомоніазом. Після того почав розуміти, що немає кому довіряти, тому зайвий раз перевіряю, щоб було все окей»

ЧСЧ, Львів, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 29 років



«У разі контакту, в якому я був не впевнений, я десь через тижнів 3–4 робив тест на сифіліс. Тут є складність: сифіліс я лікував у 2005 році, тому звичайні швидкі тести мені не дадуть результату. Вони все одно покажуть наявність антитіл. Тому мені потрібно проходити повноцінний забір крові з вени, а це складніше і дорожче. Це тормоз у цьому питанні»

ЧСЧ, Одеса, на АРТ, сифіліс і гонорея, 49 років

Бар'єри ширшої ІПСШ-діагностики стосувалися ціни, логістики, стигми: вартість аналізів, відсутність безкоштовного тестування на повний спектр бактеріальних інфекцій, необхідність їздити до лабораторії, черги, страх ТЦК і потреба в очній консультації робили тестування менш доступним. Для транс*жінок до цього додавалася потреба знайти місце без ризику некоректного ставлення або необхідності пояснювати гендерну ідентичність; частина учасниць тому віддавала перевагу швидким тестам на ВІЛ або самотестуванню, хоча ці формати не закривали потребу в лабораторній діагностиці гонореї та хламідіозу.



«Я був у шкірвені на [назва вулиці], хотів здати аналізи. У коридор виходить жінка років шістдесяти, і каже: «Хто в мене тут з сифілісом? Заходьте». Як так можна працювати? І так стрес, захворювання, і тут ще така огласка»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 33 роки



«Я не тестувалася... Навіть не через страх результату. Коли ти займаєшся сексом без презерватива, очевидно, розумієш, що є ризики. Для мене більше психологічний тиск з боку лікарів і ставлення як до непотребу заважали ходити в будь-які медичні заклади»

Транс*жінка, Одеса, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 22 роки



«Діагнозу не було, були якісь легкі підозри. Не було особливо часу звернутися по допомогу, а через короткий період все почало проходити. Було самолікування, є ChatGPT, є інтернет. Я знаю, що це далеко не найкраща опція, але якби воно все затягнулося чи було погіршення, я б точно була у лікаря»

*Транс*жінка, Львів, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 37 років*

Лікування ІПСШ респонденти оцінювали через медичну ефективність, час, вартість та якість контакту із системою. Учасники з досвідом сифілісу або гонореї визнавали потребу в антибіотиках, але маршрут лікування не завжди був простим. Державний або спеціалізований заклад підходив за наявності знайомого лікаря і мінімуму осуду, а приватні клініки обирали через швидкість і комфорт, хоча вони були дорогими і не завжди гарантували якість. Окремі учасники описували самолікування або напівкероване лікування, коли лабораторне підтвердження або онлайн-консультація поєднувалися з порадами знайомих чи самостійним прийомом препарату. Такі практики виникали переважно не через недовіру до медицини як такої, а як відповідь на логістичні бар'єри, ризик мобілізації, стигму, вартість або попередній негативний досвід контакту з системою.



«Я тоді вперше захворів на гонорею, прийшов у шкірвен на [назва вулиці], і там ставлення було доволі неприємним. «Блін, ти прийшов тоді, коли в мене зміна закінчується, краще б ти не приходив. Що мені з тобою робити?». І я такий сиджу, 19-річний, не розумію, що мені робити. Лікарка почала розказувати, що можна лікуватися по протоколу, а можна не по протоколу, тобто я можу сам піти в аптеку, купити цефтріаксон, я вона мені вколе. А вдома я буду пити те, що вона мені випише. І така сама ситуація на [назва вулиці]: мене кидали від одного лікаря до іншого, і кожному треба було заново пояснювати, яка в мене проблема»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, гонорея, 21 рік



«Саме лікування сифілісу, вибачте, але це совденія. Здається, 18 днів, тобто уколи кожного дня. Медицина вже такий прогрес має, а тут майже три тижні уколи кожного дня, два рази на день, це дуже напружно. Це потребує дуже багато часу, а якщо ти працюєш, то треба підлаштовуватися під роботу. Я лікувався в державній клініці – і їх там не цікавить, чи ти працюєш, чи не працюєш – «Ти хворий, йди і лікуйся, тобі це треба». У приватній клініці більше під тебе підлаштовуються, бо ти їм за це гроші платиш. Хоча в державній клініці це також не дешево: антибіотики, уколи, постійні аналізи крові. І все настільки корумповано! Це так бісило! Бо щоб швидше здати кров, адже тобі на роботу, треба було медсестрі в карманчик запхати 200 гривень»

ЧСЧ, Львів, планує ПрЕП, сифіліс, 28 років



«Я антибіотики зараз приймаю, бо місяць тому в мене виявили сифіліс. Але я приймаю їх самостійно, не звертався до лікарів, хоча мене й направляли... Боюся.... Там два уколи, вони дуже сильні. Ретарпен. У мене є знайомі, які так лікувалися, буквально двома уколами, і потім у них нічого не виявляли. У мене зараз була тільки одна доза, треба ще другу вколоти... але він такий болючий, що я не знаю, як витримаю другий раз. Якщо вже це не допоможе, то здам аналізи і піду в приватну клініку. Але щоб лікуватися в приватній клініці, лягати в стаціонар... у мене немає таких коштів»

ЧСЧ, Львів, планує ПрЕП, сифіліс, 26 років



«Це було після групової зустрічі, десь десять людей, і всі були під препаратами, один я нічого не вживав. Коли вже все пройшло, ближче до вечора ми прокинулися, і один хлопець каже: «Ти знаєш, людина, з якою ми займалися сексом, хворіє?» У мене одразу впала планка, я викликав таксі, поїхав у диспансер. А там мені пояснили, що венеричні захворювання мають так званий період вікна, тобто, наприклад, гонорея не так швидко проявляється. Не знаю, підхопив я щось чи ні, але довго чекати мені не хотілося, тому я сказав лікарю: «Давайте почнемо лікування, якщо там щось є, щоб знизити ризик». Почали медикаментозне лікування, а потім, коли минуло два тижні, з'явилися перші симптоми»

ЧСЧ, Одеса, планує ПрЕП, сифіліс і гонорея, 39 років



«У мене гонорея була, два рази за рік. Коли почало текти, я пішла в лабораторію, зробила тести і звернулася на онлайн-платформу [назва платформи] до лікаря. Це почалося десь після двох тижнів, бо тоді я мала достатньо активні контакти... Було так, що без мого дозволу заходили в мене без презерватива. У лабораторії зробила мазок, підтвердилася гонорея, почала лікуватися. Колола сама себе, просто отримала інформацію від знайомих, як пролікуватися. З лікарем консультировалася дистанційно, бо через транспорт і ТЦК проблематично було доїхати»

*Транс*жінка, Київ, на ПрЕП, гонорея, 29 років*

Ставлення до антибіотиків було неоднорідним і важливим для розуміння контексту, у який входить Доксі-ПЕП. Частина респондентів приймала антибіотики лише за призначенням лікаря і прямо говорила, що профілактичне використання викликає більше сумнівів, ніж лікування підтвердженої інфекції. Інші мали досвід самопризначення через знайомих фармацевтів або власний попередній досвід. Побічні ефекти – шлунковий дискомфорт, діарея, нудота, вплив на мікрофлору – не завжди ставали підставою для відмови від антибіотиків, але формували обережність. Для частини транс*жінок ці занепокоєння поєднувалися з питаннями сумісності з гормональною терапією, антидепресантами, ПрЕП, АРТ або іншими препаратами. Доксі-ПЕП, таким чином, входить у вже наявне уявлення про антибіотики, побічні ефекти і довіру до медичного пояснення, і ці уявлення є частиною того, як респонденти оцінюватимуть нову профілактичну схему.



«Звісно, краще з лікарем порадитися, але лікарі іноді такого напишуть... У мене знайома в аптеці працює, і якщо я не можу до лікаря піти, я її можу порозпитувати. Але я взагалі антибіотиками не захоплююся. З ними краще не гратися, вони на печінку впливають дуже сильно. Та якщо вже треба, то треба. Якщо простий бронхіт без ускладнень, то я ще подумаю, а якщо якісь інфекції статевих шляхів, то, звісно, антибіотик приймаю»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, сифіліс, 41 рік



«Необхідно мінімізувати вживання антибіотиків. Це дурість – пити антибіотики, коли температура 37, наприклад. Але якщо є нагальна потреба, то, звісно, я позитивно ставлюся до цього, тому що це ліки. Якщо це контрольовано і їх призначає лікар, у цьому є сенс. Але якщо людина сама їх собі призначає, то це, на мій погляд, неприпустимо»

*Транс*жінка, Одеса, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 22 роки*

У відповідях проступала стійка різниця між ВІЛ як загрозою, яку багато хто вже навчився контролювати, і бактеріальними ІПСШ як більш розмитим ризиком. ПрЕП, швидкі тести, АРТ і регулярний ВІЛ-моніторинг створювали відносно зрозумілу логіку щодо ВІЛ, тоді як сифіліс, гонорея і хламідіоз для частини учасників залишалися менш структурованими. Їх можна було боятися, але не тестуватися регулярно; вважати виліковними, але не знати про безсимптомний перебіг; пов'язувати із симптомами, але не звертатися до лікаря. Саме ця нерівність між зрозумілим ВІЛ-маршрутом і слабшим ІПСШ-маршрутом є тим фоном, на якому формуватиметься сприйняття Доксі-ПЕП, і вона ж показує, що потенційне використання препарату не може бути відокремлене від тестування, консультивання і розмежування профілактики та лікування.

Отже, контекст потенційного впровадження Доксі-ПЕП серед ЧСЧ і транс*жінок визначається не лише рівнем сексуального ризику, а тим, як люди вже організовують турботу про своє сексуальне здоров'я у повсякденному житті: через сталі маршрути або ситуативно, через дружні сервіси або самостійно, з довірою до системи або з досвідом стигми. Ця різноманітність вихідних позицій означає, що сприйняття Доксі-ПЕП залежатиме від того, наскільки він вписується в уже наявні практики і наскільки маршрут доступу до нього буде зрозумілим, безпечним і медично поясненим.



4.2.2. Обізнаність, перші реакції та розуміння

Розмови про Доксі-ПЕП у межах інтерв'ю рідко починалися з цілком сформованого знання про підхід. Частина респондентів уперше чула саму назву під час дослідження, але швидко намагалася зрозуміти її через уже знайомі категорії: ПрЕП, ПЕП для ВІЛ, антибіотики, лікування ІПСШ, профілактику після ризикованого контакту або власний досвід прийому доксицикліну. Інші вже мали фрагментарне знання з розмов у спільноті, контактів із НУО, консультацій з лікарями або із соціальних мереж. Відповідно, обізнаність про Доксі-ПЕП була нерівною, але сама ідея медикаментозної дії після ризикованого контакту не була для більшості респондентів зовсім чужою.

У відповідях проступали три різні рівні знайомства з підходом. Частина учасників не знала ні назви, ні схеми, але після короткого пояснення розуміла загальний принцип: після сексуального контакту, який сприймається як ризикований, можна прийняти препарат, щоб зменшити ймовірність бактеріальних ІПСШ. Інша частина чула про доксициклін як «антибіотик після сексу» або як профілактику ІПСШ, але не мала впевненості щодо дози, часу прийому, частоти або меж застосування. Окремі респонденти вже мали практичний або напівпрактичний досвід: хтось отримував інформацію в дружньому сервісі, хтось мав препарат удома, хтось приймав його після окремих контактів. Такі відповіді показують, що Доксі-ПЕП уже частково присутній в сервісних і спільнотних середовищах до появи єдиного національного алгоритму.



«Я чув про доксициклін від друзів, плюс лікарі щось обговорювали між собою. У мене знайомий провізор сам собі призначив його. Коли я запитав – для чого, він сказав: «Суго для перестраховки». Моя лікарка говорила, що він у Європі популярний, але незрозумілий протокол. Я запам'ятав, що в деяких країнах його вже ввели, а деякі обережні з ним через резистентність, коли препарат може стати неефективним»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 33 роки



«Один друг у мене приймав його на постійній основі. Він мені й розповів. А я просто один раз, для профілактики. Це було в мене превентивне лікування сифілісу»

ЧСЧ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 31 рік



«Мені про цей антибіотик розповідав консультант, у якого я тестуюсь в організації. Він сказав, що тепер є така таблетка, що якщо в тебе є сумніви після статевого акту, ти не впевнений, що з людиною все ок, що вона не хвора, ти можеш прийняти цей антибіотик і він зменшить ризик захворіти»

ЧСЧ, Львів, планує ПрЕП, сифіліс, 28 років



«Мені розповів лікар з клініки [назва клініки], коли я проходила там обстеження. Я дізналася, що така штука є, окремо проконсультувалася, суго для себе. Прийшла додому, подивилася в інтернеті, що це поки що перспективна штука, але ще не рекомендована, тому я від неї відмовилася»

*Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 44 роки*



«Мені його порадили в [назва НУО]. Я приходила наступного дня після сексу і пила дві таблетки. І потім ще раз приходила»

*Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, хламідіоз, 26 років*



Джерело інформації частково впливало на те, наскільки Доксі-ПЕП здавався надійним. Респонденти могли почути про нього від друзів, партнерів, соціальних працівників, лікарів або побачити в соціальних мережах, однак не всі джерела мали однакову вагу. Інформація від знайомого соціального працівника або дружнього лікаря сприймалася інакше, ніж розповіді знайомих або чутки. Для частини учасників саме походження інформації було умовою первинної довіри: новий профілактичний підхід ставав серйознішим, якщо про нього говорив фахівець або сервіс, з яким уже був безпечний досвід.



«Звісно, у мене є доксициклін. Коли в мене якісь сумнівні зв'язки трапляються, приймаю дві пігулки. Не знаю, чи правильно це, бо інформації дуже мало. Мені знайомий сказав про доксициклін, я почав читати в інтернеті. Хтось його в Німеччині приймає, він популярний. Запитав у лікаря, він каже: «Ну, можна його випити, але не знаю, чи допомагає він. Виходить, що краще прийняти». Тому приймаю його після сексу»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, сифіліс, 41 рік



«Про доксициклін я дізналася від соціального працівника, коли тестувалася, більше року тому. Дві пігулки після контакту протягом 72-х годин. У спільноті теж так роблять, я від них чую, але вирішила уточнити у лікаря, щоб дійсно це була достовірна інформація. Лікарка сказала, що можна для профілактики, але рекомендувати вона не може і рецепт виписати теж. Тобто на свій розсуд. Інколи, коли не було пігулок в наявності, треба було в аптеку бігти. Не завжди можна без рецепта купити, але в більшості аптек продають все одно»

*Транс*жінка, Київ, на ПрЕП, гонорея, 29 років*

Попередній досвід доксицикліну не завжди означав коректне розуміння Доксі-ПЕП. Для частини учасників доксициклін був знайомим антибіотиком, який вони раніше приймали при акне, запаленнях або респіраторних станах; для інших – асоціювався з ІПСШ або неформальним використанням після ризикованого контакту. В таких випадках знайомство з препаратом могло підвищувати рівень довіри, оскільки йшлося не про щось нове чи експериментальне. Водночас це могло створювати хибне відчуття простоти: якщо людина вже знає назву антибіотика або має його вдома, межа між доказовою післяконтактною профілактикою і самостійним прийомом «про всяк випадок» стає менш очевидною.



«Колись мене кліщ укусив і мені запропонували для профілактики пропити доксициклін. Я пару днів приймав, і все, бо тільки одну пластинку купив. Порадила знайома, вона котами-собаками займається, щось у цьому розуміє, сказала, що можна приймати»

ЧСЧ, Одеса, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 50 років

«Тішить, що це не є якийсь експериментальний препарат, учора виведений. Відомий, перевірений, сертифікований. Якщо він має таку дію і так можна робити, то це прекрасно»

*Транс*жінка, Львів, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 37 років*

ПрЕП був найпомітнішою рамкою, через яку ЧСЧ і транс*жінки осмислювали Доксі-ПЕП. Люди, які вже приймали ПрЕП щодня, за схемою 2-1-1 або мали досвід ін'єкційного формату, швидше розуміли саму ідею медикаментозного зниження сексуального ризику. Для них Доксі-ПЕП виглядав як споріднений, але інший інструмент: не для ВІЛ, не до контакту і не на постійній основі, а після ситуації, яка могла призвести до бактеріальної ІПСШ. Знайомство з ПрЕП, однак, не гарантувало правильного розуміння: у частині відповідей виникали питання, чи можна приймати Доксі-ПЕП перед сексом для кращого захисту, чи потрібен він після кожного незахищеного контакту і як його поєднувати з наявною ВІЛ-профілактикою.



«Як сталося з ВІЛ? Не було в моєму житті ПрЕП, я захворів на ВІЛ, і потім уже через декілька років з'явився ПрЕП. Мені здається, цей препарат може бути аналогічним. Якщо я почну приймати його зараз, то матиму хоч якийсь шанс убезпечити себе від таких хвороб»

ЧСЧ, Львів, на АРТ, гонорея, 32 роки



ПЕП для ВІЛ також допомагав частині респондентів зрозуміти післяконтактну логіку. Ідея обмеженого часового вікна після ризикованого сексу була інтуїтивно зрозумілою тим, хто знав про ПЕП для ВІЛ або про екстрені профілактичні рішення, як-от таблетки від небажаної вагітності. Водночас аналогія мала межі: ПЕП для ВІЛ здебільшого уявлявся як реакція на надзвичайну ситуацію, тоді як Доксі-ПЕП у відповідях респондентів стосувався повторюваних подій – секс-вечірок, групового сексу, секс-роботи або кількох контактів за короткий проміжок часу. Через це післяконтактна логіка була зрозумілою, але одразу породжувала питання про частоту і межі безпечного використання.



«Якщо це працює як ПЕП, що ти після сексу прийняв цю таблетку і можеш бути впевнений, що нічим не заразишся, або якщо інфекція в тебе все-таки була і таблетка її вбила, то це круто»

ЧСЧ, Львів, на АРТ, гонорея, 32 роки



«Я чомусь це уявляю так, як мені розказували мої подруги, які приймають протизаплідні. Для мене це дуже схожа концепція: приймати після»

*Транс*жінка, Львів, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 27 років (2)*

Перші реакції на ідею Доксі-ПЕП здебільшого були відкритими, але швидко переходили у практичні запитання. Респонденти рідко відкидали підхід одразу, частіше намагаючись з'ясувати, для яких ситуацій він потрібний і наскільки безпечно його використовувати. Зацікавлення особливо швидко з'являлося, коли учасники уявляли контакт без презерватива з малознайомим партнером, хімсекс, груповий секс або секс-вечірки, тобто контакти, після яких залишається внутрішній сумнів. У таких відповідях Доксі-ПЕП сприймався як потенційно корисна дія після події, яку вже неможливо «переграти». Разом із тим зацікавленість майже одразу супроводжувалася питаннями про доказовість, безпечність, дозу, часові межі, частоту прийому і сумісність з іншими препаратами, особливо серед транс*жінок.

Базове розуміння Доксі-ПЕП у багатьох респондентів зводилося до формули «антибіотик після ризикованого сексу». Учасники швидко вловлювали ідею препарату для зниження ризику бактеріальних ІПСШ і пояснювали його дію інтуїтивно: «зупинити інфекцію на початку» або «не дати бактеріям розвинутися». Водночас таке розуміння не завжди включало межі ефективності, різницю між сифілісом, хламідіозом і гонореєю, потребу в тестуванні, ризик АМР або відмінність між профілактикою і лікуванням. Навіть ті, хто вже мав досвід прийому доксицикліну після сексу, найчастіше ставили одне й те саме практичне питання: як часто можна повторювати прийом.



«А скільки його можна приймати як профілактику? І як часто? Ось ти випив дві таблетки, і скільки вони діють? Це ж не те, що ти ПрЕП н'єш одну і вона там діє. А якщо в людини постійні сексуальні контакти? Чи можна приймати його кожного дня? Про це інформації взагалі немає»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, сифіліс, 41 рік

Рекомендована дозі і часове вікно сприймалися через довіру до джерела пояснення. Частина респондентів вважала схему 200 мг упродовж 24–72 годин логічною, але не могла самостійно оцінити її обґрунтованість, і готовність прийняти схему залежала від того, чи підтвердить її лікар. Інтервал до 72-х годин здавався одним учасникам практичним, оскільки залишає час на реакцію після контакту; іншим переконливішою була ідея прийняти препарат якомога швидше. Такі відповіді показують, що навіть відносно проста схема потребує пояснення – від якого моменту рахувати час і як діяти, якщо контакт був тривалим, повторним або не повністю запам'ятований.



«Я не розуміюся в дозах, але якщо така потрібна, щоб це було ефективно, значить, це нормально. Якби це сказав лікар і було прописано в інструкції, я був би впевнений. Якби мені сказали це знайомі, то я б не сприйняв цю інформацію, тому що вони не спеціалісти»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, сифіліс, 35 років



«Тривалість звучить доволі приємно, тому що досить часто люди замислюються про все вже після того, як сталося... Тобто вже після контакту думають, наскільки він був безпечний. Тому для мене такий підхід є доволі прийнятним»

*Транс*жінка, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 35 років (2)*

Отже, обізнаність про Доксі-ПЕП серед ЧСЧ і транс*жінок уже формується, проте залишається фрагментарною. Одна частина потенційних користувачів дізналася про підхід уперше під час інтерв'ю, інша чула про нього через лікарів, НУО або спільноту, решта вже мали досвід прийому доксицикліну після сексу або знали про таку практику в близькому колі. Ключовим для більшості було не просто дізнатися про існування підходу, а зрозуміти його межі: коли він до- речний, як часто його можна використовувати, чим він відрізняється від лікування і як поєдну- ється з іншими препаратами.

4.2.3. Сприйняті переваги та мотивація

Користь Доксі-ПЕП респонденти найчастіше уявляли через ситуації, де сексуальний ризик уже відбувався і людина потребує зрозумілого алгоритму дій. У відповідях ЧСЧ і транс*жінок препарат не поставав як універсальний засіб для будь-якого сексуального досвіду – його сенс був найбільш очевидним після контакту без презерватива, сексу з новим або малознайомим партнером, групового сексу, секс-вечірки, хімсексу, контакту під впливом психоактивних речовин, секс-послуг або ситуації, де партнер порушив домовленість про захист. У таких ситуаціях Доксі-ПЕП сприймався як спосіб повернути частину контролю після події, яку вже неможливо змінити.

Післяконтактна логіка була однією із головних причин інтересу до Доксі-ПЕП. Частина респондентів описувала ситуації, де презерватива не було під рукою або не було бажання його використовувати, партнер наполіг на сексі без презерватива, контакт відбувався спонтанно або домовленість змінилася під час сексу. В таких відповідях Доксі-ПЕП мав значення саме тому, що він не вимагав ідеального контролю до сексу, а пропонував дію в момент, коли ризик уже став фактичним.



«Інколи може бути якийсь незапланований зв'язок і в тебе немає можливості заїхати додому. Але потім, після, коли ти повернувся додому, ти маєш випити це. Звісно, мені здається, що те, що ти п'єш «після», зручніше, ніж пити «до»

ЧСЧ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 31 рік



«У тебе, скажімо, стався випадковий секс, або навіть ти цю людину знаєш, але у вас був незахищений секс. Ще варіант – ти був настільки п'яний або під наркотиками, що не пам'ятаєш, був він захищений чи незахищений. А можливо, був агресивний секс, або ще щось. Для мене випити пігулку – це щоб і морально стало легше»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, жодних цільових ІПСШ, 30 років

Для респондентів із випадковими контактами, сексом за винагороду або нерівною переговорною позицією, особливо з числа транс*жінок, важливою перевагою була автономність після ризику. В таких ситуаціях безпека не завжди залежить лише від бажання самої людини: партнер або клієнт може відмовлятися від презерватива, знімати його, залучати інших людей до контакту або порушувати попередні домовленості. Доксі-ПЕП у цих відповідях виглядав як інструмент, де рішення і дія після контакту залишаються за самою людиною, незалежно від обставин самого контакту.



«На мою думку, ця профілактика має бути, але не в таких випадках, коли, скажімо, «я поїхав, погуляв і мені треба профілактика». А коли щось сталося, якась біда: порвався презерватив, були практики стелсінгу, коли людина не знала, що партнер зняв презерватив без її згоди. Або коли щось підмішували в коктейль і ти нічого не пам'ятаєш, і це можна вважати згвалтуванням»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, хламідіоз, 29 років



«Презерватив не завжди захищає. Але якщо ми кажемо про незахищений секс, без презерватива, то ніхто ж не питає в тебе довідку перед тим, як займатися сексом. Тому ризик заразитися дуже високий. Особливо якщо це незнайома людина і випадковий секс. Отож захист – це твоя відповідальність. Ти не можеш звинувачувати когось, якщо заразився, бо саме ти не подумав про це. Це дуже логічно приймати щось для захисту»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, жодних цільових ІПСШ, 30 років



«У мене є статеві партнери, з якими я не використовую презерватив. Їм не подобається з презервативом, не ті відчуття. Вони мене вмовляють, переконують. І якщо я зроблю тестування і виявиться, що у мене якась інфекція, я одразу попрощаюсь з цим партнером і пошукаю іншого»

Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, хламідіоз, 26 років



«Мені подобається, що це ніяк не включає партнера, з яким у тебе секс. Це ти можеш робити самостійно, після контакту, це тільки твоя відповідальність. Інша людина в це не залучена. Бо, як у випадку з презервативом, там вже не потрібне бажання обох сторін»

Транс*жінка, Львів, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 27 років (1)

Для частини учасників Доксі-ПЕП був привабливим як доповнення до вже знайомої біомедичної профілактики. Користувачі ПрЕП усвідомлювали, що ВІЛ-ризик можна контролювати медикаментозно, але ПрЕП не захищає від сифілісу, гонореї та хламідіозу. Саме тому Доксі-ПЕП сприймався як інструмент, який закриває іншу частину сексуального ризику. Для людей на АРТ логіка була подібною, але виходила з іншої позиції: наявна ВІЛ-інфекція уже контролюється лікуванням, проте це не усуває ризику бактеріальних ІПСШ. Спільним для обох груп було відчуття нерівності між ВІЛ-маршрутом – із регулярними візитами, тестуванням і контактом з НУО – і слабшим ІПСШ-маршрутом, де бактеріальні інфекції частіше асоціювалися з платними аналізами, симптомами або пошуком дружнього фахівця вже після виявлення проблеми. Доксі-ПЕП приваблював як можливість не залишатися бездіяльним між ризиковим контактом і можливим лікуванням.



«Як для мене зараз, то це виглядає дуже позитивно, тому що... ПрЕП – це проти ВІЛ, а від іншого ти себе не убезпечуєш, окрім як презервативом. І цього інколи теж може бути недостатньо. Тому дуже хотілося б мати таку можливість, про всяк випадок, після статевого контакту, особливо якщо це було щось дуже інтенсивне або велика кількість партнерів»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 31 рік

Попередній досвід ІПСШ посилював відчуття практичної цінності Доксі-ПЕП. Респонденти, які мали досвід сифілісу, гонореї, хламідіозу, часто добре пам'ятали не лише саму інфекцію, а весь маршрут довкола неї: симптоми, страх, лабораторію, очікування результатів, ін'єкції, витрати і розмови з лікарями. Для таких учасників Доксі-ПЕП був привабливим не лише через потенційне зниження ризику інфікування, а й через можливість уникнути повторення складного, дорогого або стигматизуючого лікувального маршруту.



«У мене був сифіліс. Сифіліс – це, звісно, проблема. Через місяць він вискочив чи не вискочив, а потім його лікувати, мільйон тих уколів... Як згадаю... просто пекло. Зрозуміло, це чудово, що є така профілактика сифілісу»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, сифіліс, 41 рік



«Мені здається, головна перевага Доксі-ПЕП у тому, що ти дуже багато коштів економиш на лікуванні. Купити препарат за 200 гривень і прийняти дві таблетки одразу – це набагато дешевше, ніж місяцями ходити по лікарнях»

*Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, хламідіоз, 26 років*

Психологічна цінність Доксі-ПЕП була окремою від його клінічної користі. Частина респондентів описувала стан після сумнівного або неконтрольованого контакту як період тривоги, прокручування ситуації та невизначеності щодо того, чи потрібно звертатися до лікаря. У таких відповідях препарат мав значення як можливість не залишатися пасивним після ризикованого контакту – зробити крок у межах певного часового вікна замість того, щоб чекати і хвилюватися. Ця мотивація була особливо виразною серед учасників, схильних довго аналізувати сексуальний контакт після його завершення.



«Інколи ти себе накручуєш в думках, якщо була, наприклад, велика кількість партнерів. Потім зациклюєшся: можливо, все-таки щось було і щось підхопив. А так просто випиваєш таблетку, і вже спокійніше відчуваєшся, краще спиш, а потім все одно тестуєшся, щоб ще краще спати»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 31 рік



«Я був би спокійніший, бо я така трохи тривожна людина. Після задоволення все одно є якісь нюанси, думаєш, що міг чимось заразитися. Мені було б спокійніше, якби я прийняв цей препарат і знав, що зробив усе необхідне. А там, якщо потрапив у той відсоток неуспіху і заразився чимось... Ну, лох»

ЧСЧ, Львів, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 29 років



«У мене тривожність загалом підвищена, тому якщо сильно щось турбує, одразу намагаюся цю тривогу прибрати. Йду перевірятися, але я знаю, що одразу після сексу перевірятися сенсу немає, нічого не покаже. А ось прийняти якийсь препарат, типу доксицикліну, вже непогано»

*Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, хламідіоз, 26 років*

Ситуативний формат Доксі-ПЕП також підвищував його привабливість для людей, які не хотіли додавати ще одну щоденну схему до вже наявного медикаментозного навантаження. Це було особливо помітно серед людей із нерегулярною сексуальною активністю, користувачів ПрЕП «за потреби» і транс*жінок, чие медикаментозне навантаження уже могло включати гормони, ПрЕП, АРТ, антидепресанти. У таких випадках Доксі-ПЕП сприймався прийнятним саме як дія для конкретної ситуації, а не як новий постійний режим.



«Перевага Доксі-ПЕП – це простота використання, тобто немає потреби пити його кожен день або якимось курсом. Якщо є ризик – випив, і все»

ЧСЧ, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 36 років



«У мене можуть бути сексуальні контакти декілька разів на місяць або, залежно від ситуації, більше чи менше. Мені простіше випити ці таблетки, ніж кожного дня пити, як ПрЕП»

*Транс*жінка, Одеса, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 22 роки*



«На гормональній терапії рідко буває сексуальне бажання і лібідо. Так, є люди, для яких це стиль життя, але, наскільки я знаю, більшість моїх знайомих займаються сексом або з постійним партнером, або взагалі не так часто. Скажу про себе, що до гормональної терапії я набагато більше займалася сексом»

*Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, хламідіоз, 26 років*



Доксі-ПЕП також сприймався як більш реалістичний для сексуального життя, яке не завжди відбувається за планом. У відповідях ЧСЧ презервативи залишалися важливим і зрозумілим способом захисту, але багато учасників визнавали, що в реальному житті вони використовуються непослідовно. У відповідях транс*жінок ця логіка доповнювалася ситуаціями, де ризик пов'язаний з клієнтами, партнерською нерівністю або порушенням домовленостей. Респонденти розрізняли зручність Доксі-ПЕП і роль інших профілактичних засобів: презервативи описувалися як більш звичний спосіб захисту, що не передбачає медикаментозного втручання в організм, тоді як Доксі-ПЕП оцінювався як корисний саме для ситуацій, де поведінковий контроль виявився недостатнім або неможливим. Позитивне ставлення до препарату не означало готовність відмовитися від презерватива, і частіше респонденти бачили його як резервну стратегію, що може зменшити наслідки вже допущеного ризику, а не як заміну попередньої профілактиці.



«Презерватив не всі люблять, і я зокрема. Я ними користуюся частіше, ніж деякі, які їх ігнорують, але все-таки Доксі-ПЕП, мені здається, був би зручнішим. У плані комфорту мені було б краще так, ніж презерватив. Хоча не виключаю, що презерватив теж буде використовуватися»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 33 роки



«Зрозуміло, що презерватив набагато безпечніше. Пігулка – це профілактика, а є ж купа інших захворювань. Гепатити, різні грибкові хвороби. Презервативи все-таки ніхто не відміняв. Але пігулки, звичайно, зручно. Презерватив – це таке: то його немає, то він порвався, то не натягнеш. А пігулку випив після сексу – і все»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, сифіліс, 41 рік



«Оральний секс не кожен ЧСЧ робить з презервативом. Якщо є якась інфекція у роті, її не одразу побачиш. Так що презервативи – це дуже добре, але Доксі-ПЕП було б зручніше»

ЧСЧ, Одеса, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 50 років



«Дуже часто гей-секс пов'язаний із вживанням певних речовин. І через це можна дуже легко відійти від того, що ти використовуєш презерватив. З досвіду знаю, цього дуже багато насправді. Не тільки в мене, а й у тих, з ким ми спілкувалися. Тому в цьому плані навіть краще тоді не презерватив, а Доксі»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 31 рік



«Презерватив – добре, він захищає, але це не дуже зручно. Не ті емоції. Тому якщо є щось таке, що знизить ризик заразитися, то може бути. І ти ж не завжди знаєш, які захворювання є у партнера. Він тобі каже одне, а по факту може бути зовсім інше»

*Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 34 роки (2)*

Отже, мотивація до використання Доксі-ПЕП серед ЧСЧ і транс*жінок формувалася навколо потреби мати керовану дію після ситуації невизначеності. Для одних головним було зменшення ризику ІПСШ після конкретного контакту, для інших – зниження тривоги, простота розового прийому, можливість уникнути складного лікувального маршруту або більша автономність там, де умови контакту не перебували під власним контролем. Спільним для більшості було прагнення мати додатковий інструмент у сексуальному житті, яке не завжди піддається повному попередньому плануванню.



4.2.4. Занепокоєння, обмеження та умови прийнятності

Занепокоєння щодо Доксі-ПЕП серед ЧСЧ і транс*жінок виникали переважно не через саму ідею після-контактної профілактики, а через те, що вона пов'язана з антибіотиком. Респонденти могли швидко зрозуміти користь препарату після ризикованого сексуального контакту, але ставилися обережніше до профілактичного прийому антибіотика без ознак інфекції. У відповідях звучала настороженість щодо «лікування наперед» і страх нашкодити організму, водночас більшість проводила чітку межу між лікуванням за призначенням лікаря і профілактичним або частим використанням без достатнього пояснення. Саме ця межа формувала умовну прийнятність Доксі-ПЕП: препарат міг бути доречним, якщо його використання має чіткі показання, обмежену частоту і медично зрозумілу логіку.

АМР була найбільш виразним змістовним занепокоєнням, хоча респонденти по-різному розуміли і зважували цей ризик. Частина учасників майже не замислювалася над резистентністю або сприймала її як віддалену проблему, що не обов'язково стосується разового прийому. Інші розглядали АМР як одну із головних меж допустимого використання і описували її – не завжди клінічно точно, але зрозуміло – як «звикання» бактерій, зниження ефективності антибіотика або ризик того, що препарат не допоможе у майбутньому. Для більш обізнаних респондентів АМР була не причиною автоматично відмовитися від Доксі-ПЕП, а межею допустимого використання. Прийнятним виглядало епізодичне застосування у ситуаціях із достатньо зрозумілим ризиком, а не регулярний прийом після будь-якого сексуального контакту.



«Я читав різну інформацію про те, що часте вживання антибіотиків може призвести до звикання. Я не знаю, наскільки це правда, але якщо часто вживати один і той же антибіотик, можна звикнути, і він потім не буде працювати»

ЧСЧ, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 50 років



«Все залежить від того, як часто практикувати незахищений секс. Якщо це відбувається кілька разів на тиждень і кожного разу після цього приймати Доксі-ПЕП, то виходить, що ти приймаєш антибіотики практично на постійній основі. Тоді воно мені вже не дуже підходить. А якщо це раз на місяць-два, тоді, в принципі, окей, з цим мені комфортніше»

ЧСЧ, Львів, планує ПрЕП, гонорея, 22 роки



«Резистентність звучить доволі серйозно, але якщо цей препарат потрібно буде приймати лише після незахищених контактів, то особисто для мене це не настільки регулярно і не є настільки часто, щоб сильно переживати»

*Транс*жінка, Львів, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 37 років*

Для багатьох респондентів важливою межею прийнятності було розмежування Доксі-ПЕП як медично поясненої профілактичної схеми і самостійного прийому антибіотика «про всяк випадок». У відповідях неодноразово звучала думка, що антибіотики має призначати або принаймні пояснювати лікар, а не знайомі, фармацевти або інтернет. Водночас межа між поясненою профілактикою і самокерованим використанням уже частково розмита: в інтерв'ю згадувалися знайомі, які приймали антибіотик «для перестраховки», власний запас препарату вдома або поради від фармацевтів без повної впевненості у схемі. Такі практики нерідко виникали не через принципову відмову від медичних послуг, а в умовах, де швидко потрапити до лікаря було складно. Саме цей досвід показував, що майбутня прийнятність Доксі-ПЕП залежатиме від того, чи буде він впроваджений як керований профілактичний підхід, здатний упорядкувати вже наявні неформальні практики.



«У плані антибіотиків я за, але проти безконтрольного вживання... Я чув, що якщо себе цим пічкати постійно, то потім, коли тобі справді буде потрібен той же ряд препаратів, він може виявитися неефективним. Я міг би якось схитрити, знаю навіть сайти, які рецептурні препарати привозять, але я не хочу. Це все-таки не парацетамол. До антибіотиків треба з розумом підходити»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 33 роки



«Це антибіотик все-таки, антибіотикорезистентність ніхто не відміняв. Я хочу, що цей підхід був, але тільки коли це обґрунтовано і виправдано. Коли лікар зробить скринінг, поспілкується з тобою, зрозуміє ситуацію і скаже: «Добре, ми можемо це зробити, але май на увазі, це може бути одноразова акція, або, умовно, дві. Не звикайте до цього, регулярно тестуйтеся, бо через резистентність антибіотик потім може не спрацювати»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, хламідіоз, 29 років

Окремий пласт занепокоєнь стосувався впливу антибіотика на організм. Частина респондентів говорила не тільки про конкретні побічні ефекти, як про загальне відчуття медикаментозного навантаження: вплив на мікрофлору, шлунок, кишківник, печінку або імунну систему. Для людей із гастритом, діареєю після антибіотиків або складним попереднім лікуванням Доксі-ПЕП оцінювався як втручання, яке може мати наслідки навіть після разового прийому. В таких відповідях питання безпечності виходило за межі стандартного переліку побічних реакцій: респондентам важливо було зрозуміти, як препарат переноситься, що є очікуваною реакцією, як зменшити дискомфорт і коли повторне використання може бути небажаним.



«У мене синдром Стівенса-Джонсона – це індивідуальна алергічна реакція на препарат, будь-який. Я можу прийняти анальгін чи парацетамол, і все буде ок, а може бути дуже жаклива алергічна реакція, бо я астматик і в мене багато на що алергія. Був випадок, коли після антибіотиків у мене була сильна кропив'янка, проблеми з шлунково-кишковим трактом і виразки на язичку та слизових»

ЧСЧ, Львів, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 29 років

Попередній негативний досвід антибіотикотерапії міг суттєво змінювати ставлення до Доксі-ПЕП. Для частини учасників антибіотики асоціювалися з тривалим порушенням роботи шлунково-кишкового тракту, дією, додатковими ліками або страхом повернення до попереднього стану. В таких випадках зацікавленість у Доксі-ПЕП не зникла повністю, але ставала більш вибірковою: респондент міг бути готовий прийняти препарат після справді високого ризику, але не хотів використовувати його часто або після кожного тривожного контакту. Ці відповіді показують, що прийнятність препарату формується не лише через знання про ефективність, а й через тілесний досвід попереднього лікування.



«Я ніколи не мав проблеми з кишківником, але на фоні стресу і гонореї лікувався антибіотиками, доксицикліном і тетрацикліном, де за два тижні вбив повністю свій ШКТ. Тепер лікуюся – маю синдром подразненого кишківника. У мене зараз великий тригер на антибіотики, бо мікрофлора порушена, і це не один місяць дієти. Я розумію, що тим самим доксицикліном можна знову повернутися до того стану. В мене був діарейний синдром, який тривав півроку, і це була антибіотична діарея, яка повністю збила моторику кишківника»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, гонорея, 29 років

Сумісність Доксі-ПЕП з іншими препаратами була однією з центральних умов довіри, особливо для транс*жінок і респондентів із хронічними станами або регулярним медикаментозним лікуванням. Питання про поєднання доксицикліну з ПрЕП, АРТ, гормональною терапією, антидепресантами або препаратами для серця, нирок і печінки були практичними: Доксі-ПЕП не мав порушити вже вибудований баланс між препаратами, станом здоров'я і щоденною рутинною. Інтуїтивно респонденти розуміли, що ПрЕП, АРТ, гормональні препарати і доксициклін належать до різних фармакологічних груп, тому серйозних взаємодій, мабуть, немає, але більшість усе ж хотіла підтвердження від лікаря або поставити індивідуальні запитання.



«Про сумісність може розказати спеціаліст громадської організації, якщо в нього є медична освіта. Лікар-інфекціоніст – точно, тут без варіантів. Є інші ресурси, типу тупих чатів GPT, але не будемо заглиблюватися. Є більш авторитетні джерела, які можуть перевірити, наскільки препарати ПрЕП сумісні з антибіотиками. Я чув від лікаря, що різні групи препаратів частіше за все можна поєднувати, але вони мають прийматися хоча б з розривом у дві години»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 33 роки



Для транс*жінок занепокоєння щодо сумісності мало ширший зміст, ніж фармакологічна взаємодія. Гормональна терапія, антидепресанти, ПрЕП, АРТ або інші препарати були частиною тривалого контролю над тілом, переходом, психічним станом і сексуальним здоров'ям, тому Доксі-ПЕП оцінювався як ще один препарат, який має бути вписаний у вже складну медичну конфігурацію. Питання про печінку, нирки, гормональний фон або загальне самопочуття відображали досвід життя, де медичні рішення рідко бувають ізольованими. Прийнятність для транс*жінок через це залежала від того, що людина отримає не універсальну інструкцію, а відповідь, релевантну її конкретному медикаментозному і гендерному контексту.



«Я п'ю гормональну терапію і постійно переживаю за навантаження на нирки. Тому завжди на лікаря покладаюся, сама не обираю і ніколи сама не лікуюся. Це все через лікаря»

*Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 23 роки*



«Те, що я маю зараз, це не один, не два і не п'ять років лікування. І не хотілося б, щоб якийсь препарат дав відкат. Якщо співставити гормональну терапію і якийсь препарат, наприклад ПрЕП або доксициклін, то на першому місці буде гормональна терапія, бо це дуже складно було для мене»

*Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 34 роки (2)*

Короткострокові побічні ефекти зазвичай не виглядали абсолютним бар'єром, якщо вони залишалися легкими, тимчасовими і зрозумілими. Серед учасників, які приймали доксициклін для профілактики або лікування ІПСШ, небагато повідомляли про суттєві побічні реакції, і серед загалу нудота, шлунковий дискомфорт, діарея або фоточутливість частіше сприймалися як можливий компроміс в обмін на зниження ризику ІПСШ. Водночас готовність миритися з такими реакціями залежала від досвіду переносимості антибіотиків і ступеня довіри до схеми. Якщо побічні ефекти виявилися б сильнішими, тривалими або такими, що заважають повсякденній активності, мотивація до повторного використання могла знизитися. Тому респондентам важливо було розуміти заздалегідь, які реакції є очікуваними, коли потрібно звертатися до лікаря і в яких випадках прийом варто переглянути.



«Будь-який фармацевтичний препарат має побічні ефекти, і на когось ці ефекти діють, на когось – ні. Тому це все індивідуально, і про це пишуть, щоб люди не лякалися і розуміли, що таке можливо. Ефект щодо ІПСШ важливіший. Навіть якщо цей препарат матиме сильні побічні ефекти, які будуть заважати моєму самопочуттю чи буденності, я просто піду до лікаря, скажу про це, і, можливо, він буде шукати альтернативу»

*Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 34 роки (1)*



«Якщо цей препарат допоможе і дасть можливість не заразитися, то такі легкі побічні ефекти можна пережити спокійно»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, сифіліс, 35 років



«Якщо препарат не має побічної дії, то можна ставити під сумнів його основну дію. Тому коли п'єш такі ліки, треба бути до цього готовою»

*Транс*жінка, Одеса, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 22 роки*



«Якщо я прийму його і на собі відчую побічні ефекти, тоді вже буду замислюватися. Якщо це буде критично, некомфортно, якщо я буду погано себе почувати, то не буду приймати. Якщо це щось легке, що проходить і не заважає мені жити ці години або дні, то окей»

ЧСЧ, Київ, планує ПрЕП, гонорея, 39 років



Неповна ефективність Доксі-ПЕП не руйнувала інтерес до препарату, але вимагала чесного пояснення меж. Вища ефективність щодо сифілісу та хламідіозу сприймалося позитивно, тоді як нижча щодо гонореї для більшості учасників не ставала підставою відмовитися від самої ідеї – додаткове зниження ризику виглядало цінним навіть без повного захисту. Разом із тим у частині відповідей проступало очікування ширшої або майже універсальної дії проти ІПСШ, що вказує на реальний ризик неправильного розуміння: якщо препарат буде поданий занадто загально, користувачі можуть переоцінити його захисний ефект і недооцінити потребу в тестуванні, особливо щодо гонореї.



«Для сифілісу він все-таки ефективний. Не буває такої пігулки, яка буде від усього одразу і максимально ефективно діяти. Психологічно всі, звісно, хочуть чути більше 90%, але... З ПрЕП теж були різні цифри, особливо щодо прийому «за вимогою», коли його ще не затвердили як єдиний стандарт. Соціальний працівник мені говорив одне, лікар – інше, посилаючись на різні протоколи. Тому для мене 70% захисту – це вже багато і викликає довіру. Більше 50% це вже добре»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 33 роки



«Немає одного універсального антибіотику для всіх ІПСШ, і логічно, що до нього можуть бути чутливі одні бактерії, а інші – ні. Але тоді треба чітко проінформувати людей, що він більш ефективний щодо одних інфекцій і менш ефективний щодо інших. Мені здається, люди будуть думати так: якщо вони вживають Доксі-ПЕП, то захищені від усіх бактеріальних ІПСШ. Насправді – ні. Тут я бачу ризик, бо часто люди не заглиблюються в такі речі і потім мають наслідки»

ЧСЧ, Львів, планує ПрЕП, гонорея, 22 роки



«Як на мене, сифіліс – більш складне захворювання, яке складніше лікується і викликає більше негативу, ніж гонорея, яка лікується досить легко й швидко. Тобто ефективність у профілактиці більш складного захворювання для мене є плюсом»

ЧСЧ, Одеса, на АРТ, сифіліс і гонорея, 49 років



«Я вважаю, що якщо він корисний хоча б від якихось захворювань, це вже добре. Таких ліків, які охоплюють все в одному, не існує. Кожен для себе вибере, що для нього важливіше: випити таблетку і хоча б від якихось інфекцій захиститися чи взагалі нічого не робити»

*Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 34 роки (2)*

Поведінкові наслідки Доксі-ПЕП респонденти оцінювали неоднозначно. Більшість учасників припускала, що Доксі-ПЕП жодним чином не вплине на кількість партнерів або частоту використання презерватива. Інші припускали, що наявність препарату може ослабити настороженість щодо ризику або створити відчуття додаткової захищеності, що вплине на сексуальні рішення – і ця тема була зрозумілою людям, які вже бачили, як ПрЕП може змінювати ставлення до презерватива. Водночас більшість таких міркувань не виглядала як аргумент проти Доксі-ПЕП, а радше як вказівка на те, що Доксі-ПЕП має бути представлений як додатковий інструмент для конкретних ситуацій ризику, без формування уявлення про повний захист.



«Думаю, менше почнуть презерватив використовувати. Враховуючи, що для гонореї ефективність менша, все одно краще поєднувати. Але мені здається, що і з ПрЕП так працює: частина людей думає, що ПрЕП не тільки від ВІЛ-інфекції, і тому не використовує презерватив і не думає, що можна підхопити інші інфекції»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 31 рік



«Коли ПрЕП почав створюватися, він мав іншу мету. А зараз, особливо серед геїв, це трансформувалося в те, що «я можу займатися сексом так, як мені подобається, бо я захищаюся ПрЕП». Є інші ІПСШ, але ми про це трохи забуваємо. А щодо Доксі-ПЕП – треба серйозніше ставитися, щоб це просто не стало ще однією панацеєю, як ПрЕП»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, хламідіоз, 29 років

«Доксі-ПЕП виглядає логічним і комфортним, тому що його треба приймати після сексу протягом певного вікна, він дає певну гарантію. Я не впевнена, що у мене змінилася б кількість статевих актів, але я думаю, що моє і так мінімальне використання презервативів скоротилося б до нуля. Я не бачу в них стовідсоткової гарантії, і, наприклад, презервативи, які нам видають безкоштовно, можуть бути протерміновані, і мене це хвилює»

Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 27 років

Загалом занепокоєння щодо Доксі-ПЕП, таким чином, не заперечували його потенційну прийнятність, але визначали умови, за яких препарат може бути сприйнятий як безпечний і до- речний. Для ЧСЧ і транс*жінок він виглядав прийнятним тоді, коли його використання зали- шається епізодичним, обґрунтованим конкретною ситуацією, медично поясненим, сумісним з наявними препаратами і пов'язаним з консультацією. Основні застереження стосувалися са- мого факту профілактичного прийому, АМР, побічних ефектів, частоти, меж ефективності, самопризначення і можливих змін сексуальної поведінки. У цих відповідях Доксі-ПЕП поставав як інструмент, який потребує меж, довіри і зрозумілої логіки використання.

4.2.5. Бажані формати доступу та підтримки

Уявлення ЧСЧ і транс*жінок про прийнятний доступ до Доксі-ПЕП формувалися навколо довіри, швидкості, конфіденційності та можливості отримати зрозуміле пояснення без осуду. Респонденти не описували доступ як просте питання фізичної наявності таблеток – для них важливо було знати, хто пояснює препарат, чи можна поставити питання про власну ситуацію, чи не доведеться розкривати зайві деталі сексуального життя або гендерного досвіду і чи буде маршрут достатньо швидким для післяконтактної схеми. Прийнятний доступ у відповідях виглядав як поєднання медичної впевненості й практичної досяжності, а не як вільне отримання антибіотика після будь-якого ризику.

Першим рівнем доступу часто уявлялося довірене пояснення. Друзі, партнери, соціальні працівники або онлайн-джерела могли бути місцем першого знайомства з Доксі-ПЕП, але для остаточного рішення більшість учасників хотіла підтвердження від лікаря або медичного консультанта в НУО. Це підтвердження мало стосуватися не лише загальної користі препарату, а конкретних питань: чи підходить він саме цій людині, чи можна поєднувати його з ПрЕП, АРТ, гормонами або іншими препаратами, як часто його можна приймати і що робити при появі симптомів. Первинний інтерес до Доксі-ПЕП, таким чином, мав перейти в індивідуальне розуміння, і саме це робило маршрут прийнятним.



«Сімейний лікар – це записатися, а ще дійти туди, черга, час... А так, ти знаєш, що неурядові організації завжди поруч. Їх багато у місті, ти можеш піти в будь-яку, і там тобі допоможуть і все розкажуть. Вони тебе так зустрічають, що хочеться розказати навіть те, чого нізащо не розказав би іншим, і запитати про все, що тебе хвилює: вони ніколи не відмовлять в поясненні»

ЧСЧ, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 50 років



«Мені треба поговорити з лікарем, мені треба зробити дослідження, мені треба розуміти, як це все працює, сісти і подумати, щоб я зрозумів»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, жодних цільових ІПСШ, 30 років



Респонденти загалом не очікували постійного лікарського контролю за кожним прийомом, але хотіли мати медично зрозумілу стартову рамку. Для багатьох прийнятною виглядала модель, у якій людина один раз отримує пояснення, проходить оцінку протипоказань або сумісності, розуміє схему і надалі може діяти самостійно в межах визначених правил. Така автономія була важливою, бо Доксі-ПЕП має сенс саме після конкретного контакту і може знадобитися вночі, у вихідні або в момент, коли записатися до лікаря нереально. Водночас ця автономія не означала довільність – респонденти очікували чіткої межі між самостійним використанням за попередньо поясненою схемою і самопризначенням антибіотика без розуміння показань.



«Основна перевага Доксі-ПЕП, напевно, у тому, що ти можеш піти, проконсультуватися з лікарем, він тобі випише таблетки, бо сам собі ти їх не можеш приписати. І просто вживаєш їх, якщо був незахищений статевий контакт або коли хвилюєшся за того чи іншого партнера, і почувашся спокійніше»

ЧСЧ, Львів, на АРТ, жодних цільових ІПСШ, 28 років



«Якщо ми говоримо про першу консультацію, я думаю, що лікар усе, що треба, розкаже. І навіть мені кожного разу консультуватися? Мені здається, однієї консультації буде достатньо»

ЧСЧ, Одеса, на АРТ, жодних цільових ІПСШ, 33 роки

Найбільш переконливою для багатьох учасників виглядала поєднана модель, у якій представник НУО або ОКС допомагають увійти в тему, а лікар або клінічний фахівець закриває питання безпечності. Соціальний працівник часто сприймався як доступніша перша точка контакту: до нього легше написати, він може пояснити інформацію зрозумілою мовою, зменшити страх осуду і підказати наступний крок. Участь лікаря була потрібна для іншого: дози, протипоказань, побічних ефектів, сумісності, частоти і ситуацій, де замість Доксі-ПЕП потрібне тестування або лікування. У такій логіці НУО і ОКС не замінюють медичний маршрут, але роблять його ближчим, зрозумілішим і менш стигматизуючим.



*«Хотілося б, щоб про цей препарат сказав лікар. Можна здати якісь додаткові аналізи, щоб впевнитися, що все буде добре, або пройти обстеження після першого прийому. Я довірюсь в першу чергу лікарю. Знаю такі випадки, коли транс*спільнота самостійно призначає собі препарати. Я таким не займаюся. Не хочеться вбивати своє здоров'я»*

Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 34 роки (2)



«Взагалі я б усі питання ставив лікарю. Для мене лікар – це людина, яка має досвід, освіту і більш усвідомлено підходить до інформації, яку надає кожному своєму клієнту»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, гонорея, 29 років



«Такі штуки, які стосуються здоров'я, має лікар пояснювати – той, хто на це вчився і хто в тому розбирається. Консультант, який робить тести – він не широкий спеціаліст, він не розбирається в різних допоміжних речовинах. Кожен має робити свою роботу. Я не проти, щоб консультації проводили спеціалісти, які не є лікарями, але дозування, описи і всю таку роботу має робити лікар»

ЧСЧ, Львів, планує ПрЕП, сифіліс, 28 років

Для транс*жінок прийнятний маршрут доступу був тісно пов'язаний із транс*компетентністю. Консультація щодо Доксі-ПЕП у цій групі не могла обмежуватися загальною розмовою про ІПСШ, бо препарат одразу оцінювався через гормональну терапію, інші ліки, психоемоційний стан, попередній досвід дискримінації і безпеку контакту з медичною системою. Респондентки тяжили до лікарів, НУО або консультантів, які вже



розуміють транс*досвід і не змушують щоразу пояснювати відмінності між документами, займенниками, гормонами або особливостями переходу. Прийнятність доступу визначалася тим, чи не створює сам процес додатковий ризик стигми, некоректного звернення або розкриття ідентичності.



«У медичних закладах більше напруженості: красномовні погляди, смішки, незрозумілі жести. Це не дуже приємно. Хоч це й лікарі, але вони ставлять такі незручні запитання, я б сказала некомпетентні: а коли, а як, а куди, а нащо?.. Тому якщо це буде в організаціях, якась людина навчена чи той самий дружній лікар, це куди приємніше, бо до тебе лояльніше ставляться»

*Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 34 роки (2)*



«Якщо я вирішу приймати цей препарат, то спочатку проконсультуюся з ендокринологом, яка мене веде по гормонотерапії»

*Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 34 роки (1)*



«Мені зручніше було б мати консультацію лікаря або консультанта НУО. Навіть другий мені більше підходить. Думаю, вони більше обізнані в цьому. Бо лікарі лікарями, але НУО в цьому вже довше, вони більше розуміються на цьому. І хочеться почути думку спеціаліста»

*Транс*жінка, Львів, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 27 років (2)*

Для частини ЧСЧ найбільш природним виглядає доступ через уже знайомі маршрути ПрЕП, АРТ, тестування або дружніх сервісів. Там, де людина вже має лікаря, соціального працівника або організацію, з якими можна говорити про сексуальні практики, новий препарат легше вписати в наявний контакт – не потрібно щоразу заново пояснювати про партнерів-чоловіків, секс без презерватива або ІПСШ. У той же час не всі потенційні користувачі перебувають у стабільному ПрЕП- або АРТ-супроводі, тому маршрут через ВІЛ-сервіси виглядає сильним входом, але не може бути єдиним способом дотягнутися до людей із ризиком бактеріальних ІПСШ.



«Я буду приймати Доксі-ПЕП так, як скаже лікарка. Якщо вона скаже, що частіше раз на місяць або два рази на місяць не потрібно, значить, не буду. Лікарі спираються на протоколи, рекомендації. Моя інфекціоністка на конференції їздить, в курсі сучасних протоколів, знає, що чим лікується і які є рекомендації. Тому мені не буде складно запитати її про Доксі-ПЕП. Вона скаже, які рекомендації краще, які гірше, і мене проконсультує»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 33 роки



«Там, де отримую ПрЕП, було б зручно отримувати Доксі-ПЕП. Там не треба пояснювати. Можливо, якби лікар призначав і давав довгостроковий рецепт, це було б зручно»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, сифіліс і гонорея, 36 років



«Я вже більше року до лікарки ходжу, приймаю ПрЕП, здаю всі аналізи, і вона знає всі мої результати. На підставі цього вона може мені рекомендувати або не рекомендувати доксициклін. По-перше, це вже встановлений контакт. По-друге, це довіра до її професійності. По-третє, вона має достатньо інформації про мене»

ЧСЧ, Одеса, на ПрЕП, гонорея, 26 років

Звичайна первинна ланка або будь-який «загальний» лікар не завжди сприймалися як безпечне місце для початку розмови про Доксі-ПЕП. Частина респондентів мала позитивний досвід із сімейними лікарями, але багато хто не обговорював з ними секс із чоловіками, ІПСШ, ПрЕП, транс*досвід або секс за винагороду – через сором, небажання саморозкриття, очікування або попередній досвід некоректного



ставлення. Медична участь сама по собі не гарантувала довіри: у відповідях важливим був не формальний статус фахівця, а поєднання професійності, дружності, конфіденційності та здатності говорити про сексуальні ризики без осуду.



«У мене є довіра до лікарів, просто не завжди до всіх. Це залежить від того, як лікар зі мною спілкується. Є лікарі, схожі на совкових, які не йдуть з тобою на нормальний контакт. По манері розмови відчувається, що лікареві ти байдужий, ти просто ще один пацієнт. А є лікарі, які нормально розмовляють, запевняють, що все буде добре, і з ними можна більш-менш нормально комунікувати»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, жодних цільових ІПСШ, 30 років



«Загалом я довіряю лікарям. Але якщо у мене був незахищений секс, мені неприємно лікарю говорити, що я потрахалася по дурості і хочу отримати антибіотик. Я краще сама прийму його»

Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, хламідіоз, 26 років



«Я не говорила про інфекції з лікарем, тому що не можу розказати все як є. Коли розмовляю з сімейним лікарем, кажу все дуже так знеособлено, у загальному плані. На жаль, не можу відкрито говорити на ці теми, тому що сімейний лікар дуже негативно реагує на таке, і я це знаю. Намагалася навести на цю тему і почула різку відповідь, тому більше не намагалася»

Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 34 роки (1)

Швидкість доступу була критичною через саму післяконтактну логіку. Ризиковані ситуації часто трапляються ввечері, вночі, у вихідні, після вечірки, під час поїздки або після алкоголю. Якщо після такого контакту людині потрібно окремо шукати лікаря, отримувати рецепт, їхати в аптеку або чекати консультації, часове вікно може втратити практичний сенс. Тому учасники тяжили до моделей, де первинне медичне пояснення відбувається заздалегідь, а після ризику людина має або препарат, або швидкий канал для уточнення.



«Записатися до лікаря, піти до лікаря – це все потребує часу. Я працюю з понеділка по п'ятницю і до лікаря не завжди можу піти. Субота, неділя – переважно всі лікарі вихідні. Тому мені буде простіше піти в аптеку і купити його»

ЧСЧ, Львів, планує ПрЕП, сифіліс, 28 років



«Час, черга і щоб добратися – набагато важливіші за вартість. Якщо є можливість максимально швидко й оперативно отримати його дорожче, я оберу цей варіант, ніж навіть безкоштовно, але витратити півдня чи цілий день – це критично»

Транс*жінка, Львів, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 37 років

Можливість мати невеликий запас препарату наперед виглядала для частини респондентів практично важливою і не сприймалася як бажання неконтрольованого доступу до антибіотиків. Якщо препарат потрібен у межах 24–72 годин, він має бути доступним у момент, коли ризик уже відбувся, а не лише після повного нового маршруту звернення. Для людей із нерегулярним графіком роботи, страхом пересування містом, сексом за винагороду або нічними контактами це могло бути умовою реального використання. Прийнятним виглядав запас, отриманий після консультації і разом з чіткою інструкцією щодо ситуацій, частоти, симптомів і подальшого тестування.



«Хороша ідея мати препарат наперед. Це зручно, постійний доступ. А ризик зловживання – це вже залежить від самої людини, від її свідомого вибору. Ми всі дорослі люди, тому тут вже вибір кожного»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, сифіліс, 35 років



«Якщо препарат буде в доступі, лежатиме у тебе вдома і не потрібно буде в перші 24–48 годин шукати лікаря і намагатися записатися до нього – це найкращий варіант. Краще, ніж щоразу після кожного статевого акту бігти до лікаря»

ЧСЧ, Одеса, на АРТ, жодних цільових ІПСШ, 33 роки



«Якщо він у мене є і лежить на полиці, то я собі прийняла і все, мені ок. Якщо треба їхати до лікаря, стояти в черзі, потім ще щось... Це зайва історія, яка буде стримувати людей від отримання препарату»

*Транс*жінка, Львів, планує ПрЕП, сифіліс, 22 роки*

Рецепт або інша форма медичного погодження не відкидалися, якщо вони не руйнували практичну цінність післяконтактної профілактики. Учасники не демонстрували запиту на повністю вільний доступ до доксицикліну без професійної участі, але повільний або забюрократизований рецептурний маршрут міг знижувати прийнятність препарату. Бар'єрами уявлялися обмежена кількість точок видачі, необхідність пояснювати сексуальне життя фармацевту або непередбачувані затримки. Медичне погодження сприймалося як корисне тоді, коли воно давало впевненість і межі, але не створювало затримку, через яку післяконтактна дія вже є запізнілою. Ідея видачі препарату в аптеці за спеціальним кодом чи шифром в більшості інтерв'ю отримала негативну реакцію – такий формат сприймався як більший ризик розкриття приналежності до певної групи, ніж звичайний рецепт.



«Можна знайти антибіотики без рецепта, у нас багато аптек можуть їх продавати. Якщо доксициклін рецептурний, у мене немає рецепта, а до лікаря за 48 годин я навряд чи встигну записатися, то це вже проблема. А якщо він у мене під рукою, в моїй домашній аптечці, то за 48 годин, думаю, виберу момент прийняти його»

ЧСЧ, Львів, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 34 роки



«Якщо за рецептом, то є консультація з лікарем, який дійсно розуміє, що препарат тобі потрібен. Коли ти з лікарем усе обговорив, він дає тобі рецепт і ти просто йдеш, забираєш. Взагалі, ліки по рецепту для мене більш прийнятні»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, жодних цільових ІПСШ, 30 років



«Найкраще отримувати за рецептом, бо якщо без рецепта, я можу звикнути і підісти на нього»

ЧСЧ, Львів, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 23 роки



«Краще, щоб це було не в одній конкретній точці, а в багатьох точках. Якщо можна отримати за рецептом, то щоб це було в кількох місцях по місту, а бажано не лише по місту, а й по області. Бо не всі в місті живуть, хтось може бути за містом»

*Транс*жінка, Львів, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 24 роки*

Дистанційні та гібридні формати доступу були прийнятними для частини респондентів, якщо зберігали зв'язок з консультацією. Онлайн-консультація, месенджер із соціальним працівником, телефонний контакт, доставка або отримання через поштовий сервіс могли зменшити бар'єр звернення, особливо в умовах війни, обмеженої мобільності, страху перед ТЦК або комендантської години. Для транс*жінок із чоловічим гендерним маркером у документах або негативним досвідом спілкування з державними інституціями дистанційний компонент міг означати не лише зручність, а й додаткову безпеку. Водночас респонденти не описували онлайн-доступ як повну заміну медичного пояснення – цінним був гібридний формат: швидкий, конфіденційний, пов'язаний із фахівцем, до якого можна звернутися зі своєю проблемою.



«Якщо це до лікаря треба в офіційну установу йти, то зараз, через мобілізацію, мені було б важко. Якщо препарат є в аптеках, а аптеки на кожному кроці, особливо у великому місті, можна звернутися в будь-яку, і тобі дадуть за рецептом, якщо він є в наявності»

ЧСЧ, Львів, планує ПрЕП, сифіліс, 26 років



«З одного боку, ми живемо в еру цифри, тому онлайн-консультації було б добре. Але не всі люди повірять цьому. Фізичний контакт з людиною, яка тебе консультує, викликає більше довіри. Але у нас зараз війна і мобілізація, багато хлопців не виходить з дому. Не кожен може дозволити собі піти в лікарню. Тому онлайн-консультації треба розглядати»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, жодних цільових ІПСШ, 30 років



«Консультація бажана. І не тільки для мене, а для будь-якої людини, яка буде отримувати препарат. Їй треба розповісти, що це таке, як це працює, а не просто відправити по пошті. Консультація має бути обов'язково, щоб людина все розуміла і не приймала неконтрольовано або не придумувала собі якісь схеми»

ЧСЧ, Київ, планує ПрЕП, гонорея, 39 років



«ТЦК, мобілізація – це дуже болісний момент. Є випадки, коли людей і з бронюванням забирають, а що вже говорити за нас. Це незручність: треба вийти в небезпечне місце, доїхати до фахівця, отримати рецепт і тільки після цього купити препарат. Набагато простіше замовити адресно через аптеку або ризикнути і сходити в найближчу аптеку»

Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 34 роки (1)

Конфіденційність була наскрізною умовою прийнятного маршруту. Доксциклін як препарат сам по собі не був стигматизованим, але Доксі-ПЕП може стати читабельним маркером, якщо його отримання буде публічно пов'язане з ЧСЧ, транс*жінками, сексом без презерватива, секс-роботою або ІПСШ. Ризик небажаного розкриття може підстерігати в аптеці, під час доставки, у контакті з фармацевтом, у партнерських стосунках або в маленькій спільноті, де люди часто перетинаються. Для окремих учасників ця чутливість посилювалася через службу в Силах оборони України, документи або можливі соціальні наслідки розкриття. Конфіденційність, таким чином, стосувалася не тільки медичних даних, а й того, як сам факт отримання препарату може бути прочитаний іншими.



«Якщо в звичайній аптеці, то це може бути некомфортно, бо там можуть бути інші люди. Дуже зручно працює [назва сервісу онлайн-замовлення ліків]: я приходжу, кажу код замовлення і мені віддають препарат. В [назва аптеки] є навіть ящики: ти приходиш, набираєш код, воно відкривається, ти забираєш і йдеш оплачувати. Якщо взагалі немає взаємодії з іншими людьми, то це верх зручності»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 31 рік



«Приватність для мене важлива, тому що в мене чоловік військовий, і я завжди думаю про нього: щоб ніхто не дізнався, що він гей, що він живе з ВІЛ-позитивним партнером або якісь ліки приймає. Щоб не ходили чутки. Ми знаємо, що у війську, коли людина виявляється геєм, це може блокувати просування по посаді, заважати працювати, люди будуть тикати в тебе пальцями. Це буде давити, а він дуже чутлива людина»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, жодних цільових ІПСШ, 30 років



«Звичайно, є страх осуду, тому що такі профілактики використовуються переважно спільнотою, а не гетеросексуальними людьми. Тобто це наче явний індикатор, який викликає занепокоєння щодо осуду»

*Транс*жінка, Львів, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 27 років (1)*

Формат пояснення мав бути простим, але достатньо насиченим для самостійного використання. Усна консультація могла бути корисною, але частина респондентів визнавала, що інформації про ІПСШ, профілактику, побічні ефекти, часове вікно і частоту може бути забагато для запам'ятовування. Тому бажаними виглядали короткі письмові або візуальні матеріали, які можна зберегти в телефоні або перечитати після контакту. Інструкція мала пояснювати не лише дозу, а ситуації доречного використання, межі частоти, дії при симптомах, потребу в тестуванні і випадки, коли слід звернутися за консультацією.



«Щоб була інформація про сумісність, як часто приймати, щоб не було резистентності, і в яких саме випадках приймати. І, мабуть, примітку написати: «не займатися так часто сексом без захисту». Якщо ця таблетка від певних хвороб захищає, то написати інструкцію про ці хвороби: які симптоми і як потім важко лікувати»

ЧСЧ, Львів, на АРТ, гонорея, 32 роки

Ціна мала значення, але не визначала прийнятність маршруту самостійно. Інформація про нижчу вартість доксицикліну (27–210 грн за упаковку), ніж більшість очікувала (500–1000 грн за дозу), знижувала фінансовий бар'єр і робила препарат реалістичним як ситуативну профілактику, хоча в окремих учасників нижча за очікувану ціна викликала сумнів щодо ефективності. Водночас частина респондентів вважала, що витрата власних коштів підвищує усвідомленість прийому, особливо якщо йдеться про антибіотик. Для людей із нестабільним доходом або повторюваними ризикованими контактами навіть помірна вартість може стати бар'єром, якщо препарат, консультації або тестування потрібні неодноразово. Реальна вартість маршруту охоплює не лише таблетки, а й транспорт, лабораторні аналізи, консультацію і можливі повторні звернення, тому фінансова доступність Доксі-ПЕП пов'язана з ширшими питаннями доступності ІПСШ-послуг.



«Не можуть препарати, які допомагають, бути настільки доступними. Якщо хворієш і дуже багато витрачаєш на ліки, то, зрозуміло, що мимоволі починаєш порівнювати... Якщо є вірогідність, що цей препарат може тебе захистити, то чому він такий дешевий?»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, жодних цільових ІПСШ, 30 років



«Краще, щоб Доксі-ПЕП був за рецептом і платний, тому що це формує культуру свідомого споживання. От візьмемо приклад інших країн, де ПрЕП купують в аптеці. Це формує цінність продукту, ти розумієш, що твоя ризикована поведінка має ціну у фінансовому еквіваленті. Ти або платиш і, відповідно, ведеш такий спосіб сексуального життя, або думаєш: «Ні, давай краще презерватив, тому що цей Доксі-ПЕП дороговартісний, я не хочу ризикувати»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, хламідіоз, 29 років

Прийнятний доступ до Доксі-ПЕП ЧСЧ і транс*жінки уявляли як гібридний маршрут, у якому препарат залишається медично поясненим, але не стає практично недосяжним після ризикованого контакту. Ключовими елементами були довірений лікар або консультант, роль НУО або ОКС як першої точки входу, можливість швидко поставити запитання, конфіденційність, транс*компетентність, дистанційний або гібридний формат, невеликий запас препарату після первинної консультації, зрозумілі правила рецепта і прийнятна ціна. Доксі-ПЕП у такий логіці не має виглядати як антибіотик у вільному доступі, але й не може бути прив'язаний до маршруту, який забирає більше часу або безпеки, ніж дозволяє сама післяконтактна схема.



4.2.6. Практична керованість та самоєфективність використання

Практична здійсненність Доксі-ПЕП для ЧСЧ і транс*жінок визначалася тим, чи може людина вписати післяконтактний прийом у реальні ситуації, де ризик часто виникає поза планом. Більшість респондентів не вважали саму дію з прийому таблетки технічно складною, особливо якщо мали досвід ПрЕП, АРТ, гормональної терапії або інших регулярних препаратів. Однак післяконтактна схема потребує іншого типу самоорганізації, ніж щоденний режим: потрібно розпізнати ситуацію як доречну для Доксі-ПЕП, згадати про препарат після сексу, мати його під рукою або швидко отримати, вкластися у часове вікно і не переплутати профілактику з лікуванням уже ймовірної інфекції. Впевненість у здатності користуватися Доксі-ПЕП була досить високою, але залишалася умовною і залежала від якості початкового пояснення.

Першою практичною умовою правильного використання було вміння визначити, після яких контактів препарат справді потрібний. Респонденти здебільшого не уявляли Доксі-ПЕП як автоматичну дію після будь-якого сексу і пов'язували його з ситуаціями, які самі оцінювали як менш контрольовані, більш випадкові або такі, що залишають сумнів: секс із новими або малознайомими партнерами, груповий секс, контакти на секс-вечірках, анальний секс без презерватива, секс у контексті алкоголю або психоактивних речовин. У цій логіці самоєфективність означала здатність оцінити ризик достатньо чітко – щоб не приймати препарат надто часто і розрізняти ситуацію для профілактики від ситуації, де потрібне тестування чи лікування.



«Після секс-вечірок, після нового партнера, з яким я ще недостатньо знайомий і не впевнений у його здоров'ї, мабуть, я б приймав. Якщо це секс-вечірка і багато партнерів, то я б його приймав, бо розумію, що люди, які практикують секс-вечірки і змінюють постійно партнерів, мають вищий ризик заразитися такими хворобами»

ЧСЧ, Київ, планує ПрЕП, гонорея, 39 років

Досвід регулярного прийому препаратів допомагав респондентам уявити, як вони могли б організувати Доксі-ПЕП. Люди, які приймали ПрЕП, АРТ, гормони або інші препарати, часто вже мали будильники, таблетниці й звичку тримати ліки при собі. Для них медикаментозна дисципліна не була новою, проте Доксі-ПЕП не вписується в таку саму рутину, бо його прийом запускається подією, а не календарем. Навіть дисциплінована у щоденній терапії людина після спонтанного сексу, вживання психоактивних речовин або нічної зустрічі потребує простого алгоритму: чи був ризик, коли саме рахувати час, чи є препарат поруч і чи потрібно додатково звернутися за консультацією. При цьому одноразовий і епізодичний характер прийому Доксі-ПЕП, на відміну від щоденної рутини, підвищує шанси, що нагадування справді привертатиме увагу.



«Нічого страшного у схемі немає, я ПрЕП теж приймаю за вимогою, там єдине що «до» треба пити. Головне – ставити нагадування, будильники і робити це з головою. Коли я пив довго антибіотики чи вітаміни, міг пропускати, бо це було щоденно і рутинно. А коли не систематично і будильник у денний час, він одразу привертає увагу»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 33 роки

Персональні нагадування виглядали для більшості учасників найпростішим інструментом підтримки своєчасного прийому. Будильник або нотатка в телефоні були зрозумілими і вже знайомими тим, хто користується нагадуваннями для ПрЕП, АРТ або гормонів. Проте післяконтактна схема має слабе місце ще до самого нагадування: людина має вчасно згадати, що нагадування потрібно поставити. Саме цей перший крок може бути найскладнішим після контакту, який був спонтанним, емоційно насиченим або пов'язаним зі вживанням психоактивних речовин.



«Нагадування в телефоні... Але знову ж таки, його треба завчасно поставити. Треба не забути спочатку поставити нагадування, а потім не забути прийняти препарат»

ЧСЧ, Одеса, на АРТ, жодних цільових ІПСШ, 33 роки



«Можна будильник завести, якщо згадати. Якщо при собі немає ліків, а ти знаєш, що треба додому приїхати і випити, то краще нагадування поставити. Або носити з собою маленьку таблетницю»

*Транс*жінка, Київ, на ПрЕП, хламідіоз, 36 років*

Зовнішня підтримка у нагадуванні про прийом сприймалася стримано, бо більшість респондентів пов'язувала Доксі-ПЕП з особистою відповідальністю. Учасники переважно вважали, що людина сама має оцінити ризик, поставити нагадування і подбати про своє здоров'я, не описуючи потреби у постійному супроводі після кожного контакту. Однак ця орієнтація на автономію не зменшувала потреби в чіткій початковій інструкції, оскільки самостійність могла працювати тоді, коли людина має достатньо чіткі правила, а не мусить щоразу здогадуватися, що її ситуація є «достатньо ризикованою» для антибіотика.



«Секс – це випадкова річ, його не заплануєш. Просто самодисципліна, мабуть, допоможе не забути. Якщо ти про це пам'ятаєш і тобі це потрібно, то зробиш це. А якщо постійно забуваєш, значить, воно тобі не потрібне»

ЧСЧ, Львів, на АРТ, гонорея, 32 роки



«Ми маємо виховувати культуру в людях, щоб вони самі це контролювали: «Ага, мені треба поставити будильничок, мені треба записатися до лікаря». Не треба робити так, щоб соціальний працівник дзвонив і нагадував: поїдь, візьми. Соціальні працівники займаються профілактикою, це важливо, але якщо залучати їх ще й до таких речей, де в них візьметься ресурс на справді важливі речі?»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, хламідіоз, 29 років

Наявність препарату під рукою була важливою умовою практичної здійсненності. Навіть відносно широке часове вікно у 24–72 години може втрачати сенс, якщо після ризикованого контакту потрібно шукати лікаря, рецепт, аптеку або можливість отримати препарат у вихідний день чи вночі. В умовах воєнного стану це набувало додаткової ваги: пересування містом, страх перед ТЦК, комендантська година, повітряна тривога або виснаження могли зробити післяконтактний маршрут практично недосяжним. Примітно, що запас препарату вдома рідко оцінювався респондентами як потенційний ризик зловживання.



«Якщо я знаю, що кудись їду і секс не гарантовано, але може бути така ймовірність, візьму з собою про всяк випадок. Якщо залишаюся десь з ночівлею, просто зранку вип'ю»

ЧСЧ, Львів, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 21 рік



«Повітряні тривоги – це прям біль для всіх. Тому я краще отримував би у громадській організації – лікарка туди приносить ПрЕП, я вже так отримував. А приїхати в лікарню, поцілувати замок, бо не можна приймати пацієнтів під час повітряної тривоги, – це дуже виморожує. Ти витратив цілий день – і ні про що. А після закінчення тривоги всі заходять одночасно, десь з десятком людей зразу, і ще треба чекати в черзі... Ні. Краще отримувати в громадській організації»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 33 роки



«Перед прийомом лунає повітряна тривога, лікар виходить, каже, що йде в укриття, і нам також треба йти в укриття. Виходить, ти записуєшся на якийсь час, приходиш, потім повітряна тривога – і твій запис можуть або скасувати, або перенести, або будеш чекати в живій черзі»

*Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 34 роки (1)*



«Спокуса зловживання може бути... Але я навіть не знаю, скільки ж це треба мати незахищених контактів і рандомних партнерів?.. Це вже питання до людини. Що в неї у голові, чому вона так робить і що їй взагалі цікаво в цьому житті»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, гонорея, 29 років

Ситуації групового сексу, хімсексу, секс-вечірок, нічних зустрічей або тривалих сексуальних сесій робили відносно просту на вигляд схему складнішою для реалізації. У таких сценаріях ризик може складатися з кількох контактів, тривати багато годин, включати різних партнерів або виникати в момент, коли людина гірше контролює час і власні рішення. Питання «коли саме рахувати час» ставало менш очевидним, і без конкретних уточнень – що робити після кількох контактів упродовж однієї ночі, як діяти після тривалої сесії і чи можна повторювати прийом після нового ризику – навіть мотивована людина може тлумачити схему по-своєму.



«Якщо це хімсекс, то там проблемно з АРТ, із ПрЕП. У людей з сильними залежностями проблема у всьому, тому навіть якщо винайти супер-пігулку, там теж буде проблема, коли її вжити. А хто відповідальний – у того немає проблем. Завчасно все є, лежить підготовлене. А ось ці груповухи, де вечірки тривають 3–4 дні, – коли його, доксициклін, пити? Через чотири дні після цього? Чи в перший день?»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, сифіліс, 41 рік



«Може бути вечірка, після вечірки ти поїхав на інший кінець міста, там загуляв, наркотики або алкоголь, і ти загубився в часі. Не пам'ятаєш, коли в тебе був секс – то був ранок, вечір чи ніч... Ти губишся в часі, не розумієш, скільки в тебе залишилося, щоб прийняти препарат. І це, звісно, фактор того, що можна не встигнути»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, жодних цільових ІПСШ, 30 років



«Звичайно, якщо ти був у стані сильного алкогольного сп'яніння чи наркотичного, то можеш максимально забути, що в тебе такий контакт був»

*Транс*жінка, Київ, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 23 роки*

Тривожність могла підтримувати своєчасне використання Доксі-ПЕП і водночас створювати ризик надмірного прийому. Для частини респондентів страх інфікування або схильність довго аналізувати сексуальний контакт могли бути стимулом до швидкого вживання препарату в межах рекомендованого часу, і в таких випадках Доксі-ПЕП давав відчуття дії і зменшував емоційне напруження. Та сама тривожність, однак, може підштовхнути до прийому препарату після контакту з нижчим або неочевидним ризиком. Практична самоефективність, таким чином, включала не лише здатність вчасно прийняти препарат, а й оцінювати ризик без надмірного страху і без надмірного розслаблення через саму його наявність.



«Страху щодо зловживання особисто в мене, мабуть, не було б, але я знаю, що є люди, які ще більші тривожники. Вони можуть пити дві таблетки «про всяк випадок, щоб усе було добре». Тому треба пояснювати, що якщо ти часто приймаєш препарат, бо тривожишся і переживаєш, то це може мати наслідки»

ЧСЧ, Львів, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 29 років

Практичні інструкції щодо прийому загалом виглядали здійсненими, якщо були пояснені заздалегідь і просто. Більшість респондентів не сприймала як серйозну перешкоду потребу запивати препарат водою, не лягати одразу після цього або уникати активного сонця. Водночас окремі вимоги можуть конфліктувати з реальним ритмом життя: нічний секс, робота, поїздка, вечірка або відпочинок на пляжі. Відповідно, інструкція має бути сформульована як практична пам'ятка для звичних обставин, де ризик найчастіше і виникає.



«Запивати водою – так усі ліки треба запивати водою, я думаю, що це не проблема. Є зазор по часу: якщо зараз немає води, можна трошки пізніше її знайти. Уникати сонця – трохи бентежить, бо влітку або на відпочинку це було б складно. Я, певно, пробувала б прислухатися до своїх відчуттів: якщо немає побічної дії чи дискомфорту, то, можливо, десь би трошки сачкувала»

*Транс*жінка, Київ, на ПрЕП, хламідіоз, 36 років*



«Є певні сумніви, чи доцільно буде його вживати в окремі періоди часу. Наприклад, якщо ми говоримо про літо, то виникає запитання: чи варто його приймати? Якщо це менш сонячні дні, то я думаю, що так, але треба враховувати ризики для здоров'я»

ЧСЧ, Одеса, на ПрЕП, гонорея, 26 років

У підсумку ЧСЧ і транс*жінки загалом вважали Доксі-ПЕП практично здійсненним, але не автоматично простим. Технічно прийняти препарат було не складно, особливо для людей з досвідом інших медикаментозних режимів. Складність виникала на рівні реального сексуального контексту: розпізнати доречну ситуацію, мати препарат поруч, згадати про прийом після контакту, правильно врахувати час і не вживати препарат надто часто. Доксі-ПЕП може бути керованою післяконтактною дією лише тоді, коли користувачі отримують зрозумілу і достатньо конкретну інструкцію для тих ситуацій, у яких ризик найчастіше виникає.

4.2.7. Соціальні та міжособистісні впливи

Соціальні та міжособистісні впливи у відповідях ЧСЧ і транс*жінок проявлялися насамперед через те, з ким можна безпечно говорити про сексуальне здоров'я, ризики і профілактичні препарати. Респонденти рідко описували Доксі-ПЕП як практику, яка сама по собі викликала б виразний осуд у найближчому колі. Там, де партнери, друзі або знайомі з НУО вже обговорювали ПрЕП, тестування, ІПСШ, презервативи, гормональну терапію або дружніх лікарів, новий післяконтактний підхід уявлявся як ще одна тема для розмови. Тут соціальне середовище частіше розглядалося скоріше як джерело нормалізації, ніж як прямий бар'єр.

Близьке соціальне коло часто вже виконувало практичну навігаційну функцію у профілактиці. Друзі, партнери або колишні партнери могли нагадати про тестування, порадити дружній сервіс, дати контакти лікаря, піти разом на тестування або підтримати звернення після ризикованого контакту. Соціальний вплив у цих відповідях проявлявся як конкретна дія: людина могла боятися медичного осуду або відкладати тестування, але знайома людина зі спільноти робила маршрут зрозумілішим і менш тривожним. У цій самій логіці Доксі-ПЕП можна поширювати через людей, які вже мають довіру і можуть пояснити нову інформацію мовою повсякденного досвіду.



«Мені завжди соромно, я боюся, тому що люди досі соромляться захворювань, які передаються статевим шляхом. Мені допомагає мій партнер, він відкритий в цьому плані і завжди каже: «Це ж твоє здоров'я». Я дуже зациклений на зовнішності, дбаю про обличчя, а він каже: «От ти про обличчя дбаєш, а треба й про організм свій подбати». І коли він мене отак підтримує, я одразу: «Так, окей, йдемо»»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, жодних цільових ІПСШ, 30 років

Реакція партнерів залежала від типу стосунків і наявних домовленостей. У випадкових або менш емоційно значущих контактах партнер часто взагалі не розглядався як важлива фігура щодо рішення про Доксі-ПЕП – післяконтактна профілактика сприймалася як особисте рішення щодо власного здоров'я, що не обов'язково потребує пояснення. У стабільних стосунках прийнятність залежала від того, чи існує простір для розмови про сексуальний ризик без звинувачення: там, де партнери вже говорили про ПрЕП, тестування або секс з іншими,



препарат міг бути вписаний у наявну культуру відповідальності. Там, де ексклюзивність стосунків передбачається, але не обговорюється прямо, Доксі-ПЕП міг сприйматися як непрямий сигнал про можливі інші контакти. Це робить партнерський вплив неоднозначним: він може підтримувати використання, якщо профілактика вже нормалізована, або ускладнювати його, якщо розмова про ІПСШ сприймається як загроза стосункам.



«Я б замислився, чи потрібно з постійним партнером вживати. Але слово «постійний партнер» може бути таким... Мене вже життя навчило: він для мене постійний, а я для нього – ні. Це суто на довірі. Випадковий партнер, вечірки, новий партнер – там немає ніякої довіри. У будь-якому випадку на довірі своє здоров'я не побудуєш»

ЧСЧ, Київ, на ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 33 роки



«Щодо партнера це не проблема. Ти ж приймаєш не для того, щоб його не заразити, а для себе. Якщо рандомний партнер, то взагалі не питання. А постійний – це тільки в контексті відкритих відносин. І це навіть плюс, якщо він побачить: класно, що ти приймаєш про всяк випадок»

ЧСЧ, Львів, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 21 рік



«Якщо це партнери, можливо, були б питання, чому я ці таблетки приймаю. Могли б бути сумніви, що у мене щось є, що я десь підчепила і можу їх заразити. Порушення довіри між партнерами»

*Транс*жінка, Одеса, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 24 роки*



«Постійні партнери нейтрально поставилися б або позитивно. Якщо говорити про випадкових партнерів, де неможливо передбачити реакцію, я б такою інформацією з ними і не ділилася»

*Транс*жінка, Львів, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 27 років (1)*

Ставлення спільноти до Доксі-ПЕП респонденти пов'язували з уже наявними нормами відкритості щодо сексуального здоров'я. У середовищах, де ПрЕП, тестування і ІПСШ вже є темами розмов, Доксі-ПЕП уявлявся як нова, але не принципово чужа тема. У транс*спільнотах очікування частіше стосувалися практичних питань – про сумісність з гормонами, надійність і де отримати, – ніж прямого осуду. Разом з тим довіра до спільноти не була автоматичною: частина людей була обережніша щодо пліток, небажаного розкриття або перетину сексуальних мереж у невеликих колах. Доксі-ПЕП може добре поширюватися через довірені мережі, але лише за умови, що люди не відчуватимуть примусу ділитися сексуальними деталями або пояснювати, чому їм потрібен цей препарат.



«Щодо НУО... Якщо ходити в центр, який є в Одесі, то я можу зустріти там своїх знайомих, і це може викликати збентеження. Для мене це не дуже окей»

ЧСЧ, Одеса, на ПрЕП, гонорея, 26 років



«Одеса – це велике село, як-то кажуть, тому краще від цих пліток подалі. Я сам цього не люблю... Коли до мене хтось приходять і починає щось розказувати про іншу людину, я кажу: «Навіщо ти порпаєшся в чужій білизні?» У кожного своє життя, і кожен сам обирає, що і як йому робити. Не треба це обговорювати»

ЧСЧ, Одеса, планує ПрЕП, сифіліс і гонорея, 39 років

Горизонтальна передача досвіду могла відігравати важливу роль у нормалізації Доксі-ПЕП. Довіра до нового підходу посилювалася, коли хтось із близького або знайомого кола вже спробував препарат, зрозумів схему, не мав серйозних побічних ефектів і міг пояснити власний досвід. Такий тип довіри відрізняється від офіційної медичної інформації: він робить новий підхід менш абстрактним і допомагає уявити практичні



деталі. Водночас горизонтальний досвід не замінює медичного пояснення – якщо Доксі-ПЕП поширюватиметься переважно як «прийняв(ла) і все нормально», користувачі можуть не отримати достатньої інформації про частоту, протипоказання, АМР і межі ефективності.



«Якщо соціальні працівники будуть з цим працювати, реклама піде швидко. Якщо воно ефективно, люди швидко поширять цю інформацію. Тут навіть реклама не потрібна: зробить проєкт – і завтра вже будуть стояти люди. Соціальні працівники одразу будуть казати: «Боже, чудо-пігулка, п'єш і дуже гарною жінкою стаєш», – і все, більше нічого робити не треба»

ЧСЧ, Київ, на АРТ, сифіліс, 41 рік

Простота базової ідеї Доксі-ПЕП полегшувала його потенційне поширення всередині спільноти. Логіка «після ризикованого контакту прийняти препарат, щоб зменшити ризик бактеріальних ІПСШ» була інтуїтивно зрозумілою, особливо для людей, знайомих із ПрЕП або ПЕП для ВІЛ, це може швидко зробити тему придатною для обговорення у чатах або неформальному просторі. Однак та сама простота має зворотний бік: якщо Доксі-ПЕП буде передаватися як «антибіотик після сексу», без пояснення обмежень і частоти прийому, то може сприйматися як довільний засіб після будь-якого ризику. Поширення у межах спільноти потребує простої мови, але не спрощення самої клінічної логіки.

Позитивне ставлення друзів або спільноти саме по собі не формувало достатньої довіри до Доксі-ПЕП. Респонденти очікували збалансованої інформації, де поряд із потенційною користю чесно пояснюються обмеження, побічні ефекти, питання АМР, сумісність з іншими препаратами і ситуації, у яких Доксі-ПЕП справді доречний. Для частини учасників надто оптимістична або рекламна комунікація могла викликати недовіру саме тому, що йдеться про антибіотик. Спільнотна підтримка здатна зробити препарат ближчим і менш стигматизованим, але стійка довіра формується тоді, коли новий підхід обговорюється як серйозна профілактична опція з чіткими правилами.



«Я думаю, що має бути правдива інформація про всі плюси і мінуси. Навіть якщо є якісь ризики або неприємні моменти, про це треба казати чесно»

*Транс*жінка, Київ, на ПрЕП, хламідіоз, 36 років*



«Щодо поширення інформації спільнотою – це не завжди добре, коли щось пропагується спільнотою. Були випадки, коли розказували: «Так, це все класно, це прикольно», а потім через якийсь час дізнавалися про негативні ситуації. Скоріше за все я більше довірився б лікарю»

ЧСЧ, Львів, планує ПрЕП, жодних цільових ІПСШ, 21 рік

Найвідчутнішим соціальним бар'єром буде не реакція друзів, а ризик недружнього або стигматизуючого медичного контакту. Для частини ЧСЧ небажання говорити з лікарем про свої сексуальні практики або секс без презерватива пов'язувалося з очікуванням осуду або зайвих запитань. Для транс*жінок цей бар'єр був ширшим – у кількох інтерв'ю згадувався досвід стигматизуючого або некоректного ставлення з боку медичних працівників. Такий досвід не робив Доксі-ПЕП неприйнятним як ідею, але міг ускладнювати шлях до нього, якщо доступ вимагатиме взаємодії з фахівцем, якого людина сприймає як небезпечного або некомпетентного.



«Я звертався з ІПСШ і не міг навіть сказати, що я займаюсь сексом з чоловіком, бо боявся осуду. Було надто багато некоректних запитань щодо шляху інфікування: «Де ви вже таке собі нагуляли? А ви знаєте, що таке контрацепція взагалі? А я вже такого давно не бачив. Де ви таке знайшли?». Тобто ти приходиш до лікаря за лікуванням, а виходиш наче з допиту»

ЧСЧ, Львів, планує ПрЕП, гонорея, 22 роки



«Я УЗД робила і до уролога ходила. Це просто жаж! Ну ви можете до мене нормально ставитися? Так, я дівчина, так, у мене член, але мені потрібно перевіритися»

*Транс*жінка, Одеса, на ПрЕП, хламідіоз, 26 років*



Ширша суспільна стигма могла впливати на те, як Доксі-ПЕП буде прочитаний поза дружніми або ЛГБТ-спільнотними середовищами. Респонденти не завжди очікували окремої стигми саме щодо Доксі-ПЕП як поки що малознайомого препарату, але добре розуміли, що теми ІПСШ, гомосексуальності, трансгендерності або сексуальної поведінки залишаються табуованими та стигматизованими. «Антибіотик після сексу» може бути прочитаний як маркер безконтрольної сексуальності або приналежності до ЛГБТ-спільноти, – і це особливо важливо для людей, які не бажають розкривати свою сексуальну орієнтацію, гендерну ідентичність або використання профілактичних препаратів перед родиною, роботодавцями або ширшим соціальним колом. Разом з тим, учасники, які описували себе як «відкритих», здебільшого говорили про те, що навчилися жити зі стигмою і негативні коментарі не вплинуть на їхнє рішення про прийом препарату.

Загалом соціальні та міжособистісні впливи частіше підтримували потенційну прийнятність Доксі-ПЕП, ніж блокували її. Найбільш сприятливими були підтримувальне близьке коло, прагматичне ставлення друзів і партнерів, відкритість спільноти до тем сексуального здоров'я і можливість почути досвід інших. Основні ризики виникали там, де Доксі-ПЕП міг стати маркером стигматизованої сексуальності, викликати напругу в стабільних партнерствах, поширюватися через надто спрощені повідомлення або вимагати контакту з недружнім медичним середовищем. Соціальна прийнятність Доксі-ПЕП, отже, залежить від того, чи зможе інформація про нього циркулювати через довірені, конфіденційні й достатньо компетентні мережі як чесно пояснена профілактична опція.

4.3. Позиції надавачів послуг і стейкхолдерів щодо Доксі-ПЕП

4.3.1. Професійна обізнаність і наявні практики

Медичні працівники, фахівці ВІЛ-сервісних НУО, представники ОКС і стейкхолдери входили в розмову про Доксі-ПЕП з різних стартових позицій, і ця різниця залежала не лише від рівня обізнаності, а й від того, де сама людина зустрічалася з темою антибіотикопрофілактики. Для частини лікарів, які працюють з ПрЕП та АРТ, Доксі-ПЕП уже був знайомий через міжнародні рекомендації, професійні дискусії або запити пацієнтів після незахищеного сексу. Для інфекціоністів і дерматовенерологів відправною точкою часто був сам доксициклін як добре відомий препарат – у практиці хвороби Лайма, акне, хламідіозу або сифілісу. Для фахівців НУО і ОКС знайомство з Доксі-ПЕП нерідко формувалося через практичні запити клієнтів: що можна зробити після ризикованого контакту, чи є антибіотик, який допоможе, і коли потрібно йти до лікаря. На рівні стейкхолдерів ця нерівність щодо обізнаності була ще помітнішою: національні ВІЛ- і ПрЕП-експерти частіше впізнавали Доксі-ПЕП як міжнародно обговорювану інтервенцію, тоді як частина регіональних фахівців з епідеміології, АМР або ширшої профілактики інфекцій сприймала його як нову або периферійну тему.



«Ми чули про Доксі-ПЕП на навчанні від [назва міжнародної організації], куди була запрошена лікарка з Великої Британії. Її запитували, як вона ставиться до Доксі-ПЕП. І вона теж була дуже обережна у своїх прогнозах: можливо, ще не відомо, чи буде резистентність, час покаже, наскільки це раціонально»

Лікар-інфекціоніст, Київ, державний/комунальний ЗОЗ, 10–19 років досвіду (2)



«Якщо відверто, то я шукала наші якісь протоколи чи стандарти, але нічого не знайшла і не можу сказати, що маю інформацію»

Стейкхолдер, Львів, державна інституція, програмно-управлінський профіль, 10–19 років досвіду



«Люди питали останнім часом, як можна убезпечити себе від ІПСШ, де можна взяти Доксі-ПЕП, бо вичитали, що є такий препарат»

Представник ОКС, національний рівень, адвокація та спільнотна експертиза, 20+ років досвіду (2)

Аналогія з профілактичним застосуванням доксицикліну при хворобі Лайма допомагала частині медиків прийняти ідею антибіотика після ризикованої події. Водночас медики швидко побачили межі цієї аналогії: укуси кліщів є відносно чіткою одиничною подією, тоді як сексуальний ризик може повторюватися, стосуючись кількох партнерів, секс-вечірок, хімсексу або серії контактів протягом короткого періоду. Тому питання фахівців зміщувалося від того, чи можлива антибіотикопрофілактика в принципі, до того, де проходить межа між епізодичним післяконтактним використанням і частим повторним прийомом, що вже потребує діагностики і ширшої профілактичної підтримки.



«Та ж сама профілактика використовується при хворобі Лайма. От якщо вкусив кліщ, то випити дві таблетки доксицикліну. Це нормально, знову ж такі міжнародні рекомендації. Але людину кліщ кусає не стільки разів, скільки людина може мати незахищених статевих контактів. Тому тут все треба дуже обережно»

Лікар-інфекціоніст, Львів, державний/комунальний ЗОЗ, до 5 років досвіду

У ВІЛ-сервісних НУО обізнаність щодо Доксі-ПЕП була найбільшою там, де працівники регулярно мали справу з післяконтактними запитами клієнтів. Соціальні працівники, залучені до ПрЕП-консультування, аутрічу або комунікації після ризикованих контактів, частіше могли швидко співвіднести Доксі-ПЕП з уже знайомими робочими ситуаціями: клієнт пише після незахищеного сексу, питає про антибіотик, надсилає фото симптомів, не знає, коли тестування буде інформативним. Інші працівники НУО вперше чули про Доксі-ПЕП під час інтерв'ю або знали лише суміжні практики – використання антисептиків, самостійний прийом антибіотиків чи загальну логіку «щось зробити після контакту». Для НУО важливим було не просто отримати інформацію про дозу, а навчитися відрізняти Доксі-ПЕП від лікування ІПСШ, випадкових порад з інтернету або самолікування.



«Я пояснюю: ПрЕП захищає тільки від ВІЛ. Від сифілісу і від ІПСШ ця доконтактна терапія не захищає. Для багатьох це як прозоріння. І от тоді й заходить мова про доксициклін – що є постконтактна доксициклінова терапія: 72 години, щоб знизити ризики»

Фахівець НУО, Львів, клієнтський супровід у ВІЛ/ІПСШ-сервісах, до 5 років досвіду

ОКС додавали спільнотний вимір до цієї нерівної обізнаності про Доксі-ПЕП. Частина представників організацій знала про Доксі-ПЕП через міжнародні рекомендації, конференції або партнерські мережі; інші мали лише загальне уявлення або майже не стикалися з темою у власній роботі. Водночас саме ОКС чітко показували, що інформація про Доксі-ПЕП може поширюватися не тільки через лікарів і офіційні матеріали, а й через чати, рівних консультантів, соціальні мережі та неформальні поради. Це створювало подвійну умову для впровадження: інформація має бути достатньо простою для поширення у спільноті, але не настільки спрощеною, щоб Доксі-ПЕП зводився до формули «антибіотик після сексу».



«Ком'юніті достатньо освічене. Це більше не рекомендації лікарів. Це Google в допомогу, штучний інтелект в допомогу. Оці всі Доксі-ПЕП – це все відомо з Європи. Ком'юніті наше дуже поінформоване. Західні ці тенденції одразу всотує»

Представник ОКС, національний рівень, координація спільнотних програм, 20+ років досвіду

Неформальне використання антибіотиків після сексу було важливим фоном, через який фахівці оцінювали Доксі-ПЕП. Медики й НУО описували не лише можливий майбутній попит на нову профілактику, а вже наявні самокеровані практики: антибіотик в аптеці після ризикованого контакту, прохання про рецепт, прийом за порадою знайомих, схеми з інтернету або комбінації доксицикліну, цефтріаксону та інших препаратів. Дерматовенерологи особливо обережно ставилися до таких практик, бо частіше бачили наслідки – не-



повне лікування, змазана клінічна картина, невдале самолікування. НУО описували зворотний бік: частина клієнтів приходить уже зі своєю уявою про «антибіотик після сексу». В такому контексті Доксі-ПЕП стоїть перед завданням не стільки сформулювати нову культуру прийому антибіотиків, скільки впорядковувати ту, що вже формується без протоколу.



«Вони всі знають цефтріаксон, доксициклін. Якщо це вихідний день, до лікаря не підеш... Вони беруть і вколюють або п'ють доксициклін. Я негативно це оцінюю, бо вони не знають, як це зробити правильно, і це може змазати картину»

Фахівець НУО, Київ, координація програм, 10–19 років досвіду



«Трапляється, що до нас приходять іноді з такими запитаннями, але наша конкретна відповідь – якщо ти когось бачиш без нагляду лікаря, то береш відповідальність особисто на себе. Є люди, які не хочуть навіть і йти до лікаря. Легше піти купити щось, що відомо, в аптеці, вколюти і все»

Представник ОКС, Львів, спільнотна навігація та підтримка, 5–9 років досвіду



«Іноді пацієнти приймали доксициклін відразу після контакту, по таблетці двічі на день. Дехто з тих, які беруть і перестраховуються, – до п'яти днів пили, щоб надійніше було. Був ризик, почали переживати і «чим більше вип'ю, тим більше гарантії буде»

Сімейний лікар, Львів, державний/комунальний ЗОЗ, 20+ років досвіду

Окремі сервіси вже фактично відповідали на запити щодо Доксі-ПЕП, хоча єдиного українського алгоритму ще не було. Лікарі описували пацієнтів, які питали, чи ще встигають прийняти доксициклін після незахищеного контакту, просили рецепт або зверталися напередодні очікуваних ризикованих ситуацій. Деякі фахівці вже давали пояснення про дозу, часові вікна і частоту прийому, спираючись на міжнародні рекомендації як єдине доступне легітимне підґрунтя. Водночас саме відсутність спільної рамки робила практику нерівномірною: деякі лікарі зміщувалися до прийому доксицикліну перед очікуваним ризиком або комбінованих схем, інші відмовлялися від національного протоколу. НУО та ОКС бачили цей запит на рівні першого контакту – в чаті, після вечірки, після появи симптомів. Запит щодо Доксі-ПЕП уже присутній у сервісному полі, але відповідь на нього залишається нерівною і залежною від конкретного фахівця або організації, що створює ризик змішування доказової постконтактної схеми з ширшими неформальними практиками.



«До мене звертаються щодо Доксі-ПЕП. Наші пацієнти такі просунуті, самі запитують про це. Я навіть рецепти виписую. Ті, що телефонують і питають, чи ще встигають прийняти доксициклін – я кажу: так, якщо треба рецепт, скидаю у Вайбер»

Лікар-інфекціоніст, Львів, державний/комунальний ЗОЗ, 10–19 років досвіду (1)



«Мені відомий щонайменше один гравець на ринку надання послуг, який відкрито говорить, що вони вже цю практику опробували. Але я точно знаю, що ця практика існує в широкій мережі лікарів, які просто взяли протокол CDC і його впроваджують»

Стейкхолдер, національний рівень, міжнародна інституція, програмно-управлінський профіль, 20+ досвіду



«Профілактично ми не маємо права видавати доксициклін. Якщо мене ЧСЧ або інші пацієнти запитують, яким чином профілакувати, я їм у 50% випадків раджу робити це за 24–48 годин перед контактом: 200 мг доксицикліну на добу. Тобто профілактику я рекомендую переважно «перед»

Лікар-інфекціоніст, Львів, державний/комунальний ЗОЗ, 10–19 років досвіду (2)



Професійна роль визначала, які аспекти Доксі-ПЕП ставали видимими першими. Лікарі ВІЛ-сервісів розглядали його як продовження біомедичної профілактики і можливий додаток до ПрЕП- або АРТ-супроводу. Дерматовенерологи більше зосереджувалися на діагностиці, симптомах, самолікуванні та ризику втрати межі між профілактикою і лікуванням. Фахівці НУО оцінювали Доксі-ПЕП через маршрут клієнта: чи людина дійде до лікаря, чи боїться ТЦК, чи зможе отримати препарат у часовому вікні. ОКС підсвічували питання довіри, спільнотної легітимності і маркування. Стейкхолдери додавали системний рівень: чи є національна підстава, як поєднати Доксі-ПЕП з ІПСШ-наглядом і АМР, хто відповідає за клінічне рішення і як не створити погано контрольовану паралельну практику.

Отже, Доксі-ПЕП уже частково присутній у професійному і сервісному полі, але це знання залишається нерівним, фрагментованим. Для одних акторів це міжнародно рекомендована післяконтактна профілактика; для інших – нове використання знайомого антибіотика; для НУО – відповідь на реальні післяконтактні запити клієнтів; для ОКС – інформація, яка може швидко поширюватися в спільноті; для регіональних експертів – тема, яку ще потрібно вписати в наявні механізми контролю інфекцій і раціонального використання антибіотиків. Ключовою потребою перед пілотуванням є формування спільної рамки, яка пояснює, що це за інтервенція, чим вона не є, хто може її призначати або пояснювати, як вона пов'язана з тестуванням, ПрЕП, лікуванням ІПСШ та АМР і як не допустити скорочення доказової схеми до неформальної поради «випити антибіотик після сексу».

4.3.2. Сприйнята релевантність і додана цінність

Релевантність Доксі-ПЕП респонденти найчастіше описували через прогалину між відносно розвинутою ВІЛ-профілактикою і значно слабше оформленою профілактикою бактеріальних ІПСШ. Для лікарів ПрЕП і АРТ ця прогалина була видимою в щоденній практиці: люди можуть приймати ПрЕП, мати контрольований ВІЛ-ризик, регулярно тестуватися, але все одно мати незахищені контакти, повторні ІПСШ або тривогу після сексу без презерватива. Для НУО вона проявлялася через запити клієнтів, які вже знають про ПрЕП або ПЕП для ВІЛ, але не мають зрозумілої післяконтактної опції щодо сифілісу, хламідіозу чи гонореї. Для стейкхолдерів ця сама прогалина виглядала ширше: ВІЛ-система має стандарти, препарати, маршрути і підтримку, тоді як ІПСШ-профілактика залишається фрагментованою, менш фінансованою і слабше інтегрованою в рутинну роботу. ПрЕП нормалізувала саму ідею біомедичної профілактики, але не дала відповіді на бактеріальні ІПСШ, і саме ця не вирішена частина ризику робила Доксі-ПЕП зрозумілим для багатьох фахівців.



«Ком'юніті сприймає його як компонент доконтактної профілактики, компонент ПрЕП. Використовують доконтактну, щоб не інфікуватися ВІЛ, не використовують презерватив і використовують Доксі-ПЕП як постконтактну для ІПСШ. Це такий комплекс»

Представник ОКС, національний рівень, координація спільнотних програм, 20+ років досвіду



«Я була в пілотному проєкті ПрЕП, ми тестували все – ротову порожнину, анальний отвір на ІПСШ, ПЛР робили, на сифіліс, гонорею, трихомонаду. І у нас за півроку на 30% зросла кількість ІПСШ серед ста людей... Хлопці розслабили булки настільки, що вирішили: якщо все інше лікується, а ВІЛ не лікується, ми від ВІЛ захищені, то все... ІПСШ понеслись»

Лікар-інфекціоніст, Київ, державний/комунальний ЗОЗ, 10–19 років досвіду (1)

Сифіліс був тією ІПСШ, через яку потреба в додатковій профілактиці найчастіше ставала видимою для ВІЛ- і НУО-сервісів. Ця видимість частково зумовлена тим, що швидкі тести на сифіліс уже інтегровані в багато ВІЛ-, ПрЕП- і НУО-маршрутів, тому саме сифіліс частіше виявляється в рутинній роботі і стає аргументом на користь Доксі-ПЕП. Водночас ця видимість частково є наслідком доступності тестування, а не обов'язково вищої поширеності порівняно з іншими ІПСШ. Гонорея і хламідіоз, навпаки, часто залишалися менш



видимими в рутинній практиці, хоча саме вони є важливими для оцінки потреби в Доксі-ПЕП. Діагностика цих інфекцій потребує лабораторій, мазків або зразків з різних анатомічних локалізацій, а отже – грошей, часу, логістики і готовності говорити з медиком про конкретні сексуальні практики. Тому частина фахівців бачила в Доксі-ПЕП можливість закрити частину післяконтактного ризику, але водночас наголошувала, що без кращої діагностики гонореї та хламідіозу реальна картина ІПСШ залишатиметься неповною.



«Збільшилася кількість випадків сифілісу – десь майже в два рази, тому що клієнти приймають ПрЕП, щоб не заразитися ВІЛ, а інші інфекції зараз гуляють вільно»

Фахівець НУО, Київ, координація програм, 10–19 років досвіду

Доксі-ПЕП також сприймався як спосіб дати структуровану відповідь на післяконтактну тривогу ЧСЧ і транс*жінок. Медики описували пацієнтів, які після незахищеного сексу, контакту з новим партнером або секс-вечірки хочуть знати, що ще можна зробити. НУО бачили такі ситуації раніше в маршруті: клієнти пишуть уночі, питають про ризики, просять допомогти або не розуміють, коли тестування буде інформативним. ОКС додавали, що такі запити виникають не лише як формальне звернення, а в чаті, безпечному просторі або в розмові з рівним консультантом. Цінність Доксі-ПЕП у таких ситуаціях полягає в можливості перевести тривожний післяконтактний запит у зрозумілий маршрут, де консультант або соціальний працівник знають, як швидко спрямувати людину до медичного рішення.



«Іноді воно допомагає зменшити тривожність пацієнтів, і це спосіб, з яким вони будуть відчувати себе комфортно. У мене були пацієнти, які купили доксициклін і цілий рік у них не було таких стрьомних контактів... Є якась впевненість, що таблетка є, все нормально, і тому вони комфортніше себе ментально почувають, спокійніше»

Лікар-інфекціоніст, Київ, державний/комунальний ЗОЗ, 10–19 років досвіду (1)

Для частини респондентів користь Доксі-ПЕП також полягала в можливості зменшити потребу в лікуванні ІПСШ і пов'язаних з ним витрат часу, грошей і стресу. Медики говорили про повторні звернення і можливі ускладнення, а НУО бачили інший аспект: клієнту потрібно знайти дружнього лікаря, оплатити лабораторію, пояснювати свій сексуальний досвід, іноді долати страх розкриття. ОКС підкреслювали, що для людей, які приховують свою ідентичність або мали негативний досвід медичних контактів, сам факт звернення за лікуванням ІПСШ може бути бар'єром. Тому післяконтактна профілактика сприймалася як потенційний спосіб зменшити кількість складних і стигматизованих контактів із системою.



«Якщо враховувати тривалість лікування тієї самої гонореї чи сифілісу – скільки обстежень треба пройти, уколи, потім контрольні через три місяці, перебування на обліку в дерматовенеролога... А якщо пацієнт отримав постконтактну профілактику – він не буде хворіти і не потребуватиме мене для лікування. Це внесок у майбутнє»

Лікар-інфекціоніст, Київ, приватний ЗОЗ, 5–9 років досвіду



«Вони йдуть в НУО шукати рішення, бо наразі лікування не таке вже й безкоштовне. Воно документально безкоштовно, а на практиці – ні. І це теж бар'єр, бо прийти в медичний заклад зараз не кожен може. Тому сифіліс переважно недіагностований, багато випадків»

Представник ОКС, національний рівень, координація спільнотних програм, 10–19 років досвіду

Респонденти звертали увагу на те, що частина людей уже живе в реальності, де презервативи використовуються непослідовно, ПрЕП або невизначуване вірусне навантаження зменшують страх перед ВІЛ, а бактеріальні ІПСШ сприймаються як вибікові або менш загрозливі. У такій ситуації заклик «просто користуватися презервативами» не завжди відповідає реальним практикам. Доксі-ПЕП може бути корисним саме тому, що працює всередині цієї реальності, а не вимагає ідеальної поведінки. Тому її додана цінність залежить від комунікації: Доксі-ПЕП має бути поданий як додатковий інструмент управління ризиком, а не як заміна презервативів, тестування або клінічного звернення.



«Якщо людина пролікована від сифілісу, пройшов певний час і вона повторно інфікувалася, то вважає, що її полікують ще раз. Це зневажливе ставлення до свого здоров'я – вони думають, що це виліковне, отже, можна не берегтися»

Фахівець НУО, Львів, клієнтський супровід у ВІЛ/ІПСШ-сервісах, до 5 років досвіду



«Доксі-ПЕП – це скоріше додаткова опція. Ми не можемо змусити людей користуватися презервативами. За двадцять років моєї роботи і спостережень можу зробити висновок: все одно є люди, які ними користуються і які не користуються... Тому тут скоріше про знання і додаткові опції»

Стейкхолдер, Львів, державна інституція, програмно-управлінський профіль, 10–19 років досвіду



«Людина все одно не використовує презерватив. І що б ми не говорили, як би ми не втирали, а людина каже: відчуття не ті! Це найбільш популярна відповідь. Не ті відчуття... Ризик є? Є. Якщо це допомагає зупинити поширення ІПСШ, то я підтримую»

Представник ОКС, національний рівень, координація спільнотних програм, 20+ років досвіду

Доксі-ПЕП може також стати додатковою точкою входу до дружнього сервісу і способом повернути частину клієнтів у регулярніший контакт із системою сексуального здоров'я. Медики бачили в ньому можливість залучити людей, які мають ризики ІПСШ, але не завжди приходять через ВІЛ або ПрЕП. НУО та ОКС описували клієнтів, які звертаються через презервативи, самотести, гормони, психологічну підтримку або потребу поговорити без осуду, – і розмова про Доксі-ПЕП у таких маршрутах може стати нагодою обговорити ІПСШ, ПрЕП, хімсекс або готовність до тестування. Для закритих ЧСЧ, транс*жінок або людей з негативним досвідом контактування з медичною системою це може бути способом увійти в ширший маршрут піклування про сексуальне здоров'я через довірений спільнотний простір.



«Кожна нова послуга здатна залучити більше людей і утримати в профілактиці тих, хто в ній давно перебуває або може з неї випадати через застарілість. Якщо ми будемо вдсяте говорити лише про шляхи передачі ВІЛ і правильність використання презервативів, людина від нас піде, питання часу. Доксі-ПЕП – це щось новеньке, що приверне увагу нових клієнтів або дозволить утримати наявних»

Представник ОКС, національний рівень, адвокація та спільнотна експертиза, 5–9 років досвіду



«Ми призначаємо доконтактну профілактику і АРТ, а якби була можливість Доксі-ПЕП як додаткової послуги – для когось була б мотивація звернутися не тільки через ВІЛ, а власне через ІПСШ. Чим більше послуг, ширший спектр послуг – тим більша можливість залучити пацієнтів»

Сімейний лікар, Львів, державний/комунальний ЗОЗ, 20+ років досвіду

На рівні громадського здоров'я стейкхолдери бачили потенційну користь Доксі-ПЕП у зменшенні захворюваності на окремі бактеріальні ІПСШ і кращому використанні вже наявних ПрЕП- і ВІЛ-маршрутів, але ці очікування залишалися обережними. Національні та регіональні експерти не завжди мали достатні локальні дані, щоб оцінити реальний тягар ІПСШ серед ЧСЧ і транс*жінок, а АМР-орієнтовані респонденти наголошували, що користь будь-якої антибіотикопрофілактики має бути зважена з ризиками частого використання. Доксі-ПЕП не сприймався як гарантоване системне рішення, а радше як інтервенція з правдоподібною користю, яку треба перевірити в українських умовах.



«Тут можна намалювати цілу теорію змін, але перший безпосередній ауткам – це зменшення захворюваності на ІПСШ. Достатньо цього головного ауткаму – зменшення захворюваності»

Стейкхолдер, національний рівень, академічна інституція, аналітично-дослідницький профіль, 20+ років досвіду (2)



Жодна з груп не розглядала Доксі-ПЕП як самодостатню відповідь на всі проблеми сексуального здоров'я. Медики постійно поверталися до меж: Доксі-ПЕП не має замінювати тестування, діагностику і лікування ІПСШ. НУО наголошували на розриві між потребою і попитом: ризик ІПСШ може бути високим, але клієнти не завжди сприймають його як пріоритет через війну, гуманітарні потреби, страх пересування містом або недовіру до лікарів. ОКС вказували на ризик: якщо Доксі-ПЕП буде поданий як проста інновація, він може швидко стати частиною культури самокерованої профілактики. Стейкхолдери наголошували, що Доксі-ПЕП має бути вбудований у ширший континуум послуг: доступ до презервативів, регулярне тестування, ІПСШ-діагностику і зрозумілий маршрут лікування. Тому додана цінність Доксі-ПЕП залежить не тільки від клінічної доцільності, а й від того, чи буде він пояснений як обмежений, цільовий і пов'язаний з наявними сервісами інструмент.

«Не може бути так, щоб людина отримувала доконтактну профілактику, але не мала доступу до презервативів чи діагностики ІПСШ. Це має бути єдиний комплекс. Якщо ми не проводимо регулярний скринінг на ІПСШ, ми не виявляємо інфекції вчасно, не починаємо лікування і створюємо умови для подальшого поширення ІПСШ»

Стейкхолдер, національний рівень, міжнародна інституція, програмно-управлінський профіль, 20+ досвіду

«Треба все ж таки повертатися до старих добрих презервативів і пояснювати людям користь бар'єрної профілактики. Цей освітній компонент потрібен для того, щоб люди розуміли: чарівна пігулка не є такою чарівною. Доксі-ПЕП діє проти сифілісу, хламідії, але гонорею не так добре покриває. І знову ж таки, ці інфекції також можуть розвивати резистентність»

Представник ОКС, національний рівень, адвокація та спільнотна експертиза, 20+ років досвіду (3)

Таким чином, додана цінність Доксі-ПЕП полягає в тому, що він відповідає на конкретну прогалину між уже розвиненою ВІЛ-профілактикою і слабше оформленою профілактикою бактеріальних ІПСШ. Для медиків ця цінність пов'язана з повторними ІПСШ, післяконтактними запитами і можливістю запобігти інфекції до лікування. Для НУО – з потребою дати клієнту швидко і безпечно відповідь після ризикованої ситуації. Для ОКС – з можливістю говорити про реалістичне управління ризиком без моралізації і стигми. Для стейкхолдерів – з потенціалом інтегрувати ІПСШ-профілактику в наявну ВІЛ-інфраструктуру, але лише за умови пілотної перевірки, зв'язку з діагностикою і чіткого управління програмою. У цьому сенсі Доксі-ПЕП виглядає релевантним як цільовий інструмент для ситуацій повторюваного або високого ризику, де післяконтактна дія може бути вбудована в ширший маршрут сексуального здоров'я.

4.3.3. Цільова група, кандидатність і межі доцільного використання

Кандидатність до Доксі-ПЕП респонденти найчастіше описували не через належність до певної групи, а як поєднання групової вразливості, конкретного сексуального ризику, попереднього досвіду ІПСШ і здатності людини залишатися у супроводі. ЧСЧ найчастіше називалися найбільш очевидною стартовою групою, оскільки саме серед них респонденти бачили поєднання кількох умов: більша представленість у ПрЕП-сервісах, регулярніші розмови про незахищений секс, повторні тести на сифіліс і наявність уже сформованих НУО- та ОКС-маршрутів. Водночас навіть коли ЧСЧ звучали як перша група для впровадження, фахівці рідко зводили кандидатність лише до ідентичності. Значення мали повторні ризики, попередні ІПСШ, частота зміни партнерів, хімсекс, груповий секс і готовність звертатися до сервісу. Групова належність могла допомогти знайти потенційних користувачів, але не замінювала оцінки самого ризику.



«Ми це розглядаємо не як ідентичність, а поведінкові особливості. Те, що робить ці групи вразливими до ВІЛ-інфекції та ІПСШ, – це певні сексуальні практики. Велика кількість партнерів, груповий секс, сексуалізоване вживання наркотиків. Незалежно від того, як людина себе ідентифікує, ми повинні зробити скринінг на поведінку, яка підвищує ризик. Нас цікавлять ті, у кого є небезпечні форми поведінки. Будь-який вибір цільової групи має бути обґрунтований ризиком і потребою в послугі»

Стейкхолдер, національний рівень, громадська організація, аналітично-дослідницький профіль, 20+ років досвіду



«Ми бачимо нетипове інфікування. Наприклад, інфікування гонореєю відбувалося не через уретру, а через анальний отвір. Тут ми вже маємо високоризиковану поведінку. Ця людина та її сексуальні партнери можуть бути потенційними отримувачами. Це все має відбуватися, з одного боку, уніфіковано, з іншого – індивідуально»

Стейкхолдер, національний рівень, міжнародна інституція, програмно-управлінський профіль, 20+ досвіду

Транс*жінки розглядалися як окрема потенційна група для Доксі-ПЕП, але їхня видимість у відповідях була нерівною. Частина медиків, НУО й ОКС описували транс*жінок як групу, для якої ризик ІПСШ може поєднуватися з бар'єрами доступу до дружньої медицини, досвідом стигми, сексом за винагороду, гормональною терапією і потребою в конфіденційному маршруті. Інші менш упевнено описували транс*жінок або фактично включали їх у ширшу логіку роботи з ЧСЧ, що само по собі відображало сервісний ризик: якщо Доксі-ПЕП комунікується лише через категорію ЧСЧ або «чоловічу» сексуальну поведінку, частина транс*жінок може не впізнати себе як потенційних користувачок або знову потрапити в маршрут, де їхня гендерна ідентичність не визнається. Тому у відповідях більш переконливою виглядала паралельна логіка: ЧСЧ і транс*жінки можуть мати перетини в ризиках, але потребують гендерно коректних і різних за комунікацією маршрутів.



*«Туди треба нести це інформування про Доксі-ПЕП. Серед трансгендерних жінок, які займаються секс-роботою, – це й стало підставою для того, що в 24-му році наказом МОЗ транс*люди визнані однією з ключових груп по ризику розповсюдження ВІЛ»*

Представник ОКС, Одеса, координація спільнотних програм, до 5 років досвіду



*«Транс*жінки дуже закриті. Навіть соціальні працівники, які самі є ЧСЧ і працюють з ЧСЧ, кажуть, що для них ця група трохи заважка»*

Лікар-інфекціоніст, Київ, державний/комунальний ЗОЗ, 10–19 років досвіду (2)



*«Багато транс*людей, як показує практика, не хочуть займатися сексом, поки не зроблять операцію, це для них важливо. Але якщо людину треба переадресувати до інфекціоніста чи уролога – це проблема. Стандартний пакет профілактики, як для ЧСЧ, транс*людям не підходить. ПрЕП прописано для ЧСЧ, але ми не знаємо, як впливає ПрЕП і гормональна терапія. Так само і з АРТ – тут додатково потрібен лікар-ендокринолог»*

Фахівець НУО, Київ, клієнтський супровід і координація програм, 5–9 років досвіду (1)

Окремою програмною складністю є те, що доступ транс*жінок до частини ВІЛ-сервісних маршрутів може залежати від формальної категоризації у проєкті або документів. У відповідях НУО та ОКС звучало, що транс*жінки можуть бути включені до ВІЛ-сервісного проєкту лише тоді, коли в документах зазначена чоловіча стать, тоді як люди зі зміненими документами, небінарні люди або ті, хто не вписується в бінарну логіку програм, ризикують випадати з категорій. Для Доксі-ПЕП це означає, що критерії доступу мають бути ризик-орієнтованими і гендерно коректними, а не прив'язаними лише до гендерного маркера або способу обліку в програмах.



*«У нас обов'язкова умова, щоб у документах була вказана чоловіча стать. Виключно так ми можемо включити транс*жінок в проєкт. Організація ще працює в правозахисній сфері – і саме там ми бачимо, як частина транс*людей просто не потрапляє в критерії через документи»*

Фахівець НУО, Київ, клієнтський супровід у ВІЛ/ІПСШ-сервісах, до 5 років досвіду (1)

Визначення кандидатності на практиці ускладнювалося тим, що сексуальна орієнтація, гендерна ідентичність або сексуальні практики не завжди відкрито проговорюються. Частина медиків наголошувала, що не завжди може прямо запитати людину про належність до ЧСЧ або транс*спільноти, якщо сама вона не розкриває цю інформацію або може сприйняти питання як стигматизуюче. НУО й ОКС підтверджували, що частина ЧСЧ і транс*жінок живе закрито, не використовує дружні сервіси регулярно, не довіряє лікарям або боїться, що спеціалізований маршрут стане маркером їхньої ідентичності. Тому оцінка кандидатності має спиратися на делікатну розмову про практики, партнерства, попередні ІПСШ і незахищені контакти, а не на припущення за зовнішністю або формальною приналежністю до групи.



«Маємо ситуацію: пацієнт приходить, у нього позитивний тест на сифіліс. А стигма в тому, що він не хоче відкривати, як він інфікувався. Бо якщо він каже «від чоловіка» – це вже маркер. Тому вони часто говорять що-небудь нейтральне»

Лікар-інфекціоніст, Львів, державний/комунальний ЗОЗ, до 5 років досвіду



*«Якщо ми говоримо про щось, що візуалізує твою присутність в ключовій групі, і воно ще не прийнято... Дуже багато транс*людей не приймають себе, тому що їх не приймає суспільство. Дуже багато ЧСЧ не приймають себе, вони закриті, тому що їх не приймає суспільство. Якщо людину підштовхнути до того, щоб візуалізувати її «слабке місце» – ні, так робити не можна»*

Представник ОКС, національний рівень, координація спільнотних програм, 10–19 років досвіду

Частина фахівців мислила кандидатність ширше за початковий фокус на ЧСЧ і транс*жінках. У відповідях з'являлися секс-працівники та секс-працівниці, люди з частими незахищеними контактами незалежно від орієнтації, пацієнти з повторними ІПСШ, ВПО, які втратили звичний медичний маршрут, а також постраждали від сексуального насильства, у тому числі пов'язаного з конфліктом. Такий підхід відображає напруження між таргетуванням за груповою належністю і оцінкою конкретного ризику. Ширший підхід може бути справедливим, але потребує чітких меж, інакше Доксі-ПЕП може стати антибіотиком для будь-якої тривожної ситуації після сексу. Попри потребу в розширенні охоплення, опитані експерти не бачили реалістичної можливості для проведення власних клінічних досліджень щодо ефективності підходу в Україні серед нових груп.



*«Я вважаю, що це дискримінаційний підхід. Така профілактика має бути доступною людині не тому, що вона належить до певної групи, а тому, що має ризику. Просто саме для ЧСЧ і транс*жінок є найбільше доказів, бо саме серед них проводилися дослідження. Тут у нас похибка вибірки групи»*

Стейкхолдер, національний рівень, міжнародна інституція, програмно-управлінський профіль, 20+ досвіду



«Люди, які постраждали від сексуального насильства через конфлікт – це перше. По-друге, не можна сказати, що ця група випала, але її не помічають, – вимушено переміщені особи, які через певні фінансові труднощі змушені надавати сексуальні послуги. Про це ніхто не говорить»

Представник ОКС, національний рівень, координація спільнотних програм, 5–9 років досвіду



«Якщо у нас будуть доказові дані, що на інші групи це доцільно і ефективно, я впевнений, що проблем таргетувати інші групи не буде. Україна, на жаль, це не країна, яка має необмежені ресурси і може витратити великі кошти на дослідження. Україна може бути учасником якихось міжнародних досліджень. Але коли Україна їх просто ініціює і проводить, я не дуже в це вірю, тому що ресурси обмежені»

Стейкхолдер, національний рівень, міжнародна інституція, програмно-управлінський профіль, 10–19 років досвіду



Користувачі ПрЕП виглядали найбільш практичною стартовою групою для пілотування, але не достатньою умовою для призначення Доксі-ПЕП. ПрЕП створює зручний маршрут: людина вже контактує з лікарем або НУО, проходить регулярне тестування і має досвід профілактичного прийому препарату. Проте не кожен користувач ПрЕП має однаковий ризик бактеріальних ІПСШ, і не кожна людина з високим ризиком приймає ПрЕП. НУО і ОКС чітко вказували, що ПрЕП не має ставати фільтром доступу, оскільки частина людей з високим ризиком ІПСШ може звертатися через АРТ, секс-роботу, психосоціальну підтримку або транс*специфічні потреби. Тому ПрЕП виглядав радше точкою найбільш готового входу, ніж самостійним критерієм. Люди, які живуть з ВІЛ, також з'являлися в логіці кандидатності, хоча менш послідовно. З точки зору бактеріальних ІПС, людина на АРТ може мати ті самі ризики: незахищений секс, кілька партнерів, хімсекс, повторні ІПСШ або секс за винагороду. Для ВІЛ-лікарів це створює можливість говорити про Доксі-ПЕП у вже наявному маршруті спостереження, але лише за умови реального ризику ІПСШ і можливості пояснити профілактику без змішування з АРТ або ПЕП для ВІЛ.



«Насправді від доксицикліну, від програм профілактики ІПСШ можуть вигравати також і ВІЛ-позитивні ЧСЧ»

Представник ОКС, національний рівень, адвокація та спільнотна експертиза, 5–9 років досвіду

Хімсекс і вживання психоактивних речовин були одним з найпослідовніших поведінкових маркерів кандидатності й водночас маркером складності використання Доксі-ПЕП. НУО, ОКС і частина медиків описували хімсекс як контекст, де презервативи можуть використовуватися непослідовно, кількість партнерів більша, пам'ять про події може бути неповною, а звернення до сервісу – відкладеним. ОКС наголошували, що в умовах війни хімсекс може бути пов'язаний зі стресом, потребою «вирватися» з воєнної реальності та скороченням програм зменшення шкоди. У таких ситуаціях Доксі-ПЕП може здаватися особливо корисним, але саме хімсекс підсилює ризик частого, хаотичного або неправильного використання препарату і потребує ширшої підтримки: зменшення шкоди, консультуванням щодо речовин, тестуванням і можливістю говорити про сексуальні ризики без осуду.



«У нас закрили програму по хімсексу серед чоловіків, які мають секс з чоловіками. Те, що зараз під час війни особливо актуально – бо чим більше людей у стресі, тим більше вони займаються небезпечним сексом. І під час сексу часто вживають наркотичні клубні речовини»

Фахівець НУО, Київ, клієнтський супровід у ВІЛ/ІПСШ-сервісах, до 5 років досвіду (1)



«Вживання різних речовин, які впливають на підсвідомість... Буде питання щодо початку відліку. Якщо я не пам'ятаю, коли саме відбувся статевий акт, і не впевнений – зараз 65-та година чи 75-та? Оцей старт відліку – перше питання. Друге – статевий акт тривав три години. 72 години ми рахуємо від якого часу? В мене було п'ять партнерів за ніч, було п'ять еякуляцій – від якої мені рахувати? Від першої чи останньої?»

Представник ОКС, національний рівень, координація спільнотних програм, 20+ років досвіду

Секс за винагороду або транзакційний секс, зокрема у контексті крос-груп ЧСЧ і транс*жінок, також розглядалися як можливі маркери підвищеного ризику, але не як автоматична підстава для призначення препарату. Респонденти пов'язували такі практики з більшою кількістю партнерів, нерівністю переговорної позиції щодо презервативів, залежністю від клієнта і вживанням речовин. Водночас ОКС і НУО були особливо чутливі до ризику стигматизації: якщо Доксі-ПЕП буде поданий як «препарат для секс-роботи», це може відштовхнути людей або посилити маркування. Тому секс за винагороду є одним із контекстів, де варто оцінювати реальний ризик, попередні ІПСШ і контроль над умовами контакту, а не автоматично призначати препарат.



«Є такі клієнти, які йдуть в секс-роботу не тому, що їм це подобається, а тому що немає інших грошей. Вони тестуються частіше і звертаються за профілактикою частіше, бо у секс-роботі це і безпека для клієнта також»

Фахівець НУО, Київ, клієнтський супровід у ВІЛ/ІПСШ-сервісах, до 5 років досвіду (1)



Воєнний контекст ускладнював визначення кандидатності, створюючи нові або посилені вразливості, але не завжди давав чіткі епідеміологічні критерії. Стейкхолдери і регіональні фахівці згадували ВПО, військових, людей із прифронтових територій, втрату медичних маршрутів, стрес і страх звернення до офіційних установ. Воєнний контекст доречніше розуміти не як самостійний критерій для Доксі-ПЕП, а як фактор, який може змінювати і ризик, і доступ: людина може бути кандидатом не тому, що вона ВПО або військовий, а тому, що в її конкретній ситуації воєнні обставини поєднуються з незахищеним сексом, повторним ІПСШ або неможливістю швидко отримати медичну допомогу.



«Я бачу, що Доксі-ПЕП добре працює в умовах, де немає можливості для населення мати нормальний доступ до презервативів, до тестування і до лікарів. Для цієї категорії, звичайно, Доксі-ПЕП буде прекрасним виходом, бо в людей немає іншого виходу. Якщо ж у нас є можливість отримати презервативи, коли є можливість тестуватися, тоді я б рекомендував все ж таки вдаватися до цих запобіжних заходів. Бо Доксі-ПЕП, я б сказав – він більш такий екстремальний»

Представник ОКС, національний рівень, адвокація та спільнотна експертиза, 20+ років досвіду (3)

Медичні обмеження і «червоні прапорці» звучали менш системно, ніж поведінкові критерії, але формували важливу межу доцільного використання. Респонденти згадували алергію або непереносимість тетрациклінів, дитячий вік, тяжкі ураження печінки чи нирок, складні хронічні стани і можливу взаємодію з іншими препаратами. Більшість цих факторів не означала автоматичного виключення, але підкреслювала, що кандидатність не може визначатися соціальним працівником або самою людиною – всі групи респондентів наголошували на необхідності медичної оцінки, особливо якщо є супутні стани, симптоми або частий повторний прийом антибіотиків.



«Якщо була попередня алергічна реакція на препарат або на будь-який препарат з цієї групи, ми не будемо застосовувати Доксі-ПЕП. Так само люди з гострою нирковою або печінковою недостатністю. Якщо людина має значні порушення функції нирок, печінки, варто з лікарем розглядати питання щодо призначення»

Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція, програмно-управлінський профіль, 5–9 років досвіду

Найскладнішою межею була частота використання. Люди з найбільш повторюваним ризиком можуть мати найбільшу користь від Доксі-ПЕП, але вони ж можуть приймати препарат найчастіше. Респонденти не завжди могли назвати точний поріг надмірного використання, але майже всі групи бачили повторні запити як сигнал для додаткової оцінки: для медиків – перегляд кандидатності і тестування, для НУО – розуміння причин частих ризикованих ситуацій; для ОКС – ризик, що препарат стає регулярною стратегією без супроводу. Частота, отже, поставала не стільки абсолютним обмеженням, скільки точкою перетину між індивідуальною користю, ризиками АМР і потребою в ширшій підтримці.



«Якщо, умовно кажучи, візьмемо одруженого, який інколи собі дозволяє кудись ходити наліво – це один випадок, або раз на місяць з якоюсь невеликою періодичністю. Якщо людина має кілька партнерів на тиждень і, відповідно, кілька зустрічей, потрібно тоді роз'яснювати, коли і як використовувати Доксі-ПЕП. І це може бути складніше»

Представник ОКС, національний рівень, адвокація та спільнотна експертиза, 5–9 років досвіду



*«Якщо є особи, які займаються наданням сексуальних послуг, а серед ЧСЧ і транс*жінок є такі люди, чи не буде зловживання і які будуть побічні дії, якщо часто приймати цей препарат? Чи буде він діяти, якщо його часто вживати? Я розумію, що можна розрахувати раз в три дні приймати по дві пігулки. І типу для всіх твоїх 18 клієнтів. Але я теж розумію, що це маячня. Тому тут, напевно, треба буде давати роз'яснення»*

Фахівець НУО, Львів, клієнтський супровід і координація програм, 20+ років досвіду



*Отже, кандидатність до Доксі-ПЕП у відповідях респондентів формувалася на перетині трьох логік: клінічної – попередні ІПСШ, незахищені контакти, симптоми, протипоказання, потреба в тестуванні; сервісної – чи людина має реальний доступ до дружнього лікаря, НУО, лабораторії і подальшого контакту з системою; і спільотно-соціальної – чи критерії не стигматизують ЧСЧ, транс*жінок, секс-роботу або людей, які живуть закрито. Найбільш обґрунтовано Доксі-ПЕП виглядав для людей із повторюваним або високим ризиком бактеріальних ІПСШ, які можуть отримати медичну оцінку, прийняти препарат у часовому вікні й залишитися в маршруті тестування та підтримки. Ці критерії водночас мають бути сформульовані достатньо обережно, щоб забезпечити доступ тим, хто може отримати користь, не перетворюючи Доксі-ПЕП на стигматизуючу або неконтрольовану практику.*

4.3.4. Професійні застереження та умови прийнятності

Застереження щодо Доксі-ПЕП у відповідях респондентів рідко звучали як повне заперечення самої ідеї післяконтактної профілактики доксицикліном. Навпаки, більшість медиків, фахівців НУО, представників ОКС і стейкхолдерів бачили потенційну користь підходу для людей із повторюваним або високим ризиком бактеріальних ІПСШ. Водночас майже кожне позитивне припущення супроводжувалося умовами: Доксі-ПЕП має бути відмежований від самопризначення, не має використовуватися після кожного сексуального контакту, не має замінювати тестування і не має перетворювати знайомий антибіотик на легкодоступний засіб «про всяк випадок». Головна напруга проходила між доказовою профілактичною схемою і вже наявними або потенційними практиками неконтрольованого прийому антибіотиків після сексу.



«Неприйнятне – це безконтрольне, самостійне призначення і прийом препарату без звернення за медичною допомогою. Це неприйнятне, тому що якщо людина буде кожні два дні приймати цей препарат кожного разу, то ми самі розуміємо, що через деякий час він просто не буде працювати»

Стейкхолдер, Одеса, державна інституція, аналітично-дослідницький профіль, до 5 років досвіду



«В Україні люди дуже розумні: спочатку лікуються в інтернеті, у штучного інтелекту, а потім, коли щось йде не так, звертаються до лікарів. Продаж антибіотиків в аптеках все одно безконтрольний, рецепт не питають або вірять на слово»

Лікар-інфекціоніст, Київ, приватний ЗОЗ, 10–19 років досвіду

АМР була найсильнішим системним застереженням, але різні респонденти наповнювали її різним змістом. Частина говорила про АМР загально через вже наявне надмірне використання антибіотиків в Україні. АМР-фахівці уточнювали: ризик потрібно розглядати не як абстрактний страх, а через конкретний препарат, збудники, частоту використання і наявні дані щодо чутливості. Більшість респондентів краще приймала ідею одноразового прийому після окремого ризику, ніж регулярного використання антибіотика. Тому Доксі-ПЕП не відхилявся автоматично через те, що це антибіотик, але й не міг бути впроваджений без чіткої управлінської логіки.



«Як людина, не беручи до уваги, що я фахівець з АМР, то це гарна ідея. Але це має бути погоджено з лікарем. Постійне самостійне приймання антибіотика може призвести до резистентності. Якщо це одноразова екстрена ситуація – це нормально»

Стейкхолдер, Львів, державна інституція, програмно-управлінський профіль, до 5 років досвіду



«Перестороги стосовно розвитку антибіотикорезистентності більше стосувалися ідеї здійснення доконтактної профілактики. Це вже неправильний підхід, на мою думку»

Стейкхолдер, національний рівень, міжнародна інституція, програмно-управлінський профіль, 20+ досвіду



«У кожного лікаря виникає думка: «Резистентність, ай-яй-яй, ми втратимо доксициклін». Але це швидше емоційна реакція, ніж доказана. Доказати можна тільки тоді, коли побачимо статистику, а ми не маємо її»

Стейкхолдер, Львів, державна інституція, програмно-управлінський профіль, 10–19 років досвіду

Позиції щодо самого доксицикліну як основи Доксі-ПЕП були неоднорідними. Для частини лікарів його впізнаваність була перевагою: зрозумілий профіль безпеки, доступний у клінічній практиці. Для інших та сама впізнаваність викликала обережність, бо люди можуть легше знайти препарат або залишити таблетки після попереднього лікування. АМР-орієнтовані експерти додавали: доксициклін не слід описувати як «резервний» або автоматично заборонений – у логіці раціонального застосування він розглядається як препарат групи доступу. Але відносна доступність і впізнаваність роблять особливо важливим чіткі критерії, обмеження частоти і зв'язок з медичною оцінкою.



«Доксициклін – перший препарат в дерматології, який ми призначаємо для щоденного прийому і при акне, і при важких венеричних захворюваннях, якщо є алергія на інші препарати»

Лікар-дерматовенеролог, Київ, державний/комунальний ЗОЗ, 20+ років досвіду



«Ще немає доказової бази, що доксициклін перестав працювати і є велика резистентність. Поки він чутливий до бактерій, ми його використовуємо. Для цього робимо бакпосів. Тобто доксициклін не є проблемою»

Стейкхолдер, Львів, державна інституція, програмно-управлінський профіль, до 5 років досвіду

Гонорея найчастіше виводила обговорення за межі загальної прийнятності Доксі-ПЕП. Для сифілісу і хламідіозу профілактична логіка доксицикліну виглядала більш переконливою, тоді як гонорея одразу відкривала питання нижчої ефективності, АМР і меж між профілактикою та лікуванням. Дерматовенерологи особливо наголошували на потребі правильної діагностики і лікування, а частковий або некоректний прийом антибіотиків може ускладнити клінічну тактику. Водночас окремі національні експерти не розглядали резистентність гонореї як статичний аргумент проти Доксі-ПЕП, вказуючи на те, що поле лікування гонореї змінюється і фармацевтичні розробки можуть з часом запропонувати нові опції.



«Уже розробляються нові препарати – золіфлодацин, гепотидацин. Це будуть більш захищені препарати для лікування гонореї»

Стейкхолдер, національний рівень, академічна інституція, аналітично-дослідницький профіль, 20+ років досвіду (1)



«Знаю, що ведуться певні дослідження, щоб збільшити відсоток захищеності щодо ІПСШ і, зокрема, щодо гонореї. Розробляються й інші препарати і ведуться дослідження щодо їх удосконалення, але наявний і рекомендований поки що тільки доксициклін»

Представник ОКС, національний рівень, адвокація та спільнотна експертиза, 20+ років досвіду (2)

Побічні ефекти і переносимість доксицикліну зазвичай не були головними аргументами проти, але залишалися важливою частиною довіри до схеми. Більшість лікарів описували препарат як добре переносимий, особливо при одноразовому прийомі, хоча згадували такі побічні ефекти, як нудота, діарея, фоточутливість і різниця переносимості між виробниками. Для більшості ці ризики виглядали керованими за умови простої інструкції. Для НУО та ОКС важливо було, щоб така інформація була перекладена з медичної на зрозумілу звичайній людині мову. В цьому сенсі побічні ефекти були водночас клінічним і комунікаційним питанням.



«У мене багато пацієнтів лікували доксицикліном хворобу Лайма. Побічних ефектів небагато і небагато алергічних реакцій. Заміна була рідко, якщо, наприклад, з'являлися висипання на шкірі. Іноді була нудота, але в принципі доксициклін добре переноситься»

Лікар-інфекціоніст, Київ, державний/комунальний ЗОЗ, 20+ років досвіду



«У нас завжди один і той же ризик – неправильне використання. Тому завжди треба великими буквами писати на якомусь там флаєрі схему прийому препарату»

Представник ОКС, Одеса, адвокація та спільнотна експертиза, до 5 років досвіду



«Коли я кажу своїм клієнтам, що доксицикліном лікарі лікують акне і розацеа, що не треба ставити ярлики і боятися цього препарату, люди нормально реагують. Але якщо він буде просто десь у вільному доступі без пояснень – це вже інша ситуація»

Фахівець НУО, Одеса, клієнтський супровід у ВІЛ/ІПСШ-сервісах, 20+ років досвіду

Сумісність з ПрЕП, АРТ, гормональною терапією та іншими препаратами з'являлася як окрема умова прийнятності. Для користувачів ПрЕП і людей на АРТ важливо розуміти, чи не конфліктує доксициклін з основними препаратами; для транс*жінок ця тема була ще ширшою – гормональна терапія, антидепресанти, ліки для хронічних станів. Навіть якщо значущих взаємодій немає, респонденти зауважували, що людина має почути відповідь від фахівця, якому можна довіряти, а не залишатися з відчуттям, що її медикаментозне навантаження не врахували. У цьому контексті медична консультація щодо Доксі-ПЕП розглядалася як обов'язкова, оскільки саме лікарі зможуть врахувати максимальний спектр препаратів, поза ПрЕП і АРТ, які приймаються людиною, для прийняття рішення про призначення доксицикліну. Для самих же медиків визначення сумісності препаратів не сприймалося як значна перешкода, оскільки вони використовують профільні інтернет-ресурси для перевірки можливості поєднання різних діючих речовин, тобто у разі звернення пацієнта з певним медикаментозним навантаженням зможуть під час консультації перевірити всю необхідну інформацію.



«Радує те, що це антибіотик, який призначається лікарем. Лікар на своєму прийомі зможе оцінити препарати, які приймає людина, можливі взаємодії і у разі необхідності запропонувати розглянути інший варіант профілактики»

Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція, програмно-управлінський профіль, 5–9 років досвіду



«Якщо людина приймає декілька препаратів, включаючи антидепресанти, потрібне чітке інформування, аналіз і чітка інструкція, з чим можна приймати доксициклін, а з чим – ні»

Представник ОКС, Одеса, координація спільнотних програм, до 5 років досвіду



«Перш ніж призначати, треба зайти на [назва інтернет-ресурсу], ввести назву діючої речовини і подивитися можливі взаємодії. Заходите на сайт, вводите міжнародну назву доксицикліну і міжнародну назву того препарату, який приймає клієнт, і знаходите інформацію про сумісність»

Лікар-інфекціоніст, Київ, приватний ЗОЗ, 10–19 років досвіду

Поведінкова компенсація звучала як застереження, але не як достатня причина, щоб відмовитися від Доксі-ПЕП. Частина медиків і стейкхолдерів припускала, що додаткова профілактична опція може зменшити використання презервативів серед людей, які вже приймають ПрЕП і сприймають ВІЛ як контрольований ризик. НУО та ОКС ставилися до цього обережніше, нагадуючи, що частина людей уже не використовує презервативи послідовно і завдання сервісу – не моралізувати, а зменшити шкоду в реальних практиках. Ризик компенсації, таким чином, має враховуватися через комунікацію і консультування, а не через стигматизуючу відмову в наданні послуги.



«Людина, яка й так не використовувала презерватив, вона і не буде його використовувати. То краще мати профілактичний засіб. Питання в тому, як його поширювати, щоб це не викликало бажання відмовитися від презерватива тих, хто боявся заразитися ІПСШ? Це відкрите питання. Думаю, тут має бути чітка інформація: доксицифлін – це удар по сифілісу і хламідіях, а щодо гонореї – захисту не гарантує. А як інакше? Брехати, що він захищає від усього? Якщо ми почнемо брехати в спільноті, то й довіра до нас буде мінімальною»

Представник ОКС, національний рівень, адвокація та спільнотна експертиза, 20+ років досвіду (2)



«Неможливо примусити людину, яка навчена дбати про себе, зняти презерватив... Навіть якщо дати їй тисячу різних варіантів пігулок і сказати: «А давай без презерватива, ось є така чарівна пігулка» – ні, така людина має вже свою поведінкову систему»

Фахівець НУО, Львів, клієнтський супровід і координація програм, 20+ років досвіду

Отже, застереження не заперечували Доксі-ПЕП, а окреслювали умови його прийнятності. Респонденти загалом бачили потенційну користь, але послідовно поверталися до визначених меж: коли це профілактика, а коли лікування; коли епізодичний прийом стає занадто частим; як врахувати гонорею і ризики АМР; як пояснити побічні ефекти і сумісність; як не допустити самопризначення і як говорити про ризик без моралізації. Доксі-ПЕП поставав прийнятним для більшості респондентів як контрольована, зрозуміло пояснена і пов'язана з тестуванням післяконтактна практика, де медичне рішення, підтримка з боку НУО та ОКС і чіткий менеджмент програми мають працювати разом.

4.4. Програмна та системна здійсненість впровадження Доксі-ПЕП

4.4.1. Стратегічна та нормативна готовність

Готовність української системи до Доксі-ПЕП респонденти описували як нерівну: практична основа для контрольованого пілотування вже існує, але повна нормативна, діагностична й епідагледова рамка ще не сформована. Найбільш готовими виглядали ті складові системи, які пов'язані з ВІЛ-профілактикою, ПрЕП, АРТ, тестуванням, НУО-навігацією та підтримкою ОКС. Найменш готовими залишаються компоненти, пов'язані з бактеріальними ІПСШ: регулярна діагностика гонореї та хламідіозу, рутинний облік ІПСШ серед ключових груп, зв'язок між приватним сектором і епідагледом, лабораторний моніторинг чутливості та практична інтеграція ІПСШ у ширшу АМР-рамку. Україна виглядає не як повністю «готова» або «неготова» до Доксі-ПЕП, а як система, у якій є достатня сервісна адаптивність для обережного пілоту, але недостатньо структурована готовність для негайного широкого впровадження.

ВІЛ-система найчастіше фігурувала як найбільш реалістична основа для першого етапу. Навіть в умовах війни вона зберегла ключові елементи: АРТ, ПрЕП, тестування, роботу з НУО, маршрутизацію клієнтів, доставку препаратів і можливість отримувати послуги не лише за місцем реєстрації. ПрЕП уже створила практичний простір для розмови про сексуальний ризик, регулярні візити і біомедичну профілактику. Тому Доксі-ПЕП найчастіше уявлявся не як окрема нова вертикаль, а як інтервенція, яка може спиратися на вже наявну ВІЛ/ПрЕП/АРТ-інфраструктуру. Водночас ця інфраструктура не може автоматично компенсувати слабші компоненти ІПСШ-системи.

Найбільш очевидна системна прогалина стосувалася не лише ІПСШ-нагляду, а ширшої відсутності ІПСШ як самостійного напрямку громадського здоров'я. Респонденти неодноразово протиставляли відносно структурований ВІЛ-нагляд значно слабшому обліку сифілісу, гонореї та хламідіозу. Нагляд за ІПСШ вигля-



дав більш пасивним, фрагментованим і залежним від того, хто саме тестує, лікує і повідомляє про випадок: частина даних може залишатися в приватному секторі, частина не містить інформації про сексуальні практики або контекст ризику, а частина стає видимою лише під час активного скринінгу. Через це офіційні показники ІПСШ не завжди є достатньою основою для оцінки реальної потреби в Доксі-ПЕП або для планування впровадження.



«Немає національної відповіді на ІПСШ як окремої програми. У нас є клінічний протокол, у нас є лікарі, які займаються безпосередньо лікуванням. Спектр цих фахівців достатньо великий: це гінекологи, урологи, сексологи і ще багато хто інший. Я не можу сказати, що в нас є якась програма національної відповіді на ІПСШ, бо ми не розглядаємо ІПСШ як загрозу громадському здоров'ю»

Стейкхолдер, національний рівень, міжнародна інституція, програмно-управлінський профіль, 20+ досвіду



«Тема ІПСШ майже не присутня в порядку денному. Сфера ВІЛ у нас дуже сильно розвивалася завдяки міжнародному фінансуванню. Були гранти Глобального фонду, PEPFAR, і за рахунок цього дуже розвинулась спільнота програмних діячів, науковців, фахівців з моніторингу та оцінки, епідеміологія розвинулась завдяки цьому. Але все воно було в основному в руслі ВІЛ. ІПСШ десь поряд трошки зачіпалося, тому що вони пов'язані з ВІЛ, але окремо по ІПСШ таких ініціатив не було. Тому й такої експертизи саме по ІПСШ я не бачу в Україні»

Стейкхолдер, національний рівень, академічна інституція, аналітично-дослідницький профіль, 20+ років досвіду (2)

Ця слабка програмна видимість не означала повної відсутності окремих ініціатив або документів. Деякі респонденти згадували маршрути, пов'язані з сифілісом, мультитестами або донорськими програмами, а також роботу над дорожньою картою з елімінації ВІЛ, вірусних гепатитів і сифілісу. Водночас ці приклади частіше описувалися як часткові, прив'язані до ВІЛ- або донорських маршрутів, а не як цілісна національна рамка профілактики, діагностики і нагляду за ІПСШ.



«Я не зустрічала в документах згадки про ІПСШ... Якщо, наприклад, і згадується, то це лише стосовно вагітних. Обстеження вагітних на сифіліс, більше акцент у такому плані. І все. Маршрут пацієнта був один саме по сифілісу, був з подачі [назва донора], бо ми мали мультитести. І відповідно був розроблений маршрут по ВІЛ, гепатитах і сифілісу. Але знову ж таки, тільки задіяні заклади, які отримують від [назва донора] тести, не на загал»

Стейкхолдер, Львів, державна інституція, програмно-управлінський профіль, 10–19 років досвіду



«Створена окрема робоча група щодо розробки дорожньої карти з елімінації ВІЛ, вірусних гепатитів та сифілісу в Україні. Наразі ця дорожня карта опрацьовується, щоб її затвердити на рівні МОЗ, а далі вже будуть свої дорожні карти затверджуватися на рівні департаментів охорони здоров'я. Якщо взяти стандарти ВІЛ, там чітко прописано і доконтактну профілактику, і постконтактну профілактику. Тому за такою аналогією, я думаю, потрібно діяти і щодо ІПСШ»

Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція, програмно-управлінський профіль, 20+ років досвіду (2)

Регіональні фахівці додавали конкретний рівень організаційної нерівності. У деяких регіонах облік ІПСШ описувався як такий, що лише перебудовується після реформування дерматовенерологічної служби. Частина респондентів говорила про нові або відновлені форми обліку, електронні елементи звітності або очікування кращих порівняльних даних у наступні роки. Водночас йшлося передусім про реєстрацію випадків, а не про активний аналіз ризику, контакт із ключовими групами або можливість швидко використовувати інформацію для планування нової профілактичної інтервенції. Для Доксі-ПЕП це означає, що



навіть покращення ІПСШ-звітності автоматично не створює дані, потрібні для відбору пілотних маршрутів або управління ризиками. Крім того, лікарі, фахівці НУО та представники ОКС наголошували на наслідках реорганізації дерматовенерологічної служби, зокрема у контексті недоступності послуг з діагностики та лікування через високу вартість.



«У нас наразі статистика за цими нозологіями майже відсутня. Заклади охорони здоров'я вже не звітують про ІПСШ. Вони ведуть свою статистику, до нас вона не потрапляє. Я так думаю, що це внаслідок реформування служби шкірвендиспансерів, які дійсно займалися цим питанням. Там були звіти, вони комунікували з кожним закладом охорони здоров'я, з кожним вузьким фахівцем і брали інформацію про кожен випадок. Гонорея, сифіліс – було обов'язкове звітування. Зараз це все заглохло. Це лікується у будь-якого вузького фахівця, вони ніде не фіксують. Тобто прогалина в тому, що просто кожен сам по собі»

*Стейкхолдер, Одеса, державна інституція,
аналітично-дослідницький профіль, 20+ років досвіду*



«У нас проблема з клініками ІПСШ, шкірвендиспансерами, особливо з державними, яких, мабуть, вже й не існує. Реструктуризація, оптимізація, і що? Вони фактично зникли. Коли окремі були, принаймні у нас були довірені лікарі, ми відправляли до них пацієнтів і були впевнені, що там нададуть допомогу. А потім все це зникло і обмежило доступ до лікування ІПСШ»

*Представник ОКС, національний рівень,
адвокація та спільнотна експертиза, 20+ років досвіду (2)*

Діагностична готовність була ще однією слабкою ланкою. Швидкі тести на ВІЛ, сифіліс і гепатити вже широко використовуються, тому саме ці інфекції частіше входять до рутинної профілактичної розмови. Натомість гонорея і хламідіоз потребують інших діагностичних ресурсів: лабораторій, полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), мазків або зразків з різних анатомічних локалізацій і тому значно рідше потрапляють у поле систематичного скринінгу. Однак навіть щодо сифілісу, де швидкий тест вже є частиною ПрЕП-маршруту, стандарт медичної допомоги «ВІЛ-інфекція» передбачає його проведення як можливість, а не як вимогу чи обов'язковість, а медичні фахівці наголошували на відсутності тестів на сифіліс. Для Доксі-ПЕП це створює важливе структурне обмеження: інтервенція може бути відносно легко інтегрована у ВІЛ/ПрЕП-маршрут на рівні консультування, але залишатися слабше пов'язаною з діагностикою тих бактеріальних ІПСШ, де стандартні швидкі тести недостатні або недоступні.



«Якщо брати обстеження на інші інфекції, такі як хламідіоз або інші ІПСШ, якщо це стосується клієнтів ДКП, то, на жаль, у нас немає можливості забезпечити цих клієнтів на безкоштовній основі додатковим обстеженням на гонорею або хламідіоз. Є такий запит від клієнтів, але з точки зору фінансування на даному етапі ми не можемо його покрити. Ми можемо покрити обстеження на сифіліс, але на інші ІПСШ – не можемо»

*Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція,
програмно-управлінський профіль, 5–9 років досвіду*



«Тестування на ВІЛ, сифіліс та гепатити В і С – тут дуже добре, дуже добре такі мультитести. Воно і зручно, і результат такий одразу по різних інфекціям. На жаль, по інших інфекціях у нас немає таких можливостей і таких швидких тестів. Найпоширеніша інфекція ІПСШ – це хламідія, гонорея на другому місці. Це залишається за бортом. Тут або ПЛР, або бактеріальна діагностика, мікробіологічні підходи... У нас або ПЛР, або мікроскопія мазків, або бактеріологічні посіви, або аналіз сечі»

*Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція,
програмно-управлінський профіль, 20+ років досвіду (1)*



«Державний стандарт ПрЕП не передбачає обов'язкове тестування на ІПСШ. А якщо не передбачають, то в нашій країні не зобов'язані – значить не треба. А раніше, коли ми пілотували, то брали тест на сифіліс, і дуже багато людей дізнавалися, що вони хворіють»

*Представник ОКС, національний рівень,
координація спільнотних програм, 20+ років досвіду*



«У нас були розширені тести для тих, хто отримує ПрЕП, то ми їх тестували раз на три місяці чи після місяця лікування. Зараз у нас тільки гепатити і ВІЛ, сифілісу немає»

Лікар-інфекціоніст, Київ, державний/комунальний ЗОЗ, 20+ років досвіду

Гонорея особливо чітко показувала межі стратегічної готовності. У розмовах про Доксі-ПЕП вона з'являлася, з одного боку, як інфекція з нижчою і менш стабільною ефективністю доксицикліну, з іншого – як приклад того, де система потребує кращої лабораторної і АМР-інфраструктури. АМР-нагляд, що активно розвивається в Україні, у відповідях фахівців частіше був пов'язаний з лікарнями, вогнепальними пораненнями, септичними станами і госпітальною резистентністю, ніж із ІПСШ або доксицикліном. Це показує, що наявна АМР-система не є нерелевантною для Доксі-ПЕП, але потребує адаптації до контексту профілактичної інтервенції в сексуальному здоров'ї.



«Я ніколи не чула, щоб збудники специфічних захворювань, таких як гонорея, ставали нечутливими до антибіотиків і щоб це було проблемою в лікуванні. У нас викликають більше занепокоєння умовно-патогенні мікроорганізми, які мають дуже високий потенціал до формування антибіотикорезистентності. Це патогени групи ESKAPE. Я на дослідження не натрапляла і від колег-інфекціоністів не чула, щоб вони стикалися з резистентністю»

*Стейкхолдер, Одеса, державна інституція,
аналітично-дослідницький профіль, 20+ років досвіду*



«Тут питання пріоритетів і серйозності цього питання на сьогодні. Є питання, які з точки зору антибіотикорезистентності зараз стратегічно важливіші. Це, наприклад, резистентні штами, які пов'язані з війною. Поранені отримують допомогу на різних етапах, і я розумію людей, які надають цю допомогу, тому що їхня задача – врятувати життя. Але потім, як наслідок, ми матимемо велику кількість резистентних штамів. І це пріоритетний напрямок»

*Стейкхолдер, національний рівень, міжнародна інституція,
програмно-управлінський профіль, 10–19 років досвіду*

Водночас обмеження АМР-інфраструктури стосувалися не лише фокусу на госпітальних інфекціях. Частина фахівців описувала АМР як тему, яка формально присутня в системі, але не завжди практично вбудована в рутинне клінічне прийняття рішень: визначення чутливості до антибактеріальних препаратів перед початком терапії не є повсюдною практикою, особливо поза великими закладами. Для Доксі-ПЕП це означає, що потенційний пілот не може спиратися на припущення про наявність лабораторного підтвердження чутливості як стандартної частини маршруту.



«Антимікробна резистентність, якщо зовсім бути відвертим, достатньо химерна штука для практиків. Дуже мало закладів у Львові, і наш, напевно, не надто активно, взагалі визначають резистентність перед початком антимікробної терапії, взагалі чутливість до антибактеріальних препаратів. Тому я б сказала, що скоріше сумно, ніж весело і радісно з цього приводу»

*Стейкхолдер, Львів, державна інституція,
програмно-управлінський профіль, 10–19 років досвіду*



«Якщо на національному рівні, може, в Києві, все ж таки можуть такі тести на чутливість до антибіотиків робити, а на рівні регіону, району, фельдшерських пунктів – це апіорі ні. Призначили, йди в аптеку, купи препарат, лікуйся. Це, може, тільки в приватних клініках якихось робиться, на національному рівні – це максимум»

Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція, програмно-управлінський профіль, 20+ років досвіду (1)

Нормативна готовність до Доксі-ПЕП виглядала частковою і неоднаково інтерпретованою. Стандарт медичної допомоги «ВІЛ-інфекція» 2025 року вперше створив часткове нормативне вікно: у ньому згадана можливість консультування ЧСЧ із повторними ІПСШ щодо післяконтактного прийому доксицикліну в межах ПрЕП-супроводу. Окремі державні стейкхолдери трактували цю згадку як достатню підставу для призначення. Водночас інші респонденти наголошували, що вона не визначає дозування, критеріїв кандидатності, частоти, моніторингу, маршруту при симптомах або відповідальності різних акторів. Через це частина медиків могла знати про можливість підходу, але не відчувати достатньої професійної впевненості для рутинного застосування. Інші орієнтувалися на міжнародні рекомендації, що радше підкреслювало нерівність індивідуальних рішень, ніж наявність єдиної рамки. Національна ВІЛ-рамка відкриває важливе нормативне вікно для Доксі-ПЕП, але сама по собі не вирішує, як цей підхід має працювати як керована і відтворювана послуга.



«Є міжнародні рекомендації, вони знаходяться в доступі. Будь-який лікар може мати доступ до протоколу CDC, який рекомендує доксициклін як постконтактну профілактику. Базуючись на цьому протоколі, лікар має повне право його використовувати, призначати в постконтактну профілактику доксициклін»

Стейкхолдер, національний рівень, міжнародна інституція, програмно-управлінський профіль, 20+ досвіду



«Те, що в нас є можливість використовувати не тільки українські гайдлайни, якщо немає наших, то це бонус, і мені доводиться так викручуватися. Але для призначення офіційного, щоб потім не виникало питань, бажано все-таки мати свої керівництва і рекомендації, щоб не виникало цих юридичних колізій»

Лікар-інфекціоніст, Київ, державний/комунальний ЗОЗ, 10–19 років досвіду (1)



«Навіть якщо зараз ЦГЗ внесе чергову зміну в порядок надання послуг профілактики ВІЛ, і внесе там так само, як у медичний стандарт, оцей пункт про доксициклін з трьох рядочків, чи приведе це до результату? Для мене – ні. Це добре, що зараз є в стандарті медичної допомоги «ВІЛ-інфекція» цей пункт в консультуванні по ДКП. Але давайте проведемо мінідослідження: хто з лікарів зараз читає ці стандарти і знає, що він, призначаючи ДКП, має також консультувати по доксицикліну?»

Представник ОКС, національний рівень, адвокація та спільнотна експертиза, 5–9 років досвіду

Міжнародна доказова база сприймалася як необхідна, але не достатня для впровадження в Україні. Респонденти визнавали значущість міжнародних досліджень і рекомендацій, однак наголошували, що їх не можна механічно перенести в контекст із поширеним самостійним використанням антибіотиків, нерівною лабораторною доступністю, слабкою ІПСШ-діагностикою і обмеженою видимістю приватного сектору. Локальна адаптація має перевірити, як клінічна схема Доксі-ПЕП може функціонувати в українських сервісних, воєнних і спільнотних умовах.



«Вивчати досвід інших країн – це не просто взяти модель Тайланду і перенести її в Україну, чи модель Сполучених Штатів перенести в Україну, а все-таки шукати контекст, який буде більш схожий на той контекст, в якому ми живемо»

Стейкхолдер, національний рівень, міжнародна інституція, програмно-управлінський профіль, 10–19 років досвіду



Воєнний контекст робив готовність системи ще більш неоднорідною. ВІЛ-сервіси змогли адаптуватися через доставку препаратів, дистанційний супровід і гнучкі маршрути, і цей досвід може бути корисний для Доксі-ПЕП. Водночас війна посилювала кадровий дефіцит, вигорання, переміщення населення і мобілізаційні страхи. Частина ЧСЧ і транс*жінок стала менш досяжною через страх перед ТЦК або небажання з'являтися в офіційних установах. Навіть за наявності протоколу Доксі-ПЕП не буде однаково досяжним у різних містах і для різних підгруп.



«За рахунок міграції втрачається зв'язок з нашими клієнтами. Попередні роки вони були на місці, під контролем і набагато відкритіші до контакту з нами. Зараз багато їх повийжджало. Ті, хто залишився в Україні, – з ними простіше вийти на зв'язок. Ті, що виїхали за кордон, з тими зв'язок переважно втрачається. На доступ до цільової групи впливає і мобілізація. Чоловіче населення неохоче йде на зустріч, навіть якщо наші мобільні бригади приїжджають у віддалені райони»

Стейкхолдер, національний рівень, громадська організація, програмно-управлінський профіль, 10–19 років досвіду



«Основна вибірка наших клієнтів – це чоловіки в тому чи іншому вигляді документально, до яких має інтерес держава як до мобілізаційного контингенту. Тому групи стали досить закритими, люди переходять більше на онлайн і менше на візуальні контакти з організаціями, соціальними працівниками. Нам стало набагато важче, ми не маємо достатньої мотивації, люди не пересуваються вільно містами і це впливає на виявлення, на якісь медичні послуги»

Представник ОКС, національний рівень, координація спільнотних програм, 10–19 років досвіду

Регіональні відмінності підтверджували, що готовність не можна оцінювати загальною для України. У великих містах вже є ВІЛ-сервіси, НУО, приватні лабораторії та досвід роботи з ключовими групами, але навіть там респонденти описували різні слабкі місця: в одних сильніший ПрЕП-маршрут, але слабша ІПСШ-діагностика; в інших є активні НУО, але бракує дружніх дерматовенерологів. Поза межами великих міст ці проблеми гостріші, особливо поблизу зони бойових дій. Готовність до Доксі-ПЕП залежить від конкретної конфігурації сервісів, лабораторій, НУО, ОКС і лікарів у кожному місці.

З відповідей респондентів вимальовується система, у якій Доксі-ПЕП можна пілотувати, але не можна просто «додати» до наявних послуг без підготовки. ВІЛ/ПрЕП-інфраструктура, НУО, ОКС та дружні лікарі створюють практичну основу для першого етапу. Водночас ІПСШ-нагляд, діагностика гонореї та хламідіозу, зв'язок з приватним сектором і нормативна деталізація залишаються нерівномірно розвиненими. Стратегічна готовність достатня для контролюваного пілоту в обраних маршрутах і територіях, але потребує додаткових рішень перед тим, як Доксі-ПЕП може бути розглянутий як ширша національна практика.

4.4.2. Інтеграція в сервіси та маршрути впровадження

Респонденти майже не описували Доксі-ПЕП як послугу, яку варто запускати окремо від наявних маршрутів щодо ВІЛ, ІПСШ і спільнотної підтримки. У відповідях він радше «прикладався» до тих точок системи, де вже є контакт із людьми, які мають сексуальні ризики: ПрЕП-сервіси, АРТ-супровід, дружні ВІЛ-клініки, кабінети довіри, дерматовенерологічні консультації, НУО-навігація і спільнотні канали. Кожна точка входу має власні переваги і межі: ВІЛ-сервіси мають довіру і профілактичну логіку, але не завжди достатню ІПСШ-діагностику; дерматовенерологи мають компетенцію щодо ІПСШ, але не завжди є дружнім маршрутом для ЧСЧ і транс*жінок; НУО й ОКС мають довіру, але не можуть замінити медичне рішення щодо антибіотика. Здійсненість Доксі-ПЕП залежить від здатності поєднати кілька маршрутів у керовану гібридну модель.



ПрЕП-сервіси найчастіше виглядали як найбільш природна стартова точка. Лікарі, які працюють з ПрЕП, уже звикли говорити з клієнтами про секс, тестування і препарати, а НУО також бачили ПрЕП як маршрут, де людина вже прийняла ідею біомедичної профілактики. Для частини національних експертів ПрЕП-інфраструктура була найбільш готовою платформою – вона має стандарти, координацію, навчання і досвід залучення ЧСЧ. Проте респонденти не зводили Доксі-ПЕП до «додатку до ПрЕП»: люди на АРТ, транс*жінки поза ПрЕП-маршрутами, клієнти НУО або ті, хто звертається до приватних лікарів, також можуть мати релевантний ризик. ПрЕП поставав не як єдиний критерій доступу, а як найбільш готовий канал для першого етапу.



«В першу чергу, я думаю, можна було б залучити заклади, які надають послуги доконтактної профілактики інфікування ВІЛ. Це вже навчені фахівці, вони працюють з профілактикою, знають, як оцінити ризики інфікування щодо ВІЛ, так само зможуть оцінити ризики щодо інфекцій, які передаються статевим шляхом»

*Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція,
програмно-управлінський профіль, 5–9 років досвіду*

АРТ-супровід також розглядався як потенційна точка входу, хоча менш очевидна для частини респондентів. Люди, які живуть з ВІЛ, мають невизначуване вірусне навантаження, але продовжують мати незахищені контакти або повторні ІПСШ, можуть потребувати Доксі-ПЕП незалежно від ВІЛ-статусу. Відповіді респондентів у цьому підкреслювали ширшу логіку: Доксі-ПЕП має прив'язуватися до ризику ІПСШ, а не до ВІЛ-статусу як такого.



«Раз ми вже виявили, що в людини є ІПСШ і вона отримує АРТ, то чому не запропонувати їй Доксі-ПЕП так само, якщо є ризики?»

Фахівець НУО, Київ, координація програм, 10–19 років досвіду

Маршрут з НУО-навігацією виглядав особливо важливим там, де йшлося про реальну досяжність послуги. Соціальні та аутріч-працівники описували ситуації, у яких клієнт після ризикованого контакту звертається до знайомого працівника НУО, а не до лікаря – бо боїться державного закладу, не має дружнього лікаря або не хоче пояснювати свій сексуальний досвід. У таких ситуаціях НУО може стати першим безпечним входом у маршрут, але як самі фахівці НУО, так й інші групи респондентів не бачили НУО як місце призначення антибіотика. Роль НУО полягала в тому, щоб розпізнати тип запиту, відрізнити післяконтактний ризик від симптомів, скерувати до дружнього лікаря і підтримати повернення людини до сервісу. Сервісна модель при цьому має чітко зберігати межу між спільотною підтримкою і медичним рішенням.



«Точно мають бути залучені організації, які працюють з ключовими групами. Тому що більше довіри до них, ніж до медичних працівників. Лікар – не той, до кого йдуть в першу чергу»

*Стейкхолдер, Львів, державна інституція,
програмно-управлінський профіль, 10–19 років досвіду*



«Якщо наші цільові групи вже в полі зору неурядових організацій, які пропонують якісь пакети послуг, то додати туди Доксі-ПЕП – це найбільш виправданий варіант. Ми й так розуміємо цього клієнта, розуміємо більш-менш його поведінку і можемо передбачити, чи потрібно цій людині пропонувати цю послугу. І ми вже в контакті з нею, тобто є певний рівень довіри»

*Стейкхолдер, національний рівень, громадська організація,
аналітично-дослідницький профіль, 20+ років досвіду*



«Обов'язково мають бути навчені соціальні працівники і соціальний супровід за принципом рівний–рівний до довірених лікарів, які будуть видавати Доксі-ПЕП. Ось так, як держава робить з ін'єкційним ПрЕП зараз: препарат просто наявний у ЗОЗ. Вони кажуть: «Треба їм? Хай приходять». А ніхто не приходить, дуже мало таких. Приходять в основному ті, які вже отримували в пілотному проєкті. Ніхто не хоче, бо немає соціального супроводу, в чергах ніхто не хоче стояти, до того ж стигма»

Представник ОКС, національний рівень,
адвокація та спільнотна експертиза, 20+ років досвіду (2)



«Ось що для мене важливо – так це про дружній простір, де ти можеш бути собою, де ти можеш прийти і розповісти. Ти ж не прийдеш до сімейного, не скажеш про таку деталь. Тут ідея в людяності»

Представник ОКС, національний рівень, координація спільнотних програм, 5–9 років досвіду



«Дуже часто соціальні працівники є таким собі місточком між клієнтом і лікарем. Людина, яка заходить в НУО і розуміє, що вона прийшла до людини, – вирівнюються стосунки, клієнт нам довіряє»

Фахівець НУО, Одеса, клієнтський супровід у ВІЛ/ІПСШ-сервісах,
20+ років досвіду

ОКС додавали до маршруту спільнотну легітимність. Частина людей може не довіряти ані лікарям, ані великим НУО, але прислухатися до рівних консультантів або активістів. Це особливо важливо для транс*людей, людей з прихованою ідентичністю або тих, хто не хоче одразу ідентифікувати себе як ЧСЧ, транс*людину чи секс-працівника. ОКС можуть допомогти розпізнати, коли ситуація потребує медичної консультації, пояснити базову логіку Доксі-ПЕП і скерувати до дружнього сервісу. Водночас самі ОКС бачили ризик: без чіткої рамки спільнотні канали можуть поширити спрощену схему прийому без умов, тестування і медичної оцінки.



«За потреби – беремо за ручку людину і ведемо її до лікаря. Якщо вона не хоче, щоб її брали за ручку, то записуємо її до лікаря або робимо їх конект»

Представник ОКС, Львів, спільнотна навігація та підтримка, 5–9 років досвіду

Дерматовенерологічний маршрут був необхідним, але не завжди зручним першим входом. Дерматовенерологи мають ключову компетенцію щодо симптомів, діагностики, лікування і відмежування профілактики від терапії. Для частини ЧСЧ і транс*жінок, однак, цей маршрут може асоціюватися зі стигмою, чергами або розкриттям ідентичності. Тому дерматовенерологія в інтерв'ю виглядала радше як клінічна опора маршруту, ніж як обов'язковий перший крок: людина може звернутися через ПрЕП-сервіс або НУО, але повинна мати швидке скерування до ІПСШ-фахівця при наявності симптомів або позитивному тесті.



«Вузькі спеціалісти отримують вже пацієнтів, які захворіли. Ніхто не піде до венеролога за профілактикою, поки нічого не сталося. Якщо це людина, яка може мати ризиковану поведінку, то точно вузький спеціаліст до неї не дістанеться і не достукається»

Стейкхолдер, Львів, державна інституція,
програмно-управлінський профіль, 10–19 років досвіду



«Прийти до нас і сказати, що я вчора був на рейві, у мене там незахищений секс, – більш імовірно, що людина прийде до нас і це скаже, ніж піде у той самий шкірвендиспансер»

Представник ОКС, Львів, спільнотна навігація та підтримка, 5–9 років досвіду



«Від нас йде точка відліку, тому що сифіліс лікує тільки дерматовенеролог. Гонорею у чоловіків – уролог. У мене немає права лікувати ІПСШ, я можу лише рекомендувати. Якщо профілактика – це одна справа, якщо лікування – це вже їхня парафія»

Лікар-інфекціоніст, Київ, державний/комунальний ЗОЗ, 10–19 років досвіду (1)

Зв'язок з ІПСШ-діагностикою був однією з головних умов реалістичного маршруту. Швидке тестування на ВІЛ, сифіліс і гепатити вже інтегровано в сервіси, тоді як діагностика гонореї та хламідіозу залишається складнішою. Для Доксі-ПЕП це означає практичну проблему: послуга може бути легко вбудована у ПрЕП-маршрут на рівні консультації, але не завжди мати достатню діагностичну підтримку для тих ІПСШ, де потрібні ПЛР або мазки, або окремі швидкі тести. Тому інтеграція Доксі-ПЕП у сервіс у відповідях завжди передбачала не лише видачу або призначення препарату, а й зрозумілий маршрут тестування.



«Якщо клієнта обстежують на сифіліс і бачать позитивний результат, медичний фахівець має перенаправити його далі за спеціалізованою допомогою до лікаря-дерматовенеролога. На жаль, так відбувається не завжди. Лікар може сказати: «Будь ласка, звернись до...», але не може достовірно знати, що клієнт дійсно звернувся за допомогою»

Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція, програмно-управлінський профіль, 5–9 років досвіду



«Хотілося б мати більш гарантований доступ для таких пацієнтів до дерматовенеролога. Пацієнт, який прийшов до нас, у приватну клініку, не горить бажанням звертатися в державний заклад для отримання лікування по ІПСШ. Той самий висип і решту треба подивитися»

Лікар-інфекціоніст, Київ, приватний ЗОЗ, 5–9 років досвіду

Післяконтактне часове вікно робило маршрут Доксі-ПЕП принципово іншим, ніж плановий візит за ПрЕП або АРТ. Людина може потребувати відповіді вночі, у вихідні, після вечірки або в умовах, коли транспорт, комендантська година чи страх перед ТЦК ускладнюють пересування. НУО й ОКС мають перевагу щодо швидких і довірених каналів зв'язку, тоді як медичні заклади не завжди можуть реагувати в потрібному часовому вікні. Саме тому частина респондентів говорила про потребу онлайн-консультацій, попередньої оцінки ризику, електронного рецепта або обмеженого доступу до препарату для людей, які вже пройшли медичну оцінку.



«Якщо людина вночі написала, що щось сталося після контакту, – то вона ж не піде зранку записуватися до лікаря і потім чекати тиждень. Тут потрібна реакція в ту саму ніч або вранці»

Фахівець НУО, Одеса, клієнтський супровід у ВІЛ/ІПСШ-сервісах, 20+ років досвіду

Дистанційні й гнучкі формати надання послуги здавалися практично релевантними через досвід війни. ВІЛ-сервіси та НУО вже практикували доставку препаратів, дистанційний супровід і онлайн-зв'язок, і цей досвід показував, що медико-соціальні маршрути можуть функціонувати поза очним візитом. Для Доксі-ПЕП це відкривало можливість швидкої консультації або навігації після ризику. Водночас дистанційний формат не описувався, особливо лікарями, як повна заміна клінічному маршруту: при симптомах, позитивному тесті, повторних ІПСШ або частих запитах дистанційна консультація має переводити людину в очну або лабораторну діагностику. Окремі респонденти також ставили під сумнів варіант відправки доксицикліну поштою: з одного боку, це хороший варіант дістатися до тих потенційних користувачів, які мають потребу в Доксі-ПЕП, але з тих чи інших причин не відвідують заклади, та скоротити нерівність між жителями міст і віддалених районів, з іншого – з програмної точки зору вартість відправки доксицикліну може бути дорожчою за саму ціну препарату в аптеці.



«Телемедицина важлива. Чоловіки через страх перед ТЦК не завжди можуть виходити з дому. Неурядові організації долучаються, є послуги транспортування, доставки ліків. Якщо є можливість зменшити навантаження для пацієнтів, які бояться зайвий раз звернутися, – ми це робимо»

Сімейний лікар, Львів, державний/комунальний ЗОЗ, 20+ років досвіду



«Онлайн можна тільки в екстрених випадках, коли дійсно людині дуже погано, а на тому боці є медпрацівник, який щось порадить. Але... Ось людина сфоткала тобі щось і питає: «Що це?..» Що я можу віповісти? Це просто неможливо. Мені треба побачити тіло, оглянути людину... Інакше як?»

Лікар-дерматовенеролог, Одеса, державний/комунальний ЗОЗ, 5–9 років досвіду



«Я б обов'язково розглядав цифрові платформи, щоб подолати бар'єр відсутності кваліфікованих кадрів, перевантаженості системи. У громадській охороні здоров'я не працює логіка «лікар сидить в кабінеті, хто прийшов, того він і обслуговує», тому що люди, які потребують послуги, не приходять або приходять надто пізно. Але тут є питання скринінгу: чи можливий адекватний скринінг заочно. Препарат можна надіслати поштою, питання в тому, як ми будемо контролювати його прийом»

Стейкхолдер, національний рівень, громадська організація, аналітично-дослідницький профіль, 20+ років досвіду

Первинна медична ланка як потенційний надавач послуг з Доксі-ПЕП оцінювалася неоднозначно. Теоретично сімейні лікарі могли розширити географію Доксі-ПЕП, але більшість респондентів не описувала звичайну первинну ланку як готовий маршрут. Сімейні лікарі можуть не мати досвіду розмови про анальний секс, хімсекс або транс*специфічні потреби, а в малих громадах не є конфіденційним простором. Більш реалістичним виглядало залучення окремих навчених і дружніх лікарів, які працюють у зв'язці з ВІЛ-сервісами, НУО, ОКС і дерматовенерологами.



«Ми знаємо, що багато перекидається на первинну ланку. Але з нашого досвіду по антиретровірусній терапії, лікуванню туберкульозу ми не побачили такого великого вкладу первинки в цей процес. Якщо це сімейний лікар загального профілю, який до цього питання взагалі не дотичний, то дуже мало ймовірно, що він буде на цьому фокусуватися. Але так, як працює система зараз, це все-таки дерматовенерологи, інфекціоністи – вони більш дотичні до процесу лікування ІПСШ, і, відповідно, до профілактики»

Стейкхолдер, національний рівень, міжнародна інституція, програмно-управлінський профіль, 10–19 років досвіду



«Майже ніхтої з ЧСЧ до сімейного лікаря за тестуванням не звертається. Бо під час скринінгу вони бояться розголошувати свою сексуальну орієнтацію. Доступ номінально є, а фактично його немає, бо до них не звертаються»

Фахівець НУО, Одеса, координація програм, 5–9 років досвіду



«Якщо зобов'яжуть саме сімейних лікарів випусувати рецепт на доксициклін, це проблема. Людина запишеться і може й два, і три тижні чекати на прийом. П'ять разів по 72 години може пройти, перш ніж вона туди потрапить. І сімейні лікарі часто взагалі не в курсі ВІЛ... Я вже не говорю про гомофобію, трансфобію»

Представник ОКС, національний рівень, адвокація та спільнотна експертиза, 20+ років досвіду (2)



«Сімейний лікар також має бути обізнаний, як ключова фігура. Але тут можемо і наштотхнутися... Це антибіотик, потрібен рецепт, за рецептом – до сімейного лікаря. Але як він видасть рецепт без того, щоб пацієнт пояснив, навіщо йому це? Це може бути перепорою»

Лікар-інфекціоніст, Київ, державний/комунальний ЗОЗ, 10–19 років досвіду (2)



Приватний сектор з'являвся як реальний, але нерівний маршрут. Частина ЧСЧ і транс*жінок уже звертається до приватних лабораторій або лікарів через швидкість, комфорт або недовіру до державних закладів. Для Доксі-ПЕП приватний сектор може стати місцем консультації або ІПСШ-діагностики, але вартість, якість комунікації і готовність говорити про ризиковані групи, транс*досвід або хімсекс суттєво різняться між закладами. Тому приватний сектор виглядав не як альтернатива державним, НУО- або спільнотним маршрутам, а як частина реальної сервісної екосистеми, яку потрібно враховувати при плануванні доступу.



«Якщо йдеться про маргіналізовані групи, традиційно багато років люди вже користуються приватними лікарями. І вони мусять платити за це лікування, що вони й роблять. Державні служби набагато меншою популярністю користуються, це точно»

Стейкхолдер, національний рівень, громадська організація, аналітично-дослідницький профіль, 20+ років досвіду

Отже, здійсненість Доксі-ПЕП залежала від здатності інтегрувати його в уже наявні маршрути, не зводячи жоден з них до універсального рішення. ПрЕП- і ВІЛ-сервіси дають найбільш готову медичну основу, але не охоплюють усіх потенційних користувачів. НУО й ОКС забезпечують довіру і перший контакт, але потребують медичного партнера. Дерматовенерологічні сервіси забезпечують діагностику та лікування, але не є прийнятною першою точкою входу для всіх. Дистанційні формати прискорюють доступ, але не замінюють лабораторної й клінічної оцінки. З отриманих даних вимальовується гібридний маршрут: медичне рішення щодо Доксі-ПЕП, підтримане навігацією з боку НУО та ОКС, пов'язане з ІПСШ-діагностикою і достатньо гнучке для післяконтактного часового вікна.

4.4.3. Кадрова готовність і навчання

Кадрову готовність до Доксі-ПЕП респонденти описували як нерівну і залежну не лише від того, чи знає окремий лікар схему прийому доксицикліну. Доксі-ПЕП потребує готовності всього маршруту: лікаря, який може ухвалити медичне рішення; соціального працівника або кейс-менеджера, які першими почують запит після ризику; представника ОКС, який може пояснити підхід мовою спільноти; дерматовенеролога або ІПСШ-фахівця для роботи із симптомами та позитивними тестами; лабораторного маршруту і координаторів, які утримують послугу в межах протоколу. Навчання в цьому контексті поставало не як окремий тренінг про дозування, а як спосіб вирівняти різні професійні ролі та опції.

Медики мали різні вихідні точки залежно від спеціалізації. Інфекціоністи, лікарі ПрЕП та АРТ краще розуміли логіку біомедичної профілактики і консультування щодо сексуального ризику, але не завжди мали достатньо глибоку практику в діагностиці гонореї та хламідіозу або складних дерматовенерологічних ситуаціях. Дерматовенерологи, навпаки, краще бачили клінічні межі – коли профілактика вже недоречна, як відрізнити активний сифіліс від анамнезу, як не пропустити гонорею, – але не завжди були включені в дружні ВІЛ-маршрути або не мали досвіду роботи з ЧСЧ і транс*жінками. Медики потребують інформації про доказову базу, різну ефективність для різних ІПСШ, критерії кандидатності, протипоказання, симптомні маршрути, сумісність з іншими препаратами і практичну логіку АМР. Через це кадрова готовність у відповідях виглядала як потреба скоротити відстань між різними спеціальностями: ПрЕП/АРТ-лікар має розуміти межі ІПСШ-діагностики, а дерматовенеролог – контекст біомедичної профілактики та спільнотної довіри.



«Дерматовенерологічна служба ніколи не йшла в ключові групи, тобто це не їхній пріоритет. Тобто вони не контактували, вони собі в клініках сидять, і всі у них пацієнти. А тут – доксициклін для груп високого ризику. Тому я в контексті розглядала б, особливо для наших дерматовенерологів»

Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція, програмно-управлінський профіль, 20+ років досвіду (1)



«У нас була зустріч лікарів зі всієї України, всіх, хто займається ВІЛ-інфекцією. Була присутня лікар-дерматовенеролог з Києва, і там їй задають питання: «Як ви ставитеся до Доксі-ПЕП?» А вона каже: «А що це таке?» Тобто дерматовенерологи не знають, трохи аж дивно якось було»

Лікар-інфекціоніст, Львів, державний/комунальний ЗОЗ, 10–19 років досвіду (1)

Фахівці НУО та представники ОКС показували інший вибір кадрової готовності: саме вони часто можуть почути запит раніше, ніж лікар. Соціальний працівник або кейс-менеджер може отримати повідомлення після незахищеного сексу, хімсексу або появи симптомів – і без підготовки може або сказати замало, або перейти межу власної ролі. Респонденти описували потребу в навігаційній ролі, а не в компетенціях щодо призначення: розуміти, що таке Доксі-ПЕП, коли часовий фактор важливий, які симптоми викликають профілактичну логіку, коли потрібен лікар і як не сплутати Доксі-ПЕП із ПрЕП, ПЕП для ВІЛ з лікуванням ІПСШ. Для НУО та ОКС ті самі теми, що й для лікарів, потрібні у форматі коротких алгоритмів першої відповіді: що сказати людині після оприявнення ризику, коли направити до лікаря, коли Доксі-ПЕП не підходить, як говорити про препарат без моралізації та без спрощення.



«Якщо говорити про нашу спільноту, спільноту трансгендерних людей, то вони схильні отримувати таку інформацію від рівних. Звичайно, таку інформацію мають надавати фахівці, лікарі. Але привести спільноту до цих лікарів, щоб вони прийшли і прослухали, мають рівні представники громадських організацій. Так це буде ефективніше»

Представник ОКС, Одеса, координація спільнотних програм, до 5 років досвіду



«Люди ставлять запитання, які виходять за межі моєї компетенції. Але я повинна мати якісь знання, хоча б мінімальні. Складність у тому, що людині не можна просто сказати: «Йдіть туди» Її треба делікатно перенаправити»

Фахівець НУО, Львів, клієнтський супровід у ВІЛ/ІПСШ-сервісах, до 5 років досвіду



«Я даю гарантію, що зараз соціальні працівники в полі можуть придумати ще 30 запитань, і це буде не філософський політ, а практика. «А якщо я вип'ю одну таблетку, а другу забув? А якщо я все-таки зап'ю це алкоголем, або я п'яний його випив, що буде зі мною?» Варіантів буде дуже багато, і на це соціальні працівники мають бути готові відповісти»

Представник ОКС, національний рівень, координація спільнотних програм, 20+ років досвіду

Комунікаційна готовність виділялася як окрема кадрова тема. Доксі-ПЕП об'єднує кілька чутливих тем: сексуальну поведінку, антибіотики, ІПСШ, ЧСЧ, транс*жінок, хімсекс. Якщо комунікація буде надто спрощеною, люди можуть запам'ятати лише «дві таблетки після сексу». Якщо вона буде надто медичною або моралізаторською, люди з релевантним ризиком можуть не звернутися. Тому навчання має включати мову пояснення: достатньо просту, щоб людина могла діяти після ризику, і достатньо точну, щоб не підтримати самопризначення або прийом при симптомах.



«Будь-які ліки – на них не має формуватися загальний попит. Ми маємо пояснювати всі «за» та «проти» прийому або непризначення того чи іншого препарату. Якщо все це буде чітко пояснено, тоді рішення буде прийматися усвідомлено. Якщо в людини потім з'явиться побічна реакція, вона буде розуміти: «Окей, у мене зараз болить шлунок, я розумію чому. Я знаю, що коли припиню приймати цей препарат, у мене все налагодиться». Тобто людина не лякається»

Стейкхолдер, національний рівень, міжнародна інституція, програмно-управлінський профіль, 20+ досвіду



«Коли ти проговорюєш наслідки, вони все рівно думають. Пацієнт має розуміти, і лікар має правильно пояснити, чим це загрожує. Якщо ж дати безкоштовно препарат і не пояснити схему – хлопці діляться таблетками з друзями, які не обстежені. Це моя основна проблема по ПрЕП зараз»

Лікар-інфекціоніст, Київ, державний/комунальний ЗОЗ, 10–19 років досвіду (1)



Транс*компетентність була умовою реальної кадрової готовності. Якщо провайдери говоритимуть про Доксі-ПЕП лише через категорію ЧСЧ, частина транс*жінок залишиться невидимою або потрапить у маршрут, де її гендерна ідентичність не визнається. Навчання має включати не лише «роботу з ключовими групами», а конкретну гендерно коректну комунікацію і клінічні питання, що виникають у транс*жінок, зокрема сумісність з гормональною терапією, та ризик місгендерингу і безпеку медичного контакту.



*«Якщо ми говоримо про трансгендерних людей, то намагаємось навчати лікарів. Але деяким це просто не цікаво, і нікого ми примусити не можемо. І стигма з транс*людьми є постійно»*

Фахівець НУО, Київ, клієнтський супровід у ВІЛ/ІПСШ-сервісах, 5–9 років досвіду (1)



«Лікарі, як і взагалі все наше суспільство, поділяються на три категорії. Одні категорично проти, інші – за, а найбільша частина просто не знає. Вони не освічені, не ознайомлені, не знають, хто такі трансгендерні люди, нащо їм це потрібно, як можна спілкуватися з такими людьми, які табу при спілкуванні. Хоча насправді цих правил небагато. І коли ми приходимо в поліклініки, в лікарні, в СНІД-центри, в дружні організації, до провайдерів профілактики ВІЛ і все це розповідаємо, то потім надавачі послуг вже обізнані, і ці проблеми на місцях зникають»

Представник ОКС, Одеса, координація спільнотних програм, до 5 років досвіду



*«Важливо, щоб лікар був обізнаний з питаннями ендокринології, замісної терапії, щоб був у темі щодо питань, які можуть виникнути у транс*людей, і щоб був готовий надати адекватну відповідь та поділитися міжнародним досвідом. До загальної поліклініки такі пацієнти – і через зовнішній вигляд, і через потреби – не завжди можуть звернутися»*

Сімейний лікар, Львів, державний/комунальний ЗОЗ, 20+ років досвіду

Респонденти підсилювали кадрову тему через системний контекст ресурсів. Кадровий дефіцит, вигорання, низька оплата та воєнне навантаження означають, що нова послуга не може розраховувати на автоматично вільні ресурси. Доксі-ПЕП потребує консультації, документації, тестування і супервізії, і просте «додавання» до роботи існуючих команд без ресурсного забезпечення може залишити послугу формальною.



«Дефіцит кадрів – як серед медичних працівників, які можуть бути першими на сторожі профілактичних заходів серед населення, так і в неурядовому секторі. Це брак кадрів наших надавачів послуг, соціальних працівників, які могли б бути долучені до таких інтервенцій і активностей»

Стейкхолдер, національний рівень, громадська організація, програмно-управлінський профіль, 10–19 років досвіду



«Це має робити окрема людина, ми на це часу не маємо. Проговорювати все, проконтролювати, – тому що це буде додаткове навантаження. Це має бути лікар і медсестра, які будуть за це відповідати. Це ж не випити вітамінку, ми повинні мати результат і довести ефективність»

Лікар-дерматовенеролог, Київ, державний/комунальний ЗОЗ, 20+ років досвіду

Відповіді демонстрували важливість міжпрофесійного та мультидисциплінарного підходу до навчання. Якщо медики навчатимуться окремо, НУО отримають інші повідомлення, а ОКС поширюватимуть спрощену інформацію, Доксі-ПЕП може набути кількох різних значень у різних частинах маршруту. Тому потрібне не лише навчання як таке, а узгоджені матеріали, спільна мова і зрозумілий розподіл ролей між медичною і соціальною ланками.



«Важливе активне залучення. І прописати чітко роль державного сектора, тобто закладів різного рівня, в участі у постконтактній профілактиці – від первинки до інших спеціалізованих закладів, і обов'язково неурядового сектора, їхній взаємозв'язок, контакт, співпраця»

Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція, програмно-управлінський профіль, 20+ років досвіду (1)



*«Медикаментозна практика, побічки, сумісність з основною групою препаратів, правильність прийому – це все має бути обов'язковий тренінг для персоналу, який буде впроваджувати Доксі-ПЕП. Лікар у проєкті не повинен виконувати роль первинного консультанта. Є первинний консультант, який надає основну інформацію, відповіді на часті запитання, а є медичний працівник, який видає препарат і може надати специфічну консультацію. Наприклад, якщо транс*жінка звернулася за профілактикою, вона приймає такі-то препарати, плюс приймає антидепресанти»*

Фахівець НУО, Київ, клієнтський супровід і координація програм, 5–9 років досвіду (2)



«Якщо ми хочемо продуктивність, то офлайн-тренінги краще, коли людина приїжджає. І два тренери – одна людина, яка веде соціальну роботу, друга – медик, щоб одразу поєднувати це. Бо питання можуть бути різні. Як консультувати правильно, як розбирати важкі випадки... А медик говорить про поєднання, про наслідки, побічні ефекти, що можна зробити і так далі»

Представник ОКС, національний рівень, координація спільнотних програм, 20+ років досвіду

Супервізія і підтримка після навчання також поставали як необхідні, і часто респонденти оперували форматами брифінгів або клінічних нарад. Багато ситуацій, які можуть виникнути з Доксі-ПЕП, не вкладаються в просту пам'ятку: людина вже прийняла антибіотик самостійно; просить препарат наперед; має симптоми; не хоче тестуватися; отримала препарат в іншому місці раніше або боїться, що її дані кудись потраплять. Такі випадки потребують можливості обговорити складний кейс із більш досвідченим клініцистом або узгодити спільну позицію серед різних надавачів послуг. Без такої підтримки навчання може дати стартові знання, але не забезпечить стабільну якість послуги.



«Як консультативний орган це має бути лікар, тому що у кожного свої забаганки. І почнеться... Присилання фото, «подивіться, що в мене»... Це може викликати хвилю запитів, які не будуть оброблені відповідно до побажань клієнтів»

Представник ОКС, національний рівень, координація спільнотних програм, 10–19 років досвіду



«Я готова консультувати по Доксі-ПЕП. Просто мені треба тісніше поспілкуватися з дерматовенерологами щодо кратності та частоти використання – який проміжок має пройти між прийомами Доксі-ПЕП»

Лікар-інфекціоніст, Київ, приватний ЗОЗ, 10–19 років досвіду

Отже, кадрова готовність до Доксі-ПЕП – це готовність маршруту, а не окремого спеціаліста. ВІЛ-лікарі мають профілактичну логіку, але потребують більш тісного зв'язку з ІПСШ-діагностикою. Дерматовенерологи мають ІПСШ-компетенцію, але потребують дружньої і спільнотно чутливої рамки. НУО мають довіру і перший контакт, але потребують чітких меж навігаційної ролі. ОКС доносять інтервенції спільнотною мовою, але потребують безпечних повідомлень і маршрутів скерування. У цьому сенсі Доксі-ПЕП потребує як навчання про препарат, так і спільне налаштування медико-соціального маршруту, який зможе підтримати післяконтактну профілактику без самопризначення, стигми і втрати клінічних меж.



4.4.4. Регуляторні вимоги та управління програмою

Регуляторні питання навколо Доксі-ПЕП респонденти описували через напруження між своєчасним доступом і контролем прийому антибіотика. Післяконтактна профілактика має сенс лише тоді, коли людина може швидко отримати консультацію і прийняти препарат у часовому вікні. Водночас Доксі-ПЕП передбачає профілактичне використання антибіотика без підтвердженого діагнозу, що відрізняє його від звичних маршрутів лікування. Через це респонденти майже не підтримували ідею повністю вільного доступу, але й не вважали реалістичною модель, де кожен епізод потребує довгого очного маршруту, нового рецепта і кількох організаційних кроків. Повна лабораторна оцінка або бакпосів із визначенням чутливості також не можуть бути попередньою умовою для кожного прийому, оскільки очікування результатів не сумісне з післяконтактним часовим вікном. У відповідях постійно повторювалася одна й та сама практична проблема: Доксі-ПЕП має бути достатньо швидким, щоб люди ним користувалися правильно, але достатньо керованим, щоб не стати самопризначенням або домашнім запасом для частого прийому.



«Тут питання для мене таке чутливе тому, що якщо ми з вами будемо це впроваджувати як самостійне використання, тобто людина ж не піде за рецептом протягом 24 годин до вузького спеціаліста. Вона не зможе того зробити: не встигне записатись на прийом, прийти, отримати рецепт, купити. Тож їй випишуть цілу пачку, вона буде дома її тримати і приймати той доксициклін, коли захоче. Якщо це одноразова профілактика, один – два рази, це одна ситуація. Але якщо людина буде після контакту тричі на тиждень приймати доксициклін, це, з точки зору антибіотикорезистентності, вже точно буде не ок»

*Стейкхолдер, Одеса, державна інституція,
аналітично-дослідницький профіль, 20+ років досвіду*



«У контексті антимікробної резистентності – що нам важливо, що ми хочемо від лабораторії? Щоб лабораторія вчасно і якісно видавала результат. Щоб лікар міг вчасно замінити емпіричне призначення антимікробного препарату на таргетне, за результатами бактеріологічного посіву. І тут дуже важливо, щоб кожна лабораторія була спроможна видавати результат менше ніж за 72 години. На жаль, сьогодні бактеріологічні лабораторії потребують значних вкладень і розвитку – як з точки зору кадрового забезпечення, так і з точки зору обладнання»

*Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція,
програмно-управлінський профіль, до 5 років досвіду*

Для медиків головною регуляторною невизначеністю була межа між профілактичним і лікувальним призначенням антибіотика. У звичній клінічній логіці антибіотик призначається для лікування або чітко визначених профілактичних ситуацій, як хвороба Лайма; Доксі-ПЕП передбачає, що ризик уже був, але інфекція ще не встановлена. Без національного алгоритму частина лікарів не мала впевненості, як оформлювати профілактичне призначення після сексуального контакту, оскільки антибіотики у практиці призначаються після встановлення діагнозу. Особливо це проявлялося в ситуаціях, коли людина просить препарат наперед або очікує ризикований період: лікар повинен мати підставу для рішення – коли Доксі-ПЕП доречний, коли потрібне тестування, як документувати таку консультацію.



«Найбільш вагома проблема – що з профілактичною метою ми не маємо права юридично використовувати антибіотик. Єдина хвороба, де я маю право профілактично давати доксициклін – це хвороба Лайма, після укусу кліща. Більше немає нозологій, де можна профілакувати. Тобто тут все відбувається на неофіційному рівні»

Лікар-інфекціоніст, Львів, державний/комунальний ЗОЗ, 10–19 років досвіду (2)



«Антибіотики відпускаються за рецептом, відповідно до законодавства. Хоч фактично не працює, але юридично це так. Якщо лікар буде це призначати, він має на щось спиратися: це має бути якийсь нормативний документ, настанова, рекомендація або наказ Міністерства охорони здоров'я. Якщо тої підстави не буде, він може сказати: «Хочеш – піди собі купи, але виписати рецепт я не можу»

Стейкхолдер, Одеса, державна інституція, аналітично-дослідницький профіль, 20+ років досвіду



«Якщо доксициклін як профілактика буде погоджений на національному рівні й унормований, то, в принципі, і в інструкцію до доксицикліну треба додати інформацію про використання його як профілактики. А цього немає зараз. Виходить, що в інструкції доксициклін – просто антибіотик, який призначається при лікуванні. І те, що ми з вами говоримо, це за межами призначення лікарського засобу, не вказане в офіційній інструкції. Це треба впроваджувати»

Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція, програмно-управлінський профіль, 20+ років досвіду (1)

Рецептурний статус антибіотиків у відповідях не сприймався як достатній захист від неправильного або хаотичного використання. Респонденти з усіх груп описували ситуації, де антибіотики фактично доступні через аптеку або знайомого лікаря попри формальну заборону відпуску без рецепта. Крім того, під час воєнного стану вимога про обов'язковість електронного рецепту на антибіотик залишається опційною, а навіть за наявності рецепту придбати антибіотик можливо й після терміну дії призначення. Національні та регіональні фахівці з АМР здебільшого визнавали, що наявних регуляцій недостатньо для контролю за раціональним призначенням і продажем антибіотиків. Для дерматовенерологів це означало ризик пацієнтів, які приходять уже після самостійного прийому і зі змазаною клінічною картиною; для НУО – ризик того, що клієнт після ризикованого контакту піде в аптеку або до знайомих раніше, ніж отримає консультацію; для ОКС – ризик, що інформація про Доксі-ПЕП поширюватиметься швидше, ніж безпечний маршрут встигне сформуватися. Майбутня модель, таким чином, не може спиратися лише на формальну рецептурність і потребує сервісного механізму, який реально спрямовує людину до медично обґрунтованого рішення.



«Продаж антибіотиків в аптеках надалі залишається безконтрольним, його ніхто не контролює, у тебе рецепт не питають. І навіть якщо кажеш, що в тебе є рецепт, ти його можеш не показувати, тому що тобі можуть на слово повірити. В закладах охорони здоров'я, коли ми ходимо на моніторинг, все-таки переглядаємо карту і можемо запитати в лікаря, чому він призначив цей антибіотик замість того. Але щоб механізми контролю... Я не зустрічала»

Стейкхолдер, Львів, державна інституція, програмно-управлінський профіль, до 5 років досвіду

Фасування стандартної аптечної упаковки – 10 таблеток, або п'ять доз Доксі-ПЕП – робило питання залишків дуже практичним. Людина може зберегти таблетки «на наступний раз», передати партнеру, прийняти пізніше без консультації або використати у разі появи симптомів замість звернення до лікаря. Для НУО та ОКС це була складна ситуація: з одного боку, обмежений запас може бути практичним для людей з повторюваним ризиком або для тих, хто не може швидко потрапити до лікаря; з іншого – будь-який запас потребує пояснення, обліку і повторного контакту. В даних це виглядало як одна із центральних дилем впровадження: препарат має бути близько до користувача в момент ризику, але не настільки неконтрольовано, щоб перетворитися на домашній резерв антибіотика.



«В аптеці продають найменшу кількість – 10 таблеток. А вони приймають дві і розуміють, що в них залишилося ще вісім. І знають, що можуть згрішити, бо все одно є доксициклін. Тобто це все дуже добре насправді, але має суворо контролюватися. Ми ж не живемо з тими людьми, ми ж не можемо від них схвати препарат. От якби продавалося упаковкою в дві штуки – це було б класно»

Лікар-інфекціоніст, Львів, державний/комунальний ЗОЗ, до 5 років досвіду



Роль НУО та ОКС у фізичному доступі до препарату залишалася найбільш чутливим регуляторним питанням, у тому числі на думку самих представників організацій. Усі групи визнавали, що без НУО та ОКС Доксі-ПЕП може не дійти до деяких людей, які найбільше потребують швидкої і конфіденційної навігації. Водночас жодна з груп не бачила безпечною модель, де організація фактично замінює лікаря у рішенні щодо антибіотика. Навіть за наявності медика у складі команди НУО існує юридична межа між медичною послугою в ліцензованому закладі та навігаційно-консультаційною роллю організації без відповідної медичної ліцензії. Самі НУО та ОКС не готові були брати на себе відповідальність за зберігання або видачу антибіотиків поза чітко визначеною нормативною рамкою, і цей підхід пов'язаний саме з характером препарату: антибіотик відрізняється від презерватива, лубриканта або самотесту тим, що потребує оцінки показань, протипоказань, симптомів, супутніх препаратів і частоти використання.



«Неурядові організації мають чітко регламентовані можливості. Якщо щось виявлено – направляємо до вузьких спеціалістів. Ми не лікарі. І хоча люди ставлять запитання, які виходять за межі нашої компетенції, ми не можемо замінити лікарів»

Фахівець НУО, Львів, клієнтський супровід у ВІЛ/ІПСШ-сервісах, до 5 років досвіду



«Громадська організація медикаменти закуповувати не може, у нас немає медичної ліцензії. Ми не аптека і не заклад охорони здоров'я. Тому якщо видавати – треба ці бар'єри проаналізувати разом з донорами, представниками держави, профільними фахівцями з юридичною освітою»

Представник ОКС, національний рівень, координація спільнотних програм, 20+ років досвіду



«З юридичної точки зору ми не медична установа і не маємо права зберігати медичні препарати. І, наприклад, той же ПрЕП у нас не зберігається. ПрЕП у нас суворо під запис забирає лікар з кабінету і привозить сюди в офіс. Хоч це не пробірка, не ампула, не вакцина, а таблетки, але навіть вони в нашому офісі не зберігаються, бо ми не маємо на це права»

Фахівець НУО, Київ, клієнтський супровід і координація програм, 5–9 років досвіду (2)

Приватний сектор створював окрему регуляторну та моніторингову невизначеність. Частина потенційних користувачів уже звертається до приватних лабораторій або лікарів, і для Доксі-ПЕП приватний сектор може стати реальним каналом доступу до консультації або тестування. Якщо Доксі-ПЕП починає призначатися через приватні консультації або аптечні маршрути без спільних правил, значна частина практики може залишитися поза видимістю програмного управління: система не зможе розуміти, хто використовує препарат, як часто, за яких показань і чи були симптоми або помилки у схемі. Окремою проблемою є те, що приватні лабораторні результати і призначення не завжди повертаються в епіднагляд. Тому регуляторна рамка має враховувати приватний сектор як простір, де без мінімальних правил щодо консультування, ІПСШ-діагностики, рецептурності і скерування може бути втрачена видимість значної частини використання Доксі-ПЕП.



«Центр медичної статистики був відокремлений від МОЗ і приєднаний до Центру громадського здоров'я. І якраз за статистику, в тому числі приватного сектора, став відповідати Центр громадського здоров'я. Тут почалися позитивні зміни, оскільки нормативна регуляція зобов'язує приватні заклади подавати статистику відповідно до ліцензійних умов. Дуже-дуже повільно, але все-таки в статистику стало більше потрапляти даних з приватного сектора»

Стейкхолдер, національний рівень, міжнародна інституція, програмно-управлінський профіль, 10–19 років досвіду



«Я намагався пошукати інформацію щодо ІПСШ і знаходив лише обмежені дані Міністерства охорони здоров'я України, які, певно, не відображають усієї картини та її складності. Ми знаємо з практики ЧСЧ, що певна їх частина точно не поспішає йти до державних чи комунальних закладів і потрапляти в статистику із записами про ІПСШ, які є відкритими у медичних записах, на відміну від ВІЛ. Інформація про ВІЛ залишається закритою, а от ІПСШ – це відкрита інформація. Тому частина надає перевагу якомусь альтернативному консультуванню в приватних клініках або самолікуванню»

*Представник ОКС, національний рівень,
адвокація та спільнотна експертиза, 5–9 років досвіду*

Електронні системи й медична документація викликали амбівалентність. Частина експертів бачила потенціал у використанні наявних медичних інформаційних систем для моніторингу, але респонденти добре розуміли чутливість даних про ІПСШ, сексуальні практики або приналежність до ЧСЧ та транс*жінок. Якщо інформація буде занадто видимою в документації, люди уникатимуть офіційного маршруту; якщо вона не фіксуватиметься взагалі, сервіс не зможе відстежити повторне використання або побічні реакції. Досвід ВІЛ-програм, де унікальні коди дозволяють зберігати історію роботи з клієнтом без персональних даних, наживався у відповідях як можлива модель. У державних закладах охорони здоров'я такий підхід залишається складнішим, де ідентифікація пацієнта є обов'язковою умовою, що саме по собі є одним із бар'єрів доступу для людей, які уникають будь-якого контакту з державними структурами. Електронний облік, таким чином, поставав як питання конфіденційності та прийнятності, а не суто технічного рішення.



«Якщо людина знає, що вона піде в приватну клініку і купить доксициклін, то вона піде і купить його там. Навіть якщо його видаватимуть у державній клініці безкоштовно. Тому що вона знає, що в приватній клініці у неї навіть не попросять паспорт, а в державній вона має зареєструватись, вказати своє ім'я, по батькові, має надати свій номер телефону»

Представник ОКС, Львів, спільнотна навігація та підтримка, 5–9 років досвіду



«Питання безпеки і питання анонімності важливі. Наразі базові послуги ЦГЗ з профілактики, отримання презервативів, лубрикантів відбувається через номер телефону. І ми маємо безліч відмов: «Мені не потрібні ваші дешеві презервативи, щоб мій номер пішов до бази країни, яка потім буде використовувати мене, розшукувати». Бувають навіть прояви агресії»

*Представник ОКС, національний рівень,
координація спільнотних програм, 10–19 років досвіду*



«Нам треба впроваджувати нашу національну медичну електронну базу даних. Електронна база – це дуже серйозний компонент, відсутність якого обмежує і аналіз, і моніторинг за каскадом надання послуг пацієнту. Як ми відстежуємо: виявили, залучили до медичного нагляду, пролікували, результат лікування і так далі. Повторний випадок, які ризиковані практики цьому сприяли, які соціальні фактори – це на рівні пацієнта з ІПСШ важливо відстежувати»

*Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція,
програмно-управлінський профіль, 20+ років досвіду (1)*

Регуляторна модель має також враховувати воєнний контекст. Для частини чоловіків і транс*жінок з чоловічим маркером в документах формальні державні маршрути можуть бути пов'язані зі страхом мобілізації, а не тільки зі стигмою. Для людей у регіонах з безпековими обмеженнями доступ до лікаря або аптеки залежить від транспорту, комендантської години та обстрілів. За таких умов надто жорсткий регуляторний маршрут може підштовхувати людей до неформального доступу, тоді як надто вільний – підсилювати ризики самопризначення. Отже, гнучкість і контроль є двома необхідними умовами однієї моделі, принаймні поки зберігається воєнний стан.



Управління програмою у відповідях формувалося як набір практичних меж: хто є кандидатом і чому, як часто людина може використовувати препарат, що робити у разі появи симптомів або позитивного тесту, як забезпечити тестування на гонорею і хламідіоз, як не допустити передачі таблеток іншим і як реагувати на часті повторні запити. Ці питання виникали з різних позицій, але сходилися в тому, що підхід до управління має бути вбудований у сам маршрут доступу. Гонорея була найбільш чітким тестом для всієї моделі: для медиків вона означала потребу в правильній діагностиці та лікуванні, для фахівців з АМР та епіднагляду – потребу в даних про чутливість і резистентність, яких бракує в рутинній системі. Відповідно, здатність Доксі-ПЕП бути пов'язаною з діагностикою і АМР-наглядом, а не лише з видачею препарату, є одним із ключових критеріїв реалістичності всієї моделі.

У сукупності регуляторні та управлінські питання Доксі-ПЕП не можуть бути вирішені лише одним документом або рецептом. Для лікарів потрібна зрозуміла підстава для профілактичного призначення антибіотиків і межа відповідальності; для НУО й ОКС – правила, які дозволяють швидко скерувати людину, не підмінюючи медичне рішення; для стейкхолдерів – мінімальні дані для оцінки використання, повторних звернень і сигналів щодо АМР. Доксі-ПЕП вимагає не стільки «додати доксициклін» до сервісів, скільки створити керований маршрут, у якому препарат, медичне рішення, конфіденційність, облік, діагностика ІПСШ та управління програмою залишаються пов'язаними.

4.4.5. Фінансування, моніторинг і сталість

Фінансування Доксі-ПЕП респонденти рідко зводили до вартості самого доксицикліну. Навіть коли препарат сприймався як доступний, майже всі групи фактично говорили про ширший і дорожчий маршрут навколо нього: консультацію, оцінку ризику, тестування на ІПСШ, повторні візити, НУО- або ОКС-навігацію, роботу з побічними ефектами, реагування на симптоми і моніторинг частоти використання. Для медиків це означало додатковий клінічний час, для НУО – нові консультаційні завдання і час на супровід, для ОКС – потребу в безпечній комунікації, а для стейкхолдерів – хто і на якій підставі фінансуватиме всю інфраструктуру контрольованого доступу.

Усі групи, особливо стейкхолдери, найчастіше бачили пілот як реалістичний перший крок, але не як автоматичний шлях до сталої послуги. Міжнародне або донорське фінансування виглядало найбільш імовірним джерелом стартової підтримки: воно може покрити розробку протоколу, навчання команд, закупівлю обмеженої кількості препарату для людей, які не можуть придбати його самостійно, навігацію, тестування і збір даних. Водночас донорський пілот не вирішує питання довгострокової інтеграції, а донорські ресурси в умовах війни, скорочення міжнародної допомоги і конкуренція між пріоритетами є обмеженими. Державне фінансування також має виклики: бюджетні ресурси обмежені, а рішення про закупівлю профілактичного антибіотика для ключових груп може викликати суспільний або політичний резонанс на тлі не закритих потреб у лікуванні важких хронічних станів.



«Грошей стало менше, особливо в неурядовому секторі. Пріоритети державні зовсім в інших сферах, ніж охорона здоров'я, і те, що на охорону здоров'я виділяється, також зменшилося. Іноземна допомога теж обмежена... Кошти, які є, переважно витрачаються на лікування, на медикаменти, можливо, лабораторні компоненти, а на речі, які стосуються профілактики, послуги, які надаються неурядовими організаціями, лишається менше. Тому всі зараз напружено шукають додаткового фінансування»

Стейкхолдер, національний рівень, громадська організація, аналітично-дослідницький профіль, 20+ років досвіду



«З точки зору справедливості і взагалі фінансування послуг профілактики для громадян України, зрозуміло, що зацікавленою стороною є держава: щоб не витратити багато на лікування, а виділити певні кошти на профілактику. Наскільки це зараз реалістично? Даваймо запитавмо у держави»

*Представник ОКС, національний рівень,
адвокація та спільнотна експертиза, 5–9 років досвіду*



«Спротив населення може також бути, бо у нас не всі лікарські засоби, які використовуються при хронічних позитивних захворюваннях, присутні в переліку лікарських засобів, що покриваються коштом державного бюджету. Я думаю, спротив може бути, якщо саме для цих груп населення держава буде закуповувати, в той час як є люди з онкологічними та іншими важкими захворюваннями, у тому числі генетичними, які потребують дорожчовартісного позитивного лікування»

*Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція,
програмно-управлінський профіль, 20+ років досвіду (2)*

Для стейкхолдерів, пов'язаних із державним рівнем, перехід до сталого фінансування залежав від доказів. Нову профілактичну інтервенцію складно включити в державні або змішані механізми без локальних даних про попит, правильність використання, охоплення цільових груп, вартість повного циклу, кадрові навантаження і потенційні ризики. Пілот має надати відповіді не лише на питання готовності, а й на системні: хто реально звертається, через які канали, як часто використовується препарат, чи повертаються люди на тестування, чи не зростає самопризначення або АМР і скільки коштує повний цикл супроводу.



«Для державного фінансування ми повинні мати певну базу інформації, щоб підтвердити, що це дійсно потрібно для України, це зараз актуально і, що не менш важливо, ми повинні мати розуміння про вплив. Чи вплинула профілактика на переривання ланцюжка передачі інфекцій? Чи не інфікувався пацієнт, який отримав профілактику ІПСШ? Щоб ми розуміли, що ця програма ефективна і має вплив загалом на національному рівні»

*Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція,
програмно-управлінський профіль, 5–9 років досвіду*



«Потрібно зважувати користь, економічні розрахунки проводити, а потім вже вирішувати. За наявності коштів і при потребі – яка потреба на рік. Економічна ефективність також повинна враховуватися»

*Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція,
програмно-управлінський профіль, 20+ років досвіду (2)*

Медики та громадський сектор бачили фінансову сталість через призму вже наявного навантаження. Багато з них одночасно підтримують тестування, супровід на ПрЕП та АРТ, доставку препаратів, роботу з ВПО, гуманітарні потреби, повернення людей у лікування та психосоціальну підтримку. Додавання Доксі-ПЕП без окремих ресурсів може виглядати як невелика зміна на рівні політики, але в реальності створить нові маршрути, повторні контакти, роботу з тривожними станами та складні кейси неправильного використання. Для респондентів питання фінансування – це питання оплачуваного часу людей, які будуть утримувати цей маршрут, а представники ОКС окремо акцентували увагу на важливості підтримки комунікаційної складової Доксі-ПЕП.



«Витратити 5–10 хвилин на те, щоб розповісти про Доксі-ПЕП, – це не складно. А що буде далі відбуватися, якщо ми супроводжуємо? У нас закладено на базі організації кошти, які ми можемо витратити на таксі, щоб довести кудись клієнта, бо не можемо пересуватися спокійно містом... Якщо це ляже на соціальних працівників як додаткова робота і ніяк не буде оплачуватися, вони будуть працювати, витратити свій час безкоштовно»

Фахівець НУО, Одеса, клієнтський супровід у ВІЛ/ІПСШ-сервісах, 5–9 років досвіду (3)



«Має бути декілька рівнів матеріалів. По-перше, дуже прості, написані простою, зрозумілою мовою, і їх мають надавати лідери думок і рівні консультанти, які в нас є. І потрібні консультації, можливо, відеоролики від дружніх лікарів. І до цих консультацій, перегляду відеороликів наші рівні консультанти, лідери думок можуть спільноту спрямовувати»

Представник ОКС, Одеса, координація спільнотних програм, до 5 років досвіду

Фінансова доступність для користувача була важливою умовою справедливого доступу. Вартість доксицикліну сприймалася як невисока, і частина респондентів вказувала, що витрата власних коштів може підвищувати усвідомленість прийому. Проте якщо Доксі-ПЕП як програма вимагатиме оплати консультації, лабораторних тестів або приватної діагностики, частина людей з високим ризиком може залишитися поза маршрутом. Тому безкоштовний або низьковартісний доступ у пілоті має стосуватися принаймні базових елементів: консультації, скерування і тестування. Водночас безумовна безкоштовна роздача препарату не підтримувалася. Без медичної оцінки і моніторингу вона може посилити часте використання, передачу таблеток іншим або сприйняття Доксі-ПЕП як «страховки» після будь-якого сексуального контакту. Фінансова доступність постає як контрольована: людина не має бути відсторонена через гроші, але доступ має залишатися пов'язаним із консультацією, тестуванням і повторною оцінкою.



«Аналізи не безкоштовні, і навіть в [назва державної лікарні] аналізи роблять приватні лабораторії. Антибіотикорезистентність безкоштовно робити не будуть, і не буде багато пацієнтів, які користуватимуться цим за власний кошт»

Лікар-інфекціоніст, Одеса, приватний ЗОЗ, 20+ років досвіду



«Доксі-ПЕП не потрібно робити безкоштовним. От видають ПрЕП безкоштовно, це, звісно, дуже класно, але багато людей перепродають його: отримують безкоштовно, а потім перепродають людям, які не хочуть надавати свої дані. На жаль, реальність така, таке досить часто трапляється. Чи не буде так і з доксицикліном? Чи не буде його людина отримувати, щоб потім продавати на всяких інтернет-форумах?»

Представник ОКС, Львів, спільнотна навігація та підтримка, 5–9 років досвіду



«Має бути співплата. Як показує практика, коли є співплата і пацієнти за це хоч щось платять, це набагато ефективніше, ніж коли вони отримують це безкоштовно. А сам доксициклін недорогий»

Лікар-інфекціоніст, Київ, державний/комунальний ЗОЗ, 10–19 років досвіду (1)



«Можна на сайті зробити загальну інформацію і передбачити галочки. Наприклад: «можу придбати сама, потрібен рецепт», тобто людині потрібен рецепт, а придбати вона може сама, або: «я не можу купити, мені потрібно безкоштовно». Треба передбачити такі варіанти. Люди, які можуть самі купувати – будь ласка, в них ще буде більше відповідальності, якщо вони самі придбають»

Представник ОКС, національний рівень, координація спільнотних програм, 20+ років досвіду

Моніторинг респонденти бачили як необхідний, але потенційно ризикований для довіри. Без даних неможливо оцінити, чи пілот працює і чи слід його розширювати: скільки людей звертається, хто відповідає критеріям, які маршрути реально використовуються, чи встигають люди прийняти препарат у часовому вікні, як часто він використовується, чи повертаються люди на тестування, чи є побічні ефекти, симптоми або неправильне застосування. Водночас надмірна або погано пояснена документація може підштовхнути людей до неформального доступу. Моніторинг має бути достатнім для навчання і безпеки протягом пілоту, але не настільки деталізованим при рутинному впровадженні, щоб люди обирали неформальний шлях.



«У форматі пілоту можна збирати більше показників, тому що в пілоті краще більше зібрати і оцінити: це фактично оцінка дослідження, а не максимальне розповсюдження, а саме виявлення всіх проблем. У рамках пілоту можна збирати більше показників, у тому числі поведінкових і, можливо, не тестувати на резистентність всіх учасників пілоту – дивлячись скільки ресурсів. А якщо це перейде в мейнстрім, як ПрЕП, тоді можна по мінімуму дивитися»

Стейкхолдер, національний рівень, академічна інституція, аналітично-дослідницький профіль, 20+ років досвіду (2)

Частота використання була одним із найважливіших показників, але й одним із найчутливіших. Люди з повторюваним ризиком можуть отримати найбільшу користь від Доксі-ПЕП, але вони ж можуть приймати препарат найчастіше. Респонденти не пропонували єдиного порогу, після якого використання стає «надмірним», але майже всі групи бачили повторні запити як сигнал для додаткової оцінки: розуміння причин частішої ризикованої поведінки та перегляд кандидатності й тестування. При цьому медики і представники НУО підкреслювали, що відстежити частоту складно через можливість звернення користувача в кількох точках, тому узгодженість підходу між різними провайдерами є необхідною умовою. Наприклад, медики хотіли бачити, як часто конкретний пацієнт використовує доксициклін, особливо якщо він переїжджає, змінює лікарню або звертається до різних лікарів. НУО наголошували на можливості отримання препарату через кількох соціальних працівників або організацій, що може призвести до накопичення доксицикліну, передачі друзям або використання не за показаннями.



«Зрозуміло, що це не одноразова послуга, пацієнт може використовувати її в подальшому, але зробити акцент все-таки, щоб він менше приймав. Для мене хорошим індикатором було б, якби люди менше користувалися нею. Щоб ми розуміли, що разом з доксицикліном була хороша консультація, хороша інформаційна робота з пацієнтом. І він вже не потребує доксицикліну, він уже практикує те, що треба»

Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція, програмно-управлінський профіль, 20+ років досвіду (1)



«Якщо будемо бачити, що клієнт дуже часто приїжджає, то вже треба розбиратися – може, психолога залучати, бо так не може бути, щоб одна аварійна ситуація за іншою. Бувають, звісно, пацієнти дійсно настільки тривожні, що, скажімо, знайомиться по інтернету, зустрічається, потім прибігає наступного ранку на прийом і вже такий накручений, що він всім інфікувався»

Лікар-інфекціоніст, Київ, державний/комунальний ЗОЗ, 10–19 років досвіду (1)



«Клієнт сьогодні може прийти до мене, взяти цей препарат, через тиждень прийти до іншого соціального робітника, взяти знову. Як відслідковувати, як контролювати?»

Фахівець НУО, Одеса, клієнтський супровід у ВІЛ/ІПСШ-сервісах, 5–9 років досвіду (3)

АМР-моніторинг визнавався важливим, але рідко уявлявся як повністю реалістичний у межах пілоту. Фахівці описували наявну інфраструктуру частіше у зв'язку з лікарняними і госпітальними збудниками, ніж з ІПСШ і доксицикліном. Післяконтактне часове вікно не дозволяє будувати АМР-контроль як лабораторну перевірку перед кожним епізодом прийому. Тому в межах пілоту АМР-моніторинг має працювати як навчальний компонент: показувати дані про частоту використання, повторні ІПСШ, симптомні випадки, гонорею і лабораторну чутливість – настільки, наскільки дозволяє реально лабораторна спроможність та з урахуванням того, які мінімальні АМР-сигнали можуть бути враховані при подальших рішеннях щодо впровадження.



«Моніторити шляхом бакпосівів можна лише антибіотикорезистентність. Але тут просто не буде у нас даних для того моніторингу, підстав не буде. Одноразовий прийом антибіотика – не підстава. Ресурсів буде витрачено на бакпосиви дуже багато, якщо ми його впровадимо. Це дорого. Ми можемо там нічого взагалі не знайти, бо ризикований контакт – це не означає інфікування, навіть не означає колонізації»

*Стейкхолдер, Одеса, державна інституція,
аналітично-дослідницький профіль, 20+ років досвіду*

Показники охоплення потребують обережної інтерпретації, а сам типовий підхід до встановлення індикаторів запланованого охоплення варто критично переглянути. Висока кількість виданих доз не обов'язково означає якісну реалізацію, якщо препарат отримують люди з низьким ризиком, люди поза ПрЕП-маршрутом залишаються невидимими або якщо користувачі не повертаються на тестування. Низьке охоплення може відображати страх стигми, невдалу комунікацію, незручний маршрут або недовіру до обліку. Частина ОКС-респондентів наголошувала на ризику встановлення кількісних індикаторів охоплення – за аналогією до ситуації з ПрЕП, де програмна вимога досягнення індикаторів може призводити до поширення препарату без відстеження реального ризику і відслідковування правильності прийому. Моніторинг Доксі-ПЕП має розрізняти попит, фактичний доступ, відповідність критеріям і якість маршруту, а не зводитися до підрахунку людей, які отримали препарат.



«Якщо ставити індикатори – це перетвориться на те, що зараз робиться з ПрЕП, і ніхто не хоче говорити, щоб донор не дізнався. Індикатори псують все, і тоді починається малювання красивих картинок. І буде в нас багато ІПСШ... «Ми хочемо бачити 200 клієнтів». А потім ти приїжджаєш на якусь зустріч: «Ви погано працюєте, де ваші 200, яких ви змотивували на послугу?» Якщо людина не хоче, що я маю робити? За руку тягнути? Нехай ці програми думають про спільноту, а не про індикатори і цифри. Я розумію, що показники потрібні, але нехай вони придумують такі лояльні показники, щоб це не було маячнею»

*Представник ОКС, національний рівень,
координація спільнотних програм, 5–9 років досвіду*

Стійкість пілоту залежить і від того, чи дані повертатимуться до команд як зворотний зв'язок, а не лише відображатимуться у звітах. НУО та медики в умовах обмежених ресурсів часто вже перевантажені індикаторами, формами і донорськими вимогами. Якщо моніторинг Доксі-ПЕП буде громіздким, він може знизити прийнятність послуги для надавачів або перетворити консультацію на збір інформації замість підтримки. В той же час якщо дані показуватимуть, хто звертається, де губиться маршрут, які питання повторюються і де найчастіше трапляються помилки, моніторинг стає інструментом оптимізації. Дашборди були однією із затребуваних форм зворотного зв'язку, який би дозволяв кожному фахівцю більш детально аналізувати ті дані, які представляють найбільший інтерес. У цьому сенсі сталість Доксі-ПЕП пов'язана з тим, чи здатна система вчитися під час впровадження і відповідно корегувати алгоритми.



«Для епідеміології профіль користувача послуги було б дуже добре моніторити. Але хто це буде робити? Чи захоче людина вдруге до тебе прийти, коли ти її зловила і там 15 згод і 5 анкет? Тут тонка грань, треба зважувати всі ризики. Що з цього реально збирати? Наприклад, приходить пацієнт, і там є якісь короткі анкетування. Це як пілотний проєкт по сероепідмоніторингу за ВІЛ. Але з досвіду видно, що це дуже ускладнює комунікацію з пацієнтом, бо візит розтягується на дуже довго, людина годину сидить. Якщо це додасть хвилин десять, то не буде катастрофа, але не півгодини анкети»

*Стейкхолдер, Львів, державна інституція,
програмно-управлінський профіль, 10–19 років досвіду*



«Я би дуже хотіла, щоб ці дані вже були тоді для нас відкриті... Було б ще дуже класно, якби ми мали стартові дані, скільки в нас реєструється таких захворювань в саме цій групі. Якщо ми впровадили, то рівень зменшився. Наразі ми не знаємо цього рівня, особливо якщо беремо цю аудиторію. Не взагалі серед популяцій, а саме у цих осіб. Ми не маємо таких даних»

Стейкхолдер, Одеса, державна інституція, аналітично-дослідницький профіль, 20+ років досвіду

Респонденти також показували, що масштабування Доксі-ПЕП може бути умовним. Якщо пілот продемонструє попит, але водночас покаже часте неправильне використання, слабе повернення на тестування, надмірне навантаження на НУО або медиків, неможливість відстежувати симптоми й повторні звернення, це не буде аргументом для розширення. Якщо ж пілот покаже, що Доксі-ПЕП прийнятний, використовується людьми з релевантним ризиком, не замінює лікування при симптомах, пов'язаний з тестуванням, тоді можна обговорювати ширшу інтеграцію. Тому дані пілоту мають бути спроектовані так, щоб підтримати рішення, не обмежуючись лише підтвердженням того, що інтервенція була реалізована.



«Було б добре розуміти чітко, чи це працюватиме в Україні. Можливо, потрібне пілотне впровадження на регіональному рівні з подальшою оцінкою ризиків і перспектив впровадження на національному рівні. Я не буду казати, що це не актуально для України або суперактуально. Тут доцільно буде оцінити, як це працюватиме в реальних умовах зараз. Я за практичний підхід: щоб подивитися, що щось працює, треба це протестувати»

Стейкхолдер, національний рівень, державна інституція, програмно-управлінський профіль, до 5 років досвіду

Отже, фінансування, моніторинг і сталість Доксі-ПЕП у відповідях були тісно пов'язані між собою. Дешевий препарат не робить інтервенцію дешевою: якісний маршрут потребує клінічного часу, навігації, тестування, повторного контакту, обліку і хоча б мінімальної АМР-логіки. Донорський пілот може бути найбільш реалістичним стартом, але його цінність залежатиме від здатності генерувати локальні дані для подальших програмних і державних рішень. Моніторинг має бути легким для провайдерів і корисним для управління, і саме ця здатність системи вчитися під час впровадження є умовою реальної сталості Доксі-ПЕП.

4.5. Ключові дилеми впровадження

Результати попередніх розділів показують, що Доксі-ПЕП не сприймався респондентами як проста інтервенція, яку можна механічно додати до наявних послуг. Для потенційних користувачів він виглядав як спосіб діяти після ризикованого контакту, зменшити тривожність, отримати більший контроль над сексуальним здоров'ям і потенційно уникнути якихось бактеріальних ІПСШ. Для медиків, НУО, ОКС і стейкхолдерів Доксі-ПЕП також мав очевидну практичну цінність, але майже завжди описувався через умови: кому його можна пропонувати, хто має ухвалювати медичне рішення, як швидко має працювати маршрут, як зберегти конфіденційність, які дані потрібно збирати, як не посилити самопризначення антибіотиків і як пов'язати нову профілактику з тестуванням, лікуванням ІПСШ та АМР-наглядом.

Дилеми, описані нижче, сформульовані на основі міжгрупового синтезу результатів. Одні й ті самі питання – доступ, контроль, швидкість, конфіденційність, АМР, критерії кандидатності, фінансування, готовність сервісів, кадрова спроможність і безпека маршруту – повторювалися в різних формах у відповідях усіх груп учасників. Ключове питання для впровадження полягає не в тому, чи є Доксі-ПЕП прийнятним або неприйнятним, а в тому, яка модель здатна утримати кілька напружень одночасно. Надто медикалізований або повільний маршрут може залишити людей із релевантним ризиком поза послугою і підштовхнути їх до неформального використання доксицикліну. Надто проста або слабко контрольована модель може посилити самопризначення, частий прийом антибіотика і втрату видимості АМР-ризиків.



Вага кожної з дилем може відрізнятися на різних етапах: для пілоту критичними є критерії кандидатності, медична відповідальність, зв'язок з тестуванням, облік використання, навчання команд і безпечний маршрут доступу; для можливого масштабування більшого значення набуватимуть фінансування, сталість, інтеграція в систему ІПСШ-сервісів, кадрова спроможність, участь приватного сектора і реалістичний АМР-моніторинг. Тому Доксі-ПЕП доцільно розглядати не як рішення про видачу доксицикліну, а як керований процес побудови маршруту, коли препарат, медичне рішення, спільнота довіра, тестування, конфіденційність і навчання залишаються пов'язаними.

4.5.1. Доступ у часовому вікні ↔ медична відповідальність

Перша наскрізна дилема стосується балансу між практичною досяжністю Доксі-ПЕП і медичною відповідальністю за використання антибіотика. Для потенційних користувачів препарат має сенс тоді, коли його можна отримати або прийняти у післяконтактному часовому вікні. Ризикований контакт може відбуватися спонтанно, вночі, після вечірки, у контексті хімсексу, групового сексу, сексу за винагороду, стелсінгу або контакту, де домовленість про захист була порушена. У таких ситуаціях довгий очний маршрут, запис до лікаря, новий рецепт і кілька організаційних кроків можуть зробити післяконтактну логіку майже недосяжною.

Водночас Доксі-ПЕП не є нейтральним профілактичним матеріалом на кшталт презерватива чи лубриканта. Йдеться про профілактичне використання антибіотика без підтвердженої інфекції, і саме тому майже ніхто з респондентів не підтримував повністю вільну видачу або неконтрольований доступ. Медична відповідальність і нагляд потрібні для оцінки кандидатності, протипоказань, симптомів, сумісності з іншими препаратами, частоти використання і потреби в тестуванні. Для дерматовенерологів особливо важливою була межа між профілактикою і лікуванням: людина з симптомами або позитивним тестом потребує діагностики та лікувального маршруту, а не повторного профілактичного прийому.

Ця дилема не вирішується вибором між «вільний доступ» і «жорсткий контроль», і дані радше підтримують модель керованого доступу: первинна медична оцінка і пояснення мають відбуватися до або на початку використання, а далі людина може мати обмежений і чітко інструктований доступ до препарату для визначених ситуацій ризику. НУО та ОКС у такій моделі можуть бути першою точкою входу і навігації, але не піднімати медичне рішення щодо антибіотика. Медична відповідальність має бути організована так, щоб не блокувати своєчасний доступ, а робити самостійне використання в межах схеми безпечнішим і зрозумілішим.

4.5.2. Очний маршрут ↔ воєнна мобільність і гібридний доступ

Друга дилема стосується формату контакту потенційного користувача з системою. З клінічного погляду очна оцінка має очевидні переваги: лікар може побачити наявність симптомів, уточнити анамнез, оцінити протипоказання, пояснити схему, скерувати на тестування і відрізнити ситуацію, де доречний Доксі-ПЕП, від ситуації, де потрібне лікування. Для частини медиків саме очний контакт залишався ознакою відповідального призначення антибіотиків.

Водночас дані показують, що в українських воєнних умовах очний маршрут не завжди є реалістичним або безпечним. Респонденти описували повітряні тривоги, комендантські обмеження, транспортні бар'єри, страх перед ТЦК, мобілізаційний контекст і небажання контактувати з формальними державними установами. Для транс*жінок з чоловічим гендерним маркером в документах або негативним досвідом контактування з медичними сервісами очний візит міг означати не просто незручність, а ризик стигми, місгендерингу або небажаного розкриття. Якщо очний візит буде обов'язковою умовою кожного доступу до препарату, Доксі-ПЕП може втратити практичну цінність саме для людей, для яких післяконтактна швидкість є найбільш важливою.

Тому клінічна оцінка має зберігатися, але формат доступу потребує гнучкості. Гібридна модель, де первинна оцінка і пояснення можуть відбуватися очно або дистанційно залежно від ситуації, а подальше уточнення після ризику – через телефон, месенджер, телемедичну консультацію або навігацію НУО, дозволяє зберегти клінічну логіку без вимоги, яка в умовах війни може стати бар'єром. У разі появи симптомів, при позитивному тесті, частих повторних запитах або складних медичних ситуаціях дистанційний контакт має переводити людину в очний або лабораторний маршрут, а не замінювати його повністю.



4.5.3. Простота схеми ↔ ризик спрощення до самопризначення

Третя дилема стосується комунікаційної переваги Доксі-ПЕП: базова ідея легко запам'ятовується і швидко передається в спільноті – антибіотик після ризикованого сексу, щоб знизити ризик бактеріальних ІПСШ. Для потенційних користувачів така логіка була інтуїтивно зрозумілою, особливо для людей, які вже знають ПрЕП або ПЕП для ВІЛ. Простота повідомлення може допомогти швидко донести інформацію до людей з релевантним ризиком, зробити підхід менш абстрактним і зменшити бар'єр першої розмови про ІПСШ.

Та сама простота створює ризик неправильного використання. Якщо Доксі-ПЕП буде поширюватися як «дві таблетки після сексу» без пояснення меж, частоти, симптомів, тестування, АМР і нижчої ефективності щодо гонореї, користувачі можуть сприйняти його як універсальну страховку після будь-якого контакту. ОКС і НУО показували, що інформація може поширюватися через чати, соціальні мережі, друзів та неформальні поради швидше, ніж формальний маршрут встигне сформувати безпечні правила. У такому контексті головний ризик полягає не в самій обізнаності спільноти, а в тому, що доказова схема може бути скорочена до самокерованої поради «випити антибіотик після сексу».

Окреме зміщення можливе у ширшій профілактичній поведінці. Частина респондентів проводила паралелі з ПрЕП, який у певних ситуаціях змінив ставлення до презерватива. Водночас результати не свідчать, що така компенсація є неминучою: більшість потенційних користувачів бачила Доксі-ПЕП як додатковий або резервний інструмент для ситуацій, коли попередній контроль не спрацював, а не як заміну презервативам, тестуванню чи лікуванню.

Комунікація про Доксі-ПЕП має залишатися простою, але не спрощеною до помилкового розуміння. Базове повідомлення має одразу включати межі: Доксі-ПЕП не є лікуванням симптомів, не замінює тестування, не захищає однаково від усіх бактеріальних ІПСШ, не призначений для щоденного або частого використання і має застосовуватися в межах конкретного часового вікна після конкретного ризику. Для спільнотної комунікації потрібна коротка і зрозуміла мова, а для сервісної реалізації – алгоритм, який допомагає відрізнити доречний післяконтактний прийом від ситуації, де потрібне тестування або лікування.

4.5.4. Користь для користувача ↔ АМР і слабка видимість гонореї

Четверта дилема виникає між безпосередньою користю для користувача і довгостроковими ризиками для громадського здоров'я. Для ЧСЧ і транс*жінок користь Доксі-ПЕП була конкретною і близькою: зменшення ризику зараження сифілісом або хламідіозом, можливість діяти після контакту, психологічне полегшення, автономність у ситуаціях нерівної переговорної позиції, нижча ймовірність складного, дорогого або стигматизуючого лікувального маршруту. В цьому сенсі Доксі-ПЕП відповідає за реальну прогалину між відносно структурованою ВІЛ-профілактикою і слабшою профілактикою бактеріальних ІПСШ.

Для медиків і стейкхолдерів ця індивідуальна користь мала зіставлятися з ризиками АМР і принципами раціонального використання антибіотиків. Гонорея була центральним прикладом для цієї дилеми: ефективність Доксі-ПЕП щодо неї нижча і менш стабільна, а локальні дані щодо чутливості *N. gonorrhoeae* до тетрациклінів в Україні залишаються обмеженими. Через це користувацьке відчуття «додаткового захисту» має поєднуватися з чесним поясненням, що Доксі-ПЕП не є універсальним захистом від усіх ІПСШ.

АМР-дилема також залежить від того, чи має система достатню спроможність бачити наслідки впровадження. Наявний АМР-нагляд в Україні частіше мислиться через лікарняні інфекції, госпітальні збудники, вогнепальні поранення і септичні стани, тоді як Доксі-ПЕП ставить питання по-іншому: чи може система відстежувати чутливість і резистентність у контексті сексуального здоров'я, насамперед щодо гонореї, серед груп, які не завжди доходять до лабораторної діагностики.

Тому запобіжники мають відповідати реальній спроможності системи. Для пілоту важливим є критерії кандидатності, обмеження частоти, регулярне тестування, чіткий маршрут при симптомах, фіксація повторних запитів і поступове включення лабораторного або епіднаглядного компонента там, де він можливий. Доксі-ПЕП може мати реальну цінність для людей із повторюваним ризиком, але саме через це він має впроваджуватися як керована профілактична практика, здатна накопичувати дані про використання, тестування і – наскільки можливо – чутливість *N. Gonorrhoeae* до антибіотиків.



4.5.5. Конфіденційність ↔ мінімально достатній облік

П'ята дилема стосується конфіденційності, підзвітності й здатності пілоту навчатися під час впровадження. Для потенційних користувачів конфіденційність була частиною доступності, оскільки Доксі-ПЕП може бути прочитаний іншими як маркер ІПСШ, сексу без презерватива або «ризикованої» сексуальності. Для транс*жінок додатково важливими були документи, місгендеринг і попередній досвід дискримінації. В умовах війни ризик небажаного розкриття перетинався зі страхом перед ТЦК або мобілізаційним контекстом.

Водночас Доксі-ПЕП не може бути безпечним програмним втручанням без певної підзвітності. Програма має розуміти, хто отримує препарат, чи відповідає критеріям, як часто використовує, чи повертається на тестування, чи має симптоми, побічні реакції або повторні ІПСШ і чи не виникають ознаки неправильного використання. Якщо дані не збиратимуться взагалі, програма втрачає здатність управляти ризиками. Якщо даних накопичується забагато або вони стають надто видимими у широкій медичній системі, люди уникатимуть офіційного маршруту.

Моніторинг у такій моделі має бути інструментом навчання пілоту, а не лише звітності. Дані про частоту використання, повернення на тестування, повторні запити, симптоми, відмови, втрати маршруту і навантаження на команду потрібні для коригування алгоритму, а не лише для підтвердження факту реалізації. Надто складна звітність може перевантажити саме ті команди, які мають бути першою точкою довіри, а надмірна деталізація приватного життя може підштовхнути користувачів до неформального доступу.

Тому модель має будуватися навколо принципу мінімально достатніх і корисних даних – достатніх для безпеки, моніторингу частоти, тестування та прийняття рішення про масштабування, але не настільки деталізованих, щоб створювати ризик розкриття сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності або сексуальних практик. Користувачам потрібно пояснювати, які саме дані збираються і для чого: не для контролю або осуду, а для безпечного використання антибіотика, зв'язку з тестуванням і покращення програми. Конфіденційність та підзвітність не є протилежностями, якщо облік обмежений, захищений і зрозуміло пояснений.

4.5.6. Справедливий доступ ↔ межі доказової бази

Шоста дилема стосується того, як визначити коло людей для Доксі-ПЕП, не перетворюючи таргетованість на бар'єр і водночас не виходячи за межі наявної доказової бази. Надто вузькі критерії можуть виключити людей із реальним ризиком: тих, хто не має нещодавно підтвердженої ІПСШ, не перебуває на ПрЕП або АРТ, не розкриває ідентичності, уникає тестування через стигму, вартість, мобілізаційний контекст чи негативний досвід медичної системи. Таргетованість не має зводитися до формальних маркерів, які легко задокументувати, але які не завжди відображають фактичний ризик.

З іншого боку, надмірно широке трактування також є проблематичним: наявна міжнародна доказова база щодо ефективності Доксі-ПЕП стосується насамперед ЧСЧ і транс*жінок, а підстав для перенесення підходу на інші групи без окремого обґрунтування недостатньо. Стейкхолдери визнавали ширшу потенційну потребу, але одночасно вказували на обмежену спроможність України проводити власні клінічні дослідження в поточних умовах. Брак локальних даних не є аргументом для неконтрольованого розширення доступу; радше він посилює потребу в обережному, поетапному і добре задокументованому впровадженні в межах груп з найсильнішою доказовою і програмною логікою.

З отриманих даних випливає, що модель Доксі-ПЕП має бути ризик-орієнтованою в межах доказово обґрунтованих цільових груп. Кандидатність може враховувати нещодавно або повторну ІПСШ, повторювані незахищені контакти, груповий секс, хімсекс, секс-вечірки, секс за винагороду, велику кількість партнерів, належність до маршрутів ПрЕП або АРТ, а також обставини, де ризик є реальним, але не завжди задокументованим. Критерії мають бути сформульовані без стигматизуючого «ярлика» і без вимоги надмірно розкривати приватні деталі. Для груп поза поточною доказовою базою доцільно передбачити окремий дослідницький або аналітичний компонент, а не автоматичне включення до сервісного алгоритму.



4.5.7. ІПСШ-експертиза ↔ вільний від стигми вхід до послуги

Сьома дилема стосується того, як поєднати ІПСШ-експертизу з маршрутом, який буде прийнятним для ЧСЧ і транс*жінок. На відміну від ВІЛ-сервісів, де вже існують відносно структуровані маршрути ПрЕП, АРТ, тестування і навігації НУО, система профілактики, діагностики, лікування і моніторингу бактеріальних ІПСШ залишається менш цілісною. Регулярність тестування на ВІЛ або сифіліс не означає систематичного скринінгу на гонорею або хламідіоз; лабораторна діагностика часто платна або прив'язана до приватних лабораторій; маршрути у разі наявності симптомів залежать від конкретного лікаря або закладу.

З клінічного погляду Доксі-ПЕП не може бути впроваджений лише як додаток до ВІЛ-профілактики, оскільки він стосується бактеріальних ІПСШ, симптомів, діагностики, лікування, повторних інфекцій та АМР-нагляду. Дерматовенерологи та інші фахівці з ІПСШ мають компетенцію, без якої складно коректно розмежувати профілактику і лікування, але саме ці маршрути не завжди є першою довіреною точкою входу для ЧСЧ і транс*жінок: вони можуть асоціюватися зі стигмою, некоректною комунікацією, ризиком розкриття або потребою пояснювати сексуальні практики без гарантії коректного ставлення.

Тому ІПСШ-експертиза і діагностична спроможність мають бути обов'язковими частинами маршруту, але не обов'язково його першою точкою. НУО, ОКС, ПрЕП і ВІЛ-сервіси можуть залишатися входом, де людина отримує первинну інформацію і підтримку, тоді як дерматовенерологи та лабораторні сервіси мають бути включені через навчання, клінічні алгоритми, скерування і маршрути лікування. У такій моделі Доксі-ПЕП не відривається від ІПСШ-компетенції, але доступ не будується навколо сервісу, який частина потенційних користувачів сприймає як недосяжний.

4.5.8. Розподіл ролей ↔ ресурсна спроможність маршруту

Восьма дилема стосується того, хто виконує різні функції в маршруті Доксі-ПЕП і чи має система достатню спроможність підтримати такий розподіл. Жодна група учасників не бачила впровадження як завдання одного актора: НУО мають довіру і перший контакт; ОКС – спільнотну легітимність і здатність перекладати медичні повідомлення мовою спільноти; ВІЛ-лікарі та ПрЕП-сервіси – досвід біомедичної профілактики; дерматовенерологи – ІПСШ-компетенцію; лабораторії – діагностичну і частково АМР-логіку. Якщо ролі не будуть розмежовані, існує ризик, що НУО фактично братимуть на себе клінічні рішення, лікарі отримають навантаження без алгоритму, а ОКС поширюватимуть інформацію без достатньої підтримки медичної системи.

Водночас надто складний розподіл ролей може зробити маршрут непрацездатним. Якщо для отримання Доксі-ПЕП потрібно пройти кілька інстанцій, повторно пояснювати сексуальну поведінку або чекати на консультації без чіткої навігації, післяконтактна логіка буде втрачена. Ситуації, коли людина вже прийняла антибіотик самостійно, має симптоми, не хоче тестуватися, отримала препарат в іншому місці або боїться, що дані потраплять до інших установ, потребують можливості швидко отримати підтримку більш досвідченого клініциста, обговорити складний кейс або змінити маршрут.

Напруження є особливо гострим в умовах кадрового дефіциту, вигорання, воєнного навантаження і конкуренції між програмними завданнями. НУО та медики вже поєднують тестування, ПрЕП-навігацію, АРТ-супровід, гуманітарні потреби і роботу з ВПО, тому Доксі-ПЕП не можна розглядати як невелике доповнення до існуючих обов'язків. Пілот має перевірити не лише знання команд про Доксі-ПЕП, а й здатність маршруту працювати як узгоджена система з реалістичним навантаженням, зрозумілими межами відповідальності та механізмом оновлення алгоритмів.

4.5.9. Фінансова доступність ↔ сталість повного сервісного циклу

Дев'ята дилема стосується фінансової логіки Доксі-ПЕП. На рівні вартості самого препарату доксициклін не сприймався більшістю як недоступний, і частина респондентів вказувала, що оплата може підвищувати усвідомленість прийому. Водночас платний доступ до Доксі-ПЕП може суперечити логіці профілактики для ключових груп, яка в Україні здебільшого сформувалася як безкоштовна або підтримана донорами. Якщо Доксі-ПЕП буде доступним лише за власний кошт, це може створити нерівність для людей із нестабільним доходом, переміщеннями або повторюваними ризикованими ситуаціями.



Реальна вартість маршруту включає не лише таблетки, якісне впровадження потребує консультації, оцінки ризику, тестування на ІПСШ, повторного контакту, навігації НУО або ОКС, роботи з побічними ефектами, реагування на симптоми, моніторингу частоти використання і навчання команд. Тому навіть дешевий препарат не робить інтервенцію дешевою. Повністю безкоштовна модель також потребує обережності: вона має бути фінансово сталою, не стимулювати накопичення препарату «про запас» і не відривати Доксі-ПЕП від критеріїв, консультації і тестування, особливо якщо перед командами будуть поставлені кількісні індикатори охоплення.

З отриманих даних випливає змішана логіка: сам препарат може бути частково самофінансованим для тих, хто може його придбати, але консультація, скерування і тестування мають бути підтримані для людей, де навіть помірна ціна або вартість лабораторії стає бар'єром. У пілоті важливо оцінювати повну вартість маршруту: час лікаря, час соціального працівника, матеріали для комунікації, діагностику, повторні контакти, моніторинг і координацію. Саме ця повна вартість визначатиме, чи може Доксі-ПЕП стати сталою послугою після донорського старту.

4.5.10. Запас наперед ↔ контроль частоти і залишків

Десята дилема стосується того, що відбувається після видачі препарату. Для потенційних користувачів невеликий запас Доксі-ПЕП виглядав практично логічним: післяконтактне вікно не завжди сумісне з реальним доступом до лікаря або аптеки вночі, у вихідні, під час повітряної тривоги, комендантських обмежень або через страх пересування містом. За таких обставин препарат, який уже є вдома, може бути умовою реального використання схеми.

Водночас запас препарату створює власні ризики: залишки можуть накопичуватися, передаватися друзям або партнерам, прийматися при симптомах замість звернення до лікаря або використовуватися частіше, ніж обговорено. Ризик особливо актуальний в українському контексті, де антибіотики формально є рецептурними, але на практиці доступні через аптеки або знайомих. Стандартна аптечна упаковка з більшою кількістю таблеток також робить питання залишків не теоретичним, а практичним.

Повна відмова від запасу може зробити післяконтактну схему менш реальною, але неконтрольований запас посилює вірогідність самостійного використання антибіотика поза маршрутом. Більш збалансованою виглядає модель, де препарат може видаватися в обмеженій кількості після первинної консультації, з чіткою інструкцією щодо максимальної частоти вживання, дій у разі появи симптомів, потреби в тестуванні та необхідності повідомляти про використання під час наступного контакту. В сервісному дизайні також варто врахувати форму видачі: кількість таблеток, можливість видачі обмеженої кількості доз, маркування інструкції і спосіб повернення до консультації. У такій моделі запас препарату підтримує післяконтактну логіку Доксі-ПЕП, але не перетворюється на неконтрольований резерв антибіотиків у спільноті.

*Загалом ці дилеми показують, що впровадження Доксі-ПЕП в Україні має бути не одномоментним рішенням про доступ до доксицикліну, а керованим процесом побудови маршруту. Найбільш обґрунтованою, за отриманими даними, виглядає гібридна модель, у якій Доксі-ПЕП є доступним для ЧСЧ і транс*жінок із релевантним ризиком, але залишається медично поясненим, пов'язаним із тестуванням, захищеним з погляду конфіденційності, обмеженим щодо надмірного використання, фінансово реалістичним і достатньо гнучким для воєнного та спільнотного контексту. Така модель потребує поступового посилення ІПСШ-діагностики, дерматовенерологічного скерування, лабораторної спроможності, чіткого розподілу ролей між НУО, ОКС і медичними фахівцями та мінімально реалістичного АМР-моніторингу, насамперед щодо гонорей. Для груп поза поточною доказовою базою питання Доксі-ПЕП має розглядатися через окреме накопичення даних, а не через автоматичне розширення сервісної моделі. Саме ці напруження мають залишатися видимими при розробці пілотного дизайну Доксі-ПЕП, щоб майбутня модель не втратила користувацьку досяжність, клінічну відповідальність, програмну керованість, фінансову реалістичність і принципи раціонального використання антибіотиків.*



5 ВИСНОВКИ

Дослідження показало, що Доксі-ПЕП виглядає прийнятним і потенційно здійсненним для ЧСЧ і транс*жінок, але ця прийнятність є умовною. Потенційні користувачі бачили в ньому додатковий інструмент після ризикованого контакту, спосіб зменшити тривогу, діяти в ситуаціях неповного контролю над сексуальним ризиком і потенційно уникнути деяких бактеріальних ІПСШ. Водночас готовність розглядати Доксі-ПЕП майже завжди залежала від зрозумілої медичної логіки: кому він підходить, як часто його можна використовувати, як він поєднується з ПрЕП, АРТ, гормональною терапією та іншими препаратами, які має побічні ефекти і чому не замінює тестування або лікування.

Професійні групи також загалом не відкидали Доксі-ПЕП як підхід, але оцінювали його через умови безпечного впровадження. Для медиків ключовими були клінічні межі, протипоказання, симптомні маршрути, відповідальність за призначення антибіотика і ризику АМР. Для НУО та ОКС важливими були довіра, конфіденційність, зрозуміла комунікація, спільнотна легітимність і практична досяжність послуги у післяконтактному часовому вікні. Для стейкхолдерів головними залишалися нормативна рамка, фінансування, моніторинг, зв'язок з ІПСШ-діагностикою і можливість отримати локальні дані для подальших рішень.

Сервісні, клінічні та системні передумови для контрольованого пілоту Доксі-ПЕП в Україні існують, але залишаються нерівномірними. Найбільш готовою основою є ВІЛ/ПрЕП/АРТ-інфраструктура, дружні лікар, НУО-навігація та ОКС, які вже мають контакт з частиною людей з релевантним ризиком. Натомість компоненти, пов'язані з бактеріальними ІПСШ, є слабшими: діагностика гонореї та хламідіозу менш доступна і менш системна, дерматовенерологічний маршрут не завжди є вільним від стигми, приватний сектор не повністю видимий для епіднагляду, а АМР-моніторинг слабо інтегрований у сферу сексуального здоров'я.

Центральний висновок дослідження полягає в тому, що прийнятність і здійсненність Доксі-ПЕП в Україні залежить не від самого факту доступності доксицикліну, а від моделі доступу. Найбільш обґрунтованою, за отриманими даними, виглядає гібридна модель, у якій клінічне рішення поєднується з навігацією НУО та ОКС, конфіденційною комунікацією, зв'язком з тестуванням на ІПСШ, гнучкими форматами доступу і мінімально реалістичним моніторингом використання та АМР-ризиків.

Доксі-ПЕП не варто розглядати як готову до широкого впровадження послугу без попереднього пілотування. Отримані дані підтримують контрольований, поетапний пілот у вибраних маршрутах і територіях, де можна перевірити пілот, відповідність критеріям, правильність використання, повернення на тестування, навантаження на команди, конфіденційність, частоту прийому і мінімальні сигнали щодо АМР. Такий пілот має бути спроектований не тільки як демонстрація можливості реалізувати послугу, а й як механізм отримання локальних даних для рішення про доцільність, умови і межі подальшої інтеграції.

Отже, Доксі-ПЕП може заповнити важливу прогалину між більш розвинутою ВІЛ-профілактикою і слабше структурованою профілактикою бактеріальних ІПСШ в Україні. Його потенціал буде реалізований лише за умови, що препарат не буде відокремлений від медичної оцінки, тестування, спільнотної довіри, конфіденційності, навчання команд, управління частотою використання і раціонального застосування.



6 РЕКОМЕНДАЦІЇ

Рекомендації, викладені нижче, окреслюють мінімальні умови для контрольованого пілоту Доксі-ПЕП в Україні. Вони спрямовані на підготовку моделі, яка може безпечно функціонувати в реальних сервісних умовах і генерувати дані для подальших програмних і нормативних рішень. Детальні операційні документи – клінічний протокол, розподіл відповідальності між партнерами, система моніторингу, комунікаційний матеріал – мають розроблятися як окремий етап із залученням клінічних, програмних, лабораторних фахівців та представників спільнот.

- 1. Розробити і впровадити контрольований пілот Доксі-ПЕП у вибраних маршрутах і територіях.** Пілот має бути обмеженим за масштабом, але достатньо різноманітним, щоб перевірити кілька реалістичних точок входу: ПрЕП/АРТ-сервіси, дружні ВІЛ-клініки, НУО-навігацію, ОКС і скерування до ІПСШ-фахівців. Рішення про подальше масштабування має залежати від даних пілоту, а не лише від наявності міжнародних рекомендацій чи попиту серед спільноти.
- 2. Розробити єдиний клінічно-сервісний алгоритм Доксі-ПЕП.** Алгоритм має визначити критерії кандидатності, дозування, часове вікно, максимально прийнятну частоту використання, протипоказання, сумісність з ПрЕП, АРТ, гормональною терапією та іншими препаратами, дії при симптомах, маршрут у разі позитивного тесту, правила повторного звернення і межі відповідальності різних акторів. Окремо потрібно прописати, що Доксі-ПЕП не є лікуванням ІПСШ і не має використовуватися як доконтактна або щоденна антибіотикопрофілактика.
- 3. Використовувати ризик-орієнтовані критерії доступу в межах доказово обґрунтованих груп.** Пілот доцільно зосередити на ЧСЧ і транс*жінках із релевантним ризиком бактеріальних ІПСШ. Критерії мають враховувати не лише ідентичність або статус ПрЕП/АРТ, а й поведінкові та клінічні фактори: нещодавню або повторну ІПСШ, повторювані незахищені контакти, груповий секс, хімсекс, секс-вечірки, секс за винагороду, велику кількість партнерів або інші ситуації, де ризик є повторюваним чи високим. Водночас критерії мають бути сформульовані без стигматизації і без вимоги надмірного розкриття приватних деталей.
- 4. Побудувати гібридний маршрут доступу з чітким розподілом ролей.** Медичне рішення щодо Доксі-ПЕП має залишатися за лікарем або клінічно уповноваженим фахівцем, тоді як НУО та ОКС забезпечуватимуть первинне інформування, навігацію, супровід, нагадування про тестування і повернення до сервісу. Маршрут має дозволяти швидку реакцію після ризику через телефон, месенджер, онлайн-консультацію або попередньо погоджену схему, але при симптомах, позитивному тесті або частих повторних зверненнях переводити людину до очної та лабораторної оцінки.
- 5. Забезпечити мінімальний пакет ІПСШ-діагностики і скерування.** Пілот не має зводитися до призначення доксицикліну, він має включати доступне тестування на сифіліс, а також реалістичний маршрут для діагностики гонореї та хламідіозу, зокрема з урахуванням анатомічних локалізацій сексуального контакту. Потрібно заздалегідь визначити дружні точки скерування до дерматовенеролога або інших ІПСШ-фахівців, особливо для симптомних випадків і позитивних результатів.
- 6. Посилити АМР-нагляд, насамперед щодо гонореї, та вбудувати реалістичний АМР-компонент у дизайн пілоту.** Пілот має включати моніторинг АМР, пропорційний наявній лабораторній спроможності, з особливою увагою до гонореї. Пріоритетними мають бути дані про частоту використання Доксі-ПЕП, повторні ІПСШ, симптоматичні випадки, діагностовані випадки гонореї, результати тестування та, де це можливо, дані про чутливість до антимікробних препаратів. Пілот також варто використати для визначення практичних механізмів зв'язку моніторингу Доксі-ПЕП із ширшим наглядом за ІПСШ та АМР і покращенням доступності локальних даних щодо чутливості *N. gonorrhoeae* до антибіотиків. АМР-нагляд не має бути передумовою або бар'єром перед кожним



прийомом препарату, а має слугувати складовою програмного навчання, подальших рішень щодо впровадження та посилення профілактики ІПСШ.

- 7. Підготувати спільні навчальні матеріали для медиків, НУО та ОКС.** Навчання має охоплювати не тільки схему прийому, а й критерії кандидатності, побічні ефекти, АМР, сумісність з іншими препаратами, симптомні маршрути, частоту використання, транс*компетентність, конфіденційність і комунікацію без моралізації. Для НУО та ОКС потрібні короткі алгоритми першої відповіді: що сказати людині, яка звернулася після ризику, коли скерувати до лікаря, коли Доксі-ПЕП не підходить і як не спрощувати повідомлення до «двох таблеток після сексу».
- 8. Розробити необтяжливий і конфіденційний моніторинг пілоту.** Моніторинг має збирати дані, потрібні для управління і рішення про масштабування: хто звертається, чи відповідає критеріям, через який маршрут отримує консультацію, чи встигає прийняти препарат у часовому вікні, як часто використовує, чи повертається на тестування, чи має симптоми або побічні реакції на препарат. Облік має бути мінімально достатнім, захищеним і зрозуміло поясненим користувачам, щоб не підштовхнути їх до неформального доступу.
- 9. Фінансувати повний сервісний цикл, а не лише препарат.** Бюджет пілоту має включати клінічний час, НУО- та ОКС-навігацію, тестування на ІПСШ, навчання команд, комунікаційні матеріали, моніторинг, координацію, супервізію і роботу з повторними або складними випадками. Для людей із нестабільним доходом доступ до консультації і базового тестування має бути безоплатним або низьковартісним. Питання самостійної купівлі препарату може розглядатися для тих, хто має таку можливість, але не повинен замінювати підтримку ключових елементів маршруту.
- 10. До початку пілоту визначити його цілі, критерії успіху та умови переходу до масштабування.** До початку пілоту партнери мають погодити, що саме він має продемонструвати, які результати вважатимуться успішними, які показники використовуватимуться та які висновки підтримуватимуть продовження, коригування або масштабування моделі. Оцінювання не має зводитися до попиту та кількості виданих доз, а має охоплювати відповідність користувачів критеріям, правильність використання, зв'язок із тестуванням, частоту прийому, навантаження на команди, конфіденційність, здатність маршруту реагувати на симптоми та мінімальні сигнали щодо АМР. Масштабування має залишатися умовним і залежати від того, чи продемонструє пілот керовану, безпечну та практично здійсненну модель.



ДОДАТОК 1. Міжнародні рекомендації щодо призначення та моніторингу прийому Доксі-ПЕП

Організація/автор	Рік	Цільова група	Видача препарату	Моніторинг лікування
German STI Society [40]	20 грудня, 2023	ЧСЧ і транс*жінки, які мають секс з чоловіками	Прийом/показання до прийому ПрЕП або діагностована ВІЛ-інфекція та ≥ 1 додатковий фактор: повторне інфікування сифілісом; повторні (симптоматичні) бактеріальні ІПСШ за останні 6 міс.; ≥ 10 партнерів-чоловіків за останні 6 міс.; вживання стимуляторів під час сексу («хімсекс»); груповий секс	Не зазначено
Australian Society for HIV, Viral Hepatitis, and Sexual Health Medicine [62]	13 березня, 2024	Гей, бісексуальні та інші ЧСЧ з підвищеним ризиком сифілісу	Діагностований сифіліс за останні 6–12 міс. або ≥ 2 бактеріальні ІПСШ (не сифіліс) за останні 6–12 міс. або очікуваний високий ризик інфікування ІПСШ (секс-вечірки, секс з кількома випадковими сексуальними партнерами)	Видача на 3–6 міс. з подальшим переглядом необхідності
Centers for Disease Control and Prevention [63]	6 червня, 2024	Гей, бісексуальні та інші ЧСЧ, транс*жінки	≥ 1 бактеріальна ІПСШ (сифіліс, хламідіоз, гонорея) за останні 12 міс.	Кожні 3 міс.: тестування на сифіліс, гонорею, хламідіоз з додатковим скринінгом у разі появи симптомів
Oregon Board of Pharmacy [64]	Червень, 2024	Гей, бісексуальні та інші ЧСЧ, транс*жінки	≥ 1 бактеріальна ІПСШ (сифіліс, хламідіоз, гонорея) за останні 12 міс. та незахищений анальний/оральний/вагінальний секс з ≥ 1 партнером з числа цисгендерних чоловіків або транс*жінок за останні 12 міс. Розглянути: ≥ 1 бактеріальна ІПСШ (сифіліс, хламідіоз, гонорея) за останні 12 міс. та відсутність незахищеного сексу з ≥ 1 партнером з числа цисгендерних чоловіків або транс*жінок за останні 12 міс., але очікування такого сексу в майбутньому АБО Відсутність ≥ 1 бактеріальної ІПСШ (сифіліс, хламідіоз, гонорея) за останні 12 міс. та відсутність/наявність незахищеного сексу з ≥ 1 партнером з числа цисгендерних чоловіків або транс*жінок за останні 12 міс., але очікування сексу з кількома партнерами, групового сексу, хімсексу або участі у ризикованих сексуальних активностях (напр., секс-вечірки)	На початку та кожні 3–6 міс.: бактеріальне тестування на ІПСШ в анатомічних місцях контакту. Скринінг на ВІЛ для ВІЛ-негативних осіб
			Рекомендована максимальна початкова доза: 14х200 мг, із корегуванням з урахуванням частоти сексуальних контактів. Подальше продовження кожні 3 міс. (максимум б) після негативних результатів тестування на ІПСШ	Кожні 3 міс.: тестування ампліфікації нуклеїнових кислот на гонорею, тестування на хламідіоз в анатомічних місцях контакту, серологічне тестування на сифіліс, скринінг на ВІЛ (якщо не діагностовано раніше)

Організація/автор	Рік	Цільова група	Критерії призначення	Видача препарату	Моніторинг лікування
San Francisco Department of Health [65]	12 вересня, 2024	Цисгендерні чоловіки, транс*жінки та інші особи чоловічої статі при народженні	≥1 бактеріальна ІПСШ за останні 12 міс. та незахищений анальний/оральний секс з ≥1 партнером чоловічої статі при народженні. Розглянути: цисгендерним чоловікам, транс*жінкам та усім особам, незалежно від статі при народженні, які мали анальний або оральний секс без презерватива з ≥2 партнерами чоловічої статі при народженні за останні 12 міс., незалежно від історії ІПСШ	Не зазначено	Кожні 3 міс.: скринінг на гонорею та хламідіоз в анатомічних місцях контакту, сифіліс та ВІЛ (якщо не діагностовано раніше)
New York State Department of Health AIDS Institute [33]	15 жовтня, 2024	Цисгендерні чоловіки та транс*жінки, які мають секс з чоловіками	Незахищений секс із партнером(ами) чоловічої статі при народженні та бактеріальна ІПСШ протягом останніх 12 міс. або постійний ризик зараження ІПСШ	Запас на 30–90 днів: до 90 доз (по 200 мг з уповільненим вивільненням) або до 180 доз (по 100 мг із негайним вивільненням) протягом 3 міс.	Кожні 3 міс.: тестування на ВІЛ (якщо не діагностовано раніше), сифіліс, гонорею, хламідіоз (у місцях експозиції) і повторна видача Докс-ПЕП. На початку та щорічно: скринінг на вірус гепатиту В. При тривалому прийомі – контроль функцій печінки, нирок, загальний аналіз крові
Public Health – Seattle & King County [43]	Січень, 2025	Цисгендерні чоловіки, транс*жінки, небінарні особи чоловічої статі при народженні, які мають секс з чоловіками	≥1 бактеріальна ІПСШ (сифіліс, хламідіоз, гонорея) за останні 12 міс. та незахищений секс з кількома партнерами. Пріоритет надається особам з >1 бактеріальною ІПСШ за останні 12 міс. та/або з історією раннього сифілісу. Розглянути: очікувана підвищена сексуальна активність (секс-вечірки, подорожі), секс з новими або невідомими партнерами, зокрема залучення до секс-послуг	Кількість доз визначається індивідуально за очікуваним споживанням	Кожні 3–6 міс.: тестування на бактеріальні ІПСШ. Скринінг на ВІЛ (якщо не діагностовано раніше) на початку та під час кожного візиту після. Лабораторний моніторинг не потрібен
British Association for Sexual Health and HIV [53]	12 червня, 2025	Цисгендерні геї, бісексуальні та інші ЧСЧ, транс*жінки з підвищеним ризиком сифілісу	≥1 бактеріальна ІПСШ (сифіліс, хламідіоз, гонорея) за останні 12 міс. та кілька нових, випадкових або разових сексуальних партнерів (зокрема груповий секс або хімсекс) за останні 3 міс.	Кількість доз визначається індивідуально за очікуваним споживанням	Рутинне тестування на ІПСШ відповідно до рекомендацій; додатковий моніторинг функцій печінки/нирок не рекомендується



ДОДАТОК 2. Концептуальні рамки прийнятності

Компонент	Підкомпонент	Елемент	Теоретична відповідність
1. Фактори Доксі-ПЕП	1.1. Характеристики препарату	1.1.1. Склад і форма (таблетка доксицикліну)	Intervention coherence, Perceived effectiveness, Ethicality (TFA) Product characteristics, Efficacy, Dosing regimen (PAF)
		1.1.2. Шлях і частота прийому (пероральний, однократне застосування)	
		1.1.3. Дозування (200 мг)	
		1.1.4. Час прийому (24–72 години після контакту)	
		1.1.5. Побічні ефекти (ШКТ, фоточутливість)	
		1.1.6. Уявлення про ризики антимікробної резистентності	
	1.2. Характеристики доставки	1.2.1. Місце надання (клініки ПрЕП або сайти АРТ)	Burden, Opportunity cost (TFA) Delivery mechanism, Product-associated norms (PAF)
		1.2.2. Конфіденційність та приватність	
		1.2.3. Можливість поєднання з іншими препаратами (ПрЕП, АРТ, гормональна терапія)	
		1.2.4. Доступність за рецептом	
2. Внутрішні фактори	2.1. Сприйняття користі/переваг	2.1.1. Зрозумілість і знання про препарат	Perceived effectiveness, Intervention coherence, Ethicality (TFA) Effect of product use on sexual encounter, Use attributes (PAF)
		2.1.2. Сприйняття безпеки та ефективності	
		2.1.3. Усвідомлення профілактичних переваг (зменшення ризику ІПСШ)	
		2.1.4. Відчуття контролю над власним ризиком	
		2.1.5. Баланс користі та потенційної шкоди	
		2.1.6. Відносна користь порівняно з іншими засобами (презерватив, тестування)	
	2.2. Сприйняття труднощів при використанні Доксі-ПЕП	2.2.1. Когнітивне навантаження	Burden, Opportunity cost, Affective attitude (TFA) Use attributes, Economic burden (PAF)
		2.2.1.1. Складність дозування	
		2.2.1.2. Необхідність пам'ятати про прийом	
		2.2.2. Емоційне навантаження	
		2.2.2.1. Страх побічних ефектів	
		2.2.2.2. Тривога щодо антибіотиків	
		2.2.2.3. Непомітність застосування (discreteness)	
		2.2.3. Фізичне навантаження	
		2.2.3.1. Неприємні симптоми	
		2.2.3.2. Вплив на сексуальну активність	



Компонент	Підкомпонент	Елемент	Теоретична відповідність
3. Зовнішні фактори	2.2.4. Фінансове навантаження	2.2.4.1. Вартість препарату	Self-efficacy, Intervention coherence (TFA)
		2.2.4.2. Транспортні витрати	
		2.2.4.3. Втрачені можливості / час	
	2.3. Самооефективність	2.3.1. Відчуття компетентності й контролю над прийомом	Ethicality, Opportunity cost (TFA) Partner's attitude, Product-associated norms (PAF)
		2.3.2. Довіра до власних знань і навичок	
		2.3.3. Впевненість у дотриманні режиму	
	3.1. Міжособистісні впливи	3.1.1. Ставлення сексуальних партнерів (підтримка/неприйняття)	Ethicality, Opportunity cost (TFA) Social and structural context, Organizational influences (PAF)
		3.1.2. Норми всередині спільноти (досвід інших, рекомендації друзів)	
		3.1.3. Позиція та ставлення медичних працівників	
	3.2. Соціальні впливи	3.2.1. Стигма щодо ВІЛ/ПШ і використання антибіотиків для профілактики	Ethicality, Opportunity cost (TFA) Social and structural context, Organizational influences (PAF)
		3.2.2. Культурні уявлення про «моральність» сексуальної поведінки	
		Доступність ЛГБТ-дружніх сервісів	
	3.2.3. Вплив війни, переміщення, нестабільності		



ДОДАТОК 3. Концептуальні рамки здійсненності

Компонент	Ключові підкомпоненти	Пояснення
1. Контекстуальне узгодження (Leadership/ Governance)	1.1. Сприйняття потреби в Доксі-ПЕП серед ключових груп і провайдерів	Визначає готовність середовища до інновації, наявність політичної волі та суспільної підтримки
	1.2. Соціальна та культурна прийнятність	
	1.3. Розуміння ризиків антимікробної резистентності та «компенсації ризику»	
	1.4. Потенційне охоплення і канали доступу	
	1.5. Політична підтримка з боку урядових і донорських структур	
2. Програмна інтеграція (Service Delivery та частково Financing)	2.1. Можливі моделі доставки (місце – клініки, НУО, онлайн-платформи – та час надання послуги)	Визначає операційну здійсненність та можливість інтеграції Доксі-ПЕП у наявну систему профілактики ВІЛ/ІПСШ
	2.2. Узгодженість із наявними програмами (ПрЕП, АРТ, тестування на ІПСШ)	
	2.3. Додаткові витрати та потреба у фінансуванні	
	2.4. Відповідність чинним політикам і регуляціям	
3. Кадрові ресурси (Health Workforce)	3.1. Наявність підготовлених кадрів і розподіл навантаження	Відображає спроможність системи реалізовувати інтервенцію через кваліфіковані та мотивовані кадри
	3.2. Потреба в навчанні з питань ІПСШ, антимікробної профілактики, консультування ЛГБТ-клієнтів	
	3.3. Механізми підтримки, мотивації та нагляду за провайдерами	
4. Управління ланцюгом постачання (Medical Products and Technologies)	4.1. Закупівля, реєстрація, управління запасами доксицикліну	Визначає сталість і безпечність доступу до препарату та дотримання принципів використання антибіотиків
	4.2. Умови зберігання та дистрибуції	
	4.3. Моніторинг використання антибіотиків і контроль відпуску	
5. Моніторинг та оцінка (Information and Research)	5.1. Інтеграція індикаторів Доксі-ПЕП у національні системи звітності щодо АМР, ІПСШ та ВІЛ/ПрЕП	Забезпечує підзвітність, доказовість та можливість корекції впровадження
	5.2. Відстеження побічних ефектів, охоплення та подій АМР, моніторинг резистентності N. gonorrhoeae	
	5.3. Використання даних для корекції політик і оновлення клінічних протоколів	



– ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Krotik OI. Epidemiology of sexually transmitted infections in Ukraine. REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY. 2020;0(56):8-12. 10.18370/2309-4117.2020.56.8-12.
2. Summary data from medical reports of municipal healthcare facilities and healthcare institutions under the Ministry of Health of Ukraine. Form No. 9 – Report on sexually transmitted infections: Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine; 2025.
Available from: <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata-1>.
3. Barbaric J, Kuchukhidze G, Seguy N, Vovc E, Babovic MJT, Wi TE, et al. Surveillance and epidemiology of syphilis, gonorrhoea and chlamydia in the non-European Union countries of the World Health Organization European Region, 2015 to 2020. Eurosurveillance. 2022;27(8):2100197. 10.2807/1560-7917.ES.2022.27.8.2100197.
4. On the Approval of the Strategy for Demographic Development of Ukraine until 2040. CMU. 922-p. (2024).
5. Annual Report on the Health Status of the Population of Ukraine and the Epidemic Situation for 2023. Ministry of Health of Ukraine; 2024.
Available from: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/386da5b2-66ed-4e85-932c-d9828ba76a7a/%D0%A9%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D0%B7%D0%B2%D1%96%D1%82-%D0%B7%D0%B0-2023-%D1%80%D1%96%D0%BA.pdf>.
6. Nakonechna T, Hapii M. Marketing research of the needs of clients of private medical institutions. Transformation of economics, finance and management in the context of world globalization: Scientific monograph. Riga, Latvia: Baltija Publishing; 2023.
7. Boiko I, Golparian D, Krynytska I, Unemo M. High prevalence of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and particularly Trichomonas vaginalis diagnosed using US FDA-approved Aptima molecular tests and evaluation of conventional routine diagnostic tests in Ternopil, Ukraine. APMIS. 2019;127(9):627-34. 10.1111/apm.12975.
8. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis in Europe. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2024.
Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Syst-review-prevalence-stis.pdf>.
9. Gonorrhoea: Annual Epidemiological Report for 2021. ECDC; 2023.
Available from: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2021_0.pdf.
10. Syphilis: Annual Epidemiological Report for 2021. ECDC; 2023.
Available from: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/SYPH_AER_2022_Report_0.pdf.
11. Chlamydia: Annual Epidemiological Report for 2021. ECDC; 2023.
Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER%20Chlamydia%202021.pdf>.
12. Castillo R, Konda KA, Leon SR, Silva-Santisteban A, Salazar X, Klausner JD, et al. HIV and Sexually Transmitted Infection Incidence and Associated Risk Factors Among High-Risk MSM and Male-to-Female Transgender Women in Lima, Peru. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2015;69(5).
13. Wiginton JM, Ortiz JC, Murray SM, Sanchez TH, Baral SD. Sexual behavior stigma and HIV/STI biospecimen self-collection among cisgender gay, bisexual, and other sexually minoritized men in the United States. BMC Infectious Diseases. 2024;24(1):1035. 10.1186/s12879-024-09801-3.



14. Cocchetti C, Romani A, Mazzoli F, Ristori J, Lagi F, Meriggiola MC, et al. Prevalence and Correlates of Sexually Transmitted Infections in Transgender People: An Italian Multicentric Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Medicine* [Internet]. 2022; 11(10).
15. Jain JP, Gyamerah AO, Baguso GN, Dawson-Rose C, Ikeda J, Santos G-M. Social and Behavioral Correlates of Sexually Transmitted Infections among Men who Have Sex with Men who Use Alcohol in the San Francisco Bay Area. *American Journal of Men's Health*. 2021;15(3):15579883211026830. 10.1177/15579883211026830.
16. Wu MY, Gong HZ, Hu KR, Zheng H-y, Wan X, Li J. Effect of syphilis infection on HIV acquisition: a systematic review and meta-analysis. *Sexually Transmitted Infections*. 2021;97(7):525. 10.1136/sextrans-2020-054706.
17. Katz DA, Dombrowski JC, Bell TR, Kerani RP, Golden MR. HIV Incidence Among Men Who Have Sex With Men After Diagnosis With Sexually Transmitted Infections. *Sexually Transmitted Diseases*. 2016;43(4).
18. Kasianchuk M, Titar I, Salnikov S, Ohorodnik S, Kulchynska R, Sazonova Y, et al. Report on the Biological and Behavioral Survey Among Men Who Have Sex With Men 2021. Kyiv: Public Health Center of the MoH of Ukraine; 2023. Available from: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/BBS%20MSM%202021%20Report%20ENG.pdf>.
19. Kovtun O, Paniotto V, Sakhno Y, Dumchev K. Size estimation of key populations and 'bridge populations' based on the network scale-up method in Ukraine. *BMC Public Health*. 2024;24(1):979. doi: 10.1186/s12889-024-18501-1.
20. Trofymenko O, Sazonova Y, Kasyanchuk M, Lysenko T, Andrianova I. Bio-behavioral Survey among Transgender People in Ukraine. Kyiv: Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine; 2021. Available from: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/trans-IBBS-Ukraine_2020_all.pdf.
21. Vitruk O, Ihnatiuk AP, Kazanzhy AP, Shvab M, Sharma M, Manhart LE, et al. Uptake and Persistent Use of HIV Preexposure Prophylaxis Among Key Populations: Results From Ukraine's Scaled National Preexposure Prophylaxis Program. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2024;96(3).
22. ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень (56). Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України; 2025. Available from: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user161/Site_Buleten_56_fin.pdf.
23. Traeger MW, Cornelisse VJ, Asselin J, Price B, Roth NJ, Willcox J, et al. Association of HIV Preexposure Prophylaxis With Incidence of Sexually Transmitted Infections Among Individuals at High Risk of HIV Infection. *JAMA*. 2019;321(14):1380-90. 10.1001/jama.2019.2947.
24. Nguyen V-K, Greenwald ZR, Trottier H, Cadieux M, Goyette A, Beauchemin M, et al. Incidence of sexually transmitted infections before and after preexposure prophylaxis for HIV. *AIDS*. 2018;32(4).
25. Molina J-M, Charreau I, Spire B, Cotte L, Chas J, Capitant C, et al. Efficacy, safety, and effect on sexual behaviour of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men: an observational cohort study. *The Lancet HIV*. 2017;4(9):e402-e10. 10.1016/S2352-3018(17)30089-9.
26. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*. 2016;387(10013):53-60. 10.1016/S0140-6736(15)00056-2.
27. Chow EPF, Cornelisse VJ, Williamson DA, Priest D, Hocking JS, Bradshaw CS, et al. Kissing may be an important and neglected risk factor for oropharyngeal gonorrhoea: a cross-sectional study in men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*. 2019;95(7):516. 10.1136/sextrans-2018-053896.
28. Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, de Vries HJC, Francis SC, Mabey D, et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. *The Lancet Infectious Diseases*. 2017;17(8):e235-e79. 10.1016/S1473-3099(17)30310-9.



29. Approval of the Health Care Standards for Pre-Exposure and Post-Exposure Prophylaxis of HIV Infection. MoH. 189. (2021).
30. Scott HM, Klausner JD. Sexually transmitted infections and pre-exposure prophylaxis: challenges and opportunities among men who have sex with men in the US. *AIDS Research and Therapy*. 2016;13(1):5. 10.1186/s12981-016-0089-8.
31. EACS Guidelines – Pre-exposure Prophylaxis (PrEP): European AIDS Clinical Society; 2025. Available from: <https://eacs.sanfordguide.com/en/eacs-hiv/art/eacs-pre-exposure-prophylaxis>.
32. Luetkemeyer Anne F, Donnell D, Dombrowski Julia C, Cohen S, Grabow C, Brown Clare E, et al. Postexposure Doxycycline to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections. *New England Journal of Medicine*. 2023;388(14):1296-306. 10.1056/NEJMoa2211934.
33. DiMarco DE, Urban MA. Doxycycline Post-Exposure Prophylaxis to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections. New York State Department of Health AIDS Institute (NYSDOH AI); 2023. Available from: https://www.hivguidelines.org/guideline/sti-doxy-pep/?mycollection=sexual-health#CDC_2023.
34. Traeger MW, Mayer KH, Krakower DS, Gitin S, Jenness SM, Marcus JL. Potential Impact of Doxycycline Post-exposure Prophylaxis Prescribing Strategies on Incidence of Bacterial Sexually Transmitted Infections. *Clinical Infectious Diseases*. 2023:ciad488. 10.1093/cid/ciad488.
35. Sokoll PR, Migliavaca CB, Döring S, Traub U, Stark K, Sardeli AV. Efficacy of postexposure prophylaxis with doxycycline (Doxy-PEP) in reducing sexually transmitted infections: a systematic review and meta-analysis. *Sexually Transmitted Infections*. 2025;101(1):59. 10.1136/sextrans-2024-056208.
36. Molina J-M, Charreau I, Chidiac C, Pialoux G, Cua E, Delaugerre C, et al. Post-exposure prophylaxis with doxycycline to prevent sexually transmitted infections in men who have sex with men: an open-label randomised substudy of the ANRS IPERGAY trial. *The Lancet Infectious Diseases*. 2018;18(3):308-17. 10.1016/S1473-3099(17)30725-9.
37. Gaillard T, Madamet M, Pradines B. Tetracyclines in malaria. *Malaria Journal*. 2015;14(1):445. 10.1186/s12936-015-0980-0.
38. van Zuuren EJ, Fedorowicz Z. Interventions for rosacea: abridged updated Cochrane systematic review including GRADE assessments. *British Journal of Dermatology*. 2015;173(3):651-62. 10.1111/bjd.13956.
39. Bienenfeld A, Nagler AR, Orlow SJ. Oral Antibacterial Therapy for Acne Vulgaris: An Evidence-Based Review. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2017;18(4):469-90. 10.1007/s40257-017-0267-z.
40. Werner RN, Schmidt AJ, Potthoff A, Spornraft-Ragaller P, Brockmeyer NH, for the German STIS. Position statement of the German STI Society on the prophylactic use of doxycycline to prevent STIs (Doxy-PEP, Doxy-PrEP). *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2024;22(3):466-78. 10.1111/ddg.15282.
41. Chan PA, Le Brazidec DL, Becasen JS, Martin H, Kapadia J, Reno H, et al. Safety of Longer-Term Doxycycline Use: A Systematic Review and Meta-Analysis With Implications for Bacterial Sexually Transmitted Infection Chemoprophylaxis. *Sexually Transmitted Diseases*. 2023;50(11).
42. Sloan B, Scheinfeld N. The use and safety of doxycycline hyclate and other second-generation tetracyclines. *Expert Opinion on Drug Safety*. 2008;7(5):571-7. 10.1517/14740338.7.5.571.
43. Updated Guidance, January 2025. Doxycycline Post-Exposure Prophylaxis (Doxy PEP) to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections (STIs). Public Health – Seattle & King County; 2025. Available from: <https://cdn.kingcounty.gov/-/media/king-county/depts/dph/documents/health-safety/disease-illness/hiv-sti/doxy-peg-guidelines.pdf?rev=48be24073a2e4921b489dbdf882e9304>.



44. Kong FYS, Kenyon C, Unemo M. Important considerations regarding the widespread use of doxycycline chemoprophylaxis against sexually transmitted infections. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2023;78(7):1561-8. 10.1093/jac/dkad129.
45. Reichert E, Grad YH. Effects of doxycycline post-exposure prophylaxis for prevention of sexually transmitted infections on gonorrhoea prevalence and antimicrobial resistance among men who have sex with men in the USA: a modelling study. *The Lancet Microbe*. 2024;5(11). 10.1016/S2666-5247(24)00168-X.
46. Peyriere H, Makinson A, Marchandin H, Reynes J. Doxycycline in the management of sexually transmitted infections. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2018;73(3):553-63. 10.1093/jac/dkx420.
47. Unemo M, Cole MJ, Kodmon C, Day M, Jacobsson S, Balla E, et al. High tetracycline resistance percentages in *Neisseria gonorrhoeae* in Europe: is doxycycline post-exposure prophylaxis unlikely to reduce the incident gonorrhoea cases? *The Lancet Regional Health – Europe*. 2024;38:100871. 10.1016/j.lanepe.2024.100871.
48. Kirkcaldy RD, Harvey A Fau – Papp JR, Papp Jr Fau – Del Rio C, Del Rio C Fau – Soge OO, Soge Oo Fau – Holmes KK, Holmes Kk Fau – Hook EW, 3rd, et al. *Neisseria gonorrhoeae* Antimicrobial Susceptibility Surveillance - The Gonococcal Isolate Surveillance Project, 27 Sites, United States, 2014. (1545-8636 (Electronic)).
49. Jacobsson S, Cole MJ, Jansen van Rensburg M, Schröder D, Mårdh O, Ködmön C, et al. High prevalence of tetracycline resistance in *Neisseria gonorrhoeae* across 22 European countries, 2024. *Eurosurveillance*. 2026;31(2):2500965. 10.2807/1560-7917.ES.2026.31.2.2500965.
50. Яковлева Л., Баглай Т. Тетрацикліни: аналіз фармацевтичного ринку України та споживання у порівнянні з країнами Європи. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2020;6(1). 10.24959/sphhcj.20.174.
51. Boiko I, Golparian D, Jacobsson S, Krynytska I, Frankenberg A, Shevchenko T, et al. Genomic epidemiology and antimicrobial resistance determinants of *Neisseria gonorrhoeae* isolates from Ukraine, 2013–2018. *APMIS*. 2020;128(7):465-75. 10.1111/apm.13060.
52. Про затвердження критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації. МОЗ. 905. (2015).
53. Saunders J, Deering J, Dewsnap C, Drayton R, Gilmore J, Grant A, et al. British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) UK national guideline for the use of doxycycline post-exposure prophylaxis (DoxyPEP) for the prevention of syphilis, 2025. *International Journal of STD & AIDS*. 2025;36(10):756-64. 10.1177/09564624251352053.
54. Tariq R, Cho J, Kapoor S, Orenstein R, Singh S, Pardi DS, et al. Low Risk of Primary *Clostridium difficile* Infection With Tetracyclines: A Systematic Review and Metaanalysis. *Clinical Infectious Diseases*. 2018;66(4):514-22. 10.1093/cid/cix833.
55. Doernberg SB, Winston LG, Deck DH, Chambers HF. Does Doxycycline Protect Against Development of *Clostridium difficile* Infection? *Clinical Infectious Diseases*. 2012;55(5):615-20. 10.1093/cid/cis457.
56. Saarela M, Maukonen J, von Wright A, Vilpponen-Salmela T, Patterson AJ, Scott KP, et al. Tetracycline susceptibility of the ingested *Lactobacillus acidophilus* LaCH-5 and *Bifidobacterium animalis* subsp. *lactis* Bb-12 strains during antibiotic/probiotic intervention. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2007;29(3):271-80. 10.1016/j.ijantimicag.2006.09.020.
57. Tuddenham SA, Koay WLA, Zhao N, White JR, Ghanem KG, Sears CL, et al. The Impact of Human Immunodeficiency Virus Infection on Gut Microbiota α -Diversity: An Individual-level Meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*. 2020;70(4):615-27. 10.1093/cid/ciz258.



58. Vanbaelen T, Rotsaert A, De Baetselier I, Platteau T, Hensen B, Reyniers T, et al. Doxycycline post-exposure prophylaxis among men who have sex with men and transgender women in Belgium: awareness, use and antimicrobial resistance concerns in a cross-sectional online survey. *Sexually Transmitted Infections*. 2025;101(1):34. 10.1136/sextrans-2024-056261.
59. Vanbaelen T, Kong F, Kanesaka I, Manoharan-Basil SS, Kenyon C. Where we stand on doxyPEP depends on where we sit: a viewpoint. *Frontiers in Microbiology*. 2025;Volume 16 - 2025.
60. Advocates' Guide to Doxycycline to Prevent Bacterial STIs (DoxyPEP). AVAC; 2024. Available from: <https://avac.org/resource/advocates-guide-doxycycline/>.
61. Public health considerations on the use of doxycycline for post-exposure prophylaxis for bacterial sexually transmitted infections in the EU/EEA. European Centre for Disease Prevention and Control; 2026. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-considerations-use-doxycycline-post-exposure-prophylaxis-bacterial>.
62. Cornelisse VJ, Riley B, Medland NA. Australian consensus statement on doxycycline post-exposure prophylaxis (doxy-PEP) for the prevention of syphilis, chlamydia and gonorrhoea among gay, bisexual and other men who have sex with men. *Medical Journal of Australia*. 2024;220(7):381-6. <https://doi.org/10.5694/mja2.52258>.
63. Laura H. Bachmann, Lindley A. Barbee, Philip Chan, Hilary Reno, Kimberly A. Workowski, Karen Hoover, et al. CDC Clinical Guidelines on the Use of Doxycycline Postexposure Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infection Prevention. 2024;73(2):1-8.
64. Preventative Care: Post-Exposure Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infections (STI PEP). Oregon Board of Pharmacy; 2024. Available from: https://www.oregon.gov/pharmacy/Documents/PrevCare_STI_PEP_v.06.2024.pdf.
65. Doxy-PEP prescribing guide for San Francisco providers. San Francisco Department of Health; 2024. Available from: https://media.api.sf.gov/documents/Doxy-PEP_Provider_rev9.10.24.pdf.
66. Doxy post-exposure prophylaxis for STI not endorsed by BREACH. Belgian Research HIV consortium; 2024. Available from: <https://breach-hiv.be/uncategorized/doxy-post-exposure-prophylaxis-for-sti-not-endorsed-by-breach/>.
67. Arapali T, Grulich AE, Heywood AE, Chan C, Fraser D, Zablotska IB, et al. Factors Associated With Willingness to Use Daily Antibiotics as Sexually Transmitted Infection Prophylaxis Among HIV Preexposure Prophylaxis–Experienced Gay and Bisexual Men in Australia. *Sexually Transmitted Diseases*. 2023;50(3).
68. Carroll J-A, Mullens AB, Warzywoda S, Baker PRA, Stafford M, McMillan F, et al. Acceptability and feasibility of pre-exposure prophylaxis for bacterial STIs: a systematic review. *PLOS ONE*. 2025;20(2):e0317669. 10.1371/journal.pone.0317669.
69. On Amendments to Order No. 360 of the Ministry of Health of Ukraine dated July 19, 2005. MoH. 1971. (2021).
70. Настанова 00253. Хламідійний уретрит і цервіцит. Міністерство охорони здоров'я України; 2017. Available from: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3139>.
71. Стандарт медичної допомоги: Сифіліс. Міністерство охорони здоров'я України; 2023. Available from: https://moz.gov.ua/uploads/9/45843-dn_743_18042023_dod.pdf.
72. Про комплексні заходи для запобігання розповсюдженню хвороб, що передаються статевим шляхом. КМУ. 357. (1998).
73. Про невідкладні заходи протидії в Україні розповсюдженню хвороб, що передаються статевим шляхом. МОЗ. 92. (1998).



74. Гонококова інфекція: адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України; 2017.
Available from: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/01/akn_honor.pdf.
75. Boiko I, Krynytska I, Kohut I, Bezkorovaina H, Stepanenko V. Diagnostics of gonococcal infection in ukraine: current challenges in resource-constrained settings. Eurasian J Med. 2021;53(3):180-4. 10.5152/eurasianjmed.2021.20043.
76. Стандарт медичної допомоги "ВІЛ-інфекція". Міністерство охорони здоров'я України; 2025.
Available from: https://moz.gov.ua/storage/uploads/a19235a4-564f-4f33-b2ce-f879edde9f59/dn_916_03062025_dod.pdf.
77. EACS Guidelines – Prophylaxis for Bacterial STIs – DoxyPEP: European AIDS Clinical Society; 2025.
Available from: <https://eacs.sanfordguide.com/en/eacs-hiv/eacs-section4/sexual-reproductive-health/sexual-transmission-hiv>.
78. Hornuss D, Mathé P, Usadel S, Zimmermann S, Müller M, Rieg S. Already current practice? A snapshot survey on doxycycline use for prevention of sexually transmitted infections in parts of the German MSM community. Infection. 2023;51(6):1831-4. 10.1007/s15010-023-02086-9.
79. Evers YJ, van Liere GAFS, Dukers-Muijers NHTM, Hoebe CJP. Use of doxycycline and other antibiotics to prevent STIs among men who have sex with men visiting sexual health clinics in the Netherlands. Sexually Transmitted Infections. 2020;96(7):550. 10.1136/sextans-2019-054325.
80. Villanueva Baselga S, Ruben M, Luis V. A practice already in use: a snapshot survey on the use of doxycycline as a preventive strategy (Doxy-PEP and Doxy-PrEP) in the GBMSM population in Spain. Infection. 2025;53(1):437-41. 10.1007/s15010-024-02320-y.
81. Carveth-Johnson T, Stingone C, Nwokolo N, Whitlock G. Doxycycline use in MSM taking PrEP. The Lancet HIV. 2018;5(9):e482. 10.1016/S2352-3018(18)30210-8.
82. Teker B, Hoornenborg E, Schim van der Loeff MF, Boyd A, Heijne JC, Prins M, et al. Emergent informal use of doxycycline post- and pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men and transgender and gender diverse people, the Netherlands, 2024. Eurosurveillance. 2025;30(26):2400707. 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.26.2400707.
83. Chow EPF, Fairley CK. Use of doxycycline prophylaxis among gay and bisexual men in Melbourne. The Lancet HIV. 2019;6(9):e568-e9. 10.1016/S2352-3018(19)30186-9.
84. Докси-профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом: Фонд menZDRAV.
Available from: <https://menzdrav.org/doksi-profilaktika-infektsij-shho-peredayutsya-statevim-shlyahom>.
85. Park JJ, Stafylis C, Pearce DD, Taylor J, Little SJ, Kojima N, et al. Interest, Concerns, and Attitudes Among Men Who Have Sex With Men and Health Care Providers Toward Prophylactic Use of Doxycycline Against Chlamydia trachomatis Infections and Syphilis. Sexually Transmitted Diseases. 2021;48(9).
86. Kovtun O. Needs of LGBTIQ+ People in a Humanitarian Crisis: Findings from a Study in Dnipro, Lviv, and Kharkiv. PO "ALLIANCE.GLOBAL"; 2026.
87. Spinelli MA, Scott HM, Vittinghoff E, Liu AY, Coleman K, Buchbinder SP. High Interest in Doxycycline for Sexually Transmitted Infection Postexposure Prophylaxis in a Multicity Survey of Men Who Have Sex With Men Using a Social Networking Application. Sexually Transmitted Diseases. 2019;46(4).
88. Zhang X, Qi S-Z, Du F-Z, Zheng Z-J, Cao N-X, Zheng X-L, et al. Awareness and willingness to accept syphilis chemoprophylaxis among men who have sex with men from three cities in China: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2022;22(1):1926. 10.1186/s12889-022-14323-1.



89. Bui HTM, Adamson PC, Klausner JD, Le GM, Gorbach PM. Doxycycline prophylaxis for sexually transmitted infection prevention in Vietnam: Awareness, attitudes, and willingness to use among men who have sex with men using HIV-PrEP. medRxiv. 2024:2024.12.02.24318296. 10.1101/2024.12.02.24318296.
90. Yonko EA, Biello KB, Cormack Orellana C, Richards O, Wright C, Aminzadeh K, et al. DoxyPEP Implementation Preferences for Bacterial STD Prevention Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men Living With and Without HIV in Los Angeles: A Mixed-Methods Approach. AIDS Patient Care and STDs. 2025;39(3):84-93. 10.1089/apc.2024.0252.
91. Mogaka FOe, Kwach B, Odira A, O'Malley G, Hearst M, Bukusi EA, et al. Stakeholder perspectives on integrating doxycycline postexposure prophylaxis into Kenyan HIV PrEP programmes. Sexually Transmitted Infections. 2025;sextrans-2025-056535. 10.1136/sextrans-2025-056535.
92. Hazra A, McNulty MC, Pyra M, Pagkas-Bather J, Gutierrez JI, Pickett J, et al. Filling in the Gaps: Updates on Doxycycline Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infections. Clinical Infectious Diseases. 2024;ciae062. 10.1093/cid/ciae062.
93. IUSTI Europe Position Statement on use of DoxyPEP: June 2024. IUSTI Europe; 2024. Available from: https://iusti.org/wp-content/uploads/2024/06/DOXYPEP-Position-Statement-26_6_24-FINAL.pdf.
94. Mukherjee J, Rawat S, ul Hadi S, Aggarwal P, Chakrapani V, Rath P, et al. Understanding the Acceptability of Broadly Neutralizing Antibodies for HIV Prevention Among At-Risk Populations and Feasibility Considerations for Product Introduction in India: Protocol for a Qualitative Study. JMIR Res Protoc. 2024;13:e47700. 10.2196/47700.
95. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. BMC Health Services Research. 2017;17(1):88. 10.1186/s12913-017-2031-8.
96. Mensch BS, van der Straten A, Katzen LL. Acceptability in microbicide and PrEP trials: current status and a reconceptualization. Current Opinion in HIV and AIDS. 2012;7(6).
97. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2011;38(2):65-76. 10.1007/s10488-010-0319-7.
98. Manyazewal T. Using the World Health Organization health system building blocks through survey of healthcare professionals to determine the performance of public healthcare facilities. Archives of Public Health. 2017;75(1):50. 10.1186/s13690-017-0221-9.



WESTERN-EASTERN EUROPEAN
PARTNERSHIP INITIATIVE
ON HIV, VIRAL HEPATITIS AND TB



Альянс
громадського здоров'я

Дослідження прийнятності та здійсненності Доксі-ПЕП в Україні: посилення профілактики ІПСШ та її інтеграція у послуги у сфері ВІЛ

*Вивчення потенціалу доксицикліну
для профілактики ІПСШ в Україні*

Автори звіту:

Оксана Ковтун
Євгенія Судакова
Оксана Пащук

МБФ «Альянс громадського здоров'я»
Вул. Бульварно-Кудрявська, 24, Київ, Україна 01054
Тел.: (050) 403 23 38
e-mail: office@aph.org.ua

www.facebook.com/alliancepublichealth
WWW.APH.ORG.UA