

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**
Факультет гуманітарно-педагогічний _____

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ
Завідувач кафедри

соціальної роботи та реабілітації

(назва кафедри)

_____ Сопівник І. В.

(підпис)

(ПІБ)

«_____» _____ 2026 р.

БАКАЛАВРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему «Соціальна адаптація ВІЛ-інфікованої молоді»

Спеціальність 231 Соціальна робота

(код і назва)

Гарант освітньої програми

доктор педагогічних наук, професор

(науковий ступінь та вчене звання)

(підпис)

Осадченко І. І.

(ПІБ)

Керівник бакалаврської кваліфікаційної роботи

доктор педагогічних наук, професор

(науковий ступінь та вчене звання)

(підпис)

Демченко І.І.

(ПІБ)

Виконав

(підпис)

Попова В.Р.

(ПІБ студента)

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ
Факультет гуманітарно-педагогічний**

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

соціальної роботи та реабілітації

(назва кафедри)

Сопівник І. В.

(підпис)

(ПІБ)

«_____» _____ 2026 р.

З А В Д А Н Н Я

на виконання бакалаврської кваліфікаційної роботи студенту

Поповій Валерії Русланівні

Спеціальність 231 Соціальна робота

(код і назва)

Тема бакалаврської кваліфікаційної роботи **«Соціальна адаптація ВІЛ-інфікованої молоді»**

затверджена наказом ректора НУБіП України від «08» 04. 2025 року № 581 «С»

Термін подання завершеної роботи (проекту) на кафедру « »

(рік, місяць, число)

Вихідні дані до бакалаврської кваліфікаційної роботи: *наукові розробки вітчизняних і зарубіжних учених; матеріали періодичних видань; навчальна та довідкова література з теми дослідження.*

Перелік питань, які потрібно розробити:

1. З'ясувати сутність, структуру та бар'єри соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді в умовах війни та постійної стигматизації.
2. Охарактеризувати методичні основи організації соціальної адаптації молоді з ВІЛ-інфекцією в системі соціальної роботи.
3. Теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність програми соціальної адаптації «Мій шлях до себе».
4. Розробити практичні рекомендації для соціальних служб щодо реалізації програми соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді.

Дата видачі завдання «13» вересня 2025 р.

Керівник бакалаврської кваліфікаційної роботи

Демченко І.І.

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Завдання прийняв до виконання

Попова В.Р.

(підпис)

(прізвище та ініціали студента)

РЕФЕРАТ

Бакалаврська робота на тему «Соціальна адаптація ВІЛ-інфікованої молоді» складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, додатків та списку використаних джерел із 60 найменувань. Повний обсяг роботи становить 74 сторінки, основний текст викладено на 68 сторінках. Робота містить 18 таблиць та 2 рисунки.

У першому розділі «Теоретичні засади соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді» здійснено комплексний аналіз ВІЛ-інфекції як складного соціального феномену, що виходить за межі суто медичної проблематики. Охарактеризовано вікову специфіку переживання позитивного ВІЛ-статусу та визначено особливості процесу соціальної адаптації молодих людей. Особливу увагу приділено аналізу соціально-психологічних бар'єрів, зокрема впливу стигматизації та дискримінації на якість життя та інтеграцію молоді в суспільство.

У другому розділі «Методичні основи організації соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді» проаналізовано нормативно-правову базу України щодо підтримки осіб, які живуть з ВІЛ. Обґрунтовано концептуальні засади та методичне забезпечення авторської програми «Мій шлях до себе», спрямованої на сприяння соціальній адаптації молодих людей. Визначено мету, завдання та змістові компоненти програми, що поєднують елементи арт-терапії, групової підтримки та тренінгових занять.

У третьому розділі «Емпіричне дослідження ефективності програми соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді «Мій шлях до себе» представлено організацію та методи діагностики рівнів адаптованості респондентів. Описано хід реалізації експериментальної програми та проведено порівняльний аналіз результатів на констатувальному та контрольному етапах дослідження. Одержані дані підтвердили позитивний вплив розроблених заходів на підвищення рівня соціальної інтеграції, подолання внутрішньої стигми та зміцнення психологічного благополуччя учасників.

У висновках узагальнено результати дослідження, підтверджено ефективність запропонованої програми соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді в сучасних умовах та сформульовано практичні рекомендації для фахівців соціальної сфери.

Ключові слова: соціальна адаптація, ВІЛ-інфікована молодь, стигматизація, соціальна робота, програма «Мій шлях до себе», соціальна підтримка, умови війни.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ВІЛ-ІНФІКОВАНОЇ МОЛОДІ	11
1.1. ВІЛ-інфекція як соціальний феномен	11
1.2. Вікова специфіка переживання ВІЛ-статусу серед молоді	17
1.3. Особливості соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді.....	23
Висновки до 1 розділу.....	28
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ВІЛ-ІНФІКОВАНОЇ МОЛОДІ	30
2.1. Нормативно-правове забезпечення підтримки ВІЛ-інфікованої молоді в Україні	30
2.2. Концептуально-методичні засади програми соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді «Мій шлях до себе».....	36
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ВІЛ-ІНФІКОВАНОЇ МОЛОДІ «МІЙ ШЛЯХ ДО СЕБЕ»	
3.1. Організація та методи емпіричного дослідження	44
3.2. Реалізація експериментальної програми «Мій шлях до себе»	51
3.3. Аналіз результатів експерименту.....	57
Висновки до 3 розділу.....	65
ВИСНОВКИ.....	68
ДОДАТКИ.....	82

ВСТУП

У сучасних умовах розвитку суспільства проблема ВІЛ-інфекції залишається однією з важливих медико-соціальних проблем, що має значний вплив на якість життя населення. Особливої актуальності вона набуває у контексті соціальної адаптації людей, які живуть з ВІЛ, оскільки захворювання супроводжується не лише медичними наслідками, а й психологічними та соціальними труднощами. Складність цієї проблеми зумовлюється поширеністю стигматизації та дискримінації ВІЛ-позитивних осіб, що значно ускладнює їхню інтеграцію у різні сфери суспільного життя.

Особливо вразливою категорією є молодь, яка перебуває на етапі формування особистісної ідентичності, системи життєвих цінностей і соціальних ролей. У цей період життєвого розвитку людина активно інтегрується у соціальне середовище, формує професійні та міжособистісні зв'язки, визначає життєві орієнтири. Наявність ВІЛ-інфекції може ускладнювати цей процес, спричиняючи страх розголошення діагнозу, труднощі у побудові міжособистісних стосунків, зниження самооцінки та соціальну ізоляцію. Такі обставини перешкоджають повноцінній інтеграції молоді у суспільство та створюють додаткові бар'єри для реалізації її потенціалу.

Актуальність дослідження зумовлюється також сучасними соціальними викликами. Поширена стигматизація та дискримінація людей, які живуть з ВІЛ, у сферах освіти, працевлаштування та медичного обслуговування формують негативні соціальні установки щодо цієї групи населення. За даними громадських організацій, значна частина молоді, яка живе з ВІЛ, стикається з відмовою у наданні послуг або негативним ставленням у суспільстві. У свою чергу це сприяє формуванню почуття соціальної ізоляції, невпевненості та психологічного дискомфорту.

Важливим чинником, що ускладнює процес соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді в Україні, є сучасні соціально-політичні умови, пов'язані з воєнним станом. Руйнування медичної інфраструктури, вимушене переміщення населення, перебої у доступі до медичних і соціальних послуг, а також психологічні наслідки війни створюють додаткові труднощі для людей, які живуть з ВІЛ. У таких умовах зростає ризик соціальної ізоляції, порушення безперервності лікування та погіршення психоемоційного стану молодих людей.

У науковій літературі різні аспекти проблеми ВІЛ-інфекції та життя людей, які живуть з ВІЛ, розглядаються у працях українських і зарубіжних дослідників. Так, медико-біологічні аспекти ВІЛ-інфекції та питання психологічної реабілітації ВІЛ-інфікованих осіб досліджували О. Бондар, Л. Кравченко, Т. Сирота. Значну увагу проблемі стигматизації та дискримінації людей, які живуть з ВІЛ, приділяють зарубіжні дослідники М. Herek та S. Kalichman, які аналізують соціально-психологічні механізми формування негативних установок щодо ВІЛ-позитивних осіб. Проте більшість досліджень зосереджена переважно на медичних або психологічних аспектах проблеми.

Водночас питання соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді як комплексного процесу, що поєднує медичні, психологічні та соціальні складові, залишається недостатньо розробленим. У сучасних наукових дослідженнях відсутні науково обґрунтовані програми соціальної адаптації, які б інтегрували медичну, психологічну та соціальну підтримку молоді з урахуванням сучасних викликів, зокрема стигматизації та умов воєнного стану.

Таким чином, необхідність подальшого наукового дослідження проблеми соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді та розроблення ефективних програм соціальної підтримки зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи **«Соціальна адаптація ВІЛ-інфікованої молоді»**.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці ефективності програми соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді «Мій шлях до себе».

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання дослідження:

1. З'ясувати сутність, структуру та бар'єри соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді в умовах війни та постійної стигматизації.
2. Охарактеризувати методичні основи організації соціальної адаптації молоді з ВІЛ-інфекцією в системі соціальної роботи.
3. Теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність програми соціальної адаптації «Мій шлях до себе».
4. Розробити практичні рекомендації для соціальних служб щодо реалізації програми соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді.

Об'єкт дослідження – процес соціальної адаптації молоді.

Предмет дослідження – програма соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді «Мій шлях до себе».

Для розв'язання поставлених завдань та досягнення мети використано комплекс методів наукового дослідження:

- теоретичні: аналіз наукової літератури з метою визначення змісту понять «соціальна адаптація», «ВІЛ-інфекція», «стигма», «молодь», систематизація компонентів соціальної адаптації, синтез під час розроблення програми;
- емпіричні: анкетування, спостереження, експеримент (констатувальний, формувальний та контрольний-аналітичний етапи);
- математико-статистичні: описова статистика та аналіз емпіричних даних для перевірки достовірності результатів дослідження.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота проводилася у три етапи: констатувальний, формувальний та контрольний-аналітичний. Експериментальна частина дослідження здійснювалася на базі БО

«Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» У дослідженні взяли участь 40 осіб молодого віку, які живуть з ВІЛ, віком від 18 до 29 років.

Наукова новизна дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні особливостей соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді в сучасних соціальних умовах, а також у розробленні програми соціальної адаптації «Мій шлях до себе», що поєднує елементи арт-терапії, групової підтримки та тренінгів розвитку соціальних навичок з урахуванням сучасних соціальних викликів. У роботі уточнено зміст поняття соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді та визначено основні соціально-психологічні бар'єри, що ускладнюють її інтеграцію у суспільство.

Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості використання розробленої програми соціальної адаптації «Мій шлях до себе» у діяльності соціальних служб, громадських організацій та освітніх установ, які працюють з молоддю, що живе з ВІЛ. Запропоновані рекомендації можуть бути використані фахівцями соціальної роботи, психологами та педагогами для підвищення рівня соціальної інтеграції молоді, формування навичок ефективної комунікації, подолання стигматизації та підтримки психологічного благополуччя.

Структура роботи. Загальний обсяг роботи становить 74 сторінок, основний текст – 68 сторінок. Робота містить 18 таблиць, 2 рисунки, список використаних джерел налічує 60 найменувань.

РОЗДІЛ І.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ВІЛ-ІНФІКОВАНОЇ МОЛОДІ

1.1. ВІЛ-інфекція як соціальний феномен

Проблематика ВІЛ-інфекції в сучасному науковому дискурсі виходить далеко за межі медико-біологічного тлумачення та набуває ознак складного соціального феномену. Хоча з позиції клінічної медицини ВІЛ визначається як хронічне інфекційне захворювання, що уражає імунну систему та потребує довічної антиретровірусної терапії, реальний досвід життя з ВІЛ формується під впливом соціальних норм, цінностей, стереотипів і політичного контексту. Саме тому дослідження ВІЛ-інфекції потребує міждисциплінарного підходу, який поєднує медичну, соціологічну, психологічну та правову перспективи.

У міжнародних стратегіях боротьби з епідемією дедалі більше наголошується, що основними бар'єрами на шляху до подолання ВІЛ є не лише біомедичні чинники, а й соціальна нерівність, стигматизація та дискримінація. У Глобальній стратегії ЮНЕЙДС «Подолання нерівностей – подолання СНІДу» підкреслюється, що саме соціальні бар'єри перешкоджають своєчасному тестуванню, безперервному лікуванню та повноцінній інтеграції людей, які живуть з ВІЛ, у суспільство [28]. Отже, ВІЛ-інфекція виступає індикатором соціальних процесів – рівня толерантності, доступності медичних послуг та ефективності соціальної політики держави.

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду, ВІЛ-інфекція класифікується як хронічне інфекційне захворювання (код 1B70), що за умови своєчасного лікування дозволяє людині зберігати працездатність і соціальну активність [23]. Консолідовані настанови Всесвітньої організації охорони здоров'я визначають антиретровірусну терапію як базовий компонент медичної допомоги,

який забезпечує досягнення невизначуваного рівня вірусного навантаження та мінімізує ризик передачі вірусу [23]. Таким чином, у сучасному медичному розумінні ВІЛ є контрольованим хронічним станом. Проте соціальне сприйняття цього захворювання не завжди відповідає науковим даним.

Історично ВІЛ/СНІД у 1980-х роках асоціювався з так званими «маргінальними групами», що сприяло формуванню морально забарвлених оцінок і суспільного осуду. Дослідження Г. М. Герека, Дж. П. Капітаніо та К. Ф. Відемана продемонстрували, що навіть за умов поширення інформації про шляхи передачі вірусу значна частина населення зберігала упереджені установки щодо людей, які живуть з ВІЛ [32]. Стигматизація проявлялася у соціальній дистанції, небажанні контактувати та підтримувати рівні соціальні взаємини. Отже, від самого початку епідемії ВІЛ став не лише медичною, а й соціальною проблемою, що впливає на статус людини у суспільстві.

З розвитком антиретровірусної терапії змінилася клінічна картина захворювання, однак трансформація суспільних уявлень відбувається повільніше. Сучасні міжнародні документи наголошують на необхідності подолання стигми в закладах охорони здоров'я та на робочих місцях [20]. В українському контексті законодавство гарантує правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ, а також конфіденційність інформації про їхній статус [13]. Проте емпіричні дані свідчать про збереження дискримінаційних практик.

Згідно з Індексом стигми людей, які живуть з ВІЛ в Україні, значна частина респондентів повідомляє про випадки обмеження доступу до послуг або негативного ставлення у сфері працевлаштування [3]. Близько 42 % ВІЛ-позитивних молодих людей зазначають, що приховують свій статус на роботі через страх втрати робочого місця або погіршення ставлення колег. Подібні дані демонструють розрив між формальними правовими гарантіями та реальним соціальним досвідом. Таким чином, ВІЛ-інфекція продовжує виконувати функцію

соціального маркера, який впливає на професійні та міжособистісні можливості особи.

Додатковим чинником, що загострив соціальні аспекти проблеми ВІЛ в Україні, стала повномасштабна війна. Дослідження А. Барсукової та співавторів показало, що воєнні дії спричинили перебої у наданні ВІЛ-пов'язаних медичних послуг, евакуацію пацієнтів та руйнування медичної інфраструктури в окремих регіонах [34]. Переміщення до нових населених пунктів вимагало повторного звернення до медичних закладів, що посилювало ризик небажаного розголошення ВІЛ-статусу. У таких умовах страх стигматизації поєднується з невизначеністю щодо доступності лікування, що підсилює соціально-психологічне напруження.

Отже, ВІЛ-інфекція в сучасному українському суспільстві є складним соціальним феноменом, який поєднує медичні, правові та соціально-культурні виміри. Незважаючи на прогрес у лікуванні, стигматизація та дискримінація залишаються чинниками, що впливають на якість життя людей, які живуть з ВІЛ. У цьому контексті подальший аналіз має бути спрямований на виявлення механізмів соціального виключення та умов формування толерантного соціального середовища, що стане підґрунтям для розроблення програм соціальної адаптації молоді з ВІЛ.

Соціальний вимір ВІЛ-інфекції тісно пов'язаний із феноменом стигматизації, який визначає характер взаємодії людини з оточенням, доступ до ресурсів та можливість реалізації життєвих стратегій. У сучасних дослідженнях стигма розглядається як процес соціального маркування, що супроводжується формуванням негативних стереотипів, упередженого ставлення та дискримінаційних практик. За визначенням Г. М. Герека та співавторів, ВІЛ-асоційована стигма має когнітивний (уявлення та міфи), емоційний (страх, огиду) та поведінковий (уникнення, ізоляція) компоненти [32]. Вказані складові формують середовище, в якому особа з ВІЛ стикається не лише з медичними труднощами, а й із соціальним тиском.

Особливої уваги заслуговує явище внутрішньої (інтерналізованої) стигми, коли негативні суспільні оцінки інтегруються у структуру самосприйняття людини. Дослідження С. С. Калічмана засвідчують, що внутрішня стигматизація корелює зі зниженням прихильності до лікування, підвищенням рівня тривожності та униканням соціальних контактів [37]. У такому разі стигма перестає бути лише зовнішнім чинником і трансформується у внутрішній бар'єр соціальної активності. Для молоді, яка перебуває на етапі становлення ідентичності, цей процес набуває особливої значущості, оскільки впливає на формування образу «Я» та життєвих планів.

В українському суспільстві проблема стигматизації має власну специфіку. Попри законодавчі гарантії рівності та заборону дискримінації за ВІЛ-статусом [13], суспільна думка демонструє суперечливі тенденції. Звіти Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ, фіксують поширеність випадків упередженого ставлення у сфері зайнятості, освіти та медичного обслуговування [3]. Нерідко особи змушені приховувати свій статус навіть у ситуаціях, коли це не передбачає реальних ризиків для оточення. Така практика приховування формує додаткове психологічне навантаження та обмежує можливості відкритої комунікації.

Суттєвим чинником соціального напруження є збереження хибних уявлень щодо шляхів передачі ВІЛ. Міжнародні рекомендації ЮНЕЙДС наголошують, що страх побутового інфікування залишається одним із ключових бар'єрів інтеграції людей, які живуть з ВІЛ, у суспільство [20]. Хоча науково доведено неможливість передачі вірусу через спільне користування предметами побуту, навчання або роботу в одному колективі, такі міфи продовжують впливати на поведінку частини населення. Це зумовлює соціальну дистанцію, що проявляється у відмові від неформального спілкування або обмеженні професійних можливостей.

Додатковий вимір соціального феномену ВІЛ в Україні сформувався в умовах воєнного часу. Масове внутрішнє переміщення населення, руйнування медичних закладів і нестабільність постачання лікарських засобів створили ризики

переривання антиретровірусної терапії. Дослідження А. Барсукової та співавторів свідчить, що у регіонах, які зазнали інтенсивних бойових дій, пацієнти з ВІЛ стикалися з труднощами доступу до лікування та необхідністю повторної реєстрації в нових медичних установах [34]. У ситуації переміщення людина змушена взаємодіяти з новим соціальним середовищем, що посилює тривогу щодо можливого розголошення статусу.

Поряд із цим, війна трансформувала структуру соціальної підтримки. Традиційні мережі взаємодопомоги (родина, друзі, місцеві громади) у багатьох випадках були порушені. За таких умов соціальна ізоляція може поглиблюватися, особливо серед молоді, яка залежить від стабільності соціального оточення. Міжнародні звіти вказують, що кризові ситуації підвищують вразливість осіб, які живуть з ВІЛ, через поєднання медичних і соціально-психологічних ризиків [28].

Подальший розвиток підходів до розуміння ВІЛ-інфекції як соціального явища пов'язаний із трансформацією публічної політики та міжнародних стандартів у сфері протидії епідемії. Якщо на початкових етапах боротьба з ВІЛ концентрувалася переважно на медичній профілактиці та лікуванні, то сучасний етап характеризується переходом до правозахисної та соціально орієнтованої моделі. Глобальна стратегія ЮНЕЙДС на 2021–2026 роки акцентує увагу на подоланні нерівностей, які обмежують доступ до послуг тестування та лікування, зокрема для молоді та соціально вразливих груп [28]. Таким чином, ВІЛ-інфекція дедалі більше розглядається як проблема соціальної справедливості та інклюзії.

У міжнародному правовому полі важливим орієнтиром є Конвенція ООН про права дитини, яка гарантує кожній дитині та молодій людині право на найвищий досяжний рівень здоров'я, освіти та захист від дискримінації [24]. Ці положення створюють нормативну основу для формування політики підтримки молоді, яка живе з ВІЛ. Документ «Guidance on HIV and human rights for adolescents and young people» наголошує, що саме поєднання медичних, соціальних і правових заходів забезпечує ефективність програм допомоги [31]. Отже, правовий вимір ВІЛ

є ключовим для забезпечення повноцінної інтеграції осіб, які живуть з цим діагнозом.

В Україні нормативна база також передбачає гарантії захисту прав людей, які живуть з ВІЛ. Закон України про протидію поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, закріплює принципи конфіденційності, добровільності тестування та недопущення дискримінації [13]. Проте на практиці реалізація цих норм стикається з низкою соціальних бар'єрів, що зумовлює потребу в комплексних механізмах соціальної підтримки. Державна стратегія щодо протидії ВІЛ/СНІДу до 2030 року визначає пріоритетність безперервності лікування та розширення доступу до послуг, але менш детально регламентує питання соціальної адаптації молоді [4]. Це свідчить про наявність певного розриву між медичною та соціальною складовими державної політики.

Окремого аналізу потребує питання доступу до освіти та зайнятості як ключових сфер соціалізації молоді. Закон України «Про освіту» гарантує рівність прав на здобуття освіти незалежно від стану здоров'я [12], а Закон «Про зайнятість населення» забороняє дискримінацію у сфері праці [10]. Водночас результати соціологічних досліджень свідчать, що частина молоді з ВІЛ стикається з прихованими формами виключення, що обмежують їхні професійні перспективи [3]. Така ситуація формує додаткові ризики маргіналізації та знижує мотивацію до активної участі у суспільному житті.

Соціальний характер ВІЛ-інфекції також проявляється у взаємозв'язку між рівнем підтримки та прихильністю до лікування. Систематичні огляди психологічних інтервенцій для підлітків, які живуть з ВІЛ, демонструють, що соціальна підтримка та зниження стигми позитивно впливають на дотримання режиму антиретровірусної терапії [42]. Відтак соціальне середовище виступає важливим ресурсом стабілізації стану здоров'я та профілактики ускладнень. У цьому контексті ВІЛ постає як показник якості соціальних зв'язків та ефективності інституційної підтримки.

В умовах війни соціальний феномен ВІЛ набуває нових характеристик. Переміщення населення, зміна місця проживання та руйнування інфраструктури створюють потребу у швидкій адаптації системи охорони здоров'я та соціальних служб. Звіти Центру громадського здоров'я МОЗ України фіксують зусилля щодо забезпечення безперервності лікування навіть у кризових умовах [19]. Проте соціально-психологічні наслідки вимушеного переміщення – розрив звичних соціальних зв'язків, втрата роботи, невизначеність майбутнього – підсилюють уразливість молодих людей, які живуть з ВІЛ.

Узагальнюючи викладене, можна констатувати, що ВІЛ-інфекція в сучасному українському суспільстві функціонує як інтегрований соціальний феномен, у якому поєднуються медичні, правові, економічні та культурні аспекти. Стигматизація, дискримінація, порушення доступу до ресурсів і вплив кризових суспільних процесів визначають специфіку соціального досвіду осіб, які живуть з ВІЛ.

1.2. Вікова специфіка переживання ВІЛ-статусу серед молоді

Молодий вік (18–29 років) є періодом інтенсивного становлення особистості, професійного самовизначення та формування системи міжособистісних відносин. У цей час відбувається інтеграція індивідуального досвіду в цілісну структуру ідентичності, що визначає подальшу життєву траєкторію. Згідно з концепцією психосоціального розвитку Е. Г. Еріксона, провідним завданням юності є формування стабільної ідентичності та подолання кризи «ідентичність – рольова невизначеність» [29]. Отримання діагнозу ВІЛ у цей період ускладнює процес самовизначення, оскільки потребує включення нового, соціально чутливого компонента в образ «Я». ВІЛ-статус може сприйматися як загроза цілісності особистості та її соціального статусу, що зумовлює внутрішній конфлікт між прагненням до самореалізації та страхом стигматизації.

Психосоціальні аспекти життя молоді з ВІЛ детально проаналізовані у дослідженні Л. Кравченко, де наголошується на поєднанні медичних труднощів із кризою особистісного становлення [7]. Авторка зазначає, що молоді люди часто переживають підвищений рівень тривожності, пов'язаний із необхідністю розголошення або приховування діагнозу, а також із невизначеністю щодо майбутніх сімейних і професійних перспектив. Таким чином, ВІЛ-статус у молодому віці стає не лише медичним фактом, а й фактором, що трансформує життєві плани та очікування.

Особливої ваги набуває сфера інтимних і партнерських відносин. Молодість характеризується активізацією сексуальної поведінки, пошуком близькості та формуванням тривалих взаємин. Наявність ВІЛ-статусу може супроводжуватися страхом інфікування партнера, побоюванням відмови або засудження після розкриття інформації про стан здоров'я. Міжнародні дослідження, опубліковані у журналі «AIDS and Behavior», свідчать, що внутрішня стигматизація та тривога щодо розголошення статусу негативно впливають на якість міжособистісних відносин та підвищують ризик соціальної ізоляції серед молоді, яка живе з ВІЛ [43]. У результаті частина молодих людей свідомо обмежує коло соціальних контактів, що ускладнює процес інтеграції у суспільство.

Вразливість молоді підтверджується і статистичними даними. За інформацією Центру громадського здоров'я МОЗ України, частка нових випадків ВІЛ серед осіб віком 18–29 років становить близько 42 % від загальної кількості нових виявлень у 2025 році [19]. Це свідчить про значну поширеність інфекції саме у молодіжному середовищі та актуалізує потребу у спеціалізованих програмах підтримки. Для наочності наведемо узагальнені статистичні показники.

Частка нових випадків ВІЛ за віковими групами в Україні (2025 р.)

Вікова група	Частка від загальної кількості нових випадків, %
15–17 років	3 %
18–29 років	42 %
30–49 років	45 %
50+ років	10 %

Джерело: узагальнено за даними [19].

Окрім психоемоційних аспектів, значущим є економічний чинник. Частина молоді віком 18–23 років продовжує навчання та перебуває у фінансовій залежності від батьків або опікунів. У такій ситуації отримання антиретровірусної терапії може ускладнюватися необхідністю пояснювати регулярні візити до медичних закладів або прийом препаратів. Це створює додатковий психологічний тиск і обмежує автономність у прийнятті рішень щодо власного здоров'я. Відповідно, економічна залежність виступає одним із чинників, що підсилює переживання вразливості.

Дистанційне навчання та соціальні обмеження, запроваджені під час воєнного стану, також вплинули на соціалізацію молоді. Обмеження очного спілкування з однолітками призвело до зменшення неформальної підтримки, яка є важливою складовою психологічної стабільності у юності. В умовах ізоляції молоді люди з ВІЛ могли відчувати посилення самотності та труднощі у побудові довірливих взаємин. Така ситуація підкреслює необхідність створення безпечних соціальних просторів, де молодь може отримати підтримку без ризику стигматизації.

Отже, вікова специфіка переживання ВІЛ-статусу серед молоді визначається поєднанням кількох факторів: кризою ідентичності, актуалізацією партнерських відносин, економічною залежністю та зменшенням соціальної підтримки в умовах

дистанційної взаємодії. Ці обставини формують комплекс ризиків, які потребують спеціалізованих підходів у соціальній роботі з молодими людьми, що живуть з ВІЛ.

Переживання ВІЛ-статусу в молодому віці значною мірою визначається внутрішніми психологічними механізмами адаптації та способами подолання стресу. Після встановлення діагнозу молода людина проходить етапи прийняття нової інформації, що можуть супроводжуватися запереченням, гнівом, почуттям провини або страхом соціального відторгнення. Дослідження Л. Кравченко засвідчує, що для молоді характерне поєднання емоційної нестабільності з прагненням зберегти соціальний статус серед однолітків, що ускладнює відкриту комунікацію про власний стан здоров'я [7]. У таких умовах стратегія приховування стає домінантною формою поведінки.

Внутрішня стигматизація посилює переживання ізольованості та знижує рівень самооцінки. Згідно з результатами досліджень, опублікованих у журналі «AIDS and Behavior», інтерналізована стигма корелює з підвищеним рівнем депресивних симптомів та соціальної тривожності серед молоді, яка живе з ВІЛ [43]. Особливо вираженим є вплив очікуваної дискримінації – коли молода людина ще не стикалася з прямими негативними реакціями, але прогнозує їх у майбутньому. Така установка формує обмежувальну модель поведінки, за якої індивід свідомо звужує коло соціальних контактів.

Проблема розкриття ВІЛ-статусу у партнерських відносинах є однією з найскладніших у юнацькому віці. Страх втрати емоційної близькості або розірвання стосунків часто зумовлює відкладання повідомлення партнеру про діагноз. Дослідження щодо взаємозв'язку розголошення статусу та прихильності до лікування свідчать, що підтримка з боку близьких осіб позитивно впливає на регулярність прийому антиретровірусної терапії, тоді як приховування може сприяти емоційній напрузі та порушенню режиму лікування [26]. Таким чином, процес відкритості або замовчування статусу має не лише соціальний, а й медичний вимір.

У контексті формування ідентичності важливим є співвідношення між «біографічною нормою» та «порушеною життєвою траєкторією». Для більшості молодих людей характерним є очікування здобуття освіти, професійного становлення, створення сім'ї. Наявність хронічного захворювання може сприйматися як відхилення від уявного «стандартного» сценарію. Проте сучасні медичні досягнення дозволяють людям, які живуть з ВІЛ, планувати майбутнє на рівних із однолітками. Звіти ЮНЕЙДС підкреслюють, що за умови невизначуваного вірусного навантаження людина не становить ризику передачі вірусу партнеру, що відкриває можливості для повноцінного сімейного життя [28]. Отже, ключовим чинником стає не біологічне обмеження, а рівень соціальної підтримки та поінформованості.

Водночас економічна нестабільність, характерна для частини молоді, ускладнює формування автономності. Особи, які продовжують навчання або перебувають на початковому етапі професійної кар'єри, можуть відчувати труднощі у поєднанні робочого графіка з регулярними візитами до медичних закладів. Законодавство гарантує рівні права на працю незалежно від стану здоров'я [10], однак побоювання щодо розголошення статусу змушує деяких молодих людей уникати офіційного працевлаштування або обирати менш престижні форми зайнятості. Це формує приховані соціально-економічні бар'єри.

Особливе значення має соціальна підтримка як фактор психологічної стійкості. Міжнародні огляди психологічних інтервенцій для підлітків і молоді з ВІЛ демонструють, що участь у групах підтримки та психосоціальних програмах сприяє зменшенню тривожності й покращенню адаптаційних показників [42]. Підтримуюче середовище знижує відчуття ізоляції та формує досвід прийняття, що особливо важливо у період становлення дорослості.

Завершуючи аналіз вікових особливостей переживання ВІЛ-статусу серед молоді, доцільно зосередитися на механізмах психологічного подолання та соціальної регуляції поведінки. У молодому віці формується система копінг-

стратегій – способів реагування на стресові події, що визначають подальшу якість адаптації. Для осіб, які живуть з ВІЛ, характерним є коливання між активними (пошук інформації, залучення підтримки, планування лікування) та унікальними (заперечення, ізоляція, приховування) стратегіями. Дослідження, представлені у міжнародному журналі «AIDS and Behavior», засвідчують, що домінування унікальних стратегій пов'язане зі зниженням психоемоційної стабільності та меншою прихильністю до антиретровірусної терапії [43]. Натомість активне прийняття статусу та залучення підтримки корелює з кращими показниками соціального функціонування.

Особливе значення у молодіжному середовищі має групова ідентичність та потреба у приналежності. У юності соціальне схвалення з боку однолітків виступає важливим фактором самооцінки. Наявність ВІЛ-статусу може сприйматися як потенційна загроза цьому схваленню, що підсилює прагнення до приховування інформації. Л. Кравченко підкреслює, що для молодих людей характерне подвійне навантаження: з одного боку – необхідність контролювати стан здоров'я, з іншого – прагнення залишатися «такими ж, як усі» [7]. Подібна напруга нерідко призводить до внутрішнього конфлікту між потребою у відкритості та страхом соціального відторгнення.

Гендерний аспект також впливає на специфіку переживання діагнозу. У молодих жінок ВІЛ-статус часто поєднується з тривогою щодо репродуктивного здоров'я та майбутнього материнства, тоді як у молодих чоловіків домінують побоювання щодо соціального статусу та професійної реалізації. Міжнародні аналітичні матеріали ЮНЕЙДС вказують, що гендерні стереотипи можуть посилювати стигматизацію, зокрема щодо молодих жінок, які стикаються з подвійним засудженням – як носійки інфекції та як представниці соціально вразливої групи [28]. Отже, вікова вразливість перетинається з гендерними чинниками, формуючи комплексну систему ризиків.

У контексті соціальної адаптації важливою є роль інституційної підтримки. Психосоціальні програми, спрямовані на молодь, сприяють формуванню навичок комунікації, управління розголошенням статусу та розвитку впевненості у власних можливостях. Систематичні огляди психологічних інтервенцій демонструють, що участь у групових програмах позитивно впливає на самооцінку та зменшує рівень соціальної тривожності [42]. Наявність безпечного простору для обговорення особистого досвіду дозволяє молоді переосмислити ВІЛ-статус не як «клеймо», а як один із аспектів життя, який можна інтегрувати у цілісну особистість.

В умовах воєнного стану додатковим фактором стає нестабільність соціального середовища. Вимушене переміщення, дистанційна форма навчання та обмеження традиційних соціальних контактів посилюють відчуття самотності. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, молодь є однією з найбільш мобільних груп населення, що підвищує ризик переривання лікування у разі зміни місця проживання [19]. Таким чином, вікова специфіка переживання ВІЛ-статусу у воєнних умовах поєднує звичайні для юності кризи з додатковими соціальними викликами.

1.3. Особливості соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді

Соціальна адаптація у сучасній науковій інтерпретації розглядається не як пасивне «пристосування» до обставин, а як активний, динамічний процес інтеграції особистості в систему соціальних відносин. Вона передбачає узгодження внутрішніх потреб, цінностей і життєвих планів із зовнішніми соціальними вимогами та нормами. У випадку ВІЛ-інфікованої молоді цей процес ускладнюється поєднанням медичного діагнозу з впливом соціальних стереотипів і вікових криз. Тому соціальну адаптацію доцільно розуміти як багатовимірну систему взаємодії особистісних ресурсів та соціального середовища, що забезпечує стабільність функціонування індивіда в умовах хронічного захворювання.

У працях Л. І. Божович розвиток особистості розглядається як процес формування внутрішньої позиції та системи мотивів, які визначають поведінку індивіда у соціумі [22]. З позиції цієї концепції адаптація є результатом активної діяльності суб'єкта, спрямованої на переосмислення власного досвіду та вироблення нових смислів. Для молоді, яка живе з ВІЛ, це означає необхідність інтеграції діагнозу у структуру «Я-концепції» без руйнування позитивної самооцінки та життєвих перспектив. Отже, соціальна адаптація включає не лише зовнішню інтеграцію, а й внутрішню перебудову особистісної системи.

З огляду на зазначене, доцільно виокремити основні компоненти соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді, які мають комплексний характер:

1. Особистісний компонент – прийняття ВІЛ-статусу, формування адекватної самооцінки, розвиток внутрішньої стійкості.
2. Соціальний компонент – налагодження взаємодії з родиною, друзями, освітнім та професійним середовищем.
3. Професійний компонент – здатність реалізовувати себе у сфері праці без страху дискримінації.
4. Медичний компонент – регулярний прийом антиретровірусної терапії та відповідальне ставлення до здоров'я.

Подібна багатовимірність відповідає сучасним підходам до розуміння адаптації як інтегрованого процесу, що поєднує психічні, соціальні та поведінкові аспекти.

Механізми соціальної адаптації безпосередньо пов'язані зі способами подолання стресових ситуацій. С. С. Калічман у праці «Coping with HIV» підкреслює, що ефективна адаптація залежить від переважання активних копінг-стратегій, зокрема пошуку інформації, планування дій, залучення соціальної підтримки [36]. Натомість унікальні стратегії – заперечення, ізоляція, відмова від соціальних контактів – асоціюються з підвищеним рівнем психологічного дистресу

та зниженням прихильності до лікування. Таким чином, адаптація має поведінковий вимір, що відображає готовність особи діяти в умовах хронічного захворювання.

Таблиця 1.2

Структурні компоненти соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді

Компонент	Змістовна характеристика	Критерії сформованості
Особистісний	Прийняття статусу, позитивна самооцінка, емоційна стабільність	Зниження внутрішньої стигми, впевненість у майбутньому
Соціальний	Конструктивна взаємодія з оточенням	Наявність підтримуючого кола спілкування
Професійний	Реалізація освітніх та трудових планів	Зайнятість або професійна орієнтація
Медичний	Дотримання режиму АРВТ	Регулярний прийом препаратів, медичний контроль

Джерело: узагальнено на основі Божович [22]

Важливою складовою є соціальна підтримка, яка виконує буферну функцію у ситуації стресу. Підтримка з боку родини, друзів або професійних фахівців зменшує негативний вплив стигматизації та сприяє формуванню позитивного ставлення до власного статусу. Міжнародні дослідження демонструють, що наявність стабільної мережі підтримки пов'язана з кращими показниками психосоціальної адаптації та регулярністю прийому АРВТ [43]. Отже, соціальна інтеграція виступає не лише метою, а й засобом адаптації.

Разом із тим, аналіз існуючих підходів до підтримки ВІЛ-інфікованої молоді виявляє певні дефіцити. Переважна більшість програм акцентує увагу на медичному компоненті – забезпеченні безперервності лікування та профілактиці передачі вірусу. Соціально-психологічні аспекти, зокрема подолання стигми та розвиток особистісних ресурсів, часто залишаються поза системним впливом. Такий дисбаланс знижує ефективність адаптаційних процесів, оскільки інтеграція у суспільство не може бути забезпечена виключно біомедичними заходами.

Розкриття змісту соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді потребує детальнішого аналізу її внутрішніх механізмів та поведінкових моделей. Відповідно до підходу Л. І. Божович, розвиток особистості визначається системою провідних мотивів і внутрішньою позицією щодо соціальної ситуації розвитку [22]. У випадку молоді, яка живе з ВІЛ, формування нової внутрішньої позиції пов'язане з необхідністю інтеграції хронічного захворювання в структуру життєвих цілей без руйнування позитивної самооцінки. Саме на цьому етапі відбувається трансформація уявлень про власні можливості, соціальні ролі та перспективи професійної реалізації.

Одним із ключових механізмів адаптації виступають копінг-стратегії – індивідуальні способи подолання стресових ситуацій. С. С. Калічман у дослідженні «Coping with HIV» доводить, що ефективність адаптації прямо залежить від домінування проблемно-орієнтованих стратегій, які передбачають активне вирішення труднощів, звернення по допомогу та усвідомлене планування лікування [36]. Такі стратегії сприяють формуванню відчуття контролю над ситуацією та зменшують рівень тривожності. Натомість емоційно-унікальні моделі, зокрема заперечення або ізоляція, пов'язані з підвищеним ризиком депресивних проявів і переривання терапії.

У соціальному вимірі адаптація проявляється через характер взаємодії з оточенням. Молодь, яка має досвід підтримки з боку родини або друзів, демонструє вищий рівень психологічної стійкості та більш позитивне ставлення до лікування. Дослідження внутрішньої стигми та соціальної підтримки показують, що наявність довірчих стосунків зменшує негативний вплив дискримінаційних установок на психічний стан [43]. Таким чином, соціальна підтримка виконує буферну функцію, пом'якшуючи стрес і сприяючи інтеграції особи у соціальне середовище.

Професійний аспект адаптації є важливим індикатором успішної соціалізації. Законодавство України гарантує рівні права на працю незалежно від стану здоров'я [10], проте побоювання розголошення статусу можуть впливати на

вибір професійної траєкторії. Частина молодих людей уникає формального працевлаштування або відмовляється від кар'єрних можливостей через страх дискримінації. Така ситуація свідчить про наявність латентних соціальних бар'єрів, які не завжди відображаються у нормативно-правових актах, але впливають на реальні життєві стратегії.

Медичний компонент адаптації пов'язаний із регулярним прийомом антиретровірусної терапії та дотриманням рекомендацій лікарів. Відповідно до сучасних міжнародних настанов, стабільне лікування дозволяє досягти невизначуваного вірусного навантаження, що суттєво покращує якість життя [23]. Однак медична прихильність не може розглядатися ізольовано від психологічного стану особи. Переживання стигми, тривожність або депресивні реакції знижують мотивацію до систематичного лікування, що підкреслює взаємозв'язок медичного та соціально-психологічного вимірів адаптації.

Аналіз практик соціальної роботи в Україні демонструє, що більшість програм орієнтовані на забезпечення доступу до лікування та профілактику передачі ВІЛ. Разом із тим питання формування позитивної ідентичності, розвитку навичок самопрезентації та подолання внутрішньої стигми часто залишаються недостатньо інтегрованими у комплекс підтримки. Такий дисбаланс свідчить про потребу розширення підходів до соціальної адаптації, які мають враховувати не лише медичні, а й психологічні та соціальні чинники.

Узагальнюючи викладене, можна констатувати, що соціальна адаптація ВІЛ-інфікованої молоді є результатом взаємодії особистісних ресурсів, соціального оточення та інституційних механізмів підтримки. Вона передбачає активну позицію суб'єкта, здатного переосмислювати власний досвід і будувати життєві стратегії з урахуванням нових обставин. Подальший етап аналізу буде спрямований на виявлення системних бар'єрів адаптації та визначення напрямів удосконалення соціально-психологічної підтримки молоді, яка живе з ВІЛ.

Висновки до першого розділу

У результаті теоретичного аналізу встановлено, що ВІЛ-інфекція в сучасних умовах виступає не лише медичною проблемою, а комплексним соціальним феноменом, який впливає на статус особи, її соціальні ролі, доступ до ресурсів та характер взаємодії із суспільством. Попри наявність ефективної антиретровірусної терапії та міжнародних стандартів лікування, у суспільній свідомості зберігаються стійкі стереотипи, що зумовлюють стигматизацію та дискримінаційні практики. Український контекст додатково ускладнений наслідками воєнних дій, які впливають на безперервність лікування, мобільність пацієнтів та рівень соціальної підтримки. Таким чином, ВІЛ-інфекція функціонує як соціально детермінований чинник, що трансформує життєві стратегії молодшої людини.

Доведено, що молодь віком 18–29 років є особливо вразливою групою у зв'язку зі специфікою вікового розвитку. На етапі становлення ідентичності, описаному Е. Г. Еріксоном [29], інтеграція ВІЛ-статусу в «образ Я» супроводжується підвищеним рівнем внутрішнього конфлікту, тривожності та страхом соціального відторгнення. Психосоціальні дослідження в українському середовищі підтверджують наявність труднощів прийняття діагнозу, проблем у міжособистісних стосунках та ризиків соціальної ізоляції. Додатковими чинниками вразливості виступають фінансова залежність, освітні трансформації в умовах дистанційного навчання та нестабільність соціальних контактів.

У ході аналізу встановлено, що соціальна адаптація ВІЛ-інфікованої молоді має багатовимірну структуру, яка охоплює особистісний, соціальний, професійний та медичний компоненти. Відповідно до концептуальних положень Л. І. Божович, адаптація передбачає активну перебудову внутрішньої позиції особистості, а не пасивне пристосування до умов середовища. Дослідження С. С. Калічмана підтверджують, що ефективність цього процесу визначається домінуванням

активних копінг-стратегій та наявністю соціальної підтримки. Водночас надмірна концентрація соціальної політики на медичному аспекті проблеми без достатньої уваги до стигматизації знижує потенціал повноцінної інтеграції молоді у соціум.

Отже, результати теоретичного аналізу дозволяють сформулювати узагальнюючий висновок: соціальна адаптація ВІЛ-інфікованої молоді є складним інтегративним процесом, який потребує системного підходу, що поєднує медичну, психологічну та соціальну складові. Виявлені прогалини у практиці підтримки обґрунтовують необхідність розроблення комплексної програми соціальної адаптації, спрямованої на зниження стигми, розвиток особистісних ресурсів та посилення соціальної інтеграції молодих людей, які живуть з ВІЛ.

РОЗДІЛ II.

МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ВІЛ-ІНФІКОВАНОЇ МОЛОДІ

2.1. Нормативно-правове забезпечення підтримки ВІЛ-інфікованої молоді в Україні

Нормативно-правове регулювання підтримки осіб, які живуть з ВІЛ, в Україні сформоване в межах комплексної системи актів медичного, соціального, трудового та правозахисного законодавства. Його ядром виступає Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (у редакції 2022 р.) [12], який визначає правові та організаційні засади державної політики у сфері ВІЛ. Цей Закон закріплює базові принципи: добровільність тестування, конфіденційність інформації про ВІЛ-статус, недопущення дискримінації, безоплатність антиретровірусної терапії та доступ до медичної допомоги незалежно від соціального статусу особи.

Принцип конфіденційності, закріплений у Законі [12], має фундаментальне значення для забезпечення прав молоді, яка живе з ВІЛ. Інформація про статус належить до медичної таємниці, а її розголошення можливе лише у визначених законом випадках. Однак у практичній площині проблема полягає не стільки у відсутності норми, скільки у складності доведення факту порушення конфіденційності. Для молодих людей страх витоку інформації часто виступає стримувальним фактором при зверненні до соціальних служб або роботодавців. Таким чином, формально закріплена гарантія не завжди трансформується у відчуття безпеки.

Окрім спеціального закону, захист прав ВІЛ-позитивних осіб здійснюється в межах загального антидискримінаційного законодавства. Закон України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» [14] забороняє обмеження

прав за ознакою стану здоров'я. У трудовій сфері відповідні гарантії закріплені у Кодексі законів про працю України. Проте ці норми мають універсальний характер і не передбачають спеціалізованих процедур захисту для осіб, які живуть з ВІЛ. Відсутність окремого механізму реагування на випадки дискримінації за ВІЛ-статусом знижує ефективність правового захисту, особливо для молоді, яка часто не має достатніх ресурсів для судового оскарження.

Стратегічні орієнтири державної політики визначає Стратегія протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2023–2027 роки [18], що імплементує глобальні цілі ЮНЕЙДС «95–95–95». Документ зосереджений на розширенні доступу до тестування, безперервності лікування, зниженні рівня нових випадків інфікування та міжвідомчій координації. Позитивним аспектом є інтеграція міжнародних стандартів та співпраця з громадськими організаціями. Водночас аналіз структури Стратегії демонструє відсутність окремого напрямку, присвяченого соціальній адаптації молоді, формуванню професійних компетентностей або системній психологічній підтримці.

Державна політика у сфері соціальних послуг визначається також Концепцією розвитку системи соціального обслуговування населення на 2024–2030 роки [20]. Документ передбачає модернізацію соціальної інфраструктури, індивідуалізацію послуг, впровадження мультидисциплінарного підходу. Проте ВІЛ-позитивна молодь не виділена як окрема цільова група. Така відсутність адресності ускладнює розроблення спеціалізованих програм та знижує рівень інституційної видимості цієї категорії в системі соціального захисту.

Варто зазначити, що міжнародні документи, зокрема Консолідовані настанови ВООЗ щодо профілактики та лікування ВІЛ [23] і Глобальна стратегія протидії СНІДу 2021–2026 [28], підкреслюють необхідність комплексного підходу, який поєднує медичну допомогу з боротьбою зі стигмою та дискримінацією. Українське законодавство частково імплементує ці положення, однак соціально-

психологічний компонент не закріплений як самостійний структурний елемент державної політики.

Для систематизації результатів аналізу доцільно узагальнити їх у порівняльному вигляді.

Таблиця 2.1.

Нормативні гарантії та їх фактичне спрямування

Документ	Основний акцент	Соціальна адаптація молоді
Закон України (2022) [12]	Медична допомога, конфіденційність, АРВТ	Не конкретизована
Антидискримінаційне законодавство [14]	Загальна заборона дискримінації	Відсутні спеціальні механізми для ВІЛ-позитивної молоді
Стратегія 2023–2027 [18]	Епідеміологічні показники, лікування	Немає окремого розділу
Концепція 2024–2030 [20]	Модернізація соціальних послуг	ВІЛ-позитивна молодь не визначена окремою групою
Міжнародні настанови [23; 28]	Комплексний підхід, боротьба зі стигмою	Рекомендовано, але не повністю імплементовано

Отже, на нормативному рівні в Україні забезпечено медичний захист і формальні гарантії прав осіб, які живуть з ВІЛ. Разом із тим соціальна адаптація молоді не закріплена як самостійний напрям державної політики. Така ситуація формує потребу у розробленні спеціалізованих програм підтримки, що поєднують медичну, психологічну та професійну складові.

Поглиблений аналіз чинного нормативного поля свідчить про наявність розриву між формально закріпленими гарантіями та практикою їх реалізації. Хоча спеціальний Закон 2022 року [12] встановлює правові засади захисту осіб, які живуть з ВІЛ, механізми контролю за дотриманням цих норм залишаються

недостатньо конкретизованими. Зокрема, не визначено чіткої процедури реагування на порушення конфіденційності, а також відсутні спеціалізовані інституційні інструменти моніторингу випадків дискримінації за ознакою ВІЛ-статусу.

Особливо проблемною є сфера трудових відносин. Формально законодавство гарантує рівність прав і забороняє дискримінацію за станом здоров'я [14], однак молоді люди, які живуть з ВІЛ, нерідко стикаються з прихованими бар'єрами: неофіційними відмовами у прийомі на роботу, психологічним тиском або необхідністю розкривати медичну інформацію поза межами правових вимог. Звіти правозахисних організацій вказують на складність доведення таких порушень у судовому порядку через відсутність письмових доказів і страх заявників перед публічністю процесу [31]. У результаті значна частина випадків не набуває юридичної оцінки, що знижує превентивний ефект законодавчих норм.

Аналогічна ситуація простежується у сфері освіти. Закон України «Про освіту» гарантує рівний доступ до навчання [11], проте спеціалізованих положень щодо підтримки студентів або учнів, які живуть з ВІЛ, не передбачено. Відсутність протоколів взаємодії між освітніми закладами та соціальними службами у випадку розголошення статусу або психологічної кризи створює ризики ізоляції молоді. Таким чином, законодавчі гарантії існують, але інституційна координація залишається обмеженою.

Стратегія протидії ВІЛ-інфекції на 2023–2027 роки [18] орієнтована переважно на досягнення кількісних індикаторів (рівень тестування, охоплення лікуванням, зниження нових випадків). Соціальні наслідки діагнозу, зокрема стигматизація, внутрішня ізоляція чи труднощі професійної реалізації, не відображені у системі оцінки ефективності державної політики. У документі відсутні критерії вимірювання рівня соціальної інтеграції або якості життя молоді, що обмежує можливість комплексного аналізу результатів.

Концепція розвитку системи соціального обслуговування на 2024–2030 роки [20] декларує мультидисциплінарний підхід і персоналізацію соціальних послуг. Проте відсутність чіткої категоризації ВІЛ-позитивної молоді як окремої групи унеможливорює розроблення спеціалізованих стандартів соціальної роботи. Соціальні служби здебільшого орієнтовані на широкі категорії вразливого населення, що призводить до розмивання специфічних потреб молодих людей із ВІЛ-статусом.

Порівняння українських нормативних актів із міжнародними рекомендаціями свідчить про часткову імплементацію принципів комплексного підходу. Консолідовані настанови ВООЗ [23] та Глобальна стратегія ЮНЕЙДС [28] наголошують на необхідності інтеграції медичних послуг із заходами протидії стигмі та соціальній маргіналізації. В українському законодавстві ці аспекти задекларовані опосередковано, без розроблення окремих програмних інструментів їх реалізації.

Систематизація виявлених проблем дозволяє визначити ключові структурні дисбаланси:

- переважання медико-біологічної моделі регулювання;
- відсутність механізмів швидкого реагування на дискримінацію;
- недостатня координація між освітніми, соціальними та медичними інституціями;
- брак індикаторів оцінювання соціальної інтеграції молоді у державних стратегіях.

Отже, нормативна система України створює основу для забезпечення медичного супроводу осіб, які живуть з ВІЛ, однак не формує цілісного механізму соціальної адаптації молоді. Виявлений розрив між правовими нормами та їх практичною реалізацією обґрунтовує потребу у розробленні програмно-методичних рішень, спрямованих на подолання стигми, підтримку професійного становлення та розширення соціальної участі молодих людей.

Оцінювання ефективності нормативно-правового забезпечення підтримки ВІЛ-інфікованої молоді потребує аналізу не лише змісту актів, а й механізмів їх реалізації. В Україні імплементація державної політики у сфері ВІЛ здійснюється через систему центральних і місцевих органів виконавчої влади, закладів охорони здоров'я, соціальних служб та громадських організацій. Проте міжвідомча взаємодія не завжди має системний характер. Стратегія протидії ВІЛ-інфекції 2023–2027 рр. [18] передбачає координацію зусиль різних секторів, однак у практичній площині домінує медична складова, тоді як соціальні служби залучаються переважно епізодично.

Важливою інституційною ланкою є Центр громадського здоров'я МОЗ України, який здійснює моніторинг епідеміологічної ситуації та координацію лікувальних програм [19]. Однак функціонал цієї установи зосереджений передусім на статистичному обліку та медичному супроводі, що знову підтверджує переважання біомедичної парадигми. Питання соціальної інтеграції, психологічної підтримки та професійної реабілітації залишаються у сфері відповідальності соціальних служб і громадських організацій, без чітко визначеної єдиної координаційної моделі.

Воєнний стан в Україні додатково ускладнив процес реалізації державної політики у сфері ВІЛ. Масове внутрішнє переміщення населення, зміна місця проживання та руйнування інфраструктури створили ризики переривання лікування і втрати зв'язку з соціальними службами. Законодавство гарантує безперервність забезпечення АРВТ [12], однак на практиці молодь, яка вимушено змінює регіон проживання, стикається з труднощами повторної реєстрації, пошуку нового лікаря або соціального супроводу. Така ситуація підкреслює необхідність гнучких механізмів міжрегіональної координації.

Окремої уваги потребує питання фінансування соціальних програм. Державна політика орієнтована на забезпечення лікування та профілактики, що відповідає міжнародним зобов'язанням України [23; 28]. Водночас фінансування

психосоціальних програм та професійної реабілітації переважно здійснюється за рахунок грантових або донорських коштів. Це створює залежність від зовнішніх ресурсів і не гарантує стабільності довгострокових програм підтримки молоді.

Аналіз імплементації дозволяє окреслити ще один аспект – недостатню інтеграцію системи освіти та служби зайнятості у процес підтримки ВІЛ-позитивної молоді. Закон «Про зайнятість населення» [10] передбачає заходи сприяння працевлаштуванню вразливих категорій, однак особи, які живуть з ВІЛ, прямо не визначені як окрема група. Відсутність такої конкретизації унеможливорює розроблення адресних програм професійної адаптації.

Узагальнюючи результати аналізу, можна сформулювати такі системні висновки:

1. Нормативна база України забезпечує медичний супровід та формальний правовий захист осіб, які живуть з ВІЛ.
2. Соціальна адаптація молоді не визначена як самостійний напрям державної політики.
3. Міжвідомча взаємодія має фрагментарний характер і потребує координаційної моделі.
4. Психосоціальна підтримка та професійна інтеграція не закріплені як обов'язкові складові державної системи допомоги.
5. Воєнний контекст актуалізує необхідність гнучких механізмів підтримки внутрішньо переміщеної молоді.

Отже, нормативно-правове поле створює базові умови для захисту прав ВІЛ-позитивних осіб, проте не забезпечує цілісної моделі соціальної адаптації молоді.

2.2. Концептуально-методичні засади програми соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді «Мій шлях до себе»

Програма соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді «Мій шлях до себе» розроблена як комплексний науково-практичний продукт, спрямований на

подолання виявлених у Розділі I теоретичних та нормативних прогалин. Її створення обумовлене необхідністю інтеграції медичного, психологічного, соціального та професійного компонентів адаптації у єдину структуровану модель підтримки. Програма орієнтована на молодь віком 18–29 років, яка живе з ВІЛ, та враховує вікові особливості формування ідентичності, потребу у соціальному схваленні та професійному становленні.

Загальна мета програми полягає у формуванні стійких навичок соціальної інтеграції та розвитку внутрішніх ресурсів особистості. Спеціальні цілі включають:

1. Зниження рівня внутрішньої стигми щонайменше на 30 % (за результатами повторної діагностики).
2. Розширення соціальної мережі підтримки учасників (не менше ніж на дві нові значущі соціальні взаємодії).
3. Формування навичок безпечного управління розголошенням ВІЛ-статусу.
4. Підвищення рівня впевненості у професійній самореалізації.

Концептуальна основа програми ґрунтується на ресурсному підході, який розглядає учасника не як «носія проблеми», а як суб'єкта з потенціалом розвитку. Така позиція відповідає положенням Л. І. Божович про активну роль особистості у процесі соціальної інтеграції [22], а також сучасним дослідженням копінг-стратегій у контексті ВІЛ [36]. Програма спрямована на посилення активних стратегій подолання стресу та зменшення впливу внутрішньої стигми.

Основні принципи реалізації програми:

- принцип безпеки – забезпечення конфіденційності участі, закритий формат груп, добровільність висловлювань.
- принцип інклюзивності – адаптація методів роботи до індивідуальних потреб (наявність «тихої зони» для учасників із підвищеною тривожністю).
- принцип ресурсності – фокус на сильних сторонах особистості, формування позитивної ідентичності.

– принцип комплексності – поєднання емоційної, інформаційної, інструментальної та оцінної підтримки.

Структурно програма охоплює чотири взаємопов'язані компоненти соціальної адаптації:

Таблиця 2.1

Структурні компоненти програми «Мій шлях до себе»

Компонент	Зміст	Очікуваний результат
Емоційна підтримка	Групи взаємодопомоги («говорильні кола»)	Зменшення відчуття ізоляції
Інформаційна підтримка	Тренінги «Міфи та реальність про ВІЛ»	Підвищення поінформованості
Інструментальна підтримка	Супровід у працевлаштуванні, співпраця з партнером-роботодавцем	Професійна інтеграція
Оцінна підтримка	Ведення «книги досягнень»	Усвідомлення особистісного прогресу

Джерело: розроблено автором на основі теоретичних положень [22].

Отже, програма «Мій шлях до себе» побудована як системна модель, що інтегрує ключові виміри соціальної адаптації. Її структура відповідає багатовимірній природі проблеми та орієнтована на активну участь молоді у власному процесі розвитку.

Методичний інструментарій програми «Мій шлях до себе» побудований з урахуванням вікових особливостей молоді та необхідності інтеграції особистісного, соціального, професійного й медичного компонентів адаптації. Формат реалізації – групова робота (8 сесій по 2 години, 1 раз на тиждень), що забезпечує поступове формування довіри та динаміку особистісного зростання. Оптимальна кількість учасників – 8–12 осіб, що дозволяє поєднати індивідуальну увагу та групову взаємодію.

Програма передбачає поетапне розгортання змісту, (див. Табл. 2.2)

Тематичний план групових сесій програми «Мій шлях до себе»

№ сесії	Тема	Основний зміст	Методичні прийоми
1	«Хто я крім діагнозу?»	Формування позитивної ідентичності	Вправи на самоопис, арт-терапія
2	«Міфи та реальність про ВІЛ»	Деконструкція стереотипів	Міні-лекція, дискусія
3	«Мій внутрішній світ»	Усвідомлення емоцій	Малювання, рефлексія
4	«Як говорити про свій статус?»	Навички комунікації	Драматерапія, рольові ігри
5	«Страх і стигма»	Робота з внутрішньою стигмою	Когнітивні техніки
6	«Моє професійне майбутнє»	Планування кар'єри	Кар'єрне консультування
7	«Ресурси та підтримка»	Розширення соціальної мережі	Соціальна карта контактів
8	«Мій шлях далі»	Підсумкова інтеграція	Презентація «книги досягнень»

Джерело: розроблено автором.

Методологічною основою роботи є поєднання когнітивно-поведінкових технік, елементів арт-терапії та драматерапії. Арт-терапевтичне завдання «Мій внутрішній світ» передбачає створення візуального образу власного емоційного стану з подальшою інтерпретацією, що сприяє усвідомленню прихованих переживань. Драматерапія використовується під час моделювання ситуацій розголошення статусу (спілкування з партнером, роботодавцем, другом), що дозволяє відпрацювати поведінкові стратегії в безпечному середовищі.

Важливою складовою програми є діагностичний блок, який забезпечує оцінювання ефективності втручання. На початковому та завершальному етапах застосовуються:

1. Шкала внутрішньої стигми ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness – адаптована версія для ВІЛ) – для вимірювання рівня інтерналізованої стигми.
2. Опитувальник соціальної адаптації (САШ) – для визначення рівня інтеграції в соціальне середовище.

Результати порівнюються за принципом «до – після», що дозволяє кількісно оцінити зміни (очікуване зниження показника внутрішньої стигми не менше ніж на 30 %).

Методичний підхід передбачає не лише корекцію негативних установок, а й формування нової позитивної життєвої перспективи. Саме тому кожен учасник веде індивідуальну «книгу досягнень», де фіксує особисті результати, нові соціальні контакти та професійні кроки. Такий інструмент підсилює усвідомлення прогресу та сприяє формуванню суб'єктної позиції.

Отже, методичний інструментарій програми «Мій шлях до себе» забезпечує цілісність впливу та узгодженість із багатовимірною структурою соціальної адаптації. Наступний етап аналізу буде присвячений опису організаційних умов реалізації програми та моделі її впровадження в систему соціальних послуг.

Організаційна модель впровадження програми «Мій шлях до себе» передбачає її інтеграцію в діяльність центрів соціальних служб, громадських організацій, що працюють у сфері ВІЛ/СНІДу, та молодіжних просторів. Реалізація програми можлива на базі мультидисциплінарної команди, до складу якої входять соціальний працівник (координатор), психолог, кар'єрний консультант та представник медичної установи (за потреби – лікар-інфекціоніст або медична сестра-консультант). Такий формат забезпечує поєднання психологічної, соціальної та інформаційної підтримки без надмірної медикалізації процесу.

Програма розрахована на цикл тривалістю 8 тижнів із можливістю повторного проходження окремих модулів. Кожна сесія має чітку структуру:

- 1) вступна рефлексія;
- 2) основний змістовий блок;

- 3) практична вправа;
- 4) підсумкова інтеграція досвіду.

Такий формат відповідає принципам послідовності та поступового ускладнення матеріалу. Важливим елементом є створення безпечного простору: учасники підписують угоду про конфіденційність, а інформація, озвучена в групі, не підлягає розголошенню.

Для забезпечення професійної інтеграції передбачено партнерство з роботодавцями, які дотримуються принципів недискримінації. Соціальний працівник виступає посередником між учасником програми та потенційним роботодавцем, сприяючи формуванню довіри та мінімізації ризику стигматизації. Такий механізм дозволяє розширити професійні можливості молоді та забезпечити реальні кроки до економічної самостійності.

Особливістю програми є поєднання чотирьох компонентів адаптації в єдину логічну структуру. Схематично модель програми можна представити таким чином:

Таблиця 2.3.

Схема реалізації програми «Мій шлях до себе»

Етап	Зміст	Інструменти	Очікуваний результат
Діагностичний	Визначення рівня внутрішньої стигми та адаптації	ISMI, CAH	Початкові показники
Корекційно-розвивальний	Групові сесії (8 занять)	Арт-терапія, драматерапія, тренінги	Зниження стигми, розвиток навичок
Професійний супровід	Пошук роботи, консультації	Кар'єрний коучинг	Працевлаштування або план розвитку
Оцінний	Порівняння результатів «до – після»	Повторна діагностика	Кількісна оцінка ефективності

Джерело: розроблено автором.

Ефективність програми оцінюється за такими критеріями:

- статистично значуще зниження рівня внутрішньої стигми;
- підвищення показників соціальної адаптації;
- розширення соціальної мережі підтримки;
- наявність конкретних професійних кроків (стажування, працевлаштування, навчання).

Отже, програма «Мій шлях до себе» є структурованою моделлю комплексної соціальної адаптації, що компенсує виявлені у підрозділі 2.1 нормативні прогалини. Її концепція інтегрує особистісний, соціальний, професійний і медичний виміри підтримки, відповідаючи багатовимірній природі проблеми.

Висновки до 2 розділу

У ході дослідження встановлено, що нормативно-правове забезпечення підтримки осіб, які живуть з ВІЛ в Україні, формує базові гарантії медичної допомоги та захисту прав, зокрема конфіденційності та безоплатного доступу до антиретровірусної терапії. Стратегічні документи державної політики орієнтовані на досягнення епідеміологічних показників і забезпечення безперервності лікування, що відповідає міжнародним стандартам. Водночас аналіз Концепції розвитку системи соціального обслуговування на 2024–2030 роки показав відсутність чіткої адресності щодо ВІЛ-позитивної молоді як окремої цільової групи. Таким чином, нормативна база має виражений медико-центрований характер і не забезпечує системного підходу до соціальної адаптації молоді.

Критичний аналіз виявив структурні прогалини у сфері психосоціальної підтримки та професійної інтеграції. Законодавчі гарантії недискримінації мають загальний характер, проте не супроводжуються спеціалізованими механізмами захисту від порушень прав у трудовій сфері. Соціальні послуги орієнтовані переважно на підтримку вразливих груп у широкому розумінні, без урахування

специфіки переживання ВІЛ-статусу в молодому віці. Це обмежує можливості комплексної інтеграції молоді, яка живе з ВІЛ, у соціальне середовище.

У відповідь на виявлені недоліки розроблено програму соціальної адаптації «Мій шлях до себе», яка має науково обґрунтовану концепцію та чітку структурну модель. Програма інтегрує чотири ключові компоненти адаптації – особистісний, соціальний, професійний та медичний – що відповідає багатовимірній природі проблеми. Використання групових форм роботи, арт- та драматерапії, діагностичних інструментів (ISMI, САШ) та інструментального супроводу у сфері працевлаштування забезпечує системність впливу та можливість кількісного вимірювання результатів.

Програма «Мій шлях до себе» заповнює нормативні та методичні прогалини, поєднуючи медичний супровід із розвитком особистісних ресурсів і соціальної інтеграції. Її структура дозволяє не лише знижувати рівень внутрішньої стигми, а й формувати навички активної участі молоді у власному життєвому плануванні. Отримані результати створюють підґрунтя для переходу до емпіричного дослідження ефективності запропонованої моделі соціальної адаптації.

РОЗДІЛ 3.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ВІЛ-ІНФІКОВАНОЇ МОЛОДІ «МІЙ ШЛЯХ ДО СЕБЕ»

3.1. Організація та методи емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження ефективності програми соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді «Мій шлях до себе» було спрямоване на перевірку гіпотези про те, що участь у спеціально розробленій соціально-психологічній програмі сприяє статистично значущому підвищенню рівня соціальної адаптації молодих людей, які живуть з ВІЛ. Актуальність такого дослідження зумовлена тим, що молодь із підтвердженим ВІЛ-статусом часто стикається не лише з медичними, а й із соціально-психологічними труднощами, зокрема внутрішньою стигмою, страхом соціального відторгнення, складнощами у побудові міжособистісних стосунків та професійній самореалізації. У зв'язку з цим важливим є не лише медичний супровід, а й створення ефективних програм соціальної підтримки, спрямованих на розвиток адаптивних ресурсів особистості.

Метою емпіричного дослідження стало експериментальне підтвердження ефективності програми соціальної адаптації «Мій шлях до себе», спрямованої на підвищення рівня соціальної інтеграції, зниження внутрішньої стигми та розвиток комунікативних і психологічних ресурсів молоді, яка живе з ВІЛ.

Відповідно до поставленої мети було сформульовано гіпотезу дослідження: участь у програмі соціальної адаптації «Мій шлях до себе» статистично значуще підвищує рівень соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді порівняно з учасниками, які не брали участі у програмі. Перевірка цієї гіпотези передбачала проведення експериментального дослідження з використанням контрольної та експериментальної груп.

Дослідження проводилося у кілька послідовних етапів, що забезпечили логічну структуру експериментальної роботи. На констатувальному етапі, який тривав два тижні, здійснювалася первинна діагностика рівня соціальної адаптації та внутрішньої стигми серед учасників дослідження. Для цього використовувалися стандартизовані психодіагностичні методики, а також проводилися індивідуальні напівструктуровані інтерв'ю, спрямовані на виявлення суб'єктивного досвіду соціальної адаптації.

Наступним був формувальний етап, що тривав вісім тижнів і передбачав реалізацію розробленої програми соціальної адаптації «Мій шлях до себе». У цей період учасники експериментальної групи брали участь у серії групових занять, тренінгів та терапевтичних практик, спрямованих на розвиток психологічної стійкості, соціальних навичок і формування підтримувальної мережі. Завершальним етапом дослідження став контрольно-аналітичний етап, який тривав один тиждень і включав повторну психодіагностику, аналіз отриманих результатів та проведення фокус-групових обговорень із учасниками програми.

Для забезпечення наукової достовірності результатів дослідження було сформовано експериментальну та контрольну вибірки. До складу експериментальної групи (ЕГ) увійшли 20 осіб віком від 18 до 29 років із підтвердженням ВІЛ-статусом, які отримують антиретровірусну терапію та добровільно погодилися брати участь у програмі соціальної адаптації. Контрольна група (КГ) також складалася з 20 осіб із аналогічними соціально-демографічними характеристиками (вік, ВІЛ-статус, отримання АРВТ), однак її учасники не брали участі у програмі. Такий дизайн дослідження дозволив порівняти зміни показників соціальної адаптації у двох групах і визначити ефективність запропонованого інтервенційного підходу.

Для наочності структуру вибірки дослідження представлено у таблиці.

Таблиця 3.1

Характеристика вибірки емпіричного дослідження

Показник	Експериментальна група	Контрольна група
Кількість учасників	20	20
Віковий діапазон	18–29 років	18–29 років
Наявність підтвердженого ВІЛ-статусу	Так	Так
Отримання АРВТ	Так	Так
Участь у програмі «Мій шлях до себе»	Так	Ні

Джерело: розроблено автором.

Для забезпечення наукової достовірності результатів емпіричного дослідження було використано комплекс взаємодоповнюючих методів, що поєднують кількісний і якісний підходи до вивчення соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді. Такий підхід дозволяє не лише зафіксувати статистичні зміни показників адаптації, а й глибше зрозуміти суб'єктивний досвід учасників програми, їхні переживання та зміни у сприйнятті власного соціального статусу. Методичний комплекс дослідження включав стандартизовані психодіагностичні методики, напівструктуроване інтерв'ю та методи порівняльного аналізу результатів.

Одним із основних інструментів дослідження стала шкала соціальної адаптації (САШ), яка дозволяє оцінити рівень інтеграції особистості у соціальне середовище. Методика спрямована на визначення таких параметрів, як рівень соціальної активності, здатність до міжособистісної взаємодії, задоволеність соціальними контактами та відчуття включеності у соціальні процеси. Використання цієї шкали дало змогу визначити базовий рівень соціальної адаптації учасників на початку дослідження, а також оцінити зміни після реалізації програми.

Інтерпретація результатів здійснювалася шляхом визначення середніх значень показників у контрольній та експериментальній групах.

Другим важливим інструментом дослідження став опитувальник внутрішньої стигми ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness), який широко використовується для оцінювання рівня внутрішньої стигматизації серед людей із хронічними захворюваннями. У контексті даного дослідження ця методика застосовувалася для визначення ступеня прийняття або неприйняття учасниками власного ВІЛ-статусу. Опитувальник дозволяє оцінити такі аспекти, як відчуття сорому, соціальної ізоляції, самозвинувачення та страху дискримінації. Зниження рівня внутрішньої стигми розглядається як один із ключових показників успішної соціальної адаптації.

Окрім кількісних методів дослідження, важливу роль відіграв якісний аналіз досвіду учасників, що здійснювався за допомогою напівструктурованого інтерв'ю. Інтерв'ю включало сім відкритих запитань, спрямованих на виявлення особливостей соціальної адаптації, труднощів у міжособистісних стосунках, ставлення до власного ВІЛ-статусу та досвіду взаємодії із соціальним середовищем. Такий підхід дозволив отримати більш глибоку інформацію про суб'єктивне сприйняття учасниками власної життєвої ситуації, а також про зміни, які відбулися після участі у програмі соціальної адаптації.

Для систематизації використаного методичного інструментарію результати подано у таблиці 3.2.

Напівструктуроване інтерв'ю включало такі ключові запитання:

1. Як змінилося ваше ставлення до власного ВІЛ-статусу після встановлення діагнозу?
2. Які труднощі ви відчуваєте у соціальному спілкуванні?
3. Чи доводилося вам приховувати свій статус у повсякденному житті?
4. Яку роль відіграє підтримка друзів або родини у вашому житті?
5. Чи впливає ВІЛ-статус на ваші професійні плани?

6. Що допомагає вам справлятися зі складними ситуаціями?

7. Які зміни у вашому житті ви хотіли б досягти?

Таблиця 3.2

Методичний комплекс емпіричного дослідження

Метод дослідження	Мета застосування	Основні показники	Етап використання
Шкала соціальної адаптації (САШ)	Оцінка рівня соціальної інтеграції	Соціальна активність, рівень взаємодії, задоволеність соціальними контактами	Констатувальний та контрольний
Опитувальник внутрішньої стигми ISMI	Визначення рівня внутрішньої стигматизації	Почуття сорому, соціальна ізоляція, страх дискримінації	Констатувальний та контрольний
Напівструктуроване інтерв'ю	Аналіз суб'єктивного досвіду адаптації	Особисті переживання, соціальні труднощі, досвід прийняття статусу	Констатувальний та контрольний
Порівняльний аналіз результатів	Оцінка ефективності програми	Динаміка показників у контрольній та експериментальній групах	Контрольно-аналітичний

Джерело: розроблено автором.

Використання поєднання кількісних та якісних методів дослідження дозволило отримати комплексне уявлення про процес соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді та визначити вплив програми «Мій шлях до себе» на зміни у психологічному та соціальному функціонуванні учасників.

Важливою складовою організації емпіричного дослідження стала реалізація етичних принципів проведення наукових досліджень за участю людей. Оскільки дослідження було спрямоване на роботу з особами, які живуть з ВІЛ, дотримання етичних норм мало особливе значення. Робота з цією категорією учасників потребує підвищеної уваги до забезпечення конфіденційності, добровільності

участі та психологічної безпеки респондентів. Саме тому під час організації дослідження були враховані основні принципи етичного кодексу психологічних та соціально-педагогічних досліджень.

Перш за все, участь у дослідженні здійснювалася на добровільній основі. Усі учасники експериментальної та контрольної груп були попередньо поінформовані про мету дослідження, його структуру, методи збору даних та можливі результати. Перед початком дослідження кожному учаснику було запропоновано підписати інформовану згоду, у якій зазначалося, що участь у дослідженні є добровільною, а учасник має право відмовитися від участі на будь-якому етапі без пояснення причин. Такий підхід дозволив забезпечити дотримання принципу автономії учасників та підвищити рівень довіри до дослідника.

Особлива увага приділялася забезпеченню конфіденційності отриманих даних. Оскільки ВІЛ-статус належить до чутливої медичної інформації, у дослідженні застосовувалися методи анонімізації персональних даних. Замість реальних імен учасників використовувалися умовні позначення (наприклад, «Учасник А», «Учасниця Б»), що дозволило уникнути можливості ідентифікації респондентів. Усі результати психодіагностики та інтерв'ю зберігалися у знеособленому вигляді та використовувалися виключно з науковою метою.

Крім того, дослідження проводилося з урахуванням принципу психологічної безпеки учасників. Під час проведення групових занять та інтерв'ю створювалися умови, які сприяли формуванню довірливої атмосфери та мінімізації можливого емоційного дискомфорту. Зокрема, учасники могли не відповідати на запитання, які викликали у них сильні переживання, а також мали можливість звернутися за додатковою психологічною підтримкою у разі необхідності. Такий підхід дозволив забезпечити гуманістичний характер дослідження та запобігти можливим негативним психологічним наслідкам.

Організаційні умови проведення дослідження також були спрямовані на забезпечення конфіденційності та комфортності участі. Групові заняття та інтерв'ю

проводилися у спеціально підготовленому приміщенні, яке гарантувало приватність спілкування та відсутність сторонніх осіб. Приміщення було організоване таким чином, щоб створити безпечний психологічний простір для відкритого обговорення особистого досвіду. У процесі роботи використовувалися елементи арт-терапії та групових вправ, що сприяли зниженню емоційної напруги та формуванню атмосфери підтримки.

Для систематизації етичних принципів дослідження їх представлено у таблиці.

Таблиця 3.3

Етичні принципи проведення емпіричного дослідження

Етичний принцип	Зміст принципу	Практична реалізація у дослідженні
Добровільність участі	Учасник має право самостійно прийняти рішення про участь у дослідженні	Підписання інформованої згоди
Конфіденційність	Захист персональних та медичних даних учасників	Використання анонімних кодів
Право на відмову	Учасник може припинити участь у будь-який момент	Можливість виходу з дослідження без пояснень
Психологічна безпека	Забезпечення емоційного комфорту учасників	Створення безпечного середовища для спілкування

Джерело: розроблено автором.

Організація емпіричного дослідження ґрунтувалася на поєднанні наукової обґрунтованості методичного інструментарію та суворого дотримання етичних принципів роботи з учасниками. Це дозволило отримати достовірні результати щодо ефективності програми соціальної адаптації «Мій шлях до себе» та забезпечити коректність інтерпретації отриманих даних.

3.2. Реалізація експериментальної програми «Мій шлях до себе»

Реалізація експериментальної програми соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді «Мій шлях до себе» передбачала послідовну організацію декількох етапів, що забезпечували ефективність соціально-психологічної роботи з учасниками експериментальної групи. Важливим елементом цього процесу став підготовчий етап, який був спрямований на створення необхідних організаційних, психологічних та методичних умов для проведення подальших групових занять. Саме на цьому етапі формувалася основа для ефективної реалізації програми, зокрема здійснювалася підготовка середовища, підбір матеріалів для терапевтичної роботи та ознайомлення учасників із принципами функціонування групи.

Одним із ключових завдань підготовчого етапу стало створення безпечного простору для взаємодії учасників програми. Оскільки тематика занять пов'язана з обговоренням особистих переживань та життєвого досвіду, пов'язаного з ВІЛ-статусом, надзвичайно важливою була організація середовища, що гарантує конфіденційність і психологічний комфорт. Заняття проводилися у спеціально підготовленому приміщенні, яке забезпечувало приватність спілкування та відсутність сторонніх осіб. Простір був організований у форматі кола, що сприяє формуванню рівноправної комунікації між учасниками та підсилює відчуття групової підтримки.

Наступним важливим завданням підготовчого етапу стала розробка методичних матеріалів для проведення занять. Зокрема, були підготовлені роздаткові матеріали для тренінгів, картки для групових вправ, бланки для психологічної рефлексії та матеріали для арт-терапевтичних практик. Особливу увагу приділено підготовці матеріалів для творчих завдань, які використовувалися у процесі арт-терапії. До них належали журнали для створення колажів, кольоровий папір, фломастери, фарби та інші матеріали, що дозволяли учасникам виражати

власні переживання через творчість. Використання арт-терапевтичних технік сприяло більш м'якому опрацюванню складних емоційних переживань і допомагало учасникам відкритіше говорити про власний досвід.

На підготовчому етапі також було проведено ознайомчу зустріч із учасниками експериментальної групи, під час якої вони отримали інформацію про мету програми, її структуру та правила роботи. Учасникам пояснювалися основні принципи функціонування групи, зокрема принципи добровільності, конфіденційності, взаємної поваги та підтримки. Крім того, кожен учасник мав можливість висловити власні очікування від участі у програмі, що дозволило сформувати більш довірливу атмосферу у групі та підвищити мотивацію до участі у заняттях.

Оскільки програма передбачала проведення серії групових занять протягом восьми тижнів, важливим елементом підготовчого етапу стала розробка календарного плану реалізації програми. Такий план дозволив систематизувати зміст занять та забезпечити логічну послідовність роботи з учасниками. Основні теми занять були спрямовані на формування позитивної ідентичності, розвиток комунікативних навичок, подолання внутрішньої стигми та розширення соціальної мережі підтримки.

Для узагальнення структури програми її основні тематичні блоки представлено у таблиці 3.4.

Основний етап реалізації програми соціальної адаптації «Мій шлях до себе» тривав вісім тижнів і передбачав систематичне проведення групових занять із учасниками експериментальної групи. Метою цього етапу було формування психологічних, соціальних та комунікативних ресурсів молоді, яка живе з ВІЛ, що сприяють підвищенню рівня соціальної адаптації. У межах реалізації програми використовувався комплекс інтерактивних методів, серед яких психологічні тренінги, арт-терапія, драматерапія, групові дискусії та вправи з розвитку

соціальних навичок. Такий підхід дозволив поєднати емоційну підтримку учасників із формуванням практичних навичок взаємодії із соціальним середовищем.

Таблиця 3.4

Тематичний план реалізації програми «Мій шлях до себе»

Тиждень	Тема заняття	Основний зміст роботи	Основні методи
1	Хто я крім діагнозу?	Самопрезентація учасників, визначення особистих ресурсів	Психологічний тренінг, арт-терапія
2	Міфи та реальність про ВІЛ	Обговорення стереотипів та соціальних упереджень	Інтерактивна лекція, групова дискусія
3	Мій внутрішній світ	Усвідомлення власних переживань	Арт-терапевтичні вправи
4	Як говорити про свій статус?	Навчання комунікативним стратегіям	Драматерапія, рольові ігри
5	Соціальні ресурси підтримки	Аналіз соціальних контактів	Соціальна карта ресурсів
6	Планування майбутнього	Визначення життєвих цілей	Коучингові вправи
7	Моя соціальна мережа	Розширення системи підтримки	Групові вправи
8	Підсумок програми	Рефлексія та оцінка результатів	Групове обговорення

Джерело: розроблено автором.

Перші заняття програми були спрямовані на формування довірливої атмосфери та створення відчуття групової підтримки. Під час першої зустрічі на тему «Хто я крім діагнозу?» учасникам було запропоновано виконати творче завдання – створити колаж «Мої інтереси та ресурси». Учасники використовували журнальні вирізки, кольоровий папір та малюнки для відображення власних інтересів, життєвих цінностей і особистих якостей. Така вправа сприяла усвідомленню того, що ВІЛ-статус не визначає повністю особистість людини, а є лише одним із аспектів її життєвого досвіду. Обговорення результатів роботи в

групі дозволило учасникам краще пізнати один одного та сформувати атмосферу взаємної підтримки.

Наступні заняття були спрямовані на подолання внутрішньої стигми та формування позитивного ставлення до власного статусу. Одним із ключових занять стала сесія «Мій внутрішній світ», під час якої використовувалися елементи арт-терапії. Учасникам пропонувалося створити малюнок, що символізує їхні емоційні переживання після встановлення діагнозу. Після виконання завдання кожен учасник мав можливість поділитися власними відчуттями та розповісти про зміст створеного зображення. Така практика сприяла усвідомленню власних емоцій і допомагала зменшити рівень внутрішньої напруги.

Особливу роль у програмі відігравали заняття, спрямовані на розвиток комунікативних навичок. Зокрема, на четвертому тижні проводилося заняття «Як говорити про свій статус?», під час якого використовувалися методи драматерапії та рольових ігор. Учасникам пропонувалося відтворити ситуації, пов'язані з можливим розголошенням ВІЛ-статусу у спілкуванні з близькими людьми. Наприклад, один із сценаріїв передбачав моделювання розмови з другом або членом родини. У процесі обговорення учасники аналізували власні переживання, а також розглядали різні стратегії поведінки у подібних ситуаціях.

Під час реалізації програми спостерігалися конкретні зміни у поведінці та ставленні учасників до власного статусу. Наприклад, учасник В. (22 роки) під час групового обговорення зазначив, що після заняття з драматерапії вперше наважився розповісти про свій статус близькому другу. За словами учасника, підтримка, яку він отримав від друга, допомогла йому зменшити страх соціального відторгнення. Подібні приклади свідчать про позитивний вплив групової роботи на формування впевненості у міжособистісному спілкуванні.

На сьомому тижні програми проводилося заняття «Моя соціальна мережа», під час якого учасники виконували вправу з мапування соціальної підтримки. Кожен учасник створював схему власної соціальної мережі, у якій відображалися

люди або організації, що можуть надати емоційну, інформаційну чи практичну підтримку. Така вправа дозволила учасникам усвідомити наявні ресурси соціальної підтримки та визначити можливості їхнього розширення.

Для систематизації змісту основного етапу програми результати представлено у таблиці.

Таблиця 3.5.

Основні заняття програми соціальної адаптації

Тема заняття	Основні завдання	Використані методи	Результат для учасників
Хто я крім діагнозу?	Формування позитивної самоідентичності	Колаж «Мої ресурси», групове обговорення	Усвідомлення власних сильних сторін
Мій внутрішній світ	Опрацювання емоційних переживань	Арт-терапія	Зниження емоційної напруги
Як говорити про свій статус?	Формування комунікативних стратегій	Драматерапія, рольові ігри	Розвиток навичок відкритого спілкування
Моя соціальна мережа	Усвідомлення соціальних ресурсів	Мапування підтримки	Розширення системи соціальної підтримки

Джерело: розроблено автором.

У процесі реалізації програми виникали й певні організаційні труднощі. Зокрема, один із учасників експериментальної групи припинив участь у програмі через переїзд до іншого міста. Відповідно до протоколу дослідження цей учасник був виключений із подальшого статистичного аналізу результатів. Така процедура дозволила забезпечити коректність порівняння результатів між експериментальною та контрольною групами.

Завершальний етап реалізації програми соціальної адаптації «Мій шлях до себе» був спрямований на узагальнення результатів участі молоді у програмі, рефлексію отриманого досвіду та підготовку учасників до подальшого самостійного використання набутих навичок у повсякденному житті. Цей етап мав

важливе значення для закріплення позитивних змін, що сформувалися у процесі групової роботи, а також для оцінки суб'єктивного сприйняття учасниками ефективності проведених занять.

На заключному занятті програми проводилася групова рефлексійна сесія, під час якої учасники мали можливість обговорити власний досвід участі у програмі, поділитися враженнями та оцінити зміни, що відбулися у їхньому житті. Учасникам пропонувалося відповісти на запитання рефлексійної вправи «Що я забираю з цієї програми?», яка дозволяла усвідомити нові знання, навички та особистісні ресурси, сформовані під час участі у заняттях. Обговорення проводилося у формі відкритого діалогу, що сприяло зміцненню атмосфери підтримки та взаєморозуміння у групі.

Під час рефлексії більшість учасників зазначали, що участь у програмі допомогла їм змінити ставлення до власного ВІЛ-статусу та зменшити страх соціального осуду. Зокрема, учасниця Г. (24 роки) під час обговорення зазначила, що до початку програми уникала нових знайомств через побоювання негативної реакції з боку оточення. Після участі у групових заняттях вона відчула більшу впевненість у спілкуванні та змогла налагодити нові соціальні контакти. За словами учасниці, підтримка групи стала важливим фактором у подоланні почуття ізольованості.

Крім рефлексійної частини, завершальний етап включав узагальнення індивідуальних досягнень учасників. У межах програми кожен учасник мав можливість вести так звану «книгу досягнень», у якій фіксувалися особисті результати участі у програмі, нові навички та позитивні зміни у соціальному житті. Така практика сприяла підвищенню самооцінки учасників та формуванню усвідомлення власного прогресу.

Важливою частиною завершального етапу стало також підбиття підсумків програми та вручення сертифікатів учасникам. Ця символічна процедура мала не лише формальний характер, але й виконувала важливу психологічну функцію, підкреслюючи значущість участі молоді у програмі та визнаючи їхні зусилля у

процесі особистісного розвитку. Отримання сертифіката розглядалося учасниками як підтвердження їхнього успішного проходження програми та стимулювало подальшу активність у соціальному житті.

Для узагальнення результатів завершального етапу програми їх представлено у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Основні результати завершального етапу програми

Напрямок змін	Прояви позитивних змін	Приклади результатів
Психологічний	Зниження внутрішньої стигми	Підвищення впевненості у спілкуванні
Соціальний	Розширення соціальної мережі	Поява нових контактів і підтримки
Комунікативний	Формування навичок відкритого спілкування	Готовність обговорювати власний статус
Особистісний	Підвищення самооцінки	Усвідомлення власних ресурсів

Джерело: розроблено автором.

Таким чином, завершальний етап реалізації програми «Мій шлях до себе» дозволив закріпити результати соціально-психологічної роботи та підготувати учасників до подальшого використання набутих навичок у повсякденному житті. Проведена рефлексія та аналіз особистих досягнень сприяли усвідомленню позитивних змін, що відбулися у процесі участі у програмі, та створили підґрунтя для подальшої соціальної інтеграції ВІЛ-інфікованої молоді.

3.3. Аналіз результатів експерименту

Аналіз результатів емпіричного дослідження ефективності програми соціальної адаптації «Мій шлях до себе» здійснювався на основі порівняння показників соціальної адаптації та рівня внутрішньої стигми у контрольній та експериментальній групах. Для отримання об'єктивних результатів дослідження

було використано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють оцінити різні аспекти соціально-психологічного функціонування особистості.

Одним із основних інструментів дослідження стала шкала соціальної адаптації (САШ), яка дозволяє оцінити рівень включеності особистості у соціальне середовище. Методика спрямована на визначення таких параметрів, як здатність до соціальної взаємодії, рівень соціальної активності, задоволеність міжособистісними відносинами та відчуття соціальної підтримки. Результати тестування інтерпретуються шляхом підрахунку сумарного показника, що характеризує загальний рівень соціальної адаптації респондента.

Другим важливим інструментом дослідження став опитувальник внутрішньої стигми ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness). Методика використовується для визначення рівня внутрішньої стигматизації, тобто негативного ставлення людини до себе через наявність захворювання. Опитувальник містить 29 тверджень, що оцінюються за чотирибальною шкалою відповідей (від 1 – «повністю не згоден» до 4 – «повністю згоден»). Після заповнення анкети обчислюється середній показник, який відображає рівень внутрішньої стигми. Інтерпретація результатів здійснюється за такими критеріями: низький рівень стигми – до 2 балів; середній рівень – 2–2,5 бала; підвищений – 2,5–3 бали; високий – понад 3 бали. Повний текст опитувальника наведено у Додатку Г.

Першим етапом аналізу результатів стало визначення початкового рівня соціальної адаптації та внутрішньої стигми серед учасників контрольної та експериментальної груп. Це дозволило встановити, чи є групи порівнянними за основними показниками до початку реалізації програми.

Результати первинної діагностики соціальної адаптації представлені у таблиці.

Таблиця 3.7

Результати первинної діагностики рівня соціальної адаптації (САШ)

Рівень соціальної адаптації	Експериментальна група (осіб)	Контрольна група (осіб)
Низький	9	8
Середній	8	9
Високий	3	3
Разом	20	20

Джерело: розроблено автором за результатами дослідження.

Отримані результати свідчать про те, що до початку експерименту більшість учасників обох груп мали низький або середній рівень соціальної адаптації, що підтверджує наявність труднощів у соціальній інтеграції молоді, яка живе з ВІЛ. Частка учасників із високим рівнем адаптації була відносно невеликою і становила лише 3 особи у кожній групі.

Аналогічний аналіз було проведено щодо рівня внутрішньої стигми. Результати первинної діагностики представлені у таблиці.

Таблиця 3.8

Результати первинної діагностики внутрішньої стигми (ISMI)

Рівень внутрішньої стигми	Експериментальна група (осіб)	Контрольна група (осіб)
Низький	2	3
Середній	7	6
Підвищений	8	7
Високий	3	4
Разом	20	20

Джерело: розроблено автором за результатами дослідження.

Як видно з таблиці, у більшості учасників обох груп спостерігався підвищений або середній рівень внутрішньої стигматизації, що проявляється у переживанні сорому, страху соціального осуду та прагненні приховувати власний

ВІЛ-статус. Отримані результати підтверджують актуальність розроблення спеціалізованих програм соціальної адаптації, спрямованих на подолання внутрішньої стигми та формування позитивної самоідентичності.

Первинна діагностика показала, що експериментальна та контрольна групи мали подібні показники соціальної адаптації та рівня внутрішньої стигми, що дозволяє використовувати їх для подальшого порівняльного аналізу ефективності програми «Мій шлях до себе».

Після завершення формувального етапу експерименту було проведено повторну психодіагностику учасників дослідження з використанням тих самих методик – шкали соціальної адаптації (САШ) та опитувальника внутрішньої стигми ISMI. Повторне тестування дозволило визначити динаміку змін у рівні соціальної адаптації та внутрішньої стигматизації серед учасників експериментальної групи після участі у програмі «Мій шлях до себе», а також порівняти отримані результати з показниками контрольної групи.

Результати повторної діагностики рівня соціальної адаптації представлені у таблиці.

Таблиця 3.9

Результати рівня соціальної адаптації після реалізації програми (САШ)

Рівень соціальної адаптації	Експериментальна група (осіб)	Контрольна група (осіб)
Низький	2	7
Середній	7	9
Високий	11	4
Разом	20	20

Джерело: розроблено автором за результатами дослідження.

Як видно з таблиці, після завершення програми в експериментальній групі відбулося суттєве зростання кількості учасників із високим рівнем соціальної адаптації. Якщо до початку програми лише 3 учасники демонстрували високий

рівень адаптації, то після її завершення цей показник зріс до 11 осіб. Водночас кількість учасників із низьким рівнем адаптації зменшилася з 9 до 2 осіб. Це свідчить про позитивний вплив програми на соціальну інтеграцію учасників.

Для наочності динаміку змін у експериментальній групі доцільно представити у порівняльному вигляді.

Таблиця 3.10

**Динаміка змін рівня соціальної адаптації експериментальної групи
(до і після програми)**

Рівень соціальної адаптації	До програми	Після програми	Зміна
Низький	9	2	-7
Середній	8	7	-1
Високий	3	11	+8

Джерело: розроблено автором.

Отримані результати демонструють чітку позитивну динаміку соціальної адаптації серед учасників експериментальної групи. Найбільш помітною є зміна частки учасників із високим рівнем адаптації, що зросла майже у чотири рази. Водночас у контрольній групі істотних змін у рівні соціальної адаптації не спостерігалось, що підтверджує вплив саме експериментальної програми на отримані результати.

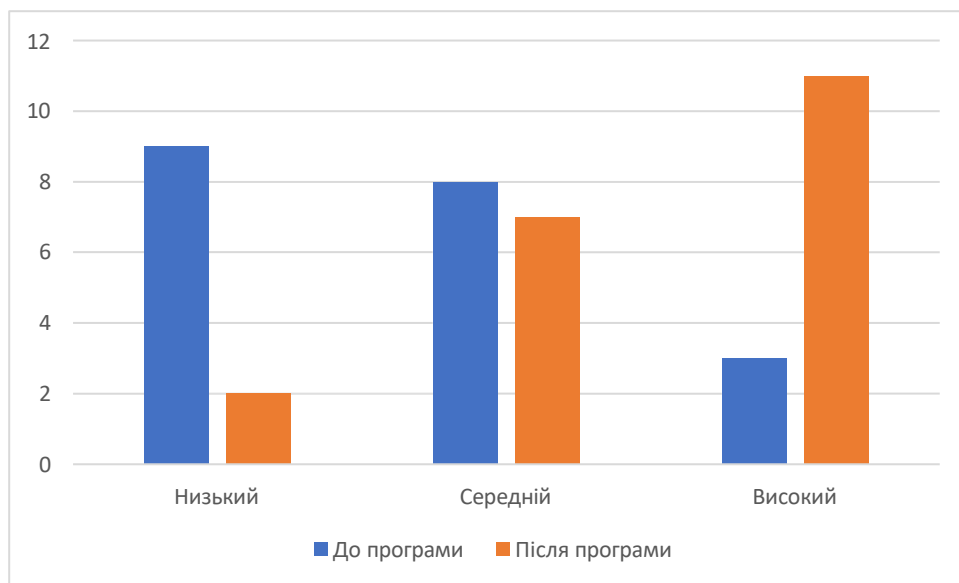


Рис. 3.1. Динаміка змін рівня соціальної адаптації експериментальної групи

Аналогічний аналіз було проведено щодо рівня внутрішньої стигми за методикою ISMI. Результати повторної діагностики представлені у таблиці.

Таблиця 3.11

Результати рівня внутрішньої стигми після реалізації програми (ISMI)

Рівень внутрішньої стигми	Експериментальна група (осіб)	Контрольна група (осіб)
Низький	8	3
Середній	9	7
Підвищений	2	7
Високий	1	3
Разом	20	20

Джерело: розроблено автором.

Отримані результати свідчать про суттєве зниження рівня внутрішньої стигматизації серед учасників експериментальної групи. Зокрема, значно збільшилася кількість учасників із низьким рівнем внутрішньої стигми, тоді як частка осіб із підвищеним та високим рівнем стигматизації значно зменшилася.

Для більш чіткого аналізу змін результати експериментальної групи представлено у вигляді порівняльної таблиці.

Таблиця 3.12

Динаміка змін рівня внутрішньої стигми експериментальної групи

Рівень внутрішньої стигми	До програми	Після програми	Зміна
Низький	2	8	+6
Середній	7	9	+2
Підвищений	8	2	-6
Високий	3	1	-2

Джерело: розроблено автором.

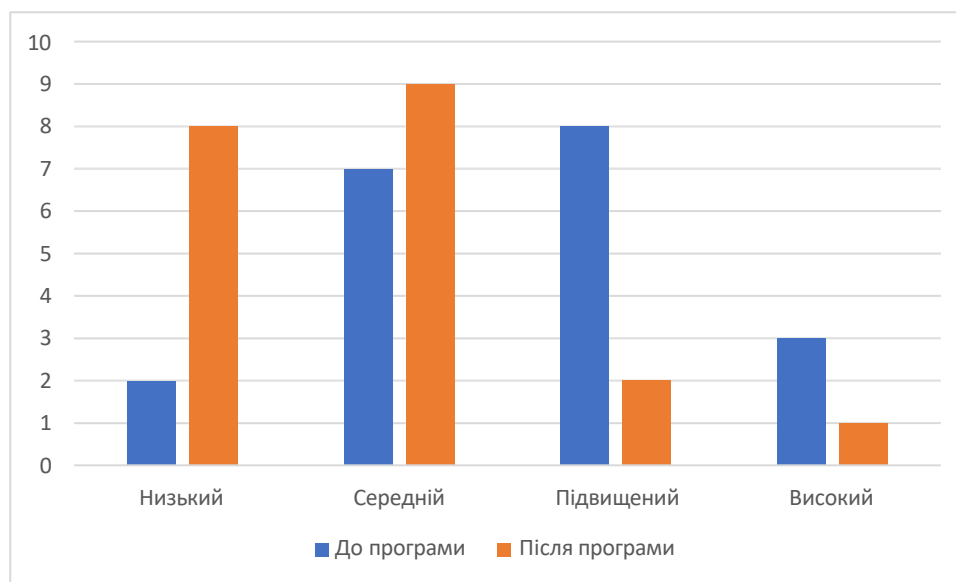


Рис. 3.2. Динаміка змін рівня внутрішньої стигми експериментальної групи

Результати повторної діагностики демонструють чітку позитивну динаміку змін серед учасників експериментальної групи. Після участі у програмі «Мій шлях до себе» спостерігається підвищення рівня соціальної адаптації, зниження внутрішньої стигматизації та покращення показників соціальної взаємодії.

Отримані дані дозволяють зробити попередній висновок про ефективність запропонованої програми соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді.

Після проведення повторної діагностики було здійснено узагальнення результатів експериментального дослідження з метою визначення ефективності програми соціальної адаптації «Мій шлях до себе». Отримані результати показали наявність позитивної динаміки змін у соціальному функціонуванні учасників експериментальної групи. Зокрема, спостерігалось підвищення рівня соціальної адаптації, а також зниження рівня внутрішньої стигматизації серед молоді, яка брала участь у програмі.

Порівняння результатів констатувального та контрольного етапів дослідження показало, що після участі у програмі кількість учасників із високим рівнем соціальної адаптації суттєво збільшилася. Водночас кількість учасників із низьким рівнем соціальної адаптації значно зменшилася. Такі зміни свідчать про позитивний вплив групових занять, спрямованих на розвиток комунікативних навичок, формування позитивної самооцінки та розширення соціальної мережі підтримки.

Аналогічна тенденція спостерігалася і щодо показників внутрішньої стигми. Після завершення програми значно зменшилася частка учасників із підвищеним та високим рівнем стигматизації. Натомість збільшилася кількість осіб із низьким рівнем внутрішньої стигми, що свідчить про більш позитивне ставлення учасників до власного ВІЛ-статусу. Отримані результати можна пояснити використанням у програмі інтерактивних методів соціально-психологічної роботи, зокрема арт-терапевтичних вправ, групових дискусій та тренінгів комунікативної взаємодії.

На основі проведеного дослідження можна сформулювати практичні рекомендації для соціальних служб, які працюють із молоддю, що живе з ВІЛ.

Практичні рекомендації щодо організації програм соціальної адаптації

Напрямок діяльності	Рекомендації
Організаційний	Регулярне проведення групових програм соціальної адаптації для молоді
Кадровий	Підготовка соціальних педагогів та психологів до роботи з ВІЛ-позитивною молоддю
Психологічний	Використання арт-терапевтичних та тренінгових методів роботи
Соціальний	Розвиток програм підтримки та взаємодопомоги серед молоді

Водночас результати дослідження мають певні обмеження. По-перше, вибірка дослідження була відносно невеликою, що обмежує можливості узагальнення результатів на ширшу популяцію. По-друге, дослідження проводилося протягом обмеженого часу, тому для більш повної оцінки ефективності програми доцільно здійснювати довгострокові дослідження, які дозволять простежити стабільність отриманих результатів.

Таким чином, проведене емпіричне дослідження підтверджує ефективність програми соціальної адаптації «Мій шлях до себе» для молоді, яка живе з ВІЛ. Отримані результати свідчать про доцільність використання подібних програм у практиці соціальної роботи та психологічної підтримки цієї категорії молоді.

Висновки до 3 розділу

У третьому розділі роботи було здійснено емпіричне дослідження ефективності програми соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді «Мій шлях до себе». Основною метою дослідження було перевірити гіпотезу про те, що участь у спеціально розробленій програмі соціально-психологічної підтримки сприяє підвищенню рівня соціальної адаптації та зниженню внутрішньої стигматизації серед молоді, яка живе з ВІЛ.

На першому етапі дослідження було організовано експериментальний дизайн із використанням експериментальної та контрольної груп. До складу кожної групи увійшло по 20 осіб віком від 18 до 29 років із підтвердженим ВІЛ-статусом, які отримують антиретровірусну терапію. Для оцінювання рівня соціальної адаптації та внутрішньої стигми було використано шкалу соціальної адаптації (САШ) та опитувальник внутрішньої стигми ISMI. Первинна діагностика показала, що більшість учасників обох груп мали низький або середній рівень соціальної адаптації, а також підвищений рівень внутрішньої стигматизації, що підтверджує наявність значних труднощів соціальної інтеграції серед молоді, яка живе з ВІЛ.

Другим етапом дослідження стала реалізація експериментальної програми «Мій шлях до себе», яка тривала вісім тижнів. Програма включала комплекс групових занять, спрямованих на формування позитивної самоідентичності, розвиток комунікативних навичок, подолання внутрішньої стигми та розширення соціальної мережі підтримки. У процесі роботи використовувалися інтерактивні методи соціально-психологічної роботи, зокрема елементи арт-терапії, драматерапії, групові дискусії та тренінгові вправи. Такий комплексний підхід дозволив створити безпечне середовище для обговорення особистого досвіду та сприяв формуванню взаємної підтримки між учасниками.

Результати повторної діагностики показали наявність позитивної динаміки змін серед учасників експериментальної групи. Зокрема, спостерігалось значне зростання кількості учасників із високим рівнем соціальної адаптації та відповідне зменшення частки осіб із низьким рівнем адаптації. Крім того, після участі у програмі відбулося суттєве зниження рівня внутрішньої стигматизації, що свідчить про формування більш позитивного ставлення учасників до власного ВІЛ-статусу. У контрольній групі подібних змін не спостерігалось, що підтверджує вплив саме експериментальної програми на отримані результати.

Отримані результати дозволяють підтвердити висунуту гіпотезу дослідження про те, що участь у програмі соціальної адаптації «Мій шлях до себе» сприяє

підвищенню рівня соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді. Особливу ефективність продемонстрували методи групової роботи, зокрема використання драматерапії та арт-терапевтичних вправ, які допомагали учасникам опрацьовувати страх розголошення ВІЛ-статусу та формувати більш впевнені моделі соціальної взаємодії.

Водночас проведене дослідження має певні обмеження. Зокрема, вибірка дослідження була відносно невеликою, що обмежує можливість узагальнення результатів на ширшу популяцію молоді, яка живе з ВІЛ. Крім того, період спостереження був відносно коротким, що не дозволяє оцінити довгострокову ефективність програми. У зв'язку з цим перспективним напрямом подальших досліджень може стати вивчення довготривалого впливу програм соціальної адаптації, а також адаптація запропонованої програми для різних категорій молоді, зокрема для осіб із інвалідністю або інших соціально вразливих груп.

ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів бакалаврського дослідження на тему «Соціальна адаптація ВІЛ-інфікованої молоді» дає підстави сформулювати такі висновки відповідно до поставлених завдань.

1. У процесі виконання першого завдання з'ясовано сутність, структуру та бар'єри соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді в умовах війни та постійної стигматизації. Встановлено, що ВІЛ-інфекція в сучасних умовах постає не лише як медичне явище, а як складний соціальний феномен, який впливає на статус особи, її соціальні ролі, можливості взаємодії із суспільством та доступ до ресурсів.

Доведено, що молодь, яка живе з ВІЛ, є особливо вразливою соціальною групою, оскільки перебуває на етапі формування ідентичності, професійного самовизначення, системи міжособистісних зв'язків і життєвих перспектив. Уточнено, що соціальна адаптація ВІЛ-інфікованої молоді має інтегративний характер і охоплює особистісний, соціальний, професійний та медичний компоненти. Особистісний компонент пов'язаний із прийняттям ВІЛ-статусу, формуванням позитивної самооцінки та внутрішньої стійкості; соціальний – із налагодженням взаємодії з оточенням; професійний – із можливістю реалізовувати освітні та трудові плани; медичний – із дотриманням режиму антиретровірусної терапії та відповідальним ставленням до здоров'я.

Виявлено, що ключовими бар'єрами соціальної адаптації виступають зовнішня та внутрішня стигматизація, страх розголошення діагнозу, соціальна ізоляція, труднощі у міжособистісних і партнерських стосунках, приховані форми дискримінації у сферах освіти та працевлаштування, а також наслідки воєнного стану, пов'язані з вимушеним переміщенням, порушенням доступу до медичних і соціальних послуг та нестабільністю соціального оточення. Доведено, що соціальна адаптація ВІЛ-інфікованої молоді є складним багатовимірним процесом, який

потребує системного підходу, що поєднує медичну, психологічну та соціальну складові підтримки.

2. У межах виконання другого завдання охарактеризовано методичні основи організації соціальної адаптації молоді з ВІЛ-інфекцією в системі соціальної роботи. Встановлено, що нормативно-правова база України загалом забезпечує медичний супровід та формальний правовий захист осіб, які живуть з ВІЛ, гарантує конфіденційність ВІЛ-статусу, безоплатність антиретровірусної терапії та заборону дискримінації за станом здоров'я. Водночас з'ясовано, що соціальна адаптація молоді не визначена як самостійний напрям державної політики, а міжвідомча взаємодія між медичними, соціальними, освітніми та правозахисними структурами має фрагментарний характер.

Виявлено, що психосоціальна підтримка, професійна інтеграція та подолання стигматизації не закріплені як обов'язкові складові державної системи допомоги, що знижує результативність адаптаційних заходів. На цій основі обґрунтовано концептуально-методичні засади програми соціальної адаптації «Мій шлях до себе», яка розроблена як комплексний науково-практичний продукт, спрямований на інтеграцію медичного, психологічного, соціального та професійного компонентів підтримки.

Визначено, що програма орієнтована на молодь віком 18–29 років, враховує вікові особливості формування ідентичності, потребу у соціальному схваленні та професійному становленні, а її загальна мета полягає у формуванні стійких навичок соціальної інтеграції та розвитку внутрішніх ресурсів особистості.

Доведено, що методично така програма має поєднувати групові форми роботи, арт-терапію, тренінги розвитку соціальних навичок, психосоціальну підтримку та інструментальний супровід, що дає змогу заповнити виявлені нормативні та практичні прогалини в системі соціальної роботи з ВІЛ-інфікованою молоддю.

3. У результаті виконання третього завдання теоретично обґрунтовано та експериментально перевірено ефективність програми соціальної адаптації «Мій шлях до себе». Емпіричне дослідження було організовано за експериментальним дизайном із використанням експериментальної та контрольної груп, до складу кожної з яких увійшло по 20 осіб віком від 18 до 29 років із підтвердженим ВІЛ-статусом, які отримують антиретровірусну терапію. Для оцінювання результативності програми використано шкалу соціальної адаптації (САШ) та опитувальник внутрішньої стигми ISMI. Первинна діагностика засвідчила, що до початку формувального впливу більшість учасників обох груп мали низький або середній рівень соціальної адаптації: в експериментальній групі – 9 осіб із низьким, 8 – із середнім і лише 3 – із високим рівнем; у контрольній групі відповідно 8, 9 і 3 особи. Аналогічно зафіксовано підвищений і високий рівень внутрішньої стигматизації у значної частини учасників, що підтвердило наявність виражених труднощів соціальної інтеграції серед молоді, яка живе з ВІЛ.

Реалізація програми «Мій шлях до себе» була спрямована на поєднання арт-терапії, групової підтримки, тренінгів розвитку соціальних навичок і психосоціальної роботи, орієнтованої на зниження внутрішньої стигми, підвищення рівня соціальної адаптації та розвиток активної життєвої позиції.

Аналіз результатів експерименту засвідчив позитивну динаміку в експериментальній групі: підвищився рівень соціальної адаптації, посилилася включеність у соціальне середовище, зменшився рівень внутрішньої стигматизації, а учасники продемонстрували більш виражену готовність до соціальної взаємодії та самоприйняття. Це підтвердило ефективність програми як засобу соціально-психологічної підтримки ВІЛ-інфікованої молоді та довело доцільність її впровадження у практику соціальної роботи.

4. У процесі виконання четвертого завдання розроблено практичні рекомендації для соціальних служб щодо реалізації програми соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді. Обґрунтовано, що така робота має бути системною,

комплексною та орієнтованою не лише на підтримку безперервності лікування, а й на розвиток особистісних ресурсів, комунікативних навичок, зниження внутрішньої стигми та розширення соціальної інтеграції молоді. Рекомендовано впроваджувати у діяльність соціальних служб, громадських організацій та освітніх установ програму «Мій шлях до себе», що поєднує елементи арт-терапії, групової підтримки, тренінгів розвитку соціальних навичок та психосоціального консультування. Доцільним є також посилення міжвідомчої взаємодії між медичними, соціальними та освітніми установами, створення безпечного середовища для молоді, яка живе з ВІЛ, удосконалення механізмів захисту від дискримінації та забезпечення доступу до підтримки в умовах воєнного стану.

Отже, мети дослідження досягнуто, поставлені завдання виконано, а програма соціальної адаптації «Мій шлях до себе» довела свою практичну доцільність і може бути використана як ефективний інструмент соціальної роботи з ВІЛ-інфікованою молоддю.

Перспективи подальших досліджень убачаються у розширенні вибірки, подовженні терміну апробації програми та поглибленому вивченні її впливу на професійну інтеграцію, психологічне благополуччя та якість життя молодих людей, які живуть з ВІЛ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Юрко К. В., Лантух І. В., Меркулова Н. Ф., Лєсна А. С. Значення психологічної допомоги для соціальної адаптації ВІЛ-інфікованих хворих. *Інфекційні хвороби*. 2021. № 2 (104). С. 38–43. DOI: 10.11603/1681-2727.2021.2.12162. URL: https://www.researchgate.net/publication/367856848_ZNACENNA_PSIHOLOGICNOI_DOPOMOGI_DLA_SOCIALNOI_ADAPTACII_VIL-INFIKOVANIH_HVORIH (дата звернення: 12.03.2026).
2. Молодь, яка живе з ВІЛ, в Україні: реалії, виклики, шляхи подолання / Г. Кисельова, Х. Бейлі. Київ : ЮНІСЕФ, 2019. 36 с. URL: https://www.unicef.org/ukraine/media/2891/file/HIV_Youth.pdf (дата звернення: 12.03.2026).
3. Проєкт розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження операційного плану з реалізації у 2024–2026 роках Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» // Міністерство охорони здоров'я України : офіц. веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/uk/proekt-rozporjadzhennja-kabinetu-ministriv-ukraini-pro-zatverdzhennja-operacijnogo-planu-z-realizacii-u-2024-%E2%80%93-2026-rokah-derzhavnoi-strategii-u-sferi-protidii-vil-infekciisnidu-tuberkulozu-ta-virusnim-gepatitam-na-period-do-2030-roku> (дата звернення: 12.03.2026).
4. Петрович Ж. В. Соціальна активність особистості у територіальній громаді / Ж. В. Петрович, О. Г. Карпенко, В. П. Лютий // Соціальна педагогіка: теорія та практика. — 2024. — №2. — С. 80-86. URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/49840/1/Petrochko_Karpenko_Liutyi_SAOTG_FP_SRSO.pdf

5. Статистика з ВІЛ // Центр громадського здоров'я МОЗ України : офіц. веб-сайт. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vil/statistika-z-vil> (дата звернення: 12.03.2026).
6. HIV and stigma and discrimination : Human rights fact sheet. Geneva : Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2021. URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_en.pdf (дата звернення: 12.03.2026).
7. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva : World Health Organization, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> (дата звернення: 12.03.2026).
8. Hrenko K. D. Remembering Camp Dreamcatcher: Art therapy with children whose lives have been touched by HIV/AIDS. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*. 2005. Vol. 22, № 1. P. 39–43. URL: https://www.researchgate.net/publication/234729529_Remembering_Camp_Dreamcatcher_Art_Therapy_with_Children_Whose_Lives_Have_Been_Touched_by_HIVAIDS (дата звернення: 12.03.2026).
9. Абрамова К. А. Соціально-психологічні особливості ВІЛ-інфікованих дітей в сучасних українських реаліях. *Вісник Національного технічного університету України «КПІ». Політологія. Соціологія. Право*. 2013. № 4 (20). URL: <https://visnyk-psp.kpi.ua/article/view/32127>. DOI: [https://doi.org/10.20535/2308-5053.2013.4\(20\).32127](https://doi.org/10.20535/2308-5053.2013.4(20).32127) (дата звернення: 12.03.2026).
10. Вовк В. І. Особливості психоемоційного стану у ВІЛ-інфікованих на ранніх і пізніх стадіях захворювання // *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2014. Т. 1, № 2 (2). С. 76–79.
11. Korthuis P. T., McGinnis K. A., Kraemer K. L. et al. Quality of HIV care and mortality rates in HIV-infected patients. *Clinical Infectious Diseases*. 2016. Vol. 62, № 2.

P. 233–239. URL: <https://academic.oup.com/cid/article-abstract/62/2/233/2462620> (дата звернення: 12.03.2026).

12. Rzeszutek M., Oniszczenko W., Firląg-Burkacka E. Social support, stress coping strategies, resilience and posttraumatic growth in a Polish sample of HIV-infected individuals: results of a 1 year longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*. 2017. Vol. 40, № 6. P. 942–954. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28560605/> (дата звернення: 12.03.2026).

13. Buscher L., Kallen M., Suarez-Almazor M. et al. Development of an “Impact of HIV” instrument for HIV survivors. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2015. Vol. 26, № 6. P. 720–731. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4600666/> (дата звернення: 12.03.2026).

14. Niu L., Qiu Y., Luo D. Cross-culture validation of the HIV/AIDS stress scale: the development of a revised Chinese version. *PLoS ONE*. 2016. Vol. 11, № 4. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0152990> (дата звернення: 12.03.2026).

15. Nicastro E., Continisio G. I., Storace C. Family group psychotherapy to support the disclosure of HIV status to children and adolescents. *AIDS Patient Care and STDs*. 2013. Vol. 27, № 6. P. 363–369. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3671625/> (дата звернення: 12.03.2026).

16. Bengtson A. M., Pence B. W., Mimiaga M. J., Gaynes B. N., Moore R., Christopoulos K., O’Cleirigh C., Grelotti D., Napravnik S., Crane H., Mugavero M. Depressive Symptoms and Engagement in Human Immunodeficiency Virus Care Following Antiretroviral Therapy Initiation. *Clinical Infectious Diseases*. 2019. Vol. 68, № 3. P. 475–481. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciy430>. Режим доступу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29901695/>

17. Індекс стигми людей, які живуть з ВІЛ 2.0 : Україна : аналітичний звіт / І. Демченко, Л. Скокова, Н. Булига ; АЦ «Соціоконсалтинг», БО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД». Київ, 2020. 103 с. <https://network.org.ua/wp->

content/uploads/2021/02/INDEKS-STYGMY-LYUDEJ-YAKI-ZHYVUT-Z-VIL-2.0-1-1.pdf (дата звернення: 12.03.2026).

18. Державна стратегія протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року. Центр громадського здоров'я МОЗ України : веб-сайт. URL: <https://phc.org.ua/news/derzhavna-strategiya-protidii-vil-infekciisnidu-tuberkulozu-ta-virusnim-gepatitam-do-2030-roku> (дата звернення: 12.03.2026).

19. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листоп. 2019 р. № 1415-р // База даних «Законодавство України». Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80> (дата звернення: 12.03.2026).

20. Соціальна обумовленість та показники здоров'я підлітків та молоді : за результатами соціологічного дослідження в межах міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» : моногр. / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар та ін. ; наук. ред. О. М. Балакірева ; ЮНІСЕФ, ГО «Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка». – К. : Поліграфічний центр «Фоліант», 2019. 127 с

21. Про затвердження Стратегічного плану діяльності Міністерства соціальної політики України на 2022 бюджетний рік і два бюджетні періоди, що настають за плановим (2023–2024 роки): наказ Міністерства соціальної політики України від 11.02.2022 № 90. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0090739-22#Text>

22. Про затвердження операційного плану заходів з реалізації у 2024–2026 роках Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 черв. 2024 р. № 564-р. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/564-2024-%D1%80#Text>

23. Про затвердження Інструкції про порядок обліку ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 серп. 2005 р. № 415 // База даних «Законодавство України». Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1405-07#Text>

24. Про освіту : Закон України від 05.09.2017 № 2145-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 06.02.2026).

25. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ : Закон України від 12.12.1991 № 1972-XII // База даних «Законодавство України». Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text> (дата звернення: 16.03.2026).

26. В Україні удосконалено стандарт медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини». Центр громадського здоров'я МОЗ України : веб-сайт. 06 трав. 2022. URL: <https://phc.org.ua/news/v-ukraini-udoskonaleno-standart-medichnoi-dopomogi-profilaktika-peredachi-vil-vid-materi-do>

27. Семигіна Т. Сучасна соціальна робота. Київ: Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2020. 275 с

28. Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми: посіб. у 2-х ч.; Ч. 2 (Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми). А. В. Аносова, О. В. Безпалько, Т. П. Цюман та ін. / За заг. ред.: Т. В. Журавель, З. П. Кияниці. . К. : ОБНОВА КОМПАНІ, 2017. – 352 с.

29. Practical guide to ending HIV-related stigma and discrimination: best practices and innovative approaches to reduce stigma and discrimination at the country level. Geneva : Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2020. URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GlobalPartnershipStigmaDiscrimination_PracticalGuide_en.pdf (дата звернення: 12.03.2026).

30. Спіріна І. Д. Оцінка рівня психологічної адаптації у ВІЛ інфікованих з неспсихотичними психічними розладами / І. Д. Спіріна, Є. С. Фаузі, О. М. Гненна,

Т. Ю. Коваленко, О. В. Широков. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 1(1). С. 167-173. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2019_1\(1\)_38](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2019_1(1)_38).

31. Дуля А. В., Лехолетова М. М. Analysis of the activities of state and non-governmental organizations in providing social and medical services to IDPs living with HIV in Ukraine. *Social Work and Education*. 2025. Vol. 12, № 1. P. 19–33. Режим доступу: <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/51703/>

32. Лукашевич М.П., Семигіна Т.В. Л84 Соціальна робота (теорія і практика): Підручник. К.: Каравела, 2009. - 368 с.

33. Соціальна робота з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД : методичні рекомендації до практичних занять та самостійних робіт для студентів факультету психології та соціальної роботи першого (бакалаврського) рівня освіти, спеціальності 231 Соціальна робота / уклад.: У. В. Варнава. Одеса : ФОП Бондаренко М.О., 2023. – 24 с.

34. Баришева О. І. Психологічний супровід ВІЛ-інфікованих: цілі, завдання та зміст діяльності психолога. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки*. 2012. Вип. 38. – С. 162–170.

35. Кисельова Г., Бейлі Х. Молодь, яка живе з ВІЛ, в Україні: реалії, виклики, шляхи подолання. К.: ЮНІСЕФ, 2019. 36 с.
https://www.unicef.org/ukraine/media/2891/file/HIV_Youth.pdf

36. Лютий В., Сапіга С., Петрочко Ж. Залучення до наукових досліджень як форма підтримки соціальної активності молодих людей, які живуть з ВІЛ. *Social Work and Education*. 2024. Т. 11, № 2. С. 213–225. DOI: 10.25128/2520-6230.24.2.4.

37. Лях Т. Л., Виноградова О. А. Соціально-психологічна підтримка сімей, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу. *Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми: посібник у 2 ч. Ч. 2: Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми* / В. В. Аносова, О. В. Безпалько, Т. П. Цюман та ін. Київ: ТОВ «Обнова компанії», 2017. С. 273–310.

38. Демченко І., Булига Н. Індекс стигми ЛЖВ 2.0 в Україні . 2024. URL: <https://sociocon.org/publikatsii/indeks-styhmy-lzhv-2-0-v-ukraini-2/> (дата звернення: 16.03.2026).
39. Статистичні довідки про ВІЛ/СНІД в Україні / ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». Режим доступу: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vil/statistika-z-vil/statistichni-dovidki-pro-vilsnid> (дата звернення: 16.03.2026).
40. Антоненко, Ж., Зубко, М., Ковальчук, А., Марциновська, В., & Погорелова, О. (2023). ВІЛ-інфекція в Україні : інформаційний бюлетень. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_54_2023.pdf
41. Журавель Т. В. Послуги профілактики ВІЛ/СНІДу та ризикованої поведінки серед молоді. Київ: Київський університет імені Бориса Грінченка, 2014. URL: <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/4130/> (дата звернення: 16.03.2026).
42. Лехолетова М. М. Особливості роботи соціального працівника з ВІЛ-інфікованими дітьми та їхніми сім'ями. *Актуальні дослідження в соціальній сфері: матеріали XIX Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Одеса, 17 травня 2022 р.) / гол. ред. В. В. Корнєщук. Одеса: ФОП Бондаренко М. О., 2022. С. 95–97. Режим доступу: <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/41082/>
43. Парфеній А. В. Аспекти психологічної допомоги кризових станів ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Медсестринство. 2013. № 3. С. 12–15. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/viewFile/5369/4933> (дата звернення: 16.03.2026).
44. Порядок організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1256-13#Text> (дата звернення: 16.03.2026).
45. Права людини жінок, які живуть з ВІЛ в Україні. URL: <https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/432/6.pdf> (дата звернення: 16.03.2026).

- 46.Фундитус П. Б., Бучко П. І., Орленко А. Л. Соціально-психологічні проблеми ВІЛ-інфікованих. *Медсестринство*. 2013. № 3. С. 47–49. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/viewFile/5304/4874> (дата звернення: 16.03.2026).
- 47.Права ВІЛ-інфікованих осіб на отримання медичної допомоги. URL: <https://ldn.org.ua/consultations/prava-vil-infikovanyh-osib-na-otrymannyamedychnoji-dopomohy/> (дата звернення: 16.03.2026).
- 48.Балакірева О. М. Соціально-економічні аспекти епідемії ВІЛ/СНІД в Україні. *Український соціум*. 2006. № 2 (13). С. 107–124. URL: https://ukr-socium.org.ua/wp-content/uploads/2006/04/107-124_no-2_vol-13_2006_UKR.pdf
- 49.Бойко А. М., Дудіна О. В., Притиск Г. О. та ін. Посібник для проведення тренінгу «Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти» : для слухачів курсів підвищення кваліфікації, вчителів усіх педагогічних спеціальностей та вихователів дитячих садків. Вид. 2-ге, перероб. і доповн. Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 2013. 120 с. URL: <https://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/a43673f462ad81564f1507fbd63bd7c3.pdf>
- 50.Zhang Y., Wan J., Ji L., Liu G., Shi Y., Zhao J., Li X. Does HIV-Related Stigma Depress Social Well-Being of Youths Affected by Parental HIV/AIDS? // *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 13. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2022.898543/full>
- 51.Kyselyova G., Martsynovska V., Volokha A. та ін. Young people in HIV care in Ukraine: a national survey on characteristics and service provision. *F1000Research*. 2019. Vol. 8. Article 323. Режим доступу: <https://f1000research.com/articles/8-323> (дата звернення: 16.03.2026).
- 52.Harrison S., Li X. Toward an enhanced understanding of resilience for youth HIV populations. *AIDS Care*. 2018. Vol. 30 (Suppl. 4). URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6445664/>

53. Malee K. M., Tassiopoulos K., Huo Y., Siberry G., Williams P. L., Hazra R., Smith R. A., Allison S. M., Garvie P. A., Kammerer B., Kapetanovic S., Nichols S., Van Dyke R., Seage G. R., Mellins C. A. Mental health functioning among children and adolescents with perinatal HIV infection and perinatal HIV exposure. *AIDS Care*. 2011. Vol. 23, № 12. P. 1533–1544. Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21702707/>
54. Harper G. W., Lemos D., Hosek S. G. Stigma reduction in adolescents and young adults newly diagnosed with HIV: findings from the Project ACCEPT intervention. *AIDS Patient Care and STDs*. 2014. Vol. 28, № 10. P. 543–554. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4183905/>
55. Martinez J., Harper G., Carleton R. A., Hosek S., Bojan K., Glum G. та ін. The impact of stigma on medication adherence among HIV-positive adolescent and young adult females and the moderating effects of coping and satisfaction with health care. *AIDS Patient Care and STDs*. 2012. Vol. 26, № 2. P. 108–115. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3266519/>
56. Sattoe J. N. T., Weijnsfeld A., van Balen N., van der Knaap L., van Staa A. L. Transition to Adulthood and Adult Care: Lived Experiences of Young Adults with Perinatal HIV in the Netherlands. *AIDS and Behavior*. 2026. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41627699/>
57. Karugaba G., Thupayagale-Tshweneagae G., Moleki M. M., Matshaba M. Challenges and coping strategies among young adults living with perinatally acquired HIV infection in Botswana: a qualitative study. *PLoS ONE*. 2023. Vol. 18, № 4. Article e0284467. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0284467>
58. Laurenzi C. A., Skeen S., Gordon S., Akin-Olugbade O., Abrahams N., Bradshaw M. та ін. Psychosocial interventions for improving engagement in care and health and behavioural outcomes for adolescents and young people living with HIV: a systematic review and meta-analysis // *Journal of the International AIDS Society*. 2021. Vol. 24, Suppl. 2. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34338417/>

59. Lester P., Chesney M., Cooke M., Weiss R., Whalley P., Perez B., Glidden D., Petru A., Dorenbaum A., Wara D. When the time comes to talk about HIV: factors associated with diagnostic disclosure and emotional distress in HIV-infected children. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2002. Vol. 31, № 3. P. 309–317. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12439206/> (дата звернення: 16.03.2026).
60. Bucek A., Leu C. S., Benson S., Warne P., Chernoff M., Nachman S. та ін. Psychiatric disorders, antiretroviral medication adherence, and viremia in a cohort of perinatally HIV-infected adolescents and young adults. *The Pediatric Infectious Disease Journal*. 2018. Vol. 37, № 7. P. 673–677. Режим доступу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29227462/>

ДОДАТКИ

Додаток А

Структура програми соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді «Мій шлях до себе»

Таблиця А.1

Комплексна схема реалізації програми соціальної адаптації

Етап програми	Основна мета	Завдання етапу	Основні форми роботи	Методи та психотехніки	Інструменти оцінювання
1. Діагностичний етап	Визначення початкового рівня соціальної адаптації учасників	- виявлення рівня внутрішньої стигми; - оцінка рівня соціальної інтеграції; - визначення психологічних потреб учасників	Індивідуальні консультації, анкетування, первинна групова зустріч	Психодіагностика, напівструктуроване інтерв'ю	Шкала внутрішньої стигми ISMI, опитувальник соціальної адаптації САШ
2. Психоосвітній етап	Формування об'єктивного уявлення про ВІЛ та подолання стереотипів	- підвищення рівня поінформованості; - руйнування стигматизуючих уявлень; - формування навичок критичного мислення	Освітні тренінги, лекції, групові дискусії	Кейс-метод, інтерактивні вправи, робота в малих групах	Анкетування рівня обізнаності
3. Емоційно-підтримувальний етап	Стабілізація психоемоційного стану учасників	- формування позитивного самосприйняття; - зниження рівня тривожності; - прийняття власного статусу	Групи взаємодопомоги, терапевтичні кола	Арт-терапія, техніки емоційної регуляції, рефлексивні вправи	Самооцінка емоційного стану
4. Соціально-комунікативний етап	Формування навичок ефективної взаємодії з	- розвиток комунікативних компетенцій; - навчання	Тренінги комунікації, рольові ігри	Драматерапія, соціодрама, моделювання ситуацій	Спостереження та самооцінка комунікативних навичок

	соціальним середовищем	управлінню розголошенням статусу; • подолання соціальної ізоляції			
5. Професійно-орієнтаційний етап	Підготовка до професійної реалізації	• формування кар'єрних цілей; • розвиток навичок пошуку роботи; • підготовка до співбесіди	Кар'єрні консультації, тренінги працевлаштування	SWOT-аналіз особистих ресурсів, планування кар'єри	Індивідуальний план розвитку
6. Соціально-ресурсний етап	Формування системи підтримки	• налагодження контактів із соціальними службами; • формування мережі підтримки	Зустрічі з представниками НУО, соціальних служб	Соціальна карта ресурсів	Аналіз мережі соціальних контактів
7. Моніторинговий етап	Оцінка змін у процесі адаптації	• повторна діагностика; • аналіз досягнутих результатів	Психодіагностика, групова рефлексія	Порівняльний аналіз результатів	ISMI, САШ
8. Підсумковий етап	Закріплення результатів соціальної інтеграції	• підбиття підсумків; • планування майбутніх цілей	Підсумкова зустріч, презентація досягнень	Коучингові техніки, саморефлексія	Підсумкове анкетування

Джерело: розроблено автором.

Додаток Б

Тематичний план проведення групових сесій програми «Мій шлях до себе»

Таблиця Б.1

Графік та зміст групових занять

№ сесії	Тема заняття	Мета заняття	Основний зміст роботи	Використані методики	Очікуваний результат
1	Хто я крім діагнозу?	Формування позитивної ідентичності	Знайомство учасників, вправи на самопізнання	Психологічний тренінг, вправи на самоусвідомлення	Зниження рівня само стигматизації
2	Міфи та реальність про ВІЛ	Підвищення рівня обізнаності	Обговорення поширених стереотипів	Інтерактивна лекція, дискусія	Формування критичного ставлення до стереотипів
3	Мій внутрішній світ	Емоційна стабілізація	Вираження переживань через творчість	Арт-терапія	Підвищення емоційної відкритості
4	Як говорити про свій статус?	Формування навичок комунікації	Моделювання ситуацій розголошення статусу	Рольові ігри, драматерапія	Розвиток навичок самопрезентації
5	Соціальні ресурси підтримки	Розширення соціальної мережі	Аналіз джерел соціальної підтримки	Соціальна карта ресурсів	Усвідомлення доступних ресурсів
6	Планування майбутнього	Формування життєвих цілей	Визначення індивідуальних перспектив	Коучингові техніки	Підвищення мотивації
7	Професійна самореалізація	Підготовка до працевлаштування	Аналіз професійних інтересів	Кар'єрне консультування	Формування професійного плану
8	Мій шлях до себе	Підсумок програми	Підбиття підсумків та рефлексія	Групове обговорення	Усвідомлення особистісного розвитку

Джерело: розроблено автором.

Додаток В

Модель соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді

Таблиця В.1

Структурна модель соціальної адаптації ВІЛ-інфікованої молоді

Компонент соціальної адаптації	Зміст компонента	Основні психологічні та соціальні процеси	Типові труднощі адаптації	Методи підтримки у програмі «Мій шлях до себе»	Очікувані результати
Особистісний компонент	Формування позитивної самооцінки та прийняття власного ВІЛ-статусу	Самоусвідомлення, формування ідентичності, розвиток психологічної стійкості	Внутрішня стигма, почуття провини, страх майбутнього	Арт-терапія, психологічні тренінги, групова рефлексія	Підвищення самооцінки, прийняття власного статусу
Соціальний компонент	Інтеграція у соціальне середовище та підтримка міжособистісних відносин	Соціальна взаємодія, комунікативна активність, формування соціальної мережі	Соціальна ізоляція, стигматизація, страх розголошення статусу	Групи взаємодопомоги, тренінги комунікації, рольові ігри	Розширення соціальних контактів та підтримки
Професійний компонент	Підготовка до професійної самореалізації та економічної незалежності	Кар'єрне планування, розвиток професійних навичок	Дискримінація на ринку праці, невпевненість у власних можливостях	Кар'єрні консультації, тренінги працевлаштування	Підвищення готовності до працевлаштування
Медичний компонент	Формування відповідального ставлення до власного здоров'я	Дотримання режиму лікування, контроль стану здоров'я	Нерегулярний прийом АРВТ, недовіра до медичної системи	Психоосвітні заняття, консультації медичних фахівців	Підвищення прихильності до лікування

Таблиця В.2

Взаємозв'язок компонентів соціальної адаптації

Компонент	Основний вплив	Взаємозв'язок з іншими компонентами	Значення для процесу адаптації
Особистісний	Визначає рівень психологічної стійкості	Впливає на соціальну взаємодію та професійну активність	Формує базу для прийняття ВІЛ-статусу
Соціальний	Визначає рівень інтеграції у суспільство	Підтримує психологічну стабільність	Зменшує ризик соціальної ізоляції
Професійний	Забезпечує економічну незалежність	Підсилює самооцінку та соціальний статус	Сприяє довгостроковій інтеграції
Медичний	Підтримує фізичне здоров'я	Впливає на психологічний стан та соціальну активність	Забезпечує стабільність життєдіяльності

Джерело: розроблено автором.