

МОНІТОРИНГ ВКЛЮЧЕННЯ ІНДИКАТОРІВ ЩОДО НАСИЛЬСТВА НАД ЖІНКАМИ ДО НАЦІОНАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ НА ЕПІДЕМІЮ ВІЛ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПЛАНУ ЮНЕЙДС ЩОДО ЖІНОК І ДІВЧАТ

ВСТУП

Цей посібник є інструментом для моніторингу включення взаємопов'язаних індикаторів стосовно ВІЛ і насильства над жінками до національної відповіді на епідемію та впровадження плану ЮНЕЙДС щодо жінок, дівчат ґендерної рівності та ВІЛ. Мета посібнику – збір та співставлення інформації щодо різних факторів, що відображають та характеризують національну відповідь на епідемію ВІЛ у розрізі включення факторів, що сприяють зв'язку між насильством над жінками а також потреби жінок і дівчат в контексті епідемії.

Посібник розділений на три частини, що вивчають три різні сфери, на які спрямований план ЮНЕЙДС щодо жінок і дівчат:

Частина А: ВІЛ/СНІД та насильство над жінками: краще усвідомлення національної епідемії.

Частина В: ВІЛ/СНІД та насильство над жінками: покращення програм і послуг.

Частина С: Розширення прав жінок та лідерство в контексті епідемії.

А: ВІЛ/СНІД ТА НАСИЛЬСТВО НАД ЖІНКАМИ: КРАЩЕ УСВІДОМЛЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕПІДЕМІЇ

Епідеміологія є важливим інструментом для оцінки та описання процесів здоров'я/хвороб серед певних категорій населення. Частота або кількість випадків пов'язаних із здоров'ям/хворобою і їх розподіл у часі місці та серед груп населення складає важливу інформацію для кращого розуміння проблеми та розробки ефективної відповіді.

У випадках ВІЛ та насильства над жінками епідеміологічні дані та статистика відіграють важливу роль не лише у динаміці обох проблем, а і у нагальній потребі програм, які дають відповідь на взаємозв'язок між епідемією, та на зростаючі потреби найбільш уражених епідемією: жінок і дівчат. Важливо, щоб національні уряди покращували та посилювали власні системи збору, реєстрації та аналізу інформації стосовно ВІЛ, насильства над жінками та їх взаємозв'язок для розуміння та кращої протидії впливу епідемії на жінок і дівчат.

Розробка кількісних досліджень щодо ВІЛ та насильства стосовно жінок є важливим інструментом для розуміння різноманітності факторів, які наражають жінок і дівчат, які зазнали насильства, на інфікування ВІЛ. Юридичні та соціально економічні фактори, включаючи ґендерну нерівність, відіграють визначальну роль у вразливості жінки.

Національні уряди мають просувати, проводити та фінансово підтримувати якісні та кількісні дослідження, що вивчають взаємозв'язок між насильством над жінками та ВІЛ, для розробки ефективних програм та послуг, прив'язаних до потреб жінок та дівчат. Дослідження та збір даних мають охопити різні жіночі групи та організації, включаючи ВІЛ позитивних жінок, РКС, трансгендерів та молоді.

Національне законодавство щодо ВІЛ та насильства над жінками також дозволяє краще зрозуміти обидві проблеми на рівні країни та відображає зобов'язання урядів включити окремі теми до планів дій. Збір такої інформації визначить переваги та прогалини національного законодавства щодо порушення прав людини у контексті ВІЛ та насильства над жінками, такі як стигма і дискримінація, створення перешкод у доступі до відповідних послуг, порушення конфіденційності, порушення сексуальних і репродуктивних прав.

Існування законодавства щодо ВІЛ та насильства над жінками, яке б захищало права жінок та дівчат з позиції ґендеру, сприяє доступу жінок до програм, послуг та матеріалів, які б відповідали їх потребам.

Національні уряди мають реформувати, розробляти та приймати закони для повного вирішення проблеми насильства над жінками і дівчатами та дискримінації ЛЖВ.

A. 1. НАЦІОНАЛЬНА СТАТИСТИКА З ВІЛ/СНІД:

1.1 Дані про епідемію ВІЛ в країні.

Згідно з міжнародною класифікацією за оцінкою рівня поширеності ВІЛ виділяють концентровану та генералізовану епідемії.

1.1.1. Кількість випадків ВІЛ, зареєстрованих з початку епідемії (або з початку реєстрації випадків ВІЛ)

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні продовжує інтенсивно поширюватися. За оціночними даними, на кінець 2010 року в країні живе 360 000 людей з ВІЛ-позитивним статусом. Показник поширеності ВІЛ у віковій групі 15-49 років становить 1,29%, що є найвищим серед країн Західної та Східної Європи, країн СНД.

З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 році і до 2010 року включно в Україні офіційно зареєстровано 182 028 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 37 167 захворювань на СНІД та 20 924 випадків смерті від СНІДу. Тільки за останні п'ять років кількість нових випадків інфікування ВІЛ складала 50% від загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції, що були зареєстровані за весь епідеміологічний період спостереження 1987-2010 рр.

(Див. Додаток № 1, Рис.1).

Джерело: Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні» №35 і №36, МОЗ України

1.1.2 П'ятирічний розподіл за віком та статтю випадків інфікування ВІЛ на рік.

Серед ВІЛ-інфікованих 88% складають особи молодого, репродуктивного та працездатного віку. Спостерігається тенденція до збільшення питомої ваги ВІЛ-інфікованих осіб 30-39 років як серед жінок, так і серед чоловіків. У 2010 році у віковій структурі осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції переважають особи у віці 25-49 років (64,8%).

Розподіл ВІЛ-інфікованих громадян України за статтю та віковими групами (нові випадки ВІЛ-інфекції)

Вікові групи	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.
< 15	1 294	1 222	1 458	1 376	1 738	1 711	1 872	1 777	1 842	1 924	2 042	2 019
15 – 19	108	304	125	311	64	337	59	326	51	285	57	233
20 – 24	890	1 259	837	1 353	775	1 467	657	1 427	618	1 383	683	1 132
25 – 29	1 822	1 190	2 031	1 396	1 983	1 558	1 922	1 736	1 877	1 723	1 795	1 702
30 – 39	2 698	1 272	3 342	1 612	3 563	1 886	3 970	2 200	4 323	2 355	4 459	2 409
40 – 49	1 045	403	1 292	568	1 501	620	1 647	759	1 753	947	1 978	1 029
50 +	187	76	255	122	308	158	381	230	463	296	551	400
Всього	8 044	5 726	9 340	6 738	9 932	7 737	10 508	8 455	10 927	8 913	11 565	8 924

У 2005 – 2010 роках можливість інфікування молодих жінок віком 15 – 24 років в Україні була в 1,7 – 2,4 рази вище, ніж молодих чоловіків того ж віку. Важливим фактором ґендерної та вікової нерівності, з точки зору поширення ВІЛ серед молоді, є розповсюдженість статевих контактів між молодими жінками та дорослими чоловіками.

Джерело: Оперативна інформація про офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб в Україні (щомісячна)

1.1.3. Кількість хворих на СНІД, зареєстрованих з початку епідемії у країні

Число випадків захворювань на СНІД за період 1987 – 2010 рр. – 37 167 осіб.

Кількість хворих на СНІД в країні збільшувалася до 2006 року, включно. Вперше у 2007 році зареєстровано деяке зниження захворюваності на СНІД (з 10,1 на 100 тис. населення у 2006 році до 9,8 на 100 тис. населення у 2007 році).

У 2008 - 2009 роках вдалося утримати ці показники на рівні 9,5 та 9,7 на 100 тис. населення, проте в 2010 році, в порівнянні з 2009 роком, цей показник зріс до 12,8 на 100 тис. населення. Збільшення зареєстрованих показників захворюваності на СНІД у 2010 році може бути деякою мірою обумовлено впливом наказу МОЗ України від 12.07.2010 року № 551 "Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків", де дефініція "СНІД" визначається відповідно до Клінічної класифікації стадій ВІЛ-інфекції ВООЗ 2006 року та включає діагноз як "туберкульоз легеневий", так й "туберкульоз поза легеневий".

(Див. Додаток № 1, Рис. 2).

Джерело: Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні» №35 і №36, МОЗ України

1.1.4 Розподіл хворих на СНІД за віком і статтю

Співвідношення випадків СНІДу серед чоловіків та жінок протягом останніх шість років практично не змінилось:

у 2005 році - 70,8 % чоловіків, 29,2 % жінок

у 2010 році - 68,0 % чоловіків, 32,0 % жінок

У 2010 році відсоток осіб 25-49 років серед хворих на СНІД чоловіків складав 89,6 %, серед хворих на СНІД жінок – 83,2 %. Найчастіше випадки захворювань на СНІД реєструються у віковій групі 25-49 років.

Офіційні статистичні форми щодо випадків СНІД містять розподіл за іншими віковими групами ніж серед нових випадків ВІЛ-інфекції:

Розподіл хворих на СНІД громадян України за статтю та віковими групами

Вікові групи	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.
0 – 14	80	63	63	60	57	58	33	41	52	41	64	69
15 – 17	2	4	3	3	8	10	0	1	2	4	1	1
18 – 24	158	90	140	116	293	185	81	110	82	76	85	85
25 – 49	2 660	1 046	3 057	1 118	2 748	1 061	2 793	1 124	2 725	1 217	3 573	1 559
50 +	86	28	129	34	102	51	153	47	158	80	265	159

Всього	2 986	1 231	3 392	1 331	3 208	1 365	3 060	1 323	3 019	1 418	3 988	1 873
--------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Джерело: Форма звітності № 2 - ВІЛ/СНІД „Звіт про осіб із станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)” (річна) за 2005 - 2010 роки.

1.1.5 Шляхи передачі ВІЛ із розподілом за статтю та віком.

Аналіз домінуючих шляхів передачі ВІЛ встановив, що з 1995 до 2007 року основним шляхом передачі збудника був парентеральний, переважно при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. В 2008 році відбулася зміна шляхів передачі ВІЛ – частка статевого шляху передачі переважила парентеральний при ін'єкціях наркотиків. У 2010 році продовжувалося зростання (до 45%) частки осіб, які були інфіковані статевим шляхом, та зменшення питомої ваги інфікованих при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом (до 33,8%).

Що стосується шляхів передачі ВІЛ в залежності від статі, то як і раніше серед чоловіків превалює інфікування при вживанні наркотичних речовин (48,7 % у 2010 р.), а серед жінок домінує гетеро сексуальний шлях інфікування (61,5 % у 2010 р).

Слід зазначити, що відсоток жінок, які були інфіковані під час вживання ін'єкційних наркотиків з 2005 по 2010 рік знизився з 23,1 % до 14,6 %.

Розподіл ВІЛ-інфікованих осіб за статтю та шляхами передачі ВІЛ серед громадян України

Шляхи передачі	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.
Гомосексуальний	20	0	35	0	48	0	64	0	94	0	90	0
Гетеро сексуальний	1 566	3 020	1 962	3 684	2 408	4 328	2 813	5 067	3 133	5 408	3 636	5 486
Введення ін'єкційних наркотиків	4 946	1 324	5 631	1 496	5 526	1 561	5 549	1 465	5 670	1 443	5 633	1 305
Переливання крові	0	4	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0
Від матері до дитини	1 288	1 210	1 450	1 372	1 731	1 699	1 864	1 771	1 831	1 910	2 041	2 008
Медичні маніпуляції	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Не встановлений	222	167	260	185	218	149	217	152	199	152	165	125
Всього	8 044	5 726	9 340	6 738	9 932	7 737	10 508	8 455	10 927	8 913	11 565	8 924

Розподіл ВІЛ-інфікованих осіб за віковими групами та шляхами передачі ВІЛ серед громадян України

2005									
Шляхи передачі	< 15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 39	40 - 49	50 +	Не відомо	Всього
Гомосексуальний	0	0	4	6	7	1	2	0	20
Гетеро сексуальний	2	278	1 147	1 237	1 270	510	142	0	4 586
Введення ін'єкційних наркотиків	7	122	909	1 688	2 571	877	96	0	6 270
Переливання крові	3	0	0	0	1	0	0	0	4
Від матері до дитини	2 498	0	0	0	0	0	0	0	2 498
Медичні маніпуляції	0	0	0	0	3	0	0	0	3
Не встановлений	6	12	89	81	118	62	21	0	389
Всього	2 516	412	2 149	3 012	3 970	1 450	261	0	13 770

2006									
Шляхи передачі	< 15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 39	40 - 49	50 +	Не відомо	Всього
Гомосексуальний	0	1	7	9	13	3	2	0	35
Гетеро сексуальний	0	302	1 318	1 420	1 730	669	207	0	5 646
Введення ін'єкційних наркотиків	5	120	805	1 901	3 057	1 109	130	0	7 127
Переливання крові	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Від матері до дитини	2 822	0	0	0	0	0	0	0	2 822
Медичні маніпуляції	0	0	0	0	1	0	0	0	1

Не встановлений	7	13	60	97	153	77	38	0	445
Всього	2 834	436	2 190	3 427	4 954	1 860	377	0	16 078

2007									
Шляхи передачі	< 15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 39	40 - 49	50 +	Не відомо	Всього
Гомосексуальний	0	1	10	9	23	5	0	0	48
Гетеро сексуальний	4	316	1 476	1 683	2 106	848	303	0	6 736
Введення ін'єкційних наркотиків	1	71	699	1 785	3 204	1 207	120	0	7 087
Переливання крові	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Від матері до дитини	3 430	0	0	0	0	0	0	0	3 430
Медичні маніпуляції	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Не встановлений	14	13	57	63	116	61	43	0	367
Всього	3 449	401	2 242	3 541	5 449	2 121	466	0	17 669

2008									
Шляхи передачі	< 15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 39	40 - 49	50 +	Не відомо	Всього
Гомосексуальний	0	2	23	11	23	5	0	0	64
Гетеро сексуальний	3	309	1 498	1 918	2 633	1 110	410	0	7 881
Введення ін'єкційних наркотиків	2	69	513	1 650	3 404	1 226	150	0	7 014
Переливання крові	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Від матері до дитини	3 635	0	0	0	0	0	0	0	3 635
Медичні маніпуляції	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Не встановлений	9	5	50	79	110	65	50	0	368
Всього	3 649	385	2 084	3 658	6 170	2 406	611	0	18 963

2009									
Шляхи передачі	< 15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 39	40 - 49	50 +	Не відомо	Всього
Гомосексуальний	0	3	18	32	32	7	2	0	94
Гетеро сексуальний	0	289	1 436	1 993	3 045	1 270	508	0	8 541
Введення ін'єкційних наркотиків	0	37	515	1 509	3 482	1 359	211	0	7 113
Переливання крові	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Від матері до дитини	3 741	0	0	0	0	0	0	0	3 741
Медичні маніпуляції	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Не встановлений	25	7	32	66	119	64	38	0	351
Всього	3 766	336	2 001	3 600	6 678	2 700	759	0	19 840
2010									
Шляхи передачі	< 15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 39	40 - 49	50 +	Не відомо	Всього
Гомосексуальний	0	2	17	27	28	10	6	0	90
Гетеро сексуальний	3	236	1 363	2 087	3 276	1 497	660	0	9 122
Введення ін'єкційних наркотиків	0	46	415	1 332	3 470	1 445	230	0	6 938 0
Переливання крові	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Від матері до дитини	4 048	1	0	0	0	0	0	0	4 049
Медичні маніпуляції	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Не встановлений	10	5	20	51	95	55	54	0	290
Всього	4 061	290	1 815	3 497	6 869	3 007	950	0	20 489

Джерело:

- Форма звітності № 2 - ВІЛ/СНІД „Звіт про осіб із станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)” (річна) за 2005 - 2010 роки.

Оперативна інформація про офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб в Україні (щомісячна) за 2005-2010 рр.

1.1.6 Поширеність ВІЛ серед загального населення з розподілом за статтю.

Рівень показника поширеності ВІЛ-інфекції серед населення України збільшується щорічно. З 2005 по 2010 роки показник зріс майже вдвічі - з 235,8 до 402,3 на 100 тис. населення.

Питома вага ВІЛ-інфікованих чоловіків, які знаходяться під диспансерним наглядом у лікувально-профілактичних закладах, знизилась з 61,8 % до 55,9 %, а жінок збільшилась – з 38,3% до 44,1%.

Кількість ВІЛ-інфікованих, які знаходяться під диспансерним наглядом

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Всього
Чоловіки (абсолютна кількість)	38 832	43 601	48 420	53 146	57 442	61 759	303 200
Жінки (абсолютна кількість)	24 056	28 357	33 321	38 571	43 740	48 642	216 687
Всього (абсолютна кількість)	62 888	71 958	81 741	91 717	101 182	110 401	519 887
<i>Всього (на 100 тис. населення)</i>	<i>235,8</i>	<i>278,7</i>	<i>309,4</i>	<i>334,8</i>	<i>365,0</i>	<i>402,3</i>	

Поширеність ВІЛ-інфекції серед вагітних достатньо точно відображає рівень зараження ВІЛ і тенденції епідемії серед загального населення. В Україні цей показник поступово збільшується і є одним з найвищих в Європейському регіоні. За результатами первинного обстеження вагітних він становив 0,55% у 2009 р. та 0,48% у 2010 році в порівнянні з 0,002% у 1995 р.

Ці дані вказують на стрімке зближення загальної епідемії із щорічним зростанням кількості нових випадків ВІЛ, та переходу у бік більшої кількості випадків гетеро сексуальної передачі і "фемінізації" епідемії.

Джерело: Форма звітності № 2 - ВІЛ/СНІД „Звіт про осіб із станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)” (річна) за 2005 - 2010 роки.

1.1.7 Поширеність ВІЛ у групах ризику: ЖСЖ, трансґендери, споживачі наркотиків, підлітки та молодь (15-24 років).

Дані щодо зазначеної категорії людей (МСМ, ЖСЖ) на національному та регіональному рівнях не збираються. Необхідно зазначити, що ця група людей є закритою, і досліджень на різних рівнях як громадськими організаціями, так і аналітичними центрами проводиться мало.

Сьогодні Україна залишається в категорії країн, де епідемія ВІЛ-інфекції зосереджена в окремих групах населення високого ризику інфікування ВІЛ, зокрема: споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), жінки комерційного сексу (ЖКС), чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ), засуджені.

Споживачі ін'єкційних наркотиків

Важливо наголосити, що з 1999 до 2006 року відбувалося збільшення абсолютної кількості СІН серед нових випадків ВІЛ-інфекції при щорічному зменшенні частки СІН по структурі шляхів передачі ВІЛ серед загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції. Дані щодо показника поширеності ВІЛ серед СІН розраховувалися, базуючись на результатах тестування крові СІН із застосуванням швидких тестів в 30 територіальних одиницях в 2009 році. Рівень поширеності ВІЛ серед СІН складав 22,9% (ДІ 21,9%–23,9%).

Порівняння даних 2007 та 2009 р. вказує на певні ознаки покращення епідемічної ситуації серед СІН, а саме: спостерігається зменшення рівня поширеності ВІЛ в більшості міст, а також значне зниження рівня поширеності ВІЛ серед молодих СІН та серед тих, хто почав вживати ін'єкційні наркотики нещодавно, майже у всіх містах.

Жінки, ЖКС

Дані щодо показника поширеності ВІЛ серед ЖКС розраховувалися, базуючись на результатах тестування крові ЖКС із застосуванням швидких тестів в 2009 році в 25 територіальних одиницях. Рівень поширеності ВІЛ серед ЖКС становить 13,2% (12,0%–14,4%).

Найбільшу ймовірність інфікування ВІЛ серед ЖКС визначає факт споживання ін'єкційних наркотиків. Так, поширеність ВІЛ серед ЖКС, які за практикою своєї поведінки можуть бути віднесені до СІН (далі – ЖКС-СІН), становить 42,5% (37,9%–47,1%). Для порівняння: поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС, які не є споживачами ін'єкційних наркотиків, становить 8,5% (7,45%–9,55%).

Аналіз динаміки поширеності ВІЛ серед ЖКС за даними досліджень 2007–2009 рр. в трьох містах свідчить про високий рівень інфікованості на ВІЛ та відсутність стабілізації епідемії як серед ЖКС загалом, так і серед молодих ЖКС та ЖКС-СІН.

У 2010 році рівень інфікованості ВІЛ серед ЖКС коливався від 7 до 37%.

Таким чином, висока інфікованість ВІЛ жінок комерційного сексу в Україні пояснюється не стільки активністю статевого шляху передачі, скільки активною участю жінок-СІН у секс-бізнесі.

Чоловіки, які мають секс з чоловіками

В 2009 році інтегроване біо-поведінкове дослідження серед чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ), було проведено в 14 містах України. Частка ВІЛ-позитивних ЧСЧ серед сукупної вибірки склала 8,6 % (ДІ 7,4%–9,8%). Поширеність ВІЛ серед ЧСЧ в 2007 р. становила 10,6 %. Показник інфікованості ВІЛ серед ЧСЧ у віці до 25 років в 2007 р. становив 3,6%. В 2009 р. цей показник склав 7,9%.

Дані щодо поширеності ВІЛ серед ЧСЧ за результатами дослідження 2009 р. свідчать про досить високий рівень інфікування ЧСЧ в містах, які традиційно відносяться до регіонів з низьким рівнем епідемії. Це, очевидно, пов'язано із недостатньою кількістю профілактичних програм для даної цільової групи в зазначених регіонах. З 2005 до 2010 року в країні офіційно, щорічно, реєструється все більша абсолютна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників ЧСЧ (цієї групи): 20, 35, 48, 65, 94, 90 відповідно. З огляду на той факт, що результати дозорного епіднадзора не збігаються з офіційними даними, а результати досліджень демонструють високий рівень інфікування серед ЧСЧ в регіонах з традиційно низьким рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, епідемічна ситуація в групі ЧСЧ потребує більш ретельного та регулярного моніторингу. Можна припустити, що існує суттєве недо врахування випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних з сексуальними стосунками серед чоловіків, у зв'язку з віднесенням їх до інших груп населення.

Засуджені

У 2009 році в Україні вперше в рамках спеціальних епідеміологічних досліджень вивчали поширення ВІЛ серед засуджених. За даними дослідження 2009 р. показник інфікованості ВІЛ становив 15% (13%–17%).

Рівень поширеності ВІЛ серед засуджених, які мали досвід вживання наркотичних речовин, становить 30,9 % (28,4%–33,4%), серед тих, хто ніколи не вживав наркотиків – 5,9% (4,6%–7,2%).

Результати досліджень збігаються з даними офіційної статистики, а саме сероепідеміологічного моніторингу, котрі визначають інфікованість ВІЛ серед осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі, на рівні 12,0 %.

Підлітки груп ризику (ПГР) і молодь груп ризику (МГР).

Ситуація серед ПГР і МГР в Україні викликає особливу стурбованість у зв'язку з високим ступенем ризику та уразливості представників цих груп до ВІЛ-інфекції, а також вкрай обмеженим доступом до профілактики, догляду та підтримки. Дівчата-підлітки у віці 10-19 років, які є робітницями комерційного сексу складають приблизно 20% від усіх ЖКС в Україні. У 2006 році показник поширеності ВІЛ серед ЖКС у віці 15-19 років перевищив 19%, порівняно до 1.4% у загальній чисельності дорослого населення. Особливо уразливою групою молодих людей є ті, які живуть на вулицях. Більше 30 000 дітей, за оцінками, живуть на вулицях в Україні.

Масштаб та якість заходів з профілактики серед груп населення найвищого ризику інфікування ВІЛ та їх статевих партнерів відіграють вирішальну роль у визначенні подальшого розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. Останні дані епіднагляду свідчать про те, що нова хвиля інфікування ВІЛ статевим шляхом тісно пов'язана з небезпечною сексуальною поведінкою осіб з уразливих груп та їх статевих партнерів. Обсяги, масштаби, якість та інтенсивність профілактичних втручань сьогодні залишаються недостатніми для зупинення поширення ВІЛ у цих групах. Якщо за даними програмного моніторингу рівень охоплення профілактичними програмами СІН на кінець 2010 року склав 58,6%, то ЖКС лише 37,8%, ЧСЧ – 18,9%, а засуджених 22,3%.

Джерела:

- Інформаційні бюлетені «ВІЛ-інфекція в Україні» №29 і №35, МОЗ України.
- Результати епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією та ІПСШ. Аналітичний звіт за 2006 рік. // Київ, 2007. – 90 с.
- Моніторинг поширення ВІЛ-інфекції в уразливих групах населення // Охорона здоров'я України. – 2007. - № 1 (25). – С.191-192.
- Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна. Звітний період 2008–2009.
- Оперативні дані дозорних епідеміологічних досліджень 2010 року.

1.1.8 Кількість нових випадків ВІЛ на рік. Розподіл за статтю та віком (після 30 та до 30 років).

Серед нових випадків ВІЛ-інфекції у віковій групі до 30 років у 2005-2006 роки спостерігалось незначне перевищення кількості чоловіків над жінками. Починаючи з 2007 року і дотепер кількість ВІЛ-інфікованих жінок у цій віковій групі почала збільшуватися, у 2010 році їх питома вага складала вже 53%.

ВІЛ інфіковані особи, а саме переважно чоловічої статі, вікової групи після 30 років відображають тенденції залучення в епідемічний процес осіб, які інфікувалися з моменту початку епідемії (на перших етапах розвитку епідемії). Протягом 2005-2010 років доля ВІЛ-інфікованих чоловіків старших 30 років коливалася у межах 65-69%.

Розподіл нових випадків ВІЛ-інфекції за статтю та віковими групами до 30 років та після 30 років

Вікові групи	2005			2006			2007			2008			2009			2010		
	Всього	чол.	жін.	Всього	чол.	жін.	Всього	чол.	жін.	Всього	чол.	жін.	Всього	чол.	жін.	Всього	чол.	жін.
До 30 років	8089	4114	3975	8887	4451	4436	9633	4560	5073	9776	4510	5266	9703	4388	5315	9663	4577	5086
Після 30 років	5681	3930	1751	7191	4889	2302	8036	5372	2664	9187	5998	3189	10137	6539	3598	10826	6988	3838

Джерело: Оперативна інформація про офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб в Україні (щомісячна) за 2005-2010 рр.

1.1.9 Кількість смертей внаслідок ВІЛ/СНІД за останній рік з розподілом за віком та статтю / Рівень смертності від ВІЛ/СНІД під час щонайменше трьох важливих періодів розвитку епідемії.

Смерть безпосередньо від захворювань, зумовлених СНІД, вже стала реальною загрозою для тисяч ВІЛ-інфікованих мешканців України. Кількість випадків смерті ВІЛ-інфікованих осіб від СНІДу зростає щорічно (Див. Додаток № 1, Рис. 3).

За період 2005-2010 рр. показник смертності від СНІДу поступово зростав: 4,6; 5,2; 5,4; 5,8; 5,6, 6,8 на 100 тис. населення, відповідно. Вирішальний вплив на показник смертності від захворювань, зумовлених СНІДом, має рівень охоплення АРТ до 80% хворих, що його потребують. Запровадження АРТ в 2004 році вже в 2006 – 2009 роках призвело до деякої стабілізації рівнів смертності від захворювань, зумовлених СНІДом. Зростання смертності в 2010 році до 6,8 на

100 тис. населення, у порівнянні з попередніми роками, може свідчити, зокрема, й про те, що рівень охоплення АРТ сьогодні є недостатнім для того, щоб реально вплинути на показник смертності. У 2010 році цей показник збільшився в 20 регіонах країни.

Серед померлих від СНІДу – 71% чоловіки та 29% жінки.

Більшість померлих (70%) на момент смерті були у віці 30 років і старше, причому найбільша кількість смертей припадає на вікову групу 30-39 років (47,5% з числа всіх померлих). Встановлено, що до 30 років випадки смерті частіше зустрічалися серед жінок, а після 30 років - серед чоловіків.

Розподіл офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб, які померли від СНІДу, за віком та статтю в Україні за період 2005-2010 рр.

Вікові групи	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.
до 14 років	21	15	17	15	11	12	11	3	6	7	9	10
15-24 років	68	43	72	47	142	92	39	45	31	26	39	27
25-49 років	1 428	544	1 547	618	1 584	583	1 798	665	1 699	647	1 959	780
50 і старші	52	17	75	29	57	26	117	32	119	56	196	76
Всього	1 569	619	1 711	709	1 794	713	1 965	745	1 855	736	2 203	893

Джерела:

- Інформаційні бюлетені «ВІЛ-інфекція в Україні» №35 і №36, МОЗ України.
- Форма звітності № 2 - ВІЛ/СНІД „Звіт про осіб із станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)” (річна) за 2005 - 2010 роки.

1.1.10 Показник вертикальної трансмісії.

В Україні спостерігається постійне збільшення кількості вагітних, у яких діагностовано ВІЛ-інфекцію.

Відповідно до діючої нормативної бази остаточний діагноз "ВІЛ-інфекція" дітям, які були народжені ВІЛ-інфікованими жінками, встановлюють після 18 місяців життя. Тому, на час формування показника частоти передачі ВІЛ від матері до дитини доступні дані тільки за 2008 рік.

За період впровадження в Україні програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, яка була розпочата у 2001 році, вдалося більш ніж у 4 рази знизити показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини - з 27,8% у 2001 р. до

6,3% у 2008 р. При цьому, рівень охоплення АРВ-профілактикою ВІЛ-інфікованих вагітних неухильно збільшувався і у 2008 році досягнув 95,5%.

(Див. Додаток № 1, Рис. 4).

Джерело: Інформаційні бюлетені «ВІЛ-інфекція в Україні» №35 і №36, МОЗ України.

1.2. Співвідношення жінки/чоловіки у ВІЛ/СНІД

1.2.1 Співвідношення жінок/чоловіків з 5-річним розподілом за віковими групами для випадків інфікування ВІЛ та захворювань на СНІД протягом років або з початку епідемії в країні

Протягом 2005-2010 років питома вага чоловіків перевищувала долю жінок, як серед нових випадків ВІЛ-інфекції (55-58%), так і серед нових випадків СНІДу (68-71%). Зростання реєстрації випадків інфікування в основному відбувається за рахунок виявлення осіб, які заразилися 7-10 років тому, а саме чоловіків, які частіше залучались у епідемічний процес на початку поширення епідемії в Україні. Сьогодні такі ВІЛ-інфіковані особи, переважно чоловіки, потрапляють в поле зору системи охорони здоров'я у зв'язку зі зверненням щодо погіршення здоров'я або ж опосередковано через своїх партнерів, що виявляються, наприклад, при постановці на диспансерний облік у лікувально-профілактичні заклади.

Співвідношення чоловіків та жінок серед нових випадків ВІЛ-інфекції

Стать	2005	2006	2007	2008	2009	2010
чоловіки, %	58,4	58,1	56,2	55,4	55,1	56,4
жінки, %	41,6	41,9	43,8	44,6	44,9	43,6

Співвідношення чоловіків та жінок серед нових випадків СНІДу

Стать	2005	2006	2007	2008	2009	2010
чоловіки, %	70,8	71,8	70,2	69,8	68,1	68,0
жінки, %	29,2	28,2	29,8	30,2	31,9	32,0

Аналіз розподілу осіб, яким вперше у житті діагностовано ВІЛ-інфекцію, за віковими групами за останні три роки показав, що питома вага осіб віком 15-24 років серед усіх нових випадків ВІЛ-інфекції поступово знижується та становить щорічно: 13,1% у 2008 р., 11,8% у 2009 р., 10,3% у 2010 р., а серед осіб віком 25-49 років – навпаки

збільшується: 67,7% у 2008 р., 69,2% у 2009 р., 70,0% у 2010 р. У віковій групі 15-24 років перевищує доля ВІЛ-інфікованих жінок (65-71%), а у віковій групі 25-49 років - ВІЛ-інфіковані чоловіки (62-69%).

Розподіл осіб, яким вперше у житті діагностовано ВІЛ-інфекцію, за статтю та віковими групами 15-24 та 25-49 років, %.

Вікові групи	2008			2009			2010		
	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки
15-24 років	13,1	28,8	71,2	11,8	28,6	71,4	10,3	35,2	64,8
25-49 років	67,7	61,6	38,4	69,2	61,3	38,7	70,0	61,6	38,4

Аналіз розподілу хворих на СНІД за віковими групами свідчить, що питома вага осіб віком 15-24 років серед усіх нових випадків СНІДу складає лише 3-4%, а співвідношення чоловіків до жінок дорівнює 1:1. У віковій групі 25-49 років, яка складає майже 70-90%, доля чоловіків майже у двічі вище, ніж аналогічний показник серед жінок.

Розподіл осіб, яким вперше у житті діагностовано СНІД, за статтю та віковими групами 15-24 та 25-49 років, %.

Вікові групи	2008			2009			2010		
	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки
15-24 років	4,4	42,2	57,2	3,7	51,2	48,8	2,9	50,0	50,0
25-49 років	89,4	70,0	30,0	88,8	68,5	31,5	87,0	67,1	32,9

Джерело: Форма звітності № 2 - ВІЛ/СНІД „Звіт про осіб із станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)” (річна) за 2005 - 2010 роки

1.3. Соціо-економічна інформація про ЛЖВ

1.3.1 Рівень доходів ВІЛ інфікованих жінок, чоловіків та трансгендерів.

Ключовим показником соціально-економічного становища домогосподарств, в яких проживають ЛЖВ, був обраний середньомісячний дохід на одну особу із числа тих, хто проживає і веде господарство разом із ЛЖВ-респондентом,

впродовж останніх 12 місяців. Для цього респондентам пропонувалось розрахувати середньомісячний дохід, який припадає на одного члена домогосподарства. До загального доходу включались, за наявності, заробітна плата, підприємницький прибуток, випадкові заробітки, а також можливі соціальні виплати, зокрема пенсії, стипендії, соціальна допомога тощо. При цьому варто враховувати, що в нашій країні будь-які респонденти з високою недовірою ставляться до питань, пов'язаних із їх прибутками, й зазвичай намагаються применшити реальну суму отриманих виплат. Чимало громадян взагалі точно не можуть або не бажають зазначити свої прибутки, особливо, коли йдеться про діяльність у тіншовій економіці. Отже, за соціологічними даними, 5% опитаних зазначили, що вони не мають доходів, 58% - отримують на одного члена домогосподарства за місяць дохід менший розміру мінімальної заробітної плати, яка складала в Україні на період дослідження 907 грн. Лише в 9% домогосподарств на одну особу припадав дохід більший за розміром двох мінімальних заробітних плат, тобто понад 1814 грн. Розмір середнього місячного доходу опитаних учасників становив 943 грн. Найчастіше за інших (11%) респонденти зазначали дохід, що складає 1000 грн. (\$ 100= 800 UGR). Відповідно до методики, запропонованої для аналізу даних дослідження міжнародними експертами, були виділені групи опитаних з низьким, середнім і високим рівнями доходів. При цьому низьким вважався дохід, розмір якого не перевищує 75% від середнього доходу за масивом даних. До групи із середніми доходами віднесені респонденти, чії відповіді потрапили до інтервалу 76–150%, високі доходи – понад 150% від середнього доходу усіх опитаних. Згідно розрахунків, майже половина опитаних (48%) проживає у домогосподарствах з низьким, 34% – середнім, 16% – високим рівнем доходів*.

** Аналітичний звіт за результатами дослідження «Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми», проведеного ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Київ – 2011 (загальна кількість опитаних 1 500 ЛЖВ з 12 регіонів України, м. Києва та АР Крим. Тільки один інтерв'юер ідентифікував себе як трансгендер).*

1.3.2. Якщо дані про дохід відсутні: рівень освіти серед ВІЛ інфікованих жінок, чоловіків та трансгендерів.

За даними на 2010 рік за рівнем освіти половина (49%) респондентів мають повну середню, 48% - середню спеціальну або вищу освіту. Лише кілька опитаних закінчили лише початкову школу (2%) або взагалі ніде не навчались (1%). Жінки мають дещо вищий рівень освіти, ніж чоловіки. За віковими групами значущі розбіжності спостерігаються лише серед наймолодших (до 24 років) опитаних. Серед них переважають респонденти із середньою освітою (53%), на другому місці (43%) – з більш високим освітнім рівнем (коледж, ВНЗ), що цілком відповідає тривалості здобуття вищої або середньо спеціальної освіти в Україні*.

** Аналітичний звіт за результатами дослідження «Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми», проведеного ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Київ – 2011 (загальна кількість опитаних 1 500 ЛЖВ з 12 регіонів України, м. Києва та АР Крим. Тільки один інтерв'юер ідентифікував себе як трансгендер).*

1.4. Діти та підлітки, постраждалі від ВІЛ

1.4.1. Кількість дітей та підлітків, які втратили одного або двох батьків в результаті ВІЛ/СНІД.

Подібна статистика збирається тільки на місцевому рівні. На обласний та національний рівень зазначені цифри приходять без розбивки за статтю. Також, необхідно зазначити, через те, що це є невеличка кількість дітей та батьків, то на подібній інформації увага не зосереджується.

1.5. Поширеність інших ІПСШ

1.5.1. Поширеність сифілісу серед загального населення.

В епідемічній ситуації з ІПСШ в Україні можна відзначити наступні періоди: до 1990 р. - низькі показники захворюваності сифілісом та іншими ІПСШ; з 1991 р. - різке підвищення захворюваності на ІПСШ, у т.ч. сифіліс; з 2000 року і дотепер - зниження числа зареєстрованих випадків сифілісу і гонореї.

За період 2005-2010 рр. показник захворюваності на сифіліс в Україні зменшився у 2,5 рази – з 42,0 до 16,3 на 100 тис. населення.

Динаміка захворюваності на сифіліс в Україні за період 2005-2010 рр.

Роки	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Захворюваність, на 100 тис. населення	42,0	39,9	29,6	24,7	19,9	16,3

Дані офіційної статистики щодо зниження показників захворюваності на сифіліс серед населення України не відображають їх фактичне поширення, а є наслідком далеко не повного обліку випадків захворювань в результаті звернення хворих до приватних клінік, кабінетів анонімного обстеження та самолікування.

Джерело: офіційні статистичні дані ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України»

1.5.2. Поширеність сифілісу у групах ризику: ЖСЖ/МСМ, трансґендери та вагітні жінки.

За даними офіційної статистики в Україні за період 2005 – 2010 рр. спостерігається зниження кількості випадків захворювань на сифіліс у вагітних, що корелює із зниженням загального показника захворюваності на сифіліс на 100 тис населення.

Кількість офіційно зареєстрованих захворювань на сифіліс у вагітних в Україні за період 2005-2010 рр.

Роки	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Вагітні, абс. кількість	1565	1377	1305	1129	924	703

В рамках дозорних епідеміологічних досліджень 2010 року вивчено поширеність сифілісу серед уразливих груп в 9 містах України. Було протестовано на наявність антитіл до збудника сифілісу (Ab Trep. Pal) 2251 зразків сироватки крові СІН та 900 зразків сироватки крові ЖКС. За результатами досліджень встановлено, що поширеність сифілісу серед СІН коливалась у межах 3,6 – 22,0%, причому у 6 містах України рівень даного показника був вище серед жінок ніж серед чоловіків. Частота виявлення Ab Trep. Pal у ЖКС коливалась від 2,1% до 30,0%.

Поширеність сифілісу серед СІН та ЖКС за даними дозорних досліджень 2010 року, %

Міста	СІН			ЖКС
	Всього	чоловіки	жінки	
Луцьк	4,0	4,5	2,1	2,1
Сімферополь	9,2	10,4	7,0	7,0
Донецьк	6,8	6,1	9,3	9,3
Одеса	22,0	21,2	24,6	24,6
Харків	11,2	10,6	13,5	13,5
Полтава	3,6	3,1	5,5	5,5
Суми	7,6	5,3	19,0	19,0
Херсон	8,0	8,9	5,0	5,0
Луганськ	10,4	8,7	30,0	30,0

Дані офіційної статистики щодо зниження показників захворюваності на сифіліс серед населення України не відображають їх фактичне поширення, а є наслідком далеко не повного обліку випадків захворювань в результаті звернення хворих до приватних клінік, кабінетів анонімного обстеження та самолікування.

Джерела:

- Офіційні статистичні дані ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України»
- Оперативні дані дозорних епідеміологічних досліджень 2010 року.

1.6. Доступ до АРТ лікування

1.6.1. Кількість осіб з розподілом за статтю та віком, які отримують АРТ лікування.

У зв'язку з впровадженням в Україні широкомасштабної терапії кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які отримують АРТ щорічно збільшується. Станом на 01.01.2011 р., АРТ отримує 22 016 осіб, з них за кошти державного бюджету - 18 994 осіб (86,3%) та 3 022 (13,7%) - за кошти Глобального Фонд 6-го раунду. Станом на 01.01.2011 р. загальна потреба в АРТ складає 30 437 осіб. Серед тих, хто не отримує, але потребує АРТ - 8 421 осіб, з них 119 дітей.

Незважаючи на те, що рушійною силою епідемії в Україні залишаються споживачі ін'єкційних наркотиків, частка активних СІН серед осіб, які отримують АРТ, становить лише 7,9%. Низька частка активних СІН, серед офіційно зареєстрованих осіб, які потребують АРТ, - 8,4% (2 566 осіб) свідчить, що зазначена категорія пацієнтів має обмежений доступ не тільки до АРТ, але й до медичної допомоги в цілому.

Кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ в Україні за період 2005-2010 рр.

Роки	станом на 1 січня 2011 р.					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ВІЛ-інфіковані особи, абс. кількість	3050	4 777	7 657	10 629	15 871	22 697

Переважає кількість осіб, які отримують АРТ, - дорослі (старші 15 років), які складають 90-93%. Співвідношення кількості чоловіків до кількості жінок склала майже приблизно 1:1 протягом 2005-2010 років.

Розподіл ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ в Україні, за статтю

Роки, станом на	Дорослі			Діти		
	всього	з них		всього	з них	
		чоловіки	жінки		хлопчики	дівчата
01.01.2005	1095	585	510	204	98	106
01.01.2006	2649	1460	1189	407	195	212

01.01.2007	4127	2270	1857	650	316	334
01.01.2008	6746	3670	3076	911	441	470
01.01.2009	9506	5087	4419	1123	538	585
01.01.2010	14154	7535	6619	1717	821	896
01.01.2011	19970	10403	9567	2046	1001	1045

Джерела:

- Звітність № 56 „Звіт про надання антиретровірусної терапії ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД станом на 200_ року” (квартальна) Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні» №35, МОЗ України

1.6.2. Кількість осіб з розподілом за статтю і віком, які мають доступ до тесту на вірусне навантаження та кількість клітин CD4.

Для контролю за якістю лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД відповідно до наказу МОЗ від 25.07.2006 р. № 516 „Про забезпечення лабораторного моніторингу за ВІЛ-інфекцією та антиретровірусною терапією в Україні” забезпечено доступ до лабораторних досліджень (визначення кількості CD4 лімфоцитів, рівня вірусного навантаження ВІЛ-1) пацієнтів з усіх регіонів України.

Обсяг таких лабораторних досліджень зростає щорічно:

Дослідження	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Вірусне навантаження	114	3 648	8 823	17 088	34 255	61 408
CD4 лімфоцити	<i>дані відсутні</i>	<i>дані відсутні</i>	16 016	33 936	84 021	110 194

Розбивка за статтю та віком відсутня на офіційному рівні.

В 2010 році проведено 61 408 досліджень з визначення рівня вірусного навантаження ВІЛ-1, з них вірусологічною лабораторією УкрцентрСНІДу – 7 848 досліджень, лабораторіями регіональних центрів СНІДу – 53 560 досліджень.

Кількість досліджень з визначення CD4 лімфоцитів у 2010 році досягла 110 194 осіб, з них в імунологічній лабораторії УкрцентрСНІДу було обстежено 7 734 осіб, в лабораторіях регіональних центрів СНІДу - 102 460 осіб. Усього обстежено пацієнтів, які отримують АРТ (в тому числі діти, пацієнти ДДУВП) – 48 278 осіб.

Джерела:

- Звіт про стан виконання заходів Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки.
- Звіти про результати виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки за 2009 та 2010 роки.

1.7. Національна система спостереження за ВІЛ/СНІД

1.7.1. Існування офіційної системи реєстрації випадків ВІЛ/СНІД та інших випадків ІПСШ на національному рівні.

Система епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією в Україні почала функціонувати з кінця 80-х років. З самого початку обов'язковій реєстрації підлягали всі випадки ВІЛ-інфекції, захворювання на СНІД та смерті від СНІД. За вказаний період декілька разів відбувались зміни в звітно-обліковій документації з метою удосконалення системи епіднагляду.

Існуюча система "рутинного" епідеміологічного нагляду базується на щомісячній оперативній інформації, звітної квартальної та звітної річної форм, які надходять з регіональних центрів СНІД до Українського центру профілактики та боротьби зі СНІД МОЗ України, який являється відповідальною установою за формування статистичних показників щодо ВІЛ-інфекції/СНІД. Зараз звітно-облікова документація узгоджена з міжнародними стандартами (Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду) та включає офіційні дані щодо ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під диспансерним наглядом у закладах охорони здоров'я незалежно від їх форм власності та підпорядкування, у тому числі в закладах охорони здоров'я Міністерства оборони України та Державного департаменту України з питань виконання покарань. Крім того, нові статистичні форми є інформаційною основою для бази даних Європейського центру епідеміологічного моніторингу за хворими на СНІД та комп'ютерної програми офіційної реєстрації ВІЛ-інфікованих осіб в Україні.

Створення та розвиток системи приватних медичних закладів призвели до того, що випадки захворювань на ІПСШ та кількість зроблених абортів не включаються у офіційну статистику, так як приватні клініки, які проводять лікування або аборт, можуть не надавати статистику щодо кількості жінок, яким було надано ту чи іншу послугу.

Інформація щодо захворюваності на венеричні хвороби реєструється в щомісячних та річних звітах Центральної санітарно-епідеміологічної станції МОЗ України (без врахування даних приватних клінік), яка є установою відповідальною за формування статистичних показників щодо інфекційних хвороб (за виключенням ВІЛ-інфекції/СНІД та туберкульозу).

Джерело: Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: Зведений звіт 2009 року.

1.7.2. Існування епідеміологічних та поведінкових даних і статистики на національному рівні щодо ВІЛ/СНІД з розподілом за статтю, віком і шляхом передачі.

Офіційна система реєстрації формується на підставі офіційних звітів, що надаються Кримським республіканським, обласними, Київським, Севастопольським та іншими міськими центрами профілактики і боротьби зі СНІД, їх відділеннями до Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом відповідно до чинної нормативної бази. З метою підвищення достовірності даних звіт заповнюється на рівні міст та районів.

На національному та регіональних рівнях епідеміологічні дані, що збираються у рамках офіційної статистичної документації, дозволяють розподіляти ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД та померлих від СНІД громадян України за статтю, віковими групами та шляхами ймовірного інфікування ВІЛ.

Інформація надається на всіх ВІЛ-інфікованих осіб незалежно від стадії захворювання, на всіх громадян України, що постійно проживають в Україні, змінили місце проживання в межах України та на осіб, які прибули до України з інших країн з метою проживання.

Для створення уніфікованої системи подачі реєстраційного матеріалу розроблена Національна комп'ютерна програма обліку ВІЛ-інфікованих в Україні, що впроваджена в регіональних центрах профілактики і боротьби зі СНІД МОЗ України, закладах охорони здоров'я Міноборони України та лікувально-профілактичних закладах кримінально-виконавчої системи Державного департаменту України з питань виконання покарань.

Для передачі регіональних баз даних обліку ВІЛ-інфікованих осіб в Українському центрі профілактики і боротьби зі СНІД була створена регіональна комп'ютерна мережа. Дані з регіональних центрів щомісяця зводяться в одну центральну базу даних і аналізуються.

Продовжується робота із удосконалення комп'ютерної програми щодо обліку ВІЛ-інфікованих осіб в Україні (створення нових довідників, впровадження нових сучасних технологій, тощо). На даний час в базі даних знаходиться близько 75 відсотків ВІЛ-інфікованих, що зареєстровані за весь період епідеміологічного спостереження за ВІЛ.

Українським центром СНІД розроблені та затверджені МОЗ України від 03.04.2006 р. методичні рекомендації «Аналіз епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції/СНІД за статистичними показниками», що дозволяють провести комплексну оцінку епідемії ВІЛ-інфекції з використанням кількісних і якісних, розрахункових та оціночних показників за певними ознаками і побудувати оціночний епідеміологічний прогноз.

У 2000 році Всесвітня організація охорони здоров'я та Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД рекомендували країнам з концентрованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції впровадження епідеміологічного нагляду другого покоління. Новий інструмент спостереження за випадками ВІЛ/СНІД включав нагляд за ВІЛ-інфекцією; інфекціями, що передаються статевим шляхом; моніторинг ризикованої поведінки в групах населення, які піддаються найбільшому ризику інфікування ВІЛ - споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники комерційного сексу, чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками.

Концепція епідеміологічного нагляду другої генерації стала актуальною для України в 2002 році. З того часу кількість дозорних територій, спектр дозорних груп і маркерів до різних збудників інфекцій значно розширилися. Результати біоповедінкових досліджень дозволили вивчити рівень знань і стереотипи поведінки, що сприяють інфікуванню ВІЛ в розрізі окремих вікових груп, прогнозувати тенденції розвитку епідемічного процесу, цілеспрямовано розробляти профілактичні програми та оцінювати їх ефективність.

Реєстр поведінкових досліджень ведеться Центром моніторингу та оцінки Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД.

Джерела:

1. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: Зведений звіт 2009 року.
2. Наказ МОЗ України та Держкомстату України за № 640/663 від 24.12.2004 р., зареєстрований Міністерством юстиції України № 62/10342 від 19.01.2005 р.).
3. Аналіз епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції/СНІД за статистичними показниками: Методичні рекомендації для лікарів-епідеміологів центрів з профілактики та боротьби зі СНІД / МОЗ України. — Київ, 2006.

1.7.3. Включення випадків сексу без згоди як одного з можливих шляхів передачі ВІЛ з розподілом за віком та насильником.

Подібна інформація не збирається.

1.7.4 Включення трансгендерів як окремої категорії під час розподілу даних за статтю.

Подібна інформація не збирається.

А. 2. НАЦІОНАЛЬНА СТАТИСТИКА ЩОДО НАСИЛЬСТВА НАД ЖІНКАМИ

Завдяки ухваленню у 2001 році Закону України «Про попередження насильства в сім'ї», був започаткований систематичний збір інформації про факти насильства в сім'ї, тим самим перервавши «змову мовчання» навколо проблеми існування насильства. Незважаючи на те, що випадки насильства в сім'ї реєструються, загалом збір статистики щодо всіх видів насильства має латентний характер та є недосконалим. Деякі показники взагалі відсутні, що свідчить про нерозуміння суті справи, скритість та прихованість фактів насильства. Паралельно з тим, дані щодо ВІЛ/СНІД акумулюються по всім показникам. Таким чином ми бачимо ставлення влади до проблем насильства та

небажання розуміти взаємозв'язок між насильством та наслідками ВІЛ/СНІД, хворобами, що передаються статевим шляхом тощо.

2.1. Інформація про випадки насильства над жінками на національному рівні

Перед тим як наводити статистичні дані за всіма нижченаведеними показниками (2.1.1 – 2.1.6) необхідно зазначити, що дані за віком, статтю, місцем проживання чи за освітою збираються не системно, тільки у випадку проведення досліджень, або якщо є запит від міжнародних організацій.

Кількість жінок і дівчат, постраждалих внаслідок ґендерного насильства з розподілом за:

2.1.1. Віком (5-річні категорії).

На національному рівні державна статистика за віком ведеться тільки щодо дітей до 14 років та від 14 до 18 років. (тільки на місцевому та районному рівнях зазначена статистика розподілена за віком, а саме у справах щодо виду злочину та заяви жертви, її батьків або опікунів).

За 2010 рік, за даними Міністерства внутрішніх справ згідно закону України «Про попередження насильства в сім'ї»:

- із загальної кількості (352 випадки): 209 жінок постраждало від насильства;
- із загальної кількості (84 випадки віком до 14 років): 26 дівчат;
- із загальної кількості (53 випадки віком від 14 до 18 років): 18 дівчат

2.1.2. Місцем проживання: міським або сільським.

На національному рівні дані не збираються.

2.1.3. Рівнем освіти

На національному рівні дані не збираються.

2.1.4. Видами насильства: включаючи фізичне, психологічне, сексуальне та фінансове насильство.

На національному рівні дані не збираються.

2.1.5. Кривдником: сексуальний партнер, колишній сексуальний партнер, родичі, знайомі, незнайомці. Загалом, за подібною розбивкою дані не збираються. Статистика за видами злочину та статтю кривдника ведеться Міністерством внутрішніх справ, де на місцевому рівні є дані щодо відносин кривдника і жертви, але на національному рівні зазначена статистика не акумулюється.

2.1.6. Уроки отримані від насильства.

Статистика збирається за видами злочинів, а не ушкоджень від насильства (якщо є вид злочину згідно визначень Кримінального Кодексу України)

Згідно даних МВС України у звіті з протидії насильства в сім'ї за 2010 рік:

- умисних ушкоджень різного ступеню – 134 осіб жінки (дівчата не відокремлюються)

2.1.7. Кількість вагітних жінок, постраждалих внаслідок ґендерного насильства.

Статистика не збирається

2.1.8. Кількість жінок груп ризику, постраждалих внаслідок ґендерного насильства: РКС, ЖСЖ, споживачі наркотиків, інваліди, тощо.

Державна статистика не ведеться.

Дослідження Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, проведеного у 2010-2011 роках, показало, що 97 % опитаних жінок секс-бізнесу підтвердили факти насильства по відношенню до себе.

В ході дослідження було з'ясовано, що жінки потерпають від насильства від партнерів, членів сім'ї та представників міліції. Майже всі жінки цих груп не вміють визначати насильство по відношенню до себе, так як більшість з них протягом життя жили в насильстві, вважають себе винними та не вміють відрізнити види насильства. Зазначені групи є закритими, так як піддаються великій стигматизації зі сторони суспільства, тому правдивої статистики про їх життя не існує.

2.1.9. Кількість смертей від насильства над жінками (femicide), з розподілом за віком та злочинцем.

- Вбивств жінок за:
2008 рік – 716 жінок
2009 рік – 732 жінки
- (статистика вбивств дітей з розподілом за статтю не ведеться)

2.1.10. Кількість жінок-жертв насильства, які мали доступ до лікування наслідків насильства: включаючи жертв зґвалтування, які отримали пост-контактну профілактику та екстрену контрацепцію для запобігання вагітності.

На національному рівні статистика не збирається.

На місцевому рівні інформація зазначається при зверненні у картках клієток та акумулюється у місцевих відділах охорони здоров'я.

2.1.11. Кількість випадків насильства над жінками, про які було заявлено до правоохоронних органів.

Подібна статистика ведеться МВС України згідно закону України "Про попередження насильства в сім'ї" (від 15.11.2001 № 2789-III, зі змінами) та згідно Кримінального Кодексу України. Повністю дані за 2010 р. відображені у Табл. № 5.

2.1.12. Кількість жінок-жертв насильства, які отримали юридичні консультації у державних або недержавних службах.

Статистика на національному рівні щодо надання жінкам правової допомоги від державних установ та громадських організацій не збирається.

2.1.13. Кількість жінок-жертв насильства, які отримали психологічну підтримку у державних або недержавних службах.

На національному рівні зазначені дані не збираються. Подібну інформацію можна отримати, у разі запиту, на регіональному рівні.

Статистика на національному рівні щодо надання жінкам послуг від громадських організацій не збирається.

Громадські організації не надають звітів до державних організацій, тільки у разі запиту від уряду або у випадку проведення дослідження.

2.2. Національна система нагляду за випадками насильства над жінками

2.2.1. Існування офіційної національної системи для реєстрації та обліку випадків насильства над жінками і дівчатами.

Система має включати звіт заявлених випадків насильства та випадки, що реєструються у закладах охорони здоров'я, державних та недержавних установах, службах з протидії ґендерному насильству, жіночих організаціях тощо.

Якщо вчинено насильство по відношенню до жінок або дівчат, медичні заклади та інші державні установи зобов'язані повідомити міліцію про випадок насильства. Таким чином всі дані акумулюються органами міліції.

На національному рівні випадки насильства фіксуються МВС України по відношенню до жінок та дівчат, якщо:

- насильство вчинено в сім'ї
- подана заява від жертви (жертва кваліфікується як потерпіла особа).

Необхідно зазначити, що реальної статистики щодо насильства по відношенню до жінок та дівчат не існує у зв'язку з прихованістю фактів та складним процесом доведення.

2.2.2. Наявність статистики на національному рівні стосовно насильства над жінками і дівчатами з розподілом за віком, видом насильства, включаючи вбивства жінок, фізичне, психологічне, сексуальне (з розподілом на зґвалтування та домагання) та економічне насильство та даними про злочинців.

На національному рівні статистика збирається постійно з розбивкою:

На жінок:

- 1) Жінки (без розбивки на 5 років).
- 2) Дівчата до 18 років:

Для дівчат до 14 років розбивка за віком ведеться тільки на локальному рівні.

Облік осіб, які вчинили насильство в сім'ї з розбивкою за статтю, за віком (табл. 4)

Статистика щодо кривдників – збирається за статтю та за видами злочину згідно Кримінального кодексу (вказується вид злочину), але не за видами насильства (економічне, фізичне, психологічне)

А.3. НАЦІОНАЛЬНА СТАТИСТИКА ЩО ПОВ'ЯЗУЄ ВІЛ ТА НАСИЛЬСТВО НАД ЖІНКАМИ

Дані щодо ВІЛ та насильства стосовно жінок

Наявність статистики щодо зв'язку між ВІЛ та насильством над жінками з розподілом за віком, яка включає:

3.1.1 Кількість жінок і дівчат, інфікованих ВІЛ в наслідок зґвалтування (із зазначенням ґвалтівника: незнайомиць, знайомий, родич або сексуальний партнер).

На національному рівні статистика, що має зв'язок між ВІЛ та зґвалтуванням не збирається. Розбивки про відношення кривдника до жертви не існує.

3.1.2. Кількість жінок, які не мають доступу до ВІЛ-сервісу через насильство сексуального партнера або іншого виду насильства, що вчиняється родиною або державою.

Подібна статистика на національному рівні не збирається.

3.1.3. Кількість жінок, які були фізично або емоційно травмовані внаслідок їх ВІЛ-позитивного статусу.

На національному рівні статистика не збирається.

3.1.4 Кількість жінок і дівчат, які були інфіковані ВІЛ у критичних ситуаціях: збройні конфлікти, війна, природні катастрофи, тощо..

На національному рівні статистика не збирається.

3.1.5. Кількість жінок і дівчат, які отримують лікування для профілактики вертикальної трансмісії і є жертвами насильства.

На національному рівні статистика не збирається.

3.1.6. Кількість ВІЛ-позитивних жінок, які отримують АРТ і є жертвами насильства.

На національному рівні статистика не збирається.

A. 4. ЯКІСНІ І КІЛЬКІСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІЛ, НАСИЛЬСТВА НАД ЖІНКАМИ ТА ЇХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ

4.1. Якісні і кількісні дослідження насильства над жінками та ВІЛ/СНІД.

Аналізуючи цю інформацію важливо визначити, чи були такі дослідження підтримані, проведені або профінансовані національними або місцевими урядами. Незважаючи на те, що дослідження зв'язку між насильством і ВІЛ були проведені у різних країнах, більшість з них були проведені жіночими організаціями за підтримки міжнародних агенцій і організацій.

4.1.1. Наявність кількісних і якісних досліджень, які:

Надають інформацію щодо причин і наслідків насильства над жінками для кращого розуміння вимірів та складності цієї проблеми.

Протягом останніх 3 років дослідження із зазначеної тематики проводяться різними організаціями та міжнародними агенціями, але результати та рекомендації досліджень у більшості не враховуються при роботі державних структур та не впливають на зміну ситуації щодо покращення послуг для жертв насильства, тощо.

2005 - «Гендерні фактори ризику для СІН, ЖКС» (за результатами дослідження «Введення ґендерного виміру у програми профілактики, догляду та підтримки», МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», проект «Санрайз», за підтримки USAID,

2007 - опитування громадської думки Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка «Ставлення населення до насильства в сім'ї»,

2009 – Методичний аналіз. Механізми моніторингу та протидії ґендерному насильству і дискримінації, за підтримки UNFPA.

2009 - Дослідження „Протидія насильству за ознакою статі” (проект ПРООН та Євросоюзу)

2010 - «Стан системи попередження насильства в сім'ї в Україні: правові,соціальні, психологічні та медичні аспекти» (проект ПРООН та Євросоюзу)

2010 – Проблеми насильства в українських сім'ях. Соціологічне опитування. (проект ПРООН та Євросоюзу)

2010 - в рамках реалізації Проекту зі зміцнення та захисту прав жінок та дітей в Україні (TRES) спільно Мінсім'ямолодьспорту з Радою Європи видано моніторинг судової практики України, у справах пов'язаних з насильством щодо жінок та дітей.

2011 - Вивчення факторів, що впливають на прояви насилля по відношенню до ЖКС, як факторів підвищеного ризику інфікування ВІЛ, Проведено АЦ «Соціоконсалтинг», на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»

4.1.2. Визначають досвід жінок, які живуть з ВІЛ, їх потреби, бар'єри у доступі до репродуктивних послуг, послуг з ВІЛ та насильства, стигма і дискримінація, насильство та його наслідки, тощо.

Нерідко права ВІЛ-позитивних жінок і дівчат-підлітків не визнаються або не є пріоритетними. Ґендерна нерівність та деякі соціальні й культурні практики часто обмежують й іноді впливають на рішення, які жінки можуть ухвалити щодо свого сексуального і репродуктивного вибору. Внаслідок бідності, стигматизації, віддаленості від міст й дискримінації, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією, доступ ВІЛ-позитивних жінок і дівчат-підлітків до надзвичайно важливої інформації та послуг обмежений, що може викликати тяжкі наслідки. Послуги у сфері сексуального і репродуктивного здоров'я для ВІЛ-позитивних жінок обмежені в кількості, доступності та якості. Це певною мірою зумовлено низькою пріоритетністю таких

послуг, що є одним із проявів ґендерної нерівності, стигматизації та дискримінації людей, які живуть з ВІЛ, а також недоліками у сфері надання послуг, що обмежують доступ до послуг з догляду та соціального супроводу. Прояви стигматизації в медичних закладах призводять до відмови від звернення до медичного закладу, в тому числі у разі потреби послуг у сфері репродуктивного здоров'я. В основному до медичних закладів звертаються у разі порушень репродуктивного здоров'я чи за отриманням послуг у сфері репродуктивного здоров'я, чи з питань планування сім'ї. Разом з тим, відповідно до міжнародного правового поля щодо забезпечення реалізації репродуктивних прав, як частини прав людини, для осіб та сімейних пар, уражених ВІЛ-інфекцією, ВІЛ-позитивні особи повинні мати такий же доступ до послуг у сфері репродуктивного здоров'я, включаючи сучасні репродуктивні технології, як і решта людей. Медичним фахівцям необхідні як відповідне навчання, так і підтримка, щоб позбутися стигми і дискримінації в медичних закладах та гарантувати ВІЛ-позитивним жінкам надання якісної безпечної допомоги, заснованої на співчутті. Також спрацьовують формальні стереотипи у наданні послуг. Хоча надання допомоги ВІЛ-позитивним жінкам у запобіганні незапланованій вагітності було визнано однією із ключових стратегій у профілактиці передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, основний акцент все-таки робиться саме на дитині. Як правило, пацієнти звертаються для отримання послуг, пов'язаних із вагітністю або народженням дитини, і медичні працівники, не володіючи знаннями з психології, не надають консультації чи допомогу. Оскільки кожний випадок ВІЛ-інфекції є медичною і соціальною проблемою, медичну допомогу парам з ВІЛ слід будувати на спільній координованій роботі команд, які працюють з цією категорією. Необхідно також організувати спільну роботу фахівців у таких сферах: ВІЛ-інфекція, акушерство і гінекологія, консультування, догляд, юридичний супровід, соціальний супровід (за бажанням пари або одного із членів подружжя). Однак координація спеціалістів різних служб у наданні послуг у сфері репродуктивного здоров'я ще не відпрацьована*.

** Звіт громадянського суспільства. Україна: моніторинг впровадження цілей ССГАООН щодо сексуального та репродуктивного здоров'я (Київ, 2010 р.)*

Права ЛЖВ у сфері охорони здоров'я та соціального захисту також викладені у Законі України про «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 12.12.1991 р. №1972-ХІІ, стаття 18 зазначеного Закону прямо забороняє відмовляти у наданні медичної допомоги пацієнту на підставі ВІЛ-статусу. Водночас поведінка пацієнта у разі звернення до лікувальної установи за наданням медичної допомоги, непов'язаної з ВІЛ/СНІД (наприклад, стоматологічної), не регламентується нормативно-правовими документами. Тобто законодавство України не зобов'язує ВІЛ-позитивних осіб повідомляти медичних працівників про свій ВІЛ-статус. Встановлені також обмеження щодо поширення такої інформації між медичними працівниками: передача інформації від лікаря лікарю можлива лише за письмової згоди ВІЛ-позитивної особи (ч. 4 ст. 13 Закону). У реальному житті додержання зазначених норм є проблематичним. Хоча б раз отримували від медичних працівників пораду відмовитися від народження дітей 18% опитаних (28% жінок і 11% чоловіків). Частіше подібні поради отримували представники молодших вікових груп (17-21% для респондентів віком 20-39 років), ніж 40-49-річні (14%). Зростає цей показник і зі

збільшенням стажу життя з ВІЛ: із 34% для тих, чий діагноз встановлено менше року тому, до 49% для ЛЖВ із 10-14-річним стажем. В цілому вказані відмінності співвідносяться із частотою консультування щодо своїх репродуктивних можливостей. Також 3% респондентів (5% жінок і 2% чоловіків) вказали на те, що їх примушували пройти стерилізацію, а 1% опитаних зазначили, що можливість застосування ними АРТ залежить від використовуваних ними методів контрацепції. Зокрема останнє найбільше хвилює ПКС (6%). Загалом АРВ-препарати під час вагітності приймали 44% опитаних жінок (81% з тих, що були ВІЛ-позитивними під час вагітності). Натомість 42 особи, що становить 8% респондентів (14% з тих, що були ВІЛ-позитивними під час вагітності), не знали про існування таких препаратів, а для 12 осіб (2% від усіх опитаних жінок або 4% від тих, що були ВІЛ-позитивними під час вагітності) вони були недоступними. Також дві респондентки зазначили, що їм було відмовлено в отриманні АРТ. Здебільшого на проблеми із доступом до АРВ-препаратів під час вагітності скаржилися представниці таких уразливих груп як СІН і засуджені. При цьому 91% жінок, які приймали АРВ-препарати під час вагітності, було надано інформацію про здорову вагітність і материнство щодо запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини*.

** * Аналітичний звіт за результатами дослідження «Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми», проведеного ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Київ – 2011 (загальна кількість опитаних 1 500 ЛЖВ з 12 регіонів України, м. Києва та АР Крим).*

4.1.3. вивчають соціальні, економічні та політичні фактори, включаючи ґендерні, які наражають жінок і дівчат на ризик інфікування ВІЛ на різних етапах їх життя.

У книзі, що видана на початку 2011 року в Україні - "ґендерний підхід у наданні послуг ЛЖВ" - Громадською організацією Мережа людей, які живуть з ВІЛ вказано та описано ризики інфікування ВІЛ, які не є однаковими для чоловіків та жінок.

Наразі визнано, що стереотипні ґендерні норми та нерівності впливають на вразливість жінок до ВІЛ-інфікування: принизливе існування стереотипів ґендерної поведінки в українському суспільстві (схвалення наявності кількох партнерок у чоловіків, демонстрація ними досвіду у питаннях сексуальних стосунків; водночас, на противагу цьому, необхідність для жінки підкорятися у статевих стосунках навіть невірному партнеру або такому, який чинить насильство; не демонстрація жінками обізнаності в статевих стосунках.

Необхідно виділити наступні фактори:

Соціальні та економічні фактори - наркотична залежність, подвійне навантаження на жінок як вдома (турбота за дітьми, господарство, догляд хворих та стареньких), так і на роботі, відмова партнера користуватись презервативом;

сексуальна зрада одного з подружжя, секс послуги тощо. Сексизм так глибоко вкорінений у нашій культурі і свідомості, що його ніхто належним чином й не усвідомлює. Телебачення та реклама експлуатує тему відмінностей чоловіків і жінок через демонстрування жіночого тіла і його доступності, діловий вигляд чоловіків та матеріальні статки, що теж сприяє підвищенню ризиків зараження ВІЛ, оскільки вони впливають на формування моделей поведінки чоловіків і жінок. Політичні фактори – жінки не представлені на керівних посадах у парламенті, в уряді, у бізнесі, не мають достатнього представництва на обласному та районному рівнях.

4.1.4 Різні форми насильства над жінками, які є причинами та наслідками інфікування.

Сьогодні все більш актуальним стає інфікування через сексуальне насильство, сексуальні стосунки без презерватива, зараження хворобами, що передаються статевим шляхом, та передачу інфекції від матері до дитини. Зростання гетеро сексуального шляху передачі та кількості ВІЛ-інфікованих жінок дітородного віку спричинило поступове збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

В Україні зростає кількість жінок та дівчат, які надають послуги комерційного сексу, що у свою чергу збільшує імовірність насильства та інфікування ВІЛ. Причини надання послуг комерційного сексу у дівчат, жінок можуть бути різні: труднощі фінансового становища, сексуальне насильство, рабство, насильницькі дії, відсутність можливості знайти оплачувану роботу, покладення суспільством на жінку більшої відповідальності за турботу про родину порівняно з чоловіком, залежність від чоловіка. В умовах, коли дівчинці, жінці немає на кого розраховувати – ні на чоловіка, ні на членів родини – ці проблеми можуть стати вирішальними аргументами на користь того, щоб почати надавати послуги комерційного сексу. При цьому суспільством засуджуються робітниці сексуального бізнесу, але не чоловіки, які користуються їхніми послугами (принцип «подвійного стандарту»).

Наслідки насильницьких дій для жінок внаслідок ВІЛ-позитивного статусу:

З боку спільноти – осуд за легку поведінку або за надання секс-послуг,

З боку власної родини – створення перешкод у зверненні до медичної допомоги, необхідність доглядати за іншими членами родини,

З боку партнера (чоловіка) – відмова у застосуванні засобів контрацепції (презерватива), зневага до того, що вона домогосподарка, насильство (психологічне, сексуальне, фізичне) введення наркотичного препарату після чоловіка

4.1.5 Участь жіночих груп, мереж жінок, які живуть з ВІЛ, РКС, споживачів наркотиків у розробці досліджень ВІЛ та насильство над жінками.

Сьогодні відповідні дослідження, що готуються на національному рівні залучають жінок до роботи, а саме:

- Громадські організації, що працюють в Україні за рахунок міжнародної допомоги, проводять дослідження за участю своїх цільових груп та членів відділень в областях та районах (дивись пункт 4.1.1.)
- Для підготовки проектів та стратегій діяльності так само залучаються жінки, які є цільовими групами, членами організацій та представницями відділень організацій в областях та містах України.

4.1.6. Технічна і фінансова підтримка жіночих груп, мереж жінок, які живуть з ВІЛ, РКС, споживачів наркотиків для збору якісних і кількісних даних.

Подібна допомога є незначною і може надаватися лише міжнародними донорами.

Станом на грудень 2011 в Україні не існувало груп РКС або споживачів наркотиків, відповідно підтримка не надавалась. Інтереси ВІЛ-позитивних жінок представлені Об'єднанням жінок України, яких торкнулась проблема ВІЛ, створеним у травні 2011. З того часу Об'єднання отримало підтримку для проведення оцінки потреб ВІЛ-позитивних жінок у 12 регіонах України.

Необхідно зазначити, що громадська організація ЛегаЛайф, яка працює з жінками секс бізнесу була долучена до вивчення факторів, що впливають на прояви насилля по відношенню до ЖКС, як факторів підвищеного ризику інфікування ВІЛ, проведеного АЦ «Соціоконсалтинг» на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

A.5. НАЦІОНАЛЬНЕ ЗАКОНОДАВСТВО СТОСОВНО ВІЛ ТА НАСИЛЬСТВА НАД ЖІНКАМИ

5.1. Національне законодавство щодо ВІЛ та насильства

5.1.1. Ратифікація країною конвенцій, протоколів, платформ або дій, що стосуються ґендерного насильства, торгівлі людьми, рівних можливостей для чоловіків і жінок, репродуктивних прав, прав людини, дискримінації, ВІЛ/СНІД, жінок, дітей.

Станом на сьогодні Україна ратифікувала міжнародні документи, в яких закріплені норми щодо запобігання ґендерному насильству, протидії торгівлі людьми, захисту прав дитини тощо:

- Декларація про захист жінок та дітей у надзвичайних ситуаціях та в період збройних конфліктів,
- Конвенція Міжнародної організації праці (МОП).

- Декларація про викорінення насильства проти жінок, проголошена резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 20 грудня 1993 р. № 48/104;
- Конвенція ООН про боротьбу з міжнародною організованою злочинністю та протокол до неї про запобігання, припинення і покарання торгівлі людьми, зокрема жінками і дітьми (2000 рік)
- Конвенція ООН про права дитини (1989 р.) та Факультативний протокол до неї щодо торгівлі дітьми, дитячої проституції і порнографії (2000 р.)
- Конвенція N182 Міжнародної організації праці про заборону найгірших форм дитячої праці і про невідкладні заходи з їх викорінення (1999 р.) і Рекомендація (R 190) про найгірші форми дитячої праці (1999 р.)
- Програми дій Міжнародної конференції з питань народонаселення і розвитку (Каїр, 1994)
- Пекінська декларація і Платформа дій, прийнята в ході 4-ї Всесвітньої конференції з питань жінок (1995 рік)
- Резолюція про нові заходи й ініціативи, спрямовані на втілення в життя Декларації і Пекінської платформи дій, прийнятої Генеральною Асамблеєю ООН у рамках 23-го надзвичайного засідання (2000 рік).
- Загальна декларація прав людини, прийнята і проголошена резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 р. № 217 А (III);
- Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, 1979 р., ратифікована Президією Верховної Ради СРСР 19 грудня 1980 р.;
- Конвенція про права дитини 1989 р., ратифікована Постановою Верховної Ради України від 27 лютого 1991 р. № 789-XII;
- Конвенція про боротьбу з торгівлею людьми і з експлуатацією проституції третіми особами 1949 р., приєднання Української РСР із застереженнями до статті 22 – 15 листопада 1954 р.;
- 7 листопада 2011 міністром соціальної політики України підписано, але поки не ратифіковано Конвенцію Ради Європи про попередження та боротьбу із насильством над жінками та домашнім насильством.

Необхідно зазначити, що судові та правоохоронні органи України недостатньо враховують при розгляді справ, пов'язаних з насильством проти жінок і дітей, ратифіковані Україною міжнародно-правові договори Ради Європи та ООН, зокрема Європейську конвенцію та протоколи до неї; Міжнародний пакт ООН про громадянські та політичні права; Конвенцію ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок; Конвенцію ООН проти тортур та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання; Конвенцію ООН про права людини. Громадяни у своїх заявах чи повідомленнях надзвичайно рідко посилаються на вказані міжнародно-правові документи.

5.1.2. Ратифікація факультативних протоколів, що доповнюють ці інструменти.

Всі ключові міжнародні договори у сфері прав людини ратифіковані нашою державою і відповідно до ст.9 Конституції України є частиною національного законодавства.

Також відповідь частково існує у пункті 5.1.

- У 2003 році, враховуючи рекомендацію Комітету ООН щодо ліквідації дискримінації щодо жінок, Україною був ратифікований Факультативний протокол до даної Конвенції від 05.06.2003 №946-IV.
- Факультативний протокол до Конвенції про права дитини щодо торгівлі дітьми, дитячої проституції та дитячої порнографії, ратифікований Законом України від 3 квітня 2003 р. № 716-IV;
- Протокол про попередження і припинення торгівлі людьми, особливо жінками і дітьми, і покарання за неї, що доповнює Конвенцію Організації Об'єднаних Націй проти транснаціональної організованої злочинності, ратифікований Законом України від 4 лютого 2004 р. № 1433-IV;

5.1.3. Прийняття законів, що включають ці інструменти, до національного законодавства.

- Конституція України Ст. 24, визначено: «Не може бути привілеїв чи обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками. Рівність прав жінки і чоловіка забезпечується наданням жінкам рівних з чоловіками можливостей у громадсько-політичній і культурній діяльності, у здобутті освіти і професійній підготовці, у праці та винагороді за неї, спеціальними заходами щодо охорони праці і здоров'я жінок, встановленням пенсійних пільг, створенням умов, які дають жінкам можливість поєднувати працю з материнством, правовим захистом, матеріальною і моральною підтримкою материнства і дитинства, включаючи надання оплачуваних відпусток та інших пільг вагітним жінкам і матерям».
- Законом України "Про попередження насильства в сім'ї" від 15.11.2001 № 2789-III визначено правові і організаційні основи попередження насильства в сім'ї, основні поняття у сфері попередження насильства в сім'ї, форми насильства (фізичне, психологічне, сексуальне та економічне), а також органи і установи, на які покладається здійснення заходів з попередження насильства в сім'ї. Відповідно до Закону здійснення заходів з попередження насильства в сім'ї покладається на спеціально уповноважений орган виконавчої влади з питань попередження насильства в сім'ї; службу дільничних інспекторів міліції та кримінальну міліцію у справах дітей органів внутрішніх справ; органи опіки та піклування; спеціалізовані установи для жертв насильства в сім'ї. Законом також визначено спеціальні заходи, спрямовані на попередження насильства в сім'ї, при цьому до системи таких заходів віднесено заходи спрямовані на: усунення причин і умов, які сприяють вчиненню насильства в сім'ї, припинення насильства в сім'ї, яке готується або вже почалося, притягнення до відповідальності осіб, винних у вчиненні насильства в сім'ї, а також медико-соціальна реабілітація жертв

насильства в сім'ї. Закон України „Про попередження насильства в сім'ї” визначає насильство в сім'ї як „будь-які умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім'ї по відношенню до іншого члена сім'ї, якщо ці дії порушують конституційні права і свободи члена сім'ї як людини та громадянина і наносять йому моральну шкоду, шкоду його фізичному чи психічному здоров'ю”. Він також визначає коло осіб, що визначаються як члени сім'ї, і які, відповідно, підпадають або ні під сферу дії цього Закону. Заходи з попередження насильства в сім'ї вживаються за заявою жертви насильства в сім'ї про допомогу, або за умови висловленого нею бажання. Тобто, втручання держави у сімейне життя відбувається виключно за ініціативою та бажанням особи, яка потребує допомоги та захисту з боку держави. Лише у випадку отримання інформації про насильство в сім'ї стосовно неповнолітнього чи недієздатного члена сім'ї, втручання держави здійснюється без згоди таких осіб. Водночас, як засвідчує практика його реалізації, цей механізм є не досить досконалим і дієвим, Закон містить певні прогалини, неузгодженості з іншими нормативно-правовими актами, що перешкоджають належному та ефективному його застосуванню також закон не охоплює всіх аспектів ґендерного насильства. Якщо акт насильства в сім'ї містить ознаки злочину, відповідальність за нього наступає відповідно до чинного Кримінального кодексу України. Кримінальний кодекс України, на жаль, не містить додаткової кваліфікуючої ознаки щодо вчинення насильства в сім'ї особами, які спільно проживають, таких злочинів, як нанесення тілесних ушкоджень, вбивства, доведення до самогубства, зґвалтування. Очевидно, що хто б не вчинив такі злочини, понесе карну відповідальність. Проте, вчинення таких злочинів щодо членів сім'ї має бути додатковою кваліфікуючою ознакою, що обтяжує відповідальність.

- Кримінальний кодекс України(Ст. 161) визначає порушення рівноправності громадян залежно від різних ознак, що теж може розглядатися як визначення дискримінації: Умисні дії, спрямовані на розпалювання національної, расової й релігійної ворожнечі та ненависті, на приниження національної честі та гідності або образа почуттів громадян у зв'язку з їхніми релігійними переконаннями, а також пряме чи непряме обмеження прав або встановлення прямих чи непрямих привілеїв громадян за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками.
- У Кримінальному кодексі України (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2001, N 25-26, ст.131) із змінами, внесеними згідно із Законами за станом на 19.03.2009 року) існує низка статей, використовуючи які особа може шукати захист від насильства, зокрема:
 - "доведення до самогубства" (стаття 120),
 - "погроза вчинити вбивство" (стаття 129),
 - "умисне тілесне ушкодження" (стаття 121),
 - "умисне легке тілесне ушкодження, що спричинило короточасний розлад здоров'я або короточасну втрату працездатності" (стаття 125),

- "побої та мордування" (стаття 126),
 - "примушування жінки до вчинення аборт, якщо внаслідок цього аборт був проведений" (стаття 134), "зґвалтування" (стаття 152),
 - "задоволення статевої пристрасті неприродним способом із застосуванням фізичного насильства, погрози або з використанням безпорадного стану потерпілої" (стаття 153),
 - "примушування жінки до статевого зв'язку з особою, щодо якої жінка є матеріально або по службі залежною" (стаття 154),
 - "незаконне позбавлення волі" (стаття 146). Відповідно до Кримінально-процесуального кодексу України акт насильства, що не спричинив ушкоджень (наприклад, удару, побоїв або вчинення інших насильницьких дій, які завдали фізичного болю) або спричинив легкі тілесні ушкодження, є справою так званого "приватного обвинувачення". Це означає, що така кримінальна справа може бути відкрита виключно за заявою жінки проти кривдника, і що вона самотійно, без допомоги прокурора, повинна організувати обвинувачення і, відповідно, на неї - жертву злочину - падає тягар доказування. Враховуючи ситуацію описану вище, багато жінок у випадках насильства надають перевагу розлученню із кривдником і не обвинувачують його в кримінальному процесі. Більше того, через випадки насильства жертви стають об'єктом осуду з боку суспільства, будучи при цьому скривдженими жінками, які намагаються порушити справу проти кривдника та/або притягти його до суду. Часто скривджені жінки не дістають підтримки з боку сім'ї чи друзів.
- Кримінальний кодекс України містить цілу низку статей, які можуть і повинні використовуватись у випадках насильства, включаючи акти фізичного, сексуального, психологічного та економічного насильства. Так, розділ II Кримінального кодексу «Злочин проти життя та здоров'я особи» включає в себе численні статті, які можуть використовуватись у випадках фізичного насильства, а саме:
 - стаття 115 «Умисне вбивство»;
 - стаття 116 «Умисне вбивство, вчинене в стані сильного душевного хвилювання»;
 - стаття 117 «Умисне вбивство матір'ю своєї новонародженої дитини»;
 - стаття 119 «Вбивство через необережність»;
 - стаття 123 «Умисне тяжке тілесне ушкодження, заподіяне у стані сильного душевного хвилювання»;
 - стаття 127 «Катування»;
 - стаття 128 «Необережне тяжке або середньої тяжкості тілесне ушкодження»;
 - стаття 129 «Погроза вбивством»;
 - стаття 135 «Залишення в небезпеці»;
 - стаття 136 «Ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані».

- Закон України „Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків” від 08.09.2005 № 2866-IV визначає таку форму ґендерного насильства на робочому місці, як „сексуальні домагання”. За Законом, „сексуальні домагання – дії сексуального характеру, виражені словесно (погрози, залякування, непристойні зауваження) або фізично (доторкання, поплескування), що принижують чи ображають осіб, які перебувають у відносинах трудового, службового, матеріального чи іншого підпорядкування”.
- в Кодексі України про адміністративні правопорушення існує Стаття 173 «Дрібне хуліганство». Дрібне хуліганство, тобто нецензурна лайка в громадських місцях, образливе чіпляння до громадян та інші подібні дії, що порушують громадський порядок і спокій громадян, – тягне за собою накладення штрафу від трьох до семи неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправні роботи на строк від одного до двох місяців з відрахуванням двадцяти процентів заробітку, а в разі, якщо за обставинами справи, з урахуванням особи порушника, застосування цих заходів буде визнано недостатнім, – адміністративний арешт на строк до п’ятнадцяти діб. (Стаття 173 із змінами, внесеними згідно із Законом № 55/97-ВР від 07.02.97 р.) Одна з проблем статті 173-2 полягає в тому, що в ній не враховано поняття фізичного насильства. Через те, що законами України не визначено процедур оскарження сексуальних домагань та дискримінації за ознакою статі в цілому, не встановлена цивільна й адміністративна відповідальність у разі її вчинення, в Україні досі відсутня ефективна система захисту осіб, які зазнали дискримінації за ознакою статі в цілому та сексуальних домагань як різновиду насильства за ознакою статі зокрема. Існуючі механізми захисту не дозволяють потерпілим від цих форм насильства ефективно захищатися і швидко відновлювати свої порушені права. Тому побудова ефективної системи протидії цьому виду ґендерного насильства й досі є актуальною.

5.1.4. Наявність законів або інших нормативних актів для забезпечення **комплексної сексуальної освіти** з фокусом на ґендерних правах і правах людини у громадських та/або приватних освітніх установах.

Згідно Закону України “Про загальну середню освіту” та наказів на виконання Закону, що реалізуються Міністерством освіти, науки, молоді та спорту України та відповідними відділами освіти на місцях, через всю систему освітніх закладів реалізуються програми для обов’язкового вивчення, які направлені на отримання знань про права людини, безпеку життєдіяльності, є предмети, до яких входять теми сексуальної освіти, ґендерної рівності, формування і збереження репродуктивного здоров’я. Не дивлячись на вид закладу (приватний чи публічний), ці предмети є обов’язковими для вивчення.

5.1.5. Наявність законів або інших правових актів, що захищають жінку на робочому місці від сексуальних домагань, насильства та ґендерної дискримінації.

Для захисту жінки, яка працює, діють такі законодавчі норми:

- Європейська соціальна хартія (переглянута), яка ратифікована Україною, і має доволі реальний механізм подання скарг. Стаття 26 Право на гідне ставлення на роботі.
- Закон "Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків" (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2005, N 52, ст.561)
- Закон "Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків" (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2005, N 52, зобов'язує роботодавців вжити заходів щодо унеможливлення випадків сексуальних домагань (стаття 17), передбачає можливість особи, яка вважає, що стосовно неї було застосовано дискримінацію за ознакою статі чи вона стала об'єктом сексуальних домагань, звернутися зі скаргою до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади з питань рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, уповноважених осіб (координаторів) з питань забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків в органах виконавчої влади та органах місцевого самоврядування, правоохоронних органів держави та суду.

Поряд з іншими законодавчими документами, працюючі жінки можуть захистити себе також згідно з Кримінальним кодексом України:

- розділ 4 Кримінального кодексу «Злочин проти статевої свободи та статевої недоторканості особи» містить 5 статей, що можуть використовуватися у випадках насильства в сім'ї, а саме:
- стаття 152 «Зґвалтування»;
- стаття 153 «Насильницьке задоволення статевої пристрасті неприродним способом»;
- стаття 154 «Примушування до вступу в статевий зв'язок»;
- стаття 155 «Статеві зносини з особою, яка не досягла статевої зрілості»;

В Україні захист від сексуальних домагань не має ефективного механізму. Вкрай прихований характер явища, складнощі доведення, упередження та ґендерні стереотипи роблять процес ефективного протистояння складним і не завжди успішним. Однією з проблем малої ефективності законодавства є складності доведення факту сексуального домагання, бо відбувається воно зазвичай за зачиненими дверима, а відсутність свідків зупиняє жінок від подання заяви до суду.

5.1.6. Наявність законодавства, пов'язаного з ВІЛ/СНІД, на робочому місці.

- Частина. 1 ст. 16 Закону України "Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» 23 грудня 2010 року N 2861-VI (далі – Закон про

ВІЛ) вказує, що звільнення з роботи, відмова у прийнятті на роботу на підставі ВІЛ-позитивного статусу, а також обмеження прав їхніх рідних і близьких на цій підставі забороняється.

- Розділ IV цього ж Закону присвячений соціальному захисту медичних та інших працівників, виконання професійних обов'язків яких пов'язане із підвищеним ризиком до інфікування ВІЛ. Цим розділом регулюються питання захисту від інфікування ВІЛ при виконанні професійних обов'язків, особливості оплати праці, надання відпусток та пенсійного забезпечення окремим категоріям працівників, які мають підвищений ризик інфікування ВІЛ та інше.

5.1.7. Наявність законів щодо ВІЛ/СНІД з фокусом на заходи захисту приватності та конфіденційності і не примусовості діагностування ВІЛ-інфекції та безкоштовного надання лікування.

Заходи регулюються Законом України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення».

Відповідно до статті 4. «Державні гарантії у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ» держава гарантує забезпечення:

- доступності та належної якості тестування з метою виявлення ВІЛ-інфекції, у тому числі анонімного, з наданням попередньої та подальшої консультативної допомоги, а також забезпечення безпеки тестування для обстежуваної особи та особи, яка його проводить;
- включення питань щодо профілактики ВІЛ-інфекції, здорового та морального способу, цінностей, відповідальної поведінки у сфері сексуальних стосунків, традиційних сімейних, лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, та їх близьких, а також щодо неприпустимості дискримінації таких людей та необхідності формування толерантного ставлення до них, - до відповідних навчальних програм для середніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладів;

Стаття 7 регламентує, що "особі, в організмі якої за даними тестування виявлено ВІЛ, повідомляється про це працівником, уповноваженим на це закладом, що проводив тестування, з урахуванням вимог цього Закону щодо конфіденційності зазначеної інформації, згідно з порядком, установленим спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я".

Відомості про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність в особи ВІЛ-інфекції є конфіденційними та становлять лікарську таємницю. Медичні працівники зобов'язані вживати необхідних заходів для

забезпечення належного зберігання конфіденційної інформації про людей, які живуть з ВІЛ, та захисту такої інформації від розголошення та розкриття третім особам. (Стаття 13.)

Відповідно до статті 15 люди, які живуть з ВІЛ, мають право на безоплатне забезпечення антиретровірусними препаратами та лікарськими засобами для лікування опортуністичних інфекцій у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я.

Також право на таємницю про стан здоров'я регламентовано Основами законодавства України про охорону здоров'я. Стаття 39-1. Пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні. Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта.

Також Кримінальний Кодекс України захищає конфіденційність ЛЖВ, не допускаючи розкриття ВІЛ статусу медичним персоналом. Стаття 132 Кримінального кодексу захищає конфіденційність інформації про ЛЖВ щодо неправомірного розголошення їх ВІЛ-статусу медичним працівником. Ця стаття Кримінального кодексу особливо стосується сфери ВІЛ і передбачає більш суворе покарання, ніж за порушення умов конфіденційності інформації про пацієнта з іншим захворюванням.

Законодавство достатньо коректно закріплює зазначені положення, проте гостро бракує заходів щодо реального забезпечення задекларованих цінностей.

5.1.8. Наявність національних законів щодо просування та захисту сексуальних і репродуктивних прав з наголосом на забезпеченні доступу до контрацепції та передбаченні заходів із забезпечення незалежного доступу молоді до послуг з сексуального і репродуктивного здоров'я, включаючи доступ до контрацепції.

В Україні не існує окремого закону.

Право вирішувати питання щодо кількості дітей та проміжку часу між їх народженням врегульоване Сімейним кодексом України та Основами законодавства України про охорону здоров'я.

Частково ці питання висвітлені у Цивільному кодексі України (зокрема статтею 281) та в Основах законодавства України про охорону здоров'я (стаття 50), де зазначається, що стерилізація може відбутися лише за бажанням повнолітньої фізичної особи. Також регламентоване право жінки на репродуктивний вибір, зокрема штучне переривання вагітності, якщо її термін не перевищує дванадцяти тижнів, може здійснюватися за бажанням жінки..

Права людей, які живуть з ВІЛ, з використання допоміжних репродуктивних технологій декларуються статтею 10 Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" у редакції 2010 року «люди, які живуть з ВІЛ, мають право на участь у допоміжних репродуктивних технологіях за умови запобігання передачі ВІЛ-інфекції від батьків майбутній дитині».

Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 р. №1849 затверджено Державну програму «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року».

У ході реалізації програми передбачається:

- розробка та реалізація міжгалузевих стратегій, спрямованих на пропагування, формування і заохочення до здорового способу життя, відповідального ставлення до охорони власного здоров'я, відповідального батьківства та безпечного материнства, планування сім'ї;
- забезпечення рівних для чоловіків та жінок умов надання послуг щодо збереження репродуктивного здоров'я;
- розширення доступу до медичних послуг для підлітків, а також сільського населення;
- удосконалення та оптимізація системи планування сім'ї та розробка стратегії з питань забезпечення населення засобами запобігання не планованій вагітності.

Щодо зазначених положень, то законодавство та державна політика здебільшого обмежуються деклараціями. В ст. 4 Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" вказується, що держава гарантує забезпечення пріоритетності в профілактиці поширення ВІЛ-інфекції інформаційно-роз'яснювальної роботи з населенням щодо принципів здорового та морального способу життя, духовних цінностей і відповідальної поведінки у сфері сексуальних стосунків, а також пропаганди здорового способу життя.

5.1.9. Наявність національних законів щодо **запобігання, покарання та викорінення ґендерного насильства** у приватних та громадських сферах з фокусом на наявність захисних заходів для жінок та створення багато секторальних послуг (правоохоронні органи, судочинство, охорона здоров'я, соціальні послуги, тощо)

Попередження:

Закон "Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків" (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2005, N 52,

- Стаття 3. Державна політика щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків спрямована на: утвердження ґендерної рівності; недопущення дискримінації за ознакою статі; захист суспільства від інформації, спрямованої на дискримінацію за ознакою статі.
- Стаття 6. Заборона дискримінації за ознакою статі. Дискримінація за ознакою статі забороняється.

Санкції та ліквідація:

- Спроби вирішити питання протидії ґендерній дискримінації у судовому порядку показали відсутність реальних механізмів захисту жертв ґендерного насильства. Існують приклади відсутності реагування судів на позови, які стосуються прямої ґендерної дискримінації. Проблемою є відсутність досвіду судових практик щодо подібних справ, невикористання суддями міжнародних договорів, ратифікованих Україною.

У той же час в законодавстві вказано:

- Закон "Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків" (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2005, N 52,
 - Стаття 22. Оскарження дискримінації за ознакою статі та сексуальних домагань. Особа, яка вважає, що стосовно неї було застосовано дискримінацію за ознакою статі, чи вона стала об'єктом сексуальних домагань, має право звернутися зі скаргою до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади з питань рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, уповноважених осіб (координаторів) з питань забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків в органах виконавчої влади та органах місцевого самоврядування, правоохоронних органів держави та суду. Особи будь-якої статі або групи осіб мають право надсилати повідомлення про порушення рівності прав та можливостей жінок і чоловіків до Комітету ООН з ліквідації дискримінації щодо жінок у випадку, коли вичерпані внутрішні засоби правового захисту, або якщо застосування таких засобів захисту невиправдано затягується.
 - Стаття 24. Відповідальність за порушення законодавства про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків. Особи, винні в порушенні вимог законодавства про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, несуть цивільну, адміністративну та кримінальну відповідальність згідно із законом.
- Допомога жертвам ґендерного насильства можлива через:
- Жертви ґендерного насильства, можуть звертатись до Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, що є спеціальним закладом, який забезпечує організацію та проведення у відповідній територіальній громаді соціальної роботи із соціально незахищеними категоріями сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги (до цих послуг входить і допомога жертвам насильства). Законом України від 21.06.2001 „Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю” № 2558-III, згідно Статті 17 визначаються організаційні і правові засади соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю. Згідно закону та підзаконним актом на виконання закону створено мережу Центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, що є спеціальними закладами. Метою діяльності Центрів є „сприяння у задоволенні соціальних потреб сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги”, що включає ситуації з попередження насильства в сім'ї.
- За законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення законодавства стосовно протидії насильству в сім'ї», внесено зміни до статті 173-2 Кодексу України про адміністративні правопорушення. Доповнено статтю 1 Закону України "Про попередження насильства в сім'ї" новими термінами: «члени сім'ї», «корекційна програма». Розширено повноваження відповідних підрозділів органів внутрішніх справ щодо попередження насильства в сім'ї.
- Жертви ґендерного насильства можуть звернутись і до медичних установ, якщо до них вчинено насильство. Згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження заходів щодо виконання Закону України «Про

попередження насильства в сім'ї» та Примірне положення про центр медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї від 23 січня 2004 року № 38 медичні установи повинні надати медичні послуги, забезпечити перебування або направити до спеціалізованих закладів для допомоги та подати заяву до міліції, якщо є злочин кримінального характеру, або жертва сама звертається за допомогою.

- Жертви ґендерного насильства, якщо воно вчинено в сім'ї, можуть отримати допомогу від управлінь (відділів) у справах сім'ї, молоді та спорту, служб у справах дітей, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та відповідних підрозділів органів внутрішніх справ згідно спільному наказу Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства внутрішніх справ України від 07.09.2009 N 3131/386 (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України від 30 вересня 2009 р. за N 917/16933 «Про затвердження Інструкції щодо порядку взаємодії управлінь (відділів) у справах сім'ї, молоді та спорту, служб у справах дітей, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та відповідних підрозділів органів внутрішніх справ з питань здійснення заходів з попередження насильства в сім'ї.

5.1.10. Наявність національних законів з протидії **сексуальному насильству та експлуатації** особливо по відношенню до дітей з фокусом на запобіжні заходи та впровадження заходів, що включають багато секторальне партнерство (судочинство, охорона здоров'я, соціальні послуги, тощо).

1) Правопорушення та покарання :

- Кримінальний Кодекс України визначає покарання за сексуальне насильство, в тому числі проти дітей, статтями:
Ст. 149 - торгівля людьми або інша незаконна угода щодо людини
ст.152 - зґвалтування
ст. 155 - статеві зносини з особою, яка не досягла статевої зрілості
ст.156 - розбещення неповнолітніх
ст. 134 - примушування жінки до вчинення аборту, якщо внаслідок цього аборт був проведений
ст. 153 - задоволення статевої пристрасті неприродним способом із застосуванням фізичного насильства, погрози або з використанням безпорадного стану потерпілої
ст. 146 - примушування жінки до статевого зв'язку особою, щодо якої жінка є матеріально або по службі залежною
ст. 154- незаконне позбавлення волі
ст. 161 - образа, тобто умисне приниження честі і гідності особи, виражене в непристойній формі
- Зґвалтування, тобто статеві зносини із застосуванням фізичного насильства, погрози або з використанням безпорадного стану потерпілої, - карається позбавленням волі на строк від 3-х до восьми років; зґвалтування, вчинене особою, яка раніше вчинила такий злочин, - карається позбавленням волі на строк від 5 до 10 років; зґвалтування, вчинене групою осіб, або зґвалтування неповнолітньої - карається позбавленням волі на строк від 5 до 15 років; зґвалтування, вчинене особливо небезпечним рецидивістом, або таке, що спричинило особливо тяжкі

наслідки, а так само зґвалтування малолітньої - карається позбавленням волі на строк від 8 до 15 років (Стаття 152).

2) **Допомога жертвам сексуального насильства та експлуатації**

- Стаття 17 Закону України „Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю” від 21.06.2001 № 2558-III визначає організаційні і правові засади соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю. Згідно закону та підзаконного акту на виконання закону створюються Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, що є спеціальними закладами, які забезпечують організацію та проведення у відповідній територіальній громаді соціальної роботи із соціально незахищеними категоріями сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги. Метою діяльності Центрів є „сприяння у задоволенні соціальних потреб сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги”, що включає ситуації попередження насильства в сім'ї. Головні функції Центрів зумовлені їх участю у виконанні соціальних програм. А саме: проведення соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю, зокрема – забезпечення соціального обслуговування, соціального супроводу та патронажу, соціальної профілактики і реабілітації, соціальної та психологічної адаптації. Передбачається, що на реалізацію цих цілей центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді виявляє, здійснює облік та вивчає потреби сімей, дітей та молоді, що перебувають у складних життєвих обставинах (що включає насильство), та потребують сторонньої допомоги; планує й визначає методи допомоги, надає соціальні послуги та, за необхідності, забезпечує соціальний супровід.
- Спільний наказ Міністерства внутрішніх справ та Міністерства охорони здоров'я України № 307/105 від 10 травня 1993 року «Про порядок обліку випадків звернення до медичних установ і міськрайлікарень органів внутрішніх справ громадян з тілесними ушкодженнями кримінального характеру» регламентує допомогу та супровід у зазначеному питанні. Цим наказом керівників лікарень, госпіталів, профілакторіїв, клінік, травм пунктів та інших медичних установ зобов'язано негайно інформувати органи внутрішніх справ про всі випадки звернення за медичною допомогою осіб з вогнепальними, ножовими пораненнями та з іншими тілесними ушкодженнями, якщо є підстави вважати, що вони отримані внаслідок правопорушень, а всі відомості про звернення таких осіб записуються до спеціального журналу медичної установи, який є документом суворої звітності.

2.1) **Допомога дитині:**

Згідно Постанови КМУ від 28 січня 2004 р. N 87 Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей:

Центр соціально-психологічної реабілітації дітей (далі - центр) - заклад соціального захисту, що створюється для тривалого (стаціонарного) або денного перебування дітей віком від 3 до 18 років, які опинились у складних життєвих обставинах (насильство, експлуатація тощо), надання їм комплексної соціальної, психологічної, педагогічної,

медичної, правової та інших видів допомоги. Дитина може перебувати у центрі протягом часу, необхідного для її реабілітації, але не більше ніж 9 місяців у разі стаціонарного перебування та 12 місяців - денного перебування. Строк перебування дитини у центрі визначається психолого-медико-педагогічною комісією за погодженням з відповідною службою у справах дітей. Дитина може особисто звертатися за допомогою до центру цілодобово. У такому разі протягом трьох днів вона направляється до притулку для дітей у супроводі працівника центру або залишається у центрі.

5.1.11. Наявність національних законів з протидії **торгівлі людьми** із запобіжними заходами для жінок і молоді, криміналізації відповідальних та створення системи послуг для жертв торгівлі людьми.

1. Кримінальний кодекс України, стаття 149. «Торгівля людьми або інша незаконна угода щодо людини» містить наступне:

- дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені щодо неповнолітнього або щодо кількох осіб, або повторно, або за попередньою змовою групою осіб, або службовою особою з використанням службового становища, або особою, від якої потерпілий був у матеріальній чи іншій залежності, або поєднані з насильством, яке не є небезпечним для життя чи здоров'я потерпілого чи його близьких, або з погрозою застосування такого насильства, караються позбавленням волі на строк від п'яти до дванадцяти років з конфіскацією майна або без такої;
- дії, передбачені частиною першою або другою цієї статті, вчинені щодо малолітнього, або організованою групою, або поєднані з насильством, небезпечним для життя або здоров'я потерпілого чи його близьких, або з погрозою застосування такого насильства, або якщо вони спричинили тяжкі наслідки, караються позбавленням волі на строк від восьми до п'ятнадцяти років з конфіскацією майна або без такої.

2. У Травні 2011 року Верховною Радою України прийнято Закон «Про протидію торгівлі людьми». Цей Закон визначає організаційно-правові засади протидії торгівлі людьми, гарантуючи ґендерну рівність, основні напрями державної політики та засади міжнародного співробітництва у цій сфері, повноваження органів виконавчої влади, порядок встановлення статусу осіб, які постраждали від торгівлі людьми, та порядок надання допомоги таким особам.

У Статті 17 вказано:

- заклади допомоги особам, які постраждали від торгівлі людьми;

- з метою забезпечення реалізації прав, передбачених цим Законом, особи, які постраждали від торгівлі людьми, можуть бути направлені до одного з діючої мережі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг).

Стаття 23. «Надання допомоги дітям, які постраждали від торгівлі дітьми»:

- держава надає допомогу дитині з моменту, коли з'явилися підстави вважати, що вона постраждала від торгівлі дітьми, і до повного завершення реабілітації дитини;
- після отримання інформації про дитину, яка постраждала від торгівлі дітьми, місцева державна адміністрація, на території якої виявлено дитину, невідкладно встановлює особу дитини, здійснює оцінку обставин та приймає план першочергових заходів допомоги дитині на період до вирішення питання щодо встановлення дитині статусу особи, яка постраждала від торгівлі дітьми. У випадку, якщо дитина, постраждала від торгівлі дітьми, має статус дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, місцева державна адміністрація невідкладно вирішує питання влаштування дитини. Центри соціально-психологічної реабілітації дітей, притулки для дітей із залученням закладів освіти, охорони здоров'я здійснюють розробку та впровадження індивідуальної програми допомоги дитині, яка постраждала від торгівлі дітьми; суб'єкти, які здійснюють заходи у сфері протидії торгівлі людьми, в межах своїх повноважень забезпечують реалізацію прав дітей, які постраждали від торгівлі дітьми.

5.1.12. Національне законодавство щодо **захоплення власності, прав на власність та спадкування жінками** (в країнах, де такі практики мають місце)

Оскільки вищезазначене не є практиками, притаманними українському суспільству, це питання не знайшло безпосередньо свого відображення в українському законодавстві.

5.1.13. Національне законодавство щодо **абортів** з фокусом на декриміналізацію жінок.

- На сьогодні аборти в Україні юридично легалізовані та, відповідно, офіційно дозволені. Ця процедура регламентується численними законодавчими та нормативними актами. Легалізація абортів сприяла зменшенню кількості кримінальних абортів і пов'язаних з ними материнських втрат, а також надала можливість жінці одержувати кваліфіковану медичну допомогу при перериванні небажаної вагітності. Сучасна державна політика спрямована на поліпшення якості медичної допомоги у разі поінформованого вибору жінки перервати вагітність поряд із проведенням активних заходів щодо профілактики абортів. У ст. 281 Цивільного кодексу України та ст. 50 Основ законодавства України про охорону здоров'я зазначається, що штучне переривання вагітності, якщо вона не перевищує 12 тижнів, може здійснюватися за бажанням жінки; у випадках, встановлених законодавством,

штучне переривання вагітності може бути проведене при вагітності від 12 до 22 тижнів. Перелік обставин, що дозволяють переривання вагітності, регламентується окремим нормативно-правовим актом.

- Спеціальна ст. 50 Основ законодавства України про охорону здоров'я говорить, що операція штучного переривання вагітності (аборт) може бути проведена за бажанням жінки в лікувальних установах, які мають відповідний рівень акредитації, при вагітності строком не більше 12 тижнів. Штучне переривання вагітності проводиться відповідно до вимог.
- ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я, у якій встановлена необхідність згоди об'єктивно поінформованого дієздатного пацієнта на медичне втручання.
- Цивільним кодексом України (ч. 3 статті 284) визначено, що надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла чотирнадцяти років, проводиться за її згодою. Особам, які не досягли 14 років, медична допомога надається за згодою законних представників. Це стосується також і послуг з переривання вагітності та планування сім'ї.
- У разі важких захворювань і виникнення ситуації негативного впливу вагітності на перебіг захворювання ця вагітність може бути перервана до 22 тижнів вагітності відповідно до Закону України від 02.11.2004 №2135-IV «Про внесення змін до статті 281 Цивільного кодексу України».
- Постановою КМУ від 15.02.2006 №144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України» затверджений Перелік важких захворювань, при яких вагітність загрожує здоров'ю і життю пацієнтки. У таких випадках дозволяється переривання вагітності у терміні після 12 до 22 тижнів.

В Україні налагоджена система статистики й обліку як послуг, пов'язаних з абортom, так і використання контрацепції. Багато років службою планування сім'ї ведеться моніторинг кількості, вікової градації та видів абортів. Незважаючи на стійку тенденцію до зменшення загальної кількості абортів завдяки державній політиці в цьому напрямі, проблема залишається для країни актуальною. Аборт і досі є одним із методів регулювання народжуваності в Україні. Реєстрація абортів в Україні формально носить обов'язковий характер, але у той же час створення та розвиток системи приватних медичних закладів привів до того, що кількість зроблених абортів не включаються у офіційну статистику, так як приватні клініки, які проводять аборт, можуть не надавати статистику щодо кількості жінок, яким була зроблена ця послуга.

5.1.14 Законопроекти, що стосуються вищенаведених проблем, які чекають на прийняття у відповідних органах влади. Проект наказу МОЗ України «Про затвердження клінічного протоколу пост контактної профілактики ВІЛ-інфекції» (на громадському обговоренні).

В.6. ВІЛ/СНІД ТА НАСИЛЬСТВО НАД ЖІНКАМИ: ПОКРАЩЕННЯ ПРОГРАМ І ПОСЛУГ.

Дня того, щоб покласти край насильству над жінками і дівчатами з ВІЛ, необхідно розуміти поширеність, динаміку та фактори ризику, що притаманні цим проблемам. В такому випадку національна система збору даних і статистика має використовуватись для розробки політик, які відповідають потребам жінок і дівчат та враховують зв'язок між насильством над жінками та ВІЛ. Без сумніву, проблема насильства має вирішуватися як невід'ємна частина відповіді на епідемію ВІЛ.

Програма та послуги з ВІЛ часто не включають в себе захист сексуальних і репродуктивних прав жінок, які живуть з ВІЛ, або їх потреби у захисті від насильства.

Національні уряди мають забезпечити негайні дії з протидії, покарання та викорінення насильства над жінками та гарантувати відповідні, своєчасні і достатні послуги для жертв насильства, включаючи жінок, які живуть з ВІЛ.

6.1. Урядові політики та норми охорони здоров'я стосовно ВІЛ/СНІД та насильства над жінками.

6.1.1. Наявність національного **протоколу надання послуг жертвам сексуального насильства**. Протокол має включати: безкоштовне надання екстреної контрацепції, пост контактної профілактики ВІЛ та ІПСШ, юридичну і психологічну підтримку.

Окремого протоколу не існує, є спільний наказ Міністерства внутрішніх справ та Міністерства охорони здоров'я України про порядок обліку випадків звернення до медичних установ і міських районних лінійних органів внутрішніх справ громадян з тілесними ушкодженнями кримінального характеру. Факт сексуального насильства (зґвалтування) встановлюється судово-медичною експертизою. Направлення громадян на судово-медичну експертизу та порядок її проведення регламентовано наказом МОЗ України від 17.01.1995 р. № 6 "Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби". Щодо проведення судово-медичних експертиз (обстежень) з приводу статевих станів (зґвалтування, статевий акт з неповнолітньою, розбещення неповнолітньої тощо), то "у виняткових випадках для своєчасного вилучення зразків для лабораторного дослідження допускається проведення обстеження за заявою потерпілих, а також за заявою батьків або законних представників дітей. Про проведення такого обстеження судово-медичний експерт повинен негайно інформувати органи слідства (дівання)."

Єдина згадка про сексуальне насильство в законодавчій та нормативно-правовій базі у сфері ВІЛ міститься у положенні статті 4 Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення", що гарантує «вільний доступ до пост контактної профілактики ВІЛ-інфекції для осіб, які наражалися на ризик ВІЛ-інфікування внаслідок сексуальної експлуатації, виконання професійних обов'язків чи інших випадків, включно з відповідним консультуванням в межах процедури, затвердженої спеціально уповноваженим центральним виконавчим органом охорони здоров'я». У законодавстві стосовно ВІЛ немає докладного опису повноцінних послуг з охорони здоров'я для тих, хто пережив сексуальне насильство, а також немає клінічних рекомендацій з надання послуг тим, хто пережив гендерне насильство.

6.1.2. Наявність національного **протоколу надання послуг жінкам в абортному та пост абортному стані.**

В Україні процедура абортів загальнодоступна. ВІЛ-позитивні жінки отримують медичні послуги щодо абортів на загальних підставах. Галузевими наказами і клінічним протоколом затверджені організаційні та медичні технології, які переважно базуються на науково-доказовій медицині і рекомендаціях ВООЗ.

- Надання послуг щодо абортів регулюється наказом МОЗ України від 31.12.2010 №1177 Про затвердження Клінічного протоколу «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності». Комплексна медична допомога при аборті включає заходи щодо якісної процедури штучного переривання вагітності та профілактики абортів у майбутньому. Також протокол включає доабортне і післяабортне консультування. Операція проводиться виключно лікарями акушерами-гінекологами як у державних, так і в приватних медичних установах. Медико-організаційні технології Протоколу базуються на даних доказової медицини, рекомендаціях ВООЗ, міжнародного і вітчизняного досвіду та ґрунтуються на клієнт-орієнтованому підході, принципах дотримання репродуктивних прав. Протокол відображає державну політику, що проводиться в країні в галузі охорони здоров'я, з урахуванням існуючих законодавчих актів та є для медичних спеціалістів засобом підтримки надання високої якості послуг, орієнтованих одночасно на потреби населення. Протокол регламентує надання комплексної допомоги під час небажаної вагітності, підвищення якості та ефективності послуг, які надаються у системі охорони здоров'я для профілактики небажаної вагітності, проведення безпечної процедури (операції) її переривання та заходів щодо попередження можливих ускладнень. Дотримання конфіденційності / лікарської таємниці: медичні працівники зобов'язані забезпечити збереження інформації, отриманої від пацієнтки, та не допустити її розголосу іншим особам;
- медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків (ст.40 Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я”);
- не підлягають розголошенню відомості, що стосуються лікарської таємниці, крім випадків, передбачених Законом (ст.46 Закону України „Про інформацію”).

Ухвалення вільного і інформованого рішення: пацієнтка має право висловити свою точку зору та ухвалити самостійне рішення після одержання повної, достовірної та чіткої інформації щодо процедури (операції), ризиків та можливих ускладнень. Інформація не повинна бути залякуючою, засуджуючою та спонукаючою жінку до примусового рішення.

Передабортне консультування: усі жінки з позитивною реакцією на ВІЛ-інфекцію повинні бути поінформовані про небезпеку передачі інфекції новонародженим дітям і наявність профілактики вертикальної трансмісії та здатність народити здорову дитину для того, щоб у них була потреба ухвалити інформоване рішення щодо збереження або переривання вагітності..

Психологічна допомога є частиною післяабортного консультування, однак на практиці вона фактично не надається. Зазвичай, жінка після аборту намагається якнайшвидше залишити клініку, щоб приховати факт аборту і не схильна розповідати ще комусь, про те, що вона зробила аборт. Також акушери-гінекологи недостатньо підготовлені щодо надання психологічної допомоги. В той же час психологи без медичної освіти (наприклад ті, що отримали освіту в педагогічних університетах) не мають достатньої підготовки, зокрема щоб заспокоїти жінку і розвіяти міфи про негативні наслідки аборту та неможливість мати дітей у майбутньому.

6.1.3. Наявність **протоколу надання послуг для жертв домашнього насильства**, включаючи: медичні та психологічні послуги, юридичну підтримку, можливість надання тимчасового притулку для жертви насильства і її дітей.

Окремого протоколу не існує, але у той же час наявні інші протоколи, що регламентують зазначене питання:

Надання послуг жертвам домашнього насильства регламентується:

- Згідно спільному наказу Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства внутрішніх справ України від 07.09.2009 N 3131/386 "Про затвердження Інструкції щодо порядку взаємодії управлінь (відділів) у справах сім'ї, молоді та спорту, служб у справах дітей, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та відповідних підрозділів органів внутрішніх справ з питань здійснення заходів з попередження насильства в сім'ї". Згідно Закону України про попередження насильства в сім'ї" визначення "попередження" включає в себе: право захист та надання допомоги жертвам насильства в сім'ї тощо.
- Послуги_надаються згідно Закону України „Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю” від 21.06.2001 № 2558-III:

1) визначаються організаційні і правові засади соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю. У ст.1 зазначено, що соціальна реабілітація - вид соціальної роботи, спрямованої на відновлення основних соціальних функцій, психологічного, фізичного, морального здоров'я, соціального статусу сімей, дітей та молоді; соціальний супровід - вид соціальної роботи, спрямованої на здійснення соціальних опіки, допомоги та патронажу соціально незахищених категорій дітей та молоді з метою подолання життєвих труднощів, збереження, підвищення їх соціального статусу;

2) здійснення реабілітаційних заходів щодо відновлення соціальних функцій, психологічного і фізичного стану дітей та молоді, які зазнали жорстокості та насильства, постраждали від торгівлі людьми, залучалися до найгірших форм дитячої праці, соціальна підтримка ВІЛ-інфікованих дітей, молоді та членів їхніх сімей.

3) Соціальне обслуговування сімей, дітей та молоді здійснюється в порядку, визначеному законодавством, шляхом надання комплексу соціальних послуг сім'ям, дітям та молоді, що передбачає: надання психологічних послуг з проведення психодіагностики, психологічної корекції, психологічної реабілітації, надання методичних порад; захист прав та інтересів осіб, посередництво у представництві інтересів сімей, дітей та молоді; соціально-лікувальної та психологічної реабілітації у відповідних закладах охорони здоров'я дітей та молоді, які зазнали жорстокості, насильства, а також які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС;

4) Соціальна реабілітація передбачає також працевлаштування, надання соціально-медичних, психолого-педагогічних, юридичних, інформаційних та інших видів соціальних послуг дітям, які відбували покарання у виді позбавлення волі на певний строк, та молоді, яка відбувала покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк. Порушують перед відповідними органами клопотання про застосування передбачених законодавством санкцій до підприємств, установ та організацій усіх форм власності, громадян, накладення дисциплінарних та адміністративних стягнень на посадових осіб у разі порушення ними законодавства стосовно сімей, дітей та молоді; повідомляють про випадки вчинення насильства в сім'ї або загрозу його вчинення службу у справах дітей, органи опіки і піклування, кримінальну міліцію у справах дітей. На виконання зазначених послуг створюються та діють Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, що є спеціальними закладами, які забезпечують організацію та проведення у відповідній територіальній громаді соціальної роботи із соціально незахищеними категоріями сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги (що включає ситуації попередження насильства в сім'ї).

- Згідно Наказу Мінсім'ямолодьспорт від 25.04.2008 N 1795 Про затвердження Порядку здійснення соціального супроводу центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді сімей та осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах (включає жертв насильства):
- визначається процедура здійснення центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (далі - Центри) соціального супроводу сімей або осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах, з метою надання своєчасної допомоги (у т.ч. вжити необхідні заходи для подолання життєвих труднощів),
- здійснення комплексу заходів, спрямованих на вихід сім'ї або особи зі складних життєвих обставин, наслідки яких вона не в змозі самотійно подолати за допомогою наявних засобів та можливостей,
- створення умов для самотійного розв'язання та подолання життєвих труднощів, збереження та підвищення соціального статусу сім'ї або особи, яка опинилася у складних життєвих обставинах.
- При здійсненні соціального супроводу Центри **мають право порушувати перед відповідними органами клопотання про застосування передбачених законодавством санкцій** до підприємств, установ та організацій усіх форм власності, громадян, накладання дисциплінарних та адміністративних стягнень на посадових осіб у випадку порушення ними законодавства стосовно дітей та молоді.

Відповідно до статті 12 Закону України "Про соціальну роботу з дітьми та молоддю" **Соціальний супровід передбачає:** здійснення соціальної допомоги, надання соціальних послуг та соціальної реабілітації відповідно до потреб особистості та характеру самих проблем; соціальне виховання, що включає створення умов та проведення заходів, спрямованих на оволодіння і засвоєння загальнолюдських і спеціальних знань, соціального досвіду з

метою формування соціально-позитивних ціннісних орієнтацій; психологічну, соціальну та юридичну підтримку, призначенням якої є надання професійної посередницької допомоги у розв'язанні різноманітних проблем; консультування, у процесі якого виявляються основні напрями подолання складних життєвих обставин; збереження, підтримку і захист здоров'я сім'ї чи особи, сприяння у досягненні поставленої мети і розкритті їх внутрішнього потенціалу тощо.

інформаційні послуги: надання інформації, необхідної для вирішення складної життєвої ситуації (довідкові послуги), а саме:

про види соціальних виплат (якщо сім'я або особа має на них право відповідно до чинного законодавства); надання контактів служб або установ, куди необхідно звернутися по відповідну допомогу; про заклади, які можуть надати послуги, умови отримання соціальних послуг тощо;

психологічні послуги: психологічна діагностика, спрямована на виявлення соціально-психологічних характеристик особистості; надання консультацій з питань психологічного здоров'я та поліпшення взаємин з навколишнім середовищем; обговорення проблем та надання порад з розв'язання соціальних та психологічних проблем; навчання, долати труднощі та конфлікти з оточенням; сприяння в запобіганні виникненню непорозумінь та конфліктів між членами сім'ї; організація та координація психотерапевтичних груп та груп взаємодопомоги; психологічна корекція та психологічна реабілітація;

соціально-медичні послуги: посередництво в здійсненні профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів; консультації з питань збереження і зміцнення здоров'я; формування ідеології здорового способу життя й подолання шкідливих звичок; формування сексуальної культури і навичок захищених статевих відносин; профілактика туберкульозу, венеричних захворювань, ВІЛ/СНІДу; сприяння в підтримці та охороні здоров'я тощо;

юридичні послуги: надання консультацій з питань чинного законодавства, гарантій та пільг; здійснення захисту прав та інтересів сім'ї чи особи; захист прав дитини;

соціально-економічні послуги: допомога в залученні додаткових ресурсів для задоволення матеріальних інтересів і потреб сімей чи осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, що реалізуються у формі сприяння у наданні натуральної допомоги (забезпечення одягом та взуттям тощо); допомога в оздоровленні, сприяння в отриманні державних соціальних допомог, у наданні грошової допомоги, а також допомоги у вигляді грошових компенсацій; інформування з питань працевлаштування та сприяння цьому, навчання; посередництво в наданні гуманітарної допомоги тощо.

- Також створення та робота Кризових центрів і Центрив медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї проводиться згідно Закону України "Про попередження насильства в сім'ї".

Кризові центри здійснюють прийом членів сім'ї, які можуть стати або стали жертвами насильства в сім'ї; здійснюють прийом осіб, які вчинили насильство в сім'ї, для проходження корекційної програми; організують надання необхідної психологічної, педагогічної, медичної, юридичної допомоги членам сім'ї, які можуть стати або стали жертвами насильства в сім'ї; розробляють корекційні програми та організують їх проходження особами, які вчинили насильство в сім'ї; відповідно до можливостей надають притулок для тимчасового перебування членам сім'ї, які можуть стати або стали жертвами насильства в сім'ї; повідомляють членів сім'ї, де виникає реальна загроза вчинення насильства в сім'ї або де було вчинено насильство в сім'ї, про права, заходи і послуги, якими вони можуть скористатися; повідомляють службу дільничних інспекторів міліції чи кримінальну міліцію у справах дітей про виявлені факти реальної загрози застосування насильства в сім'ї або про факти вчинення такого насильства; вивчають і узагальнюють причини та умови конкретних проявів насильства в сім'ї; надають інформацію з питань попередження насильства в сім'ї на запит уповноважених органів; забезпечують збереження конфіденційної інформації щодо осіб, які звернулися до кризового центру про допомогу; взаємодіють із засобами масової інформації, громадськими організаціями у проведенні просвітницької та виховної роботи з питань попередження насильства в сім'ї.

Центри медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї створюються відповідно до законодавства, що регламентує створення закладів охорони здоров'я. В центри медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї поміщаються жертви насильства в сім'ї (з їхньої згоди або на їхнє прохання) на підставі рішення медичної комісії центру. Щодо неповнолітніх членів сім'ї необхідна згода одного з батьків, усиновителів, опікуна чи піклувальника, у разі, якщо вони не зазнали насильства від одного з них, або органу опіки і піклування. Жертви насильства в сім'ї перебувають у центрах медико-соціальної реабілітації протягом терміну, необхідного для їхнього лікування та психосоціальної реабілітації. За їхнім бажанням вони можуть пройти курс лікування та психосоціальної реабілітації амбулаторно. Жертвам насильства в сім'ї надається первинна медико-санітарна і психологічна допомога, окремі види психіатричної допомоги на підставах та в порядку, передбачених Законом України "Про психіатричну допомогу", іншими законами; за необхідності направляють жертв насильства в сім'ї для відповідного подальшого лікування; організують надання юридичних консультацій жертвам насильства в сім'ї; повідомляють про вчинене

наси́льство в сім'ї службу дільничних інспекторів міліції чи кримінальну міліцію у справах дітей; надають інформацію з питань попередження насильства в сім'ї на запит уповноважених органів.

Створення та робота Кризових центрів і Центрів медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї проходить дуже повільно і подібних закладів в Україні майже не існує.

6.1.4. Наявність національного **протоколу догляду і підтримки жінок, які живуть з ВІЛ**. Зазначте, чи включає він сексуальне і репродуктивне здоров'я, включаючи рекомендації з подвійного захисту і вигодовування та інформацію щодо протидії насильству стосовно жінок та відповідні послуги.

Медична допомога ВІЛ-позитивним пацієнтам з питань акушерства і гінекології регулюється Наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 №740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей» та клінічним протоколом, затвердженим наказом МОЗ України від 14.11.2007 №№716 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини».

При встановленні позитивного статусу ВІЛ-позитивній вагітній надається повна інформація стосовно:

— необхідності використання презервативів для профілактики передачі ВІЛ-інфекції та ІПСШ під час статевих контактів у період вагітності;

— ризиків передачі ВІЛ плоду/новонародженому та способи профілактики; — переваг та ризиків АРВ-профілактики;

— впливу способу розродження на ризик передачі ВІЛ, у тому числі переваги та ризики операції кесаревого розтину;

— рекомендації з вигодовування новонародженого. Після того як ВІЛ-інфікованій жінці надана інформація про ймовірні ризики та можливість отримання медичної допомоги, вона повинна ухвалити поінформоване рішення про збереження або переривання вагітності. Кожна жінка має можливість поінформованого вибору щодо репродуктивних планів.

Одним із найважливіших етапів профілактики перинатальної ВІЛ-інфекції є медикаментозна профілактика антиретровірусними препаратами у вагітних та новонароджених. Медикаментозна профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції в Україні здійснюється відповідно до клінічного протоколу, затвердженого Наказом МОЗ України від 14.11.2007 №716 «Про затвердження протоколу з акушерської допомоги».

Відповідно до клінічного протоколу «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини» профілактика вертикальної трансмісії проводиться за сценаріями залежно від терміну вагітності та стану здоров'я, пов'язаного з перебігом ВІЛ-інфекції. Основні положення профілактики вертикальної трансмісії.

Спостереження за перебігом вагітності у ВІЛ-інфікованих вагітних здійснюється так званим «подвійним» методом: лікарем акушером-гінекологом жіночої консультації та лікарем Центру профілактики та боротьби зі СНІДом. Акушером-

гінекологом жіночої консультації розробляється план ведення вагітної згідно з рекомендаціями лікаря Центру профілактики та боротьби зі СНІДом. Отже, після тестове консультування ВІЛ-позитивним вагітним також проводиться в Центрах профілактики та боротьби зі СНІДом.

Комплексна підтримка ВІЛ-позитивних вагітних та породіль здійснюється на основі мультидисциплінарного підходу фахівцями медичної (гінеколог, педіатр) та соціально-психологічної (психолог, соціальний працівник) галузей. У ВІЛ-інфікованих цитологічне обстеження проводиться кожні 6 місяців, за умови виявлення патології шийки матки проводиться кольпоскопія.

Консультування ВІЛ-інфікованих жінок з питань планування сім'ї проводиться спеціалістами центрів планування сім'ї (далі – ЦПС), центрів профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією, жіночих консультацій та інших лікувальних закладів, обізнаних з питань планування сім'ї та особливостей перебігу ВІЛ-інфекції.

6.1.5. Наявність національного протоколу підтримки жертв насильства під час гуманітарних криз, включаючи збройні конфлікти, війни та природні катастрофи. Протокол має включати рекомендації щодо захисту дітей для забезпечення безпеки і здоров'я дівчат.

Окремих протоколів та документів щодо дітей та дівчат не існує.

6.1.6. Профілактика після сексуального контакту: опишіть рекомендації (АРТ та медикаменти проти інших ІПСШ, тести) у випадках незахищеного сексу, пошкодження презервативу, тощо.

Відповідно до протоколу №? Пост Контактної Профілактики (ПКП) необхідно оцінити статевий контакт, який відбувся, за ступенем ризику інфікування ВІЛ на основі форми контакту (вагінальний, анальний), типу і кількості небезпечного матеріалу (потенційно інфекційна біологічна рідина - сперма, піхвова рідина). давність контакту, використання презерватива, наявність ІПСШ (за даними анамнезу та обстеження); необхідність негайної контрацепції або тесту на вагітність (для жінок); чи виникнув контакт в результаті сексуального насильства, чи було воно вчинене однією людиною або декількома; чи не співпав контакт з менструацією або крововиливом іншої етіології.

Дуже важливо спробувати установити ВІЛ-статус гвалтівника. Якщо це неможливо, то вважається, що гвалтівник був ВІЛ-інфікований, і жертві обов'язково проводиться ПКП.

Якщо в особи - передбачуваного джерела інфекції отримано позитивний результат обстеження на ВІЛ, а у жертви насильства також були виявлені антитіла до ВІЛ, то хіміопротекцію антиретровірусними препаратами припиняють, а жертву насильства направляють до фахівців для подальшого консультування й одержання необхідної медичної допомоги з приводу ВІЛ-інфекції.

Якщо у жертви насильства результат обстеження на ВІЛ негативний, а в передбачуваного джерела інфекції - позитивний чи невідомий, то проводять повний чотиритижневий курс хіміопрофілактики антиретровірусними препаратами.

Якщо у особи - потенційного джерела інфікування при обстеженні після контакту не виявлено антитіл до ВІЛ, а також ознак синдрому набутого імунodefіциту або гострої ВІЛ-інфекції, подальше обстеження та ПКП жертви насильства припиняють. Імовірність того, що обстеження потенційного джерела інфікування співпадає з "періодом вікна" (серонегативний період ВІЛ-інфекції) без симптомів гострого ретровірусного синдрому, надзвичайно мала.

Держава гарантує забезпечення: вільного доступу до послуг з проведення пост контактної профілактики осіб, які мали підвищений ризик контакту з ВІЛ під час виконання професійних обов'язків, у разі сексуального насильства та в інших випадках, з наданням відповідних консультативних послуг у порядку, що затверджується спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я;

В процесі консультування особам, які мали контакт з потенційним джерелом інфікування, дають чітко зрозуміти, що вони мають право відмовитись від ПКП. У випадку згоди на ПКП потрібно отримати письмове підтвердження.

Після обстеження на ВІЛ медичний працівник повинен провести консультацію щодо зниження ризику поведінки, незалежно від форми контакту та потреби в ПКП, що може сприяти зниженню ризику випадкових контактів у майбутньому.

Невід'ємною частиною консультування має бути надання психологічної підтримки особі, яка мала контакт з потенційним джерелом інфікування; за необхідності їх направляють до відповідних фахівців. Якщо контакт був пов'язаний з сексуальним насильством, потерпілій (ому) надають консультування та направляють у відповідні служби, у т.ч. й юридичні.

Джерела:

- Guidelines for the Clinical Management and Treatment of HIV Infected Adults in Europe. Post-Exposure Prophylaxis, Європейське клінічне товариство СНІДу EACS, 2008
- Наказ МОЗ України від 19.08.05 № 415 "Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію", зареєстрований в Міністерстві юстиції України від 22.11.05 № 1404/11684.
- Аналітичний огляд. Україна: Моніторинг упровадження цілей ССГАООН щодо сексуального та репродуктивного здоров'я / ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Київ. - 2010

6.1.7. Профілактика інфікування ВІЛ на робочому місці.

- Після контакту з біологічними рідинами ВІЛ-інфікованого пацієнта (чи пацієнта з високою імовірністю наявності ВІЛ-інфекції) проводиться пост контактна профілактика (ПКП) (Наказ МОЗ України від 19.08.05 415 "Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію").

- ПКП – це медичний захід, спрямований на попередження розвитку інфекції після ймовірного контакту з патогенним мікроорганізмом. У відношенні ВІЛ ПКП означає надання широкого спектру послуг для профілактики ВІЛ-інфекції після контакту або при високій ймовірності контакту з даним збудником. Ці послуги включають першу допомогу, консультування і оцінку ризику інфікування ВІЛ, тестування на ВІЛ після отримання інформованої згоди і, в залежності від ступеню оціненого ризику, проведення короткого курсу (28 днів) антиретровірусної терапії (АРТ) з наданням підтримки і подальшого спостереження.
- Основні принципи ПКП:
 - ПКП повинна бути частиною комплексної державної програми боротьби з ВІЛ/СНІДом, а також заходів захисту здоров'я персоналу і надання допомоги жертвам сексуального насильства.
 - ПКП повинна надаватися в усіх медичних закладах і застосовуватися в комплексі зі стандартними запобіжними заходами, які знижують можливість небезпечних контактів з інфекційними агентами на робочому місці.
 - ПКП повинна бути загальною доступною для тих, хто її потребує, незалежно від віку, статі, сексуальної орієнтації, громадянства, роду занять або перебування в ув'язненні.
 - Рішення про проведення ПКП приймається на основі клінічної оцінки факторів ризику.
 - ПКП повинна надаватися: при професійному контакті з ВІЛ або високій ймовірності такого контакту; при випадковому контакті, який не пов'язаний з професійною діяльністю, або при високій ймовірності такого контакту, в тому числі у лікувальному закладі.
 - По відношенню до осіб, які отримують ПКП, повинні дотримуватися права людини і лікарська таємниця.
 - Для з'ясування обставин контакту і проведення ПКП необхідно отримати добровільну інформовану згоду від особи, яка потребує ПКП, на проведення консультування і тестування на ВІЛ; при цьому повинні дотримуватися необхідні стандарти, незалежно від того, за чиєю ініціативою – клієнта або особи, яка надає послуги, – проводиться консультування та тестування.
 - В особливих випадках, коли особа, яка обстежується, не в змозі самостійно надати згоду на тестування на ВІЛ (якщо, наприклад, вона знаходиться в комі або хворіє на психічне захворювання, а також, якщо це дитина), згоду може дати опікун або інша довірена особа у відповідності з діючим законодавством.

Якщо відомо, що особа, з якою відбувся контакт, ВІЛ-інфікована, для вибору схеми ПКП важливо з'ясувати:

- клінічну стадію ВІЛ-інфекції;
- кількість лімфоцитів CD4;
- ВН в плазмі: при високій ВН ризик інфікування завжди вищий;
- анамнез проведення АРТ;
- результати визначення генотипової або фенотипової стійкості (резистентності) вірусу (якщо визначались);

- у випадку статевого контакту – чи немає виразок на слизовій роту або статевих органах, або симптомів інших інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ), і чи не співпав контакт з менструацією або крововиливом іншої етіології;
- при випадковому уколі голкою – чи була кров свіжою на голці, чи глибокий був укол, чи знаходилась голка у вені.

- Відповідно до клінічного протоколу пост контактної профілактики ВІЛ-інфекції (Наказ МОЗ України від 19.08.05 415 “Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію”) після випадкового контакту з ВІЛ необхідно надати першу допомогу - це дії, які необхідно виконати негайно після контакту для зменшення ризику інфікування.

1. При пораненні голкою або іншим гострим інструментом порядок дій є наступним:

Негайно вимити місце контакту з милом;

Потримати поранену поверхню під струмом проточної води (кілька хвилин або поки кровотеча не припиниться), щоб дозволити крові вільно витікати з рани;

За умов відсутності проточної води обробити ушкоджене місце дезінфікуючим гелем або розчином для миття рук.

Не можна використовувати сильнодіючі речовини: спирт, рідини для відбілювання та йод, оскільки вони можуть викликати подразнення пораненої поверхні та погіршувати стан рани;

Не можна стискати або терти пошкоджене місце;

Не можна відсмоктувати кров з ранки, що лишилася після уколу.

2. При розбризкуванні крові або інших потенційно небезпечних біологічних рідин порядок дій є наступним:

При розбризкуванні на непошкоджену шкіру:

- Терміново вимити забруднену ділянку;
- За умов відсутності проточної води обробити ушкоджене місце дезінфікуючим гелем або розчином для миття рук;
- Використовувати слабкі дезінфікуючі засоби, наприклад, 2%-4% розчин хлоргексидину глюконату.
- Не можна використовувати сильнодіючі речовини: спирт, рідини для відбілювання та йод, оскільки вони можуть викликати подразнення шкіри та погіршити її стан;
- Не можна терти або скребти місце контакту;
- Не можна накладати пов'язку.

При розбризкуванні в очі:

- Одразу промити око водою або фізіологічним розчином. Сісти, закинути голову та попросити колег обережно лити на око воду або фізіологічний розчин; щоб вода або розчин затекли під повіки, й час від часу повіки обережно відтягають;
- Не знімати контактні лінзи під час промивання, тому що вони створюють захисний бар'єр;

- Після того, як око промили, контактні лінзи зняти та обробити, як звичайно; після цього вони абсолютно безпечні для подальшого використання.
- Не можна промивати очі з милом або дезінфікуючим розчином.

При розбризкуванні на слизову оболонку ротової порожнини:

- Терміново виплюнути рідину, що потрапила до рота;
- Ретельно прополоскати рот водою або фізіологічним розчином й знову виплюнути. Повторити полоскання декілька разів.
- Не можна використовувати для промивання мило чи дезінфікуючий розчин.

Джерела:

- Наказ МОЗ України від 19.08.05 № 415 "Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію", зареєстрований в Міністерстві юстиції України від 22.11.05 № 1404/11684.

Закон України № 2861-VI від 23 грудня 2010 року «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

6.1.8. Рекомендації з **використання контрацептивів**. Опишіть чи включають вони рекомендації щодо призначення контрацептивів для підлітків, просування консультування, пропаганду контрацептивів з залученням чоловіків, подвійний захист для дівчат і жінок, окремі інструкції щодо використання контрацептивів ВІЛ-позитивними жінками та відповідне консультування жінок жертв насильства.

Питання щодо запобігання небажаній вагітності вирішуються спільно фахівцями з питань планування сім'ї та спеціалістами Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом відповідно до бажання пацієнтки, стану її здоров'я, репродуктивних планів з дотриманням принципів конфіденційності. Консультацію щодо методів контрацепції можуть отримати жінки, пари, чоловіки на однакових засадах. Консультування ВІЛ-позитивних жінок з питань планування сім'ї проводиться спеціалістами Центрів планування сім'ї, Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, жіночих консультацій та інших закладів охорони здоров'я, обізнаних у питаннях планування сім'ї та особливостей перебігу ВІЛ-інфекції. Якщо у Центрі профілактики та боротьби зі СНІДом наявна посада акушера-гінеколога, то він проводить консультування з питань Планування Сім'ї у Центрі, в іншому разі спеціаліст Центру СНІДу направляє ВІЛ-позитивну жінку до ЦПС (кабінетів ПС) для отримання послуг з контрацепції, або ж залучаються спеціалісти служби планування сім'ї до роботи в Центрі СНІДу за встановленим графіком.

Рекомендації з методів контрацепції для ВІЛ-позитивних осіб базуються на загальних підходах щодо критеріїв підбору контрацептивів. Більшість контрацептивів безпечні та ефективні і можуть використовуватися ВІЛ-позитивними жінками. За винятком деяких гормональних контрацептивів, які вступають у взаємодію з антиретровірусними препаратами, жоден із методів контрацепції при ВІЛ-інфекції не протипоказаний. Особлива увага в ході консультування з питань планування

сім'ї надається питанням ІПСШ/ВІЛ, оскільки профілактика їх передачі є важливою так само, як і профілактика небажаної вагітності. Оскільки презервативи — це єдиний метод контрацепції, який доведено захищає від передачі ІПСШ/ВІЛ, служби планування сім'ї акцентують увагу жінок на регулярному і правильному використанні презервативів. Основні три ключові питання для зміни поведінки та потреб планування сім'ї у ВІЛ-позитивних осіб: СВП (тобто стримування від ризикованих сексуальних відносин), вірність своєму партнеру та використання презервативів. Особливо проблемним є питання стримування від ризикованих сексуальних відносин для молодих людей та підлітків. У ЗМІ та розважальних закладах реклама доступності сексуальних стосунків стоїть на першому місці, а школи та батьки не справляються з цим питанням. Окрім медичних критеріїв підбору методів контрацепції, слід також враховувати соціальні, культурні та поведінкові умови клієнта. Рекомендації щодо застосування контрацептивів повинні мати індивідуальний характер для кожної жінки і пари, залежно від стадії захворювання і лікування, а також стилю життя і персональних бажань. Кожній жінці надається інформація про недоліки та переваги, побічні ефекти, пов'язані з кожним методом контрацепції, вплив методу на профілактику ІПСШ і ВІЛ, взаємодію між АРВ-препаратами та контрацептивами. Саме за клієнтом залишається остаточний вибір методу контрацепції.

Сьогодні в країні потребують удосконалення форми та методи роботи з ВІЛ-позитивними жінками до пологів та після пологів, механізми надання медичних послуг ВІЛ-позитивним жінкам з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, зокрема недостатньо налагоджена співпраця між акушерсько-гінекологічною службою та службою ВІЛ, потребує удосконалення система направлень та переадресування клієнтів.

Акушери-гінекологи недостатньо обізнані щодо особливостей перебігу ВІЛ, АРВ-терапії, особливостей підбору контрацептивів для ВІЛ-позитивних жінок, має місце негативне ставлення до ВІЛ-позитивних клієнтів.

За результатами опитування 205 ВІЛ-позитивних жінок, що народжували у 2008-2009 роках, у рамках підготовки дослідження отримано дані, що 83% жінок хоча б один раз отримували інформацію з питань планування сім'ї (використання методів контрацепції) від медичних працівників протягом цієї вагітності чи після пологів, 10% жінок взагалі не отримували будь-якої інформації і 7% не пам'ятають. Інформація надавалась медичними працівниками Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом (45%) та жіночих консультацій (40,6%). За даними моніторингу, у 2008 році 526 жінок зробили аборт, це становить 14,8% від кількості пологів.

Особливості надання послуг ВІЛ-позитивним клієнтам потребують підвищення рівня знань медичних фахівців для поліпшення якості медичних послуг для цієї категорії жінок з питань РЗ/ПС. З метою вирішення цього питання у 2008 році проектом «Разом до здоров'я» та ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» вперше в Україні розроблено та видано навчальний посібник «Планування сім'ї для ЛЖВ». Посібник розроблений для забезпечення медичного персоналу різного рівня та фахівців інших галузей, які опікуються питаннями охорони репродуктивного здоров'я і протидії ВІЛ-інфекції, сучасною інформацією щодо запобігання не планованій вагітності на основі міжнародного та вітчизняного досвіду. В навчальному посібнику представлені питання надання комплексних медичних послуг для збереження здоров'я ВІЛ-позитивних людей. У доступній формі подана інформація про загальні поняття профілактики, діагностики, клінічного перебігу, лікування ВІЛ-інфекції; основи консультування та його особливості, пов'язані з ВІЛ та ПС; сучасні

підходи до контрацепції в аспекті ефективності, прийнятності, зручності використання, доступності методу; методи контрацепції для ЛЖВ; інструкції для пацієнтів; психосоціальну підтримку ЛЖВ у контексті планування сім'ї.

За висновками медичних фахівців, найкращі результати спостерігаються у жінок, які свідомо планують вагітність та отримують комплексну медичну допомогу щодо підготовки до вагітності. Одним із дієвих заходів є подвійний захист, який включає використання презервативів у поєднанні з іншими ефективними методами контрацепції.

Для жінок-жертв насильства консультування з питань невідкладної контрацепції можна отримати у будь-якому закладі у лікаря-акушера-гінеколога.

Джерела:

Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 №740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей» та Клінічний протокол, затверджений наказом МОЗ України від 14.11.2007 №№716 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини».

6.1.9. Рекомендації щодо використання **невідкладної контрацепції**. В яких випадках та ситуаціях вона рекомендується, та які можливі альтернативи пропонуються.

В Україні невідкладна контрацепція доступна тільки в аптеках. Для використання у вигляді невідкладної контрацепції в країні зареєстровано 2 препарати виробництва компанії Ріхтер Гедеон:

- 1) Постинор (1 таблетка містить 0,75 мг левоноргестрелу, 2 таблетки у блистері, один блистер в картонній упаковці);
- 2) Ескапел (1 таблетка містить 1,5 мг левоноргестрелу, 1 таблетка у блистері, один блистер в картонній упаковці).

Рекомендується при/якщо:

- „незахищеному” (без використання будь-якого протизаплідного засобу) статевому акті;
- у разі виявлення дефекту бар'єрних протизаплідних засобів;
- за умови порушення регулярності в прийомі гормональних таблеток (пропуск прийому 3 і більше таблеток або початок нової упаковки із запізненням на 3 дні);
- після останньої ін'єкції ДМПА (депонірованого медроксипрогестерону ацетат) минуло більше 4 тижнів;
- пари, які застосовували метод природного планування сім'ї, і не втрималися від статевого акту, коли це було небажано;
- у випадку зґвалтування, особливо в підлітків.

У той же час як безкоштовна гуманітарна допомога може складатись з:

- прогестагенових таблеток (ПТП): доза ПТП еквівалентна 0,75 мг левоноргестрелу орально протягом 72 годин після статевого контакту, додатково доза ПТП еквівалентна 0,75 мг левоноргестрелу через 12 годин - усього 2 дози. **Або** доза ПТП еквівалентна 1,5 мг левоноргестрелу за один прийом протягом 96 годин після статевого контакту.
- комбінованих оральних контрацептивів (КОК): 4 таблеток низько дозованого КОК (30-35 мкг етинілестрадіолу) орально протягом перших 120 годин після незахищеного статевого акту, ще 4 таблеток через 12 годин - усього 8 таблеток. **Або** 2 таблеток високо дозованого КОК (50 мкг етинілестрадіолу) орально протягом перших 120 годин після незахищеного статевого акту, ще 2 таблеток через 12 годин - усього 4 таблетки.
- внутрішньо маткового контрацептиву (ВМК): введення ВМК протягом 5 днів після незахищеного статевого акту.

Джерело:

Клінічний протокол Планування сім'ї, затверджений наказом МОЗ від 27.12.2006 №905

6.1.10 Рекомендації або інструкції щодо **лікування ВІЛ-інфекції у дорослих, підлітків і дітей**. Для дорослих, чи включають вони питання сексуального репродуктивного здоров'я та побічних ефектів, включаючи липо дистрофію. Для підлітків, чи включають вони педіатричні дози та побічні ефекти.

Сьогодні в Україні розроблені та затверджені наказами МОЗ України низка нормативних документів, що регламентують ведення ВІЛ-інфікованих дорослих, підлітків та дітей у закладах охорони здоров'я за різними медичними аспектами.

У Клінічному протоколі антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженому наказом МОЗ України від 12.07.2010 № 551, питання сексуального та репродуктивного здоров'я дорослих деякою мірою надані у розділі 2: «Первинне обстеження пацієнта»; крім того, питання сексуального та репродуктивного здоров'я жінок висвітлені у розділі 12, главі 12.3: «Лікування ВІЛ-інфікованих жінок» та під главі 12.3.1: «Особливості медичного спостереження ВІЛ-інфікованих жінок під час вагітності».

Лікування побічних ефектів, у тому числі ліпо дистрофії, викладені у розділі 13, главі 13.2: «Токсичність та побічні реакції АРТ» та під главі 13.2.1: «Передбачувані побічні реакції класів та окремих АРВ-препаратів». Передбачувані побічні реакції АРВ-препаратів схем АРТ першого і другого ряду, профілактика та моніторинг побічних реакцій, тактика ведення пацієнтів при їх виникненні наведено у таблиці 15 Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків.

Аспекти сексуального та репродуктивного здоров'я та лікування побічних ефектів надано у главі 12.2: «Лікування ВІЛ-інфікованих підлітків» і під главі 12.2.1: «Проблеми прихильності у підлітковому віці». Слід зазначити, що ВІЛ-інфіковані підлітки є досить гетерогенною групою, яка різниться зокрема, за шляхом інфікування, досвідом сексуальних стосунків, відношенням до вживання психоактивних речовин, клінічним та імунологічним статусом, рівнем розвитку тощо.

У разі необхідності призначення АРТ, основна проблема виникає з дозуванням АРВ-препаратів. Основною рекомендацією щодо підходів у визначенні дози лікарського засобу має бути не вік пацієнта, а ступінь розвитку первинних та вторинних статевих ознак за шкалою Таннера (див. додаток 9 Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків).

Особливості лікування деяких груп ВІЛ-інфікованих пацієнтів, у тому числі уникнення токсичної дії препаратів, детально викладено у Стандарті лікування ВІЛ-позитивних споживачів ін'єкційних наркотиків, Клінічному протоколі надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію, Клінічному протоколі діагностики та лікування вірусного гепатиту С у дорослих хворих на ВІЛ-інфекцію, Клінічному протоколі діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків.

Рекомендації стосовно педіатричного дозування АРВ препаратів і медичного супроводу побічних ефектів висвітлено у Клінічному протоколі з антиретровірусного лікування та здійснення медичного спостереження за дітьми, хворими на ВІЛ-інфекцію у розділах: «Стартова лінія АРТ», «Режим дозування АРВ препаратів», «Характеристика можливих побічних дій АРВ-препаратів», «Заміна АРВ-препарату при розвитку токсичного ефекту» та в додатках 3 «Характеристика АРВ-препаратів» і 4 «Клінічні прояви токсичної дії АРВ-препаратів, діагностика і тактика ведення пацієнтів». Особливості лікування опортуністичних та ВІЛ-асоційованих захворювань і побічних явищ, виникаючих при цьому у дітей викладено у Клінічному протоколі з лікування опортуністичних інфекцій та ВІЛ-асоційованих захворювань у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей.

Джерела:

- Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затверджений наказом МОЗ України від 12.07.2010 № 551.
- Стандарт лікування ВІЛ-позитивних споживачів ін'єкційних наркотиків, затверджений наказом МОЗ України від 19.08.2008 № 476.
- Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на поєднанні захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію, затверджений наказом МОЗ України від 28.05.2008 № 276.
- Клінічний протокол діагностики та лікування вірусного гепатиту С у дорослих хворих на ВІЛ-інфекцію, затверджений наказом МОЗ України від 30.12.2008 № 826.
- Клінічний протокол діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків, затверджений наказом МОЗ України від 13.04.2007 № 182.
- Клінічний протокол з антиретровірусного лікування та здійснення медичного спостереження за дітьми, хворими на ВІЛ-інфекцію, затверджений наказом МОЗ України від 13.04.2007 № 182
- Клінічний протокол з лікування опортуністичних інфекцій та ВІЛ-асоційованих захворювань у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей, затверджений наказом МОЗ України від 07.04.2006 № 206

6.2. Тестування на ВІЛ, послуги з лікування, догляду та підтримки

6.2.1. Існування національного мінімального набору інтегрованих послуг з ВІЛ, туберкульозу та сексуального і репродуктивного здоров'я, включаючи послуги зі зниження шкоди, послуги з протидії насильству над жінками, вертикальної трансмісії та послуг з лікування та догляду.

Сьогодні концепція інтегрованої допомоги групам найвищого ризику, ЛЖВ та іншим цільовим групам населення в Україні вже отримала підтримку на національному рівні. У половині областей України вже створено подібні заклади і продовжують створюватись центри інтегрованої допомоги особам з ВІЛ в інших областях, але тільки на обласному рівні. Потреби ВІЛ-інфікованих полягають не лише у спеціалізованих, але і у широкому діапазоні супутніх медичних та немедичних послуг. Підвищення прихильності пацієнтів до медичної допомоги за рахунок координації та інтеграції послуг розглядається в рамках існуючих програм, у тому числі програм, що фінансуються Глобальним Фондом. Існуючі Центри комплексної допомоги включають лікування ВІЛ, хірургічну допомогу, лікування ІПСШ, наркоманії, гепатологічну, гінекологічну, психологічну та соціальну допомогу. Досвід таких центрів вказує на високий попит на такі послуги, як в рамках "єдиного вікна" з комплексом послуг, так і в рамках функціонуючої системи направлення і системи кейс - менеджменту, яка була запроваджена при тісній співпраці між державним і приватним секторами, а також об'єднанні медичних і немедичних послуг, включаючи первинну медико-санітарну допомогу. Через хронічний характер захворювання, проекти надання догляду і підтримки вважаються ключовими факторами у забезпеченні життєвих потреб ЛЖВ.

Разом із тим за умови реорганізації, змін у штатних розкладах, налагодження відповідної системи переадресування до кабінетів/закладів інтегрованої допомоги є можливість працювати на базі інших закладів та інших установ. Пріоритетом таких сайтів є надання як найбільшої кількості послуг із діагностики та лікування ВІЛ, залежності, а також із фтизіатричної допомоги під дахом одного закладу та створення за необхідності чіткої системи переадресування і супроводу пацієнта.

Загальнодержавна програма з протидії ВІЛ/СНІДу на 2009-2011 рр. спрямована на подальше зміцнення між секторальних підходів для вирішення проблем ВІЛ/СНІДу. Діючий Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», прийнятий у 2010 році, передбачає державні гарантії надання більш ефективних послуг шляхом здійснення діяльності в різних секторах. Положення цього Закону в першу чергу зосереджені на наданні послуг шляхом залучення організацій різних форм власності, включаючи організації громадянського суспільства, благодійні, релігійні організації та профспілки.

Законодавство щодо медичної та соціальної підтримки матерів та дітей є одним з найбільш тривалих, деталізованих і добре розроблених у порівнянні з іншими законами особливо щодо ВІЛ в Україні. Спільний наказ, яким було ухвалено Міжгалузеву програму з профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та підтримки постраждалих дітей на 2006 — 2008 роки, визначив стратегію профілактики вертикальної передачі ВІЛ та передбачив створення системи медичного та соціального нагляду за ВІЛ-позитивними жінками, дітьми. Держава гарантує доступ до послуг з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини для всіх ВІЛ-позитивних жінок, а також соціальну підтримку ВІЛ-позитивним жінкам, їх новонародженим дітям та родинам.

Послуги з планування сім'ї є ще недостатніми для населення в цілому, і зокрема уразливі групи не мають достатнього доступу до консультування з питань послуг та методів планування сім'ї.

Єдина згадка про сексуальне насильство в законодавчій та нормативно-правовій базі у сфері ВІЛ/СНІДу міститься у положенні статті 4 Закону про ВІЛ/СНІД, що гарантує «вільний доступ до пост контактної профілактики ВІЛ-інфекції для осіб, які наражалися на ризик ВІЛ-інфікування внаслідок сексуальної експлуатації, виконання професійних обов'язків чи інших випадків, включно з відповідним консультуванням в межах процедури, затвердженої спеціально уповноваженим центральним виконавчим органом охорони здоров'я».

Програми, пов'язані з ВІЛ, орієнтовані на СІН, визнано пріоритетними в національній політиці. У Загальнодержавній програмі СІН визначено, як одну з груп високого ризику інфікування ВІЛ, а також зазначено необхідність надання їм медичних та соціальних послуг. Однією з цілей Програми є забезпечення 60 відсотків СІН відповідними послугами. Було розроблено стандарти та методичні рекомендації щодо надання СІН медичних та соціальних послуг, пов'язаних з ВІЛ. Хоча послуги зменшення шкоди згадуються в законодавстві України та різних нормативно-правових актах, а також надаються в різній формі вже впродовж останніх 15 років, на державному рівні все ще не прийнято єдиної стратегії надання послуг зменшення шкоди.

Програма розповсюдження та обміну голок і шприців є обов'язковим компонентом базових послуг з профілактики ВІЛ або зменшення шкоди для СІН. Перелік послуг, що надаються у пунктах обміну шприців та голок, штатний розклад, та умови надання цих послуг викладено в стандартах соціальних послуг.

ЗПТ — це не окрема ініціатива, а один з ключових елементів подолання ВІЛ/СНІДу в Україні. ЗПТ було започатковано в Україні за Указом Президента України та двома наказами МОЗ, що дозволяють надання метадону та бупренорфіну особам, які мають опіоїдну залежність, в державних та недержавних установах.

Діяльність, пов'язана з боротьбою проти ко-інфекції туберкульозу та ВІЛ, включена в обидві національні програми - боротьби зі СНІДом (2009-2013 рр.) і протидії захворюванню на туберкульоз (2007- 2011 рр.).

Необхідність координації заходів із надання соціальних послуг розроблено і затверджено у спільному наказі Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України, МОЗ України № 3123/275/770 від 13.09.2010 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику».

Цім наказом вводяться у дію такі стандарти:

- Стандарт надання соціальних послуг з догляду і підтримки для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом;
- Стандарт надання соціальних послуг з профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб з високим ризиком інфікування ВІЛ статевим шляхом;
- Стандарт надання соціальних послуг хворим на поєднані захворювання туберкульоз та ВІЛ-інфекцію;
- Стандарт надання соціальних послуг хворим з потрійним діагнозом (ВІЛ-інфекція, туберкульоз, залежність від наркотичних речовин);
- Стандарт надання соціальних послуг особам, які отримують замісну підтримувальну терапію.

Таким чином, в Україні створено достатнє нормативне підґрунтя для захисту прав людей, які живуть з ВІЛ для надання медичних і соціальних послуг. Незважаючи на досягнутий прогрес у підвищенні доступності послуг з профілактики ВІЛ, велика і зростаюча кількість людей, які живуть з ВІЛ, не мають доступу до комплексних послуг. Багато з діючих законів та нормативних актів виконуються не досить ефективно так як державні або обласні/місцеві програми не фінансуються у повному обсязі або взагалі не фінансуються, не представлена розгалужена система соціальної та психологічної допомоги, висока кількість безробітних та малозабезпечених не мають доступу до якісних послуг. Однією з проблем є відсутність навченого персоналу, тренінги та навчання проводяться не постійно та не для всіх лікарів. Основні послуги, такі як профілактика, діагностика, лікування туберкульозу та ІПСШ залишаються вертикальними (від національного до місцевого рівнів). Ефективна система пере направлення відсутня. Крім того, профілактика, лікування, догляд та підтримка ВІЛ-інфікованих не були включені до системи «сімейної медицини». На обласному рівні очевидним є недостатнє об'єднання державних та громадських зусиль для інтеграції послуг. Основні пакети профілактичних послуг для груп найвищого ризику у громадських центрах і мобільних клініках наразі недостатньо охоплюють Добровільне Консультування та Тестування, синдромне лікування ІПСШ, а також тестування на Вірусний Гепатит В і Вірусний Гепатит С. Системи пере адресації, що дозволяють забезпечити лікуванням ВІЛ-

позитивних та провести консультування і навчання для тих, чії результати виявилися негативними, а також послуги у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я, наркологічні і протитуберкульозні заходи потребують удосконалення.

Джерела:

- Закон України № 2861-VI від 23 грудня 2010 року «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».
- Наказ МОЗ України, МОН України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного комітету телебачення та радіомовлення України, Державного департаменту України з питань виконання покарань «Про затвердження Міжгалузевої програми «Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та забезпечення медико-соціальною допомогою ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД дітей» на 2006 - 2008 роки» від 30.11.2006 № 786/ 796/ 4074/ 299/ 231.
- Спільний наказ МОЗ, МОН, МСМС, ДДУВП, МПСП № 740 / 1030 / 4154 / 321 / 614 від 23 листопада 2007 року «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».
- Наказ МОЗ № 476 від 19.08.2008 «Про затвердження Стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків».
- Наказ МОЗ № 827 від 13.12.2006 «Про затвердження графіку розподілу препарату «Еднок» для закладів охорони здоров'я, в яких проводиться замісна підтримуюча терапія»; та Наказ МОЗ № 295 від 04.06.2007 «Про затвердження графіків розподілу препаратів «Еднок» (бупренорфіну гідро хлорид) і «Метадол» (метадону гідро хлорид)».
- Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» від 05.07.2001 № 2586-III та Закон «Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007 - 2011 роках» від 08.02.2007 № 648-V.
- Спільний наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України, МОЗ України № 3123/275/770 від 13.09.2010 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику».

6.2.2. Надання безкоштовного, конфіденційного та добровільного консультування і тестування (ДКТ) на ВІЛ.

Згідно чинного Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (2010), медичний огляд з метою виявлення ВІЛ проводиться добровільно, за бажанням обстежуваної особи – анонімно. Відомості про результати медичного огляду, наявності або відсутності ВІЛ-інфекції у особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними й становлять лікарську таємницю.

Передача таких відомостей дозволялася тільки особі, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених законом України, також законним представникам обстежуваного, установам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства й дізнання, судам.

Проведення перед тестового та після тестового консультування здійснюється відповідно до Порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол), затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.08.2005 № 415, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 22.11.2005 за № 1404/11684.

Організація послуг ДКТ в країні регламентується наказом МОЗ України від 19.04.2006 р. за №236 «Про організацію впровадження порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протоколу) в закладах охорони здоров'я», який визначає необхідність видання організаційного наказу, діючого на території республіки, області, міста; створення мережі кабінетів «Довіра» відповідно з дотриманням відповідних вимог та конфіденційності для проведення якісного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію; визначення осіб, відповідальних за організацію надання послуг ДКТ на ВІЛ-інфекцію на адміністративній території. Законодавство передбачає вільний доступ до будь-якого медичного закладу незалежно від його форми власності (приватної, некомерційної чи урядової), якщо заклад має відповідну ліцензію та офіційну акредитацію.

Національний бюджет забезпечує фінансування виключно для тестування вагітних жінок і донорів крові. Обласні бюджети повинні забезпечувати фінансування для тестування 5 відсотків місцевого населення.

В 2010 році в Україні в рамках рутинного епідеміологічного нагляду було зроблено 3,3 млн. скрінінгових імуноферментних тестів для визначення антитіл до ВІЛ, з них – для обстеження донорів та вагітних використано 1,9 млн. тестів. Доступ до Добровільного Консультування та Тестування (ДКТ) для уразливих груп щодо інфікування ВІЛ сьогодні ще залишається обмеженим. У державному секторі, кошти для експрес-тестування зарезервовані тільки для пологових будинків, а правовий статус мобільних клінік в Україні поки є невизначеним.

Протягом останніх років МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» впроваджує тестування СІН, ЖКС, ЧСЧ та ув'язнені за допомогою швидких тестів. У 2010 році кількість таких тестувань дорівнювала 990 970.

Джерела:

- Закон України «Про попередження насильства в сім'ї» від 15.11.2001 р. №2789-III (зі змінами, внесеними згідно із Законами №609-V від 07.02.2007, №599-VI від 25.09.2008).
- Базові питання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію: Навчальний посібник для лікарів/ за ред. Дзюблик І.В.- К., 2007.- 171 с.
- Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні» №35, МОЗ України.
- Річний звіт МБФ "Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні" за 2010 р.
- Н. Джудіс, О. Заглада та Р. Мбуя-Браун. (2011). Оцінка політики з питань ВІЛ: Україна. Вашингтон, ОК: Ф'ючерс Груп, Проект «Health Policy Project».

6.2.3. Наявність тестування на ВІЛ та протоколів з консультування, які активно протидіють дискримінації та насильству над жінками і дівчатами, включаючи таке насильство, що перешкоджає доступу до послуг з консультування і тестування на ВІЛ, розкриттю статусу або наслідкам такого розкриття.

Окремого протоколу ДКТ для жінок та дівчат, які опинились або можуть опинитись в умовах сексуального насильства в Україні не існує.

З метою удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію в 2005 р. наказом МОЗ України було затверджено низку документів, які поліпшили ефективність використання в країні наявних ресурсів для попередження поширення ВІЛ-інфекції, розширення доступності ДКТ для різних груп населення у кожному територіально-адміністративному регіоні.

ДКТ став ключовим компонентом програм профілактики інфікування ВІЛ, у тому числі у випадку сексуального насильства або його загрози.

У рамках існуючого Протоколу ДКТ (Наказ МОЗ України від 19.08.05 № 415 "Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію", зареєстрований в Міністерстві юстиції України від 22.11.05 № 1404/11684) у осіб, яким надаються послуги з консультування на ВІЛ-інфекцію, оцінюється ризик щодо сексуального насильства та власний ризик щодо вірогідності інфікування ВІЛ, обговорюються правила поведінки для зменшення цього ризику та можливість екстреної профілактики у випадку сексуального насильства. Серед представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ (СІН, РКС, ЧСЧ) оцінюється поширеність сексуального насильства та запитується - хто найчастіше виявляється насильником. Консультант з ДКТ обговорює разом з особою, яка консультується, правила його/її поведінки, що допоможуть уникнути або зменшити ризик насильства та попередити можливі конфлікти.

Відомо, що жінки і дівчата стикаються з повсякденною дискримінацією й насильством на ґендерному ґрунті, в тому числі в шлюбних стосунках, що підвищує ризик передачі їм ВІЛ і перешкоджає здобуттю інформації та послуг.

Джерела:

- Наказ МОЗ України від 19.08.05 № 415 "Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію", зареєстрований в Міністерстві юстиції України від 22.11.05 № 1404/11684.
- Закон України № 2861-VI від 23 грудня 2010 року «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».
- Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: Зведений звіт. – Київ, 2009.
- Аналітичний огляд. Україна: Моніторинг упровадження цілей ССГАООН щодо сексуального та репродуктивного здоров'я / ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Київ. - 2010

6.2.4. Наявність системи моніторингу ВІЛ тестування, консультування, лікування та підтримки. Моніторинг має бути добровільним, погодженим та інформованим. До моніторингу також може бути включене насильство внаслідок ВІЛ-позитивного статусу в закладах охорони здоров'я.

В Україні на сьогодні не існує уніфікованої системи скринінгу на наявність проявів насильства, які можуть бути виявлені під час ДКТ на ВІЛ, консультування, лікування чи послуг з підтримки.

Скринінговим дослідженням на ВІЛ в Україні підлягають категорії населення, визначені Законом України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» (1991), доповненнями до цього закону (1998), «Правилами медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, обліку ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та медичного нагляду за ними» (1998). В цих документах відокремлені контингенти населення, які підлягають серологічному обстеженню в залежності від того, з якою метою здійснюється дослідження, від можливості реалізації того чи іншого шляху передачі інфекції, а також у відповідності до прийнятої класифікації груп населення за рівнями ризику інфікування ВІЛ.

Жертви насильства, як окрема категорія населення, що підлягає скринінговим дослідженням, не зазначена у нормативних документах та відноситься до категорії загального населення. Тестування на ВІЛ особи, яка постраждала від насильства, здійснюється на добровільній основі і супроводжується обов'язковим до тестовим та після тестовим консультуванням відповідно до Протоколу ДКТ, розробленому за рекомендаціями ВООЗ та ЮНЕЙДС.

Мінімальними вимогами до процедури консультування і тестування при ВІЛ-інфекції є добровільність, конфіденційність, анонімність, доступність, відсутність дискримінації, достовірність та повнота інформації, професійна та технічна досконалість, мобілізація всіх ресурсів.

Відповідно до нової редакції Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (2010) тестування осіб віком від 14 років і старше проводиться за наявності усвідомленої інформованої згоди особи, отриманої після надання їй попередньої консультації щодо особливостей тестування, його результатів і можливих наслідків, з дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних, у тому числі даних про стан здоров'я особи.

Тестування дітей віком до 14 років та осіб, визнаних у встановленому Законом порядку недієздатними, проводиться на прохання їх батьків або законних представників та за наявності усвідомленої інформованої згоди. Батьки та законні представники зазначених осіб мають право бути присутніми під час проведення такого тестування, ознайомлені з його результатами та зобов'язані забезпечити збереження умов конфіденційності даних про ВІЛ-статус осіб, інтереси яких вони представляють.

У Протоколі ДКТ встановлені особливості консультування різних груп населення, а саме: вагітних, дітей підліткового віку, донорів, працівників медичних закладів, військовослужбовців, а також ув'язнених та засуджених, працівників комерційного сексу, споживачів ін'єкційних наркотиків, хворих на туберкульоз тощо. Це свідчить про нормативне

урегулювання питань щодо широкого доступу населення до послуг консультування та тестування. Однак, окремих рекомендацій щодо проведення ДКТ особам, які стали жертвами насильства, у цьому документі немає.

Насильство над жінками є глобальною епідемією і сприяє високим темпам поширення ВІЛ серед жінок. Для багатьох жінок, що живуть з ВІЛ і уразливих перед цим захворюванням, система охорони здоров'я залишається місцем, де вони не стільки отримують лікування і допомогу, скільки стикаються із забобонами і дискримінацією. Служба охорони репродуктивного здоров'я/планування сім'ї в Україні, так само як і в кожній іншій країні одна: ЦПС, жіночі консультації, пологові будинки, гінекологічні відділення. Лікарів акушерів гінекологів в Україні більше, ніж достатньо. Проблема в якості надання медичної допомоги. Служба репродуктивного здоров'я (спеціалізовані медичні заклади) не є основою профілактики ВІЛ. Основою профілактики ВІЛ, як і інших ІПСШ для жінок і дівчат є консультування про здоровий спосіб життя та безпечну статеву поведінку.

Жінки піддаються цькуванню й насильству, коли стає відомо, що вони живуть з ВІЛ, тому жінки вважають за краще не проходити обстеження на ВІЛ і не звертатися за лікуванням. Завагітнівши, жінка з ВІЛ часто стикається з тим, що медпрацівники засуджують і звинувачують її, замість того, щоб запропонувати лікування та підтримку.

Джерела:

- Закон України «Про попередження насильства в сім'ї» від 15.11.2001 р. №2789-III (зі змінами, внесеними згідно із Законами №609-V від 07.02.2007, №599-VI від 25.09.2008).
- Закон України № 2861-VI від 23 грудня 2010 року «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».
- Базові питання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію: Навчальний посібник для лікарів/ за ред. Дзюблик І.В.- К., 2007.- 171 с.

Гендерно-чутливі послуги у сфері ВІЛ/СНІДу: Аналітичний звіт за результатами дослідження. / ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Київ. - 2011.

6.2.5. Наявність протоколів до і після тестового консультування, які включають потреби жінок у ситуаціях насильства:

- Інформація щодо стратегій зниження ризику для жінок-жертв насильства.
- Пропонування альтернативних моделей розкриття статусу, включаючи посередницьке розкриття за допомоги друзів або порадників.
- Інформація про ризик інфікування ВІЛ у подружньому житті.
- Інформація щодо стратегій переконання використання презервативів.
- Пере направлення до гендерно-орієнтованих послуг для жертв насильства.
- Пере направлення до соціальних служб або служб психологічної підтримки.

В Україні на національному рівні прийнято низку законодавчих актів, які містять положення з протидії домашньому насильству, захисту прав жінок та утвердження гендерної рівності. Однак, національних протоколів щодо

консультування жінок, які стали жертвами насильства, де були б чітко висвітлені питання відповідно профілактики та подальшого збереження їх репродуктивного, сексуального, психічного здоров'я не існує.

На виконання положень Законів України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» та «Соціальні послуги» і Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної допомоги» створені та функціонують центри соціально-психологічної допомоги для осіб, які опинилися в складних життєвих обставинах. До таких осіб належать також жінки, які постраждали від насильства різного виду. У системі Державної соціальної служби при Центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді функціонують «гарячі лінії», працюють програми підтримки кризових сімей.

Джерела:

- Закон України «Про попередження насильства в сім'ї» від 15.11.2001 р. №2789-III (зі змінами, внесеними згідно із Законами №609-V від 07.02.2007, №599-VI від 25.09.2008).
- Медико-соціальна допомога дітям, які зазнали насильства в сім'ї: Програма циклу тематичного вдосконалення лікарів. – К.: ТОВ «К.І.С.», 2010.
- Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол), затверджений наказом МОЗ України від 19.08.2005 № 415, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 22.11.2005 за № 1404/11684.
- Медична допомога і соціальний супровід дискордантних пар. Методичні рекомендації. – Київ, 2009.
- Планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ. Навчальний посібник, Київ, 2008.
- Аналітичний огляд. Україна: Моніторинг упровадження цілей ССГАООН щодо сексуального та репродуктивного здоров'я / ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Київ. - 2010.

6.2.6. Протидія насильству, послуги з тестування і консультування для вагітних жінок у закладах, що надають до та після пологову підтримку або програми попередження вертикальної трансмісії.

Відповідні питанню накази не містять норм і рекомендацій щодо консультування з питань насильства і фактично така допомога в закладах акушерсько-гінекологічної служби не надається. Також у надавачів послуг недостатньо знань та розуміння цих питань.

6.2.7. Наявність послуг з догляду і підтримки, які включають сексуальні і репродуктивні потреби жінок, які живуть з ВІЛ, такі як увага до безпечної і здорової сексуальності, бажання мати дітей, тестування і лікування раку шийки матки, інформація про можливості використання контрацептивів, включаючи подвійну контрацепцію.

В Україні не існує специфічних програм, спрямованих на захист репродуктивного та сексуального здоров'я ВІЛ-позитивних жінок.

6.2.8. Безкоштовне надання пост контактної профілактики жертвам сексуального насильства в усіх закладах охорони здоров'я.

Закони України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» (2010) та інші нормативно-правові акти надають визначення насильства за ґендерною ознакою та передбачають право жертв такого насильства на ПКП.

ПКП за законодавством повинна надаватися в усіх медичних закладах і застосовуватися в комплексі зі стандартними запобіжними заходами, які знижують можливість небезпечних контактів щодо ризику інфікування ВІЛ. Згідно законодавства ПКП повинна бути загальною доступною для тих, хто її потребує, незалежно від віку, статі, сексуальної орієнтації, громадянства, роду занять або перебування в ув'язненні. Рішення про проведення ПКП ухвалюється на основі клінічної оцінки факторів ризику.

Для проведення ПКП рекомендованими є схеми з трьох антиретровірусних препаратів. В Україні на законодавчому рівні гарантовано безоплатне забезпечення антиретровірусними препаратами, у тому числі держава гарантує кожному громадянину України вільний доступ до безоплатного проведення пост контактної профілактики ВІЛ-інфекції.

Джерела:

- Закон України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення». (зі змінами, внесеними згідно із Законом від 15.11.2001 № 2776-III (2776-14), ВВР, 2002).
- Закон України № 2861-VI від 23 грудня 2010 року «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».
- Проект наказу МОЗ України «Про затвердження клінічного протоколу пост контактної профілактики ВІЛ-інфекції» (на громадському обговоренні).
- Н. Джудіс, О. Заглада та Р. Мбуя-Браун. (2011). Оцінка політики з питань ВІЛ: Україна. Вашингтон, ОК: Ф'ючерс Груп, Проект «Health Policy Project».
- Звіт про стан виконання заходів Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки.
- Звіти про результати виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки за 2009 та 2010 роки.

6.2.9. Наявність закладів охорони здоров'я, що надають безкоштовне тестування і консультування на ВІЛ і сифіліс..

Проблему ІПСШ не можна відокремлювати від епідемії ВІЛ-інфекції в Україні, оскільки одним з основних шляхів передачі ВІЛ є статевий.

Сьогодні дерматовенерологічна служба України являє собою розгалужену мережу спеціальних стаціонарних та амбулаторних установ, а саме: ДУ „Інститут дерматології та венерології АМН України”, шкірно-венерологічні диспансери (районні, міжрайонні, міські, обласні, РШВД Автономної республіки Крим), районні кабінети при лікувально-профілактичних установах. Є приватні дерматовенерологічні кабінети, відкриті за ліцензіями МОЗ України, які один раз

на рік представляють звітні дані до інформаційно-аналітичних центрів при обласних клінічних лікарнях. Діяльність дерматовенерологічної служби регламентується наказом МОЗ України від 07.04.2004 №286 «Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України».

Дерматовенерологічна служба України бере участь у виявленні не тільки осіб з ІПСШ, але й інфікованих ВІЛ. Для цього в деяких центрах профілактики та боротьби зі СНІДом введені ставки лікарів дерматовенерологів. У свою чергу, у шкірно-венерологічних установах проводиться обстеження на ВІЛ осіб з діагнозом ІПСШ із наданням перед- та після тестового консультування.

Крім дерматовенерологічної служби та служби СНІДу ряд інших служб охорони здоров'я (акушерсько-гінекологічна, урологічна, установи загального профілю, станції служби крові, педіатрична й ін.) протягом багатьох років включені в роботу з профілактики ІПСШ, зокрема сифілісу та ВІЛ-інфекції, відповідно до чинного законодавства.

Акушерсько-гінекологічна та урологічна служби здійснюють дворазове серологічне обстеження вагітних, за їх добровільною згодою, у першому та в другому триместрі вагітності з обов'язковою постановкою комплексу серологічних реакцій на сифіліс та ВІЛ.

Проведення ДКТ пацієнтам, які обстежуються на ІПСШ та ВІЛ, регламентується наказами МОЗ України, які зобов'язують надання якісних послуг добровільного консультування та тестування пацієнтам, що звертаються або знаходяться на диспансерному обліку в установах охорони здоров'я; навчання та підвищення рівня знань з питань ДКТ фахівців установ охорони здоров'я; інформування населення про порядок одержання послуг ДКТ та організація моніторингу й оцінки якості ДКТ в установах охорони здоров'я. Передбачається залучення до цієї роботи неурядових організацій.

Згідно законодавства України, послуги з тестування та консультування на ІПСШ, включаючи сифіліс та ВІЛ, є безкоштовними.

Джерела:

- Наказ МОЗ України № 286 від 07.06.2004 р. „Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України”.
- Наказ МОЗ України № 446 від 06.07.2006 р. „Про затвердження Інструкції з впровадження порядку добровільного консультування і тестування (протоколу) у протитуберкульозних, дерматовенерологічних та наркологічних закладах охорони здоров'я”.
- Наказ МОЗ України „Про інфекційну безпеку донорської крові та її компонентів” № 385 від 01.08.2005 р.
- Базові питання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію: Навчальний посібник для лікарів/ за ред. Дзюблик І.В.- К., 2007.- 171 с.
- Інфекції, що передаються статевим шляхом, в Україні: епідеміологія, організація контролю, тенденції та проблеми (інформаційний бюлетень). -: Київ, 2009.
- Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні» №35, МОЗ України.

6.2.10. Наявність консультаційних центрів дружніх для молоді і жінок. Параметри оцінки: зручність і доступність послуг, оточення, приватність та конфіденційність, компетентність персоналу та ставлення, типи послуг, що пропонуються (наприклад інформація щодо СРЗ для жінок і молоді), розташування, час роботи.

Після прийняття у 2005 р. спільного наказу Міністерства України у справах молоді та спорту і МОЗ України від 30.03.05 № 1/135 «Про затвердження Заходів щодо розвитку «дружніх до молоді» медико-соціальних послуг на 2005 – 2010 роки» в Україні здебільшого стали відкривати „Клініки, дружні до молоді” (КДМ). Цей наказ було розроблено та затверджено на виконання Законів України "Про охорону дитинства", "Про соціальну роботу з дітьми та молоддю", "Про соціальні послуги" відповідно до Зведеного плану дій Уряду України та Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні.

“Клініка, дружня до молоді”– це особлива система соціально-медичної допомоги підліткам та молоді на базі закладів охорони здоров'я, які розташовані зручно та доступно для клієнтів. Суттєва відмінність КДМ від інших медичних закладів полягає у тому, що ця клініка надає не лише медичний, а й психологічний та соціальний комплекс послуг на принципах дружнього підходу до молоді, забезпечуючи при цьому доступність, добровільність, доброзичливий підхід з боку медиків до відвідувачів, а також анонімність, конфіденційність та безкоштовність.

Клієнти клініки можуть звертатися за консультуванням самостійно, без батьків або у супроводі друзів. Робота КДМ починається з консультування, котре забезпечується на всіх подальших етапах діагностики та лікування, разом з соціальним супроводом. Цільовою групою КДМ є діти віком 10 – 18 років та молоді люди до 24 років, однак основною цільовою групою КДМ є діти підліткового віку. У клініках працюють гінекологи, урологи, психологи, дерматологи, педіатри, підліткові терапевти, юристи, проводиться добровільне консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Консультацію можна отримати також анонімно за телефоном довіри. Всі фахівці, що працюють в клініках, проходять обов'язкове спеціальне навчання та здобувають право працювати в ній. Частіше режим роботи КДМ співпадає з графіком роботи закладу, на базі якого розташована клініка.

Очікуваними результатами діяльності КДМ є:

- зміна ризикованої сексуальної поведінки молоді на безпечну та відповідальну через популяризацію здорового способу життя;
- формування майбутнього відповідального батьківства серед підлітків, молоді та їх батьків засобами пропагування інституту шлюбу та християнських цінностей.
- зменшення поширеності інфекцій, що передаються статевим шляхом і небажаної вагітності серед молоді та підлітків.

Джерела:

- Наказ МОЗ України від 02.06.2009 р. № 383 «Про удосконалення організації надання медичної допомоги підліткам та молоді».
- Оцінка клінік, дружніх до молоді: аналітичний звіт / І. Л. Демченко, Н. П. Пивоварова, М. М.Костючок, Н. А. Белоносова. – К.: К.І.С., 2008. – 104 с.
- Наказ МОЗ України від 16.03.07 р. № 125 «Про затвердження заходів МОЗ України на виконання Державної програми підтримки сім'ї на період до 2010 року».
- Наказ МОЗ України від 04.08.2006 № 539 Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні».
- Наказ Міністерства України у справах молоді та спорту і Міністерства охорони здоров'я України від 30.03.2005 № 1/135 «Про затвердження Заходів щодо розвитку "дружніх до молоді" медико-соціальних послуг на 2005-2010 роки».

6.2.11. Персонал служб з ВІЛ/СНІД проходив тренінги з: сексуального і репродуктивного здоров'я, ґендеру і насильства над жінками, особливо домашнього насильства та його зв'язку з ВІЛ; послуги і програми сексуального і репродуктивного здоров'я, які можна запропонувати жінкам; пропонування базових послуг з визначення, документування, підтримки, оцінки ризику/планування безпеки, пере направлення, зворотного зв'язку, тощо.

В рамках державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року, що затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 р. №1849, важлива роль відводиться запровадженню принципу системності у розв'язанні проблем репродуктивного здоров'я населення України. Одним із завдань програми є удосконалення підготовки кадрів та навчальних програм. Однак коштів на виконання цього завдання не передбачено. Сьогодні в Україні організована та працює служба планування сім'ї, що представлена на регіональному рівні мережею центрів/кабінетів планування сім'ї та репродукції людини. В рамках діяльності служби фахівці таких центрів надають методичну допомогу спеціалістам Центрів профілактики та боротьби зі СНІД, дерматовенерологічних диспансерів, наркологічної служби, Центрів здоров'я, Клінік, дружніх до молоді.

Джерела:

- Наказ МОЗ України «Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні» № 539 від 04.08.2006.
- Аналітичний огляд. Україна: моніторинг упровадження цілей ССГАООН щодо сексуального та репродуктивного здоров'я / ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», 2010.
- Ґендерно-чутливі послуги у сфері ВІЛ/СНІДу: Аналітичний звіт за результатами дослідження. / ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», 2011.

6.3. Послуги для жінок жертв насильства

6.3.1. Наявність послуг або центрів з надання послуг жертвам насильства (включаючи юридичні та правоохоронні центри). Опишіть:

- Види послуг, що надаються.
- Чи вони спеціалізуються на окремому виді насильства (наприклад сексуальному) або різних видах насильства над жінками.
- Географічне розташування та покриття.
- Чи є вони громадськими або приватними або адмініструються організаціями громадянського суспільства.
- Чи надають вони послуги із запобігання ВІЛ, тестування і консультування.

Одним із актуальних питань протидії насильству є реабілітація осіб, потерпілих від насильства. Юридичну, консультативну, психологічну допомогу можуть надавати неурядові організації або Державна соціальна служба. Зазначена діяльність здійснюється відповідно до Закону України «Про соціальну роботу із сім'ями, дітьми та молоддю», Закону України «Про соціальні послуги» та Закону України «Про об'єднання громадян». На виконання Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» Міністерством охорони здоров'я України було видано наказ від 23 січня 2004 р. №38 «Про затвердження заходів щодо виконання Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» та «Примірного положення про центр медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї». Згідно із зазначеним документом у кожній області України мають бути створені спеціалізовані центри медико-соціальної реабілітації для потерпілих від цього виду порушення прав людини. На сьогодні такі центри функціонують лише в 2-х містах — Чернігові та Севастополі. Закон України «Про попередження насильства в сім'ї» передбачає створення кризових центрів для осіб, потерпілих від насильства в сім'ї. Нажаль подібні центри існують в поодиноких випадках.

З метою надання невідкладної допомоги особам, які опинилися у складних життєвих обставинах (у це визначення входить і допомога жертвам насильства) на даний час в Україні створено 22 центри соціально - психологічної допомоги – цілодобові стаціонари, що надають соціальні послуги сім'ям з дітьми та громадянам, які опинилися в складних життєвих обставинах, стосовно яких вчинено злочин, насильство в сім'ї (постанова Кабінету Міністрів України від 12.05.04 № 608), із загальною кількістю 390 місць. Робота в центрах соціально-психологічної допомоги здійснюється в цілодобовому стаціонарі, в умовах денного стаціонару (в т.ч. одноразова допомога) та шляхом консультувань по телефону: правова, психологічна, соціальна. Подібні центри в наявності у всіх обласних центрах та в деяких районних містах, але не в усіх містах районів України. Для людей з віддалених та маленьких міст і сіл України не є можливим отримати подібні послуги, так як у більшості цих населених пунктів люди з бідних або кризових родин, не володіють інформацією про існуючі послуги, знаходяться на віддаленій території та не довіряють державним установам.

Саме питання фінансування установ з попередження насильства в сім'ї позначається на їх кількості. Місцеві органи виконавчої влади та місцевого самоврядування сьогодні обмежені в фінансуванні.

Існує мережа громадських організацій, які надають допомогу жертвам насильства. У більшості це організації, які надають освітні послуги, так як консультаційні послуги та утримання притулку тощо вимагає фінансування, яке відсутнє у громадських організаціях у зв'язку з тим, що нема механізму надання коштів від держави, а міжнародні організації не підтримують подібну діяльність в Україні.

Всі вищезазначені причини призводять до того, що потерпілі від насильства є недостатньо захищеними. Основною проблемою залишається надання медичної та психотерапевтичної допомоги жертвам.

6.3.2. Інформована, добровільна та не примусова система обліку жертв насильства для визначення ризику інфікування ВІЛ.

Контроль здійснюється постійно, зважаючи на небажання жінок розкривати факти насильства.

6.3.3. Безкоштовне надання послуг в усіх закладах охорони здоров'я згідно протоколу протягом 72 годин після сексуального насильства, що включають:

- Пост контактна профілактика (ПКП) на основі безоплатності, безумовності та не дискримінації для зниження ризику інфікування ВІЛ.
- Термінова контрацепція.
- Медична і соціальна підтримка.
- Юридична підтримка.
- Формування прихильності до ВІЛ так ПКС консультування.
- АРТ для жертв, які є ВІЛ інфікованими.

В Україні не існує єдиного протоколу стосовно надання допомоги жертвам сексуального насильства. Проте, у останньому випадку, постраждала, згідно чинного законодавства України, може звернутись по допомогу в місцевий заклад охорони здоров'я або регіональний СНІД центр, де може отримати наступні послуги:

- за добровільною згодою, безкоштовну пост контактну профілактику АРВ-препаратами протягом 4-х тижнів з попереднім консультуванням
- медичну допомогу за потребою
- психологічну допомогу за потребою, якщо в штаті є психолог

- за потребою надання юридичної допомоги, постраждала може бути переадресована в Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, ВІЛ-сервісні організації, НУО тощо.

У разі потреби, засоби невідкладної контрацепції постраждала може придбати за власні кошти у мережі аптек.

На виконання Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» створюються центри медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї - структурні підрозділи лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я. Основним завданням центру є медико-соціальна реабілітація жертв насильства. Центр пропонує жертвам насильства будь-якої статі і вікової категорії (з їх згоди або на їх прохання) реабілітаційні заходи на підставі рішення медичної комісії центру. Щодо неповнолітніх членів сім'ї необхідна письмова згода одного з батьків, усиновителів, опікуна чи піклувальника або органу опіки і піклування. Центр:

- визначає соматичний стан жертви насильства та надає первинну медико-санітарну допомогу;
- проводить психологічне обстеження жертви насильства з метою розробки раціональної та ефективної індивідуальної програми реабілітації;
- забезпечує психіатричний огляд жертви насильства з метою діагностики психічних розладів та розладів поведінки згідно із Законом України "Про психіатричну допомогу"; забезпечує діагностичні, лікувально-профілактичні заходи (в тому числі психотерапевтичні, психокорекційні та тренінгові) у межах індивідуальної реабілітаційної програми;
- організовує надання юридичних консультацій;
- повідомляє про вчинення насильства у сім'ї в службу дільничних інспекторів міліції чи кримінальної міліції у справах неповнолітніх;
- надає інформацію з питань попередження насильства в сім'ї на запит уповноважених органів;
- проводить інформаційно-просвітницьку роботу з питань організації спеціалізованої медичної допомоги особам, що зазнали насильства та їх реабілітації; надає Міністерству охорони здоров'я інформацію про обсяги проведеної ним роботи для узагальнення (щорічно);

Центр здійснює реабілітацію в стаціонарному та амбулаторно-поліклінічному відділеннях.

1. Стаціонарне відділення організовується для жертв насильства, яких потрібно негайно дистанціювати від агресора або психотравматичної ситуації. Відділення розгортається в окремому приміщенні або на базі лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я; з необхідними умовами для забезпечення тривалого перебування у ньому жертв насильства. Інформація про осіб, які в ньому перебувають, має бути конфіденційною. У цьому відділенні надається медична, соціальна, психологічна та юридична допомога.

2. Амбулаторно-поліклінічне відділення організується в окремому приміщенні або в амбулаторно-поліклінічному відділенні лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я, в якому жертви насильства отримують відповідну медичну, психологічну, юридичну, соціальну допомогу. В амбулаторно-поліклінічному відділенні надається допомога жертвам насильства, які не потребують невідкладної госпіталізації до лікувального профілактичного закладу або негайного дистанціювання від агресора. При необхідності жертвам насильства може проводитися психіатричний огляд відповідно до чинного законодавства.

Обстеження жертв насильства проводиться в лікувально-профілактичному закладі охорони здоров'я, на базі якого створено центр. Центр пропонує жертвам насильства будь-якої статі і вікової категорії (з їх згоди або на їх прохання) реабілітаційні заходи на підставі рішення медичної комісії центру. Щодо неповнолітніх членів сім'ї необхідна письмова згода одного з батьків, усиновителів, опікуна чи піклувальника або органу опіки і піклування.

У випадку якщо не існує в місті зазначених вище центрів, то жертва сексуального насильства може звернутись до будь-якої лікарні за місцем події для отримання допомоги не дивлячись на свій ВІЛ-статус згідно законодавства України про невідкладну медичну допомогу. У випадках зґвалтування судова експертиза повинна передувати тому, коли міліція приступить до розслідування або зможе визначити категорію злочину. Державна судово-медична служба є відповідальною за проведення судової експертизи; проте судова експертиза не буде проводитись, якщо жертва не надасть направлення з міліції. Для того, щоб отримати таке направлення, жертва насильства повинна спершу звернутися до міліції та подати письмову скаргу на насильство. Після прийняття скарги у межах своєї компетенції міліція надасть направлення на судову експертизу або відмовить у його наданні. У більшості випадків жертва повинна продемонструвати ознаки та/або наполягати на тому, щоб все було задокументовано перед тим, як міліція надасть направлення на судову експертизу, яка має задокументувати її. Насильство вимагає від жертви якомога скорішого проходження судово-медичної експертизи, у деяких випадках міліція навмисно відкладає прийняття скарги жертви насильства, затягує надання направлення на судово-медичну експертизу. Якщо жертва знає про необхідність отримання направлення на судово-медичну експертизу, він/вона може вимагати його в міліції. Проте багато жертв не знають про судово-медичну експертизу, міліція не інформує їх про необхідність прибуття до відповідної установи для її проходження. За відсутності судово-медичної експертизи у міліції скарги не дадуть руху через відсутність доказів. Навіть якщо жертва має на руках результати попередньої судової експертизи, проведеної районним лікарем або доктором у поліклініці, міліції все одно буде необхідно направити жертву на судову експертизу до одного з державних бюро судово-медичної експертизи. У цьому випадку судовий експерт може використати попередній висновок з поліклініки, як частину свого звіту та документації. Проблема полягає у тому, що більшість районних лікарів та докторів, які працюють у поліклініках, не знають про те, що вони можуть провести попередню медичну експертизу та задокументувати ушкодження жертв насильства в сім'ї. Також, на думку експертів у сфері медицини, ще однією проблемою є те, що деякі

жертви насильства в сім'ї (у більшості випадків це скривджені жінки) приносять до судових експертів або міліції підтверджуючі медичні документи, які містять додаткові докази насильства в сім'ї, але не залишають собі копії. Міліція ж часто-густо губить ці додаткові підтверджуючі матеріали, надані жертвами насильства в сім'ї. У більшості випадків для проведення судово-медичної експертизи жертви змушені їхати в обласний центр. Жертви насильства в сім'ї часто-густо змушені долати великі відстані (від 60 до 300 км в один бік), аби дістатися бюро судово-медичної експертизи і власне пройти експертизу. Подорож також часто ускладнюється необхідністю довго чекати громадський транспорт. Наприклад, жертви часто змушені від'їжджати із сіл, де автобуси ходять через день або два-три рази на тиждень. Жертва спочатку прибуває до районного центру і лише звідти дістається до міста обласного значення. Іноді автобус з районного центру ходить в область лише двічі на день (вранці та ввечері). Якщо жертва приїздить до районного центру об 11:00 ранку, вона, можливо, буде змушена чекати до вечора або навіть до ранку наступного дня, щоб дістатися автобусом до центру області.

6.3.4. Працівники системи охорони здоров'я пройшли тренінги щодо сексуального насильства, ґендеру та впровадження протоколу з допомоги жертвам сексуального насильства.

В Україні не існує протоколу щодо надання допомоги жертвам сексуального насильства. Сьогодні не існує окремих навчальних програм щодо підготовки працівників сфери охорони здоров'я з питань сексуального насильства та в площині ґендеру.

6.3.5. Персонал служб протидії насильству над жінками у лікарнях, соціальних центрах, НУО, притулках, тощо пройшов тренінги щодо зв'язку між ВІЛ та насильством над жінками та надання інформації щодо ВІЛ і пере направлення.

Так як до 2010 року навчання працівників охорони здоров'я у більшості проводилось за темою профілактики та надання допомоги особам, які живуть з ВІЛ (у відповідній специфіці), то таким чином працівники цієї галузі отримали тільки ці відповідні знання.

Щодо протидії насильству, то працівники медичних закладів на національному рівні не навчались та не мають сучасної освіти за темою допомоги жертвам насильства у контексті ВІЛ або ґендерної чуйності (без упереджень та без стереотипів), де би вони не надавали допомогу (центри, невідкладна допомога чи лікарня).

Існують поодинокі проекти громадських організацій, які вже почали проводити навчання у поєднанні зазначених тем: ґендерна чуйність, протидія насильству та ВІЛ, це більше стосується організацій, які працюють з жертвами торгівлі людьми або секс працівниками. Також, подібну діяльність почали організації - Мережа людей, які живуть з ВІЛ та Альянс ВІЛ/СНІД.

6.3.6. Навчання персоналу та уважне ставлення до потреб маргіналізованих та вразливих груп (РКС, ЛГБТ, СІН, расові/етнічні групи, жінки мігранти, жінки і дівчата з особливими потребами тощо) в контексті насильства і ВІЛ.

На державному рівні навчання із зазначених питань не проводиться. Мережа людей, які живуть з ВІЛ, Альянс з ВІЛ/СНІД, розпочали у 2009- 2010 роках поєднувати тренінгові методики для роботи із зазначеними групами населення, проводять тренінги та видають посібники. Крім того, існують поодинокі проекти громадських організацій, які вже почали проводити навчання у поєднанні зазначених тем: гендерна чуйність, протидія насильству та ВІЛ, це більше стосується організацій, які працюють з жертвами торгівлі людьми або секс працівниками.

6.3.7. Наявність притулків для жертв домашнього і сексуально насильства та жіночих організацій, що надають послуги жертвам.

У чинному законодавстві України не міститься визначень щодо створення та діяльності притулків для жертв насильства. У той же час допомогу при зґвалтуванні та жертвам насильства в сім'ї надають:

- центри соціально-психологічної допомоги, які створені згідно постанови КМУ № 608 (від 12 травня 2004 р.), і надають соціальні послуги особам, які внаслідок стихійного лиха, учинення стосовно них злочину, насильства (у тому числі в сім'ї) або реальної загрози його вчинення та за інших обставин (далі - особи, які опинилися у складних життєвих обставинах), наслідків яких вони не можуть подолати самотійно. В умовах цілодобового стаціонару надається допомога та тимчасовий притулок особам, які опинилися у складних життєвих обставинах, і потребують тимчасового притулку, у разі відсутності у зазначених осіб засобів до існування... Соціальні послуги надаються таким особам шляхом консультування за допомогою телефонного зв'язку, а також в умовах денного стаціонару без забезпечення тимчасовим притулком і харчуванням. Надаються консультації з питань застосування норм законодавства, допомога в оформленні документів, забезпечується захист та реалізація прав дітей, молоді та сімей, зокрема шляхом представлення їх інтересів перед третіми особами. Проводиться оцінка потреб осіб, які звернулися до центру, складається разом з ними індивідуальний план заходів щодо усунення складних життєвих обставин з установленням строку його виконання. Проводиться психологічна діагностика з метою психологічної корекції, реабілітації та адаптації; надаються посередницькі послуги під час здійснення діагностичних заходів, у разі потреби здійснюються профілактичні та лікувально-оздоровчі заходи, надається перша невідкладна допомогу у разі нещасного випадку;

Також жінка вагітна або, яка має дитину до 18 місяців, може отримати допомогу в соціальному центрі матері та дитини згідно Постанови КМУ від 8 вересня 2005 р. N 879 Про затвердження Типового положення про соціальний центр матері та дитини. Це заклад тимчасового проживання жінок на сьомому-дев'ятому місяці вагітності та матерів з дітьми віком від народження до 18 місяців, які опинилися в складних життєвих обставинах, що перешкоджають виконанню

материнського обов'язку. Жінкам та дівчатам надають безоплатні психологічні, соціально-педагогічні, правові, соціально-економічні, соціально-медичні, соціально-побутові та інформаційні послуги особам, які тимчасово у ньому проживають, та забезпечують їх харчуванням;

- Щодо створення притулків та закладів громадськими організаціями: Згідно українського законодавства про громадські організації України організації можуть створювати притулки та заклади допомоги для задоволення потреб громади, якщо це враховано в їхньому статуті. Заклади створюються на виконання програм місцевого значення і згідно розпоряджень місцевих органів влади. Керівники закладів можуть укласти угоду про співпрацю та надавати послуги не тільки за місцем проживання. Подібних закладів (притулків) в Україні небагато, у більшості вони працюють за кошти місцевих органів влади та міжнародних донорів та можуть надавати наступну допомогу:
- соціальні послуги особам, стосовно яких вчинено злочин, насильство (у тому числі в сім'ї), в умовах цілодобового стаціонару надавати допомогу та тимчасовий притулок особам, які опинилися у складних життєвих обставинах, і потребують тимчасового притулку, у разі відсутності у зазначених осіб засобів до існування...; соціальні послуги надаються таким особам шляхом консультування за допомогою телефонного зв'язку, надаються консультації з питань застосування норм законодавства, допомогу в оформленні документів, забезпечується захист та реалізація прав дітей, молоді та сімей, зокрема шляхом представлення їх інтересів перед третіми особами; проводиться психологічна діагностика з метою психологічної корекції, реабілітації та адаптації; надаються посередницькі послуги під час здійснення діагностичних заходів, за потреби здійснюються профілактичні та лікувально-оздоровчі заходи, надається юридичну допомогу.

6.3.8. Наявність послуг для жінок-жертв насильства в правоохоронних та юридичних установах.

Стаття 6 Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» визначає повноваження та межі відповідальності дільничних інспекторів міліції та кримінальної міліції у справах дітей для реагування на насилля у сім'ї та його попередження. Заходи, яких вони повинні вживати, включають:

- прийняття та розгляд заяв і повідомлень про насильство в сім'ї або про реальну загрозу його вчинення;
- проведення профілактичної роботи з особами, які вчинили насильство в сім'ї, що стоять на профілактичному обліку, надання консультацій членам родини;
- вживання належних заходів для попередження насильства в сім'ї, а також інформування жертв насильства в сім'ї про їх права, заходи та послуги, доступні для них;
- направлення осіб, які вчинили насильство в сім'ї, та жертв насильства в сім'ї до спеціалізованих закладів, які опікуються питаннями насильства в сім'ї;

- надання інформації з питань попередження насильства в сім'ї на запит уповноважених органів.

Повноваження кримінальної міліції у справах дітей поширюються на випадки, в яких вік жертви насильства в сім'ї або особи, стосовно якої є реальна загроза насильства в сім'ї, менше 18 років, а також на випадки, коли особа, яка вчинила насильство в сім'ї, не досягла 18 років.

Як Закон України «Про попередження насильства в сім'ї», так і стаття 173-2 Кодексу України про адміністративні правопорушення визначають міліцію як основний орган, відповідальний за визначення та адміністрування покарання осіб, які вчинили насильство в сім'ї, зокрема штрафи, корекційна робота або адміністративний арешт. Саме у компетенції міліції є прийняття скарг від жертв з направленням до бюро судово-медичної експертизи для документальної фіксації ушкоджень та визначення їх категорії. Без звіту за результатами огляду судово-медичними експертами міліція не буде продовжувати розглядати справу. Без направлення жертва не може пройти такий огляд у відповідній державній установі.

6.4. Наявність матеріалів

6.4.1. Безкоштовне надання чоловічих та жіночих презервативів і лубрикантів та контрацептивів, включаючи термінову контрацепцію. Пункти розповсюдження. Методи контрацепції, що надаються безкоштовно.

Відповідно до Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 безкоштовними контрацептивами забезпечуються наступні категорії жінок: жінки з екстрагенітальною патологією, молодь віком 18-20 років, малозабезпечені жінки та ВІЛ-позитивні жінки. Закупівля контрацептивів повинна здійснюватись за рахунок державного та місцевих бюджетів, для цього у державній програмі щорічно повинні передбачатись відповідні кошти.

У 2009 році закуповувався внутрішньо матковий контрацептивний засіб Прегна та комбінований оральний контрацептив Новінет. Рішення про види контрацептивів (до них не відносяться лубриканти, як допоміжні засоби, та жіночі презервативи з приводу того, що вони не зареєстровані в Україні) для закупівлі ухвалюється щорічно на підставі тендерних процедур. Також контрацептиви закуповуються обласними управліннями охорони здоров'я за рахунок коштів місцевих бюджетів. Ситуація складається так, що держава як на національному так і на обласному чи місцевому рівнях не виділяє фінансування на даний вид продукції, так як кошти відсутні.

Отримати безкоштовні контрацептиви можуть тільки вищезазначені групи жінок у Центрах/кабінетах планування сім'ї, жіночих консультаціях, пологових будинках, гінекологічних відділеннях, при наявності міжнародної або гуманітарної допомоги, якщо було виділено фінансування. На державному рівні спеціальних пунктів роздачі презервативів не існує. Проте, в рамках певних програм, за кошти донорів, презервативи та лубриканти розповсюджуються у вигляді гуманітарної допомоги серед представників груп високого ризику.

6.4.2. Безкоштовне надання штучних молочних сумішей для дітей жінок, які живуть з ВІЛ.

У відповідності до існуючого законодавства України всі діти, народжені ВІЛ-інфікованими матерями, повинні забезпечуватися безкоштовно адаптованими молочними сумішами. Але у більшості за відсутності коштів молоко не закупляється у повному обсязі.

ВІЛ-інфіковані матері отримують консультативну допомогу з питань доцільності виключення грудного вигодовування новонародженого і підготовки до штучного вигодовування адаптованими замінниками грудного молока. Медичні спеціалісти навчають годувати новонародженого замінниками грудного молока відповідно до вимог до приготування суміші, термінів та умов її зберігання, дотримання гігієнічних стандартів. Спостереження за режимом штучного вигодовування дитини постійно проводить лікар-педіатр за місцем проживання. ВІЛ-інфікованій жінці надається докладна інформація про соціальну підтримку та можливість отримання молочної суміші безкоштовно.

Джерела:

- Спільний наказ МОЗ України, МОН України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань та Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 26.12.2007 за № 1405/14672.
- Звіт про результати виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки за 2010 рік.
- Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні» №35, МОЗ України.
- Аналітичний огляд. Україна: моніторинг упровадження цілей ССГАООН щодо сексуального та репродуктивного здоров'я/ ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», 2010.
- Оперативна інформація щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини у 2009 та 2010 роках.

6.4.3. Безкоштовне надання АРТ та ліків для лікування та запобігання опортуністичним інфекціям, включаючи попередження вертикальної трансмісії.

В Україні згідно існуючої нормативно-правової бази надання антиретровірусного лікування, лікування та профілактики опортуністичних інфекцій, медикаментозної профілактики вертикальної передачі ВІЛ-інфекції здійснюється на безоплатній основі. Джерела фінансування останні роки – Державний бюджет та кошти Глобального фонду.

Загальнодержавна Програма з ВІЛ/СНІД 2009-2011 рр. гарантує державне забезпечення 80-відсоткової потреби лікарських засобів для АРТ.

Якщо медикаментозна профілактика вертикальної передачі ВІЛ-інфекції здійснюються фактично у 100 відсотках випадків, то недостатнє фінансування на потреби АРТ у зв'язку з високими цінами на лікарські препарати та обмеженими поставками антиретровірусних препаратів не дозволяють своєчасно включати пацієнтів для проходження АРТ. Діти становлять окрему групу, якій надається пріоритет у забезпеченні догляду та лікування.

Препарати для лікування та профілактики опортуністичних інфекцій можливо придбати в загальній аптечній мережі, але з урахуванням специфіки контингенту ВІЛ-інфікованих осіб (значна питома вага є СІН) придбання ліків за власні кошти є проблематичним. Регіональні бюджети лише частково забезпечують потребу в лікарських препаратах для лікування опортуністичних інфекцій, що призводить до перерв у лікуванні та розвитку резистентності до лікарських препаратів.

Сьогодні програма «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини» реалізується на виконання «Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2009 – 2013 роки». В рамках програми проводиться безкоштовне тестування вагітних на наявність ВІЛ, безкоштовне забезпечення ВІЛ-позитивних вагітних жінок антиретровірусними препаратами для проведення курсу профілактики передачі ВІЛ та молочними сумішами для вигодовування новонароджених дітей.

Джерела:

- Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні» №35, МОЗ України.
- Закон України № 2861-VI від 23 грудня 2010 року «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».
- Проект наказу МОЗ України «Про затвердження клінічного протоколу пост контактної профілактики ВІЛ-інфекції» (на громадському обговоренні).
- Н. Джудіс, О. Заглада та Р. Мбуя-Браун. (2011). Оцінка політики з питань ВІЛ: Україна. Вашингтон, ОК: Ф'ючерс Груп, Проект «Health Policy Project».

6.4.4. Наявність наборів пост-контактного захисту для жертв сексуального насильства (АРТ, ІПСШ).

За фактом сексуального насильства, потерпіла отримує безкоштовну пост-контактну профілактику у закладах охорони здоров'я. Засоби невідкладної контрацепції вона може придбати в аптечній мережі за власні кошти. Задля лікування ІПСШ потерпіла направляється до відповідних спеціалістів – дерматовенерологів.

Пост контактна профілактика (ПКП) являє собою короткостроковий курс антиретровірусних препаратів для зниження імовірності розвитку ВІЛ-інфекції після контакту з біологічними рідинами, сполученого з ризиком інфікування ВІЛ.

Тестування на ВІЛ проводять одразу після контакту, а потім через 6 тижнів, 12 тижнів та 6 місяців після контакту, навіть, якщо ПКП вирішено не проводити.

Схеми для ПКП

Схема вибору	Тенофовір+ емтрицитабін (або ламівудин) +лопінавір/ритонавір Відповідно до наказу МОЗ від 12.07.2010 р №551 цій схемі слід надавати перевагу за високу ефективність, що добре переноситься та має низький ризик розвитку резистентності
Альтернативна	Зидовудин+ламівудин ^б +лопінавір/ритонавір

У особи, яка отримує АРВ-препарати для ПКП, дотримується режиму лікування, з появою можливих побічних ефектів проводять симптоматичне лікування без заміни схеми ПКП. Детально це питання висвітлено у Клінічному протоколі антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції дорослих та підлітків (затверджений Наказом МОЗ від 12.07.2010 року № 551). Однак, надання комплексних послуг охорони здоров'я жертвам сексуального насильства не отримало детального викладу в законодавстві з питань ВІЛ, відсутні також клінічні протоколи й рекомендації щодо надання допомоги жертвам насильства за ґендерною ознакою. Ці недоліки загострюються загальним браком обізнаності з ґендерних питань і обмеженим розумінням серед урядових структур того, як розробити програми, що враховували б ґендерну специфіку.

Джерела:

- Наказ МОЗ України від 19.04.2006 №236 «Про організацію впровадження порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».
- Аналітичний огляд. Україна: Моніторинг упровадження цілей ССґАООН щодо сексуального та репродуктивного здоров'я / ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Київ. - 2010.

6.4.5. Надання інформаційних та навчальних матеріалів щодо ВІЛ, насильства і сексуального репродуктивного здоров'я різним групам жінок і дівчат.

В Україні подібні питання включені до навчальних програм середніх освітніх шкіл/училищ, вищих навчальних закладів. Окрім цього, в Україні розвинута мережа громадських організацій, що за підтримки міжнародних організацій працюють в школах з молоддю для поширення інформації направленої на різноманітну освіту у контексті зазначених питань. Вони мають більш сучасну інформацію, володіють інноваційними методиками викладання.

6.5. Запобіжні заходи щодо інфікування ВІЛ та насильства над жінками

6.5.1. Комплексна сексуальна освіта доступна на всіх освітніх рівнях з фокусом на права людини і ґендер, що включає інформацію щодо:

- ґендер
- силові стосунки
- випадки насильства над жінками і дівчатами, як їм запобігти
- профілактика ВІЛ та ІПСШ
- методи контрацепції
- репродуктивне здоров'я, насильство над жінками та законодавство щодо ВІЛ
- стигма і дискримінація.

За рахунок донорських організацій в Україні з 2007 року активно почали впроваджуватись освітні компоненти, що направлені на освіту як викладачів, так і студентів різного рівня акредитації. При вищих закладах (університетах) розпочали відкриватись ґендерні студії та кафедри. На виконання закону України Про забезпечення ґендерної рівності з 2006 року діє наказ Міністерства освіти про проведення ґендерного уроку (раз на рік). Методисти всіх інститутів післядипломної освіти пройшли відповідні тренінги з ґендерної рівності для проведення місцевих навчальних заходів та уроків. Видані посібники з ґендерної рівності для середньої школи та вищих навчальних закладів, проте, на жаль, вони не покривають всіх шкіл України. У той же час, викладання ґендерної теми є рекомендованим, а не обов'язковим для навчальних закладів різного рівня акредитації.

Щодо причин насильства над жінками та дівчатами, а також сексуального/репродуктивного здоров'я: не існує окремих предметів чи тем, які направлені саме на безпеку жінок та дівчат, частково ці теми закладені в уроки «Основи здоров'я» та правознавства.

Тематика	Початкова школа	Основна	Старша школа і ПТНЗ	ВНЗ
Ґендер і владні відносини	<p><i>Предмет Основи здоров'я</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ґендер 	<p><i>Предмет Основи здоров'я</i> <i>Курс за вибором «Молодь за здоровий спосіб життя»</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Поняття статі та ґендеру, ґендерна нерівність • Сім'я, дружба, любов 	<p><i>Факультативні курси:</i> <i>Школа проти СНІДу</i> <i>Захисти себе від ВІЛ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ґендер, ґендерні ролі, ідентичність, стереотипи • Ґендерні аспекти епідемії ВІЛ/СНІДу 	<p><i>Психовалеологія, основи валеології (педагогічні ВНЗ)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Поняття статі та ґендеру, ґендерна рівність

Причини насильства над жінками і дівчатами, як йому запобігти	<i>Предмет Основи здоров'я</i> <ul style="list-style-type: none"> Розбудова дружніх стосунків між хлопчиками і дівчатками 	<i>Предмет Основи здоров'я</i> <ul style="list-style-type: none"> Сексуальне домагання Запобігання і протидія насильству 	<i>Факультативні курси: Школа проти СНІДу Захисти себе від ВІЛ</i> <ul style="list-style-type: none"> Рівноправні стосунки Сексуальне домагання / примус / насильство Методи запобігання і протидії сексуальному насильству 	<i>Профілактика проблем фізичного і психічного здоров'я (педагогічні ВНЗ)</i> <ul style="list-style-type: none"> Рівноправні стосунки Протидія ґендерному насиллю в родині
Профілактика інфікування ВІЛ та ІПСШ	Не викладається	<i>Предмет Основи здоров'я</i> <ul style="list-style-type: none"> Статеве дозрівання і репродуктивне здоров'я. Профілактика ВІЛ, ІПСШ 	<i>Факультативні курси: Школа проти СНІДу Захисти себе від ВІЛ</i> <ul style="list-style-type: none"> Профілактика ВІЛ, ІПСШ, незапланованої вагітності 	<i>Основи безпеки життєдіяльності (усі ВНЗ)</i> <ul style="list-style-type: none"> Профілактика ВІЛ, ІПСШ, незапланованої вагітності
Методи контрацепції	Не викладається	Не викладається	<i>Видання для самостійного читання: «Для тебе, хлопець. Для тебе, дівчино» за курсом Школа проти СНІДу</i> <ul style="list-style-type: none"> Профілактика ВІЛ, ІПСШ, незапланованої вагітності Методи контрацепції 	<i>Основи безпеки життєдіяльності (усі ВНЗ)</i> <ul style="list-style-type: none"> Профілактика ВІЛ, ІПСШ, незапланованої вагітності Методи контрацепції
Законодавство щодо СРЗП /статевого і репродуктивного здоров'я, заснованого на	Не викладається	<i>Предмет Основи здоров'я</i> <ul style="list-style-type: none"> Права людини, міжнародні та національні документи 	<i>Факультативні курси: Школа проти СНІДу Захисти себе від ВІЛ</i> <ul style="list-style-type: none"> Законодавство щодо ВІЛ 	<i>Профілактика проблем фізичного і психічного здоров'я (педагогічні ВНЗ)</i>

правах людини/ насильство над жінками та ВІЛ		про права людини. • Законодавство щодо насильства та ВІЛ		• Законодавство у сфері репродуктивного здоров'я
Стигма і дискримінація серед інших.	<i>Предмет Основи здоров'я</i> • Права дитини • Толерантність	<i>Предмет Основи здоров'я</i> • Протидія дискримінації • Формування толерантності • Подолання стигми у ставленні до ЛЖВ	<i>Факультативні курси: Школа проти СНІДу Захисти себе від ВІЛ</i> • Протидія дискримінації • Формування толерантності • Подолання стигми у ставленні до ЛЖВ	<i>Профілактика проблем фізичного і психічного здоров'я (педагогічні ВНЗ)</i> • Формування толерантності та подолання стигми у ставленні до ЛЖВ • Інтеграція ВІЛ- позитивних дітей в систему освіти

6.5.2 Наявність навчання для вчителів з протидії стереотипам, боротьби з дискримінацією та гарантування рівного доступу до лікування дівчат і хлопчиків

Тематика	Початкова школа	Основна	Старша школа і ПТНЗ	ВНЗ
• Гендер і стосунки з позиції сили • Причина насильства над жінками, як запобігти насильству • Профілактика ВІЛ та ІПСШ	<i>Курс з формування толерантного ставлення до ЛЖВ для системи ІППО</i> • Стигма і дискримінація • Толерантне ставлення до ЛЖВ	<i>Підготовка вчителів з основ здоров'я для 5-9 класів та програми позашкільної освіти «Молодь за здоровий спосіб життя</i> • Гендер • Причини насильства над жінками і	<i>Підготовка вчителів з Факультативних курсів: Школа проти СНІДу Захисти себе від ВІЛ та програми позашкільної освіти «Молодь за здоровий спосіб життя</i> • Гендер • Причини насильства	<i>Профілактика проблем фізичного і психічного здоров'я (педагогічні ВНЗ)</i> • Гендер • Причини насильства над жінками і дівчатами, як

<ul style="list-style-type: none"> • Законодавство щодо ВІЛ • Стигма і дискримінація 		<p>дівчатами, як йому запобігти</p> <ul style="list-style-type: none"> • Профілактика ВІЛ та ІПСШ • Законодавство щодо репродуктивного здоров'я та ВІЛ • Стигма і дискримінація серед інших 	<p>щодо жінок і дівчаток, і як йому запобігти</p> <ul style="list-style-type: none"> • Профілактика ВІЛ та ІПСШ • Законодавство щодо репродуктивного здоров'я та ВІЛ • Стигма і дискримінація серед інших 	<p>йому запобігти</p> <ul style="list-style-type: none"> • Профілактика ґендерного насилля у шкільному середовищі • Профілактика ВІЛ та ІПСШ • Законодавство щодо репродуктивного здоров'я та ВІЛ • Ґендерні аспекти епідемії ВІЛ/СНІДу • Стигма і дискримінація серед інших
--	--	--	--	---

Викладачі, у більшості, не мають методичних рекомендацій, матеріалів, запрошують для проведення уроків лікарів, лідерів громадських організацій або віддають тему дітям для само вивчення. Найгірша ситуація у маленьких містах та селах, які не мають кваліфікованих викладачів, або в тих областях, де не діяли міжнародні освітні програми чи проекти. У більшості теми «методи контрацепції», «сексуальне/репродуктивне здоров'я», «ВІЛ», «насильство», «стигма і дискримінація» віддаються на само вивчення або на уроки запрошуються лідери громадських організацій, так як вчителі та дирекція шкіл мають застарілі стереотипи та комплекси щодо відкритості та публічності дискусій з дітьми. За рахунок донорських організацій в Україні з 2007 року активно почали впроваджуватись освітні компоненти, що направлені на освіту як викладачів, так і студентів навчальних закладів різного рівня акредитації, але вони не діють по всій Україні і в усіх районах та містах, вони спрямовані на викладання предмету, але не на протидію стереотипам та комплексам, які мають викладачі, особливо ті, які навчались у радянські часи (радянська педагогіка не включала до викладання теми сексу, протидії насильству, ґендерної грамотності тощо).

6.5.3. Тренінги для шкільних вчителів для виявлення студентів груп ризику, ВІЛ-позитивних, і тих, які страждають від насильства для того, щоб задовольнити їх потреби.

Подібних навчальних курсів чи тренінгів не існує

6.5.4. Тренінги для шкільного персоналу щодо протоколів пост-контактної профілактики, включаючи необхідність доступу до ПКП протягом 72 годин з моменту насильства та інформування студентів про можливості отримання ПКП та термінової контрацепції.

Подібних навчальних курсів чи тренінгів не існує

6.5.5. Національні медіа-кампанії для батьків, дітей, які не відвідують школи, та загального населення з інформацією щодо комплексної сексуальної освіти та ґендерної рівності.

Подібні кампанії не проводились.

6.5.6. Національні медіа-кампанії, спрямовані на зниження стигми і дискримінації ВІЛ-позитивних жінок.

Подібні кампанії не проводились.

6.5.7. Національні медіа-кампанії щодо різних видів насильства над жінками, послуги та ресурси для жінок-жертв насильства.

Національних медіа-кампаній із зазначених питань в Україні не існує.

Масмедіа запрошуються на заходи направлені на протидію насильству та висвітлюють визначені теми у сюжетах.

- Національна кампанія "16 днів проти ґендерного насильства". Початок кампанії в Україні 2000 рік – і проводиться кожен рік. Ця кампанія є обов'язковою для проведення саме державними органами влади.
- Національна Кампанія "Стоп насильству!" розпочалась 2008 і до 2015 р. Є широкомасштабною серед громадських організацій, державних структур.

6.5.8. Національні медіа-кампанії, що надають інформацію про насильство над жінками, як фактор ризику інфікування ВІЛ, та взаємозв'язок між цими проблемами.

Національних медіа-кампаній із зазначених питань в Україні не існує.

Сьогодні висвітлення питань протидії насильству за ознакою статі та проблема ВІЛ здійснюється переважно у випусках новин та в окремих інформаційно-аналітичних сюжетах.

Кампанії щодо протидії ВІЛ та насильству проводяться окремо одна від одної, не існувало поєднань між протидією насильству та протидією ВІЛ/СНІД.

7. С. РОЗШИРЕННЯ ПРАВ ЖІНОК І ЛІДЕРСТВО В КОНТЕКСТІ ЕПІДЕМІЇ

Визнання та просування розширення прав та лідерства жінок є важливим для розробки відповідної, основаної на правах людини і ґендерних правах, відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД.

Жіночі групи і організації, включаючи РСК, жінок, які живуть з ВІЛ, жінок мігрантів, молодих жінок, жінок з обмеженими можливостями, жінок СІН мають брати участь у розробці, впровадженні та моніторингу програм і сервісів з ВІЛ, насильства, СРЗ для забезпечення їх специфічних потреб. Таким чином, для забезпечення здоров'я жінок і дівчат в контексті ВІЛ, важливо, щоб національні уряди підвищували спроможності жіночих організацій шляхом технічної і фінансової підтримки.

7.1. Залучення організацій громадянського суспільства до відповіді на ВІЛ і насильство над жінками

7.1.1. Мережі жінок, включаючи жінок, які живуть з ВІЛ, жертв насильства, залучених до національної відповіді на епідемію ВІЛ.

Мережа жіночих організацій створилась на базі громадської організації "Мережа людей, які живуть з ВІЛ" тільки у 2011 році, як представниці організації "Мережі людей, які живуть з ВІЛ" вони брали участь у процесі підготовки та моніторингу місцевих та обласних програм з протидії ВІЛ.

7.1.2. Мережі жінок, включаючи жінок, які живуть з ВІЛ та жертв насильства, залучені до планування і моніторингу національної відповіді на насильство над жінками.

Постійних громадських мереж за вказаною темою не існувало.

7.1.3. Наявність тренінгів, які фінансуються національним урядом, для жіночих мереж і організацій, залучених до моніторингу національної відповіді на насильство і ВІЛ.

Подібні тренінги не фінансуються державними установами.

Не приділяється увага поєднанню двох спільних проблем насильство та ВІЛ/СНІД, так само як і вивченню ситуацій та моніторингу спільних або поєднаних проблем. Ні документи національного рівня, ні плани заходів не передбачають на

національному та місцевому рівнях проведення спільних моніторингових візитів, просвітницьких заходів, тренінгів, круглих столів.

7.1.4. Наявність національних дій для підтримки створення коаліцій між жіночими групами, мережами жінок, які живуть з ВІЛ, організаціями чоловіків, які працюють для ґендерної рівності, СНІД-активістів та правозахисних груп для створення соціального руху з метою зниження стигми і дискримінації та адвокації покращення ґендерної рівності, прав та розширення прав жінок в контексті ВІЛ.

До 2011 року жіночі організації, які працюють у сфері ВІЛ, не залучались до моніторингових заходів, не співпрацювали спільно з жіночими організаціями правового або ґендерного спрямування, не створено спільних мереж.

Не брали участь у підготовці національного та альтернативного звітів за CEDAW.

Тільки у 2011 році організації, що працюють у сфері ВІЛ, були долучені до заходів жіночих організацій та до національної Мережі стоп насильству, почали спільно проводити освітні заходи та планувати моніторингові заходи.

У той же час необхідно зазначити, що представниці відділень громадських організацій, які працюють з людьми з ВІЛ, долучаються до проведення заходів обласного державного рівня щодо планування програм та заходів для протидії ІПСШ, ВІЛ тощо. Беруть участь у роботі комісій та комітетів, що створені місцевими органами влади.

7.1.5. Мережі жінок, які живуть з ВІЛ, та правозахисні жіночі групи представлені у національних координаційних механізмах Глобального Фонду для забезпечення адекватного відображення потреб і позицій жінок в національних програмах.

Національний план боротьби зі СНІД передбачає бюджет для підтримки спроможностей жіночих НУО, особливо НУО жінок, які живуть з ВІЛ.

Об'єднання жінок України, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІД, створене у 2011 році у рамках Мережі людей, які живуть з ВІЛ. Окремі члени Об'єднання є учасниками координаційних механізмів національного та місцевого рівнів.

7. С. РОЗШИРЕННЯ ПРАВ ЖІНОК І ЛІДЕРСТВО В КОНТЕКСТІ ЕПІДЕМІЇ

Визнання та просування розширення прав та лідерства жінок і дівчат є важливим для розробки релевантної і ефективної відповіді на ВІЛ/СНІД, що базується на ґендерних правах і правах людини.

7.1. Залучення організацій громадянського суспільства до відповіді на ВІЛ і насильство

7.1.1. Мережі жінок, включаючи жінок, які живуть з ВІЛ, і жертв насильства залучені до планування і моніторингу національної відповіді на ВІЛ.

До 2011 в Україні не існувало мереж жінок, які живуть з ВІЛ, та жінок-жертв насильства. В 2011 році створено Об'єднання жінок України, яких торкнулась епідемія ВІЛ/СНІД.

7.1.2. Мережі жінок, включаючи жінок, які живуть з ВІЛ, і жертв насильства залучені до планування і моніторингу національної відповіді на насильство.

До 2011 в Україні не існувало мереж жінок, які живуть з ВІЛ, та жінок-жертв насильства. В 2011 році створено Об'єднання жінок України, яких торкнулась епідемія ВІЛ/СНІД.

7.1.3. Існування тренінгів, що фінансуються національним урядом, для жіночих мереж і організацій з моніторингу національної відповіді на ВІЛ і насильство.

Національним урядом не проводяться і не фінансуються тренінги або семінари, метою яких було б залучення громадянського суспільства до процесу моніторингу або планування. Це стосується і сфери ВІЛ або насильства щодо жінок.

7.1.4. Існування національних дій для побудови коаліцій жіночих груп, мереж жінок, які живуть з ВІЛ, чоловічих організацій, що працюють для забезпечення ґендерної рівності, СНІД активістів та правозахисних груп для створення соціального руху з метою зниження стигми і дискримінації і адвокації просування ґендерної рівності та прав жінок і дівчат в контексті ВІЛ.

В країні відсутні будь-які національні дії, спрямовані на побудову коаліцій між жіночими групами, ВІЛ-позитивними жінками або СНІД-активістами для зниження стигми і дискримінації, просування ґендерної рівності та розширення прав жінок в контексті ВІЛ.

Національні жіночі організації залучені до моніторингу національних зобов'язань щодо CEDAW, проте групи ВІЛ-позитивних жінок не включені до цього процесу.

7.1.5. Мережі жінок, які живуть з ВІЛ, та правозахисні жіночі групи представлені у національних координаційних механізмах Глобального Фонду для забезпечення адекватного відображення потреб і позицій жінок в національних програмах.

Національний план боротьби зі СНІД передбачає бюджет для підтримки спроможностей жіночих НУО, особливо НУО жінок, які живуть з ВІЛ.

ВІЛ-позитивні жінки представлені у координаційних радах з протидії ВІЛ/СНІД на національному та подекуди на регіональному рівнях, проте вони не представляють жіночі групи і не виділяють окремо питання ВІЛ-позитивних жінок.

Національний план протидії ВІЛ/СНІД не передбачає коштів на підтримку організацій жінок, які живуть з ВІЛ.

Послуги з соціального захисту для ВІЛ-позитивних жінок надаються на загальних засадах і не передбачають додаткових переваг внаслідок ВІЛ-позитивного статусу.