

ВБО «ВСЕУКРАЇНСЬКА МЕРЕЖА ЛЖВ»

**УКРАЇНА:
МОНІТОРИНГ УПРОВАДЖЕННЯ ЦІЛЕЙ
ССГАООН ЩОДО СЕКСУАЛЬНОГО
ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я**

Аналітичний огляд

Проект здійснюється за підтримки Фондації Форда
Міжнародна координація проекту: Gestos — Soropositivity,
Communication and Gender Issues

Київ 2010

ЗМІСТ

ІСТОРИЯ СТВОРЕННЯ ТА ПОДЯКИ	4
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	5
СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	7

РОЗДІЛ I.

Огляд національної системи охорони здоров'я та державної політики у сфері сексуального і репродуктивного здоров'я та ВІЛ/СНІДу

● Основні характеристики системи охорони здоров'я в Україні	8
● Наявність універсального доступу	8
● Безоплатні медичні послуги, які забезпечує держава, та платні послуги, за які мають платити громадяни	8
● Наявність у національній політиці щодо ВІЛ/СНІД розробленого Національного Плану з чітко визначеними стратегічними завданнями	10
● Наявність офіційної політики щодо сексуального та репродуктивного здоров'я в Україні	13
● Наявність специфічної політики протидії насильству щодо жінок	16
● Наявність розроблених програм сексуального виховання, які впроваджуються у школах	19
● Наявність позашкільних програм сексуального виховання для хлопчиків, дівчат та молоді	22
● Наявність у Національній програмі щодо протидії СНІДу окремих розділів, які стосуються жінок та ВІЛ/СНІДу	23
● Наявність політики для контролю ІПСШ	23
● Наявність національної політики стосовно абортів	25
● Наявність статистичних даних опитувань, які відображають думку громадськості стосовно права ВІЛ-позитивної жінки перервати вагітність	25
● Основні соціально-культурні характеристики (вірування, переконання) країни, які перешкоджають ефективному контролю над ВІЛ	28
● Асигнування Національного бюджету на проблеми сексуального та репродуктивного здоров'я та боротьбу з ВІЛ в Україні	30
● Тенденції щодо зростання / скорочення фінансування (відповідно до першого етапу дослідження — 2006\2007 рр.)	30
● Офіційні джерела, використані для підготовки частини I	31
● Основна статистика поширення епідемії та статистика, яка стосується сексуального та репродуктивного здоров'я (2008/2009)	32

РОЗДІЛ II.

Сексуальне та репродуктивне здоров'я

[I] ОСВІТА, ІНФОРМАЦІЯ, КОМУНІКАЦІЯ У ПЛОЩИНІ СЕКСУАЛЬНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

● Основні елементи профілактики, спрямовані на сексуальне та репродуктивне здоров'я жінок, молоді та підлітків, включені до Національної програми	34
---	----

● Оцінка заходів щодо протидії поширенню ВІЛ серед жінок, молоді та підлітків	35
● Статистика ІПСШ серед жінок, молодих людей і підлітків та національні кампанії щодо профілактики поширення ІПСШ, спрямовані на ці цільові групи	38
● Відображення питання нерівності (гендерної, расової, етнічної, соціальної) в освітніх програмах, які впроваджуються урядом для профілактики ІПСШ	38
● Підготовка медичного персоналу для того, щоб надавати ефективні консультації з питань профілактики жінкам, молоді та підліткам	39
● Наявність урядових ініціатив, які сприяють створенню можливості такого консультування для медичних команд	40
● Обговорення питання чоловічого обрізання як одного зі способів профілактики передачі ВІЛ в Україні	40
● Наявність кампаній, політики чи процедур щодо активізації профілактики ВІЛ серед чоловіків, спрямованих на чоловіче гетеросексуальне населення	40
● Наявність досліджень альтернативних форм профілактики для жінок (новий дизайн для жіночих презервативів, застосування мікробіцидів тощо)	41
● Наявність програм та заходів, які стосуються сексуального та репродуктивного здоров'я чи профілактики, спрямованих на жінок, які належать до етнічних меншин	42

[II] СЕКСУАЛЬНЕ ТА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я

● Наявність тестування на ВІЛ та його доступність для всіх жінок країни	43
● Доступність тестування на ВІЛ у жіночих консультаціях та пологових будинках	45
● Наявність якісного дотестового консультування, яке передуює тестуванню на ВІЛ, що проводиться перед пологами	47
● Забезпечення ВІЛ-позитивних вагітних жінок додатковим харчуванням	49
● Наявність та доступність у країні профілактики ВІЛ під час пологів	49
● Наявність та доступність замінників грудного молока для дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками в Україні	50
● Забезпечення громадських та приватних закладів, які працюють з вагітними жінками, консультуванням та тестуванням на ВІЛ	51
● Надання ВІЛ-позитивним вагітним жінкам антиретровірусної терапії для профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини	51
● Наявність соціально-психологічної підтримки	54
● Настанови та рекомендації щодо контрацепції, які надаються ВІЛ-позитивним жінкам	56
● Наявність будь-яких форм заохочення жінок до стерилізації	57
● Наявність та доступність ургентної контрацепції в Україні	58
● Наявність в Україні специфічних програм, спрямованих на захист сексуального та репродуктивного здоров'я ВІЛ-позитивних жінок	58
● Наявність доступу для ВІЛ-позитивних жінок до допоміжних репродуктивних послуг	59
● Рекомендації ВІЛ-позитивним жінкам, які бажають завагітніти	60
● Рекомендації дискордантним парам	61
● Наявність законодавчих чи традиційних (неформальних, соціально-культурних) бар'єрів для молодих жінок щодо отримання необхідних послуг, які стосуються сексуального і репродуктивного здоров'я та АРВ-терапії	63

[III] ПРОТИДІЯ НАСИЛЬСТВУ ЩОДО ЖІНОК

● Наявність законів, спрямованих на протидію насильству щодо жінок, покарання злочинців та роботу щодо зменшення шкоди жінкам, які постраждали від насильства	64
● Наявність заходів протидії сексуальній експлуатації дівчат та підлітків	68
● Наявність організацій (послуг), спрямованих на забезпечення потреб жінок та дівчат, які постраждали від насильства та/чи сексуального насильства	70
● Доступність цих послуг	70
● Наявність профілактики поширення ВІЛ-інфекції, ІПСШ, включаючи ургентну контрацепцію та легальні аборти, у переліку послуг, спрямованих на забезпечення потреб жінок та дівчат, які постраждали від насильства та/чи сексуального насильства	72
● Наявність в Україні громадської системи збору інформації та публікації даних, які стосуються питання насильства щодо жінок та дівчат	72
● Наявність в Україні національних кампаній, спрямованих на протидію насильству щодо жінок та сексуальній експлуатації дівчат	73
● Наявність спеціальних заходів, спрямованих на протидію торгівлі жінками	74
● Наявність даних про ВІЛ-позитивних жінок, які постраждали від насильства через їхній серологічний статус	77
● Упровадження урядом України стратегій підтримки хлопчиків та дівчат, які живуть з ВІЛ/СНІД, щодо забезпечення їх психосоціальною підтримкою, освітою, притулком, харчуванням, медичними послугами та надання гарантій толерантного недискримінаційного ставлення (зокрема: підтримка дітей-сиріт; виділення спеціальних бюджетних коштів для цих заходів; сфери, в яких уряд безпосередньо відповідальний за їх імплементацію)	79

РОЗДІЛ III. Аналіз даних

● Союзники просування питання сексуального та репродуктивного здоров'я жінок, які живуть з ВІЛ/СНІД, в Україні	82
● Наявність основних можливостей профілактики епідемії серед жінок	83
● Основні перешкоди та недоліки, які заважають упровадженню заходів, спрямованих на просування сексуального та репродуктивного здоров'я, профілактику ВІЛ/СНІДу та протидію насильству щодо жінок, що містяться в офіційних політиках щодо СНІДу та політиках щодо жінок	84
● Основні перешкоди та недоліки, що заважають упровадженню заходів, спрямованих на просування сексуального та репродуктивного здоров'я, профілактику ВІЛ/СНІДу та протидію насильству щодо жінок, у різних секторах громадянського суспільства	85
ВИСНОВКИ	87
ЛІТЕРАТУРА	91

Історія створення та подяки

Прийняття на 26-й спеціальній сесії Генеральної Асамблеї ООН Декларації про відданість справі боротьби зі СНІДом є важливим кроком в історії людства. Підписання цього документа понад 100 країнами свідчить про розуміння глобальності проблеми, необхідності вжиття рішучих заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії, на лікування, підтримку і догляд людей, які постраждали від ВІЛ. Разом з тим, практика свідчить, що виконання більшості визначених цілей у багатьох країнах є лише декларативним.

Роль громадянського суспільства, окрім іншого, полягає й у здійсненні контролю над виконанням взятих урядом зобов'язань щодо життєво важливих для суспільства цілей та завдань. Саме тому представники громадянського суспільства у різних країнах виступили з ініціативами щодо запровадження постійного контролю за відповіддю на епідемію ВІЛ/СНІД.

Майже половина всіх людей, що живуть з ВІЛ/СНІД, — жінки. За даними UNAIDS, станом на 2008 р. у світі зареєстровано 15,7 млн. ВІЛ-позитивних жінок. В Україні на тлі стрімкого зростання кількості випадків ВІЛ-інфекції також спостерігається тенденція до збільшення частки жінок, уражених епідемією. Так, згідно з даними Українського центру СНІД, станом на 01.01.2010, за період 2009 року зареєстровано 6688 нових випадків ВІЛ-інфекції серед жінок віком 15-49 років.

Про недостатню ефективність дій у сфері збереження сексуального і репродуктивного здоров'я в контексті профілактики ВІЛ-інфекції свідчить загострення проблем, пов'язаних із забезпеченням сексуальних і репродуктивних прав жінок, які живуть з ВІЛ, збільшення кількості дітей-сиріт тощо. Тому організації громадянського суспільства у 12 країнах світу впроваджують проект, мета якого — моніторинг цілей ССГАООН щодо сексуального здоров'я і репродуктивних прав у кожній із країн-учасниць.

Однією з учасниць проекту є Україна, яку представляє ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ». У 2008 році Мережа у партнерстві з аналітичним центром «Соціоконсалтинг» здійснила перше дослідження «Україна: моніторинг сексуального та репродуктивного здоров'я за цілями Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань ВІЛ/СНІДу», результати якого були представлені на II UNGASS форумі в Києві у січні 2008 р. та презентовані під час Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань ВІЛ/СНІДу в червні 2008 р. Це дослідження стало першим в Україні, в якому було представлено погляди громадських організацій на хід виконання країною зобов'язань, взятих нею на себе у зв'язку з приєднанням до Декларації ССГАООН у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я.

У 2010 р. було здійснено другий етап дослідження «Україна: моніторинг упровадження цілей ССГАООН щодо сексуального та репродуктивного здоров'я». Його метою було проаналізувати впровадження діяльності щодо сексуального та репродуктивного здоров'я за період 2007-2009 років, яка здійснюється Україною, відповідно до цілей, визначених на Спеціальній сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань ВІЛ/СНІДу.

Презентація та обговорення результатів дослідження відбулися 12 лютого 2010 р. на зустрічі зацікавлених сторін, участь у якій взяли представники Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України, UNAIDS, Фонду Народонаселення ООН в Україні, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», UNDP та ін. Основними результатами зустрічі стали:

- визнання дослідження змістовним підґрунтям для подальших дій у напрямі зміни політики щодо сексуального та репродуктивного здоров'я, зокрема у площині ВІЛ/СНІДу, в Україні;

- розроблення плану адвокативних дій на забезпечення доступу до послуг у сфері репродуктивного здоров'я для сімей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІД.

Особливу подяку ми висловлюємо організаціям, що впроваджують діяльність із профілактики вертикальної трансмісії, працівники яких взяли участь у дослідженні:

- Чернігівському ОВ ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»
- Черкаському ОВ ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»
- БО «Вибір» (Суми)
- МО «Наша допомога» (Слов'янськ)
- ГО «Істок» (Маріуполь)
- ДОБФ «Оберіг» (Костянтинівка)
- БФ «Карітас-Донецьк» (Донецьк)
- Донецькому обласному товариству сприяння ВІЛ-інфікованим (Донецьк)
- Криворізькому відділенню ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» (Кривий Ріг)
- РОБФ «Майбутнє без СНІДу» (Рівне)
- ХМГО «Асоціація 21 Століття» (Херсон)
- ГО «Лінія життя» (Горлівка)
- ГО «Відкриті двері» (Нікополь)
- БО «Шанс» (Луцьк)

Методологія дослідження

Дослідження мало на меті моніторинг упровадження видів діяльності, визначених на Спеціальній сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань ВІЛ/СНІДу щодо сексуального та репродуктивного здоров'я в 2007-2008 роках, та аналіз деяких результатів, отриманих під час проведення першого етапу проекту.

Інструментарій був розроблений та адаптований для виявлення прогалів в інформації та аналізу досягнень між першим і другим етапами дослідження.

Для більш детального вивчення ситуації у різних регіонах України було проведено анкетування 205 ВІЛ-позитивних жінок репродуктивного віку – клієнток проектів із профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ. Анкетування проводилося у тринадцяти містах України (Чернігів, Черкаси, Херсон, Суми, Слов'янськ, Маріуполь, Костянтинівка, Донецьк, Горлівка, Нікополь, Кривий Ріг, Луцьк, Рівне).

Під час проведення першого етапу проекту виявлено, що майже в усіх країнах-учасницях проекту існують директиви, законодавчі або програмні документи, які стосуються сексуального та репродуктивного здоров'я жінок, проте вони не завжди виконуються. Відповідно, другий етап проекту було сфокусовано передусім на ефективності реалізації цих норм та розпоряджень.

Три ключові теми, які було обрано як об'єкт особливої уваги:

- а) діяльність щодо сексуальної освіти (статевого виховання);
- б) діяльність щодо сексуального та репродуктивного здоров'я;
- в) діяльність, спрямована на протидію насильству щодо жінок.

Цільовою групою дослідження стали жінки та дівчата, незалежно від того, живуть вони з ВІЛ чи ні.

П'ять джерел інформації було використано під час процесу збору інформації:

- Інтерв'ю з ключовими особами.
- Аналіз джерел (огляд літератури) щодо цієї тематики.
- Оцінювання типових випадків (свідчення/показання, аналіз випадків).
- Урядова статистика і звітність (звітні документи щодо виконання завдань

Каїрської Платформи Дій та Цілей Розвитку Тисячоліття), а також подальший Національний звіт до UNGASS 2009.

ОГЛЯД ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДОСЛІДЖЕННЯ

Інструментарій дослідження складається з 3-х частин:

- 1) Перша частина має на меті дати короткий опис національної системи охорони здоров'я країни та статистику щодо поширення епідемії ВІЛ і даних, які стосуються сексуального та репродуктивного здоров'я жінок у країні.
- 2) Друга частина визначає інформацію, необхідну для висвітлення кожної теми.
- 3) Третя частина містить стислий аналіз зібраних даних.

Список скорочень

АМАОЗ	Американський Міжнародний Альянс з охорони здоров'я
АРВ-препарати	антиретровірусні препарати
АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВК	виправна колонія
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГФ, Глобальний Фонд	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
Департамент	Державний департамент України з питань виконання покарань
ДКТ	добровільне консультування та тестування
ДСССДМ	Державна соціальна служба для сім'ї, дітей і молоді
ЖК	жіноча консультація
ЗМІ	засоби масової інформації
КВС	кримінально-виконавча система
КДМ	клініки, дружні до молоді
КІЗ	кабінети інфекційних захворювань
ЛГБТ-організації	організації лесбійок, геїв, бісексуалів, транссексуалів
ЛЖВС	люди, які живуть з ВІЛ/СНІД
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МОН	Міністерство освіти та науки України
НУО	неурядові організації
ПКС	працівники комерційного сексу
ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
РАТН	Програма оптимальних технологій в охороні здоров'я
САНРАЙЗ	проект «Посилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД в Україні шляхом надання послуг та інформації»
СІН	споживачі ін'єкційних наркотиків
СМТ	селище міського типу
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
СНІД-центри	Центри профілактики та боротьби зі СНІДом
СПК	станції переливання крові
СПС	соціально-психологічна служба
ССГАООН (UNGASS)	Спеціальна сесія Генеральної Асамблеї ООН з ВІЛ/СНІД
ФГД	фокус-групові дискусії (фокус-групи)
ЧСЧ	чоловіки, що мають секс із чоловіками
ШВД	шкірно-венерологічний диспансер
ФНООН	Фонд народонаселення ООН
ЮНІСЕФ (UNICEF)	Дитячий фонд ООН
ЮНЕЙДС (UNAIDS)	Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД

РОЗДІЛ I

ОГЛЯД НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ СЕКСУАЛЬНОГО І РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ВІЛ/СНІДУ

- Основні характеристики системи охорони здоров'я в Україні
- Наявність універсального доступу
- Безоплатні медичні послуги, які забезпечує держава, та платні послуги, за які мають платити громадяни

Відповідно до Конституції України, кожний громадянин має право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування. Система охорони здоров'я України представлена мережею лікувальних установ, яка складається з 10,9 тис. одиниць. Кількість лікарів усіх спеціальностей становить 224,9 тис. осіб, або 48,4 осіб на 10 тис. населення; кількість середнього медичного персоналу — 106,1 осіб на 10 тис. населення, кількість стаціонарних місць у лікарнях — 95,6 на 10 тис. населення.

Охорону здоров'я в Україні забезпечують державні, комунальні й приватні установи трьох рівнів надання медичної допомоги. Перший рівень (неспеціалізована допомога) забезпечують поліклініки, амбулаторії, сільські фельдшерсько-акушерські пункти, жіночі консультації. В Україні немає чіткого розподілу на служби первинної і вторинної (спеціалізованої) допомоги. Пацієнти можуть звертатися до лікарів-фахівців самостійно, без направлення дільничного лікаря.

Спеціалізована медична допомога посідає важливе місце в охороні здоров'я України. Вона поділяється на другий і третій рівень медичної допомоги. Другий рівень представлений спеціалізованими відділеннями в поліклініках і стаціонарних лікарнях, а також диспансерами та центрами. Третій рівень (високоспеціалізована допомога) представлений спеціалізованими клініками, науково-дослідними інститутами Академії медичних наук України.

Надання послуг у приватних закладах забезпечується за рахунок пацієнтів, у державних та комунальних закладах задекларована безкоштовна медична допомога. Проте обмежені фінансові ресурси не дають змоги забезпечити задекларовану безкоштовну медичну допомогу для всіх верств населення. Поширеною є практика перерахування хворими (або їхніми родичами) певних коштів на рахунок лікарень у вигляді добровільних благодійних внесків. Значна поширеність таких платежів робить систему охорони здоров'я менш доступною для бідних верств населення.

Охорона репродуктивного здоров'я в Україні є одним із пріоритетів державної соціальної політики. Крім послуг з охорони здоров'я, законодавство України забезпечує низку пільг і допомог для родин із дітьми. Жінкам надається оплачувана відпустка у зв'язку з вагітністю та пологами на період 126 днів. Після народження дитини надається одноразова допомога, а також відпустка і допомога по догляду за дитиною до 3-х років зі збереженням робочого місця.

Допомога при народженні дитини, яка народилася після 31 грудня 2007 р., надається у розмірі 12240 гривень — на першу дитину, 25000 гривень — на другу дитину, 50000 гривень — на третю і наступну дитину. Виплата допомоги здійснюється одноразово при народженні першої дитини в сумі 4800 гривень, другої дитини — 4840 гривень, третьої та наступної дитини — 5000 гривень, решта суми на першу дитину

виплачується протягом наступних 12 місяців (620 гривень щомісяця), на другу дитину — 24 місяців (840 гривень щомісяця), на третю і наступну дитину — 36 місяців (1250 гривень щомісяця) рівними частинами¹.

Медичне обслуговування забезпечується мережею жіночих, медико-генетичних консультацій, центрів/кабінетів репродуктивного здоров'я/планування сім'ї, гінекологічних стаціонарів, пологових будинків. Мережа включає 90 пологових будинків та гінекологічних стаціонарів, 566 жіночих консультацій, 95 медико-генетичних консультацій. Система планування сім'ї в Україні створена у 1995 році. Нині відкрито і функціонують 45 обласних та міських центрів планування сім'ї, понад 500 кабінетів у складі районних лікарень.

Послуги надаються на обласному та районному рівні лікарями акушерами-гінекологами, яких в Україні за даними 2008 року налічується 12177, тобто 4,89 на 10 тис. жіночого населення. У стадії вирішення залишається забезпечення послугами з репродуктивного здоров'я/планування сім'ї сільського населення шляхом залучення до надання послуг сімейних лікарів, яких налічується 9000, та середнього медичного персоналу — 23000 відповідно. Нормативно задекларовано, що сімейні лікарі та акушерки мають здійснювати консультування з цих питань, однак рівень відповідних знань та навичок ще недостатній, що обмежує доступність до послуг сільського населення.

Організаційні принципи і система управління охороною здоров'я в Україні успадковані від радянської системи. За період незалежності в національній системі охорони здоров'я були розпочаті й частково здійснені різноманітні реформи. Однак ще зберігаються декларовані державні гарантії та адміністративні підходи в управлінні, механізми фінансування, засновані на показниках регламентованого нормативного забезпечення, орієнтація на вузьку спеціалізацію медичної допомоги, недостатня увага до профілактичного напрямку. Це негативно впливає на якість і доступність медичних послуг.

У зв'язку з недостатністю фінансового забезпечення галузі вже протягом декількох років в Україні активно дискутується питання про доцільність запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування. Однак реальних кроків у цьому напрямку не зроблено. В Україні наразі працюють приватні страхові компанії, кожна з яких пропонує свій пакет медичних послуг.

Останнім часом було прийнято низку документів, спрямованих на реформування системи охорони здоров'я. У 2007 році Уряд України затвердив Національний план розвитку охорони здоров'я на період до 2010 року, яким, зокрема, передбачені: удосконалення фінансового забезпечення галузі, узгодження обсягів фінансування й обсягів державних гарантій надання безкоштовної медичної допомоги, оптимізація установ охорони здоров'я. Передбачається також перехід від адміністративно-командної до контрактної моделі управління медичним обслуговуванням, запровадження механізму стратегічних закупівель медичних послуг на договірній основі, перехід від постатейного фінансування медичних організацій до оплати залежно від обсягів і структури наданих послуг.

Основи державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України. Реалізацію державної політики охорони здоров'я покладено на органи виконавчої влади. Кабінет Міністрів України організує розробку державних цільових програм, створює механізми їхньої реалізації. Спеціальним уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади у сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони

¹ Станом на 28 грудня 2009 р. співвідношення валют за курсом Національного банку України становило: 100\$ = 796,55 грн.

здоров'я України. З метою концентрації зусиль та фінансів на пріоритетних напрямках, вирішення нагальних питань окремих медичних напрямів запроваджена система розробки державних програм з напрацюванням конкретних заходів, спрямованих на поліпшення ситуації, фінансуванням цих заходів на державному та регіональному рівні із залученням фінансів з інших джерел. Міністерством охорони здоров'я реалізується понад 25 державних цільових програм та інших заходів, затверджених Указами Президента України та постановами Кабінету Міністрів.

● **Наявність у національній політиці щодо ВІЛ/СНІД розробленого Національного Плану з чітко визначеними стратегічними завданнями**

Україна визнала проблему ВІЛ/СНІДу пріоритетним напрямом в охороні здоров'я та соціального розвитку. Проблеми ВІЛ-інфекції в Україні сьогодні привернули увагу держави та громадськості. У зв'язку з тим, що переважна більшість ВІЛ-інфікованих (понад 90%) є особами працездатного та репродуктивного віку, епідемія негативно впливає на соціально-економічну ситуацію в Україні. Прогностичні дані ЮНЕЙДС свідчать, що до 2014 року епідемія ВІЛ-інфекції може стати причиною зниження рівня валового внутрішнього продукту на 6%.

З метою консолідованого прийняття рішень щодо визначення державної політики, програм і заходів для боротьби з ВІЛ/СНІДом і туберкульозом в Україні створена Національна рада протидії туберкульозу і ВІЛ/СНІДу й Комітет з питань протидії ВІЛ/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням.

Найактуальнішим завданням законодавства у контексті проблеми ВІЛ є профілактика поширення ВІЛ-інфекції, недопущення дискримінації і стигматизації ВІЛ-позитивних осіб, хворих на СНІД людей та захист їхніх законних прав і свобод. Також чинне законодавство України у сфері ВІЛ ставить перед собою завдання щодо поліпшення якості життя ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД людей, забезпечення безперешкодного доступу до лікування і позалікарняного догляду, а також надання такої категорії людей додаткових прав і пільг.

Початок сучасному правовому регулюванню питань, що виникають у сфері ВІЛ, та визначенню державної політики у цій сфері, поклав прийнятий у 1992 році Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення». Цей Закон — основний документ у врегулюванні питань життєдіяльності ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД людей, а також осіб, які внаслідок виконання професійних обов'язків надають допомогу таким людям.

З моменту прийняття першої редакції Закону епідеміологічна ситуація в Україні змінилася і деякі положення старого Закону суперечили міжнародній практиці та зобов'язанням України перед Радою Європи зробити законодавство гуманнішим. З березня 1998 року діє нова редакція цього Закону (з наступними змінами і доповненнями, внесеними згідно із Законами №2776-III від 15.11.2001, №1257-VI від 14.04.2009). У преамбулі до Закону підкреслена його відповідність міжнародним правовим нормам і рекомендаціям Всесвітньої організації охорони здоров'я. Цей нормативно-правовий акт дає всі необхідні визначення основних понять із проблеми ВІЛ і встановлює основні засади життєдіяльності ЛЖВ. Зокрема, Закон визначає державні гарантії щодо профілактики зараження ВІЛ, доступність, якість та ефективність медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, права та обов'язки ВІЛ-позитивних осіб тощо.

У 2009 році за підтримки міжнародних та громадських організацій розроблено нову редакцію Закону і проведено громадське обговорення проекту нової редакції Закону «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення». У новій редакції Закону у статті 12 зазначені права ВІЛ-позитивних жінок, зокрема право на отримання послуг із допологового догляду, пологів та післяпологового періоду, а також безоплатне забезпечення препаратами для запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини у лікувально-профілактичних закладах за місцем фактичного проживання; отримання послуг із планування сім'ї та безоплатне забезпечення засобами запобігання непланованій вагітності у лікувально-профілактичних закладах за місцем проживання; участь у програмах допоміжних репродуктивних технологій за умови запобігання передачі ВІЛ від батьків майбутній дитині. На сьогодні цей проект Закону ще не прийнятий.

Основні документи, що визначають порядок правового регулювання діяльності, спрямованої на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції в Україні, заходи щодо соціального захисту ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та осіб, які внаслідок виконання професійних обов'язків надають допомогу таким людям, встановлюють:

— державні гарантії, зокрема, щодо соціального захисту ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД, членів їхніх сімей і медичних працівників, зайнятих у сфері боротьби із захворюванням на СНІД, а також надання ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД усіх видів медичної допомоги в установленому порядку;

— заборону відмови у прийнятті до лікувальних закладів та у наданні медичної допомоги, ущемлення інших прав осіб на підставі того, що вони є ВІЛ-інфікованими чи хворими на СНІД, тощо.

Сьогодні уряд країни, взявши на себе низку стратегічних зобов'язань, спільно з міжнародними і неурядовими організаціями докладає багато зусиль для їх виконання та подолання епідемії ВІЛ-інфекції. Прикладом такого партнерства є реалізація державних програм забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

У 2008 році завершено реалізацію вже п'ятої Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги і лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД (термін дії 2004-2008 рр.). Здійснено всебічну зовнішню оцінку Національної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні. Оцінка здійснена на виконання рішення Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції протягом жовтня 2007 — січня 2008 рр. Було досліджено всі програмні аспекти Національної відповіді ВІЛ в Україні. Результати оцінки враховані при підготовці нової Національної програми на період 2009-2013 рр.

За період 2006-2008 років спостерігається зниження темпу приросту показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію з +16,8% до +7,6%, що свідчить про уповільнення епідемії. Особливо чітко така тенденція простежується при аналізі захворюваності на СНІД. За результатами 2007-2008 років, унаслідок широкого впровадження антиретровірусної терапії, вперше зареєстровано зниження захворюваності на СНІД — щороку на 3%. Поступово зменшується також темп приросту смертності: з +56% у 2003 році до +7,4% у 2008 році.

В останні роки зросла кількість обстежень на ВІЛ у країні за рахунок розширення добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію (в 2008 на 12,1% порівняно з 2007 роком), що призвело до збільшення кількості виявлених випадків ВІЛ-інфекції. За даними 2008 року, значно зросла частка передачі ВІЛ статевим шляхом,

яка становить більше 40% (ін'сцидентний шлях — 38%), що свідчить про вихід епідемії у широкі верстви населення і можливість переходу епідемії до генералізованої стадії.

Поширення епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та нагальна потреба у створенні ефективної системи дієвих заходів щодо запобігання подальшому поширенню ВІЛ викликали необхідність розробки наступної програми з урахуванням сучасних тенденцій розвитку епідемії та результатів попередньої програми.

Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 рр. розроблена на основі міжсекторального комплексного підходу і затверджена Законом України від 17 лютого 2009 року №1026-IV. Метою Програми є стабілізація епідемічної ситуації, зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції шляхом реалізації державної політики щодо забезпечення доступу населення до широкомасштабних профілактичних заходів, послуг з лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, включаючи забезпечення стерильними медичними виробами одноразового використання вітчизняного виробництва.

Програма складається із блоків за напрямками діяльності, в яких визначені основні завдання.

Так, для профілактичного напрямку передбачена як робота із широкими верствами населення, так і спеціальні підходи для груп ризику:

- забезпечення масштабної первинної профілактики поширення ВІЛ-інфекції серед населення, передусім серед молоді, через проведення освітньої та роз'яснювальної роботи із залученням засобів масової інформації та мережі Інтернет з пропаганди здорового способу життя, духовних, морально-етичних, культурних цінностей та відповідальної поведінки;

- дотримання вимог щодо безпеки лікувально-діагностичного процесу шляхом повного переходу до використання медичних виробів одноразового використання;

- посилення безпеки донорства та запобігання передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;

- посилення профілактичних заходів серед представників груп ризику з урахуванням особливостей;

- забезпечення вільного доступу до консультування та безоплатного тестування на ВІЛ-інфекцію населення, передусім молоді та представників груп ризику.

Для поліпшення лікування передбачено:

- забезпечення хворих на ВІЛ-інфекцію антиретровірусною терапією та забезпечення лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД з опортуністичними та супутніми захворюваннями;

- створення системи контролю за формуванням резистентних до антиретровірусних препаратів штамів ВІЛ-інфекції.

Також у програмі приділено увагу заходам з догляду та підтримки, а саме:

- організація паліативної допомоги та надання соціальних послуг, а також забезпечення соціально-психологічної підтримки й немедичного догляду ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД;

- надання правової допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД.

Крім того, визначені заходи щодо удосконалення законодавства з питань профілактики ВІЛ-інфекції; лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД; удосконалення системи епідеміологічного нагляду за поширенням ВІЛ-інфекції з метою підвищення ефективності профілактичних заходів; забезпечення

діяльності та поетапного розвитку спеціалізованих служб і закладів, що надають медичні та соціальні послуги ВІЛ-інфікованим і особам із груп ризику; залучення до виконання програм профілактики ВІЛ-інфекції медичних, соціальних та педагогічних працівників, працівників органів державної влади, органів місцевого самоврядування, роботодавців, представників професійних спілок, бізнесу, громадських та релігійних організацій.

Також у Програмі зазначені конкретні очікувані результати, яких планується досягти в результаті виконання заходів Програми. Наприклад, охопити медичними послугами з профілактики ВІЛ-інфекції 60% представників груп ризику; забезпечити антиретровірусною терапією не менше 80% хворих на ВІЛ-інфекцію, які її потребують; знизити до 2% рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини; забезпечити розвиток мережі спеціалізованих служб і закладів з надання медичних та соціальних послуг ВІЛ-інфікованим тощо.

Таким чином, основні напрями протидії ВІЛ в Україні сконцентровані у Національній програмі, що дає змогу поєднати зусилля держави, міжнародних та громадських організацій. Ця програма передбачає фінансування з державного та місцевих бюджетів, але недостатньо регулює взаємодію державного і громадського секторів у частині кооперації джерел фінансування, делегування НУО партнерських прав участі у визначенні пріоритетів, забезпеченні прозорості й підзвітності процесу розпоряджання державними видатками, що, як показав національний досвід упровадження програм догляду та підтримки, уможливило неефективне використання державних коштів.

● **Наявність офіційної політики щодо сексуального та репродуктивного здоров'я в Україні**

В основі законодавства про репродуктивне здоров'я передусім лежить Конституція України. Хоча Конституція не містить терміну «репродуктивне здоров'я», вона, безперечно, створює належні рамкові умови, в яких може позитивно розвиватися національне законодавство про репродуктивні права. У ст. 24 Конституції України проголошено рівність конституційних прав і свобод громадян України та недопустимість привілеїв чи обмежень, у тому числі за ознаками статі. У ст. 49 Конституції України проголошено право на охорону здоров'я, медичну допомогу, медичне страхування та закріплено обов'язок держави створити умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

Важливе значення для захисту репродуктивних прав мають: Цивільний кодекс України (ухвалений Верховною Радою України 16 січня 2003 р.), яким закріплено право на життя (ст. 281), право на охорону здоров'я (ст. 281), право на інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285) та на таємницю про стан здоров'я (ст. 286); Сімейний кодекс України (ухвалений Верховною Радою України 10 січня 2002 р.), яким, зокрема, визначається шлюбний вік (ст. 22) та закріплюються права й обов'язки подружжя (гл. 9). Загалом законодавство України зорієнтоване на визнання за жінкою права вільно приймати рішення щодо кількості дітей та проміжку часу між їх народженням. Право вирішувати питання щодо кількості дітей та проміжку часу між їх народженням врегульоване Сімейним кодексом України.

Слід також згадати про дотримання репродуктивних прав ВІЛ-інфікованих вагітних жінок. Відповідно до національного законодавства та міжнародних документів, до яких приєдналася Україна, жінці гарантується право на народження дитини і ВІЛ-

інфекція не є протипоказанням для цього. Проте ситуація в Україні склалася так, що часто лікарі наполягають на перериванні вагітності у разі наявності ВІЛ-інфекції у вагітної. Низька поінформованість ВІЛ-інфікованих вагітних про досягнення медицини у сфері профілактики вертикальної трансмісії та незацікавленість лікарів у формуванні прихильності до АРВ-терапії призводять до порушення репродуктивних прав ВІЛ-інфікованих жінок.

Політичним і стратегічним інструментом для розв'язання багатьох проблем репродуктивного здоров'я населення України стала Національна програма «Репродуктивне здоров'я на 2001-2005 роки», затверджена Указом Президента України від 26 березня 2001 р. №203. Заходи, здійснені в Україні протягом останніх років у рамках реалізації Програми, сприяли удосконаленню законодавчої та нормативної бази, завершенню створення служби планування сім'ї, призупиненню негативних процесів у сфері репродуктивного здоров'я, покращанню обізнаності населення про відповідальне батьківство та методи контрацепції. Також реалізація заходів Програми сприяла зниженню рівнів смертності матерів та немовлят і дала змогу наблизитися до орієнтовних показників ВООЗ, визначених для України з урахуванням рівня її соціально-економічного розвитку. Однак згадані показники ще залишаються у 2-3 рази вищими, ніж у розвинених країнах світу, що також зумовлює необхідність застосування нових підходів до поліпшення репродуктивного здоров'я населення України та визначення ефективних шляхів розв'язання проблем його формування і збереження з метою забезпечення позитивного впливу на демографічну ситуацію.

Досягнуті результати упровадження Програми не дали змоги повною мірою вирішити проблему репродуктивного здоров'я в Україні та кардинально поліпшити його стан. Залишається незадовільним рівень обізнаності та поінформованості населення з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, зокрема у сільській місцевості. Потребує удосконалення підготовка медичних працівників (особливо сімейних лікарів), соціальних та педагогічних працівників. Є нагальна потреба у розробці державних комплексних підходів до програм статевого виховання підлітків і молоді та стратегії забезпечення населення контрацептивами як одного з основних аспектів планування сім'ї, у поліпшенні репродуктивного здоров'я чоловіків та залученні їх до активної участі у плануванні сім'ї, в упровадженні інтегрованого підходу до надання медичної допомоги з питань репродуктивного здоров'я. Значною проблемою залишається невиношуваність (щорічні репродуктивні втрати становлять близько 40 тис.) та безплідність, яка стосується близько 1 млн. подружніх пар. А це істотний демографічний резерв у досягненні позитивних результатів.

Щоб забезпечити послідовність досягнутих результатів та подальше вирішення проблем репродуктивного здоров'я як пріоритетного напрямку, Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 р. №1849 затверджено Державну програму «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року. Важлива роль у виконанні Програми відводиться запровадженню принципу системності у розв'язанні проблем репродуктивного здоров'я.

Мета Програми полягає у поліпшенні репродуктивного здоров'я населення України як важливої складової забезпечення соціально-економічного потенціалу країни. Пріоритетними напрямками виконання Програми є: інформування населення з питань відповідального ставлення до охорони власного здоров'я; упровадження стратегії надання послуг щодо збереження репродуктивного здоров'я лікарями загальної практики та сімейними лікарями; забезпечення рівних для чоловіків та жінок умов надання

послуг щодо збереження репродуктивного здоров'я; розширення доступу до медичних послуг підлітків, а також сільського населення.

У ході реалізації програми передбачається:

— удосконалення нормативно-правової бази з питань охорони репродуктивного здоров'я сім'ї;

— 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 посилення профілактичної спрямованості медичних послуг щодо збереження репродуктивного здоров'я для кожної цільової групи, зокрема надання послуг щодо збереження репродуктивного здоров'я лікарями загальної практики та сімейними лікарями;

— забезпечення рівних для чоловіків та жінок умов надання послуг щодо збереження репродуктивного здоров'я;

— розширення доступу до медичних послуг підлітків, а також сільського населення;

— удосконалення та оптимізація системи планування сім'ї та розробка стратегії з питань забезпечення населення засобами запобігання непланованій вагітності.

Особливістю Програми є те, що в ній зазначені конкретні очікувані результати після реалізації заходів, а саме зниження показників: материнської смертності на 20%; штучного переривання вагітності на 20%; захворюваності на ПСШ на 30%; забезпечення антенатальним доглядом 98% вагітних; підвищення рівня використання сучасних засобів запобігання непланованій вагітності на 20%. Крім того, розраховані проміжні контрольні значення показників з метою моніторингу досягнення очікуваних результатів.

Для більш ефективної реалізації Програми через консолідацію зусиль урядових структур-співвиконавців та громадських об'єднань наказом МОЗ України від 13.02.2008 №74 затверджені склад координаційної ради Програми та Положення про її діяльність.

За результатами виконання заходів Програми у 2008 році досягнуто позитивних зрушень у подоланні чинників порушення репродуктивного здоров'я, однак ще залишається низка проблемних питань. За оперативними даними, показник материнської смертності зменшився на 12% порівняно з 2007 р. (2007 р. — 17,8 на 100 тис. живонароджених, 2008 р. — 14,9). Загалом в Україні рівень пропорційного показника перинатальної смертності у 2008 році залишився майже на рівні попереднього року (10,88 проти 10,83 на 1000 народжених живими та мертвими). Високий рівень пропорційного показника перинатальної смертності зумовлений високим його рівнем серед народжених із низькою масою тіла при народженні. Реалізація заходів програми дала можливість за останні роки знизити рівень абортів до 200 тис. у 2008 р., що становить 16,6 на 1000 жінок фертильного віку і переміститися у рейтингу ВООЗ до країн із середнім рівнем поширення абортів. Незважаючи на стійкі позитивні тенденції до зниження цих показників, вони залишаються ще значно вищими, ніж у більшості країн Європи, і продовжують негативно впливати на репродуктивний потенціал країни.

Ще потребує удосконалення підготовка медичних працівників (особливо сімейних лікарів), соціальних та педагогічних працівників, є нагальна потреба у розробці державних комплексних підходів до програми статевого виховання підлітків та молоді,

розробці стратегії забезпечення населення контрацептивами як одного з основних аспектів планування сім'ї, поліпшенні репродуктивного здоров'я чоловіків та залученні їх до активної участі у плануванні сім'ї, впровадженні інтегрованого підходу до надання медичної допомоги з питань репродуктивного здоров'я. Немає розуміння важливості профілактичного напрямку заходів Програми, тому фінансування заходів із розробки інформаційних матеріалів, забезпечення апаратурою для інформаційних кампаній у деяких випадках здійснювалось значно нижче від визначеної Програмою потреби. Органи самоврядування та регіональні керівники сфери охорони здоров'я ще недостатньо розуміють, що профілактичними заходами можна запобігти значній кількості випадків порушення здоров'я населення.

● **Наявність специфічної політики протидії насильству щодо жінок**

Державна гендерна політика України базується на забезпеченні рівних прав і можливостей чоловіків та жінок. Це означає, що базовим принципом протидії насильству над жінками, забезпечення прав жінок є дотримання рівності між статями, а не підвищення ролі жінок у суспільстві та інші прояви позитивної дискримінації для захисту прав жінок.

Україна підписала всі міжнародні документи щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків (Декларація щодо рівності жінок і чоловіків — 1988 р., Пекінська декларація та Платформа дій — 1995 р., Декларація Тисячоліття — 2000 р., документи Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань гендерної рівності — 2000 р. та ін.), ратифікувала основоположний документ (у складі Радянського Союзу) — Конвенцію про ліквідацію усіх форм дискримінації щодо жінок (1979 р.) і взяла на себе відповідні зобов'язання.

У країні реалізуються заходи з подолання насильства над жінками. Останнє десятиріччя позначене значними здобутками у формуванні законодавчої бази та інституційного механізму в цій сфері. Зокрема, 12.07.95 р. була прийнята Постанова Верховної Ради України «Про рекомендації учасників парламентських слухань щодо реалізації Конвенції ООН «Про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок», в якій прямо вказувалось на необхідність створення державних структур із надання кваліфікованої психолого-консультативної допомоги жінкам, які постраждали від насильства і зневаги в сім'ї. Згадана Постанова активізувала процес виконання нашою державою Конвенції ООН «Про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок». Національний план дій на 1997-2000 рік щодо поліпшення становища жінок і підвищення їхньої ролі у суспільстві та Національний план дій щодо поліпшення становища жінок та сприяння впровадженню гендерної рівності у суспільстві на 2001-2005 роки передбачали значну кількість заходів щодо подолання насильства в сім'ї та боротьби з торгівлею людьми. 05.03.99 р. була прийнята Постанова Верховної Ради України «Про декларацію про загальні засади державної політики України стосовно сім'ї та жінок»; 14.03.2001 р. Постановою Кабінету Міністрів України затверджена програма «Українська родина». Ці документи спрямовані на зміцнення інституту сім'ї, формування партнерських відносин у родині, рівного розподілу обов'язків між подружжям.

Знаковою подією стало ухвалення Закону України від 15.11.2001 р. №2789-III «Про попередження насильства в сім'ї» (зі змінами, внесеними згідно із Законами №609-V від 07.02.2007, №599-VI від 25.09.2008). Прийняття цього закону засвідчило, що про-

тидія гендерному насильству стала частиною державної політики. Цей Закон визначає правові й організаційні основи запобігання насильству в сім'ї, органи та установи, на які покладається здійснення заходів із запобігання насильству в сім'ї. На виконання цього закону почали функціонувати спеціалізовані установи для жертв насильства в сім'ї, зокрема кризові центри, центри соціально-психологічної допомоги, діяльність яких спрямована на надання комплексної психологічної, юридичної, інформаційно-консультативної, соціально-медичної та іншої допомоги. Після набуття у 2002 р. чинності Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» факти насильства почали офіційно реєструвати. Звернення (повідомлення) про факти жорстокого поводження приймаються посадовими особами органів внутрішніх справ, органів та закладів освіти, охорони здоров'я, управлінь у справах сім'ї та молоді, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді та передаються для реєстрації до відповідного територіального підрозділу служби у справах дітей протягом однієї доби з часу отримання звернення (повідомлення).

Практика застосування Закону «Про попередження насильства в сім'ї» засвідчила, що він потребує вдосконалення. Скажімо, існують проблеми ізолювання осіб, які вчинили насильство в сім'ї, від жертв цього насильства. Потребують доопрацювання з урахуванням диференційованого підходу питання застосування санкцій за вчинення насильства в сім'ї та порушення вимог захисного припису.

З метою досягнення паритетного становища жінок і чоловіків у всіх сферах життєдіяльності суспільства шляхом правового забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, ліквідації дискримінації за ознакою статі та застосування спеціальних тимчасових заходів, спрямованих на усунення дисбалансу між можливостями жінок і чоловіків реалізовувати рівні права, надані їм Конституцією і законами України, Верховна Рада України у 2005 році прийняла Закон «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків». Це стало свідченням нового підходу до вирішення гендерних проблем. Цей Закон є дієвим правовим підґрунтям для переходу від декларацій до дій та здійснення гендерних перетворень, відкриває перспективи побудови суспільства рівних можливостей. У Законі передбачено визначення основних засад державної політики щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, механізмів забезпечення рівності таких прав, зокрема у сферах здобуття освіти, роботи в органах місцевого самоврядування, державної служби, отриманні винагороди за працю, стосунках з роботодавцями, в соціальній сфері тощо. Передбачена також відповідальність суб'єктів права за порушення законодавства про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків.

Для виконання Закону України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків», досягнення цілей розвитку, проголошених Декларацією тисячоліття ООН, та у зв'язку з необхідністю здійснення комплексу заходів для розв'язання гендерних проблем в усіх сферах життєдіяльності суспільства Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. №1834 затверджено Державну програму з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві на період до 2010 року. Очікувалось, що виконання Програми дасть змогу підвищити рівень та якість життя жінок і чоловіків; забезпечити рівність прав та можливостей жінок і чоловіків у працевлаштуванні, просуванні по службі, підвищенні кваліфікації та перепідготовці, веденні підприємницької діяльності, поєднанні трудової діяльності з виконанням сімейних обов'язків; продовжити процес формування державної політики у сфері забезпечення гендерної рівності; підвищити рівень соціально-правового захисту жінок і чоловіків;

розробити ефективний механізм забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків як на державному, так і на місцевому рівні; спрямувати зусилля центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, громадськості на підвищення ефективності проведення державної політики у сфері забезпечення гендерної рівності.

На сьогодні заходи Державної програми з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві на період до 2010 року ще не виконуються як належить. Заходи, які ініціюють міністерства та відомства, мають ситуативний, разовий характер, зорієнтовані швидше на необхідність прозвітувати, аніж на послідовне впровадження гендерної політики у діяльність галузей. Характерним також є факт відсутності у низки центральних органів виконавчої влади уповноваженої особи, яка відповідає б за впровадження гендерної складової у їхню діяльність. Упровадження відповідної Державної програми ще не дало позитивних результатів, жінки в нашій державі мають більш низький соціальний статус, потерпають від насильства і фактичної гендерної дискримінації. В умовах сьогодення рівність статей у правах часто сприймається не як синонім вільного вибору, а розуміється швидше як уподібнення жінок чоловікам. За визначенням міжнародних і вітчизняних експертів, в Україні наявна яскраво виражена гендерна нерівність у політичному житті, доступі до економічних ресурсів, працевлаштуванні тощо. Отже, ефективність виконання Державної програми на сучасному етапі залишається низькою, а процес утвердження гендерної рівності в українському суспільстві повною мірою ще не розпочався.

Відповідно до Закону України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків», Указу Президента України «Про вдосконалення роботи центральних і місцевих органів виконавчої влади щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» та Постанови Кабінету Міністрів України «Про проведення гендерно-правової експертизи» Міністерство юстиції України здійснює гендерно-правову експертизу чинного законодавства та проектів нормативно-правових актів у всіх сферах законодавства, що стосуються прав і свобод людини.

Відповідальність за реалізацію гендерної політики в Україні покладено на Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту. У структурі Міністерства створений Департамент з питань сімейної та гендерної політики.

На виконання Закону України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок та чоловіків», а також Державної програми з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві міністерства приймають свої відомчі програми упровадження гендерних принципів у роботу. Прикладом є «Програма забезпечення гендерної рівності в ОВС України на період до 2011 року».

У вересні 2009 року Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту затверджено Положення про гендерний центр, який діятиме в кожному регіоні України задля правового забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, ліквідації всіх форм дискримінації за ознакою статі, запобігання насильству. Підготовлено План заходів Національної кампанії «Стоп насильству!», який готується до розгляду Урядом. У межах Кампанії у співпраці з міжнародними та неурядовими організаціями впроваджуються механізми моніторингу та протидії гендерному насильству і дискримінації в регіонах.

Таким чином, державна політика протидії насильству щодо жінок реалізується шляхом упровадження гендерних принципів у діяльність суспільства. Україна ратифікувала всі міжнародні норми в цій сфері, національне законодавство поступово при-

водиться у відповідність до вимог міжнародних документів. Незважаючи на існування в Україні нормативно-правової бази з протидії насильству щодо жінок, її ефективна реалізація ще залишається проблемою, а рівність між чоловіками та жінками є лише правом за відсутності рівних можливостей.

● **Наявність розроблених програм сексуального виховання, які впроваджуються у школах**

Відповідно до Державних стандартів базової та повної загальної середньої освіти статеве виховання є обов'язковим компонентом шкільної освіти. Програми статевого виховання реалізуються через інваріантну (обов'язкову) та варіативну (за вибором дітей, батьків, навчального закладу) складові навчальних планів.

У **інваріантній** складовій питання статевого виховання розглядаються в курсі біології (9 клас) та, найповніше, в курсі предмета «Основи здоров'я» (5-9 класи).

На уроках біології вивчаються будова чоловічих і жіночих статевих органів, дітородна функція людини, статеve дозрівання і відхилення у статевому розвитку, статева гігієна, гігієна вагітності, шкідливі наслідки ранніх статевих контактів тощо.

Основи здоров'я — інтегрований предмет, що за змістом об'єднує питання здоров'я та безпеки життєдіяльності. Його завданнями є формування в учнів свідомого ставлення до свого життя і здоров'я, у тому числі статевого, оволодіння основами здорового способу життя, життєвими навичками безпечної та здорової поведінки, формування в учнів компетентності щодо збереження здоров'я.

Відповідно до Типових навчальних планів, затверджених наказом МОН від 23.02.2004 р. №132, вивчення предмета «Основи здоров'я» здійснюється у 5–7-х класах по 1 годині на тиждень, у 8–9-х — по 0,5 години на тиждень. Навчання здійснюється за навчальною програмою, рекомендованою Міністерством освіти і науки України (лист МОН від 23.12.2004 р. №1/11-6611), «Основи здоров'я. Програма для 5–9 класів середніх загальноосвітніх навчальних закладів» (видавництво «Перун», 2005 рік).

Навчальна програма з основ здоров'я побудована на основі інтегрованого поєднання елементів знань щодо збереження і захисту життя та зміцнення здоров'я людини за концентричним принципом, тобто у різні періоди навчання повторюється вивчення окремих тем з розширенням та поглибленням їх змісту. Вона також включає теми з питань статевого виховання, а саме:

- статева належність людини;
- формування особистості з урахуванням статевої належності;
- взаємини людей різної статі на основі гендерної рівності;
- стосунки у сім'ї;
- ролі матері й батька у вихованні здорової дитини;
- формування гігієнічних навичок дівчат і хлопців;
- чинники ризику для репродуктивного здоров'я молоді;
- формування безпечної поведінки задля збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я юнаків і дівчат тощо.

Саме в навчальній програмі з цього предмета розкриваються питання та формуються навички збереження репродуктивного здоров'я, захисту від хвороб, які передаються статевим шляхом, ВІЛ-інфікування тощо.

Варіативна складова представлена різноманітними навчальними програмами зі статевого виховання. Найпоширенішою з них є факультативний курс «Школа проти СНІДу» (8-11 класи).

Загальною метою факультативного курсу «Школа проти СНІДу» є:

- надати достовірну і повну інформацію з проблеми ВІЛ/СНІД;
- сприяти формуванню адекватного ставлення до цієї проблеми і людей, які живуть з ВІЛ;
- розвивати необхідні уміння і навички, які зменшують схильність молоді до ризикованої поведінки;
- сприяти створенню сприятливого середовища для здоров'я і розвитку учнів.

Завданням курсу є формування життєвих навичок, які забезпечують:

1. Підвищення рівня знань:

- шляхи передачі та методи захисту;
- як зменшити ризик інфікування;
- як будувати рівноправні стосунки;
- як протидіяти дискримінації.

2. Досягнення позитивних змін у ставленні:

- серйозне ставлення до проблеми ВІЛ/СНІД;
- усвідомлення необхідності протидіяти тиску однолітків;
- позитивне ставлення до відстрочення початку статевого життя;
- негативне ставлення до вживання наркотиків;
- толерантне ставлення до ЛЖВ.

3. Формування позитивних змін у намірах:

- намір не вживати наркотики;
- намір утримуватися від сексуальних стосунків;
- намір використовувати презервативи у разі сексуальної активності.

4. Набуття позитивних змін в уміннях і навичках:

- уміння відмовитися від пропозиції про сексуальну близькість;
- уміння відмовитися від пропозиції вжити алкоголь;
- уміння гідно сказати «ні» на інші небажані пропозиції;
- уміння адекватно поводитися при загрозі сексуального насилля.

Курс має необхідне навчально-методичне забезпечення (навчальну програму, робочі зошити для учнів для кожного класу, книгу для вчителя «Профілактика ризикованої поведінки», книги «Для тебе» окремо для хлопців і для дівчат).

Окрім того, шкільні психологи проводять індивідуальні консультації учнів та окремі заняття для дівчат і хлопців, де обговорюють питання статі та статевого стосунку. Знання і життєві навички щодо репродуктивного здоров'я учні набувають відповідно до вікових особливостей, рівня підготовленості та досвіду учнів. Таким чином для учнів створюються оптимальні умови отримання повного обсягу знань і навичок безпечної поведінки.

Упродовж 2006-2009 років сектор моніторингу й оцінки превентивної освіти дітей і молоді Інституту інноваційних технологій і змісту освіти Міністерства освіти і науки України проводить моніторингове дослідження «Ефективність упровадження навчального предмету «Основи здоров'я» в загальноосвітніх навчальних закладах».

Про ефективність упровадження свідчить той факт, що 96% батьків підтримують уведення навчального предмету «Основи здоров'я» і відзначають, що в сучасних

умовах вивчення цього навчального предмету впливає на поведінку дитини та її позитивне ставлення до здорового способу життя. Результати дослідження свідчать про підвищення рівня знань учнів щодо репродуктивного здоров'я. Переважна більшість учнів (87%) розуміє, як поводитись, щоб зберегти здоров'я, правильно визначають шляхи передачі ВІЛ-інфекції та дії при захворюванні на ПСШ. Більшість учнів (68%) обізнані щодо шкідливого впливу на статеве дозрівання підлітків ранніх статевих стосунків та щодо основних причин залучення дітей до небезпечних видів праці (порнографії та проституції).

З метою вивчення стану викладання предмету «Основи здоров'я» у 2008 році Інститутом інноваційних технологій і змісту освіти МОН було проведено моніторингове дослідження ефективності його впровадження в 7-х класах. Результати дослідження дають підстави зробити висновок про те, що предмет «Основи здоров'я» сприяє свідомому формуванню особистості, зорієнтованої на здоровий спосіб життя. Незважаючи на те, що формування життєвих навичок ведення здорового способу життя є процесом довготривалим, учителі вважають, що ці навички вже добре сформовані у 22% семи-класників та частково — у 74%.

Ефективність профілактичного факультативного курсу для старшокласників «Школа проти СНІДу» статистично підтверджена результатами незалежного моніторингового дослідження, проведеного у 2006-2007 роках за процедурою «До» і «Після». Суть дослідження полягає в тому, що перед початком і після закінчення вивчення курсу проводиться анонімне опитування учнів за спеціально розробленим тестом. Тестування дає змогу оцінити зміни у знаннях, ставленні, уміннях і намірах учнів.

За результатами дослідження, профілактичний курс «Школа проти СНІДу» забезпечує підвищення рівня індивідуальної захищеності учнів і формування навичок, що зменшують схильність молоді до ризикованої поведінки. Зокрема, у 24 рази (з 1,4% до 34%) зростає кількість учнів, які правильно відповідають на всі запитання тесту «Знання». Також спостерігається досягнення позитивних змін у ставленні учнів. Зокрема, у ставленні до такої важливої, з огляду на формування здорового способу життя, проблеми, як вживання алкоголю, наркотиків, тютюнокуріння. Кількість підлітків, які після вивчення факультативного курсу негативно ставляться до вживання психоактивних речовин, зростає на 8%.

Вивчення курсу «Школа проти СНІДу» сприяє формуванню позитивних змін у намірах і формуванню такої важливої життєвої навички, як прийняття відповідальних рішень. Так, кількість молодих людей, що мають рішучий намір утриматися від раннього початку статевого життя, зростає на 13%, а тих, що готові прийняти відповідальне рішення про використання презервативів під час статевих контактів, — на 27%.

Завдяки упровадженню програм освіти на основі розвитку життєвих навичок (програми ООЖН), у 2008 році в Україні вперше зареєстровано зниження частки нових випадків ВІЛ-інфекції у віковій групі 15-24 років на 4,7% (за даними Комітету з питань протидії ВІЛ/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам при Міністерстві охорони здоров'я України).

Упровадження ООЖН програм у загальноосвітніх навчальних закладах України отримало високу оцінку міжнародних експертів (Комплексна зовнішня оцінка Національних заходів з протидії СНІДу в Україні. Зведений звіт, січень 2009).

● **Наявність позашкільних програм сексуального виховання для хлопчиків, дівчат та молоді**

Міністерством освіти і науки України розроблено та затверджено наказом від 17.12.09 р. №1133 програму «Основні орієнтири виховання учнів 1-12 класів загальноосвітніх навчальних закладів». До розділу зазначеної програми «Зміст виховної діяльності» включені питання статевого виховання та формування гендерної культури учнів.

Також у позашкільній освіті поширена програма «Молодь за здоровий спосіб життя» (за методикою освіти рівний-рівному) (5-11 класи), спрямована на формування здорового способу життя учнівської молоді.

У програмі «Молодь за здоровий спосіб життя» два модулі присвячені питанням статевого виховання:

— Модуль «Твоє життя — твій вибір», метою якого є надати підліткам знання та сформувати уміння і навички реалізації здорового способу життя, відповідального ставлення до власного здоров'я; навчити підлітків оцінювати ситуації ризику, приймати відповідальні рішення та протистояти соціальному тиску.

— Модуль «Прояви турботу та обачливості», метою якого є ознайомити підлітків зі шляхами поширення та наслідками ВІЛ, СНІД та ІПСШ; підвести підлітків до розуміння того, що ВІЛ, СНІД, ІПСШ, незапланована вагітність — це поведінкові ускладнення, запобігти яким можна через формування власних навичок відповідальної поведінки.

Зміст зазначених модулів спрямований на:

- формування у підлітків шанобливого ставлення до протилежної статі;
- усвідомлення природи симпатії, її зв'язок із дружбою;
- ознайомлення з особливостями розвитку хлопців і дівчат, фізіологічними змінами, що відбуваються в організмі підлітка;
- засвоєння правил гігієни як запоруки збереження здоров'я, зокрема репродуктивного;
- формування навичок безпечної поведінки щодо ВІЛ-інфікування.

Зазначена програма має необхідне навчально-методичне забезпечення.

Для навчально-методичного забезпечення статевого виховання молоді підготовлено навчально-методичну літературу: «Сімейно-родинне виховання студентської молоді. Збірник нормативно-правових та методичних матеріалів» та «Психолого-педагогічні основи підготовки студентської молоді до сімейного життя. Матеріали всеукраїнського науково-практичного семінару».

За час функціонування Програми «Сприяння просвітницькій роботі «рівний-рівному» серед молоді України щодо здорового способу життя» підготовлено понад 5 тисяч підлітків-інструкторів, які здійснюють профілактичну роботу серед однолітків. Охоплено цією програмою понад 100 тисяч учнів загальноосвітніх навчальних закладів.

Дослідження, проведені Українським науково-методичним центром практичної психології і соціальної роботи АПН України щодо розуміння учнями рівня шкідливості різних форм ризикованої поведінки (тютюнокуріння, вживання алкоголю і наркотиків), дають підстави зробити висновок про те, що серед школярів, які пройшли навчання за методом «рівний-рівному», істотно зменшується частка тих, хто нехтує ризиком або не усвідомлює його.

- **Наявність у Національній програмі щодо протидії СНІДу окремих розділів, які стосуються жінок та ВІЛ/СНІДу**

Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 рр. передбачає здійснення заходів з профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини шляхом забезпечення закладів охорони здоров'я: тест-системами для планового обстеження вагітних жінок на ВІЛ-інфекцію; швидкими тестами для обстеження під час пологів жінок, які не пройшли обстеження на допологовому етапі; тест-системами для визначення вірусного навантаження та CD4; антиретровірусними препаратами для профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини; тест-системами та витратними матеріалами для проведення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, методом ПАР; медичними виробами одноразового використання вітчизняного виробництва; адаптованими молочними сумішами для дітей першого року життя, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. Робота з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини вже добре налагоджена. Однак потребують удосконалення форми та методи роботи з ВІЛ-позитивними жінками до пологів та після пологів, механізми надання медичних послуг ВІЛ-позитивним жінкам щодо збереження репродуктивного здоров'я. Необхідно вжити заходів для посилення інтеграції між установами, що надають послуги з питань репродуктивного здоров'я/планування сім'ї (РЗ/ПС), та службами, орієнтованими на потреби ВІЛ-позитивних пацієнтів. Заходи щодо вирішення цих питань у Програмі не передбачені.

Ні діюча, ні попередні Національні програми не містять окремих розділів чи заходів щодо профілактики інфікування ВІЛ у жінок, доступності та якості послуг з питань збереження репродуктивного здоров'я для жінок, що живуть з ВІЛ, зокрема надання гінекологічних послуг, профілактики небажаної вагітності, використання допоміжних репродуктивних технологій тощо.

Отже, у країні є нагальна потреба у вирішенні питання РЗ/ПС для людей, що живуть з ВІЛ, на державному рівні з розробкою конкретних заходів щодо організації якісних послуг з ПС/РЗ для ВІЛ-інфікованих і таких, що піддаються ризику інфікування.

- **Наявність політики для контролю ІПСШ**

В Україні наявна державна політика контролю за поширеністю хвороб, що передаються статевим шляхом. В офіційну статистику входить реєстрація сифілісу, гонореї, трихомоніазу, хламідіозу, мікоплазмозу. Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 21.02.2001 №157 «Деякі питання реєстрації, обліку та звітності щодо інфекційних хвороб» кожен випадок сифілісу, гострої чи хронічної гонореї підлягає реєстрації. Заклади та установи охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, суб'єкти підприємницької діяльності, що займаються медичною практикою, зобов'язані про кожний випадок надіслати до відповідного закладу чи установи державної санітарно-епідеміологічної служби МОЗ оперативне (екстрене) повідомлення. Статистика щодо трихомоніазу, хламідіозу, мікоплазмозу формується на підставі офіційних звітів. Лікувальні заклади подають звітність до організаційно-методичних відділів обласних і Кримського республіканського шкірно-венерологічних

диспансерів. Дерматовенерологічний диспансер є самостійним спеціалізованим лікувально-профілактичним закладом, призначеним для надання консультативно-діагностичної та лікувально-профілактичної допомоги населенню на закріпленій території і здійснення профілактичних та протиепідемічних заходів, які запобігають поширенню ППСШ. Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України узагальнює дані з областей і готує щорічний статистичний звіт.

У 2008 році зареєстровано 219620 нових випадків ППСШ. Рівень захворюваності на сифіліс знизився до 23,3 випадків на 100 тис. населення, на гонорею — до 16,5 на 100 тис. населення. У 2006 році цей показник становив відповідно 32,4 на 100 тис. населення та 19,3 на 100 тис. населення. Проте спостерігається підвищення рівня хламідіозу, мікоплазмозу у жінок. Це можна пояснити кращою доступністю жінок до послуг із діагностики ППСШ за рахунок створення в областях центрів та кабінетів планування сім'ї, одним із завдань яких є профілактика, діагностика та лікування ППСШ. Потужні центри мають у своєму штатному розписі консультативну посаду дерматовенеролога та можливості лабораторної діагностики. Хоча центри орієнтовані на сім'ю, здебільшого за медичними послугами звертаються жінки.

Епідагляд за ППСШ традиційно базується на пасивній звітності про випадки ППСШ, діагностовані клінічно та лабораторно. Реєстрація пацієнта проводиться після лабораторного підтвердження діагнозу. Лабораторії, що проводять діагностику ППСШ, розташовані переважно в дерматовенерологічних диспансерах, однак на сьогодні немає реєстру та паспортизації лабораторій по країні. Наявна система збору й аналізу даних не відображає реальних масштабів поширення ППСШ. Це зумовлено як медичними, так і немедичними особливостями цієї групи захворювань. Недостовірні дані поширеності ППСШ зумовлені низкою істотних недоліків існуючої системи епідагляду. Також має місце лікування ППСШ без статистичної реєстрації випадку.

Профілактикою, діагностикою та лікуванням ППСШ займаються дерматовенерологічна, акушерсько-гінекологічна та урологічна служби. Кожна служба має свої галузеві нормативно-правові документи щодо ППСШ.

Діяльність дерматовенерологічної служби регламентується Наказом МОЗ України від 07.04.2004 №286 «Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України». Зазначеним наказом затверджені методики та стандарти діагностики, лікування і профілактики ППСШ; інструктивно-методична вказівка з виявлення ППСШ у хворих із запальними процесами сечостатевої сфери серед амбулаторних та стаціонарних пацієнтів акушерсько-гінекологічного та урологічного профілю; перелік заходів у мережі лікувально-профілактичних закладів з виявлення ППСШ. Відповідно до наказу лікування та подальший диспансерний нагляд за хворими на інфекції, які передаються статевим шляхом (крім сифілісу), може здійснюватись за місцем встановлення діагнозу за умови ведення передбаченої облікової, звітної та іншої медичної документації. Інформація про статевих партнерів вищевказаного контингенту хворих при виявленні ППСШ направляється лікарю-дерматовенерологу. Серологічні дослідження на сифіліс проводяться всім хворим, які перебувають у стаціонарі, та один раз на рік особам, які звертаються за амбулаторно-поліклінічною допомогою. Головний спеціаліст зі спеціальності дерматовенерологія адміністративно-територіального органу має право ініціювати впровадження заходів дисциплінарного порядку стосовно працівників лікувально-профілактичних закладів різних форм власності, які допустили порушення чинних наказів та інструкцій щодо профілактики та обліку хворих на інфекції, які передаються статевим шляхом.

Тим часом, не всі пацієнти, що мають явні симптоми захворювання, звертаються до дерматовенерологічних диспансерів та реєструються. З розвитком приватної медицини в Україні посилюються побоювання, що рівень захворюваності не відображає реальної картини, оскільки хворі на ІПСШ можуть звертатись за лікуванням до приватних клінік та кабінетів, крім того існують приватні лабораторії. Зазначені медичні заклади не завжди здають статистичні дані у визначеному порядку. Це могло би частково пояснити стабілізацію та зменшення рівня захворюваності на ІПСШ на тлі зростання ВІА.

В акушерсько-гінекологічній службі щодо ІПСШ Наказом МОЗ України від 15.12.2003 №582 затверджено протокол «Інфекції, що передаються статевим шляхом». У цьому протоколі визначена тактика ведення та консультування, алгоритми клінічного і лабораторного обстеження жінок з ІПСШ та їх лікування, за винятком гонореї та сифілісу.

І хоча в країні наявна дерматовенерологічна служба, ефективної цілісної системи запобігання і контролю ІПСШ нині немає. Боротьба з ІПСШ на місцях здійснюється на базі спеціалізованих установ (дерматовенерологічних диспансерів — ДВД), що забезпечують лікування пацієнтів з бактеріальними ІПСШ (насамперед сифілісом і гонореею) та встановлення статевих контактів. Недостатньо налагоджена взаємодія спеціалістів дерматовенерологічних диспансерів із сімейними лікарями та іншими фахівцями (урологами, гінекологами, терапевтами), які покликані також контролювати ІПСШ у суспільстві. Частково небажання встановити такі відносини пов'язане з недостатньою кількістю фахівців, підготовлених для цієї мети, і незалежністю окремих спеціалізованих служб. Заклади охорони здоров'я і соціальні служби повинні ефективніше співпрацювати, щоб на місцевому рівні організувати запобігання поширенню і контроль за ІПСШ. Важлива також координація місцевих програм охорони здоров'я й організацій з нагляду за лікуванням, а також лікарями-практиками. Інформація щодо основних принципів діагностики та лікування ІПСШ доступна для лікарів, однак не відомо, як практикуючі лікарі дотримуються їх. Надання медичної допомоги з питань репродуктивного здоров'я, зокрема боротьби з ІПСШ, потребує упровадження інтегрованого підходу, оскільки в Україні лікування хворих на ІПСШ переважно проводиться амбулаторно. Також має місце недостатнє розуміння взаємозв'язку між поширенням ІПСШ і поширенням ВІА та того, що головним аспектом боротьби із поширенням ІПСШ є первинна профілактика цих інфекцій, інтегрована з профілактикою ВІА.

В Україні є потреба у подальшому розвитку системи комплексного медико-санітарного обслуговування у сфері ІПСШ, забезпеченні доступності медичних послуг для підлітків і сільського населення, забезпеченні рівних для чоловіків та жінок репродуктивних прав та умов рівного доступу чоловіків та жінок до служб, що займаються ІПСШ, запровадженні системи надання послуг щодо діагностики та лікування ІПСШ лікарями загальної практики та сімейними лікарями.

- **Наявність національної політики стосовно абортів**
- **Наявність статистичних даних опитувань, які відображають думку громадськості стосовно права ВІЛ-позитивної жінки перервати вагітність**

Україна схвалила низку міжнародних документів, у тому числі Програму дій Міжнародної конференції з питань народонаселення й розвитку, що відбулася в Каїрі в

1994 р. Програма дій Каїрської конференції закликає до надання людям можливості самостійно вирішувати, скільки дітей мати в родині, з якими інтервалами народжувати, отримувати відповідну інформацію та доступ до якісних методів планування сім'ї. Відповідно до Цілей Розвитку Тисячоліття (2006) (ціль №5) пріоритетом для держав, що прийняли їх, є забезпечення універсального доступу до послуг з репродуктивного здоров'я з метою зниження материнської смертності. Завдяки ратифікації Україною Плану Дій, прийнятого на Каїрській конференції, політичній і державній підтримці його положень, у країні створена ефективна система планування сім'ї за прикладом багатьох розвинених країн світу для виховання в населення необхідності планувати кількість дітей і періодичність їх народження з метою забезпечення оптимальних умов народження, догляду й виховання.

Діяльність служби планування сім'ї позитивно вплинула на зниження кількості абортів у країні. Стабільне зниження кількості абортів дозволило Україні переміститися в рейтингу країн світу зі списку з високим рівнем поширення (більше 20,0 на 1000 жінок репродуктивного віку) до списку із середнім рівнем (20,0-15,0 на 1000 жінок репродуктивного віку). Показник абортів в Україні в 2008 р. становить 14,9 на 1000 жінок репродуктивного віку. Статистичний показник небажаної вагітності в 2008 р. — 11,85 на 1000 жінок репродуктивного віку.

Аборти в Україні юридично легалізовані. На сьогодні аборт в Україні є офіційно дозволеним. 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 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 дїездатного 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.

З метою профілактики кримінальних і позалікарняних абортів уведена в дію ст. 134 Кримінального кодексу України, яка передбачає, що незаконне проведення абортів, а саме проведення абортів особою, що не має спеціальної медичної освіти, карається штрафом від 50 до 100 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на період від 100 до 240 годин, або виправними роботами строком до 2 років, або обмеженням волі строком до 2 років. У разі незаконного проведення абортів, внаслідок якого виникли тривалі розлади здоров'я жінки, безпліддя або смерть потерпілої, особа, що зробила аборт, карається обмеженням волі строком до 5 років з позбавленням права займати певні посади або займатися певною діяльністю строком до 3 років або без такого.

В Україні процедура абортів, як правило, загальнодоступна. ВІЛ-позитивні жінки отримують медичні послуги щодо абортів на загальних підставах. Комплексна медична допомога при аборті включає заходи щодо якісної процедури штучного переривання вагітності та профілактики абортів у майбутньому. Операція проводиться виключно лікарями акушерами-гінекологами як у державних, так і в приватних медичних установах. Акушерки повинні надавати консультативні послуги жінці, що звернулася за медичною допомогою із приводу абортів. Стандарти і методики переривання вагітності затверджені Наказом МОЗ України від 20.07.2006 №508 «Про затвердження Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення». Галузевими наказами і клінічним протоколом затверджені організаційні та медичні технології, які переважно базуються на науково-доказовій медицині і рекомендаціях ВООЗ. Однак недостатня підготовка фахівців на до- і післядипломному рівні, низька поінформованість про нові технології, незадовільна матеріальна база й умови проведення штучного переривання вагітності не дають можливості повсюдно забезпечити населення безпечними методами переривання вагітності та якісним консультуванням з питань контрацепції. Більша частина медичних установ, які виконують функції щодо планування і процедури абортів, розташовані у міській місцевості. Жінки із сіл мають обмеження в доступі через необхідність часових і матеріальних витрат для поїздки за послугами. Доступність послуг із переривання вагітності також знижується через великий обсяг необхідних обстежень і пов'язаних з ними витрат часу та коштів, некомпетентність постачальників послуг та інші причини. Консультування з методів контрацепції є доступною послугою переважно в жіночих консультаціях, центрах і кабінетах планування сім'ї, однак його якість не завжди відповідає необхідним вимогам. Комунікація «лікар-клієнт» залишається на низькому рівні.

В Україні налагоджена система статистики й обліку як послуг, пов'язаних з абортів, 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 активній державній політиці в цьому напрямі, проблема залишається для країни актуальною. Аборт і досі є одним із методів регулювання народжуваності в Україні.

Під час медико-демографічного обстеження населення України у 2007 році жінкам і чоловікам було поставлено низку запитань стосовно їх ставлення до абортів. 45% жінок і 59% чоловіків віком 15-49 років, які вважають, що існують обставини, за яких жінка не повинна вагітніти, повідомили, що вагітність за таких обставин має бути при-

пинена або перервана. Лише 18% жінок і 12% чоловіків вважають, що таку вагітність потрібно зберегти. З іншого боку, 32% жінок і 22% чоловіків вказали, що рішення щодо продовження вагітності жінка має право приймати самостійно.

У ході стратегічної оцінки політик, програм і досліджень «Аборти і контрацепція в Україні 2008», проведеної МОЗ України і ВООЗ, вивчалось питання сприйняття абортів населенням. Були отримані різні думки — від повного заперечення до прийняття і розуміння. Ставлення до контрацепції й абортів різняться залежно від місця проживання, освіти, релігійної прихильності, статі, рівня статку. Серед населення переривання вагітності за певних обставин розглядається як прийнятна дія, хоча часто вважається порушенням моральних засад. Основна маса людей ставиться до абортів негативно. Багато хто з респондентів відзначав моральний і психологічний вантаж, пов'язаний зі здійсненням абортів. З іншого боку, респонденти вважають, що аборт повинен мати право на існування. Частина населення розглядає аборт як звичайну медичну операцію. Сприйняття абортів у міського населення загалом більш лояльне, у сільській же місцевості часто вважають, що аборти роблять тільки жінки, які мають багато сексуальних партнерів. Чоловіки по-різному ставляться до проблеми абортів. Одні категорично їх заперечують, інші — визнають незадовільний рівень життя як виправдання переривання вагітності. Існує група чоловіків, упевнених у тому, що питання контрацепції й абортів в разі непланованої вагітності — це виключно проблема жінок, яка їх як партнерів абсолютно не турбує. Здебільшого жінки добре інформовані про те, де можна зробити аборт як у державному, так і в приватному секторі, знають розцінки на послуги. Споживачі ін'єкційних наркотиків, ВІЛ-позитивні жінки і жінки секс-бізнесу відзначають труднощі звернення за медичною допомогою через відсутність фінансів і негативне ставлення до них. Відзначена наявність проблеми стигматизації і дискримінації цих категорій населення.

Спеціальне соціологічне дослідження щодо вивчення думки громадськості стосовно права ВІЛ-позитивної жінки перервати вагітність в Україні не проводилось.

● Основні соціально-культурні характеристики (вірування, переконання) країни, які перешкоджають ефективному контролю над ВІЛ

Особливістю ВІЛ-інфекції є різнобічність її впливу на медичні, демографічні, соціально-економічні, культурні аспекти суспільства. Із суто медичної проблеми охорони здоров'я населення ВІЛ-інфекція перетворюється на проблему соціального розвитку.

Передача ВІЛ статевим шляхом стає частішим фактором поширення ВІЛ в Україні, а кількість нових випадків інфікування зростає внаслідок незахищених сексуальних стосунків між людьми, які не мають безпосереднього зв'язку зі споживачами ін'єкційних наркотиків і не належать до груп ризику. Відповідно до зростання темпів поширення ВІЛ збільшується кількість випадків інфікування серед жінок репродуктивного віку та вагітних жінок: понад 40% людей, які живуть із ВІЛ, становлять жінки, більша частина з них (60%) — активного репродуктивного віку.

Молоді люди піддаються підвищеному ризику інфікування ВІЛ та ППШ в результаті взаємодії різних поведінкових, біологічних та соціально-економічних факторів. Особливість сексуальної поведінки молоді полягає в схильності до численних короткочасних статевих відносин. Для них також характерна:

- гендерна нерівність, яка посилює уразливість дівчаток та молодих жінок;
- завищене відчуття невразливості та безпеки;
- психологічні труднощі при зверненні за медичною допомогою;
- відсутність планування майбутнього і/чи наслідків;
- неадекватна оцінка своєї поведінки.

Молодь особливо уразлива до ВІА-інфекції через ризиковану сексуальну поведінку чи вживання наркотиків або алкоголю, через відсутність достатнього доступу до своєчасної, відповідної віку інформації про ВІА-інфекцію та до служб профілактики, а також через соціально-економічні причини.

Церкви та релігійні організації в Україні мають значний вплив на формування суспільної свідомості, в тому числі на формування переконань віруючих, які стосуються проблеми ВІА/СНІДу. Церкви та релігійні організації перешкоджають певним діям державних або неурядових організацій:

1. Деякі профілактичні й освітні програми боротьби зі СНІДом сприймаються церквою як пропаганда вільного статевого життя та реклама презервативів. Традиційні церкви в Україні вважають гріхом статеві акти поза шлюбом. Відповідно пропагувати гріх, навіть під виглядом боротьби зі СНІДом, — аморально і гріховно. Неприйнятними є також випадки залучення до кампаній з боротьби проти епідемії ВІА/СНІД осіб, які публічно ведуть аморальний спосіб життя, навіть якщо вони є відомими і талановитими у своїх сферах діяльності (це стосується також представників ЛГБТ-спільноти). Церква категорично не сприймає такі кампанії, вважаючи їх аморальними і безвідповідальними.

2. Церква виступає проти контрацепції, тому що це суперечить християнській етиці. Серед церковнослужителів ведуться дискусії щодо можливості використання презервативів для дискордантних пар. Більшість священнослужителів вважають, що ВІА-позитивні люди, через хворобу, не можуть створювати повноцінну родину. А в разі укладання шлюбу рекомендують таким парам утримуватися від статевих стосунків. Водночас, церква рекомендує використання сучасних профілактичних і терапевтичних засобів, які знижують ризик передачі ВІА-інфекції від матері дитині, що відкриває можливість народження здорових дітей у сім'ях, де обоє або один із подружжя — ВІА-інфіковані.

3. Однією з найбільших перешкод для ефективної боротьби з епідемією ВІА/СНІД є уявлення про те, що ВІА — це покарання від Бога для конкретної людини за гріховний спосіб життя. І що саме через гріхопадіння тілесне існування людини від народження до смерті супроводжують хвороби. Останнім часом ведуться богословські й етичні дискусії щодо різних аспектів хвороби. Церкви стверджують, що ВІА/СНІД не є ні гріхом, ні покаранням за гріхи, і закликають свою паству проявляти співчуття до людей, що живуть з ВІА/СНІДом, і підтримувати їх.

4. Традиційні церкви не підтримують програми «зменшення шкоди» (обмін шприців, ЗПТ). Церкви вважають, що програми «зменшення шкоди» не ліквідують причину, а лише на певний час відстрочують згубні наслідки вживання наркотиків та безвідповідальних статевих стосунків (резольюція конференції). Найгірше, на думку представників релігійних організацій, — такі програми підривають основи моралі у суспільстві, адже «програми зменшення шкоди є фактично дозволом на гріх».

5. Віра у зцілення. Деякі священнослужителі проповідують, що Бог може зцілити від хвороби (в тому числі і ВІА-інфекції), слід молитися і Бог дарує чудодійне спасіння. Є випадки, коли віруючих надихали на відмову від АРВ-терапії — мовляв, лише справжня віра зцілює.

Але здебільшого позиція сучасної традиційної церкви полягає в комплексній допомозі таким людям: медичній, психологічній, соціальній і душпастирській. При цьому важливо, щоб медицина й душпастирство йшли поряд.

- **Асигнування Національного бюджету на проблеми сексуального та репродуктивного здоров'я та боротьбу з ВІЛ в Україні**

- **Тенденції щодо зростання / скорочення фінансування (відповідно до першого етапу дослідження — 2006\2007 рр.)**

На охорону здоров'я щорічно спрямовується близько 20% загальних витрат державного бюджету України (або близько 4% ВВП). Питома вага видатків загального та спеціального фондів держбюджету на охорону здоров'я становить 3,6 % в загальному обсязі ВВП (2006 р. — 3,6%, 2007 р. — 3,5%). На виконання державних програм та комплексних заходів передбачено 1,7 млрд. грн. (у 2007 р. — 1,4 млрд. грн.).

Основні принципи фінансування медичних установ засновані на бюджетному утриманні, що передбачає головним чином оплату праці лікарів, фінансування ліжко-днів, оплату комунальних послуг тощо, і не передбачає покриття витрат відповідно до обсягів і якості наданих медичних послуг. Нераціональною є також структура витрат усередині системи охорони здоров'я, велика частина яких виділяється на стаціонарну медичну допомогу. Нарощування бюджетних асигнувань у галузь протягом 2000/2007 років спрямовувалось передусім на підвищення оплати праці медперсоналу, але недостатньо використовувалось для таких потреб як закупівля матеріалів, витрати на діагностику і лікування, модернізація устаткування.

Для Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 рр. фінансування передбачається здійснювати за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів, інших джерел. Орієнтовний обсяг фінансування становить: загалом за Програмою — 3 651 847,7 тис. гривень, у тому числі з державного бюджету — 2 905 938,3 тис. гривень, з місцевих бюджетів — 267 336,4 тис. гривень, з інших джерел — 478 572,9 тис. гривень. На 2009 рік за Програмою заплановані видатки у сумі 510 893,3 тис. грн., з державного бюджету — 345 472,03 тис. грн., на 2010 рік — 632 708,10 тис. грн., з державного бюджету — 443 114,1 тис. грн.

Обсяг фінансування Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року становить 761010,5 тис. грн.; з державного бюджету — 455165,7 тис. грн., з місцевих бюджетів — 295135,2, з інших джерел — 10709,6 тис. гривень. У 2008 році з державного бюджету було заплановано фінансування 62199,7 тис. грн. За результатами 2008 року з державного бюджету Програма була профінансована на 92,5%.

Істотну підтримку в забезпеченні заходів із протидії ПСШ/ВІЛ, формування цінностей здорового способу життя і збереження репродуктивного здоров'я тривалий час надають міжнародні донори. Значну частину профілактичних заходів, включаючи інформаційно-освітні заходи, програми зменшення шкоди, запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини, забезпечення ВІЛ-інфікованих АРВ-препаратами, а також дослідження з питань ВІЛ/СНІДу, здійснено саме за рахунок гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, а також коштів, наданих різними агентствами ООН (ПРООН, ФНООН, ЮНЕЙДС, USAID, ЮНІСЕФ тощо).

ОФІЦІЙНІ ДЖЕРЕЛА, ВИКОРИСТАНІ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ЧАСТИНИ I

- Конституція України
- Цивільний кодекс України
- Сімейний кодекс України
- Кримінальний кодекс України
- Національний план розвитку охорони здоров'я на період до 2010 року
- Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»
- Закон України «Про попередження насильства в сім'ї»
- Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків»
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»
- Указ Президента України «Про вдосконалення роботи центральних і місцевих органів виконавчої влади щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» від 26 липня 2005 року №1135/2005
- Постанова Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 №144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України»
- Постанова Кабінету Міністрів України від 21.02.2001 №157 «Деякі питання реєстрації, обліку та звітності щодо інфекційних хвороб»
- Постанова Кабінету Міністрів України від 12.04.2006 №504 «Про проведення гендерно-правової експертизи»
- Постанова Кабінету Міністрів України від 22.02.2008 №57 «Питання призначення і виплати допомоги сім'ям з дітьми»
- Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги і лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД (термін дії — 2004-2008 рр.)
- Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 рр.
- Національна програма «Репродуктивне здоров'я на 2001-2005 роки»
- Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року
- Державна програма з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві на період до 2010 року
- Зовнішня оцінка Національної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні
- Звіт про результати виконання Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки
- Звіт про результати виконання Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року у 2008 році
- Наказ МОЗ України від 07.04.2004 №286 «Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України»
- Наказ МОЗ України від 15.12.2003 №582 Протокол «Інфекції, що передаються статевим шляхом»
- 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»
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.04.2006 №236 «Про організацію впровадження порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію»

- Наказ МОЗ України від 20.07.2006 №508 «Про затвердження Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення»
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.11.2007 №716 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини»
- Медико-демографічне обстеження населення України, 2007 (МДОУ 2007)
- Стратегічна оцінка політик, програм і досліджень «Аборти і контрацепція в Україні», 2008
- Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 18.12.2008 №4941 «Про затвердження та впровадження стандартів мінімального пакета соціальних послуг у сфері ВІЛ/СНІДу різним категоріям дітей, молоді та сімей»
- Державні стандарти базової та повної загальної середньої освіти
- Наказ МОН України від 23.02.2004 №132 «Про затвердження Типових навчальних планів загальноосвітніх навчальних закладів 12-річної школи»
- Наказ МОН України від 17.12.2007 №1133 «Про затвердження програми «Основні орієнтири виховання учнів 1-12 класів загальноосвітніх навчальних закладів»
- Участь церков та релігійних організацій України у боротьбі з поширенням епідемії ВІЛ/СНІДу та роботі з людьми, що живуть з ВІЛ/СНІДом: Міжконфесійний збірник / Під ред. Лапіна П.В. — К., 2008. — 156 с.

ОСНОВНА СТАТИСТИКА ПОШИРЕННЯ ЕПІДЕМІЇ ТА СТАТИСТИКА, ЯКА СТОСУЄТЬСЯ СЕКСУАЛЬНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я (2008/2009)

• ВІЛ/СНІД: випадки та поширеність за статтю та віковими групами:

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, кількість випадків ВІЛ-інфекції в 2008 році в абсолютних числах становила 18963, тобто 40,9 на 100 тис. населення: 10508 випадків серед чоловіків та 8455 серед жінок.

Розподіл за віковими групами:

Вікова група	Чоловіки	Жінки
0-14 років	1872	1777
15-17 років	13	90
18-24 років	727	1669
25-49 років	7519	4704
50 і старше років	377	215

Кількість випадків СНІДу в 2008 році в абсолютних числах становила 4380, тобто 9,5 на 100 тис. населення: 3060 випадків серед чоловіків та 1320 серед жінок.

Розподіл за віковими групами:

Вікова група	Чоловіки	Жінки
0-14 років	33	41
15-17 років	0	1
18-24 років	81	110
25-49 років	2793	1121
50 і старше років	153	47

За 9 місяців 2009 року офіційно зареєстровано 14744 випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі 3198 випадків СНІДу. Розподіл за статтю випадків ВІЛ-інфекції: 8150 — серед чоловіків та 6594 — серед жінок. Розподіл за статтю випадків СНІДу: 2182 — серед чоловіків та 1017 — серед жінок.

- **Відсоток ЛЖВ, які отримують АРВ-терапію, розподіл за статтю:**

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, на кінець 2009 року АРТ отримують 14256 пацієнтів, що становить 43% від потреби. З 14256 пацієнтів 6859 (48%) становлять ВІЛ-позитивні жінки.

- **Рівень материнської смертності:** 14,7 на 100 тис. народжених живими (дані МОЗ України, 2008).

- **Поширеність використання презервативів:** офіційною статистикою не враховується; за даними МДОУ 2007, жінки — 60,2%, чоловіки — 80,1%.

- **Поширеність використання контрацептивів:** 308,35 на 1000 жінок фертильного віку (внутрішньоматкові спіралі та гормональна контрацепція) (дані МОЗ України, 2008).

- **Відсоток ВІЛ-позитивних жінок, які отримують антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини:** 94% (дані Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, 2008).

- **Відсоток пологів, які відбулися у лікарні:** 99,82% (дані МОЗ України, 2008).

- **Відсоток пологів у молодших вікових групах (діти до 14 років та у віковій групі 15-18):** до 14 років включно — 121 пологів, що становить 0,026% від загальної кількості; 15-17 років включно — 9777 пологів, що становить 2,15% (дані МОЗ України, 2008).

РОЗДІЛ II

СЕКСУАЛЬНЕ ТА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я

[I] ОСВІТА, ІНФОРМАЦІЯ, КОМУНІКАЦІЯ У ПЛОЩИНІ СЕКСУАЛЬНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

- Основні елементи профілактики, спрямовані на сексуальне та репродуктивне здоров'я жінок, молоді та підлітків, включені до Національної програми

А) Основний зміст положень:

Розробка модульно-інформаційного блок-мінімуму з проблем здорового способу життя та статевого виховання з урахуванням вікових особливостей для дошкільних, загальноосвітніх, професійно-технічних закладів освіти, вищих навчальних закладів усіх рівнів акредитації для проведення санітарно-просвітницької діяльності.

Розробка програми статевого виховання відповідно до віку дитини.

Розробка та видання інформаційно-методичних матеріалів для дітей, учнівської та студентської молоді з питань здорового способу життя та збереження репродуктивного здоров'я (листівки, буклети, плакати тощо). Запровадження скриньок запитань-відповідей у навчальних закладах.

Проведення досліджень з вивчення сучасного стану здоров'я підлітків для визначення факторів ризику формування порушень жіночої та чоловічої статевої системи. Розробка стандартів щодо їх профілактики, діагностики та лікування.

Розробка системи просвітницької роботи для дітей, підлітків та молоді з питань здорового способу життя, планування сім'ї та профілактики інфекцій, які передаються статевим шляхом, і ВІЛ: видання відповідної літератури.

В) Найчастіше використовувані медіа та стратегії:

Створення радіопередач та започаткування на телебаченні телесеріалів, соціальної реклами з питань здорового способу життя та збереження репродуктивного здоров'я.

Розробка та щорічне проведення інформаційно-просвітницьких кампаній для населення з питань здорового способу життя, репродуктивного здоров'я та запобігання непланованій вагітності за допомогою тематичних телерадіопередач та соціальної реклами.

Створення в мережі Інтернет сайту для батьків, дітей та молоді за тематикою статевого виховання з постійною інформаційною підтримкою.

Створення і показ щомісяця циклу телепередач «Репродуктивне здоров'я української нації».

С) Просування, доступність та розповсюдження презервативів:

Не включено.

Д) Залучення громадянського суспільства до процесу планування заходів:

Не включено.

Е) Залучення громадського суспільства до процесу впровадження заходів:

Не включено.

● Оцінка заходів щодо протидії поширенню ВІЛ серед жінок, молоді та підлітків

Профілактична робота серед жінок, молоді та підлітків здійснюється відповідно до Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 рр.². Відповідно до зазначеного документу профілактичними заходами є: проведення освітньої та роз'яснювальної роботи серед населення, пропаганда здорового способу життя, духовних, морально-етичних, культурних цінностей та відповідальної поведінки; посилення профілактичних заходів серед груп ризику, дотримання вимог щодо безпеки лікувально-діагностичного процесу шляхом застосування медичних виробів одноразового використання, посилення безпеки донорства, удосконалення механізму запобігання вертикальній передачі ВІЛ, забезпечення вільного доступу до безоплатного тестування населення на ВІЛ-інфекцію, передусім молоді та представників груп ризику.

Таким чином, профілактична робота серед жінок, молоді та підлітків здійснюється в рамках роботи із загальним населенням, а також в рамках роботи із вразливими групами, якими є споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники комерційного сексу, діти вулиць, мігранти, засуджені.

Первинна профілактика серед загального населення згідно з Програмою передбачає створення та поширення у ЗМІ тематичної соціальної реклами, пропаганду здорового способу життя серед молоді через роботу мобільних консультативних пунктів Центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦССМ), запровадження у навчальних закладах факультативного курсу для молоді «Профілактика ВІЛ-інфекції\СНІДу», розробку програм профілактики на робочих місцях, забезпечення вільного доступу населення до тестування на ВІЛ-інфекцію.

Профілактика серед жінок, молоді та підлітків груп ризику відповідно до Програми здійснюється шляхом безкоштовного розповсюдження шприців, презервативів, інформаційних матеріалів, проведення тестування на ВІЛ та ПСІВ неурядовими організаціями та Центрами соціальних служб для дітей, сім'ї та молоді, медичними закладами.

Ефективність профілактичної роботи серед населення непрямо можна оцінити через офіційну статистику щодо виявлення нових випадків ВІЛ. За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, найбільш чітко простежується тенденція до зниження виявлення випадків ВІЛ серед СНІ загалом та молодих споживачів ін'єкційних наркотиків зокрема: з 925 випадків у 2006 р. до 770 випадків у 2007 р., 582 випадків у 2008 р. та 552 випадків у 2009 р. Щодо жінок, які споживають наркотики ін'єкційним шляхом, то на думку епідеміологів, такої чіткої тенденції зниження кількості нових випадків, як серед молодих СНІ, не спостерігається. У 2006 р. було виявлено 1496 випадків серед цієї групи, у 2007 р. кількість нових випадків зросла до 1561, у 2008 році знову знизилась до 1465, а в 2009 р. становила 1443 випадки³.

Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед молоді загального населення також щороку знижується: в 2006 році вона становила 2950 випадків, у 2007 р. — 2705, у 2008 р. — 2499, у 2009 р. — 2337. Щодо жінок, то навпаки — щороку кількість виявлених випадків ВІЛ збільшується. У 2006 р. було виявлено 6738 випадків, у 2007 р. — 7737, у 2008 р. — 8455, у 2009 р. — 8913.

² Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 рр.» від 19 лютого 2009 р. №1026-VI.

³ За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом.

Водночас, у 2008 р. статевий шлях передачі ВІЛ уперше почав домінувати над парентеральним. Рівень інфікування серед вагітних визначає рівень інфікованості ВІЛ у загальній популяції. Рівень ВІЛ-інфікованості серед вагітних є сталим упродовж останніх 3-х років та становить 0,34%. Причому, за даними Центру СНІДу, багато ВІЛ-позитивних вагітних жінок інфікувалися саме статевим шляхом. Партнерами багатьох є гетеросексуальні чоловіки, які ніколи не вживали наркотики⁴. З огляду на цей факт, профілактична робота серед загального населення та моніторинг ефективності такої роботи є вкрай важливими.

Інструментом оцінки ефективності профілактичної роботи є також національні показники моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за станом епідемії ВІЛ-інфекції\СНІДу⁵. Зокрема, ефективність заходів протидії ВІЛ оцінюється через такі основні групи показників:

- Охоплення профілактичними програмами.
- Знання про шляхи статевої передачі ВІЛ і про те, як ВІЛ не передається.
- Безпечна поведінка.
- Тестування на ВІЛ.

Відправною точкою для оцінки ефективності протидії епідемії ВІЛ в Україні на основі національних показників є Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом за період січень 2003 р. — грудень 2005 р. Нижче представлена таблиця за названими показниками з розподілом за статтю та віком в динаміці (Табл.1)⁶.

Таблиця 1. Національні показники моніторингу та оцінки з розподілом за статтю та віком за 2005, 2007, 2009 рр., %

№	Назва показника	Цільова група	Показник								
			Жінки			Молодь 15-24			Серед усіх		
			2005	2007	2009	2005	2007	2009	2005	2007	2009
1	Відсоток осіб, яких охоплено профілактичними програмами	Молодь віком 15-24	82%[1]	12%	n/a	n/a	n/a		83%[2]	16%	n/a
		СІН	41%	50%	33%	31%	41%	23%	38%	46%	31,6%
		ПКС	34%	69%	59%	26%	67%	53%	34%	69%	59%
		ЧСЧ					51%	63%	n/a	50%	63%
		Засуджені		1%	13%		4%	14%	n/a	8%	15%
2	Відсоток осіб (із цільової групи), які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається	Молодь віком 15-24	13,30%	42%	41%				14%	40%	40,3%
		СІН	18%	45%	53%	15%	41%	54%	21%	47%	54,7%
		ПКС	8%	48%		6%	43%	48%	8%	48%	51%
		ЧСЧ	n/a	n/a	n/a	47%	43%	72%	49%	47%	71%
		Засуджені	43%	37%	43%	28%	34%	38%	39%	42%	41%
3	Відсоток осіб (із цільової групи), які повідомили про використання презерватива під час останнього сексуального контакту	Населення віком 15-49 (15-24)	65%	61%	61%	n/a	69%	80%	n/a	72%	61%
		СІН		56%	45%			52,8	34%	55%	48%
		ПКС	80%	86%	89%	79%	86%	89%	80%	86%	88%
		ЧСЧ					39%	65%	72%	39%	64%

4	Відсоток СІН, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції	СІН		81%	83%		83%	89%	63%	84%	87%
5	Відсоток осіб (із цільової групи), які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	Населення віком 15-49	6%	20%	15%	5%	12%	12%	n/a	15,50%	13,10%
		СІН	26%	30%	32%	23%	23%	21%	26%	29%	28%
		РКС	32%	46%		30%	48%	56%	32%	46%	59%
		ЧСЧ				25%	25%	43%	25%	28%	43%
		Засуджені	25%	30%	17%	n/a	24%	11%	18%	25%	12%

Ефективність профілактичних програм можна оцінити лише в динаміці. Наприклад, як бачимо, з 2005 року в разі поліпшилися показники знання серед молоді груп ризику та жінок, збільшився відсоток охоплення профілактичними програмами вразливих груп, відсоток тестування на ВІЛ тощо.

Недоліком в оцінці ефективності профілактичних засобів є зміни в методології збору даних для оцінки ефективності програм, наприклад, це стосується показника охоплення молоді у віці 15-24 (в 2005 р. охоплення розраховувалось серед усіх респондентів у віці 15-24, а в 2007 р. — серед молоді, що практикувала ризиковану поведінку).

Ще одне джерело оцінки охоплення профілактичними програмами груп ризику — дані програмного моніторингу, зокрема База даних «SurEx», яка містить щоквартальні звіти НУО — субгрантерів МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». За результатами програмного моніторингу 2008 року, кількість СІН, охоплених профілактичними програмами, становила 102 166 осіб, із них жінки — 23 935 осіб, молоді у віці до 15 років — 119 осіб, 16-49 років — 23499 осіб⁷. Кількість охоплених працівників комерційного сексу становила 16997 осіб, серед яких жінки — 16479 осіб, особи у віці до 15 років — 49, у віці 16-24 — 7536. Ефективність охоплення можна оцінити через оціночну кількість груп ризику. Так, за даними дослідження з оцінки чисельності, проведеного в 2005 р., середня оціночна кількість СІН становила 375 тис., ЖКС — 167 тис.⁸. Таким чином, охоплення профілактичними програмами груп ризику в 2008 р. становило серед СІН близько 27%, серед ЖКС — близько 10%. У 2009 р. на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» було проведено нове дослідження з оцінки чисельності. Відповідно до нових оціночних даних, кількість СІН на національному рівні становить 290 тис., кількість ЖКС — 70 тис. Таким чином, за даними програмного моніторингу 2009 р., кількість охоплених СІН в 2009 р. становить 52%, охоплених ЖКС — 36%. При цьому заплановані показники охоплення цільових груп в 2010 р. для СІН є 43%, а ЖКС — 30%.

⁴ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. — №32. — К., 2009. — С. 34.

⁵ Наказ МОЗ «Про затвердження переліку національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за станом епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу» від 17.05.2006 №280 (зі змінами, затвердженими Наказом МОЗ №870 від 28.12.2007).

⁶ Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом: Україна. Звітний період: січень 2006 — грудень 2007 рр.

⁷ За даними МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

⁸ «Оцінка чисельності груп населення, вразливих до ВІЛ», проведена в 2008 р. Київським міжнародним інститутом соціології на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Варто зазначити, що рутинний епідеміологічний моніторинг та збір поведінкових показників серед уразливих груп є регулярними, а вивчення ефективності профілактичної роботи серед загального населення, зокрема жінок та молоді, має нерегулярний характер. Це пов'язано з концентрованим характером епідемії в країні, через що більшість донорських організацій спрямовують свої зусилля на протидію епідемії саме серед уразливих груп.

Підсумовуючи, можна сказати, що в Україні спостерігається чітка тенденція до зниження виявлення нових випадків ВІЛ серед молодих (15-24 роки) споживачів ін'єкційних наркотиків, що очевидно є результатом проведення всебічної профілактичної роботи як неурядовими, так і державними організаціями. Підвищується рівень знань, охоплення профілактичними програмами та програмами безпечної поведінки вразливих груп. Щодо жінок, які споживають наркотики ін'єкційним шляхом, то чіткої тенденції до зменшення кількості нових випадків інфікування не спостерігається.

Стосовно загального населення, зокрема молоді та жінок, то про ефективність профілактичної роботи свідчить зростання рівня знань щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції як серед молоді загалом, так і жінок цієї вікової групи. Водночас спостерігається зниження кількості виявлення нових випадків ВІЛ серед молоді.

Зростає кількість нових випадків ВІЛ серед жінок загального населення, дедалі більше вагітних інфікується статевим шляхом від гетеросексуальних чоловіків, які не є споживачами наркотиків. Це може означати, що епідемія поступово виходить за межі груп ризику, а тому особливої актуальності набуває первинна профілактика серед населення. Наразі потрібним є також регулярний моніторинг та оцінка ефективності такої роботи.

● Статистика ІПСШ серед жінок, молодих людей і підлітків та національні кампанії щодо профілактики поширення ІПСШ, спрямовані на ці цільові групи

Офіційною статистикою оцінюється рівень поширення ІПСШ серед дітей від 0 до 14 років і підлітків 15-17 років та серед жінок і чоловіків окремо. В останні роки відзначалися стабілізація та зниження показників захворюваності на ІПСШ серед підлітків. Серед жінок спостерігається підвищення рівня хламідіозу, мікоплазмозу, що пояснюється розвитком мережі приватних лабораторій та охоплення ширшого контингенту населення діагностикою. Національні профілактичні кампанії, спрямовані на профілактику поширення ІПСШ серед цих груп, не проводяться, цю діяльність здійснюють переважно міжнародні та громадські організації.

● Відображення питання нерівності (гендерної, расової, етнічної, соціальної) в освітніх програмах, які впроваджуються урядом для профілактики ІПСШ

Згідно з Конституцією України: «Не може бути привілеїв чи обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного чи соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками» (ст. 24). Тому питання нерівності в освітніх програмах, як правило, не відображується.

Хоча окремі дослідження свідчать, що для навчальних матеріалів, які використовуються в початковій та середній школі, характерна прихована гендерна дискримінація, тобто наявність гендерних стереотипів у шкільних підручниках та інших навчальних матеріалах, які використовуються у навчальному процесі.

Освітніх програм, які впроваджуються урядом для профілактики ІПСШ, ці твердження не стосуються. Адже у всіх навчальних матеріалах із цих питань зазначається про однакову відповідальність і жінки, і чоловіка щодо свого здоров'я та здоров'я оточуючих; наголошується на необхідності як для чоловіків, так і для жінок використання засобів захисту при статевих контактах для уникнення інфікування тощо.

● Підготовка медичного персоналу для того, щоб надавати ефективні консультації з питань профілактики жінкам, молоді та підліткам

Медичний персонал підготовлений недостатньо. Має місце відставання навчальних програм у рамках до- та післядипломної освіти від принципів сучасної медицини. Нерозв'язані проблеми у підготовці фахівців у сфері репродуктивного здоров'я — як з питань профілактики, так і надання медичних послуг.

Потребують відповідної уваги питання підготовки фахівців у сфері репродуктивного здоров'я — як з профілактики захворювань, так і з надання медичних послуг. На їхній якості позначається невідповідність наявних навчальних програм у системі до- та післядипломної освіти принципам науково-доказової медицини, планування сім'ї, а також дуже обмежені можливості у використанні необхідної інформації.

Післядипломна освіта в Україні включає підготовку фахівців в інтернатурі протягом 3-х років для акушерів-гінекологів, потім кожні 5 років лікар має пройти 1-місячний передатестаційний цикл та 2-тижневі тематичні цикли. Починаючи з 2009 року допускається на рівні з 2-тижневим циклом проходження 1-тижневого тематичного циклу.

У системі підготовки лікарів акушерів-гінекологів навчальні години на питання з планування сім'ї і консультування виділяються в недостатній кількості (4 курс — питання не включені; 5 курс — 11,2 години; 6 курс — 10,5 години).

Під час проходження 3-річної інтернатури з акушерства і гінекології на питання планування сім'ї та консультування виділяється 74 години, навчання починається з 2-го року інтернатури.

На рівні післядипломної освіти у програмі передатестаційного циклу не визначені питання консультування з РЗ/ПС. Вони розглядаються у вигляді тематичного циклу «Питання профілактичної перинатології і планування сім'ї», розрахованого на 156 годин для вузького кола фахівців.

У навчальному плані уніфікованої програми передатестаційного циклу (ПАЦ) за фахом «Акушерство і гінекологія» теми з планування сім'ї і консультування відсутні. Деякі кафедри за власною ініціативою переглядають план і включають теми планування сім'ї та консультування пацієнтів у репродуктивному віці для навчання лікарів-курсантів.

В окремих медичних вузах на факультетах підвищення кваліфікації в сітку розкладу включені тематичні цикли з планування сім'ї і консультування. При цьому не вирішені організаційні питання, оскільки лікар самостійно оплачує курси, і протягом 1 місяця тривалості курсів заробітна плата не зберігається. Не всі фахівці згодні працювати в таких умовах.

Підготовка акушерок на рівні додипломної освіти здійснюється упродовж 648 годин, на питання акушерства й гінекології відведено 243 години, з них 54 години на РЗ/ПС. На рівні післядипломної освіти в рамках передатестаційного циклу питанням планування сім'ї присвячено лише 8 годин, що недостатньо.

З 2007 року в медичних училищах і коледжах, у яких здійснюється підготовка медичних сестер і фельдшерів (трирічне навчання), також функціонують програми «Репродуктивне здоров'я» і «Планування сім'ї». Однак зазначені програми не охоплюють всі аспекти теми, базуються здебільшого на лекційному матеріалі і не містять інтерактивних підходів до навчання.

Програми навчання не оновлюються і не відповідають нормативним документам та сучасним підходам. Ці питання зазвичай вирішуються на робочих місцях. Недостатньо спеціальної літератури для самопідготовки медичних фахівців.

У програму спеціалізації з сімейної медицини питання планування сім'ї включені в недостатньому обсязі. Навчання практичним навичкам з консультування не проводиться. Таким чином, сімейні лікарі не готові надавати послуги у сфері РЗ.

Незважаючи на обов'язковість упровадження організаційно-методичних документів, вони використовуються недостатньо як на рівні підготовки фахівців, так і в практичній діяльності.

- **Наявність урядових ініціатив, які сприяють створенню можливості такого консультування для медичних команд**

Урядових ініціатив немає. Медичні команди здебільшого забезпечують медико-соціальну підтримку у сфері ВІЛ. Профілактичний напрям потребує розвитку.

- **Обговорення питання чоловічого обрізання як одного зі способів профілактики передачі ВІЛ в Україні**

Питання чоловічого обрізання як один зі способів профілактики передачі ВІЛ-інфекції на національному рівні не обговорюється. Такі практики існують в Україні в окремих етнічних спільнотах, наприклад єврейських, мусульманських, проте здійснюються через релігійні переконання, а не задля профілактики ВІЛ-інфекції та ППСШ. За словами експертів, через менталітет українське суспільство не готове поки що до розгляду питання чоловічого обрізання як профілактичного засобу інфікування ВІЛ.

- **Наявність кампаній, політики чи процедур щодо активізації профілактики ВІЛ серед чоловіків, спрямованих на чоловіче гетеросексуальне населення**

Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 рр. не виділяє чоловіче гетеросексуальне населення як окрему цільову групу. Профілактична робота із чоловіками проводиться в рамках національних інформаційних кампаній, спрямованих на загальне населення, шляхом соціальної реклами, лекцій у загальноосвітніх школах, через роботу неурядових організацій та Державної соціальної служби в межах

роботи мобільних консультативних пунктів тощо. Як група ризику гетеросексуальні чоловіки розглядаються в контексті інших уразливих груп (через їх більшу чисельність): споживачів ін'єкційних наркотиків (за даними поведінкових досліджень серед СІН 2007 та 2008 рр., співвідношення СІН чоловіків та жінок становить 1:3), вуличної молоді, засуджених. За результатами епідеміологічного дослідження з визначення поширеності ВІЛ-інфекції та ризикованої поведінки серед бездоглядних, безпритульних дітей та вуличної молоді (проведене в Києві, Одесі, Донецьку та м. Макіївка Донецької області з 21 травня по 16 грудня 2008 року Організацією HealthRight International у співпраці з Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерством охорони здоров'я України, Департаментом репродуктивного здоров'я американських Центрів з контролю над захворюваннями та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»), із тих, хто практикує ризиковану поведінку, хлопці становлять 76%. Окремо виділяється група військовослужбовців, на яких спрямовуються специфічні кампанії з урахуванням їхніх поведінкових практик.

Останніми роками, у зв'язку з тенденціями до домінування статевого шляху передачі ВІЛ-інфекції, особлива увага приділяється так званім групам-місткам, тобто групам населення, через які ВІЛ-інфекція від представників уразливих груп потрапляє до загального населення. Однією із таких груп-містків є чоловіки, які користуються послугами працівниць комерційного сексу.

Згідно з профайлом клієнтів ЖКС, складеним учасниками проведеного в 2009 р. дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ серед ЖКС та їхніх клієнтів», найчастіше послугами ЖКС користуються: військовослужбовці, студенти, далекобійники, моряки, працівники правоохоронних органів, таксисти, бізнесмени.

Слід зазначити, що до дослідження залучалися найвразливіші щодо ВІЛ-інфікування секс-працівниці, тобто ті, які працюють на трасах, вулицях, в барах, саунах. Природно, що споживачі послуг таких ЖКС мають більший ризик до інфікування ВІЛ. За попередніми даними зазначеного дослідження, поширеність ВІЛ серед ЖКС на національному рівні становить 12,9%. Поширеність ВІЛ серед клієнтів ЖКС, які були опитані в ході цього ж дослідження, становить 7,5%. Частка клієнтів ЖКС, які за останні 12 місяців завжди використовували презерватив під час сексу з ЖКС, — 24,8%. 92% клієнтів ЖКС повідомили про використання презервативу під час останнього сексу з ЖКС. У ході дослідження було опитано 500 клієнтів ЖКС у таких містах: Івано-Франківськ, Сімферополь, Київ, Харків, Черкаси.

Попри високий ризик інфікування ВІЛ чоловіками-клієнтами ЖКС та підтвердження нагальності такої роботи, спеціальних програм, розрахованих на роботу із цією цільовою групою, в Україні практично немає. Серед прикладів такої одиничної діяльності можна назвати досвід БФ «Юнітус» (м. Миколаїв). З його ініціативи було розповсюджено інформаційні матеріали серед клієнтів ЖКС — за допомогою самих жінок, що надають сексуальні послуги за плату, та Маріупольського молодіжного клубу (м. Маріуполь). Однією з причин відсутності регулярної роботи є важкодоступність цієї групи. Проте, з огляду на небезпеку переходу епідемії ВІЛ із концентрованої стадії до генералізованої, чоловікам, які користуються послугами ЖКС, слід приділяти особливу увагу в профілактиці ВІЛ.

- **Наявність досліджень альтернативних форм профілактики для жінок (новий дизайн для жіночих презервативів, застосування мікробіцидів тощо)**

Україна тільки починає застосовувати міжнародний досвід використання альтернативних форм профілактики ВІЛ та ІПСШ для жінок. Одним із таких запобіжних засобів є жіночі презервативи. З 2010 року МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» розпочинає проект розповсюдження фемідомів через проекти, які працюють з уразливими групами, передусім із жінками, які надають сексуальні послуги за плату. Під час підготовчого етапу проекту були проведені фокус-групи з соціальними працівниками та самими ЖКС, за підсумками яких була сформульована потреба подальшого вивчення на практиці профілактичних і соціальних можливостей фемідомів. В результаті, в Україні впроваджуються 2 пілотні проекти. Суть одного пілоту полягає в підготовці соціальних працівників, які навчатимуть своїх клієнток-ЖКС використовувати фемідоми, а потім проводити опитування ЖКС щодо досвіду використання жіночих презервативів. Суть другого пілотного проекту полягає у навчанні самих ЖКС тренерським навичкам використання презервативів, які вони застосовуватимуть, поширюючи інформацію про фемідоми та розповсюджуючи їх серед ЖКС.

За результатами пілотних проектів через 6 місяців буде прийнято рішення щодо впровадження тієї чи іншої моделі проекту. Крім описаного вище дослідження, Альянсом було ініційовано проведення Огляду міжнародного досвіду ефективності використання жіночого презервативу (фемідому) в запобіганні ВІЛ/ІПСШ.

Наразі описаний проект та вивчення досвіду зарубіжних країн у застосуванні презервативів — єдина ініціатива в напрямку вивчення та практичного застосування альтернативних профілактичних форм для жінок.

У 2010 році ЮНЕЙДС в Україні планує залучити міжнародних експертів для проведення дослідження щодо готовності застосування фемідомів у країні.

Всеукраїнський благодійний фонд «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій» у рамках проекту Міжнародної Ради СНІД-сервісних організацій при підтримці Фонду Білла та Мелінди Гейтс проводить роботу з розвитку адвокаційної мережі, яка в подальшому зможе вести просвітницьку роботу серед спільнот та політиків про необхідність упровадження нових профілактичних технологій, що базуються на правах людини та етиці, серед яких мікробіциди та вакцини.

Окремо слід зазначити про одиничні клінічні дослідження мікробіцидів, які проводять окремі науково-дослідні інститути в рамках дисертаційних досліджень. Проте вони не мають масового характеру і є проявом зацікавлення окремих учених до альтернативних форм профілактики ВІЛ/ІПСШ.

● Наявність програм та заходів, які стосуються сексуального та репродуктивного здоров'я чи профілактики, спрямованих на жінок, що належать до етнічних меншин

Згідно з Конституцією України: «Не може бути привілеїв чи обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного чи соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками» (ст. 24). Тому для жінок з етнічних меншин не розробляються спеціальні заходи чи програми, які стосуються медичної допомоги чи профілактики у сфері репродуктивного здоров'я. Зазначена група жінок отримує ці послуги на загальних підставах.

III] СЕКСУАЛЬНЕ ТА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я

● Наявність тестування на ВІЛ та його доступність для всіх жінок країни

За рівнем поширення ВІЛ-інфекції Україна посідає одне з перших місць у Європі. Дані офіційної статистики свідчать, що на початок 2009 року на диспансерному обліку перебувало понад 91 тис. ВІЛ-інфікованих осіб. За оціночними даними вітчизняних та міжнародних експертів, реальна кількість ВІЛ-інфікованих у п'ять разів перевищує офіційні дані і становить близько 377600 осіб. Це означає, що лише кожна третя особа, яка живе з ВІЛ в Україні, пройшла відповідне тестування і знає свій ВІЛ-статус. 3/4 з тих, хто проходить тестування, — вагітні жінки та донори крові, й лише 1/4 припадає на загальне населення та групи підвищеного ризику щодо ВІЛ. Частка ВІЛ-позитивних серед цих груп дорівнює 86%.

Національне законодавство щодо ВІЛ чітко зазначає, що все тестування на ВІЛ має здійснюватися на добровільній основі, за винятком обов'язкового тестування зразків крові та органів, і супроводжуватися обов'язковим дотестовим та післятестовим консультуванням. Скринінговим дослідженням на ВІЛ в Україні підлягають категорії населення, визначені Законом України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення». Також розроблений і впроваджується протокол з консультування і тестування. Отже можна констатувати, що в Україні наявна нормативно-правова база щодо консультування та тестування.

Протягом останніх років у країні спостерігається прогрес у розвитку національної системи добровільного консультування та тестування. Щороку збільшується кількість таких досліджень серед різних груп населення. У 2006 р. проведено 2,5 млн. тестувань, у 2007 — 2,8 млн., у 2008 р. — 3,2 млн. За цей час кількість закладів, які надають послуги з добровільного консультування і тестування, поступово зростала, і сьогодні ці послуги пропонують в усіх великих містах. В Україні сформована також широка мережа пунктів надання «консультування та тестування на ВІЛ», включаючи 214 центрів та кабінетів, у яких можна отримати послуги щодо тестування на ВІЛ, а також 648 консультаційних служб, які охоплюють усі регіони України.

В останні 2 роки зросла кількість обстежень на ВІЛ та підвищився рівень виявлення нових випадків ВІЛ-інфекції за рахунок розширення добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію: у 2006 році порівняно з 2005 р. — на 2,6%, у 2007 р. порівняно з 2006 р. — на 12,8%, а в 2008 — на 12,1% порівняно з 2007 р., що призвело до збільшення кількості виявлених випадків ВІЛ-інфекції. З метою забезпечення вільного доступу до консультування та безоплатного тестування на ВІЛ-інфекцію різних категорій населення у 2009 році передбачено виділення коштів: з державного бюджету — 885,3 тис. грн., з місцевих бюджетів — 90 510,0 тис. грн.

На виконання п.5 Указу Президента від 30.11.2005 р. №1674/2005 «Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні» станом на 01.01.2009 р. у всіх обласних та районних центрах створено мережу кабінетів «Довіра». Вона складається з 637 кабінетів, 181 з яких є самостійними структурними підрозділами, решта — на базі КІЗів. Точна і надійна лабораторна діагностика — це основа можливостей України для здійснення моніторингу епідемії ВІЛ серед загального населення та окремих його груп. На сьогодні діють 124 скринінгові лабора-

торії, з них 26 — в обласних Центрах СНІДу, 44 — в СПК, 8 — в СЕС, 15 — відомчі, 27 — в ЦРЛ і поліклініках, 3 — в інститутах АМН України.

Підтвердження позитивних результатів здійснюється у лабораторіях 15 областей, з решти областей зразки крові досліджуються в Інституті епідеміології та інфекційних захворювань АМН України.

Більшість тестів проводиться серед вагітних жінок та донорів крові, для тестування яких закуповуються тест-системи з державного бюджету. Для інших категорій населення передбачається закупівля тест-систем за кошти місцевих бюджетів. З 2005 року Міністерство охорони здоров'я рекомендувало регіонам виділяти ресурси для проведення тестування на ВІЛ для 5% населення області щороку, однак ця умовна ціль не була досягнута у більшості областей. І дотепер між областями можна спостерігати відмінності в охопленні послугами з тестування на ВІЛ, а також у кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, що безпосередньо пов'язано з обсягами закупівель та використанням тест-систем серед ключових груп населення за рахунок місцевого бюджету. Згідно з соціологічним дослідженням, 19% сексуально активних жінок у віці 15-24 роки і 8% сексуально активних чоловіків у віці 15-24 роки за останні 12 місяців проходили тестування на наявність ВІЛ і отримали результати цих тестів. Жінки в усіх підгрупах у більшій кількості, ніж чоловіки, проходили тестування й отримували результати. Наприклад, 20% жінок у віці 20-24 роки за останні 12 місяців проходили тестування на ВІЛ і отримували результати цього тестування, порівняно з 8% чоловіків тієї ж вікової групи. Можливо, більшість цих жінок проходили тестування під час вагітності. Наприклад, серед жінок, які народжували протягом двох років, що передували обстеженню, 81% жінок у віці 20-24 роки повідомили, що проходили тестування й отримували результати, а 52% повідомили, що в ході консультації їм було запропоновано пройти тестування на ВІЛ, вони це зробили і отримали результати тестування.

Національний протокол з консультування і тестування (далі — КіТ) чітко не розмежовує тестування, ініційовані постачальником послуг чи клієнтом, а також діагностичне тестування. У 2007 році відсоток КіТ, ініційованих клієнтами, становив менше, ніж 2% від усіх проведених тестів, що свідчить про надзвичайно низький рівень інформування про послуги КіТ. Повсякденна практика свідчить про те, що не скрізь забезпечується безкоштовне для клієнтів (або окремих уразливих категорій клієнтів) обслуговування, що включає послуги з консультування і тестування.

Основні проблемні питання в Україні на сьогодні:

— Відсутність стратегії розвитку консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, спрямованої на підвищення якості та доступності послуг для груп найвищого ризику, насамперед СІН, ЖКС, ЧСЧ, ув'язнених, хворих на інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСП), туберкульоз тощо.

— Недосконалість нормативно-правової бази з питань КіТ на ВІЛ-інфекцію та лабораторної діагностики в Україні; методик оцінки потреб у тестуванні населення на ВІЛ та пов'язаному з ним консультуванні; навчальних програм з питань консультування, тестування та лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції; процедури закупівель лабораторного обладнання, тест-систем та витратних матеріалів.

— Відсутність програм забезпечення якості та контролю якості, в т.ч. програми перевірки якості тест-систем у процесі їх реєстрації, поточному використанні та при поновленні дозволу на реєстрацію.

— Недостатність матеріальних, кадрових ресурсів для забезпечення потреб у КіТ на ВІЛ-інфекцію та у клінічному моніторингу пацієнтів.

Ця медична послуга, у її повному виконанні, не є доступною без додаткових умов будь-якому громадянину, включаючи жінок, з низки параметрів, зокрема:

— За зручністю розташування, наближеності до потенційного клієнта (відсутність відповідних служб у невеликих населених пунктах, незручність місця розташування й/або віддаленість від потенційних клієнтів).

— Через недостатню розгалуженість мережі кабінетів довіри (центрів анонімного обстеження на антитіла до ВІЛ і надання консультування), адекватну потребам молоді й особливо вразливих груп населення.

Соціальна реклама центрів тестування надзвичайно обмежена (якщо не відсутня взагалі) в абсолютній більшості міст, у тому числі в столиці — м. Києві, і містах з високим рівнем поширення ВІЛ-інфекції. Потреба областей у тест-системах задовольняється за рахунок як центрального, так і місцевого бюджетного фінансування. Співвідношення обсягів за цими двома позиціями досить різноманітне й визначається сукупністю факторів, як об'єктивних, так і суб'єктивних.

Епідеміологічні дослідження показали, що загалом жінки частіше, ніж чоловіки, звертаються за медичною допомогою. Однак жінки з ВІЛ-інфекцією частіше зазнають стигматизації та дискримінації через ВІЛ, ніж чоловіки. Побоювання залишитись самотньою у жінок більше, ніж у чоловіків, тому вони частіше вагаються щодо тестування на ВІЛ і при визначенні позитивного результату нерідко відмовляються від медичної допомоги. Було встановлено, що жінки з ВІЛ значно пізніше звертаються до закладів охорони здоров'я, ніж чоловіки, а якщо у жінки є дитина, то вона відкладає звернення за медичною допомогою на довший термін, відповідно недооцінюючи рівень важкості свого захворювання.

Перелічені перешкоди мають переважно нормативно-правовий, організаційний та фінансовий характер. Прийнята Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2009-2013 роки (далі — Загальнодержавна програма) передбачає окремі заходи для подолання перешкод, але вони не забезпечують системний підхід у реалізації цієї програми та досягненні очікуваних результатів. З метою посилення вирішення наявних проблем розроблено, затверджено та розпочато запровадження Стратегії щодо удосконалення консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію та стандартизованої лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції (наказ МОЗ України від 14.07.2009 №509).

Очікується, що успішна співпраця державних установ та закладів, громадських і міжнародних організацій у цьому напрямі забезпечить ефективне використання наявних у країні ресурсів для запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, розширення доступу до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію серед населення загалом, зокрема при плануванні сім'ї та партнерських стосунках, в т.ч. уразливих до ВІЛ контингентів населення.

● **Доступність тестування на ВІЛ у жіночих консультаціях та пологових будинках**

З 2001 р. в рамках Національних програм здійснюються галузеві програми щодо запобігання передаванню ВІЛ від матері до дитини. З 1999 року запроваджений моніторинг ефективності профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, що включає: консультації вагітних; передпологове та інтранатальне тестування на ВІЛ; АРВ-профілактику серед ВІЛ-позитивних вагітних жінок; консультування щодо вигодовування дитини.

Протягом останніх років в Україні спостерігається «фемінізація епідемії ВІЛ-інфекції». Нині серед ураженого епідемією дорослого населення близько 42% припадає на жінок.

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».

З метою профілактики ВІЛ жінкам пропонується при проведенні щорічних профілактичних гінекологічних оглядів обстежитись на ВІЛ у жіночих консультаціях з проведенням до та післятестового консультування. Забезпечення тест-системами для проведення такого обстеження передбачено за кошти місцевих бюджетів.

Тестування на ВІЛ здійснюється усім вагітним за їх поінформованою добровільною згодою. Стандартне тестування крові вагітної на ВІЛ здійснюється при взятті на облік. Розроблені стандартні підходи щодо тестування на ВІЛ залежно від терміну вагітності. У разі отримання негативного результату методом імуноферментного аналізу на ВІЛ при взятті на облік до 12 тижнів вагітності повторне тестування проводиться у терміні вагітності 22-23 тижні. Якщо вагітна звернулася щодо обліку з вагітності пізніше 23 тижнів вагітності, тестування крові на ВІЛ проводиться під час першого звернення. У разі отримання негативного результату проводиться повторне обстеження на ВІЛ не пізніше 32-го тижня вагітності. У разі звернення вагітної на облік пізніше 30 тижнів вагітності їй проводиться тестування на ВІЛ методом ІФА або експрес-методом. У разі отримання негативного результату повторне обстеження проводиться експрес-методом під час пологів. Дотестове консультування проводиться акушером-гінекологом або акушеркою. Медична сестра процедурного кабінету жіночої консультації, поліклініки здійснює процедуру забору крові для обстеження. Під час проведення процедури забору крові для обстеження або інших процедур вона дає відповіді на запитання пацієнтів стосовно ВІЛ. Отримані результати тестування на ВІЛ надаються лікарю акушеру-гінекологу, який здійснює нагляд за пацієнткою.

Якщо вагітна не обстежена до пологів і в разі звернення вагітної з пологами без відомого ВІЛ-статусу, їй проводиться тестування експрес-методом. Тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів проводить підготовлений лікар чи медична сестра/ акушерка або підготовлені співробітники лабораторії у складі пологового будинку. Результати проведених експрес-тестів у подальшому підтверджуються стандартним дослідженням крові на ВІЛ методом ІФА. Інформація про результат тестування надається лікарю, що відповідає за ведення пологів у цієї вагітної, для прийняття рішення стосовно подальшої профілактики передачі ВІЛ від матері новонародженому.

Питома вага обстежених вагітних на ВІЛ серед тих, що перебували на обліку в жіночих консультаціях, в останні роки становить 98%. Дотестове консультування зазвичай проводять дільничні лікарі акушери-гінекологи. Спостереження за перебігом вагітності у ВІЛ-інфікованих вагітних здійснюється так званним «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, післятестове консультування ВІЛ-позитивним вагітним також проводиться в Центрах профілактики та боротьби зі СНІДом.

З метою забезпечення можливості безперешкодного доступу до добровільного тестування на ВІЛ-інфекцію вагітних централізовано за кошти державного бюджету 2008 року закуплені тест-системи та швидкі тести для всіх регіонів України на суму 2279,1 тис. грн. У 2009 році за кошти державного бюджету закуплено тест-системи для проведення 597120 досліджень на суму 6295,7 тис. грн., що покриває потребу для обстеження вагітних на 100%.

У 2008 році тестуванням на ВІЛ було охоплено практично 99% вагітних, що перебували на обліку в жіночих консультаціях. За даними моніторингу, у 2008 році кількість ВІЛ-позитивних, що перебували на обліку в жіночих консультаціях, становила 4916 осіб.

У процесі підготовки цього дослідження було проведено анкетування серед ВІЛ-позитивних жінок (далі — анкетування), в якому за власним бажанням взяли участь 205 осіб. Враховуючи, що кількість респондентів є незначною, дані анкетування не можна інтерпретувати як типові та оцінювати репрезентативність результатів опитування. Отримані результати розглядаються передусім як якісні. Однак за цими даними можна оцінити певні тенденції.

Абсолютна більшість жінок були віком 20-30 років (154), молодше 20 років — 8 жінок та 30-40 років — 42 жінки. Серед 205 опитаних жінок 96,5% народжували у 2009 році, 2% — у 2008 та 3% планують народжувати у 2010. Таким чином, вибірка дає змогу якісно оцінити ситуацію щодо надання медичної допомоги та соціального супроводу ВІЛ-позитивним жінкам під час вагітності та пологів. Переважна більшість жінок взята на облік у жіночій консультації до 23 тижнів вагітності — 70%, 24% — після 23 тижнів вагітності і 6% не спостерігались під час вагітності. У 72 жінок діагноз ВІЛ-інфікування було встановлено до вагітності, у 126 під час вагітності та у 2 під час пологів, тобто більшість жінок дізналась про свій ВІЛ-статус після тестування на ВІЛ у зв'язку з вагітністю. Із жінок, які стояли на обліку в жіночій консультації з приводу вагітності, обстежено двічі 76% жінок, один раз — 23% жінок, загалом обстежено 99%. Можна відзначити, що дані опитування щодо тестування на ВІЛ корелюють з відповідними офіційними статистичними даними.

● Наявність якісного дотестового консультування, яке передує тестуванню на ВІЛ, що проводиться перед пологами

В Україні поняття «Добровільне консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» визначено Порядком добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (Протоколом), затвердженим наказом МОЗ України від 19.08.2005 №415 та зареєстрованим у Міністерстві юстиції 22.11.2005 за №1404/11684 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію». Цей Порядок поширюється на державні, комунальні медичні заклади, медичні заклади інших форм власності, об'єднання громадян (ОГ), у тому числі міжнародні, інші установи, організації і заклади, що працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції, догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ. Отже, консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ має бути невід'ємною від тестування процедурою.

Послуги з консультивання перед та після тесту на ВІЛ-інфекцію можуть надаватись консултантами як державних та комунальних ЗОЗ, так і державних немедичних закладів (центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, працівниками освіти тощо), медичних закладів інших форм власності; представниками релігійних громад та НДО, які надають послуги у сфері ВІЛ-інфекції, релігійних громад, що надають підтримку людям, які живуть з ВІЛ; групами взаємопідтримки людей з позитивним ВІЛ-статусом (за згодою).

За даними Центру медичної статистики МОЗ, у 2008 році зареєстровано 501678 пологів, 99,82% з них відбулись у медичних закладах і жінки мали можливість отримати консультивання від медичних фахівців. Метою консультивання вагітних жінок є інформування пацієнтки з питань профілактики ВІЛ-інфікування, сприяння прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ, визначення ВІЛ-статусу, підтримки подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки, отримання своєчасної медичної допомоги з профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ, послуг із планування сім'ї та всебічної підтримки ВІЛ-інфікованих, формування у них схильності до прийому АРВ-профілактики. Відповідно до нормативних документів усім вагітним проводиться дотестове консультивання на предмет необхідності та важливості своєчасного тестування на ВІЛ для здійснення заходів із запобігання передаванню ВІЛ плоду або новонародженому в разі ВІЛ-позитивного результату. Дотестове консультивання вагітних проводять лікарі або акушерки/медичні сестри амбулаторних закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності. До- і (особливо) післятестове консультивання у зв'язку з тестуванням на ВІЛ вагітної жінки проводиться лікарем, який надалі спостерігатиме вагітну під час перебігу вагітності. У разі відмови вагітної від тестування до додаткової консультації залучається психолог, соціальний працівник. Вразливими залишаються жінки репродуктивного віку, які, як правило, не знають про свій ВІЛ-статус, недостатньо інформовані в питаннях профілактики ПІСШ та ВІЛ. Унаслідок збільшення кількості випадків передачі ВІЛ статевим шляхом, багато жінок дізнаються про свій статус при обстеженні в жіночих консультаціях вже під час вагітності, що часто призводить до кризи та депресії.

Незважаючи на те, що користь, переваги і профілактична ефективність процесу консультивання, зокрема до- і післятестового, визнані вітчизняними фахівцями, що відображено в нормативних документах, їх положення реалізуються далеко не скрізь і не завжди. Якість цих послуг залишається не зовсім оптимальною. Центри з профілактики та боротьби зі СНІДом (Центри СНІДу) надають якісні послуги з консультивання, однак інші заклади охорони здоров'я, зокрема жіночі консультації, які, власне, і проводять більшість тестів на ВІЛ, надають дотестове та післятестове консультивання ще низької якості, або взагалі його не надають; іноді післятестове консультивання пропонують тільки пацієнтам з позитивним результатом. Згідно з МДОУ-2007, серед жінок, які народжували протягом двох років, що передували обстеженню, 58% отримували консультації щодо ВІЛ під час огляду перед останніми пологами, і близько восьми з десяти жінкам (79%) запропонували пройти тест на ВІЛ, і вони його пройшли та отримали результати тестування. Кожна друга жінка (49%), яка народила за останні два роки, отримувала консультації і добровільно погоджувалась на пропозицію пройти тестування на ВІЛ та отримала результати тестування. Частка жінок, які пройшли тестування й отримали результати, є найвищою серед жінок у віці 30-39 років (84%), міських жінок (84%) та жінок з освітою вищою за середню (85%).

За результатами опитування, проведеного у рамках дослідження при підготовці даного звіту, 80% респондентів на запитання, чи отримували вони дотестове та післятестове консультування, дали позитивну відповідь, 16% консультування не отримували та 4% на запитання не відповіли. Питання якості консультування ще потребує додаткового дослідження.

Питання дотестового і післятестового консультування не є пріоритетними для лікарів акушерів-гінекологів у спостереженні за вагітною. Крім того, медичний персонал жіночих консультацій та пологових будинків недостатньо підготовлений з надання цих послуг, також недостатньо спеціальних інформаційних матеріалів для медичних спеціалістів. Підготовка велась переважно на тренінгах, які організовувались за підтримки міжнародних та громадських організацій. Спільними зусиллями міжнародних і державних організацій підготовлено 3000 консультантів з питань КіТ, у т.ч. супервізори і майстер-тренери. У співпраці державних і міжнародних організацій (Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України; Проект розвитку ВІЛ-сервісу в Україні, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»; Організація «Програма оптимальних технологій в охороні здоров'я», РАТН) розроблено посібник «Базові питання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» та організовано проведення 2 рази на рік Тематичного курсу вдосконалення лікарів «Базові питання ДКТ».

Коректним буде твердження, що дотепер в Україні повноцінне консультування, безпосередньо пов'язане з обстеженням на антитіла до ВІЛ, є недостатнім. Відповідно до результатів МДОУ-2007 менше половини жінок (46%) і чоловіків (45%) в Україні мають всебічні знання про способи запобігання та передача ВІЛ/СНІД. Відхилення також спостерігаються у рівнях знань залежно від регіону. Жінки, які мешкають у Центральному регіоні (54%), мають найвищий рівень всебічних знань про СНІД, тоді як рівень обізнаності жінок Західного регіону є найнижчим (37%).

● **Забезпечення ВІЛ-позитивних вагітних жінок додатковим харчуванням**

ВІЛ-позитивні вагітні жінки додатковим харчуванням не забезпечуються.

● **Наявність та доступність у країні профілактики ВІЛ під час пологів**

В Україні доступна профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини у пологах. Це питання 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».

Стационарна медична допомога ВІЛ-інфікованим вагітним надається за територіальним принципом. ВІЛ-інфікованим вагітним рекомендується допологова госпіталізація до акушерського стаціонару в терміні 37-38 тижнів вагітності для визначення плану ведення пологів.

Необхідні АРВ-препарати для проведення профілактики передачі ВІА-інфекції від матері до дитини зберігаються в родопомічних закладах охорони здоров'я усіх рівнів надання медичної допомоги. Для своєчасного здійснення медикаментозної профілактики невірапіном на рівні району створюються міжрайонні пункти зберігання АРВ-препаратів з призначенням наказом головного лікаря закладу охорони здоров'я відповідального спеціаліста за використання препарату. Для ВІА-позитивних вагітних, статус яких був встановлений під час пологів, проводиться профілактика зидовудином, ламівудином та невірапіном під час пологів. Після пологів препарати призначаються матері та дитині відповідно до протоколу. Подальша тактика АРТ та ведення жінок, у яких ВІА-інфекція виявлена під час пологів, залежатиме від кількості CD4, вірусного навантаження та результатів клінічного обстеження.

Забезпечення медикаментами лікувальних закладів здійснювалось за рахунок закупівель за кошти Глобального Фонду та гуманітарних поставок препарату Невірапін (Віраму́н) — компанією «Берінтер Інгельхайм» у рамках програми донації препарату Віраму́н. З 2008 року здійснюється за рахунок державного бюджету та відповідно до потреби, визначеної самими регіонами.

У 2008 році, за даними моніторингу, 214 ВІА-позитивних вагітних не отримали медикаментозної профілактики. Із них значна кількість випадків зумовлена відсутністю диспансерного обліку, коли жінка поступала до стаціонару у пологах і не завжди був відомий ВІА-статус, тож профілактика проводилась лише дітям. У 30 жінок, які поступили до пологового стаціонару, був негативний швидкий тест, що потребує вивчення ситуації та навчання медичних працівників використанню швидких тестів. У 29 випадках пологи були вдома. Також мали місце випадки відмови від лікування ВІА-позитивними вагітними з різних причин (18 випадків).

Під час опитування ВІА-позитивних жінок, проведеного при підготовці дослідження, встановлено, що 8 жінок (4%) із опитаних отримали профілактику під час пологів, бо не були на обліку з приводу вагітності, пізно стали на облік. Медичні препарати для профілактики вертикальної трансмісії ВІА були наявні у пологових будинках і жінки ними забезпечувались безкоштовно.

Кесарів розтин як профілактика вертикальної трансмісії рекомендований при вірусному навантаженні більше 1000 копій. На сьогодні в Україні недостатньо акушерів-гінекологів, які володіють методикою проведення «сухого» кесаревого розтину, рекомендованого для ВІА-позитивних вагітних, що значно обмежує його застосування.

ВІА-інфіковані матері, яким призначено приймання АРВ-препаратів після пологів, направляються до спеціаліста Центру профілактики та боротьби зі СНІДом, де вирішується питання щодо подальшого лікування та надається консультування щодо важливості дотримання режиму прийому АРВ-препаратів і запобігання вірусній резистентності.

• Наявність та доступність заміників грудного молока для дітей, народжених ВІА-позитивними жінками в Україні

З метою підвищення ефективності профілактики передачі ВІА від матері до дитини за поінформованою згодою ВІА-інфікованої породіллі виключається грудне вигодовування новонародженого. Медичні фахівці в пологових будинках проводять консультування з питань штучного вигодовування та навчають годувати новонародженого адаптованими заміниками грудного молока.

Забезпечення штучними молочними сумішами немовлят, народжених ВІЛ-позитивними матерями, передбачено за рахунок державного та місцевих бюджетів, хоча їх закупівля також відбувалася за рахунок Глобального Фонду в межах проекту «Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні». Здебільшого забезпечуються діти віком до 3-х місяців. Частина сімей такими сумішами забезпечують громадські організації в рамках виконання грантових програм з медико-соціального супроводу ПВТ (ГФ).

80% із 205 жінок, серед яких проводилось опитування, при підготовці відповіді на це запитання зазначили, що отримували безкоштовні молочні суміші, 18% — не отримували взагалі і 2% жінок не відповіли на це запитання. Жінки отримували суміші переважно у дитячих поліклініках (49,5%) та від неурядових організацій (16%), 14% жінок отримували суміші у пологових будинках та 10% у Центрах профілактики та боротьби зі СНІДом і дитячих консультаціях. Респонденти також зазначили, що зіткнулися з певними проблемами при отриманні сумішей. Зокрема було вказано на (ціпуємо): «...нерегулярне отримання сумішей в поліклініці», «...мусили прохати про допомогу в отриманні сумішей», «...у м. Миколаєві не закладені у бюджет видатки на молочні суміші» тощо.

Забезпечення штучним молочним харчуванням усіх ВІЛ-позитивних дітей, які потребують цього, на сьогодні здебільшого покладено на міські бюджети, які часто через недостатнє фінансування або невдалу організацію не в змозі забезпечити його безперебійне постачання. Батьки вимушені купувати суміші за власні кошти або час від часу отримують їх від громадських організацій, наприклад, від ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ».

● **Забезпечення громадських та приватних закладів, які працюють з вагітними жінками, консультуванням та тестуванням на ВІЛ**

Згідно з чинним законодавством України (ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 12.12.1991 №1972-ХІІ) право проведення медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції та видачі офіційних висновків про його результати надається лише державним і комунальним закладам охорони здоров'я, що мають відповідно обладнані спеціальні лабораторії, акредитовані у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. Тестування на ВІЛ в Україні вагітних жінок проводиться в лабораторіях Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом. У жіночих консультаціях чи пологових будинках будь-якої форми власності проводиться лише забір крові, яка потім надсилається до лабораторій Центрів СНІДу.

Дотестове та післятестове консультування вагітних проводять лікарі або акушерки/медичні сестри амбулаторних родопомічних закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності. Також дотестове консультування проводять представники соціальних служб та громадських організацій.

● **Надання ВІЛ-позитивним вагітним жінкам антиретровірусної терапії для профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини**

В Україні зі зростанням поширення ВІЛ серед населення репродуктивного віку та виходом за межі груп ризику кількість ВІЛ-інфікованих вагітних приблизно щорічно

збільшується на 20-30%, а 98% зареєстрованих в Україні ВІЛ-позитивних дітей — це діти, народжені ВІЛ-позитивними матерями.

За бажанням жінки закінчуються перериванням в середньому 10-14% вагітностей у ВІЛ-позитивних жінок, а за медичними показаннями, пов'язаними з ВІЛ-інфекцією, приблизно у 2-3%.

Вагітні жінки отримують антиретровірусне лікування та профілактику, а також усі інші медичні послуги зазвичай у державних клініках.

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

- необхідності використання презервативів для профілактики передачі ВІЛ-інфекції та ПІСШ 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 ризику 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 прийняти 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:

1) ВІЛ-інфіковані вагітні, які не потребують ВААРТ:

Основний режим: з 24-26 тижня вагітності призначають зидовудин+ламівудин+лопінавір/ритонавір або саквінавір/ритонавір до пологів. Під час пологів продовжують вказаний вище режим АРТ. Після пологів АРТ припиняється.

Альтернативний режим: з 24-26 тижня вагітності призначається зидовудин до початку пологів. Під час пологів продовжують прийом зидовудину до розродження, одноразово з початком пологів ламівудин та невірапін.

2) ВІЛ-інфікованим вагітним, які потребують ВААРТ, незалежно від терміну вагітності, відповідно до кількості CD4 призначають зидовудин+ламівудин+невірапін або зидовудин+ламівудин+лопінавір/ритонавір до пологів. Під час пологів та у післяпологовому періоді продовжують зазначену вище схему.

3) ВІЛ-інфіковані вагітні, які розпочали ВААРТ перед вагітністю, продовжують схему ВААРТ, якщо вона не містить іфавіренець. Якщо схема містить іфавіренець, замінюють його на саквінавір або невірапін. Під час пологів та після пологів зазначений вище режим терапії продовжують.

Вагітній видається кількість АРВ-препаратів, достатня для приймання до запланованого наступного відвідування. Лікар акушер-гінеколог контролює прийом АРВ-пре-

паратів при кожному відвідуванні вагітною лікувального закладу відповідно до діючого клінічного протоколу. Спеціалісти Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом проводять обов'язкове консультування та навчання з питань прийому АРВ-препаратів. З метою підвищення ефективності профілактики перинатального ВІЛ-інфікування дільничний лікар акушер-гінеколог та спеціаліст Центру профілактики та боротьби зі СНІДом з'ясовують рівень прихильності (рівень відповідальності пацієнта до виконання призначень лікаря) до АРВ-профілактики або АРВ-терапії. У разі виявлення відсутності або недостатньої прихильності до антиретровірусної профілактики лікарі за поінформованою згодою пацієнтки надають інформацію спеціалісту відповідного ЦСССДМ для здійснення психологічної та соціальної підтримки із залученням родини до здійснення профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ.

Для безперервного забезпечення родопомічних закладів АРВ-препаратами для профілактики передачі ВІЛ від матері дитині територіальним органом охорони здоров'я визначається відповідальна особа щодо раціонального розподілу АРВ-препаратів у закладах охорони здоров'я регіону, яка збирає оперативну інформацію про наявність цих препаратів у регіоні від районних спеціалістів з акушерства та гінекології.

Ефективність АРВ-профілактики залежить від своєчасності взяття вагітної на облік у жіночій консультації, обстеження на ВІЛ і початку прийому АРВ-препаратів. Відповідно до соціологічних досліджень, близько третини жінок (33%) і чоловіків (31%) знають, що ризик передачі ВІЛ від матері дитині можна зменшити, якщо матір вживатиме під час вагітності спеціальні препарати. Дані обстеження засвідчили, що вагітні жінки краще знають про способи уникнення цього передавання, ніж жінки, які наразі не є вагітними (50% проти 33% жінок).

У 2008 році 90% із жінок, що перебували на обліку в жіночих консультаціях, стали на облік до 12 тижнів вагітності, однак досі ще частина жінок стає на облік у пізніх термінах вагітності. Часто затримка призначення профілактичного курсу АРТ для ВІЛ-позитивної вагітної відбувається внаслідок підтвердження вперше виявленого ВІЛ-статусу під час вагітності постановкою повторного ІФА та наступного підтвердження результату в імуно-блоті, який здійснюється лише в лабораторіях обласних СНІД-центрів. Для цього витрачається певний час, в середньому до 4-х тижнів, що може призвести до затримки початку профілактики.

З метою забезпечення здійснення заходів із профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини у 2008 році з державного бюджету на препарати для профілактики вертикальної трансмісії виділено 5855,21 тис. грн. У 2008 році кількість пологів у ВІЛ-позитивних вагітних становила 3540, медикаментозна профілактика проведена у 94%. За результатами опитування ВІЛ-позитивних жінок у 2009 році, в рамках даного дослідження профілактику передачі ВІЛ від матері до дитини отримали 96% жінок у різні терміни вагітності.

Однак якість медичних послуг та ставлення медичного персоналу до ВІЛ-позитивних жінок ще потребує поліпшення. Лише 38% опитаних жінок залишилися задоволеними якістю отриманих ними медичних послуг, 55% зазначили середню якість послуг, 4% зазначили, що послуги були незадовільні, і 3% не впевнені в якості послуг. При цьому відчували до себе негативне ставлення медичного персоналу у зв'язку з ВІЛ-статусом 29% респондентів.

Акушерсько-гінекологічна служба несе відповідальність за моніторинг та оцінку програми з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, однак цей напрямок не є пріоритетним. Це призводить до дублювання збору даних, відсутності координова-

ності даних, зібраних з різних джерел, — загалом, втрачається можливість для вдосконалення якості послуг.

● **Наявність соціально-психологічної підтримки**

Основним інституціональним агентом у системі догляду та підтримки з боку держави є Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, підрозділи якої широко представлені в усіх регіонах (наразі розвивається спеціалізована мережа центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, якою на цей час охоплено близько чверті регіонів країни), офіційно обліковують понад 80 тис. ВІЛ-інфікованих, але пріоритетними цільовими групами надання послуг з догляду та підтримки є вагітні жінки, молодь і діти, включаючи членів сімей, яких торкнулася проблема ВІЛ-інфекції, дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування та безпритульних, які мають підтверджений ВІЛ-статус і перебувають в інтернатних та спеціалізованих державних установах/закладах для дітей.

Наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 18.12.2008 р. №4941 затверджені три Стандарти:

1. «Стандарт мінімального пакету соціальних послуг дітям, які живуть з ВІЛ-інфекцією, та дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, членам їхніх сімей».

2. «Стандарт мінімального пакету соціальних послуг та медичної допомоги для дітей та молоді у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу».

3. «Стандарт мінімального пакету соціальних послуг, спрямованих на профілактику ВІЛ/ПСПШ та ускладнень, що є супутніми при вживанні ін'єкційних наркотиків».

Однак поки що їх затвердження не вплинуло на якість послуг, тому що не розроблено механізм упровадження стандартів.

Дотепер соціальний супровід ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД здійснювався переважно неурядовими організаціями за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Проте мережа цих неурядових організацій (далі — НУО) не є однаково добре розвиненою в усіх областях і майже не досягає районного рівня, що унеможливає надання допомоги за місцем проживання. Послуги з підтримки дотримання лікування серед вагітних жінок надають переважно НУО, які працюють у партнерстві з Центрами СНІДу, причому охоплення таких послуг залишається обмеженим. Після запровадження складніших схем профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини потреба в таких послугах зростатиме.

Ключовим агентом у системі догляду та підтримки в Україні на сьогодні є Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», яка через свої регіональні представництва та інші НУО охоплює більшість регіонів країни, координуючи реалізацію проектів та фінансуючи гранти для надання послуг у рамках проекту «Підтримка профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування та догляду для найуразливіших груп населення України» за підтримки Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФСТМ). Однією з основних цільових груп, з якими працюють організації-надавачі послуг з догляду та підтримки, є ВІЛ-інфіковані вагітні жінки та породіллі, а також діти, народжені ВІЛ-інфікованими матерями. Мета проектів — профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини, забезпечення соціального супроводу ВІЛ-інфікованих вагітних та породілей, психологічна допомога в подоланні кризи розкриття статусу, а також формування відповідального материнства та в майбутньому профілактика відмов від дитини.

Станом на липень 2009 року проекти медико-соціального супроводу ВІА-інфікованих вагітних та породілей здійснювали 25 громадських організацій, з серпня — 27 організацій у 16 областях України та Автономній республіці Крим (м. Сімферополь та м. Севастополь).

Комплексна підтримка ВІА-позитивних вагітних та породілей здійснюється на основі мультидисциплінарного підходу фахівцями медичної (гінеколог, педіатр) та соціально-психологічної (психолог, соціальний працівник) галузей. Розвиваються моделі роботи з охоплення мешканок не тільки обласних центрів, а й малих міст та селищ. Налагоджено співпрацю з необхідними закладами та організаціями для доступу до цільової групи та повноцінного впровадження проектів, це зокрема: обласні та міські Центри профілактики та боротьби зі СНІДом, жіночі консультації, пологові будинки, центри планування сім'ї, дитячі поліклініки, центральні райони лікарні, ЦСССДМ, інші ВІА-сервісні організації в регіоні для забезпечення своєчасного переадресування. Проекти зменшення шкоди забезпечують доступ до цільової групи, а також подальший супровід ВІА-позитивних жінок — споживачів ін'єкційних наркотиків.

Отримували інформацію чи послуги щодо соціально-психологічної підтримки протягом цієї вагітності чи після пологів 183 жінки (89% респондентів, що були опитані в рамках підготовки дослідження). Здебільшого це були психологічні консультації — 158; сприяння тестуванню на CD4, вірусне навантаження, ПАР — 154; формування та моніторинг прихильності до ПВТ/АРТ — 143; консультації «рівний-рівному» — 127; патронажі вдома та в пологових будинках — 116; інформаційні заняття — 96; допомога в оформленні документів та соціальної допомоги — 86; групи самопомоги — 71; супровід в установи — 62. Щодо закладів, у яких надавались послуги, то в переважній більшості респонденти назвали неурядові ВІА-сервісні організації (45%), Центр профілактики та боротьби зі СНІДом (28%), жіночу консультацію (17%).

Проектами з медико-соціального супроводу ВІА-позитивних вагітних та породілей охоплено: за 2007-2008 роки — 1577 ВІА-позитивних вагітних та породілей, за 2008-2009 роки — 2477 ВІА-позитивних вагітних та породілей.

Персоналом проектів наведено такі приклади позитивних змін у житті клієнтів завдяки наданню послуг (Операційне дослідження системи надання послуг для ЛЖВ за компонентом «Догляд та підтримка», аналітичний звіт за результатами опитування, Український інститут соціальних досліджень ім. Яременка, 2009) (у дужках наведено пряму мову респондентів):

— щодо родини (*«Поліпшення родинних стосунків», «За останній рік створені 3 сімейні пари, з'явилася життєва стабільність», «ВІА-позитивна людина повернула собі сім'ю і живе з ними вже 1,5 року, хоча 2 роки жила окремо», «Народилися здорові діти», «Діти, народжені ВІА-позитивними матерями, залишаються в сім'ї», «Є поліпшення стосунків між батьками та дітьми, а це запобігання розлученням та іншим сімейним кризам»*);

— зі слів клієнтів щодо сімейної сфери (*«Отримала консультацію, що зможу народити здорову дитину, не боюся завагітніти», «Познайомилася з молодим чоловіком», «Народила сина, повернулася до сім'ї, регулярно контролюю стан здоров'я», «Вийшла заміж», «Народила дитину без ВІА-позитивного статусу»*).

Рівень вертикальної трансмісії в Україні істотно знизився з 27,8% (2001 р.) до 6,2% (2008 р.) та продовжує знижуватись, що свідчить про ефективність роботи програм профілактики вертикальної трансмісії ВІА. Національна мета у профілактиці передачі ВІА від матері до дитини — знизити показник вертикальної трансмісії до 2013 року до меншого від 2%. Програма ПВТ — єдине профілактичне втручання в Україні,

що охопило більшу частину цільової групи (понад 90%). Зниження показників ВТ, високий рівень прихильності до лікування — це досягнення, яке значно перевищує прогрес в аналогічних напрямках догляду та підтримки щодо ВІЛ/СНІД серед дорослих.

● **Настанови та рекомендації щодо контрацепції, які надаються ВІЛ-позитивним жінкам**

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.

Консультавання ВІЛ-позитивних жінок з питань планування сім'ї проводиться спеціалістами Центрів планування сім'ї (ЦПС), 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 консультавання з питань ПС 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 консультавання з питань планування сім'ї надається питанням ПСШ/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 ПСШ/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 важливо використовувати принципи СВП для молодих людей та підлітків. Регулярне використання презервативів сприятиме зниженню поширення ВІЛ-інфекції та інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСШ), а також профілактиці небажаної вагітності.

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 ПСШ і ВІЛ, взаємодію між АРВ-препаратами та контрацептивами. Саме за клієнтом залишається остаточний вибір методу контрацепції.

На 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, зок-

рема 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 непланованій 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. ПС є одним із визнаних компонентів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, оскільки жінки, у яких вагітність небажана, не схильні до медичного спостереження та медикаментозної профілактики передачі ВІЛ дитині.

Для усвідомлення ризиків небажаної вагітності та інфікування ПСПШ, ВІЛ-інфекцією програми планування сім'ї мають охоплювати все населення репродуктивного віку. Одним із дієвих заходів є подвійний захист, який включає використання презервативів у поєднанні з іншими ефективними методами контрацепції.

● **Наявність будь-яких форм заохочення жінок до стерилізації**

В Україні на законодавчому та регуляторному рівні не існує будь-яких форм заохочення жінок до стерилізації. Операція хірургічної стерилізації жінок проводиться з урахуванням вимог ст. 281 Цивільного кодексу України та ст.49 «Основ законодавства України про охорону здоров'я», що передбачають можливість стерилізації лише повнолітніх та виключно за їхнім бажанням. Законодавством України передбачені особливості стерилізації недієздатних. Стерилізація недієздатної особи за наявності медич-

них показань може бути проведена лише за згодою її опікуна та з дотриманням вимог, встановлених законодавством (ч. 5 ст. 281 ЦК України).

Метод стерилізації розглядається в Україні як один із методів контрацепції. Відповідно до Наказу МОЗ України від 06.07.1994 №121 «Про застосування методів стерилізації громадян» хірургічна стерилізація здійснюється за власним бажанням та добровільною згодою після підписання спеціальної форми добровільної згоди на стерилізацію. Цей метод не є поширеним в Україні з певних причин. Нормативна база застаріла та потребує перегляду відповідно до сучасних міжнародних підходів. Не існує спеціального клінічного протоколу зі стерилізації. Хоча певні кроки у цьому напрямку вже зроблені. Створена робоча група з перегляду чинного наказу МОЗ та розробки клінічного протоколу. Однак цей протокол потребуватиме ще впровадження у практичну діяльність та навчання лікарів. Також в Україні недостатньо медичних закладів, забезпечених обладнанням для проведення лапароскопічної процедури, та навчених медичних фахівців, що володіють цією методикою. Стерилізація виконується переважно за добровільною згодою під час операції кесаревого розтину. Населення має недостатньо інформації про метод та заклади, в яких можна отримати послугу. Неможливо проаналізувати ситуацію щодо використання стерилізації як методу контрацепції, оскільки офіційною статистикою цей метод не враховується, а спеціальні соціологічні дослідження не проводились. Отже можна сказати, що це питання потребує вивчення в Україні загалом, і зокрема для людей, що живуть з ВІЛ.

● **Наявність та доступність ургентної контрацепції в Україні**

В Україні наявна та доступна в аптеках ургентна контрацепція. Для використання у вигляді ургентної контрацепції в країні зареєстровано 2 препарати виробництва компанії Ріхтер Гедеон:

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

Зазначені препарати є у вільному продажу в аптеках, середня вартість однієї упаковки близько 10\$. Ці препарати не закуповуються за кошти державного чи місцевих бюджетів для забезпечення соціально незахищених категорій населення.

● **Наявність в Україні специфічних програм, спрямованих на захист сексуального та репродуктивного здоров'я ВІЛ-позитивних жінок**

В Україні не існує специфічних програм, спрямованих на захист репродуктивного та сексуального здоров'я ВІЛ-позитивних жінок. Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 рр. не містить спеціального розділу з цих питань, лише пункти щодо профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ. У свою чергу Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року не містить розділів із цих питань для ВІЛ-позитивних жінок та пар, що живуть з ВІЛ. Передбачається, що

послуги зі збереження репродуктивного та сексуального здоров'я ЛЖВ мають отримувати на загальних підставах з неінфікованими жінками.

Однак фахівці акушерсько-гінекологічної служби мають недостатньо знань та навичок роботи з ВІЛ-позитивними жінками. Медичні фахівці потребують доступу до останніх науково-практичних даних з питань ПС для ЛЖВ. Тим більше, що ці питання не є суто медичною проблемою, адже не менш важливими залишаються питання соціального та психологічного супроводу.

У частині збереження репродуктивного здоров'я осіб, хворих на ВІЛ/СНІД, на нормативному рівні акцентується увага, а відтак спрямовуються державні й недержавні кошти, а також діяльність переважно на профілактичні заходи (доступ до тестування, профілактику вертикальної трансмісії тощо). Про реалізацію репродуктивного права осіб та подружніх пар, хворих на ВІЛ/СНІД, тобто можливості мати дітей на власний вибір чи отримувати послуги з питань збереження репродуктивного та сексуального здоров'я, не йдеться. Цей факт можна розглядати як фрагментарність (вибірковість) нормативно-правових актів України та заходів щодо захисту репродуктивних прав осіб з ВІЛ/СНІДом.

Виділення питання РЗ для групи ВІЛ-позитивних пацієнтів зумовлене особливостями надання їм медичних послуг. Серед цієї групи поширені супутні захворювання та стани, які слід враховувати при наданні медичної допомоги. Якщо питання профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини відпрацьовані в організаційному аспекті та щодо забезпечення жінок необхідними АРВ-препаратами, то питання надання послуг у сфері репродуктивного та сексуального здоров'я потребують істотного доопрацювання, починаючи від розробки відповідних нормативних документів і закінчуючи матеріально-технічним забезпеченням та соціальним супроводом.

Таким чином, є нагальна потреба у підтриманні на державному рівні питання збереження РЗ для людей, що живуть з ВІЛ, через розробку методичних підходів щодо організації надання якісних як медичних послуг, так і соціального супроводу. Доцільність інтеграції елементів ВІЛ в РЗ і навпаки стає дедалі очевиднішою — у міру того, як розглядаються можливості підвищення результативності та досягнення позитивного впливу на тлі поліпшення послуг.

● **Наявність доступу для ВІЛ-позитивних жінок до допоміжних репродуктивних послуг**

Питання застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) в Україні регламентуються Наказами МОЗ України від 23.12.2008 №771 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій», зареєстрованому в Міністерстві юстиції 20.03.2009 за №263/16279, та від 29.11.2004 №589 «Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти», зареєстрованому в Міністерстві юстиції 15.02.2005 за №224/10504.

Враховуючи, що ці накази зареєстровані в Міністерстві юстиції України, вони є обов'язковими до виконання для всіх закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності та підпорядкування.

Наказ №771 визначає порядок та умови застосування методик допоміжних репродуктивних технологій в Україні. Пункт 15 цього наказу визначає протипоказання до

застосування ДРТ, посилаючись на наказ №589. Наказ МОЗ України №589 регламентує порядок направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами ДРТ, абсолютні показання для такого лікування, фармакологічне та клініко-діагностичне забезпечення курсу лікування та перелік медичних протипоказань для проведення лікування жіночої безплідності методами ДРТ (захворювання, у разі яких виношування вагітності протипоказане). **Відповідно до зазначеного Переліку (додаток 1 наказу №589) ВІА-інфікування загалом, незалежно від рівня та стадії хвороби, є протипоказанням для застосування ДРТ. Тобто ВІА є протипоказанням для застосування ДРТ в Україні.**

В Україні допоміжні репродуктивні технології почали застосовувати з 1987 року, на сьогодні їх використовують близько 20 клінік. Клініки, які займаються ДРТ, концентруються здебільшого у великих містах і це приватні клініки. Частка державних центрів становить лише 11,0%, у структурі виконаних циклів ДРТ вони займають 11,4%. Вартість одного циклу ДРТ включає прямі затрати на лікувальний цикл (витратні матеріали та реактиви), медикаменти, амортизацію обладнання, непрямі витрати. В державній програмі Репродуктивне здоров'я нації до 2015 року передбачено фінансування за рахунок державних коштів 600 циклів на рік (медикаменти та витратні матеріали), які проводяться лише у 2 державних медичних закладах за певними показаннями.

З метою вирішення питання доступності ВІА-позитивних жінок до ДРТ за ініціативи та підтримки ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» у 2009 році почала працювати робоча група при Комітеті з питань протидії ВІА-інфекції/СНІДу та іншим соціально-небезпечним хворобам МОЗ України, до якої увійшли представники зацікавлених сторін. Робочою групою обговорені питання внесення змін до нормативної бази України з питань забезпечення доступу для дискордантних пар до репродуктивних технологій з метою уникнення інфікування ВІА, визначення потреб навчання спеціалістів Центрів репродуктивного здоров'я та Центрів СНІДу з питань надання послуг із допоміжних репродуктивних технологій, а також формат пілотного проекту щодо забезпечення доступу ЛЖВ до допоміжних репродуктивних технологій. Враховуючи тривалий процес відпрацювання та внесення змін до наказів у зв'язку з юридичними нормами та неготовність Центрів репродуктивного здоров'я до роботи з ЛЖВ, а натомість — наявність у Центрах СНІДу відповідного персоналу (оскільки в штаті цих закладів є акушери-гінекологи, які мають досвід роботи з ВІА-позитивними людьми), а також з метою відпрацювання моделі надання зазначених послуг в Україні, було вирішено розпочати реалізацію пілотного проекту на базі Центру СНІДу за підтримки ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ». Також обговорюється питання створення окремого центру для забезпечення послуг з ДРТ для ВІА-позитивних жінок.

● **Рекомендації ВІА-позитивним жінкам, які бажають завагітніти**

Питання планування вагітності вирішуються спільно з лікарем Центру профілактики та боротьби зі СНІДом. Спеціалістами ЦПС (кабінетів ПС)/жіночих консультацій при наданні послуг з питань планування вагітності враховуються рівень вірусного навантаження та стадія розвитку хвороби. ВІА-інфікованим жінкам, які бажають народити дитину, надається індивідуальне консультування. Основною метою консультування партнерів ЛЖВ, які планують народження дитини, є інформування про шляхи передачі ВІА-інфекції та профілактику інфікування; підтримка подальшої безпечної

щодо ВІА-інфікування поведінки; формування думки про реальність народження здорових дітей; сприяння прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІА; визначення ВІА-статусу того, хто не знає свого ВІА-статусу; надання, у разі потреби, своєчасної медичної допомоги, а саме: обстеження на туберкульоз, ПІСШ, опортуністичні інфекції та їх лікування, своєчасний початок АРТ, профілактика передачі від матері до дитини та всебічна підтримка (в тому числі за принципом «рівний-рівному»).

Крім того, надається інформація щодо особливостей перебігу вагітності при ВІА-інфекції та можливих наслідків ВІА-інфікування для новонародженого, умов та можливостей профілактики вертикальної трансмісії ВІА. Послуги з планування народження дитини включають оцінку імунного статусу жінки, визначення стану соматичного здоров'я та можливих гінекологічних захворювань, діагностику інфекцій, що передаються статевим шляхом. Допускається можливість залучення лікарів інших спеціальностей, які здійснюють диспансерний нагляд і лікування пацієнтів та мають відповідну професійну підготовку.

Жінка сама приймає поінформоване рішення щодо планування народження дитини.

● **Рекомендації дискордантним парам**

Надання послуг щодо ВІА-інфекції/СНІДу дискордантним парам ще недостатньо розвинене в Україні.

У рамках проекту «Підтримка профілактики ВІА/СНІДу, лікування та догляду для найуразливіших груп населення України», підтриманого Глобальним фондом боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» ініціювала та підтримала розробку та видання методичного посібника «Соціальний супровід і медична допомога для дискордантних пар».

Це перший виданий в Україні матеріал для потреб дискордантних пар, в якому розроблено відповідні рекомендації. Призначений він для використання у лікувальних закладах первинної ланки, центрах та кабінетах планування сім'ї та репродуктивного здоров'я, в яких можуть надаватися послуги з питань репродуктивного здоров'я людям, які живуть з ВІА, у системі закладів соціального спрямування, юридичного супроводу дискордантних пар, у недержавних громадських організаціях, групах взаємодопомоги. Інформацію викладено та подано в ракурсі орієнтації на клієнта і вирішення його нагальних потреб.

У процесі підготовки цих рекомендацій було проведено анкетування серед представників дискордантних пар, в якому за власним бажанням взяли участь всього 195 осіб. Враховуючи, що кількість респондентів порівняно незначна, відповіді на запитання анкет не можна сприймати як типові та оцінювати репрезентативність результатів опитування. Отримані результати розглядаються передусім як якісні. Серед 195 опитаних представників дискордантних пар було 142 жінки і 53 чоловіки, абсолютна більшість із них — репродуктивного віку, майже половина респондентів перебуває у шлюбних стосунках, причому одружених жінок — удвічі більше, ніж чоловіків. У понад 1/3 опитаних пар інфікованими є жінки, більшість з яких знають про свій статус понад 3 роки й отримують ВААРТ. У майбутньому планують мати дітей більше половини жінок та чоловіків, які дали відповіді. Більшість опитаних свідомо планують народжувати дітей та потребують інформації щодо можливості

збереження ВІЛ-негативного статусу партнера, використовують бар'єрні методи контрацепції, готові до використання штучного запліднення. Водночас більшість респондентів поки що не зверталися з цим питанням у лікувальні заклади, можливо, через те, що відчували до себе негативне ставлення персоналу. Таким чином, абсолютна більшість представників дискордантних пар висловлюють бажання мати повноцінну сім'ю та виховувати дітей.

На підставі аналізу анкет визначено основні узагальнені послуги, необхідні сьогодні для дискордантних пар:

- інформування щодо запліднення та народження дитини;
- наявність спеціального лікаря, який супроводжував би дискордантні пари, що планують мати дітей, та консультування в центрі репродуктивного здоров'я;
- психологічна та соціальна підтримка, включаючи консультування спеціалістів;
- створення більшої кількості соціальних центрів для підтримки ЛЖВС та спеціального центру для дискордантних пар.

В Україні на сучасному етапі розвитку епідемії ВІЛ/СНІД сім'ї, уражені епідемією, в аспекті необхідності задоволення потреб щодо народження здорової дитини поділяються на тих, що:

- 1) не мають порушень фертильності, головне проблемне питання стосовно запліднення — збереження ВІЛ-негативного статусу партнера у дискордантних парах або реінфікування ВІЛ та уникнення інфікування дитини (компонент ППМД);
- 2) мають порушення фертильності та потребують застосування ДРТ.

Для першої категорії пацієнтів необхідно забезпечити доступ до відповідних послуг залежно від позитивного статусу жінки чи чоловіка за їхніми бажаннями та згодою. Якщо жінка ВІЛ-позитивна, а чоловік негативний, парі пропонується процедура штучної інсемінації спермою чоловіка. Консультування та необхідна допомога щодо застосування методики надається спеціалістами Центрів/кабінетів ПС та Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом. Якщо після повторних спроб штучної інсемінації вагітність не настала протягом року, пару скеровують на консультацію та лікування з приводу безпліддя. Якщо чоловік ВІЛ-позитивний, рекомендується технологічно проста та маловартісна порівняно з ДРТ методика очистки сперми ВІЛ-позитивного партнера з наступною її інсемінацією ВІЛ-негативній жінці.

У разі наявності проблем із фертильністю рекомендується консультація у клініці репродуктивної медицини для вибору подальшої тактики та вирішення питання щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій.

Надання послуг дискордантним парам ще не є розвиненим напрямом в Україні і потребує подальшого значного удосконалення.

За ініціативи ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» та за підтримки Комітету МОЗ із протидії ВІЛ/СНІД та іншим соціально небезпечним хворобам розпочато роботу щодо забезпечення можливості доступу до проведення очищення сперми ВІЛ-позитивного партнера з наступною інсемінацією ВІЛ-негативній жінці шляхом координації зусиль служб планування сім'ї та репродуктивного здоров'я зі службою СНІД для пар, які не мають проблем із фертильністю. В рамках пілотного проекту буде визначено прийнятність моделі надання допомоги дискордантним парам з очищення та наступної інсемінації сперми ВІЛ-інфікованого партнера на базі СНІД-центру, що є розвитком моделі інтегрованої допомоги на базі Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом. Виконавцями буде визначено переваги та найбільш проблемні моменти

щодо практичної реалізації послуги, що дозволить надалі поширити отриманий досвід у інших регіонах України, тим самим наблизивши репродуктивні послуги до дискордантних пар, кількість яких зростає.

В Україні вже є підготовлені фахівці — лікарі акушери-гінекологи, лаборанти, репродуктологи, які готові надати таку допомогу. Але невирішеними залишаються організаційні питання щодо можливості проведення процедури очищення та інсемінації сперми в умовах Центру профілактики та боротьби зі СНІДом. Вже у 2009 році за підтримки Міністерства охорони здоров'я розпочата робота з відпрацювання цієї діяльності на базі одного із Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом в Україні, який на сьогодні надає широкий спектр медичних послуг сім'ям, ураженим ВІЛ.

Наступними кроками передбачено провести в Україні підготовку фахівців-лаборантів з методики очищення сперми ВІЛ-інфікованого чоловіка, визначити необхідний спектр та вартість затрат на придбання відповідного лабораторного обладнання, розробити та затвердити клінічний протокол щодо надання допомоги з питань РЗ дискордантним парам та методики очищення сперми на підставі даних доказової медицини та міжнародного досвіду.

● **Наявність законодавчих чи традиційних (неформальних, соціально-культурних) бар'єрів для молодих жінок щодо отримання необхідних послуг, які стосуються сексуального і репродуктивного здоров'я та АРВ-терапії**

Нерідко права ВІЛ-позитивних жінок і дівчат-підлітків не визнаються або не є пріоритетними. Гендерна нерівність та деякі соціальні й культурні практики часто обмежують й іноді впливають на рішення, які жінки можуть прийняти щодо свого сексуального і репродуктивного вибору. Внаслідок бідності, стигматизації 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 і якості. Це певною мірою зумовлено низькою пріоритетністю таких послуг, що саме по собі є одним із проявів гендерної нерівності, стигматизації та дискримінації людей, що 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 з питань репродуктивного здоров'я. 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 з 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 звер-

таються для отримання послуг, пов'язаних із вагітністю або народженням дитини, — і медичні працівники найчастіше реагують саме на цю конкретну потребу. Інші проблемні аспекти репродуктивного і сексуального здоров'я не виявляються медичними працівниками і щодо них не надається допомога.

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.

[III] ПРОТИДІЯ НАСИЛЬСТВУ ЩОДО ЖІНОК

● Наявність законів, спрямованих на протидію насильству щодо жінок, покарання злочинців та роботу щодо зменшення шкоди жінкам, які постраждали від насильства

Насильство щодо жінок зазвичай розглядають через призму трьох основних сфер: приватної, трудової, репродуктивної. Правозахисники виділяють ще одну форму гендерного насильства — торгівля жінками. Останній формі порушення прав людини нижче присвячується окремий розділ. В даному огляді йтиметься про насильство щодо жінок у приватній сфері (домашнє насильство), на робочому місці (сексуальні домагання) та в репродуктивній сфері (право на аборт).

Насильство в сім'ї

Актуальність проблеми підтверджується статистичними даними та даними досліджень, проведених в Україні останніми роками. Так, за результатами опитування громадської думки Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка «Ставлення населення до насильства в сім'ї», проведеного в березні 2007 р., проблема домашнього насильства стосується 8% опитаних, 20% відмітили актуальність родинного насильства в сім'ях друзів, знайомих. При цьому актуальною проблемою вважають для України загалом 81% респондентів. Вибірка дослідження становила 2000 респондентів з усіх регіонів України у віці від 18 до 70 років. Опитування є репрезентативним для України.

Згідно зі статистикою МВС України, на обліку за вчинення насильства в сім'ї перебуває 91050 осіб, з них поставлено на облік за 9 місяців 2009 року — 54892 особи. Із загальної кількості осіб, що перебувають на обліку, 83364 особи становлять чоловіки, жінки — 7270 осіб, неповнолітні — 416 осіб. Щодо видів насильства: 31297 осіб вчинили фізичне насильство, 21914 — психологічне, 1681 — економічне.

За даними Міжнародного жіночого правозахисного центру «Ла Страда — Україна», на базі якого працює Національна «гаряча лінія» із запобігання насильству та захисту прав дітей, за 11 місяців 2009 року на «гарячу лінію» надійшло 3149 дзвінків, 25,2% з яких стосувалися насильства в сім'ї. Загалом близько 46% усіх дзвінків становлять дзвінки від жінок.

Насильство в сім'ї є одним із проявів порушення прав та законних інтересів людини та громадянина. Незважаючи на той факт, що нормативно-правове забезпечен-

ня протидії домашньому насильству існує в Україні з 2001 року, проблема залишається актуальною та має низку невирішених питань.

Вперше поняття «наси́льство в сім'ї» було визначено Законом України «Про попередження насильства в сім'ї», прийнятим Верховною Радою України в 2001 році. На виконання зазначеного документа було також прийнято Закон України «Про внесення змін до Кодексу України про адміністративні правопорушення щодо встановлення відповідальності за вчинення насильства в сім'ї або невиконання захисного припису». Закон України «Про попередження насильства в сім'ї» дає таке визначення поняття насильства: «наси́льство в сім'ї — 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».

1 січня 2009 року набрав чинності Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення законодавства стосовно протидії насильству в сім'ї». Цим законом передбачені зміни до Кодексу про адміністративні правопорушення, зокрема ст.ст. 173-2, 262, 263 і 277, та Закону «Про попередження насильства в сім'ї». Зазначені нормативно-правові акти передбачають можливість застосування адміністративного арешту на строк до 5 діб до особи, яка вчинила насильство в сім'ї; запровадження здійснення корективних програм з особами, які вчинили домашнє насильство. За скоєння насильства передбачено адміністративне стягнення з кривдника. Причому згідно з новими нормами розмір штрафу збільшено до 10 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (на сьогодні один неоподатковуваний мінімум доходу становить 17 гривень). Таким чином, тягар за здійснення насильства в сім'ї лягає на плечі самих потерпілих або сім'ї загалом.

Документом передбачено приведення нормативно-правових актів Кабінету Міністрів, міністерств та інших центральних органів виконавчої влади у відповідність із новим Законом. З цією метою Міністерством у справах сім'ї, молоді та спорту створено робочу групу експертів щодо розробки нових підзаконних нормативно-правових актів щодо запобігання насильству в сім'ї. До робочої групи входять представники державних структур, залучених до вирішення проблеми насильства в сім'ї, а також представники громадських організацій.

30.03.2004 р. спільним наказом Мінсім'ядітимолодь (сьогодні — Мінсім'ямолодьспорт) та МВС України для вдосконалення механізму взаємодії органів і структур, на які покладено здійснення заходів із запобігання насильству в сім'ї, було затверджено «Інструкцію про порядок взаємодії управлінь (відділів) у справах сім'ї та молоді, служб у справах неповнолітніх, центрів соціальних служб для молоді та органів внутрішніх справ з питань здійснення заходів з попередження насильства в сім'ї» (від 09.03.2004 р. №3/235).

В Інструкції зазначається, що управління (відділи) у справах сім'ї та молоді ініціюють створення при місцевих органах виконавчої влади й органах місцевого самоврядування та забезпечують роботу постійно діючих робочих комісій з питань координації дій щодо запобігання насильству в сім'ї.

Одним із актуальних питань протидії насильству в сім'ї 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». Надання ж медичної допомоги залишається відкритим питанням. На сьогодні лише започатковано створення державної служби медико-соціальної допомоги потерпілим. Клініко-епідеміологічних даних про розлади здоров'я у потерпілих унаслідок пережитого насильства в країні — не існує.

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. За даними Управління дільничних інспекторів міліції Департаменту громадської безпеки МВС України, на початок жовтня 2009 року таких центрів різної форми власності в Україні налічувалося 56.

Таким чином, проблема насильства в сім'ї в Україні розглядається як гендерна проблема. Переважна кількість зловживань вчиняється чоловіками щодо жінок. Протидія домашньому насильству визначена на законодавчому рівні, проте певні нормативно-правові документи потребують доопрацювання та внесення відповідних змін для ефективного впровадження норм Закону. Неєфективність законодавчих норм, на думку правозахисників, викликана також відсутністю відповідних цільових програм на державному та регіональному рівнях. З цієї ж причини потерпілі від насильства є недостатньо захищеними. Основною проблемою залишається надання медичної та психотерапевтичної допомоги жертвам.

Насильство в трудовій сфері

Одним із найбрутальніших проявів насильства на робочому місці є сексуальні домагання. Проблема сексуальних домагань, так само як і проблема домашнього насильства, стосується однаково і жінок, і чоловіків, проте за світовою статистикою жертвами цього порушення прав людини переважно стають жінки. В Україні статистика щодо цього злочину — відсутня.

За даними дослідження «Проблеми жінок в Україні», близько 15% опитаних жінок стикалися із проявами сексуальних домагань на роботі протягом життя. (Дослідження проводилось у 1999 році Київським міжнародним інститутом соціології на замовлення Світового банку. В рамках дослідження було проведено 44 фокус-групи в 4 основних регіонах України. Загальна кількість осіб, які взяли участь в дискусіях, — 440 (100 чоловіків та 340 жінок).

За даними дослідження «Моніторинг поведінки військовослужбовців як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління», проведеного в 2007 році, 9% жінок в армії пережили спроби колег або начальства примусити їх до сексуальних контактів. (Дослідження проводилось Центром соціальних та політичних досліджень «Соціс» на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Метою дослідження було вивчення поведінкових практик військовослужбовців щодо ризику інфікування ВІЛ).

В українському законодавстві визначення «сексуальне домагання» вперше тлумачиться в Законі України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків».

«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».

Закон апелює до роботодавців, які несуть певні обов'язки перед працівниками, в тому числі й такі, як вжиття заходів щодо унеможливлення випадків сексуальних домагань (ст. 17) (проте не прописує механізм вжиття таких заходів та контролю за ними); передбачає право на оскарження фактів дискримінації за ознакою статі та сексуальних домагань (ст. 22) та відшкодування матеріальних збитків і моральної шкоди, завданих унаслідок дискримінації за ознакою статі чи сексуальних домагань (ст. 23).

Проект Трудового кодексу України в Статті 4 «Недопущення дискримінації у сфері праці» передбачає недопущення сексуальних домагань як прояву дискримінації за ознакою статі.

Державна програма сприяння впровадження гендерної рівності в українському суспільстві на період до 2010 року містить положення щодо необхідності внесення змін до чинного законодавства у зв'язку із прийняттям Закону України «Про забезпечення рівних прав та можливостей чоловіків та жінок». Проблема запобігання сексуальним домаганням та захисту трудових прав громадян є дуже важливою. Але в поданому на розгляд до Верховної Ради України законопроекті ці питання взагалі не відображені.

У більшості країн сексуальні домагання розглядаються як злочин. Поняття «сексуальні домагання» в Кримінальному кодексі України не використовується. Існують статті, які непрямо стосуються сексуальних домагань. Розділ IV Кримінального кодексу України «Злочини проти статевої свободи та статевої недоторканності особи» містить статті 152 «Зґвалтування», ст. 153 «Насильницьке задоволення статевої пристрасті неприродним способом», ст. 154 «Примушування до вступу в статевий зв'язок», ст. 155 «Статеві зносини з особою, яка не досягла статевої зрілості», ст. 156 «Розбещення неповнолітніх».

Найближчою за змістом статтею Кримінального кодексу України є ст. 154 «Примушування до вступу в статевий зв'язок». Водночас саме поняття та явище сексуальних домагань є значно ширшим, ніж лише примушування до вступу в статевий зв'язок. А це означає, що ст. 154 не можна вважати такою, що забезпечує правовий захист від них.

Проблема сексуальних домагань на робочому місці є латентною. Її вивчення ускладнюється відсутністю статистики щодо звернень потерпілих зі скаргами на такі факти та стигматизацією з боку суспільства. На папері існують нормативно-правові акти, які затверджують право людини на скаргу та компенсацію у разі сексуальних домагань на робочому місці, проте механізми реалізації цих прав — відсутні. Українське законодавство розглядає факт сексуальних домагань швидше як правопорушення, аніж злочин, і Кримінальний кодекс України не передбачає покарання за вчинення таких дій.

Таким чином, загалом нормативно-правова база захисту прав жінок приведена у відповідність до міжнародних стандартів, проте ще існують окремі положення, які потребують удосконалення. В реалізації положень законодавства спостерігаються проблеми декількох рівнів: фінансові або матеріально-технічні (при створенні кризових та реабілітаційних центрів), а також проблема реалізації прав, гарантованих нормативно-правовими актами. Особливо актуальною є проблема стигматизації. Причому вона однаково стосується як потерпілих від будь-якого виду насильства, так і ВІЛ-інфікованих жінок, що ускладнює реалізацію їхніх прав.

● **Наявність заходів протидії сексуальній експлуатації дівчат та підлітків**

Існують три основні та взаємопов'язані форми комерційної сексуальної експлуатації дітей: дитяча проституція, порнографія та торгівля дітьми з метою сексуальної експлуатації.

Дитяча проституція.

За даними поведінкових досліджень серед жінок, які надають сексуальні послуги за винагороду, в Україні частка неповнолітніх дівчат, залучених до проституції, становила в 2007 р. — 6% (віком від 13 до 17 років), 2008 р. — 3% (віком від 14 до 17 років). (За результатами досліджень «Моніторинг поведінки ЖКС як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління» 2007, 2008 рр. Вибірка дослідження щороку становила 1600 ЖКС. Дослідження 2007 р. було проведено Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка. Дослідження 2008 та 2009 рр. проводив Київський міжнародний інститут соціології. Усі дослідження проводились на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»).

Кримінальним кодексом України передбачена відповідальність за сутенерство та втягнення до проституції (ст. 303 «Сутенерство або втягнення особи в заняття проституцією»). Втягнення особи в заняття проституцією або примушування її зайнятися проституцією караються позбавленням волі на строк від 3 до 5 років. Ті ж дії щодо неповнолітньої особи караються позбавленням волі на строк від 5 до 10 років з конфіскацією майна або без такої.

Стаття 302 «Створення або утримання місць розпусти і звідництво» ККУ забороняє створення або утримання місць розпусти та звідництво. Якщо ці злочини скоєні із втягненням неповнолітніх, покаранням є позбавлення волі на строк від двох до семи років.

У Кримінальному кодексі немає покарання за придбання сексуальних послуг від дитини. Однак ст. 155 Кримінального кодексу передбачає покарання за статеві зносини з «особою, яка не досягла статевої зрілості» (покаранням є обмеження волі на строк до трьох років або позбавлення волі на той самий термін). Ст. 156 Кримінального кодексу, яка передбачає покарання за «розбещення неповнолітніх», визначає неповнолітню особу як особу віком до 16 років.

Дитяча порнографія

Визначення дитячої порнографії є досить широким і покриває демонстрацію матеріалів, що зображують відверто сексуальні дії із залученням дітей, реальні або змодельовані, або будь-яке зображення статевих органів дитини, головним чином, в сексуальних цілях. Міжнародні стандарти вважають порнографічною продукцією друковані матеріали, відео-, аудіо- або цифрові матеріали, що зберігаються на комп'ютері.

У Кримінальному кодексі України міститься ст. 301 «Ввезення, виготовлення, збут та розповсюдження порнографічних предметів». Вона передбачає покарання за ввезення в Україну творів, зображень або інших предметів порнографічного характеру з метою збуту чи розповсюдження або їх виготовлення, перевезення чи інше переміщення з тією самою метою, або їх збут чи розповсюдження. Вона також поширюється на використання неповнолітніх осіб для виробництва таких матеріалів (створення зображень, кіно- та відео- продукції чи комп'ютерних програм порнографічного характеру). Такі дії караються позбавленням волі від 3 до 7 років. Хоча цей закон діє у сфері

дитячої порнографії, в ньому не передбачені санкції за доступ та розповсюдження порнопродукції через Інтернет. Також закон не передбачає покарання за володіння та експорт усіх форм дитячої порнографії.

Торгівля дітьми з метою сексуальної експлуатації

Відповідальність за торгівлю людьми, в т.ч. дітьми, передбачена ст.149 «Торгівля людьми або інша незаконна угода щодо людини» Кримінального кодексу України. Стаття визначає торгівлю людьми так: «Торгівля людьми або здійснення іншої незаконної угоди, об'єктом якої є людина, а так само вербування, переміщення, переховування, передача або одержання людини, вчинені з метою експлуатації, з використанням обману, шантажу чи уразливого стану особи, — караються позбавленням волі на строк від 3 до 8 років». За ті самі дії, вчинені щодо неповнолітньої особи, передбачене покарання на строк до 15 років. Під поняття «експлуатація», крім інших форм, також підпадають усі форми сексуальної експлуатації, використання в порнобізнесі.

За період з 1998 р. по жовтень 2009 р. відділами боротьби зі злочинами, пов'язаними з торгівлею людьми, порушено 2606 справ, за якими винесено 446 вироків. (За даними Міжнародної організації з міграції, станом на 30.09.2009).

Докладаючи зусилля до посилення (ефективності) діяльності проти комерційної сексуальної експлуатації дітей та торгівлі дітьми, уряд України, а саме Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту разом з іншими міністерствами, неурядовими та міжнародними організаціями розробили Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на період до 2016 року». Серед основних заходів Національного плану дій у сфері боротьби з торгівлею дітьми та комерційною сексуальною експлуатацією дітей є такі: захист дітей від жорстокого поводження, експлуатації, насильства; ліквідація торгівлі дітьми, сексуальної експлуатації, інших форм жорстокого поводження щодо дітей. Програмою передбачена профілактична робота серед дітей, надання реабілітаційної допомоги потерпілим дітям та розвиток системи відстеження випадків дитячої сексуальної експлуатації.

З метою протидії дитячій сексуальній експлуатації та торгівлі дітьми в Україні діє Всеукраїнська мережа протидії комерційній сексуальній експлуатації дітей, до складу якої входить 25 неурядових організацій із різних областей України, а також мережа НУО, які надають допомогу потерпілим від торгівлі людьми, що працює за підтримки Міжнародної організації з міграції (МОМ).

За статистикою МОМ, за період із січня 2000 р. по 30 червня 2008 року було надано допомогу 5214 особам, з яких 265 стали жертвами торгівлі людьми у віці до 18 років: 230 неповнолітніх у віці від 14 до 18 років, 16 — у віці від 11 до 14 років, 14 дітей у віці від 5 до 11 років, та 5 дітей віком від 3 до 5 років. Лише за 2007 та першу половину 2008 рр. постраждали 86 дівчат та 19 хлопців (за даними Міжнародної організації з міграції, станом на 30 червня 2008 р.).

Діяльність із протидії дитячій сексуальній експлуатації є однією з ключових у роботі деяких неурядових організацій. Так, Міжнародний жіночий правозахисний центр «Ла Страда — Україна» у співпраці із Міністерством освіти і науки України розробив навчально-методичний посібник «Запобігання торгівлі дітьми», який розповсюджений по школах України і є підґрунтям для практичних психологів шкіл та класних керівників для роботи з дітьми на цю тему, видаються інформаційні роздаткові матеріали, які через управління (відділи) освіти поширюються в регіонах України. На постійній основі з 2003 року працює Мобільна лекторська група з питань запобігання торгівлі людьми з представництвом майже в усіх регіонах України.

У співпраці із кримінальною міліцією у справах неповнолітніх у притулках-розподільниках проводиться регулярна робота з дітьми, які потрапляють до притулків. Як правило, це діти вулиці. З дітьми ведеться превентивна робота. Працює психолог із допомоги тим дітям, які стали жертвами дитячої сексуальної експлуатації.

В Україні діє програма «Безпека дітей в Інтернеті», в рамках якої створена Коаліція за безпеку дітей в Інтернеті, членами якої поруч із міжнародними організаціями, такими як ЮНІСЕФ, Міжнародна організація з міграції, неурядовими організаціями (Центр «Ла Страда — Україна») є комерційні організації, серед яких корпорація Майкрософт, Хьюліт Паккард, найбільш відомі в Україні провайдери телефонних та Інтернет послуг (Київстар, Українська асоціація Інтернет-провайдерів) та ін. У рамках програми розроблені тренінги з безпеки дітей в Інтернеті для різних вікових груп від 7 до 14 років та підлітків від 15 до 18 років, створений Інтернет сайт «Он-ляндія» <http://www.onlandia.org.ua/ukr/partners.aspx>.

З метою ефективного протистояння та запобігання дитячій порнографії в Інтернеті Центр «Ла Страда — Україна» створив електронну гарячу лінію www.internetbezpeka.org.ua, за допомогою якої збираються дані про наявність дитячої порнографії в Інтернет-просторі. Програмне забезпечення лінії створене відповідно до зразків подібних ліній, що працюють в європейських країнах.

Варто сказати кілька слів про дитячий сексуальний туризм — одну із форм дитячої сексуальної експлуатації, яка набирає актуальності для України: дедалі більше іноземців приїждять, щоб отримати дешеві сексуальні послуги від українських дітей. З метою протидії дитячому секс-туризму в Україні ініційоване впровадження «Етичного кодексу для туристичного і готельного бізнесу в Україні», який уже підписаний прогресивними національними і міжнародними компаніями.

Можна констатувати, що в Україні сформована система протидії дитячій сексуальній експлуатації. Україна приєдналась до основних міжнародних документів. Національне кримінальне законодавство передбачає покарання за злочини, пов'язані із сексуальною експлуатацією дітей, існує Державна програма, на виконання якої державні інституції у співпраці із неурядовими організаціями проводять профілактичну роботу, надають допомогу потерпілим. До протидії цьому порушенню прав дитини залучені бізнес-структури України.

- **Наявність організацій (послуг), спрямованих на забезпечення потреб жінок та дівчат, які постраждали від насильства та/чи сексуального насильства**

- **Доступність цих послуг**

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. Центри можуть надавати послуги притулку з цілодобовим перебуванням, надає соціальні послуги, юридичні, психологічні тощо. Відповідно до положення Центр створюється місцевим органом виконавчої влади та органом місцевого самоврядування.

Протягом 2008 р. до центрів соціально-психологічної допомоги Центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді було направлено 38 осіб та 47 сімей (89 дітей).

У системі Державної соціальної служби при Центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді функціонують «гарячі лінії», працюють програми підтримки кризових сімей, у рамках яких потерпілі від насильства можуть отримати психологічну та юридичну допомогу і можуть бути скеровані до центрів соціально-психологічної допомоги.

На виконання Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» створено систему кризових центрів для жінок, які постраждали від насильства в сім'ї. За даними МВС України, станом на 30 вересня 2009 р. таких центрів в Україні було 56. Йдеться про кризові центри будь-якої форми власності: державної, неурядової, приватної. У центрах надається елементарна медична допомога, ведеться психологічна робота із жінками, проводяться програми корекції для кривдників.

На виконання зазначеного вище документу та Наказу МОЗ України 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» створені державні центри медико-соціальної реабілітації для жертв домашнього насильства. Функціонують Центри лише в 2-х містах України — Чернігові та Севастополі. Щоправда, вони створені при психіатричній та наркологічній клініках, що не сприяє зверненню потерпілих до цих закладів. Центри орієнтовані на надання саме медичної допомоги потерпілим від насильства.

На виконання Комплексної програми протидії торгівлі людьми на період 2002-2005 рр., а також Державної програми протидії торгівлі людьми на період до 2010 року за підтримки Міжнародної організації з міграції було створено 8 притулків для потерпілих від торгівлі людьми: у Волинській, Житомирській, Львівській, Одеській (2), Чернівецькій, Херсонській областях та в м. Києві. За період із січня 2001 р. по 30 вересня 2009 р. 312 осіб, потерпілих від торгівлі людьми, скористалися послугами притулків, які функціонують при неурядових організаціях за підтримки МОМ. У разі необхідності притулки приймають і осіб, які постраждали від насильства в сім'ї.

З 2002 р. в Києві функціонує Центр медичної реабілітації потерпілих від торгівлі людьми МОМ. За період з 2002 по 2007 рр. він надав конфіденційну та комплексну медичну та психологічну допомогу 1165 потерпілим від торгівлі людьми. З метою надання реабілітаційної допомоги дітям, потерпілим від торгівлі людьми, Центр було дооснащено: уведено ігровий майданчик та передбачена профілактично-освітня робота.

МОМ у рамках Програми протидії торгівлі людьми надає реінтеграційну допомогу потерпілим, яка включає медичну та психологічну допомогу, безпечне повернення додому потерпілих із-за кордону в Україну, професійне навчання, розвиток малого підприємництва, реінтеграційні гранти, а також юридичну допомогу.

При Міжнародному жіночому правозахисному центрі «Ла Страда — Україна» з 1997 року функціонують Національна «гаряча лінія» з питань запобігання торгівлі людьми та з 2004 р. Національна «гаряча лінія» з питань запобігання насильству та захисту прав дітей. На «гарячих лініях» надаються консультації юриста, психолога. За потреби потерпілі від насильства скеровуються до реабілітаційних центрів, де вони можуть отримати послуги, перелічені вище. За даними Центру «Ла Страда — Україна», за період із листопада 1997 р. по листопад 2009 р. на «гарячу лінію» з питань запобігання торгівлі людьми надійшло 40 862 дзвінка, з них більше 4% стосується організації допомоги особам, потерпілим від торгівлі людьми, близько 1% — юридичні консультації для потерпілих від торгівлі людьми та судовий супровід. На «гарячій лінії»

із запобігання насильству із 4309 дзвінків, які надійшли за період з листопада 2004 р. по вересень 2009 р., більше 13% звернень — психологічні консультації особам, які страждають від насильства.

Підсумовуючи, можна зазначити, що в Україні існує нормативно-правове забезпечення реабілітаційної допомоги особам, що постраждали від насильства. На виконання цих законодавчих актів створена мережа кризових центрів для осіб, потерпілих від насильства в сім'ї та потерпілих від торгівлі людьми. Через матеріально-технічні проблеми послуги потерпілим від насильства забезпечуються на регулярній основі лише неурядовими та міжнародними організаціями.

● **Наявність профілактики поширення ВІЛ-інфекції, ІПСШ, включаючи ургентну контрацепцію та легальні аборти, у переліку послуг, спрямованих на забезпечення потреб жінок та дівчат, які постраждали від насильства та/чи сексуального насильства**

Профілактична робота з поширення ВІЛ-інфекції для потерпілих від насильства у зазначених вище реабілітаційних центрах на регулярній основі не проводиться. Лише окремі неурядові організації паралельно із проектами, спрямованими на роботу з потерпілими від насильства чи торгівлі людьми, здійснюють програми профілактики ВІЛ та мають консультативний компонент із профілактики ВІЛ у комплексі реінтеграційних послуг для потерпілих від насильства. Так, неурядова організація «Віра, Надія, Любов» є членом мережі організацій, що надають реінтеграційну допомогу потерпілим від торгівлі людьми, яка підтримується МОМ і водночас входить до переліку найбільш активних ВІЛ-сервісних організацій, які працюють зі споживачами наркотиків та працівниками комерційного сексу. Просвітницька робота щодо ВІЛ та ІПСШ є одним із компонентів їхньої роботи, а тому до неї залучені всі групи, з якими працює організація.

З огляду на той факт, що більшість потерпілих від торгівлі людьми жінок змушували до надання сексуальних послуг, тестування на ВІЛ та ІПСШ є однією із базових медичних послуг, яких потребують такі жінки. Тестування на ВІЛ та ІПСШ пропонується всім потерпілим у Центрі медичної реабілітації Міжнародної організації з міграції. Лікування ІПСШ покривається за рахунок Центру.

Неурядова організація «Віра, Надія, Любов» надає послуги з експрес-тестування на ВІЛ жінкам комерційного сексу, включаючи потерпілих від торгівлі людьми.

Послуги з проведення штучного переривання вагітності Центром медичної реабілітації не надаються. У разі необхідності жінок скеровують до медичних закладів, де у визначеному законодавством порядку (до 12 тижнів, а в окремих випадках до 22 тижнів вагітності) може бути проведений аборт.

● **Наявність в Україні громадської системи збору інформації та публікації даних, які стосуються питання насильства щодо жінок та дівчат**

Існує декілька основних документів, спрямованих на моніторинг дотримання прав людини в Україні, які тією чи іншою мірою висвітлюють питання насильства щодо жінок. Серед основних:

Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини «Про стан дотримання та захисту прав і свобод людини в Україні». Щорічні доповіді готуються Омбудсма-

ном відповідно до Закону України «Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини» (ст. 18 «Щорічні та спеціальні доповіді уповноваженого»). З моменту створення інституту Омбудсмана уповноваженим із прав людини було підготовлено 5 доповідей «Про стан дотримання та захисту прав і свобод людини в Україні» та 2 спеціальні доповіді — «Стан дотримання та захисту прав громадян України за кордоном» і «Стан дотримання Україною міжнародних стандартів у галузі прав і свобод людини». Питання насильства над жінками, зокрема торгівлі людьми, піднімалося лише в першій щорічній доповіді. В останній, 5-й доповіді (вона охопила період 2006-2007 рр.), представлений 24 червня 2009 року, окремий розділ присвячений забезпеченню прав дитини в Україні, де поміж інших прав людини висвітлюються проблеми дитячої сексуальної експлуатації.

У 2-й спеціальній доповіді поміж іншої інформації піднімалося питання дотримання стандартів у виконанні конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок та виконання конвенції ООН про права дитини.

Доповідь про виконання Конвенції ООН Про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок. Доповідь готується Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту раз на 4 роки і подається Генеральному секретареві ООН. Наступну доповідь Україна подаватиме в 2011 р. Доповідь містить положення про стан упровадження в Державній політиці положень Конвенції.

Доповідь правозахисних організацій «Права людини в Україні». Щорічна доповідь правозахисних організацій, яка готується Українською Гельсінською групою з прав людини, починаючи з 2004 року. Фактично ця доповідь є альтернативною Щорічній доповіді Омбудсмана «Про стан дотримання та захисту прав і свобод людини в Україні». Серед розділів, присвячених проблемам захисту прав жінок: «Насильство в сім'ї як порушення прав людини», «Торгівля людьми як сучасна форма рабства», «Права жінок та гендерна рівність».

Крім оглядових доповідей, які стосуються різних сфер порушення прав людини в Україні, регулярно відбувається моніторинг окремих державних програм, серед яких захисту прав жінок стосуються:

Моніторинг виконання Державної програми впровадження гендерної рівності на період до 2010 р.

Моніторинг виконання Державної програми протидії торгівлі людьми на період до 2010 р.

Таким чином, у країні існує система громадського контролю за здійсненням державної політики у сфері захисту прав жінок і за реалізацією положень нормативно-правових актів, спрямованих на протидію насильству щодо жінок та впровадження гендерної рівності в суспільстві. Доповіді (звіти) за результатами моніторингу містять конкретні цифри та факти щодо порушень прав жінок та рекомендації з поліпшення ситуації.

● Наявність в Україні національних кампаній, спрямованих на протидію насильству щодо жінок та сексуальній експлуатації дівчат

15 травня 2008 року в рамках проведення Всесвітньої кампанії з викорінення насильства над жінками, ініційованої в лютому 2008 року Організацією Об'єднаних Націй, в Україні стартувала Національна кампанія, спрямована на боротьбу з насильством щодо жінок, дітей та з насильством у сім'ї, — «Стоп насильству!». Кампанія триватиме до 25 листопада 2015 року (Міжнародного дня боротьби за ліквідацію насильства щодо жінок).

Цілі Кампанії «Стоп насильству!»: удосконалення законодавчої бази з питань протидії насильству; заохочення національних, громадських лідерів та осіб, які впливають на суспільну думку, публічно визнати тяжкість такого злочину як насильство; підвищення обізнаності населення про те, що насильство є порушенням прав людини; формування у свідомості всіх верств населення нетерпимого ставлення до насильства; робота з постраждалими від насильства та особами, які вчиняють насильство в сім'ї.

У рамках кампанії проведено Національний форум «Проти насильства», розроблено концепцію соціальної реклами. Зовнішня соціальна реклама охопила Київ, Сімферополь, Ялту, Дніпропетровськ, Донецьк, Запоріжжя, Львів, Одесу, Харків. Основним слоганом реклами є «Досить терпіти такі подарунки» і заклик звертатися до безкоштовної Національної «гарячої лінії» із запобігання насильству та захисту прав дітей. Ще 10 відеороликів подібного спрямування підготовлено та розміщено на телеканалах.

Значну роль в організації та проведенні кампанії відіграли партнери з приватного сектору: РА Tabasco безкоштовно розробило концепцію реклами, Асоціація зовнішньої реклами України допомогла у безкоштовному розміщенні соціальної реклами «Стоп насильству!», а Агенція цифрового маркетингу «Інтернет Експерт» сприяла розміщенню банерів «Стоп насильству!» в мережі Інтернет. До речі, кампанію «Стоп насильству!» підтримали такі потужні ресурси, як ТСН (це інформаційний сайт телеканалу 1+1), сайт Однокласники.UA (локалізована версія відомої соціальної мережі) та інші.

Крім громадських структур, до протидії насильству приєдналися бізнес-структури. Так, компанія «Ейвон» розпочала благодійну програму «Проти насильства в сім'ї», яка має на меті сприяння дотриманню прав людини; надання соціальної, юридичної та психологічної допомоги жінкам, які зазнали домашнього насильства; подолання насильства в сім'ї проти жінок; підвищення рівня інформування суспільства про проблеми насильства в сім'ї з метою запобігання насильству та жорсткому поводженню.

Щорічним регулярним заходом, спрямованим на протидію насильству щодо жінок, є національна кампанія «16 днів проти гендерного насильства». Акція розпочинається 25 листопада і закінчується 10 грудня. Впродовж цих днів по всій Україні відбуваються заходи, присвячені питанню гендерної рівності, викоріненню насильства щодо жінок, захисту прав тощо.

Кампанії, спрямовані на привертання уваги суспільства до проблем насильства стосовно жінок, в Україні мають регулярний характер. Сьогодні ідея протидії насильству виражена в масштабній національній кампанії, до реалізації якої залучені майже всі міністерства та відомства України, небайдужими є представники приватного сектору. Працює «гаряча лінія» з питань насильства, кількість дзвінків на яку щоденно зростає, збільшується кількість звернень до правоохоронних органів щодо фактів домашнього насильства. Це свідчить про трансформацію ставлення суспільства до насильства як до приватної проблеми, сприйняття його як порушення прав людини.

● **Наявність спеціальних заходів, спрямованих на протидію торгівлі жінками**

Державна політика України щодо протидії торгівлі людьми базується на трьох основних принципах: запобігання, розслідування та допомога потерпілим від торгівлі людьми.

Розслідування

Кримінальна відповідальність за торгівлю людьми передбачена в Україні з 1998 року. За 11 років стаття, що визначає покарання за цей вид злочину, змінювалася декілька разів. Останні зміни були внесені до Кримінального кодексу України в січні 2009 року і чинна стаття 149 «Торгівля людьми або інша незаконна угода щодо особи» передбачає покарання у вигляді позбавлення волі на термін від трьох до восьми років. За торгівлю дітьми стаття визначає покарання у вигляді позбавлення волі на термін від п'яти до п'ятнадцяти років.

Діяльність органів виконавчої влади з протидії торгівлі людьми регламентується переліком заходів, затверджених Державною програмою протидії торгівлі людьми на період до 2010 року. Їй передували «Програма запобігання торгівлі жінками та дітьми на період 1999-2002», «Комплексна програма протидії торгівлі людьми на 2002-2006 рр.». На виконання Державної програми при Кабінеті Міністрів створена Міжвідомча координаційна рада з протидії торгівлі людьми, до складу якої входять ключові міністерства та відомства, неурядові та міжнародні організації. Програми протидії торгівлі людьми прийняті також на регіональних рівнях. При обласних та районних державних адміністраціях також створені Координаційні ради.

У 2001 році в кожній області було створено відділи боротьби зі злочинами, пов'язаними з торгівлею людьми. До цього відділи, які займалися розслідуванням таких справ, працювали лише в 3-х областях: Луганській, Донецькій та Київській. У 2005 р. у складі Міністерства внутрішніх справ був створений окремий Департамент боротьби зі злочинами, пов'язаними з торгівлею людьми, що свідчить про визнання державою актуальності проблеми торгівлі людьми та необхідності ефективної протидії цьому злочину. Ефективною є співпраця правоохоронних органів із неурядовими організаціями. У разі звернення (виявлення) потерпілих відділи боротьби з торгівлею людьми спрямовують потерпілих до громадських організацій, які надають допомогу таким особам. Реінтеграційна допомога в більшості випадків покривається Міжнародною організацією з міграції. МОМ покриває послуги юриста та адвоката у разі необхідності, допомагає у встановленні контактів із правоохоронними органами інших країн у разі розслідування міжнародних випадків у рамках проекту «Надання підтримки правоохоронним органам, законодавчій та судовій гілкам влади».

Проблемним питанням залишаються вирoki суду за статтею 149. Як правило, більшість вироків виносяться злочинцям умовно або з відстрочкою виконання. За таких умов злочинці не бояться продовжувати свій бізнес. З метою ознайомлення суддів із міжнародною практикою розслідування таких справ Офіс координатора з безпеки та співробітництва в Європі (ОБСЄ) реалізує проект, спрямований на посилення спроможності судової системи.

Надання допомоги потерпілим

Потерпілим від торгівлі людьми надається різноманітна допомога: повернення в Україну з-за кордону, надання притулку, медичної, психологічної, юридичної допомоги, відвідування курсів професійної орієнтації. Діє програма малих грантів для розвитку приватного підприємництва серед потерпілих, яка дає можливість потерпілим матеріально підтримувати свої сім'ї. В 2005-2006 рр. 57 колишніх жертв торгівлі людьми отримали гранти на розвиток бізнесу в розмірі 138 424 долари США і відкрили 45 мікропідприємств у шести областях України (Чернівецькій, Донецькій, Хмельницькій, Луганській, Тернопільській та Вінницькій), а також в Автономній республіці Крим. У результаті було створено 147 робочих місць. Цікаво, що середній місячний дохід

колишніх жертв торгівлі людьми, які стали підприємцями, становить 2597 гривень, що майже вавічі більше, ніж середня зарплата по Україні у 2007 році (1368 гривень). Отримавши 138 424 долари США у формі грантів, підприємці перетворили цю суму на активи вартістю в 470 300 доларів США, що відповідає 340-відсотковому зростанню за 1-2 роки.

Створена мережа неурядових організацій в різних регіонах України, які працюють із потерпілими від торгівлі людьми. Відкрито 8 спеціалізованих притулків для потерпілих від торгівлі людьми, серед яких Медико-реабілітаційний центр у м. Києві, де всі потерпілі мають можливість пройти обстеження та отримати медичну допомогу. Допомога потерпілим та відкриття притулків здебільшого здійснюється в рамках «Програми протидії торгівлі людьми» Міжнародної організації з міграції. Серед інших організацій, які мають можливість надати допомогу потерпілим, — Міжнародний жіночий правозахисний центр «Ла Страда — Україна», БФ «Карітас-Україна».

З метою забезпечення ефективної системи надання допомоги потерпілим від торгівлі людьми в Україні за сприяння Офісу координатора ОБСЄ в Україні розроблена система переадресування потерпілих від торгівлі людьми. Система передбачає залучення державних служб до реінтеграційної допомоги, таких як Центри зайнятості, Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Сьогодні ці служби задіяні мінімально в наданні допомоги потерпілим.

Для запобігання торгівлі людьми напрацьована система профілактичної роботи. Міжнародний жіночий правозахисний центр «Ла Страда — Україна», який був піонером у цій діяльності, у співпраці із Міністерством освіти і науки України починаючи з 1998 року впроваджує нові методики роботи із дітьми для профілактики торгівлі людьми та торгівлі дітьми.

Було підготовлено та надруковано великим накладом (на сьогодні вже в четвертій редакції) навчально-методичний посібник «Запобігання торгівлі людьми». Кожна школа в Україні має можливість через управління (відділи) освіти отримати матеріали. У співпраці з Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерством освіти та науки України, Міністерством внутрішніх справ Центр друкує цей посібник та розповсюджує його в навчальних закладах.

З 2001 року діє започаткований Центром «Ла Страда — Україна» проект «Мобільна лекторська група із запобігання торгівлі людьми». Члени групи покривають лекціями найвіддаленіші куточки України.

З 1997 року в Україні працює Національна «гаряча лінія» із запобігання торгівлі людьми. Станом на 1 листопада 2009 року на «гарячу лінію» надійшло 40 862 дзвінка. Близько половини дзвінків стосується запитів безпечного працевлаштування за кордоном.

На виконання Державної програми протидії торгівлі людьми Державна служба зайнятості та регіональні центри проводять регулярну роботу із запобігання торгівлі людьми серед безробітних, які перебувають на обліку в Центрах зайнятості.

Окремо слід сказати про інформаційні кампанії, спрямовані на протидію торгівлі людьми. Превентивні інформаційні кампанії включають такі елементи, як соціальна реклама за участю зірок музики, телефонні гарячі лінії, освітні програми для молоді та тренінги для журналістів. До їх реалізації залучені представники приватного сектору. Так, в рамках кампанії протидії торгівлі людьми у співпраці з Концерном «Галнафтогаз» у лютому 2008 р. було встановлено бігборди, що попереджають потенційних мігрантів про небезпеку торгівлі людьми, на 12 заправок станціях ОККО в Західній Україні.

МОН, разом з мобільними операторами life:), Київстар та МТС, ініціювали створення безкоштовного короткого мобільного номеру «527», який надає абонентам достовірну інформацію про реалії та можливі загрози для мігрантів за межами України.

Створені освітні та документальні фільми, а також ролики соціального спрямування: «Жертви мовчання» (2001 р.), «Торгівля людьми: це може трапитись із кожним» (2005 р.), «Захисти себе» (2005 р.), «Станція призначення — життя» (2005 р.), «Небезпечна гра: не стань живим товаром» (2006 р.).

Таким чином, створена в країні державна політика протидії торгівлі людьми побудована на ключових міжнародних принципах боротьби із цим злочином. Незважаючи на активну та довготривалу роботу країни в цьому напрямі, здійснених заходів недостатньо. Так, у Щорічному звіті Державного департаменту США «Про торгівлю людьми» за 2009 рік зазначається, що діяльність уряду України не зовсім відповідає мінімальним стандартам викорінення торгівлі людьми. Зокрема, проблемними залишаються питання покарання торгівців людьми та надання адекватної допомоги потерпілим від торгівлі людьми. Згідно з використаною у звіті шкалою, Україна, як і всі попередні роки, віднесена до 2-ї групи: країни, які вживають заходи протидії, але їхні дії не є цілком успішними.

● **Наявність даних про ВІЛ-позитивних жінок, які постраждали від насильства через їхній серологічний статус**

Насильство щодо ВІЛ-інфікованих жінок в Україні, так само як і насильство щодо жінок взагалі, характеризується порушенням їхніх прав у трьох основних сферах: приватній, трудовій та репродуктивній. Проте, у разі наявності позитивного ВІЛ-статусу насильство у названих сферах набуває іншого характеру і є складовою стигматизації та дискримінації.

Стаття 24 Конституції України гарантує рівні конституційні права і свободи всім громадянам. А стаття 17 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»⁹ забезпечує гарантію прав ВІЛ-інфікованих осіб відповідно до Конституції України. Однак на практиці переважна більшість ВІЛ-інфікованих відчуває себе жертвами стигматизації та дискримінації. Проаналізуємо коротко випадки насильства щодо ВІЛ-інфікованих жінок у названих сферах.

Домашнє (побутове) насильство.

Доповіді правозахисних організацій містять описи фактів фізичного, психологічного насильства щодо ВІЛ-інфікованих жінок, але вони більше стосуються приналежності цих жінок до маргінальних груп, таких як споживачки ін'єкційних наркотиків, жінок, які надають комерційні сексуальні послуги. Зокрема, у доповіді правозахисних організацій «Права людини в Україні за 2005 р.» у розділі «Дотримання прав ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД та заходи щодо попередження епідемії»¹⁰ наведено цитати із інтерв'ю з жінками із названих груп, які стосуються фізичного та психологічного насильства щодо них як з боку представників їхнього оточення, так і сторонніх людей. Йдеться, зокрема, про побиття, зґвалтування, задоволення статевої пристрасті неприродним шляхом, шантаж тощо.

⁹ Закон України №1972-12 від 19.12.2001.

¹⁰ <http://www.helsinki.org.ua/index.php?id=1151338888>

Відомі також випадки судових позовів одного із подружжя до іншого через зараження ВІЛ та психологічного насильства на цьому ґрунті¹¹.

Насильство у трудовій сфері характеризується безпідставними звільненнями після розкриття ВІЛ-статусу. Згідно з даними дослідження «Доступність послуг та права людей, які живуть з ВІЛ, в Україні»¹², кожен третій випадок порушення прав ВІЛ-позитивної людини — це порушення права на працевлаштування або навчання.

В умовах економічної кризи жінки і так потрапляють першими під скорочення або зменшення заробітної плати. А за наявності позитивного ВІЛ-статусу, про який стає відомо в місці роботи, в умовах конкуренції вони є першими претендентками на звільнення. Офіційними причинами звільнення в такому разі є професійна невідповідність.

Насильство у репродуктивній сфері.

Насильство у репродуктивній сфері проявляється через порушення права жінки на народження дитини. Ситуація в Україні склалася так, що часто лікарі наполягають на перериванні вагітності у разі наявності ВІЛ-інфекції у вагітної. За даними досліджень, 33,3% медичних працівників наполягають на абортах для ВІЛ-інфікованих жінок¹³. Варто зазначити, що порушення прав ВІЛ-інфікованих осіб на отримання медичних послуг є типовими в Україні. За даними зазначеного вище дослідження, майже 70% ЛЖВ зіткнулися з порушенням права на отримання медичної допомоги та дискримінацією. Так, 13% опитаних сказали, що під час лікування вони стикалися з проблемами після того, як медичний персонал дізнався про їхній статус. Вказували на це і 11% ВІЛ-інфікованих вагітних жінок. Під час перебування в пологовому будинку 23% ВІЛ-інфікованих вагітних жінок відчували дискримінацію щодо себе. Найчастіше проявами дискримінації, за словами цих респондентів, було утримання їх у гірших умовах перебування, порівняно з іншими пацієнтами; 16% опитаних жінок доводилося сплачувати вищі суми за медичні послуги, ніж іншим хворим. 9% сказали, що медичний персонал, який був поінформований про ВІЛ-позитивний статус пацієнтів, відмовлявся надавати допомогу¹⁴.

Описані вище випадки містяться в окремих доповідях правозахисних організацій або дослідженнях. **Регулярний моніторинг дотримання прав ВІЛ-інфікованих осіб та насильства стосовно жінок, які живуть з ВІЛ, в Україні не проводиться.**

Отже, можна зробити висновок, що українське законодавство врахувало вимоги міжнародного права щодо захисту прав людей, які живуть з ВІЛ, проте на практиці дискримінація є надзвичайно актуальною. Найчастіше порушуються права таких людей на навчання або працевлаштування, отримання медичних послуг. Доповіді та дослідження правозахисних організацій містять факти порушення прав ВІЛ-інфікованих жінок, однак такий моніторинг не є регулярним; відомою стає лише незначна частина фактів насильства. За високого рівня стигматизації та дискримінації ЛЖВ, які існують у суспільстві, жінки, що живуть з ВІЛ, і далі замовчуватимуть факти насильства щодо них, і це ще більше поглиблюватиме проблему.

¹¹ Захист прав ВІЛ-інфікованих в суді: Навчально-практичний посібник для суддів / За заг. ред. Буроменського М.В. — К., 2009. — С. 16.

¹² Проведене ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» у 2004 р.

¹³ Котова В. Біотичні норми та права людини в контексті перинатальної передачі ВІЛ і медичного спостереження дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками // Інтегративна антропологія. — №2(8). — 2006. — С. 29-32.

¹⁴ <http://www.helsinki.org.ua/index.php?id=1117358648>

- Упровадження урядом України стратегій підтримки хлопчиків та дівчат, які живуть з ВІЛ/СНІД, щодо забезпечення їх психосоціальною підтримкою, освітою, притулком, харчуванням, медичними послугами та надання гарантій толерантного недискримінаційного ставлення (зокрема: підтримка дітей-сиріт; виділення спеціальних бюджетних коштів для цих заходів; сфери, в яких уряд безпосередньо відповідальний щодо їх імплементації)

Епідемічна ситуація щодо поширення ВІЛ серед населення в Україні продовжує швидко погіршуватися, що загрожує скороченням чисельності населення та погіршенням здоров'я нації, і передусім дітей та молоді.

За офіційними даними, на 1 січня 2009 р. під диспансерним наглядом перебувало 7985 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, з них 1968 дітей зі встановленим діагнозом «ВІЛ-інфекція» та 6017 з діагнозом «ВІЛ-інфекція» у стадії підтвердження; було зареєстровано лише 245 ВІЛ-інфікованих осіб віком від 15 до 18 років та 14321 особа віком від 18 до 25 років.

Проте офіційні статистичні дані не відповідають реальній кількості ВІЛ-інфікованих дітей. Поширеність ВІЛ серед уразливих груп вікової групи 15-19 років яскраво ілюструють останні дослідження: 39% серед дівчат — споживачів ін'єкційних наркотиків та 11% серед дівчат, що надають сексуальні послуги на комерційній основі, 29% серед хлопців — споживачів ін'єкційних наркотиків та 4% серед хлопців, які мають статеві стосунки з чоловіками¹⁵. Поширеність ВІЛ-інфекції серед безпритульних та бездоглядних дітей і молоді («дітей та молоді вулиці») 15-24 років становить 18,4%. При цьому поширеність ВІЛ серед дітей-сиріт цієї групи становить 25,5%; серед безпритульних дітей та молоді — 28,9%; серед тих, хто надає сексуальні послуги за гроші, їжу чи притулок, — 34,9%¹⁶.

Сформована на сьогодні нормативно-правова база в Україні щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу серед дітей спрямована передусім на профілактику (зокрема це стосується Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки). Але фінансова підтримка цих положень має вкрай обмежені обсяги. Саме тому деякі нормативні документи мають лише декларативний характер. Серед них Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»¹⁷, «Про затвердження Типового положення про центр для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді», «Про затвердження Типових структури та штатних нормативів центру для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді»¹⁸, «Про затвердження Типових нормативів оснащення центрів для ВІЛ-інфікованих дітей і молоді та харчування осіб, що перебувають у ньому»¹⁹, «Про затвердження Інструкції з обліку роботи з особами, які перебувають у центрах для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді» та багато інших.

¹⁵ За даними проведених Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка в 2007 р. досліджень «Моніторинг поведінки СІН як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління», «Моніторинг поведінки ЖКС як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління», «Моніторинг поведінки ЧСЧ як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління».

¹⁶ За даними досліджень, проведених у 2008 р. серед бездоглядних та безпритульних дітей та вуличної молоді міст Києва, Одеси, Донецька та м. Макіївки Донецької області Організацією HealthRight International (Право на здоров'я) у співпраці з Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерством охорони здоров'я України, Департаментом репродуктивного здоров'я американських Центрів з контролю над захворюваннями та Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні.

¹⁷ Постанова Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 №148.

¹⁸ Накази Мінсім'ямолодьспорту від 08.09.2006 №3075 та від 20.12.2006 №4273.

¹⁹ Наказ Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді від 11.12.2008 №69.

У зв'язку з тим, що механізми запровадження цих документів не відпрацьовані і не існує дієвих заходів контролю за їх виконанням, жоден з цих документів не демонструє позитивних зрушень.

Так, ще й досі не реалізується на практиці спільний наказ «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей»²⁰. Цим наказом ухвалені важливі інструкції з питань медико-соціального супроводу дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями, у закладах освіти, інтернатних установах, різних формах опіки й піклування, установах Державної кримінально-виконавчої служби тощо. Це єдиний в Україні нормативно-правовий акт, положення якого передбачають надання дітям, ураженим ВІЛ, допомоги за мультидисциплінарним підходом. Проте вони не працюють. Цей документ також скасовує наказ МОН України «Про затвердження методичних рекомендацій «Організація медичної допомоги та догляду за ВІЛ-інфікованими дітьми у дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах»²¹, відповідно до якого формувалися спеціалізовані групи в закладах освіти, окремі установи для дітей з ВІЛ. Але практика свідчить про інше: заздалегідь створені в Київській, Донецькій, Дніпропетровській областях інтернатні заклади для дітей з ВІЛ не можуть бути розформовані і вони продовжують працювати у звичному режимі. Отже, доля дітей-вихованців цих закладів ще й досі не визначена, а з боку держави не вжито заходів щодо недопущення стигматизації й дискримінації до них.

Одним із пріоритетних завдань у сфері роботи з ВІЛ-позитивними та уразливими до ВІЛ дітьми на державному рівні є питання розвитку мережі установ соціального спрямування для дітей, зокрема центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді. Потребує термінового внесення змін і доповнень «Типове положення про центр для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді». Вже в самій назві документ містить елемент стигматизуючого ставлення до уражених епідемією ВІЛ осіб; потребує змін структура і штатний розпис, нормативи оснащення та харчування дітей в цих закладах. Крім того, не визначено, який перелік послуг може надавати центр, які програми можуть здійснюватися у цій установі; не визначено механізми співпраці з іншими державними структурами; критерії залучення психолога базуються не на реальних потребах, а на кількості зареєстрованих ВІЛ-позитивних осіб на найближчій до розміщення центру адміністративній території; потребує чіткого визначення перелік категорій дітей та молоді, які можуть бути клієнтами центрів; відсутні державна стратегія взаємодії зі службою у справах дітей (яка на сьогодні відмовляється здійснювати медичний нагляд) та механізм переадресування у разі виявлення ВІЛ-інфікованих серед «дітей вулиці», якими ці служби опікуються.

Актуальним залишається питання щодо забезпечення діагностування та соціального супроводу дітей груп ризику (ДГР) державними установами (зокрема у справах захисту дітей). Нормативна неврегульованість питання стосовно обстеження на ВІЛ дітей віком до 14 років без відома батьків або осіб, що їх замінюють, і за бажанням дитини та неузгодженість питання щодо визначення статусу дитини, яка перебуває у притулку для дітей, уповільнює запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед ДГР (проведення «швидких тестів» НДО не вирішує цієї проблеми).

Жодним чином не врегульовано питання щодо інформування дитини про її ВІЛ-статус. Позитивний результат лікарі мають право повідомляти дитині лише в

²⁰ Наказ МОЗ, МОН, Мінсім'ямолодьспорту, Держдепартаменту з питань виконання покарань, Мінпраці від 23.11.2007 №740/1030/4154/321/6140.

²¹ Наказ МОН від 29.11.2002 №448 (втратив чинність).

присутності батьків або опікунів, що з безпритульними та бездоглядними дітьми неможливо.

Першочерговою проблемою на сьогодні залишається відсутність фінансування з державного бюджету України програм і заходів профілактики поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу серед дітей груп ризику, уразливих до ВІЛ, передбаченого Загальнодержавною програмою забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки (переважна більшість програм і заходів фінансується за рахунок коштів міжнародних донорських, громадських організацій та місцевих бюджетів).

Ситуація щодо державних стратегій підтримки дітей, які живуть з ВІЛ, така: нормативно-правові документи, які існують в державі, спрямовані переважно на профілактику ВІЛ, але навіть ті законодавчі норми, які стосуються соціального супроводу таких дітей, не мають належного фінансування, тому залишаються декларативними. Напрацьовані практики утримання ВІЛ-інфікованих дітей в окремих закладах не усунені, навіть за умови існування відповідних нормативних актів. Стигматизація та дискримінація дітей, що живуть з ВІЛ, продовжує бути однією з основних проблем у реалізації прав цієї цільової групи на навчання, отримання медичної допомоги. Проблемою є оцінка чисельності ВІЛ-інфікованих дітей та, як наслідок, розрахунок охоплення зазначеної групи профілактичними програмами.

Важливим кроком для запровадження державної політики у сфері медико-соціальної та правової підтримки ДГР, уразливих до ВІЛ, та дітей з ВІЛ-інфекцією може стати якомога швидше ухвалення та механізм дієвого контролю за виконанням Національного стратегічного плану дій із профілактики ВІЛ серед дітей та молоді груп ризику, уразливих до ВІЛ, та догляду і підтримки тих, що живуть із ВІЛ/СНІД, розробка проекту якого щойно завершилася спільними зусиллями представників державних, громадських і міжнародних організацій, які працюють у цій сфері; а також розробка й затвердження на державному рівні «мінімального пакету послуг» і соціальних стандартів для дітей та сімей, яких торкнулась проблема ВІЛ, та дітей груп ризику, уразливих до ВІЛ.

РОЗДІЛ III

АНАЛІЗ ДАНИХ

● Союзники просування питання сексуального та репродуктивного здоров'я жінок, які живуть з ВІЛ/СНІД, в Україні

Основи державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України. Реалізація державної політики охорони здоров'я покладена на органи виконавчої влади. Кабінет Міністрів України організує розробку державних цільових програм, створює механізми їхньої реалізації. Спеціальним уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади у сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України.

Відповідно до Конституції України кожний громадянин має право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування. Система охорони здоров'я України представлена мережею лікувальних установ, яка складається з 10,9 тис. одиниць. Кількість лікарів усіх спеціальностей становить 224,9 тис. осіб, або 48,4 осіб на 10 тис. населення, кількість середнього медичного персоналу — 106,1 осіб на 10 тис. населення, кількість стаціонарних місць у лікарнях — 95,6 на 10 тис. населення. Охорона репродуктивного здоров'я в Україні є одним із пріоритетів державної соціальної політики.

Послуги надаються на обласному та районному рівні лікарями акушерами-гінекологами, яких в Україні за даними 2008 року налічується 12177, що становить забезпеченість 4,89 на 10 тис. жіночого населення. У стадії вирішення залишається забезпечення послугами з питань репродуктивного здоров'я/планування сім'ї сільського населення шляхом залучення до надання послуг сімейних лікарів, яких налічується 9000, та середнього медичного персоналу — 23000 відповідно. Нормативно задекларовано, що сімейні лікарі та акушерки мають надавати консультування з цих питань, однак рівень відповідних знань та навичок ще недостатній, що обмежує доступність до послуг сільського населення.

Медичне обслуговування забезпечується мережею жіночих, медико-генетичних консультацій, центрів/кабінетів репродуктивного здоров'я/планування сім'ї, гінекологічних стаціонарів, пологових будинків. Мережа включає 90 пологових будинків та гінекологічних стаціонарів, 566 жіночих консультацій, 95 медико-генетичних консультацій. Система планування сім'ї в Україні створена у 1995 році. Наразі відкриті й функціонують 45 обласних і міських центрів планування сім'ї, понад 500 кабінетів у складі районних лікарень.

Відповідальність за реалізацію гендерної політики в Україні покладена на Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту. В структурі Міністерства створений Департамент з питань сімейної та гендерної політики.

Україна визнала проблему ВІЛ/СНІДу пріоритетним напрямом в охороні здоров'я та соціального розвитку. Проблеми ВІЛ-інфекції в Україні сьогодні привернули увагу держави та громадськості.

З метою консолідованого прийняття рішень щодо визначення державної політики, програм і заходів для боротьби з ВІЛ/СНІДом і туберкульозом в Україні створена Національна рада протидії туберкульозу і ВІЛ/СНІДу та Комітет з питань протидії ВІЛ/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням.

Основні напрями протидії ВІА в Україні сконцентровані у Національній програмі, що дозволяє поєднати зусилля держави, міжнародних та громадських організацій. Ця програма передбачає фінансування з державного та місцевих бюджетів, але недостатньо регулює взаємодію державного й громадського секторів у частині кооперації джерел фінансування, делегування НУО партнерських прав участі у визначенні пріоритетів, забезпеченні прозорості й підзвітності процесу розпорядження державними видатками, що, як засвідчив національний досвід упровадження програм догляду та підтримки, уможливило неефективне використання державних коштів.

Істотну підтримку в забезпеченні заходів з протидії ПСШ/ВІА, формування цінностей здорового способу життя і збереження репродуктивного здоров'я тривалий час надають міжнародні донори. Значну частину профілактичних заходів, включаючи інформаційно-освітні заходи, програми зменшення шкоди, запобігання передаванню ВІА від матері до дитини, забезпечення ВІА-інфікованих АРВ-препаратами, а також дослідження з питань ВІА/СНІД, здійснено саме за рахунок гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією та коштів, наданих різними агенціями ООН (ПРООН, ФНООН, ЮНЕЙДС, USAID, ЮНІСЕФ тощо).

● **Наявність основних можливостей профілактики епідемії серед жінок**

Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІА-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІА-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 рр. розроблена на основі міжсекторального комплексного підходу і затверджена Законом України.

Програма складається із блоків за напрямами діяльності, в яких визначені основні завдання. Так, для профілактичного напрямку передбачена як робота із широкими верствами населення, так і спеціальні підходи для груп ризику.

Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІА-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІА-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 рр. передбачає здійснення заходів з профілактики передачі ВІА-інфекції від матері до дитини.

Однак потребують удосконалення форми та методи роботи з ВІА-позитивними жінками до пологів та після пологів, механізми надання медичних послуг ВІА-позитивним жінкам з питань збереження репродуктивного здоров'я. Необхідно вжити заходів для посилення інтеграції між установами, що надають послуги з питань репродуктивного здоров'я/планування сім'ї (РЗ/ПС), та службами, орієнтованими на потреби ВІА-позитивних пацієнтів.

Заходи, здійснені в Україні протягом останніх років у рамках реалізації Національної програми «Репродуктивне здоров'я на 2001-2005 роки», сприяли удосконаленню законодавчої та нормативної бази, завершенню створення служби планування сім'ї, призупиненню негативних процесів у сфері репродуктивного здоров'я, покращанню обізнаності населення про відповідальне батьківство та методи контрацепції.

Щоб забезпечити наступність досягнутих результатів та подальше вирішення проблем репродуктивного здоров'я як пріоритетного напрямку, Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 р. №1849 затверджено Державну програму «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року. Важлива роль у виконанні Програми відводиться запровадженню принципу системності у розв'язанні проблем репродуктивного здоров'я.

Ще потребує удосконалення підготовка медичних працівників (особливо сімейних лікарів), соціальних та педагогічних працівників. Є нагальна потреба у розробці державних комплексних підходів до програми статевого виховання підлітків та молоді, розробці стратегії забезпечення населення контрацептивами як одного з основних аспектів планування сім'ї, поліпшенні репродуктивного здоров'я чоловіків та залученні їх до активної участі у плануванні сім'ї, впровадженні інтегрованого підходу до надання медичної допомоги з питань репродуктивного здоров'я. Органи самоврядування та регіональні керівники служби охорони здоров'я недостатньо розуміють, що профілактичними заходами можна запобігти численним розладам здоров'я.

Профілактикою, діагностикою та лікуванням ІПСШ займаються дерматовенерологічна, акушерсько-гінекологічна та урологічна служби. Кожна служба має свої галузеві нормативно-правові документи щодо ІПСШ. Недостатньо налагоджена взаємодія із сімейними лікарями та іншими фахівцями (урологами, гінекологами, терапевтами), які також покликані контролювати ІПСШ у суспільстві. Частково небажання встановити такі відносини пов'язане з недостатньою кількістю фахівців, підготованих для цієї мети, і незалежністю окремих спеціалізованих служб. Організації охорони здоров'я і соціальних служб повинні ефективніше співпрацювати, щоб на місцевому рівні організувати запобігання і контроль ІПСШ.

Також існує недостатнє розуміння взаємозв'язку між поширенням ІПСШ і поширенням ВІЛ та того, що головним аспектом боротьби із поширенням ІПСШ є первинна профілактика цих інфекцій, інтегрована з профілактикою ВІЛ.

В Україні є потреба у подальшому розвитку системи комплексного медико-санітарного обслуговування у сфері ІПСШ, забезпеченні доступності медичних послуг для підлітків і сільського населення, забезпеченні рівних для чоловіків і жінок репродуктивних прав та умов рівного доступу чоловіків і жінок до служб, що займаються ІПСШ, запровадженні системи надання послуг щодо діагностики та лікування ІПСШ лікарями загальної практики та сімейними лікарями.

● **Основні перешкоди та недоліки, які заважають упровадженню заходів, спрямованих на просування сексуального та репродуктивного здоров'я, профілактику ВІЛ/СНІДу та протидію насильству щодо жінок, що містяться в офіційних політиках щодо СНІД та політиках щодо жінок**

Основні документи, що визначають порядок правового регулювання діяльності, спрямованої на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції в Україні, заходи щодо соціального захисту ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та осіб, які внаслідок виконання професійних обов'язків надають допомогу таким людям, встановлюють:

— державні гарантії, зокрема, щодо соціального захисту ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД, членів їхніх сімей і медичних працівників, зайнятих у сфері боротьби із захворюванням на СНІД, а також надання ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД усіх видів медичної допомоги в установленому порядку;

— заборону відмови у прийнятті до лікувальних закладів, у наданні медичної допомоги, ущемлення інших прав осіб на підставі того, що вони є ВІЛ-інфікованими чи хворими на СНІД, тощо.

У частині збереження репродуктивного здоров'я осіб, хворих на ВІЛ/СНІД, на нормативному рівні акцентують увагу, а відтак спрямовують значні державні і недержавні кошти, а також свою діяльність переважно на профілактичні заходи (доступ до тес-

тування, профілактику вертикальної трансмісії тощо). Про реалізацію репродуктивного права осіб та подружніх пар, хворих на ВІЛ/СНІД, у частині можливості мати дітей на власний вибір — не йдеться. Цей факт можна розглядати як фрагментарність (вибірковість) нормативно-правових актів України щодо захисту прав осіб з ВІЛ/СНІДом.

Протипоказанням для проведення лікування жіночої безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій є ВІЛ-інфікованість. СНІД належить до захворювань, у разі яких виношування вагітності протипоказане (2004 рік), — тоді як на сьогодні вже існують методи запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини.

Наведені факти підтверджують тезу про фрагментарність українського законодавства щодо захисту і реалізації репродуктивних та інших прав ВІЛ-інфікованих, свідчать про їх несистемність, а також наявність можливостей для умисного або неумисного їх порушення.

Головний висновок «Комплексної зовнішньої оцінки національних заходів із протидії СНІДу в Україні», проведеної незалежними експертами ЮНЕЙДС на запит Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу у 2008 році, полягає у тому, що, незважаючи на істотні досягнення в окремих питаннях і напрямках, національна протидія СНІДу потребує значного посилення. Урядові України необхідно відновити своє лідерство, щоб здійснити широкомасштабні зміни у національних системах планування, фінансування, менеджменту та координації з метою забезпечення сталого прогресу та реалізації національних заходів із протидії СНІДу.

● Основні перешкоди та недоліки, що заважають упровадженню заходів, спрямованих на просування сексуального та репродуктивного здоров'я, профілактику ВІЛ/СНІДу та протидію насильству щодо жінок, у різних секторах громадянського суспільства

У матеріалах «Комплексної зовнішньої оцінки національних заходів з протидії СНІДу в Україні» зазначається, що в країні спостерігається доволі обмежений прогрес у вирішенні проблем дотримання прав людини та захисту прав людей, які живуть або постраждали від ВІЛ/СНІДу.

Спостерігаються стабільно високі рівні стигматизації та дискримінації, особливо до споживачів наркотиків, осіб, які займаються комерційним сексом, молоді, яка практикує ризиковану поведінку, особливо — безпритульних дітей. Є свідчення про відмову ВІЛ-інфікованим дітям у доступі до освіти, утримання дітей-сиріт у лікарнях замість дитячих закладів. Споживачам наркотиків іноді відмовляють у наданні послуг, в тому числі доступу до АРТ.

Жінки повідомляють про стигматизацію у зв'язку з вагітністю: часто лікарі наполягають на перериванні вагітності у разі наявності ВІЛ-інфекції у вагітної. Низька поінформованість ВІЛ-інфікованих вагітних про досягнення медицини у сфері профілактики вертикальної трансмісії та незацікавленість лікарів у формуванні прихильності до АРВ-терапії призводить до порушення репродуктивних прав ВІЛ-інфікованих жінок.

Заміну кримінальної відповідальності за заняття проституцією на адміністративну в Україні можна назвати досягненням щодо прав людини. Разом з тим, недосконалість українського законодавства в цих питаннях створює проблеми у профілактиці ВІЛ-інфікування серед працівників секс-бізнесу та породжує підстави для зловживань серед представників правоохоронних органів.

Незважаючи на численні норми українського законодавства, що гарантують захист прав людини, вони не завжди виконуються. За даними громадянського суспільства, ні Уповноважений з прав людини, ні Генеральний прокурор жодного разу не реагували на факти незаконних арештів споживачів наркотиків та насильства і зловживань проти жінок комерційного сексу та підлітків груп ризику з боку міліції.

Існує нагальна потреба у впровадженні та відстеженні політики захисту від проявів стигматизації та дискримінації на підставах ВІЛ-інфекції у всіх державних та неурядових службах.

Підлітки стикаються з правовими перешкодами для отримання послуг профілактики ВІЛ, лікування та догляду: національне законодавство вимагає батьківської згоди для дітей у віці до 18 років, незважаючи на те, що положення загального цивільного права дозволяють дітям самостійно надавати поінформовану згоду на отримання медичної допомоги з 14 років.

Заходи щодо вимірювання стигматизації та дискримінації потребують належного відображення у національній системі моніторингу та оцінки.

Заходи з протидії ВІЛ є міжгалузеву справою, в якій активну участь бере громадянське суспільство, однак кінцеву відповідальність за досягнення несе уряд України.

ВИСНОВКИ

За результатами дослідження «Україна: моніторинг упровадження цілей ССГАООН щодо сексуального та репродуктивного здоров'я» було визначено такі проблеми у сфері репродуктивного здоров'я людей, яких торкнулася епідемія ВІА/СНІД:

1. Відсутність у Національних програмах окремих розділів чи заходів щодо профілактики інфікування ВІА у жінок, поліпшення доступності та якості послуг з питань збереження репродуктивного здоров'я для жінок, що живуть з ВІА, зокрема надання гінекологічних послуг, профілактики небажаної вагітності, використання допоміжних репродуктивних технологій тощо.

Таким чином, у країні є нагальна потреба у вирішенні питання РЗ для людей, що живуть з ВІА, на державному рівні з розробкою конкретних заходів щодо організації якісних послуг із РЗ для ВІА-інфікованих і таких, що піддаються ризику інфікування.

2. Медичний персонал підготовлений недостатньо, щоб надавати ефективні консультації з питань профілактики ВІА жінкам, молоді та підліткам.

Має місце відставання діючих навчальних програми в рамках до- та післядипломної освіти від принципів сучасної медицини. Нерозв'язані проблеми у підготовці фахівців у сфері репродуктивного здоров'я, як з питань профілактики, так і надання медичних послуг.

3. Відсутній інтегрований підхід до діагностики та лікування ППСШ. Офіційні дані про рівень захворюваності на ППСШ не відображають реальної картини.

Інформація щодо основних принципів діагностики та лікування ППСШ доступна для лікарів, однак не відомо, як практикуючі лікарі дотримуються їх. Надання медичної допомоги з питань репродуктивного здоров'я, зокрема боротьби з ППСШ, потребує впровадження інтегрованого підходу, оскільки в Україні лікування хворих на ППСШ переважно проводиться амбулаторно. Також існує недостатнє розуміння взаємозв'язку між поширенням ППСШ і поширенням ВІА та того, що головним аспектом боротьби із поширенням ППСШ, є первинна профілактика цих інфекцій, інтегрована з профілактикою ВІА.

З розвитком приватної медицини в Україні є побоювання, що офіційний рівень захворюваності не відображає реальної картини, оскільки хворі на ППСШ можуть звертатись за лікуванням до приватних клінік та кабінетів, крім того, існують приватні діагностичні лабораторії. Зазначені медичні заклади не завжди здають статистичні дані у визначеному порядку. Це могло би частково пояснити стабілізацію та зменшення рівня захворюваності на ППСШ на тлі зростання ВІА.

4. Недостатня якість та доступність послуг з до- та післятестового консультування, наявні перешкоди нормативно-правового, організаційного та фінансового характеру.

Відсутність стратегії розвитку консультування і тестування на ВІА-інфекцію (КІТ), спрямованої на підвищення якості та доступності послуг для груп найвищого ризику, насамперед СІН, ЖКС, ЧСЧ, ув'язнених, хворих на інфекції, що передаються статевим шляхом (ППСШ), туберкульоз тощо.

Недосконалість нормативно-правової бази з питань КіТ на ВІА-інфекцію та лабораторної діагностики в Україні; методик оцінки потреб у тестуванні населення на ВІА та пов'язаному з ним консультуванні; навчальних програм із питань консультування, тестування та лабораторної діагностики ВІА-інфекції; процедури закупівель лабораторного обладнання, тест-систем та витратних матеріалів.

Відсутність програм забезпечення якості та контролю якості, в т.ч. програми перевірки якості тест-систем у процесі їх реєстрації, поточному використанні та при поновленні дозволу на реєстрацію.

Недостатність матеріальних, кадрових ресурсів для забезпечення потреб у КіТ на ВІА-інфекцію та клінічного моніторингу пацієнтів.

Формальне ставлення медичних працівників до процедури до- та післятестового консультування.

5. Відсутність в Україні специфічних державних програм, спрямованих на захист репродуктивного та сексуального здоров'я ВІА-позитивних жінок.

Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІА-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІА-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 рр. не містить спеціального розділу з цих питань, лише пункти щодо профілактики вертикальної трансмісії ВІА. У свою чергу Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року не містить розділів з цих питань для ВІА-позитивних жінок та пар, що живуть з ВІА. Передбачається, що послуги зі збереження репродуктивного та сексуального здоров'я ЛЖВ мають отримувати на загальних підставах з неінфікованими жінками.

6. Відсутність доступу пар, яких торкнулася епідемія ВІА, до допоміжних репродуктивних технологій.

ВІА-інфікування загалом, не враховуючи рівень та стадію хвороби, є протипоказанням для застосування ДРТ в Україні (Накази МОЗ України від 23.12.2008 №771 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій», зареєстрований у Міністерстві юстиції 20.03.2009 за №263/16279, та від 29.11.2004 №589 «Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти», зареєстрований в Міністерстві юстиції 15.02.2005 за №224/10504).

На підставі аналізу анкет (респонденти — представники дискордантних пар) основні узагальнені послуги, які необхідні сьогодні для дискордантних пар:

- інформування щодо запліднення та народження дитини;
- наявність спеціального лікаря, який би супроводжував дискордантні пари, що планують мати дітей, та консультування в центрі репродуктивного здоров'я;
- психологічна та соціальна підтримка, включаючи консультування фахівців;
- створення більшої кількості соціальних центрів для підтримки ЛЖВС та спеціального центру для дискордантних пар.

7. Низька якість психо-соціального супроводу ВІА-позитивних вагітних з боку держави. Програми зосереджені переважно в неурядових організаціях. Низький рівень охоплення клієнтів районного рівня.

Основним інституціональним агентом у системі догляду та підтримки з боку держави є Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту. Наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 18.12.2008 р. №4941 затверджені три Стандарти:

1. «Стандарт мінімального пакету соціальних послуг дітям, які живуть з ВІЛ-інфекцією, та дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, членам їхніх сімей».
2. «Стандарт мінімального пакету соціальних послуг та медичної допомоги для дітей та молоді у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу».
3. «Стандарт мінімального пакету соціальних послуг, спрямованих на профілактику ВІЛ/ПСПШ та ускладнень, що є супутніми при вживанні ін'єкційних наркотиків».

Однак поки що їх затвердження не вплинуло на якість послуг, адже не розроблено механізм упровадження стандартів.

Психо-соціальний супровід здійснюється переважно неурядовими організаціями. Мережа цих неурядових організацій (далі — НУО) не є однаково добре розвинутою в усіх областях і майже не досягає районного рівня, що унеможливає надання допомоги за місцем проживання. Послуги з підтримки дотримання лікування серед вагітних жінок надають переважно НУО, які працюють у партнерстві з Центрами СНІДу, причому охоплення таких послуг залишається обмеженим. Після запровадження складніших схем профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини потреба в таких послугах зростатиме. Ключовим агентом у системі догляду та підтримки в Україні на цей час є Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», яка через свої регіональні представництва та інші НУО охоплює більшість регіонів країни, координуючи реалізацію проектів та фінансуючи гранти для надання послуг в рамках проекту «Підтримка профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування та догляду для найуразливіших груп населення України» за підтримки Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФСТМ).

8. Низька якість надання медичних послуг та низький рівень підготовки лікарів щодо питань медичного супроводу ВІЛ-позитивних вагітних.

Відсутність зацікавлення лікарів у формуванні прихильності до ПВТ.

Відповідно до національного законодавства та міжнародних документів, до яких приєдналася Україна, жінці гарантується право на народження дитини. ВІЛ-інфекція не є протипоказанням для цього. Проте ситуація в Україні склалася так, що часто лікарі наполягають на перериванні вагітності у разі наявності ВІЛ-інфекції у вагітної. Низька поінформованість ВІЛ-інфікованих вагітних про досягнення медицини у сфері профілактики вертикальної трансмісії (ПВТ) та незацікавленість лікарів у формуванні прихильності до АРВ-терапії призводять до порушення репродуктивних прав ВІЛ-інфікованих жінок.

Якість медичних послуг та ставлення медичного персоналу до ВІЛ-позитивних жінок ще потребує поліпшення. Лише 38% опитаних жінок залишилися задоволеними якістю медичних послуг, які вони отримали, 55% зазначили середню якість послуг, 4% зазначили, що послуги були незадовільні, і 3% не впевнені в якості послуг. При цьому відчували до себе негативне ставлення медичного персоналу у зв'язку з ВІЛ-статусом 29% респондентів.

9. Відсутній регулярний моніторинг дотримання прав ВІЛ-інфікованих осіб та насильства стосовно жінок, які живуть з ВІЛ, в Україні.

Насильство щодо ВІЛ-інфікованих жінок в Україні характеризується не лише порушенням їхніх прав у трьох основних сферах: приватній, трудовій та репродуктивній — а й проявляється у стигматизації та дискримінації.

Побутове насильство — більше стосується приналежності цих жінок до маргінальних груп, таких як споживачки ін'єкційних наркотиків, жінок, які надають комерційні сексуальні послуги (фізичне та психологічне насильство щодо них як з боку представників їхнього оточення, так і сторонніх людей. Серед них: побиття, зґвалтування, задоволення статевої пристрасті неприродним шляхом, шантаж тощо).

Насильство у трудовій сфері. Через економічну кризу жінки і так потрапляють першими під скорочення або зменшення заробітної плати. А за наявності позитивного ВІЛ-статусу, про який дізнаються у місці роботи такої жінки, в умовах конкуренції це робить її першою претенденткою на звільнення. Офіційними причинами звільнення в такому разі є професійна невідповідність.

Насильство у репродуктивній сфері. Проявляється через порушення права жінки на народження дитини. Ситуація в Україні склалася так, що часто лікарі наполягають на перериванні вагітності у разі наявності ВІЛ-інфекції у вагітної. За даними досліджень, 33,3% медичних працівників наполягають на абортах для ВІЛ-інфікованих жінок. Варто зазначити, що порушення прав ВІЛ-інфікованих осіб на отримання медичних послуг є типовими в Україні. 70% ЛЖВ зіткнулися з порушенням права на отримання медичної допомоги та дискримінацією. Так, 13% опитаних сказали, що під час лікування вони стикалися з проблемами після того, як медичний персонал дізнався про їхній статус. Під час перебування в пологовому будинку 23% ВІЛ-інфікованих вагітних жінок відчували дискримінацію щодо себе. Найчастіше проявами дискримінації, за словами цих респондентів, було утримання їх у гірших умовах перебування, порівняно з іншими пацієнтами; 16% опитаних жінок доводилося сплачувати вищі суми за медичні послуги, ніж іншим хворим. 9% сказали, що медичний персонал, який був поінформований про ВІЛ-позитивний статус пацієнтів, відмовлявся надавати допомогу.

10. Високий рівень стигматизації та дискримінації ВІЛ-позитивних людей та, зокрема, ВІЛ-позитивних жінок, які звертаються за медичними послугами щодо репродуктивного здоров'я.

Спостерігаються стабільно високі рівні стигматизації та дискримінації, особливо щодо споживачів наркотиків, осіб, які займаються комерційним сексом, молоді, яка практикує ризиковану поведінку, і особливо безпритульних дітей. Є свідчення про відмову ВІЛ-інфікованим дітям у доступі до освіти, утримання дітей-сиріт у лікарнях замість дитячих закладів. Споживачам наркотиків іноді відмовляють у наданні послуг, в тому числі доступу до АРТ.

Література

1. Конституція України. Закон від 28.06.1996 №254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради України (ВВР). — 1996. — №30. — С. 141.
2. Цивільний кодекс України. Закон. Кодекс від 16.01.2003 №435-IV // Відомості Верховної Ради України (ВВР). — 2003. — №№40-44. — С. 356.
3. Сімейний кодекс України. Закон від 10.01.2002 №2947-III // Відомості Верховної Ради України (ВВР). — 2002. — №21-22. — С. 135.
4. Кримінальний кодекс України. Закон від 05.04.2001 №2341-III // Відомості Верховної Ради України (ВВР). — 2001. — №25-26. — С. 131.
5. Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення». Закон від 12.12.1991 №1972-XII.
6. Закон України «Про попередження насильства в сім'ї». Закон від 15.11.2001 №2789-III // Відомості Верховної Ради України (ВВР). — 2002. — №10. — С. 70.
7. Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків». Закон від 08.09.2005 №2866-IV // Відомості Верховної Ради України (ВВР). — 2005. — №52. — С. 561.
8. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Закон від 19.11.92 №2802-XII // Відомості Верховної Ради України (ВВР). — 1993. — №4. — С. 19.
9. Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю». Закон від 21.06.2001 №2558-III // Відомості Верховної Ради України (ВВР). — 2001. — №42. — С. 213.
10. Закон України «Про соціальні послуги». Закон від 19.06.2003 №966-IV // Відомості Верховної Ради України (ВВР). — 2003. — №45. — С. 358.
11. Закон України «Про об'єднання громадян». Закон від 16.06.1992 №2460-XII // Відомості Верховної Ради України (ВВР). — 1992. — №34. — С. 504.
12. Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 рр. Закон України від 19.02.2009 №1026-VI // Відомості Верховної Ради України (ВВР). — 2009. — №27. — С. 353.
13. Закон України про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» від 05.03.2009 №1065-VI.
14. Указ Президента України «Про вдосконалення роботи центральних і місцевих органів виконавчої влади щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» від 26.07.2005 №1135/2005.
15. Постанова Кабінету Міністрів України від 25.09.1999 №1768 «Про Програму запобігання торгівлі жінками та дітьми».
16. Постанова Кабінету Міністрів України від 21.02.2001 №157 «Деякі питання реєстрації, обліку та звітності щодо інфекційних хвороб».
17. Постанова Кабінету Міністрів України від 05.06.2002 №766 «Про затвердження Комплексної програми протидії торгівлі людьми на 2002-2005 роки».
18. Постанова Кабінету Міністрів України від 12.05.2004 №608 «Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної допомоги».
19. Постанова Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 №144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України».
20. Постанова Кабінету Міністрів України №504 від 12.04.2006 «Про проведення гендерно-правової експертизи».
21. Національний план розвитку охорони здоров'я на період до 2010 року. Постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.2009 №815.

22. Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги і лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД (термін дії — 2004-2008 рр.). Постанова Кабінету Міністрів України від 04.03.2004 №264.
23. Національна програма «Репродуктивне здоров'я на 2001-2005 роки». Указ Президента України від 26.03.2001 №203.
24. Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 №1849.
25. Державна програма з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві на період до 2010 року. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 №1834.
26. Зовнішня оцінка Національної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні.
27. Звіт про результати виконання Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки.
28. Звіт про результати виконання Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року у 2008 році.
29. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 №582 Протокол «Інфекції, що передаються статевим шляхом».
30. Наказ МОЗ України від 07.04.2004 №286 «Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України».
31. Наказ МОН України від 23.02.2004 №132 «Про затвердження Типових навчальних планів загальноосвітніх навчальних закладів 12-річної школи».
32. Наказ МОЗ України від 23.01.2004 №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».
33. Наказ МВС України від 20.10.2005 №31 «Про Положення про Департамент боротьби зі злочинами, пов'язаними з торгівлею людьми МВС України».
34. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.04.2006 №236 «Про організацію впровадження порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».
35. Наказ МОЗ України від 20.07.2006 №508 «Про затвердження Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення».
36. Наказ Мініс'ямолодьспорту і МОЗ №3925/760 від 17.11.2006 «Про затвердження Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу».
37. 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».
38. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.11.2007 №716 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини».
39. Наказ МОН України від 17.12.2007 №1133 «Про затвердження програми «Основні орієнтири виховання учнів 1-12 класів загальноосвітніх навчальних закладів».
40. Наказ МОЗ України від 23.12.2008 №771 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій».
41. Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 18.12.2008 №4941 «Про затвердження та впровадження стандартів мінімального пакета соціальних послуг у сфері ВІЛ/СНІДу різним категоріям дітей, молоді та сімей».

42. Державні стандарти базової та повної загальної середньої освіти.
43. Україна. Медико-демографічне обстеження 2007. Звіт. — К., 2008. — 268 с.
44. Стратегічна оцінка політик, програм і досліджень «Аборти і контрацепція в Україні». — К., 2008. — 91 с.
45. Планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ. Навчальний посібник. — К., 2008. — 252 с.
46. Соціальний супровід і медична допомога для дискордантних пар. Методичні рекомендації. — К., 2009. — 112 с.
47. Участь церков та релігійних організацій України у боротьбі з поширенням епідемії ВІЛ/СНІДу та роботи з людьми, що живуть з ВІЛ/СНІДом (міжконфесійний збірник) / Під ред. Лапіна П.В. — К., 2008. — 156 с.
48. Щорічна доповідь про права людини в Україні, 2008, <http://www.helsinki.org.ua/index.php?id=1187868705>.
49. Романова Н., Семигіна Т. Надання послуг потерпілим від насильства у сім'ї: Законодавчий аспект // Соціальна політика і соціальна робота. — 2008. — №2. — С. 58–70.
50. Євсюкова М., Дорошок Т., Орлеан А. та ін. Протидія торгівлі дітьми та комерційній сексуальній експлуатації дітей: основні положення міжнародного та національного законодавства. — К., 2006.
51. Информационный отчет по материалам семинара для представителей ВИЧ-сервисных организаций «Адвокация разработки новых профилактических технологий — вакцин, связанных с расширением доступа к лечению», 30 сентября — 1 октября 2008 года, г. Киев.
52. <http://www.socioprostir.org.ua/index.php?go=News&in=view&id=472>
53. http://ec.europa.eu/delegations/ukraine/press_corner/all_news/news/20090731_01_uk.htm
54. http://www.iom.org.ua/img_collection/file/micentUKR.doc
55. <http://www.state.gov/g/tip/rls/tiprpt/2009/index.htm>
56. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. — №32. — К., 2009.
57. Наказ МОЗ «Про затвердження переліку національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за станом епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу» від 17.05.2006 №280 (зі змінами, затвердженими Наказом МОЗ №870 від 28.12.07).
58. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом: Україна. Звітний період: січень 2006 р. — грудень 2007 р.
59. «Оцінка чисельності груп населення вразливих груп населення, вразливих до ВІЛ», проведена в 2008 р. Київським міжнародним інститутом соціології на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД» в Україні.
60. Закон України №1972-12 від 19.12.2001.
61. <http://www.helsinki.org.ua/index.php?id=1151338888>
62. Захист прав ВІЛ-інфікованих в суді: Навчально-практичний посібник для суддів / За заг. ред. Буроменського М.В. — К., 2009.
63. «Доступність послуг та права людей, які живуть з ВІЛ в Україні». Дослідження МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». — К., 2004. — 16 с.
64. Котова В. Біотичні норми та права людини в контексті перинатальної передачі ВІЛ і медичного спостереження дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками // Інтегративна антропологія. — 2006. — №2(8). — С. 29-32.
65. <http://www.helsinki.org.ua/index.php?id=1117358648>
66. Дослідження, проведені Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка в 2007 р. «Моніторинг поведінки СІН, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління», «Моніторинг поведінки ЖКС, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління»,

«Моніторинг поведінки ЧСЧ, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління».

67. Дослідження, проведені в 2008 р. серед бездоглядних та безпритульних дітей та вуличної молоді міст Києва, Одеси, Донецька та м. Макіївки Донецької області Організацією HealthRight International (Право на здоров'я) у співпраці з Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерством охорони здоров'я України, Департаментом репродуктивного здоров'я американських центрів з контролю над захворюваннями та Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні.

68. Постанова Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 №148.

69. Накази Мінсім'ямолодьспорту від 08.09.2006 №3075 та від 20.12.2006 №4273.

70. Наказ Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді від 11.12.2008 №69.

71. Наказ МОЗ, МОН, Мінсім'ямолодьспорту, Держдепартаменту з питань виконання покарань, Мінпраці від 23.11.2007 №740/1030/4154/321/6140.