МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Ужгородський національний університет

БІЛАК-ЛУК'ЯНЧУК Вікторія Йосипівна

УДК 616.98:578.27.001.57:001.8

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ПОДОЛАННЯ СТИГМИ ТА ДИСКРИМІНАЦІЇ ДО ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ (НА ПРИКЛАДІ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

14.02.03- соціальна медицина

Галузь знань: 22 – Охорона здоров'я

Дисертація

на здобуття наукового ступеня

доктора філософії (кандидата медичних наук)

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

Науковий керівник

Слабкий Г.О. доктор медичних наук, професор

Ужгород –2018

Анотація

Білак-Лук'янчук В.Й. Медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації до людей, які живуть з ВІЛ (на прикладі Закарпатської області) - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії, кандидата медичних наук (за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина» (22 – Охорона здоров'я).

Дисертація виконана в Ужгородському національному університеті, Ужгород, 2018.

Дисертація захищається в Ужгородському національному університеті, Ужгород, 2018.

Дисертація присвячена вирішенню важливої науково-практичної задачі охорони здоров'я – науковому обґрунтуванню функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, які живуть з ВІЛ.

Завдання дослідження були комплексними та скерованими на досягнення поставленої мети. Вони базувалися на системному підході і їх виконання забезпечило досягнення мети дослідження. Обсяги дослідження були обрахованими і забезпечили отримання репрезентативних результатів.

Досягнення мети дослідження потребувало розробки спеціальної програми, яка передбачала його реалізацію у шість організаційних етапів з використанням адекватних методів, на кожному з яких виконувались взаємопов'язані завдання, що дало можливість забезпечити системний підхід у проведенні дослідження та отримати репрезентативні результати для оцінки об'єкту дослідження.

За результатами проведеного соціологічного дослідження було встановлено достатньо високий рівень скритої стигми та дискримінації респондентів до ЛЖВ.

Так, 10,50±1,5% опитаних лікарів вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб

повинні лікувати в окремих закладах, щоб захистити загальне населення від інфікування; 15,25±1,8% вважають, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже захворювання невиліковне; 8,25±1,4% вважають, що ВІЛ-інфіковані пацієнти, які мають статеві стосунки з людьми своєї ж статі та працівники комерційного сексу не мають право отримувати високоякісні послуги медичному закладі, в якому працює респондент; 13,25±1,7% вважають, що ВІЛ-інфіковані несуть відповідальність за своє захворювання. Серед опитаних лікарів 32,4±2,3% вважають, що ВІЛ-інфіковані пацієнти найбільше загрожують особистій безпеці на робочому місці; 34,75±2,3% вважають, що дуже ризикуть інфікуватися ВІЛ, працюючи у медичному закладі. 18,75±1,9% опитаних лікарів можуть відмовити в наданні медичних послуг ВІЛ-інфікованому пацієнту; 12,75±1,7% вважають, що пацієнти з відомим позитивним ВІЛ-статусом повинні отримувати медичну допомогу в окремих маніпуляційних кабінетах; 36,75±2,3% почуваються неспокійно, допомагаючи чи отримуючи допомогу від ВІЛ-позитивного колеги.

Із опитаних 17,75±1,9% середніх медичних працівників вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати в окремих закладах, щоб захистити загальне населення від інфікування; 23,5±2,1% вважають, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже вони не виліковуються; 16,0±1,8% вважають, що ВІЛ-інфіковані пацієнти, які мають статеві стосунки з людьми своєї ж статі та працівники комерційного сексу не мають право отримувати високоякісні послуги в медичному закладі, в якому працює респондент; 22,25±2,1% вважають, що ВІЛ-інфіковані несуть відповідальність за своє захворювання. Серед опитаних середніх медичних працівників 53,25±2,5% вважають, що ВІЛ-інфіковані пацієнти найбільше загрожують особистій безпеці на робочому місці; 49,25±1,8% вважають, що дуже ризикують інфікуватися ВІЛ, працюючи у медичному закладі. 23,50±2,1% середніх медичних працівників можуть відмовити в наданні медичних послуг ВІЛ-інфікованому пацієнту; 27,25±2,2% вважають, що

пацієнти з відомим позитивним ВІЛ-статусом повинні отримувати медичну допомогу в окремих маніпуляційних кабінетах; 61,5±2,5% почуваються неспокійно, допомагаючи чи отримуючи допомогу від ВІЛ-позитивного колеги.

Результати дослідження серед студентів вказують, що 19,0±2,0% опитаних вважають, що незахищені оральні сексуальні контакти не є причиною передачі ВІЛ-інфекції; 9,0±1,4% опитаних вважають, що причиною інфікування ВІЛ може бути користування спільним посудом з ЛЖВ, а 7,0±1,3% вважають, що можливо інфікуватися при спільному користуванні туалетом, ванною, рушником чи милом. Студенти в своїй більшості ведуть недостатньо безпечний спосіб життя щодо інфікування ВІЛ. Так, 14,0±1,7% опитаних вважають, що епідемія ВІЛ-інфекції не загрожує місту, в якому вони проживають, при цьому 23,25±2,1% опитаних вважають, що для них не існує загрози бути ВІЛ-інфікованими, що в свою чергу призводить до формування небезпечної поведінки щодо інфікування ВІЛ. При цьому 32,75±2,3% опитаних зазначили, що мають двох, а 27,75±2,2% - більше двох сексуальних партнерів, 47,0±2,4% використовують презервативи не завжди, 19,25±2,0% використовують їх за бажанням партнера, а 11,25±1,5% не використовують взагалі. Результати дослідження вказують на наступне: 25,5±2,2% опитаних розірвали б стосунки з людиною, з якою мають дружні стосунки, коли б дізналися про її ВІЛ-позитивний статус; 66,0±2,4% не погодилися доглядати за ВІЛ-інфікованим членом сім’ї; 60,25±2,4% вважає, що якщо в студента виявили ВІЛ-інфекцію, при цьому він не хворий на СНІД, він не може відвідувати навчальний заклад; 78,5±2,1% не продовжували б жити з людиною в одній кімнаті у гуртожитку, коли б дізналися про її ВІЛ-позитивний статус; 63,75±2,4% вважає, що ВІЛ-інфікований викладач не має права викладати у вищій школі.

Серед опитаних працівників поліції виявлено невисокий рівень знань щодо шляхів інфікування ВІЛ та профілактики інфікування. Так, 23,3±2,1% впевнені, що оральні сексуальні контакти без використання презервативу не

несуть загрози інфікування ВІЛ; 21,7±2,1% впевнені, що гомосексуальні контакти без використання презервативу не несуть загрози інфікування ВІЛ; 19,2±2,0% опитаних думають про те, що годування грудним молоком новонародженої дитини ВІЛ-інфікованою жінкою не несе загрози інфікування ВІЛ. При цьому впевнені, що шляхами інфікування можуть бути: 19,3±2,0% користування з ЛЖВ спільним посудом, 9,3±1,4% - користування спільним туалетом, ванною, рушником, милом та 5,0±1,1% вважають, що ВІЛ передається під час розмови, кашлю.

Серед опитаних 17,5±1,9% вважають, що епідемія ВІЛ-інфекції не загрожує місту, в якому вони працюють та 15,8±1,8% вважають, що загроза особистого інфікування зовсім відсутня. При цьому 22.5±2,1% респондентів мають двох, а 15.8±1,8% більше двох сексуальних партнерів. При цьому не завжди використовують презервативи 46,7±2,5% опитаних, 15,8±1,8% використовують за бажанням партнера, а 17,5±1,9% - презервативи не використовують взагалі. 58,3±2,5% опитаних працівників поліції почуваються неспокійно, надаючи першу домедичну допомогу потерпілим при виконанні своїх службових обов’язків, якщо приспускається, що вони можуть бути ВІЛ-позитивними; 30,8±2,3% почувалися б неспокійно, користуючись одним санвузлом разом з ВІЛ-позитивним колегою; 88,3±1,6% завжди використовують гумові рукавички в ситуаціях, коли можливий контакт з кров’ю іншої особи.

Серед працівників поліції 23,3±2,1% вважають, що ставлення до знайомої людини різко зміниться, коли б стало відомо про її ВІЛ-позитивний статус; 14,25±1,7% вважають, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже вони не виліковуються; 10,85±1,5% опитаних вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати в окремих закладах, щоб захистити загальне населення від інфікування. 22,5±2,1% вважають, що твердження: «ВІЛ-інфікованих людей треба відселити або ізолювати від здорових» є вірним.

Вчителі загальноосвітніх шкіл Закарпатської області в цілому добре знають шляхи передачі ВІЛ-інфекції крім окремих позицій. Так, 22,0±2,1% вважають, що оральні сексуальні контакти без використання презервативу не можуть спричинити інфікування ВІЛ; 23,75±2,1% потенційним джерелом інфікування вважають використання спільного посуду з ЛЖВ; 6,0±1,2% опитаних вчителів впевнені, що ВІЛ може передаватися під час розмови та кашлю. Вивчення відношення вчителів загальноосвітніх шкіл до проблеми ВІЛ/СНІДу в регіоні та оцінки особистої загрози інфікування ВІЛ вказує на те, що 38,0±2,4% опитаних вважають, що епідемія ВІЛ не загрожує місту, в якому проживають респонденти; 51,75±2,5% не допускають можливості особистого ВІЛ-інфікування; 68,75±2,3% вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати в окремих закладах, щоб захистити загальне населення від інфікування; 27,25±2,2% вважають, що ВІЛ-позитивний учень, який знає про свій ВІЛ-позитивний статус, не має право навчатися в навчальному закладі на рівних умовах з іншими дітьми; а вчитель, який знає про свій ВІЛ-позитивний статус, не може продовжувати працювати в школі. Вчителі загальноосвітніх шкіл недостатньо проводять роботу з формування у учнів безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки. Так, тільки 7,75±1,3% опитаних вчителів інформують учнів про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та заходи профілактики; 14,75±1,8% проводять роботу з батьками щодо безпечної в тому числі сексуальної поведінки підлітків. Залучають до профілактичної роботи медичних працівників 11,25±1,6% опитаних вчителів. Вивчення рівня можливих проявів стигми та дискримінації з боку вчителів загальноосвітніх шкіл по відношенню до ЛЖВ вказує на високий рівень скритих потенційних проявів стигми та дискримінації ЛЖВ з їх боку. Так, 18,5±1,9% вважають, що дуже ризикують інфікуватися ВІЛ, працюючи в школі; 25,25±2,2% вважають, що дуже ризикують інфікуватися ВІЛ в побуті; 23,0±2,1% вважають, що дуже ризикують інфікуватися ВІЛ в особистому житті. 93,75±1,2% опитаних відмітили, що хотіли б тримати в секреті факт, що член їх родини виявиться ВІЛ-інфікованим. При цьому 66,75±2,4% опитаних відмітили, що не готові

забезпечувати догляд за ВІЛ-інфікованим членом сім'ї; 38,0±2,4% вказали, що ставлення до знайомої людини різко зміниться, коли б стало відомо про її ВІЛ-позитивний статус. Найбільш поширеними джерелами отримання вчителями загальноосвітніх шкіл інформації з проблем ВІЛ/СНІДу є: засоби масової інформації - 44,50±2,5%, медичні працівники - 14,00±1,7% та навчальні тренінги - 12,75±1,7%.

Характеристика проявів стигми та дискримінації ЛЖВ, за даними попередніх досліджень, демонструє, що половина з опитаних ЛЖВ (51%) стикалися із проявами стигми та дискримінації з боку оточуючих з причин, що включають ВІЛ-статус. Здебільшого це плітки (30%), усні образи (18%), психологічний тиск з боку подружжя/партнера (12%). Значно меншими є частки ЛЖВ, яких через ВІЛ-статус фізично переслідували (6%), не допускали до домашніх справ (4%), до участі в різних зборах (3%) або релігійних заходах (2%). Кожен четвертий респондент (25%) зазначив, що його ВІЛ-статус цілком або частково був причиною обмежень у доступі хоча б до однієї із послуг у соціальній або медичній сферах (надання медичної допомоги, послуг у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, проблеми з житлом, перешкоди у навчанні). Найчастіше це була відмова у наданні медичного обслуговування (20%).

Актуальною для переважної більшості опитаних ЛЖВ є проблема внутрішньої стигми, викликаної ВІЛ-статусом: 82% респондентів відчували щодо себе різноманітні негативні почуття (58% звинувачували себе, 47% відчували себе винними, 38% мали низьку самооцінку, 37% відчували сором, 9% повідомили про бажання бути покараним, 8% – вчинити самогубство).

Кожен п'ятий (22%) ЛЖВ стикався із порушенням своїх прав упродовж останніх 12 місяців. Відстоювати свої права намагалася третина (31%) опитаних із тих, чиї права були порушені. Серед тих, хто шукав правову допомогу задля відновлення своїх прав, 43% не вдалося добитися хоч якогось результату.

Негативне ставлення оточуючих у зв'язку з ВІЛ створює негативний психологічний мікроклімат, коли люди починають більше боятися стигми і дискримінації, ніж самого захворювання. І в умовах домінування страху й дискримінації вони часто починають ігнорувати свій фактичний чи можливий ВІЛ-позитивний статус, навіть знаючи, що поводилися ризиковано чи потрапляли у ситуації підвищеного ризику ВІЛ-інфікування. Це, у свою чергу, може призвести до інших ризиків, зокрема, до ризику прискореного розвитку захворювання у самої людини, а також до ризику перетворення їх самих на джерело передачі ВІЛ-інфекції іншим людям.

Базуючись на отриманих в ході дослідження даних була обґрунтована та розроблена функціонально-організаційна модель подолання стигми та дискримінації людей, які живуть з ВІЛ.

Концептуальні підходи до створення функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації по відношенню до людей, що живуть з ВІЛ, базуються на наступних підходах: визначення основних факторів, які впливають на рівень стигми та дискримінації людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ; визначення основних груп населення, які мають найбільший рівень стигми та дискримінації людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ; виділення медичних працівників в особливу групу людей, які проявлять стигму та дискримінацію до ЛЖВ і від діяльності якої залежить здоров'я та життя ЛЖВ; розробка заходів впливу на основні фактори, які впливають на формування у населення та його окремих груп стигми та дискримінації людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ; формування у населення відношення до ВІЛ/СНІДу як і до інших хронічних інфекційних захворювань з формуванням обґрунтованої безпечної поведінки щодо профілактики інфікування.

Виходячи із названих аспектів, виділено наступну групу задач, які підлягають вирішенню під час розробки функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ: запровадження комплексного комунікаційного впливу на всі верстви населення з формуванням груп особливого комунікативного впливу з метою

інформування щодо шляхів передачі та профілактики інфікування ВІЛ; залучення первинної ланки медичної допомоги до активної діяльності з надання медичної допомоги, в тому числі профілактичної та просвітницької роботи з питань ВІЛ/СНІДу; забезпеченості міжсекторального комплексного підходу в питаннях протидії епідемії ВІЛ/СНІДу і безпосередньо подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ.

З метою рішення вказаних завдань має бути забезпечено: удосконалення нормативно-правової бази з даного питання, безперервне підвищення професійної майстерності медичних працівників, покращення матеріально-технічного забезпечення і в першу чергу шляхом наявності сучасних інформаційних засобів та інформаційно-методичних матеріалів.

Метою моделі є зниження та подолання стигми і дискримінації ЛЖВ в країні.

Дана модель має наступні складові: рівні, стратегічні напрями, методи впливу, об’єкти впливу, суб’єкти впливу, ресурси, моніторинг та оцінка.

Розроблена комплексна міжсекторальна модель зменшення та подолання стигми і дискримінації ЛЖВ носить державний характер і в своїй діяльності за рівнями управління поділяється на національний, регіональний та місцевий.

Ключові слова: Закарпатська область, ВІЛ/СНІД, епідемія, розвиток, люди, що живуть з ВІЛ, стигма, дискримінація, рівень, подолання, функціонально-організаційна модель.

СПИСОК ОСОБИСТИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Білак-Лук’янчук В.Й. Результати соціологічного дослідження серед студентської молоді з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу / В.Й. Білак-Лук’янчук // Україна. Здоров’я нації — 2016 — № 4 (40) — С. 187 — 192.

2. Білак-Лук’янчук В.Й. Оцінка знань медичних працівників закладів охорони здоров’я м. Ужгорода з питань ВІЛ/СНІДу та вплив цих знань на

толерантність щодо ВІЛ-позитивних людей / В.Й. Білак-Лук'янчук // Україна. Здоров'я нації — 2017 — № 1 (42) — С. 146 — 149.

3. Білак-Лук'янчук В.Й. Характеристика функціонально-організаційної системи подолання стигми та дискримінації по відношенню до людей, що живуть з ВІЛ / В.Й. Білак-Лук'янчук // Україна. Здоров'я нації — 2017 — № 4(45) — С. 49 — 55.

4. Білак-Лук'янчук В.Й. Результати дослідження з оцінки витрат на протидію ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області у 2011–2014 роках / В.Й. Білак-Лук'янчук, І.С. Миронюк, Н.А. Гудюк // Економіка і право охорони здоров'я — 2016 — № 1 (3) — С. 26 — 33. *(Дисертантом проведено збір і обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків).*

5. Білак-Лук'янчук В.Й. Аналіз епідеміологічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О.Слабкий // Україна. Здоров'я нації — 2016 — № 3 (39) — С. 76 — 84. *(Дисертантом проведено збір та обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написання статті).*

6. Bilak-Lukyanchuk V.J. Characteristics of the HIV-positive people under medical supervision with newly diagnosed HIV in Transcarpathian region during 2012-2016 / V.J. Bilak-Lukyanchuk, G.O. Slabkij // East European scientific journal — 2017 — № 10 (26) part 1— P. 28 — 35. *(Дисертантові належить ідея написання статті, ним проведено збір та обробку даних, проведення аналізу та узагальнення результатів, формування висновків).*

7. Білак-Лук'янчук В.Й. Окремі особливості розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області / В.Й. Білак-Лук'янчук, І.С. Миронюк, Н.А. Гудюк // Україна. Здоров'я нації — 2017 — № 3 (44) — С. 172 — 179. *(Дисертантом проведено обробку статистичних матеріалів та їх аналізу, формування висновків).*

8. Bilak-Lukyanchuk V.J. The effectiveness of the implementation of the measures of HIV-infection/AIDS counteraction on the regional level. / V.J. Bilak-

Lukyanchuk, G.O. Slabkij, I.S. Mironiuk // «League Medica» International scientific journal, European medical journal. — 2017, X — P. 67 — 71. *(Дисертантом проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).*

9. Білак–Лук'янчук В.Й. Огляд міжнародного і національного законодавства та політик у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу / В.Й. Білак–Лук'янчук, Г.О. Слабкий // Економіка і право охорони здоров'я — 2017. — № 2 (6). — С. 20 — 27 *(Дисертантом проведено вибірку та аналіз чинних законодавчих і нормативно-правових актів та узагальнення результатів, написання статі).*

Опубліковані праці апробаційного характеру

10. Білак-Лук'янчук В.Й. Розробка стратегії удосконалення кадрової політики сфери охорони здоров'я на напрямом протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Закарпатській області / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий // — Державне управління людськими ресурсами в сфері охорони здоров'я в Україні: матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Київ, 23 березня 2016 р. — Київ — Національна академія державного управління при Президентові України — С. 162 — 167. *(Дисертантом проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).*

11. Білак-Лук'янчук В.Й. Результати «кабінетного» дослідження з оцінки ефективності роботи мережі лікувально-профілактичних закладів Закарпатської області / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий // — Роль сучасної медицини у житті людини та її місце у формуванні здорового способу життя: збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції, м. Львів, 25-26 березня 2016 р. — Львів — Львівська медична спільнота — С. 72 — 76. *(Дисертантом проведено дослідження, оброблено матеріали, аналіз та узагальнення результатів, написано тези).*

12. Білак-Лук'янчук В.Й. Аналіз якості системи індикаторів програмного моніторингу з ВІЛ/СНІДу / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий // — пріоритети розвитку медичних наук у XXI столітті: збірник тез наукових

робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 18-19 березня 2016 р. — Одеса: ГО «Південна фундація медицини» — С. 69 — 70. *(Дисертантом проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написано тези).*

13. Білак-Лук'янчук В.Й. Визначення рівня толерантності по відношенню до ВІЛ-позитивних людей серед працівників закладів охорони здоров'я м. Ужгорода / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий // – науково-практичний журнал «Профілактична медицина, епідеміологія, мікробіологія, вірусологія, паразитологія, інфекційні хвороби», № 3-4 (27) 2016 (додаток), ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хворобі ім. Л.В. Громашевського Національної академії наук України»: матеріали третьої національної науково-практичної конференції «За кожне життя разом: прискорення до мети 90-90-90», м. Київ, 21-23 листопада, 2016 р. — Київ — С. 136 — 137. *(Дисертантом проведено дослідження, обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написано тези).*

14. Білак-Лук'янчук В.Й. Проблеми охоплення фаховою медичною допомогою, у тому числі антиретровірусною терапією, ВІЛ-позитивних осіб – переселенців із зони проведення АТО / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації, № 4/1 (41), 2016: матеріали науково-практичної конференції «Медичний потенціал держави – важлива складова національної безпеки України. Науково-організаційні аспекти його формування та розвитку в умовах проведення антитерористичної операції» м. Київ, 8-9 грудня 2016 р. — Київ — 2016 — С. 264 — 265. *(Дисертантом проведено дослідження, обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написано тези).*

15. Білак-Лук'янчук В.Й. Оцінка знань працівників патрульної поліції Закарпатської області з питань ВІЛ/СНІДу та вплив на толерантність щодо ВІЛ-позитивних людей / В.Й. Білак-Лук'янчук // матеріали VI Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» м. Київ, 25-27 квітня 2017 року — Київ — 2017 — С. 171 — 172.

16. Білак-Лук'янчук В.Й. Вивчення рівня знань з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та визначення рівня толерантності по відношенню до ВІЛ-позитивних людей серед студентів Ужгородського національного університету / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий, В.В. Брич // ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки: матеріали 71-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ, Ужгород, 27–28 лютого 2016 р. —Ужгород — С. 53—55. *(Дисертантом проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написано тези).*

17. Білак-Лук'янчук В.Й. Оцінка знань медичних працівників первинної ланки надання медичної допомоги м. Ужгорода з питань ВІЛ/СНІДу та визначення рівня толерантності до ВІЛ-позитивних людей в умовах реформування системи охорони здоров'я / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий, Ю.В. Веклинець, О.О. Зеленко // Національна академія медичних наук України, Бюро ВООЗ, в Україні, Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця: «Депресія: давай поговоримо», Матеріали міжнародної науково-практичної конференції до Всесвітнього Дня здоров'я 2017 р., м. Київ, 6—7 квітня, 2017— Київ — С. 167 —- 169. *(Дисертантом проведено дослідження, обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написано тези).*

18. Білак-Лук'янчук В.Й. Аналіз міжнародних правових актів та політик у сфері зниження рівня стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий // Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції «Нове у медицині сучасного світу», м. Львів, 24-25 листопада 2017р., — С. 69 — 73. *(Дисертантом проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написано тези).*

Опубліковані праці, які додатково відображають наукові результати дослідження

19. Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ: метод. рекомендації /уклад.: Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В.Й. Білак-

Лук'янчук, В.В. Кручаниця // Київ, 2016 — 28 с. *(Дисертантом розроблена і описана модель, проведено аналіз літературних джерел та сформульовані висновки).*

20. Білак-Лук'янчук В.Й. Звіт щодо оцінки ефективності заходів регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, які реалізовувались протягом 2009–2016 років у Закарпатській області / І.С. Миронюк, К.В.Фільо, В.Й. Білак-Лук'янчук, Н.А.Гудюк, О.О.Недужко // Україна. Здоров'я нації —- 2018 — № 1/1 (48) 1 — Спецвипуск — 74 с. *(Дисертантом проведено збір статистичних даних, їх статистичну обробку та аналіз і узагальнення результатів, написання звіту).*

21. Шляхи та заходи інтеграції медичною допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень/ Г.О Слабкий, І.С.Миронюк, С.В.Дудник, Л.О.Качала, М.О.Крисько, В.Й.Білак-Лук'янчук// Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я *(Випуск 3.* Реєстр. № 259/3/16, Київ, 2017 — С. 233-234).

Abstract

Bilak-Lukianchuk V.Y. Medical and social reasoning of functional and organizational model for overcoming stigma and discrimination against people living with HIV (considering Transcarpathian region as an example)/ - Qualifying thesis presented as manuscript.

Thesis for the degree of Doctor of Philosophy, Candidate of Medical Sciences (specialty 14.02.03 "Social Medicine" (22 – Health care)

The thesis is performed at Uzhhorod National University, Uzhhorod, 2018.

The thesis is to be defended at Uzhhorod National University, Uzhhorod, 2018.

The thesis is devoted to solving an important scientific and practical task of health care - scientific reasoning of a functional and organizational model for overcoming stigma and discrimination against people living with HIV.

Objectives of the study were comprehensive and aimed at achieving the purpose in view. They were based on a systematic approach and their implementation ensured achievement of the purpose of the study. Materials of the study were processed and provided representative results.

Achievement of the purpose of the study required development of a special program that envisaged its implementation in seven organizational stages using appropriate methods, each of which carried out interrelated tasks, that consequently enabled to provide systematic approach to the research and obtain representative results for evaluation of the research object.

According to the results of sociological survey, a high level of stigma and discrimination against respondents to PLWHIV was detected.

10,50±1,5% of the interviewed doctors believe that HIV-infected people should be treated separately from other people in order to protect the general population from infection, 15,25±1,8% believe that providing medical care to HIV-infected patients is a waste of resources, because they are not curable; 8,25±1,4% believe that HIV-infected patients who have sexual relations with people of the same gender and commercial sex workers do not have the right to receive high-quality

services at medical institutions in which the respondents work, 13,25±1,7% believe that HIV-infected persons are responsible for their own disease. Among interviewed doctors, 3,5±0,9% believe that HIV-infected patients are the biggest threat to their personal safety at workplace, 7,75±1,3% believe that they are at high risk of HIV infection when working in a medical facility. 17,75±1,9% of interviewed doctors may refuse to provide medical services to an HIV-infected patient, 12,75±1,7% believe that patients with proved HIV- positive status should receive medical care in separate manipulative offices, 20,75±2,0% feel uneasy helping or getting help from an HIV-positive colleague.

18,75±1,9% of interviewed middle-level health workers believe that HIV-infected people should be treated separately from other people in order to protect the general population from infection, 23,5±2,1% believe that providing medical care to HIV-infected patients is a waste of resources, because they are not curable; 16,0±1,8% believe that HIV-infected patients who have sexual relations with people of the same gender and commercial sex workers do not have the right to receive high-quality services at medical institutions in which the respondents work, 22,25±2,1% believe that HIV-infected persons are responsible for their own disease. Among interviewed middle-level health workers, 7,25±1,3% believe that HIV-infected patients are the biggest threat to their personal safety at workplace, 16,25±1,8% believe that they are at high risk of HIV infection when working in a medical facility. 23,50±2,1% of middle-level health workers may refuse to provide medical services to an HIV-infected patient, 27,25±2,2% believe that patients with proved HIV-positive status should receive medical care in separate manipulative offices, 41,5±2,5% feel uneasy helping or getting help from an HIV-positive colleague.

The results of the study among students indicate that 19,0±2,0% of the respondents believe that unprotected oral sexual contacts are not a cause of HIV transmission, 9,0±1,4% of respondents believe that the use of common utensils with PLWHIV may be the cause of HIV infection, and 7,0±1,3% believe that it is possible to get infected by sharing toilet, bath, towel or soap with an infected person. Most

of the students in their lifestyle are not careful enough to avoid HIV infection. Accordingly, 14,0±1,7% of the respondents believe that HIV epidemic does not threaten the city where they live, herewith 23,25±2,1% of interviewed students believe that they are not under the threat of being HIV- infected, which leads to dangerous behaviour of possible HIV infection. At the same time, 32,75±2,3% of them have two, and 19,75±2,0% more than two sexual partners, and 37,0±2,4% do not always use condoms, 10,25±1,5% do not use them at all, and 19,25±2,0% use condoms at the request of a partner. The results of the study revealed the following: 25,5±2,2% of the respondents would break off the relationship with a friend, if they learned about friend`s HIV-positive status, 80,5±2,0% would not share the same utensils with a person, if they knew that he or she is HIV-infected; 66,0±2,4% would not agree to take care of an HIV-infected family member; 60,25±2,4% consider that if a student has HIV infection, while he/she is not an AIDS patient, this student cannot attend an educational institution; 78,5±2,1% would not continue to live with a person in the same room in dormitory, if they knew about their roommate HIV-positive status, 63,75±2,4% believe that the HIV-infected lecturer/professor has no right to teach at higher educational institution.

The survey among the police officers showed a low level of knowledge about the ways of being HIV-infected and prevention of the infection. For example, 23,3±2,1% of respondents are sure that oral sex without using condom cannot lead to HIV infection; 21,7±2,1% believe that homosexual contacts without using condom do not pose a threat of HIV infection, 19,2±2,0% of respondents think that breastfeeding of a newborn child by an HIV-infected woman does not bear a threat of HIV infection. At the same time, the respondents believe that possible ways of infection are: 19,3±2,0% using common utensils with PLWHIV, 9,3±1,4% sharing toilet, bath, towel or soap with an infected person and 5,0±1,1% believe that HIV is transmitted during conversation and coughing.

It has been discovered that 17,5±1,9% of the respondents believe that the HIV epidemic does not threaten the city where they work and 15,8±1,8% believe that there is no threat of personal HIV infection. At the same time, 22,5±2,1% of the

respondents have two, and 15.8±1,8% more than two sexual partners. 46,7±2,5% of the respondents do not always use condoms and 17,5±1,9 % do not use them at all, 15,8±1,8% use condoms at the request of a partner. 58,3±2,5% of interviewed police officers feel uneasy, providing primary medical care to victims during the performance of their official duties, if victims are believed to be HIV-positive, 30,8±2,3% feel uneasy, sharing the same bathroom with an HIV-positive colleague; 11,7±1,6% always use rubber gloves in situations where contact with the blood of another person is possible. 23,3±2,1% of respondents believe that their attitude to familiar person would change dramatically, if a respondent knew about person`s HIV-positive status, 14,25±1,7% believe that providing medical care to HIV-infected patients is a waste of resources, because they are not curable; 10,85±1,5% believe that HIV-infected people should be treated separately from other people in order to protect the general population from infection, 22,5±2,1% believe that the statement: "HIV-infected people should be removed or isolated from healthy ones" to be true.

Teachers of secondary schools in Transcarpathian region are generally well informed of the ways of HIV transmission except for separate positions. For example, 22,0±2,1% believe that oral sex contacts without using condom do not contribute to HIV infection, and 23,75±2,1% believe that the use of common utensils with PLWHIV is the source of infection, 6,0±1,2% of interviewed teachers said that HIV can be transmitted during conversation and coughing. The study of attitude of teachers of secondary schools to the problem of HIV/AIDS in the region and the personal risk of HIV infection showed the following results: 38,0±2,4% of respondents think that the HIV epidemic does not threaten the city in which the respondents live, 51,75±2,5% do not recognize the possibility of being personally HIV- infected; 68,75±2,3% believe that HIV-infected people should be treated separately from other people in order to protect the general population from infection, 27,25±2,2% believe that HIV-positive pupils who know about their HIV status do not have the right to study in an educational institution on an equal footing with other children, and teachers who know about their HIV-positive status cannot

continue to work at school. Teachers of secondary schools do not conduct enough work to elaborate safe behavior among pupils. Accordingly, only 7,75±1,3% of teachers inform pupils about ways of HIV transmission and preventive measures, 14,75±1,8% of teachers are working with parents to inform them about safe, including sexual behavior of adolescents, 18,5±1,9% provide advice to pupils about safe sexual relations. 11,25±1,6% of the responded teachers involve health workers in their educational and preventive work. Studying the level of possible display of stigma and discrimination of secondary school teachers towards PLWHIV indicates a high level of concealment of possible manifestations of stigma and discrimination against PLWHIV. So, 18,5±1,9% believe thatthey are at high risk of becoming HIV infected while working at school; 25,25±2,2% believe that it is very risky to be infected with HIV in their everyday life; 23,0±2,1% believe they are at high risk of HIV infection in their personal lives. 93,75±1,2% of responded teachers pointed out that if a member of their family turned out to be HIV-positive, they would keep it secret. At the same time, 66,75±2,4% of respondents admitted that they were not ready to provide care for a HIV-infected member of their family, 38,0±2,4% confessed that their attitude to familiar person would change dramatically if respondents learned about the person`s HIV-positive status. The most common sources of information provided to secondary school teachers about HIV/AIDS are: mass media - 44,50±2,5%, health workers - 14,00±1,7%, and their colleagues - 12,75±1,7%.

Half of the interviewed PLWHIV (51%) faced stigma and discrimination against them for reasons that include HIV status. Mostly it appears as gossips (30%), verbal abuse (18%), psychological pressure from spouses/partners (12%). Significantly lower is quantity of PLWHIV who were physically persecuted because of HIV-status (6%), were not allowed to do housework (4%), were prohibited to participate in various meetings (3%) or religious activities (2%). Every fourth respondent (25%) admitted that his or her HIV status was partly or completely at the root of restrictions on access to at least one of the services in social or medical spheres (provision of medical care, services in the field of sexual and reproductive

health, family planning, problems with housing, obstacles to learning). Most frequently it was a refusal to provide medical care (20%).

The issue of self-stigma caused by HIV status is relevant to the majority of interviewed PLWHIV: 82% of respondents felt a variety of negative feelings about themselves (58% accused themselves, 47% felt guilty, 38% had a low self-esteem, 37% felt shame, 9% reported a desire to be punished, 8% to commit a suicide).

Every fifth (22%) of PLWHIV faced violations of their rights over the past 12 months. One third (31%) of PLWHIV who suffered of such violations tried to defend their rights. Among those who sought legal assistance in order to restore their rights, 43% failed to achieve at least any result.

The negative attitude of people in relation to HIV creates a negative psychological microclimate when those suffering start to fear stigma and discrimination more than the disease itself. And, with the predominance of fear and discrimination, they often begin to ignore their actual or potential HIV-positive status, even knowing that they were at risk or at high risk of HIV infection. This situation, in its turn, can lead to other risks, in particular, the risk of accelerated disease development, as well as the risk of turning infected person into a source of transmission of HIV to other people.

Based on the data obtained during the study, a functional and organizational model for overcoming stigma and discrimination against people living with HIV was reasoned and developed.

The conceptual approaches to creation of a functional and organizational model for overcoming stigma and discrimination against people living with HIV are based on the following approaches: identifying key factors that influence the level of stigma and discrimination against people affected by the HIV epidemic; revealing of major population groups with the highest levels of stigma and discrimination against people affected by the HIV epidemic; allocation of health workers into a special group of people who show stigma and discrimination against people affected by the HIV epidemic and whose activities influence health and life of PLWHIV; developing of impact measures on main factors influencing the formation of stigma

and discrimination against people affected by the HIV epidemic among population and its individual groups; formation among the population of the attitude towards HIV/AIDS similar to attitude to other chronic infectious diseases and development of reasonable safe behaviour for prevention of the infection.

Based on these aspects, we present the following group of tasks to be resolved during the development of a functional and organizational model for overcoming stigma and discrimination against people living with HIV: introduction of a comprehensive communication impact on all segments of population with the formation of groups of special communicative influence in order to inform and educate about the ways of transmission and prevention of HIV infection; involvement of the primary health care facilities in active provision of medical care, including HIV/AIDS prevention and educative activities; provision of an intersectoral - integrated approach to counteract the development of the HIV/AIDS epidemic and directly address the stigma and discrimination against people living with HIV.

In order to achieve these objectives, the following actions should be ensured: improvement of regulatory framework on this issue, continuous improvement of professional skills of medical personnel, material and technical support and, in the first place, the availability of modern information tools and informational and methodical materials.

The purpose of the model is to reduce and overcome stigma and discrimination against PLWHIV in the country.

This model has the following components: levels, strategic directions, methods of influence, objects of influence, subjects of influence, resources, monitoring and evaluation.

The elaborated and presented complex multisectoral model for reducing and overcoming stigma and discrimination against PLWHIV is of public nature and in its functioning is divided into national, regional and local levels of management.

Keywords: Transcarpathian region, HIV/AIDS, epidemic, development, people living with HIV, stigma, discrimination, level, overcoming, functional and organizational model.

LIST OF PERSONAL WORKS ON THE SUBJECT OF DISSERTATION

Published scientific papers, containing the main scientific results of dissertation

1. Bilak-Lukianchuk V.Y. Rezultaty sotsiolohichnoho doslidzhennia sered studentskoi molodi z pytan VIL-infektsii/SNIDu / V.Y. Bilak-Lukianchuk // Ukraina. Zdorovia natsii — 2016 —№ 4 (40) — S. 187 —192.

2. Bilak-Lukianchuk V.Y. Otsinka znan medychnykh pratsivnykiv zakladiv okhorony zdorovia mista Uzhhoroda z pytan VIL/SNIDu ta vplyv tsykh znan na tolerantnist shchodo VIL-pozytyvnykh liudei / V.Y. Bilak-Lukianchuk // Ukraina. Zdorovia natsii — 2017 — № 1 (42) —- S. 146 —- 149.

3. Bilak-Lukianchuk V.Y. Kharakterystyka funktsionalno-orhanizatsiynoi systemy podolannia styhmy ta dyskryminatsiyi po vidnoshenniu do liudei, shcho zhyvut z VIL / V.Y. Bilak-Lukianchuk // Ukraina. Zdorovia natsii — 2017 —- № 4(45) — S. 49 — 55.

4. Bilak-Lukianchuk V.Y. Rezultaty doslidzhennia z otsinky vytrat na protydiiu VIL-infektsii/SNIDu v Zakarpatskii oblasti u 2011–2014 rokakh / V.Y. Bilak-Lukianchuk, I.S. Myroniuk, N.A. Hudiuk // Ekonomika i pravo okhorony zdorovia — 2016 —- № 1 (3) — S. 26 — 33. *(Candidate for a degree conducted collection and processing of materials, analysis and synthesis of the result; drew the conclusions).*

5. Bilak-Lukianchuk V.Y. Analiz epidemiolohichnoi sytuatsii z VIL-infektsii/SNIDu v Zakarpatskii oblasti / V.Y. Bilak-Lukianchuk, G.O. Slabkyi // Ukraina. Zdorovia natsii —- 2016 — № 3 (39) — S. 76 — 84. *(Candidate for a degree conducted collection and processing of materials, analysis and synthesis of the results; wrote the article).*

6. Bilak-Lukianchuk V.Y. Characteristics of the HIV-positive people under medical supervision with newly diagnosed HIV in Transcarpathian region during

2012-2016 / V.Y. Bilak-Lukianchuk, G.O. Slabkyi // East European scientific journal — 2017 — № 10 (26) part 1— P. 28 — 35. *(Candidate for a degree suggested the idea of writing an article. Candidate for a degree conducted collection and processing of data, analysis and synthesis of the results; drew the conclusions).*

7. Bilak-Lukianchuk V.Y. Okremi osoblyvosti rozvytku epidemii VIL-infektsii/SNIDu v Zakarpatskii oblasti / V.Y. Bilak-Lukianchuk, I.S. Myroniuk, N.A. Hudiuk // Ukraina. Zdorovia natsii — 2017 — № 3 (44) — S. 172 — 179. *(Candidate for a degree conducted statistical processing of materials and their analysis; drew the conclusions).*

8. Bilak-Lukianchuk V.Y. The effectiveness of the implementation of the measures of HIV-infection/AIDS counteraction on the regional level. / V.Y. Bilak-Lukianchuk, G.O. Slabkyi, I.S. Myroniuk // «League Medica» International scientific journal, European medical journal. — October, 2017 — P. 67 — 71. *(Candidate for a degree conducted processing of materials, analysis and synthesis of the results).*

9. Bilak-Lukianchuk V.Y. Ohliad mizhnarodnoho i natsionalnoho zakonodavstva ta polityk u sferi protydii VIL-infektsii/SNIDu / V.Y. Bilak–Lukianchuk, G.O. Slabkyi // Ekonomika i pravo okhorony zdorovia. 2017. — № 2 (6). — S. 20 — 27 *(Candidate for a degree conducted selection and analysis of current legislative and regulatory acts and synthesis of the results; wrote the article).*

Published approbatory papers

10. Bilak-Lukianchuk V.Y. Rozrobka stratehii udoskonalennia kadrovoi polityky sfery okhorony zdorovia za napriamom protydii epidemii VIL/SNIDu v Zakarpatskii oblasti / V.Y. Bilak-Lukianchuk, G.O. Slabkyi // — Derzhavne upravlinnia liudskymy resursamy v sferi okhorony zdorovia v Ukraini: materialy shchorichnoi Vseukrainskoi naukovo-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu, misto Kyiv, 23 bereznia 2016 roku. — Kyiv — Natsionalna akademiia derzhavnoho upravlinnia pry Prezydentovi Ukrainy — S. 162 — 167. *(Candidate for a degree conducted processing of materials, analysis and synthesis of the results).*

11. Bilak-Lukianchuk V.Y. Rezultaty «kabinetnoho» doslidzhennia z otsinky efektyvnosti roboty merezhi likuvalno-profilaktychnykh zakladiv

Zakarpatskoi oblasti / V.Y. Bilak-Lukianchuk, G.O. Slabkyi // — Rol suchasnoi medytsyny u zhytti liudyny ta yii mistse u formuvanni zdorovoho sposobu zhyttia: zbirnyk materialiv mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii, misto Lviv, 25-26 bereznia 2016 roku. — Lviv — Lvivska medychna spilnota — S. 72 — 76. *(Candidate for a degree conducted research, processing of data, analysis and synthesis of the results; developed theses).*

12. Bilak-Lukianchuk V.Y. Analiz yakosti systemy indykatoriv prohramnoho monitorynhu z VIL/SNIDu / V.Y. Bilak-Lukianchuk, G.O. Slabkyi // — priorytety rozvytku medychnykh nauk u XXI stolitti: zbirnyk tez naukovykh robit uchasnykiv mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii, misto Odesa, 18-19 bereznia 2016 roku. — Odesa: HO «Pivdenna fundatsiia medytsyny» — S. 69 — 70. *(Candidate for a degree conducted processing of materials, analysis and synthesis of the results; developed theses).*

13. Bilak-Lukianchuk V.Y. Vyznachennia rivnia tolerantnosti po vidnoshenniu do VIL-pozytyvnykh liudei sered pratsivnykiv zakladiv okhorony zdorovia mista Uzhhoroda / V.Y. Bilak-Lukianchuk, G.O. Slabkyi // — naukovo-praktychnyi zhurnal «Profilaktychna medytsyna, epidemiolohiia, mikrobiolohiia, virusolohiia, parazytolohiia, infektsiini khvoroby», № 3—4 (27) 2016 (dodatok), DU «Instytut epidemiolohii ta infektsiinykh khvorobi im. L.V. Hromashevskoho Natsionalnoi akademii nauk Ukrainy»: materialy tretoi natsionalnoi naukovo-praktychnoi konferentsii «Za kozhne zhyttia razom: pryskorennia do mety 90-90-90», misto Kyiv, 21-23 lystopada, 2016 roku. — Kyiv — S. 136 — 37. *(Candidate for a degree conducted survey, statistical processing of data, analysis and synthesis of the results; developed theses).*

14. Bilak-Lukianchuk V.Y. Problemy okhoplennia fakhovoiu medychnoiu dopomohoiu, u tomu chysli antyretrovirusnoiu terapiieiu, VIL-pozytyvnykh osib — pereselentsiv iz zony provedennia ATO VIL / V.Y. Bilak-Lukianchuk, G.O. Slabkyi // Ukraina. Zdorovia natsii, № 4/1 (41), 2016: materialy naukovo-praktychnoi konferentsii «Medychnyi potentsial derzhavy – vazhlyva skladova natsionalnoi bezpeky Ukrainy. Naukovo-orhanizatsiini aspekty yoho formuvannia ta rozvytku v

umovakh provedennia antyterorystychnoi operatsii» misto Kyiv, 8-9 hrudnia 2016 roku. — Kyiv — 2016 — S. 264 — 265. *(Candidate for a degree conducted survey, processing of materials, analysis and synthesis of the results, developed theses).*16.

15. Bilak-Lukianchuk V.Y. Otsinka znan pratsivnykiv patrulnoi politsii Zakarpatskoi oblasti z pytan VIL/SNIDu ta vplyv na tolerantnist shchodo VIL-pozytyvnykh liudei / V.Y. Bilak-Lukianchuk // materialy VI Mizhnarodnoho medychnoho konhresu «Vprovadzhennia suchasnykh dosiahnen medychnoi nauky u praktyku okhorony zdorovya Ukrainy» misto Kyiv, 25-27 kvitnia 2017 roku . — Kyiv — 2017 — S. 171 — 172.

16. Bilak-Lukianchuk V.Y. Vyvchennia rivnia znan z pytan VIL-infektsii/SNIDu ta vyznachennia rivnia tolerantnosti po vidnoshenniu do VIL-pozytyvnykh liudei sered studentiv Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu / V.Y. Bilak-Lukianchuk, G.O. Slabkyi, V.V. Brych // DVNZ «Uzhhorodskyi natsionalnyi universytet», Fakultet pisliadyplomnoi osvity ta douniversytetskoi pidhotovky: materialy 71 pidsumkovoi naukovoi konferentsii profesorsko-vykladatskoho skladu UzhNU, Uzhhorod, 27–28 liutoho 2016 roku. — Uzhhorod — S. 53 — 55. *(Candidate for a degree conducted sociological survey and processing of materials, analysis and synthesis of the results; developed theses).*

17. Bilak-Lukianchuk V.Y. Otsinka znan medychnykh pratsivnykiv pervynnoi lanky nadannia medychnoi dopomohy mista Uzhhoroda z pytan VIL/SNIDu ta vyznachennia rivnia tolerantnosti do VIL-pozytyvnykh liudei v umovakh reformuvannia systemy okhorony zdorovya / V.Y. Bilak-Lukianchuk, G.O. Slabkyi, Yu.V. Veklynets, O.O. Zelenko // Natsionalna akademiia medychnykh nauk Ukrainy, Biuro VOOZ v Ukraini, Natsionalnyi medychnyi universytet im. O.O.Bohomoltsia: «Depresiya: davai pohovorymo», Materialy mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii do Vsesvitnoho Dnia zdorovya 2017, misto Kyiv, 6-7 kvitnia, 2017 roku — Kyiv — S. 167 — 169. *(Candidate for a degree conducted survey and processing of materials, analysis and synthesis of the results; developed theses).*

18. Bilak-Lukianchuk V.Y. Analiz mizhnarodnykh pravovykh aktiv ta

polityk u sferi znyzhennia rivnia styhmy ta dyskryminatsii po vidnoshenniu do LZhV / V.Y. Bilak-Lukianchuk, G.O. Slabkyi // Zbirnyk materialiv mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii «Nove u medytsyni suchasnoho svitu», misto Lviv, 24-25 lystopada 2017 roku, — S. 69 — 73. *(Candidate for a degree conducted analysis of international legal acts and synthesis of the results, developed theses).*

Published works, which additionally reflect scientific results of the research

19. Metodychni rekomendatsii «Podolannia styhmy ta dyskryminatsii do liudei, shcho zhyvut z VIL» / G.O. Slabkyi, I.S. Myroniuk, V.Y. Bilak-Lukianchuk, V.V. Kruchanytsia // Kyiv, 2016 — 28 s.

20. Bilak-LukianchukV.I. Zvit shchodo otsinky efektyvnosti zakhodiv rehionalnykh tsilovykh sotsialnykh prohram z protydii VIL-infektsii/SNIDu, yaki realizovuvalys protiahom 2009 – 2016 rokiv u Zakarpatskii oblasti / I.S. Myroniuk, K.V. Filo, V.I. Bilak-Lukianchuk, N.A. Hudiuk, O.O. Neduzhko // Ukraina. Zdorovia natsii — 2018 — № 1/1 (48) — Special issue — 74 s. *(Candidate for a degree conducted collection of statistical data, statistical processing, analysis and synthesis of the results; wrote the report).*

21. Ways and Measures of Integration of HIV/AIDS Medical Care into Primary Level / G.O. Slabkyi, I.S. Myroniuk, S.V. Dudnyk, L.O. Kachala, M.O. Krysko,V.Y. Bilak-Lukianchuk // List of scientific (scientific and technical) products intended for implementation of the achievements of medical science in the field of healthcare (*Issue 3*. Registration No. 259/3/16, Kyiv, 2017 — P. 233-234).

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	29
Вступ	31
Розділ 1. Сучасні особливості розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в світі та Україні, причини стигми і дискримінації ЛЖВ, світовий досвід їх подолання. (Аналітичний огляд наукової літератури).	40
1.1.Сучасні особливості розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в світі та Україні	40
1.2.Причини стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ	54
1.3. Досвід країн світу з подолання стигми і дискримінації людей, що живуть з ВІЛ та стан рішення даного питання в Україні	66
1.4. Характеристика дисертаційних робіт в Україні з питань ВІЛ/СНІДу	72
1.5. Обґрунтування необхідності проведення подальших наукових досліджень	73
Розділ 2. Програма, матеріали, методи і обсяги дослідження	76
Розділ 3.Оцінка ефективності заходів регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, які реалізовувались протягом 2009 – 2016 років у Закарпатській області	85
3.1. Загальна характеристика стану розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в області	85
3.2.Аналіз заходів Програми у відповідності до 5-х напрямів ВООЗ	87
3.2.1. Вплив АРТ на розвиток епідемії в області	87
3.2.2.Консультування і тестування на ВІЛ	92
3.2.3. Профілактика інфікування ВІЛ серед людей, що вживають ін’єкційні наркотики (ЛВІН)	94
3.2.4.Профілактика інфікування ВІЛ серед осіб секс бізнесу (ОСБ)	95
3.2.5.Профілактика інфікування ВІЛ серед чоловіків, що практикують секс з чоловіками (ЧСЧ)	96
3.2.6.Профілактика інфікування ВІЛ серед трудових мігрантів	97
3.3. Вплив заходів програм на рівень стигми та дискримінації ЛЖВ в області	98
Висновки за розділом	98
Розділ 4.Огляд міжнародного і національного законодавства та політик у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ	104
4.1. Аналітичний огляд міжнародних правових актів	105

4.2. Аналітичний огляд законодавчих актів України	109
4.3. SWOT- аналіз національного законодавства у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу	118
Висновки за розділом	133
Розділ 5. Результати вивчення рівня стигми та дискримінації ЛЖВ та оцінка рівня знань про шляхи передачі ВІЛ серед різних категорій населення	135
5.1. Результати соціологічного дослідження серед медичних працівників	135
5.2. Результати соціологічного дослідження серед студентів Ужгородського національного університету	140
5.3. Результати соціологічного дослідження серед працівників поліції	143
5.4. Результати соціологічного дослідження серед вчителів загальноосвітніх шкіл Закарпатської області	148
5.5. Характеристика проявів стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ	154
Висновки за розділом	156
Розділ 6. Характеристика функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ	163
6.1.Концептуальні підходи до подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ	163
6.2. Характеристика функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ	171
6.3.Комунікації в системі подолання стигми та дискримінації ЛЖВ	173
6.4.Рекомендації зі скорочення стигми і дискримінації у зв’язку з ВІЛ у галузі охорони здоров’я	176
6.5. Узагальнені пропозиції щодо заходів із подолання стигми та дискримінації ЛЖВ серед різних категорій населення	178
6.6. Впровадження результатів дослідження в практичну діяльність	181
6.7. Експертна оцінка запропонованих інновацій	182
Висновки за розділом	184
Висновки	186
Практичні рекомендації	192
Список використаної літератури	194
Додатки	217

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВН	вірусне навантаження
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГФ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДОЗ	департамент охорони здоров'я
ДУ	державна установа
ЕН	епідеміологічний нагляд
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
КГН	ключові групи населення
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
КГН	ключові групи населення
КЗ	комунальний заклад
КіТ	консультування і тестування
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛГБТ	спільнота представників сексуальних меншин - лесбійки, геї, бісексуали, трансгендери
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
МіО	моніторинг і оцінка
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МРГ	міжсекторальна робоча група
НУО	неурядова організація
ОДА	Обласна державна адміністрація

ОКР	Обласна координаційна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу
ООН	Організація об’єднаних націй
ОСБ	особи, які надають сексуальні послуги за винагороду
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
РЕН	рутинний епідеміологічний нагляд
РЦ МіО	регіональний центр моніторингу та оцінки
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ТБ	туберкульоз
ТМ	трудові мігранти
ЦСР	Цілі Сталого Розвитку
ЧПМД	частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
PEPFAR	Надзвичайний план президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД
UNAIDS (ЮНЕЙДС)	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу

ВСТУП

Актуальність теми. Епідемія ВІЛ/СНІДу [1], яка розвивається в світі, має значні соціально-економічні [2] та медико-демографічні [3] наслідки.

В Україні, за останні роки, епідемія ВІЛ/СНІДу має найвищі в Європі темпи поширення [4]. Перше місце в шляхах передачі ВІЛ-інфекції має парентеральний шлях [5], при цьому інфекцією вражаються люди працездатного віку [6], в тому числі які ще не виконали свою репродуктивну функцію [7]. Для України, на відмінну від провідних країн світу, характерним є високий рівень стигми та дискримінації по відношенню до ВІЛ-позитивних людей [8,9], що вдалося подолати в більшості країн Європи [10,11].

Стигма призводить до знецінення людини, її зневіри у собі. Внаслідок проявів стигми з боку оточення людина відчуває провину, сором, страх, тривогу та депресію [12].

Непряма дискримінація має місце в ситуаціях, коли на перший погляд закон, правило або процедура є однаковими для всіх, але водночас це ставить людину в невигідні умови, обмежує її діяльність. Пряма дискримінація – це рішення, дії або бездіяльність, що призводять до випадку, коли до ЛЖВ ставляться менш прихильно, ніж до інших осіб в аналогічній ситуації; до порушення прав та свобод людей у сфері охорони здоров'я, праці, освіти тощо; призводить до зменшення ефективності зусиль, спрямованих на боротьбу з ВІЛ/СНІДом тощо [13,14,15].

Проявом дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ, з боку медичних працівників може бути ненадання їм медичної допомоги [16].

Причинами виникнення стигми можуть бути:недостатнє розуміння хвороби, міфи про шляхи передачі ВІЛ, сором;відсутність лікування (або обмежений доступ);безвідповідальність повідомлень у ЗМІ; поширення соціальних страхів та побоювань, а також суспільного осуду, пов'язаних із сексуальністю, хворобами та смертю, вживанням наркотиків [17].

За останні роки в країні було захищено ряд дисертаційних робіт

[18,19,20], які присвячені різним аспектам боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу, але в жодній з них не піднімалися питання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ.

Відсутність в Україні спеціальних наукових досліджень щодо подолання стигми та дискримінації ЛЖВ потребує наукового обґрунтування функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ.

Наведене і обумовило актуальність дослідження, визначило його мету і завдання, стало основою при розробці дизайну дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами. Дисертаційна робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи«Наукове забезпечення реформи охорони здоров'я регіонального рівня», номер державної реєстрації 0112U001923. шифр 51А-2015, термін виконання 2015-2018 рр., яка виконується в УжНУ. Дисертант є виконавцем фрагментів НДР.

Мета дослідження — науково обґрунтувати, розробити та почати впровадження функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою, передбачали:

1) провести системно-історичний аналіз вітчизняних та світових наукових джерел щодо організації боротьби з ВІЛ/СНІДом та подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ;

2) розробити спеціальну програму та методологічний інструментарій проведення наукового дослідження;

3) дослідити та проаналізувати ефективність реалізованих протягом 2009–2016 років заходів регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області;

4) вивчити та провести аналіз міжнародних і національних законодавчих та нормативно-правових актів з питань організації боротьби з ВІЛ/СНІДом в аспекті подолання стигми та дискримінації людей, що живуть

з ВІЛ;

5) вивчити та провести аналіз рівня стигми та дискримінації ЛЖВ серед різних категорій медичних працівників;

6) дослідити рівень стигми та дискримінації ЛЖВ серед студентів Ужгородського національного університету, працівників поліції, викладачів загальноосвітніх шкіл;

7) проаналізувати рівень стигми та дискримінації, які відчувають ЛЖВ;

8) науково обґрунтувати, розробити, впровадити функціонально-організаційну модель подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ, здійснити оцінку її ефективності.

База наукового дослідження- система охорони здоров'я: 27 ЗОЗ, систему освіти: УжНУ, 5 загальноосвітніх шкіл, органи забезпечення правопорядку Закарпатської області: 3 управління поліції. Дослідження охоплювало період 2009–2016 рр.

Об'єкт дослідження — організація надання медичної допомоги людям, що живуть з ВІЛ.

Предмет дослідження — результати виконання регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, міжнародні та вітчизняні законодавчі і нормативно-правові акти з питань організації протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, результати соціологічного дослідження серед медичних працівників, ЛЖВ, працівників поліції, викладачів загальноосвітніх шкіл та студентів УжНУ.

У дослідженні безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні **методи наукового дослідження**:

1) системного підходу — для проведення кількісного та якісного аналізу проблем стигми та дискримінації ЛЖВ серед різних категорій населення та встановлення можливих шляхів їх зниження та подолання;

2) бібліосемантичний — для вивчення та проведення аналізу вітчизняних, світових наукових джерел щодо організації боротьби з ВІЛ/СНІДом, подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ;

3) соціологічний — для дослідження рівня стигми та дискримінації ЛЖВ серед різних категорій населення та можливих шляхів їх подолання в інтерпретації організаторів охорони здоров'я, медичних працівників, працівників поліції, викладачів загальноосвітніх шкіл та студентів УжНУ;

4) медико-статистичний — для аналізу основних показників розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в Закарпатській області; для збору, обробки та аналізу отриманої статистичної інформації на всіх етапах наукового дослідження;

5) *концептуального та описового моделювання* — для моделювання та представлення функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ;

6) SWOT – аналізу — для дослідження міжнародних і національних законодавчих та нормативно-правових актів з питань організації боротьби з ВІЛ/СНІДом в аспекті подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ;

7) організаційного експерименту – для реалізації впровадження обґрунтованих інновацій в організації протидії стигми та дискримінації ЛЖВ на регіональному рівні;

8) експертних оцінок — для оцінки прийнятності запропонованої функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ.

Наукова новизнароботи полягає в тому, що вперше в Україні:

- системно представлено проблеми стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ, серед різних категорій населення (медичних працівників, студентів Ужгородського національного університету, працівників поліції, викладачів загальноосвітніх шкіл) та можливі шляхи їх подолання на регіональному рівні в умовах концентрованої стадії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу;

- визначено рівень проявів стигми та дискримінації ЛЖВ з боку вчителів загальноосвітніх шкіл, студентів, працівників поліції, медичних

працівників в умовах концентрованої стадії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу;

- науково обґрунтовано, розроблено функціонально-організаційну модель подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ, оцінено її ефективність.

Дістали подальшого розвитку аналітичні дослідження розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу на регіональному рівні.

Удосконалено методичні підходи до проведення аналізу ефективності реалізованих заходів регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про здоров'я населення, управління охороною здоров'я, зокрема щодо подолання стигми та дискримінації ЛЖВ на регіональному рівні.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що вони стали підставою для розробки стратегії дій та методичних рекомендацій з організації протидії стигмі та дискримінації ЛЖВ на регіональному рівні.

Результати дослідження використано:

а) на галузевому рівні під час розробки:

- методичних рекомендацій «Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ» /уклад.: Г.О.Слабкий, І.С.Миронюк, В.Й.Білак-Лук'янчук, В.В.Кручаниця // Київ, 2016 – 28 с.;

- галузевого нововведення «Шляхи та заходи інтеграції медичною допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень»/ Г.О.Слабкий, І.С.Миронюк, С.В.Дудник, Л.О.Качала, М.О.Крисько, В.Й.Білак-Лук'янчук// Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я *(Випуск 3.* Реєстр. № 259/3/16, Київ, 2017 – С. 233-234.

б*) на регіональному* рівні під час розробки:

- розпоряджень голови Закарпатської обласної державної

адміністрації: від 25.02.2013 р. № 62 «Про обласний комплексний план заходів із забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2013 рік»; від 03.09.2013 №541-о «Про впровадження заходів програми співпраці медичної галузі та Мукачівської Православної Єпархії УПЦ в напрямку протидії поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу в середовищі регіональної уразливої групи населення – трудові мігранти та їх найближче оточення»; від 31.12.2015 № 524 «Про обласний комплексний план заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2016 рік»; від 08.02.2017 №58 «Про обласний комплексний план заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2017 рік»; від 06.10.2017 № 506 «Про обласну стратегію забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації»;

- рішень Закарпатської обласної координаційної ради: від 21 жовтня 2015 року «Обласний комплекс заходів з первинної профілактики ВІЛ серед жінок репродуктивного віку на 2016 – 2020 роки»; від 15листопада 2016 року «План посилення та забезпечення сталості єдиної системи моніторингу та оцінки ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області на 2016-2020 роки»; від 19 квітня 2017 року «Оціночна чисельність ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ в Закарпатській області»; від 19 квітня 2017 року «План розвитку системи моніторингу і оцінки в Закарпатській області на 2017-2019 роки»; від 03 жовтня 2017 року «Обласний план моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції на 2017-2018 роки»;

- наказів управління охорони здоров’я облдержадміністрації: від 12.03.2013 №166-о «Про план заходів управління охорони здоров’я на виконання обласного комплексного плану на 2013»; від 08.10.2014 №453-о «Про затвердження комплексного плану розширення доступу населення до профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики, лікування, догляду та підтримки хворих

на ВІЛ-інфекцію/СНІД у Закарпатській області в 3-4 кварталі 2014 року та 1 кварталі 2015 року»; від 08.09.2015 № 444-о «Про затвердження комплексного плану розширення доступу населення до профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики, лікування, догляду та підтримки хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД у Закарпатській області у 2015-2016 роках»; від 05.07.2017 № 282-о «Про затвердження комплексного плану розширення доступу населення до профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики, лікування, догляду та підтримки хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД у Закарпатській області у 2017-2018 роках».

На регіональному рівні окремі інновації впроваджуються в Запорізькій області (акт впровадження від 25.10.2017 року).

Результати дослідження впроваджені в лікувально-діагностичний процес та профілактичну роботу: КЗ «Вінницький обласний клінічний Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» (акт впровадження від 14.11.2017 року), КЗ «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби із СНІДом» (акт впровадження від 10.11.2017 року), КЗ «Обласний центр з профілактики та боротьби із СНІДом», м.Рівне (акт впровадження від 13.11.2017 року), КЗ «Хмельницький обласний центр з профілактики і боротьби зі СНІДом» (акт впровадження від 14.11.2017 року), КЗ «Черкаський обласний центр з профілактики та боротьби із СНІДом» (акт впровадження від 20.11.2017 року), КЗ «Чернівецький обласний центр з профілактики та боротьби із СНІДом» (акт впровадження від 14.11.2017 року).

Результати дослідження використовуються в навчальному процесі в навчальних закладах: ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти ОЗ України» (акт впровадження від 19.09.2017 року), ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» (акт впровадження від 03.10.2017 року), Житомирському інституті медсестринства (акт впровадження від 05.10.2017 року), ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (акт впровадження від 12.10.2016 року).

Особистий внесок автора. Автором самостійно: визначено напрям, мету та завдання дослідження; розроблено його програму; обрано методи для

вирішення поставлених завдань; здійснено збір та викопіювання первинної документації; розроблено анкети для соціологічного дослідження, організовано та проведено дослідження, статистично опрацьовані і проаналізовані його результати; розроблені та наповнені бази даних статистичної обробки результатів дослідження на основі пакету статистичного аналізу Microsoft Excel; оброблені отримані дані на персональному комп'ютері за допомогою ліцензованої програми Statistika 6.0 (version 6.0, Stat Soft Ins, США, № ліцензії AXXR712D833214FAN5), проведена систематизація та наукова інтерпретація отриманих результатів, виявлено комплекс детермінант, які впливають на рівень стигми та дискримінації ЛЖВ серед різних категорій населення; зібрано дані та проведено аналіз ефективності реалізованих протягом 2009–2016 років заходів регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області, проведено аналіз міжнародних і національних законодавчих та нормативно-правових актів з питань організації боротьби з ВІЛ/СНІДом в аспекті подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ; науково обґрунтовано та розроблено функціонально-організаційну модель подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ та здійснено її оцінку; сформовані висновки, розроблені практичні рекомендації, що знайшли відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації. Ідеї співавторів не використовувалися.

Апробація роботи. Основні положення дисертації доповідались та обговорювались:

- на *міжнародному рівні:* міжнародній науково-практичній конференції «Вплив первинної медико-санітарної допомоги на поведінкові детермінанти населення з профілактики соціально небезпечних та хронічних неінфекційних захворювань в умовах державної та страхової охорони здоров'я» Ужгород, 21-22 квітня 2015 року; VI міжнародному медичному конгресі «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» м. Київ 25-27 квітня 2017 року; науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в

Україні» Ужгород, 24-25 травня 2017 року.

- *на регіональному рівні:* шостій національній науково-практичній конференції з моніторингу і оцінки «Зміцнення єдиної системи моніторингу та оцінки заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Україні: нові моделі та кращі практики», м. Львів, 7-9 грудня 2015; 71-ій підсумковій науковій конференції професорсько-викладацького складу УжНУ, Ужгород, 27–28 лютого 2016 року; третій національній науково-практичній конференції «За кожне життя разом: прискорення до мети 90-90-90» м. Київ, 21-23 листопада 2016 року; науково-практичній конференції «Медичний потенціал держави – важлива складова національної безпеки України. Науково-організаційні аспекти його формування та розвитку в умовах проведення антитерористичної операції» м. Київ, 8-9 грудня 2016 року.

Публікації. Матеріали дисертації знайшли відображення в 21 науковій роботі, в тому числі: в статтях у наукових фахових виданнях – 9 (в одноосібному авторстві — 3, за кордоном – 2), 9 – матеріалах науково-практичних конференцій, 1 - інших наукових працях, 1 - методичних рекомендаціях, 1 – галузевих нововведеннях.

Обсяг та структура дисертації. Дисертацію викладено на 242 сторінках друкованого тексту, в тому числі 145 сторінок основного. Складається із вступу, 6 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій; ілюстрована 18 таблицями, 9 рисунками, має 26 додатків. Список використаної літератури включає 186 наукових джерел, у тому числі 61 - іноземних авторів.

РОЗДІЛ 1
СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДУ В СВІТІ ТА УКРАЇНІ, ПРИЧИНИ СТИГМИ І ДИСКРИМІНАЦІЇ ЛЖВ, СВІТОВИЙ ДОСВІД ЇХ ПОДОЛАННЯ

(Аналітичний огляд наукової літератури)

1.1. Сучасні особливості розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в світі та Україні

Проблемі ВІЛ-інфекції/СНІДу у світі приділяється особлива увага. Ліквідація епідемії ВІЛ/СНІДу до кінця 2030 року є одним із завдань Цілей Сталого Розвитку (ЦСР), що були затверджені у вересні 2015 року та визначають пріоритети міжнародного розвитку до 2030 року [21].

На фоні ситуації у зв’язку з епідемією ВІЛ-інфекції в світі 23-24 лютого 2004 року країни Європи та Центральної Азії провели конференцію високого рівня у м. Дублін, Ірландія «Подолання бар’єрів – партнерство у боротьбі з ВІЛ/СНІДом в Європі та Центральній Азії» [22]. Результатом конференції стало прийняття Дублінської декларації про партнерство у боротьбі з ВІЛ/СНІДом (Дублінська декларація), мета якої – активізувати заходи з попередження поширенню ВІЛ-інфекції та лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД у регіоні. У 2007 році за координацією Європейського центру з контролю та профілактики захворюваності (ECDC) розпочався моніторинг виконання Дублінської декларації в Європі та Центральній Азії, що було відображено у звітах за 2010, 2012 і 2014 роки [23, 24, 25].

Основні висновки за результатами моніторингу Дублінської декларації у 2016 році представлені на технічній нараді 30-31 січня 2017 року в м. Валетта (Мальта), де були висвітлені основні досягнення у сфері послуг з тестування на ВІЛ, епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією, профілактики та лікування ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення за даними, що були подані 48 країнами Європи та Центральної Азії до ECDC та Європейського регіонального бюро ВООЗ. У звіті Дублінської декларації за 2016 рік підкреслюється, що ВІЛ-інфекція залишається головною проблемою громадського здоров’я в країнах Європейського Союзу та Європейської

економічної зони [26]. Станом на 01.01.2016 року, за оціночними даними в цих країнах проживало 810 000 ЛЖВ (0,2% дорослого населення). За останнє десятиліття відбулося лише незначне зниження темпів нових діагнозів – з 6,6 на 100 тис. населення в 2006 році до 6,3 на 100 тис. населення в 2015 році, рівень зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію був вище серед чоловіків (9,1 на 100 тис. населення), ніж серед жінок (2,6 на 100 тис. населення). За даними 20 країн Європейського Союзу та Європейської економічної зони, 83% (діапазон 57% - 98%) осіб від оціночної кількості ЛЖВ виявлені та залучені до медичних послуг, тобто 17% ВІЛ- позитивних осіб не знають про свій ВІЛ-статус [27].

Більше третини випадків ВІЛ-інфекції у країнах Європейського Союзу та Європейської економічної зони припадає на мігрантів - 37% від усіх осіб з вперше у житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції у 2016 році. Частка мігрантів з ВІЛ-інфекцією досягає 53% у Франції, 54% - Фінляндії, 59% - Данії, 60% - Норвегії, 65% - Ірландії, 67% - Ісландії, 71% - Люксембурзі, 75% - Швеції [28]. Значна частина мігрантів з ВІЛ-позитивним статусом прибули з країн з високою поширеністю ВІЛ [29]. У 2016 році більшість країни Європи повідомили про серйозні прогалини в охопленні послугами з профілактики ВІЛ-інфекції серед мігрантів, 20 країн відмітили відповідні прогалини серед мігрантів, які не мають документів, у т.ч. Україна [30].

У рамках Стратегії ЮНЕЙДС на 2016-2021 рр. «На шляху прискорення для подолання СНІДу» пріоритизовано основні ЦСР, які стосуються завдань ВІЛ/СНІДу, та відповідні їм завдання [31]. Під час Засідання високого рівня Генеральної Асамблеї ООН, що відбулося 8-10 червня 2016 року у штаб-квартирі ООН у Нью-Йорку (США), було поставлено акценти на завданні ліквідації епідемії ВІЛ/СНІДу до 2030 року та одностайно прийнято Політичну декларацію з метою продовження боротьби з цією хворобою [32]. Під час зустрічі було прийнято Стратегію прискореного подолання епідемії ВІЛ-інфекції Fast Track [33], яка поставила перед міжнародною спільнотою амбітні цілі: до 2020 року виявити 90% людей, які живуть з ВІЛ, надати 90% з них

антиретровірусну терапію (АРТ) та забезпечити ефективність лікування для 90% осіб, які отримують АРТ [34]. Документ включив перелік конкретних цілей і заходів з прив'язкою до термінів, які повинні бути виконані до 2020 року, що дозволить до 2030 року викорінити епідемію ВІЛ/СНІД як загрозу громадському здоров'ю, забезпечивши необхідною допомогою усіх, хто її потребує. Застосування підходу ЮНЕЙДС дозволить попередити до 2030 року приблизно 28 млн. нових випадків ВІЛ-інфекції, 21 млн. смертей, обумовлених СНІДом, уникнути додаткових витрат у зв’язку з ВІЛ у розмірі 24 млрд. доларів США та взагалі ліквідувати глобальну пандемію ВІЛ-інфекції.

З 28 по 30 червня 2016 року у Женеві (Швейцарія) відбулось 38-е Засідання Програмної координаційної ради ЮНЕЙДС [35]. У ході засідання представлено оновлені дані щодо прогресу у боротьбі зі СНІДом та наголошено на основних викликах для світової спільноти на шляху до досягнення глобальної мети – остаточного подолання епідемії ВІЛ/СНІДу до 2030 року. Також, було зазначено, що нова Політична декларація [36], затверджена на Зустрічі високого рівня ООН у Нью-Йорку 8-10 червня 2016 року, ставить сміливі, амбітні та прогресивні цілі прискореного подолання епідемії ВІЛ/СНІДу до 2030 року, які в рамках ЦСР встановлюють нерозривні зв’язки між сферами охорони здоров’я, соціального розвитку, подолання нерівності, бідності та вирішення глобальних конфліктів. «Вікно можливостей» відкрите - вперше за весь час боротьби з ВІЛ/СНІД є політична воля, ефективні інструменти та дієва стратегія для того, щоб зупинити епідемію впродовж наступних 15 років [37].

18-22 липня 2016 року у м. Дурбан (Південна Африка) відбулась 21-а Міжнародна конференція зі СНІДу «AIDS 2016», яка ознаменувала собою важливу віху в історії реалізації відповіді на ВІЛ. Темою конференції став «Негайний доступ до рівних прав». У ході міжнародного заходу наголошувалось на необхідності подолання поточних бар'єрів щодо фінансування заходів з профілактики ВІЛ-інфекції, лікування і досліджень, а також наявності дискримінаційних законів і політик, які зачіпають

представників ключових груп населення, таких як чоловіки, що практикують секс з чоловіками (ЧСЧ) [38], транссексуали, люди, що вживають ін’єкційні наркотики (ЛВІН) та особи секс бізнесу (ОСБ) [39].

В доповіді про підсумки світового розвитку з 1993 року (20-річчя), Комісія видання Lancet акцентувала важливість інвестицій в охорону здоров'я та розробила нову схему інвестування для досягнення різкого приросту здоров'я населення планети до 2035 року. Звіт Комісії містить чотири основні повідомлення, кожен з яких супроводжується рекомендаціями для національних урядів країн з низьким та середнім рівнем доходу та міжнародного співтовариства. Показано величезний економічний виграш від інвестування в здоров'я. Моделювання, проведене Комісією, показало, що "великі досягнення" в охороні здоров'я відбудуться вже до 2035 року, а саме зменшення інфекційної, материнської та дитячої смертності до загально низьких рівнів [40].

Згідно даних Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ) та Об’єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні спостерігається друга за величиною епідемія ВІЛ-інфекції серед країн Східної Європи та Центральної Азії [41]. За оціночними даними в Україні мешкає 19% людей, які живуть з ВІЛ, від загальної кількості ЛЖВ в цьому регіоні та припадає 25% смертей від оціночної кількості смертей від СНІДу, розрахованої для країн Східної Європи та Центральної Азії [42].

Епідемічна ситуація додатково ускладнюється через гуманітарну кризу всередині країни, котра призвела до збільшення числа внутрішньо переміщених осіб з деяких областей, які найбільше постраждали від епідемії ВІЛ [43]. Дослідження доводять, що соціальні потрясіння та війни погіршують ситуацію з поширенням ВІЛ-інфекції. Військові дії відбуваються на територіях, де проживає 5,2 млн. населення, включно з територією Донецької області, яка є найбільш уражена ВІЛ та туберкульозом. 25% ЛЖВ, які перебували під медичним наглядом (13 000) та 45 000 ЛВІН мешкали на

території Донецької та Луганської областей. В результаті збройного конфлікту, 40% ЛЖВ, які перебували під медичним наглядом, та до 50% ЛЖВ, які отримували АРТ, опинилися на території, непідконтрольній уряду України [44]. Система надання послуг з профілактики, лікування та супроводу лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу на територіях Донецької та Луганської областей, непідконтрольних уряду України, не збережена і не дозволяє пацієнтам отримувати повний спектр послуг. На територіях, що межують із зоною військових дій, система змінилась під впливом бойових дій і вимагає невідкладних заходів для забезпечення її повноцінного функціонування [45].

15 вересня 2017 року Уряд України представив Національну доповідь «Цілі сталого розвитку: Україна», яка визначає базові показники для досягнення Цілей сталого розвитку (ЦСР). У доповіді представлені результати адаптації 17 глобальних ЦСР з урахуванням специфіки національного розвитку. Беручи до уваги принцип "нікого не залишити осторонь" та використовуючи широкий спектр інформаційних, статистичних та аналітичних матеріалів, була розроблена національна система ЦСР (86 завдань розвитку та 172 показники для моніторингу їх виконання) [46].

На сьогодні, Україна має оновлену національну стратегію «Прискорення подолання епідемії ВІЛ-інфекції» (Fast Track), яка затверджена на законодавчому рівні та є обов’язковою для виконання для усіх органів державної влади, стосується як всього суспільства, так і кожного громадянина зокрема. В рамках досягнення цілей стратегії Fast Track до 2020 року, відповідно до оціночних даних на кінець 2015 року, в Україні 214 000 ЛЖВ повинні перебувати під МН, 192 000 – отримувати лікування, 173 000 – мати невизначальний рівень вірусного навантаження ВІЛ. Діяльність у даному напрямі здійснюється у тісній співпраці з громадськими та міжнародними організаціями. Крім того, Україна підтримала ініціативу для прискорення дій у великих містах (Fast-Track Cities Initiative) [47]. Ця світова ініціатива, фінансована Міжнародною асоціацією надавачів послуг у сфері СНІДу (IAPAC), стартувала у 2014 році на підтримку Стратегії прискорення

ЮНЕЙДС і цілей «90–90–90» серед 50 міст світу, які найбільше постраждали від ВІЛ. У рамках програми Fast Track Cities передбачено прискорення подолання епідемії ВІЛ-інфекції у великих містах шляхом розбудови та посилення максимально ефективних підходів до виконання програм та використання ресурсів у сфері ВІЛ/СНІДу в м. Києві та ще у 10 містах України.

Стратегія ЮНЕЙДС 2016-2021 рр. «Прискорення мір для припинення епідемії СНІДу» стала закликом до прискорення досягнення цілей 90-90-90 в області лікування, заповнення пробілів в тестуванні на ВІЛ і захисту здоров'я людей, що живуть з ВІЛ, які ще до сьогодні не звернулись по медичну допомогу. Національні прогнози підтверджують гіпотезу, якщо буде утримуватись наявний рівень охоплення ВІЛ-послугами, досягнення будуть нівелюватись ростом числа людей, інфікованих ВІЛ, більшим числом пацієнтів, що помирають від СНІДу [48]. Оновлені оціночні дані щодо ВІЛ/СНІДу засвідчують, що на початок 2017 року в Україні мешкало майже 238 тисяч ЛЖВ віком від 15 років і старші, що становило 0,61 % усього населення у цій віковій категорії [49].

Для успішної реалізації взятих зобов'язань, державою приймаються закони з метою регулювання питань, пов'язаних з товарами, послугами та інформацією у сфері ВІЛ, з метою забезпечення широкого доступу до якісної профілактики і послуг, догляду, безпечного та ефективного лікування за доступною ціною [50]. Суттєвим є забезпечення лікування, догляду та підтримки ЛЖВ за рахунок залучення інновацій та підвищення рівня ефективності в п'яти пріоритетних сферах: встановлення діагнозу безпосередньо в місцях надання медичних послуг, оптимізація терапії, зниження вартості, врегулювання постачання лікарських засобів, мобілізація громад [51].

Пріоритетом державної політики наразі є забезпечення рівного доступу представників ключових груп ризику щодо інфікування ВІЛ, а також загального населення до лікувальних та профілактичних послуг [52]. Ще у 2000 році ВООЗ була розроблена нова стратегія "Епіднагляду другого

покоління" (SGS) для адаптації систем епіднагляду до епідемічного стану країн. Зокрема, стратегія пропонувала наступне: концентрувати стратегічні інформаційні ресурси щодо зниження поширення ВІЛ; впроваджувати збір даних у ключових групах з більш високим рівнем ризику інфікування ВІЛ, таких як населення з високим рівнем ризикованої поведінки, або молодь на початку статевого життя; порівнювати дані про поширеність ВІЛ та ризиковану поведінку для створення інформативної картини змін епідемії з часом; максимально ефективно використовувати інші джерела інформації, такі як епіднагляд за інфекційними захворюваннями та вивчення стану репродуктивного здоров'я населення з метою поглиблення розуміння епідемії ВІЛ [53].

На сьогодні наявні фактичні докази того, що в багатьох регіонах світу ризикована поведінка, яка є прямим результатом репресивної наркополітики та нестачі фінансування для науково обґрунтованих підходів, призводить до поширення ВІЛ і є основною рушійною силою епідемії [54].

В Україні ВІЛ-інфекцію, як самостійну нозологічну форму, реєструють з 1987 р. У перебігу епідемії ВІЛ-інфекції відбулися еволюційні зміни, обумовлені кількісними та якісними параметрами. За період 1987-2017 (6 міс.) в країні зареєстровано 306 295 нових випадків ВІЛ-інфекції, 97 584 захворювань на СНІД та 43 206 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. На сьогодні, як і в більшості країн світу, в Україні епідеміологічної значущості все більше набуває статевий шлях передачі ВІЛ. Попри відносне зменшення питомої ваги парентерального шляху інфікування ВІЛ у структурі шляхів передачі збудника інфекції, Україну (поряд з Російською Федерацією, Узбекистаном та Білорусією) віднесено до країн Східної Європи та Центральної Азії з тягарем епідемії серед ЛВІН [55, 56, 57]. Активізація статевого шляху передачі ВІЛ вказує на перехід епідемічного процесу із середовища ЛВІН через «групи-містки» до загального населення є провісником ускладнення епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції внаслідок

сумісного впливу на перебіг епідемії парентерального та статевого шляхів передачі збудника [58].

Відповідно до діючої нормативної бази та існуючої системи епіднагляду в Україні, встановлення діагнозу ЛЖВ та реєстрація випадку ВІЛ-інфекції відбувається на підставі результату підтверджувального дослідження на наявність антитіл до ВІЛ, отриманих даних епідеміологічного анамнезу та об'єктивного обстеження особи, яка звернулася до ЗОЗ для встановлення діагнозу [59]. Проте, система епіднагляду в країні сьогодні потребує перегляду та змін у чинному законодавстві України відповідно до міжнародних рекомендацій ВООЗ і CDC, з урахуванням адаптації до контексту епідемії ВІЛ-інфекції та визначення дефініції випадку ВІЛ-інфекції для епіднагляду як «особа з вперше в житті позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію (до моменту взяття під медичний нагляд)» [60].

За даними сероепідмоніторингу, протягом 2009-2016 років поширеність ВІЛ серед громадян України утримується близько 1% (0,99% у 2016 р.), зберігається чітка тенденція до зниження поширеності ВІЛ серед вагітних (з 0,55% у 2009 році до 0,32% у 2016 році) та донорів (з 0,14% у 2009 році до 0,09% у 2016 році). Поширеність ВІЛ серед вагітних віком 15-24 роки, також, має тенденцію до зниження (з 0,32% у 2014 році до 0,25% у 2016 році) [60]. Завдяки правильній організації заходів з профілактики вертикальної трансмісії вдалось досягти суттєвого зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини в країні (зниження показника ЧПМД у 8 разів – з 27,8% у 2001 році до 3,3% у 2014 році) [62, 63].

Відзначається стала тенденція зниження частки ВІЛ-інфікованих осіб віком 15-24 роки серед усіх вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції (з 12,0% у 2009 році до 5,2% у 2016 році) та показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед населення відповідної вікової групи (з 35,5 на 100 тис. населення віком 15-24 роки у 2009 році до 19,4 у 2016 році).

Протягом останніх п'яти років спостерігається стабілізація значень показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу. Проте, за

даними 2016 року в Україні зросли показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію та СНІД, смертності від СНІДу, у порівнянні з відповідними показниками попереднього року (темпи приросту становили +8%, +5% та +7,7% відповідно). Зберігається тенденція щорічного зростання кількості та частки пацієнтів, які були вперше взяті під медичний нагляд з діагнозом ВІЛ-інфекції на пізніх стадіях хвороби. Більше половини осіб віком 15 років та старше виявляються вперше з діагнозом III–IV клінічних стадій ВІЛ-інфекції (55,6% у 2016 році). Серед вперше зареєстрованих хворих на СНІД близько 50% вперше отримали діагноз ВІЛ-інфекції вже на стадії СНІДу (58% у 2016 році) [64].

Туберкульоз залишається найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням та однією з основних причин смерті ВІЛ-інфікованих осіб. Значного прогресу у співпраці служб протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу досягнуто з того часу, як ДУ «Центр громадського здоров'я» взяв на себе координуючу функцію по обом напрямкам, включаючи моніторинг та оцінку ефективності заходів та ведення реєстрів випадків захворювання на туберкульоз та ВІЛ. З 2013 року функціонує національний електронний реєстр випадків туберкульозу. Запроваджено систему інтегрованих послуг з діагностики та лікування туберкульозу та ВІЛ-інфекції. Проблемним аспектом залишається питання зовнішнього контролю якості діагностики, лікування та резистентності [65].

Відповідно до статистичних даних, щорічно близько чверті ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними лабораторних обстежень, залишались поза медичним обліком (26,4% у 2016 році) [66]. До того ж, кожного року четверта-п'ята частина серед тих, що перебували на обліку, не були охоплені медичним наглядом з різних причин – у 2016 році показник групи активного медичного нагляду складав 79,8% [67].

Наразі епідемія ВІЛ-інфекції в Україні зосереджена в ключових групах населення, включаючи ЛВІН. Згідно оціночних даних, в Україні налічується близько 310 000 ЛВІН. Епідеміологічні та інтегровані біоповедінкові

дослідження вказують на високий рівень поширеності ВІЛ у цій групі населення (до 21,9%) [68]. ЛВІН є найчисельнішою ключовою групою серед усіх ЛЖВ, і тому профілактичні програми, спрямовані на цю групу є невід'ємною частиною національної політики [69]. ЛВІН в Україні, так само як і в інших країнах, стикаються з безліччю проблем, які посилюють ризик інфікування і передачі ВІЛ іншим людям, або ж ускладнюють процес лікування. Крім того, туберкульоз, включаючи мультирезистентний, часто діагностується в групі ЛВІН, які живуть з ВІЛ. Для багатьох лікування наркотичної залежності є абсолютно недоступним або ж не надається в стаціонарах де лікують ВІЛ або ТБ. ЛВІН набагато частіше страждають психічними розладами, ніж загальне населення. Високий рівень криміналізації та соціальна стигма споживання наркотиків змушує таких людей використовувати більш небезпечні ін'єкційні практики, зменшує доступ до послуг з профілактики та лікування ВІЛ, а також призводить до підвищення поширеності ВІЛ інфекції в тюрмах [70]. Ефективна відповідь на епідемію вимагає тісної взаємодії державних та неурядових організацій, медичних і соціальних служб. Подібно іншим країнам пострадянського простору, в Україні продовжує існувати вертикальна система медичного обслуговування. Мультидисциплінарна підготовка і взаємодія між різними службами поки не стали поширеною практикою. Що в свою чергу призводить до розвитку ускладнень, підвищення рівня смертності, а в цілому до більших економічних і соціальних втрат для суспільства [70].

Не зважаючи на це, в країні реєструється прогрес у профілактиці інфікування ВІЛ серед ЛВІН: за офіційними даними, намітилися чіткі тенденції до зменшення як абсолютної кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, так і частки ЛВІН серед нових випадків ВІЛ-інфекції. Україна є регіональним лідером в області розвитку програм зниження шкоди. Щорічно охоплюється послугами в середньому 225 000 ЛВІН, що є найбільшим показником у Східній Європі. Останніми інноваціями є організація обміну шприців на базі аптек, організація служби профілактики

передозувань. Загалом, Україна зробила великий крок у напрямку впровадження світових стандартів послуг лікування та догляду для ВІЛ-інфікованих, що підтверджується позитивною динамікою основних показників за останні роки [72].

Посилюється роль статевого шляху передачі в епідемічному процесі ВІЛ-інфекції, у 2016 році частка зазначеного шляху, з урахуванням показника частоти передачі ВІЛ від матері до дитини, становила 73,3%. Все ще зберігає активність парентерального шляху передачі при ін'єкційному введенні наркотичних препаратів [73]. Збільшилась кількість осіб, які інфікувались внаслідок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом серед вперше зареєстрованих осіб з ВІЛ-інфекцією, та становила 3 728 осіб проти 3 449 у попередньому році.

Зростає епідемічна значимість поширення ВІЛ серед ЧСЧ та від ЧСЧ до загального населення, проте, внаслідок особливостей даної групи, облік залишається неповним.

Серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб уражені епідемією ВІЛ-інфекції переважно особи працездатного віку – ВІЛ-інфіковані особи віком 25–49 років, які складають більш ніж дві третини. Частка чоловіків переважає та поступово зростає (57,5% у 2016 році). Спостерігається розширення вікових меж епідемії ВІЛ-інфекції в бік осіб старшого віку. Залишається значно вищою питома вага жінок віком 15-24 роки серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих жінок віком 15 років і старше (9,5% у 2016 році), у порівнянні з аналогічним показником серед чоловіків (3,9%).

Поширення ВІЛ на різних територіях України нерівномірне. Більше половини усіх ВІЛ-інфікованих осіб, які офіційно перебувають під медичним наглядом, проживають на територіях Дніпропетровської, Донецької, Одеської областей та міста Києва. Переважно уражене епідемією міське населення (більше ніж 70% серед вперше зареєстрованих осіб з ВІЛ-інфекцією). Епідемія ВІЛ-інфекції повільно поширюється серед мешканців села, в 10 регіонах

показники захворюваності сільського населення перевищують середній показник по країні.

В Україні концентрована стадія епідемії ВІЛ-інфекції зафіксована, починаючи з 1996 року, тобто через 2 роки після реєстрації перших декількох випадків інфікування ЛВІН. Проте, сьогодні, враховуючи високі показники поширення ВІЛ серед вагітних в деяких регіонах та останні результати біоповедінкових досліджень серед представників ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ в 2013 та 2015 роках [73, 75], постає питання щодо можливості переходу епідемії у наступну стадію – змішану, відповідно до рекомендованих кількісних критеріїв ВООЗ/ЮНЕЙДС щодо визначення стадії епідемії ВІЛ-інфекції. Інтегрований аналіз даних епіднагляду дозволяє стверджувати, що генералізації епідемії ВІЛ-інфекції в Україні в цілому поки не відбулося, оскільки все ще простежується залучення до епідемічного процесу осіб, які належать до ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ, але серед ЛЖВ все більш детермінують популяційні підгрупи з низьким рівнем ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ, що потребує додаткового вивчення субепідемій на різних територіях України [76].

Не слід ігнорувати гендерний аспект епідемії [77]. Впровадження гендерних підходів при формуванні та реалізації політики в сфері подолання епідемій ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні може стати основою для розробки багатоцільових стратегій, спрямованих на забезпечення умов для доступу жінок і молодих дівчат, особливо з числа ключових груп наслення в отриманні комплексу психологічних, юридичних, медичних послуг, надання допомоги і підтримки в їх соціальної адаптації та ресоціалізації [78].

Нині в Україні більш ніж 50 000 жінок, які живуть з ВІЛ, не знають про свій ВІЛ-статус. 23 000 жінок, які знають свій статус і перебувають під медичним наглядом, не отримують антиретровірусної терапії. Щорічно від 7000 до 10 000 жінок інфікуються ВІЛ [79].

Відповідно до стратегії ЮНЕЙДС Fast-Track «Прискорення подолання епідемії ВІЛ-інфекції», що спрямована на ліквідацію епідемії до 2030 року, як

загрози громадському здоров’ю, для забезпечення здорового життя та благополуччя всіх людей, в Україні необхідно одночасно реалізувати низку заходів, спрямованих на активне виявлення недіагностованої ВІЛ-інфекції, інтенсивне розширення АРТ, ефективне лікування та подолання стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ [80].

Розроблено Консолідовані рекомендації щодо послуг з тестування на ВІЛ, які об'єднують існуючі вказівки щодо надання послуг з тестування на ВІЛ та вирішують питання та елементи ефективної доставки послуг, які є загальними в різних ситуаціях, контекстах та різноманітті населення [81]. Також наводяться орієнтовані та стратегічні підходи до впровадження послуг з тестування на ВІЛ, необхідні для підтримки нової стратегії ЮНЕЙДС Fast-Track. Крім того, ці вказівки допоможуть керівникам та виконавцям заходів національної програми протидії поширенню епідемії ВІЛ, у тому числі програм на рівні громад, при плануванні та впровадженні послуг з тестування на ВІЛ [82]. ВООЗ розроблено нові Зведені керівні принципи щодо використання антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції, в яких зазначено важливість своєчасного лікування, як одного з основних методів профілактики поширення ВІЛ [83, 84].

Зобов’язаннями України у рамках резолюції Третьої національної науково-практичної конференції з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу «За кожне життя разом: Прискорення до мети 90-90-90» (2016 рік) у сфері «Посилення потенціалу та прав людини» зокрема стали: зменшення рівня стигми та дискримінації серед медичних працівників по відношенню до ключових груп ризику шляхом проведення постійної інформаційно-навчальної роботи з гендерно-орієнтованого підходу до надання соціальних послуг та включення його до навчальних програм до- та післядипломної освіти медиків, соціальних працівників, психологів та інших фахівців, які працюватимуть у сфері ВІЛ/СНІДу; підтримка ініціатив, спрямованих на зменшення рівня стигми та дискримінації до найбільш криміналізованих груп ризику та ЛЖВ, формування толерантного до них ставлення, забезпечення їх безперешкодного

доступу до послуг з профілактики та прихильності до лікування, декриміналізація зберігання наркотиків для особистого вживання (ч.1 ст.309 Кримінального кодексу України), поставлення іншої особи в небезпеку зараження ВІЛ чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ч.1 ст.130 Кримінального кодексу України) та скасування адміністративної відповідальності за індивідуальну проституцію (ст. 181- 1 Кодексу України про адміністративні правопорушення); перегляд нормативно-правової бази з метою приведення порогу притягнення до кримінальної відповідальності у відповідність до кращого європейського досвіду [85, 86].

29 серпня 2017 року Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та ЮНЕЙДС видали спільну заяву про послуги з тестування на ВІЛ, в якій визначено два головних принципи надання цих послуг з урахуванням прав людини та норм громадського здоров'я. Відповідно до заяви, послуги тестування на ВІЛ, незалежно від способу їх надання, завжди повинні надаватися з дотриманням норм етики, прав людини та поваги до особистого вибору. В заяві чітко наведена позиція ВООЗ та ЮНЕЙДС про неприпустимість обов'язкового або примусового тестування на ВІЛ [8087].

Реформа системи охорони здоров’я в Україні нещодавно зосередилася на впровадженні системи громадського здоров’я, з особливим акцентом на поліпшення доступу до послуг у сфері ВІЛ [88].

Не слід забувати про ризики, пов’язані з медико-демографічною кризою в Україні, зокрема, стрімке постаріння населення, що призводить до загострення процесів депопуляції (навіть за умови підвищення народжуваності), посилюється тягар на працююче населення та на державу в цілому; високий рівень загальної захворюваності населення на тлі значного поширення факторів ризику захворювань, непопулярність серед населення здорового способу життя. Крім того, існує виражена відмінність показників захворюваності забезпечених і малозабезпечених груп населення (більше, ніж у 3 рази) [89], при високій питомій вазі бідного населення в Україні - 26,4 % (в Волинській, Кіровоградській, Сумській та Херсонській, областях цей

показник становить 40 %, а у двох останніх за межею бідності живе майже половина населення) [90].

1.2. Причини стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ

Питання стигматизації і дискримінації є однією з найважливіших і найпоширеніших проблем, з якою стикаються ВІЛ-позитивні та хворі на СНІД люди в Україні. Це є не лише психологічною проблемою, вона має і медичні, і соціальні наслідки [91].

Право на здоров'я - це право кожного на здійснення найвищого досяжного рівня фізичного та психічного здоров'я, закріплене в Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права 1966 року [92]. Це включає право кожного, у тому числі людей, які живуть з ВІЛ та постраждали від ВІЛ, до запобігання та лікування хворого, приймати рішення про своє власне здоров'я та дотримуватися їх поваги та гідності та без дискримінації [93].

Формування стереотипів є обов'язковим елементом нашої культури, але разом із тим формування стереотипів породжує й певний консерватизм, у тому числі і в процесі мислення. Стереотипи мають досить сильний вплив на свідомість людей і дуже широке поширення, межі якого важко навіть оцінити. Стигми ж мають лише негативну сторону - упереджене ставлення до певної категорії людей (соціальної верстви) або речей на основі скупчення стереотипів та установ.

Стигма (дослівно "ярлик", "тавро") - співвідношення однієї якості людини з іншою, хоча зв'язок між ними відсутній або недоведений. Досить часто наявність стигми призводить до дискримінації, тобто коли переконання переходять до дій. Стигма знижує об'єктивність оцінки конкретних людей (стигматизованих), а інколи може перешкоджати їх інтеграції в суспільство.

Стигма – упереджене ставлення до певної категорії людей, сформоване на основі існуючих в суспільстві хибних уявлень, стереотипів та міфів. Стигма – це розголос інформації, осуд, психологічний тиск, нетерпиме ставлення, зневага, заборона участі в домашніх справах або у суспільному житті тощо.

Стигма призводить до знецінення людини, її зневіри у собі. Внаслідок проявів стигми з боку оточення людина відчуває провину, сором, страх, тривогу та депресію [94].

Стигма є невід’ємною частиною дискримінації.

Дискримінація (лат. Discriminatio — розрізнення) - обмеження прав частини населення за певною ознакою (раса, вік, стать, національність, релігійні переконання, сексуальна орієнтація, стан здоров'я, рід занять тощо). Таке обмеження може бути підкріплено законодавством (правова дискримінація), прийнятою в країні релігією, або може ґрунтуватися виключно на сформованих моральних нормах (неофіційна дискримінація). Дискримінація має місце тоді, коли по відношенню до людини робиться виняток, який призводить до несправедливого або упередженого ставлення до людини на підставі її приналежності до певної групи. Наприклад, людина, що живе з ВІЛ, може не отримати медичну допомогу або бути звільненою на підставі ВІЛ-статусу.

Дискримінація має різні рівні: політичний (державні структури), соціальний (приватні, громадські організації, установи, інші суспільні інститути), індивідуальний/міжособистісний (окремі особи) [95].

Виділяють пряму та непряму дискримінацію, підбурювання до дискримінації. Непряма дискримінація має місце в ситуаціях, коли на перший погляд закон, правило або процедура є однаковими для всіх, але водночас це ставить особу в певну групу людей в невигідні умови, обмежує її. Пряма дискримінація – рішення, дії або бездіяльність, що призводять до випадку, коли до особи та/або групи осіб за певними ознаками ставляться менш прихильно, ніж до інших осіб в аналогічній ситуації. Підбурювання до дискримінації – вказівки, інструкції або заклики до дискримінації стосовно особи та/або групи осіб за певними ознаками.

Важливо відзначити, що стигма та дискримінація взаємозалежні одне від одного: стигматизація спричиняє дискримінацію, яка, у свою чергу,

зумовлює внутрішню стигму, яка заохочує та підсилює стигматизацію, створюючи, таким чином, замкнене коло, порушує права людини [96].

Стигму щодо ВІЛ/СНІДу можна визначити як знецінення людей, які живуть або асоціюються з ВІЛ. У процесі стигматизації ознака ВІЛ-статусу або його можливої наявності характеризується як така, що дискредитує, є недостойною, вимагає осуду з боку тих, хто її не має, та сорому і страху з боку ВІЛ-позитивних людей. Вважається, що люди, які мають ВІЛ, заслуговують на те, що з ними відбулося, через свою поведінку, вчинки. Часто ВІЛ/СНІД зображується в засобах масової інформації як „чума XXI століття”, „хвороба гомосексуалістів та наркоманів”, що посилює суспільні страхи ще більше.

Це підтверджують результати всеукраїнського моніторингу найпопулярніших друкованих засобів масової інформації щодо висвітлення проблем ВІЛ/СНІД. Зокрема, проаналізовано такі питання: медіа-дискурс та епідемія СНІД; кількість та обсяг публікацій; ключові теми публікацій; ключові герої публікацій, ставлення до ВІЛ-позитивних людей і джерела інформації; аргументованість та якість статей. Результати дослідження свідчать про підвищення рівня зацікавленості журналістів у темі ВІЛ/СНІД, проте якість, достовірність та аргументованість статей потребують значного покращення [97]. З’ясування того, яким чином подається проблема ВІЛ/СНІДу у мас-медіа, дає змогу оцінити суспільну думку щодо цього питання та дослідити, наскільки в публічному дискурсі поширена практика висвітлення моделей безпечної поведінки, терпимості та толерантності суспільства по відношенню до ЛЖВ [98].

Причинами виникнення стигми можуть бути декілька факторів:

- недостатнє розуміння хвороби, міфи про шляхи передачі ВІЛ, сором;
- відсутність лікування (або обмежений доступ);
- безвідповідальність повідомлень у ЗМІ
- поширення соціальних страхів та побоювань, а також суспільного осуду, пов'язаних із сексуальністю, хворобами та смертю, вживанням наркотиків.

Наслідки стигми та дискримінації:

- вплив на свідомість людей, що живуть із ВІЛ, занижена самооцінка, депресія, відчай;

- збільшення ризику інфікування через страх проходити тестування, боязнь осуду;

- формування такого середовища, де лякає не сама хвороба, а те, як її оцінюють, ставлення до неї;

- ігнорування людиною свого реального або потенційного ВІЛ-статусу;

- порушення прав та свобод людей у сфері охорони здоров'я, праці, освіти тощо;

- зменшення зусиль, спрямованих на боротьбу з ВІЛ/СНІДом, або їхньої ефективності;

- знецінення певних груп людей, закріплення соціальної нерівності (в тому числі гендерна нерівність, нерівність, пов'язана із сексуальністю).

У пункті 13 Декларації про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом (від 27.06.2001 року) зазначено: „Стигматизація, замовчування, дискримінація та заперечення, а також відсутність конфіденційності підривають зусилля з профілактики, лікування та догляду ВІЛ-інфікованих і збільшують вплив епідемії на окремих осіб, сім'ї, громади та нації” [99].

Отже, стигма та дискримінація тісно пов'язані між собою: існування стигми прямо призводить до виникнення дискримінації певних груп людей, девальвації їх особистої цінності. Стигма та дискримінація посилюють та підживлюють одна одну, формують нерозривне коло.

Законодавство України у сфері протидії хвороб, зумовлених ВІЛ, базується на Конституції України [100] і складається з Основ законодавства України про охорону здоров’я [101], спеціальних Законів України «Про санітарне благополуччя населення» [102], „Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [103], «Про затвердження Загальнодержавної

цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки», інших нормативно правових актів [104].

У Законі України „Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» у статтях 14, 15 зазначено, що ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД громадяни України користуються всіма правами та свободами, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України. Крім загальних прав і свобод, вони мають право також на: відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням їхніх прав унаслідок розголошення чи розкриття інформації про їх позитивний ВІЛ-статус [103].

У статтях 16, 17 та 18 цього закону зазначається, що забороняється відмовляти ВІЛ-інфікованим людям у прийнятті до лікувальних закладів, наданні медичної допомоги, а також здійснювати обмеження їх прав будь-яким іншим чином. У разі порушення прав ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД мають право оскаржувати неправомірні дії посадових осіб у суді. Важливою нормою є можливість отримати компенсацію шкоди, завданої здоров'ю особи, при зараженні ВІЛ під час медичних маніпуляцій.

Основними проблемами, які постійно постають перед ЛЖВС в Україні, залишаються наступні: недотримання добровільності тестування на ВІЛ – права на вільне інформоване й усвідомлене прийняття рішень щодо обстеження та подальше лікування; економічна недоступність – має місце практика оплати медичних послуг пацієнтами (у вигляді благодійних внесків, правлення грошей на надання медичних послуг тощо); дискримінація – обмеження конституційного права ЛЖВС на медичну допомогу, випадки відмови у госпіталізації та проведення оперативних втручань, незаконне розголошення інформації; стигматизація – соціальна ізоляція ЛЖВС, неприйняття та їх ігнорування, примусове тестування без їх згоди; неузгодженість, а то й взаємоусунення та конфліктність положень окремих законів і підзаконних актів щодо ключових позицій у контексті епідемії; відсутність політичної волі працівників окремих центральних органів

виконавчої влади щодо дотримання чинного законодавства у сфері ВІЛ/СНІДу [105].

Українське законодавство у сфері протидії ВІЛ/СНІДу знаходиться у постійному прогресивному розвитку з метою урахування найкращого світового досвіду і рекомендацій міжнародних правових актів. Загалом чинне національне законодавче поле відповідає міжнародним стандартам, які застосовуються у боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІДу і її негативними наслідками у глобальному масштабі. Кардинальні зміни соціально-економічної системи України і сучасні виклики епідемії ВІЛ/СНІДу створюють напруженість у суспільстві, і тому вимагають постійного розвитку та удосконалення державної політики у цій сфері, а відтак, комплексної «ревізії» національної нормативно-правової бази і негайного усунення неузгодженості в її актах з метою досягнення задекларованих державою цілей [106].

На сьогоднішній день в Україні поширена дискримінація людей, що живуть із ВІЛ, навіть серед тих, хто повинен бути найбільш поінформованим та неупередженим, тобто серед лікарів. Для вирішення цієї проблеми існує декілька стратегій, що вже були випробувані на практиці [107,108,109].

Результати досліджень свідчать, що і медичні працівники, і пацієнти медичних закладів мають деякі негативні погляди і переконання стосовно людей, які живуть з ВІЛ; як одні, так і другі не виключають можливість інфікування ВІЛ під час надання послуг; респонденти обох категорій повідомляють про випадки відмов у наданні медичних послуг людям на підставі фактичного або приписуваного ВІЛ-статусу, що свідчить про збереження практики стигматизації цих людей, хоча і меншою мірою, ніж у попередні роки [110]. Поки медичні працівники усіх закладів, незалежно від профілю, не відчуватимуть себе у повній безпеці під час надання послуг ВІЛ-інфікованим пацієнтам, прояви стигми і дискримінації, пов’язаних з ВІЛ, збережуться. Це вказує на необхідність включення до галузевої угоди, колективних договорів і угод усіх закладів системи охорони здоров’я взаємних зобов’язань сторін щодо зниження стигми та дискримінації, пов’язаних з ВІЛ,

сприяння діалогу з питань стигматизації і ризиків ВІЛ- інфікування медичних працівників, а також необхідності здійснення моніторингу ситуації до того часу, поки не будуть отримані дані, що підтверджували б позитивні зміни у ставленні медичних працівників до людей, які живуть з ВІЛ [111].

З метою забезпечення допомоги та надання підтримки жертвам дискримінації з боку медичного персоналу дієвим є налагодження співпраці адміністрацій лікувально-профілактичних закладів з недержавними ВІЛ-сервісними, правозахисними організаціями, що надають соціальну, психологічну, юридичну допомогу ЛЖВ та/або представникам ключових груп населення [112].

Дієвими механізмами подолання або зменшення стигматизації та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом, повинні стати реформи в політиці та законодавстві. Однак, без зміни системи цінностей та ставлення до цієї проблеми ці заходи будуть мати незначний успіх [113].

Українське законодавство врахувало вимоги міжнародного права щодо захисту прав людей, які живуть із ВІЛ, проте, на практиці захист цих прав здійснюється не завжди. Обов'язком держави є поважати права людини, не допускати пряму чи непряму дискримінацію в законодавстві і політиці, вживати заходи, спрямовані на захист прав людини та боротьбу з дискримінацією. Існування дискримінації, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом, характеризує державу як таку, що має лише декларативний захист, повагу та дотримання прав людини [114]. Дискримінація в зв'язку з ВІЛ/СНІДом є порушенням прав людини, і особи, які дозволяють дискримінацію, повинні відповідати згідно із чинним законодавством, а постраждалі від неї мають право на компенсацію [115].

Спочатку СНІД сприймався виключно як хвороба маргіналів (споживачів ін’єкційних наркотиків, працівників секс-бізнесу, чоловіків, що мають секс із чоловіками, емігрантів, загалом кажучи, соціальних низів), а тому страх перед невиліковним захворюванням поєднувався з відразою до стилю життя (справжнього чи приписуваного) цих соціальних «аутсайдерів».

Такий стан речей зберігається й донині, підкріплюючись тим, що на сьогодні в Україні епідемія ВІЛ/СНІДу дійсно носить здебільшого концентрований характер, зосереджуючись значною мірою в уразливих групах.

Очевидно, саме впливом подібних стереотипів пояснюється більш високий рівень стигматизації людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, порівняно, наприклад, із людьми, що мають онкологічні захворювання. Адже об’єктивні передумови – високий рівень летальності, невиліковність цих хвороб засобами сучасної медицини та неможливість передачі захворювання побутовим шляхом – для цих двох захворювань є приблизно однаковими. Тобто джерелом походження стигми, пов’язаної з ВІЛ/СНІДом, є не лише прагматичний острах цього захворювання, символічне асоціювання цієї хвороби з соціально несхвалюваним способом життя груп, для яких характерне значне розповсюдження ВІЛ-інфекції.

Стигматизація спричиняє дискримінацію, а та, у свою чергу, зумовлює внутрішню стигму, яка заохочує і підсилює стигматизацію, таким чином створюючи замкнене коло.

Стигматизація й дискримінація, пов'язані з ВІЛ/СНІД, мають багато інших наслідків. Зокрема, вони впливають на самосвідомість людей із ВІЛ/СНІД, викликаючи в них депресію, занижену самооцінку і відчай. Це ще називають інтернальною стигматизацією («самостигматизацією») або «внутрішньою стигматизацією», оскільки це зачіпає почуття власної гідності людини або групи людей. Проявом внутрішньої стигми науковці вважають відчуття власної неповноцінності, ненависті до себе, спроби довести свою перевагу перед представниками стигматизованої групи, нездатність будувати відносини з людьми поза чи всередині власної групи, відчуття безпорадності, відсутності контролю над ситуацією. Це все спричиняє розвиток депресії у ВІЛ-позитивних людей. Крім об’єктивних факторів, вагому роль серед причин стигматизації людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом відіграють також різного роду упередження: досить поширеними залишаються хибні уявлення про можливість інфікуватися ВІЛ побутовим шляхом.

Виходячи із цього, люди можуть уникати взаємодії з людьми з ВІЛ у повсякденному житті, побоюючись інфікуватися ВІЛ. Існує думка, що ВІЛ/СНІД є наслідком аморальної поведінки (безладних статевих зв'язків, вживання наркотиків тощо), своєрідним «покаранням» за неї, а тому ВІЛ-позитивні люди самі винні у своїй хворобі і не заслуговують на співчуття.

Також можливим є партнерське насильство пов'язане з фактом інфікування ВІЛ, яке є однією з найпоширеніших форм насильства щодо жінок і включає в себе фізичне та емоційне насильство [116]. Такі випадки зафіксовані серед різних соціально-економічних, релігійних та культурних груп населення. І навпаки, чоловіки набагато частіше відчувають насильницькі дії в таких ситуаціях від чужих або знайомих, ніж від близьких їм або статевих партнерів [117].

Дані проведеного в 2010 році дослідження свідчать, що стигматизація, дискримінація та порушення прав людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, є поширеними явищами в Україні. Половина опитаних ЛЖВ (51%) стикалися із проявами стигматизації та дискримінації з боку оточуючих з причин, що включають ВІЛ-статус. Здебільшого, це плітки (30%), усні образи (18%), психологічний тиск з боку подружжя/партнера (12%). Значно меншими є частки ЛЖВ, яких через ВІЛ-статус фізично переслідували (6%), не допускали до домашніх справ (4%), до участі в різних зборах (3%) або релігійних заходах (2%) [118]. Однак, наразі, слід зазначити, що за три роки порівняно з 2010 роком значимо поліпшилося ставлення до ЛЖВ з боку соціального оточення. Загальний рівень стигматизації та дискримінації ЛЖВ через ВІЛ-статус з боку соціального оточення знизився на 11%: з 51% у 2010 році до 40% у 2013 році [119].

Серед форм стигматизації ЛЖВ з боку оточуючих найбільш поширеними залишаються плітки, образи, переслідування або погрози в усній формі. Об'єктом пліток з причин, що включають ВІЛ-статус, ставали понад чверть опитаних ЛЖВ (26%), тоді як у 2010 році цей показник становив 30%. Другою за поширеністю формою стигматизації/дискримінації ЛЖВ

залишаються усні образи, переслідування та погрози з боку інших людей. Менш поширеними залишаються такі прояви стигматизації, як психологічний тиск на ЛЖВ з боку партнера та дискримінація близьких для ЛЖВ людей - 9% респондентів, що на 3-5% менше, ніж у 2010 році. Порівняно рідко мають місце тяжкі форми дискримінації ЛЖВ, наприклад, фізичне переслідування/погрози (3% у 2013 році проти 6% у 2010 році) або фізичне насильство (1% у 2013 році проти 4% у 2010 році) з причин, що включають ВІЛ-статус.

В соціальному оточенні стигма проявляється більшою мірою не в фізичному насильстві, а в негативно-емоційному впливі з боку інших людей (плітки, образи, негативні висловлювання тощо), що сприяє формуванню в ЛЖВ доволі сильної внутрішньої стигми. Загальний рівень самостигматизації ЛЖВ протягом 2010-2013 років залишався незмінно високим (82%). Дещо частіше піддаються внутрішній стигмі жінки (85%), ніж чоловіки (78%). Найпоширенішими проявами внутрішньої стигматизації серед ЛЖВ залишаються: самозвинувачення (58%), відчуття власної провини (46%), занижена самооцінка (46%), відчуття сорому (41%).

Збільшилася частка ЛЖВ, які звинувачують у своєму ВІЛ-статусі інших людей (з 20% у 2010 до 28% у 2013 році), а також удвічі зросла частка ЛЖВ, які внаслідок внутрішньої стигматизації бажали вчинити самогубство (з 8% у 2010 році до 16% у 2013 році). Більш схильна до таких настроїв молодь віком 20-29 років (21%). Представники ключових груп населення частіше за інших звинувачують себе в тому, що сталося. ЛЖВ, які не належать до уразливих груп, частіше відчувають сором і звинувачують інших у своєму ВІЛ-статусі.

Незмінно високим (62%) залишається показник самодискримінації ЛЖВ. Пік самодискримінаційних рішень припадає на перший рік після встановлення діагнозу (66%), далі з плином часу поширеність прийняття таких рішень серед ЛЖВ дещо знижується (55% – для тих, хто живе з ВІЛ понад 15 років) [120]. Серед самодискримінаційних рішень ЛЖВ найпоширенішими

залишаються рішення не мати дітей (39%) [121], не брати шлюб (21%), а також уникати відвідування медичних установ 21% та відмова від госпіталізації – 18%.

У 2016 році, порівняно з 2010 та 2013 роками, майже всі показники стигми по відношенню до ВІЛ-позитивних людей зменшилися, проте рівень самостигматизації людей, які живуть з ВІЛ, залишається практично без змін [122].

На даний момент дослідження за методикою «Індекс стигми» було проведено приблизно у 70 країнах світу, однак Україна – єдина країна, яка провела таке дослідження тричі.

Свій внесок у розвиток стигматизуючого сприйняття людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, роблять також і науковці, які часто необдумано використовують поняття «соціально небезпечні хвороби», підміняючи ним близький за значенням, але не тотожний термін «соціально значущі хвороби». Поняття «соціально небезпечні хвороби» сформувалося в епідеміології та соціальній медицині на позначення тих захворювань, які знаходяться на стадії некерованого розвитку й становлять загрозу для людського розвитку певної популяції – населення певного регіону або країни в цілому. Сам по собі цей термін є не досить вдалим, оскільки несе значне емоційно-оціночне навантаження, і мав би бути замінений більш нейтральним поняттям. Це – як максимум, а як мінімум – його варто використовувати лише в прямому значенні, не перетворюючи на метафору і не вживаючи у випадку, коли йдеться про ВІЛ/СНІД, туберкульоз, онкологічні захворювання, адже на сьогодні в Україні всі вони знаходяться на стадії соціально значущих хвороб, демонструючи тенденцію до зростання і спричиняючи негативні наслідки, але в той же час залишаючись під контролем.

Окремої уваги потребують ВІЛ-позитивні діти. На сьогодні в Україні існує проблема інтеграції ВІЛ-позитивних дітей у звичайні садочки та школи, у суспільство в цілому. В загальноосвітніх установах до таких дітей часто спостерігається негативне ставлення [123]. Необхідно формувати толерантне

ставлення до таких дітей, а для цього суспільству слід усвідомити, що небезпеки при спільному перебуванні в колективі з ВІЛ-позитивною дитиною для інших дітей та дорослих немає [124].

ВІЛ-позитивні діти і підлітки потребують психологічної підтримки для того, щоб їм було легше адаптуватися у соціумі, подолати депресивний стан, пов'язаний з усвідомленням характеру їхнього захворювання, створити мотивацію для відповідальної поведінки, диспансерного спостереження й лікування, а також сформувати психологічну стійкість до проявів негативного ставлення й дискримінації з боку оточення: дітей та їхніх батьків, знайомих, сусідів та інших [125].

Отже, подолання стигматизації та дискримінації повинно бути спрямовано на формування точного неупередженого розуміння людей, її природи та причин, повинно зменшувати тривогу та почуття беззахисності в людей, а головне - повинно ґрунтуватися на повазі до особистості, її прав і свобод.

Для забезпечення ефективних заходів щодо протидії стигмі і дискримінації у зв’язку з ВІЛ/СНІДом, роботу слід вести одночасно по декількох напрямках:

- інформація і освіта для досягнення кращого розуміння проблеми;
- правовий захист людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом;
- доступність послуг, щоб люди мали можливість дізнатися про свій серологічний статус, та надання їм підтримки в розкритті свого статусу іншим;
- у медичних установах необхідно забезпечити дотримання професійних і етичних норм; у випадку виникнення порушень професійної етики слід передбачити адекватні форми відшкодування збитку;
- стимулювати практичне навчання по питаннях ВІЛ для всіх медичних працівників з метою кращого розуміння проблеми, забезпечення конфіденційності і зменшення необґрунтованих страхів;

- використання універсальних засобів захисту не тільки заспокоїть страх персоналу, але і допоможе захистити таємницю особи та права інфікованих пацієнтів;

- забезпечення ширшого доступу до медичних препаратів і їх використання для лікування.

Допомога людям в розумінні того, що з ВІЛ/СНІДом можна жити, і що досягнення в області лікування дають реальну надію на майбутнє, є важливим кроком для подолання страху з приводу епідемії як на робочих місцях, так і в суспільстві.

1.3. Досвід країн світу з подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ та стан рішення даного питання в Україні

У багатьох країнах напрацьовано безцінний досвід боротьби зі стигмою, дискримінацією та порушеннями прав людини у зв'язку з ВІЛ. Реалізуються проекти, програми та вживаються заходи, в ході яких застосовуються інноваційні методи [127]. Вивчення досвіду боротьби зі стигмою та дискримінацією в інших країнах допоможе зрозуміти на чому, насамперед, мають бути сконцентровані зусилля.

У цьому сенсі цікавий досвід Франції, яка змогла подолати епідемію, знизити показники поширеності та продовжити життя ВІЛ-інфікованим. На сьогодні Франція є одним із основних донорів Глобального фонду боротьби зі СНІДом. У Франції постійно діють програми, які сприяють зміні стереотипів щодо проблеми ВІЛ/ СНІДу, які панують у суспільстві, протидії дискримінаційному ставленню до ЛЖВ. Одним із гасел боротьби зі СНІДом в цій країні є: "Не можна боротися зі СНІДом і водночас не боротися з дискримінацією людей, які захворіли". Державна стратегія подолання епідемії включає: надання правдивої інформації про епідеміологію, етіологію, патогенез, клінічний перебіг ВІЛ-інфекції та методи профілактики інфікування; доступ до медичної допомоги, системного лікування, найсучасніших медикаментів; забезпечення кожного громадянина Франції та іноземців карткою медичного страхування, яка гарантує повернення всіх

витрат з обстеження та лікування; проведення навчання в лікувальних установах з метою розвіювання міфів і стереотипів, які призводять до стигматизації та дискримінації хворих. Завдяки потужній інформації щодо ВІЛ/СНІДу в соціумі Франція стабілізувала ситуацію щодо стигми та дискримінації [128].

У Білорусії був реалізований проект, спрямований на залучення людей, які живуть з ВІЛ, у заходи з профілактики ВІЛ/СНІДу [129]. Основна увага проекту приділялася зміні стигматизуючого ставлення до людей, що живуть із ВІЛ. Поряд з іншими заходами, у рамках цього проекту проводилася інформаційна та правозахисна кампанія для населення з метою підвищення інформованості про стигму та дискримінацію, пов’язаними з ВІЛ та їх зниженням. Були організовані фотовиставки/інсталяції під назвою “Двері”, яка описує, як ВІЛ проникає в життя людей, і як вона змінюється через це. У ході цієї кампанії відбувалася постійна взаємодія із засобами масової інформації та урядовими органами. Досвід проекту свідчить про необхідність всеосяжного і комплексного розв’язання проблеми стигми та дискримінації, пов’язаної з ВІЛ.

Проект, спрямований на покращення якості життя людей, що живуть з ВІЛ, був проведений у Південній Африці. Однією з цілей цього проекту було подолання стигми і заохочення підтримки людей, що живуть із ВІЛ. Завдяки цьому проекту в цілому покращилося ставлення до людей, які живуть із ВІЛ, і значно підвищився рівень обізнаності щодо питань ВІЛ/СНІДу [130].

Галузь охорони здоров’я відповідає за профілактику, діагностування, лікування хвороб та забезпечення догляду за хворими, а тому може суттєво сприяти скороченню стигми і дискримінації у контексті надання медичних послуг. Визначено, що в Україні більш ніж 25 % медичного персоналу мають високу готовність до стигми та дискримінації ВІЛ-інфікованих хворих та співробітників [131]. Країни повинні захищати здоров’я і права працівників охорони здоров’я шляхом оптимізації умов праці. Захищаючи працівників охорони здоров’я, забезпечуються умови, коли особи, які надають медичні

послуги, самі є здоровими. Це в свою чергу сприятиме реалізації прав людей на доступ до якісних медичних послуг [132].

У Доповіді про стан здоров'я у світі 2006 року зазначається, що підбір і збереження кваліфікованих працівників охорони здоров'я – одне із найбільш проблемних завдань у рамках збереження потенціалу системи охорони здоров'я. Спільні керівні принципи МОП/ВООЗ щодо медичного обслуговування і ВІЛ/СНІДу містять визначення терміну «працівники охорони здоров'я», згідно з яким це всі люди, що залучені до діяльності, метою якої є покращення і зміцнення здоров'я [133, 134].

У 2006 році на консультаційному засіданні ВООЗ з питань дефіциту людських ресурсів у сфері охорони здоров'я був запропонований план дій щодо протидії СНІДу і підтримки працівників охорони здоров'я, відомий як «Лікуй, навчай і перенавчай» [135]. Цей план складається із трьох компонентів: компонент лікування, що включає комплекс послуг із профілактики ВІЛ, лікування, догляду і підтримки для працівників охорони здоров'я; компонент навчання, що включає заходи із зміцнення спроможності працівників охорони здоров'я забезпечувати загальний доступ до послуг, пов'язаних із ВІЛ-інфікуванням і захворюванням на СНІД; компонент перепідготовки, що включає стратегії перепідготовки працівників охорони здоров'я, зокрема працівників державних закладів, а також фінансові та інші стимули і стратегії підвищення рівня оплати праці, покращення умов праці, регулювання міграції працівників охорони здоров'я [136]. Розробленню керівних принципів передували вивчення і аналіз тематичної літератури, оцінка успішного досвіду 21 країни, а також консультації із міжнародними експертами та тристоронніми партнерами, що були організовані МОП і ВООЗ за участі ЮНЕЙДС. Керівництво до практичних дій із впровадження керівних принципів було розроблене таким чином, щоб спростити впровадження 14 керівних принципів. Ці принципи згруповані у три тематичні групи: національні політики, у тому числі права, законодавство і системи соціального захисту; заходи на робочих місцях, у тому числі політики і програми на

робочих місцях, навчання; бюджет, моніторинг і оцінка, у тому числі координація на національному рівні і на рівні установ та закладів.

«ВІЛ в Європі» - це ініціатива європейських медиків, дослідників, а також політичних і громадських організацій, що працюють в області боротьби з ВІЛ/СНІДом. Ініціатива офіційно оформилася в 2007 році з метою об'єднання зусиль, спрямованих на поліпшення розуміння ситуації, обмін інформацією та подолання бар'єрів, з якими стикаються європейці при зверненні за тестуванням, лікуванням та доглядом. У центр уваги ініціативи була поставлена та роль, яку відіграють стигма і дискримінація в якості перешкод на шляху до розширення універсального доступу до тестування, лікування і догляду при ВІЛ-інфекції. Для обґрунтування цих зусиль була потрібно конкретна доказова база, яка враховує місцеві умови [137].

У 2009 році мережі людей, що живуть з ВІЛ в Естонії, Молдові, Польщі, Туреччині та Україні, прийшли до висновку про необхідність боротьби зі стигмою та дискримінацією в зв'язку з ВІЛ в їх країнах та ініціювали обговорення можливості реалізації «Індексу стигматизації людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ)» в їх країнах (за підтримки міжнародних партнерів, що займаються реалізацією «Індексу стигматизації ЛЖВ»). Ці зусилля були враховані, і «Індекс стигматизації ЛЖВ» був обраний в якості інструменту, покликаного допомогти зрозуміти, чи відчувають люди, що живуть з ВІЛ в цих країнах, будь-які сумніви при зверненні за послугами тестування, лікування і догляду, і якщо так, то чому. «Індекс стигматизації ЛЖВ» - це ініціатива 4 партнерських організацій: Глобальна мережа людей, що живуть з ВІЛ (GNP +); Міжнародне співтовариство жінок, що живуть з ВІЛ/СНІДом (ICW); Міжнародна федерація планування сім'ї (IPPF); Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС).

Основоположним моментом «Індексу стигматизації ЛЖВ» є те, що цей індекс являє собою ініціативу людей, що живуть з ВІЛ, для людей, що живуть з ВІЛ. Загальна картина, яка сформувалась згідно проведеного дослідження, показує відмінності в часі, яке респонденти вичікують, перш ніж зважитися на

звернення за медичною допомогою після отримання діагнозу. Респонденти висловили безліч страхів, які можуть затримати звернення за тестуванням і отриманням допомоги; переважаючими з яких є страх соціальної стигми і страх поганого ставлення з боку медпрацівників. Респонденти, які належали до ключових популяцій, в цілому мали більш високі рівні заклопотаності, зокрема, вони в більшій мірі бояться дискримінації з боку медпрацівників, криміналізації і насильства з боку сім'ї і спільноти. Було виявлено міцний зв'язок між добровільним програмами консультування і тестування та своєчасним зверненням за медичною допомогою; ті респонденти, які протестувалися добровільно, частіше зверталися за отриманням допомоги протягом шести місяців, так само як і ті, хто отримав дотестове та післятестове консультування (або, принаймні, післятестове консультування) [138].

З результатів дослідження сформовано чіткі рекомендації щодо необхідних втручань: важливо докласти всіх можливих зусиль з подолання як соціальної стигми, що оточує ВІЛ, так і виникнення у людей страху при необхідності пройти тестування; забезпечення надійного захисту від дискримінації на роботі та в навчальному закладі і відповідне інформування. Після постановки позитивного діагнозу людина повинна мати прямий доступ до психологічної і емоційної підтримки. Необхідно створити системи і норми, які не допустять негативного ставлення з боку медичних працівників. В той же час, медичні працівники повинні пройти навчання з питань забезпечення конфіденційності і професійного надання допомоги пацієнтам без прояву суб'єктивності. Медична допомога повинна бути забезпечена для людей з ВІЛ в місцях позбавлення волі на такому ж рівні, як і в інших умовах. Нарешті, неможливо переоцінити значимість програм добровільного ВІЛ-консультування і тестування в рамках захисту прав людини, забезпечення довіри і сприяння в зверненні за медичною допомогою після постановки діагнозу.

Цікавим є досвід Гаїті. Дані досліджень у сільській місцевості Гаїті показують, що впровадження якісної допомоги з ВІЛ-інфекції (а саме

адекватна АРВ-терапія) може призвести до швидкого зниження стигми, внаслідок чого зростає охоплення тестуванням. Замість стигми, логістичні та економічні бар'єри визначають, хто матиме доступ до таких послуг. Проаналізовано наслідки для розширення інтегрованої профілактики та догляду за СНІДом [139].

Зниження стигматизації та дискримінації не лише приводить до адаптації й інтеграції людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, у суспільне життя, а й сприяє зниженню поширеності ВІЛ/СНІДу [140]. Стратегічна політика держави у сфері охорони здоров’я має захищати права ВІЛ-інфікованих та надавати їм можливість представляти інтереси в різних структурах, брати безпосередню участь в ухваленні рішень, що стосуються ВІЛ/СНІДу на законодавчому рівні. Це буде сприяти подоланню нерівності та унеможливить виникнення дискримінації.

Стигма та дискримінація людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, – це системна суспільна проблема, що потребує комплексного розв’язання. При цьому успіх можливий у разі спільних зусиль держави і суспільства [141].

З огляду на досвід цивілізованих країн, передусім Західної Європи, очевидно, що впровадження в сфери соціального життя принципів толерантності та взаєморозуміння сприяють створенню позитивної соціально-психологічної атмосфери в суспільстві, ведуть до налагодження дієвих соціальних комунікацій, які знижують вірогідність негативних явищ внаслідок проявів стигми та дискримінації щодо ЛЖВ [141]. Проведення постійного моніторингу дотримання принципу недискримінації у ставленні до ВІЛ-позитивних людей залишається одним з пріоритетних напрямів роботи Уповноваженого з прав людини [143,144]. Як показав набутий досвід, система протидії ВІЛ/СНІДу в України, при всіх її недоліках, виявилася здатна вибудовувати комунікативні мережі та взаємодії на толерантних принципах та взаєморозумінні [145, 146].

Позитивний досвід розв’язання проблеми стигми та дискримінації, пов’язаної з ВІЛ/СНІДом в інших країнах, необхідно враховувати та втілювати

в українське суспільство. Безумовно, досвід інших країн не можна сліпо переносити на українську реальність, необхідно враховувати особливості та ментальність нашого суспільства [147].

1.4. Характеристика дисертаційних робіт в Україні з питань ВІЛ/СНІДу

Були проаналізовані автореферати дисертаційних робіт, теми яких пов'язані з наданням медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІД. Це наступні дисертаційні роботи:

- на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук:

- Миронюк І.С. «Медико-соціальне обґрунтування системи оптимізованої протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції серед трудових мігрантів (на прикладі Закарпатської області)» [20];

- Жилка Н.Я. «Медико-соціальне обґрунтування системи профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини» [18];

- на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук:

- Юрченко О.В. «Наукове обґрунтування системи міжсекторальної протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІД в мегаполісі» [148];

- Дуб Ю.М. «Медико-соціальне обґрунтування профілактики ВІЛ-інфікування жінок в умовах реформування медичної допомоги населенню» [19];

- Чепурнова Н.В. «Медико-соціальне обґрунтування оптимізації моделі організації допоміжних репродуктивних технологій» [149];

- Крисько М.О. «Медико-соціальне обгрунтування функціонально-організаційної моделі медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД на первинний рівень» [16].

- на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук:

- Габора Л.І. «Соціально-педагогічні умови профілактики ВІЛ/СНІДу серед старшокласників» [150].

В даних роботах не піднімалося питання стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ.

1.5. Обґрунтування необхідності проведення подальших наукових досліджень

Ставлення українського суспільства до ВІЛ-позитивних людей більшість оцінює як негативне. Стосунки з різними колами оточення та ситуації, які можна класифікувати як дискримінуючі, особливо часто згадуються серед проблем, з якими зустрічаються ЛЖВ внаслідок свого позитивного статусу. Як показують результати досліджень, жодне з кіл оточення ВІЛ-позитивної людини, незалежно від близькості зв'язків, не є абсолютно толерантним. Окремо варто виділити ставлення медичних працівників, які, з одного боку, є найбільш поінформованими з питань ВІЛ/СНІДу, а з іншого — найменш толерантними в колі оточення ЛЖВ [151, 152].

За даними дослідження Індексу стигми в Україні, значна частка ЛЖВ стикається зі стигмою і дискримінацією з боку медичних працівників. Водночас на сьогодні бракує документальних свідчень про ефективність заходів боротьби зі стигмою й дискримінацією, пов’язаних з ВІЛ. Тому потрібно провести оцінку ефективності впроваджуваних заходів у різних умовах, знайти приклади успішних програм, узагальнені приклади успішних заходів і відповідної діяльності [153].

Проведений аналітичний огляд наукової літератури показав проблеми в отримані населенням, в тому числі ЛЖВ, доступної медичної допомоги пов’язаної з ВІЛ/СНІД, яка в основному концентрується в спеціалізованих закладах охорони здоров’я.

Аналіз проявів стигми та дискримінації в різних країнах переконливо свідчить, що стигма та дискримінація, які пов’язані з ВІЛ/СНІДом, – це системна проблема, яка потребує комплексного підходу та зусилля держави й суспільства в цілому [154]. Проблема стигми та дискримінації, пов’язана з ВІЛ/СНІДом, потребує подальшого вивчення. При цьому, насамперед, слід

приділяти увагу освітнім програмам із залученням усіх прошарків суспільства [155].

Все вище зазначене визначає доцільність проведення наукового дослідження з питань протидії стигмі та дискримінації, необхідно звернути увагу на проблеми, які потребують подальшого вивчення, такі як:

- формування і поширення стигми і дискримінації, пов'язаних з ВІЛ, серед різних вікових груп, включаючи молодіжне середовище;
- створення мотивацій і умов для здорового способу життя громадян працездатного віку;
- вплив засобів масової інформації на стигматизацію і дискримінацію людей на підставі фактичного або підозрюваного ВІЛ-статусу;
- оцінки медичними працівниками професійних і непрофесійних ризиків інфікування ВІЛ;
- стигма і дискримінація ВІЛ-інфікованих з боку пацієнтів;
- оцінка ставлення населення України до людей, які живуть з ВІЛ тощо.

Дотримання прав людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, а також представників уразливих до ВІЛ груп повинно стати одним із пріоритетів політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні [156, 157]. Адже на нинішньому етапі:

- найуразливіші до ВІЛ групи отримують обмаль уваги на національному рівні;
- ефективні програми профілактики ВІЛ, лікування та підтримки ВІЛ-позитивних людей перебувають під постійною загрозою зриву;
- захист прав людини розглядається як захист громадського здоров'я;
- підхід до епідемії ВІЛ/СНІДу з позицій прав людини підтвердив свою ефективність у багатьох країнах;

- всупереч численним обіцянкам і проголошеним намірам протидії епідемії ВІЛ/СНІДу на практиці бракує реальних дій, що ґрунтуються на повазі до прав людей.

Вище наведене зумовило актуальність даного дисертаційного дослідження та стало підставою для розробки програми дослідження, визначення його мети та завдань.

РОЗДІЛ 2
ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, МЕТОДИ І ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Досягнення мети дослідження потребувало розробки спеціальної програми, складеної з використанням системного підходу, виконання якої передбачалося у шість організаційних етапів, що забезпечило комплексність дослідження та можливість отримання достовірної інформації для оцінки стану об’єкту дослідження (рис.2.1).

Методи досліджень затверджені на засіданні комісії з біоетики медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»(протокол № 4 від 07 лютого 2017 року).

Для проведення дослідження були розроблені відповідна програма та робочий план. Програма включала наступні розділи:

1. Вивчення проблеми дослідження, визначення об’єкту та предмету дослідження.
2. Визначення мети та завдань дослідження.
3. Визначення генеральної сукупності дослідження та розрахунок репрезентативної вибірки.
4. Розробка інструментарію дослідження.
5. Збір інформації.
6. Статистична обробка та аналіз отриманих результатів.
7. Комплексний аналіз отриманих результатів.
8. Обґрунтування та розробка функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації ЛЖВ.
9. Експертна оцінка та впровадження результатів, визначення ефективності.
10. Формування висновків та практичних рекомендацій.

При розробці програми враховувались методичні принципи її створення: системність, комплексність, достовірність результатів, наступність, практична значущість результатів.

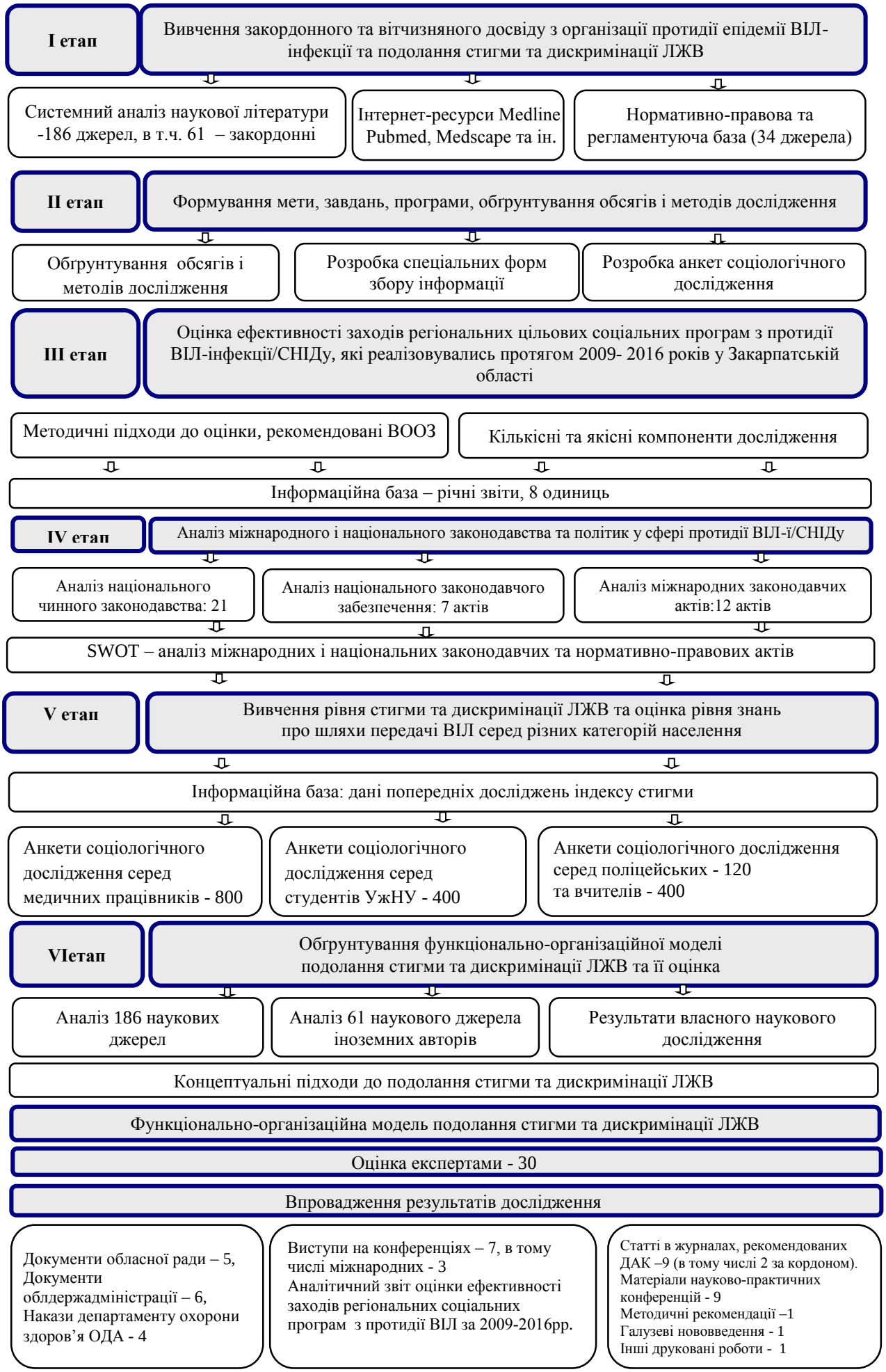

Рис.2.1. Програма, матеріали і обсяги дослідження

Перший етап дослідження передбачав вивчення досвіду провідних країн світу, країн СНД та України з організації протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу та подолання стигми та дискримінації ЛЖВ, а також виявлення проблемних питань з даного питання в системі охорони здоров'я України.

Другий етап дослідження включав вибір напрямку дослідження, визначення мети та завдань дослідження, об'єкту та предмету дослідження, обґрунтування методів та обсягу дослідження. Під час вибору напрямку дослідження та визначення його мети за основу взято результати аналізу наукової літератури та наукових розробок останніх часів з питань подолання стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ. Визначені та обґрунтовані методи наукового дослідження для використання в дослідженні. На другому етапі дослідження розроблено уніфіковану програму збору первинної інформації. Перед розробкою спеціальних форм отримання первинної достовірної інформації були визначені основні вимоги, які передбачали узгодженість даних документів з чинною нормативною базою в охороні здоров'я, відсутністю в термінах подвійної інтерпретації, простоту заповнення та можливість статистичної обробки. Розроблені форми були рецензовані та затверджені рішенням етичної комісії УжНУ.

Метою третього організаційного етапу було вивчення та проведення оцінки ефективності заходів регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, які реалізовувались протягом 2009 – 2016 років у Закарпатській області.

У дослідженні оцінки ефективності заходів програм забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2016 років використовувалися підходи та рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я. Оцінка складалась з двох компонентів – кількісного (у формі «кабінетного дослідження») та якісного, який впроваджувався у формі регіональної зустрічі ключових інформантів.

Оцінка програми починалася з кабінетного етапу. В першу чергу оцінювався вплив Програми на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні шляхом оцінки індикаторів впливу (захворюваність, смертність та ін.), включаючи індикатори ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки обласного плану моніторингу і оцінки (МіО).

У рамках проведення оцінки побудовано каскад лікування відповідно до рекомендацій ВООЗ, адаптованих з урахуванням особливостей системи епідемічного нагляду на національному та регіональному рівнях.

Наступним кроком оцінювалось виконання інших цільових індикаторів регіонального плану МіО, досягнення індикаторів каскаду, а також додаткових індикаторів, визначених на рівні області. Після проведення аналізу досягнення визначених індикаторів, було сформовано перелік тих, які не досягли цільових значень або потребують додаткового вивчення. Для цього було сформовано блок підпитань для додаткового пошуку інформації та обговорення на регіональній зустрічі.

ВООЗ виділяє 15 основних напрямків проведення оцінки. У рамках проведення даної, було обрано п’ять напрямків програмних заходів регіональної Програми, внесок яких у каскад лікування найбільший:

- антиретровірусна терапія (включно з АРТ для ключових груп населення та профілактикою вертикальної трансмісії ВІЛ);
- консультування і тестування на ВІЛ (включно з КіТ серед КГН);
- профілактичні послуги для людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН);
- профілактичні послуги для чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ);
- профілактичні послуги для осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду (ОСБ).

Додатково були вивчені стан надання профілактичнихпослуг для трудових мігрантів (ТМ) та їхніх постійних статевих партнерів. Слід

зазначити, що на підставі результатів здійсненого в 2011 р. зв'язаного епідеміологічного дослідження Обласною координаційною радою з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу протокольним рішенням № 3 від 08.07.2011р. затверджено регіональну групу підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ «Трудові мігранти та їхнє найближче оточення (постійні статеві партнери)».

Кожен з вищезазначених напрямків був оцінений за п'ятьма питаннями, які пропонує ВООЗ:

1.Чи приводять здійснювані заходи до змін?

2.Чи охоплені потрібні люди?

3.Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

4.Чи правильно здійснюються ці заходи?

5.Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Після цього було проведено співставлення заходів програми із визначеними «проблемними» питаннями та індикаторами. Для надання відповідей на ці питання, було зібрано вторинні дані, аналіз яких дозволив сформувати другий блок підпитань. Два блоки підпитань було об'єднано у загальний список проміжних питань (у вигляді матриці аналізу даних), для відповіді на які було зібрано додаткові кількісні вторинні дані, або проведено якісне дослідження.За результатами додаткового збору кількісних та якісних даних було проведено синтез та аналіз даних, для отримання відповіді на питання щодо факторів впливу на результативність програми.

Під час виконання даного етапу було досліджено вплив виконання заходів регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, які реалізовувались протягом 2009–2016 років у Закарпатській області на рівень стигми та дискримінації ЛЖВ.

Під час виконання *четвертого організаційного етапу* було, з використанням методу контент-аналізу, проведено аналіз міжнародного та національного законодавчого забезпечення організації протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу та протидії стигмі та дискримінації ЛЖВ. Всього

проаналізовано 34 законодавчі акти, в тому числі: 12 міжнародних, Конституцію України, 8 Законів України, 2 Постанови Кабінету Міністрів України, 7 наказів МОЗ України.

Під час виконання п'ятого організаційного етапу було проведено ряд соціологічних досліджень з вивчення рівня знань шляхів передачі та профілактики ВІЛ-інфекції, безпечної поведінки, стигми та дискримінації ЛЖВ. Зокрема:

- дослідження серед медичних працівників; дослідженням охоплено 400 лікарів та 400 середніх медичних працівників, активність респондентів склала 94,1%. (Анкета - додаток А-2);
- дослідження серед студентів ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; дослідженням охоплено 400 респондентів, активність респондентів склала 80.0% (Анкета - додаток А-3);
- дослідження серед працівників поліції; дослідженням охоплено 120 респондентів, активність респондентів склала 100.0% (Анкета - додаток А-4);
- дослідження серед вчителів загальноосвітніх шкіл Закарпатської області; дослідженням охоплено 400 респондентів, активність респондентів склала 95.2% (Анкета - додаток А-5).

В зв'язку із складністю проведення дослідження серед ЛЖВ були проаналізовані результати попередніх досліджень з визначення індексу стигми, яку відчувають ЛЖВ [118,119].

Вибіркова сукупність соціологічного дослідження була розрахована з використанням загально прийнятих методів. Розрахунки наведено в додатку А-6.

Процес заповнення анкет та їх опрацювання забезпечував збереження конфіденційності інформації про респондентів. Анкети були розроблені з урахуванням принципів паблікрелейшн з тим, щоб при найменшій можливій кількості запитань отримати максимум інформації та з обов'язковим включенням перевіряючих запитань.

На шостому заключному етапі базуючись на отриманих в ході дослідження результатах розроблено концептуальні підходи, а також обґрунтована та розроблена функціонально-організаційна модель подолання стигми та дискримінації ЛЖВ та її складові.

Для розробки функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації ЛЖВ використано методи описового та концептуального моделювання, структурно-логічного аналізу. Базою дослідження був системний підхід.

З метою визначення прийнятності запропонованої функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації ЛЖВ була проведена експертна оцінка системи. До проведення експертної оцінки були залучені незалежні експерти та розроблена спеціальна анкета. Анкета наведена в додатку А-7. Групу експертів склали 30 спеціалістів з організації охорони здоров’я та науковці із соціальної медицини, а також спеціалісти з питань протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, серед яких були 2 доктора та 7 кандидатів наук. Організатори охорони здоров’я та експерти з питань протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу мали вищу атестаційну категорію, що підтверджувало їх компетентність.

Експерти оцінювали кожну позицію-нововведення за 10 бальною системою: від одиниці до 10 балів, де найвищою оцінкою було 10 балів.

На початку експертизи дисертант доповів експертам результати дисертаційного дослідження та відповів на питання. Далі за 25 хвилин експерти оцінювали запропоновані систему та інновації. Отримані дані підлягали статистичній обробці з визначенням середнього значення оцінки кожної позиції-інновації.

При проведені аналізу враховувалось, що експертиза є ефективним інструментом аналізу об’єкта, що вивчається, слугує вивченню його якісних характеристик та практичної цінності.

У проведеному досліджені застосовувались два типи методів статистичного аналізу: представлення (опис) дослідження і пояснення

одержаних фактів (встановлення зв’язків між типами відповідей на запитання анкети, оцінка характеру і спрямованості цих зв’язків та залежностей між даними).

Цей метод статистичного аналізу спрямований на пошук причинно-наслідкових відношень у проблемі і ґрунтується на статистичних методах множинного аналізу (порівняльний аналіз тримірних розподілів). При обробці статистичного матеріалу використовувався критерій узгодженості λ Пірсона. Він дозволяє порівняти емпіричний і припустимий теоретичний розподіл.Зв'язок між ознаками встановлюється за допомогою статистичного критерію Пірсона.

Медико-статистична обробка даних включала визначення помилки репрезентативності для оцінки достовірності результатів дослідження та визначення довірчого інтервалу. Таким чином, структура аналізу дослідження включала: систематизоване надання й опис первинної інформації, виявлення чинників та закономірностей; формування висновків дослідження; розробка практичних рекомендацій на ґрунті висновків.

Методичною основою теорії системи є системна методологія, складовими якої є системний підхід і системний аналіз. Системний аналіз застосовувався під час виконання роботи для вирішення прикладних, практичних завдань і розглядався як метод системного підходу. Системний підхід розглядався в ході проведення дослідження як метод і процес дослідження.

Формування основних компонентів дослідження у відповідності до поставленої мети включав використання шести аспектів системного підходу, як методичної основи.

1. Системно-компонентного (визначення і формування елементного складу).

2. Системно-функціонального (визначення взаємодії між компонентами).

3. Системно-структурного (установлення взаємозв’язку між компонентами).

4. Системно-інтеграційного (використання нових методів, методик, технологій, тощо).

5. Системно-комунікаційного (розробка правових основ зовнішньої взаємодії).

6. Системно-історичного (вивчення попереднього досвіду, знання теперішнього становища та перспективи розвитку).

На основі зазначеного механізму з використанням системного підходу та аналізу було науково обґрунтовано функціонально-організаційну модель подолання стигми та дискримінації ЛЖВ.

Таким чином, використання сучасних методів наукового дослідження як самостійно, так і в комплексі дозволило отримати репрезентативні результати, які покладені в основу наукового обґрунтування комплексної системи комунікацій в системі охорони здоров’я.

РОЗДІЛ 3

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАХОДІВ РЕГІОНАЛЬНИХ ЦІЛЬОВИХ СОЦІАЛЬНИХ ПРОГРАМ З ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ, ЯКІ РЕАЛІЗОВУВАЛИСЬ ПРОТЯГОМ 2009 – 2016 РОКІВ У ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

3.1. Загальна характеристика стану розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в області

На кінець 2016 р. Закарпатська область залишалася регіоном України з найнижчим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу. Так, показник поширеності ВІЛ-інфекції склав 38,5 на 100 тис. населення проти середньоукраїнського - 313,3 на 100 тис. населення, а показник поширеності СНІДу – 12,7 на 100 тис. населення проти 91,3 на 100 тис. населення. На відміну від ситуації по Україні з перехрестом у 2007 р. статевого та парентерального шляхів інфікування ВІЛ, в Закарпатській області стабільно переважає статевий шлях інфікування, середній показник за 2009-2016 рр. складає 70,2±5,5% вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції. Групою підвищеного ризику, яка найбільше впливає на епідемію в регіоні, є трудові мігранти (ТМ) та їхні постійні статеві партнери. За результатами регіонального дослідження оціночна чисельність групи трудових мігрантів в області складає 138 824 особи. Спостерігається високий рівень реєстрації нових випадків на III-IV клінічних стадіях (53,6% у 2016 р.).

Група ЛВІН не стала рушійною силою епідемії в області, проте певною мірою впливає на її розвиток. У структурі осіб, що перебувають під медичним наглядом на кінець 2016 р., ЛВІН складають 7,2% (35 осіб).

Наявні дані інтегрованих біоповедінкових досліджень серед ОСБ свідчать про нульові показники виявлення ВІЛ-інфекції. Таким чином, не підтверджено вплив даної групи на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в регіоні. Станом на кінець 2016 р. під медичним наглядом перебуває 1 ОСБ.

Спостерігається зростання реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ від нуля у 2009 р. до 6 у 2016 р. У структурі осіб, які перебувають

під медичним наглядом з приводу ВІЛ-інфекції, станом на кінець 2016р. ЧСЧ складають 1,9% (9 осіб).

Враховуючи тенденцію розвитку епідемії в області, дані сероепідмоніторингу та біоповедінкових досліджень, ключовими групами населення щодо інфікування ВІЛ, які впливають на розвиток епідемії в області, можна вважати трудових мігрантів та їх постійних статевих партнерів, чоловіків, які мають секс з чоловіками та людей, які вживають ін'єкційні наркотики.

Показники поширеності ВІЛ незмінно залишаються на рівні, який не перевищує 1% серед населення області. За даними біоповедінкових досліджень 2009, 2011, 2013, 2015рр. серед ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ та рутинного дослідження серед трудових мігрантів та їх постійних статевих партнерів, яке проводиться з 2011р., а також даними сероепідмоніторингу поширеність ВІЛ-інфекції є не більшою за 5% у будь-якій групі населення. Провідним шляхом інфікування в області є статевий гетеросексуальний. Зростає питома вага вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції на третій/четвертій клінічних стадіях: 2013р. – 39,7%, 2014р. – 49,2%, 2015р. – 52,5%, 2016р. – 53,6%. Враховуючи вищевикладене, можна зробити висновок, що в області реєструється початкова стадія епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Оціночна кількість людей, що живуть з ВІЛ, затверджена для Закарпатської області, становить 800 осіб. Всього, станом на 01.01.2017р. в області офіційно зареєстровано 447 ВІЛ-інфікованих осіб, що складає 55,9% від оціночної кількості. Отже, охопленню диспансерним наглядом підлягають ще 273 ВІЛ-інфіковані особи (рис.3.1.). Отримують АРТ 264 особи – 36,4% від мети «90» та 59% від всіх осіб, що знаходяться під медичним наглядом. На вірусне навантаження обстежені 215 осіб з числа тих, що отримують АРТ, із них невизначене вірусне навантаження зареєстровано у 143 осіб, що складає 18% від мети «90» та 55% осіб, що фактично отримують АРТ.

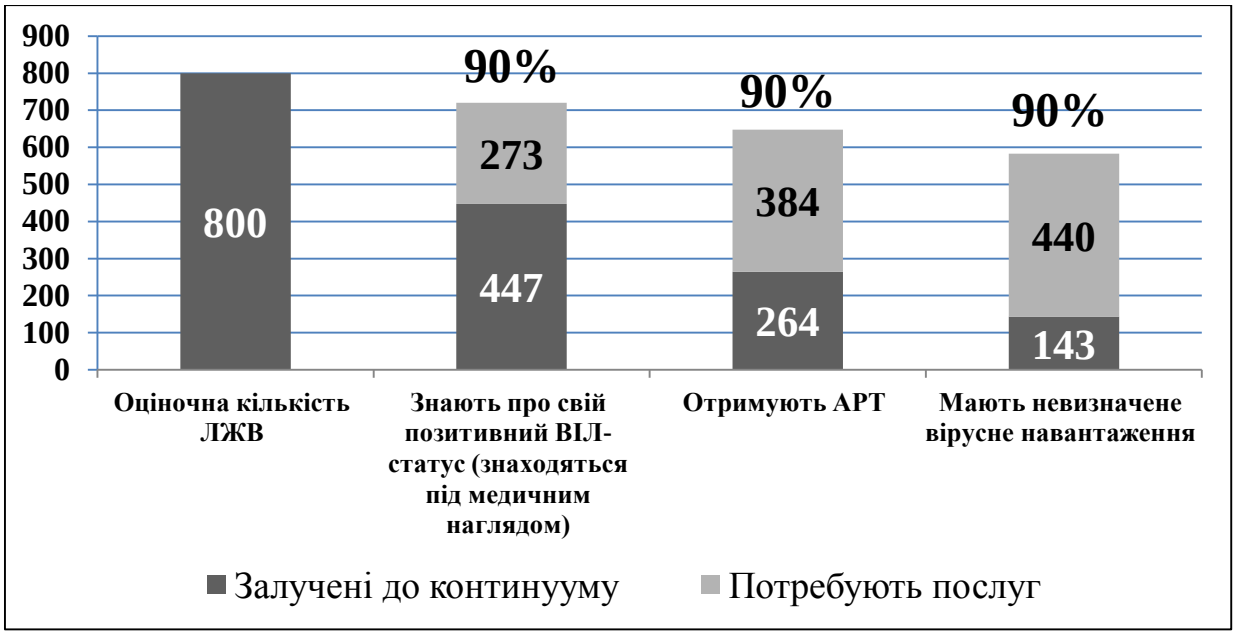

Рис.3.1. Каскад послуг для ВІЛ-інфікованих осіб з підтвердженим ВІЛ-статусом в Закарпатській області станом на 01.01.2017р.

Отже, з метою виконання цільових показників стратегії «90-90-90» необхідно охопити активним диспансерним наглядом ще 273 ВІЛ-інфіковані особи та призначити АРТ 384 особам. А для досягнення кінцевої мети «90» необхідно, щоб у 440 осіб не визначався рівень вірусного навантаження, що є найбільш проблемним завданням.

3.2. Аналіз заходів Програми у відповідності до 5-х напрямів ВООЗ

3.2.1.Вплив АРТ на розвиток епідемії в області

Станом на початок 2017р. АРТ в області отримують 264 ВІЛ-інфіковані особи, що складає 59% від кількості ЛЖВ з підтвердженим ВІЛ-статусом, які перебувають під медичним наглядом (для порівняння -у 2013р.- 86 осіб або 26,7%).

Відсоток ЛЖВ, які входили в активну диспансерну групу, і потребували, але не отримували АРТ, на кінець звітного року, протягом 2013-2015 рр. незначний і складає 5,6% у 2013р. та 1,6% у 2015 р. від активної диспансерної групи. Проте, враховуючи зміни у протоколах щодо показань до призначення АРТ (підлягають всі пацієнти з ВІЛ-інфекцією), у 2016р. даний показник склав 29,6%.

Причинами втрати для спостереження ЛЖВ, які потребують АРТ, але не розпочинають її, є наступні: проживання у віддалених районах області, що утруднює доступ до обласного центру; небажання спостерігатись у кабінеті «Довіра» за місцем проживання через побоювання стигми та дискримінації з приводу позитивного ВІЛ-статусу; особливості ментальності, що негативно впливає на прихильність до лікування. Зареєстровано непоодинокі випадки, коли у пацієнта під час лікування в ЗОЗ Ужгорода виявляли ВІЛ-інфекцію, проте після повернення додому (в інший район) він не бажав відвідувати лікаря для медичного спостереження та лікування. Часто такі пацієнти виїжджають на заробітки за межі області та залишаються без медичного нагляду та лікування.

Послуги АРТ, як призначення, так і видача, надаються лише в обласному Центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом (рис. 3.2.). На базі цього ж закладу з 2015р. працює єдина неурядова організація, яка надає послуги соціального супроводу, догляду і підтримки ЛЖВ.

Рис. 3.2. Місцезнаходження сайту АРТ та кількість ВІЛ-інфікованих (особи), що отримують АРТ, в розрізі адміністративно-територіальних одиниць Закарпатської області станом на кінець 2016 року

У Закарпатській області сільське населення значно переважає міське. Трудові мігранти та їх найближче оточення, які є рушійною силою поширення ВІЛ в області, також, в основному, вихідці з сіл. В області спостерігається некласична форма поширення епідемії з концентрацією в сільській місцевості, тому питання покращення доступу до АРТ поза обласним центром та створення сайтів АРТ на базі районних кабінетів «Довіра» чи НУО потребує додаткового вивчення з точки зору економічної ефективності. Багаторічний досвід медичних працівників області свідчить, що на частоту звернень за медичною допомогою за місцем проживання прямо впливає страх стигми та дискримінації з приводу можливого розголошення позитивного ВІЛ-статусу при зверненні в кабінет «Довіра», упередженість пацієнтів, що є наслідком так званого ефекту «малого міста». В такому випадку варіантом вирішення питання щодо географічного наближення послуг АРТ, догляду та підтримки може бути створення мобільних пунктів видачі, що буде економічно ефективним і допоможе уникнути небажаних випадків дискримінаційних проявів.

Відмічається ріст частки ЛЖВ, які знаходилися під медичним наглядом та отримували АРТ на кінець звітного року, як в загальній диспансерній групі - з 26,7% у 2013 р. до 59% у 2016 р., так і в активній групі диспансерного нагляду - з 40% у 2013 р. до 70% у 2016 р.

Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ та були охоплені тестуванням на вірусне навантаження (ВН), є високим – в середньому за 2013 – 2016 рр. складав 80,5%. 100% рівень охоплення обстеженням на ВН не було забезпечено з двох причин: перебоїв у роботі обладнання та затримки поставок необхідних тест-систем.

Відсоток ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв’язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають невизначене ВН у 2016р. значно знизився у порівнянні з 2013 р. і склав 55% проти 85% відповідно. Зниження ефективності лікування у 2016р. у порівнянні з 2013р. пов’язане з загальним збільшенням охоплення АРТ у 2016р. і, відповідно, відносним збільшенням

кількості осіб з недостатньою прихильністю (переважно пацієнти з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ та алкогольною залежністю).

Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією, які отримують АРТ через 12 місяців після її початку, протягом 2013 – 2015рр. залишається стабільно високим і складає 91,5%, 82,3% та 87,3% відповідно. 24 місяці поспіль отримують АРТ 80,9% когорти 2013р. та 75,8% когорти 2014р. 74,5% пацієнтів когорти 2013р. отримують АРТ 36 місяців і більше від її початку. Втім, за наявними в звітних формах даними, неможливо оцінити різницю рівнів утримання пацієнтів на АРТ серед представників КГН.

Зрозумілим є зниження відсотку в загальній когорті осіб, що отримують АРТ, з 50% у 2013р. до 27,8% у 2015р., що пов’язано зі зростанням кількості осіб на АРТу 2,3 рази - з 86 осіб у 2013р. до 198 осіб у 2015р. Кількість осіб з підтвердженим ВІЛ-статусом, які перебували на обліку більше року, станом на кінець 2015р. у 1,5 рази більша за кількість на кінець 2013р. При цьому послугами АРТ більше 12 місяців у 2015р. було охоплено лише 16,8% осіб.

За даними МБФ «Альянс громадського здоров’я» зростає охоплення АРТ представників групи ЛВІН - з 4 (14,3% ЛВІН, що знаходились під медичним наглядом) у 2014р. до 8 (24,2%) у 2016р. Серед ОСБ АРТ призначено одній особі (всього зареєстровано один випадок виявлення ВІЛ-позитивного статусу серед ОСБ). 6 особам з групи ЧСЧ призначено АРТ.

Відсоток смертельних випадків серед зареєстрованих ЛЖВ у 2016р. знизився до 4,2% з 6,7% у 2013р. Абсолютна кількість випадків смертей серед взятих на облік протягом року залишається на одному рівні – в середньому 5 осіб. Відсоток смертей серед чоловіків є вищим, ніж серед жінок, хоча в динаміці відмічається його зниження з 7,3% у 2013р. до 5,2% у 2016р. Випадки смертей серед жінок поодинокі.

Спостерігається зниження показника летальності від захворювань, пов’язаних з ВІЛ, серед ЛЖВ, які не отримували АРТ, з 41,9% у 2013р. до 8,7% у 2016р. Причиною такої зміни стало розширення доступу до АРТ у 2016р. З

цієї ж причини у 2016р. до значення 3,4 зріс відсоток осіб, які отримували АРТ та померли від захворювань, пов'язаних з ВІЛ, проти показника 2013р. 1,2%. Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ, серед усіх померлих ЛЖВ зріс з 12,5% у 2013р. до 39,1% у 2016р. Всі пацієнти з ко-інфекцією ВІЛ-ТБ, які померли у 2016р. (4 особи), отримували АРТ (показник 2013р. склав 12,5%). В свою чергу, це пояснюється призначенням АРТ усім пацієнтам, хворим на ко-інфекцію ВІЛ-ТБ, та скороченням терміну початку АРТ до 2-8 тижнів від встановлення діагнозу ко-інфекції ВІЛ-ТБ. Внаслідок цього рівень охоплення АРТ таких осіб на кінець 2016р. склав 83,3% (20 осіб із 24). Співвідношення смертей від ко-інфекції ВІЛ-ТБ до хворих з активною формою туберкульозу на кінець року знизився у 2,6 рази. При цьому спостерігається зниження кількості випадків смертей від ко-інфекції ВІЛ-ТБ в абсолютних цифрах - з 8 у 2013р. до 4 у 2016р. на фоні росту кількості випадків ко-інфекції ВІЛ-ТБ з 28 у 2013р. до 37 у 2016р.Поодинокі абсолютні дані щодо померлих від захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, серед осіб, які отримували АРТ 12 місяців і більше, можуть свідчити про позитивний вплив АРТ на рівень смертності.

Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які не отримували АРТ і яких було знято з обліку внаслідок смерті за причинами безпосередньо пов`язаними з ВІЛ-інфекцією, в структурі осіб з підтвердженим діагнозом знизився з 6,3% у 2013р. до 1,1 % у 2016р. (абсолютна кількість померлих – 13 у 2013р., 2 у 2016р.).

Фінансування АРТ здійснюється за кошти державного бюджету. Фіксуються випадки порушення термінів поставки препаратів, через що не дотримуються плани набору пацієнтів на АРТ. Так, у 2013р. було фактично профінансовано 81,3% від запланованої потреби в АРВ-препаратах, у 2014р. – 56,5%, у 2015р. – 44,9% та 75% у 2016р. Незважаючи на вищенаведене, випадків переривання лікування протягом цих років через затримку поставки препаратів та недофінансування не спостерігалось. Вирішення питання забезпечення безперервності лікування здійснювалось шляхом збільшення

кратності видачі препаратів пацієнтам на коротші терміни та тимчасової позики препаратів, закуплених з інших джерел фінансування (ГФ та PEPFAR).

3.2.2. Консультування і тестування на ВІЛ

Консультування і тестування (КіТ) на ВІЛ – один із найважливіших напрямків діяльності, який повинен забезпечувати вплив на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції через профілактичний компонент та своєчасне виявлення і залучення до медичного спостереження з подальшим призначенням АРТ.

Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб (15+), яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції зріс з 41,5% у 2013р. до 54,2% у 2016р. За даними аналізу сероепідмоніторингу у 2016р. 42,9% випадків виявлення антитіл до ВІЛ серед дорослих осіб 18 років і старших відбулось у закладах третинного рівня надання медичної допомоги (51 випадок із 119).

Доступ до КіТ на ВІЛ на базі НУО для ЛВІН, ОСБ та ЧСЧ до 2016р. забезпечувався однією організацією, яка працює в Ужгороді. При цьому напрямок роботи з ЧСЧ впроваджувався лише протягом одного року. Така ситуація є незадовільною, що підтверджується даними інтегрованих біоповедінкових досліджень: охоплення тестуванням на ВІЛ в середньому склав серед - ЛВІН 26%, серед ОСБ – 23,0%; серед ЧСЧ - 2,5%.Охоплення групи трудових мігрантів та їхнього найближчого оточенняпослугами з КіТ на ВІЛ зростає, проте залишається недостатнім.

Доступ до отримання послуг з КіТ на ВІЛ для представників КГН з боку лікувально-профілактичних закладів в області забезпечено достатньо. В усіх районах області працюють кабінети «Довіра» (рис. 3.3.), надаються послуги КіТ, здійснюється тестування як за допомогою швидких тестів, так і відбір крові та доставка для тестування методом ІФА. У пілотних шести районах сімейними лікарями здійснюється тестування швидкими тестами (представників ТМ).

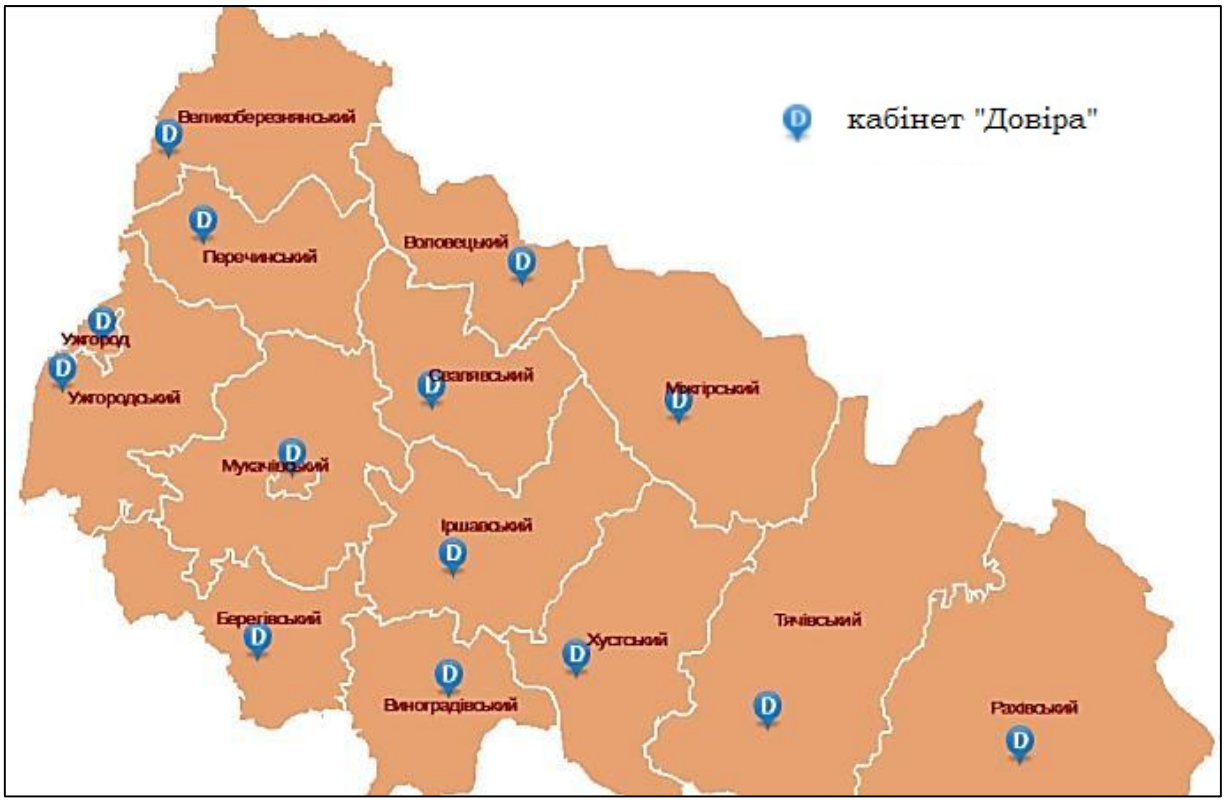

Рис.3.3. Місцезнаходження кабінетів «Довіра» в Закарпатській області станом на кінець 2016 року

Протягом 2009 - 2016рр. реєструються поодинокі випадки виявлення антитіл до ВІЛ серед ЛВІН. Основна кількість ЛВІН, які отримують послуги з КіТ на ВІЛ, є мешканцями Ужгорода. Некоректно стверджувати, що тестування ЛВІН в ЗОЗ інших районів області відбувається виключно за кодом сероепідмоніторингу 102 (особи, що вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом).Реєстрація тестувань на ВІЛ ОСБ, окрім тих, що проводяться НУО в Ужгороді, за кодом сероепідмоніторингу 105.2 (особи, що надають сексуальні послуги за винагороду) також відбувається в поодиноких випадках. Послуги з консультування при тестуванні на ВІЛ саме серед цієї КГН за наявними звітними формами відстежити неможливо. Надання послуг КіТ для ЧСЧ згідно доступних даних обліково-звітної документації здійснюється епізодично. Враховуючи особливості даної групи, оцінити реальну картину надання послуг з КіТ для ЧСЧ на даний час не є можливим.

Послуги КіТ на ВІЛ впроваджені на всіх рівнях надання медичної допомоги, проте дані проведеного раніше кабінетного дослідження свідчать

про те, що лікувально-профілактичні заклади первинного рівня беруть найменшу участь в тестуванні населення на ВІЛ-інфекцію. Область достатньо забезпечувалась тест-системами для проведення тестування на ВІЛ, суттєвих затримок у тестуванні не відмічалось. Всі групи населення були забезпечені безперешкодним доступом до тестування на ВІЛ.

3.2.3.Профілактика інфікування ВІЛ серед людей, що вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН)

На відміну від даних з інших регіонів України, на території області ЛВІН не стали рушійною силою розвитку епідемії ВІЛ-інфекції.

Дані інтегрованих біоповедінкових досліджень вказують на стабільно низький відсоток ВІЛ-позитивних ЛВІН (у 2011, 2013 та 2015рр. менше 2%). У 2013-2016рр. під час тестування у рамках здійснення профілактичної діяльності НУО не було виявлено жодного позитивного представника групи ЛВІН. Дані сероепідмоніторингу свідчать про поодинокі випадки виявлення ВІЛ серед протестованих за кодом 102.

Дані біоповедінкових досліджень підтверджують позитивний вплив профілактичних програм, зокрема, високий відсоток вживання стерильної голки під час останньої ін'єкції - 92% за 2015р. Проте, особливої уваги потребує робота профілактичного напрямку серед ЛВІН щодо попередження інфікування ВІЛ статевим шляхом: про використання презервативу під час останнього статевого акту в 2015р. засвідчили лише 41% респондентів; про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ знають лише 36% опитаних ЛВІН.

Стабільно низький рівень реєстрації нових випадків серед представників даної ключової групи населення підтверджує ефективність та необхідність продовження і розширення реалізації профілактичних програм. Твердити про достатній обсяг заходів по всій території області не є коректним через територіальну обмеженість надання профілактичних послуг (рис. 3.4).

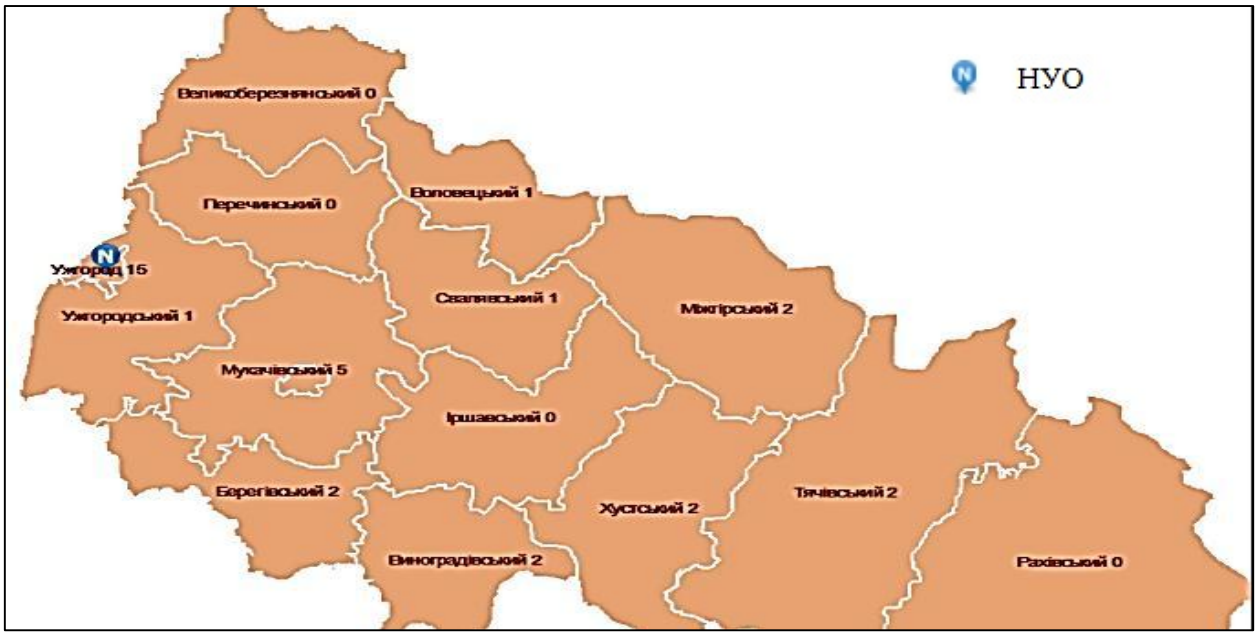

Рис. 3.4. Місцезнаходження НУО, що надає послуги ЛВІН, та кількість ВІЛ-інфікованих ЛВІН під медичним наглядом в розрізі адміністративно-територіальних одиниць Закарпатської області станом на кінець 2016 року

Як бачимо на рис.3.4, розташування НУО, що працює в напрямку протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу є ексцентричним стосовно всієї території області. Охоплення ЛВІН профілактичними програмами в Ужгороді є задовільним, на іншій території області – відсутнє. Потреби ключової групи не задовольняються повною мірою через факти поставки виробів медичного призначення низької якості (шприци з пропуском поршня, незручні для забору крові піпетки в швидких тестах на ВІЛ, фіксувались випадки наявності сухих спиртових серветок).

3.2.4 Профілактика інфікування ВІЛ серед осіб секс бізнесу (ОСБ)

Незважаючи на постійну перевагу статевого гетеросексуального шляху інфікування ВІЛ, наявні дані інтегрованих біоповедінкових досліджень та скринінгових досліджень на базі НУО в Ужгороді не дають змоги стверджувати, що ОСБ є ключовою групою населення щодо ризику інфікування ВІЛ в області.Дані сероепідмоніторингу щодо підтвердження наявності антитіл до ВІЛ серед протестованих за кодом 105.2, які включають в себе і тестування за допомогою швидких тестів силами НУО, впродовж останніх трьох років залишаються нульовими. Лише у 2013р. через тестування

на базі НУО було виявлено 1 ВІЛ-інфіковану особу з цієї групи. Дані біоповедінкових досліджень 2009, 2011, 2013рр. вказують на нульовий відсоток ВІЛ-інфікованих серед ОСБ. У 2015р. відсоток позитивних ОСБ склав 2% (3 особи). Можливо, низький рівень інфікування серед ОСБ є наслідком високого показника використання презервативів (в середньому 89%).Стан охоплення ОСБ профілактичними програмами відповідає епідеміологічній ситуації серед цієї групи в регіоні, проте в даній КГН послуги надаються лише на території Ужгорода.

Фінансування профілактичних заходів з попередження інфікування ВІЛ серед ОСБ обласною Програмою не здійснюється. Заходи, профінансовані МБФ «Альянс громадського здоров'я», були релевантними для представників ОСБ, які отримали послуги в Ужгороді.

3.2.5. Профілактика інфікування ВІЛ серед чоловіків, що практикують секс з чоловіками (ЧСЧ)

В області щороку зростає кількість вперше виявлених ВІЛ-інфікованих внаслідок інфікування статевим гомосексуальним шляхом, але ці випадки є поодинокими – від нуля у 2009р. до 6 у 2016р. Дані сероепідмоніторингу щодо підтвердження наявності антитіл до ВІЛ серед протестованих за кодом 103 впродовж років залишаються неінформативними.

Дані інтегрованих біоповедінкових досліджень 2009, 2011, 2013, 2015 років вказують на зниження відсотку ВІЛ-інфікованих серед чоловіків, що практикують секс з чоловіками, з 7% у 2013р. до 1% у 2015р. Наразі в області немає НУО, які впроваджують профілактичні програми серед ЧСЧ. Фінансування заходів профілактики ВІЛ серед серед чоловіків, що практикують секс з чоловіками, обласною Програмою не здійснюється. Діє волонтерський рух, в ході якого розповсюджуються інформаційні матеріали профілактичного напрямку та презервативи. Охоплення тестуванням на ВІЛ представників ЧСЧ є недостатнім, доступ до профілактичних програм відсутній.

3.2.6. Профілактика інфікування ВІЛ серед трудових мігрантів

Відмічаємо невисокий ріст показника «Відсоток осіб з числа представників групи трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення, які пройшли тестування на наявність антитіл до ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати» у 2015-2016р. (1,9% та 1,8% відповідно) стосовно оціночної кількості трудових мігрантів. Повну інформацію щодо показника поширеності ВІЛ-інфекції в середовищі трудових мігрантів та їхнього найближчого оточенняможна відстежити починаючи з 2014 року. Середнє значення показника становить 2,1±0,4%. У структурі нових випадків ВІЛ-інфекції серед дорослих трудові мігранти складають близько 60% -58,8% у 2013р., 56,9% у 2014р., 59,6% у 2015р. та 60,2% у 2016р.(рис. 3.5).

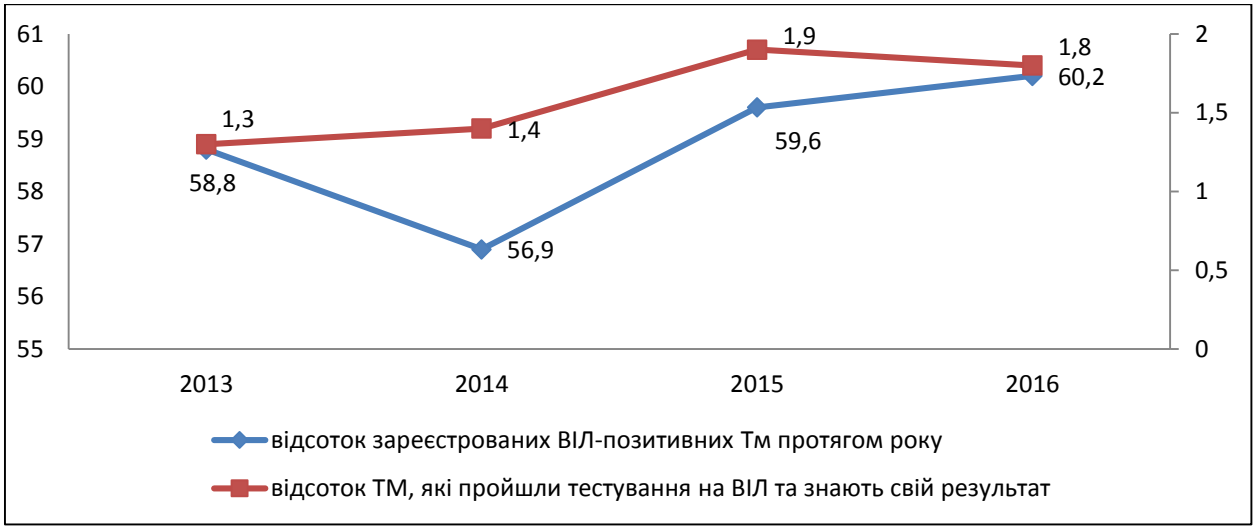

Рис.3.5. Трудові мігранти: порівняння динаміки тестування на ВІЛ та динаміки охоплення медичним наглядом у структурі нових випадків у Закарпатській області в 2013 - 2016 рр.

Суттєвих змін показників тестування на ВІЛ, поширеності та захворюваності на ВІЛ серед трудових мігрантів протягом останніх років не відмічається.З метою забезпечення моніторингу тестування на ВІЛ в групі трудових мігрантів та їх постійних статевих партнерів в області впроваджено регіональні коди 107-М (трудові мігранти) та 107-МС (постійні статеві партнери трудових мігрантів). Залучення до тестування здійснюється здебільшого працівниками кабінетів «Довіра», в деяких районах у співпраці з священиками Української Православної церкви.

Надання профілактичних послуг представникам групи ТМ здійснюється медичними працівниками в ЗОЗ області. НУО з цією групою не працюють. Доступ до тестування на ВІЛ трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів повністю забезпечений за кошти місцевого бюджету, а також в шести регіонах області за кошти МБФ «Фонд Вільяма Дж. Клінтона» в рамках пілотного проекту.

3.3. Вплив заходів програм на рівень стигми та дискримінації ЛЖВ в області

Далі було проаналізовано вплив ефективності заходів регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, які реалізовувались протягом 2009 – 2016 років у Закарпатській області на рівень стигми та дискримінації ЛЖВ. Для проведення аналізу було використано результати досліджень з даного питання які проводися в 2010-2014роках [12,110,118,119,152,] та особисті результати дисертаційного дослідження. Співставлення даних результатів дозволило зроботи висновок, що за роки виконання заходів регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, які реалізовувались протягом 2009 – 2016 років в області, рівень стигми та дискримінації людей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу не змінився. Наведене вказує на те, що проблема подолання стигми та дискримінації ЛЖВ при виконанні вказаних заходів в області не була пріоритетною.

Висновки за розділом

Заходи, направлені на боротьбу з епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу, в Закарпатській області здійснювались в рамках виконання щорічних Обласних комплексних планів заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, затверджених головою Закарпатської ОДА. Головною проблемою є відсутність фінансування обласної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. До 2015 року включно фінансування заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу здійснювалось у натуральній формі шляхом централізованого постачання через департамент охорони здоров’я облдержадміністрації, в рамках Обласної програми

протиепідемічних заходів та боротьби з інфекційними хворобами в області. У 2016 р. – шляхом виділення додаткових коштів до бюджету Центру з профілактики та боротьби із СНІДом за рішенням сесії обласної ради. Левова частка витрат місцевих бюджетів спрямовувалася на компонент «організаційні заходи» - утримання регіональної служби протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу – близько 83% видатків місцевих бюджетів. За кошти місцевого бюджету також фінансувалися профілактичні заходи (близько 15,2% видатків), а саме: здійснювалася закупівля тест-систем ІФА та швидких тестів для обстеження на ВІЛ загального населення й забезпечення інфекційної безпеки донорської крові, закупівля молочних сумішей для вигодовування дітей першого року життя, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, інформаційно-просвітницька робота серед молоді та загального населення. Щодо лікувальних заходів, то за кошти обласного бюджету здійснювалося фінансування амбулаторної діагностики опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань (закупівля діагностикумів), а також амбулаторне лікування супутніх захворювань. За результатами оцінки витрат за 2011 – 2015 рр. на протидію епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області місцеві бюджети забезпечили 72,1% витрат, Державний бюджет – 16,5% витрат та Міжнародні джерела – 11,4% витрат.

Під час здійснення Оцінки ефективності реалізованих протягом 2009 – 2016 рр. заходів регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області проведено об’ємне «кабінетне дослідження», робочі зустрічі з представниками структур і організацій, залучених до реалізації заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції СНІДу.

Важливу роль для забезпечення якості «кабінетного» дослідження зіграла наявність затвердженого наказом Державної служби соціального захисту України від 15.01.2015 р. № 2 «Про затвердження плану моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки» національного переліку індикаторів моніторингу і оцінки (всього 28 індикаторів).

Основними висновками щодо ефективності відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні в рамках виконання заходів можна визначити такі:

1.В Закарпатській області спостерігається початкова стадія епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу - показники поширеності ВІЛ стійко залишаються на рівні, який не перевищує 1%, серед населення області загалом; поширеність ВІЛ-інфекції не більше 5% в будь-якій групі населення (за даними біоповедінкових досліджень 2009, 2011, 2013, 2015 рр серед ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ та рутинного дослідження серед трудових мігрантів та їх постійних статевих партнерів з 2011 року, згідно даних сероепідмоніторингу).

2.Медичним наглядом охоплені 56% від оціночної кількості ВІЛ-позитивних осіб в області, що є недостатнім і потребує залучення до ВІЛ-послуг додатково 273 особи з позитивним ВІЛ-статусом.

3.Заходи в напрямку АРТ в області є ефективними для тих ВІЛ-інфікованих на АРТ, які були вчасно охоплені медичним спостереженням та мають високу прихильність до лікування. Проте, суттєвого впливу АРТ на зміну показників в загальній групі медичного нагляду на даному етапі немає, що пов’язано як з пізнім виявленням нових випадків ВІЛ-інфекції, так і з неможливістю досягти 100% високої прихильності до терапії.

4. Високі рівні реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції в пізніх (третій-четвертій) клінічних стадіях (ріст від 41,5% у 2013 р. до 54,2% у 2016 р.) відбуваються по причині несвоєчасного звернення пацієнтів, відповідно пізньої діагностики та залучення до ВІЛ-послуг ЛЖВ. Це в свою чергу знижує вплив АРТ на стан епідемії в області та вказує на необхідність посилення профілактичних програм серед населення, популяризації тестування на ВІЛ та активного залучення працівників первинної мережі надання медичної допомоги до КіТ з ініціативи медичного працівника.

5. Послуги з КіТ на ВІЛ призвели до таких змін: ріст диспансерної групи у 3 рази, покращення виявлення та охоплення диспансерним наглядом представників КГН області щодо ризику інфікування ВІЛ. Заходи, які

здійснюються в напрямку КіТ на ВІЛ в області, на даному етапі не в повній мірі забезпечують своєчасне (раннє) виявлення ВІЛ-інфекції.

6. Ріст співвідношення кількості осіб, яких було взято під медичний нагляд, до осіб з позитивним результатом тестування, з 51,7% у 2009р. до 77,6% у 2016р.

7. Область забезпечувалась тест-системами для проведення тестування на ВІЛ в достатній мірі, суттєвих затримок не відмічалось. Всі групи населення були забезпечені безперешкодним доступом до тестування на ВІЛ.

8. Охоплення представників КГН профілактичними послугами силами НУО в м. Ужгороді потребує розширення - послуги надаються лише групам ЛВІН та ОСБ, ЧСЧ профілактичні послуги не отримують. В інших районах області профілактичні послуги силами НУО не надаються. Стабільно низький рівень реєстрації нових випадків серед ЛВІН підтверджує позитивний вплив профілактичних програм та їх вплив на формування безпечної ін'єкційної поведінки серед ЛВІН.Зробити висновок про вплив групи ОСБ на розвиток епідемії в області неможливо.

9. Фінансування профілактичних заходів щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу серед ЛВІН та ОСБ за кошти місцевих бюджетів не здійснюється. Заходи, профінансовані МБФ «Альянс громадського здоров'я» були релевантними для представників ЛВІН та ОСБ, які отримали послуги в м. Ужгороді.

10. Цілеспрямовані заходи в напрямку профілактики ВІЛ серед ЧСЧ в області не виконуються, діє лише волонтерський рух. Насторожує факт зниження відсотку ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту (за даними біоповедінкових досліджень).

11. Трудові мігранти та їх постійні статеві партнери є КГН щодо поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на території Закарпатської області. В структурі нових випадків ВІЛ-інфекції серед дорослих частка групи трудові мігранти та їх постійні статеві партнери складає близько 60%.

12. Заходи, які виконуються в напрямку профілактики, залучення до тестування на ВІЛ і охоплення медичним наглядом ВІЛ-інфікованих трудових

мігрантів, є правильними, потребують розширення та удосконалення, в тому числі шляхом залучення медичних працівників первинної ланки надання медичної допомоги та неурядових організацій.

13. Виконання заходів регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, які реалізовувались протягом 2009 – 2016 років в області не вплинуло на рівень стигми та дискримінації людей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу.

Рекомендації для національного рівня. Для забезпечення виконання в області вимог стратегії «90-90-90» слід розробити єдину для всіх регіонів методику та оптимальний механізм розподілу квот на фінансування державних програм діагностики та лікування, які б враховували епідемічну ситуацію та оціночну кількість ЛЖВ. Для забезпечення впливу профілактичних програм для КГН на розвиток епідемії в області необхідно підтримувати ініціативи обласних НУО щодо реалізації профілактичних програм по всій області та серед представників усіх КГН. Для забезпечення затвердження регіональної цільової програми і її належного фінансування слід створити систему адвокації своєчасної розробки та затвердження регіональних програм з відповідним фінансуванням.

Рекомендації для регіонального рівня:

1. Лобіювати рішення проблем регіону щодо збільшення квот для закупівлі препаратів для АРТ. Спільно з представниками НУО розробити модель децентралізації надання АРТ, створення спеціалізованих сайтів та/або мобільних виїзних бригад у районах, віддалених від обласного центру.

2. На рівні департаменту охорони здоров’я облдержадміністрації забезпечити організацію рутинного епіднагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом в області. Розробити та впровадити план заходів для підвищення рівня раннього виявлення випадків інфікування ВІЛ.Прийняти рішення щодо забезпечення консультування та тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів силами первинної ланки надання медичної допомоги.

3. Активізувати роботу щодо тестування на ВІЛ активних ЛВІН, колишніх ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ, трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів з ініціативи медичного працівника.

4. Профілактичну роботу з групою трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення, яка є регіональною ключовою групою ризику інфікування ВІЛ, при написанні проекту обласної програми на 2019-2023рр. викласти як окремий розділ.

5. Сприяти розширенню діяльності НУО, які працюють у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції за межами міста Ужгорода.

6. З метою недопущення стигми та дискримінації, зокрема, стосовно представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, сприяти співпраці Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом зпервинною ланкою медичної допомоги, засобами масової інформації, навчальними закладами та неурядовими організаціями та ініціативними групами щодо проведення спільних інформаційно-навчальних заходів для населення області.

Список особистих друкованих робіт за темою розділу [4, 5, 6, 7, 8, 12, 14, 20].

РОЗДІЛ 4
ОГЛЯД МІЖНАРОДНОГО І НАЦІОНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА ТА ПОЛІТИК У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

На сьогодні, Україна має оновлену національну стратегію (Fast Track) щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції, яка затверджена на законодавчому рівні та є обов'язковою для виконання для усіх органів державної влади, стосується як всього суспільства, так і кожного громадянина зокрема. Діяльність у даному напрямку здійснюється у тісній співпраці з громадськими та міжнародними організаціями. Для успішного впровадження заходів з виконання національної стратегії немаловажне значення має відповідність правового та політичного середовища України заявленим зобов'язанням.

У червні 2016 року Генеральною асамблеєю ООН під час зустрічі високого рівня з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом проголошено Стратегію прискореного подолання епідемії ВІЛ-інфекції FastTrack[33], яка поставила перед міжнародною спільнотою амбітні цілі: до 2020 року виявити 90% людей, які живуть з ВІЛ, надати 90% з них антиретровірусну терапію (АРТ) та забезпечити ефективність лікування для 90% осіб, які отримують АРТ [34].

Застосування підходу ЮНЕЙДС дозволить попередити до 2030 року приблизно 28 млн. нових випадків ВІЛ-інфекції, 21 млн. смертей, обумовлених СНІДом, уникнути додаткових витрат у зв'язку з ВІЛ у розмірі 24 млрд. доларів США та взагалі ліквідувати глобальну пандемію ВІЛ-інфекції.

У відповідності до поставлених задач та програми дослідження на даному етапі виконання дисертаціної роботиздійснювався аналіз правового та політичного середовища України та міжнародних правових актів щодо реалізації заходів з виконання національної стратегії протидії ВІЛ-інфекції, правових засад забезпечення рівних можливостей, зниження рівня стигми та дискримінації, правового захисту для ЛЖВ та ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ

Проведено аналіз політик, законів і настанов та їх практичної реалізації, котрі впливають на широке коло питань по забезпеченню рівності доступу до послуг, уникнення проявів стигми та дискримінації та правового захисту ВІЛ-позитивних осіб.

Уряд України, спільно з міжнародними партнерами за активної участі громадянського суспільства досяг значного прогресу у створенні сприятливого політичного середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Закон України від 20.10.2014 № 1708«Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» є основним законодавчим інструментом, який забезпечує реалізацію заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на національному та регіональному рівнях [104].

Реформа системи охорони здоров'я в Україні передбачає створення системи громадського здоров'я в країні, яка в тому числі покликана поліпшити доступ до послуг у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції. Уряд зобов'язується усунути нормативні перешкоди та зміцнити політичне і правове середовище на підтримку лікування і профілактики ВІЛ-інфекції.

Закони приймає Парламент України (Верховна Рада), а суб'єктами законодавчої ініціативи є Президент України, народні депутати, Кабінет Міністрів України. Дотримання законів забезпечується через місцеві органи влади і суд. Щодо ЛЖВ було прийнято низку законів, що гарантують їм рівні права і захист у суспільному та особистому житті.

4.1. Аналітичний огляд міжнародних правових актів

Загальна декларація прав людини прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 року [158]. Її метою є забезпечення дотримання прав та свобод людини, рівності всіх людей в їхніх правах та гідності, а також особистої безпеки (недоторканності).

Лісабонська декларація стосовно прав пацієнта прийнята Всесвітньою медичною асамблеєю (1981 рік) [159], описує основні права пацієнтів. Зазначає, що лікар завжди повинен діяти у згоді з власним сумлінням і завжди

в інтересах свого пацієнта. Пацієнт має право очікувати, що його лікар поважатиме конфіденційний характер медичних та особистих відомостей про нього.

Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй (2001 рік) [160]. Розділ 58 декларує: «Реалізація прав людини та основних свобод для всіх має важливе значення з точки зору зниження ризику інфекції ВІЛ/СНІДу, а повага до прав людей, інфікованих ВІЛ, викликає активну реакцію. До 2003 року розробити, зміцнити і впровадити відповідне законодавство, нормативно-правові акти та інші заходи для викорінення всіх форм дискримінації, забезпечити повагу до та повну реалізацію всіх прав людини і основних свобод людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, та членів уразливих груп; зокрема, щоб гарантувати їхній доступ, серед іншого, до освіти, спадку, зайнятості, охорони здоров'я, послуг соціальної сфери та сфери охорони здоров'я, превентивних механізмів, підтримки, лікування, інформації і правового захисту, поважаючи при цьому їхнє право на приватне життя і конфіденційність; та розробити стратегії подолання стигми та соціального виключення, пов'язаного з епідемією».

Політична декларація ООН з питань ВІЛ/ СНІДу (2006 рік) [41]. Розділ 21 зазначає: «Наголосити на тому, що люди, які живуть з ВІЛ, які постраждали від ВІЛ, а також ті, хто має високий ризик інфікування ВІЛ, повинні однаковою мірою користуватися всіма правами людини і брати однакову участь у громадському, політичному, соціальному, економічному та культурному житті, без упереджень, стигми або дискримінації будь-якого роду». Розділ 25 декларації визначає, що послуги з КІТ мають надаватися конфіденційно всім тим, хто їх отримує.

Тимчасове керівництво ЮНЕЙДС із захисту конфіденційності та безпеки інформації, пов'язаної з ВІЛ (2007 рік) [161]. У Керівництві зазначено інформацію про принципи дотримання конфіденційності та безпеки даних щодо ВІЛ. Документ регулює поняття недоторканності приватного життя,

конфіденційності та безпеки даних щодо ВІЛ-позитивної особи, які стають відомі під час надання допомоги пацієнтам, епідмоніторингу та надання послуг лікування і догляду.

Звіт Глобальної комісії з питань ВІЛ та законодавства «ВІЛ та законодавство: ризики, права та здоров'я» (2012 рік) [162]. У цьому звіті містяться рекомендації щодо внесення відповідних змін у законодавство для забезпечення рівного доступу ЛЖВ до послуг лікування, догляду та підтримки ЛЖВ. Рекомендації покликані не лише зберегти життя людей, але й підвищити економічну доцільність послуг у глобальному сенсі.

Міжнародні принципи з ВІЛ/СНІДу і прав людини, об'єднана редакція (2006 рік) [163]. Настанова створена Управлінням Верховного комісара ООН з прав людини спільно з Об'єднаною Програмою ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС). Містить рекомендації для світової спільноти, урядів окремих країн та неурядових організацій щодо впровадження заходів із забезпечення захисту прав ВІЛ-позитивних людей. Зокрема, описує принципи необхідної правової реформи, міжнародні зобов'язання із забезпечення прав людини, надає рекомендації щодо забезпечення дотримання прав ЛЖВ. Цей документ визначає стандарти й механізми захисту юридичних прав і прав людини ВІЛ-позитивних. У настанові зазначено, що в кримінальному законодавстві не слід передбачати спеціальні склади злочинів для випадків умисної передачі ВІЛ, а використовувати в цих випадках склади загальнокримінальних злочинів.

Політична декларація з ВІЛ/СНІДу: прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ і припинення епідемії СНІДу до 2030 року [164], прийнята Генеральною Асамблеєю ООН. У пункті 62 (а) зазначено: «…визнаємо, що досягнення цілей Стратегії прискореної боротьби з ВІЛ можливе лише при збереженні і розширенні доступу до належних, якісних, заснованих на фактичних даних інформації, освіті й послугах у сфері ВІЛ».

«90–90–90» Амбітні цілі щодо розширення доступу до лікування ВІЛ [34].Цей документ, підготовлений ЮНЕЙДС у 2014 році, визначив нові глобальні цілі щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції. Він є частиною Стратегії

прискорення ЮНЕЙДС (Fast-Track) [33], метою якої є організація заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у країнах з низьким і середнім рівнями доходу та подолання епідемії до 2030 року.

Звіт Глобальної комісії з ВІЛ і законодавства «Ризики, права та здоров'я» [162] вказує на те, що «страх судового переслідування ізолює їх [ВІЛ- позитивних осіб. – прим.] і викликає небажання проходити тестування на ВІЛ, брати участь у програмах профілактики й лікування або повідомляти про свій статус партнерам».

Декларація Осло щодо криміналізації ВІЛ-інфекції (13 лютого 2012 року) [165] вказує, що «з'являється все більше доказів того, що криміналізація нерозголошення власного ВІЛ-статусу, поставлення в небезпеку інфікування ВІЛ, а також ненавмисного інфікування ВІЛ має переважно негативний, аніж позитивний, вплив на громадське здоров'я та права людини».

Зведене керівництво щодо застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції (2016 рік) [166] - підготовлено Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). Містить рекомендації з застосування антиретровірусних препаратів у рамках стратегії «Лікування як профілактика» (TAPS).

Нарада високого рівня з питань боротьби зі СНІДом (2016 рік) [32]. На цій нараді було проголошено Стратегію прискореного подолання епідемії ВІЛ-інфекції Fast Track, яка поставила перед міжнародною спільнотою амбітні цілі: до 2020 року виявити 90% людей, які живуть з ВІЛ, надати 90% з них антиретровірусну терапію (АРТ) та забезпечити ефективність лікування для 90% осіб, які отримують АРТ. Застосування підходу ЮНЕЙДС дозволить попередити до 2030 року приблизно 28 млн. нових випадків ВІЛ-інфекції, 21 млн. смертей, обумовлених СНІДом, уникнути додаткових витрат у зв'язку з ВІЛ у розмірі 24 млрд. доларів США та взагалі ліквідувати глобальну пандемію ВІЛ-інфекції.

Більшість цих міжнародних документів було ратифіковано Україною, що вказує на те, що держава підтримує ключові напрями міжнародної

політики щодо забезпечення основних прав людей загалом і ЛЖВ зокрема. Крім того, основні положення цих документів стали частиною законодавства України, в тому числі Конституції України.

4.2. Аналітичний огляд законодавчих актів України

Конституція України [100] забезпечує рівний захист усіх громадян та декларує рівні права, свободи й гарантії для всіх громадян України незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, а також мовних чи інших ознак.

Статті 21–68 Розділу 2 Конституції України розглядають права, свободи та обов’язки людини і громадянина. Відповідно до положень Конституції, права та свободи людини і громадянина включають громадянські (особисті), політичні, соціально-економічні, культурні та духовні права і свободи. Передумовою наявності політичних прав є громадянство України, вони можуть здійснюватися винятково громадянами, які досягли 18-річного віку. Здійснення цих прав дає їм можливість брати участь у політичному житті та управлінні державними справами (статті 36, 38–40). Політичні права також стосуються захисту здоров’я населення або захисту прав і свобод інших осіб. Соціальні та економічні права і свободи є основою всіх інших прав і свобод. Вони охоплюють такі важливі сфери життя, як власність, трудові відносини, здоров’я, відпочинок, і роблять свій внесок у задоволення матеріальних, духовних, фізичних та інших соціально значущих потреб та інтересів особистості. Статті 13, 14, 41, 42 Конституції України розглядають економічні права і свободи, а статті 43–49 охоплюють соціальні права та свободи.

Стаття 32 Конституції України передбачає, що ніхто не може зазнавати втручання в його особисте і сімейне життя, крім випадків, передбачених Конституцією України. Не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини. Збереження конфіденційної інформації є особливо

важливим у контексті ВІЛ/СНІДу з огляду на специфіку тестування на ВІЛ, а також через стигму й дискримінацію в разі розголошення позитивного результату тестування.

Кримінальний кодекс України [86], затверджений Законом України від 05.04.2001 № 2341-III, встановлює відповідальність за порушення недоторканності приватного життя, незаконне збирання, зберігання, використання, знищення, поширення конфіденційної інформації або незаконну зміну інформації про ВІЛ-інфіковану особу чи особу, хвору на СНІД. Передбачено кримінальну відповідальність для службових осіб лікувального закладу за розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення інфікування ВІЛ чи іншої невиліковної інфекційної хвороби. Стаття 132 забороняє розголошення службовою особою лікувального закладу або допоміжним працівником відомостей про невиліковну інфекційну хворобу пацієнта (наприклад, ВІЛ/СНІД). Стаття 182 передбачає покарання за «незаконне збирання, зберігання, використання, поширення конфіденційної інформації про особу».

З іншого боку стаття 130 Кодексу встановлює кримінальну відповідальність за: «свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини»; умисне інфікування ВІЛ «особою, яка знала про те, що вона є носієм вірусу». Стаття 133 передбачає притягнення до кримінальної відповідальності за «зараження іншої особи венеричною хворобою особою, яка знала про наявність у неї цієї хвороби».

Основи законодавства України про охорону здоров’я [101], затверджені Законом України від 19.11.1992 № 2801-XII, визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров’я в Україні. Стаття 39, гарантує право на таємницю про стан здоров’я, факт звернення по медичну допомогу, діагноз, а також про відомості, одержані при медичному обстеженні. Забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта. Стаття 40

зобов'язує медичних працівників не розголошувати відомостей про хворобу, медичне обстеження, огляд та їхні результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, які стали їм відомі у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків.

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [103], у редакції Закону від 23.12.2010 № 2861-VI - є основним нормативно-правовим актом, що гарантує захист прав людей, які живуть з ВІЛ, дотримання принципів конфіденційності, поваги до прав і свобод ЛЖВ, визначених законодавством України та міжнародними угодами. Відповідно до цього Закону, держава гарантує забезпечення реалізації послідовної політики, спрямованої на формування толерантного ставлення до людей, які належать до ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ, та людей, які живуть з ВІЛ. Закон передбачає конфіденційність при проведенні КІТ на ВІЛ, збереження конфіденційності під час реєстрації та обліку людей, які живуть з ВІЛ, здійснення медичного нагляду за ними. Відповідно до частини другої статті 14, держава гарантує надання всім людям, які живуть з ВІЛ, та особам, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, рівних з іншими громадянами можливостей для реалізації їхніх прав, передбачених Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України.

Стаття 16 цього закону забороняє звільнення з роботи та відмову у прийнятті на роботу людей, які живуть з ВІЛ, на підставі їхнього ВІЛ-позитивного статусу, а також обмеження прав їхніх рідних і близьких на цій підставі.

Поряд з тим Законом передбачено інформування особи, в якої виявлено ВІЛ, про кримінальну відповідальність за свідоме поставлення іншої особи в небезпеку та/або зараження ВІЛ.

Закон України від 01.06.2010 № 2297- VI «Про захист персональних даних» [167], регулює правові відносини, пов'язані з захистом та обробкою

персональних даних, забезпечує захист основоположних прав та свобод людини і громадянина, зокрема права на невтручання в особисте життя. Встановлює особливі вимоги до обробки персональних даних, що становлять лікарську таємницю, і забороняє розголошувати відомості стосовно суб'єктів персональних даних.

Закон України від 02.10.1992 № 2657-XII «Про інформацію» [168]. Регулює відносини щодо створення, збирання, одержання, зберігання, використання, поширення, охорони, захисту інформації. Стаття 11 забороняє збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та захисту прав людини. До конфіденційної інформації про фізичну особу належать, зокрема, дані про її національність, освіту, сімейний стан, релігійні переконання.

Закон України від 23.12.2010 № 2862-VI «Про соціальний діалог в Україні» [169] визначає правові норми організації та порядку ведення соціального діалогу в Україні з метою вироблення та реалізації державної соціальної та економічної політики, регулювання трудових, соціальних, економічних відносин, забезпечення підвищення рівня і якості життя громадян, соціальної стабільності в суспільстві. Закон впроваджено з метою створення постійного соціального діалогу у сфері трудових відносин між органами виконавчої влади, роботодавцями і профспілками, в тому числі щодо людей, які живуть з ВІЛ (запобігання дискримінації, формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних, дотримання їхніх прав, створення безпечних щодо інфікування ВІЛ умов праці).

Закон України від 06.09.2012 № 5207-VI «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» [170]. В Статті 6 закону зазначено, що «відповідно до Конституції України, загальновизнаних принципів і норм міжнародного права та міжнародних договорів України, всі особи незалежно від їх певних ознак мають рівні права і свободи, а також рівні можливості для їх реалізації. Форми дискримінації з боку державних органів, органів влади

Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб, юридичних осіб публічного та приватного права, а також фізичних осіб, визначені статтею 5 цього Закону, забороняються».

Закон України від 20.10.2014 № 1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» [104]. забороняє дискримінацію, визначає одним з завдань формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та дотримання їхніх прав, безпечних щодо інфікування ВІЛ умов праці.

Постанова Кабінету Міністрів України від 16.10.1998 № 1642 «Про затвердження Порядку та умов обов’язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов’язків, а також на випадок настання у зв’язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов’язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов’язків, а також на випадок настання у зв’язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції» [171]. Постанова встановлює права та гарантії для медичних працівників на випадок професійного інфікування ВІЛ та зобов’язує роботодавців страхувати працівників на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов’язків.

Наказ МОЗ України від 19.08.2005 № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ- інфекцію» [172] визначає порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію з дотриманням конфіденційності інформації, що відповідає рекомендаціям ВООЗ та ЮНЕЙДС. Інформація, що стала відома консультанту чи особі, яка проводила тестування, під час надання послуг КІТ, є конфіденційною. Ця інформація може бути передана законним представникам неповнолітнього або недієздатного пацієнта, закладам охорони здоров’я, органам прокуратури,

слідства, дізнання, суду у випадках, передбачених законами України. В усіх інших випадках до- та післятестове консультування, а також інформування про результати тестування – це конфіденційна інформація, розголошення якої тягне за собою кримінальну відповідальність.

Відповідно до законодавства України, Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) має право видавати конкретні накази для реалізації політики, організації заходів, а також забезпечення правового захисту і рівних прав ВІЛ-позитивних осіб в Україні.

Виявлені проблеми та невідповідності.

Незважаючи на наявність нормативно - правових актів щодо захисту права на приватне життя і збереження конфіденційності, випадки порушення цих прав трапляються. У 2013 році згідно даних моніторингу порушень прав ВІЛ-інфікованих осіб в Україні було виявлено 852 порушення конфіденційності щодо людей, які живуть з ВІЛ [173]. Більшість таких порушень була з боку працівників охорони здоров'я, службовців правоохоронних органів та соціальних працівників. Серед причин, що призводять до фактів дискримінації , є відсутність захищеного належним чином електронного реєстру ВІЛ-інфікованих пацієнтів та осіб з підтвердженими позитивними результатами тестування на ВІЛ, відсутність наступності в обміні інформацією між закладами охорони здоров'я, яка б забезпечувала конфіденційність, поширена стигма з боку медичних працівників загальної мережі закладів охорони здоров'я (неспеціалізованих закладів), наявність у медичних працівників боязні інфікуватися під час надання медичної допомоги ВІЛ-позитивними пацієнтами.

У 2013 році в Україні було проведено національне дослідження громадської думки «Стигма, дискримінація та порушення прав людей, які живуть із ВІЛ» [119]. За результатами опитування, 40% респондентів повідомили про факти соціальної стигми, пов'язаної з їхнім ВІЛ-статусом. При чому опитані зазначили, що дискримінаційні прояви посилювалися, якщо мало місце визнання факту приналежності до ключових груп ризику

інфікування ВІЛ. Ті, хто розкрив свій статус ЛВІН, ОСБ або ЧСЧ, повідомили про вищі рівні соціальної стигми (42%) порівняно з тими, хто не ідентифікував себе таким чином (35%). Подібна ситуація спостерігається і серед тих, хто звертався за медичними послугами: 11% опитаних зазначили, що їм було відмовлено в наданні медичних послуг у зв'язку з позитивним ВІЛ-статусом. Факти дискримінації ключових груп ризику щодо інфікування ВІЛ продовжують залишатися поширеною проблемою в Україні.

Законодавство України забезпечує соціальний захист і забороняє дискримінацію на робочому місці та звільнення на підставі позитивного ВІЛ-статусу. Але фактично рівний доступ до працевлаштування ЛЖВ гарантовано лише частково і не на всіх рівнях. Особливо це стосується приватного сектору. Не існує універсального законодавчого акту щодо профілактики ВІЛ на робочому місці. Не розроблено стандартних стимулів та заохочень для роботодавців щодо впровадження програм профілактики ВІЛ на робочому місці. Дискримінація на робочому місці створює соціальні та економічні перепони для ЛЖВ, загрожує їх економічній та соціальній безпеці. Згідно з Національною стратегією тристоронньої співпраці з питань ВІЛ/СНІДу на робочому місці на 2012–2017 рр. [174], негативні наслідки епідемії ВІЛ-інфекції на робочому місці призводять до скорочення кількості робочої сили, зменшення кваліфікованих кадрів, раннього виходу на пенсію, збільшення витрат роботодавців на оплату медичного страхування і забезпечення навчання працівників; до втрати репродуктивного здоров'я населення. Дослідження показують, що більшість ВІЛ-позитивних працівників приховує свій статус від колег та роботодавців через побоювання звільнення, проявів стигми і дискримінації. Українське законодавство не містить чіткого визначення причин для переривання трудових відносин, створення умов для роботи та відпочинку, винагороди за працю та інших спеціальних умов для ВІЛ-інфікованих працівників.

Наявність кримінальної відповідальності за ненавмисну передачу ВІЛ-інфекції створює перешкоди в доступі до лікування і профілактики ВІЛ.

Насамперед, це побоювання щодо розкриття позитивного ВІЛ-статусу партнерові, наявність фактів стигматизації та дискримінації, відмова від терапії тощо. Світовий досвід показує, що наявність кримінальної відповідальності за ненавмисну передачу ВІЛ-інфекції не попереджає поведінки, небезпечної щодо передачі ВІЛ. Положення Кримінального кодексу України суперечать реалізації державної політики, спрямованої на формування толерантного ставлення та неприпустимість дискримінації людей, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, та ЛЖВ. Національне законодавство є дискримінаційним щодо партнерів дискордантних пар, що підвищує ризик інфікування в такій парі.

На сьогодні 31 країна світу вимагає від ВІЛ-інфікованих іноземців, щоб вони покинули їх територію. У 16 країнах чинне законодавство категорично відмовляє у в’їзді до них ЛЖВС, а викриття ВІЛ-статусу у візовій анкеті чи при перетинанні державного кордону призводить до відмови на в’їзд до цих країн [105]. Урядом Канади передбачено обов’язковий медичний огляд і на наявність маркерів ВІЛ в осіб, які мають намір залишитися у Канаді на термін понад 6 місяців. Аналогічне правило існує в Австралії для нерезидентів, які бажають залишитися у країні 12 або більше місяців. У цьому контексті важливим кроком назустріч міжнародній спільноті стала радикальна зміна статті 11 в новій редакції Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [103] щодо видачі візи на в’їзд до України іноземцям і особам без громадянства, які прибувають в Україну на строк понад три місяці. В рамках нового закону відмінена обов’язкова довідка про ВІЛ, яку мали надавати іноземці для отримання української візи. Ця норма давно вважається дискримінаційною в усьому світі і відсутня майже в усіх цивілізованих країнах світу. Подолання її Україною є значним кроком вперед у сфері захисту прав людини та зниження дискримінації людей, хворих на ВІЛ/СНІД.

Забезпечення доступу до лікування для всіх людей, які живуть з ВІЛ, є одним із проголошених пріоритетів Уряду України, проте нормативні прогалини не дозволяють забезпечити повноцінне лікування та догляд. Впровадження найсучасніших протоколів лікування та рекомендацій, надання доступних і вільних від стигми послуг є важливими питаннями, які належить вирішити. Нормативні акти, які звужують спектр закладів, які надають послуги діагностики та лікування ВІЛ-інфекції лише до спеціалізованих установ, таких як Центр з профілактики та боротьби із СНІДом та мережа кабінетів «Довіра», створюють вагомі перешкоди в доступі до цих послуг.

До основних перешкод у забезпеченні високого рівня ефективності заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу також належать складні адміністративні процедури та соціальна стигма і дискримінація ключових груп населення та ЛЖВ, у тому числі з боку медичних працівників.

Україна досягла значного успіху в профілактиці ВІЛ-інфекції в середовищі ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ, особливо серед ЛВІН. Проте стигма і дискримінація є основними перешкодами, які обумовлені не тільки соціальними нормами, але й деякими нормативними актами, котрі не забезпечують конкретних механізмів захисту прав ключових груп населення. Надто суворе законодавство у сфері обігу наркотиків впливає на доступ до послуг для ЛЖВ. Недостатнє охоплення програмами ЗПТ цільової групи також пов’язане з браком конфіденційності й суворими умовами реєстрації в цих програмах.

Працівники секс-бізнесу зазнають обмеження у доступі до послуг профілактики та лікування ВІЛ-інфекції через законодавчу неврегульованість секс-індустрії та наявність дискримінаційних проявів та дій [175].

Дискримінації зазнають і представники спільноти ЛГБТ. У той час як, згідно законодавства України, всі форми дискримінації заборонені, включаючи дискримінацію за ознакою статі та переконань, не існує жодних правових механізмів для забезпечення конституційних прав представників цієї спільноти. Відсутність чітких формулювань сприяє переслідуванню,

дискримінації та соціальній стигматизації представників спільноти ЛГБТ. Крім того, ключовою групою населення щодо ризику інфікування ВІЛ, закон визначає групу ЧСЧ, тим самим звужуючи охоплення профілактичними програмами винятково представників групи ЧСЧ. Тим самим обмежується доступ до послуг для інших представників спільноти ЛГБТ [31].

4.3. SWOT- аналіз національного законодавства у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ

Наступним кроком дослідження, відповідно до його програми, було проведення SWOT– аналізу чинного національного законодавства у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на предмет законодавчого та нормативно-правового визначення принципів та підходів щодо подолання стигми та дискримінації людей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу.

Отримані в ході дослідження результати наведено в табл.4.1.

В ході проведення SWOT– аналізу дослідженню підлягало 11 Законів України, 3 урядові акти та 7 наказів МОЗ України.

В ході дослідження вивчалися та аналізувалися як позитивні сторонни кожного законодавчого акту, так і наявність в ньому програлин з позиції законодавчого визначення питань подолання стигми та дискримінації ЛЖВ.

Таблиця 4.1

SWOT- аналіз національного законодавства у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на предмет законодавчого та нормативно-правового визначення принципів та підходів щодо подолання стигми та дискримінації ЛЖВ

Законодавчий акт	Позитивні сторони	Прогалини
Конституція України	Забезпечує рівний захист усіх громадян та декларує рівні права, свободи й гарантії для всіх громадян України незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, а також мовних чи інших ознак. Стаття 32 передбачає, що ніхто не може зазнавати втручання в його особисте і сімейне життя, крім випадків, передбачених Конституцією України. Не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини.	Збереження конфіденційної інформації є особливо важливим у контексті ВІЛ/СНІДу з огляду на специфіку тестування на ВІЛ, а також через стигму й дискримінацію в разі розголошення позитивного результату тестування.
Основи законодавства України про охорону здоров'я, затверджені Законом України від 19.11.1992 № 2801-XII.	Визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні. Стаття 39 гарантує право на таємницю про стан здоров'я, факт звернення по медичну допомогу, діагноз, а також про відомості, одержані при медичному обстеженні. Забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта. Стаття 40 зобов'язує медичних працівників не розголошувати відомостей про хворобу, медичне обстеження, огляд та їхні результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, які стали їм відомі у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків. У статті 51 йдеться про те, що на прохання пацієнта і	Необхідним є внесення змін, які скасують обмеження інтеграції послуг медичної допомоги пацієнтам з ВІЛ/СНІДом у загальну мережу ЗОЗ (встановлення діагнозу та реєстрація, призначення лікування). Наразі не встановлено вимог щодо захисту конфіденційної інформації про пацієнтів в Ліцензійних умовах провадження господарської діяльності з медичної практики – для запобігання порушенню конфіденційності з боку надавачів медичних послуг. Стандарти акредитації ЗОЗ не містять вимог щодо дотримання принципу конфіденційності інформації щодо ВІЛ-інфікованих пацієнтів (розділ щодо прав, обов'язків та безпеки пацієнтів).

Продовження таблиці 4.1

Законодавчий акт	Позитивні сторони	Прогалини
	відповідно до медико-біологічних та соціально-психологічних показань йому може бути проведено шляхом медичного втручання в закладах охорони здоров'я зміну (корекцію) його статевої належності.	
Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», у редакції Закону від 23.12.2010 № 2861-VI	Закон є основним нормативно-правовим актом, що гарантує захист прав людей, які живуть з ВІЛ, дотримання принципів конфіденційності, поваги до прав і свобод ЛЖВ, визначених законодавством України та міжнародними угодами. Відповідно до цього Закону, держава гарантує забезпечення реалізації послідовної політики, спрямованої на формування толерантного ставлення до людей, які належать до ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ, та людей, які живуть з ВІЛ. Розділ ІІ містить детально врегульовану процедуру розкриття ВІЛ-статусу особи різним категоріям різних осіб – статевим партнерам, батькам та іншим законним представникам, правоохоронним органам. Така процедура визначена вперше. Закон передбачає конфіденційність при проведенні КІТ на ВІЛ, збереження конфіденційності під час реєстрації та обліку людей, які живуть з ВІЛ, здійснення медичного нагляду за ними. Відповідно до частини другої статті 14, держава гарантує надання всім людям, які живуть з ВІЛ, та особам, які належать до ключових груп ризику інфікування ВІЛ, рівних з іншими громадянами можливостей для реалізації їхніх прав, передбачених Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України. Стаття 16 цього закону забороняє звільнення з роботи та відмову у прийнятті на роботу людей, які живуть з ВІЛ, на підставі їхнього ВІЛ-позитивного статусу, а також обмеження прав їхніх рідних і близьких на цій	Визначення у цьому законодавчому акті терміну«соціально небезпечні інфекційні хвороби» взагалі не наведено, але він з'являється у розділі IV закону «Профілактика та надання медичної допомоги хворим на соціально небезпечні інфекційні хвороби (туберкульоз, інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом, СНІД, проказа)». Залишається дискусійним питання щодо права повідомлення про ВІЛ-статус, яке, за положенням закону, може надаватися за рішенням суду медичним працівникам. Крім того, лікар має право надавати таку інформацію партнеру ВІЛ-інфікованої людини без її згоди. Але процесуальним законодавством не передбачено механізм подібної судової ухвали. З точки зору запобігання поширенню ВІЛ-інфекції на загальні кола населення та зважаючи на те, що всі люди наділені конституційним правом отримувати будь-яку інформацію щодо захисту власного здоров'я, така законодавча ініціатива має сенс, однак вона порушує право на приватне життя ВІЛ-інфікованого. Закон про ВІЛ не захищає працівника від примусового тестування. Стаття 16 Закону визначає лише захист права на працю для ЛЖВ: неприпустимість звільнення з роботи, відмови у прийнятті на роботу, до освітніх, медичних та інших закладів ЛЖВ на підставі їхнього ВІЛ-статусу. Вимоги до роботодавця щодо тестування на ВІЛ на робочому місці, випадки, коли роботодавець має право вимагати тест на ВІЛ, порядок забезпечення ним конфіденційності при тестуванні – ці та інші пов'язані

Продовження таблиці 4.1

Законодавчий акт	Позитивні сторони	Прогалини
	підставі. Прогресивним кроком в напрямку зниження дискримінації людей, хворих на ВІЛ/СНІД, стала радикальна зміна Статті 11 попередньої редакції закону щодо видачі візи на в'їзд до України іноземцям і особам без громадянства, які прибувають в Україну на строк понад три місяці. В рамках чинного закону відмінено обов'язкову довідку на ВІЛ/СНІД, яку мали надавати іноземці для отримання української візи. Ця норма давно вважається дискримінаційною в усьому світі і відсутня майже в усіх цивілізованих країнах світу. Стаття 11 чинної редакції закону спрямована на захист загальних верств населення, про що свідчать законодавчо встановлені додаткові заходи, яких може вживати лікар для запобігання поширенню ВІЛ. Тобто лікар набув права «…без згоди ВІЛ-інфікованої особи повідомити зазначеного партнера (партнерів) про те, що вони піддавалися ризику інфікування ВІЛ, та надати рекомендації щодо необхідності тестування на ВІЛ і застосування профілактичних заходів для недопущення інфікування ВІЛ» (ст. 11, п. 2), але за умови «...такого повідомлення забороняється розкривати дані ВІЛ-інфікованої особи, внаслідок контакту з якою партнер (партнери) міг інфікуватися, а також повідомляти будь-які обставини, які можуть розкрити дані ВІЛ-інфікованої особи» (ст. 11, п. 2, ч. 2). В законі підкреслено антидискримінаційну політику держави у зв'язку з ВІЛ-статусом громадян та осіб без громадянства (стаття 14). Закон закріплює норму щодо рівності перед законом та заборони дискримінації ЛЖВ та осіб, які належать до ключових груп ризику щодо інфікування ВІЛ (стаття 14). захист конституційного права на працю (стаття16)	питання не врегульовано на законодавчому рівні. Стаття 11 закону про ВІЛ чітко визначає право лікаря розголошувати статус особи в інтересах громадського здоров'я, що може призвести до прецедентів розголошення інформації та дискримінаційних дій. Норми закону в чинній редакції не відображають інших сексуальних меншин, крім ЧСЧ (наприклад, лесбійок чи бісексуалів) та інших груп з невизначеною гендерною ідентичністю (наприклад, трансгендерних осіб). Внаслідок цих обмежень програма з протидії ВІЛ охоплює тільки ЧСЧ та їхніх статевих партнерів, а не всю ЛГБТ-спільноту. Попри наведені формулювання, немає правових механізмів для набуття цих конституційних прав представниками спільноти ЛГБТ. Відсутність чіткого визначення сприяє поширеним переслідуванням, дискримінації та соціальній стигматизації представників спільноти ЛГБТ. В Законі не передбачено механізмів залучення соціальної служби до вирішення проблемного питання у разі відмови ВІЛ-інфікованої матері надавати профілактичне лікування своїй новонародженій дитині, оскільки законодавство забороняє розкривати інформацію про ВІЛ-статус. Таким чином, порушуються права дитини на збереження її здоров'я. Нормативно не врегульовано можливість отримання послуг тестування на ВІЛ підлітками 14–18 років самостійно та анонімно, без отримання згоди батьків.

Продовження таблиці 4.1

Законодавчий акт	Позитивні сторони	Прогалини
	та інші права ЛЖВС (стаття15). Інформацію про позитивний ВІЛ-статус пацієнта можна передавати іншим особам лише за письмової згоди самої особи та в межах професійних обов’язків лікаря (наприклад, при передачі пацієнта іншому лікарю для подальшої курації). Третім особам такі дані можна надавати лише за рішенням суду в установлених законом випадках (розділ III, стаття 13, п. 4). Поряд з тим Законом передбачено інформування особи, в якої виявлено ВІЛ, про кримінальну відповідальність за свідоме поставлення іншої особи в небезпеку та/або зараження ВІЛ. Стаття 10 розділу 2 засвідчує, що люди, які живуть з ВІЛ, мають право на участь у допоміжних репродуктивних технологіях за умови запобігання передачі ВІЛ-інфекції від батьків майбутній дитині.	Накази МОЗ щодо доступу до допоміжних репродуктивних технологій для профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини серед ВІЛ-інфікованих жінок не узгоджені із іншими законодавчими актами.
Закон України від 06.04.2000 № 1645-III «Про захист населення від інфекційних хвороб»[176].	Цей Закон визначає правові, організаційні та фінансові засади діяльності органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, спрямованої на запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, локалізацію та ліквідацію їх спалахів та епідемій, встановлює права, обов'язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері захисту населення від інфекційних хвороб. Правила оформлення віз для в’їзду в Україну чи транзитного проїзду через її територію, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 01.06.2011 № 567, для отримання в’їзної візи не вимагають від іноземних громадян пред’явлення документів, які підтверджують їхній ВІЛ-статус. Наказ МОЗ України від 11.06.2015 № 329 «Про внесення змін до Переліку інфекційних хвороб,	Стаття 24 закону встановлює, що «дипломатичні представництва та консульські установи України видають візи на в’їзд в Україну іноземцям та особам без громадянства за умови пред’явлення документа про відсутність у них туберкульозу в активній формі та ВІЛ-інфекції, якщо інше не встановлено міжнародними договорами України». Таким чином, наявність цього дискримінаційного положення створює правовий конфлікт, який необхідно вирішити шляхом внесення відповідних законодавчих змін.

Продовження таблиці 4.1

Законодавчий акт	Позитивні сторони	Прогалини
	захворювання на які є підставою для відмови у наданні дозволу на імміграцію в Україну» скасував норму щодо заборони на в'їзд в Україну та подальшого проживання на території України людей, які живуть з ВІЛ.	
Закон України від 01.06.2010 № 2297- VI «Про захист персональних даних»	Регулює правові відносини, пов'язані з захистом та обробкою персональних даних, забезпечує захист основоположних прав та свобод людини і громадянина, зокрема права на невтручання в особисте життя. Встановлює особливі вимоги до обробки персональних даних, що становлять лікарську таємницю, і забороняє розголошувати відомості стосовно суб'єктів персональних даних.	Законом не передбачена необхідність наявності в стандартних посадових інструкціях медичних працівників, які мають доступ до конфіденційної інформації, в тому числі про ВІЛ-інфікованих пацієнтів, вимог щодо захисту персональних даних та збереження конфіденційності.
Закон України від 02.10.1992 № 2657-XII «Про інформацію»	Регулює відносини щодо створення, збирання, одержання, зберігання, використання, поширення, охорони, захисту інформації. Стаття 11 забороняє збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та захисту прав людини. До конфіденційної інформації про фізичну особу належать, зокрема, дані про її національність, освіту, сімейний стан, релігійні переконання.	Збереження конфіденційної інформації є особливо важливим у контексті ВІЛ/СНІДу з огляду на специфіку тестування на ВІЛ, а також через стигму й дискримінацію в разі розголошення позитивного результату тестування.
Закон України від 23.12.2010 № 2862-VI «Про соціальний діалог в Україні»	Визначає правові норми організації та порядку ведення соціального діалогу в Україні з метою вироблення та реалізації державної соціальної та економічної політики, регулювання трудових, соціальних, економічних відносин, забезпечення підвищення рівня і якості життя громадян, соціальної стабільності в суспільстві. Закон впроваджено з метою створення постійного соціального діалогу у сфері трудових відносин між	Не існує універсального документа щодо профілактики ВІЛ на робочому місці, а наявне законодавство не передбачає стимулів для роботодавців щодо розробки та ухвалення програм профілактики ВІЛ на робочому місці. Більшість ВІЛ-позитивних працівників приховує свій статус від колег та роботодавців через побоювання стигми, дискримінації та звільнення.

Продовження таблиці 4.1

Законодавчий акт	Позитивні сторони	Прогалини
	органами виконавчої влади, роботодавцями і профспілками, в тому числі щодо людей, які живуть з ВІЛ (запобігання дискримінації, формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних, дотримання їхніх прав, створення безпечних щодо інфікування ВІЛ умов праці).	
Закон України від 06.09.2012 № 5207-VI «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні»	В Статті 6 закону зазначено, що «відповідно до Конституції України, загальновизнаних принципів і норм міжнародного права та міжнародних договорів України, всі особи незалежно від їх певних ознак мають рівні права і свободи, а також рівні можливості для їх реалізації…» Закон забороняє будь-яку дискримінацію, в тому числі на основі статі чи переконань, і гарантує забезпечення рівності прав і свобод осіб та/або груп осіб; забезпечення рівності перед законом осіб та/або груп осіб; повагу до гідності кожної людини; забезпечення рівних можливостей осіб та/або груп осіб.	Цей закон не передбачає захисту трансгендерних осіб. Закон не містить в переліку антидискримінаційних підстав ознаки «сексуальна орієнтація» та «гендерна ідентичність». В Україні відсутнє юридичне право у представників ЛГБТ-спільноти на укладення між ними шлюбу. Це сприяє соціальній стигмі, яка призводить до дискримінації за ознакою сексуальної орієнтації чи гендерної ідентичності. Відсутність передбачених законодавством рівних прав на укладення шлюбу позбавляє представників ЛГБТ-спільноти всіх законних та передбачених державою прав та привілеїв, якими користуються подружні пари та/або партнери.
Закон України від 23.06.1995 № 239/95-ВР «Про донорство крові та її компонентів» [177] Наказ МОЗ від 01.07.2005 № 385 «Про інфекційну безпеку донорської крові та її компонентів» [178]	Відповідно до статті 2 цього закону, донорство крові – це добровільний акт. Закон визначає донора крові та її компонентів як працездатного громадянина України віком від 18 років, який пройшов медичне обстеження і в якого немає протипоказань, визначених центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров’я.	Проте наказом МОЗ від 01.07.2005 № 385, всупереч статті 2 Закону, встановлено, що протипоказанням до донорства за формою ризикованої поведінки є практика гомосексуальних відносин. Норми Закону України «Про донорство крові та її компонентів» застаріли і не відповідають міжнародним керівним принципам і правовим актам.
Кримінальний кодекс України,	Встановлює відповідальність за порушення недоторканності приватного життя, незаконне збирання,	Наявність кримінальної відповідальності за ненавмисну передачу ВІЛ-інфекції створює перешкоди в

Продовження таблиці 4.1

Законодавчий акт	Позитивні сторони	Прогалини
затверджений Законом України від 05.04.2001 № 2341-III	зберігання, використання, знищення, поширення конфіденційної інформації або незаконну зміну інформації про ВІЛ-інфіковану особу чи особу, хвору на СНІД. Передбачено кримінальну відповідальність для службових осіб лікувального закладу за розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення інфікування ВІЛ чи іншої невиліковної інфекційної хвороби. Стаття 132 забороняє розголошення службовою особою лікувального закладу або допоміжним працівником відомостей про невиліковну інфекційну хворобу пацієнта (наприклад, ВІЛ/СНІД). Стаття 182 передбачає покарання за «незаконне збирання, зберігання, використання, поширення конфіденційної інформації про особу». З іншого боку Стаття 130 Кодексу встановлює кримінальну відповідальність за: «свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини»; умисне інфікування ВІЛ «особою, яка знала про те, що вона є носієм вірусу». Стаття 133 передбачає притягнення до кримінальної відповідальності за «зараження іншої особи венеричною хворобою особою, яка знала про наявність у неї цієї хвороби».	доступі до лікування і профілактики ВІЛ. Насамперед, це побоювання щодо розкриття позитивного ВІЛ-статусу партнерові, наявність фактів стигматизації та дискримінації, відмова від терапії тощо. Світовий досвід показує, що наявність кримінальної відповідальності не попереджає поведінки, небезпечної щодо передачі ВІЛ. Деякі положення кодексу суперечать реалізації державної політики, спрямованої на формування толерантного ставлення та неприпустимість дискримінації людей, які належать до ключових груп ризику інфікування ВІЛ, та ЛЖВ. Стаття 132 кодексу розглядає «Розголошення службовою особою лікувального закладу, … результатів, що стали їм відомі у зв’язку з виконанням службових або професійних обов’язків, – карається у передбаченому кримінальному порядку». Водночас, кодекс містить ч. 1, ст. 135, яка окреслює ситуацію, коли йдеться про залишення в небезпеці, карається обмеженням волі на строк до двох років або позбавленням волі на той самий строк». У цьому контексті привертає увагу і ст. 131. «Неналежне виконання професійних обов’язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби». Отже, неповідомлення у передбаченому законі випадку відповідних осіб може бути розглянуто саме як залишення у небезпеці або «Неналежне виконання медичним, фармацевтичним або іншим працівником своїх професійних обов’язків…» передбачатиме притягнення лікаря до цивільної чи кримінальної відповідальності. Рецидив цього проступку чи злочину передбачає більш суворе покарання. Але і цю норму закону складно виконати за причини вчасності обстеження на маркери ВІЛ, епідеміологічних особливостей трансмісії і

Продовження таблиці 4.1

Законодавчий акт	Позитивні сторони	Прогалини
	У 2006 році відбулися зміни правового регулювання кримінальної відповідальності за діяння, передбачені статтею 303 Кримінального кодексу України. Зокрема, заняття проституцією було декриміналізовано Законом України від 12.01.2006 № 3316-IV «Про внесення змін до Кримінального кодексу України щодо вдосконалення відповідальності за торгівлю людьми та втягнення в заняття проституцією».	тривалості інкубаційного періоду. Законодавчо визначена мінімальна кількість наркотиків, яка не передбачає кримінальної відповідальності, є занадто малою, а це означає, що зберігання наркотиків для особистого вживання (тобто не для продажу), як і раніше, заборонене. Необхідно підвищити поріг мінімального обсягу наркотичних засобів, зберігання яких не передбачає кримінальну відповідальність. Необхідною є декриміналізація і депеналізація зберігання невеликої кількості контрольованих речовин «без наміру продати». Наявність відповідальності за зберігання залишків наркотику у вживаному шприці або інших предметах, використаних для вживання наркотиків спонукає людину швидко позбутися шприца після використання замість безпечної їх утилізації. Незважаючи на прогресивні зміни в Кодексі, законодавчі та політичні прогалини, що стосуються ОСБ, зберігаються через погану координацію між різними гілками влади як на національному, так і на місцевому рівнях. Такі юридичні невідповідності впливають на доступ до послуг з профілактики ВІЛ та підтримки ЛЖВ, а також посилюють дискримінацію і насильство щодо ОСБ. Не передбачено юридичну відповідальність для фізичних або юридичних осіб за вчинення правопорушень щодо ЛЖВ або ключових груп населення на підставі стану здоров’я, сексуальної орієнтації або роду занять останніх.
Закон України від 20.10.2014 № 1708-VII «Про затвердження	Забороняє дискримінацію, визначає одним з завдань формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та дотримання їхніх прав, безпечних щодо інфікування ВІЛ умов праці.	Відсутність гарантій щодо забезпечення безперервного постачання АРВ-препаратів. Не забезпечено ефективного моніторингу резистентності до АРТ. Ключовою групою населення щодо ризику

Продовження таблиці 4.1

Законодавчий акт	Позитивні сторони	Прогалини
Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки»	Держава гарантує ЛЖВ матеріальну підтримку у вигляді вільного та безоплатного доступу до антиретровірусних препаратів. Така гарантія поширюється і на найбільш уразливі верстви населення, зокрема новонароджених, ВІЛ-інфікованих вагітних жінок і матерів, ЛВІН, ЧСЧ, ПКС, а також працівників сфери охорони здоров'я, котрі контактують з ВІЛ безпосередньо на робочому місці. Програмою передбачено до 2018 року для ЛЖВ та ключових груп ризику забезпечувати доступ до правової допомоги, проводити інформаційні заходи з питань подолання дискримінації, а також систематично досліджувати рівень стигматизації і дискримінації. Також задекларовано очікуваний результат на 2018 рік – сформувати у населення толерантне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ і знизити на 50% рівень їх дискримінації.	інфікування ВІЛ, закон визначає групу ЧСЧ, тим самим звужуючи охоплення профілактичними програмами винятково представників групи ЧСЧ. Тим самим обмежується доступ до послуг для інших представників спільноти ЛГБТ. Необхідне розширення державних гарантій надання профілактичних послуг усім КГН. Наявна недосконалість національної політики щодо фінансування програм профілактики ВІЛ-інфекції та зменшення залежності від фінансування донорів. В програмі не передбачено інформаційної кампанії на базі соціальних мереж для підвищення рівня знань про ВІЛ і пропаганди здорового способу життя серед дітей та підлітків. Наразі не впроваджені механізми соціального замовлення та не затверджено перелік профілактичних послуг, стандарти їх надання, порядок планування, фінансування і закупівлі цих послуг за рахунок державного та місцевих бюджетів. В програмі відсутні положення та заходи з подолання стигматизації, дискримінації та криміналізації дітей та молоді груп ризику, забезпечити надання для них ВІЛ-послуг без стигми та дискримінації. Для досягнення запланованих показників зниження дискримінації програмою не заплановано виділення коштів з державного бюджету. Усі витрати на реалізацію цих заходів щодо подолання дискримінації покладено на Глобальний фонд та інші донорські джерела. Відсутній системний підхід до реалізації антидискримінаційних заходів. Також відсутня система реєстрації випадків дискримінації ЛЖВ та ключових груп населення під час отримання ними профілактичних і медичних послуг та механізму реагування на ці випадки з

Продовження таблиці 4.1

Законодавчий акт	Позитивні сторони	Прогалини
		метою їх усунення. В програмі не враховано потреби ВІЛ-позитивних мігрантів.
Кодекс України про адміністративніправо порушення (редакція від 26.10.2017, підстава 2109-19) [179]	Завданням Кодексу є охорона прав і свобод громадян, власності, конституційного ладу України, прав і законних інтересів підприємств, установ і організацій, встановленого правопорядку, зміцнення законності, запобігання правопорушенням, виховання громадян у дусі точного і неухильного додержання Конституції і законів України, поваги до прав, честі і гідності інших громадян, до правил співжиття, сумлінного виконання своїх обов'язків, відповідальності перед суспільством.	Стаття 181-1 передбачає, що ОСБ (особи секс бізнесу) можуть бути притягнуті до адміністративної відповідальності, що тягне за собою попередження або накладення штрафу від п’яти до десяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян. Ті самі дії, вчинені повторно протягом року після накладення адміністративного стягнення, тягнуть за собою накладення штрафу від восьми до п’ятнадцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян. ОСБ зазнають обмеження у доступі до послуг профілактики та лікування ВІЛ-інфекції через законодавчу неврегульованість секс-індустрії та наявність дискримінаційних проявів та дій. Українське суспільство ще не повною мірою визначилося у своєму ставленні до формування політики регулювання ринку секс-індустрії і наразі перебуває в суспільній дискусії щодо легалізації проституції.
Постанова Кабінету Міністрів України від 16.10.1998 № 1642 «Про затвердження Порядку та умов обов’язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час	Постанова встановлює права та гарантії для медичних працівників на випадок професійного інфікування ВІЛ та зобов’язує роботодавців страхувати працівників на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов’язків. Ця постанова передбачає порядок страхування працівників на випадок інфікування ВІЛ та перелік категорій таких працівників.	Постанова не врегульовує порядку надання допомоги у випадку непрофесійних контактів та для загального населення. Законодавством також не передбачено порядку дій органів влади, правоохоронних органів, працівників служби надзвичайних ситуацій, установ виконання покарань, медичних працівників у випадку виникнення аварії, нещасного випадку, іншої надзвичайної ситуації, при настанні яких міг бути ризик інфікування ВІЛ.

Продовження таблиці 4.1

Законодавчий акт	Позитивні сторони	Прогалини
виконання ними професійних обов'язків …»		
Постанова Кабінету Міністрів України від 12.09.2012 № 852 «Про розмір щомісячної державної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям і дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ» [180]	Постанова встановлює щомісячну державну допомогу в розмірі десяти неоподаткованих мінімальних доходів громадян ВІЛ-інфікованим дітям та дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ.	Встановлений постановою розмір допомоги не дозволяє забезпечити достатнього рівня догляду та адекватного харчування для дітей, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ.
Наказ МОЗ України від 19.08.2005 №415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію»	Визначає порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію з дотриманням конфіденційності інформації, що відповідає рекомендаціям ВООЗ та ЮНЕЙДС. Наказ зазначає, що інформація, що стала відома консультанту чи особі, яка проводила тестування, під час надання послуг КІТ, є конфіденційною. Ця інформація може бути передана законним представникам неповнолітнього або недієздатного пацієнта, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання, суду у випадках, передбачених законами України. В усіх інших випадках до- та післятестове консультування, а також інформування про результати тестування – це конфіденційна інформація, розголошення якої тягне за собою кримінальну відповідальність.	Не врегульовано процедуру надання послуг тестування на ВІЛ у лабораторіях поза ЗОЗ, приватних медичних закладах та немедичних закладах. Не розроблено чітко процедури активного залучення до обстеження на ВІЛ партнерів людей, у яких результат тесту на ВІЛ виявився позитивним, та не включено в національні протоколи тестування на ВІЛ. Згідно наказу, тестування здійснюється за принципом opt-in: особа має надати письмову згоду на проведення тестування. Підписання згоди в цьому випадку може розглядатися як додаткова перешкода, оскільки частина людей відмовляється підписувати будь-які документи. Чинне законодавство не передбачає можливості проведення тестування на ВІЛ за принципом opt-out, тобто без обов'язкової письмової згоди на проведення тестування, але з його попереднім інформуванням та можливістю відмовитися від тесту на ВІЛ. Запровадження порядку тестування на ВІЛ за принципом opt-out підвищує його прийнятність серед пацієнтів у порівнянні з принципом opt-in.

Продовження таблиці 4.1

Законодавчий акт	Позитивні сторони	Прогалини
		Не врегульовано порядок самотестування на ВІЛ та тестування на ВІЛ удома, включаючи питання якості, продажу, дистрибуції та використання відповідних тест-систем. Не врегульовано подальший алгоритм для остаточного встановлення діагнозу та направлення до закладів, які надають послуги догляду і підтримки.
Наказ МОЗ України від 10.07.2013 № 585 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ»	Наказом визначено, що «Діагноз ВІЛ-інфекції встановлюється центрами (відділеннями) з профілактики та боротьби зі СНІДом (далі – центри (відділення) СНІДу) або ЗОЗ, в яких функціонують кабінети «Довіра», за місцем проживання людей, які живуть з ВІЛ, у разі виявлення антитіл до ВІЛ за результатами лабораторних досліджень, даних епідеміологічного анамнезу та об'єктивного обстеження особи, яка звернулася для встановлення діагнозу». Реєстрацію та облік пацієнтів з ВІЛ можуть здійснювати тільки центри (відділення) профілактики та боротьби зі СНІДом; заклади охорони здоров'я, в яких функціонують кабінети «Довіра», за місцем проживання людей, які живуть з ВІЛ. Також наказ визначає перелік ЗОЗ, які можуть надавати медичну допомогу пацієнтам з ВІЛ-інфекцією/СНІДом: центри (відділення) профілактики та боротьби зі СНІДом; ЗОЗ, у складі яких функціонують кабінети «Довіра» або кабінети інфекційних захворювань; інфекційні лікарні; багатопрофільні лікарні; клініка ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України»; протитуберкульозні диспансери, туберкульозні лікарні, ТМО, які надають спеціалізовану медичну допомогу хворим на поєднану патологію ВІЛ/ТБ.	Наказ обмежує перелік ЗОЗ та лікарів, які мають право встановлювати діагноз ВІЛ-інфекції та надавати послуги з лікування інші медичні послуги ЛЖВ, що може призвести до дискримінаційних подій, в тому числі до дискримінації та стигматизації пацієнтів з ВІЛ з боку медичного персоналу.

Продовження таблиці 4.1

Законодавчий акт	Позитивні сторони	Прогалини
Наказ МОЗ України від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні» [181]	Наказ встановлює порядок надання паліативної допомоги населенню, в тому числі ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД пацієнтам.	В наказі наявна недосконала норма, яка забороняє пацієнтам, хворим на туберкульоз та на ВІЛ-інфекцію/СНІД, отримувати паліативну допомогу у спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах. Необхідно покращити доступ до паліативної та хоспісної допомоги ЛЖВ (у тому числі дітей), через внесення змін до наказу.
Наказ МОЗ України, МВС України, Мінюсту України, Державної служби України з контролю за наркотиками від 22.10.2012 № 821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами ЗПТ» [182]	Наказ регламентує організаційні питання доступу до ЗПТ та детоксикації для ЛВІН, які до затримання чи ув'язнення були учасниками програми ЗПТ або її потребують.	Надто суворе законодавство у сфері обігу наркотиків впливає на доступ до послуг для ЛЖВ. Недостатнє охоплення програмами ЗПТ цільової групи також пов'язане з браком конфіденційності й суворими умовами реєстрації в цих програмах. Необхідно реформувати (або скасувати) реєстри споживачів наркотиків: пріоритетом має бути скасування або спрощення положень про реєстрацію. Недосконалим є захист особистих даних та інформації про стан здоров'я пацієнтів. Наразі діє юридичне зобов'язання з боку наркологічних та інших медичних закладів і персоналу інформувати правоохоронні органи про людей, які потребують лікування, або про випадки передозування. Співробітники правоохоронних органів та органів прокуратури володіють правом отримувати таку інформацію на вимогу.
Наказ МОЗ України від 05.10.2016 № 1041 «Про встановлення медико-біологічних та соціально-психологічних показань для зміни	Наказ встановлює медико-біологічні та соціально-психологічні показання для зміни (корекції) статевої належності. Затверджує форму первинної облікової документації № 066-3/о «Медичне свідоцтво про зміну (корекцію) статевої належності» та інструкцію щодо її заповнення.	Дискримінаційні практики, що впливають на трансгендерних осіб, стосуються насамперед доступу до хірургічних операцій зі зміни статі та правового визнання змін у гендерному статусі. Внаслідок таких факторів, як вартість, обмежені ресурси та бюрократія в системі психіатричної допомоги, транс гендерні особи в Україні часто стикаються з труднощами при отриманні правових та медичних послуг у зв'язку зі зміною статі.

Продовження таблиці 4.1

Законодавчий акт	Позитивні сторони	Прогалини
(корекції) статевої належності та затвердження форми первинної облікової документації й інструкції щодо її заповнення». [183].		Трансгендерні особи потерпають від численних проявів постійної соціальної стигми у зв'язку з їхньою гендерною ідентичністю та поведінкою. Внаслідок цього вони наражаються на підвищених ризик сексуального насильства, а також часто змушені надавати послуги комерційного сексу, щоб вижити.
Спільний наказ Міністерства юстиції України, МОЗ України та МВС України від 05.09.2012 № 692/775/1311/5 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, територіальних органів внутрішніх справ, установ виконання покарань та слідчих ізоляторів в частині забезпечення наступності диспансерного спостереження за ВІЛ-позитивними особами, здійснення клініко-лабораторного моніторингу за перебігом захворювання та проведення антиретровірусної терапії»[184]	Наказ розроблено з метою забезпечення диспансерного спостереження за ВІЛ-позитивними особами, здійснення клініко-лабораторного моніторингу за перебігом хвороби та проведення антиретровірусної терапії (АРТ) серед затриманих осіб.	Співробітники медичної служби є офіцерами Державної пенітенціарної служби і підпорядковуються адміністрації виправного закладу, що не завжди позитивно впливає на рівень організації надання медичної допомоги ув'язненим. Згідно наказу ув'язнений не має права на вільний вибір лікаря та додаткове (альтернативне) консультування з лікарем щодо правильності встановленого діагнозу або призначеного лікування. Не визначено механізму спадковості у веденні ЛЖВ , що призводить до того, що після звільнення з місць позбавлення волі багато ВІЛ-інфікованих осіб втрачають доступ до АРТ внаслідок відсутності координації між закладами ДПтС та ЗОЗ або НУО.

Таким чином проведений SWOT- аналіз національного законодавства та політик у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ дозволив встановити недостатнє правове визначення питань протидії стигмі і дискримінації на національному рівні.

Висновки за розділом

Міжнародне законодавство визначає в правовому полі питання подолання стигми і дискримінації по відношенню до людей, яких торкнулася проблемі ВІЛ/СНІДу.

Українське законодавство у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу прогресивно розвивається з урахуванням найкращого світового досвіду і рекомендацій міжнародних експертів. Загалом, чинні національні законодавчі акти відповідають міжнародним стандартам, демонструють позитивну державну політику в сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, створюють підґрунтя для досягнення задекларованих державою цілей.

Нормативно-правова база України номінально не обмежує людей, що живуть з ВІЛ, та представників ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ в їх правах, політичному, суспільному та культурному житті. Проте високий рівень соціальної стигми ЛЖВ та ключових груп населення значно впливає на поведінку людей, занижує самооцінку та почуття власної гідності, призводить до розвитку самостигматизації. Більшу увагу варто звернути на забезпечення дотримання всіх норм та підтримку ключових груп населення і ЛЖВ, а також на усунення перешкод, які маргіналізують цих людей і заважають їх доступу до лікування. Ефективне дотримання чинних норм має вирішальне значення для поліпшення соціального захисту і покращення показників здоров’я населення. Державна політика України у сфері притягнення до кримінальної відповідальності за ненавмисне інфікування ВІЛ носить каральний характер, що негативно впливає на доступ ЛЖВ до програм профілактики та лікування. Незважаючи на зусилля неурядових організацій, позиція Національної поліції з питання декриміналізації ВІЛ свідчить про неготовність вносити кардинальні зміни до законодавства.Основними

проблемами, з якими стикаються ЛЖВ в Україні, є недотримання добровільності тестування на ВІЛ, дискримінація – обмеження конституційного права на медичну допомогу, випадки відмови у проведенні оперативних втручань, інших інвазивних видів допомоги, розголошення інформації про ВІЛ-статус, соціальна ізоляція.На сьогодні є певна неузгодженість, а часто і взаємовиключаючий характер окремих положень законів і підзаконних актів щодо основних понять та процедур у контексті епідемії ВІЛ-інфекції. Саме тому нерідко реєструються факти недотримання чинного законодавства у сфері ВІЛ/СНІДу.

Список особистих друкованих робіт за темою розділу [9, 10, 18, 21].

РОЗДІЛ 5

РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ РІВНЯ СТИГМИ І ДИСКРИМІНАЦІЇ ЛЖВ ТА ОЦІНКА РІВНЯ ЗНАНЬ ПРО ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ СЕРЕД РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ НАСЕЛЕННЯ

Відповідно до програми дослідження на шостому етапі дослідження було проведено соціологічне дослідження серед:

-медичних працівників;

- студентів Ужгородського національного університету;
- працівників поліції;
- вчителів загальноосвітніх шкіл Закарпатської області.

Також були проаналізовані результати попередніх досліджень з визначення індексу стигми, яку відчувають ЛЖВ.

5.1. Результати соціологічного дослідження серед медичних працівників

На першому етапі дослідження було вивчено відношення опитаних медичних працівників до загальних питань з організації медичної допомоги ЛЖВ. Отримані результати наведено в табл.5.1.

Аналіз наведених в табл. 5.1. даних вказує на достатньо високий рівень скритої стигми та дискримінації опитаних медичних працівників по відношенню до ЛЖВ. На це вказує наступне:

Лікарі: 10,50±1,5% вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати окремо від інших людей, щоб захистити загальне населення від інфікування; 15,25±1,8% вважає, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже вони не виліковуються; 8,25±1,4% вважає, що ВІЛ-інфіковані пацієнти, які мають статеві стосунки з людьми своєї ж статі, та особи секс бізнесу не мають право отримувати високоякісні послуги в медичному закладі, в якому працює респондент; 13,25±1,7% вважає, що ВІЛ-інфіковані несуть відповідальність за своє захворювання.

Таблиця 5.1

Відношення опитаних медичних працівників до загальних питань з організації медичної допомоги ЛЖВ

Питання	Лікарі		Середні медичні працівники	
	абс	%	абс	%
Вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати в окремих закладах, щоб захистити загальне населення від інфікування.	42	10,50±1,5	71	17,75±1,9
Вважають, що ВІЛ-інфіковані несуть відповідальність за своє захворювання	53	13,25±1,7	89	22,25±2,1
Вважають, що більшість ВІЛ-позитивних працівників медичних закладів інфікуються на робочому місці.	11	2,75±0,8	54	13,50±1,7
Вважають, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже вони не виліковуються.	61	15,25±1,8	94	23,5±2,1
Вважають, що ВІЛ-інфіковані пацієнти, які мають статеві стосунки з людьми своєї ж статі, мають право отримувати високоякісні послуги медичному закладі, в якому працює респондент	363	90,75±1,4	336	84,0±1,8
Вважають, що ВІЛ-інфіковані пацієнти, які мають статеві стосунки з людьми своєї ж статі, не мають право отримувати високоякісні послуги медичному закладі, в якому працює респондент	37	8,25±1,4	64	16,0±1,8
Вважають, що ВІЛ-інфіковані працівники комерційного сексу мають право отримувати високоякісні послуги в медичному закладі, в якому працює респондент	363	90,75±1,4	336	84,0±1,8
Вважають, що ВІЛ-інфіковані працівники комерційного сексу не мають право отримувати високоякісні послуги медичному закладі, в якому працює	37	8,25±1,4	64	16,0±1,8

Середні медичні працівники: 17,75±1,9% вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати в окремих закладах, щоб захистити загальне населення від інфікування, 23,5±2,1% вважають, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже вони не виліковуються, 16,0±1,8% вважає, що ВІЛ-інфіковані пацієнти, які мають статеві стосунки з людьми своєї ж статі та працівники комерційного сексу не мають право отримувати високоякісні послуги медичному закладі, в якому

працює респондент, 22,25±2,1% вважають, що ВІЛ-інфіковані несуть відповідальність за своє захворювання.

Наступним кроком дослідження було вивчення питання щодо безпосередньої практичної діяльності опитаних медичних працівників. Отримані результати наведено в табл.5.2.

Таблиця 5.2

Рівень відношення та оцінки особистої практичної діяльності щодо надання медичної допомоги ЛЖВ

Питання	Лікарі		Середні медичні працівники	
	абс	%	абс	%
Вважають, що ВІЛ-інфіковані пацієнти найбільше загрожують особистій безпеці на робочому місці.	130	32,4±2,3	213	53,25±2,5
Вважають, що дуже ризикують інфікуватися ВІЛ, працюючи у медичному закладі.	139	34,75±2,3	197	49,25±2,5
Почуваються спокійно, надаючи хірургічні чи інвазивні послуги пацієнтам, чий ВІЛ-статус невідомий.	357	89,25±1,5	341	85,25±1,8
Почуваються спокійно, користуючись одним санвузлом разом з ВІЛ-позитивним колегою.	357	89,25±1,5	309	77,25±2,1
Вважають, що стандартні застережні заходи розроблені винятково для захисту медичних працівників від пацієнтів, які можуть бути хворі на ВІЛ або гепатит, є ефективними.	386	96,50±0,9	376	94,0±1,2
Вважають, що стандартні застережні заходи необхідні також під час надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим в домашніх умовах.	386	96,50±0,9	376	94,0±1,2
Вважають, що вагітна медична працівниця, яка випадково травмувалася нестерильною голкою або гострим інструментом, не може отримувати постконтактну профілактику, адже антиретровірусні препарати можуть зашкодити плоду	12	3,0±0,9	47	11,75±1,6
Вважають, що медичний працівник, який знає про свій ВІЛ-позитивний статус, може продовжувати працювати, якщо уникатиме ситуацій, ризикованих для пацієнтів з точки зору інфікування ВІЛ.	382	95,5±1,0	354	88,50±1,6

Аналіз наведених в табл. 5.2. результатів підтверджує висновок, який зроблено за даними, що наведенів табл.6.1. (вивчення відношення та оцінки особистої практичної діяльності опитаними медичними працівниками щодо надання медичної допомоги ЛЖВ). Зокрема:

- серед опитаних лікарів 32,4±2,3% вважають, що ВІЛ-інфіковані пацієнти найбільше загрожують особистій безпеці на робочому місці, при чому 34,75±2,3% вказали, що дуже ризикують інфікуватися ВІЛ, працюючи у медичному закладі.

- серед опитаних середніх медичних працівників 53,25±2,5% вважають, що ВІЛ-інфіковані пацієнти найбільше загрожують особистій безпеці на робочому місці, 49,25±2,5% вважають, що дуже ризикують інфікуватися ВІЛ, працюючи у медичному закладі.

При цьому 96,50±0,9% лікарів та 94,0±1,2% середніх медичних працівників вважають, що стандартні застережні заходи, розроблені для захисту медичних працівників від інфікування ВІЛ або гепатитом є ефективними.

Наступним кроком дослідження було проведення статистичної обробки та проведення аналізу розділу анкет, в яких питання стосувалися можливих проявів стигми та дискримінації з боку медичних працівників по відношенню до ЛЖВ. Отримані результати наведено в табл.5.3. Аналіз наведених в табл.5.3. даних щодо рівня можливих проявів стигми та дискримінації ЛЖВ з боку медичних працівників вказує на наступне:

- лікарі: 18,75±1,9% респондентів можуть відмовити в наданні медичних послуг ВІЛ-інфікованому пацієнту; 12,75±1,7% вважають, що пацієнти з відомим позитивним ВІЛ-статусом повинні отримувати медичну допомогу в окремих маніпуляційних кабінетах; 20,75±2,0% почуваються неспокійно, допомагаючи чи отримуючи допомогу від ВІЛ-позитивного колеги;

- середні медичні працівники: 23,50±2,1% опитаних можуть відмовити в наданні медичних послуг ВІЛ-інфікованому пацієнту; 27,25±2,2% вважають,

що пацієнти з відомим ВІЛ-позитивним статусом повинні отримувати медичну допомогу в окремих маніпуляційних кабінетах; 41,5±2,5% почуваються неспокійно, допомагаючи чи отримуючи допомогу від ВІЛ-позитивного колеги.

Таблиця 5.3

Рівень можливих проявів стигми та дискримінації з боку медичних працівників по відношенню до ЛЖВ

Питання	Лікарі		Середні медичні працівники	
	абс	%	абс	%
Почуваються неспокійно, допомагаючи чи отримуючи допомогу від ВІЛ-позитивного колеги.	83	20,75±2,0	166	41,50±2,5
Уникають торкатися одягу та особистих речей пацієнтів, бо бояться інфікування ВІЛ.	11	2,75±0,8	34	8,50±1,4
Нічого не роблять на роботі без гумових рукавичок.	201	50,25±2,5	134	33,50±2,4
Вважають, що ненадання медичних послуг пацієнту, про якого відомо або припускається, що він ВІЛ-позитивний, - це порушення прав людини.	346	86,50±1,7	319	79,75±2,0
Можуть відмовити в наданні медичних послуг ВІЛ-інфікованому пацієнту.	75	18,75±1,9	94	23,50±2,1
Вважають, що ризик передачі ВІЛ під час випадкового травмування нестерильною голкою тощо дуже невеликий, приблизно 1 до 1000.	24	6,0±1,2	81	20,25±2,0
З метою профілактики ВІЛ та інших інфекцій, які передаються з кров'ю, працівники медичного закладу повинні оглядати кожного пацієнта в гумових рукавичках, у тому числі перевіряючи основні показники стану його здоров'я.	193	48,25±2,5	219	54,75±2,5
Для запобігання стигмі та дискримінації у медичному закладі, його працівники повинні ставитися до всіх пацієнтів з повагою і привітністю, забезпечувати конфіденційність, а також не ізолювати пацієнтів з відомим чи припущеним ВІЛ-позитивним статусом.	374	93,5±1,2	369	92,25±1,3
Пацієнти з відомим позитивним ВІЛ-статусом повинні отримувати медичну допомогу в окремих маніпуляційних кабінетах.	51	12,75±1,7	109	27,25±2,2
Якщо медичний працівник нещодавно порізав руку, ризик передачі ВІЛ під час контакту з кров'ю пацієнта вищий, ніж у випадку, коли шкіра руки непошкоджена.	381	95,25±1,1	376	94,0±1,2
Небезпечні з точки зору інфікування процедури – це інвазивні процедури, під час яких виникає ризик травмування, коли біологічні рідини пацієнта можуть потрапити у кров медичного працівника	12	3,0±0,9	31	7,75±1,3

При цьому 86,50±1,7% опитаних лікарів та 79,75±2,0% середніх медичних працівників вважають, що ненадання медичних послуг пацієнту, про якого відомо або припускається, що він ВІЛ-позитивний- це порушення прав людини.

5.2. Результати соціологічного дослідження серед студентів Ужгородського національного університету

Спочатку було вивчено рівень знань студентів щодо шляхів інфікування ВІЛ. Отримані результати дослідження наведено в табл.5.4.

Таблиця 5.4

Рівень знань студентів щодо шляхів інфікування ВІЛ

Шляхи передачі ВІЛ	Вірна відповідь	
	абс	%
Потиск рук, обійми	381	95,25±1,1
Вагінальні сексуальні контакти без використання презервативу	387	96,75±0,9
Оральні сексуальні контакти без використання презервативу	324	81,00±2,0
Гомосексуальні контакти без використання презервативу	387	96,75±0,9
Спільне користування туалетом, ванною, рушником, милом	372	93,00±1,3
Спільний посуд	364	91,00±1,4
Під час розмови, кашлю	391	97,75±0,7
Переливання крові	395	98,75±0,6
Через укуси комах	392	98,00±0,7
Від вагітної ВІЛ-інфікованої жінки до дитини	382	95,50±1,0
Від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час годування грудним молоком	376	94,00±1,2

Аналіз наведених в табл.5.4 даних вказує на достатньо високий рівень знань студентів про шляхи передачі ВІЛ-інфекції. Але при цьому 19,0±2,0% опитаних вважають, що незахищені оральні сексуальні контакти не можуть спричинити передачу ВІЛ-інфекції. 9,0±1,4% опитаних вважають, що причиною інфікування ВІЛ може бути користування спільним посудом з

ЛЖВ, а 7,0±1,3% вважають, що можна інфікуватися ВІЛ при спільному користуванні туалетом, ванною, рушником чи милом.

Далі вивчалося питання поведінки студентів, безпечної щодо інфікування ВІЛ. Отримані результати дослідження наведено в табл.5.5.

Таблиця 5.5

Рівень безпечності поведінки студентів щодо інфікування ВІЛ

Питання	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
	Зовсім не загрожує		Невелика загроза		Серйозна загроза		Не визначився	
Як ви вважаєте, наскільки епідемія ВІЛ-інфекції загрожує нашому місту?	56	14,0±1,7	131	32,75±2,3	194	48,5±2,5	19	4,75±1,1
	Зовсім відсутня		Існує ймовірність		Велика ймовірність		Не визначився	
Яка вірогідність того, що Ви можете бути ВІЛ-інфіковані?	93	23,25±2,1	189	47,25±2,5	92	23,0±2,1	26	6,5±1,2
	Один		Два		Більше двох		Не маю	
Скільки Ви маєте сексуальних партнерів?	158	39,5±2,4	131	32,75±2,3	79	19,75±2,0	32	8,0±1,4
	Завжди		Не завжди		Не використовують		За бажанням партнера	
Чи використовуєте Ви під час сексуальних контактів презервативи?	134	33,5±2,4	148	37,0±2,4	41	10,25±1,5	77	19,25±2,0

Аналіз наведених в табл.5.5 даних вказує на те, що студенти в своїй більшості ведуть недостатньо безпечний спосіб життя щодо можливого інфікування ВІЛ. Так, 14,0±1,7% опитаних вважають, що епідемія ВІЛ-інфекції не загрожує місту, в якому вони проживають, при цьому 23,25±2,1% опитаних вважають, що для них не існує загрози бути ВІЛ-інфікованими, що в свою чергу призводить до формування поведінки, небезпечної щодо інфікування ВІЛ. При цьому 32,75±2,3% респондентів мають двох, а 19,75±2,0% більше двох сексуальних партнерів; 37,0±2,4% використовують презервативи не завжди, 19,25±2,0% використовують їх за бажанням партнера, а 10,25±1,5% не використовують взагалі.

Таблиця 5.6

Рівень можливих проявів стигми та дискримінації з боку студентів по відношенню до ЛЖВ

Питання	Так		Ні		Не визначився	
	абс	%	абс	%	абс	%
Чи повинні знати про ВІЛ-позитивний статус людини інші?	217	54,25±2,5	151	37,75± 2,4	32	8,0± 1,4
Чи їли б Ви разом з одного посуду з людиною, якщо Ви знаєте, що вона ВІЛ-інфікована?	34	8,5±1,4	322	80,5± 2,0	44	11,0± 1,6
Якщо член Вашої родини був би ВІЛ-інфікованим, чи погодилися б Ви доглядати за ним вдома?	89	22,25±2,1	264	66,0± 2,4	47	11,75± 1,6
Якщо в студента виявили ВІЛ-інфекцію, при цьому він не хворий на СНІД, чи можна йому відвідувати навчальний заклад?	125	31,25±2,3	241	60,25± 2,4	34	8,5± 1,4
Якщо Ви випадково довідались, що продавець продуктового магазину є ВІЛ-інфікованим, чи будете Ви купувати у нього продукти?	109	27,25±2,2	262	65,5± 2,4	29	7,25± 1,3
Чи змінилося б Ваше ставлення до знайомої Вам людини, коли б ви дізналися про її ВІЛ-позитивний статус?	101	25,25±2,2	248	62,0± 2,4	51	11,75± 1,6
Чи продовжували б ви жити з людиною в одній кімнаті гуртожитку, коли б ви дізналися про її ВІЛ-позитивний статус?	72	18,0±1,9	314	78,5± 2,1	14	3,50± 0,9
Якщо викладач є ВІЛ-інфікованим, але не хворим на СНІД, чи має право він працювати в закладі?	94	23,5±2,1	255	63,75±2,4	51	11,75± 1,6
Якщо член Вашої родини був би ВІЛ-інфікованим, чи хотіли б Ви це тримати в секреті?	354	88,5± 1,6	17	4,25± 1,0	29	7,25± 1,3
	Спробував би розібратись в ситуації та допомогти		**Нічого не зміниться**		**Розірвав би стосунки без пояснень**	
	абс	%	абс	%	абс	%
Якими були б Ваші дії стосовно людини, з якою у Вас дружні стосунки, коли б ви дізналися про її ВІЛ-позитивний статус?	94	23,5±2,1	204	51,0± 2,5	102	25,5±2,2

Наступним кроком дослідження було проведення статистичної обробки та проведення аналізу розділу анкет, в яких питання стосувалися можливих проявів стигми та дискримінації з боку студентів по відношенню до ЛЖВ (табл.5.6.).

Аналіз наведених в табл.5.6 даних вказує на достатньо високий рівень стигми та дискримінації студентів по відношенню до ЛЖВ. На це вказує наступне: 25,5±2,2% опитаних розірвали б стосунки з людиною, з якою мають дружні стосунки, коли б дізналися про її позитивний ВІЛ-статус. 80,5±2,0% не користувалися б спільним посудом з людиною, якщо б знали, що вона ВІЛ-інфікована. 66,0±2,4% не погодилися б доглядати за ВІЛ-інфікованим членом сім'ї. 60,25±2,4% вважають, що якщо в студента виявили ВІЛ-інфекцію, при цьому він не хворий на СНІД, він не може відвідувати навчальний заклад. 78,5± 2,1% опитаних не продовжували б жити з людиною в одній кімнаті у гуртожитку, коли б дізналися про її ВІЛ-позитивний статус. 63,75±2,4% вважають, що ВІЛ-інфікований викладач не має права викладати у вищій школі.

5.3. Результати соціологічного дослідження серед працівників поліції

Спочатку було вивчено рівень знань працівників поліції щодо шляхів передачі ВІЛ. Отримані результати дослідження наведено в табл. 5.7. Аналіз отриманих результатів, наведених в табл.5.7., вказує на те, що працівники поліції показали невисокий рівень знань щодо шляхів передачі ВІЛ та методів профілактики. Так, 23,3±2,1% впевнені, що оральні сексуальні контакти без використання презервативу не несуть загрози інфікування ВІЛ; 21,7±2,1% вказали, що незахищені гомосексуальні контакти не можуть призвести до інфікування ВІЛ. 19,2±2,0% опитаних вважають, що годування грудним молоком дитини ВІЛ-позитивною матір'ю не несе загрози інфікування дитини. При цьому деякі респонденти впевнені, що шляхами інфікування можуть бути: 19,3±2,0% - користування з ЛЖВ спільним посудом, 9,3±1,4% -

користування спільним туалетом, ванною, рушником, милом та 5,0±1,1% опитаних вказали, що ВІЛ передається під час розмови чи кашлю.

Таблиця 5.7

Рівень знань працівників поліції щодо шляхів передачі ВІЛ та методів профілактики інфікування ВІЛ

Шляхи передачі ВІЛ	Вірна відповідь	
	абс	%
Потиск рук, обійми	115	95,8±1,0
Вагінальні сексуальні контакти без використання презервативу	109	90,8±1,4
Оральні сексуальні контакти без використання презервативу	92	76,7±2,1
Гомосексуальні контакти без використання презервативу	94	78,3±2,1
Спільне користування туалетом, ванною, рушником, милом	110	91,7±1,4
Спільний посуд	98	81,7±1,9
Під час розмови, кашлю	114	95,0±1,1
Переливання крові	119	99,2±0,4
Через укуси комах	119	99,2±0,4
Від вагітної ВІЛ-інфікованої жінки до дитини	103	85,8±1,7
Від ВІЛ-інфікованої матері до новонародженої дитини під час годування грудним молоком	97	80,8±2,0
Використання презервативу під час сексуальних контактів виключає можливість інфікування ВІЛ	107	89,2±1,5

Далі вивчалося питання безпечності поведінки працівників поліції по відношенню до інфікування ВІЛ. Отримані результати дослідження наведено в табл.5.8.

Аналіз отриманих результатів демонструє: 17,5±1,9% опитаних вважають, що епідемія ВІЛ-інфекції не загрожує місту, в якому вони проживають та 15,8±1,8% вважає, що загроза особистого інфікування ВІЛ зовсім відсутня. При цьому 22.5±2,1% має двох, а 15.8±1,8% більше двох сексуальних партнерів. Не завжди використовують презервативи 46.7±2,5% опитаних, 15.8±1,8% використовують за бажанням партнера, а 17.5±1,9% не використовують взагалі.

Таблиця 5.8

Рівень безпечності поведінки працівників поліції по відношенню до інфікування ВІЛ

Питання	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
	Зовсім не загрожує		Невелика загроза		Серйозна загроза		Не визначився	
Як ви вважаєте, наскільки епідемія ВІЛ-інфекції загрожує нашому місту?	21	17,5± 1,9	77	64,2 ± 2,4	17	14,2± 1,7	5	12,5± 1,7
	Зовсім відсутня		Існує ймовірність		Велика ймовірність		Не визначився	
Яка вірогідність того, що Ви можете бути ВІЛ-інфіковані?	19	15,8± 1,8	34	28,3 ±2,3	60	50,0± 2,5	7	5,8± 1,2
	Один		Два		Більше двох		Не маю	
Скільки Ви маєте сексуальних партнерів?	74	61,7± 2,4	27	22,5 ±2,1	19	15.8± 1,8	-	-
	Завжди		Не завжди		Не вико-ристовують		За бажанням партнера	
Чи використовуєте Ви під час сексуальних контактів презервативи?	24	20,0± 2,0	56	46,7 ±2,5	21	17.5± 1,9	19	15,8± 1,8

Далі вивчалась думка працівників поліції щодо потенційних ризиків інфікування ВІЛ під час виконання професійних обов’язків та в побуті (табл.5.9.). Аналіз результатів вказує на те, що 58,3±2,5% опитаних працівників поліції не почуваються спокійно, надаючи першу домедичну допомогу потерпілим при виконанні своїх службових обов’язків, якщо приспускається, що вони можуть бути ВІЛ-позитивними. 30,8±2,3% не почуваються спокійно, користуючись одним санвузлом разом з ВІЛ-позитивним колегою. 88,3±1,6 опитаних вказали, що завжди використовують гумові рукавички в ситуаціях, коли можливий контакт з кров’ю іншої особи. Поряд з тим, 84,1±1,8% респондентів вважають, що не забезпечені в повній мірі засобами особистого захисту для запобігання інфікування ВІЛ під час виконання своїх професійних обов’язків. 22,5% опитаних вважають, що дуже ризикують інфікуватися ВІЛ, працюючи в поліції. Про приховану стигму говорить показник 9,2±1,4% опитаних, які зазначили, що уникають торкатися одягу та особистих речей інших осіб, побоюючись інфікуватися ВІЛ.

Таблиця 5.9

Результати оцінки працівниками поліції власних ризиків інфікування ВІЛ під час професійної діяльності та в побуті

Питання	Так		Ні		Не визначився	
	абс	%	абс	%	абс	%
Почуваються спокійно, надаючи першу домедичну допомогу потерпілим при виконанні своїх службових обов'язків, навіть якщо припускається, що вони можуть бути ВІЛ-інфікованими.	47	39,2±2,4	70	58,3±2,5	3	2,5±0,8
Почуваються спокійно, допомагаючи чи отримуючи допомогу від ВІЛ-позитивного колеги.	52	43,3±2,5	64	53,4±2,5	4	3,3±0,9
Почуваються спокійно, користуючись одним санвузлом разом з ВІЛ-позитивним колегою.	78	65,0±2,4	37	30,8±2,3	5	4,2±1,0
Уникають торкатися одягу та особистих речей інших осіб, бо бояться інфікування ВІЛ.	11	9,2±1,4	104	86,6±1,7	5	4,2±1,0
Завжди використовують гумові рукавички в ситуаціях, коли можливий контакт з кров'ю іншої особи.	14	88,3±1,6	106	11,7±1,6	-	-
Вважають, що забезпечені в повній мірі засобами особистого захисту під час виконання своїх професійних обов'язків для запобігання інфікування ВІЛ.	14	11,7±1,6	101	84,1±1,8	5	4,2±1,0

Наступним кроком дослідження було проведення статистичної обробки та проведення аналізу розділу опитувальника, що стосується потенційної стигми та дискримінації з боку працівників поліції по відношенню до ЛЖВ. Отримані результати наведено в табл.5.10.

Аналіз наведених в табл.5.10 даних показав наступне: 23,3±2,1% респондентів вважають, що ставлення до знайомої людини різко змінилося б, коли б стало відомо про її ВІЛ-позитивний статус; 14,25±1,7% вважають, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже захворювання невиліковне.

Таблиця 5.10

Рівень можливих проявів стигми та дискримінації ЛЖВ з боку працівників поліції

Питання	Позитивна оцінка		Негативна оцінка		Не визначився	
	абс	%	абс	%	абс	%
Вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати окремо від інших людей, щоб захистити загальне населення від інфікування.	13	10,85±1,5	102	85,05±1,8	5	4.25±1,0
Вважають, що ВІЛ-інфіковані несуть відповідальність за своє захворювання	28	23,35±2,1	88	73,45±2,2	4	3,35±0,9
Вважають, що дуже ризикують інфікуватися ВІЛ, працюючи в поліції.	11	9,25±1,4	102	85,05±1,8	7	5,85±1,2
Вважають, що більшість ВІЛ-позитивних працівників поліції інфікуються на робочому місці.	3	2,55±0,8	108	90,05±1,5	9	7,55±1,3
Вважають, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже вони не виліковуються.	17	14,25±1,7	100	94,35±1,2	3	2,55±0,8
Вважають, що ВІЛ-інфіковані споживачі наркотиків мають право отримувати високоякісні послуги в медичних закладах.	21	17,55±1,9	94	78,35±2,1	5	4.25±1,0
Вважають, що ВІЛ-інфіковані пацієнти, які мають статеві стосунки з людьми своєї ж статі, мають право отримувати високоякісні послуги в медичних закладах.	21	17,55±1,9	95	79,25±2,0	4	3,35±0,9
Вважають, що ВІЛ-інфіковані працівники комерційного сексу мають право отримувати високоякісні послуги в медичних закладах.	21	17,55±1,9	93	77,55±2,1	6	5,05±1,1
Вважають, що працівник поліції, який знає про свій ВІЛ-позитивний статус, може продовжувати працювати, якщо уникатиме ситуацій, ризикованих для інших осіб з точки зору інфікування ВІЛ.	32	26,75±2,2	83	69,15±2,3	5	4.25±1,0
Вважають, що ненадання медичних послуг особі, про яку відомо або припускається, що вона ВІЛ-позитивна, - це порушення прав людини.	94	78,35±2,1	19	15,95±1,8	7	5,85±1,2

Продовження таблиці 5.10

Питання	Позитивна оцінка		Негативна оцінка		Не визначився	
	абс	%	абс		абс	%
Якщо випадково стало відомо, що продавець продуктового магазину, що знаходиться поряд, є ВІЛ-інфікованим, будуть продовжувати купувати у нього продукти.	37	30,75±2,3	79	65,95±2,4	4	3,35±0,9
Вважають, що ставлення до знайомої людини різко змінилося б, коли б я дізнався про її ВІЛ-позитивний статус.	28	23,3±2,1	87	72,5±2,2	5	4.25±1,0
Інші повинні знати про ВІЛ-позитивний статус людини.	52	43,3±2,5	61	50,9±2,5	7	5,85±1,2
Якщо член родини виявиться ВІЛ-інфікованим триматимуть це в секреті.	103	85,8±1,7	11	9,2±1,4	6	5,05±1,1
Вважають, що твердження: «ВІЛ-інфікованих людей треба відселити або ізолювати від здорових» є вірним.	27	22,5±2,1	89	74,2±2,2	4	3,35±0,9

69,15±2,3% працівників поліції не допускають можливості працювати поряд з ВІЛ-позитивним колегою. 65,95±2,4% опитаних відмовились би купувати продукти в магазині, знаючи, що продавець є ВІЛ-інфікованим. 85,8±1,7% респондентів зазначили, що категорично хотіли б тримати в секреті ВІЛ-позитивний статус свого родича; 10,85±1,5% вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати окремо від інших людей, щоб захистити загальне населення від інфікування; 22,5±2,1% вважають, що твердження: «ВІЛ-інфікованих людей треба відселити або ізолювати від здорових» є вірним.

5.4. Результати соціологічного дослідження серед вчителів загальноосвітніх шкіл Закарпатської області

Спочатку вивчався рівень знань вчителів загальноосвітніх шкіл про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та методів профілактики. Отримані результати дослідження наведено в табл.5.11.

Аналіз наведених в табл.5.11. даних вказує на те, що вчителі загальноосвітніх шкіл Закарпатської області в цілому добре обізнані з

шляхами передачі ВІЛ-інфекції, про що свідчать високі відсотки правильних відповідей (в середньому біля 95%).

Однак, відповіді на окремі питання показують недостатнє розуміння проблематики ВІЛ-інфекції/СНІДу, шляхів передачі та їх зв'язок з можливими ризиками інфікування. Так, 22,0±2,1% вважають, що при оральних сексуальних контактах без використання презервативу неможливо інфікуватися ВІЛ. Деякі респонденти впевнені, що шляхами інфікування можуть бути побутові фактори: 23,75±2,1% допускають можливість інфікуватися при використанні спільного посуду з ЛЖВ, 7,25±1,3% вважають небезпечним користування спільним туалетом, ванною, рушником, милом. 6,0±1,2% опитаних вчителів відповіли, що ВІЛ може передаватися під час розмови чи кашлю. Тобто, респонденти вказують на можливий побутовий шлях передачі ВІЛ-інфекції.

Таблиця 5.11

Рівень знань вчителів загальноосвітніх шкіл щодо шляхів інфікування ВІЛ та профілактики інфікування

Шляхи передачі	Вірна відповідь	
	абс	%
Потиск рук, обійми	371	92,75±1,3
Вагінальні сексуальні контакти без використання презервативу	362	90,50±1,5
Оральні сексуальні контакти без використання презервативу	312	78,0±2,1
Гомосексуальні контакти без використання презервативу	374	93,5±1,2
Спільне користування туалетом, ванною, рушником, милом	371	92,75±1,3
Спільний посуд	305	76,25±2,1
Під час розмови, кашлю	376	94,0±1,2
Переливання крові	394	98,5±0,6
Через укуси комах	388	97,0±0,9
Від вагітної ВІЛ-інфікованої жінки до дитини	391	97,75±0,7
Від ВІЛ-інфікованої матері до новонародженої дитини під час годування грудним молоком	376	94,0±1,2
Використання презервативу під час сексуальних контактів виключає можливість інфікування ВІЛ	383	95,75±1,0

Наступним кроком дослідження було вивчення відношення вчителів загальноосвітніх шкіл до проблеми ВІЛ/СНІДу в регіоні та особистої загрози інфікуватися ВІЛ. Отримані результати наведено в табл.5.12.

Таблиця 5.12

Відношення вчителів загальноосвітніх шкіл до проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні та оцінка особистого ризику інфікування ВІЛ

Питання анкети	Позитивна відповідь		Негативна відповідь		Не визначився	
	абс	%	абс	абс	%	абс
Чи загрожує епідемія ВІЛ Вашому місту?	214	53,5±2,5	152	38,0±2,4	34	8,5±1,4
Чи допускаєте ви особисто можливість інфікуватися ВІЛ?	174	43,5±2,5	207	51,75±2,5	19	4,75±1,1
Вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати окремо від інших людей, щоб захистити загальне населення від інфікування.	275	68,75±2,3	102	25.5±2,2	23	5,7±1,2
Вважають, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже захворювання невиліковне	257	64,25±2,4	134	33,5±2,4	9	2,25±0,7
Вважають, що ВІЛ-позитивний учень, який знає про свій ВІЛ- статус, має право навчатися в навчальному закладі на рівних умовах з іншими дітьми, якщо уникатиме ситуацій, ризикованих для інших осіб.	254	63,5±2,4	109	27,25±2,2	37	9,25±1,4
Діти в класі мають знати про статус ВІЛ-інфікованої дитини.	198	49,5±2,5	171	42,75±2,5	31	7,75±1,3
Вважають, що вчитель, який знає про свій ВІЛ-позитивний статус, може продовжувати працювати, якщо уникатиме ситуацій, ризикованих для інших осіб щодо інфікування ВІЛ.	198	49,5±2,5	171	42,75±2,5	31	7,75±1,3
Вважають, що ВІЛ-інфіковані споживачі наркотиків мають право на високоякісні медичні послуги.	285	71,25±2,3	94	23,5±2,1	21	5,25±1,1
Вважають, що ВІЛ-інфіковані працівники комерційного сексу мають право на високоякісні медичні послуги.	285	71,25±2,3	94	23,5±2,1	21	5,25±1,1
Вважають, що ВІЛ-інфіковані пацієнти, які мають статеві стосунки з людьми своєї ж статі, мають право на високоякісні медичні послуги.	270	67,5±2,3	109	27,25±2,2	21	5,25±1,1

Аналіз наведених в табл. 5.12. даних демонструє, що 38,0±2,4% вважають, що епідемія ВІЛ не загрожує місту, в якому вони проживають;

51,75±2,5% не допускають можливості особистого інфікування ВІЛ. Але поряд з тим існує приховане побоювання інфікування, про що говорять наступні дані: 68,75±2,3% вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати окремо від інших людей, щоб захистити загальне населення від інфікування; 27,25±2,2% вважають, що ВІЛ-позитивний учень, який знає про свій ВІЛ- статус та уникатиме ситуацій, ризикованих для інших осіб з точки зору інфікування ВІЛ, не має права навчатися в навчальному закладі на рівних умовах з іншими дітьми, а вчитель, який знає про свій ВІЛ-позитивний статус, не може продовжувати працювати в школі.

Наступним кроком було проаналізовано результати опитування серед вчителів щодо роботи по формуванню навичок безпечної поведінки у учнів. Отримані результати наведено в табл.5.13.

Таблиця 5.13

Проведення вчителями загальноосвітніх шкіл роботи з формування в учнів навичок безпечної поведінки

Можливі варіанти відношення	Так		Ні		Планують	
	абс	%	абс	%	абс	%
Проводять профілактичну роботу з батьками щодо безпечної в тому числі сексуальної поведінки підлітків	59	14,75±1,8	285	71,25±2,3	56	14,0±1,7
Інформують учнів щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та заходів профілактики	31	7,75±1,3	325	81,25±2,0	44	11,0±1,6
Розповідають учням про негативний вплив на здоров’я та поведінку вживання алкогольних напоїв.	198	49,5±2,5	158	39,50±2,4	44	11,0±1,6
Дають рекомендації учням щодо профілактики статевого шляху передачі ВІЛ	47	18,5±1,9	328	82,0±1,9	25	6,25±1,2
Проводять заходи серед учнів із профілактики вживання наркотиків	96	24,0±2,1	267	66,75±2,4	37	9,25±1,4
Залучають до профілактичної роботи медичних працівників	45	11,25±1,6	318	79,5±2,0	37	9,25±1,4

Аналіз даних вказує на те, що вчителі загальноосвітніх шкіл проводять недостатню роботу з формування у учнів навичок безпечної поведінки. Так,

тільки 7,75±1,3% опитаних педагогів вказали, що мають досвід інформування учнів щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та заходів профілактики, та 14,75±1,8% проводять роботу з батьками щодо формування безпечної в тому числі сексуальної поведінки підлітків. 18,5±1,9% зазначили, що давали рекомендації учням щодо попередження статевого шляху інфікування ВІЛ. Залучають до профілактичної роботи медичних працівників тільки 11,25±1,6% опитаних вчителів.

Наступним кроком дослідження було проведення статистичної обробки отриманої інформації та проведення аналізу розділу анкет, в якому питання стосувалися потенційних проявів стигми та дискримінації ЛЖВ з боку вчителів загальноосвітніх шкіл (табл.5.14).

Таблиця 5.14

Рівень можливих проявів стигми та дискримінації ЛЖВ з боку вчителів загальноосвітніх шкіл

Питання анкети	Так		Ні		Не визначився	
	абс	%	абс	%	абс	%
Вважають, що дуже ризикують інфікуватися ВІЛ, працюючи в школі.	74	18,5±1,9	311	77,75±2,1	15	3,75±0,9
Вважають, що дуже ризикують інфікуватися ВІЛ в побуті	101	25,25±2,2	284	71,0±2,3	15	3,75±0,9
Вважають, що дуже ризикують інфікуватися ВІЛ в особистому житті	92	23,0±2,1	293	73,25±2,2	15	3,75±0,9
Якщо член родини виявиться ВІЛ-інфікованим, хочуть тримати це в секреті.	375	93,75±1,2	8	2,0±0,7	17	4,25±1,0
Якщо член родини виявиться ВІЛ-інфікованим, будуть забезпечувати догляд за ним	102	25,5±2,2	267	66,75±2,4	31	7,75±1,3
Якщо член родини виявиться ВІЛ-інфікованим, не будуть особисто доглядати за ним, але зможуть жити в одній квартирі	234	58,5±2,5	142	35,5±2,4	24	6,0±1,2
Почувалися б спокійно, допомагаючи чи отримуючи допомогу від ВІЛ-позитивного колеги.	174	43,5±2,5	213	53,25±2,5	13	3,25±0,9
Почувалися б спокійно, користуючись одним санвузлом разом з ВІЛ-позитивним колегою.	236	59,0±2,5	155	38,75±2,4	9	2,25±0,7

Продовження таблиці 5.14

Питання анкети	Так		Ні		Не визначився	
	абс	%	абс		абс	%
Якщо стало відомо, що продавець продуктового магазину, що знаходиться поряд, є ВІЛ-інфікованим, будуть продовжувати купувати у нього продукти.	211	52,75±2,5	178	44,5±2,5	11	2,75±0,8
Ставлення до знайомої людини різко змінилося б, коли б дізналися про її ВІЛ-позитивний статус.	152	38,0±2,4	229	57,25±2,5	19	4,75±1,1

Аналіз наведених в табл. 5.14 даних демонструє доволі високий прихований ризик проявів стигми та дискримінації ЛЖВ. Так, 18,5±1,9% вважають, що дуже ризикують інфікуватися ВІЛ, працюючи в школі. 25,25±2,2% вважають високим ризик інфікуватися ВІЛ в побуті.

Із опитаних 23,0±2,1% визначили високим ризик інфікуватися ВІЛ в особистому житті, 93,75±1,2% опитаних зазначили, що категорично хотіли б тримати в секреті ВІЛ-позитивний статус свого родича. При цьому 66,75±2,4% респондентів відмітили, що не готові забезпечувати догляд за ВІЛ-інфікованим членом сім'ї, 38,0±2,4% вказали, що ставлення до знайомої людини різко змінилося б, коли б дізналися про її ВІЛ-позитивний статус.

Далі вивчалося питання щодо джерел отримання вчителями загальноосвітніх шкіл інформації з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу. Отримані результати наведено в табл. 5.15.

Таблиця 5.15

Джерела отримання вчителями загальноосвітніх шкіл інформації з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу

Джерело інформації	абс	%
Під час курсів підвищення кваліфікації	17	4,25±1,0
Від медичних працівників	56	14,00±1,7
Наукова література	37	9,25±1,4
Методична література	45	11,25±1,6
Засоби масової інформації	178	44,50±2,5
Колеги	51	12,75±1,7
Інше	16	4,00±1,0

Аналіз наведених даних демонструє, що найбільш поширеними джерелами отримання вчителями загальноосвітніх шкіл інформації з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу є засоби масової інформації - 44,50±2,5%, медичні працівники - 14,00±1,7% та колеги - 12,75±1,7%.

5.5. Характеристика проявів стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ

Під час вивчення рівня стигми та дискримінації ЛЖВ нами використано дані спеціальних досліджень, які проводилися в Україні [12,110,118,119,152]:

- аналітичний звіт за результатами дослідження «Показник рівня стигми ЛЖВ – індекс стигми», Київ, 2011;

- заключний звіт дослідження стигми і дискримінації, пов'язаних з ВІЛ-статусом, серед медичних працівників і по відношенню до пацієнтів в Україні, Київ, 2012;

- результати особистих досліджень.

Зокрема, було виявлено наступні дискримінаційні прояви по відношенню до людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу. Половина опитаних (51%) людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу стикалися із проявами стигматизації та дискримінації з боку оточуючих. Такими проявими були: у 30% плітки , 18% - усні образи , 12% психологічний тиск в сім’ї. Частина людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу відчували фізичне переслідування (6%), 4% із них не допускали до домашніх справ, 3% не допускали до участі в різних зборах , 2% навіть до релігійних заходів.

Із опитаних 25% зазначивли про обмеження у доступі до соціальних або медичних послуг (надання медичної допомоги, послуг у сфері сексуального та репродуктивного здоров’я, планування сім’ї, проблеми з житлом, перешкоди у навчанні). Як правило це відмова в отриманні медичної допомоги - 20%.

Актуальною проблемою для людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу, є внутрішня стигма, яка викликана ВІЛ-статусом. Так, 82% опитаних відчували різноманітні негативні почуття: 58% опитаних звинувачували себе, 47% опитаних відчували себе винними, 38% опитаних мали низьку самооцінку, 8% опитаних були готові вчинити самогубство.

В результаті внутрішньої стигми 35% опитаних вирішили більше не мати дітей, 20% респондентів - не вступати в шлюб, 26%, вірішили незважаючи на необхідність, не звертатися до поліклініки, а 19% респондентів – уникати госпіталізації.

Необхідно відмітити, що 22% респондентів стикалися із порушенням своїх прав упродовж останніх 12 місяців. При цьому 31% пробували відстоювати свої порушені права. Але серед тих, хто це робив, 43% не досягли позитивного результату.

Актуальною проблемою для людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу, є питання доступності, якості і своєчасності медичних послуг. Порушення принципу добровільності КІТ відмітили 20% респондентів, в тому числі тестування проводилося без відома людини (12%) та у примусовому порядку (10%), при цьому 34% опитаних не були проконсультовані ні до, ні після тестування на ВІЛ. Більше третини опитаних стикалися з недотриманням конфіденційності та несанкціонованим розголошенням інформації про ВІЛ-статус. Найчастіше такі порушення здійсьнюють медичні працівники жіночих консультацій, пологових будинків, поліклінік за місцем проживання тощо.

Важливим питанням є стигматизація та дискримінація при вагітності та народженні дітей. Так, практично кожен п’ятий опитаний (18%) із яких 28% жінок, отримував від медичних працівників пораду відмовитися від народження дітей. При цьому 5% жінок, які прийняли участь в опитуванні, відчували тиск щодо переривання вагітності.

Негативне ставлення оточуючих до людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу, створює у них негативний психологічний мікроклімат. ЛЖВ більше бояться стигми і дискримінації, ніж самого захворювання. Тому в

умовах домінування страху й дискримінації вони ігнорують свій ВІЛ-позитивний статус, навіть усвідомлюючи, що поводилися ризиковано чи потрапляли у ситуації підвищеного ризику ВІЛ-інфікування. Така поведінка може призвести до інших ризиків, до яких відноситься прискоренння розвитку захворювання у ЛЖВ та ризику її перетворення на джерело передачі ВІЛ-інфекції іншим людям.

Висновки за розділом

За результатами проведеного соціологічного дослідження було встановлено достатньо високий рівень прихованої стигми та дискримінації ЛЖВ.

Із опитаних лікарів 10,50±1,5% вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати в окремих закладах, щоб захистити загальне населення від інфікування; 15,25±1,8% вважають, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже захворювання невиліковне. 8,25±1,4% вважають, що ВІЛ-інфіковані пацієнти, які мають статеві стосунки з людьми своєї ж статі та особи секс бізнесу не мають право отримувати високоякісні послуги в медичному закладі, в якому працює респондент. 13,25±1,7% вважають, що ВІЛ-інфіковані несуть відповідальність за своє захворювання. Серед опитаних лікарів 3,5±0,9% вважають, що ВІЛ-інфіковані пацієнти найбільше загрожують особистій безпеці на робочому місці, 7,75±1,3% вказали, що дуже ризикують інфікуватися ВІЛ, працюючи у медичному закладі. При цьому 17,75±1,9% допускають можливість відмовити в наданні медичних послуг ВІЛ-інфікованому пацієнту; 12,75±1,7% вважають, що пацієнти з відомим позитивним ВІЛ-статусом повинні отримувати медичну допомогу в окремих маніпуляційних кабінетах; 20,75±2,0% не почуваються спокійно, допомагаючи чи отримуючи допомогу від ВІЛ-позитивного колеги.

Серед опитаних середніх медичних працівників 17,75±1,9% вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати в окремих закладах, щоб захистити загальне населення від інфікування, 23,5±2,1% вказали, що надання медичної

допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже захворювання невиліковне; 16,0±1,8% вважають, що ВІЛ-інфіковані пацієнти, які мають статеві стосунки з людьми своєї ж статі та особи секс бізнесу не мають право отримувати високоякісні послуги в медичному закладі, в якому працюють респонденти; 22,25±2,1% відмітили, що ВІЛ-інфіковані несуть відповідальність за своє захворювання.

Серед опитаних середніх медичних працівників 7,25±1,3% вважають, що ВІЛ-інфіковані пацієнти найбільше загрожують особистій безпеці на робочому місці, 16,25±1,8% вказали, що дуже ризикують інфікуватися ВІЛ, працюючи у медичному закладі; 23,50±2,1% допускають можливість відмовити в наданні медичних послуг ВІЛ-інфікованому пацієнту; 27,25±2,2% вважають, що пацієнти з відомим позитивним ВІЛ-статусом повинні отримувати медичну допомогу в окремих маніпуляційних кабінетах; 41,5±2,5% не почувалися б спокійно, допомагаючи чи отримуючи допомогу від ВІЛ-позитивного колеги.

Отримані результати дослідження серед студентів УжНУ вказують на наступне: 19,0±2,0% опитаних вважають, що незахищені оральні сексуальні контакти не можуть призвести до передачі ВІЛ-інфекції; при цьому 9,0±1,4% вважають, що причиною інфікування ВІЛ може бути користування спільним посудом з ЛЖВ, а 7,0±1,3% вважають, що можливо інфікуватися при спільному користуванні туалетом, ванною, рушником чи милом.

Студенти в своїй більшості ведуть недостатньо безпечний спосіб життя щодо інфікування ВІЛ. Так, 14,0±1,7% опитаних вважають, що епідемія ВІЛ-інфекції не загрожує місту, в якому вони проживають, при цьому 23,25±2,1% вказали, що для них не існує загрози бути ВІЛ-інфікованими, що в свою чергу призводить до формування небезпечної поведінки щодо інфікування ВІЛ. Так, 32,75±2,3% зазначили, що мають двох, 19,75±2,0% - більше двох сексуальних партнерів. При цьому 37,0±2,4% використовують презервативи не завжди, 19,25±2,0% використовують за бажанням партнера, а 10,25±1,5% не використовують презервативи взагалі.

Згідно результатів дослідження серед студентів: 25,5±2,2% розірвали б стосунки з людиною, з якою мають дружні стосунки, коли б дізналися про її ВІЛ-позитивний статус; 80,5±2,0% заперечують можливість використання спільного посуду з людиною, якщо відомо, що вона ВІЛ-інфікована; 66,0±2,4% не погодилися б доглядати за ВІЛ-інфікованим членом сім'ї; 60,25±2,4% вважають, що якщо в студента виявили ВІЛ-інфекцію, при цьому він не хворий на СНІД, він не може відвідувати навчальний заклад; 78,5±2,1% не продовжували б жити з людиною в одній кімнаті у гуртожитку, коли б дізналися про її ВІЛ-позитивний статус; 63,75±2,4% вважають, що ВІЛ-інфікований викладач не має права викладати у вищій школі.

Аналіз даних соціологічного дослідження серед працівників поліції вказує на невисокий рівень знань щодо шляхів передачі ВІЛ та профілактики інфікування. Так, 23,3±2,1% впевнені, що оральні сексуальні контакти без використання презервативу не несуть загрози інфікування ВІЛ. 21,7±2,1% впевнені, що незахищені гомосексуальні контакти не є ризикованими щодо інфікування ВІЛ. Із числа опитаних 19,2±2,0% вважають, що годування грудним молоком новонародженої дитини ВІЛ-позитивною жінкою теж не несе загрози інфікування ВІЛ дитини. При цьому впевнені, що шляхами інфікування можуть бути: 19,3±2,0% - користування з ЛЖВ спільним посудом, 9,3±1,4% - користування спільним туалетом, ванною, рушником, милом. 5,0±1,1% вказали, що ВІЛ передається під час розмови чи кашлю.

Встановлено, що 17,5±1,9% опитаних працівників поліції вважають, що епідемія ВІЛ-інфекції не загрожує місту, в якому вони живуть, та 15,8±1,8% вважають, що загроза особистого інфікування ВІЛ зовсім відсутня. При цьому 22.5±2,1% вказали, що мають двох, а 15.8±1,8% більше двох сексуальних партнерів. Не завжди використовують презервативи 46,7±2,5% опитаних, 15,8±1,8% використовують за бажанням партнера, 17,5±1,9% - презервативи не використовують взагалі.

Встановлено, що 58,3±2,5% опитаних працівників поліції не почуваються спокійно, надаючи першу домедичну допомогу потерпілим при

виконанні своїх службових обов'язків, якщо припускається, що вони можуть бути ВІЛ-позитивними; 30,8±2,3% не почувалися б спокійно, користуючись одним санвузлом разом з ВІЛ-позитивним колегою; 88,3±1,6% завжди використовують гумові рукавички в ситуаціях, коли можливий контакт з кров'ю іншої особи.

Серед працівників поліції 23,3±2,1% вважають, що ставлення до знайомої людини різко змінилося б, коли б стало відомо про її ВІЛ-позитивний статус; 14,25±1,7% вказали, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже захворювання невиліковне; 10,85±1,5% вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати в окремих закладах, щоб захистити загальне населення від інфікування; 22,5±2,1% респондентів вважають, що твердження: «ВІЛ-інфікованих людей треба відселити або ізолювати від здорових» є вірним.

Вчителі загальноосвітніх шкіл Закарпатської області в цілому добре знають шляхи передачі ВІЛ-інфекції, крім деяких моментів. Так, 22,0±2,1% вважають, що оральні сексуальні контакти без використання презервативу не можуть призвести до інфікування ВІЛ; 23,75±2,1% визначили можливим інфікування через використання спільного посуду з ЛЖВ. 6,0±1,2% опитаних вчителів впевнені, що ВІЛ може передаватися під час розмови чи кашлю.

Результати вивчення питання відношення вчителів загальноосвітніх шкіл до проблеми ВІЛ/СНІДу в регіоні та ризиків загрози особистого інфікування ВІЛ є наступними. Із числа респондентів 38,0±2,4% впевнені, що епідемія ВІЛ не загрожує місту, в якому вони проживають; 51,75±2,5% не допускають можливості особистого інфікування ВІЛ; 68,75±% вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати в окремих закладах, щоб захистити загальне населення від інфікування; 27,25±% вказали, що ВІЛ-позитивний учень не має права вчитися в навчальному закладі на рівних умовах з іншими дітьми, а вчитель, який знає про свій ВІЛ-позитивний статус, не може продовжувати працювати в школі.

Вчителі загальноосвітніх шкіл недостатньо проводять роботу з формування в учнів навичок безпечної поведінки. Так, тільки 7,75±1,3% проводять роботу з інформування учнів щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та заходів профілактики. Тільки 14,75±1,8% проводять роботу з батьками щодо безпечної в тому числі сексуальної поведінки підлітків; 18,5±1,9% вчителів вказали, що давали рекомендації учням щодо попередження статевого шляху інфікування. Залучають до профілактичної роботи медичних працівників тільки 11,25±1,6% опитаних педагогів.

Вивчення рівня можливих проявів стигми та дискримінації ЛЖВ з боку вчителів загальноосвітніх шкіл вказує на наявний високий рівень прихованої стигми та дискримінації ЛЖВ. Так, 18,5±1,9% вважають, що дуже ризикують інфікуватися ВІЛ, працюючи в школі; 25,25±2,2% вважають високим ризик інфікуватися ВІЛ в побуті; 23,0±2,1% визначили високим ризик інфікуватися ВІЛ в особистому житті.

Серед вчителів 93,75±1,2% зазначили, що категорично хотіли б тримати в секреті ВІЛ-позитивний статус свого родича. При цьому 66,75±2,4% респондентів відмітили, що не готові забезпечувати догляд за ВІЛ-інфікованим членом сім’ї; 38,0±2,4% вказали, що ставлення до знайомої людини різко змінилося б, коли б дізналися про її ВІЛ-позитивний статус.

Найбільш поширеними джерелами отримання вчителями загальноосвітніх шкіл інформації з тематики ВІЛ-інфекції/СНІДу є: засоби масової інформації - 44,50±2,5%, медичні працівники - 14,00±1,7% та колеги - 12,75±1,7%.

За даними попередніх досліджень проаналізовано характеристику проявів стигми та дискримінації ЛЖВ, яка полягає в наступному. Половина опитаних людей, яких торкнулася проблема ВІЛ, (51%) стикалися із проявами стигматизації та дискримінації з боку оточуючих по причині їх ВІЛ-статусу. В основному це плітки (30%), образи в усній формі (18%), психологічний тиск з боку подружжя/партнера (12%). Меншою є частка людей, які через ВІЛ-статус фізично переслідувалися (6%), та яких не допускали до домашніх справ (4%),

до участі в різних зібраннях (3%) і навіть релігійних заходах (2%). Із опитаних 25% зазначили, що ВІЛ-статус є причиною обмежень доступу до послуг у соціальній або медичній сферах. При цьому, як правило, це була відмова у наданні медичної допомоги (20%).

Для переважної більшості опитаних ЛЖВ є актуальною проблема внутрішньої стигми, яка викликана їх ВІЛ-статусом. Так, 82% опитаних відчували щодо себе різноманітні негативні почуття, в тому числі: 58% звинувачували себе, 47% відчували себе винними, 38% мали низьку самооцінку, 37% відчували сором, 8% були готовими вчинити самогубство.

При цьому 37% із числа опитаних вирішили більше не мати дітей, 20% вирішили не брати шлюб. Незважаючи на необхідність, 26% респондентів уникали відвідування поліклініки, а 19% відмовлялися від госпіталізації.

Із опитаних ЛЖВ 22% вказали, що упродовж останніх 12 місяців стикалися із порушенням своїх прав. Захистити свої права намагалися 31% респондентів із числа тих, чиї права були порушені. Із них, 43% не вдалося добитися позитивного результату.

Занепокоєння людей, яких торкнулася проблема ВІЛ, викликає порушення їх прав щодо доступності, якості та своєчасності необхідних медичних послуг. В першу чергу це стосується добровільності у проходженні КіТ. Так, 20% респондентів зазначили, що тестування на ВІЛ проводилося без його відома або тестування проводилося у примусовому порядку (10%). Із числа опитаних 34% не були проконсультовані ні до, ні після тестування на ВІЛ. Для осіб, які проходили КіТ упродовж останніх 5 років, цей показник становить 24%. Це вказує на недотримання процедури проведення добровільного КіТ.

Із числа опитаних 37% стикалися з недотриманням конфіденційності та несанкціонованим розголошенням інформації про їх ВІЛ-статус. Як правило, такі порушення вчиняють медичні працівники жіночих консультацій, пологових будинків, поліклінік за місцем проживання тощо. При цьому,

працівники закладів охорони здоров’я частіше демонстрували до людей, яких торкнулася проблема ВІЛ, дискримінацію (28%), ніж підтримку (19%).

Особливою є стигматизація та дискримінація при вагітності та народженні дітей. Так, 28% жінок отримували від медичних працівників пораду відмовитися від народження дітей. При цьому 5% жінок, які прийняли участь в опитуванні, відчували тиск щодо переривання вагітності.

Необхідно зазначити, що негативне ставлення оточуючих до людей, яких торкнулася проблема ВІЛ, створює негативний психологічний мікроклімат, коли люди більше бояться стигми і дискримінації, ніж самої хвороби. В таких умовах домінування страху й дискримінації ЛЖВ починають ігнорувати свій ВІЛ-позитивний статус, навіть знаючи, що поводилися ризиковано чи потрапляли у ситуації підвищеного ризику інфікування ВІЛ. Це може призвести до інших ризиків, в тому числі до ризику прискореного розвитку захворювання, а також підвищення ризику передачі ВІЛ-інфекції іншим людям.

Список особистих друкованих робіт за темою розділу [1, 2, 13, 15, 16, 17].

РОЗДІЛ 6
ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ПОДОЛАННЯ СТИГМИ ТА ДИСКРИМІНАЦІЇ ЛЮДЕЙ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ

6.1. Концептуальні підходи до подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ

Міжнародні документи прийняті безпосередньо ВООЗ [99, 164] та Об'єднаною програмою ООН з ВІЛ/СНІДу (UNAIDS) [31, 80] вказують на необхідність створення можливостей для здійснення прав на життя, підтримку та самореалізацію для людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу.

Здійснити ці права непросто, особливо в Україні, де відмічається зневага, неприйняття та відторгнення ЛЖВ як з боку суспільства, так і представників певних професійних груп.

На це вказують і результати особистого дослідження з питань явної та скритої стигми та дискримінації людей, які живуть з ВІЛ, що наведені в розділі 5.

Законодавство України поряд з досить прогресивними антидискримінаційними нормами, містить деякі норми, що провокують стигму та дискримінацію за ознакою ВІЛ-статусу. В першу чергу ці прогалини стосуються наступного:

- законодавство України не містить точного і вичерпного визначення поняття «стигматизація», у тому числі і за ознакою ВІЛ-статусу;
- відсутні системні механізми реєстрації випадків стигми та дискримінації за ознакою ВІЛ-статусу (за винятком неофіційних реєстрів звернень, що ведуться НУО та використовуються головним чином для адвокації);

- загальнодержавні програми з ВІЛ/СНІДу не містять показників для оцінки виконання чи ефективності законів чи політик, що стосуються стигми і дискримінації;

- розробка та запровадження навчальних програм з урахуванням тематики подолання стигми та дискримінації залежить від наявності фінансування через загальнодержавні цільові програми з протидії ВІЛ/СНІДу при відсутності цілеспрямованих навчальних циклів не тільки для всієї студентської молоді, а і в програмах підготовки майбутніх медичних працівників: лікарів, фельдшерів, медичних сестер, акушерок, лаборантів;

- відсутня система стимулів/заохочень для роботодавців щодо запровадження програми профілактики ВІЛ чи політик з питань ВІЛ.

Також у національній політиці відсутній цілісний документ стосовно профілактики ВІЛ-інфікування, який би містив перелік заходів, спрямованих на зниження в країні стигми та дискримінації саме на підставі ВІЛ-статусу.

Міжнародні документи [128,138], дані результатів дослідження «Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми» [12,110,118,119,152], результати особистих досліджень вказують на те, що проблема стигми та дискримінації людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу є міжсекторальною і стосується не тільки системи охорони здоров’я, а й інших сфер діяльності державного та приватного сектору та населення країни в цілому.

Тому дії на рівні країни в цілому, регіональному та місцевому рівнях повинні бути комплексними та безперервними.

Виходячи з цього концептуальні підходи до створення функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ, мають базуватися на наступних принципах:

- залучення до даного виду діяльності всього населення країни з виділенням пріоритетних груп професійного та соціального значимого впливу;

- об’єктивного, доступного та обґрунтованого в часі комунікативного впливу з зазначеного питання;

- гласності і відкритості інформації про загальні порушення прав ЛЖВ, проявів стигми і дискримінації та їх наслідків;

- широке інформування населення про наявність нових випадків захворювання на ВІЛ та шляхи інфікування;

- інформування широкого загалу населення про законодавчі норми в Україні та світовий досвід з питань протидії епідемії ВІЛ-інфекції, подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ;

- забезпечення дотримання законодавства України з питань дотримання прав ЛЖВ.

Робота по зниженню стигми та дискримінації ЛЖВ є складним та багатокомпонентним процесом. Даним процесом має бути охоплено як все населення, так і окремі групи інформаційного впливу.

Базуючись на зазначеному вище розроблено концептуальні підходи до подолання стигми та дискримінації ЛЖВ (рис.6.1).

Метою запропонованих методичних підходів є концептуальне визначення напряму діяльності на всіх рівнях управління до зниження та подолання стигми і дискримінації ЛЖВ в країні. В першу чергу це стосується системи охорони здоров’я. Концептуальні підходи містять наступні складові: рівні, стратегічні напрями, методи впливу, об’єкти впливу, суб’єкти впливу, ресурси, моніторинг та оцінка.

Рівні. Виділено наступні рівні діяльності в сфері подоланні стигми та дискримінації ЛЖВ: національний, регіональний та місцевий.

Стратегічні напрями. Стратегічні напрями діяльності залежать від рівня діяльності. Так, для національного рівня задачею є удосконалення законодавчої та нормативно-правової бази, забезпечення комунікацій з визначеного питання та створення безпечних умов праці для медичних працівників.

Мета	*Рівні*	*Стратегічні напрями*	*Методи впливу*	*Суб'єкти впливу*	*Об'єкти впливу*	*Ресурси*	*Моніторинг і оцінка*
Зниження і подолання стигми і дискримінації по відношенню до ЛЖВ	Національний	Удосконалення законодавчої бази	Законодавчий	Міністерство охорони здоров'я України	Верховна Рада України, КМУ	Людські: підготовка документів, адвокація.	Система та механізми контролю виконання.
		Удосконалення нормативно-правової бази			КМУ, МОЗ України	Політична воля для прийняття.	Критерії відповідальності за невиконання.
		Забезпечення соціальної підтримки ЛЖВ	Законодавчий, економічний, інформаційний, організаційний		КМУ України	Фінансові, кадрові (соц. працівники, юристи, психологи), інформаційні	
		Комунікації	Інформаційний		Центр громадського здоров'я	ЗМІ, інформаційні технології, методичні та навчальні матеріали	
		Безпечні умови праці медичних працівників	Виробничий		Органи управління ОЗ ОДА	Фінансові, матеріально-технічні, інформаційні	
		Формування у студентської молоді безпечної поведінки щодо інфікування ВІЛ та толерантного ставлення до ЛЖВ	Навчальний	Міністерство освіти і науки	ВНЗ, студентська молодь	Навчальні бази, фахові викладачі, навчальні матеріали	Рівень знань та зміна поведінки студентів
	Регіональний	Забезпечення виконання чинного законодавства.	Організаційний, Правовий, Економічний, Інформаційний	Керівник органу управління охороною здоров'я державної адміністрації. Керівник регіонального центру профілактики та боротьби зі СНІДом.	Керівники ЗОЗ	Організаційні, управлінські, правові, фінансові, інформаційні	Індикатори організації, процесу, результату.
					Керівники навчальних закладів	Організаційні, управлінські, правові, інформаційні	
					ЗМІ	Організаційні, правові, фінансові, інформаційні	
					Правоохоронні органи	Організаційні, управлінські, правові, інформаційні	
					Керівники НДО	Організаційні, управлінські, правові, фінансові, інформаційні	
					Пацієнтські організації		
	Рівень ЗОЗ	*Для медичних працівників:* створення безпечних умов праці, відповідальність за порушення прав пацієнтів	Адміністративний Виробничий Інформаційний	Керівник закладу охорони здоров'я, відповідальна особа	Лікарі	Організаційні, фінансові, правові, матеріально-технічні, інформаційні Людські: підготовленні фахівці.	Індикатори організації, процесу, результату.
					Середні медичні працівники		
					Молодші медичні працівники		
		Для пацієнтів: забезпечення прав пацієнтів. Забезпечення достовірною інформацією	Інформаційний		Пацієнти		

Рис.6.1. Концептуальні підходи до подолання стигми та дискримінації ЛЖВ.

Стратегічним напрямом діяльності регіонального рівня є дотримання чинного законодавства України в кожному регіоні. На місцевому рівні, в системі охорони здоров'я, стратегічні напрями діяльності скеровані для впливу в основному на три категорії учасників процесу: медичних працівників, пацієнтів та працівників ЗМІ.

По відношенню до медичних працівників - це створення безпечних умов праці, запровадження обов'язкової відповідальності за порушення прав пацієнтів та надання всім медичним працівникам достовірної інформації про шляхи передачі ВІЛ та методи професійного захисту від інфікування ВІЛ та захисту в повсякденному житті.

По відношенню до пацієнтів - це забезпечення прав пацієнтів в усіх закладах охорони здоров'я. Важливим стратегічним втручанням у визначеному напрямі є забезпечення населення та всіх пацієнтів ЗОЗ доступною достовірною інформацією з питань шляхів передачі ВІЛ і способів профілактики інфікування, прав пацієнтів та шляхів їх захисту.

В кожному закладі охорони здоров'я повинна бути розроблена та впроваджена комплексна система (програма) забезпечення прав пацієнтів та подолання стигми і дискримінації ЛЖВ.

Методи впливу. В запропонованих концептуальних підходах методи впливу залежать від рівня впливу та стратегічного напряму діяльності.

На національному рівні основними методами впливу є: законодавчий, економічний, інформаційний, та організаційний. На національному рівні мають бути прийняті законодавчі акти, дія яких скерована на підтримку ЛЖВ та подолання стигми і дискримінації даної категорії населення. Відповідні міністерства та відомства мають прийняти галузеві програми, скеровані на профілактику ВІЛ та подолання стигми і дискримінації ЛЖВ. В першу чергу це стосується МОЗ, МОН, Міністерства внутрішніх справ, Міністерства праці і соціальної політики, Міністерства аграрної політики та продовольства України, Міністерства інформаційної політики, Міністерства молоді та

спорту, Міністерства культури, Міністерства з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб.

На національному рівні, в рамках державної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, мають бути передбачені заходи з подолання стигми і дискримінації ЛЖВ та адекватне їх фінансування. Значного фінансування потребують інформаційні програми, які мають бути комплексними та значними по часу і відповідати основним міжнародним підходам до здійснення комунікативної політики.

При формуванні державного бюджету мають бути передбачені видатки на створення безпечних умов праці медичних працівників і в першу чергу захисту медичних працівників від професійного інфікування ВІЛ (вірусних гепатитів, враховуючи ідентичність шляхів інфікування) та обов'язкового їх страхування на випадок професійного захворювання.

На регіональному рівні основними методами впливу є: організаційний, правовий, економічний, інформаційний. Дані методи впливу мають використовуватися комплексно, носити міжсекторальний характер і скеровані на забезпечення виконання чинного законодавства. Звертається увага на інформаційний метод впливу. Для його ефективного застосування мають бути розроблені комплексні інформаційні програми із охопленням всіх верств населення. Для подальшого ефективного застосування даного методу на місцевому рівні рекомендується регіональним центрам громадського здоров'я, які наразі створюються в країні, запровадити роботу постійно діючого міжсекторального цільового семінару з питань ВІЛ/СНІДу. До занять в семінарі необхідно запрошувати спеціалістів, активістів, волонтерів, які є прихильниками подолання стигми та дискримінації ЛЖВ, з метою підготовки пропагандистів даного руху, а також осіб, особливо із числа керівників різного рівня, соціальних працівників, педагогів, працівників ЗМІ, які недостатньо толерантно ставляться до ЛЖВ.

На місцевому рівні основними методами впливу є: адміністративний, виробничий та інформаційний. Комплексне та професійне використання

вказаних методів має дати найкращий результат враховуючи індивідуальний та груповий рівень впливу.

На місцевому рівні для ефективного формування толерантного ставлення до людей, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, населення в цілому та окремих його груп важливо співпрацювати із представниками різних релігійних конфесій.

Суб'єкти впливу.

На національному рівні суб'єктом впливу є: Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство освіти і науки, Центр громадського здоров'я МОЗ України.

На регіональному рівні суб'єктом впливу є: керівник органу управління охороною здоров'я державної адміністрації та керівник регіонального центру профілактики і боротьби ізі СНІДом (регіонального центру громадського здоров'я).

На місцевому рівні суб'єктом впливу є: керівник закладу охорони здоров'я, відповідальна за даний розділ роботи особа.

Об'єкти впливу.

На національному рівні об'єктом впливу є Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, органи управління ОЗ ОДА.

На регіональному рівні об'єктом впливу є керівники підприємств, закладів, установ, організацій регіонального рівня та їх працівники, ЗМІ, правоохоронні органи, керівники НУО, лікарські та пацієнтські організації.

На місцевому рівні об'єктом впливу є: особи, які приймають рішення на місцевому рівні, керівники підприємств, закладів, установ, організацій місцевого рівня та їх працівники, місцеві громади, медичні працівники, вчителі, пацієнти закладів охорони здоров'я.

Ресурси. Для проведення роботи зі зменшення та подолання стигми і дискримінації ЛЖВ необхідні значні фінансові, інформаційні, людські ресурси та методичні і навчальні матеріали, відповідна нормативо-правова база.

Головною умовою початку комплексної діяльності в зазначеному напрямі необхідна політична воля осіб, що приймають рішення на всіх рівнях управління, до проведення в країні такої роботи.

На національному рівні основними необхідними ресурсами є людські, які потрібні для підготовки законодавчих і нормативно-правових актів та адвокації їх прийняття, розробки інформаційних, методичних та навчальних матеріалів; ЗМІ та інформаційні технології для проведення інформаційних кампаній на рівні держави; фінансові та матеріально-технічні для забезпечення роботи на національному рівні.

На регіональному та місцевому рівнях основними необхідними ресурсами є: людські, організаційні, фінансові, правові, матеріально-технічні, інформаційні.

Моніторинг і оцінка. Моніторинг і оцінка діяльності має здійснюватися за індикаторами структури, процесу і результату. Головним результатом діяльності є зниження стигми та дискримінації ЛЖВ. Даний показник можна встановити двома шляхами. Першим є рівень звернень ЛЖВ до правоохоронних органів з питань порушення їх прав, в тому числі в закладах охорони здоров'я. Другим шляхом є визначення рівня стигми та дискримінації ЛЖВ при проведення соціологічних досліджень серед різних категорій населення на різних територіях.

Необхідно зазначити, що в запропонованих підходах окремо виділено студентську молодь ВНЗ всіх рівнів акредитації та форм власності. Робота з нею в плані формування безпечної поведінки щодо інфікування ВІЛ та толерантного ставлення до КГН та ЛЖВ має стратегічне значення. В результаті дослідження серед молоді встановлено низький рівень толерантності до ЛЖВ і відповідно значні прояви прихованої стигматизації та дискримінації ЛЖВ. Але саме цій категорії населення притаманні небезпечні поведінкові практики, що можуть стати причиною потенційного інфікування ВІЛ.

6.2. Характеристика функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ

Базуючись на запропонованих концептуальних підходах розроблено функціонально-організаційну модель подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ, яка представлена на рис.6.2.

Особливістю даної моделі є те, що вона носить міжсекторальний характер, в своїй діяльності охоплює все населення країни з виділенням цільових професійних груп, до яких відносяться працівники соціальної сфери (медичні працівники, вчителі, працівники соціального захисту, юристи) та керівники всіх рівнів закладів державної, комунальної та приватної форми власності.

Стратегічним напрямом моделі є формування у населення безпечної поведінки щодо інфікування ВІЛ та толерантного ставлення до людей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, а також забезпечення їх прав.

Тактичним напрямком моделі є надання всьому населенню та окремим групам професійного і комунікативного впливу повної та достовірної інформації щодо сутності хвороби, шляхів профілактики та забезпечення безпечної поведінки щодо інфікування ВІЛ.

Центральним елементом моделі виступають люди, що живуть з ВІЛ, які мають відчувати до себе толерантне ставлення з боку суспільства та бути його повноцінними членами.

Запропонована функціонально-організаційна модель подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ, базується на існуючий організаційній системі і складається із:

1.Існуючих елементів системи надання медичної допомоги населенню, причетних до формування у населення толерантного ставлення до ЛЖВ: Центри профілактики і боротьби із СНІДом, НДО, Центри здоров’я.

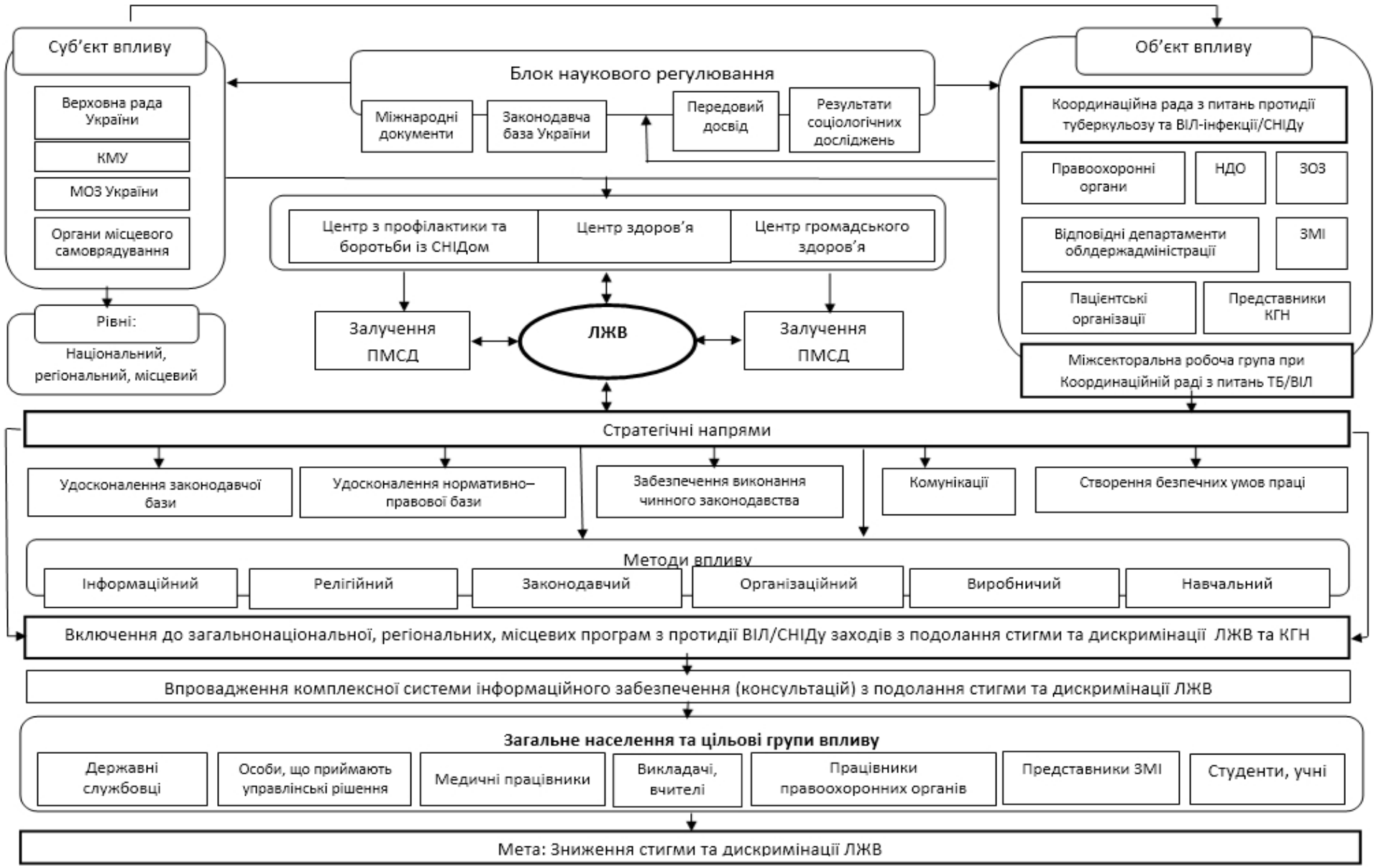

Рис. 6.2. Функціонально-організаційна модель подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ

2. Існуючих складових, але частково змінених за рахунок функціональної їх оптимізації: первинна медико-санітарна допомога, засоби масової інформації.

3.Якісно нових елементів до яких відносяться регіональні центри громадського здоров'я, об'єднані громади, ВНЗ всіх рівнів акредитації та всіх форм власності, пацієнтські організації, правоохоронні органи, система загальної освіти, церква, інтеграція яких з раніше існуючими та функціонально удосконаленими структурами надали моделі нових якостей із досягненням головної мети дослідження.

Таким чином, структурну основу запропонованої функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ, складають наявні ресурси діючої системи охорони здоров'я. Її впровадження вимагає додаткових фінансових ресурсів на розвиток цільових засобів комунікації в процесі інформування та навчання всіх верств населення та окремих цільових груп комунікативного впливу з питань профілактики інфікування ВІЛ, безпечної поведінки та подолання стигми і дискримінації людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу.

6.3.Комунікації в системі подолання стигми та дискримінації ЛЖВ

На розвиток запропонованої системи розроблено комплексну модель організації інформаційного впливу, комунікаторами в якій виступають члени мультидисциплінарної команди, а супервайзерами - підготовлені для цієї роботи медичні працівники. (рис.6.3).

Модель організації інформаційного впливу в системі подолання стигми та дискримінації до ЛЖВ є складним, багаторівневим та міжсекторальним процесом. На центральному рівні політику в даному напрямку діяльності визначає Міністерство охорони здоров'я України через відповідних працівників. Інформаційною базою для проведення комунікацій на всіх рівнях управління та підготовки комунікаторів для регіонального рівня є ресурсний центр Центру громадського здоров'я МОЗ України. Задачі і функції

ресурсного центру з забезпечення комунікацій в охороні здоров'я розроблені Знаменською М.А. із соавторами [185, 186].

З метою підготовки необхідної законодавчої та нормативно-правової бази і організації ефективної міжсекторальної діяльності на нижчих рівнях управління МОЗ України проводить відповідну роботу з Центральними органами законодавчої та виконавчої влади країни.

Запропонована модель комунікацій визначає комунікаторів, цільові групи комунікаційного впливу, форми та канали комунікацій. Система комунікаційного впливу на населення та окремі цільові групи є окремим видом діяльності в запропонованій моделі подолання стигми та дискримінації ЛЖВ. Вона носить міжсекторальний характер і за своєю спрямованістю відрізняється за рівнями управління: від масового на національному рівні до індивідуального на рівні закладу охорони здоров'я.

Необхідно відмітити, що особливістю процесу комунікацій в системі подолання стигми та дискримінації ЛЖВ є те, що одні і ті ж медичні працівники на різних рівнях комунікативного впливу виступають в ролі як цільової групи комунікаційного впливу, так і комунікаторів. Крім рівня комунікаційного впливу це залежить і від їх відношення до ЛЖВ та наявності в них стигми по відношенню до даної категорії людей.

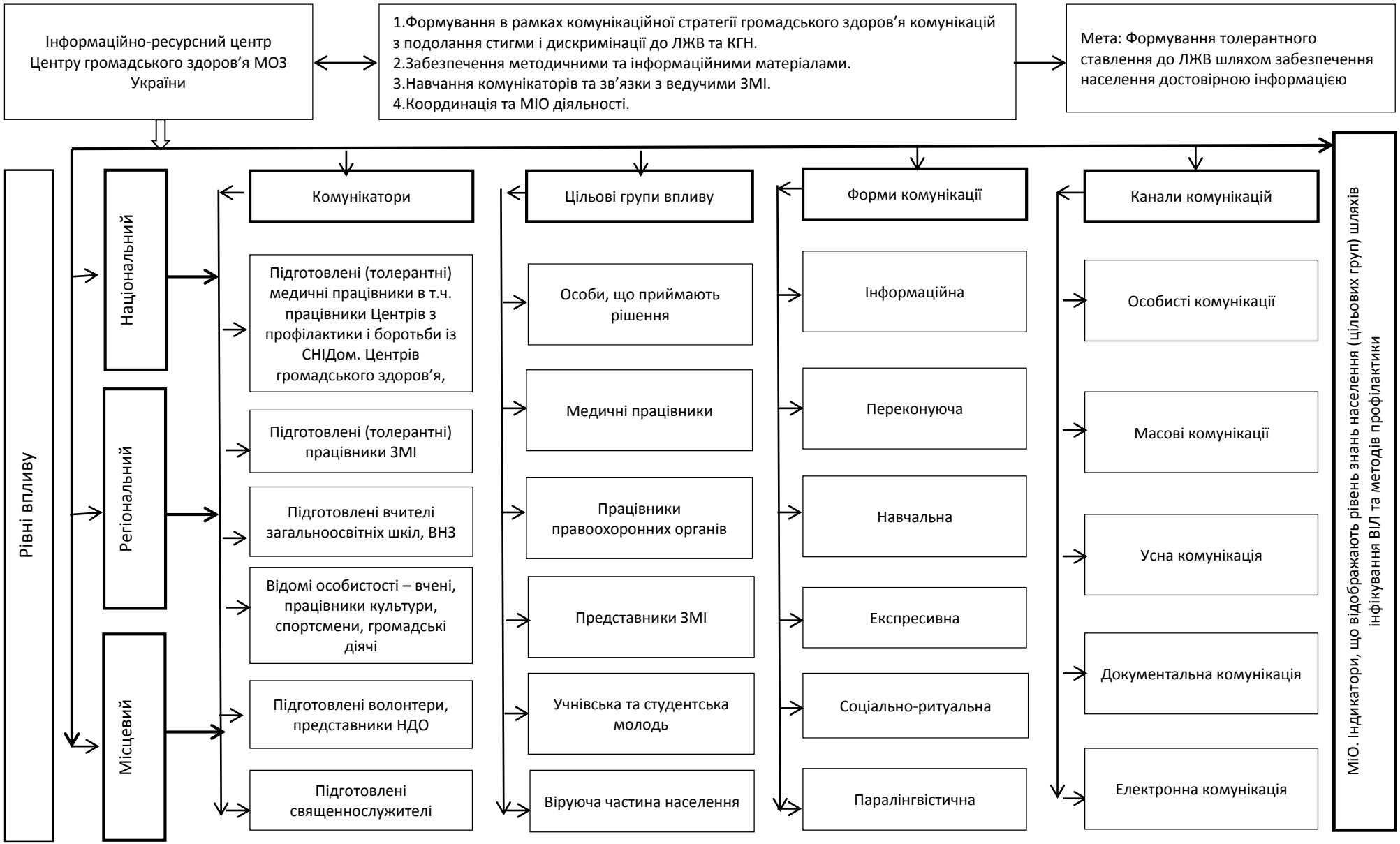

Рис. 6.3. Модель комунікаційного впливу з подолання стигми та дискримінації ЛЖВ

6.4.Рекомендації зі скорочення стигми і дискримінації у зв'язку з ВІЛ у галузі охорони здоров'я

Особливої актуальності питання зниження стигматизації ЛЖВ набуває в умовах реформування системи медичної допомоги населенню України та інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІД в систему первинної медичної допомоги та загальну медичну мережу. Результати дослідження свідчать:

- по-перше, що і медичні працівники, і пацієнти медичних закладів мають деякі негативні погляди і переконання стосовно людей, які живуть з ВІЛ;

- по-друге, як одні, так і другі не виключають можливості інфікування ВІЛ під час надання послуг;

- по-третє, респонденти обох категорій повідомляють про випадки відмов у наданні медичних послуг людям на підставі фактичного або приписуваного ВІЛ-статусу, що свідчить про збереження практики стигматизації цих людей, хоча і меншою мірою, ніж у попередні роки.

Поки медичні працівники усіх закладів охорони здоров'я, незалежно від профілю, рівня надання медичної допомоги та форми власності закладу не відчуватимуть себе у повній безпеці під час надання послуг ВІЛ-інфікованим пацієнтам, прояви стигми і дискримінації, пов'язаних з ВІЛ, скоріше, збережуться. Це вказує на необхідність включення до галузевої угоди, колективних договорів і угод усіх закладів охорони здоров'я, до відповідних розділів, що регламентують питання охорони праці та здоров'я працівників, взаємних зобов'язань сторін щодо зниження стигми та дискримінації, пов'язаних з ВІЛ, сприяння діалогу з питань стигматизації і ризиків ВІЛ-інфікування медичних працівників, підвищення рівня знань медичних працівників щодо того, як вони можуть захиститися від інфікування ВІЛ на робочому місці, а також необхідності здійснення моніторингу ситуації до того часу, поки не будуть отримані дані, що підтверджували б позитивні зміни у ставленні медичних працівників до людей, які живуть з ВІЛ.

Пропозиції щодо запобігання поширенню стигми і дискримінації, пов'язаних з ВІЛ, у галузі охорони здоров'я:

- активізувати діяльність різного роду координаційних рад, що стосуються протидії поширенню соціально небезпечних хвороб, співпрацю між лікарями, працівниками неурядових організацій, спільнотами ЛЖВ;
- покращити навчальні модулі з питань ВІЛ/СНІДу, включивши до них огляд положень закону про ВІЛ, питання запобігання стигмі й дискримінації ЛЖВ;
- підвищувати рівень знань медичних працівників усіх рівнів з питань ВІЛ, з питань особистої безпеки, адже незнайомий ризик завжди сприймається гостріше, ніж ризик, про який людина знає і в контексті якого сама може вживати заходів захисту;
- проводити інформаційні заходи для головних лікарів і старших медичних сестер з тим, щоб вони далі доносили потрібну інформацію до лікарів і середнього та молодшого медичного персоналу;
- проводити більше різних навчальних тренінгів, конференцій, семінарів з питань ВІЛ;
- створити на робочому місці можливості для підвищення медичними працівниками рівня своїх знань з питань стигми і дискримінації;
- збільшити фінансування ЗОЗ, задовольнивши їх потреби у медичному устаткуванні та засобах особистого захисту працівників.

Існує зв'язок між рівнем поінформованості про ВІЛ/СНІД та забезпечення засобами індивідуального захисту медичних працівників закладів охорони здоров'я і рівнем стигми та дискримінації, пов'язаних з ВІЛ, – чим краще людина забезпечена засобами захисту і чим краще вона поінформована про необхідність їх використання, тим у людини менше страху надавати послуги ВІЛ-інфікованому пацієнту.

Поінформованість і професійна та соціальна захищеність медичних працівників – головні фактори, які сприяють можливості зниження рівня стигми і дискримінації в закладах охорони здоров'я.

6.5. Узагальнені пропозиції щодо заходів із подолання стигми та дискримінації ЛЖВ серед різних категорій населення

Враховуючи, що проблема подолання стигми та дискримінації ЛЖВ є не суто медичним завданням, а потребує комплексного міжсекторального підходу та участі всіх секторів суспільства в її вирішенні, нами проведено узагальнення існуючих підходів і запропоновано власні підходи, які наведено в табл 6.1.

Аналіз наведених узагальнених пропозицій щодо заходів із подолання стигми та дискримінації ЛЖВ серед різних категорій населення, які носять міжсекторальний характер і полягають в застосуванні різних форм та каналів інформування населення про шляхи інфікування та засоби профілактики ВІЛ, формуванні правової культури по захисту своїх прав та поваги і гідного ставлення до прав КГН та ЛЖВ з пріоритетним виділенням цільової групи медичних працівників, серед яких комплексні заходи та активності скеровані на підвищення їх кваліфікації, створення безпечних умов праці та посилення контролю за дотриманням чинного законодавства і нормативних актів щодо надання медичної допомоги людям, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу.

Таблиця 6.1

Узагальнені пропозиції щодо заходів із подолання стигми та дискримінації ЛЖВ серед різних категорій населення

Цільова група	Захід	Активності
Медичні працівники	Курси підвищення кваліфікації; семінари, тренінги за місцем роботи; наставництво	Удосконалити зміст програм підвищення кваліфікації медичних працівників з ВІЛ/СНІДу з метою включення питань, пов’язаних зі стигмою і дискримінацією
		Проводити роз’яснення медичним працівникам персональної відповідальності за ненадання людині медичних послуг або вчинення інших дій стигматизуючого/дискримінуючого характеру на підставі фактичного чи підозрюваного ВІЛ-статусу;

Продовження таблиці 6.1

Цільова група	Захід	Активності

	Профспілкові конференції, збори, наради	Сприяти включенню питань профілактики ВІЛ, а також запобігання стигмі та дискримінації у зв'язку з ВІЛ, у закладах охорони здоров'я, до галузевої угоди та колективних договорів на рівні ЗОЗ.
	Всі види комунікацій	Проводити інформаційно-роз'яснювальну роботу серед медичних працівників щодо чинного законодавства, а також нормативних актів, що стосуються захисту працівників галузі від інфікування на робочому місці, обов'язкового медичного страхування, постконтактної профілактики, тощо.
	Управлінський аудит	Посилити контроль за дотриманням чинного законодавства та нормативних актів щодо забезпечення медичних працівників засобами індивідуального захисту; дотримання при роботі з хворими санітарно-епідеміологічних норм та правил з охорони праці; необхідності у випадку виробничої аварії серед працівників екстреного тестування на ВІЛ; доступності для працівників медичних закладів заходів екстреної профілактики інфікування ВІЛ на робочому місці з використанням АРТ; належної реєстрації усіх аварій та нещасних випадків з високим ризиком інфікування ВІЛ на виробництві.
	Семінари, конференції, круглі столи	Забезпечити обмін інформацією та досвідом щодо випадків стигми та дискримінації медичних працівників до пацієнтів, а також з питань розв'язання проблем, пов'язаних зі стигмою та дискримінацією медичних працівників
Сфера праці	Проводити періодичне навчання для заінтересованих осіб	Ознайомити з існуючою політикою щодо ВІЛ/СНІДу на робочому місці, програмами профілактики ВІЛ/СНІДу у сфері праці, заходами з запобігання стигмі і дискримінації, пов'язаним з ВІЛ, а також міжнародним досвідом протидії цим явищам
		Організувати практику надання консультацій з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу в сфері праці та з питань дискримінації і стигматизації ВІЛ-інфікованих та членів їхніх сімей.
Навчальні заклади	Тематичні семінари та тренінги для викладачів та вчителів	Інформування про шляхи передачі ВІЛ, профілактику ВІЛ-інфікування, організацію медико-соціальної допомоги ЛЖВ, права ЛЖВ. Формування толерантного ставлення до ЛЖВ в тому числі молоді та співробітників.
	Аудиторна та позааудиторна робота із учнями та студентами	Інформування про шляхи передачі ВІЛ, профілактику ВІЛ-інфікування, організацію медико-соціальної допомоги ЛЖВ, права ЛЖВ. Формування толерантного ставлення до ЛЖВ в тому числі однолітків та вчителів.
	Міжсекторальна взаємодія	Виготовлення та поширення соціальної реклами, з метою сприяння толерантному ставленню суспільства до людей, які живуть з ВІЛ.

Продовження таблиці 6.1

Цільова група	**Захід**	**Активності**

		Висвітлювати заходи з профілактики ВІЛ-інфекції, що ґрунтуються на принципах поваги прав та гідності людини і пропагують здоровий спосіб життя, традиційні духовні, морально-етичні та культурні цінності, відповідальну поведінку, в тому числі через засоби масової інформації та інтернет-мережі:
НУО	Групові та індивідуальні консультації	Організація і проведення роботи громадськими організаціями з пацієнтами медичних закладів з питань захисту своїх прав за принципом «рівний – рівному»; поширення практики судового вирішення спорів щодо порушення прав пацієнтів медичних закладів;
		Активізація діяльності громадських організацій серед медичних працівників та пацієнтів ЗОЗ щодо проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи з питань ВІЛ та захисту прав пацієнтів
Загальне населення	Всі види комунікацій	Виховання у людей культури захисту своїх прав, поваги і гідного ставлення до них, а також навчання вимогам дотримання цих прав;
	Всі види комунікацій	Інформування громадян про шляхи передачі та профілактику інфікування ВІЛ, їхні права у разі інфікування ВІЛ, включаючи право на недискримінацію, а також на отримання медичних послуг, та про можливі шляхи захисту цих прав у разі їх порушення
	Телевізійні програми	Телевізійні програми про людей, які живуть з ВІЛ.
	Богослужіння, сповіді	Формування здорового способу життя та толерантного ставлення до ЛЖВ
Пацієнти	Всі види комунікацій	Інформування про права пацієнтів та шляхи їх захисту
ЛЖВ	Всі види комунікацій	Надання повної інформації про права та способи їх захисту. Надання правової, соціальної та медичної підтримки.
На рівні держави	Зміна законодавства	Доповнення чинного законодавства нормами, які більш суворо регулюють питання захисту прав споживачів у сфері надання медичних послуг/допомоги.
		Державної підтримки громадян у напрямі захисту своїх прав у сфері охорони здоров'я.
		Внести зміни до діючої нормативно-правової та інструктивно-методичної бази МОЗ України з питань профілактики внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією з урахуванням Рекомендацій ВООЗ
Особи, які грубо порушують права ЛЖВ	Керівники закладів та установ. Правоохоронні органи	Притягнення до відповідальності. Висвітлення випадків в ЗМІ.

6.6. Впровадження результатів дослідження в практичну діяльність

В грудні 2015 року проведено навчальний семінар «Комплексний підхід до лікування ВІЛ-інфекції» для лікарів мережі кабінетів «Довіра» лікувально-профілактичних закладів області (прийняли участь 15 лікарів). В листопаді-грудні 2015 року було проведено цикл зустрічей з учнівською та студентською молоддю на тему «Відверто про СНІД» в Ужгородській ЗОШ І-ІІІ ступенів №12, коледжі мистецтв ім. А. Ерделі, Великоберезнянській загальноосвітній санаторній школі-інтернаті І-ІІІ ступенів, Перечинській загальноосвітній школі-інтернаті І-ІІ ступенів, Ужгородській загальноосвітній спеціалізованій школі-інтернаті з поглибленим вивченням окремих предметів, факультеті міжнародної політики, менеджменту та бізнесу (УжНУ). При проведенні зустрічей в тому числі обговорювалось питання толерантного ставлення до людей, що живуть з ВІЛ. 13 квітня 2016 року проведено навчальний семінар для медичних працівників «Удосконалення практики застосування швидких тестів на ВІЛ» (охоплено 13 лікарів та середніх медичних працівників амбулаторій сімейної медицини). 26 та 27 жовтня 2016 року проведено навчальні семінари-тренінги для лікарів акушер-гінекологів, неонатологів та лікарів мережі кабінетів «Довіра» області на тему «Організація заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини відповідно до міжнародних рекомендацій та національних стандартів» (охоплено 27 лікарів).

Питання забезпечення толерантного ставлення до ЛЖВ неодноразово обговорювалось під час виступів автора роботи на товариствах неврологів та акушер-гінекологів Закарпатської області.

Матеріали дослідження використано при підготовці «Обласного плану моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції на 2017-2018 роки», затвердженого на засіданні обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу № 3 від 03 жовтня 2017 року та «Плану розвитку системи моніторингу і оцінки в Закарпатській області на 2017-2019 роки», затверджений рішенням Обласної

ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу на засіданні № 1 від 19 квітня 2017 року.

Рекомендації за результатами дисертаційної роботи використані при розробці «Обласної стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року», затвердженої розпорядженням голови Закарпатської обласної державної адміністрації від 06.10.2017 № 506.

До затверджених на регіональному рівні нормативних актів з питань протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в області в 2016-2017 роках включено питання подолання стигми та дискримінації людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу.

6.7. Експертна оцінка запропонованих інновацій

Була проведена експертна оцінка функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ. В якості експертів виступали 3 д.мед.н., 7 к.мед.н., 12 працівників спеціалізованих служб боротьби зі СНІДом, 6 організаторів охорони здоров'я, 2 ЛЖВ. Всього 30 осіб. Модель доповідалась дисертантом з відповідями на поставлені експертами питання. Далі експерти заповнили запропоновану анкету. Оцінка проводилася за 10 бальною системою. Дані відображені в табл. 6.2.

Результати статистично опрацьовані. Результати експертної оцінки незалежними експертами запропонованих інновацій засвідчили їх важливість при створенні функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ - (9,6 балів).

В тому числі:

- найвища оцінка надана експертами наступним інноваціям:

– залучення до роботи з подолання стигми та дискримінації ЛЖВ первинної ланки медичної допомоги – 9,9 балів;

– створення безпечних умов праці для медичних працівників по

відношенню до інфікування ВІЛ за рахунок коштів державного бюджету – 9,9 балів;

– удосконалення законодавчої та нормативно-правової бази з питань подолання стигми та дискримінації ЛЖВ – 9,9 балів;

– міжсекторальний підхід в організації роботи з подолання стигми та дискримінації ЛЖВ первинної ланки медичної допомоги – 9,8 балів.

Таблиця 6.2

Оцінка експертами складових функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ (бали)

Запропоновані інновації	Бали
Функціонально-організаційна модель подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ в цілому	9,6
Міжсекторальний підхід в організації роботи з подолання стигми та дискримінації ЛЖВ на первинній ланці медичної допомоги	9,8
Залучення до роботи з подолання стигми та дискримінації ЛЖВ первинної ланки медичної допомоги	9,9
Удосконалення законодавчої та нормативно-правової бази з питань з подолання стигми та дискримінації ЛЖВ	9,9
Пріоритетне виділення цільової групи медичних працівників, серед яких комплексні заходи та активності скеровані на підвищення їх кваліфікації, створення безпечних умов праці та посилення контролю за дотриманням чинного законодавства і нормативних актів щодо надання медичної допомоги людям, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу.	9,7
Виділення особливою групою студентської молоді ВНЗ всіх рівні акредитації та форм власності з формуванням безпечної поведінки по відношенню до інфікування ВІЛ та толерантного ставлення до ЛЖВ	9,4
Створення моделі комунікаційного впливу з формування толерантного ставлення населення до ЛЖВ	9,3
Створення безпечних умов праці медичних працівників по відношенню до інфікування ВІЛ за рахунок коштів державного бюджету	9,9
Підвищення відповідальності медичних працівників за порушення прав ЛЖВ в отримані медичної допомоги та прояви професійної стигми та дискримінації до них	9,2
Моніторинг та оцінка діяльності з подолання стигми та дискримінації ЛЖВ за визначеними індикаторами	9,7

- *низька оцінка* надана експертами наступним інноваціям:

– підвищення відповідальності медичних працівників за порушення прав ЛЖВ в отримані медичної допомоги та прояви професійної стигми та дискримінації до них – 9,2 бали;

– створення моделі комунікаційного впливу з формування толерантного ставлення населення до ЛЖВ – 9,3 бали;

– виділення особливою групою студентської молоді ВНЗ всіх рівнів акредитації та форм власності з формуванням безпечної поведінки щодо інфікування ВІЛ та толерантного ставлення до ЛЖВ – 9,4 бали.

Запропонована модель в цілому оцінена експертами в 9,6 балів із 10 можливих.

Розраховано коефіцієнт варіації узгодженості думок експертів. Він становить 9,4%, що вказує на високу ступінь узгодженості думок експертів в позитивній оцінці функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ.

Висновки за розділом

1. Розроблено та запропоновано концептуальні підходи до подолання стигми та дискримінації ЛЖВ з визначенням напрямів діяльності на всіх рівнях управління до зниження та подолання стигми і дискримінації ЛЖВ в країні, яка пріоритетно скерована на подолання стигми та дискримінації в галузі охорони здоров’я. Концептуальні підходи містять наступні складові: рівні, стратегічні напрями, методи, об’єкти, суб’єкти впливу, необхідні ресурси, моніторинг та оцінка діяльності.

2.Обгрунтована та розроблена функціонально-організаційна модель подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ. *Особливістю даної моделі є* те, що вона носить міжсекторальний характер, в своїй діяльності охоплює все населення країни з виділенням цільових професійних груп, до яких відносяться працівники соціальної сфери (медичні працівники, вчителі, працівники соціального захисту, юристи) та керівники всіх рівнів закладів державної, комунальної та приватної форми власності. *Стратегічним напрямом моделі* є формування у населення безпечної поведінки щодо інфікування ВІЛ та толерантного ставлення до людей, яких торкнулася

проблема ВІЛ/СНІДу, а також забезпечення їх прав. *Тактичним напрямом моделі* є надання всьому населенню та окремим групам професійного і комунікативного впливу повної та достовірної інформації щодо сутності хвороби, шляхів профілактики та забезпечення безпечної поведінки щодо інфікування ВІЛ. *Центральним елементом* моделі виступають люди, що живуть з ВІЛ, які мають відчувати до себе толерантне ставлення з боку суспільства та бути його повноцінними членами.

3.Запропоновано модель комунікаційної стратегії з сегментацією і пріоритизацією цільових груп комунікаційного впливу з визначенням заходів та комунікативних активностей.

4.Представлено узагальнені пропозиції щодо заходів із подолання стигми та дискримінації ЛЖВ серед різних категорій населення, які визначають цільові групи, заходи та активності, використання яких сприятиме підвищенню толерантного ставлення населення в цілому та окремих професійних груп та зниження стигми і дискримінації ЛЖВ.

5.Показано впровадження окремих елементів запропонованої моделі на регіональному рівні, яке полягає в проведенні навчальних семінарів для медичних працівників, вчителів загальноосвітніх шкіл, студентів та школярів, а також включення заходів з подолання стигми та дискримінації ЛЖВ в затверджені на регіональному рівні нормативні акти з питань протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в області за 2016-2017 роки.

6.Запропонована функціонально-організаційна модель подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ, позитивно оцінена незалежними експертами (9,6 балів із 10 можливих) та відповідає міжнародним підходам у справі подолання стигми і дискримінації ЛЖВ та забезпечення толерантного ставлення до них в соціумі.

Список особистих друкованих робіт за темою розділу [3, 11, 19, 21].

ВИСНОВКИ

Комплексним соціально-гігієнічним дослідженням вирішено актуальну науково-прикладну задачу – обґрунтовано та розроблено функціонально-організаційну модель подолання стигми та дискримінації людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу, складовими якої є: рівні, стратегічні напрями, методи, об'єкти та суб'єкти впливу, ресурси, які забезпечуються нормативно-правовою базою, наявністю необхідних організаційних, кадрових, фінансових, інформаційних ресурсів. Застосовано міжсекторальний підхід з моніторингом і оцінкою діяльності при розробці стратегії комунікаційної політики та сегментації і пріоритизації цільових груп комунікаційного впливу з визначенням заходів та активностей, яка відповідає міжнародним підходам та позитивно оцінена експертами.

1. Систематизація та узагальнення існуючих підходів у провідних країнах світу до подолання стигми та дискримінації людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу, стану рішення даної задачі в Україні та враховуючи Стратегію ООН щодо прискореного подолання епідемії ВІЛ-інфекції Fast Track, визначено необхідність розробки функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ в Україні.

2. Показано, що в Закарпатській області епідемія ВІЛ/СНІДу має концентрований характер та найнижчі показники її розвитку в Україні. Показник поширеності ВІЛ-інфекції склав 38,5 на 100 тис. населення проти середньоукраїнського - 313,3, а показник поширеності СНІДу – 12,7 проти 91,3 відповідно з реєстрацією нових випадків в III-IV клінічних стадіях у 53,6%. В області переважає статевий шлях інфікування ВІЛ (70,2±5,5%) при превалюванню в Україні парентерального шляху. Трудові мігранти та їхні статеві партнери є групою підвищеного ризику інфікування ВІЛ, яка найбільше впливає на розвиток епідемії в регіоні.

3. Проведений аналіз виконання заходів регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, які реалізовувались протягом 2009-2016 років у Закарпатській області, у відповідності до 5-х

напрямків ВООЗ щодо забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, дозволив виявити їх достатню цільову ефективність (забезпечення АРТ, КіТ серед КГН, профілактичні послуги для ЛВІН, ЧСЧ, ОСБ) при відсутності впливу на рівень стигми і дискримінації людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу.

4. Показано, що в Україні, базуючись на Міжнародних правових актах, існує розгалужена законодавчо-нормативна база по забезпеченню захисту права ЛЖВ на приватне життя, збереження конфіденційності інформації, соціальний захист, заборону дискримінації на робочому місці, забезпеченню безперешкодного доступу до лікування. Але відмічається певна неузгодженість та взаємовиключаючий характер окремих положень законів і підзаконних актів щодо основних понять та процедур у контексті епідемії ВІЛ-інфекції, що при складності адміністративних процедур призводить до соціальної стигми та дискримінації ключових груп населення та ЛЖВ, в тому числі з боку медичних працівників.

5. Детальне вивчення можливих проявів стигми та дискримінації ЛЖВ серед медичних працівників області показало, що 10,50±1,5% опитаних лікарів та 17,75±1,9% опитаних медичних сестер вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати в окремих закладах, щоб захистити загальне населення від інфікування; 15,25±1,8% лікарів та 23,5±2,1% медичних сестер вважають, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже захворювання невиліковне. Серед опитаних лікарів 32,4±2,3% та 53,25±2,5% медичних сестер вважають, що ВІЛ-інфіковані пацієнти найбільше загрожують особистій безпеці на робочому місці; 34,75±2,3% лікарів та 49,25±2,5% медичних сестер вказали, що ризикують інфікуватися ВІЛ, працюючи у медичному закладі; 12,75±1,7% лікарів та 27,25±2,2% медичних сестер вважають, що пацієнти з відомим позитивним ВІЛ-статусом повинні отримувати медичну допомогу в окремих маніпуляційних кабінетах, при цьому 18,75±1,9% лікарів та 23,5±2,1% медичних сестер допускають можливість відмовити в наданні медичних послуг ВІЛ-інфікованому пацієнту.

6. Результати соціологічного дослідження серед студентів УжНУ показали, що 25,5±2,2% опитаних розірвали б стосунки з людиною, з якою дружать, коли б дізналися про її ВІЛ-позитивний статус; 80,5±2,0% заперечують можливість використання спільного посуду з людиною, якщо відомо, що вона ВІЛ-інфікована; 60,25±2,4% вважають, що якщо в студента виявили ВІЛ-інфекцію, при цьому він не хворий на СНІД, він не може відвідувати навчальний заклад; 78,5±2,1% не продовжували б жити з людиною в одній кімнаті у гуртожитку, коли б дізналися про її ВІЛ-позитивний статус; 66,0±2,4% не погодилися б доглядати за ВІЛ-інфікованим членом сім'ї. При достатньо високому рівні знань у студентів про шляхи передачі та способи профілактики інфікування ВІЛ вони в своїй більшості ведуть недостатньо безпечний спосіб життя щодо інфікування ВІЛ: 14,0±1,7% вважають, що епідемія ВІЛ-інфекції не загрожує місту, в якому вони проживають; 23,25±2,1% вказали, що для них не існує загрози бути ВІЛ-інфікованими, що в свою чергу призводить до формування небезпечної поведінки щодо інфікування ВІЛ. В той час, як 32,75±2,3% респондентів зазначили, що мають двох, 19,75±2,0% - більше двох сексуальних партнерів, а 37,0±2,4% використовують презервативи не завжди, 19,25±2,0% використовують їх за бажанням партнера, а 10,25±1,5% не використовують взагалі. Вищезазначене є характерним для регіонів з концентрованою стадією розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу.

7. За результатами соціологічного дослідження серед вчителів загальноосвітніх шкіл встановлено низький рівень їх толерантності до ЛЖВ: 68,75±% вважають, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати в окремих закладах; 27,25±% вважають, що ВІЛ-позитивний учень не має права вчитися в навчальному закладі на рівних умовах з іншими дітьми, а вчитель, який знає про свій ВІЛ-позитивний статус, не може продовжувати працювати в школі. При цьому 18,5±1,9% вважають, що ризикують інфікуватися ВІЛ, працюючи в школі; 25,25±2,2% вважають високим ризик інфікуватися ВІЛ в побуті; 23,0±2,1% визначили високим ризик інфікуватися ВІЛ в особистому житті,

93,75±1,2% опитаних зазначили, що категорично хотіли б тримати в секреті ВІЛ-позитивний статус свого родича. В ході опитування 66,75±2,4% респондентів відмітили, що не готові забезпечувати догляд за ВІЛ-інфікованим членом сім'ї, а 38,0±2,4% різко змінили б ставлення до знайомої людини в разі її інфікування ВІЛ.

8. Серед опитаних працівників поліції 17,5±1,9% вважають, що епідемія ВІЛ-інфекції не загрожує місту, в якому вони живуть, та 15,8±1,8% вказали, що загроза особистого інфікування ВІЛ зовсім відсутня. Із опитаних 22,5±2,1% мають двох, а 15,8±1,8% більше двох сексуальних партнерів, при цьому не завжди використовують презервативи 46,7±2,5% опитаних, 15,8±1,8% використовують за бажанням партнера, а 17,5±1,9% - презервативи не використовують взагалі. Встановлено, що 58,3±2,5% опитаних працівників поліції не почуваються спокійно, надаючи першу домедичну допомогу потерпілим при виконанні своїх службових обов'язків, якщо припускається, що вони можуть бути ВІЛ-позитивними. Серед респондентів 23,3±2,1% допускають, що ставлення до знайомої людини різко змінилося б, коли б стало відомо про її ВІЛ-позитивний статус; 14,25±1,7% вважають, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже захворювання невиліковне, а 10,85±1,5% впевнені, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати в окремих закладах, щоб захистити загальне населення від інфікування.

9. Характеристика проявів стигми та дискримінації ЛЖВ, за даними попередніх досліджень, демонструє, що серед опитаних ЛЖВ 18% відчували усні образи, психологічний тиск з боку подружжя/партнера - 12%, не допускались до домашніх справ - 4%, до участі в різних зборах - 3% або релігійних заходах -2%. Кожен четвертий респондент (25%) зазначив, що його ВІЛ-статус цілком або частково був причиною обмежень у доступі хоча б до однієї із послуг у соціальній або медичній сферах. Найчастіше це була відмова у наданні медичного обслуговування - 20%. При цьому 82% респондентів зазначили різноманітні негативні відчуття: 58% звинувачували себе, 38% мали

низьку самооцінку, 37% відчували сором, 9% повідомили про бажання бути покараним, 8% – вчинити самогубство. Вирішили більше не мати дітей 37% опитаних, не брати шлюб – 20%. Незважаючи на необхідність, уникали відвідування поліклініки – 26% опитаних ЛЖВ, госпіталізації – 19%.

10. За результатами дисертаційного дослідження обґрунтовано та розроблено концептуальні підходи до подолання стигми та дискримінації ЛЖВ, складовими яких є рівні вирішення завдання, стратегічні напрями, методи, суб'єкти та об'єкти впливу, необхідні ресурси, моніторинг і оцінка діяльності за індикаторами структури, процесу та результату з визначенням законодавчих питань подолання стигми та дискримінації людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу, комунікацій в системі подолання стигми та дискримінації ЛЖВ з сегментацією і пріоритизацією цільових груп комунікаційного впливу.

11. Базуючись на отриманих результатах розроблено функціонально-організаційну модель подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ. Стратегічним напрямком моделі є формування у населення безпечної поведінки щодо інфікування ВІЛ, толерантного ставлення до людей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНДу, а також забезпечення їх прав. Тактичним напрямком моделі є надання всьому населенню та окремим групам професійного і комунікаційного впливу повної та достовірної інформації щодо сутності хвороби, шляхів профілактики та формування безпечної поведінки щодо інфікування ВІЛ. Центральним елементом моделі виступають люди, що живуть з ВІЛ, які мають відчувати до себе толерантне ставлення з боку суспільства та бути його повноцінними членами.

12. Узагальнені та структуровані заходи і активності з подолання стигми та дискримінації ЛЖВ серед різних категорій населення, які носять міжсекторальний характер і полягають в застосуванні різних форм та каналів інформування населення про шляхи інфікування та засоби профілактики ВІЛ, формуванні правової культури по захисту прав та поваги і гідного ставлення

до представників КГН та ЛЖВ. Пріоритетним є виділення медичних працівників як цільової групи, із розробкою комплексних заходів з підвищення кваліфікації спеціалістів, створення безпечних умов праці та посилення контролю за дотриманням чинного законодавства і нормативних актів щодо надання медичної допомоги людям, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу.

13. Розроблена функціонально-організаційна модель подолання стигми та дискримінації ЛЖВ позитивно оцінена експертами (9,6 балів), відповідає міжнародним підходам та рекомендується для впровадження в практику охорони здоров’я України.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані в ході дисертаційного дослідження результати дозволяють рекомендувати:

Міністерству охорони здоров'я України:

- запровадити обґрунтовану та розроблену функціонально-організаційну модель подолання стигми та дискримінації ЛЖВ;
- при розробці програм та нормативно–правових актів з питань подолання в Україні епідемії ВІЛ/СНІДу включати окремим розділом питання подолання стигми та дискримінації людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу;

Департаментам охорони здоров'я обласних та м. Києва державних адміністрацій:

- при розробці регіональних програм та заходів з питань протидії епідемії ВІЛ/СНІДу включати окремим розділом питання подолання стигми та дискримінації людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу;
- розробити та запровадити регіональні комунікаційні програми з інформування населення про шляхи інфікування та засоби профілактики ВІЛ-інфекції, правила безпечної поведінки щодо інфікування ВІЛ та формування у населення правової культури по захисту своїх прав та поваги і гідного ставлення до прав КГН та ЛЖВ;
- взяти під контроль забезпечення медичних працівників засобами особистого захисту при роботі з біоматеріалами пацієнтів та наданні послуг ЛЖВ.

Вищим навчальним закладам України підпорядкування МОН та МОЗ України:

- забезпечити включення до програм до- та післядипломної підготовки медичних працівників питання протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу та подолання стигми і дискримінації ЛЖВ в системі охорони здоров'я України;
- забезпечити інформування студентів всіх факультетів про шляхи

інфікування та засоби профілактики ВІЛ, правила безпечної поведінки щодо інфікування ВІЛ.

Кафедрам соціальної медицини вищих навчальних закладів України:

- забезпечити інформування організаторів охорони здоров'я про кращий світовий досвідь з питань подолання стигми та дискримінації людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу, та впровадження на рівні закладів охорони здоров'я заходів із зазначеного питання.

Головним лікарям закладів охорони здоров'я всіх форм власності:

- розробити та запровадити комплексні заходи з питань подолання стигми та дискримінації ЛЖВ з боку медичних працівників;
- запровадити систему організаційного аудиту за дотриманням чинного законодавства і нормативних актів щодо надання медичної допомоги людям, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Глобальный доклад: Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДА. – Женева, 2010. – 359 с.

2. Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа (2012 г). [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_ru_1.pdf

3. Глобальний вплив епідемії ВІЛ-інфекції: соціально-демографічні і медичні аспекти. / Л. Георгіева, В. Марциновська, І. Кузін, В. Каранда, Т.Коновалова // Профілактична медицина. – 2016. – № 1-2 (26). – С. 25-32.

4. Інформаційний бюлетень № 47, 2017. «ВІЛ-інфекція в Україні». ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хворобі ім. Л.В.Громашевського Національної академії медичних наук України». - 148 с.

5. Marteau TM, Hollands, GJ, Fletcher PC. Changing human behavior to prevent disease: the importance of targeting automatic processes. Science, 2012, 337:1492.1495. Available at: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.860.4314&rep=rep1&type=pdf

6. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні та її особливості на сучасному етапі (станом на 01.07.2012 року) / Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом. – К., 2012. – С. 21.

7. Соціально-демографічні та медичні детермінанти ризику передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні» (анотований звіт ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України», ЮНІСЕФ, Інститут соціології НАН України», 2013.

8. Звіт про науково-дослідну роботу «Профілактика ВІЛ/СНІДу на робочому місці в системі охорони здоров'я України (пілотне дослідження)» / ДУ «Інститут медицини праці АМН України». – К., 2009.

9. Чепурнова Н. В. Проблеми дискордантних пар у середовищі високих темпів поширення ВІЛ-інфекції / Н. Я. Жилка, Н. В. Чепурнова // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2 (22). – С. 145–153

10. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік. – К., 2014. – 438 с.

11. Коулі Пітер, Акказієва Бактигул. Червень 2012 року. Оптимізація послуг, пов'язаних з ВІЛ/СНІД в контексті реформи системи охорони здоров'я в Україні. Бетесда, MD: Проект системи охорони здоров'я 20/20, Abt Associates Inc. – 38 с.

12. Аналітичний звіт за результатами дослідження «Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми». Київ, 2014- 96 с.

13. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. 2012 рік . [Electronic resource]. – Access mode. – Режим доступу: http: //www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012me/garp_ru_2011.pdf. – Title from screen.

14. Лехан В.М. Вивчення експертної думки щодо шляхів перетворень у системі надання допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією в рамках започаткованих реформ, спрямованих на зміцнення системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, А. П. Гук, М. В. Шевченко. – К. : Вид-во Раєвського, 2014. – 62 с.

15. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates. – Geneva: WHO, 2011. – 50p.

16. Крисько М.О. «Медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД на первинний рівень»: автореф. дис. … к-та мед. наук / М.О. Крисько. – Харьків., 2015. – 24 с.

17. Рингач Н.О. Демографічна ситуація в Україні в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу / Н.О. Рингач / Н.О. Рингач // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2011. – № 1 (04). – С. 6–12.

18. Жилка Н. Я. Медико-соціальне обґрунтування системи профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини : автореф. дис. … д-ра мед. наук / Н. Я. Жилка. – К., 2011. – 39 с.

19. Дуб Ю.М. «Медико-соціальне обґрунтування профілактики ВІЛ-інфікування жінок в умовах реформування медичної допомоги населенню»: автореф. дис. к-та мед. наук / Ю.М. Дуб. – К., 2014 – 25 с.

20. Миронюк І.С. «Медико-соціальне обґрунтування системи оптимізованої протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції серед трудових мігрантів (на прикладі Закарпатської області)»: автореф. дис. … д-ра мед. наук / І.С.Миронюк. – Харків., 2015. – 39 с.

21. UN Sustainable Development Goals (2016–2030), 2015. Available at: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol= A/RES/70/1&Lang=E.

22. The Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia, 2004. Available at: https://www.dublindeclaration.com/

23. Summary of the 2010 progress report on Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia . Available at:https://ecdc.europa.eu/en/news-events/dublin-declaration-summary-progress-report

24. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2012 progress. Available at: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/dublin-declaration-monitoring-report-prisoners-october-2013.pdf

25. Dublin Declaration monitoring - 2014 progress, ECDC. Available at: https://ecdc.europa.eu/en/infectious-diseases-public-health/hiv-infection-and-aids/surveillance-and-disease-data/monitoring-2

26. Dublin Declaration monitoring - 2016 progress, ECDC. Available at: https://ecdc.europa.eu/en/infectious-diseases-public-health/hiv-infection-and-aids/surveillance-and-disease-data/monitoring-1

27. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report. Available at: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/ HIV%20testing.pdf

28. Fact sheet - Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic. Available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/ media_asset/ UNAIDS_FactSheet_en.pdf

29. Аналітичний звіт «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед українських трудових мігрантів, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління». — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2012. — 111 с.

30. Огляд трудової міграції в Україні, Молдові та Білорусі / Міжнародна організація з міграції. — К.: МОМ, 2008. — 81 с.

31. UNAIDS 2016–2021 Strategy On the Fast-Track to end AIDS. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf.

32. Нарада високого рівня з питань боротьби зі СНІДом (2016 рік). [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.unaids.org/sites/ default/files/media_asset/2016HighLevelMeeting_en.pdf.- Назва з екрана.

33. Fast-Track strategy to end the AIDS epidemic by 2030. [Електронний ресурс] Режим доступу: http:// http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/World-AIDS-DayReport-2014

34. 90–90–90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. (2014). Geneva: UNAIDS. Retrieved from http://www.unaids.org/sites/default/files/ media_ asset/90-90-90_en_0.pdf

35. 38-е Засідання Програмної координаційної ради Об’єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД [Електронний ресурс] Режим доступу:

https://phc.org.ua/news/show/38-e-zasidannya-programnoji-koordinaciinoji-radi-objednanoji-programi-oon-z-vilsnid.

36. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. Available at: http://www.aidsactioneurope.org/en/publication/political-declaration-hiv-and-aids-fast-track-accelerate-fight-against-hiv-and-end-aids

37. Інформаційний бюлетень № 46, 2016. «ВІЛ-інфекція в Україні». ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хворобі ім. Л.В.Громашевського Національної академії медичних наук України». - 38 с.

38. Sullivan P.S. Reemergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996-2005. / P.S. Sullivan, O. Hamouda, V. Delpech, [et al.] // Ann Epidemiol. – 2009. – Vol. 19, No 6. – P. 423–431.

39. The 21st International AIDS Conference (AIDS 2016) - Available at: http://www.aids2016.org/

40. Global health 2035: a world converging within a generation/ D.T. Jamison, L.H. Summers, G. Alleyne, K.J. Arrow [et al.] // Lancet. - 2013.-V. 382.-P. 1898–1955.

41. Політична декларація ООН з питань ВІЛ/ СНІДу (2006 рік). [Електронний документ]. – Режим доступу: http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_en.pdf. – Назва з екрана.

42. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу (GARPR Ukraine), 2015. [Електронний документ]. – Режим доступу: http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/ab1ccb/3c54bc491a41b37b8bb8625d29037e1d.pdf.

43. Ukraine situation report: March-May 2017, WHO. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/346706/Ukraine-Situation-Report-2017.pdf

44. World Humanitarian Day: WHO urges more health aid to address Ukraine's humanitarian crisis. Available at: http://www.euro.who.int/en/health-topics/emergencies/health-response-to-the-humanitarian-crisis-in-ukraine/news/news/2017/08/world-humanitarian-day-who-urges-more-health-aid-to-address-ukraines-humanitarian-crisis

45. Система услуг по профилактике, лечению и сопровождению ВИЧ-инфекции/СПИДа в условиях вооруженного конфликта на Востоке Украины. Операционное исследование. / ЮНЭЙДС, 2016. – 128 с.

46. «Цілі сталого розвитку: Україна», національна доповідь. [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku.

47. Ініціатива для прискорення дій у великих містах (Fast-Track Cities Initiative) [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.iapac.org/cities/.

48. Глобальний вплив епідемії ВІЛ-інфекції: соціально-демографічні і медичні аспекти. / Л. Георгіева, В. Марциновська, І. Кузін, В.Каранда, Т.Коновалова // Профілактична медицина. – 2016. – № 1-2 (26). – С. 25-32.

49. Епідеміологічні аспекти соціально значущих інфекцій / Т. Сергеєва, Ю. Круглов,О. Максименок, О. Кислих, В. Марциновська // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2016. – № 4 (93). – С. 18-286. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Информационный бюллетень № 110. Декабрь 2015 г. – [Електронний ресурс] Режим доступа: http://www.who.int/mediacentre/ factsheets/fs110/ru/.

50. Investing for results. Results for people. A people-centered investment tool towards ending AIDS. Geneva, UNAIDS, 2012 Available at: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/JC2359_investing-for-results_en.pdf

51. Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа 2017. Индикаторы для мониторинга выполнения Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу (2016). Руководство ЮНЭЙДС, 2016. – 182 с.

52. Інформаційний бюлетень № 48, 2017. «ВІЛ-інфекція в Україні». ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хворобі ім. Л.В.Громашевського Національної академії медичних наук України». - 29 с.

53. Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: know your epidemic / World Health Organization, 2013. – 72 p.

54. The War on Drugs and HIV/AIDS. How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic. Report of the Global commission on drug policy, 2012. Available at: https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2012/03/GCDP_HIV-AIDS_2012_EN.pdf.

55. HIV/AIDS surveillance in Europe 2013/ Surveillance Report European Centre for Disease Prevention and Control, 2013. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/264931/HIV-AIDS-surveillance-in-Europe-2013-Eng.pdf?ua=1

56. HIV/AIDS surveillance in Europe 2014 /European Centre for Disease Prevention and Control WHO, Regional Office for Europe. - Stockholm, 2015.

57. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 / Surveillance Report European Centre for Disease Prevention and Control, 2017. Available at: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover%2BInner.pdf

58. Meeting Report ECDC/WHO Joint Meeting on European HIV/AIDS Surveillance 10-11 March 2016, Bratislava. Available at: http://www.eacsociety.org/files/2016_march_10-11_hiv_surveillance_report_final.pdf

59. Наказ МОЗ України від 10.07.2013 № 585 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ». – [Електронний ресурс]. Режим доступа: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1254-13.

60. Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to Human Immunodeficiency Virus and Recommendations for Postexposure Prophylaxis / Infection Control and Hospital Epidemiology – Vol. 34, No. 9 (September 2013), P. 875-892

61. Інформаційний бюлетень № 47, 2017. «ВІЛ-інфекція в Україні». ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хворобі ім. Л.В.Громашевського Національної академії медичних наук України». - 148 с.

62. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Last updated: August 6, 2015. Available at: https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/ lvguidelines/perinatalgl.pdf

63. Key considerations for differentiated antiretroviral therapy delivery for specific populations: children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations, WHO, 2017. Available at:http://apps.who.int/iris/bitstream/ 10665/258506/1/WHO-HIV-2017.34-eng.pdf?ua=1

64. HIV and AIDS in Eastern Europe & Central Asia, regional overview.Global information and education on HIV and AIDS. Available at: https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/eastern-europe-central-asia

65. Prevention, control and care of tuberculosis in Ukraine (14-22 April 2015). Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/308473/ Prevention-control-care-TBC-Ukraine.pdf.

66. Ukraine Tuberculosis profile (Data are as reported to WHO. Estimates of TB and MDR-TB burden are produced by WHO in consultation with countries). Generated: 2017.12.13. Available at: https://extranet. who.int/sree/Reports?op= Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=UA&outtype=html

67. Tuberculosis Regional Eastern European and Central Asian Project (TB-REP) mid-term update (2017) / Available at: http://www.euro.who.int/data/ assets/pdf_file/0003/351291/TB_REP_Mid-term_update_English.pdf

68. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їхніх статевих партнерів / Барська Ю.Г., Сазонова Я.О. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2016. – 130 с. URL: http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2015/09/Monitoryngpovedinky-SIN_PROEKT.pdf.

69. Basic Principles for Treatment and Psychosocial Support of Drug Dependent People Living with HIV/AIDS, WHO. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/basic_principles_drug_hiv.pdf?ua=1

70. Mathers B.M. et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. Lancet, 2010, 375:1014.1028.

71. Building Integrated Care Services for Injection Drug Users in Ukraine, 2010. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/ 130651/ e94651.pdf?ua=

72. Harm Reduction Developments. New York, Open Society Institute, 2015. Available at: https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/ harm-reduction-20160922.pdf

73. Brown Q.L., Cavanaugh C.E., Penniman T.V., Latimer WW.J. The Impact of Homelessness on Recent Sex Trade among Pregnant Women in Drug Treatment. Brown QL, Cavanaugh CE, Penniman TV, Latimer WW.J Subst Use. 2012. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22754382

74. Звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності представників ключових груп в Україні»/ Берлева Г., Сазонова Я. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна» 2017. – 64 с. – [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/ library/our/2015/Research_MARA UKR.pdf

75. Аналітичний звіт «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду»/ Середа Ю.В., Сазонова Я.О. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017–142 с.

76. Інформаційний бюлетень № 45, 2016. «ВІЛ-інфекція в Україні». ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хворобі ім. Л.В.Громашевського Національної академії медичних наук України». - 130 с.

77. Практики предоставления гендерно-чувствительных услуг женщинам уязвимых груп. ЮНЕЙДС, Україна. Київ, 2013. – 84 с.

78. Развитие гендерно-чувствительных подходов к методам профилактики ВИЧ среди женщин, употребляющих наркотики. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2011. – 40 с.

79. Women Moving Forward. Third National Women's Forum on HIV and AIDS. 26-28 September 2017. Available at: https://unaids.org.ua/ua/korisna-informatsiya/novini/2017/zhinky-rukhaiutsia-vpered-tretii-natsionalnyi-zhinochyi-forum-z-vil-ta-snid

80. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drugusers – 2012 revision. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/ 9789241504379_ eng.pdf.

81. Consolidated guidelines on HIV Testing services: 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct results and Connection/WHO, 2015. – 192 p.

82. Policy brief: Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection-What's new/WHO, 2015. – 20 p.

83. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. 2016. Available at: http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/.

84. 2016 WHO Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a publichealth approach – 2nd ed. Available at: http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/.

85. Матеріали національної конференції «За кожне життя разом: прискорення до мети 90-90-90» листопад 2016 р. – [Електронний ресурс]

Режим доступу: http://phc.org.ua/news/show/materiali-nacionalnoji-konferenciji-za-kozhne-zhittya-razom-priskorennya-do-meti-90-90-90-1.

86. Кримінальний кодекс України. [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2341-14.– Назва з екрана.

87. WHO, UNAIDS statement on HIV testing services: new opportunities and ongoing challenges, 29 august 2017. Available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017_WHO-UNAIDS_statement_HIV-testing-services_en.pdf

88. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025. – [Електронний ресурс] Режим доступу: http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi_OZ.pdf

89. Леха В. М. Вивчення експертної думки щодо шляхів перетворень у системі надання допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією в рамках започаткованих реформ, спрямованих на зміцнення системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, А. П. Гук, М. В. Шевченко. – К. : Вид-во Раєвського, 2014. – 62 с.

90. У двох областях України за межею бідності - половина населення [Електронний документ].– Режим доступу: http://health.unian.net/ukr/detail/ 217289

91. Брусенко О. Л. Особливості прояву нетолерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ/СНІД . – [Електронний ресурс] Режим доступу: http://elibrary.kubg.edu.ua/2302/1/O_Brusenko_konf_IPSP.pdf

92. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, редакція від 19.10.1973.- [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_042

93. My health, my right — World AIDS Day, 1 December 2017. UNAIDS. - Available at: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/ myhealth-myright

94. Пам’ятка пацієнта як протидіяти стигмі та дискримінації» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/7510b4aec988ffb1fa90904af9028030.pdf

95. Буяджи Д. Вразливі групи в контексті епідемії ВІЛ/ СНІДу. Виклик та подолання: ВІЛ/СНІД та права людини в Україні / Д. Буяджи, Т. Семіта. – Київ : ПРООН в Україні, 2008. – С. 24–32.

96. Дацюк В. В. Державна політика з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу: шляхи подолання дискримінації [Електронний ресурс] / В. В. Дацюк // Вісн. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Сер. Держ. управління. – 2016. – № 2. – С. 121–126. – Режим доступу : URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/vnaddy_2016_2_18 – Назва з екрана.

97. Семигіна Т. Висвітлення ВІЛ/СНІДу у друкованих ЗМІ: результати всеукраїнського моніторингу найпопулярніших газет і журналів / Т. Семигіна // Магістеріум. Соц. робота і охорона здоров’я. – Київ, 2006. – Вип. 25. – С. 64–69.

98. Семигіна Т. В. ВІЛ/СНІД на сторінках українських газет і журналів: соціальний аспект проблеми / Т. В. Семигіна, І. В. Зубець, І. М. Грига // Наук. зап. НаУКМА. Сер. Пед., психол. науки та соц. робота. – Київ, 2005. – Т. 47. – С. 77–83.

99. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: резолюции S-26/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН от 27 июня 2001 года. [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_846 – Назва з екрана.

100. Конституція України. [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80.– Назва з екрана.

101. Основи законодавства України про охорону здоров’я. [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12. – Назва з екрана.

102. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (редакція від 28.12.2015). [Електронний документ]. – Режим доступу: https://zakon.help/law/4004-XII/

103. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2861-17. – Назва з екрана.

104. Закон України від 20 жовтня 2014 року № 1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1708-18

105. Якобчук А. В. Порівняльний аналіз чинного національного законодавства з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні [Електронний ресурс] / А. В. Якобчук // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2/3. – С. 312–319. – Режим доступу : URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2012 _2-3_58. – Назва з екрану.

106. Якобчук А.В. Удосконалення державної політики у національному законодавстві з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні [Електронний ресурс] / А. В. Якобчук // Інвестиції: практика та досвід. – 2012. – № 14. – С. 108–112. – Режим доступу : URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/ ipd_2012_14_29. – Назва з екрану.

107. Проект RESPECT: зменшення стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ, щодо представників груп найвищого ризику в медичних закладах України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://network.org.ua/projects/proekt-respect-zmenshennya-stigmi-ta-diskriminatsiyi-povyazanoyi-z-vil-shhodo-predstavnikiv-grup-najvishhogo-riziku-v-medichnih-zakladah-ukrayini/

108. Пам'ятка для працівників закладів охорони здоров'я» та плакати проекту RESPECT. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/4153299182e77f9b87da0bf55042e2da.pdf

109. Посібник для проведення тренінгу «Формування толерантного ставлення у медичних працівників до людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп найвищого ризику». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/9a58e3b98a19d2004c6c674e02ca4ccc.pdf

110. Заключний звіт «Дослідження стигми і дискримінації, пов'язаних з ВІЛ-статусом, серед медичних працівників і по відношенню до пацієнтів в Україні». / Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України/, 2012. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://staging.ilo.org/public/libdoc/ilo/2012/112B09_285_ukra.pdf

111. Звіт про науково-дослідну роботу «Профілактика ВІЛ/СНІДу на робочому місці в системі охорони здоров’я України (пілотне дослідження)» / ДУ «Інститут медицини праці АМН України». – К., 2009.

112. Права людини в сфері охорони здоров’я: Практичний посібник / За наук.ред.І.Сенюти; І. Берн та ін. – Львів: Медицина і право, 2012. – 552 с. [Електронний ресурс] / Health Rights. – Офіц. сайт. – Режим доступу: – http://www.healthrights.in/rss/

113. Попередження стигми та дискримінації у зв’язку з ВІЛ по відношенню до медичних працівників та пацієнтів медичних закладів: керівництво для викладачів і матеріал для учасників тренінгів / Міжнародна організація праці. Об’єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД, 2012. [Електронний документ]. – Режим доступу: http://staging.ilo.org/public/libdoc/ilo/2011/111B09_88_ukra.pdf

114. Оцінка політико-правового середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.hivreforminaction.org/wp-content/uploads/2017/08/0807_HIV-Legal-Assessment-2017_UA.pdf– Назва з екрана.

115. Політика протидії дискримінації та стигматизації людей, які живуть з ВІЛ, і представників груп найвищого ризику в медичних закладах.

Шляхи врегулювання, включаючи систему переадресації. [Електронний документ]. – Режим доступу:http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00MRWW.pdf

116. Commission on AIDS in Asia (2008) Redefining AIDS in Asia. Crafting an Effective Response, Oxford University Press. New Delhi, 2008.

117. Intimate partner violence and HIV / Understanding and addressing violence against women. – Copenhagen : WHO, 2012. – 12 p.

118. Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс стигми. Аналітичний звіт за результатами дослідження. – К., 2010. [Електронний документ]. – Режим доступу: http://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/249bc6c3e8c649984c628511667afa5e.pdf

119. Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс стигми. Аналітичний звіт за результатами дослідження. – К., 2014. [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Ukraine%20Stigma%20Index_Report_UKR%202014-Ukr.pdf.

120. HIV infection and depression - Wiley Online Library, 2014. [Electronic resource]. – Available at: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/pcn.12097 - Title from screen.

121. Чепурнова Н. В. Міжсекторальні підходи до реалізації репродуктивного права дискордантних пар в Україні / Н.В.Чепурнова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я. – 2013. – № 4 (58). – С. 24–27.

122. Порівняльний аналіз результатів національних досліджень, 2010, 2013 та 2016 рр. [Електронний документ]. – Режим доступу: https://issuu.com/network_of_plwh/docs/presentstion_stigma_index_2016_res

123. Гриценок Л. І. Подолання стигматизації і дискримінації людей (дітей), які живуть з ВІЛ / Л. І. Гриценок, І. І. Ткачук ; Укр. наук.-метод. центр практ. психології і соц. роботи АПН України. – Київ : Ніка-Центр, 2006. – 140 с.

124. UNICEF: ВІЛ-інфіковані діти: медичний догляд, психологічна підтримка, соціальний супровід, правовий захист. Київ, 2010. – 175 с.

125. Vranda M.N., Mothi S.N. Psychosocial Issues of Children Infected with HIV/AIDS - NCBI - NIH. 2013 - Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701354/

126. Практичні рекомендації з питань реалізації політики щодо ВІЛ-інфекції в системі освіти України – Освіта, Київ, 2013. –55 с.

127. Gökengin D., Oprea C., Uysal S., Begovac J. The growing HIV epidemic in Central Europe: a neglected issue? Available at: http://europepmc.org/articles/pmc4967967

128. Стигма, дискримінація та порушення прав людини у зв'язку з ВІЛ. Інформаційний бюлетень ЮНЕЙДС . [Електронний документ]. – Режим доступу: www.unaids.org

129. Доклад о глобальных ответных мерах на ВИЧ/СПИД / ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС. 2012. [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.who.int/hiv/ru. – (Назва з екрана).

130. Summary report of the joint health and treasury task team charged with examining treatment options to supplement comprehensive care for HIV/AIDS in the public health sector / South African Government. Available at: https://www.keionline.org/sites/default/files/ER_Iris_Boutros_Treatment_FDCs_Redacted_20030828.pdf

131. Кальченко А. М. Оцінка рівнів стигматизації та дискримінації ВІЛ- інфікованих та хворих на СНІД серед працівників лікувально-профілактичних установ України [Електронний ресурс] / А. М. Кальченко // Зб. наук. пр. співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2013. – Вип. 22, кн. 4. – С. 129–135. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2013_22(4)__19 – Назва з екрана.

132. Профілактика ВІЛ/СНІДу у сфері праці в Україні. - К.: МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я» (LHSI), 2009 - с. 118.

133. ВООЗ і МОП: Спільні керівні принципи ВООЗ/МОП щодо постконтактної профілактики з метою попередження інфікування ВІЛ

(Женева, 2008) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/PEP/en/

134. Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ): Доповідь про стан здоров’я у світі 2006: Працювати разом заради збереження здоров’я (Женева, 2006).[Електронний документ]. – Режим доступу: http://geneva.mfa.gov.ua/ua/ukraine-io/who

135. ВООЗ: Лікуй, навчай, перенавчай: План протидії СНІДу і підтримки працівників охорони здоров’я. Звіт про результати консультацій з питань СНІДу і людських ресурсів для сфери охорони здоров’я, Женева, 1-12 травня 2006 р.

136. ВООЗ: Здоров’я працівників: Глобальний план дій (2008-2017), 16-а Світова асамблея з питань охорони здоров’я, Женева, 23 травня 2007 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf

137. Cichocko M. HIV/AIDS in Healthcare Workers. Occupational Exposure to HIV Does Occur / M.Cichocko About.com. – 2007.

138. Стигма в связи с ВИЧ: Межстрановой анализ результатов исследования на основе «Индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ» в Эстонии, Молдове, Польше, Турции и Украине [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.gnpplus.net/en/programmes/human-right/plhivstigma-index

139. Castro A., Farmer P. American Journal of Public Health (AJPH), no. 1 (January 1, 2005): pp. 53-59. DOI: 10.2105/AJPH.2003.028563. PMID: 15623859.

140. HIV and AIDS in Eastern Europe & Central Asia / AVERT, 2017. Available at: https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/eastern-europe-central-asia

141. McGough L.J. AIDS in the 21-century: disease and globalization (review). Johns Hopkins University Press, Vol. 82, N. 2, 2008, pp. 501-503 10.1353/bhm.0.0023

142. HIV: epidemiological challenges in Europe, 2017. Presentation by ECDC HIV expert Anastasia Pharris on epidemiological. Available at: https://www.slideshare.net/ECDC_EU/hiv-epidemiological-challenges-in-europe

143. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт / ВООЗ, Представництво ЮНЕЙДС в Україні. – К.: ЮНЕЙДС, 2009. – 240 с.

144. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання прав і свобод людини і громадянина в Україні, 2016 рік. [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.ombudsman.gov.ua/ua/page/secretariat/docs/natsionalna-strategiya-u-sferi-prav-lyudini/

145. Пилипенко О. І. Соціальні комунікації у розвитку моделей толерантного підходу до людей з проблемами ВІЛ/СНІДУ [Електронний ресурс] / О. І. Пилипенко // Психол. науки: проблеми і здобутки : збірник. – Київ, 2015. – Вип. 8. – С. 202–221. – Режим доступу : URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pnpz_2015_8_14 – Назва з екрана.

146. План заходів з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 року, затверджений Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 23 листопада 2015 р. № 1393-р. Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid= 248740679

147. Проект «Реформа ВІЛ послуг у дії». [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.hivreforminaction.org/?p=420. – Назва з екрану.

148. Юрченко О. В. Наукове обґрунтування системи між секторальної протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІД в мегаполісі : автореф. дис. … к-та мед. наук / О. В. Юрченко. – К., 2008. – 24 с.

149. Чепурнова Н.В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації моделі організації допоміжних репродуктивних технологій: автореф. дис. … к-та мед. наук / Н.В.Чепурнова. – К., 2014 – 24 с.

150. Габора Л.І. Соціально-педагогічні умови профілактики ВІЛ/СНІДу серед старшокласників: автореф. дис... канд. пед. наук : 13.00.05 / Габора Людмила Іллівна ; Ін-т проблем виховання НАПН України. – Київ, 2010. – 18 с.

151. Оцінка політики з питань ВІЛ: Україна / Health Policy Project / 2011. Режим доступу: http://www.healthpolicyproject.com/ns/docs/Ukraine_Policy_Assessment_FINAL_7_18_11_UKR%20Version_acc.pdf

152. Амджадін Л. М., Привалов Ю. О., Чепурко Г. І. Дослідження стигми і дискримінації, пов'язаних з ВІЛ-статусом, серед медичних працівників і по відношенню до пацієнтів в Україні: Заключний звіт / Виконано Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України – Київ, 2012. – 154 с.

153. DeBell D. Impact of transition on public health in Ukraine: case study of the HIV/AIDS epidemic / D. DeBell, R. Carter / D. DeBell // BMJ. – 2005. – № 7510. – P. 216–219.

154. Crofts N., Patterson D., Bras M. Police, Law Enforcement and HIV. Journal of the International AIDS Society, 2016. Available at: https://www.idlo.int/sites/default/files/pdf/initiatives/JIAS-LEAHN-IDLO-Police%20Law%20Enforcement%20and%20HIV-July2016.pdf

155. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік. – К., 2014. – 438 с.

156. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В.В.: МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.

157. ВІЛ/СНІД та права людини: ресурсний посібник. [Електронний документ]. – Режим доступу: http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/ _2.pdf

158. Загальна декларація прав людини.[Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_015 – Назва з екрана.

159. Лісабонська декларація стосовно прав пацієнта (1981 рік). [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990_016 – Назва з екрана.

160. Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй (2001 рік). [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_846 – Назва з екрана.

161. Тимчасове керівництво ЮНЕЙДС із захисту конфіденційності та безпеки інформації, пов'язаної з ВІЛ (2007 рік). [Електронний документ]. – Режим доступу: http://data.unaids.org/pub/manual/2007/confidentiality_security_interim_guidelines_15may2007_en.pdf. – Назва з екрана.

162. Звіт Глобальної комісії з питань ВІЛ та законодавства «ВІЛ та законодавство: ризики, права та здоров'я» (2012 рік). [Електронний документ]. – Режим доступу: https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2012/03/GCDP_HIV-AIDS_2012_EN.pdf. – Назва з екрана.

163. Міжнародні принципи з ВІЛ/СНІДу і прав людини, об'єднана редакція (2006 рік). [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/HIV/ConsolidatedGuidelinesHIV.pdf. – Назва з екрана.

164. Політична декларація з ВІЛ/СНІДу: прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ і припинення епідемії СНІДу до 2030 року. [Електронний документ]. – Режим доступу: https://unaids.org.ua/ua/vazhlivi-podiji/2016-high-level-meeting-on-ending-aids-1 - Назва з екрана.

165. Oslo Declaration on HIV criminalisation (13th February 2012) Available at: http://www.hivlawandpolicy.org/sites/www.hivlawandpolicy.org/files/Oslo_declaration.pdf.

166. Зведене керівництво щодо застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції (2016 рік). [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/HIV/ConsolidatedGuidelinesHIV.pdf.– Назва з екрана.

167. Закон України від 01.06.2010 № 2297- VI «Про захист персональних даних».[Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2297-17.– Назва з екрана.

168. Закон України від 02.10.1992 № 2657-XII «Про інформацію». [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2657-12.– Назва з екрана.

169. Закон України від 23.12.2010 № 2862-VI «Про соціальний діалог в Україні».[Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2862-17. – Назва з екрана.

170. Закон України від 06.09.2012 № 5207-VI «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» ». [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5207-17.– Назва з екрана.

171. Постанова Кабінету Міністрів України від 16.10.1998 № 1642 «Про затвердження Порядку та умов обов’язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов’язків, а також на випадок настання у зв’язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов’язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов’язків, а також на випадок настання у зв’язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції». [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1642-98-%D0%BF.– Назва з екрана.

172. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ- інфекцію». [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z1404-05.– Назва з екрана.

173. Legal environment assessment for HIV in Ukraine, 2017. Available at: http://www.hivreforminaction.org/eng/wp-content/uploads/2017/07/Deloite_ HIV-Legal-Assessment-2017_ENGL_web.pdf.

174. Національна стратегія тристоронньої співпраці з питань ВІЛ/СНІДу на робочому місці на 2012–2017 рр. [Електронний документ] – Режим доступу: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_191148.pdf – Назва з екрана.

175. Оцінка політико-правового середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.hivreforminaction.org/wp-content/uploads/2017/08/0807_HIV-Legal-Assessment-2017_UA.pdf– Назва з екрана.

176. Закон України від 06.04.2000 № 1645-III «Про захист населення від інфекційних хвороб» (Редакція станом на 05.12.2012) [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1645-14

177. Закон України від 23.06.1995 № 239/95-ВР «Про донорство крові та її компонентів». [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/239/95-%D0%B2%D1%80

178. Наказ МОЗ від 01.07.2005 № 385 «Про інфекційну безпеку донорської крові та її компонентів».[Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0896-05

179. Кодекс України про адміністративні правопорушення (статті 1 - 212). [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/80731-10

180. Постанова Кабінету Міністрів України від 12.09.2012 № 852 «Про розмір щомісячної державної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям і дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ». [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/852-2012-%D0%BF

181. Наказ МОЗ України від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні». [Електронний документ]. – Режим доступу:http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0229-13

182. Наказ МОЗ України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України, Державної служби України з контролю за наркотиками від 22.10.2012 № 821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії». [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1868-12

183. Наказ МОЗ України від 05.10.2016 № 1041 «Про встановлення медико-біологічних та соціально-психологічних показань для зміни (корекції) статевої належності та затвердження форми первинної облікової документації й інструкції щодо її заповнення». [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1589-16

184. Спільний наказ Міністерства юстиції України, МОЗ України та МВС України від 05.09.2012 № 692/775/1311/5 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, територіальних органів внутрішніх справ, установ виконання покарань та слідчих ізоляторів в частині забезпечення наступності диспансерного спостереження за ВІЛ-позитивними особами, здійснення клініко-лабораторного моніторингу за перебігом захворювання та проведення антиретровірусної терапії». [Електронний документ]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1615-12

185. Слабкий Г. А. Место информационного отраслевого ресурсного центра в коммуникативной политике проведения реформы здравоохранения / Г. А. Слабкий, М. А. Знаменская, Н. Г. Левенец // Материалы Всерос. конф. с междунар. участием, посвященной 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения, г. Москва, 12 марта 2014 г. : тези доп. – М., 2014. – С. 195–196.

186. Знаменська М. А. Задачі і функції ресурсного центру з забезпечення комунікацій в охороні здоров'я / М. А. Знаменська / Перинатальна медицина : тези наук. робіт конф. молодих вчених України, м. Київ, 24.04.2015 р. – К., 2015. – С. 18–19.

ДОДАТОК А1

СПИСОК ОСОБИСТИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Білак-Лук'янчук В.Й. Результати соціологічного дослідження серед студентської молоді з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу / В.Й. Білак-Лук'янчук // Україна. Здоров'я нації — 2016 — № 4 (40) — С. 187 — 192.

2. Білак-Лук'янчук В.Й. Оцінка знань медичних працівників закладів охорони здоров'я м. Ужгорода з питань ВІЛ/СНІДу та вплив цих знань на толерантність щодо ВІЛ-позитивних людей / В.Й. Білак-Лук'янчук // Україна. Здоров'я нації — 2017 — № 1 (42) — С. 146 — 149.

3. Білак-Лук'янчук В.Й. Характеристика функціонально-організаційної системи подолання стигми та дискримінації по відношенню до людей, що живуть з ВІЛ / В.Й. Білак-Лук'янчук // Україна. Здоров'я нації — 2017 — № 4(45) — С. 49 — 55.

4. Білак-Лук'янчук В.Й. Результати дослідження з оцінки витрат на протидію ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області у 2011–2014 роках / В.Й. Білак-Лук'янчук, І.С. Миронюк, Н.А. Гудюк // Економіка і право охорони здоров'я — 2016 — № 1 (3) — С. 26 — 33. *(Дисертантом проведено збір і обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків).*

5. Білак-Лук'янчук В.Й. Аналіз епідеміологічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О.Слабкий // Україна. Здоров'я нації — 2016 — № 3 (39) — С. 76 — 84. *(Дисертантом проведено збір та обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написання статті).*

6. Bilak-Lukyanchuk V.J. Characteristics of the HIV-positive people under medical supervision with newly diagnosed HIV in Transcarpathian region during 2012-2016 / V.J. Bilak-Lukyanchuk, G.O. Slabkij // East European scientific journal — 2017 — № 10 (26) part 1— P. 28 — 35. *(Дисертантові належить ідея*

написання статті, ним проведено збір та обробку даних, проведення аналізу та узагальнення результатів, формування висновків).

7. Білак-Лук'янчук В.Й. Окремі особливості розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області / В.Й. Білак-Лук'янчук, І.С. Миронюк, Н.А. Гудюк // Україна. Здоров'я нації — 2017 — № 3 (44) — С. 172 — 179. *(Дисертантом проведено обробку статистичних матеріалів та їх аналізу, формування висновків).*

8. Bilak-Lukyanchuk V.J. The effectiveness of the implementation of the measures of HIV-infection/AIDS counteraction on the regional level. / V.J. Bilak-Lukyanchuk, G.O. Slabkij, I.S. Mironiuk // «League Medica» International scientific journal, European medical journal. — 2017, X — P. 67 — 71. *(Дисертантом проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).*

9. Білак–Лук'янчук В.Й. Огляд міжнародного і національного законодавства та політик у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу / В.Й. Білак–Лук'янчук, Г.О. Слабкий // Економіка і право охорони здоров'я — 2017. — № 2 (6). — С. 20 — 27. *(Дисертантом проведено вибірку та аналіз чинних законодавчих і нормативно-правових актів та узагальнення результатів, написання статі).*

Опубліковані праці апробаційного характеру

10. Білак-Лук'янчук В.Й. Розробка стратегії удосконалення кадрової політики сфери охорони здоров'я на напрямом протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Закарпатській області / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий // — Державне управління людськими ресурсами в сфері охорони здоров'я в Україні: матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Київ, 23 березня 2016 р. — Київ — Національна академія державного управління при Президентові України — С. 162 — 167. *(Дисертантом проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).*

11. Білак-Лук'янчук В.Й. Результати «кабінетного» дослідження з оцінки ефективності роботи мережі лікувально-профілактичних закладів

Закарпатської області / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий // — Роль сучасної медицини у житті людини та її місце у формуванні здорового способу життя: збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції, м. Львів, 25-26 березня 2016 р. — Львів — Львівська медична спільнота — С. 72 — 76. *(Дисертантом проведено дослідження, оброблено матеріали, аналіз та узагальнення результатів, написано тези).*

12. Білак-Лук'янчук В.Й. Аналіз якості системи індикаторів програмного моніторингу з ВІЛ/СНІДу / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий // — пріоритети розвитку медичних наук у XXI столітті: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 18-19 березня 2016 р. — Одеса: ГО «Південна фундація медицини» — С. 69 — 70. *(Дисертантом проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написано тези).*

13. Білак-Лук'янчук В.Й. Визначення рівня толерантності по відношенню до ВІЛ-позитивних людей серед працівників закладів охорони здоров'я м. Ужгорода / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий // – науково-практичний журнал «Профілактична медицина, епідеміологія, мікробіологія, вірусологія, паразитологія, інфекційні хвороби», № 3-4 (27) 2016 (додаток), ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хворобі ім. Л.В. Громашевського Національної академії наук України»: матеріали третьої національної науково-практичної конференції «За кожне життя разом: прискорення до мети 90-90-90», м. Київ, 21-23 листопада, 2016 р. — Київ — С. 136 — 137. *(Дисертантом проведено дослідження, обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написано тези).*

14. Білак-Лук'янчук В.Й. Проблеми охоплення фаховою медичною допомогою, у тому числі антиретровірусною терапією, ВІЛ-позитивних осіб – переселенців із зони проведення АТО / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації, № 4/1 (41), 2016: матеріали науково-практичної конференції «Медичний потенціал держави – важлива складова національної безпеки України. Науково-організаційні аспекти його формування та розвитку

в умовах проведення антитерористичної операції» м. Київ, 8-9 грудня 2016 р. — Київ — 2016 — С. 264 — 265. *(Дисертантом проведено дослідження, обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написано тези).*

15. Білак-Лук'янчук В.Й. Оцінка знань працівників патрульної поліції Закарпатської області з питань ВІЛ/СНІДу та вплив на толерантність щодо ВІЛ-позитивних людей / В.Й. Білак-Лук'янчук // матеріали VI Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» м. Київ, 25-27 квітня 2017 року — Київ — 2017 — С. 171 — 172.

16. Білак-Лук'янчук В.Й. Вивчення рівня знань з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та визначення рівня толерантності по відношенню до ВІЛ-позитивних людей серед студентів Ужгородського національного університету / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий, В.В. Брич // ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки: матеріали 71-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ, Ужгород, 27–28 лютого 2016 р. —Ужгород — С. 53—55. *(Дисертантом проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написано тези).*

17. Білак-Лук'янчук В.Й. Оцінка знань медичних працівників первинної ланки надання медичної допомоги м. Ужгорода з питань ВІЛ/СНІДу та визначення рівня толерантності до ВІЛ-позитивних людей в умовах реформування системи охорони здоров'я / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий, Ю.В. Веклинець, О.О. Зеленко // Національна академія медичних наук України, Бюро ВООЗ, в Україні, Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця: «Депресія: давай поговоримо», Матеріали міжнародної науково-практичної конференції до Всесвітнього Дня здоров'я 2017 р., м. Київ, 6—7 квітня, 2017— Київ — С. 167 —- 169. *(Дисертантом проведено дослідження, обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написано тези).*

18. Білак-Лук'янчук В.Й. Аналіз міжнародних правових актів та політик у сфері зниження рівня стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ / В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий // Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції «Нове у медицині сучасного світу», м. Львів, 24-25 листопада 2017 р., — С. 69 — 73. *(Дисертантом проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написано тези).*

Опубліковані праці, які додатково відображають наукові результати дослідження

19. Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ: метод. рекомендації /уклад.: Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В.Й. Білак-Лук'янчук, В.В. Кручаниця // Київ, 2016 — 28 с. *(Дисертантом розроблена і описана модель, проведено аналіз літературних джерел та сформульовані висновки).*

20. Білак-Лук'янчук В.Й. Звіт щодо оцінки ефективності заходів регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, які реалізовувались протягом 2009–2016 років у Закарпатській області / І.С. Миронюк, К.В. Фільо, В.Й. Білак-Лук'янчук, Н.А. Гудюк, О.О. Недужко // Україна. Здоров'я нації —- 2018 — № 1/1 (48) 1 — Спецвипуск — 74 с. *(Дисертантом проведено збір статистичних даних, їх статистичну обробку та аналіз і узагальнення результатів, написання звіту).*

21. Шляхи та заходи інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень / Г.О Слабкий, І.С. Миронюк, С.В. Дудник, Л.О. Качала, М.О. Крисько, В.Й. Білак-Лук'янчук// Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (Випуск 3. Реєстр. № 259/3/16, Київ, 2017 — С. 233-234).

ДОДАТОК А2

Шановні медичні працівники!

Проводиться вивчення думки медичних працівників з проблемних питань стосовно тематики ВІЛ/СНІДу та визначення рівня стигми і дискримінації по відношенню до ВІЛ-позитивних людей.

Анкета є анонімною! Респонденти не ідентифікуються, інформація є конфіденційною.

Ваш вік: _____ років Стать: чоловік /жінка Ви житель - міста / села*(потрібне підкресліть)* *(потрібне підкресліть)*

Ви – лікар / середній медперсонал / молодший медперсонал

Заклад – обласний ЛПЗ / міська лікарня, ЦРЛ, РЛ / амбулаторія / інше _____*(потрібне підкресліть)*

Профіль відділення _____

Просимо Вас відповісти на питання анкети (поставне відмітку у відповідній клітинці):

№	Питання	Повністю згоден	Згоден	Не згоден	Категорично не згоден
1	Вважаю, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати окремо від інших людей, щоб захистити загальне населення від інфікування.				
2	Вважаю, що ВІЛ-інфіковані несуть відповідальність за своє захворювання				
3	Вважаю, що ВІЛ-інфіковані пацієнти найбільше загрожують моїй безпеці на робочому місці.				
4	Вважаю, що більшість ВІЛ-позитивних працівників медичних закладів інфікуються на робочому місці.				
5	Мені здається, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже вони не виліковуються.				
6	Мені здається, що я дуже ризикую інфікуватися ВІЛ, працюючи у медичному закладі.				
7	Вважаю, що ВІЛ-інфіковані пацієнти, які мають статеві стосунки з людьми своєї ж статі, мають право отримувати високоякісні послуги медичному закладі, в якому я працюю.				
8	Вважаю, що ВІЛ-інфіковані пацієнти, які мають статеві стосунки з людьми своєї ж статі, не мають право отримувати високоякісні послуги медичному закладі, в якому я працюю.				
9	Мені здається, що ВІЛ-інфіковані працівники комерційного сексу мають право отримувати високоякісні послуги в медичному закладі, в якому я працюю.				
10	Мені здається, що ВІЛ-інфіковані працівники комерційного сексу не мають право отримувати високоякісні послуги медичному закладі, в якому я працюю..				
11	Я почуваюся спокійно, надаючи медичну допомогу ВІЛ-позитивним пацієнтам.				

№	Питання	Повністю згоден	Згоден	Не згоден	Категорично не згоден
12	Я почуваюся спокійно, надаючи хірургічні чи інвазивні послуги пацієнтам, чий ВІЛ-статус невідомий.				
13	Я почуваюся спокійно, користуючись одним санвузлом разом з ВІЛ-позитивним колегою.				
14	Я почуваюся спокійно, допомагаючи чи отримуючи допомогу від ВІЛ-позитивного колеги.				
15	Я уникаю торкатися одягу та особистих речей пацієнтів, бо боюся інфікування ВІЛ.				
16	Я нічого не роблю на роботі без гумових рукавичок.				
17	Ненадання медичних послуг пацієнту, про якого відомо або припускається, що він ВІЛ-позитивний, - це порушення прав людини.				
18	Я можу відмовити в наданні медичних послуг ВІЛ-інфікованому пацієнту.				
19	Ризик передачі ВІЛ під час випадкового травмування нестерильною голкою тощо дуже невеликий, приблизно 1 до 1000.				
20	Стандартні застережні заходи розроблені винятково для захисту медичних працівників від пацієнтів, які можуть бути хворі на ВІЛ або гепатит є ефективними.				
21	Стандартні застережні заходи необхідні також під час надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим в домашніх умовах.				
22	Вагітна медична працівниця, яка випадково травмувалася нестерильною голкою або гострим інструментом, не може отримувати постконтактну профілактику, адже антиретровірусні препарати можуть зашкодити плоду				
23	Медичний працівник, який знає про свій ВІЛ-позитивний статус, може продовжувати працювати, якщо уникатиме ситуацій, ризикованих для пацієнтів з точки зору інфікування ВІЛ.				
24	З метою профілактики ВІЛ та інших інфекцій, які передаються з кров'ю, працівники медичного закладу повинні оглядати кожного пацієнта в гумових рукавичках, у тому числі перевіряючи основні показники стану його здоров'я.				
25	Для запобігання стигмі та дискримінації у медичному закладі, його працівники повинні ставитися до всіх пацієнтів з повагою і привітністю, забезпечувати конфіденційність, а також не ізолювати пацієнтів з відомим чи припущеним ВІЛ-позитивним статусом.				
26	Пацієнти з відомим позитивним ВІЛ-статусом повинні отримувати медичну допомогу в окремих маніпуляційних кабінетах.				
27	Якщо медичний працівник нещодавно порізав руку, ризик передачі ВІЛ під час контакту з кров'ю пацієнта вищий, ніж у випадку, коли шкіра руки непошкоджена.				
28	Небезпечні з точки зору інфікування процедури – це інвазивні процедури, під час яких виникає ризик травмування для медичного працівника, коли біологічні рідини пацієнта можуть потрапити у кров медичного працівника				

Дякуємо за Ваші відповіді та Ваш час!

ДОДАТОК А3

Шановні студенти!

Проводиться вивчення рівня знань студентів з проблеми ВІЛ/СНІДу та визначення рівня стигми і дискримінації по відношенню до ВІЛ-позитивних людей.

Анкета є анонімною!

Респонденти не ідентифікуються, інформація є конфіденційною.

Ваш вік: _____ років Стать: чоловік / жінка *(потрібне підкресліть)*

Ви житель - міста / села *(потрібне підкресліть)*

Факультет навчання _____ Курс навчання _____

Просимо Вас відповісти на питання анкети:

№	Питання	Варіанти відповідей			
		Зовсім не загрожує	**Невелика загроза**	**Серйозна загроза**	**Не знаю**
1	Як ви вважаєте, наскільки епідеміяВІЛ-інфекції загрожує нашому місту?				
		Зовсім відсутня	**Існує ймовірність**	**Велика ймовірність**	**Не знаю**
2	Яка вірогідність того, що Ви можете бути ВІЛ-інфіковані?				
		Попробував би розібратись в ситуації та допомогти	**Нічого не зміниться**	**Розірвав стосунки без пояснень**	**Не знаю**
3	Якими були б Ваші дії стосовно людини, з якою у Вас дружні стосунки, коли б ви дізналися про її ВІЛ-позитивний статус?				
		Так	**Ні**	**Не знаю**	**Коментар (якщо є)**
4	Чи повинні знати про ВІЛ-позитивний статус людини інші?				
	Якими шляхами може передаватися ВІЛ:				
5	Потиск рук, обійми				
6	Вагінальні сексуальні контакти без використання презервативу				
7	Оральні сексуальні контакти без використання презервативу				
8	Гомосексуальні контакти без використання презервативу				
9	Спільне користування туалетом, ванною, рушником, милом				
10	Спільний посуд				
11	Під час розмови, кашлю				

12	Переливання крові				
13	Через укуси комах				
14	Від вагітної ВІЛ-інфікованої жінки до дитини				
15	Від ВІЛ-інфікованої матері до новонародженої дитини під час годування грудним молоком				
	Питання	**Варіанти відповідей**			
		Так	**Ні**	**Не знаю**	**Коментар (якщо є)**
16	Чи їли б Ви разом з одного посуду з людиною, якщо Ви знаєте, що вона ВІЛ-інфікована?				
17	Якщо член Вашої родини був би ВІЛ-інфікованим, чи погодилися б Ви доглядати за ним вдома?				
18	Якщо в студента виявили ВІЛ-інфекцію, при цьому він не хворий на СНІД, чи можна йому відвідувати навчальний заклад?				
19	Якщо Ви випадково довідались, що продавець продуктового магазину є ВІЛ-інфікованим, чи будете Ви купувати у нього продукти?				
20	Чи змінилося б Ваше ставлення до знайомої Вам людини, коли б ви дізналися про її ВІЛ-позитивний статус?				
21	Чи продовжували б ви жити з людиною в одній кімнаті гуртожитку, коли б ви дізналися про її ВІЛ-позитивний статус?				
22	Якщо викладач є ВІЛ-інфікованим, але не хворим на СНІД, чи має право він працювати в закладі?				
23	Чи повинні знати про ВІЛ-позитивний статус людини інші?				
24	Якщо член Вашої родини був би ВІЛ-інфікованим, чи хотіли б Ви це тримати в секреті?				
25	Чи правильне твердження: «ВІЛ-інфікованих людей треба відселити або ізолювати від здорових».				
		Один	**Два**	**Більше двох**	**Коментар (якщо є)**
26	Скільки Ви маєте сексуальних партнерів?				
		Завжди	**Не завжди**	**Не використовую**	**Коментар (якщо є)**
27	Чи використовуєте Ви під час сексуальних контактів презервативи?				

Дякуємо за Ваші відповіді та Ваш час!

ДОДАТОК А4

Шановні респонденти!

Проводиться вивчення думки працівників поліції з проблемних питань стосовно тематики ВІЛ/СНІДу та визначення рівня стигми і дискримінації по відношенню до ВІЛ-позитивних людей.

Анкета є анонімною!Респонденти не ідентифікуються, інформація є конфіденційною.

Ваш вік: _____ років Стать: чоловік /жінка *(потрібне підкресліть)* Ви житель - міста / села *(потрібне підкресліть)*

Одружений(а) / неодружений(а)Скільки років працюєте в органах правопорядку _____
(потрібне підкресліть)

Освіта – вища / неповна вища / середня спеціальна / середня / неповна середня
(потрібне підкресліть)

Ваша посада_____

Просимо Вас відповісти на питання анкети (поставне відмітку у відповідній клітинці):

№	Питання	Згоден	Не згоден	Не знаю
1	Вважаю, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати окремо від інших людей, щоб захистити загальне населення від інфікування.			
2	Вважаю, що ВІЛ-інфіковані несуть відповідальність за своє захворювання			
3	Мені здається, що я дуже ризикую інфікуватися ВІЛ, працюючи в поліції.			
4	Вважаю, що більшість ВІЛ-позитивних працівників поліції інфікуються на робочому місці.			
5	Мені здається, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже вони не виліковуються.			
6	Мені здається, що ВІЛ-інфіковані споживачі наркотиків мають право отримувати високоякісні послуги в медичних закладах.			
7	Вважаю, що ВІЛ-інфіковані пацієнти, які мають статеві стосунки з людьми своєї ж статі, мають право отримувати високоякісні послуги в медичних закладах.			
8	Мені здається, що ВІЛ-інфіковані працівники комерційного сексу мають право отримувати високоякісні послуги в медичних закладах.			
9	Я почуваюся спокійно, надаючи першу домедичну допомогу потерпілим при виконанні своїх службових обов’язків, навіть якщо приспускається, що вони можуть бути ВІЛ-позитивними.			
10	Працівник поліції, який знає про свій ВІЛ-позитивний статус, може продовжувати працювати, якщо уникатиме ситуацій, ризикованих для інших осіб з точки зору інфікування ВІЛ.			
11	Я почуваюся спокійно, допомагаючи чи отримуючи допомогу від ВІЛ-позитивного колеги.			
12	Я почуваюся спокійно, користуючись одним санвузлом разом з			

№	Питання	Згоден	Не згоден	Не знаю
	ВІЛ-позитивним колегою.			
13	Я уникаю торкатися одягу та особистих речей інших осіб, бо боюся інфікування ВІЛ.			
14	Я завжди використовую гумові рукавички в ситуаціях, коли можливий контакт з кров'ю іншої особи.			
15	Ненадання медичних послуг особі, про яку відомо або припускається, що вона ВІЛ-позитивна, - це порушення прав людини.			
16	Вважаю, що я забезпечений в повній мірі засобами особистого захисту під час виконання своїх професійних обов'язків для запобігання інфікування ВІЛ.			
17	Якщо мені випадково стало відомо, що продавець продуктового магазину, що знаходиться поряд, є ВІЛ-інфікованим, я буду продовжувати купувати у нього продукти.			
18	Моє ставлення до знайомої людини різко змінилося б, коли б я дізнався про її ВІЛ-позитивний статус.			
19	Інші повинні знати про ВІЛ-позитивний статус людини.			
20	Якщо член моєї родини виявиться ВІЛ-інфікованим, я хочу тримати це в секреті.			
21	Чи правильне твердження: «ВІЛ-інфікованих людей треба відселити або ізолювати від здорових».			
22	Використання презервативу під час сексуальних контактів виключає можливість інфікування ВІЛ.			
23	ВІЛ можна інфікуватися при потиску рук, обійми.			
24	ВІЛ можна інфікуватися при вагінальних сексуальних контактах без використання презервативу			
25	ВІЛ можна інфікуватися при оральних сексуальних контактах без використання презервативу			
26	ВІЛ можна інфікуватися при гомосексуальних контактах без використання презервативу			
27	ВІЛ можна інфікуватися через спільне користування туалетом, ванною, рушником, милом.			
28	ВІЛ можна інфікуватися через спільний посуд.			
29	ВІЛ можна інфікуватися під час розмови, кашлю.			
30	ВІЛ можна інфікуватися через переливання крові.			
31	ВІЛ можна інфікуватися через укуси комах.			
32	ВІЛ може передатися від вагітної ВІЛ-інфікованої жінки до дитини.			
33	ВІЛ може передатися від вагітної ВІЛ-інфікованої матері до новонародженої дитини під час годування грудним молоком.			

Дякуємо за Ваші відповіді та Ваш час!

ДОДАТОК А5

Ужгородський національний університет

А Н К Е Т А

вивчення думки вчителів Закарпатської області щодо проблем ВІЛ/СНІДу та їх відношення до заходів профілактики та організації медичної допомоги

Шановні вчителі!

Проводиться вивчення думки вчителів Закарпатської області щодо проблем ВІЛ/СНІДу та їх відношення до заходів профілактики та організації медичної допомоги.

Звертаємося до Вас з проханням відповісти на запропоновані питання анкети. Ваші відповіді допоможуть визначити найбільш оптимальні шляхи вирішення проблеми профілактики та організації медичної допомоги людям, що живуть з ВІЛ.

Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас, як на автора відповідей зроблено не буде. Ваші відповіді будуть використані в узагальненому вигляді виключно з науковою метою. Участь в соціологічному дослідженні є добровільною.

Дякуємо Вам за розуміння і надані відповіді на питання анкети.

Вкажіть наступні дані (необхідне підкресліть, або впишіть):

Ваш вік: _____ років. Стать: чоловік /жінка. Ви житель - міста / села

Одружений(а)/неодружений(а).Освіта – вища /неповна вища /середня спеціальна.

Скільки років працюєте вчителем _____ Викладаєте в класах: 1-4; 5–9; 5–11 кл

Ваша посада/предмет викладання _____

Ви є класним керівником: так / ні. Якщо так, то в якому класі: _____

Просимо Вас вказати на можливі шляхи передачі ВІЛ-інфекції та ризики інфікування

№	Можливі шляхи профілактики ВІЛ- інфікування	**Так**	**Ні**	**Не визначився**
1	Чи можна інфікуватися на ВІЛ при сексуальних стосунках з непостійним партнером, не використовуючи презерватив			
2	Чи можна інфікуватися на ВІЛ, якщо з'їсти їжу, запропоновану ВІЛ-інфікованою людиною			
3	Чи можна інфікуватися на ВІЛ через укус комара			
4	Вважаю, що я дуже ризикую інфікуватися ВІЛ, працюючи в школі.			
5	ВІЛ можна інфікуватися при потиску рук, обійми.			
6	ВІЛ можна інфікуватися при оральних сексуальних контактах без використання презервативу			
7	ВІЛ можна інфікуватися при гомосексуальних контактах без			

	використання презервативу			
8	ВІЛ можна інфікуватися через спільне користування туалетом, ванною, рушником, милом.			
9	ВІЛ можна інфікуватися через спільний посуд.			
10	ВІЛ можна інфікуватися під час розмови, кашлю.			
11	ВІЛ може передатися від вагітної ВІЛ-інфікованої жінки до дитини.			
12	ВІЛ можна інфікуватися при переливанні крові			
13	ВІЛ може передатися від вагітної ВІЛ-інфікованої матері до новонародженої дитини під час годування грудним молоком.			
14	Чи допускаєте ви особисто можливість інфікуватися на ВІЛ?			
15	Вважаю, що ВІЛ-інфікованих осіб повинні лікувати окремо від інших людей, щоб захистити загальне населення від інфікування.			
16	Вважаю, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже вони не виліковуються.			
17	Вважаю, що ВІЛ-позитивний учень, який знає про свій ВІЛ- статус, має право навчатися в навчальному закладі на рівних умовах з іншими дітьми, якщо уникатиме ситуацій, ризикованих для інших осіб з точки зору інфікування ВІЛ.			
18	Діти в класі мають знати про статус ВІЛ-інфікованої дитини			
19	Вважаю, що вчитель, який знає про свій ВІЛ-позитивний статус, може продовжувати працювати, якщо уникатиме ситуацій, ризикованих для інших осіб з точки зору інфікування ВІЛ.			
20	Якщо член моєї родини виявиться ВІЛ-інфікованим, я хочу тримати це в секреті.			
21	Якщо член моєї родини виявиться ВІЛ-інфікованим, я буду забезпечувати догляд за ним			
22	Якщо член моєї родини виявиться ВІЛ-інфікованим, я не буду особисто доглядати за ним, але зможу жити в одній квартирі			
23	Я почувався б спокійно, допомагаючи чи отримуючи допомогу від ВІЛ-позитивного колеги.			
24	Я почувався б спокійно, користуючись одним санвузлом разом з ВІЛ-позитивним колегою.			
25	Якщо Вам стало відомо, що продавець продуктового магазину, що знаходиться поряд, є ВІЛ-інфікованим, чи будете Ви продовжувати купувати у нього продукти.			
26	Моє ставлення до знайомої людини різко змінилося б, коли б я дізнався про її ВІЛ-позитивний статус.			
27	Вважаю, що ВІЛ-інфіковані споживачі наркотиків мають право отримувати високоякісні послуги в медичних закладах.			
28	Вважаю, що ВІЛ-інфіковані працівники комерційного сексу мають право отримувати високоякісні послуги в медичних закладах.			
29	Вважаю, що ВІЛ-інфіковані пацієнти, які мають статеві стосунки з людьми своєї ж статі, мають право отримувати високоякісні послуги в медичних закладах.			

Просимо Вас вказати на використання Вами в педагогічній роботі наступного:

	Можливі варіанти відношення	Так	Ні	Планую
30	Проводите роботу з батьками щодо безпечної в тому числі сексуальної поведінки підлітків			
31	Інформуєте учнів щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та заходів профілактики			
32	Розповідаєте учням про негативний вплив на здоров'я та поведінку вживання алкогольних напоїв.			
33	Даєте рекомендації учням щодо безпечних сексуальних стосунків			
34	Проводите заходи серед учнів із профілактики вживання наркотиків			
35	Залучаєте до профілактичної роботи медичних працівників			

Просимо Вас відповісти на питання:

1. Яким чином та з яких джерел Ви отримуєте інформацію стосовно проблематики ВІЛ- інфекції/СНІД?

_____
_____
_____
_____
_____

2. Яким чином та з яких джерел Ви б хотіли отримувати цю інформацію?

_____
_____
_____
_____

3. Яку саме інформацію Ви б ще хотіли отримати?

_____
_____
_____
_____
_____

4. Якій інформації та з яких джерел Ви довіряєте найбільше?

_____
_____
_____
_____
_____

Дякуємо за Ваші відповіді та Ваш час!

ДОДАТОК А 6

Ужгородський національний університет

Анкета експертної оцінки

Шановні експерти!

Просимо Вас оцінити систему в цілому та складові функціонально-організаційної моделі подолання стигми та дискримінації людей, які живуть з ВІЛ. Позицію, яку Ви вибрали, відмітьте «+».

Елемент системи	**Підтримую**	**Не підтримую**
Функціонально-організаційна модель подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ в цілому		
Міжсекторальний підхід в організації роботи з подолання стигми та дискримінації ЛЖВ на первинній ланці медичної допомоги		
Залучення до роботи з подолання стигми та дискримінації ЛЖВ первинної ланки медичної допомоги		
Удосконалення законодавчої та нормативно-правової бази з питань подолання стигми та дискримінації ЛЖВ		
Пріоритетне виділення цільової групи медичних працівників, серед яких комплексні заходи та активності скеровані на підвищення їх кваліфікації, створення безпечних умов праці та посилення контролю за дотриманням чинного законодавства і нормативних актів щодо надання медичної допомоги людям, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу.		
Виділення особливою групою студентської молоді ВНЗ всіх рівнів акредитації та форм власності для проведення роботи з формування навичок безпечної поведінки по відношенню до інфікування ВІЛ та толерантного ставлення до ЛЖВ		
Створення моделі комунікаційного впливу з формування толерантного ставлення населення до ЛЖВ		
Створення безпечних умов праці медичних працівників по відношенню до інфікування ВІЛ за рахунок коштів державного бюджету		
Підвищення відповідальності медичних працівників за порушення прав ЛЖВ при отриманні медичної допомоги та прояви професійної стигми та дискримінації до них		
Моніторинг та оцінка діяльності з подолання стигми та дискримінації ЛЖВ за визначеними індикаторами		

Дякуємо за проведену оцінку!

Затверджую

Директор Департаменту
охорони здоров'я
Запорізької ОДА
д.мед.н., професор
_____ В.І.Клименко

"25" жовтня 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

Назва пропозиції: «Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ».

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Джерела інформації:

Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ. Методичні рекомендації / Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В.Й..Білак-Лук'янчук, В.В.Кручаниця. – Київ, 2016. – 27с.

Де впроваджено: система охорони здоров'я Запорізької області.

Термін впровадження: *з 2016 року*

Ефективність впровадження: Зниження рівня стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ.

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження в систему охорони здоров'я

Відповідальний за впровадження

Заступник начальника управління
реформ і розвитку медичної допомоги –
начальник відділу лікувально-профілактичної
профілактичної допомоги Косогор Ю.А.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
Головний лікар КЗ «Вінницький обласний клінічний Центр профілактики та боротьби зі СНІДом»
_____ І.А. Матковський
_____ 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

Назва пропозиції: Подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ.

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Київ, провулок Волго-Донський Ужгородський національний університет, 88000, площа Народна, 3

Джерела інформації:

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак-Лук’янчук В.Й., Кручаниця В.В. Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ. Київ, 2016 – 27 с.

Де впроваджено: в лікувально-діагностичний процес та профілактичну роботу

Термін впровадження: *з 2016 року*

Ефективність впровадження: Зниження рівня стигми та дискримінації по підношенню до ЛЖВ

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження в систему охорони здоров’я України.

Відповідальний за впровадження: _____ (В. Г Бурковський)

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
Головний лікар
КЗ «Обласний центр профілактики
та боротьби зі СНІДом» РОР
_____ О.В. Гандзюк

“ 13 ” _____ 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

Назва пропозиції: Подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ.

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Київ, провулок Волго-Донський Ужгородський національний університет, 88000, площа Народна, 3

Джерела інформації:

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак-Лук’янчук В.Й., Кручаниця В.В. Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ.. Київ, 2016 – 27 с.

Де впроваджено: в лікувально-діагностичний процес та профілактичну роботу

Термін впровадження: *з 2016 року*

Ефективність впровадження: Зниження рівня стигми та дискримінації по підношенню до ЛЖВ

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження в систему охорони здоров’я України.

Відповідальний за впровадження: _____ (Н.С. Фесовець)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Головний лікар Хмельницького обласного Центру профілактики і боротьби зі СНІДом
_____ Касяндрук О.П.
"_____" _____ 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

Назва пропозиції: Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ.

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Київ, провулок Волго-Донський, Ужгородський національний університет, 88000, площа Народна, 3

Джерела інформації:

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак-Лук'янчук В.Й., Кручаниця В.В. Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ.. Київ, 2016 – 27 с.

Де впроваджено: в лікувально-діагностичний процес та профілактичну роботу

Термін впровадження: *з 2016 року*

Ефективність впровадження: Зниження рівня стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження в систему охорони здоров'я України.

Відповідальний за впровадження: _____ О.Касяндрук

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
Головний лікар КЗ «Черкаський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом» Черкаської обласної ради
_____ П.Ю. Левченко
“20” листопада 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

Назва пропозиції: Подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ.

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Київ, провулок Волго-Донський Ужгородський національний університет, 88000, площа Народна, 3

Джерела інформації:

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак-Лук’янчук В.Й., Кручаниця В.В. Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ. Київ, 2016 – 27 с.

Де впроваджено: в лікувально-діагностичний процес та профілактичну роботу

Термін впровадження: *з 2016 року*

Ефективність впровадження: Зниження рівня стигми та дискримінації по підношенню до ЛЖВ

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження в систему охорони здоров’я України.

Відповідальний за впровадження: _____ (І.В. Білоус)

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
Головний лікар КЗ
«Дніпропетровський обласний
центр з профілактики та боротьби зі
СНІДом»

Чухалова І. В.
“____” _____ 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

Назва пропозиції: Подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ.

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Київ, провулок Волго-Донський Ужгородський національний університет, 88000, площа Народна, 3

Джерела інформації:

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак-Лук’янчук В.Й., Кручаниця В.В. Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ.. Київ, 2016 – 27 с.

Де впроваджено: в лікувально-діагностичний процес та профілактичну роботу

Термін впровадження: *з 2016 року*

Ефективність впровадження: Зниження рівня стигми та дискримінації по підношенню до ЛЖВ

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження в систему охорони здоров’я України.

Відповідальний за впровадження: _____ (Лопатенко Г.А.)

"ЗАТВЕРДЖУЮ"
Головний лікар Чернівецького обласного центру з профілактики СНІДу Мочульський В.М.

_____

14 листопада 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

Назва пропозиції: Подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ.

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Київ, провулок Волго-Донський Ужгородський національний університет, 88000, площа Народна, 3

Джерела інформації:

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак-Лук'янчук В.Й., Кручаниця В.В. Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ.. Київ, 2016 – 27 с.

Де впроваджено: в лікувально-діагностичний процес та профілактичну роботу

Термін впровадження: *з 2016 року*

Ефективність впровадження: Зниження рівня стигми та дискримінації по підношенню до ЛЖВ

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження в систему охорони здоров'я України.

Відповідальний за впровадження: _____ В.М. Мочульський

“Затверджую”

Проректор по учбово-методичній
роботі, д.мед.н., професор
Дмитрієва С.М. _____

10 серпня 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

Назва пропозиції: «Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ».

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Джерела інформації:

Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ. Методичні рекомендації / Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В.Й..Білак-Лук’янчук, В.В.Кручаниця. – Київ, 2016. – 27с.

Де впроваджено: у навчальний процес в ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти ОЗ України»

Термін впровадження: *з 2016 року*

Ефективність впровадження: Підвищення рівня знань курсантів з питань подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ.

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження у навчально-науковий процес.

Відповідальний за впровадження:
Завідувач кафедри соціальної медицини,
організації і управління ОЗ та МСЕ д.мед.н. Лашкул З.В.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Перший проректор
ДВНЗ «Івано-Франківський національний
медичний університет» МОЗ України
д. біол. н., професор
_____ Г. М. Ерстенюк
« 3 » жовтня 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих у дисертаційному дослідженні, в навчальний процес

1. ***Пропозиція для впровадження***: Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ.
2. ***Установа-розробник:*** ДУ «Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, провул. Волго-Донський, 3.
3. ***Автори:*** Слабкий Г. О., Миронюк І. С., Білак-Лук'янчук В. Й., Кручаниця В. В.
4. ***Джерело інформації:*** Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ: метод. рекомендації / Уклад.: Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. Й. Білак-Лук'янчук, В. В. Кручаниця. – К., 2016. – 33 с.
5. ***Установа, в якій проведено впровадження:*** ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра соціальної медицини, організації охорони здоров'я та медичного правознавства.
6. ***Термін впровадження***: з 2016 р.
7. ***Форма впровадження*** у навчальний процес на до- та післядипломному рівні освіти (студенти, слухачі курсів з організації та управління охороною здоров'я).
8. ***Ефективність впровадження:*** підвищення якості підготовки майбутніх лікарів та організаторів охорони здоров'я з актуальних питань подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ.
9. ***Зауваження і пропозиції:*** рекомендувати до впровадження у навчальний і науковий процес.

Відповідальний за впровадження
Зав. кафедри соціальної медицини,
організації охорони здоров'я та
медичного правознавства
доктор медичних наук, професор О. З. Децик

"Затверджую"

Проректор, професор

"5" лютого 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

Назва пропозиції: «Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ».

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Джерела інформації:

Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ. Методичні рекомендації / Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В.Й..Білак-Лук'янчук, В.В.Кручаниця. – Київ, 2016. – 27с.

Де впроваджено: у навчальний процес в Житомирському інституті медсестринства.

Термін впровадження: *з 2016 року*

Ефективність впровадження: Підвищення рівня знань студентів курсантів з питань подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ.

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження у навчально-науковий процес.

Відповідальний за впровадження:

Проректор, д.мед.н., проф. В.З.Свиридюк

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Перший проректор ВДНЗ України
«Українська медична стоматологічна академія»
д.мед.н., професор В.М.Бобирьов_____
«12» лютого 2016 року

м.Полтава

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. ***Найменування пропозиції для впровадження:*** «Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ».
2. ***Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:*** Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, м. Київ-02099, пров. Волго-Донський, 3; **Автори:** Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В.Й..Білак-Лук'янчук, В.В.Кручаниця.
3. ***Джерело інформації:***
   - Подолання стигми та дискримінації до людей, що живуть з ВІЛ. Методичні рекомендації / Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В.Й..Білак-Лук'янчук, В.В.Кручаниця. – Київ, 2016. – 27с.
4. ***Ким та коли впроваджено:*** кафедрою соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» з грудня 2016 року, затверджено на засіданні кафедри №10 від 26.12.2016 року.
5. ***Ефективність впровадження:*** Результати наукових досліджень використані при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальністю «Соціальна медицина» для студентів медичного факультету, лікарів-інтернів, лікарів-спеціалістів.
6. ***Використання розробки показало***, що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелах інформації.
7. ***Зауваження, пропозиції***: Пропонується продовжити використовувати матеріали у навчальному процесі на кафедрі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри соціальної медицини,
організації та економіки охорони здоров'я
з біостатистикою
д.мед.н., професор _____І.А.Голованова