



USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ

RESPOND



fhi360
THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES



Епідемія ВІЛ серед уразливих груп в Україні: огляд вторинних даних

Київ – 2013



RESPOND



Епідемія ВІЛ серед уразливих груп в Україні: огляд вторинних даних

Автори-укладачі:

Алла Бойко

Меган ДіКарло

Олена Дорошенко

Ольга Морозова

Ліса Шербурн

Публікація стала можливою завдяки щирій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID). Зміст публікації не обов'язково відображає точку зору USAID або Уряду США.

Київ – 2013

Зміст

Скорочення	5
Короткий зміст	6
1. Вступ	7
2. Умови впровадження заходів з протидії ВІЛ, поведінкові характеристики та потреби груп ризику (ГР)	9
2.1. Споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН)	9
Епідеміологічна ситуація	9
Поведінкові характеристики та потреби СІН	11
Нормативно-правова база	14
Національна відповідь на епідемію ВІЛ серед СІН	16
Висновки	19
2.2. Жінки комерційного сексу (ЖКС)	21
Епідеміологічна ситуація	21
Ризикована статеві поведінка	22
Поведінкові характеристики клієнтів ЖКС	25
Нормативно-правова база	26
Національні заходи з протидії ВІЛ серед ЖКС	26
Висновки	28
2.3. Чоловіки, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ)	29
Епідеміологічна ситуація	29
Поведінкові характеристики та потреби ЧСЧ	30
Нормативно-правова база	33
Національні заходи з протидії ВІЛ серед ЧСЧ	34
Висновки	35

2.4. Ув'язнені	36
Епідеміологічна ситуація	36
Поведінкові характеристики та потреби ув'язнених	37
Нормативно-правова база	39
Національні заходи з протидії ВІЛ серед ув'язнених	40
Висновки	42
2.5. Підлітки ГР (ПГР)	44
Епідеміологічна ситуація	44
Поведінкові характеристики та потреби ПГР	46
Нормативно-правова база	51
Національні заходи з протидії ВІЛ серед ПГР	52
Висновки	53
2.6. Люди, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ)	55
Епідеміологічна ситуація	55
Поведінкові характеристики та потреби ЛЖВ	55
Нормативно-правова база	57
Національна відповідь на потреби ЛЖВ	57
Висновки	58
3. Висновки та рекомендації	60
Бібліографія	67
Додаток	89

Скорочення

USAID	Агентство США з міжнародного розвитку (U.S. Agency for International Development)
АРТ	антиретровірусна терапія
ВГС	вірус гепатиту С
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГН	гендерне насильство
ГР	групи ризику
ГФ	Глобальний фонд з боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДПСУ	Державна пенітенціарна служба України
ЖКС	жінки комерційного сексу
ЗП	Загальнодержавна програма України із забезпечення профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД
ЗПТ	замісна підтримуюча терапія
ЗШ	зниження шкоди
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
КІТ	консультування і тестування на ВІЛ
ЛГБТ	лесбійки, геї, бісексуали і трансгендерні люди
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
Мін'юст	Міністерство юстиції України
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
НУО	неурядові організації
ОГС	організації громадянського суспільства
ОЗТ	опіоїдна замісна терапія
ПГР	підлітки груп ризику
ПГШ	програми обміну голочок і шприців
ПЕПФАР	Надзвичайна ініціатива Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД
ПЗШ	послуги зниження шкоди
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
СІН	споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ТБ	туберкульоз
ЧСЧ	чоловіки, які мають секс з чоловіками
ЮНЕЙДС	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд ООН

Короткий зміст

Проект USAID «RESPOND» (Покращення послуг у сфері ВІЛ/СНІД серед представників груп найвищого ризику в Україні) провів аналіз вторинних даних з метою вивчення ситуації, виявлення недоліків та визначення методів забезпечення доступу до інформації та програмних заходів.

У цьому звіті узагальнені результати національних оцінок, біоповедінкових досліджень та програмних звітів щодо ключових ГР: споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), жінок комерційного сексу (ЖКС), чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ), ув'язнених, підлітків груп ризику (ПГР) та людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). У кожній групі ризику були проаналізовані чотири основні компоненти з узагальненням отриманих даних: епідеміологічні дані, поведінкова і контекстна інформація, нормативно-правова база та рівень охоплення послугами.

Проаналізовані джерела свідчать про те, що було створено міцний фундамент для наступного етапу національних заходів з протидії ВІЛ, однак для покращення профілактики, догляду та лікування ВІЛ у групах ризику необхідно внести чисельні зміни до нормативної бази, змісту досліджень та послуг.

Основні запропоновані рекомендації передбачають:

- розробку та збільшення покриття стандартизованих пакетів послуг, адаптованих до потреб груп ризику (ГР), заснованих на доведеній необхідності та продемонстрованій ефективності (крім того, існує нагальна потреба у заходах, що базуються на доведеній ефективності і спрямовані на статевих партнерів представників груп найвищого ризику та ЧСЧ);
- надання послуг, адаптованих до потреб більш молодих представників ключових груп;
- збільшення масштабів послуг ЗПТ і продовження аналізу доказів з метою ефективного надання таких послуг з урахуванням українського контексту;
- формування потреби у тестуванні на ВІЛ і більш широке застосування експрес-тестів;
- крім розширення доступу до лікування представників груп найвищого ризику, які живуть з ВІЛ, існує нагальна потреба у концентрації уваги на втратах, які відбуваються на різних етапах, в процесі досягнення доступу до лікування;
- активізацію залучення держави і підвищення рівня скоординованості дій із системами громадянського суспільства у питаннях, які стосуються груп найвищого ризику, зокрема щодо забезпечення безперервності послуг;
- врахування гендерних аспектів в усіх програмних заходах та послугах, у тому числі на національному рівні, від яких залежить якість та доступність послуг, що надаються представникам груп найвищого ризику.

1. Вступ

Епідемія ВІЛ в Україні зосереджена серед таких ГР: споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), жінок комерційного сексу (ЖКС), чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ), ув'язнених та підлітків ГР (ПГР). Люди, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), також є дуже вразливими. Показник поширеності ВІЛ серед населення в цілому становить 0,8% і постійно перевищує 5% населення в ГР. У 2011 році показник поширеності ВІЛ у ГР, виявлених за допомогою біоповедінкового нагляду, коливався від 6,4% серед ЧСЧ до 21,5% серед СІН. Поширеність ВІЛ мала нерівномірний географічний розподіл: 77,1% випадків ВІЛ-інфекції були виявлені у мешканців міст¹.

Дані щодо тенденцій розповсюдження ВІЛ у 2005-2012 роках свідчать про те, що ВІЛ став більше передаватися статевим шляхом² і що частка ВІЛ-позитивних жінок зростає³. У 2005-2011 роках чоловіки склали 57,5% зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ серед підлітків та дорослих, а жінки – 42,5% таких випадків⁴. Більшість випадків інфікування серед чоловіків – це результат вживання ін'єкційних наркотиків, а серед жіночої частини населення головним шляхом передачі ВІЛ є гетеросексуальний⁵.

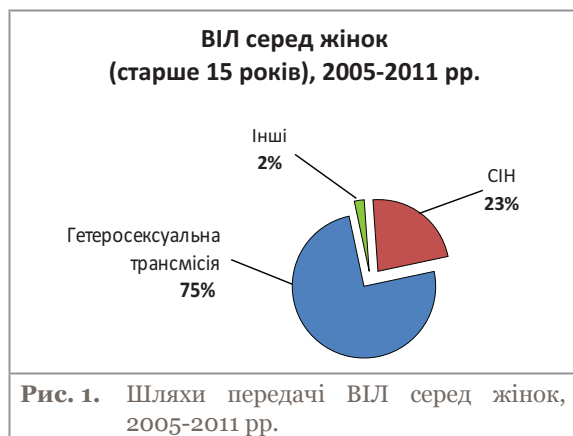


Рис. 1. Шляхи передачі ВІЛ серед жінок, 2005-2011 рр.

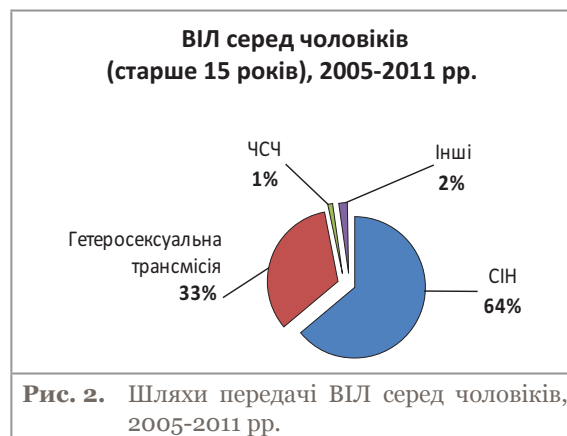


Рис. 2. Шляхи передачі ВІЛ серед чоловіків, 2005-2011 рр.

Кількість ЛЖВ продовжує зростати. У 2011 році офіційно було зареєстровано 21 177 нових випадків інфікування ВІЛ, що є найвищим річним показником, починаючи з 1999 року⁶. Однак дані свідчать і про стабілізацію епідемії в деяких групах населення: вагітні жінки, СІН та молодь, що, вірогідно, є результатом профілактичних втручань. У масштабах всієї країни розширено заходи з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (вертикальна трансмісія), якими охоплено понад 90% вагітних жінок. Рівень вертикальної трансмісії ВІЛ значно зменшився з понад 23% у 2001 році до 4,2% у 2009 році⁷. Розширення доступу до програм зменшення шкоди, найбільший рівень охоплення в регіоні (понад 157 тис. СІН, або 54% від оціночної кількості)⁸ у 2004-2010 роках, значною мірою сприяв зниженню рівня розповсюдження ВІЛ серед молоді СІН з 29,9% у 2004 році до 5,5% – у 2011.

¹ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

² Оперативна інформація щодо кількості офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ, СНІД та смертей, пов'язаних зі СНІДом, грудень 2012, «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України». <http://ucdc.gov.ua/uk/statystyka/epidemiologiya>.

³ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

⁴ Abu Abdul-Quader, Konstantin Dumchev, Yuri Kruglov, George Rutherford, Tetyana Salyuk, Charles Vitek. Ukraine HIV Data Synthesis Project. Draft Final Report, September 13, 2012.

⁵ Там само.

⁶ Там само.

⁷ Представництво ЮНЕЙДС в Україні. Зведений звіт національних консультацій з розбудови сталого розвитку та стратегічних інвестицій в національні заходи з протидії ВІЛ в Україні. Київ.– 3-4 грудня 2012 року.

⁸ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.; Ukraine Global Progress Report 2012; Річний звіт Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, 2010.

У той час, як вживання ін'єкційних наркотиків залишається основною руйнівною силою епідемії ВІЛ і більшість інфікованих – серед СІН, зростає число випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом. Підвищується занепокоєння щодо ризику інфікування ВІЛ для статевих партнерів ГР. Підгрупи груп з поєднаною або паралельною характеристикою ризику більш вірогідно піддаються ризику інфікування ВІЛ⁹.

Розширився доступ до послуг з профілактики ВІЛ. Наприклад, з 2009 року надання послуг з ОЗТ збільшилося майже втричі. Однак охоплення ГР залишається нижче за рівні, необхідні для того, щоб вплинути на здоров'я населення в цілому¹⁰. У 2005-2011 роках основними послугами було охоплено 160 000 СІН, зокрема 6 600 осіб, які отримують замісну терапію, 30 000 ЖКС, 20 000 ЧСЧ та 25 000 ув'язнених¹¹, що приблизно складає половину тих людей, які їх потребують.

АРТ стала доступною в усіх 27 регіонах України, і зараз понад 32 000 ЛЖВ отримують лікування, що значно збільшує кількість охоплених з 2004 року, коли лише 1 300 осіб отримували АРТ. Однак станом на I півріччя 2013 року задовольняється лише 25% розрахункової потреби, що є найнижчим показником у світі¹². Приблизно половина ЛЖВ в Україні знають про свій ВІЛ-статус (129 136 з 230 000). 62,7% з тих, хто пройшли тестування на ВІЛ в ході біоповедінкового нагляду, отримують лікування. 82,3% із них його дотримуються.

Дані свідчать про те, що існують також епідемії ко-інфекції ТБ та ВІЛ, адже ТБ діагностується у 62,5% хворих на СНІД. Відомо також про епідемію гепатиту С та ВІЛ, що, в першу чергу, пов'язана з уживанням ін'єкційних наркотиків, хоча офіційні дані щодо цього відсутні.

Україна продемонструвала значну політичну прихильність у комплексній боротьбі з епідемією ВІЛ. Все більш сприятлива нормативна база дозволяє розвиватися національним заходам з протидії ВІЛ, що орієнтовані на задоволення потреб ГР. Реалізація програм та надання послуг забезпечується виконанням Загальнодержавної програми України із забезпечення профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки (далі – Загальнодержавна програма зі СНІДу, або ЗП) та Законом з протидії ВІЛ/СНІДу. Пріоритетні напрями включають посилення профілактики, надання лікування і забезпечення прав ЛЖВ. Держава зосереджує зусилля на консультуванні і тестуванні ВІЛ (КіТ), АРТ та профілактиці вертикальної трансмісії ВІЛ через мережу Центрів СНІДу та кабінетів довіри. Водночас ОГС створені ефективні системи профілактики, догляду та підтримки ГР.

Існують бар'єри у розв'язанні численних проблем та недоліки у впроваджуваних заходах. Обсяг, якість та охоплення деякими основними послугами залишаються обмеженими і не інтегрованими. Крім того, досить поширена стигматизація та дискримінація з боку суспільства та надавачів послуг у ставленні до ГР. Гендерна динаміка також сприяє ризику та уразливості цих груп, низькому рівню використання ними послуг. Українське законодавство передбачає сприятливу нормативну базу для забезпечення гендерної рівності. Однак гендерні очікування мають різний вплив на ризик та уразливість чоловіків і жінок, особливо щодо вживання наркотиків, моделей статевої поведінки, насильства та доступу до послуг з профілактики та лікування.

В Україні зібрано значну кількість даних та накопичено знання, що сприяють реалізації заходів з протидії ВІЛ. У цьому звіті узагальнено опубліковані та неопубліковані результати оцінок та аналізів з метою здійснення аналізу та синтезу епідеміологічних даних, поведінкової та структурної інформації, а також досвіду реалізації програм з групами ризику: СІН, ЖКС, ЧСЧ, ув'язненими та ПГР.

⁹ Там само.

¹⁰ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

¹¹ Strategic Investments for Impact: Global Fund Results Report 2012. www.theglobalfund.org.

¹² Представництво ЮНЕЙДС в Україні. Зведений звіт національних консультацій з розбудови сталого розвитку та стратегічних інвестицій в національні заходи з протидії ВІЛ в Україні. Київ. – 3-4 грудня 2012 року.

2. Умови впровадження заходів з протидії ВІЛ, поведінкові характеристики та потреби груп ризику (ГР)

У цій частині узагальнено епідеміологічні, поведінкові та контекстуальні дані, а також дані про охоплення відповідних груп населення послугами; задокументовані недоліки у наданні послуг та запровадження профілактики, що взяті із доступних результатів досліджень та аналізів кожної ГР.

2.1. Споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН)

Епідеміологічна ситуація

Більшість випадків інфікування ВІЛ в Україні до 2008 року пов'язували з використанням зараженого ін'єкційного інструментарію, доки кількість випадків інфікування ВІЛ за рахунок гетеросексуальної трансмісії не перевищила кількість випадків інфікування внаслідок уживання наркотиків. У 2008 році кількість випадків передачі ВІЛ статевим шляхом склала 51% від зареєстрованих випадків інфікування серед людей віком старше 15 років, у той час, як кількість випадків інфікування внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків, склала 46%. У 2005-2011 роках відбулася стабілізація епідемії серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) зі зменшенням частки СІН серед усіх випадків інфікування ВІЛ та зниженням кількості нових випадків інфікування серед СІН¹³. У 2011 році кількість СІН складала 31% нових випадків інфікування ВІЛ¹⁴.

Тим не менш, уживання наркотиків залишається рушійною силою епідемії ВІЛ в Україні, а СІН є найбільш уразливою групою ризику¹⁵. Нова хвиля епідемії пов'язана з ризиковою статевою поведінкою СІН та їхніх статевих партнерів¹⁶ з одночасним збільшенням випадків інфікування серед жінок. До 2010 року жінки становили 48% усіх нових випадків інфікування серед дорослого населення¹⁷.

Оцінка чисельності. Згідно з останньою оцінкою чисельності ГР, опублікованою Центром СНІДу наприкінці 2012 року, загальна кількість СІН в Україні становить 310 000 осіб, при цьому понад 40% ГР проживають у м. Києві, Одеській, Донецькій та Дніпропетровській областях¹⁸.

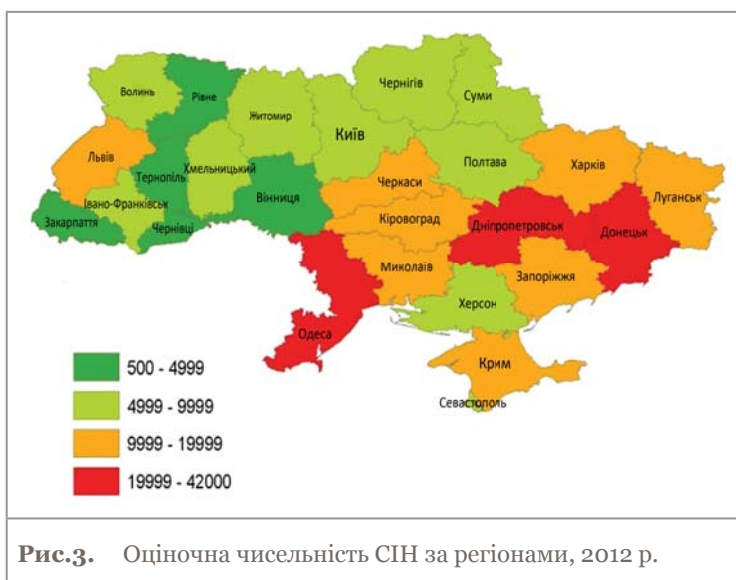


Рис.3. Оціночна чисельність СІН за регіонами, 2012 р.

¹³ Abu Abdul-Quader, Konstantin Dumchev, Yuri Kruglov, George Rutherford, Tetyana Salyuk, Charles Vitek. Ukraine HIV Data Synthesis Project. Draft Final Report, September 13, 2012.

¹⁴ Оцінка реалізації Національної програми зі СНІДу в Україні: зведений звіт. ЮНЕЙДС, Україна. Київ, 2012 рік.

¹⁵ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

¹⁶ Там само.

¹⁷ Sophie Pinkham and Anna Shapoval. Making Harm Reduction Work for Women: The Ukrainian Experience. Open Society Institute. New York, 2010.

¹⁸ Abdul-Quader, A., Konstantin Dumchev, Yuri Kruglov, George Rutherford, Tetyana Salyuk, Charles Vitek. Ukraine HIV Data Synthesis Project. Draft Final Report, September 13, 2012.

Вибірка біоповедінкового дослідження СІН у 2011 році в основному включала в себе чоловіків віком 15-49 років (середній вік – 33 роки, що є більш старшим віковим показником, ніж у попередніх дослідженнях). Крім того, учасники дослідження мали тривалішу історію вживання наркотиків, що вказує на старіння цієї ГР: у 2008 році 42% СІН мали історію вживання наркотиків впродовж 11 років або більше, а в 2011 їх кількість збільшилася до 53%¹⁹.

Поширеність ВІЛ-інфекції. Біоповедінкове дослідження 2011 року²⁰ виявило поширеність ВІЛ серед СІН на рівні 21,5% (діапазон 20,622,8%). Факторами ризику ВІЛ-інфікування були старший вік СІН та тривалість уживання ін'єкційних наркотиків, стать, ризиковані ін'єкційні практики, а також час, проведений в ув'язненні.

Рівень поширеності ВІЛ був вищим серед СІН старше 25 років (24,4%), ніж серед тих, хто молодше 25 років (7,1%), й серед тих, хто вживав наркотики понад шість років.

Було помічено загальну тенденцію до зниження поширеності ВІЛ у часі. У 2009 році поширеність ВІЛ складала 22,9% (діапазон 21,9-23,9%)²¹, що свідчить про зниження рівня поширеності за останні кілька років. У 2005-2011 роках зниження поширеності ВІЛ також спостерігалось серед молодих людей віком до 25 років (на 62% випадків інфікування ВІЛ менше серед молоді)²², що відбулося внаслідок більшого охоплення цієї категорії осіб профілактичними програмами у 2009 та 2007 роках.

Поширеність ВІЛ та тенденції також різнилися за географічним показником. У Миколаєві, Дніпропетровську та Чернігові рівень поширеності ВІЛ був високим, у Чернівцях, Сумах та Ужгороді – найнижчим. У 9 містах поширеність ВІЛ серед СІН зросла, а в 14 інших містах – зменшилася.

ІПСШ. Дані про поширеність ІПСШ серед СІН відсутні.

ТБ. ТБ, включаючи туберкульоз с множинною лікарською стійкістю, вражає ЛЖВ-СІН, і ускладнює надання медичної допомоги з причини цілої низки станів²³. У 2011 році було зареєстровано 30 695 нових випадків захворювання на ТБ (поширеність – 67,2 на 100 тисяч населення) та 11 217 випадків ко-інфекції ВІЛ та ТБ. Ко-інфекція ВІЛ була виявлена в 15,1% усіх випадків захворювання на активну форму ТБ²⁴.

ВГС. Дослідження, проведене серед СІН у 2009 році в центральній частині України, виявило поширеність ВГС на рівні 73%²⁵. Інфікування ВГС значною мірою пов'язане з перенесенням наркотика з одного шприца в інший. Все більше ЛЖВ-СІН уражені ВГС: 83,7% – ВІЛ-позитивні СІН, 43,1% – ВІЛ-негативні²⁶.



¹⁹ О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Ю.В. Середа та Я.О. Сазонова. Аналітичний звіт. Моніторинг поведінки та розповсюдженості ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідемоніторингу другого покоління (на основі результатів біоповедінкового дослідження 2011 року). МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Київ, 2012 рік.

²⁰ Там само.

²¹ Там само.

²² Abdul-Quader, A., Konstantin Dumchev, Yuri Kruglov, George Rutherford, Tetyana Salyuk, Charles Vitek. Ukraine HIV Data Synthesis Project. Draft Final Report, September 13, 2012 .

²³ Curtis M. Building Integrated Care Services for Injection Drug Users in Ukraine. WHO Regional Office for Europe. World Health Organization, 2010.

²⁴ Regional Workshop on HIV and Drug Use Report. HIV Prevention, Care and Treatment for People who Inject Drugs: A review of evidence-based findings and best practices. AIDSTAR-TWO. Kyiv, 2011.

²⁵ Dumchev, K.V. et al., HIV and hepatitis C virus infections among hanka injection drug users in central Ukraine: a cross-sectional survey, Harm Reduction Journal, 2009, 6:23.

²⁶ Сергєєва, Т. Скільки людей з гепатитом С живе в Україні? (презентація). Круглий стіл з проблеми гепатиту С, 5 вересня 2009 р. <http://hepatit.org.ua/2009/11/05/skolko-v-ukraine-bolnyih-gepatitom-s-otsenka-uchyonyih/>.

Поведінкові характеристики та потреби СІН

Ризикові типи поведінки, пов'язані з ін'єкційним вживанням наркотиків

В ході біоповедінкових досліджень, проведених МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (далі – Альянс), документально підтверджено, що 82% СІН у 2009 році і 80% СІН у 2011 році вживали опіодний екстракт або героїн, та 40% і 35% відповідно вживали стимулятори²⁷. У 2011 році 21% СІН вживали як опіоїди, так і стимулятори²⁸. Стимулятори, зокрема такі, як «вент» (метамфетамін), «джефф» (меткатінон) та «болтушка» (катінон), вживали СІН молодшого віку^{29,30}; 41% підлітків-СІН, та 35% СІН віком 20-25 років переважно вживали метамфетамін. СІН старшого віку більше вживали опіати, що в 1,8 рази підвищило ризик інфікування ВІЛ, ніж уживання змішаних опіатів та стимуляторів.

Аналіз результатів дослідження виявив зв'язок між ВІЛ-інфекцією та ризикованими ін'єкційними практиками. СІН, які хоча б раз вдалися до небезпечної ін'єкційної практики, мали в 1,6 рази вищу ймовірність інфікування ВІЛ у порівнянні з СІН, які це не застосовували. У 2011 році 81,5% СІН повідомили, що вони вдавалися один раз або більше до ризикованих ін'єкційних практик протягом останніх 30 днів³¹. Зокрема, хоча більшість респондентів (85% у 2009 році³² та 91,3% в 2011 році³³) не використовували голку або шприц, які до них використовувала інша особа протягом останнього місяця, 7,9% з них це робили³⁴. Крім того, більше половини (57,5%) зізналися, що отримували наркотик у попередньо заповнених шприцах, а 63% і 59% СІН відповідно користувалися спільним посудом для розподілу та підготовки наркотиків³⁵.

Серед СІН, які знали, що вони ВІЛ-інфіковані, 11,6% повідомили, що спільно користувалися голками і шприцами, а 2,7% давали після ін'єкції свою голку іншій особі³⁶.

Ризикова статеві поведінка

Кількість і типи партнерів. Біоповедінкове дослідження, проведене Альянсом серед СІН³⁷ у 2001 році, документально підтвердило, що в останні 90 днів 77% опитаних мали постійного партнера. 45% СІН, які мали постійного партнера, сказали, що їхній постійний партнер також вживає ін'єкційні наркотики³⁸. Приблизно 33% (37% серед чоловіків-СІН та 17% серед жінок-СІН) мали випадкового партнера, і лише деякі мали партнера з числа представників секс-бізнесу: 3% платили за сексуальні послуги, а 3% їх продавали. Комерційним сексом займалися більше жінки, ніж чоловіки:

²⁷ Шульга Л., Варбан М. та інші (2010 рік). Дослідження поведінки та поширеності ВІЛ серед споживачів ін'єкційних стимуляторів. Узагальнення результатів оперативного дослідження, МБФ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні / Шульга Л., Варбан М., Погорелая Н. та інші, 2010 р.; Аналітичний звіт з моніторингу поведінки та поширеності ВІЛ серед СІН як компонент епідеміологічного дослідження другого покоління, Київ, 2012 рік.

²⁸ О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Ю.В. Серета та Я.О. Сазонова. Аналітичний звіт. Моніторинг поведінки та розповсюдженості ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідеміологічного дослідження другого покоління (на основі результатів біоповедінкового дослідження 2011 року). МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Київ, 2012 рік.

²⁹ Hurley, R. How Ukraine is tackling Europe's worst HIV epidemic. *BMJ*, 2010, p. 341.

³⁰ Repsina Chintalova-Dallas, Patricia Case, Nataliya Kitsenko, and Zita Lazzarini. Boltushka: A Homemade Amphetamine-Type Stimulant and HIV Risk in Odessa, Ukraine. *Int J Drug Policy*. 2009 July; 20(4): 347.

³¹ О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Ю.В. Серета та Я.О. Сазонова. Аналітичний звіт. Моніторинг поведінки та розповсюдженості ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідеміологічного дослідження другого покоління (на основі результатів біоповедінкового дослідження 2011 року). МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Київ, 2012 рік.

³² Там само.

³³ Там само.

³⁴ Шульга, Л., Варбан М. та інші (2010 рік). Дослідження поведінки та поширеності ВІЛ серед споживачів ін'єкційних стимуляторів. МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» / Шульга Л., Варбан М., Погорелая Н. та інші, 2010 р.

³⁵ Там само.

³⁶ О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Ю.В. Серета та Я.О. Сазонова. Аналітичний звіт. Моніторинг поведінки та розповсюдженості ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідеміологічного дослідження другого покоління (на основі результатів біоповедінкового дослідження 2011 року). МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Київ, 2012 рік.

³⁷ Там само.

³⁸ Там само.

9,5% жінок-СІН та 0,2% чоловіків-СІН вказали, що вони продавали сексуальні послуги або обмінювалися такими послугами протягом 90 днів до проведення вищезазначеного опитування³⁹.

Майже третина (29%) СІН мали статевий зв'язок з двома або більше партнерами протягом останніх 90 днів, при цьому СІН-чоловіків було вдвічі більше, ніж СІН-жінок: 44,2% проти 26,6%⁴⁰.

Частота статевого акту складала принаймні один раз на тиждень у 73,3% респондентів. Середній вік початку статевого життя серед дорослих СІН складав 16 років, а серед молодих СІН – 15 років⁴¹, що є раніше за 2,4% від загального населення, яке розпочало статеве життя до 15 років⁴².

Використання презервативів. Частота використання презервативів серед СІН є низькою і нерегулярною. Біоповедінкові дослідження виявили, що майже половина СІН, які мали статеві контакти протягом останніх 30 днів, використовували презерватив під час останнього статевого контакту з будь-яким партнером (54,5% – у 2009 році та 47,8% – у 2011)⁴³.

86,8% СІН, які продавали сексуальні послуги, та 83,4% СІН, які платили за них, використовували презерватив під час останнього статевого контакту. 77,3% СІН, які мали зв'язок з випадковими партнерами, повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту і 47,1% СІН, які мали постійного партнера, повідомили, що використовували презерватив з цим партнером⁴⁴.

Регулярне використання презервативів протягом 90 днів до проведення опитування мало аналогічну картину. Більше половини (57,6%) СІН, які продавали сексуальні послуги, і 62,6% тих, хто платив за них, повідомили, що постійно використовують презерватив. 52,9% СІН, які мали випадкових партнерів, повідомили, що постійно використовували презерватив. 26,9% СІН, які мають постійного партнера, використовували презерватив постійно, включаючи лише 22% жінок-СІН⁴⁵. 35,8% ВІЛ-позитивних СІН (32,3% чоловіків-СІН і 42,7 жінок-СІН) не використовували презерватив під час останнього статевого акту⁴⁶.

Використання презерватива зменшувалося з віком і збільшувалося при залученні до програм НУО. 41% СІН віком понад 35 років ніколи не використовували презерватив зі своїми постійними партнерами, а 15,6% ніколи не використовували презерватив з випадковими партнерами⁴⁷. СІН, які брали участь у програмі НУО, були в 1,4 рази більш схильні використовувати презервативи під час останнього сексуального контакту в порівнянні з тими, хто не брав участі у програмі. 53% клієнтів НУО використовували презервативи під час останнього статевого контакту в порівнянні з 45% СІН, які не є клієнтами НУО⁴⁸.

Знання про ВІЛ. У 2011 64% СІН правильно визначали способи передачі ВІЛ і знали, як ВІЛ не передається. Різниця між знаннями у чоловіків і жінок була незначною.

Психічне здоров'я. Психічні захворювання серед СІН розповсюджені більше, ніж серед загального населення, однак такі стани здебільшого не діагностуються, а тому й не лікуються⁴⁹.

Насильство та примус. Згідно з біоповедінковим дослідженням, проведеним у 2011 році серед ЖКС, жінки-СІН, які продавали сексуальні послуги, зазнавали більше сексуального та економічного насильства, ніж ЖКС, які не були СІН⁵⁰. Жінки-СІН, які зазнають насильства, не мають куди звернутися по допомогу. Більшість притулків для жінок в Україні не приймають жінок, які є

³⁹ Там само.

⁴⁰ Там само.

⁴¹ Там само.

⁴² Україна: Національний звіт щодо моніторингу прогресу у виконанні Декларації про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2008 року – грудень 2009 року, Київ, 2010 рік.

⁴³ Там само.

⁴⁴ Там само.

⁴⁵ Там само.

⁴⁶ Там само.

⁴⁷ Там само.

⁴⁸ Там само.

⁴⁹ Curtis M. Building Integrated Care Services for Injection Drug Users in Ukraine. WHO Regional Office for Europe. World Health Organization, 2010.

⁵⁰ Грушецький А. (2012 рік) Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року).

активними споживачами наркотиків. Багато жінок-СІН не мають реєстрації за місцем проживання, необхідної для отримання безкоштовних послуг і безпечного житла⁵¹.

Гендерні аспекти. В Україні, як і в інших країнах, жінки, які вживають ін'єкційні наркотики, мають в 1,7 рази більшу вірогідність інфікування ВІЛ, ніж чоловіки-СІН.^{52,53} У 2011 році 23,6% жінок-СІН були ВІЛ-позитивними в порівнянні з 20,8% чоловіків-СІН⁵⁴.

Основний ризик для жінок, які вживають наркотики, – це «подвійна залежність» від наркотиків та чоловіків, які втягують їх до вживання наркотиків⁵⁵. Жінки-СІН більш ніж чоловіки-СІН схильні до сексуальної активності, незахищених статевих контактів та вживання наркотиків у контексті сексуальних відносин, а також до спільного використання ін'єкційного інструментарію⁵⁶. У 2011 році 51% жінок використовували ін'єкційний інструментарій спільно зі своїм статевим партнером у порівнянні з 25% чоловіків⁵⁷. Жінки часто починають вживати наркотики із заохочення друзів, вводять наркотик після того, як його ввели собі чоловіки («останній на голці») і підлягають високому ризику сексуального насильства. Жінки частіше мають партнерів-СІН. Ці ризики додаються до більшої біологічної уразливості жінок щодо ВІЛ внаслідок незахищених вагінальних статевих контактів.

«Не секрет, що споживачі наркотиків часто використовують найменш сильно-го члена своєї громади, зокрема жінок, як «піддослідних» для тестування нового виду героїну або «спідболу» (наркотична суміш кокаїну, морфію)... крім того, цих жінок, які вживають наркотики, відразу гвалтують»⁵⁸.

Жінки-СІН також заробляли менше і були більш залежні фінансово, ніж чоловіки, від партнерів або батьків. Деякі займаються комерційним сексом для того, щоб мати гроші на наркотики для себе і своїх партнерів⁵⁹, в обмін на житло, їжу та захист.

Гендерні особливості також сприяють ризиковій поведінці та уразливості чоловіків і хлопців, а також поведінці їхніх статевих партнерів. Гендерні стереотипи можуть підштовхнути молодих людей ризикувати та експериментувати з наркотиками, доводити та демонструвати вдавану мужність шляхом ін'єкцій та солідарності з іншими через спільне використання шприців⁶⁰. Нинішня економічна ситуація руйнує традиційні гендерні ролі в сім'ї та стосунках. Втрачаючи роль поставальника, багато чоловіків починають вживати алкоголь та наркотики, чинять насильство щодо себе та інших, а також мають статеві контакти з чисельними партнерами⁶¹. Внаслідок гендерних стереотипів чоловіки можуть також нехтувати своїм здоров'ям, медичними і соціальними послугами. Серед СІН більше дівчат та жінок, ніж хлопців і чоловіків, висловили занепокоєння з приводу свого здоров'я⁶².

⁵¹ Pinkham, S. and Anna Shapoval. Making Harm Reduction Work for Women: The Ukrainian Experience. Open Society Institute. New York, 2010.

⁵² Pinkham S, Malinowska-Sempruch K (2007). Women, Harm Reduction, and HIV. New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute.

⁵³ Rhodes, T, Platt, L, Filatova, K, Sarang, A, Davis, M, & Renton, A (2002). Behaviour factors in HIV transmission in Eastern Europe and Central Asia. Geneva: UNAIDS. Berezhnova, I et al. 2006.

⁵⁴ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

⁵⁵ UNAIDS Programme Coordinating Board. «Assessing Gender Equality and Equity as Critical Elements in National Responses to HIV: Cambodia, Honduras and Ukraine». Conference Room Paper. UNAIDS/PCB(20)/CRP1, 2007.

⁵⁶ Шульга, Л. та інші. «Розробка підходів до профілактики ВІЛ серед жінок, які вживають ін'єкційні наркотики з урахуванням гендерних факторів», Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2011 рік.

⁵⁷ О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Ю.В. Серета та Я.О. Сазонова. Аналітичний звіт. Моніторинг поведінки та розповсюдженості ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідеміологічного дослідження другого покоління (на основі результатів біоповедінкового дослідження 2011 року). МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Київ, 2012 рік.

⁵⁸ Всеукраїнська Мережа ЛЖВ та UNIFEM. «Послуги з ВІЛ/СНІД з урахуванням гендерних факторів: Аналітичний звіт за результатами дослідження». Київ, 2011 р.

⁵⁹ Eurasian Harm Reduction Network Young people & injecting drug use. Siauliust. 5-1/21, Vilnius, Lithuania, 2009.

⁶⁰ Ekström, Anna Mia et al. «Gender and HIV/AIDS in Eastern Europe and Central Asia». Division of International Health (IHCAR), Department of Public Health, Karolinska Institute Stockholm, Sweden. World Health Organization. 2004.

⁶¹ UNAIDS Programme Coordinating Board. «Assessing Gender Equality and Equity as Critical Elements in National Responses to HIV: Cambodia, Honduras and Ukraine». Conference Room Paper. UNAIDS/PCB(20)/CRP1, 2007.

⁶² Всеукраїнська Мережа ЛЖВ та UNIFEM. «Послуги з ВІЛ/СНІД з урахуванням гендерних факторів: Аналітичний звіт за результатами дослідження». Київ, 2011 р.

Жінки, які є партнерами чоловіків-СІН, зазнають ризику передачі ВІЛ, який посилюється внаслідок гендерних норм, що заважають жінкам і дівчатам відмовитися від статевого акту або домовитися з партнером про більш безпечну статеву поведінку.

Стигма та дискримінація. Окрім гендерної дискримінації, жінки зазнають стигматизації як СІН, що створює багато перешкод в їхньому доступі до медичних послуг. Жінки-СІН часто не хочуть офіційно реєструватися як споживачі наркотиків, оскільки вони страждають більше, ніж чоловіки від стигми, і це йде врозріз з очікуваннями жінок бути привабливими та виявляти себе «берегиню сім'ї». Вагітні жінки-СІН та жінки з дітьми часто не мають доступу до послуг через свої позитивні очікування та страх, що у них відберуть їхніх дітей^{63,64}.

Крім того, вагітні жінки з історією вживання наркотиків мають набагато менше шансів отримати допологову допомогу, в тому числі своєчасне обстеження на ВІЛ, профілактику вертикальної передачі ВІЛ тощо. Наприклад, частка ВІЛ-інфікованих вагітних жінок-СІН, які отримали замісну підтримувальну терапію під час вагітності, складала 5,5% у 2009 році і 7,3% – у 2011. Незгода з боку партнерів-чоловіків і соціальна стигма може також позбавляти жінок бажання відвідувати місця надання послуг. Наприклад, недавнє дослідження виявило, що половина ВІЛ-інфікованих вагітних жінок з історією вживання наркотиків були менш схильні звертатися за послугами з профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ⁶⁵.

Нормативно-правова база

СІН є пріоритетною групою національної політики і планів у сфері протидії ВІЛ, що визнано ЗП. Однією з цілей цієї програми є надання ПЗШ близько 60% СІН, які проживають в Україні. Забезпечення комплексною допомогою хворих (наприклад, ВІЛ з наркотичною залежністю, ТБ) є також одним із ключових напрямків ЗП.

З метою надання СІН медичних і соціальних послуг були розроблені національні стандарти та настанови, зокрема протоколи надання СІН АРТ. Нормативна база також забезпечує міцну основу для надання ЗПТ⁶⁶. У 2008 році МОЗ випустило перші стандарти та нормативи з надання замісної терапії, що дозволило забезпечити лікування метадоном у великому масштабі⁶⁷. У 2010 році спільним наказом Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики і Міністерства охорони здоров'я було ухвалено стандарт соціальних послуг для людей, які отримують ЗПТ⁶⁸. У 2012 році було розроблено методичний посібник для проведення тренінгів за програмами післядипломної медичної освіти⁶⁹.

В ході аналізу нормативної бази було визначено низку недоліків і обмежень, які заважають реалізації програм та досягненню цілей⁷⁰. По-перше, після розформування Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту не стало центрального органу, який би відповідав за реалізацію програм для СІН. Міжвідомче співробітництво є обмеженим (див. розділ, присвячений ЗПТ). По-друге, дані біоповедінкового нагляду щодо СІН не визнані офіційними, а тому не використовуються для планування та розподілу ресурсів. Крім того, відсутня комплексна стратегія з надання СІН послуг зі зменшення шкоди. Також немає стратегій з проведення консультування і тестування на ВІЛ, надання профілактичних послуг статевим партнерам СІН.

⁶³ Pinkham S, Malinowska-Sempruch K (2007). Women, Harm Reduction, and HIV. New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute.

⁶⁴ Nieburg P., Carty L. Injection Drug Use in Ukraine: the challenges of providing HIV prevention and care. CSIS, 2012.

⁶⁵ Шульга, Л. та інші. «Розробка підходів до профілактики ВІЛ серед жінок, які вживають ін'єкційні наркотики з врахуванням гендерних факторів», Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2011 рік.

⁶⁶ Judice, N., O. Zaglada, and R. Mbuya-Brown. HIV Policy Assessment: Ukraine. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project, 2011.

⁶⁷ Наказ МОЗ України №476 від 19.08.2008 «Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків»; Наказ МОЗ №645 від 10.11.2008 «Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів».

⁶⁸ Спільний наказ Мінсім'ямолодьспорту України, Мінпраці України, МОЗ України від 13.09.2010 № 3123/275/770 «Стандарт надання соціальних послуг особам, які отримують замісну підтримувальну терапію агоністами опіоїдів». <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0907-10>.

⁶⁹ Дворяк С.В. та інші. Лікування опіоїдної залежності агоністами опіоїдів: навч.-метод. посіб. для лікарів-інтернів та лікарів-слухачів закл. післядиплом. освіти – К.: К.І.С., 2012. – 286 с.

⁷⁰ Judice, N., O. Zaglada, and R. Mbuya-Brown. HIV Policy Assessment: Ukraine. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project, 2011.

Забезпечення ПЗШ також обмежене недосконалістю нормативної бази. Найбільш важливим є те, що криміналізація СІН та значна соціальна стигматизація людей за вживання наркотиків змушують їх вдаватися до ризикованих практик їх уживання та уникати послуг з профілактики, догляду та лікування ВІЛ⁷¹. Основним елементом послуг для СІН є розподіл та обмін голочок і шприців. Державні організації не можуть збирати шприци через застаріле і недосконале законодавство, що регулює порядок утилізації відходів⁷². Програми з розповсюдження й обміну шприців через аптечну мережу все ще перебувають в експериментальній фазі, і хоча аптеки можуть видавати шприци, вони не можуть збирати вже використані через правила, згідно з якими це вкрай небезпечно для проведення у громадських місцях⁷³.

Міліція часто втручається в надання ПЗШ і затримує клієнтів програм обміну шприців біля пунктів їх обміну. Також є дані про те, що це впливає на прихильність СІН до АРТ⁷⁴:

«Однією з головних проблем з цього приводу є міліція – тому небезпечно мати при собі препарати АРТ, це небезпечно... Якщо вас затримують і знайдуть таблетки, то відразу роблять припущення, що це – наркотики, і вас заарештують і відвезуть до відділення міліції» – 35-річний чоловік.

Крім того, серед НУО зростає занепокоєння щодо нового наказу МОЗ про обіг наркотичних засобів, в яких поріг використання опіатів був знижений: якщо певна кількість опіатів залишається після ін'єкції у шприці, це – достатня підстава для того, щоб вважатися кримінальним злочинцем. Деякі клієнти бояться обмінювати шприци, оскільки їх можуть затримати з тими, які вони вже використали. Саме тому в період з 2010 по 2011 роки кількість шприців, які були повернуті для обміну, скоротилася вдвічі, що підірвало ефективність програм ПЗШ.

Нормативна база, що стосується ЗПТ, недостатньо ретельно виписана і має суттєві недоліки. Наказ МОЗ №200, виданий у березні 2012 року, ще більше ускладнює реєстрацію пацієнтів у програмах ЗПТ і обмежує потенціал для розширення послуг, оскільки початок лікування пацієнта за програмою ЗПТ вимагає наявності принаймні двох документально підтверджених невдалих попередніх спроб медикаментозного лікування⁷⁵. Залишаються побоювання того, що ЗПТ може увійти на ринок незаконного обігу наркотиків та/або не буде надаватися безпечно.

Регіональні бюджети дають можливість закуповувати презервативи, але відсутня чітка державна політика щодо пропаганди презервативів як профілактичного запобіжного засобу. Більшість презервативів, що розповсюджуються серед ГР, закуповуються через ГФ та програми технічної допомоги USAID. Уряд України підтримує ці ініціативи, звільнивши при перегині кордону України презервативи і шприци від митних зборів та податків⁷⁶.

Для боротьби з епідемією гепатиту С було розпочато впровадження національної програми з вакцинації та лікування вірусних гепатитів, але діагностика гепатиту С обмежена так само, як і фінансування лікування. Крім того, немає даних щодо вакцинації і лікування на регіональному рівні⁷⁷.

Основні втручання щодо СІН (ВООЗ, Управління ООН з наркотиків та злочинності, ЮНЕЙДС):

1. ПГШ
2. ОЗТ та інші види лікування наркотичної залежності
3. Консультування та тестування на ВІЛ (КІТ)
4. АРТ
5. Профілактика і лікування ПСШ
6. Програми розповсюдження презервативів серед СІН та їхніх статевих партнерів
7. Цільова інформаційно-просвітницька і комунікаційна робота серед СІН та їхніх статевих партнерів
8. Вакцинація, діагностика і лікування ВГС
9. Профілактика, діагностика і лікування ТБ.

⁷¹ Curtis M. Building Integrated Care Services for Injection Drug Users in Ukraine. WHO Regional Office for Europe. World Health Organization, 2010.

⁷² МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

⁷³ Там само.

⁷⁴ Mimiaga, M.J. et al., "We fear the police, and the police fear us": Structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev, Ukraine AIDS Care, November 2010. 22(11): 1305–1313.

⁷⁵ Наказ МОЗ України від 27.03.2012 № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю».

⁷⁶ Там само.

⁷⁷ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

Національна відповідь на епідемію ВІЛ серед СІН

Україною впроваджуються всі три центральні елементи комплексного пакету профілактики ВІЛ серед СІН, як це рекомендовано оновленою політикою ПЕПФАР та технічним керівництвом з розробки профілактичних програм для СІН^{78,79}: (1) аутріч-програми і програми в громадах; (2) ПГШ, (3) лікування наркотичної залежності, в тому числі ЗПТ.

Доступ до послуг з профілактики та лікування



СІН є пріоритетною групою з огляду на заходи з протидії ВІЛ в Україні, якій в більшості регіонів надаються відповідні послуги. Рівень охоплення комплексними послугами з профілактики ВІЛ у 2011 році складав 54,1% (157 011 осіб)⁸⁰ і 55,5% – у 2012 році (171 958 осіб)⁸¹, що майже відповідає цільовому показнику ЗП – 60%⁸². Протягом 2012 року у понад 5 900 СІН було діагностовано ВІЛ, у 2011 році 7 339 представників СІН долучилися до програм ЗПТ і понад 2 200 – отримували АРТ⁸³.

У наступних розділах представлена детальна інформація про ключові компоненти послуг з профілактики і лікування ВІЛ для СІН.

(а) Аутріч-робота в громаді

Програми просвітницької роботи з населенням реалізуються в масштабах усієї країни; 171 958 СІН охоплено принаймні одним із елементів профілактичних послуг⁸⁴.

(б) ПГШ

Ці програми в Україні є невід'ємною частиною основного пакету послуг для СІН, що надається в рамках програми ГФ⁸⁵, і кількість програмних майданчиків, які надають цю послугу, зростає. В останні роки ПГШ стали доступними також через аптечну мережу –1667 аптек у 2011 році вже були залучені до впровадження цієї програми. У 2011 році середня кількість шприців, розповсюджених на одного СІН, складала 75,3⁸⁶.

47% з числа усіх респондентів-СІН в результаті біоповедінкового дослідження, проведеного Альянсом у 2011 році⁸⁷, повідомили, що протягом останніх 12 місяців в рамках ПГШ вони отрима-

⁷⁸ PEPFAR, Comprehensive HIV Prevention for People Who Use Drugs, Revised Guidance, July 2010, <http://www.pepfar.gov/documents/organization/144970.pdf>.

⁷⁹ World Health Organization (WHO), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (Geneva: WHO, 2009), p. 127.

⁸⁰ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

⁸¹ Програмні дані Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, надані проекту RESPOND протягом січня-квітня 2013.

⁸² Там само.

⁸³ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №37. – Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально-небезпечних захворювань; Український центр з профілактики СНІДу МОЗ України», Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського (Національна академія медичних наук України) – К. – 2012 р.

⁸⁴ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

⁸⁵ Там само.

⁸⁶ Там само.

⁸⁷ О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Ю.В. Середа та Я.О. Сазонова. Аналітичний звіт. Моніторинг поведінки та розповсюдженість ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідемоніторингу другого покоління (на основі результатів біоповедінкового дослідження 2011 року). МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Київ, 2012 рік.

ли безкоштовні голки і шприци (45% чоловіків та 53% жінок). Ще більше респондентів придбали інструментарій: 69% СІН (72% чоловіків та 60% жінок) повідомили, що вони купували голки і шприци.

СІН, які були клієнтами НУО, отримали більше безкоштовних послуг протягом останніх 12 місяців. Майже всі (95%) СІН-клієнтів НУО, отримали безкоштовні голки і шприци, а 39% їх придбали. В середньому вартість одного шприца становить 0,5 – 1,00 грн (6-12 центів) в залежності від розміру і виробника.

(в) Медикаментозне лікування (опіоїдна замісна терапія (ОЗТ))

Інформація, підтримка та лікування, що надаються в рамках програм ОЗТ, є важливими з огляду на зменшення впливу вживання наркотиків на поширення епідемії ВІЛ/СНІД в Україні. ОЗТ також може сприяти зменшенню кількості випадків спільного використання голки і шприців, що є розповсюдженим шляхом передачі ВІЛ.

Доступність ОЗТ була значною мірою розширена. Згідно з робочим звітом Українського центру СНІДу, у 2007 році лише 547 осіб отримували ОЗТ⁸⁸. Станом на жовтень 2012 року ОЗТ вже надавалася в усіх 27 адміністративно-територіальних одиницях України, в 147 пунктах для 7 339 пацієнтів, 90% з яких проходили замісну терапію метадон⁸⁹. Незважаючи на таке розширення ОЗТ, рівень охоплення залишається низьким у порівнянні з потребами: менш ніж 3% із 250 000 людей, які споживають опіоїдні наркотики, в Україні мають доступ до ОЗТ⁹⁰.

Наказом МОЗ № 161 доручено здійснювати постійний моніторинг ОЗТ та аналізувати найкращий досвід з метою розширення ОЗТ⁹¹. З цією метою Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні підтримав проведення трьохфазової оцінки ефективності ОЗТ^{92,93}. Рівні утримання клієнтів у програмах ОЗТ були високими. На першому етапі 83% клієнтів утримувалися в програмі протягом 6 місяців, 75% – протягом 12 місяців⁹⁴. На другому етапі 92% пацієнтів, які вживали бупренорфін, утримувалися у програмі понад 6 місяців. На третьому етапі 76% пацієнтів, які вживали метадон, утримувалися у програмі понад 18 місяців. Протягом 6-місячного періоду лікування спостерігалися статистично значущі зміни у стані та поведінці клієнтів:

- на 75% знижено рівень вживання опіоїдів, канабісу та кількох наркотиків одночасно протягом останніх 30 днів;
- покращення загального стану здоров'я (50% зростання);
- зниження на 65% депресивних станів, тривожності, агресії та спроб самогубства;
- зниження рівня ризикованої поведінки, найбільше пов'язаної з ризиком уживання ін'єкційних наркотиків (до 82%), меншою мірою – з ризиком статевої поведінки та татування;
- зниження незаконних доходів та кримінальної діяльності протягом останніх 30 днів на 70% – 90%;
- підвищення рівня соціальної інтеграції (кількість робочих днів на місяць збільшилася вдвічі).

За даними звіту з моніторингу, можливість проведення, безпечність та ефективність ОЗТ були однаково високі на всіх етапах, незалежно від препарату (чи то бупренорфін, чи метадон)⁹⁵.

⁸⁸ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

⁸⁹ <http://ukraids.gov.ua/index.php/uk/statystyka/profilaktyka/zamisna-pidtrimovalna-terapiya>.

⁹⁰ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

⁹¹ Наказ МОЗ України від 13.04.2005 № 161 «Про розвиток та удосконалення замісної підтримуючої терапії для профілактики ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків». http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050413_161.html.

⁹² Uchtenhagen, A., Schaub, M. Final Monitoring and Evaluation Report on Opioid Substitution Treatment in Ukraine: outcomes from 3 phases of research. Research Institute for Public Health and Addiction associated with Zurich University a WHO Collaborating Centre, June 08, 2010.

⁹³ Дворяк С.В. Оцінка ефективності програм замісної підтримувальної терапії бупренорфіном в Україні / Дворяк С.В., Штенгелов В.В. // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 2009. – Т.1. №1 (1). – С. 45-52.

⁹⁴ Там само.

⁹⁵ Там само.

(б) Консультування і тестування на ВІЛ (КіТ)

Відповідно до результатів дослідження, проведеного Альянсом, майже дві третини (65,9%) СІН вказали, що вони проходили тестування на ВІЛ (більше жінок і літніх людей-СІН). З них 55,8% були протестовані протягом останніх 12 місяців. У 2011 році 35,7% СІН були протестовані протягом останніх 12 місяців і знали результати тестування, що є збільшенням кількості протестованих у порівнянні з 26% у 2009 році⁹⁶.

(в) АРТ для ЛЖВ

Доступ до АРТ в Україні в останні роки значно розширився. Співпраця між державними медичними установами, НУО та спільнотами ЛЖВ, сприяла розширенню послуг АРТ. Однак, незважаючи на те, що СІН складають найбільше число випадків інфікування ВІЛ, вони становлять лише 8,3% осіб, які отримують АРТ, не включаючи тих, хто отримують АРТ разом із ЗПТ. На кінець 2011 року СІН склали 48% всіх ВІЛ-інфікованих у віці 15 років і старше, які перебували на диспансерному обліку⁹⁷. СІН складають 10,3% людей, які очікують на АРТ; низька частка активних споживачів наркотиків вказує на те, що СІН загалом мають обмежений доступ до лікування та медичного обслуговування⁹⁸.

У 2011 році частка ВІЛ-позитивних СІН, які перебували на лікуванні 12 місяців після початку АРТ, складала 73,24%, тих, що перебували на лікуванні понад 60 місяців – 61,7%, що є значно нижче, ніж серед усіх осіб, які отримують АРТ⁹⁹. Найвищі рівні захворюваності і смертності, пов'язані зі СНІДом, спостерігаються серед СІН, що пояснюється їх пізньою постановкою на медичний облік, супутніми захворюваннями, депресією, негативними життєвими подіями, пізнім початком АРТ та низьким рівнем прихильності до лікування^{100,101}.

Однією зі спроб вирішення цієї проблеми було створення центрів інтегрованої допомоги (ЦІД)¹⁰², для чого найбільш придатними були визнані Центри СНІД^{103,104}. Однак лише три такі Центри були перетворені в ЦІД, в той час, як вони існують на базі трьох поліклінік, чотирьох тубдиспансерів та восьми психіатричних клінік¹⁰⁵.

(г) Розповсюдження презервативів серед СІН та їхніх статевих партнерів

Розповсюдження презервативів серед СІН є частиною комплексного пакету послуг, що надаються СІН за підтримки ГФ¹⁰⁶.

Комплексне біоповедінкове дослідження, проведене в 2011 році¹⁰⁷, виявило, що 47% опитаних СІН отримали презервативи протягом останнього року через пункти аутріч-роботи, пункти обміну шприців, консультаційні центри та інші організації. Рівень охоплення був вищим серед СІН-клієнтів НУО, адже 90% із них отримали презервативи протягом останнього року. 28% СІН, які

⁹⁶ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

⁹⁷ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №37. - Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально-небезпечних захворювань; Український центр з профілактики СНІДу МОЗ України», Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського (Національна академія медичних наук України) – К – 2012 р.

⁹⁸ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

⁹⁹ Там само.

¹⁰⁰ Там само.

¹⁰¹ Mimiaga, M.J. et al., "We fear the police, and the police fear us": Structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev, Ukraine AIDS Care, November 2010. 22(11): 1305–1313.

¹⁰² Упровадження інтегрованих послуг для осіб із наркотичною залежністю в закладах охорони здоров'я. Практичний посібник, колектив авторів, упорядник К.В. Думчев. www.uiphp.org.ua/media/1400.

¹⁰³ Там само.

¹⁰⁴ Curtis, M. Building Integrated Care Services for Injection Drug Users in Ukraine. World Health Organization, 2010.

¹⁰⁵ <http://www.uiphp.org.ua/ua/resursnycenterip/modelicip>.

¹⁰⁶ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

¹⁰⁷ О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Ю.В. Серета та Я.О. Сазонова. Аналітичний звіт. Моніторинг поведінки та розповсюдженість ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідемоніторингу другого покоління (на основі результатів біоповедінкового дослідження 2011 року). МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Київ, 2012 рік.

мали статеві контакти протягом останнього місяця, вказали, що купували презервативи. Для статевих партнерів СІН програми відсутні.

Послуги для жінок-СІН з урахуванням гендерних факторів

Інновації, що розроблюються та впроваджуються в Україні, включають послуги для жінок-СІН з урахуванням гендерних факторів¹⁰⁸. Альянс та п'ять НУО реалізували пакет послуг і провели оцінку їх запровадження у 2010–2011 роках. В рамках цієї програми надавалася підтримка жінкам в отриманні доступу до ПЗШ шляхом зменшення перешкод до послуг для жінок та надання послуг у фізично й емоційно безпечних умовах.

Результат покращення якості послуг знайшов своє відображення в підвищенні рівня участі у проєкті, зростанні рівня знань про ризиковані практики вживання ін'єкційних наркотиків та статеву поведінку, а також в більшій мотивації жінок-СІН вдаватися до більш безпечних практик¹⁰⁹.

«Групові сесії допомогли мені подолати свій страх інфікування ВІЛ, мінімізувати вживання наркотиків і навіть знайти нових друзів, які піклуються про мене. Життя не виглядає для мене похмурим, як було раніше!» – клієнт НУО «Оберіг»¹¹⁰.

Дослідження, проведене Альянсом, показало, що є багато потреб у гендерних послугах для жінок-СІН. Цей недолік був особливо помітний серед послуг, які спрямовані на соціальні або психологічні потреби. У порівнянні з чоловіками, жінки-СІН висловили високу необхідність у консультуваннях, групах підтримки, безпечному середовищі саме для жінок, а також заходах, які б давали їм відчуття особистої причетності до корисної справи. Як виявилось, ці види послуг були менш поширені, ніж послуги, пов'язані з медичними потребами (наприклад, консультації гінеколога).

Висновки

В цілому результати оцінки ЗП, проведеної наприкінці 2012 року, вказують на помірний прогрес у заходах протидії ВІЛ серед СІН:

- показник поширеності ВІЛ стабілізувався, є екологічні докази того, що участь СІН у профілактичних програмах була пов'язана із зниженням рівня поширеності ВІЛ;
- покращився доступ до послуг з КіТ;
- рівень використання презервативів залишається незмінним;
- рівень охоплення ЗПТ збільшився втричі, але вона все ще потребує розширення;
- розроблені і довели свою ефективність послуги для жінок-СІН з урахуванням гендерних факторів,
- СІН отримують АРТ¹¹¹.

Незважаючи на певні успіхи, передача ВІЛ, пов'язана зі вживанням наркотиків, не зменшує свого пагубного впливу на розвиток епідемії в Україні. Серед **слабких сторін і недоліків** національних заходів з протидії ВІЛ серед СІН найбільш актуальними є такі.

Правові та політичні питання

- Криміналізація вживання наркотиків обмежує участь СІН у програмах профілактики ВІЛ^{112,113}.
- Залишаються проблеми, пов'язані з утилізацією в результаті ПГШ.

¹⁰⁸ Шульга Л. та інші. «Розробка підходів до профілактики ВІЛ серед жінок, які вживають ін'єкційні наркотики, з врахуванням гендерних факторів», Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2011 рік.

¹⁰⁹ Там само.

¹¹⁰ Там само.

¹¹¹ Horstman, R. Assessment of the National HIV/AIDS program implementation in 2009-2012: Presentation for Stakeholders at the meeting of the National AIDS Council, 17 December 2012, Ukraine.

¹¹² Strathdee SA, Hallett TB, Bobrova N, et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet*, 2010; 376(9737): 268-284.

¹¹³ How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic: Report of the Global Commission on Drug Policy. June 2012.

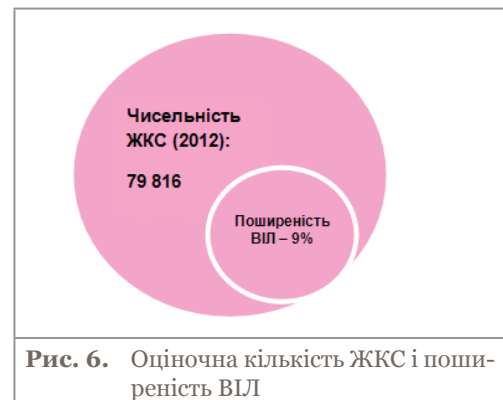
- Необхідно розширити надання ЗПТ в місцях обмеження волі, пологових відділеннях, на базі Центрів СНІДу та протитуберкульозних диспансерів, а також для важкодоступних груп населення.
- Відсутнє державне фінансування просвітницьких заходів серед населення, заходів ЗШ та ЗПТ^{114,115}.

Стратегічна інформація

- Оперативні дослідження стигми і насильства, яких зазнають чоловіки-СІН та жінки-СІН, сприятимуть розробці, реалізації та наданню програм і послуг.
- Недостатніми є дані про рівень захворюваності СІН на ТБ та ІПСШ.

Профілактичні послуги

- Заходи ЗШ слід розширити за межами ПГШ, оскільки існують чисельні ризики, спричинені вживанням ін'єкційних наркотиків. Більше уваги слід приділяти практикам, пов'язаним із придбанням та використанням попередньо заповнених шприців, а також із підготовкою та розповсюдженням наркотиків через спільний ін'єкційний інструментарій, переливання наркотика з одного шприца в інший.
- Недостатній скринінг, діагностика та лікування ВГС¹¹⁶ та ТБ серед представників ГР.
- Необхідно якомога швидше охопити послугами статевих партнерів СІН. Є дані про те, що передача ВІЛ статевим шляхом, не пов'язана з уживанням наркотиків, є незначною, що вимагає приділення більшої уваги статевим партнерам СІН¹¹⁷, у тому числі застосування гендерно-перетворюючих підходів для чоловіків, оскільки багато партнерів не вживають ін'єкційних наркотиків.
- Слід розширити обсяги та географічне охоплення програм для жінок-СІН з урахуванням гендерних факторів. Жінки-СІН висловили необхідність розширення доступу до ПЗШ, а також до послуг, які стосуються соціальних і психологічних потреб, забезпечення безпечного виключно жіночого середовища та заходів, які б давали їм відчуття причетності до корисної справи¹¹⁸.
- Необхідно запровадити роботу з чоловіками-СІН з урахуванням гендерних факторів з метою більш активного залучення чоловіків до КіТ, ЗПТ та АРТ, а також з метою зниження ризиків всередині груп СІН, щоб жінки першими здійснювали ін'єкцію, а також серед пар.
- СІН мають більш широкий віковий спектр, ніж раніше, що ускладнює роботу з ними в межах профілактичних програм^{119,120}.
- Необхідно приділити більше уваги первинній профілактиці вживання наркотиків та профілактиці переходу молоді на ін'єкційні наркотики¹²¹.



¹¹⁴ Judice, N., O. Zaglada, and R. Mbuya-Brown. HIV Policy Assessment: Ukraine. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project, 2011.

¹¹⁵ Curtis M. Building Integrated Care Services for Injection Drug Users in Ukraine. World Health Organization 2010

¹¹⁶ Там само.

¹¹⁷ Abdul-Quader, A., Konstantin Dumchev, Yuri Kruglov, George Rutherford, Tetyana Salyuk, Charles Vitek. Ukraine HIV Data Synthesis Project. Draft Final Report, September 13, 2012.

¹¹⁸ Шульга, Л. та інші. «Розробка підходів до профілактики ВІЛ серед жінок, які вживають ін'єкційні наркотики з врахуванням гендерних факторів», Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2011 рік.

¹¹⁹ Arin Dutta, Andrea Wirtz, Anderson Stanciole, Robert Oelrichs, Iris Semini, Stefan Baral, Carel Pretorius, Caroline Haworth, Shannon Hader, Chris Beyrer, and Farley Cleghorn. The Global Epidemics among People Who Inject Drugs. Washington, DC: World Bank. 2013.

¹²⁰ Vitek, C. HIV and IDU in Ukraine: Regional Workshop on Drug Use and HIV in Eastern Europe and Central Asia, 2011, Kyiv.

¹²¹ О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Ю.В. Серета та Я.О. Сазонова. Аналітичний звіт. Моніторинг поведінки та розповсюдженість ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідемоніторингу другого покоління (на основі результатів біоповедінкового дослідження 2011 року). МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Київ, 2012 рік.

Послуги з лікування

- Низький рівень участі СІН, які отримують АРТ¹²².
- Необхідно виявляти і лікувати ВІЛ-позитивних СІН на ранніх стадіях інфікування.
- Необхідно посилити співпрацю між медичним установам та НУО для забезпечення своєчасного та повного доступу до медичних послуг, більшої прихильності до АРТ серед СІН, а також для подальшого розширення ЗПТ¹²³ для зменшення втрати СІН, які були діагностовані як ВІЛ-позитивні, шляхом швидкого тестування під час переадресації їх між НУО та Центрами СНІДу¹²⁴.

2.2. Жінки комерційного сексу (ЖКС)

ЖКС є однією з ГР, уразливих до ВІЛ. Останні дані епідемічного нагляду вказують на те, що все більше випадків інфікування ВІЛ відбуваються через статевий контакт і що мережі ЖКС відіграють значну роль у динаміці передачі ВІЛ в Україні¹²⁵. Оскільки даних про чоловіків секс-бізнесу мало, у цьому розділі основну увагу приділено ЖКС.

Дослідження показують, що працівники секс-бізнесу в Україні – це, як правило, жінки віком 20–29 років (56%), з повною середньою або середньою професійною освітою (52%), а також безробітні (45%)¹²⁶. Для значної більшості (77%) ЖКС секс-бізнес є основним джерелом доходу. В усіх регіонах України рівень доходів ЖКС є середнім або низьким, як у жіночої частини загального населення¹²⁷.

Епідеміологічна ситуація

Оцінка чисельності. У 2012 році на основі даних біоповедінкового дослідження та офіційної статистики було розраховано кількість представників ЖКС в країні, яка, згідно з проведеним дослідженням, склала 79 816 ЖКС¹²⁸. Сюди не входять ЖКС-СІН. Найбільше представників ЖКС у трьох областях: Донецькій (10 700), Дніпропетровській (9 800) та Одеській (7 100).

Попередні оцінки кількості ЖКС вказували на їх більшу кількість: від 65 000 до 93 000¹²⁹. Однак організації, які проводили ці оцінки, наполягають на даних 2012 року, оскільки дані попередніх років не можна порівнювати через застосування різної методології та версій програмного забезпечення¹³⁰.

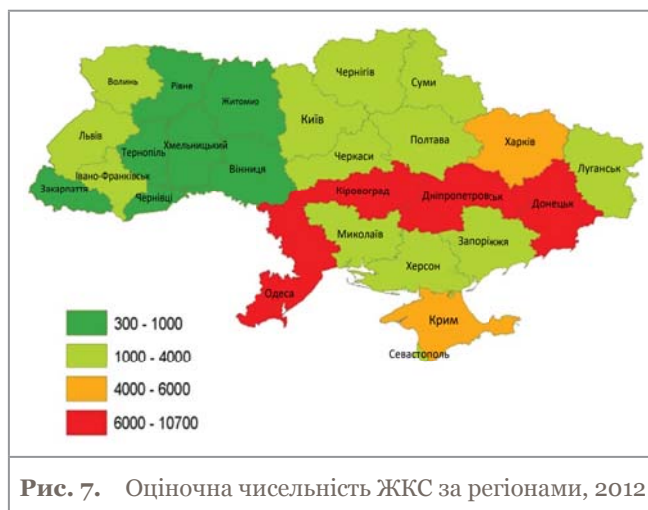


Рис. 7. Оціночна чисельність ЖКС за регіонами, 2012

¹²² Arin Dutta, Andrea Wirtz, Anderson Stanciole, Robert Oelrichs, Iris Semini, Stefan Baral, Carel Pretorius, Caroline Haworth, Shannon Hader, Chris Beyrer, and Farley Cleghorn. *The Global Epidemics among People Who Inject Drugs*. Washington, DC: World Bank. 2013.

¹²³ МОЗ України. *Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу*. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

¹²⁴ Arin Dutta, Andrea Wirtz, Anderson Stanciole, Robert Oelrichs, Iris Semini, Stefan Baral, Carel Pretorius, Caroline Haworth, Shannon Hader, Chris Beyrer, and Farley Cleghorn. *The Global Epidemics among People Who Inject Drugs*. Washington, DC: World Bank. 2013.

¹²⁵ Оцінка реалізації Національної програми зі СНІДу в Україні: зведений звіт. ЮНЕЙДС, Україна. Київ, 2012 рік.

¹²⁶ Грушецький А. (2012 рік) Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року).

¹²⁷ Там само.

¹²⁸ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень, № 38, Київ, 2012.

¹²⁹ Аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2009 рік. – Київ, 2010.

¹³⁰ Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2012 року. Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Київ - 2012 р. www.unaids.org.ua/files/National_Estimates_on_HIVAIDS_in%20Ukraine_2012_Ukr.doc.

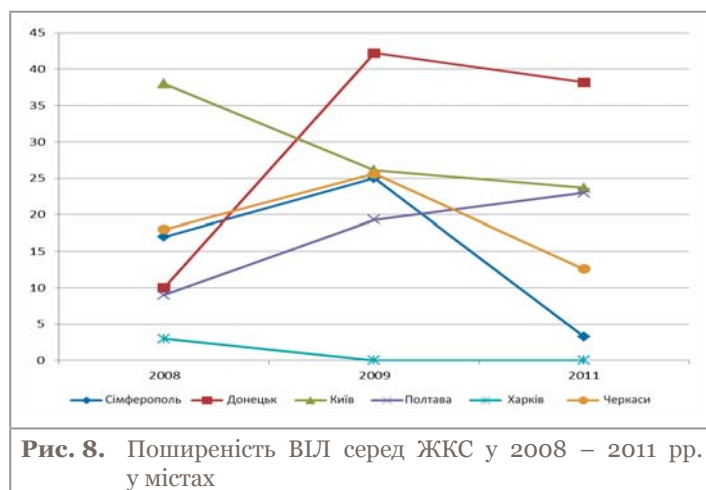


Рис. 8. Поширеність ВІЛ серед ЖКС у 2008 – 2011 рр. у містах

Поширеність ВІЛ-інфекції. Оскільки випадки інфікування ВІЛ серед ЖКС не реєструються в Україні, поширеність ВІЛ визначається через біоповедінковий нагляд. Моніторингове дослідження 2011 року виявило поширеність ВІЛ серед ЖКС на рівні 9%¹³¹. Рівень поширеності ВІЛ був вищий з віком: 13% ЖКС віком понад 25 років мали позитивний результат тестування на ВІЛ у порівнянні з 3% ЖКС, які молодші 25 років¹³².

Поширеність ВІЛ також варіює за містами в межах від 0% до 38%. Міста з найвищою поширеністю ВІЛ – Донецьк (38,2%), Київ (23,7%) та Полтава (23%)¹³³.

Дані свідчать про те, що в результаті впровадження профілактичних програм передача ВІЛ серед ЖКС знизилася¹³⁴. У період з 2008 по 2011 рік, наприклад у Києві, в результаті програмного охоплення показник поширеності ВІЛ знизився з 38% до 23,7%¹³⁵.

ПСП. Згідно з результатами біоповедінкового моніторингового дослідження, проведеного Альянсом у 2011 році, 6% ЖКС мали позитивний результат тестування на сифіліс та 3% мали гепатит В¹³⁶.

ТБ. Дані про захворюваність на туберкульоз серед ЖКС відсутні.

ВГС. Вивчення результатів моніторингового дослідження 2011 року виявило поширеність ВГС серед ЖКС на рівні 12%. ВГС переважно спостерігається серед ЖКС-СІН: 48% ЖКС, які вживали ін'єкційні наркотики, мали ВГС у порівнянні з 8% ЖКС, які ніколи не вживали наркотики¹³⁷.

Ризикова статева поведінка

Типи та кількість партнерів

Згідно з результатами біоповедінкового моніторингового дослідження 2011 року, ЖКС мали в середньому 7,6 комерційних партнерів на тиждень¹³⁸. Цей середній показник варіювався в залежності від того, яким чином ЖКС знаходили своїх клієнтів, від уживання наркотиків та участі в програмах НУО. ЖКС, які знаходили комерційних партнерів на вулиці, мали в середньому 10,5 таких партнерів на тиждень, а ті, хто знаходили клієнтів у готелях, барах та саунах, мали 5,7 партнерів на тиждень. ЖКС, які знаходили собі клієнтів по телефону, мали в середньому 5 клієнтів на тиждень. ЖКС-СІН мали більше комерційних клієнтів на тиждень (8,6), ніж ті, хто не вживав наркотики (7,5). ЖКС, охоплені програмами НУО, мали 9,9 клієнтів на тиждень, у той час як ті, хто не був охоплений такими програмами, мали 5 клієнтів.

Протягом тижня, що передував дослідженню, окрім комерційних партнерів, 33% ЖКС мали постійного партнера, 12% мали одного випадкового партнера. Протягом минулого року 51% ЖКС мали одного постійного партнера, а 34% мали одного випадкового некомерційного партнера.

¹³¹ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

¹³² Там само.

¹³³ Там само.

¹³⁴ Abu Abdul-Quader, Konstantin Dumchev, Yuri Kruglov, George Rutherford, Tetyana Salyuk, Charles Vitek. Ukraine HIV Data Synthesis Project. Draft Final Report, September 13, 2012.

¹³⁵ Там само.

¹³⁶ Грушецький А. (2012 рік) Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року).

¹³⁷ Там само.

¹³⁸ Там само.

Використання презервативів з комерційними клієнтами. При регулярному використанні презервативи – ефективний захист від ВІЛ-інфекції. За результатами біоповедінкового моніторингового дослідження 2011 року, переважна більшість ЖКС (92%) використовували презерватив з останнім клієнтом¹³⁹.

Однак використання презервативів – нерегулярне. 74% ЖКС повідомили про те, що протягом місяця перед проведенням дослідження вони використовували презерватив під час вагінального сексу, 68% – під час анального і 58% – під час орального сексу. Регулярність використання презервативів була нижчою серед ЖКС-СІН; 65% регулярно використовували презерватив під час вагінального сексу, а 57% – під час анального. Серед тих ЖКС, які знають, що вони ВІЛ-інфіковані, 72% використовували презерватив під час вагінального сексу і 76% – під час анального сексу¹⁴⁰.

ЖКС, які були клієнтами НУО, повідомили про вищий рівень регулярного використання презервативу: 83% постійно використовували презервативи у порівнянні з 64% тих, хто не є клієнтами НУО.

У порівнянні з 2008–2009 роками, частка тих, хто не бажав надавати послуги без використання презерватива, збільшилася з 47% до 60%. В той же час більше третини осіб надають послуги без презервативів; 37% ЖКС сказали, що вони надавали секс-послуги без презервативів за певних обставин, наприклад, постійному клієнту, якого вони добре знають або довіряють йому, а також за додаткову плату. Ще 2% ЖКС мали бажання займатися незахищеним сексом у будь-який час. Результати іншого дослідження¹⁴¹, проведеного Альянсом, свідчать, що 66% ЖКС надавали секс-послуги без презервативів, при цьому 45% це робили добровільно. Окрім нерегулярного використання презервативів, понад третина ЖКС (35%) використовували їх неправильно.

Основними причинами незахищених статевих контактів з комерційними клієнтами були такі: клієнт наполягав (42,7%), клієнт заплатив більше (21,3%), не думала, що це було необхідно (14,3%), не мала презерватива (13,7%), віддала перевагу сексу без презерватива (12,7%), а також внаслідок вживання алкоголю або наркотиків (9,6%)¹⁴².

Використання презерватива з некомерційними партнерами. За результатами біоповедінкового моніторингового дослідження 2011 року, випадків використання презервативів з випадковими, некомерційними партнерами було менше, ніж з комерційними партнерами, але більше, ніж з постійними. У 2011 році 82% ЖКС, які мали випадкового партнера в минулому році, використовували презерватив під час останнього статевого акту. 71% ЖКС, які мали випадкового партнера, повідомили, що регулярно використовували презервативи протягом останнього місяця¹⁴³.

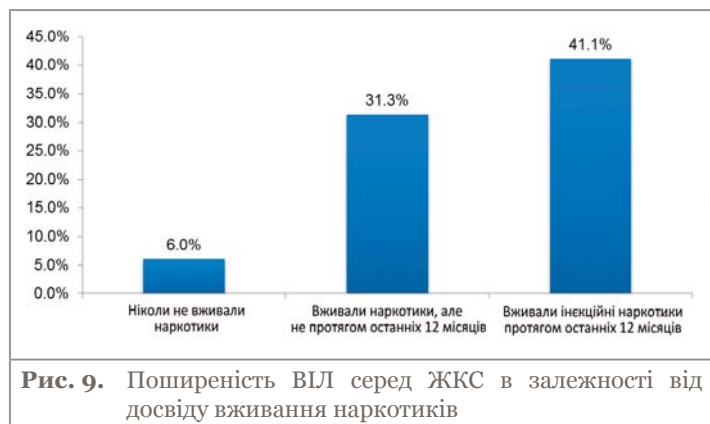


Рис. 9. Поширеність ВІЛ серед ЖКС в залежності від досвіду вживання наркотиків

Рівень використання презервативів з постійним партнером був найнижчим. Половина (50%) ЖКС, які мали постійного партнера, використовувала презерватив під час останнього статевого акту. Регулярне використання презервативів з постійними партнерами протягом минулого місяця було наступним: 37,1% використовували презерватив під час вагінального сексу, 36,1% – під час анального сексу і 27,0% – під час орального сексу.

¹³⁹ Там само.

¹⁴⁰ Там само.

¹⁴¹ Аналитический отчет «Изучение причин, влияющих на проявление насилия по отношению к ЖСБ, как фактора повышенного риска инфицирования ВИЧ». – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 127 с.

¹⁴² МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

¹⁴³ Грушецький А. (2012 рік) Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідеміологічного нагляду за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року).

Більшість ЖКС, які є клієнтами НУО, повідомляли, що регулярно використовують презервативи з некомерційними партнерами. Що стосується випадкових партнерів, 80% ЖКС-клієнтів НУО повідомили, що регулярно використовують презервативи у порівнянні з 60% тих, які не є клієнтами НУО. 42% ЖКС-клієнтів НУО використовували презервативи з постійними партнерами під час вагінального сексу у порівнянні з 32%, які не є клієнтами НУО¹⁴⁴.

Те ж саме біоповедінкове дослідження, проведене Альянсом, показало, що тільки 40% ЖКС, які живуть з ВІЛ, використовують презервативи під час вагінального сексу з постійним партнером¹⁴⁵.

Перехресні ризики. Вживання ін'єкційних наркотиків є значним фактором ризику інфікування ВІЛ серед ЖКС, оскільки підвищує загальний ризик передачі ВІЛ у мережах ЖКС.

В цілому 16% ЖКС вживали наркотики, а 8% вживали ін'єкційні наркотики протягом останніх 12 місяців, що передували зазначеному дослідженню. З тих, хто вживав наркотики, 59% вживали опіати і 57% – стимулятори¹⁴⁶.

Поширеність ВІЛ, згідно з дослідженням, була значно вищою серед цієї підгрупи населення: 41,1% ЖКС-СІН протягом останніх 12 місяців, у порівнянні з 31,3% ЖКС, які вживали наркотики раніше, а не в минулому році, і 6% – серед ЖКС, які ніколи не вживали наркотиків¹⁴⁷. Крім того, ВІЛ-інфекція значною мірою асоціювалася з продажем секс-послуг СІН¹⁴⁸.

Знання про ВІЛ. У 2011 році трохи більше половини ЖКС мали знання про передачу ВІЛ, 56% змогли правильно назвати шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ і знають шляхи, якими ВІЛ не передається¹⁴⁹. ЖКС віком старше 25 років мали кращі знання (59%), ніж ті, хто був молодше 25 років (51%). ЖКС-клієнти програм НУО були краще обізнані (64%), ніж ті, хто не користувався послугами НУО (46%)¹⁵⁰.

Психічне здоров'я. Дослідження, проведене у 2012 році, виявило, що ЖКС мають ряд проблем, пов'язаних із психічним здоров'ям. ЖКС проявили низький рівень готовності йти на контакт з іншими людьми і високий рівень агресивності, який у конфліктних ситуаціях потенційно призводить до деконструктивної поведінки. Рівень самозадоволення був значно нижче серед ЖКС, ніж інші показники самооцінки, хоча ЖКС намагаються зовні здаватися сильними. В результаті аналізу було зроблено висновок, що ці почуття можуть призводити до депресії¹⁵¹.

ГН і примус. ЖКС постійно стикаються із вкрай високим рівнем насильства, яке підвищує ризик інфікування ВІЛ та їхню уразливість. В минулому році ЖКС зазнавали такі види насильства: психологічне (97%), сексуальне (96%), фізичне (84%) та економічне (74%), коли, наприклад, їм не заплатили за послуги або їхні гроші і речі викрали¹⁵². Основними винуватцями насильства були їхні клієнтами і співробітники правоохоронних органів. Протягом минулого року 85% ЖКС принаймні один раз зазнавали сексуальне насильство: 70% ЖКС примушували займатися сексом без презерватива, 67% примушували займатися сексом таким чином, яким вони не бажали, і 40% зазнали гвалтування¹⁵³. Представники міліції були більш схильні чинити психологічне (53%), фізичне (38%) або економічне насильство (34%), ніж сексуальне (17%)¹⁵⁴. Аналіз насильства виявив значні зв'язки між його різними видами: якщо ЖКС зазнавали один із видів насильства, то існувала велика вірогідність, що вони зазнавали декілька його видів¹⁵⁵. ЖКС-СІН, повідомили про те, що зазнавали більше сексуального та економічного насильства, ніж ті, хто не є СІН¹⁵⁶. Результати дослідження виявили відмінності в насильстві за місцем роботи. ЖКС, які знаходять клієнтів на вулиці, шосе та в інших громадських місцях, піддавалися найвищому ризику насильства.

¹⁴⁴ Там само.

¹⁴⁵ Там само.

¹⁴⁶ Там само.

¹⁴⁷ Там само.

¹⁴⁸ Там само.

¹⁴⁹ Там само.

¹⁵⁰ Там само.

¹⁵¹ Там само.

¹⁵² Артюх О.В., Білоносова Н., Варбан М., Демченко І., Костючок М., Матіяш О., Пивоварова Н., Плюща А. «Дослідження причин, що впливають на прояви насильства щодо ЖКС як фактор підвищеного ризику інфікування ВІЛ». Оперативний огляд: короткі підсумки. Київ, Україна: МБФ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД, 2012 рік.

¹⁵³ Там само.

¹⁵⁴ Там само.

¹⁵⁵ Там само.

¹⁵⁶ Там само.

ЖКС не завжди вважають жорстоке ставлення до них насильством – це обмежує превентивні заходи та/або кількість повідомлень про випадки насильства, звернення по медичну допомогу. Якщо ЖКС та її клієнт домовилися про акт насильства заздалегідь (наприклад, побиття), або якщо вона отримала грошову винагороду після такого акту, ЖКС часто пере kwalіфікували таке насильство як «особливий професійний стан»¹⁵⁷.

«Насильство – це те, як ви сприймаєте поведінку клієнтів. Якщо вас б'ють і принижують, але платять більше, ніж було домовлено, на мій погляд, це не насильство. Але якщо вам за це не заплатили і примушують загрозами мовчати про «перебір», це й є насильство. Все може бути вирішено за певну суму ...» – ЖКС.

Більшість ЖКС (74%) нікуди не зверталися по допомогу після того, як зазнали насильства¹⁵⁸. Експерти вказують на взаємозв'язок між насильством і страхом, а також між насильством і самоосудом (тобто ЖКС вважають, що «самі винні в усьому»)¹⁵⁹.

Стигма і дискримінація. За даними дослідження індексу стигми¹⁶⁰, статус ЖКС посилює стигму, пов'язану з ВІЛ. ЛЖВ, які належали до певної ГР, наприклад, ЖКС, повідомили про вищий рівень стигми (77%), ніж ті, які не належали до ГР (42%). Крім того, серед ЛЖВ-ЖКС рівень само-стигматизації – вищий, ніж серед ЛЖВ, які не надають комерційних секс-послуг. Приблизно третина (35%) ЖКС приписують стигму та дискримінацію, яких вони зазнають, неприйняттю їхнього способу життя і поведінки.

Страх бути «записаним», як ЖКС, є основною перешкодою для ЖКС в отриманні медичних послуг та послуг з ВІЛ, у тому числі, що стосується повідомлення про випадки ГН та звернення по допомогу з приводу ГН¹⁶¹.

Поведінкові характеристики клієнтів ЖКС

Соціально-демографічний склад опитаних клієнтів ЖКС¹⁶² є таким: здебільшого це чоловіки середнього віку (30–44 років, 56%), які, на відміну від інших клієнтів ЖКС, мають вищу освіту. В основному клієнти ЖКС проживають у заможних домогосподарствах, і їхнє матеріальне становище суттєво ліпше у порівнянні з людьми, які проживають у містах, де проходило опитування. Клієнти значною мірою відрізняються за професійною належністю, хоча серед них відносно переважають бізнесмени (33%). Майже половина клієнтів перебуває в офіційному або неофіційному (незарєєстрованому) шлюбі (45%).

Здебільшого клієнти ЖКС використовують різноманітні способи знаходження ЖКС, хоча найбільш поширеними є пошук на вулиці (55%), в казино, барі, на дискотеці тощо (43%), на шосе (38%), через телефон або Інтернет (38%). В основному опитані регулярно користуються послугами ЖКС – майже половина (45%) користується такими послугами не рідше одного разу на місяць, а переважна більшість (74%) – не рідше одного разу на два – три місяці. Слід також зауважити, що більшість клієнтів (58%) мали понад п'ять різних комерційних партнерів за останні 12 місяців.

За результатами дослідження, лише 23% клієнтів завжди використовували презерватив під час орального сексу. Показник для вагінального сексу є значно вищим – 69%, але він все одно засвідчує велику кількість тих, хто практикував незахищений секс. Загрозливим є цей показник для анального сексу – лише 57%. З випадковими партнерами показник постійного використання презерватива складає 63%.

Абсолютна більшість клієнтів (94%) повідомили, що вони можуть завжди купувати презервативи, коли їм це потрібно, тобто проблема непостійного використання лежить не у фінансовій площині, а пов'язана з іншими мотивами.

¹⁵⁷ Там само.

¹⁵⁸ Там само.

¹⁵⁹ Там само.

¹⁶⁰ Демченко І.Л. та ін. Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс стигми. Аналітичний звіт за результатами дослідження. – К., 2011.

¹⁶¹ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

¹⁶² Грушецький А. та інші. «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед клієнтів ЖКС, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» (аналітичний звіт, Київ, 2010 р.).

Лише половина клієнтів (48%) проходила тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримала його результат.

Нормативно-правова база

Прогресивна політика України щодо декриміналізації комерційного сексу підготувала ґрунт для активних національних заходів з протидії ВІЛ, зокрема у ЗП ЖКС визначені як група ризику щодо інфікування ВІЛ. Однак у законодавстві відсутні антидискримінаційні положення щодо ЖКС, а адміністративна відповідальність сприяє зловживанню владою з боку працівників правоохоронних органів, створює перешкоди у наданні та отриманні послуг¹⁶³. Як результат, реалізація програми та надання послуг залишаються складними.

Ще один із недоліків у нормативній базі стосується заходів з протидії ГН. В Україні є ефективне законодавство, що забороняє сексуальне насильство, але в законодавчих актах і програмах у сфері протидії ВІЛ/СНІД майже не приділяється уваги ГН. Відсутні також клінічні протоколи і рекомендації щодо надання послуг жертвам ГН¹⁶⁴, що обмежує підтримку ЖКС, які часто зазнають насильства.

Основні компоненти мінімального пакету послуг для ЖКС (ЦКЗ):

- Взаємне навчання та просвітницька робота
- Презервативи та лубриканти
- Обстеження на ІПСШ та лікування
- Консультування і тестування на ВІЛ (КіТ)
- Догляд та лікування ВІЛ
- Доступ до інших медичних /соціальних послуг (репродуктивне здоров'я, планування сім'ї, профілактика вертикальної передачі ВІЛ, пост-контактна профілактика, зловживання психоактивними речовинами, права, психологічна підтримка)

Національні заходи з протидії ВІЛ серед ЖКС

В рекомендаціях ЮНЕЙДС визначені 3 основні принципи в реалізації заходів з протидії ВІЛ серед ЖКС: забезпечення загального доступу до комплексної профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки; створення сприятливого середовища, посилення партнерства та розширення вибору, а також зниження уразливості та вирішення структурних проблем¹⁶⁵. В Україні на основі цих принципів розробляється пакет послуг для ЖКС.

Доступ до профілактики, лікування та підтримки

За даними моніторингу, рівень охоплення ЖКС послугами складає 36,4% (29 043 представниці ЖКС у 2012 році), що є збільшенням у порівнянні з 9% у 2007 році¹⁶⁶.

Рівні охоплення ЖКС профілактичними програми також вивчалися в рамках біоповедінкового моніторингу¹⁶⁷. У 2011 році 62% із вибірки ЖКС були охоплені послугами з профілактики¹⁶⁸. Ці ЖКС були клієнтами НУО (мали карту або індивідуальний код).

ЖКС, які не були клієнтами НУО, мали набагато менше шансів отримати будь-який вид послуг з профілактики (22%). Рівень охоплення послугами також був нижчий серед ЖКС віком молодше 25 років, які не працювали на вулиці, не вживали ін'єкційні наркотики і не були ВІЛ-позитивними¹⁶⁹.

¹⁶³ National Report on Monitoring Progress Towards the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS Reporting period: January 2008–December 2009.

¹⁶⁴ Judice, N., O. Zaglada, and R. Mbuya-Brown. (2011). HIV Policy Assessment: Ukraine. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.

¹⁶⁵ UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work, 2009.

¹⁶⁶ Abdul-Quader, A., Konstantin Dumchev, Yuri Kruglov, George Rutherford, Tetyana Salyuk, Charles Vitek. Ukraine HIV Data Synthesis Project. Draft Final Report, September 13, 2012.

¹⁶⁷ Грушецький А. та інші. «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед клієнтів ЖКС як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» (аналітичний звіт, Київ, 2010 р.).

¹⁶⁸ Там само.

¹⁶⁹ Там само.

У 2011 році 54 НУО надавали ЖКС профілактичні послуги в усіх регіонах України. Кожен клієнт отримав базовий пакет послуг¹⁷⁰, що в цілому відповідає мінімальному пакету послуг, визначеному Центром з контролю та попередження захворювань США.

(а) Навчання за принципом «рівний – рівному» та аустріч-робота

НУО за підтримки Альянсу надають інформаційні матеріали та консультування силами соціальних, медичних працівників та інших фахівців, а також ЖКС¹⁷¹. За даними опитування, проведеного у 2011 році, 41% ЖКС повідомили, що в минулому році вони отримали інформаційні буклети¹⁷².

(б) Презервативи та лубриканти

У 2011 році 64% опитаних ЖКС повідомили, що в минулому році вони отримали презервативи, зокрема 99,6% клієнтів НУО та 25,7% ЖКС, які не були клієнтами НУО¹⁷³. Окрім розповсюдження презервативів НУО, за підтримки Альянсу, також розповсюджують лубриканти, місцеві антисептики, тести на вагітність та предмети особистої гігієни (про це повідомили 40% опитаних у 2011 році ЖКС)¹⁷⁴.

(в) Обстеження на ІПСШ та лікування

В 2011 році 38% працівників секс-бізнесу пройшли обстеження на ІПСШ¹⁷⁵.

(г) Консультування і тестування на ВІЛ (КіТ)

Переважна більшість ЖКС (91%) знали, де пройти тестування на ВІЛ, а 76% сказали, що проходили тестування на ВІЛ (із них 94% клієнтів НУО та 57% тих, хто не є клієнтами НУО)¹⁷⁶. У 2011 році 58,6% ЖКС пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців і знали свої результати¹⁷⁷.

(д) Догляд та лікування ВІЛ

З тих ЖКС, які в ході біоповедінкового опитування 2011 року повідомили, що вони ВІЛ-позитивні, 74% були зареєстровані в Центрі СНІДу, а 39% отримували АРТ. Ще 6% отримували АРТ раніше, але не на момент проведення опитування¹⁷⁸.

(е) Доступ до інших медичних та соціальних послуг

Інші послуги, що рекомендуються ЖКС, включають послуги у сфері репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, пост-контактної профілактики, підтримки у лікуванні наркотичної залежності, а також правової і психологічної підтримки. В цілому інформація про ці послуги для ЖКС відсутня.

Зниження шкоди. НУО за підтримки Альянсу розповсюджували шприци та голки, а також брали участь у ПГШ для ЖКС-СІН.

Гендерні аспекти надання послуг для ЖКС. Окрім стандартного пакету послуг, в якому містяться конкретні цільові послуги для ЖКС з урахуванням гендерних факторів, цей пакет включає в себе¹⁷⁹:

- Втручання силами представниць ЖКС
- Розповсюдження тестів на вагітність
- Навчальні програми з використання жіночих презервативів

¹⁷⁰ Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІД. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р. Київ, 2011.

¹⁷¹ Грушецький А. та інші. «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед клієнтів ЖКС, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» (аналітичний звіт, Київ, 2010 р.).

¹⁷² Там само.

¹⁷³ Там само.

¹⁷⁴ Там само.

¹⁷⁵ Там само.

¹⁷⁶ Там само.

¹⁷⁷ Там само.

¹⁷⁸ Там само.

¹⁷⁹ Річний звіт. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2011 р.

- Протидію насильству щодо ЖКС
- Соціальне та психологічне консультування
- Онлайн-консультування
- Розповсюдження антисептиків
- Консультування з лікарем-фтизіатром
- Професійне навчання та працевлаштування
- Денні центри для дітей
- Косметологічні та перукарські послуги
- Курси з шиття та рукоділля

Висновки

Висновком оцінки ЗП, проведеної в 2012 році, є те, що підхід до роботи з ГР є досить ефективним¹⁸⁰. Комплексні просвітницькі програми та послуги реалізуються і надаються через мережу НУО в більшості міст України. Як результат, відбулося значне збільшення рівня охоплення послугами, внаслідок чого – зниження рівня поширеності ВІЛ¹⁸¹. Крім того, було запроваджено пакет цільових послуг для ЖКС як додаток до стандартного пакету послуг.

Недоліки в національній відповіді епідемії ВІЛ серед ЖКС включають такі фактори.

Стратегічна інформація

- Хоча методологія біоповедінкових досліджень з року в рік вдосконалюється, що забезпечує більшу достовірність результатів, неможливо порівняти результати опитувань, проведених у попередні роки, тому дані про динаміку показників відсутні.
- Для реалізації програм, орієнтованих на ЖКС, важливим є вдосконалення системи збору стратегічної інформації і перетворення її в стратегії програм для ЖКС. Крім того, інформація, необхідна для розробки послуг для чоловіків, які надають комерційні секс-послуги іншим чоловікам.
- Для визначення рівня розповсюдженості туберкульозу серед ЖКС необхідно зібрати додаткову інформацію.

Політика та управління

- Програмам, орієнтованим на ЖКС, бракує повноцінних стандартів впровадження й організації управлінських процесів, а надання послуг з профілактики ІПСШ є неефективним і не базується на фактичних даних.
- Необхідно розробити та впровадити науково обґрунтовані національні стандарти та рекомендації для реалізації програм, орієнтованих на ЖКС, а також забезпечити ресурси для цього.
- Працівники секс-бізнесу включені в ЗП без вказівки на їх належність до чоловічої чи жіночої статі. Враховуючи рівень дискримінації спільноти ЛГБТ, є потреба у формуванні політики та методологічних принципів для розробки програм і послуг для чоловіків, які продають секс-послуги.

Послуги

- Головним чином послуги надаються НУО. ЖКС, які не є клієнтами НУО, недостатньо охоплені послугами.
- Використання презервативів є нерегулярним, особливо з некомерційними партнерами.
- Необхідно розширити базовий пакет послуг для ЖКС¹⁸², а також послуги з профілактики та протидії ГН.

¹⁸⁰ Оцінка реалізації Національної програми зі СНІДу в Україні: зведений звіт. ЮНЕЙДС, Україна. Київ, 2012 рік.

¹⁸¹ Abdul-Quader, A., Konstantin Dumchev, Yuri Kruglov, George Rutherford, Tetyana Salyuk, Charles Vitek. Ukraine HIV Data Synthesis Project. Draft Final Report, September 13, 2012.

¹⁸² Там само.

- Послуги є орієнтованими на ЖКС, що підлягають чисельним ризикам; нові та молоді ЖКС потребують більше уваги з метою профілактики ВІЛ¹⁸³.
- Крім того, враховуючи надзвичайно високу поширеність ВІЛ серед ЖКС-СІН або тих, що вживали їх у минулому, необхідні більш узгоджені зусилля для визначення і надання послуг цим жінкам, у тому числі послуг ЗПТ.

Стигма

- Стійкий високий рівень стигматизації ЖКС обмежує їхній доступ до медичних та соціальних послуг, робить їх більш уразливими для насильства та наслідків інфікування ВІЛ.

2.3. Чоловіки, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ)

ЧСЧ є однією з груп інфікування ВІЛ в Україні. Вони визначаються за поведінкою незалежно від того, чи ідентифікує людина себе як гомосексуал, бісексуал чи гетеросексуал. За офіційною статистикою, в цій групі ризику зростає кількість нових випадків інфікування ВІЛ¹⁸⁴; у період 2005–2011 років число офіційно зареєстрованих випадків інфікування серед ЧСЧ збільшилося з 20 до 143 осіб. Оскільки офіційні цифри є низькими, в Гармонізованому звіті України міститься припущення, що кількість випадків інфікування ВІЛ серед ЧСЧ значно занижена¹⁸⁵. Можливо, в системі звітності щодо випадків інфікування ВІЛ, ЧСЧ неправильно класифікуються як гетеросексуали¹⁸⁶.

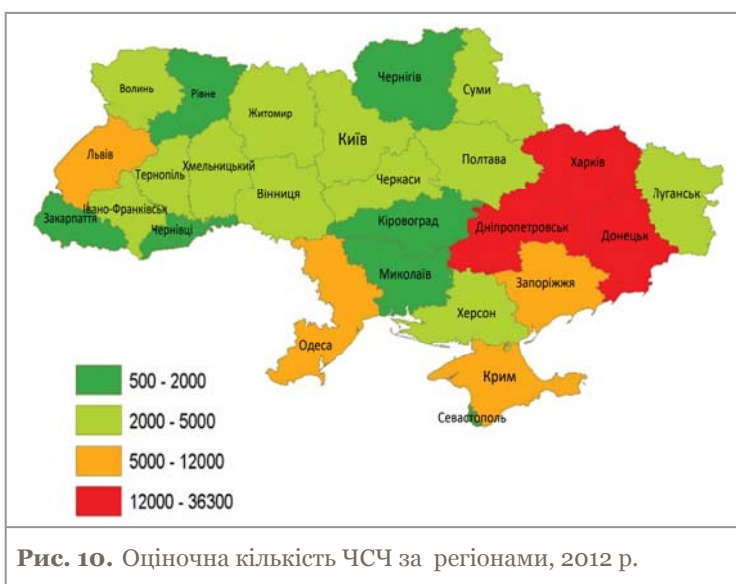


Рис. 10. Оціночна кількість ЧСЧ за регіонами, 2012 р.

Епідеміологічна ситуація

Оцінка чисельності представників ЧСЧ. Розрахунок кількості ЧСЧ в Україні ведеться з 2005 року. Однак відсутність єдиної методології обмежує порівняльну оцінку кількості ЧСЧ або частку випадків інфікування ВІЛ серед ЧСЧ¹⁸⁷. У 2012 році була застосована більш досконала методика розрахунку числа «прихованих» груп населення, яка виявила приблизно 225 000 ЧСЧ (від 200 200 до 245 350)¹⁸⁸, або 1,7% міського чоловічого населення віком 15–59 років¹⁸⁹. Загальна кількість ЧСЧ на регіональному рівні є навіть меншою (на рівні 176 000), оскільки низка областей не погодилися з визначеною оцінкою. За даними національної оцінки кількості ЧСЧ 2012 року ця група населення складає 1,2% від загальної кількості чоловічого населення віком 15–29 років, однак ЮНЕЙДС рекомендує використовувати показник від 2 до 5%, якщо національні дані від-

¹⁸³ Грушецький А. та інші. «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед клієнтів ЖКС, як компонент епідеміологічного нагляду за ВІЛ другого покоління» (аналітичний звіт, Київ, 2010 р.).

¹⁸⁴ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. № 38, Київ, 2012.

¹⁸⁵ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

¹⁸⁶ Abu Abdul-Quader, Konstantin Dumchev, Yuri Kruglov, George Rutherford, Tetyana Salyuk, Charles Vitek. Ukraine HIV Data Synthesis Project. Draft Final Report, September 13, 2012.

¹⁸⁷ Визначення потреб чоловіків, які практикують секс із чоловіками, в основних послугах з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки: Аналітичний звіт за результатами дослідження, UNDP, 2011.

¹⁸⁸ Abdul-Quader, A., Konstantin Dumchev, Yuri Kruglov, George Rutherford, Tetyana Salyuk, Charles Vitek. Ukraine HIV Data Synthesis Project. Draft Final Report, September 13, 2012.

¹⁸⁹ Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2012 рік / Г. Берлева, К. Думчев, М. Касянчук та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012.

сутні¹⁹⁰. Таким чином, на думку дослідників, дані національної та регіональної оцінки є заниженими.

Поширеність ВІЛ. Національний дозорний епідагляд, проведений у 27 регіонах України в 2011 році, виявив поширеність ВІЛ серед ЧСЧ на рівні 6,4%, з коливанням від 0 до 20% в різних областях. Найбільш ураженими містами були визначені Донецьк (20%) і Одеса (16%), а найменш ураженими – Миколаїв (2%), Чернігів, Тернопіль та Луцьк. Інфікування ВІЛ варіює за віком: серед ЧСЧ старше 25 років рівень поширеності ВІЛ склав 4,2%, тоді як серед ЧСЧ до 25 років він становить 7,8%¹⁹¹.

Аналіз поширеності ВІЛ серед ЧСЧ за результатами моніторингу, що проводився кожні 2 роки (2007, 2009, 2011 рр.), виявив, що рівень поширеності ВІЛ залишається незмінним по всій країні. Однак, згідно з оцінками, можна прогнозувати, що ЧСЧ є єдиною групою ризику, в якій зростає рівень захворюваності. Очікується, що до 2015 року ЧСЧ складатимуть 22,1% нових випадків інфікування ВІЛ¹⁹².

ІПСШ. Поширеність ІПСШ серед ЧСЧ є низькою¹⁹³. Опитування 2009 року виявило, що протягом останніх 12 місяців 6,6% ЧСЧ інфікувалися ІПСШ, і лише 3% із них не проходили лікування.

ТБ. Дані щодо захворювання на туберкульоз серед ЧСЧ відсутні.

ВГС. Дані вказують на те, що рівень поширеності ВГС серед ЧСЧ є низьким, і більшість ЧСЧ проходили лікування¹⁹⁴.

Поведінкові характеристики та потреби ЧСЧ

ЧСЧ, які ідентифікують себе як геї, є найбільш доступними для проектів з профілактики ВІЛ та моніторингових досліджень¹⁹⁵. В аналізі «Моніторинг поведінки та рівня поширеності ВІЛ серед ЧСЧ як компонент епідагляду другого покоління» (2011 рік) були задокументовані поведінкові характеристики ЧСЧ¹⁹⁶. Більше половини вибірки (61%) складала ЧСЧ віком 25–49 років, а 10% – 14–19 років.

Ризикова статева поведінка

Кількість і типи партнерів. Протягом останніх шести місяців, що передували дослідженню, респонденти мали в середньому від чотирьох до п'яти партнерів-чоловіків, з якими вони мали анальні статеві контакти. Крім того, близько 80% мали оральні статеві контакти з двома або більше партнерами-чоловіками.

Постійні та випадкові партнери. Під час останнього анального контакту частка ЧСЧ, які мали статевий контакт з постійним партнером, та частка тих, хто мав статевий контакт з випадковим, некомерційним партнером, приблизно однакова (51% та 46% відповідно).

Комерційні партнери. Протягом минулого місяця 5% ЧСЧ отримали плату за надання секс-послуг, а 3% заплатили іншим чоловікам за секс-послуги¹⁹⁷. Опитування, проведене в Миколаївській

¹⁹⁰ Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2012 року. Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Київ - 2012 р. www.unaids.org.ua/files/National_Estimates_on_HIVAIDS_in%20Ukraine_2012_Ukr.doc.

¹⁹¹ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

¹⁹² Оцінка реалізації Національної програми зі СНІДу в Україні: зведений звіт. ЮНЕЙДС, Україна. Київ, 2012 рік.

¹⁹³ Большов Є.С., Касянчук М.Г. та інші. «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» (аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року). – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2011.

¹⁹⁴ Там само.

¹⁹⁵ AIDSTAR-TWO. «Men having sex with men in Eastern Europe: Implications of a hidden HIV epidemic. Regional Analysis Report.» 2010.

¹⁹⁶ Большов Є.С., Касянчук М.Г. та інші. «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» (аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року). – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2011.

¹⁹⁷ Там само.

області, виявило, що протягом останніх шести місяців 7% чоловіків отримали плату за послуги з анального сексу з іншим чоловіком, а 2% заплатили за анальний секс¹⁹⁸.

Гетеросексуальні партнери. Протягом останніх шести місяців в середньому половина опитаних мали гетеросексуальний статевий контакт з однією партнеркою¹⁹⁹. 5% ЧСЧ, які мають гетеросексуальний досвід, повідомили, що мали статевий контакт з ЖКС протягом минулого року. Ті, хто одружений або живе з жінкою, вдвічі частіше купують секс-послуги, ніж ті, хто не перебуває у шлюбі або не живе з партнеркою.

Використання презерватива та лубрикантів. У 2011 році 70,5% ЧСЧ повідомили, що використовували презерватив під час останнього анального сексу з партнером-чоловіком (з усіма партнерами)²⁰⁰. Різниця у віці була незначною; 68,9% ЧСЧ у віці до 25 років повідомили, що використовували презерватив під час останнього анального акту в порівнянні з 71,6% ЧСЧ віком 25 років і старше²⁰¹.

Під час останнього анального сексу 77% ЧСЧ повідомили, що використовували лубрикант разом із презервативом²⁰². Протягом останніх шести місяців, як зазначили 54% ЧСЧ, вони регулярно використовували лубрикант під час анального сексу з партнером-чоловіком. Частота використання презерватива відрізнялася в залежності від типу партнера; найнижча частота була з постійними партнерами, а найвища – з комерційними²⁰³. Так 62% ЧСЧ використовували презерватив з постійним партнером під час останнього статевого контакту, а 79% використовували презерватив з випадковим, некомерційним партнером під час останнього статевого контакту. 78% з числа тих, хто купував секс-послуги востаннє, повідомили, що використовували презервативи. Для порівняння: 86% осіб використовували презерватив під час продажу секс-послуг.

Регулярність використання презервативів була нижчою. Половина (49,8%) респондентів повідомили, що протягом останніх 30 днів у 2012 році регулярно використовували презервативи під час анального сексу з іншими чоловіками²⁰⁴. У 2009 році ця частка становила 53%²⁰⁵, однак слід зауважити, що опитування, проведене у 2012 році, охопило всю Україну, в тому числі міста, де воно не проводилося у 2009 році.

Основні фактори, пов'язані з використанням презервативів під час останнього анального сексу з чоловіком, – це проживання з партнером, тюремне ув'язнення і доступ до послуг з профілактики²⁰⁶. Дослідження методом випадок – контроль, яке було частиною перехресного опитування серед ЧСЧ у 2007 році, виявило ці фактори, а також фактор вживання алкоголю. ЧСЧ, які вживають алкоголь щодня, а не щомісяця, значно рідше використовують презервативи з випадковими партнерами²⁰⁷.

47% ЧСЧ повідомили, що вони регулярно використовували презервативи з усіма жінками-партнерами протягом останніх 6 місяців. Що стосується ЖКС, 86% ЧСЧ, які платили за секс-

¹⁹⁸ Аналитический отчет по результатам проекта «Связанное исследование среди MSM методом RDS в г. Николаеве», Николаевская ассоциация «ЛиГА», Киев, 2011.

¹⁹⁹ Большов Е.С., Касянчук М.Г. та інші. «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» (аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року). – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2011.

²⁰⁰ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

²⁰¹ Там само.

²⁰² Большов Е.С., Касянчук М.Г. та інші. «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» (аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року). – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2011.

²⁰³ Там само.

²⁰⁴ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

²⁰⁵ Большов Е.С., Касянчук М.Г. та інші. «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» (аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року). – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2011.

²⁰⁶ Там само.

²⁰⁷ Klymenko, N., & Andreeva, T. (2012). Determinants of condom use with occasional partners among MSM in Ukraine. *Tobacco Control and Public Health in Eastern Europe*, 2(1), 43-54.

послуги, повідомили, що використовували презерватив під час останнього статевого акту²⁰⁸. В період 2009–2011 років кількість ЧСЧ, які повідомили, що використовували презерватив під час гетеросексуального контакту, збільшилася.

Знання про ВІЛ. ЧСЧ мають досить високий рівень знань про шляхи передачі та профілактики ВІЛ. Більшість опитаних ЧСЧ (82,1%) правильно відповіли на всі п'ять запитань, що стосувалися ВІЛ-інфекції. Однак багато хто з них не знали відповіді принаймні на одне запитання²⁰⁹. Загальний показник знань ЧСЧ становить 64%, при цьому у респондентів старшого віку цей рівень вищий²¹⁰.

Гендерні аспекти. Традиційні гендерні норми сприяють розповсюдженню гомофобії та пов'язаним з нею замовчуванням, неприйняттям, стигматизацією і дискримінацією ЧСЧ (Філіппау і Вишемірская, 2011 рік). Ці норми впливають на доступність достовірної інформації, обмежують здатність домовлятися про регулярне використання презервативів, ускладнюють доступ до лікування, догляду і підтримки ЛЖВ. Багато чоловіків швидше зізнаються в тому, що вживають наркотики, ніж у тому, що мають статеві стосунки з іншими чоловіками.

Стигма і дискримінація. Опитування, проведені в Україні, показують високий рівень розповсюдження стигми по відношенню до ЧСЧ^{211, 212, 213}. Частина осіб, які ставляться до геїв і лесбійок як до звичайних людей, не піддаючись стереотипам, складає лише 15–17%²¹⁴. За даними біоповедінкового дослідження, проведеного в 2009 році Альянсом, найбільш поширеними формами стигми є словесні образи та звинувачення з боку інших людей. 38% респондентів відповіли, що вони чули на свою адресу образливі викрики та словесні образи²¹⁵. Найбільш частим показником дискримінації було припущення, що гомосексуальні чоловіки частіше інфікуються ВІЛ (майже половина з них зіткнулися з цим припущенням, а чверть сказали, що були відчужені від родичів, друзів та сім'ї)²¹⁶. Лише 2% ЧСЧ повідомили, що їм відмовляли в соціальних або медичних послугах у зв'язку з їх сексуальною орієнтацією, а 5% мали випадки, коли вони втрачали роботу або доступ до освіти²¹⁷.

Однак інші дослідження показують, що права ЧСЧ найбільш часто порушуються представниками правоохоронних органів²¹⁸.

«Коли ЧСЧ отримують загрози, або їхні права порушуються, вони не можуть звернутися по допомогу до міліції або правозахисних органів. Часто саме міліція турбує наше співтовариство....» – НУО ЛГБТ²¹⁹.

²⁰⁸ Там само.

²⁰⁹ AIDSTAR-TWO, «Men having sex with men in Eastern Europe: Implications of a hidden HIV epidemic. Regional Analysis Report.» 2010.

²¹⁰ Большов Є.С., Касянчук М.Г. та інші. «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» (аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року). – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2011.

²¹¹ Men having sex with men in Eastern Europe: Implications of a hidden epidemic. Regional analysis report. AIDSTAR-Two, 2010.

²¹² Шіффер Ш, Кацберт Т., Росманн С. Злочини на ґрунті ненависті в Україні. Групи жертв та програми допомоги у громадянському секторі, НУО Європейський діалог, 2010.

²¹³ Шаг вперед, два назад: Положение ЛГБТ в Украине в 2010-2011 гг. / А.А. Зинченков, М.Г. Касянчук и др., Киев, 2011.

²¹⁴ Украинские гомосексуалы и общество: взаимное проникновение. Обзор ситуации: общество, государство и политика, СМИ, правовое положение, гей-сообщество, НПО «Наш мир», 2007.

²¹⁵ Большов Є.С., Касянчук М.Г. та інші. «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» (аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року). – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2011.

²¹⁶ AIDSTAR-TWO, «Men having sex with men in Eastern Europe: Implications of a hidden HIV epidemic. Regional Analysis Report.» 2010.

²¹⁷ Большов Є.С., Касянчук М.Г. та інші. «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» (аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року). – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2011.

²¹⁸ Шаг вперед, два назад: Положение ЛГБТ в Украине в 2010-2011 гг. / А.А. Зинченков, М.Г. Касянчук и др., Киев, 2011.

²¹⁹ Judice, N., O. Zaglada, and R. Mbuya-Brown. (2011). HIV Policy Assessment: Ukraine. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.

Дослідження, проведене Програмою розвитку ООН (ПРООН), виявило, що ЧСЧ-ЛЖВ, зазнають стигми і дискримінації з боку медичних працівників. Це словесна нетерпимість, відмова у наданні послуг, несвоєчасне обслуговування та стягнення плати за безкоштовні послуги²²⁰.

ЧСЧ мають особливі потреби в медичному обслуговуванні, що частково пояснюється «інтерналізацією соціальної стигми, пов'язаної з гомосексуалізмом та гендерною невідповідністю, що призводить до депресії, тривожності, вживання психоактивних речовин, інших негативних наслідків»²²¹. ЧСЧ можуть не звертатися по послуги щодо ВІЛ або ІПСШ, а якщо вони це роблять, то рідко повідомляють про те, що мають статеві контакти з чоловіками, хоча це – дуже важлива інформація для надання відповідних послуг.

Нормативно-правова база

У 1991 році Україна першою з колишніх радянських республік скасувала кримінальне покарання за добровільні сексуальні стосунки між дорослими чоловіками (стаття 122, частина 1 Кримінального кодексу СРСР)²²². Нещодавно ЧСЧ були визнані уразливою групою в межах партнерства Україна – США та цільовою групою в національному протоколі консультування і тестування на ВІЛ (КІТ)²²³. Однак суттєві недоліки в нормативно-правовій базі не забезпечують необхідного юридичного захисту прав ЧСЧ. Сексуальна орієнтація не врахована в законодавчих актах та державних програмах (наприклад, в Законі з ВІЛ/СНІДу або ЗП). Крім того, працівниками секс-бізнесу, як правило, вважаються жінки – в жодному нормативному документі не згадуються чоловіки як працівники секс-бізнесу. Це ускладнює захист їхніх прав у суді²²⁴. Обмежена участь ЛГБТ у розробці нормативно-правової бази²²⁵. Крім того, анти-гомосексуальне законодавство, що й досі є чинним, може створити проблеми у наданні послуг. Парламент повторно розглядає законопроект щодо заборони «пропаганди гомосексуальності», в якому міститься «позитивний опис» геїв²²⁶.

Громадянське суспільство здійснює основну частину заходів протидії ВІЛ серед ЧСЧ. ЛГБТ в Україні перебуває на етапі мобілізації та організаційного розвитку, а організації ЛГБТ активно працюють майже в усіх областях. Приблизно десята частина респондентів біоповедінкового дослідження, проведеного Альянсом²²⁷, визнали себе активістами і лідерами ЛГБТ-руху та сфери надання послуг ЧСЧ, хоча п'ята частина респондентів нічого не знала про такі заходи. Лише НУО впроваджують спеціальні програми і працюють з ЧСЧ, оскільки державні установи та заклади не мають досвіду роботи з ними не завжди вважають це потрібним²²⁸.

Національні заходи з протидії ВІЛ серед ЧСЧ

За даними програмного моніторингу, проведеного Альянсом, 20 059 ЧСЧ були охоплені базовими ВІЛ-послугами. У 2011 році 20,1% представників цієї категорії осіб в Україні в Україні були охоплені профілактичними послугами; що є ознакою збільшення показника з 3% у 2007 році та 13,5% у 2009 році²²⁹.

²²⁰ Визначення потреб чоловіків, які практикують секс із чоловіками, в основних послугах з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки: Аналітичний звіт за результатами дослідження, UNDP, 2011.

²²¹ Mayer, K. et al. Comprehensive clinical care for men who have sex with men: an integrated approach. The Lancet. 380(9839) Pages 378 - 387, 28, 2012.

²²² AIDSTAR-TWO, «Men having sex with men in Eastern Europe: Implications of a hidden HIV epidemic. Regional Analysis Report.» 2010.

²²³ Judice, N., O. Zaglada, and R. Mbuya-Brown. (2011). HIV Policy Assessment: Ukraine. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.

²²⁴ Там само.

²²⁵ AIDSTAR-TWO, «Men having sex with men in Eastern Europe: Implications of a hidden HIV epidemic. Regional Analysis Report.» 2010.

²²⁶ David Stern. Ukraine takes aim against “gay propaganda”. BBC News online accessed October 13, 2012. <http://www.bbc.co.uk/news/magazine-19881905>.

²²⁷ Там само.

²²⁸ Там само.

²²⁹ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

За даними біоповедінкового дослідження²³⁰, проведеного Альянсом у 2011 році, 53% ЧСЧ були охоплені послугами у сфері ВІЛ, а це означає, що протягом останніх 12 місяців вони отримали презервативи і знають, де пройти тестування на ВІЛ. Слід зазначити, що багато експертів вважають індикатор «Охоплення ЧСЧ програмами з профілактики ВІЛ» (це передбачає отримання презервативів та поінформованість про місця, де можна пройти тестування на ВІЛ) недостатнім для відображення якісного рівня програмного охоплення ЧСЧ²³¹.

Основні компоненти комплексного пакету послуг для ЧСЧ та їхніх партнерів (ПЕПФАР):

- Аутріч-робота в громаді
- Розповсюдження презервативів та лубрикантів, сумісних з презервативами
- Обстеження на ІПСШ та лікування
- Консультування і тестування на ВІЛ (КіТ)
- Активний доступ до медичних послуг та АРТ
- Цільові інформаційні, просвітницькі і комунікаційні заходи
- Профілактика, виявлення та лікування ІПСШ

Було розроблено базовий пакет послуг для ЧСЧ. У 2011 році 26 НУО в 15 областях надали основні компоненти пакету послуг для ЧСЧ²³², яких направляють до спеціалістів, забезпечують заходи з дозвілля, надають послуги через мобільні клініки та консультування за принципом «рівний – рівному». Альянс також пропонує послуги фахівців, наставництво, консультування з питань безпечного сексу, а також консультування через соціальні мережі, Інтернет, тестування на вірусний гепатит та щеплення проти гепатиту В²³³.

(а) Консультування і тестування на ВІЛ

У 2011 році 37,8% ЧСЧ пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців і знали свої результати. Показник тестування був низьким для всіх вікових груп. Протягом останніх 12 місяців 36,2% ЧСЧ у віці до 25 років та 38,9% ЧСЧ віком 25 років і старше пройшли тестування²³⁴.

Серед ЧСЧ, які пройшли тестування, майже вдвічі більше було клієнтів НУО, ніж тих, хто не охоплений їх діяльністю (61,2% у порівнянні з 29,9%). Нещодавно в Україні було завпроваджене експрес-тестування для ГР, що пояснює значно вищий рівень тестування серед клієнтів НУО²³⁵. У 2011 році 7 660 ЧСЧ пройшли тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів²³⁶. Переважна більшість ЧСЧ (90%) повідомили, що знають, де пройти тестування на ВІЛ, а 92% вважали, що тестування є доступним. Ті, хто вважав тестування на ВІЛ недоступним, не знали, куди звертатися для його проходження, і боялися розкриття свого статусу.

Висновки

В цілому за статистичними даними та результатами опитувань рівень інфікування ВІЛ серед ЧСЧ зростає. Оцінка ЗП²³⁷, проведена в 2012 році, виявила, що хоча охоплення послугами ЧСЧ помітно зростає, цього недостатньо для того, щоб істотно вплинути на епідемію. Очікується, що рівень захворювання на ВІЛ серед ЧСЧ буде зростати, і до 2015 року становитиме 1/5 нових випадків

²³⁰ Большов Є.С., Касянчук М.Г. та інші. «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» (аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року). – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2011.

²³¹ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

²³² Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2012 рік / Г. Берлева, К. Думчев, М. Касянчук та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012.

²³³ Річний звіт Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні за 2011 рік.

²³⁴ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

²³⁵ Там само.

²³⁶ Річний звіт Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні за 2011 рік.

²³⁷ Horstman, R. Assessment of the National HIV/AIDS program implementation in 2009-2012: Presentation for Stakeholders at the meeting of the National AIDS Council, 17 December 2012, Ukraine.

інфікування. Однак реалізація відповідних програм та надання послуг, як і раніше, залишаються обмеженими.

Недоліки національних заходів протидії ВІЛ серед ЧСЧ, які необхідно усунути.

Недостатня стратегічна інформація для забезпечення надання послуг ЧСЧ. Відсутність єдиної методології не дає можливості отримати комплексні регулярні дані про кількість ЧСЧ та частку ВІЛ-позитивних серед них. Потребує вдосконалення підхід до розрахунку показника «Охоплення ЧСЧ програмами з профілактики ВІЛ».

Необхідно розширити базовий пакет профілактичних послуг для потреб ЧСЧ з огляду на їх охоплення та зміст заходів²³⁸ з метою зниження ризику передачі ВІЛ статевим шляхом. Наймолодші ЧСЧ та старше 35 років потребують більшої кількості послуг. Також необхідно розширити географію надання послуг у малих містах²³⁹ і охопити більше регіонів країни, зокрема західний. Послуги в основному надаються ЧСЧ-постійним клієнтам НУО, й інформацію про їх надання слід поширювати через локальні мережі (наприклад, вечірки вдома, місця для знайомств і спілкування, Інтернет-сайти знайомств тощо)²⁴⁰.

Необхідно розробити та запровадити послуги для **ЧСЧ, які живуть з ВІЛ**.

Широке розповсюдження **стигми та дискримінації** стосовно ЧСЧ обмежує їхній доступ до послуг та якісного обслуговування. Медичні працівники потребують цільового навчання, а також підтримки і супервізії у наданні послуг, дружніх до ЧСЧ. Також рекомендується створення «дроп-ін» центрів та впровадження підходу ведення випадків для розширення доступу громад до медичних послуг²⁴¹.

²³⁸ Там само.

²³⁹ AIDSTAR-TWO, «Men having sex with men in Eastern Europe: Implications of a hidden HIV epidemic. Regional Analysis Report.» 2010.

²⁴⁰ Там само.

²⁴¹ Там само.

2.4. Ув'язнені

Епідеміологічна ситуація

Оцінка чисельності. Станом на 1 січня 2013 року в 182 виправних установах Державної пенітенціарної служби України (ДПСУ) перебували 147 112 ув'язнених та затриманих²⁴². Із них 30 854 утримувалися під вартою та в СІЗО, 114 992 – в пенітенціарних та виправних установах, 1 264 – у виправних установах для неповнолітніх²⁴³. У 2011 році за статевим розподілом 94,3% склали чоловіки і 5,7% – жінки.

Поширеність ВІЛ-інфекції. У 2009 році ув'язнені склали 12% від загального числа нових офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування в Україні. Поширеність ВІЛ серед ув'язнених коливається між 10 – 30% та вище в залежності від даних із різних джерел^{244,245,246}.

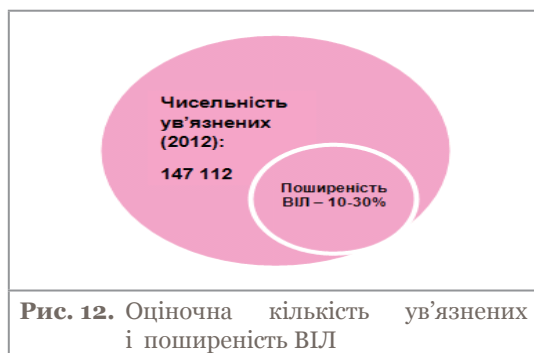


Рис. 12. Оціночна кількість ув'язнених і поширеність ВІЛ

Комплексне біоповедінкове дослідження 2009 року виявило поширеність ВІЛ на рівні 15%: 12% – серед ув'язнених чоловіків, 32% – серед ув'язнених жінок²⁴⁷. Показник поширеності ВІЛ був вищим серед рецидивістів (18%), ніж серед тих, хто вперше скоїв злочин (14%). Не було виявлено випадків інфікування у підлітків, які перебувають у виховних колоніях²⁴⁸. Дослідження, проведене у 2012 році серед ув'язнених, які незабаром вийдуть на волю, виявило поширеність ВІЛ на рівні 19,4%: 17,3% – серед чоловіків, 28,4% – серед жінок²⁴⁹. Це дослідження виявило відмінності за регіонами та статтю. В центральних та західних регіонах частка жінок, чий результат тестування на ВІЛ був

позитивним, втричі або більше перевищує частку чоловіків, в той час, як у центральних та південних регіонах більше ВІЛ-позитивних чоловіків, ніж жінок²⁵⁰.

ВІЛ-позитивних ув'язнених з історією вживання ін'єкційних наркотиків було втричі більше (23%), ніж тих, хто ніколи їх не вживав (7%)²⁵¹.

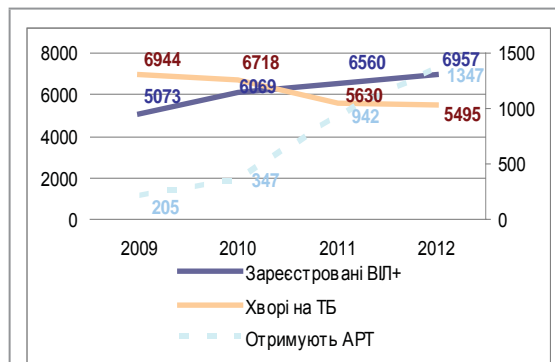


Рис. 11. Кількість ув'язнених з ВІЛ, ТБ і тих, хто отримує АРТ

²⁴² Тут і далі для зручності всі заклади пенітенціарної служби позначено словом «тюрми». Для всіх ув'язнених та затриманих використовується слово «ув'язнені».

²⁴³ Загальна характеристика Державної кримінально-виконавчої служби України станом на 10 січня 2013 р. <http://www.kvs.gov.ua/peniten/control/main/uk/publish/article/628075>.

²⁴⁴ Балакірева О.М. та інші. Аналіз ефективності заходів протидії ВІЛ/СНІД в пенітенціарній системі України: Зведений звіт за результатами комплексного дослідження. Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка та Управління ООН з наркотиків і злочинності. Київ, 2012 рік.

²⁴⁵ Оцінка реалізації Національної програми зі СНІДу в Україні: зведений звіт. ЮНЕЙДС, Україна. Київ, 2012 рік.

²⁴⁶ Raykhert I, et al., HIV seroprevalence among new TB patients in the civilian and prisoner populations of Donetsk Oblast, Ukraine. Scand J Infect Dis. 2008;40(8):655-62.

²⁴⁷ Ірина Демченко, Марина Костючок, Наталія Белоносова. Аналітичний звіт за результати зв'язного дослідження «Моніторинг поінформованості, поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епідемоніторингу за ВІЛ другого покоління». Київ, 2010 рік.

²⁴⁸ Abu Abdul-Quader, Konstantin Dumchev, Yuri Kruglov, George Rutherford, Tetyana Salyuk, Charles Vitek. Ukraine HIV Data Synthesis Project. Draft Final Report, September 13, 2012.

²⁴⁹ Altice FL., Dvoryak S. PUNLSE Survey Results: presentation of the survey results. – Kyiv, August 2012.

²⁵⁰ Там само.

²⁵¹ О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Ю.В. Середа та Я.О. Сазонова. Аналітичний звіт. Моніторинг поведінки та розповсюдженість ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідемоніторингу другого покоління (на основі результатів біоповедінкового дослідження 2011 року). МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Київ, 2012 рік.

Кількість ув'язнених, які живуть з ВІЛ в Україні, оцінюється в межах 10 000²⁵² – 20 000²⁵³. ДПСУ відомо лише про 1/3 ВІЛ-інфікованих ув'язнених²⁵⁴. У 2012 році 6 957 ув'язнених перебували під медичним наглядом, а 1 347 проходили АРТ²⁵⁵.

ІПСШ. 39% ув'язнених, відібраних у 2009 році для біоповедінкового опитування, повідомили, що в минулому мали діагноз інфікування на ІПСШ, зокрема 53% жінок та 36% чоловіків. Поширеність ІПСШ є вищою серед представників старшої вікової групи (45% людей віком старше 25 років та 26% осіб віком 16-24 років повідомили, що мали діагноз ІПСШ, а²⁵⁶ дослідження, проведене у 2012 році, виявило поширеність сифілісу на рівні 10%²⁵⁷.

ТБ. У 2012 році було зареєстровано 5 495 хворих на туберкульоз²⁵⁸.

ВГС. Дослідження ув'язнених, проведене в чотирьох регіонах у 2012 році, виявило поширеність ВГС на рівні 60,2%. Були виявлені високі рівні супутньої патології ЛЖВ – 92,3% із них також мали ВГС²⁵⁹. У 2011 році ДПСУ повідомила про те, що на 1 000 ув'язнених у 2011 році було 1 137 випадків вірусного гепатиту²⁶⁰.

Поведінкові характеристики та потреби ув'язнених

Ув'язнені оцінюють стан свого здоров'я як середній або нижче середнього. Опитування, проведені у 2004 і 2007 роках, свідчать, що близько 45% ув'язнених чоловіків оцінили стан свого здоров'я як нормальний для свого віку, однак вважали стан свого здоров'я нормальним лише 26–31% ув'язнених жінок.

Ризикова поведінка, пов'язана з уживанням ін'єкційних наркотиків

Епідемія ВІЛ-інфекції в тюрмах обумовлена вживанням ін'єкційних наркотиків. У 2007 році 40% ув'язнених чоловіків і 49% ув'язнених жінок в той чи інший час вживали ін'єкційні наркотики (в деяких тюрмах їхня частка складає до 60%). Дані моніторингу свідчать, що у деяких тюрмах для жінок приблизно 70–75% ув'язнених уживають ін'єкційні наркотики²⁶¹. Більшість ув'язнених з діагнозом ВІЛ сказали, що мали досвід уживання наркотиків (81%) та ін'єкційних наркотиків (74%)²⁶². У 2009 році 48,7% в'язнів повідомили, що вони вживали їх колись, а 9% – протягом останніх 12 місяців²⁶³.

Практика вживання ін'єкційних наркотиків несе в собі ризик для тих, хто продовжує їх уживати у тюрмах хоча це заборонено: 17% (20% чоловіків і 3,5% жінок) вживали наркотики, перебуваю-

²⁵² Policy guidance for key populations most at risk: HIV in prisons <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons>.

²⁵³ Оцінка реалізації Національної програми зі СНІДу в Україні: зведений звіт. ЮНЕЙДС, Україна. Київ, грудень 2012 року.

²⁵⁴ Там само.

²⁵⁵ Там само.

²⁵⁶ Ірина Демченко, Марина Костючок, Наталья Белоносова. Аналітичний звіт за результати зв'язного дослідження «Моніторинг поінформованості, поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління». Київ, 2010 рік.

²⁵⁷ Frederick L. Altice and Sergey Dvoryak. Puhlse Survey Results: presentation of the survey results. – Kyiv, August 2012.

²⁵⁸ Інформація щодо організації охорони здоров'я та медико-санітарного забезпечення (станом на 01.01.2013). <http://www.kvs.gov.ua/peniten/control/main/uk/publish/article/662625>.

²⁵⁹ Frederick L. Altice and Sergey Dvoryak. Puhlse Survey Results: presentation of the survey results. – Kyiv, August 2012.

²⁶⁰ О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Ю.В. Серета та Я.О. Сазонова. Аналітичний звіт. Моніторинг поведінки та розповсюдженість ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднадзора другого покоління (на основі результатів біоповедінкового дослідження 2011 року). МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Київ, 2012 рік.

²⁶¹ Оцінка реалізації Національної програми зі СНІДу в Україні: зведений звіт. ЮНЕЙДС, Україна. Київ, грудень 2012 року.

²⁶² Ірина Демченко, Марина Костючок, Наталья Белоносова. Аналітичний звіт за результати зв'язного дослідження «Моніторинг поінформованості, поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління». Київ, 2010 рік.

²⁶³ Там само.

чи в ув'язненні²⁶⁴. У 2007 році 46% ув'язнених, які продовжували вживати ін'єкційні наркотики у тюрмах, спільно користувалися шприцами та голками, а ще 14% не могли пригадати, чи користувалися вони спільно з іншими ін'єкційним інструментарієм, або відмовлялися дати відповідь на це запитання. У 2009 році частка тих, хто спільно з іншими використовував ін'єкційний інструментарій, сягнула 55%²⁶⁵.

Оскільки вживання наркотиків у тюрмах заборонено, неможливо легально мати і зберігати голки та шприци, деякі ув'язнені роблять власноруч ін'єкційний інструментарій, використовуючи ручки, пластикові трубки тощо. Внаслідок застосування таких засобів в ув'язнених часто трапляються пошкодження вен, рубці та інші ускладнення, хоча переважна більшість опитаних заперечує використання саморобних ін'єкційних інструментів (86% – у 2004 році, 91% – у 2007). Отже, обмеження реалізації ПГШ піддає ув'язнених більш високому ризику інфікування на ВІЛ та інші інфекції.

Татування

Інший тип поведінки, що несе в собі ризик інфікування ВІЛ, – це татування з використанням нестерильних інструментів. У 2009 році моніторингове опитування виявило, що 12% респондентів у в'язницях вказали, що вони зробили собі татування протягом останніх 12 місяців (14% чоловіків та 1% жінок)²⁶⁶. У 2007 році 63% ув'язнених, які зробили татування, засвідчили що інструменти, які вони використовують для татування, були стерильними, 18% зазначили, що ці інструменти були нестерильними, а решта респондентів не могли пригадати або не бажали дати відповідь. Серед тих, хто спільно з іншими ув'язненими користувався інструментами для татування, 9% були ВІЛ-інфіковані, 15% пройшли тестування на ВІЛ, але не знали його результатів, а 7% не бажали розкривати свій ВІЛ-статус²⁶⁷.

Типи ризикованої статевої поведінки

Один із ризиків, що існують у тюрмах, – це незахищений секс між ув'язненими та з особами, які їх відвідують²⁶⁸. Згідно з правилами внутрішнього розпорядку, більшості ув'язненим дозволяється мати тривалі побачення зі своїм чоловіком або дружиною, під час яких вони можуть мати статевий контакт.

У 2009 році 11% ув'язнених повідомили, що мали статевий контакт зі своїм чоловіком/дружиною протягом останніх шести місяців: 12% чоловіків та 5% жінок²⁶⁹. Лише 4% ув'язнених повідомили, що мали статевий контакт з іншими ув'язненими²⁷⁰.

Регулярність використання презервативів була дуже низькою²⁷¹; 15% ув'язнених, які мали статевий контакт зі своєю дружиною/чоловіком протягом останніх шести місяців, регулярно використовували презерватив. Ще 15% іноді використовували презерватив, а решта (70%) ніколи не використовували презерватив під час статевого контакту зі своєю дружиною/чоловіком або відмовилися відповісти на запитання. 39% ув'язнених, які повідомили, що мали статевий контакт з іншими ув'язненими, використовували презерватив під час останнього статевого контакту.

Знання про ВІЛ. Ув'язнені, які були включені у вибірку моніторингового опитування 2009 року²⁷², продемонстрували помірні знання щодо передачі ВІЛ. 41% опитаних змогли правильно назвати шляхи запобігання передачі ВІЛ статевим шляхом і знають, як саме ВІЛ не передається (національний показник). Ув'язнені, які отримали послуги НУО, мали кращі знання (57%). Майже

²⁶⁴ О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Ю.В. Серета та Я.О. Сазонова. Аналітичний звіт. Моніторинг поведінки та розповсюдженість ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідемоніторингу другого покоління (на основі результатів біоповедінкового дослідження 2011 року). МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Київ, 2012 рік.

²⁶⁵ Там само.

²⁶⁶ Там само.

²⁶⁷ Там само.

²⁶⁸ Н. Калашник, И. Демченко и др. Аналитический отчет «Мониторинг осведомленности и поведения осужденных как компонент эпиднадзора за ВИЧ второго поколения». Киев, 2007.

²⁶⁹ Ірина Демченко, Марина Костючок, Наталія Белоносова. Аналітичний звіт за результати зв'язного дослідження «Моніторинг поінформованості, поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епідемоніторингу за ВІЛ другого покоління». Київ, 2010 рік.

²⁷⁰ Там само.

²⁷¹ Там само.

²⁷² Там само.

всі (90%) знали про ризики, пов'язані зі спільним використанням нестерильного інструментарію для вживання ін'єкційних наркотиків та татуювання (90%), і більше половини з них були обізнані про ризики, пов'язані зі спільним використанням інструментарію для виготовлення наркотиків (73%). Рівень знань про ІПСШ був нижчим – лише 15% опитаних змогли відповісти на запитання про симптоми ІПСШ²⁷³.

Психічне здоров'я. Опитування колишніх ув'язнених 2012 року протягом шести місяців після їх виходу на волю виявило у них проблеми із психічним здоров'ям: 27,9% мали суїцидальні тенденції, а 33,2% перебували у депресивному стані²⁷⁴. Дослідження, проведене серед людей, які живуть з ВІЛ і нещодавно звільнилися, виявило, що 56,7% страждають помірною або тяжкою депресією²⁷⁵.

Гендерні аспекти. Регіональні дослідження показали, що перебування у тюрмі значною мірою збільшує число гетеросексуальних чоловіків, які мають статеві контакти з іншими чоловіками, однак таких даних бракує внаслідок сорому та стигми гомосексуальних стосунків²⁷⁶.

Насильство і примус. Сексуальне насильство може бути прихованою практикою серед ув'язнених. Лише 7% респондентів, опитаних 2007 року, повідомили, про страх сексуального насильства. Серед тих, хто мав статеві стосунки з іншими ув'язненими, 25% вважали сексуальне насильство проблемою (27% чоловіків та 12% жінок)²⁷⁷.

Стигма і дискримінація. Опитування, проведене серед 243 співробітників пенітенціарних установ та наркологів, виявило негативне ставлення до ув'язнених, які вживають наркотики. Половина (53,1%) співробітників тюрми та 25% місцевих наркологів вважають, що СІН повинні звинувачувати себе, а 68,2% – що співробітників пенітенціарних установ. Крім того, 75% місцевих лікарів-наркологів не згодні з умовно-достроковим звільненням споживачів наркотиків²⁷⁸.

Нормативно-правова база

ДПСУ здійснює нагляд за тюрмами. Останні нормативні документи підтримують координацію роботи з установами та закладами охорони здоров'я та соціальними закладами, наприклад, відповідно до Протоколу консультування і тестування на ВІЛ (КіТ), що визначає порядок проведення ВІЛ-консультування і тестування серед ув'язнених та інших груп населення. Постановою КМУ 2009 року ухвалено план реалізації заходів з реінтеграції ув'язнених, а спільний наказ 2010 року забезпечує міжсекторальну взаємодію у супроводі хворих на ТБ, які звільнилися з місць позбавлення волі²⁷⁹.

Оцінка ЗП, проведена у 2012 році, визначила прогрес у наданні профілактики, лікування та догляду, а також забезпечення навчання в пенітенціарній системі. Крім того, було визнано спільні спроби МОЗ та Мін'юсту щодо розробки підходу до безперервного догляду. Однак ці зусилля поки що не досягли адекватної відповіді системи охорони здоров'я на епідемію ВІЛ у тюрмах²⁸⁰. Також суттєвим недоліком є відсутність співпраці між міністерствами для забезпечення продовження або початку ЗПТ серед осіб, які перебувають у тюрмах²⁸¹, розширення можливостей для реалізації ПГШ. Крім того, внутрішнім порядком пенітенціарних установ заборонено зберігання інструментів для татуювання, що змушує ув'язнених використовувати для цього антисанітарні методи.

²⁷³ Там само.

²⁷⁴ Altice FL., Dvoryak S. PUNLSE Survey Results: presentation of the survey results, Kyiv, August 2012.

²⁷⁵ Frederick L. Altice and Sergey Dvoryak. Prison Post-Release Survey of HIV+ Persons in Ukraine: Odessa and Kyiv. Powerpoint Presentation, 2012.

²⁷⁶ Большов Є.С., Косянчук М.Г., Лещинський Ю.Б., Трофименко Л.В., Шваб І.А. (2012 рік). «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління» (Аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року), Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Київ, 2012 рік.

²⁷⁷ Н. Калашник, И. Демченко и др. Аналитический отчет «Мониторинг осведомленности и поведения осужденных как компонент эпиднадзора за ВИЧ второго поколения». Киев, 2007.

²⁷⁸ Frederick L. Altice and Sergey Dvoryak. Attitudes and Beliefs About Drug Use, HIV/AIDS and Substitution Therapy Among Prison Staff. Powerpoint presentation, 2012.

²⁷⁹ Judice, N., O. Zaglada, and R. Mbuya-Brown. (2011). HIV Policy Assessment: Ukraine. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.

²⁸⁰ Оцінка реалізації Національної програми зі СНІДу в Україні: зведений звіт (проект). ЮНЕЙДС, Україна. Київ, грудень 2012 року.

²⁸¹ Там само.

Національні заходи з протидії ВІЛ серед ув'язнених

Доступ до профілактики і лікування

ВООЗ та ЮНЕЙДС визначають такі основні послуги для ув'язнених: навчання за принципом «рівний – рівному», КіТ, профілактика передачі ВІЛ статевим шляхом (надання презервативів, профілактика, виявлення та зниження рівня сексуального насильства, пост-контактна профілактика для жертв сексуального насильства), ПГШ та послуги знезараження, ОЗТ, а також лікування, догляд та підтримка ЛЖВ.

У 2011 році послуги були надані 25 497 ув'язненим (18% від загальної кількості)²⁸² в 54 установах 15 областей 19 НУО за підтримки Альянсу в рамках програми ГФ «Надання послуг з профілактики ВІЛ серед засуджених та затриманих»²⁸³. Послуги включали такі заходи.

(а) Інформація та просвіта, включаючи навчання за принципом «рівний – рівному»

У 2009 році матеріали з профілактики ВІЛ отримали 70% дорослих та 87% неповнолітніх ув'язнених, що є збільшенням з 66% у 2007 році²⁸⁴. Найпоширенішими джерелами інформації були медичні працівники (51% у 2007 році та 54% у 2009) та соціальні працівники НУО (18% у 2007 році та 34% у 2009).

Заходи Альянсу, що провадяться НУО в 54 установах 15 областей²⁸⁵, містять тренінги для ув'язнених з питань профілактики ВІЛ та ІПСШ, гепатиту та ТБ, а також навичок спілкування та уміння домовлятися про використання презерватива. НУО також проводять навчання персоналу та надають підтримку заходам, зокрема з нагоди Всесвітнього Дня боротьби зі СНІДом²⁸⁶.

Просвітні програми, що реалізуються у тюрмах, дають позитивні результати²⁸⁷. У 2009 році там, де вони впроваджувалися в межах гранту ГФ, рівень поінформованості щодо ВІЛ/СНІД був значно вищим, ніж там, де програми профілактики впроваджувалися лише тюремним персоналом (74% проти 55%). Найбільш поширеним методом поінформування ув'язнених був пасивний метод (67% ув'язнених отримували послуги НУО, а 57% – у тюрмах, де НУО не проводили заходів). Такі заходи передбачають розповсюдження листівок і плакатів, проведення радіопрограм тощо. В активному навчанні (лекції, тренінги, індивідуальні консультації) взяли участь 50% ув'язнених за підтримкою НУО в порівнянні з 32% у тих тюрмах, де послуги НУО відсутні.

Основні втручання для ув'язнених (Управління ООН з наркотиків та злочинності, МОП, ПРООН):

1. Інформаційно-просвітницька і комунікаційна робота
2. Консультування і тестування на ВІЛ (КіТ)
3. Лікування, догляд та підтримка
4. Профілактика, діагностика та лікування ТБ
5. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
6. Програми розповсюдження презервативів
7. Профілактика та лікування ІПСШ
8. Запобігання сексуальному насильству
9. Лікування наркотичної залежності
10. ПГШ
11. Вакцинація, діагностика та лікування вірусного гепатиту
12. Постконтактна профілактика
13. Профілактика передачі ВІЛ під час надання медичних або стоматологічних послуг
14. Профілактика передачі ВІЛ під час татування, пірсингу та ін. шкірного проникнення
15. Захист працівників від професійних ризиків

²⁸² Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Річний звіт, 2011 рік.

²⁸³ Там само.

²⁸⁴ Н. Калашник, И. Демченко и др. Аналитический отчет «Мониторинг осведомленности и поведения осужденных как компонент эпиднадзора за ВИЧ второго поколения». Киев, 2007 та Ірина Демченко, Марина Костючок, Наталья Белоносова. Аналітичний звіт за результати зв'язного дослідження «Моніторинг поінформованості, поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління». Київ, 2010 рік.

²⁸⁵ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Річний звіт, 2011 рік.

²⁸⁶ Там само.

²⁸⁷ Аналітичний звіт за результатами операційного дослідження «Оцінка ефективності програм профілактики ВІЛ в пенітенціарних установах, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Київ 2009.

Навчання за принципом «рівний – рівному» є одним із найбільш ефективних методів профілактики ВІЛ у тюрмах, оскільки рівень довіри ув'язнених один до одного досить високий. Таке навчання позитивно впливає на ресоціалізацію тих ув'язнених, які проводять навчання. Ця діяльність все ще є обмеженою, але вона є частиною заходів Альянсу, які впроваджуються НУО на території 54 установ 15 областей²⁸⁸. Тренери з числа ув'язнених добровільно підтримують ЗІШ та направлення ув'язнених для тестування на ВІЛ та ІПСШ.

(б) Консультування та тестування на ВІЛ (КіТ)

Менше половини (44%) ув'язнених пройшли тестування на ВІЛ, а 25% пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців і знали свій результат²⁸⁹. Для порівняння: у 2007 році 33% ув'язнених були протестовані протягом останніх 12 місяців, із них 37% знали свій результат²⁹⁰. У 2009 році 16% ув'язнених пройшли тестування, 12% із них знали свій результат²⁹¹. КіТ в основному є доступним через експрес-тести, проте проведення підтверджуючих тестів та офіційної реєстрації ВІЛ-статусу є складним: для цього необхідно зібрати зразки крові і направити їх до регіональних Центрів СНІДу. Доступність діагностики для ув'язнених, у першу чергу, залежить від наявності тест-систем в Центрах СНІДу або наявності донорського фінансування^{292,293}.

(в) Профілактика передачі ВІЛ статевим шляхом

У 2007 році лише 11% ув'язнених (3% жінок і 13% чоловіків) отримали презервативи протягом останніх 12 місяців; 87% (84% чоловіків і 96% жінок) ніколи не отримували презервативи у тюрмі²⁹⁴. Майже половина ув'язнених (47%) сказали, що презервативи не продаються в тюрмах, але навіть там, де вони були доступні, лише 2% респондентів купували їх регулярно, а ще 3% повідомили, що купують презервативи час від часу. Найвищий рівень доступності презервативів був у тих тюрмах, де НУО та тюремний персонал поєднали методи розповсюдження презервативів як активні, так і пасивні (наприклад, розповсюджували презервативи у кімнатах для відвідування, ванних кімнатах або медпунктах)²⁹⁵.

У 2009 році, окрім роздачі презервативів за підтримки Альянсу, ДПСУ було також закуплено і розповсюджено 600 тисяч презервативів за рахунок кредиту Всесвітнього банку. В результаті доступність презервативів протягом останніх 12 місяців зросла вдвічі (в цілому на 22% – на 25% серед чоловіків та 15% – серед жінок), а 56% ув'язнених підтвердили, що вони знають, де отримати презервативи в разі потреби²⁹⁶. Презервативи не завжди доходять до осіб ГР: 78% ув'язнених, які отримали презервативи у 2009 році, не мали статевих контактів протягом останніх 6 місяців²⁹⁷.

У 2009 послугами з діагностики ІПСШ скористалося 39% ув'язнених, у тому числі 53% жінок та 36% чоловіків. 37% із тих, хто звернувся по такі послуги, отримали лікування²⁹⁸.

²⁸⁸ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Річний звіт, 2011 рік.

²⁸⁹ Ірина Демченко, Марина Костючок, Наталья Белоносова. Аналітичний звіт за результати зв'язного дослідження «Моніторинг поінформованості, поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління». Київ, 2010 рік.

²⁹⁰ Н. Калашник, И. Демченко и др. Аналитический отчет «Мониторинг осведомленности и поведения осужденных как компонент эпиднадзора за ВИЧ второго поколения», Киев, 2007.

²⁹¹ Ірина Демченко, Марина Костючок, Наталья Белоносова. Аналітичний звіт за результати зв'язного дослідження «Моніторинг поінформованості, поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління». Київ, 2010 рік.

²⁹² Н. Калашник, И. Демченко и др. Аналитический отчет «Мониторинг осведомленности и поведения осужденных как компонент эпиднадзора за ВИЧ второго поколения», Киев, 2007.

²⁹³ Аналітичний звіт за результатами операційного дослідження «Оцінка ефективності програм профілактики ВІЛ в пенітенціарних установах, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Київ 2009.

²⁹⁴ Н. Калашник, И. Демченко и др. Аналитический отчет «Мониторинг осведомленности и поведения осужденных как компонент эпиднадзора за ВИЧ второго поколения», Киев, 2007.

²⁹⁵ Аналітичний звіт за результатами операційного дослідження «Оцінка ефективності програм профілактики ВІЛ в пенітенціарних установах, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Київ 2009.

²⁹⁶ Ірина Демченко, Марина Костючок, Наталья Белоносова. Аналітичний звіт за результати зв'язного дослідження «Моніторинг поінформованості, поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління». Київ, 2010 рік.

²⁹⁷ Там само.

²⁹⁸ Там само.

(г) Програма обміну голоч та шприців (ПГШ), постачання матеріалів для знезараження

Як зазначалося вище, вживання наркотиків і зберігання шприців та інструментів для татуювання заборонено внутрішнім порядком пенітенціарних установ²⁹⁹. Це значною мірою обмежує можливості реалізації ПГШ у тюрмах. Крім того, 68,2% тюремного персоналу категорично проти того, щоб ув'язнені вживали наркотики³⁰⁰.

Ситуація з розчинами для знезараження покращується. У 2007 році 85% респондентів (84% чоловіків та 90% жінок) ніколи не отримували знезаражуючі розчини для дезінфекції лез та шприців³⁰¹, але у 2009 році 30% ув'язнених отримали такі розчини³⁰².

(д) Опіоїдна замісна терапія

Незважаючи на узгоджені заходи з адвокації щодо впровадження ОЗТ та інших видів ЗПТ наркотичної залежності у тюрмах, ці послуги поки ще не надаються. Опитування 2012 року виявило, що, на думку тюремного персоналу, найбільшими перешкодами для впровадження ЗПТ у тюрмах є недостатнє фінансування (58%) та обмеження ліцензування (45%)³⁰³. Тюремні працівники вказали й на такі перешкоди у впровадженні ЗПТ, як корупція, недостатня підготовка, недостатня безпека та відсутність лідерства. Оцінка ЗП, проведена у 2012 році, містить рекомендації щодо підвищення обізнаності з метою лікування СН, зокрема впровадження ЗПТ та інших заходів ЗШ³⁰⁴.

(е) Лікування, догляд та підтримка ЛЖВ

Станом на 2012 рік 1 347 ЛЖВ проходили АРТ в пенітенціарних установах, що фінансуються через Всеукраїнську мережу ЛЖВ в рамках програми ГФ³⁰⁵. НУО за підтримки Альянсу надавали послуги з ведення ВІЛ-позитивних клієнтів, позитивної профілактики та переадресації клієнтів до Всеукраїнської мережі ЛЖВ³⁰⁶.

Висновки

Ув'язнені (затримані та засуджені) є групою ризику щодо інфікування ВІЛ в Україні. Рівень поширеності ВІЛ у тюрмах сягнув 15% і вище. Незважаючи на останній прогрес у розповсюдженні профілактичних засобів та інформації, проведенні навчання та АРТ, послуги залишаються на багато нижчому за необхідний для забезпечення адекватних заходів у сфері громадського здоров'я щодо протидії епідемії ВІЛ.

Основним **недоліком** національних заходів з протидії ВІЛ серед ув'язнених є їх недостатнє охоплення основними послугами. Назвемо найбільш актуальні.

Надання послуг ув'язненим все ще обмежене. Стратегії профілактики та лікування ВІЛ у в'язницях потребують вдосконалення з огляду на їх масштаб та якість.

- Розповсюдження презервативів, лубрикантів та інших засобів профілактики передачі ВІЛ статевим шляхом, є недостатнім для задоволення попиту. Не завжди ця продукція доходить до ГР, наприклад, ЧСЧ.
- Окрім збільшення кількості продукції, що розповсюджується, залучення ув'язнених до надання профілактичних послуг сприятиме більшому охопленню ними ГР у тюрмах.

²⁹⁹ Наказ №275 від 25.12.2003 Про Правила внутрішнього розпорядку Державної пенітенціарної служби України.

³⁰⁰ Altice FL, Dvoryak S. Attitudes and Beliefs About Drug Use, HIV/AIDS and Substitution Therapy Among Prison Staff: presentation of study results, - Kyiv, 2012.

³⁰¹ Н. Калашник, И. Демченко и др. Аналитический отчет «Мониторинг осведомленности и поведения осужденных как компонент эпиднадзора за ВИЧ второго поколения». Киев, 2007.

³⁰² Ірина Демченко, Марина Костючок, Наталья Белоносова. Аналітичний звіт за результати зв'язного дослідження «Моніторинг поінформованості, поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління». Київ, 2010 рік.

³⁰³ Altice FL, Dvoryak S. Attitudes and Beliefs About Drug Use, HIV/AIDS and Substitution Therapy Among Prison Staff: presentation of study results, - Kyiv, 2012.

³⁰⁴ Horstman, R. Assessment of the National HIV/AIDS program implementation in 2009-2012: Presentation for Stakeholders at the meeting of the National AIDS Council, 17 December 2012, Ukraine.

³⁰⁵ ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень №37.

³⁰⁶ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Річний звіт, 2011 рік.

- Послуги ЗШ навіть ще більш обмежені внаслідок внутрішніх правил пенітенціарних установ.
- Є потреба у наданні інформації, проведенні скринінгу та лікування ІПСШ, ВГС та ТБ.
- КіТ та АРТ також потребують розширення. Залежність від Центрів СНІДу обмежує доступ до КіТ та підтверджуючих результатів. Лише третина ув'язнених-ЛЖВ відомі кримінально-виконавчій системі. І хоча було невелике, але стабільне збільшення числа ув'язнених, які отримують АРТ (в основному завдяки зусиллям НУО), набагато більше ув'язнених, залишаються без лікування³⁰⁷. Обсяг та якість послуг різняться і є найбільш недостатніми у віддалених тюрмах.
- Державні правила планування та складання бюджету вимагають використання національної статистики в цілях планування і не дозволяють використання даних, отриманих в результаті опитувань (наприклад, опитування ІВБС), досліджень з оцінки чисельності ГР або операційних досліджень. Так, наприклад, кількість замовлених антиретровірусних ліків для проведення АРТ у тюрмах може бути недостатньою для задоволення потреб ув'язнених.

Недостатній рівень взаємодії між міністерствами, іншими установами та організаціями призводить до ризику припинення надання послуг ув'язненим, особливо ЗПТ та АРТ, при відбуванні покарання або після звільнення. Існують суттєві недоліки у взаємодії між пенітенціарною системою та установами охорони здоров'я. Це впливає на якість та обсяг послуг, що надаються ув'язненим, обмежує реалізацію національних заходів з протидії ВІЛ.

Послуги в основному надаються НУО. Необхідно розширити участь та взаємодію державних установ для розвитку постійних якісних послуг та їх надання.

³⁰⁷ Оцінка реалізації Національної програми зі СНІДу в Україні: зведений звіт. ЮНЕЙДС, Україна. Київ, грудень 2012 року.

2.5. Підлітки ГР (ПГР)

Підлітки ГР (ПГР) визнані в Україні ГР щодо інфікування ВІЛ. ПГР визначаються ВООЗ, а також в одному із документів ЮНІСЕФ 2011 року³⁰⁸ таким чином: діти та молоді люди, як дівчата, так і хлопці, в межах вікової групи, визначеної ВООЗ як підлітки (10–19 років), які піддаються найбільшому ризику інфікування ВІЛ внаслідок своєї поведінки, а саме:

- підлітки, які споживають ін'єкційні наркотики з використанням нестерильного ін'єкційного інструментарію;
- хлопці та дівчата, які практикують незахищені статеві контакти внаслідок сексуальної експлуатації, включно з тими, хто став жертвою торгівлі людьми та мають незахищений (часто примусовий) секс за винагороду;
- хлопці, які мають незахищений анальний секс з чоловіками, в тому числі за винагороду;
- уразливі підлітки, які перебувають на етапі «входу» до ГР.

У ЗП у 2009–2013 роках діти, які підлягають ризику інфікування ВІЛ, визначені таким чином:

- ті, хто вживає ін'єкційні наркотики,
- діти-сироти,
- бездомні діти,
- затримані або позбавлені волі,
- діти із кризових сімей,
- працівники секс-бізнесу,
- ЧСЧ,
- мігранти та інші подібні ГР³⁰⁹.

Згідно з визначенням ВООЗ, ці діти та підлітки наражаються на найбільший ризик і є уразливими.

Епідеміологічна ситуація

Оцінка чисельності. Результати другого комплексного дослідження чисельності ГР інфікування ВІЛ, проведеного у 2008-2009 роках, свідчать про те, що оціночна чисельність ПГР на національному рівні складала 85 000. Дані базуються на результатах оцінки чисельності підгруп ПГР, про що більш докладна інформація наведена нижче³¹⁰. Дані на субнаціональному рівні відсутні.

- *Підлітки, які вживають ін'єкційні наркотики.* Згідно з оцінками, число підлітків-СІН в Україні складає 50 000 (35 000 хлопців і 15 000 дівчат). Підлітки віком 14–19 років складають 11,6% від оціночної чисельності СІН. Вважається, що майже третина підлітків, які вживають ін'єкційні наркотики, це дівчата.
- Згідно з опитуванням, проведеним у школах серед учнівської молоді віком 15–17 років, 14 121 учнів коли-небудь вживали ін'єкційні наркотики, а 12 866 вживали ін'єкційні наркотики три або більше разів, що становить 0,5% від загальної кількості підлітків-школярів.
- *Підлітки-працівники комерційного сексу.* Загальна кількість дівчаток-підлітків у віці від 14 до 19 років, які продають секс-послуги, згідно з оцінками, складає 10 990 (діапазон 10 400 – 14 880). Дівчата-підлітки віком 14-19 років складають 16% всіх ЖКС.

³⁰⁸ О. Балакірева та інші. Оцінка чисельності дітей та молоді вікової групи 10–19 років, що відносяться до груп ризику / ЮНІСЕФ, УІСД імені О. Яременка. – Київ, 2011 рік.

³⁰⁹ Тельчик А., та інші, ЮНІСЕФ та Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка. Підлітки груп ризику: доказова база щодо посилення заходів з протидії ВІЛ в Україні, 2008 рік.

³¹⁰ О. Балакірева та інші. Оцінка чисельності дітей та молоді вікової групи 10–19 років, що відносяться до груп ризику / ЮНІСЕФ, УІСД імені О. Яременка. – Київ, 2011 рік.

- *Підлітки-ЧСЧ.* Загальне число підлітків-ЧСЧ у віці від 10 до 19 років в Україні становить 20 000 (в діапазоні від 16 400 до 22 400). Це було розраховано шляхом застосування оцінки 1,5% від числа сексуально активних хлопців-підлітків. Згідно з оцінками, підлітки-ЧСЧ віком 14-19 років складають 10,5% всіх ЧСЧ в Україні.
- *Молодь, яка живе і працює на вулиці.* Згідно з оцінками, 150 000 молодих людей віком 15-24 років живуть і працюють на вулиці³¹¹.

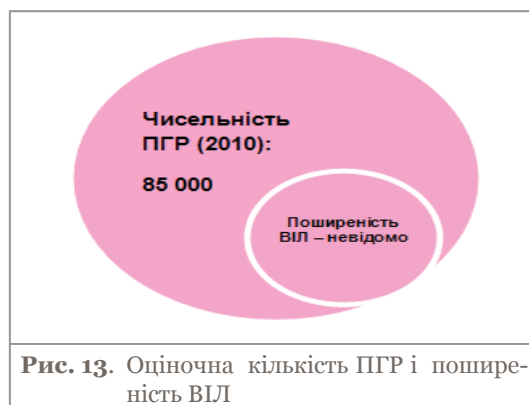


Рис. 13. Оціночна кількість ПГР і поширеність ВІЛ

Поширеність ВІЛ. Доступними є дані про поширеність ВІЛ серед підлітків ГР та молоді, які живуть і працюють на вулиці. Дослідження національного дозорного епіднагляду виявили поширеність ВІЛ серед дівчаток-підлітків-СІН віком 15-19 років – на рівні 39%, а серед хлопців-СІН віком 15-19 років – на рівні 29%. Поширеність ВІЛ серед підлітків-ЖКС віком 15-19 років – на рівні 11%, а серед ЧСЧ віком 15-24 років – на рівні 4%³¹². Офіційна реєстрація випадків інфікування ВІЛ показує, що 65% випадків інфікування серед хлопців відбувається внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків, а 89% випадків інфікування серед дівчаток – в результаті статевих контактів³¹³.

Дослідження, проведене міжнародною організацією HealthRight International («Право на здоров'я») серед 929 молодих людей вулиці віком 15-24 років у 3-х містах, виявило поширеність ВІЛ на рівні 18,4% з регіональними коливаннями: 18,6% – у Києві, 26,7% – в Одесі та 9,8% – у Донецьку³¹⁴. Різниця між дівчатами та хлопцями вулиці не існувало.

Майже 44% молодих людей, які живуть і працюють на вулиці, були сиротами або втратили одного із батьків, і близько третини були сиротами, які втратили обох батьків, або так звані соціальні сироти, які не знали, чи живі їхні батьки³¹⁵. Дані свідчать про високий рівень ризику та уразливості серед осиротілих та бездомних ПГР, при цьому найвищий рівень поширеності ВІЛ був серед бездомних сиріт:

- 7% – серед молоді вулиці (не сиріт і не бездомних),
- 16% – серед молодих людей з числа сиріт,
- 17% – серед бездомних,
- 28% – серед бездомних сиріт³¹⁶.

Вживання ін'єкційних наркотиків має таку ж тенденцію: 15% молоді – це СІН, які не є бездомними і сиротами, 32% молодих людей-СІН є або сиротами, або бездомними (але не одночасно), та 48% молодих людей-СІН, які є бездомними сиротами.

Національні дані про тенденції поширеності ВІЛ є доступними лише щодо молоді віком 15-24 років. У період 2007-2011 років рівень поширеності ВІЛ серед молоді знизився з 15% до 9%³¹⁷.

ІПСШ. Перехресне опитування, проведене серед 805 підлітків вулиці у 2010 році, виявило, що 18% із них коли-небудь відчували симптом можливої ІПСШ (27% дівчаток та 15% хлопців). Частка підлітків старшого віку (від 18 до 19 років), які коли-небудь відчували такі симптоми, була вищою (30%), а частка молодших підлітків (віком 10-14 років) була нижчою (12%)³¹⁸.

³¹¹ Joh Cohen. HIV Moves In on Homeless Youth. Science 9 July 2010: Vol. 329 no. 5988 pp. 170-171.

³¹² Ukrainian AIDS Prevention Centre (2006 / 2007) reported in Olena Sakovych, UNICEF Country office Ukraine Olga Balakireva, Ukrainian Institute for Social Research. PowerPoint Presentation: "The Ukraine MARA programming experience," 2009, Geneva.

³¹³ Тельчик А., та інші, ЮНІСЕФ та Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка. Підлітки груп ризику: доказова база щодо посилення заходів з протидії ВІЛ в Україні, 2008 рік.

³¹⁴ Robbins CL et al., Multicity HIV seroprevalence in street youth, Ukraine. International Journal of STD & AIDS 2010; 21: 489-496.

³¹⁵ Тельчик А., та інші, ЮНІСЕФ та Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка. Підлітки груп ризику: доказова база щодо посилення заходів з протидії ВІЛ в Україні, 2008 рік.

³¹⁶ Hillis S. et al., (2012, 2nd January) "HIV seroprevalence among orphaned and homeless youth: no place like home", AIDS 26 (1) 105-110.

³¹⁷ МОЗ України. Інформаційний бюлетень «ВІЛ в Україні». Київ, 2012 рік.

³¹⁸ Busza, J.R., et al., Street-based adolescents at high risk of HIV in Ukraine. J Epidemiol Community Health 2011; 65: 1166-1170.

Пілотне дослідження, проведене за підтримки ЮНІСЕФ, щодо надання допомоги 108 підліткам-ЖКС у Сімферополі, виявило один випадок інфікування сифілісом, два випадки інфікування гонореею та три випадки хламідіозу³¹⁹.

ТБ. Дані про поширеність ТБ серед ПГР відсутні.

ВГС. Дослідження поширеності ВГС серед СІН у Вінниці виявило поширеність ВГС серед молоді віком до 25 років на рівні 65,8%, що значно нижче за рівень поширеності ВГС серед СІН віком старше 25 років – 77,4%³²⁰. Розподіл за критерієм належності до ПГР не проводився. На базі пілотної моделі для підлітків-ЖКС у Львові було протестовано на наявність ВГС 62 дівчинки; серед яких не було виявлено жодного випадку ВГС³²¹.

Поведінкові характеристики та потреби ПГР

В Україні дослідження показали, що ПГР вдаються до більш ризикованої поведінки, ніж старші особи із ГР. ПГР також мають унікальні потреби внаслідок віку та стадії розвитку, соціальної та структурної уразливості.

Ризикована поведінка, пов'язана з уживанням ін'єкційних наркотиків

СІН часто вживають ін'єкційні наркотики, виготовленні вдома або локально, у тому числі екстракт макової соломки, препарати з амфетамінів і, як нещодавно повідомили, меткатінон, виготовлений із ліків від простуди, що містять фенілпропаноламін, який називають «болтушка»³²². Опитування вибірки підлітків вулиці в чотирьох містах виявило, що 15,5% вживали ін'єкційні наркотики: 16,3% хлопців та 13,8% дівчаток. Були помічені відмінності в залежності від міст їх проживання: 23% опитаних уживали ін'єкційні наркотики в Києві, 16% – у Миколаєві, 13% – у Дніпропетровську та 11% – у Донецьку³²³.

Третина підлітків сказали, що вони вживають наркотики щодня, а ще третина – від двох до шести разів на тиждень³²⁴. Досвід уживання ін'єкційних наркотиків збільшується з віком: підлітки віком 18-19 років були в 6,7 разів більш схильні мати досвід вживання ін'єкційних наркотиків, ніж підлітки віком 10-14 років.

Значна частина підлітків-СІН вдаються до ризикованої поведінки. Майже 3/4 (72,7%) з тих, хто вживав ін'єкційні наркотики протягом минулого місяця, заявили, що вони користувалися стерильним ін'єкційним інструментарієм під час останнього вживання ін'єкційних наркотиків. Однак дослідження показали, що від 44,1% до 60% підлітків спільно користувалися голками принаймні один раз протягом попереднього місяця^{325,326}. Спільне користування було досить розповсюдженим; 17% спільно користувалися голками з одним партнером, 37% – з двома партнерами, 34% – з 3-5 партнерами та 12% – з понад п'ятьма партнерами³²⁷. Крім того, 47% використовували спільну ємність для змішування наркотика, 22% віддали або продали свої шприци іншим після введення наркотика, 37% використовували «робочий» шприц, а 17% використовували фільтр або вату, які до цього використовувались для набирання наркотика у шприц³²⁸. Відмінності за статтю та віком були незначні. Рівень спільного користування інструментарієм серед підлітків є вищим, ніж серед дорослих СІН.

³¹⁹ Забезпечення доступу підлітків-ЖКС до комплексних послуг: Результати реалізації моделей втручання у Львові та Сімферополі в рамках проекту «Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику» / ЮНІСЕФ, Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка. Київ, 2012 р.

³²⁰ Dumchev, K.V., et al., HIV and hepatitis C virus infections among hanka injection drug users in central Ukraine: a cross-sectional survey. Harm Reduction Journal, 2009; 6:23.

³²¹ Забезпечення доступу підлітків-ЖКС до комплексних послуг: Результати реалізації моделей втручання у Львові та Сімферополі в рамках проекту «Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику» / ЮНІСЕФ, Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка. Київ, 2012 р.

³²² Busza, J.R., et al., Street-based adolescents at high risk of HIV in Ukraine. J Epidemiol Community Health 2011; 65: 1166-1170.

³²³ Тельчик А., та інші, ЮНІСЕФ та Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка. Підлітки груп ризику: доказова база щодо посилення заходів з протидії ВІЛ в Україні, 2008 рік.

³²⁴ Там само.

³²⁵ Там само.

³²⁶ Там само.

³²⁷ Там само.

³²⁸ Там само.

Ризикована статеві поведінка

Кількість статевих партнерів у ПГР збільшується з віком. Середнє число статевих партнерів для хлопців віком 15-19 років, які коли-небудь мали статеві стосунки, становить 2,9. Це нижче за середнє число 6,2 серед чоловіків віком 25-49 років та 6,8 для чоловіків 40-49 років³²⁹.

Рівень використання презервативів під час статевих контактів з підвищеним ризиком, тобто з більш ніж одним партнером, або статевий контакт з позашлюбним партнером чи партнером, який не є співмешканцем, протягом минулого року був вищим серед підлітків, ніж серед дорослих; 73% підлітків використовували презерватив під час останнього статевих контактів з підвищеним ризиком у порівнянні з 52% чоловіків віком 15-49 років. Це також характерно для молодих чоловіків – 64% осіб віком 15-24 років, які використовували презерватив під час останнього статевих контактів з підвищеним ризиком, у порівнянні з 74% підлітків віком 15-19 років.

Значна частина **підлітків-СІН** мають небезпечні статеві контакти, що подвоює ризик інфікування ВІЛ. Понад 80% з них коли-небудь мали секс (вагінальний, оральний та/або анальний). Серед тих, хто повідомив, що мав статевий контакт протягом останніх 12 місяців, майже половина мала трьох і більше статевих партнерів за останні три місяці.

Рівень використання презервативів є низьким і нерегулярним: 22% дівчат та 35% хлопців-СІН регулярно використовували презерватив з постійними партнерами протягом останнього року³³⁰. Зокрема 86% дівчат-СІН які продають секс-послуги, повідомили, що вони використовували презерватив під час останнього статевих контактів, але лише 33% повідомили, що регулярно використовували презерватив з клієнтами протягом минулого місяця. З випадковими і постійними партнерами, як повідомили ці дівчата, рівень використання презервативів нижчий: 27% та 22% відповідно³³¹.

99% **підлітків-ЖКС** повідомили, що мали вагінальний секс у минулому році, 94% – оральний та 62% – анальний. В середньому вони мали три комерційних статевих партнерів в день та 15 на тиждень³³².

Використання презервативів з клієнтами є нерегулярним, особливо серед молодших підлітків-ЖКС. Рівень регулярного використання презерватива з клієнтами протягом минулого місяця складав 52% (41% серед осіб віком 13-17 років та 57% серед осіб віком 18-19 років). Молодші ЖКС повідомили, що мали частіше анальний секс з клієнтами (72% осіб віком 13-17 років), ніж і старші колеги за них представники ГР (57% осіб віком 18-19 років). Із 62% підлітків-ЖКС, які сказали, що мали анальний секс з клієнтами протягом минулого року, лише половина регулярно використовувала презерватив³³³.

Крім того, більше половини підлітків-ЖКС мали одного або більше регулярних та/або випадкових статевих партнерів протягом останнього тижня. Рівень використання презерватива є дуже низьким з постійними партнерами (лише 25% повідомили про те, що регулярно використовують презерватив з постійними партнерами)³³⁴.

66% **підлітків-ЧСЧ** мали проникаючий (активний) анальний секс протягом останніх 6 місяців, а 65,5% повідомили, що мали рецептивний (пасивний) анальний секс. Близько 71% повідомили, що коли-небудь мали гетеросексуальний статевий контакт; 53% – протягом останніх 6 місяців. Із них 23% мали більше трьох гетеросексуальних статевих партнерів. Серед хлопців, які сказали, що мали статевий контакт з чоловіками, середня кількість партнерів протягом минулого року склала 3,2³³⁵.

Опитування підлітків вулиці, проведене в чотирьох містах, виявило, що 10% хлопців мали анальний секс з чоловіками. Існували відмінності за містами: в Миколаєві 12% чоловічої вибірки були ЧСЧ у порівнянні з 10% у Києві, 9% – у Дніпропетровську та 2% – у Донецьку.

³²⁹ Abu Abdul-Quader, Konstantin Dumchev, Yuri Kruglov, George Rutherford, Tetyana Salyuk, Charles Vitek. Ukraine HIV Data Synthesis Project. Draft Final Report, September 13, 2012.

³³⁰ Тельчик А., та інші, ЮНІСЕФ та Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка. Підлітки груп ризику: доказова база щодо посилення заходів з протидії ВІЛ в Україні, 2008 рік.

³³¹ Там само.

³³² Там само.

³³³ Там само.

³³⁴ Там само.

³³⁵ Busza, J.R., et al., Street-based adolescents at high risk of HIV in Ukraine. J Epidemiol Community Health 2011; 65: 1166-1170.

Половина хлопців, які займалися сексом з чоловіками протягом останнього року (52%), повідомили, що це був комерційний секс, іншими словами, вони отримували гроші, різні товари, наркотики, їжу чи одяг в обмін на секс-послуги. Іноді «дорослі приходять і пропонують секс, потім пригощають алкоголем і їжею та дають гроші» – повідомив 15-річний ЧСЧ із Миколаєва. Дані свідчать про те, що деякі або багато підлітків вулиці мають гомосексуальні контакти як спосіб, щоб вижити на вулиці, а не як прояв своєї гомосексуальної ідентичності³³⁶.

Рівень використання презервативів був дуже низьким: 36% використовували презерватив під час останнього статевих контакту з випадковим або постійним партнером, 39% – під час останнього анального сексу з клієнтами, та 4% повідомили, що регулярно використовували презервативи з клієнтами протягом минулого року. Хлопці повідомили, що вони використовують презерватив, якщо того бажають клієнти. Замість презервативів деякі «клієнти купують мінеральну воду, щоб очистити статеві органи» – повідомив 15-річний ЧСЧ із Донецька³³⁷.

Незважаючи на зазначені вище відмінності серед ПГР, було проведено опитування з метою групової характеристики підлітків вулиці, виявлення ризиків та уразливості в даній підгрупі. Майже **¾ підлітків вулиці** були сексуально активними, а 75% мали випадкових статевих партнерів протягом минулого року, в тому числі 42,9% – з наймолодшої вікової групи. ПГР мають цілий ряд різних типів статевих партнерів – регулярних, випадкових або комерційних. Частка регулярних та комерційних партнерів була нижчою, але досить суттєвою: 37% мали регулярних статевих партнерів. Серед тих, хто був сексуально активним, протягом минулого року середня кількість партнерів у хлопців склала 4,7, а у дівчат – 4,9³³⁸. Більше половини (56,7%) дівчаток та деякі хлопці (16,5%) отримують гроші, подарунки або наркотики в обмін на секс-послуги, а 7,4% хлопців повідомили, що платять за секс.

Рівень використання презервативів серед цих підлітків, як правило, дуже низький. 12% повідомили, що регулярно використовували презервативи з постійними партнерами в минулому році, 15% регулярно використовували презервативи з випадковими партнерами, і 10% регулярно використовували презервативи з комерційними партнерами³³⁹. Більше дівчаток, ніж хлопців, повідомили про регулярне використання презервативів з постійними партнерами. 18% дівчаток та 9% хлопців сказали, що вони регулярно використовували презервативи з постійним партнером протягом останнього року. Однак більше хлопців регулярно використовували презерватив з випадковими (16% хлопців і 11% дівчаток) та комерційними (15% хлопців і 8% дівчаток) партнерами³⁴⁰. Були виявлені відмінності у використанні презервативів із випадковими партнерами відповідно до міст: у Миколаєві 91% респондентів мали незахищені статеві контакти з випадковими партнерами у порівнянні з 88% в Києві, 87% – у Донецьку та 70% – у Дніпропетровську.

ПГР рано піддаються ризику. Близько половини підлітків-СІН ЖКС та ЧСЧ вдаються до ризикованої поведінки, не досягнувши віку 15 років, що є показником підвищеної соціальної та біологічної уразливості³⁴¹. Половина підлітків-СІН вдаються до ризикованої статевої поведінки у віці до 15 років, і майже половина підлітків-ЖКС повідомили, що мали статеві контакти, не досягнувши 15 років і почали продавати секс-послуги в середньому у віці 16 років. 60% вибірки підлітків-ЖКС з вулиці почали продавати секс-послуги у віці до 15 років³⁴². Крім того, 76,1% сексуально активних підлітків вулиці мали перший статевий контакт у віці до 15 років 74% ЧСЧ повідомили, що мали гомосексуальний контакт у віці до 15 років.

ПГР молодшого віку часто піддаються найбільшому ризику, зокрема, пов'язаному з незахищеними статевими контактами. Дівчата-підлітки-ЖКС менш інформовані про ризики і не мають навичок та вміння домовлятися з клієнтами про використання презерватива. Окрім низького рівня знань, їх статева та фізична незрілість призводить до підвищеного ризику інфікування ВІЛ та ІПСШ. Молодші ЖКС віком 13-17 років використовували презерватив менш регулярно з клієнтами (41%), ніж ті, кому 18-19 років (57%). Молодші ЖКС також частіше мають анальні статеві контакти з клієнтами (72%), ніж старші за них (57%)³⁴³.

³³⁶ Там само.

³³⁷ Там само.

³³⁸ Там само.

³³⁹ Там само.

³⁴⁰ Там само.

³⁴¹ Там само.

³⁴² Тельчик А., та інші, ЮНІСЕФ та Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка. Підлітки груп ризику: доказова база щодо посилення заходів з протидії ВІЛ в Україні, 2008 рік.

³⁴³ Там само.

Перехресні поведінкові ризики. Перехресні поведінкові ризики поширені серед підлітків-СІН, ЖКС та ЧСЧ. Майже кожен п'ятий (19%) підліток-ЖКС також вживає ін'єкційні наркотики. Приблизно 3% підлітків чоловічої статі-СІН, та 25% підлітків жіночої статі повідомили, що надавали комерційні секс-послуги. Невелика частка (1,4%) молодих ЧСЧ вживають ін'єкційні наркотики.

Опитування підлітків вулиці в чотирьох містах також виявило чіткий зв'язок між різними типами ризикованої поведінки, зокрема, між наданням комерційних секс-послуг та ін'єкційним вживанням наркотиків. 75,8% дівчаток-підлітків-СІН, та 22,8% хлопців-СІН також повідомили, що надають секс-послуги за гроші, подарунки або наркотики. 18,4% дівчат-ЖКС є СІН. Крім того, 29,6% опитаних підлітків-ЧСЧ вживали ін'єкційні наркотики³⁴⁴.

Знання та використання ВІЛ-послуг. ПГР мають досить високий рівень знань про послуги у сфері ВІЛ, але мало користуються ними. Майже 80% хлопців-СІН і дівчаток-СІН могли назвати місця, де доступне тестування на ВІЛ, але лише 14% із них пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців і знають свої результати. Крім того, 71% підлітків-ЧСЧ могли назвати заклад, де проводиться тестування на ВІЛ, але тільки 24% з них пройшли тестування і знають свої результати. І хоча більше 80% підлітків-СІН знають, де офіційно можна придбати презервативи, 47% придбали їх протягом минулого місяця.

Лише 13,3% підлітків вулиці, опитаних у чотирьох містах, правильно вказали способи профілактики передачі ВІЛ статевим шляхом та основні хибні. Різниця між хлопцями (11,7%) та дівчатами (17,1%) була досить істотною. Менше половини знали, що ВІЛ не передається через укуси комарів (41,4%) або спільне користування посудом (37,4%). Більшість хлопців та дівчат знали, що використання презерватива під час кожного статевого контакту зменшує ризик інфікування ВІЛ (63,5%) так само, як і використання чистого ін'єкційного інструментарію (61,2%)³⁴⁵. Підлітки вулиці-СІН мали вищий рівень знань: 68,8% із них правильно відповіли, що інфікування ВІЛ можна уникнути, використовуючи чисті невикористані голки, а 75,2% – за рахунок використання презервативів³⁴⁶.

Психічне здоров'я. Якісне дослідження, проведене серед дітей трудових мігрантів віком 12-17 років, вказує на те, що досить значна частка хлопців-підлітків і дівчаток цієї групи населення, мають психологічні проблеми. Виявлено, що деякі з них починають вдаватися до ризикованої поведінки, тому що не отримують достатнього догляду і підтримки з боку своїх тимчасових опікунів, освітніх установ та/або соціальних служб.

Досвід роботи в інших країнах з ПГР, яким не вистачає батьківського піклування і які вживають ін'єкційні наркотики та надають комерційні секс-послуги, вказує на те, що початок вживання психоактивних речовин часто пов'язаний з «гострою самотністю» та прагненням задовольнити «потребу в любові та прийнятті»³⁴⁷.

Насильство і примус. Дані про насильство і примус серед підлітків вулиці свідчать про високий рівень насильства та примусу серед дівчаток-підлітків та ЧСЧ. Більше половини (52,2%) дівчаток вулиці коли-небудь були примушені до статевого зв'язку, включаючи 70,9%, які були примушені до цього протягом минулого року. Майже половина (49,0%) підлітків-ЧСЧ повідомили, що піддавалися насильству в минулому році³⁴⁸. 11% всіх хлопців були коли-небудь примушені до статевого контакту, включаючи 7% протягом минулого року.

Інші потреби у захисті. ПГР стикаються з широким спектром факторів уразливості, які прямо чи опосередковано сприяють ризику інфікування. Низький рівень освіти, міграція та переслідування правоохоронними органами створюють бар'єри у доступі до послуг. Недостатня увага сім'ї, відсутність систем підтримки, динаміка сили, соціальні та статеві мережі сприяють соціальній уразливості ПГР.

Дослідження детально виявили ці фактори уразливості серед підлітків вулиці. Більшість підлітків вулиці віком 18-19 років (86%) не завершили базову освіту, хоча це є обов'язковим в Україні. Майже половина були внутрішніми мігрантами з інших українських міст або регіонів до місць їх теперішнього перебування, а 58% тих, хто старше 16 років, не мали паспортів з реєстраційними даними. Медики часто вимагають від бездомних дітей та молоді плату за медичне обслуговування.

³⁴⁴ Busza, J.R., et al., Street-based adolescents at high risk of HIV in Ukraine. J Epidemiol Community Health 2011; 65: 1166-1170.

³⁴⁵ Там само.

³⁴⁶ Там само.

³⁴⁷ Mastro T., et al., Youth and HIV: the intersection of homelessness, orphaned status, injection drug use and sexual risk. AIDS 2012, 26:111-113.

³⁴⁸ Там само.

«Без грошей і документів – ніякого обслуговування» – підліток вулиці³⁴⁹.

Репресивні міліцейські рейди, щоб «прибрати» з вулиць ПГР, породжують у них атмосферу страху та недовіри. Їх улаштовують до установ тимчасового перебування, але ці установи не можуть запропонувати їм повний спектр послуг³⁵⁰. Дослідження, проведене в чотирьох містах серед 805 підлітків вулиці, виявило, що більше 600 (75,5%) підлітків затримувалися та/або переслідувалися правоохоронцями в минулому, 328 із них більше трьох разів протягом минулого року, а 62 з них – понад 21 раз. Хлопці переслідуються та затримуються правоохоронцями значно частіше, ніж дівчатка.³⁵¹

«Вони нас просто забирають і б'ють – всі проблеми від міліції. Я не знаю ніяких служб. Чому я маю до них звертатися? А якщо вони мене відвезуть до міліцейського відділення?» – підліток вулиці³⁵².

Якісні дослідження свідчать, що підлітки часто живуть або проводять час у групах, в яких поширена ризикована поведінка³⁵³.

В умовах вулиці підлітки піддаються ризику жорстокого ставлення, експлуатації, насильства та злочинності. Останнє може призвести до затримання або ув'язнення, де вони стикаються з додатковими ризиками інфікування ВІЛ³⁵⁴. Більше половини (57%) ПГР в дослідженні, проведеному ЮНІСЕФ, повідомили, що опинялися в притулках для неповнолітніх. Ізолятори тимчасового затримання та інші пенітенціарні установи несуть додатковий ризик інфікування ВІЛ для всіх підлітків, які там опиняються. Випадки значних порушень прав людини (фізичне та сексуальне насильство), названі у дослідженні, були виявлені в усіх установах/закладах тимчасового затримання, в яких підлітки провели певний час.

Ще одна виявлена проблема – безпечний притулок. Більшість підлітків вулиці повідомили, що живуть вдома – в Дніпропетровську (28%), а також у Донецьку (24%). 29% ПГР в Києві повідомили, що проживають у непридатному для проживання тимчасовому житлі, наприклад, покинутих будівлях.

Гендерні аспекти. Дівчатка є особливо уразливими до ВІЛ внаслідок біологічних факторів у поєднанні зі створеними соціумом гендерними ролями та динамікою сили. Дівчата-підлітки, особливо ті, які зазнали сексуальної експлуатації і живуть на вулиці, мають безліч перешкод для безпечного сексу. Їхні статеві партнери, як правило, не хочуть регулярно використовувати презервативи. Дівчата-ЖКС можуть бути уразливі й до інших типів ризикованої поведінки (секс за винагороду та вживання ін'єкційних наркотиків). Поширене насильство та примус. Дівчатам бракує захисту правоохоронців. Крім того, дівчата-ЖКС мають обмежений доступ до повноцінного медичного обслуговування³⁵⁵. Результати досліджень свідчать, що дівчата, чий партнери є СІН, піддаються подвійному ризику щодо ВІЛ-інфектування та вживання ін'єкційних наркотиків.

Вагітні підлітки-ЖКС піддаються підвищеному ризику, пов'язаному з ускладненням вагітності, материнською захворюваністю та смертністю, а також ускладненнями після абортів. Дослідження, проведене ЮНІСЕФ серед підлітків вулиці, виявило, що 18% дівчат, які живуть і працюють на вулиці, були вагітними. Більшість (55%) випадків вагітності мали місце серед 18-19-річних. Більше половини (64%) вагітних дівчат завагітніли вперше, 23% – вдруге, 13% були вагітні три і більше разів³⁵⁶.

Міграція також впливає на дівчат більше, ніж на хлопців. Відсутність місця постійного проживання в п'ять разів підвищувала шанси сексуальних стосунків з різними партнерами для молодих жінок, а не для чоловіків.

³⁴⁹ Olena Sakovych, UNICEF Country office Ukraine Olga Balakireva, Ukrainian Institute for Social Research. PowerPoint Presentation: "The Ukraine MARA programming experience" 3 September 2009, Geneva.

³⁵⁰ HIV Prevention among Most-at-Risk Adolescents: Implementation Results of the Targeted Models. UNICEF, Kyiv, 2011.

³⁵¹ Busza, J.R., et al., Street-based adolescents at high risk of HIV in Ukraine. J Epidemiol Community Health 2011; 65: 1166-1170.

³⁵² Там само.

³⁵³ Тельчик А., та інші, ЮНІСЕФ та Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка. Підлітки груп ризику: доказова база щодо посилення заходів з протидії ВІЛ в Україні, 2008 рік.

³⁵⁴ Там само.

³⁵⁵ Там само.

³⁵⁶ Там само.

Ризик інфікування ВІЛ серед хлопців також формується соціальними та гендерними ролями й очікуваннями. Маскуліність часто визначається як неприйняття слабкості або уразливості, а також як здатність мати фізичний та емоційний контроль. Ці норми створюють середовища, що приймають, а іноді навіть заохочують насильство та ризик і не спонукають хлопців до звернення по допомогу. Серед ПГР вулиці з приводу свого здоров'я висловили занепокоєння більше дівчат та жінок, ніж хлопців та чоловіків³⁵⁷.

Стигма і дискримінація. Стигма і дискримінація ПГР у суспільстві, пенітенціарній системі та серед надавачів медичних послуг, високий рівень нетерпимості до тих, хто виходить за прийняті в суспільстві гендерні «норми», створюють значні перешкоди для доступу до необхідної профілактики, лікування та підтримки.

Результати дослідження, проведеного ЮНІСЕФ, підтвердили існування дискримінації з боку медичних працівників стосовно підлітків вулиці.

«Я не ходжу в лікарню, вони не говорять з «брудними» – підліток вулиці³⁵⁸.

Нормативно-правова база

ПГР все частіше приділяється увага в національних нормативних актах. Однією з пріоритетних цільових груп, визначених в ЗП, є молодь, показник охоплення якої встановлений на рівні 60%. До цієї групи належать ПГР-СІН, сироти, бездомні діти, діти, які затримані або ув'язнені, діти із сімей, які опинилися у складних життєвих обставинах, працівники комерційного сексу, ЧСЧ, мігранти та подібні ГР³⁵⁹.

У червні 2009 року МОЗ видав низку наказів, якими було встановлено тимчасові стандарти надання медичної допомоги підліткам та молоді, включаючи КІТ, та клініки, дружні до молоді. Основною метою цих стандартів було визначено профілактику ВІЛ³⁶⁰.

У переглянутому у 2010 році Законі з ВІЛ/СНІДу були змінені положення щодо тестування молоді на ВІЛ. Зокрема закон дозволяє проводити тестування молодих людей у віці 14 років і старше без згоди або присутності батьків чи опікуна, що для надавачів послуг законодавчо є неоднозначним³⁶¹.

Хоча законодавство і містить низку прогресивних положень, в ньому залишаються значні недоліки щодо соціального захисту уразливих груп населення.

- Не визначений мінімальний вік сексуальної згоди (статевого повноліття).
- Послуги захисту та підтримки сімей обмежені і неякісні.
- Працівники установ тимчасового перебування часто не обізнані у правах дітей на медичну допомогу і регулярно порушують конфіденційність інформації.
- В установах тимчасового перебування працівники не мають законного права надавати медичну допомогу дітям, які офіційно не є «сиротами» або «дітьми, позбавленими батьківського піклування».
- Уразливість ПГР, які живуть і працюють на вулиці, збільшується внаслідок існування недоліків у нормативно-правовій базі України, що ускладнює надання їм послуг. Хоча в національному законодавстві визначене поняття «бездомна дитина», в ньому відсутнє визначення «бездоглядна дитина», а також права бездомних та бездоглядних дітей. Відсутні також і механізми, які б давали можливість бездомним та бездоглядним дітям реалізувати свої права. Хоча законодавство не вимагає влаштовувати дітей, які живуть

³⁵⁷ HIV Prevention among Most-at-Risk Adolescents: Implementation Results of the Targeted Models. UNICEF, Kyiv, 2011.

³⁵⁸ Olena Sakovych, UNICEF Country office Ukraine Olga Balakireva, Ukrainian Institute for Social Research. PowerPoint Presentation: "The Ukraine MARA programming experience," 3 September 2009, Geneva.

³⁵⁹ Тельчик А., та інші, ЮНІСЕФ та Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка. Підлітки груп ризику: доказова база щодо посилення заходів з протидії ВІЛ в Україні, 2008 рік.

³⁶⁰ Judice, N., O. Zaglada, and R. Mbuya-Brown. (2011). HIV Policy Assessment: Ukraine. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.

³⁶¹ Там само.

на вулиці, в установи закритого типу, правоохоронці регулярно «затримують таких дітей і влаштовують їх до притулків»³⁶². У таких установах тимчасового перебування надавачі послуг не завжди забезпечують дітей повним спектром необхідних послуг, і багато з них втікають звідти, не бажаючи повернутися до дитячих будинків чи інших установ закритого типу.

Ліквідація Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту – виконавчого органу, який впроваджував програми соціального захисту, зокрема ПГР, призвела до невизначеності у подальшому впровадженні цих програм³⁶³.

Крім того, існують недоліки в документах, які регулюють надання послуг і впливають на доступ молодих людей до послуг з ВІЛ та дотримання конфіденційності.

- Необхідно переглянути протоколи та порядок проведення АРТ в установах тимчасового перебування ПГР. Багато лікарів не в змозі надавати послуги відповідно до міжнародних стандартів, поки не будуть оновлені клінічні протоколи.
- В освітніх установах проводяться заходи з питань профілактики ВІЛ, але відсутні підготовлені фахівці, які б проводили навчання щодо впровадження профілактичних заходів, і стандартні вимоги до такого навчання.
- Підлітки-СІН не мають доступу до ЗПТ, якщо їм не виповнилося 18 років.

Вдосконалення законодавства, визначення та затвердження нових положень в рекомендаціях та інструкціях тощо, координація профілактики і надання послуг сприятимуть зменшенню ризику серед підлітків-СІН. Встановлення нижчого порогу щодо відповідальності за зберігання наркотиків може призвести до збільшення кількості дітей, які потраплятимуть у систему ювенальної юстиції³⁶⁴.

Національні заходи з протидії ВІЛ серед ПГР

Доступ до профілактики та лікування

Програми профілактики ВІЛ серед ПГР, у тому числі програми наркотичної реабілітації залежності, мають низький рівень охоплення і низьку якість.

Згідно з програмними даними Альянсу, 26 830 ПГР віком від 10 до 18 років отримали базові ВІЛ-послуги. Рівень тестування ПГР на ВІЛ є дуже низьким³⁶⁵. Більше дівчат, ніж хлопців, які живуть на вулиці, пройшли тестування на ВІЛ і звернулися за наданням інших послуг.

(а) Комплексні послуги

Для ПГР, які живуть на вулиці, ЮНІСЕФ спільно з Альянсом працював з урядовими установами над розробкою комплексних заходів та пакету послуг.

У співпраці з місцевими органами влади та ОГС, ЮНІСЕФ підтримав декілька пілотних моделей, провів ретельну оцінку процесу їх впровадження і впливу (додаток). Цей досвід є корисним для розробки, реалізації та оцінювання майбутніх програм для ПГР, зокрема підлітків вулиці. Всі оцінки пілотних моделей виявили, що ПГР не були охоплені послугами, доки не були впроваджені ці пілотні моделі. І персонал, і клієнти висловили високий рівень задоволення наданими послугами.

«Я не самотній. Я більш упевнений у своєму здоров'ї зараз. Я можу відкрито обговорювати багато питань з працівниками проекту і знаходити рішення» – підліток-ЖКС.

Основні втручання для ПГР (ЮНІСЕФ/Україна) – здійснюються через просвітницьку роботу, включаючи переадресацію клієнтів до надавачів послуг, навчених працювати з ПГР:

- Інформування та консультування
- Програми розповсюдження презервативів
- Зменшення шкоди
- Діагностика, лікування ІПСШ та допомога
- Діагностика, догляд та лікування ВІЛ

³⁶² Там само.

³⁶³ Там само.

³⁶⁴ Там само.

³⁶⁵ Тельчик А., та інші, ЮНІСЕФ та Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка. Підлітки груп ризику: доказова база щодо посилення заходів з протидії ВІЛ в Україні, 2008 рік.

ЮНІСЕФ визначив декілька чинників, які впливають на ефективність моделей. Перший – це політична підтримка на регіональному та міському рівнях, а також заходи з адвокації, які забезпечують формування проекту і сприятливого для ПГР середовища, а також залучення додаткових ресурсів. В результаті з'ясовано, що для надання послуг і задоволення потреб ПГР необхідна не тільки мультидисциплінарна команда і міжгалузєва взаємодія і координація, а й система переадресації. Нарешті, труднощі, пов'язані з отриманням доступу до ПГР, потребують участі самих підлітків для розповсюдження інформації про проект, послуги, що надаються, та залучення клієнтів³⁶⁶.

В Україні також проводиться велика робота за підтримки Альянсу з 17 українськими партнерськими НУО за рахунок гранту ГФ. Ця ініціатива передбачає розширення моделі «Соціальний патруль» з метою забезпечення ПГР, які живуть на вулиці, інформацією, консультуванням, можливістю тестування на ВІЛ, ППСШ, гепатит, а також медичною, соціальною, психологічною та правовою підтримкою, побутовими послугами, включаючи продукти харчування. Однак найважливіша мета – сприяння соціалізації підлітків і відмові від вуличного життя. З липня по грудень 2012 року Альянс і його партнери надали послуги з профілактики та провели навчання з питань профілактики ВІЛ для 12 312 молодих людей у всіх областях України, 572 – в Києві та 1 220 в Одесі, а також для 182 працівників служб у справах дітей, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді і 77 працівників інтернатних закладів³⁶⁷.

Міжнародні організації також надають послуги молоді, які проживає на вулиці, зокрема *HealthRight International* («Право на здоров'я» – HRI), проводить аутріч-роботу в Києві та Донецьку (рівень охоплення – 1 315 молодих осіб у 2010-2011 рр.), а також роботу «дроп-ін» центрів у Донецьку та Києві для дівчаток³⁶⁸. Послуги передбачають психологічне консультування, переадресацію клієнтів, консультування і тестування на ВІЛ та обстеження на наявність ППСШ. У 2009 році HRI ініціювала інтерактивну навчальну програму із 10 занять під назвою «КРОКИ», що спрямована на зниження рівня ризикованої поведінки та підвищення знань щодо шляхів передачі ВІЛ та інших ризиків у середовищі молоді вулиці. Програма реалізується через аутріч-роботу, «дроп-ін» центри, державні притулки та ізолятори тимчасового утримання³⁶⁹.

(б) Програми розповсюдження презервативів

Недостатнім є рівень розповсюдження презервативів. Дослідження, проведене серед підлітків вулиці в чотирьох містах, виявило, що вони отримують презервативи в газетних кіосках (35,2%), аптеках, магазинах, на автозаправках (31,9%) або від друзів (28,9%). Майже половина (48,8%) дівчат також отримували презервативи від статевих партнерів у порівнянні з 29,7% хлопців, які також отримували презервативи від своїх статевих партнерів. З небагатьох ПГР, які отримали програмні послуги за особистим зверненням, більше дівчат, ніж хлопців³⁷⁰.

(в) Програми ПЗШ

Доступ ПГР до програм ПЗШ також є актуальною проблемою. Лише 8,9% підлітків вулиці-СІН, яких було опитано у чотирьох містах, скористалися послугами ПЗШ у минулому році, і лише сім ПГР повідомили, що контактували з аутріч-працівниками. ПГР повідомили, що отримали голки в тих місцях, де вони вживають ін'єкційні наркотики (провулки, сходи у будівлях, підвали), від друзів (68,8%), статевих партнерів (26,4%), на вулиці (18,4%) та шляхом крадіжки (11,2%). Більше половини (55,2%) придбали голки в аптеках³⁷¹.

Висновки

Ризик інфікування ВІЛ серед ПГР тісно пов'язаний з уживанням ін'єкційних наркотиків, наданням комерційних секс-послуг, а також якщо вони є статевими партнерами СІН. Ці фактори ризику

³⁶⁶ HIV Prevention among Most-at-Risk Adolescents: Implementation Results of the Targeted Models. UNICEF, Kyiv, 2011.

³⁶⁷ Дані отримані від Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, 2013.

³⁶⁸ Street Youth in Ukraine: Focus on Girls and HIV Prevention - Halyna Skipalska PowerPoint Presentation at AIDS Conference 2012.

³⁶⁹ Там само.

³⁷⁰ Busza, J.R., et al., Street-based adolescents at high risk of HIV in Ukraine. *J Epidemiol Community Health* 2011; 65: 1166-1170.

³⁷¹ Там само.

обумовлені іншими факторами більш широкої уразливості, зокрема сирітством та бездомністю³⁷², життям або працею на вулиці³⁷³, нестабільними житловими умовами та обмеженим доступом до медичних послуг³⁷⁴.

ПГР піддаються ризику рано, а тому саме серед них нові і молоді СІН та працівники комерційного сексу стикаються з більш високим ступенем ризику та уразливістю, ніж старші за них особи. Це зумовлено низьким рівнем знань, навичок та впевненості, а також недостатнім програмним охопленням.

Існуючих програм ПЗШ недостатньо, щоб зменшити ризик інфікування ВІЛ. Аутріч-робота, комплексні пакети послуг та заходи з адвокації мають свій потенціал, але рівні охоплення залишаються надто низькими і впливають на поширеність епідемії ВІЛ серед ПГР. Ці зусилля слід ще більш докласти надалі, забезпечуючи їх більшу економічну ефективність орієнтацію на гендерні аспекти, а також соціальні та сексуальні мережі.

До **недоліків** у національних заходах протидії ВІЛ у середовищі ПГР слід віднести найбільш актуальні, що зазначені нижче.

Оцінка чисельності ПГР. Численні описові дослідження проводилися серед підлітків вулиці в Україні. Це – приклад для інших країн і навіть усього світу. Однак мало проводилося оцінок чисельності ПГР, не вистачає даних про ПГР, які не живуть на вулиці, а також даних про результати програмного впливу. Якщо акцент залишатиметься на ПГР віком 15-19 років, а не на групах ризику віком 15-24 років, то необхідно отримати точні дані щодо їх чисельності і розміщення (включаючи ПГР, які живуть на вулиці, і ПГР, які проживають у сім'ях або закладах) з тим, щоб зорієнтувати програми заходів відповідно до їхніх потреб. Цього можна досягти шляхом включення даної вікової групи в національні і субнаціональні моніторингові дослідження та розрахунки вибірок.

Заходи, орієнтовані на сім'ї. Складність ситуації з ПГР потребує комплексного підходу. Для тих, хто найбільш уразливий, наприклад ПГР-сироти, позбавлені батьківського піклування або бездомні, необхідно створити більше можливостей для влаштування в альтернативні форми сімейного виховання, щоб уникнути інституціалізації³⁷⁵. Інноваційною альтернативою з точки зору довгострокової підтримки ПГР були б заходи, спрямовані на оцінку та надання адресної підтримки сім'ям, в яких живуть ПГР.

Охоплення послугами ПГР, які не живуть на вулиці. ПГР, які навчаються у школі, та/або живуть вдома, можуть також піддаватися високому ризику інфікування ВІЛ (наприклад, внаслідок уживання ін'єкційних наркотиків або будучи партнерами СІН). Ці молоді люди можуть не бути охоплені програмами для дорослих і потребують більш глибокого розуміння їхніх потреб для розробки ефективних заходів. Крім того, необхідно посилити первинну профілактику вживання наркотиків серед підлітків молодшої вікової групи.

Посилення заходів зі зменшення шкоди та заходів у сфері статевого і репродуктивного здоров'я у середовищі підлітків вулиці. Кількість випадків вагітності, виявлених у перехресному опитуванні підлітків вулиці³⁷⁶, вказує на необхідність розширення послуг у сфері репродуктивного здоров'я, а також на можливості встановлення позитивного контакту з ПГР, які більш схильні отримувати послуги під час вагітності, ніж в інший час. Робота за принципом «рівний – рівному» може бути економічно ефективною і дієвим способом знаходження найбільш уразливих ПГР та формування у них довірливоого ставлення навіть до того часу, як вони будуть готові отримати повний спектр запропонованих послуг, а також сприяти розвитку їхніх лідерських навичок. Це також допоможе вплинути на статевих партнерів ПГР, що є одним із головних програмних недоліків.

Докази програмного впливу. Незважаючи на довгострокову реалізацію та розширення програм для ПГР вулиці, а також на кількісні та якісні описові дослідження високої якості, не вистачає даних щодо програмного впливу з огляду на зниження ризиків, шкоди або результатів впливу на здоров'я, зокрема таких, як поширеність ППСШ, кількість звернень з метою лікування або ВІЛ-інфікування. Отримання конкретних даних щодо програмного впливу на кожну групу ПГР, посилює б програмні зусилля на національному рівні.

³⁷² Там само.

³⁷³ Там само.

³⁷⁴ Pylypchuk R, Marston C. Factors associated with sexual risk behaviour among young people in Ukraine. Cent Eur J Public Health. 2008 Dec; 16(4):165-74.

³⁷⁵ Mastro T., et al., Youth and HIV: the intersection of homelessness, orphaned status, injection drug use and sexual risk. AIDS 2012, 26:111–113.

³⁷⁶ Busza, J.R., et al., Street-based adolescents at high risk of HIV in Ukraine. J Epidemiol Community Health 2011; 65: 1166-1170.

2.6. Люди, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ)

Епідеміологічна ситуація

Оцінка чисельності. В період 1987-2012 років офіційно було зареєстровано 223 530 випадків інфікування ВІЛ, 56 373 випадків захворювання на СНІД (46 300 випадків були захворюванням на СНІД та 28 498 – випадки смертності від захворювань, пов'язаних зі СНІДом). Однак розрахунки вказують на більш високі цифри. Згідно з оцінками, 0,8% дорослого населення (230 000 людей віком 15 років і старше), є ЛЖВ, і лише половина із них знає про свій ВІЛ-статус³⁷⁷.

У 2011 році було зареєстровано 21 177 нових випадків ВІЛ-інфікування (46,2 на 100 тис. населення), що є найвищим річним показником з 1987 року. Кількість нових зареєстрованих випадків у 2012 році була меншою, ніж у 2011 році, і склала 20 743 випадки. Близько 25% ЛЖВ, які потребували лікування у 2012 році, отримали його (26 720 осіб, включаючи 2 268 дітей)³⁷⁸.

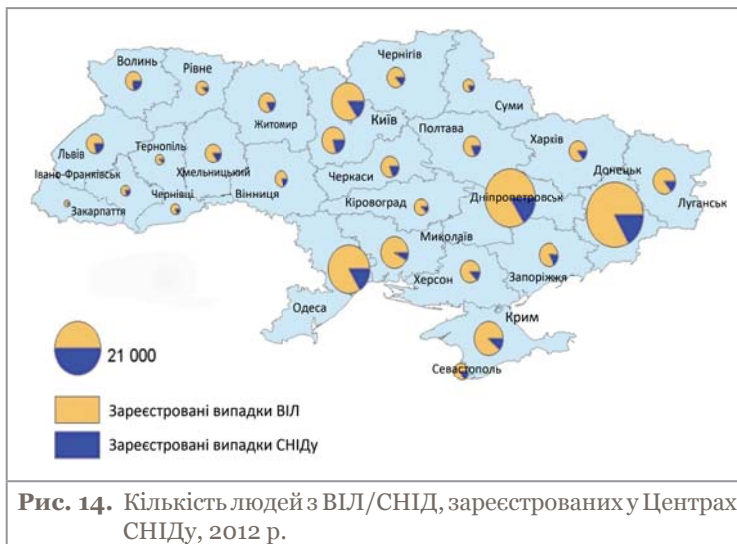


Рис. 14. Кількість людей з ВІЛ/СНІД, зареєстрованих у Центрах СНІДу, 2012 р.

ІПСШ. Дані про розповсюдженість ІПСШ серед ЛЖВ відсутні.

ТБ. В Україні ТБ є найбільш поширеним із захворювань, пов'язаних зі СНІДом. У 2011 році мали місце 5 745 випадків захворювання на ТБ (62,5%) із 9 189 нових випадків захворювання на СНІД. Дані з надання послуг показують, що у 2011 році 35,7% від оціночного числа хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ проходили лікування туберкульозу та ВІЛ³⁷⁹.

ВГС. В цілому дані про захворюваність ВГС серед ЛЖВ відсутні, але за оцінками 83,7% СІН-ЛЖВ інфіковані також ВГС³⁸⁰.

Поведінкові характеристики та потреби ЛЖВ

Згідно з оцінками, багато людей або не знають, що вони живуть з ВІЛ, або не взяті на облік для лікування. В результаті низького рівня охоплення АРТ є потенційний ризик передачі ВІЛ внаслідок ризикованої поведінки, пов'язаної з уживанням ін'єкційних наркотиків та ризикованою статевою поведінкою.

Ризикова поведінка, пов'язана з уживанням ін'єкційних наркотиків

ВІЛ-позитивні СІН повідомили, що вони продовжують спільно користуватися ін'єкційним інструментарієм, при цьому 11,6% спільно користуються голками, а 2,7% передають голку після ін'єкції ін-

³⁷⁷ Представництво ЮНЕЙДС в Україні. Зведений звіт національних консультацій з розбудови сталого розвитку та стратегічних інвестицій в національні заходи з протидії ВІЛ в Україні. Київ.– 3-4 грудня, 2012 року.

³⁷⁸ Український центр СНІДу МОЗ України, Бюро ВООЗ в Україні, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні та Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу. Національна оцінка епідемії ВІЛ/СНІД в Україні станом на початок 2012 року. Дата звіту: квітень 2012 року, Київ, Україна.

³⁷⁹ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

³⁸⁰ Сергеева, Т. Скільки людей з гепатитом С живе в Україні? (презентація). Круглий стіл з проблеми гепатиту С, 5 вересня 2009 р. <http://hepatit.org.ua/2009/11/05/skolko-v-ukraine-bolnyih-gepatitom-s-otsenka-uchyonyih/>.

шим³⁸¹. Дослідження, проведене серед СІН в центральній Україні, виявило, що ті з них, хто користувався ін'єкційним інструментарієм спільно зі своїми ВІЛ-позитивними партнерами, в 3,4 рази більше піддавалися ризику інфікування ВІЛ, ніж ті, хто не користувався спільним інструментарієм³⁸².

Прихильність до лікування

Якісні дослідження, проведені серед ВІЛ-позитивних СІН у 2009 році, виявили проблеми прихильності до лікування, на що впливали такі фактори, як переслідуванням та дискримінація з боку правоохоронців, наркотична залежність, складність режиму лікування, побічні ефекти, забування, проблеми з психічним здоров'ям та стигма, пов'язана з ВІЛ³⁸³.

Гендерні аспекти. Гендерні норми лежать в основі наслідків інфікування ВІЛ³⁸⁴. Хоча жінки в Україні історично впливали на багато аспектів соціальної та суспільної сфери, гендерні норми обмежують їхню здатність контролювати свою статеву поведінку та поведінку, пов'язану з уживанням наркотиків, у домашніх умовах. Жінки також несуть подвійний тягар, оскільки вони працюють та ведуть домашнє господарство, піклуючись про сім'ю, включаючи піклування про ЛЖВ³⁸⁵.

Крім того, жінки піддаються набагато вищому ризику ГН. Всеукраїнська мережа ЛЖВ виявила, що багато жінок не розкривають свій ВІЛ-статус партнераві, боячись втратити його або боячись насильства³⁸⁶.

Жінки-ЛЖВ, які в минулому вживали наркотики, мали гірші результати і були майже на 50% менш схильні проходити профілактику вертикальної трансмісії ВІЛ, ніж ВІЛ-позитивні жінки, які не вживають наркотиків³⁸⁷.

Стигма і дискримінація. ЛЖВ в Україні, як і раніше, стикаються зі стигмою та дискримінацією. В ході дослідження, проведеного у 2008 році, респонденти з числа ЛЖВ найбільш часто вказували на сегрегацію та ізоляцію як основні типи стигми. Інші вказували, що домінуючою реакцією з боку суспільства є відсутність розуміння реальних потреб та проблем ЛЖВ³⁸⁸. 22% опитаних у 2011 році ЛЖВ повідомили про випадки порушення їхніх прав протягом останніх 12 місяців. Кожен четвертий респондент (25%) вважав, що вони зіткнулися з перешкодами в отриманні соціальних або медичних послуг внаслідок свого ВІЛ-статусу, особливо що стосується медичних послуг³⁸⁹.

«Я був госпіталізований в ортопедичне відділення Черкаської обласної лікарні. Там я сказав про свій ВІЛ+ статус ортопедам, які відкривали абсцеси на моєму коліні. Після цього всі співробітники знали про мій статус. На наступний день... на всіх направленнях на прийом великими червоними літерами було написано «ВІЛ», навіть на контейнері для сечі. І всі, хто перебував зі мною в палаті, могли прочитати мій діагноз (Історія життя, Черкаси)³⁹⁰.

Переважна більшість респондентів-ЛЖВ вказали на внутрішню стигму: 82% мали негативні почуття щодо себе (58% звинувачували себе, 47% відчували себе винними, 38% мали низьку самооцінку, 37% відчували сором). Внаслідок цих почуттів 37% респондентів вирішили не мати дітей, 20% вирішили не вступати в шлюб, 26% відмовився звертатися до клініки, незважаючи на потребу, а 19% відмовилися від госпіталізації³⁹¹.

³⁸¹ О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Ю.В. Серета та Я.О. Сазонова. Аналітичний звіт. Моніторинг поведінки та розповсюдженість ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідеміологічного дослідження 2011 року). МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Київ, 2012 рік.

³⁸² Dumchev, KV, et al., HIV and hepatitis C virus infections among hanka injection drug users in central Ukraine: a cross-sectional survey, Harm Reduction Journal 2009, 6:23.

³⁸³ Mimiaga, M. J., et al., "We fear the police, and the police fear us": Structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev, Ukraine, AIDS Care, November, 2010. 22(11): 1305–1313.

³⁸⁴ Burtuano L and Y Kruglov. Gend Med. 2009 Apr;6(1):277-89. HIV/AIDS epidemic in Eastern Europe: recent developments in the Russian Federation and Ukraine among women.

³⁸⁵ Всеукраїнська Мережа ЛЖВ. Послуги з ВІЛ/СНІД з урахуванням гендерних факторів: Аналітичний звіт за результатами дослідження. 2011 рік.

³⁸⁶ Там само.

³⁸⁷ Там само.

³⁸⁸ Київський інститут соціології. Оцінка уразливості людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) в Україні: Кінцевий звіт. ПРООН, Проект Східна Європа та СНД. 2008 рік.

³⁸⁹ Всеукраїнська Мережа ЛЖВ, за підтримки Глобальної мережі ЛЖВ (GNP +). Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс стигми. Київ, 2011 р. http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/Stigma_Index_Leaflet_final2.pdf.

³⁹⁰ Там само.

³⁹¹ Там само.

Нормативно-правова база

ЛЖВ офіційно беруть участь у політичному процесі шляхом представництва в Національній раді з питань ВІЛ та ТБ.

Аналіз українських кодексів, законів, програм та положень виявив переконливі механізми правового захисту ЛЖВ від дискримінації³⁹². Як і Закон про ВІЛ/СНІД 1991 року, Стаття 14 аналогічного Закону 2010 року гарантує рівні права на судовий захист і забороняє дискримінацію ЛЖВ та груп населення, які піддаються «високому ризику інфікування ВІЛ». Зокрема, там міститься заборона щодо відмови у допуску до медичної установи або відмови у наданні медичних та соціальних послуг на основі ВІЛ-статусу. Статтею 16 забороняється дискримінація у працевлаштуванні, отриманні освіти, медичних послуг та соціальної допомоги і підтримки внаслідок ВІЛ-статусу³⁹³. Крім того, стаття 132 Кримінального кодексу захищає конфіденційність ЛЖВ і забороняє протиправне розкриття їхнього ВІЛ-статусу медичними працівниками. І, нарешті, антидискримінаційна стратегія України у сфері захисту прав людини (2012 р.) забезпечує правову, медичну та соціальну підтримку людей, які зазнали дискримінації. Законом з ВІЛ/СНІД також гарантується включення навчального курсу зі зниження стигми в навчальні програми середніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладів.

Однак у деяких нормативно-правових актах залишаються такі елементи стигми, як кримінальна відповідальність за передачу ВІЛ партнеру навіть при розкритті свого ВІЛ-статусу, деякі законодавчі акти узаконили насильство проти ЛЖВ під назвою «сповіщення про їхній ВІЛ-статус», а також вимоги щодо розкриття ВІЛ-статусу дітей³⁹⁴.

Національна відповідь на потреби ЛЖВ

Хоча рівень охоплення лікуванням залишається низьким, і все ще недосконалі нормативні документи щодо захисту прав ЛЖВ, вже проводяться найбільш прогресивні втручання.

Догляд та лікування

Програма національної стратегії щодо попередження передачі ВІЛ від матері до дитини дала можливість значно знизити рівень передачі ВІЛ. Кількість випадків передачі ВІЛ у такий спосіб знизилася у 6 разів з 27,8% у 2001 році до 4,2% у 2009 році³⁹⁵. Частка немовлят, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які отримують АРВ профілактику, у 2011 році сягнула 99,1%.

АРТ стала доступною в усіх 27 регіонах України.

Зараз понад 32 000 ВІЛ-позитивних людей отримують лікування, що є значним збільшенням кількості з 2004 року, коли лише 1 300 осіб отримували лікування. Проте рівень охоплення АРТ залишається низьким. За оціночними даними, потреби варіюють у діапазоні від 13,4% (згідно з даними ОГС) до 53% (за даними уряду), що становить найнижчий рівень охоплення у світі і є основною причиною збільшення смертності від СНІДу в Україні³⁹⁶.

Основні втручання для ЛЖВ

- АРТ
- Догляд і підтримка
- ЗШ
- Статеве та репродуктивне здоров'я
- Захист прав людини, включаючи зниження стигми і дискримінації

³⁹² Judice, N., O. Zaglada, and R. Mbuya-Brown. (2011). HIV Policy Assessment: Ukraine. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.

³⁹³ Boyko, A., K. Beardsley, and C. Wild. 2012. Designing an HIV Discrimination Monitoring, Reporting, and Referral System—International best practices and current policy, practice, and opportunities in Ukraine. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.

³⁹⁴ Там само.

³⁹⁵ Представництво ЮНЕЙДС в Україні. Зведений звіт національних консультацій з розбудови сталого розвитку та стратегічних інвестицій в національні заходи з протидії ВІЛ в Україні. Київ.— 3-4 грудня, 2012 року.

³⁹⁶ Там само.

Рівень охоплення АРТ серед ГР ще нижчий. Лише 8,3% ВІЛ-інфікованих СІН отримали АРТ у 2012 році³⁹⁷. Через обмежену доступність ОЗТ та низький рівень прихильності дуже незначна частка СІН успішно пройшла підготовку до АРТ та мала підтримку в її проходженні. Лише 7,3% вагітних жінок-СІН з числа ЛЖВ отримали ЗПТ³⁹⁸.

62,7% тих, хто пройшов тестування на ВІЛ під час біоповедінкового нагляду, отримали лікування. 82,3% з числа тих, хто отримав лікування, дотримувалися його.

Послуги з догляду та підтримки в Україні також обмежені. За словами представників Всеукраїнської мережі ЛЖВ, послуги з підтримки почали з'являтися нещодавно, й їх недостатньо для задоволення існуючих потреб. Зокрема ЛЖВ мають обмежений доступ до послуг, у тому числі конфіденційних, до паліативної, знеболюючої та хоспісної допомоги, а в сільській місцевості – до конфіденційних послуг. Послуги з догляду та підтримки часто недоступні для клієнтів, які проживають у віддалених населених пунктах.

Статеве та репродуктивне здоров'я

Аналіз послуг, зроблений Всеукраїнською мережею ЛЖВ, виявив, що інформація про підтримку здоров'я, профілактику та діагностику ППСШ була однією з найпопулярніших послуг³⁹⁹.

Гендерна рівність

Принцип рівноправ'я чоловіків і жінок закріплений у Конституції України та інших законодавчих документах⁴⁰⁰. Однак у них відсутні гендерні аспекти підтримки ЛЖВ, а також чіткі положення, які б регулювали права та можливості жінок і чоловіків, які живуть з ВІЛ.

Висновки

Завдяки злагодженим зусиллям ОГС, особливо Всеукраїнської мережі ЛЖВ, а також підтримці з боку уряду, послуги для ЛЖВ стають все більш доступними.

- Доступ ЛЖВ до послуг охорони здоров'я значно покращився⁴⁰¹.
- Незважаючи на обмеженість, все більш доступними стають послуги, в яких враховані гендерні фактори. Відгуки клієнтів цих послуг дуже позитивні⁴⁰².

До недоліків національних заходів протидії ВІЛ можна віднести такі.

- Є потреба в державному баченні та розробці плану надання спеціалізованого пакету медичних і соціальних послуг для ЛЖВ⁴⁰³.
- Внаслідок стигми доступ до послуг залишається обмеженим, особливо для уразливих груп населення, як у міській, так і в сільській місцевості⁴⁰⁴.
- Дуже актуальною є проблема незначного набору СІН, які живуть з ВІЛ, до програм АРТ. Крім того, вагітні жінки-СІН-ЛЖВ потребують більшого доступу до ЗПТ з урахуванням гендерних факторів, а також послуг з реабілітації та психосоціальної підтримки⁴⁰⁵.

³⁹⁷ Médecins Sans Frontières 2012. Speed up scale-up: Strategies, tools and policies to get the best HIV treatment to more people, sooner. <http://aids2012.msf.org/2012/speed-up-scale-up/> (Last accessed on August 19th, 2012).

³⁹⁸ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

³⁹⁹ Всеукраїнська Мережа ЛЖВ, за підтримки Глобальної мережі ЛЖВ (GNP +). Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс стигми. Київ, 2011 р. http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/Stigma_Index_Leaflet_final2.pdf.

⁴⁰⁰ Там само.

⁴⁰¹ Київський інститут соціології. Оцінка уразливості людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) в Україні: Кінцевий звіт. ПРООН, Проект Східна Європа та СНД. 2008 рік.

⁴⁰² Всеукраїнська Мережа ЛЖВ, за підтримки Глобальної мережі ЛЖВ (GNP +). Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс стигми. Київ, 2011 р. http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/Stigma_Index_Leaflet_final2.pdf.

⁴⁰³ Там само.

⁴⁰⁴ Там само.

⁴⁰⁵ МОЗ України. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р., Київ, 2012.

- Клієнти, доступ яких до послуг з певних причин є важкодоступним, також потребують більшого доступу до послуг з догляду та підтримки, які б сприяли довірі між клієнтами та надавачами послуг⁴⁰⁶.
- Необхідність інтеграції послуг з лікування ТБ та ВІЛ підкріплена фактичними даними, однак така інтеграція поки ще не відбулася⁴⁰⁷.
- Обмежений доступ до скринінгу, діагностики та лікування ІПСШ/ВГС.
- Місцеві органи влади повинні виділяти зі своїх бюджетів достатньо коштів, а також інтегрувати і координувати надання послуг у своїй місцевості⁴⁰⁸.
- Більш ефективна підтримка прихильності до АРТ серед ЛЖВ, які отримують лікування, передбачає навчання, професійну підготовку медичних працівників та видання спеціальних посвідчень, які б ЛЖВ могли пред'являти правоохоронцям на доказ того, що ліки призначені саме для лікування ВІЛ.
- Є також важливим залучення членів сімей та інших систем підтримки для лікування ЛЖВ⁴⁰⁹.

⁴⁰⁶ Оцінка реалізації Національної програми зі СНІДу в Україні: зведений звіт. ЮНЕЙДС, Україна. Київ, 2012 рік.

⁴⁰⁷ Там само.

⁴⁰⁸ Там само.

⁴⁰⁹ Mimiaga, M. J., et al., "We fear the police, and the police fear us": Structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev, Ukraine, *AIDS Care*, November, 2010. 22(11): 1305–1313.

3. Висновки та рекомендації

Висновки

В останні роки Україна досягла певних успіхів у сфері протидії ВІЛ. До сильних сторін можна віднести нормативну базу, що сприяє реалізації національних заходів протидії ВІЛ, мобілізацію ресурсів уряду, громадянського суспільства та донорських організацій, що сприяють розширенню доступу до послуг у сфері ВІЛ, а також зміцненню партнерських зв'язків та платформи для співпраці між урядом та ОГС з метою децентралізації та надання послуг на рівні громад. ОГС створили ефективну систему надання профілактичних послуг ГР, яка доповнює державну систему охорони здоров'я.

Однак епідемія ВІЛ продовжується. За оцінками 0,8% дорослого населення України (230 000 осіб) є ЛЖВ, приблизно половина з них не знають про свій статус. У 2011 році було зареєстровано рекордну кількість нових випадків інфікування ВІЛ: 21 177, включаючи 9 189 випадків СНІД та 3 736 смертей, пов'язаних зі СНІД. Підвищення рівня захворюваності та смертності внаслідок ВІЛ є серйозною проблемою закладів охорони здоров'я, яка ускладнюється втратами у процесі надання безперервних послуг, а також несвоєчасним виявленням випадків ВІЛ.

Основними причинами обмеженої ефективності національних заходів з протидії ВІЛ є низький рівень охоплення послугами, недостатній обсяг та якість послуг (у тому числі недосконала доказова база), а також висока вартість програм. Прогресу заважає відсутність політичної підтримки, недоліки в системі охорони здоров'я, недостатній попит на наукові дані та їх використання у процесі прийняття рішень, а також неефективний розподіл і використання ресурсів, високий рівень стигми та дискримінації, обмежене фінансування і брак людських ресурсів.

Понад 50% річних витрат на заходи з протидії ВІЛ надходить із зовнішніх джерел, при цьому фінансові потреби та недоліки збільшуються щороку. Кошти державного бюджету йдуть на закупівлю ліків для АРТ та попередження вертикальної трансмісії ВІЛ, у той час як кошти місцевих бюджетів йдуть на фінансування робочої сили, утримання закладів, послуг з профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ, АРТ та інших лікувальних послуг. Місцеві бюджети практично не мають коштів для цілеспрямованої профілактики серед представників груп найвищого ризику. Донори та ОГС забезпечують профілактику ВІЛ серед ГР, а також надання послуг з догляду та підтримки. Ресурси розпорюшуються на втручання, які не завжди мають наукове обґрунтування.

Аналіз епідеміологічних, поведінкових та контекстуальних даних, а також даних щодо надання послуг виявив досягнення та конкретні недоліки, на які слід звернути увагу на наступному етапі реалізації національних заходів протидії ВІЛ.

Нормативно-правова база

Держава визначила пріоритетні напрями відповіді на епідемію ВІЛ, до яких належать: посилення заходів з профілактики ВІЛ, забезпечення лікування, підтримка прав ЛЖВ та формування толерантного ставлення громадськості до ЛЖВ. Відносно сильна нормативно-правова база обмежена значними недоліками, а також її неналежним впровадженням і застосуванням.

До **недоліків** належать такі.

- Недостатня увага до питань ГН, недостатня спроможність державних установ та ОГС у питаннях профілактики і реагування на прояви ГН.

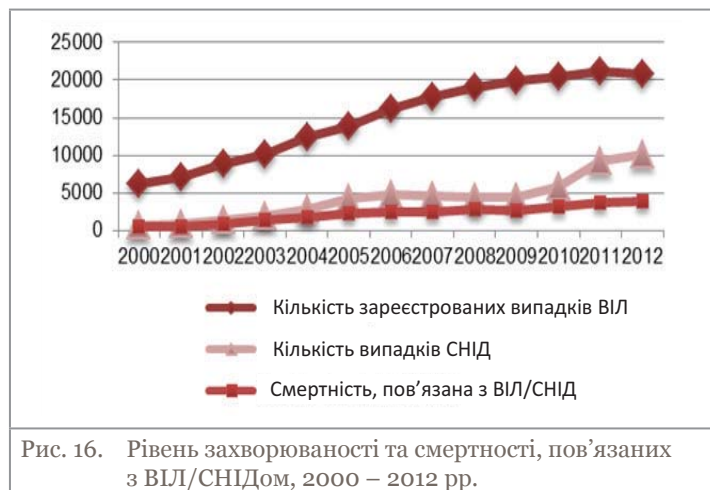


Рис. 16. Рівень захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом, 2000 – 2012 рр.

- Деякі ГР (наприклад, ЧСЧ та їхні статеві партнери) не визначені в Національній програмі з протидії ВІЛ/СНІД, Законі України 2010 року «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), правовий та соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» і не є пріоритетними для програм та послуг.
- Дані про підлітків і молодь, які вдаються до ризикових практик, та тих, хто живе і працює на вулиці, є недостатніми.
- Нормативно-правова база не дає чіткого визначення щодо дітей, які живуть і працюють на вулиці та бездоглядних дітей, що перешкоджає наданню послуг.
- Дані про оціночну чисельність СІН офіційно не визнані, а тому не можуть бути офіційно використані для планування та розподілу ресурсів.
- Нещодавні зміни, внесені до актів законодавства, що регулюють обіг наркотичних речовин, загрожують зниженням ефективності ПГШ.
- Порядок централізованих закупівель і системи управління закупівлями – це бар'єри у наданні високоякісних економічно ефективних ВІЛ-послуг. Для регіонів висока вартість АРТ є основною перешкодою.
- ВІЛ-послуги не інтегровані до ТБ чи ВГС-послуг, що призводить до неповних даних про потреби у послугах, недоліки у наданні послуг та втрати пацієнтів.
- Хоча питання зниження стигми і дискримінації є пріоритетними, все ж не існує конкретної стратегії чи плану роботи з майбутніми працівниками установ та закладів охорони здоров'я і медичними працівниками, які надають послуги.

До недоліків у впровадженні політики з протидії ВІЛ також належить недостатній рівень розповсюдження нормативних документів, недостатнє навчання, спрямоване на вивчення протоколів і стандартів, обмежена комунікація між надавачами послуг і урядом, а також брак міжсекторальної взаємодії. Міністерства по-різному тлумачать закони і норми ключових питань, а нормативно-правове регулювання і його впровадження значною мірою залежить від його рівня (національний чи регіональний) і від регіону.

Впровадження також ускладнюється різницею фінансування ВІЛ-програм і матеріалів на регіональних та місцевих рівнях, а також у межах регіонів, що призводить до різниці між рівнями покриття послугами і рівнями якості їх надання.

Не існує механізмів забезпечення дотримання норм, спрямованих на профілактику порушень прав груп найвищого ризику, у тому числі на надання послуг для них, наприклад, для СІН. Крім того, незважаючи на наявність в Україні антидискримінаційного законодавства, не була прийнята нормативно-правова база, яка б дозволила запроваджувати таке законодавство і притягувати правопорушників до відповідальності.

Профілактика ВІЛ

Існує нагальна потреба у розширенні доступу до ефективних послуг з профілактики ВІЛ серед ГР. Дані програмного моніторингу вказують на те, що рівень охоплення профілактичними послугами з огляду на оцінку чисельності СІН, ЖКС, ЧСЧ та ув'язнених залишається низьким. Подібним чином останні дані біоповедінкового епіднагляду за кожною із ГР вказують на те, що рівень охоплення базовими профілактичними послугами (отримували презервативи за останні 12 місяців та знають, де пройти тестування на ВІЛ) є низьким для СІН, ЖКС і ЧСЧ і значно нижче за рівень, необхідний для досягнення ефективного впливу на епідемію. Еквівалентні дані для ПГР та ЛЖВ відсутні.

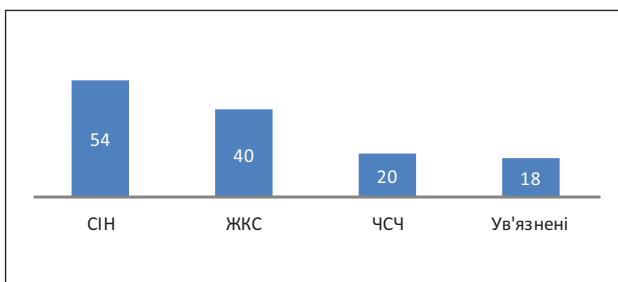


Рис. 17. Охоплення базовими профілактичними послугами протягом останніх 12 місяців, за даними оціночної чисельності ГР (%)

Джерело: Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу, 2012 р.

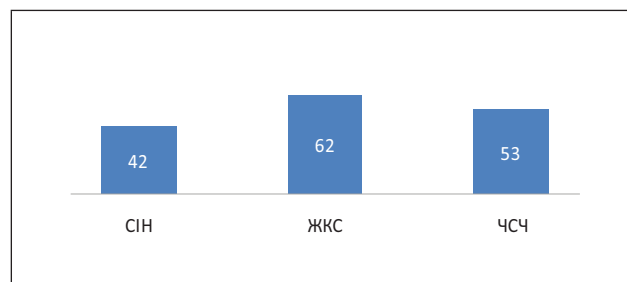


Рис. 18. Охоплення базовими профілактичними послугами протягом останніх 12 місяців, дані біоповедінкового епіднагляду (%)

Джерело: Біоповедінковий епіднагляд: СІН (2011 р.), ЖКС (2011 р.), ЧСЧ (2011 р.)

Існує потреба в розробці для кожної ГР стандартизованого пакету профілактичних послуг, заснованих на доказах ефективності. Хоча більшість основних компонентів послуг з профілактики та лікування ВІЛ є доступними для деяких ЛЖВ у певних місцевостях, повні пакети послуг не є широкодоступними. До значних недоліків у наданні послуг можна віднести послуги зі скринінгу і лікування ІПСШ, ТБ, ВГС, а також послуги для статевих партнерів-представників ГР. Також вкрай обмеженими є послуги ЗПТ.

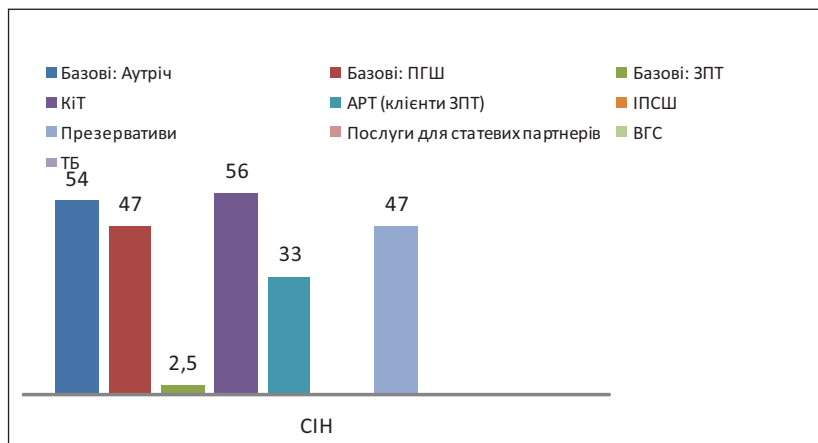


Рис. 19. Охоплення СІН послугами протягом останніх 12 місяців (%)

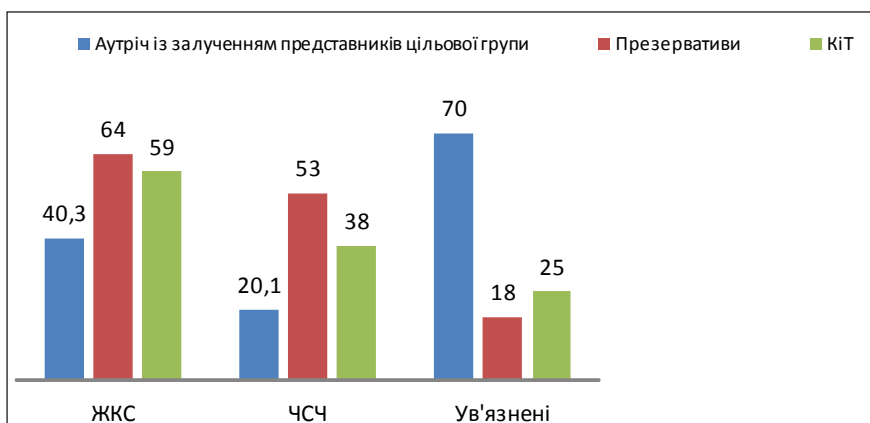


Рис. 20. Охоплення основними послугами ЖКС, ЧСЧ та ув'язнених протягом останніх 12 місяців (%)

Значні правові, нормативні та політичні обмеження ускладнюють реалізацію та розширення програм з профілактики ВІЛ серед ГР.

Не вистачає також даних про те, які саме заходи сприяють зменшенню ризику інфікування, і яким чином ефективно впроваджувати ключові втручання. Наприклад, розповсюдження серед СІН презервативів залишається стабільним протягом останніх років, але рівень їх використання не збільшився – у 2011 році лише близько половини СІН використовувала презерватив під час останнього статевого контакту.

Нова хвиля епідемії ВІЛ пов'язана з ризикованою статевою поведінкою СІН та їхніх партнерів. Відсутні дані про те, що саме є ефективним з огляду на зниження ризику серед статевих партнерів СІН, або стандартизовані послуги, які надаються.

Ще один недолік у профілактичних заходах – надання послуг представникам ЧСЧ. Розробка програм та послуг обмежена відсутністю даних про випадки інфікування ВІЛ серед ЧСЧ (чисельність яких в даний час значно недооцінюється), хоча дані свідчать про те, що ЧСЧ також піддаються значному ризику ВІЛ-інфікування. Надання послуг, а також дослідження щодо підтримки необхідності і розробки таких послуг ускладнюється стигмою та дискримінацією стосовно ЧСЧ. Це піддає ЧСЧ та їхніх статевих партнерів підвищеному ризику ВІЛ-інфікування й обмежує доступ до послуг з профілактики, догляду та лікування. Структурні фактори – такі, як закони і норми, що заперечують захист прав ЧСЧ, і надалі обмежують доступність та якість профілактичних ВІЛ-послуг і медичного обслуговування.

Тестування на ВІЛ

Лише половина людей, які живуть з ВІЛ, знають про свій статус. Рівень застосування КіТ та рівень охоплення представників ГР є недостатнім, щоб забезпечити раннє виявлення ВІЛ і своєчасне призначення лікування. Більш широке застосування експрес-тестів розширило доступність КіТ. Однак деякі клієнти, які отримують позитивний результат тестування на ВІЛ, не отримують результатів додаткових підтверджуючих тестів і не стають на облік у Центри СНІДу. Існуюча мережа кабінетів довіри, де можна пройти тестування на ВІЛ, не бере активної участі у виявленні ВІЛ серед представників ГР. Більш того, існують численні перешкоди з огляду на отримання лікування після встановлення діагнозу ВІЛ. Недостатня інтеграція та зв'язки між службами ВІЛ та загальною системою охорони здоров'я часто призводять до несвоечасного діагностування ВІЛ+ та несвоечасного початку лікування.

Догляд та лікування ВІЛ

Рівень охоплення лікуванням ВІЛ зростає через національну мережу Центрів СНІДу, але він все ще залишається низьким у порівнянні з реальними потребами. У 2011 році 26 000 осіб отримали АРТ, і, згідно з розрахунками, лише 25% від прогнозованих потреб задовольняються, що є одним із найнижчих рівнів охоплення лікуванням у світі. 62,7% тих, хто пройшов тестування на ВІЛ під час біоповедінкового епіднагляду, отримують послуги з догляду та лікування. 82,3% з числа тих, хто отримують лікування, продовжують жити і лікуватися понад 12 місяців, що є непрямим показником рівня прихильності до лікування.



Рис. 21. Каскад надання ВІЛ-послуг

Стигма і дискримінація

Стигма і дискримінація мають прямий вплив на рівень захворювань і смертності внаслідок ВІЛ. ГР, включаючи ЛЖВ, стикаються зі стигматизованим ставленням до себе у багатьох аспектах свого життя. Найчастіше це пов'язане із самостигматизацією та стигмою з боку інших – у сфері освіти, охорони здоров'я та на роботі. Особлива дискримінація найбільш часто спостерігається у сфері охорони здоров'я. Медичні працівники – єдина соціальна група, яка демонструє стигму, а не підтримку щодо ЛЖВ, коли дізнаються про їхній статус. У той час, як існують закони, розроблені з метою захисту ЛЖВ від дискримінації, недостатнє забезпечення виконання, впровадження і моніторингу цих законів обмежує їх ефективність.

Рекомендації

Існує потреба в розробці для кожної ГР стандартизованого пакету профілактичних послуг, заснованих на доказах ефективності.

Дані про те, які саме заходи сприяють зниженню ризику інфікування, і яким чином ефективно впроваджувати основні втручання, мають систематично переглядатися і використовуватися для розробки пакету послуг.

Працюючи з представниками ГР, рекомендується застосовувати підхід, який забезпечує комплексність, орієнтованість на клієнта і безперервність допомоги, а послуги мають носити системний

характер, починаючи з аустріч-роботи і профілактики і закінчуючи залученням до програм АРТ і наданням медико-соціальної допомоги. Система надання послуг повинна включати послуги з профілактики, виявлення і лікування ІПСШ, доступ до ЗПТ, своєчасне призначення й утримання на АРТ, лікування опортуністичних інфекцій, а також ТБ і гепатитів, догляд за ЛЖВ.

Такий підхід дозволив би поєднати послуги з профілактики і послуги з лікування для всіх ГР. Послуги з профілактики та соціальної підтримки повинні бути пов'язані між собою і безпосередньо сприяти підвищенню ефективності тестування та лікування шляхом забезпечення раннього виявлення ВІЛ, своєчасного початку АРТ та високого рівня утримання клієнтів в режимах лікування. Всі категорії медичних закладів та медичних працівників повинні брати участь у забезпеченні безперервності послуг з ВІЛ, починаючи з профілактики та закінчуючи лікуванням і доглядом. Медичні працівники і правоохоронці також виграють від просвіти з питань якості медичної допомоги для ГР, з включенням таких тем, як стигма, психічне здоров'я, гендерні аспекти, а також зловживання алкоголем та насильство. Ці питання також мають бути включені в навчальні програми закладів медичної освіти.

Слід приділити значну увагу проблемі стигми щодо ГР. Стигма і дискримінація залишаються головною перешкодою на шляху зниження ризику інфікування, впровадження профілактичних заходів, тестування на ВІЛ і лікування. Потрібно забезпечити виконання, впровадження і моніторинг законів, розроблених з метою захисту представників ГР від дискримінації. Додатково рекомендації щодо боротьби зі стигмою включають формування даних для адвокації. Слід концентрувати увагу на випадках дискримінації, а не стигми, оскільки дані про випадки дискримінації є найбільш придатними для досліджень і дій у відповідь на дискримінацію щодо всіх ключових груп, включаючи ЛЖВ. Впровадження специфічних програм потрібно починати в установах і закладах охорони здоров'я та органів правопорядку через високий ступінь дискримінації та прямий вплив на ризики, захворюваність та смертність у зв'язку з ВІЛ.

Існує потреба в розширенні послуг для жінок та чоловіків з урахуванням гендерних факторів. Жінки, які належать до ГР, несуть подвійний тягар гендерної дискримінації та стигми, пов'язаних з їх належністю до тієї чи іншої ГР (СІН, ЖКС, ув'язнені тощо). Програми для жінок-СІН з урахуванням гендерних факторів – це одна з кращих практик, розроблених в Україні, яку слід поширити географічно, включаючи інші ГР, наприклад, ув'язнених жінок. Гендерні послуги, спрямовані на підтримку чоловіків, сприятимуть зниженню ризику інфікування та профілактиці ВІЛ, а також захисту їхніх партнерів-СІН та статевих партнерів.

Гендерне насильство значною мірою є невирішеною проблемою, незважаючи на доведені прояви постійного насильства стосовно ЖКС. Дуже актуальними є профілактика, створення системи сповіщення про випадки насильства та доступність пост-контактної профілактики для ЖКС та інших жінок. Для розробки відповідних втручань є потреба в дослідженні рівня насильства, якого зазнають партнери СІН.

Рекомендації щодо кожної ГР

СІН

В Україні епідемія ВІЛ залишається концентрованою в групах ризику, зокрема СІН. Незважаючи на те, що рівень захворюваності на ВІЛ серед СІН знижується, зростаючий рівень передачі ВІЛ гетеросексуальним шляхом серед жінок багато в чому пов'язаний зі статевими партнерами-СІН.

Хоча доступність послуг для СІН зростає, вона залишається нижче рівня, необхідного для впливу на громадське здоров'я. Крім того, аустріч-робота та просвітницька робота не націлені на реальні ризики споживання ін'єкційних наркотиків. Просвітницька робота з питань ЗІШ має більш конкретно висвітлювати типи ризикової поведінки, яка пов'язана з уживанням ін'єкційних наркотиків, зосереджуючись не лише на необхідності використання стерильних голочок і шприців, а й висвітлювати питання переливання наркотика з одного шприца в інший, спільного використання інструментарія для виготовлення наркотика тощо.

Необхідно значно розширити надання медикаментозної підтримуючої терапії на рівні первинної ланки охорони здоров'я та в таких закладах, як пологові будинки, в комплексі з діагностикою і лікуванням ТБ, ІПСШ та вірусних гепатитів, а також АРТ.

Партнерство з приватним сектором, наприклад аптеками та більш горизонтально інтегрованими службами, дає можливість розширення доступу до послуг. Необхідно продовжити пошуки шляхів поширення надання такої терапії через аптеки (рецептурна форма).

Необхідно приділити більше уваги статевим ризикам СІН та їхніх статевих партнерів, у тому числі надання послуг – таких, як консультування і тестування на ВІЛ для пар СІН і статевих партне-

рів СІН, а також профілактичним втручанням серед СІН, які надають комерційні секс-послуги, та їхніх партнерів. Необхідно провести дослідження для визначення того, яким чином ефективно охопити послугами статевих партнерів СІН.

Необхідно розширити доступ СІН до АРТ, а також інтегрувати для них послуги АРТ та ЗПТ. Досвід України показує, що така інтеграція сприяла б підвищенню рівня прихильності до лікування. Порядок амбулаторної реєстрації та початок АРТ і ЗПТ є складним і потребує спрощення, що забезпечить більш широке охоплення цими послугами.

Крім того, значною проблемою є ко-інфекція ВІЛ/ТБ. Незважаючи на рекомендації, в яких зазначено, що ВІЛ-позитивні хворі на ТБ повинні отримувати АРТ, рівень охоплення АРТ є дуже низьким.

ЖКС

Слід розробити та запровадити науково обґрунтовані національні стандарти та настанови щодо програм для ЖКС і забезпечити інструменти та інші ресурси для їх реалізації. Також необхідно розробити і впровадити науково обґрунтовані стандарти ведення ІПСШ серед ЖКС. Однаково важливі як регулярний скринінг, діагностика і лікування ІПСШ, так і періодичне тестування на ВІЛ. Деякі організації ОГС досягають охоплення послугами зі скринінгу і лікування ІПСШ шляхом устанавлення зв'язків з пунктами КіТ, включаючи як стаціонарні послуги тестування і лікування, так і мобільні, які надаються в місцях, де працюють ЖКС.

Послуги в першу чергу надаються НУО. ЖКС, які не є їх клієнтами, недостатньо охоплені послугами. Необхідно розширити базовий пакет послуг для ЖКС, щоб охопити послугами як клієнтів НУО, так і тих, хто ще не є їх клієнтами.

Нові та молоді ЖКС, а також клієнти-чоловіки та статеві партнери ЖКС, потребують адресних спеціалізованих послуг. Крім того, надзвичайно високий рівень насильства, якого ЖКС зазнають щодня, вимагає адекватних профілактичних заходів, у тому числі послуг з пост-контактної профілактики.

У зв'язку з високою поширеністю ВІЛ серед ЖКС-СІН або тих, які мають досвід уживання наркотиків, необхідні більш узгоджені зусилля для виявлення таких жінок та надання їм послуг, у тому числі ЗПТ.

Необхідно зібрати додаткову інформацію про рівень поширеності ТБ серед ЖКС з метою розробки послуг, які мають бути інтегровані в інші медичні послуги та послуги з ВІЛ.

ЧСЧ

Зростаючий рівень соціальної стигми щодо ЧСЧ є особливою перешкодою для збору стратегічної інформації та надання послуг (як рівня використання послуг, так і їх якості).

Через масштаби стигми щодо ЧСЧ в Україні зусилля, спрямовані на подолання стигми і дискримінації, ймовірно, потрібно починати з послуг у галузі охорони здоров'я. Рекомендовано навчання медичних спеціалістів і працівників, які проводять аутріч-роботу. Таке навчання допоможе підвищити їхню здатність надавати представникам ЧСЧ та їхнім статевим партнерам високоякісні профілактичні і медичні послуги, що не допускають проявів дискримінації і забезпечують конфіденційність усім, хто їх отримує. Інтеграція послуг психосоціальної і соціальної підтримки сприятиме їх кращому сприйняттю, особливо з боку молодих ЧСЧ, які можуть мати запитання і потребувати підтримки для використання послуг. Водночас посилений акцент на статевих і гендерних нормах і стереотипах міг би призвести до більшої відкритості серед представників громадськості, особливо, серед молоді у школах і через ЗМІ, що орієнтовані на молодь.

Дослідження, проведене відповідним чином, наприклад, за участю дослідників, які є представниками ГР, допомогло б визначити найбільш ефективні втручання, спрямовані на ЧСЧ у кожному з епідеміологічних контекстів; сприяло б підвищенню якості послуг і оцінило б інноваційні стратегії, спрямовані на покращення і посилення комплексних профілактичних ВІЛ-послуг для ЧСЧ та їхніх статевих партнерів. Необхідно також дослідити ті сегменти, які потребують спеціалізованих адресних послуг, наприклад чоловіки, які надають комерційні секс-послуги.

Розширення охоплення базовими послугами можна досягти, використовуючи місцеві мережі, наприклад, вечірки вдома, місця знайомств (зустрічей), соціальні медіа (Інтернет-сайти знайомств тощо).

Медичні працівники потребують спеціалізованої підготовки та підтримки у наданні послуг, дружніх до ЧСЧ. Також рекомендується створення громадських центрів з низькопороговим доступом до послуг («дроп-ін» послуги) та веденням клієнтів з метою встановлення зв'язку між ЧСЧ-громадами та мережею медичних послуг, дружніх до них.

Ув'язнені

Незважаючи на останні досягнення у розповсюдженні профілактичних засобів, проведенні просвітницьких заходів та АРТ у пенітенціарній системі, послуги залишаються на набагато нижчому рівні за той, що необхідний для адекватної відповіді на епідемію ВІЛ.

Слід покращити координацію між міністерствами та установами з тим, щоб не припиняти надання послуг, особливо ЗПТ та АРТ, коли особа потрапляє до закладу пенітенціарної системи або звільняється з нього. Крім того, активізація та координація дій потрібна з метою спільної розробки стандартних послуг.

Необхідно розширити у тюрмах повний пакет якісних профілактичних послуг достатнього обсягу, у тому числі послуг ЗШ та розповсюдження презервативів.

Реалізація ПГШ та ЗПТ обмежена правилами внутрішнього розпорядку пенітенціарних установ, і ці правила потребують зміни для забезпечення відповідних потреб ув'язнених. У зв'язку з високим рівнем споживання наркотиків серед ув'язнених надання послуг ЗПТ необхідно розширити й об'єднати з послугами скринінгу, діагностики та лікування ТБ, ІПСШ та вірусних гепатитів. Послуги КіТ необхідно розширити шляхом застосування експрес-тестів.

Рекомендується залучати представників ЧСЧ з тим, щоб донести економічно ефективним і дискретним шляхом послуги до тих із них, які піддаються ризику ВІЛ-інфікування.

ПГР

Не вистачає даних про вплив програм і послуг на зменшення ризиків, ЗШ або результатів заходів з охорони здоров'я – таких, як поширеність ІПСШ, кількість звернень з метою лікування або ВІЛ-інфікування. Отримання конкретних даних щодо впливу на кожну групу підлітків, які піддаються ризику, посилює б програмні зусилля на національному та субнаціональному рівні.

Аутріч-робота за принципом «рівний – рівному» є економічно ефективним і дієвим способом знаходження найбільш уразливих ПГР та формування в них довірливого ставлення до надавачів послуг ще до того, як ПГР будуть готові їх отримати повною мірою, а також сприяти розвитку лідерських навичок ПГР, що дозволить розширити їх охоплення базовими послугами, надасть можливість охопити ними й їхніх статевих партнерів, що допоки залишається недоліком у розробці програм.

ПГР-сироти та бездомні найбільш піддаються ризику інфікування ВІЛ, тому необхідні альтернативні види сімейної опіки, щоб уникнути інституціалізації цієї категорії осіб.

Для тих ПГР, у яких є сім'я, заходи щодо їх зміцнення сприятимуть зниженню ризику для самих ПГР та наступного покоління.

ЛЖВ

З метою підвищення рівня раннього виявлення ВІЛ серед оціночної половини ЛЖВ, які не знають про свій ВІЛ-позитивний статус, необхідно розширити послуги КіТ з використанням швидких тестів. Щоб зменшити кількість ЛЖВ, які не стають на облік для отримання допомоги і лікування або роблять це пізно, необхідно посилити зв'язки між пунктами проведення швидких тестів і послугами з догляду та лікування. Протоколи та практики, що передбачають початок лікування на ранній стадії, сприяли б розширенню вкрай необхідного рівня охоплення ЛЖВ АРТ. Також потрібно покращити зв'язок між системою ВІЛ-послуг та системою охорони здоров'я.

Дані щодо продовження пацієнтами АРТ в часі вказують на низький рівень дотримання режиму лікування. ЛЖВ-СІН краще б дотримувалися режиму АРТ, якби була більша інтеграція АРТ та ЗПТ. Що стосується ЛЖВ, які не вживають наркотиків, дослідження рівнів дотримання лікувального режиму могло б визначити потреби та можливі варіанти розробки послуг.

Послуги, що надаються ЛЖВ з урахуванням гендерних факторів, добре сприймаються, призводять до більш активного їх використання, а тому потребують розширення.

Персонал, який працює з клієнтами на етапах до і під час надання послуг, повинен бути готовими до роботи з ЛЖВ. Також необхідно поставити наголос на потребі отримання нових знань у сфері ВІЛ, у тому числі з питань лікування опортуністичних інфекцій, формування толерантного ставлення до ЛЖВ і роз'яснення юридичних вимог.

Міністерству охорони здоров'я України і Центру медичної статистики МОЗ України необхідно розробити стандарти і системи, які б забезпечили зберігання конфіденційної інформації щодо ВІЛ-інфікування. З цією метою потрібно розробити державний нормативний акт, який би регулював порядок роботи з документами, їх зберігання і розповсюдження. Нові технології надають можливості для створення стандартизованої платформи для збору даних і звітування. Така платформа дозволила б проводити як активний, так і пасивний збір даних, а також пропонувала б різні способи доступу до інформації (наприклад, через Інтернет-мережу, за телефоном, особисто або через третю особу).

Бібліографія

Бібліографія (загальна)

1. «Організація реалізації гранту Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією», затверджено Українським центром СНІДу (наказ №138-3, 11.01.2011).
2. Аналіз нормативно-правової бази щодо підтримки дітей та молодих людей, які живуть і працюють на вулиці, попередження безпритульності і бездоглядності в Україні / Бордуніс Т.А. –USAID – Проект «Розбудова спроможностей ВІЛ-сервісу в Україні». – М.: 2011 рік. – с. 28–29.
3. Аналіз оцінки здійснення виконання регіонами України наказів Міністерства охорони здоров'я України №102 (від 02.25.2008) та №33 (від 02.23.2000), проведений Українським центром СНІДу влітку 2012 року.
4. Бюджетний кодекс України, остання версія 2010 року, з поправками. <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>.
5. ВІЛ в Україні. Інформаційний бюлетень №37. – Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань; Український центр з профілактики СНІДу МОЗ України», Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського (Національна академія медичних наук України) – К. – 2012 р.
6. ВІЛ-інфіковані діти: медичний догляд, психологічна підтримка, соціальний супровід, правовий захист / Котова Н. В., Старець О.О., Пурік О.П., Леончук Н.В., Панфілова О.М., Бордуніс Т.А., Дубиніна І.М., Булах Л.В. – ЮНІСЕФ, Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді – К.: 2010 рік. – 176 стр. – Інтернет-адреса: <http://www.hopeandhomes.org.ua/files/7/b/7b51622-doglyad-infikovani.pdf>.
7. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», версія від 2012. <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2861-17>.
8. Закон України «Про соціальні послуги», зі змінами. <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/966-15>.
9. Звіт про результати правового аналізу чинного законодавства, що регулює розвиток персоналу в сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні (проект). Український центр СНІДу, Київ, 2012 рік.
10. Звіт про фінансові витрати на програму з ВІЛ/СНІДу в 2009, 2010 та 2011 роках. Держслужба України соцзахворювань.
11. Звіти про реалізацію Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки. Український центр СНІДу МОЗ, 2010 – 2012 роки.
12. Критерії відбору тендерних пропозицій щодо залучення бюджетних коштів на надання соціальних послуг, затверджені наказом Міністерства праці та соціальної політики (зараз – Міністерство соціальної політики) станом на 07.27.2004 №165, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 06 вересня 2004 р., Вих. №1099/9698. <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z1099-04>.
13. Навчально-методична робота та технічний розвиток Кафедри інфекційних хвороб НМАПО імені Шупика. <http://kmapo.edu.ua/ua/faculties/fack/rrriijlkhuiln>.
14. Навчально-методичні матеріали щодо роботи центрів соціальних послуг для уразливих сімей, дітей та молоді / О.Н. Балакірева, Т.В. Бондар та інші. – USAID –Проект «Розбудова спроможностей ВІЛ-сервісу в Україні». – М.: 2012 р. – с. 31.
15. Наказ ДССУ №35 від 26.03.2012р. «Про утворення робочої групи з питань кадрового планування та розвитку кадрового потенціалу у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні». <http://dssz.gov.ua/index.php/uk/robochi-grupu/376-vil-snid/grupa-5/oficijni-documenty-5/898-qq>.
16. Наказ МОЗ №230 від 17 квітня 2006 року «Про створення Референс-лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу при Українському центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України». http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060417_230.html.
17. Наказ МОЗ №749 від 19 жовтня 2009 року «Про затвердження та введення навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» кваліфікації

- «лікар» у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації за спеціальностями «лікувальна справа», «педіатрія», «медико-профілактична справа». http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20091019_749.html.
18. Національний оперативний план (2011–2013 рр.) реалізації «Загальнодержавної програми України із забезпечення профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки». Ухвалений Національною радою з питань туберкульозу та ВІЛ/СНІД, 07.01.2010.
 19. Оцінка ефективності роботи рад з питань туберкульозу та ВІЛ при Раді міністрів АР Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.
 20. Оцінка спроможності Національної ради з питань туберкульозу та ВІЛ/СНІД України (липень 2009 року – червень 2010 року). Аналітичний звіт. Київ, 2010 р. – USAID – Проект «Розбудова спроможностей ВІЛ-сервісу в Україні».
 21. Перелік соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати (наказ від 09.03.2012 №537, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 19 вересня 2012 року №1614/21926. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1614-12>).
 22. План заходів щодо виконання Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011–2015 роки.
 23. Положення про Міністерство соціальної політики України, зі змінами, ухвалено указом Президента України від 06 квітня 2011 року, №389/2011. <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/389/2011/page31#n31>.
 24. Положення про соціальне замовлення, затверджено резолюцією сесії Одеської обласної ради 20 травня 2011 року, №137-VI. <http://region.odessa.gov.ua/Webpage.aspx?sect=Page&IDPage=35603&id=462>.
 25. Порядок проведення конкурсу з визначення програм (проектів, заходів), розроблених громадськими організаціями та творчими спілками, для виконання (реалізації) яких надається фінансова підтримка, ухвалений постановою КМУ від 12 жовтня 2011 року, №1049. <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1049-2011-%D0%BF>.
 26. Порядок розроблення державного стандарту соціальної послуги (ухвалено наказом Міністерства соціальної політики 05.16.2012 №282 (зареєстровано в Міністерстві юстиції України 01 червня 2012 року, №876/21188). <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0876-12>.
 27. Правила організації та проведення конкурсу на залучення бюджетних коштів для надання соціальних послуг, ухвалено постановою КМУ від 29 квітня 2004 року, №559. <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/559-2004-%D0%BF>.
 28. Представництво ЮНЕЙДС в Україні. Зведений звіт національних консультацій з розбудови сталого розвитку та стратегічних інвестицій в національні заходи з протидії ВІЛ в Україні. Київ.– 3–4 грудня, 2012 року.
 29. Проект Національної стратегії України з контролю за обігом наркотичних засобів (на період до 2020 року), розроблений Державною службою України з контролю за наркотиками та Національною академією правових наук України за підтримки Міжнародного благодійного Фонду «Відродження». <http://narko.gov.ua/komnarko/uk/publish/article/95638>.
 30. Рекомендації парламентських слухань на тему: «Законодавче забезпечення та реальний стан дотримання прав дитини в Україні», постанова ВР №3189-VI від 5 квітня 2011 року.
 31. Рекомендації парламентських слухань про становище молоді в Україні «Молодь за здоровий спосіб життя», постанова ВР №2992-VI від 3 лютого 2011 року.
 32. Розпорядження КМУ №1035-р від 21 листопада 2007 року «Про схвалення Концепції сприяння органами виконавчої влади розвитку громадянського суспільства». <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1035-2007-%D1%80>.
 33. Розпорядження КМУ від 13 квітня 2007 р. №178-р «Про схвалення Концепції реформування системи соціальних послуг». <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/178-2007-%D1%80>.
 34. Спільний наказ Міністерства з питань сім'ї, молоді та спорту, МОЗ, Міністерства праці та соціальної політики від 09.13.2010 №3123/275/770 (зареєстровано в Міністерстві юстиції України 8 жовтня 2010 року, №903/18198 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику». <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0903-10>.

-
35. Стратегія реформування системи надання соціальних послуг, ухвалена постановою КМУ від 08 серпня, № 556-р. <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/556-2012-%D1%80>.
 36. Стратегія державної політики сприяння розвитку громадянського суспільства в Україні та першочергові заходи щодо її реалізації, ухвалено указом Президента України 24 березня 2012 року, №212/2012. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show?nreg=212%2F2012&find=1&text=%B3%ED%F1%F2%E8%F2%F3%F2&x=11&y=4>.
 37. Стратегія сталого навчання та безперервної освіти людських ресурсів у сфері ВІЛ/СНІД в Україні (проект). Державна служба України з питань соціально небезпечних захворювань, 2012 рік.
 38. Товкач І.А. Презентація «Організаційна та методологічна підтримка регіональних центрів СНІД» // Зустріч головних лікарів центрів СНІД, Ужгород, 17–19 вересня, 2012 р.
 39. Strategic Investments for Impact: Global Fund Results Report, 2012. www.theglobalfund.org
 40. WHO, Human resources in the sector of HIV / AIDS (healthcare sector workers) in Ukraine, 2008.

Бібліографія (СІН)

1. Андреева Т.И., Отчет по анализу массива данных PDI среди потребителей инъекционных наркотиков.
2. Балакірева О.М., Бондар Т.В., Середа Ю.О., Сазонова Ю.О. (2012 рік). Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду другого покоління. Аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року. Київ, 2012 рік.
3. Берлева Г.О., Думчев К.В. та інші (2010 рік). Оцінка чисельності груп населення найвищого ризику інфікування ВІЛ в Україні в 2009 році. Аналітичний звіт на основі результатів соціологічного дослідження. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні.
4. Варбан М., Гришаева И., Житкова Ю., Пархоменко Ж., Сидоренко О. (2012). Консультирование и тестирование на ВИЧ с использованием быстрых тестов в рамках профилактических проектов среди групп повышенного риска инфицирования ВИЧ. МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине». http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012/dkt_preview.pdf.
5. Вієвський А.М., Данова М.П., Сідяк С.В., Безногих В.С., Грищенко А.І., Лепеха К.І., Матвєєва-Кукурудза К.О., Таран С.П., Турченко Л.В., Юдін Ю.Б. (2011 рік). Національний звіт про ситуацію з наркотиками (дані 2010 року) для Європейського моніторингового центру з наркотиків і наркоманії та Українського медичного та моніторингового центру з алкоголю та наркотиків МОЗ України. Україна. Тенденції та детальна інформація з окремих питань. Київ, 2011 рік.
6. Всеукраїнська мережа ЛЖВ (2011). Річний звіт, 2010 рік.
7. Всеукраїнська Мережа ЛЖВ та UNIFEM. «Послуги з ВІЛ/СНІД з урахуванням гендерних факторів: Аналітичний звіт за результатами дослідження». Київ, 2011 р.
8. Всеукраїнська мережа ЛЖВ та Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (2011). Відкрите звернення до Президента України Януковича В.Ф. щодо системних втручань державних органів в реалізацію програм з протидії ВІЛ/СНІД за підтримки міжнародних донорів, від 21 січня 2011 року.
9. Грушецький А. (2012 рік) Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року) (<http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012/me/csw2011.pdf>).
10. Дворяк С.В. Оцінка ефективності програм замісної підтримувальної терапії бупренорфіном в Україні / Дворяк С.В., Штенгелов В.В. // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 2009. – Т.1. №1 (1). – С. 45–52.
11. Демченко И.Л., Костючок М.М., Белоносова Н.А. (2009) Аналитический отчет по результатам операционного исследования «ДКТ с использованием быстрых тестов как механизм привлечения и доступа представителей уязвимых групп к комплексным услугам по профилактике и лечению ВИЧ/ИППП», Киев.

12. Демченко І., Білоносова Н., Костючок М. (2011 рік). Оцінка механізмів залучення й утримання клієнтів СІН, ІКС та ЧСЧ клієнтів в проєктах зниження шкоди. Короткий виклад результатів оперативного дослідження. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні.
13. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» №2861-VI від 23.12.2010.
14. Кисельов В., Овчаренко-Федоров М., Плевако О., Полщікова Є., Сіра О., Тілікіна Н., Шульга Л. (2011 рік). Оцінка моделей вторинного обміну ін'єкційного інструментарію серед важкодоступних груп СІН. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні.
15. Лікування опіоїдної залежності агоністами опіоїдів: навч.-метод. посіб. для лікарів-інтернів ті лікарів-слухачів закл. післядиплом. освіти / Дворяк С.В. та ін. – К.: К.І.С., 2012. – 286 с.
16. Максименко Е.Н. (2011) «Оценка интегрированных моделей предоставления медикаментозного поддерживающего лечения (МПЛ) с использованием метадона гидрохлорида для ВИЧ-положительных наркозависимых». Операционное исследование. Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине.
17. Максименко Є.(2009 рік) Оцінка підходів до профілактики ВІЛ та зниження шкоди серед СІН з врахуванням гендерних факторів. МБФ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні.
18. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (2012). Дані програмного моніторингу, 2008–2012.
19. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (2012a). Річний звіт, 2011 рік.
20. Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство юстиції України, Державна служба України з контролю за наркотиками. Наказ № 821/937/1549/5/156 від 22.10.2012 (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 7 листопада 2012 р. за № 1868/22180) «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії». <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1868-12>.
21. Міністерство охорони здоров'я України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України (2011). «ВІЛ-інфекція в Україні». Інформаційний бюлетень № 35. Київ – 2011.
22. МОЗ України (2010 рік). Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2008 року – грудень 2009 року, Київ.
23. МОЗ України (2012 рік). Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 року – грудень 2011 року, Київ.
24. МОЗ України, Український центр СНІДу, Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського Академії медичних наук України, Центральна санітарно-епідеміологічна станція мозукраїни, Київський міський центр СНІДу (2012 рік). ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень №37. Київ.
25. МОЗ України, Український центр СНІДу, Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського Академії медичних наук України, Центральна санітарно-епідеміологічна станція мозукраїни, Київський міський центр СНІДу (2010 рік). ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень №33. Київ.
26. МОЗ України, Український центр СНІДу, Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського Академії медичних наук України, Центральна санітарно-епідеміологічна станція мозукраїни, Київський міський центр СНІДу (2009 рік). ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень №31. Київ.
27. Наказ Мінсім'ямолодьспорту України, Мінпраці України, МОЗ України від 13.09.2010 №3123/275/770 «Стандарт надання соціальних послуг особам, які отримують замісну підтримувальну терапію агоністами опіоїдів».
28. Наказ МОЗ України №645 від 10.11.2008 «Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів».
29. Наказ МОЗ України №476 від 19.08.2008 «Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків».

-
30. Наказ МОЗ України від 13.04.2005 № 161 «Про розвиток та удосконалення замісної підтримуючої терапії для профілактики ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків». http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050413_161.html.
 31. Наказ МОЗ України від 27.03.2012 № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» (неофіційний переклад).
 32. Недоспасова О.П., Сакальська О.П., Павленко О.М., Лазарук О.І., П'ятнічук Ю.В., Сичова Є.В., Мотрич І.В. (2012) Туберкульоз в Україні. Київ, 2012. <http://www.tbc.gov.ua/download/dovidnik2011.rar>
 33. Погоріла Н., Таран Ю., Колодій І., Вієва Т. (2010 рік). Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Аналітичний звіт за результатами поєданого дослідження. Київ, 2010 р.
 34. Постанова МОЗ №634 від 29 липня 2010 р. «Щодо внесення поправок до Постанови МОЗ №188 від 01.08.2000».
 35. Проект Національної стратегії України щодо наркотиків (на період до 2020 року) 15.05.2012. <http://narko.gov.ua/komnarko/uk/publish/article/95638>.
 36. Сергєєва, Т. Скільки людей з гепатитом С живе в Україні? (презентація). Круглий стіл з проблеми гепатиту С, 5 вересня 2009 р. <http://hepatit.org.ua/2009/11/05/skolko-v-ukraine-bolnyih-hepatitom-s-otsenka-uchyonyih>.
 37. Толопіло А., Власенко Л. (2008 рік) Облік споживачів наркотиків: практика, наслідки та майбутнє.
 38. УІДПГЗ (2009). Оперативна інформація про пацієнтівЗПТ станом на 01.01.09.
 39. УІДПГЗ (2010). Оперативна інформація про пацієнтівЗПТ станом на 01.01.10.
 40. УІДПГЗ (2011). Оперативна інформація про пацієнтівЗПТ станом на 01.01.11.
 41. УІДПГЗ (2012). Оперативна інформація по пацієнтамЗПТ станом на 01.01.12.
 42. УІДПГЗ (2012а). Информационный бюллетень по вопросам ЗПТ. Выпуск № 11 (57), октябрь 2012 г.
 43. Український центр СНІДу (2012 рік). Кількість людей, що мають статус активних СІН, які отримують АРТ в Україні станом на 01.07.2012 (за формою № 56).
 44. Український центр СНІДу МОЗ України, Бюро ВООЗ в Україні, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні та Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу. Національна оцінка епідемії ВІЛ/СНІД в Україні станом на початок 2012 року. Дата звіту: квітень 2012 року, Київ, Україна (з розгорнутими таблицями за групами ризику).
 45. Упровадження інтегрованих послуг для осіб із наркотичною залежністю в закладах охорони здоров'я. Практичний посібник, колективаторів, упорядник К.В. Думчев. www.uiphrp.org.ua/media/1400.
 46. Форостяна О., Думчев К. (2009 рік). Оцінка доступності комплексних медичних і соціальних послуг для споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) в інтегративних центрах допомоги.
 47. Шульга Л., Варбан М., Погорелая Н. та інші, 2010 р.; Аналітичний звіт з моніторингу поведінки та поширеності ВІЛ серед СІН як компонент епіднагляду другого покоління, Київ, 2012 рік.
 48. Шульга, Л., Варбан М. та інші (2010 рік). Дослідження поведінки та поширеності ВІЛ серед споживачів ін'єкційних стимуляторів. Узагальнення результатів оперативного дослідження, МБФ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні.
 49. Шульга, Л., Токар А., Смирнов А., Двінских Н. (2011 рік) Розробка підходів до профілактики ВІЛ серед жінок, що вживають ін'єкційні наркотики з урахуванням гендерних факторів.
 50. ЮНІСЕФ (2010). Аналіз факторів, що спричиняють початок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: ВПК «ОБНОВА», 2010. – 52 с.
 51. Abdul-Quader, A., Dumchev, K., Kruglov, Y., Rutherford, G., Salyuk, T., Vitek, C. (2012). Ukraine HIV Data Synthesis Project. Final Report (unpublished).
 52. Alistar, S.S., Owens DK, Brandeau ML (2011) Effectiveness and Cost Effectiveness of Expanding Harm Reduction and Antiretroviral Therapy in a Mixed HIV Epidemic: A Modeling Analysis for Ukraine. PLoS Med 8(3): e1000423. doi:10.1371/journal.pmed.1000423.
-

53. Chintalova-Dallas, R., Patricia Case, Nataliya Kitsenko and Zita Lazzarini, Boltushka: A Homemade Amphetamine Type Stimulant and HIV Risk in Odessa, Ukraine. *Int. J Drug Policy*. 2009 July: 20(4):347.
54. Curtis, M., Building Integrated Care Services for injection Drug Users in Ukraine, WHO Regional Office for Europe, World Health Organization, 2010.
55. Dumchev, K.V., et al., HIV and hepatitis C virus infections among hanka injection drug users in central Ukraine: a cross-sectional survey, *Harm Reduction Journal*, 2009, 6:23.
56. Dutta, A., Andrea Wirtz, Anderson Stanciole, Robert Oelrichs, Iris Semini, Stefan Baral, Carel Pretorius, Caroline Haworth, Shannon Hader, Chris Beyrer, and Farley Cleghorn. *The Global Epidemics among People Who Inject Drugs*. Washington, DC: World Bank. 2013.
57. Dvoryak, S.V., Dumchev, K., Woody, G., Trofimchenko, I., Altice, FL. (2012) Methadone Maintenance Therapy Decreases HIV Sero-conversion in Ukraine. Poster Presentation at the International AIDS Conference. July 2012, Washington D.C.
58. Ekström, A.M., et al. "Gender and HIV/AIDS in Eastern Europe and Central Asia." Division of International Health (IHCAR), Department of Public Health, Karolinska Institute Stockholm, Sweden. World Health Organization. 2004.
59. Eurasian Harm Reduction Network, Young People & Injecting Drug Use, Siauliust. 5-1/21, Vilnius, Lithuania, 2009.
60. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2011). Annual report 2011: the state of the drugs problem in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.
61. Horstman, R., Assessment of the National HIV/AIDS program implementation in 2009–2012: Presentation for stakeholders at the meeting of the National AIDS Council, 17 December 2012, Ukraine.
62. How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic: Report of the Global Commission on Drug Policy. June 2012. <http://www.uiphp.org.ua/ua/resursnyicenterip/modelicip>.
63. Hurley, R. How Ukraine is tackling Europe's worst HIV epidemic, *BMJ*, 2010, P.341.
64. ICF International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, Canadian HIV/AIDS Legal Network; Eurasian Harm Reduction Network (2012). Submission to HRC Universal Period Review Working Group Fourteen's Session (2012). Review of Ukraine. April 2012.
65. Judice, N., O. Zaglada, and R. Mbuya-Brown. HIV Policy Assessment: Ukraine. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project, 2011.
66. Lillie, T., Community Mobilization and the Six Programmatic Areas Outlined in the "Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS." Rapid Literature Review, 2012.
67. Mimiaga, M.J., Safren SA, Dvoryak S, Reisner SL, Needle R, Woody G. (2010) "We fear the police, and the police fear us": Structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev, Ukraine. *AIDS Care*. 2010 Nov; 22 (11):1305–13.
68. Montaner, J., Reprogramming of grants in Ukraine away from harm reduction services and to HIV treatment. Letter to the Global Fund August 9, 2012.
69. National Council to Fight Tuberculosis and HIV/AIDS (2010). Proposal to the Global Fund Round 10. (Global Fund's ID: R10_CCM_UKR_H_PF_s1-2_20Aug10_En).
70. Nieburg, P., Carty L. Injection Drug Use in Ukraine: the challenges of providing HIV prevention and care. CSIS, 2012.
71. PEPFAR, Comprehensive HIV Prevention for People Who Use Drugs, Revised Guidance, July 2010. <http://www.pepfar.gov/documents/organization/144970.pdf>.
72. Pinkham, S., and Anna Shapoval (2010), Making Harm Reduction Work for Women: The Ukrainian Experience. Open Society Institute, New York, 2010.
73. Pinkham, S., Malinowska-Sempruch K (2007). Women, Harm Reduction, and HIV. New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute.
74. Pinkham, S., Women and Drug Policy in Eurasia. Eurasian Harm Reduction Network, 2010.
75. Regional Workshop on HIV and Drug Use Report, HIV Prevention, Care and Treatment for People Who Inject Drugs: A Review of Evidence-based Findings and Best Practices, AIDSTAR-TWO. Kyiv, 2011.

-
76. Rhodes, T., Platt, L., Filatova, K., Sarang, A., Davis, M., & Renton, A., Behaviour factors in HIV transmission in Eastern Europe and Central Asia. Geneva: UNAIDS, 2002.
 77. Schwartlander, B., Stover, J. et al. (2011) Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *The Lancet*, Volume 377, Issue 9782, Pages 2031 – 2041, 11 June 2011/.
 78. Shields, A., The Effects of Drug User Registration Laws on People's Rights and Health: Key Findings from Russia, Georgia, and Ukraine. International Harm Reduction Development Program of Open Society Institute, October 2009.
 79. Strathdee SA., Hallett TB, Bobrova N, et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet*, 2010; 376(9737): 268–284.
 80. Thorne, C., Semenenko, I., Pilipenko, T., Malyuta, R., and the Ukraine European Collaborative Study Group (2009). Progress in prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in Ukraine: results from a birth cohort study. *BMC Infectious Diseases* 2009, 9:40. <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/9/40/>.
 81. Uchtenhagen, A., Schaub, M., Final Monitoring and Evaluation Report on Opioid Substitution Treatment in Ukraine. Outcomes from 3 phases of research, Research Institute for Public Health and Addiction, associated with Zurich University, a WHO Collaborating Centre, June 08, 2010.
 82. UNAIDS Programme Coordinating Board. "Assessing Gender Equality and Equity as Critical Elements in National Responses to HIV: Cambodia, Honduras and Ukraine." Conference Room Paper. UNAIDS/PCB(20)/CRP1, 2007.
 83. UNAIDS Ukraine, Assessment of the Implementation of the National AIDS Programme Ukraine: Synthesis Report, Kyiv, 2012.
 84. UNAIDS, Comprehensive External Evaluation of the National AIDS Response in Ukraine, 2009.
 85. Vitek, C., HIV and IDU in Ukraine: Regional Workshop on Drug Use and HIV in Eastern Europe and Central Asia, 2011, Kyiv.
 86. WHO Regional Committee for Europe. Resolution EUR/RC61/R8 on European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/153875/e95953.pdf.
 87. WHO, Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence, 2009.
 88. WHO, UNODC and UNAIDS, Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, Geneva: WHO, 2009.
 89. Wilson D, et al. (2012) The cost-effectiveness of needle-syringe exchange programs in Eastern Europe and Central Asia: costing, data synthesis, modelling and economics for eight case study countries (unpublished), 2012.

Бібліографія (ЖКС)

1. Артюх О.В., Білоносова Н., Варбан М., Демченко І., Костючок М., Матіяш О., Пивоварова Н., Плюща А. «Дослідження причин, що впливають на прояви насильства щодо ЖКС як фактор підвищеного ризику інфікування ВІЛ». Оперативний огляд: короткі підсумки. Київ, Україна: МБФ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД, 2012 рік.
2. Артюх О.В., Максименко О., Овчаренко-Федоров М., Полщікова Є., Сенюшко М., Фурдига О. Короткий виклад результатів оперативного дослідження «Можливості покращення доступу ЖКС до програм лікування ІПСШ». Київ, Україна: МБФ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД, 2009 рік.
3. Балакірева О.М., Бондар Т.В. та ін. «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» Аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року. Київ, Україна: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012 рік.
4. Берлева Г.О, Думчев К.В., Кобища Ю.В., Паніотто В.І., Петренко Т.Б., Салюк В., Шваб І.А. Аналітичний звіт на основі результатів соціологічних досліджень: оцінка чисельності груп ризику найбільш уразливих до інфікування ВІЛ в Україні в 2009 році. Київ, Україна: МБФ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2010 рік.

5. Грушецький А. «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління». Аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року». Київ, Україна: МБФ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2010 рік.
6. Грушецький А. та інші. «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед клієнтів ЖКС, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» (аналітичний звіт, Київ, 2010 р.).
7. МБФ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Річний звіт, 2011 рік.
8. Міжнародний Альянс з ВІЛ / СНІД. Зведений звіт МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» щодо ефективності програми «Підтримка профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування та догляду найуразливіших груп населення в Україні». Київ, Україна: МБФ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД, 2012 рік.
9. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Поведінковий моніторинг та поширеність ВІЛ серед жінок комерційного сексу як компонент епідагляду другого покоління – Аналітичний звіт за результатами опитування ЖКС в 2009 році. Київ, Україна: МБФ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2010 рік.
10. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Узагальнений звіт МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» щодо виконання проекту «Підтримка профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування та догляду для найуразливіших груп населення України» за підтримки Глобального фонду з боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією у другому півріччі 2010 року (а також в цілому за рік). Київ, Україна, 2011 рік.
11. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Узагальнений звіт МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» щодо виконання проекту «Підтримка профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування та догляду для найуразливіших груп населення України» за підтримки Глобального фонду з боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (у першому півріччі 2011 року). Київ, Україна, 2011 рік.
12. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД. Прискорення змін шляхом інновацій, партнерств та комплексних послуг – Розширення заходів протидії ВІЛ/СНІДу шляхом надання послуг та інформації, проект SUNRISE, 2004–2011 рр. Київ, Україна: МБФ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД, 2012 рік.
13. МОЗ України (2010 рік). Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2008 року – грудень 2009 року, Київ.
14. МОЗ України (2012 рік). Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 року – грудень 2011 року, Київ.
15. МОЗ України, Міжвідомча робоча група з розробки національного плану роботи. Національний Оперативний план з боротьби зі СНІДом в Україні, 2011–2013 рр.. Київ, Україна: Міністерство охорони здоров'я України, 2010 рік.
16. МОЗ України, Український центр СНІДу, Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського Академії медичних наук України, Центральна санітарно-епідеміологічна станція моз україни, Київський міський центр СНІДу (2012 рік). ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень №38. Київ.
17. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2012 року. Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Київ – 2012 р. www.unaids.org.ua/files/National_Estimates_on_HIVAIDS_in%20Ukraine_2012_Ukr.doc
18. Нільсен Г., Миронюк І. Зовнішня оцінка доступності послуг з діагностики, лікування і ведення випадків інфекцій, що передаються статевим серед найбільш уразливих груп населення в Україні в рамках програми ГФ. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, листопад 2011 р.
19. Тельчик А., Сакович О., Путіайнен Р. О. Балакірева. Підлітки-ЖКС в Україні – дискримінація та виключення: надання послуг та прав і можливостей на основі отриманих даних. Проект рукопису. ЮНІСЕФ, Україна, 2012 рік.

-
20. Український центр СНІДу. ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень №33, 2010. Київ, Україна, 2010.
 21. Шульга Л., Токар А., Смирнов А., Двінських Н. Розробка підходів до профілактики ВІЛ серед жінок, що вживають ін'єкційні наркотики, з урахуванням гендерних факторів. Київ, Україна: МБФ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД, 2011.
 22. Abdul-Quader, A., Kruglov Y., Rutherford G., Salyuk T., Vitek C. Ukraine HIV Data Synthesis Project, Final Report (Final Draft, May 24, 2012). University of California, San Francisco, 2012.
 23. Crago, A-L., Rakhmetova A., Shields A. Police violence against sex workers in eleven countries in Europe and Central Asia. In Research for Sex Work: Issue 12. Edinburgh, Scotland: Network of Sex Work Projects, 2010.
 24. Elo, O., (team leader). Comprehensive External Evaluation of the National AIDS Response in Ukraine: Consolidated Report, January 2009. UNAIDS Ukraine, 2009.
 25. Judice, N., O. Zaglada, and R. Mbuya-Brown. (2011). HIV Policy Assessment: Ukraine. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.
 26. Richens, J., Mircea B. Report of the mission to assess availability of and access to STI services for most at risk and vulnerable populations in Ukraine. WHO Country Office in Ukraine and All-Ukrainian Network of PLWH. Kyiv, Ukraine, 2009.
 27. Smyrnov, P., Broadhead, R., Datsenko, O., and O. Matiyash (2012) Rejuvenating harm reduction projects for injecting drug users: Ukraine's nationwide introduction of peer-driven interventions. *International Journal of Drug Policy*. 23(2): 141–7.
 28. Steen, R., Vuylsteke B, DeCoito T, Ralepeli S, Fehler G, Conley J, Bruckers L, Dallabetta G, Ballard R. Evidence of declining STD prevalence in a South African mining community following a core-group intervention. *Sex Transm Dis*. 2000;27:1–8.
 29. UNAIDS Ukraine, Assessment of the Implementation of the National AIDS Programme Ukraine: Synthesis Report, Kyiv, 2012. www.unaids.org.ua/files/National_Estimates_on_HIVAIDS_in%20Ukraine_2012_Ukr.doc
 30. Van Dommelen L., van Tiel FH., Ouburg S., Brouwers EE., Terporten PH., Savelkoul PH., Morré SA., Bruggeman CA., Hoebe CJ. Alarming poor performance in Chlamydia trachomatis point-of-care testing. *Sex Transm Infect*. 2010;86:355–9.
 31. WHO, Report of the expert consultation and review of the latest evidence to update guidelines for the management of sexually transmitted infections. World Health Organization, Geneva, WHO/RHR/11.37. 2011.

Бібліографія (ЧСЧ)

1. Аналитический отчет по результатам проекта «Связанное исследование среди МСМ методом RDS в г. Николаеве», Николаевская ассоциация «ЛиГА», Киев, 2011
2. Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2012 рік / Г. Берлева, К. Думчев, М. Касянчук та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012.
3. Большов Є.С., Косянчук М.Г., Лещинський Ю.Б., Трофименко Л.В., Шваб І.А. (2012 рік). «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління» (Аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року), Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Київ, 2012 рік.
4. Верховна рада України. «Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки», №1026-VI від 19.02.2009.
5. Верховна рада України. Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», 2010 рік.
6. Визначення потреб чоловіків, які практикують секс із чоловіками, в основних послугах з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки: Аналітичний звіт за результатами дослідження, UNDP, 2011.

7. Демченко І. та інші. Оцінка впливу з боку групових форм роботи в рамках проектів з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ; короткі результати оперативного опитування. Київ: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2012 р.
8. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. «Соціальна робота з людьми, які практикують одностатеві стосунки. Теорія. Методологія. Найкращий досвід». <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/en/lgbto9/zvit.htm>, 2009.
9. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Річний звіт за 2011 рік.
10. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД. Прискорення змін шляхом інновацій, партнерств та комплексних послуг – Розширення заходів протидії ВІЛ/СНІДу шляхом надання послуг та інформації, проект SUNRISE, 2004–2011 рр. Київ, Україна: МБФ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД, 2012 рік.
11. МОЗ України (2010 рік). Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2008 року – грудень 2009 року, Київ.
12. МОЗ України (2012 рік). Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 року – грудень 2011 року, Київ.
13. МОЗ України. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. № 38, Київ, 2012.
14. МОЗ України. Наказ №415 від 8.19.2005 «Про вдосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ», 2005 рік.
15. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року) / Большов Є.С., Касянчук М.Г. та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2011.
16. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2012 року. Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Київ – 2012. www.unaids.org.ua/files/National_Estimates_on_HIVAIDS_in%20Ukraine_2012_Ukr.doc.
17. Національний комітет боротьби із захворюванням на СНІД. «Національний комбінований індекс політики», 2010 рік.
18. Тельчик А., Балакірева О., Середа Ю., Бондар Т. та Сакович О., Підлітки групи найвищого ризику: доказова база для посилення протидії ВІЛ в Україні. Київ: ЮНІСЕФ, 2008 рік.
19. Украинские гомосексуалы и общество: взаимное проникновение. Обзор ситуации: общество, государство и политика, СМИ, правовое положение, гей-сообщество, НПО «Наш мир», 2007.
20. Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України «Національні оціночні дані щодо ВІЛ/СНІД станом на початок 2012 року». Київ, 2012.
21. Шаг вперед, два назад: Положение ЛГБТ в Украине в 2010–2011 гг. / А.А. Зинченков, М.Г. Касянчук и др., Киев, 2011.
22. Шіффер Ш., Кацберт Т., Россманн С. Злочини на ґрунті ненависті в Україні. Групи жертв та програми допомоги у громадянському секторі, НУО Європейський діалог, 2010.
23. Abdul-Quader, A., Yuri Kruglov, George Rutherford, Tetyana Salyuk, and Charles Vitek. Ukraine HIV Data Synthesis Project, Final Report. UCSF, 2012.
24. AIDSTAR-Two, Men having sex with men in Eastern Europe: Implications of a hidden HIV epidemic. Regional analysis report. USAID, 2010.
25. Beyrer, C., Andrea Wirtz, Damian Walker, Benjamin Johns, Frangiscos Sifakis, and Stefan D Baral. The Global HIV Epidemics among Men Who Have Sex with Men. Washington DC: WHO, 2011.
26. CDC, “Antiretroviral Post-exposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Non-occupational Exposure to HIV in the United States: Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services.” Morbidity and Mortality Weekly Report 54, no. RR02 (2005).
27. CDC, “Interim Guidance: Pre-exposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in Men who Have Sex with Men.” Morbidity and Mortality Weekly Report 60, no. 3 (2011).

-
28. Heijman, T., Ronald B Geskus, Udi Davidovich, Roel A Coutinho, Maria Prins, and Ineke G Stolte. "Less decrease in risk behaviour from pre-HIV to post-HIV sero-conversion among MSM in the combination antiretroviral therapy era compared with the pre-combination antiretroviral therapy era." *AIDS*, 2012: 489–495.
 29. Heuker, J., Gerard J.B. Sonder, Ineke Stolte, Ronald Geskus, and Anneke van den Hoek. "High HIV incidence among MSM prescribed postexposure prophylaxis, 2000–2009: indications for ongoing sexual risk behaviour." *AIDS*, 2012: 505–512.
 30. Horstman, R. Assessment of the National HIV/AIDS program implementation in 2009–2012: Presentation for Stakeholders at the meeting of the National AIDS Council, 17 December 2012, Ukraine.
 31. Judice, N., O. Zaglada, and R. Mbuya-Brown. (2011). *HIV Policy Assessment: Ukraine*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.
 32. Kasianczuk, M. G., Lisa Grazina Johnston, Anna V Dovbakh, and Eugeny B Leszczynski. "Risk Factors Associated with Condom Use Among Men Who Have Sex with Men in Ukraine." *Journal of LGBT Health Research* 5 (2009): 51–62.
 33. Klymenko, N., & Andreeva, T. (2012). Determinants of condom use with occasional partners among MSM in Ukraine. *Tobacco Control and Public Health in Eastern Europe*, 2(1), 43–54.
 34. Mayer, K. et al. Comprehensive clinical care for men who have sex with men: an integrated approach. *The Lancet*. 380(9839) Pages 378 – 387, 28, 2012.
 35. McNair, Ruth P, and Kelsey Hegarty. "Guidelines for the Primary Care of Lesbian, Gay, and Bisexual People: A Systematic Review." *Annals of Family Medicine*, 2010: 533–541.
 36. National Council, Global Fund Round 10 Application, 2010.
 37. National Council, Global Fund Round 6 Application, 2006.
 38. Stern, D., Ukraine takes aim against "gay propaganda". BBC News online accessed October 13, 2012. <http://www.bbc.co.uk/news/magazine>
 39. UNAIDS Ukraine, Assessment of the Implementation of the National AIDS Programme Ukraine: Synthesis Report, Kyiv, 2012.
 40. UNAIDS. "Comprehensive External Evaluation of the National AIDS Response in Ukraine, Consolidated Report." 2009.
 41. UNAIDS. "Country ownership for a sustainable AIDS response: from principles to practice." 2012.
 42. UNDP. Identification of the Needs of Men who have Sex with Men in Essential HIV/AIDS Prevention, Treatment, Care and Support Services: Summary of the Analytical Report. UNDP Ukraine, 2010.
 43. Wei, C., A Herrick, HF Raymond, A Anglemeyer, A Gerbase, and SM Noar. "Social marketing interventions to increase HIV/STI testing uptake among men who have sex with men and male-to-female transgender women." *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011.
 44. WHO, Guidelines: prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach, 2011.
 45. WHO/ILO, "Post-exposure Prophylaxis to Prevent HIV Infection, Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection", 2007.
 46. Zhang, L., HZ Qian, ML Blevins, L Yin, Y Ruan, and SH Vermund. "Internet-based behavioral interventions for preventing HIV infection in men who have sex with men (MSM)." *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011.

Бібліографія (ув'язнені)

1. Аналітичний звіт за результатами операційного дослідження «Оцінка ефективності програм профілактики ВІЛ в пенітенціарних установах, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Київ 2009.
2. Балакірева О. та ін. Аналіз заходів щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІД у пенітенціарній системі України: підсумковий звіт за результатами комплексного дослідження. Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка, Управління ООН з наркотиків та злочинності (UNODC). Київ, 2012.

3. Балакірева О.М., Бондар Т.В. та ін. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» Аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року. Київ, Україна: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012 рік.
4. Балакірева, О. Судакова А. та інші (2012 р.). «Необхідність пенітенціарної системи покращити політику в сфері профілактики ВІЛ» (Зведений звіт на основі результатів комплексного дослідження).
5. Большов Є.С., Косянчук М.Г., Лещинський Ю.Б., Трофименко Л.В., Шваб І.А. (2012 рік). «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» (Аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року), Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Київ, 2012 рік.
6. Демченко І., Костючок М., Белоносова Н., Аналітичний звіт за результати зв'язного дослідження «Моніторинг поінформованості, поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління», Київ, 2010 рік.
7. Державна пенітенціарна служба України (2009 р.). «Програма профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД у виправних установах та слідчих ізоляторах Державної кримінально-виконавчої системи України на 2007–2013 роки» (затверджена на засіданні Державного департаменту України з питань виконання покарань 24.04.2009).
8. Загальна характеристика Державної кримінально-виконавчої служби України asof 10-Jan-2013. <http://www.kvs.gov.ua/peniten/control/main/uk/publish/article/628075>.
9. Інформація щодо організації охорони здоров'я та медико-санітарного забезпечення (станом на 01.01.2013). <http://www.kvs.gov.ua/peniten/control/main/uk/publish/article/662625>.
10. Калашник Н., Демченко И. др. Аналитический отчет «Мониторинг осведомленности и поведения осужденных как компонент эпиднадзора за ВИЧ второго поколения», Киев, 2007.
11. Криворук, А. (2012). «Огляд стану надання медичних послуг ув'язненим, які живуть з ВІЛ, у виправних установах та слідчих ізоляторах Державної служби виконання покарань України». Презентація PowerPoint. Херсон, квітень 2012 року.
12. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Річний звіт за 2011 рік.
13. МОЗ України (2012 рік). Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 року – грудень 2011 року, Київ.
14. МОЗ України, Український центр СНІДу, Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Академії медичних наук України, Центральна санітарно-епідеміологічна станція мозукраїни, Київський міський центр СНІДу (2012 рік). ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень №37. Київ.
15. Наказ №275 від 25.12.2003 про Правила внутрішнього розпорядку Державної пенітенціарної служби України.
16. Abdul-Quader, A., Yuri Kruglov, George Rutherford, Tetyana Salyuk, and Charles Vitek. Ukraine HIV Data Synthesis Project, Final Report. UCSF, 2012.
17. Altice, F. L., and Sergey, Dvoryak, (2012). Puhlse Survey Results, (presentation), February 2012.
18. Altice, F.L., and Sergey Dvoryak, Attitudes and Beliefs About Drug Use, HIV/AIDS and Substitution Therapy Among Prison Staff. Powerpoint presentation, 2012.
19. Altice, F.L., and Sergey Dvoryak, Prison Post-Release Survey of HIV+ Persons in Ukraine: Odessa and Kyiv. Powerpoint Presentation, 2012.
20. Azbel, L., Wickersham JA, Grishaev Y, Dvoryak S, Altice FL (2013). Burden of Infectious Diseases, Substance Use Disorders, and Mental Illness among Ukrainian Prisoners Transitioning to the Community, PLoS ONE 8(3): e59643.doi:10.1371/journal.pone.0059643.
21. Country Report Task Force for the adoption of lists of issues on Ukraine (2012). “Report from: ICF International HIV/AIDS Alliance in Ukraine; Canadian HIV/AIDS Legal Network; Eurasian Harm Reduction Network.”

-
22. CPT (2011). Report to the Ukrainian Government on the visit to Ukraine carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 9 to 21 September 2009. <http://www.cpt.coe.int/documents/ukr/2011-29-inf-eng.pdf>. Accessed 26 September 2012.
 23. CPT (2011a): Report to the Ukrainian Government on the visit to Ukraine carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 29 November to 6 December 2011; <http://www.cpt.coe.int/documents/ukr/2012-30-inf-eng.htm>.
 24. CPT (2012). Preliminary observations made by the delegation of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) which visited Ukraine from 29 November to 6 December 2011 and response of the Government of Ukraine to three issues raised by the delegation. <http://www.cpt.coe.int/documents/ukr/2012-08-inf-eng.pdf>. Accessed 26 September 2012.
 25. EMCDDA and Ukrainian Medical & Monitoring Center of Alcohol And Drugs of the Ministry of Health of Ukraine (2011). "National report on the drug situation (data 2010) for the European Monitoring centre for Drugs and Drug Addiction." [http://www.damonitoring.net.ua/file/NATIONAL%20DRUG%20REPORT\(eng-FIN\).pdf](http://www.damonitoring.net.ua/file/NATIONAL%20DRUG%20REPORT(eng-FIN).pdf). Accessed 27 September 2012.
 26. Horstman, R. Assessment of the National HIV/AIDS program implementation in 2009–2012: Presentation for Stakeholders at the meeting of the National AIDS Council, 17 December 2012, Ukraine.
 27. Human Rights Council (2008). Eighth session, Agenda item 6, Universal Periodic Review, Report of the Working Group on the Universal Periodic Review, Ukraine, A/HRC/8/45, 3 June 2008.
 28. ICPS (2012). "World Prison Brief Ukraine. http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wpb_country_print.php?country=168. Accessed 24. September 2012.
 29. Izenberg, J., C. Bachireddy, et al., "Incidence and impact of police harassment and unofficial detention among HIV-positive individuals recently released from prison in Ukraine," Poster presented at the XIX International AIDS Conference July 22 – 27 Washington DC, USA, 2012.
 30. Judice, N., O. Zaglada, and R. Mbuya-Brown. (2011). HIV Policy Assessment: Ukraine. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.
 31. Mburu, G. (2011). "TB and HIV in Ukraine: a wake-up call. <http://blog.aidsalliance.org/2011/04/tb-and-hiv-in-ukraine-a-wake-up-call/>. Accessed 1. October 2012."
 32. Morozova O., Azbel L., Grishaev Y., Dvoryak S., Wickersham JA, and Altice F.L., (2013). Ukrainian prisoners and community re-entry challenges: implications for transitional care. *International Journal of Prisoner Health*, VOL. 9 NO. 1 2013, pp. 5–19.
 33. Open Society Institute (2010). Making harm reduction work for women: The Ukrainian experience. Assessment in action series. http://www.soros.org/sites/default/files/harm-reduction-women-ukraine_20100429.pdf. Accessed 25 September 2012.
 34. Policy guidance for key populations most at risk: HIV in prisons. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons>.
 35. Raykhert I, et al., HIV sero-prevalence among new TB patients in the civilian and prisoner populations of Donetsk Oblast, Ukraine. *Scand J Infect Dis*. 2008;40(8):655–62.
 36. UNAIDS Ukraine, Assessment of the Implementation of the National AIDS Programme in Ukraine: Synthesis Report, December 2012.
 37. UNAIDS (2009). Comprehensive External Evaluation of the National AIDS Response in Ukraine. Executive Summary and Key Recommendations. <http://www.unaids.org.ua/hiv/response/programm/evaluation>. Accessed 26 September 2012.
 38. UNAIDS (2011). A new investment framework for the global HIV response. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2244_InvestmentFramework_en.pdf. Accessed 23. November 2012.
 39. UNAIDS (2012). 2012 Progress reports submitted by countries, Ukraine harmonised Aids response Progress Report. <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogress-reports/2012countries/> Accessed 27 September 2012.
-

40. UNAIDS, Together we will end AIDS, 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/20120718_togetherwewillendaids_en.pdf. Accessed 27 September 2012.
41. WHO (2010), Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents. Recommendations for a public health approach, 2010 revision, Geneva, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599764_eng.pdf, Accessed 28 October 2012.
42. WHO/HTM/TB (2012). WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders. http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/index.html. Accessed 25 September 2012.
43. Wolfe, D., M. P. Carrieri, et al. (2010). "Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward." *Lancet* 376(9738): 355–366

Бібліографія (ПГР)

1. Артюх, О., Балакірева О., Василяшко І., Патрикеева О. та інші (2010 р.) Здоров'я та моделі поведінки дітей шкільного віку в Україні в рамках міжнародного проекту «Поведінка дітей шкільного віку по відношенню до здоров'я (НВСР)», ред. Балакірева О., ЮНІСЕФ, Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка, Київ.
2. Балакірева О., Бондар Т. Оцінка чисельності дітей та молоді вікової групи 10–19 років, що відносяться до груп ризику / ЮНІСЕФ, УІСД імені О. Яременка. – Київ, 2011 рік.
3. Василяшко І. (2010 рік). Ефективність впровадження курсу «Основи здоров'я» за результатами 2009 року. *Управління освітою*. 240 (вставка «Моніторинг в освіті», 12): с. 6–16.
4. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (2012). Дані програмного моніторингу, 2008–2012.
5. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Річний звіт за 2010 рік.
6. МОЗ України (2012 рік). Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 року – грудень 2011 року Київ.
7. МОЗ України. Бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні». Київ, 2012.
8. Оперативна інформація про офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих протягом червня 2012 року: Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань (липень 2012 р.). <http://dssz.gov.ua/index.php/uk/operativna-informaciya/1067-222>.
9. Програма для середньої школи з основ здоров'я: для 5–9 класів 2005 рік, «Перун», Київ, 48 с.
10. Середа Ю., Забезпечення доступу підлітків-ЖКС до комплексних послуг: Результати реалізації моделей втручання у Львові та Сімферополі в рамках проекту «Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику» /ЮНІСЕФ, Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка – Київ, 2012 рік – 99 с.
11. Тельчик А. та інші, ЮНІСЕФ та Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка. Підлітки груп ризику: доказова база щодо посилення заходів з протидії ВІЛ в Україні, 2008 рік.
12. Фонд Олени Пінчук АНТИ-СНІД, Аудиторський звіт.
13. Abdul-Quader, A., Yuri Kruglov, George Rutherford, Tetyana Salyuk, and Charles Vitek. Ukraine HIV Data Synthesis Project, Final Report. UCSF, 2012.
14. AVERT (online) HIV and AIDS in Russia, Eastern Europe and Central Asia. Accessed 14/10/2012 at <http://www.avert.org/aids-russia.htm>.
15. Busza, J.R., et al., Street-based adolescents at high risk of HIV in Ukraine, *J Epidemiol Community Health*, 2011; 65: 1166–1170.
16. Cohen, J. HIV Moves In on Homeless Youth. *Science* 9 July 2010: Vol. 329 no. 5988 pp. 170–171.

-
17. Dumchev, K.V., et al., HIV and hepatitis C virus infections among hanka injection drug users in central Ukraine: a cross-sectional survey. *Harm Reduction Journal*, 2009; 6:23.
 18. EHRN, Young People and Injecting Drug Use in Select Countries of Central and Eastern Europe. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Network, 2009.
 19. Goodwin, R., Kozlova, A., Nizharadze, G., and G. Polyakova (2004) HIV/AIDS among adolescents in Eastern Europe: Knowledge of HIV, social representations of risk, and sexual activity among school children and homeless adolescents in Russia, Georgia and Ukraine. *Journal of Health Psychology* 9(3): 381–396.
 20. Harm Reduction International (2012b) Injecting drug use among children and the child's right to health. London: HRI. http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Children/Study/RightHealth/Harm_Reduction_International.pdf.
 21. Harm Reduction International. (2012a) The Global State of Harm Reduction 2012. Edited Claudia Stoicescu. London: HRI. http://www.ihra.net/files/2012/07/24/GlobalState2012_Web.pdf.
 22. Hillis S. et al (2012, 2nd January) "HIV sero-prevalence among orphaned and homeless youth: no place like home," *AIDS* 26 (1) 105–110. http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/finalreport/pdf/ar_2010_ukr_preview.pdf, http://www.antiaids.org/files/Financial_statement/ANTIAIDS_Foundation_FS_2011_rus.pdf.
 23. International Harm Reduction Association (2010) The Global State of Harm Reduction. <http://www.ihra.net/eurasia-injecting-drug-use-and-hiv>.
 24. Judice, N., O. Zaglada, and R. Mbuya-Brown. (2011). HIV Policy Assessment: Ukraine. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.
 25. Mastro T., et al., Youth and HIV: the intersection of homelessness, orphaned status, injection drug use and sexual risk. *AIDS* 2012, 26:111–113.
 26. Pylypchuk R, Marston C. Factors associated with sexual risk behaviour among young people in Ukraine, *Cent Eur J Public Health*, 2008 Dec; 16(4):165–74.
 27. Robbins, CL., et al., Multicity HIV sero-prevalence in street youth, Ukraine. *International Journal of STD & AIDS* 2010; 21: 489–496.
 28. Ross, D., Dick, B., and J. Ferguson (eds) (2006) Preventing HIV/AIDS in Young People. Geneva, WHO. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/trs_938/en/index.html.
 29. Skipalska, H., Street Youth in Ukraine: Focus on Girls and HIV Prevention – PowerPoint Presentation International AIDS Conference, Washington, DC, July 2012.
 30. Taran, Y., Johnston, L., Pohorila, N., and T. Saliuk, Correlates of HIV risk among injecting drug users in sixteen Ukrainian cities, *AIDS and Behavior*, 2011, 15(1):65–74.
 31. Ukrainian AIDS Prevention Centre (2006 / 2007) reported in Olena Sakovych, UNICEF Country office Ukraine Olga Balakireva, Ukrainian Institute for Social Research. PowerPoint Presentation: "The Ukraine MARA programming experience" 2009, Geneva.
 32. UNAIDS, AIDS Epidemic Update 2003, Geneva 2003.
 33. UNICEF, Blame and Banishment: The Underground HIV Epidemic Affecting Children in Eastern Europe and Central Asia. Geneva: UNICEF, 2010.
 34. UNICEF, HIV Prevention among Most-at-Risk Adolescents: Implementation Results of the Targeted Models, Kyiv, 2011.
 35. United States Government/Ukraine, Global Health Initiative Strategy, 2012. <http://www.ghi.gov/documents/organization/191752.pdf>.
 36. WHO, Comprehensive external assessment of national measures to prevent AIDS in Ukraine: harmonized report, January 2009. (WHO library).

Бібліографія (ЛЖВ)

1. Балакірева О.М., Бондар Т.В. та ін. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» Аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року. Київ, Україна: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012 рік.

2. Всеукраїнська Мережа ЛЖВ та UNIFEM. «Послуги з ВІЛ/СНІД з урахуванням гендерних факторів: Аналітичний звіт за результатами дослідження». Київ, 2011 р.
3. Всеукраїнська Мережа ЛЖВ, за підтримки Глобальної мережі ЛЖВ (GNP +). Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс стигми. Київ, 2011 р. http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/Stigma_Index_Leaflet_final2.pdf.
4. Київський інститут соціології. Оцінка уразливості людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) в Україні: Кінцевий звіт. ПРООН, Проект Східна Європа СНД. 2008 рік.
5. МОЗ України (2012 рік). Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 року – грудень 2011 року, Київ.
6. Представництво ЮНЕЙДС в Україні. Зведений звіт національних консультацій з розбудови сталого розвитку та стратегічних інвестицій в національні заходи з протидії ВІЛ в Україні. Київ. – 3–4 грудня 2012 року.
7. Сергєєва, Т. Скільки людей з гепатитом С живе в Україні? (презентація). Круглий стіл з проблеми гепатиту С, 5 вересня 2009 р. <http://hepatit.org.ua/2009/11/05/skolko-v-ukraine-bolnyih-gepatitom-s-otsenka-uchyonyih>.
8. Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України «Національні оціночні дані щодо ВІЛ/СНІД станом на початок 2012 року». Київ, 2012.
9. Boyko, A., K. Beardsley, and C. Wild, Designing an HIV Discrimination Monitoring, Reporting, and Referral System—International best practices and current policy, practice, and opportunities in Ukraine, Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project, 2012.
10. Burruano, L., and Y. Kruglov, HIV/AIDS epidemic in Eastern Europe: recent developments in the Russian Federation and Ukraine among women, *Gend Med*. 2009 Apr; 6(1):277–89.
11. Médecins Sans Frontières, Speed up scale-up: Strategies, tools and policies to get the best HIV treatment to more people, sooner, 2012. <http://aids2012.msf.org/2012/speed-up-scale-up/> (Last accessed on August 19th, 2012).
12. Mimiaga, M. J., et al. “We fear the police, and the police fear us”: Structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev, Ukraine, *AIDS Care*, November, 2010. 22(11): 1305–1313.
13. UNAIDS Ukraine, Assessment of the Implementation of the National AIDS Programme, Ukraine: Synthesis Report. Kyiv, 2012.

Бібліографія (ППМД)

1. Всеукраїнська мережа ЛЖВ 201. Річний звіт 2011 рік.
2. Закон України, 2009 р. «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013», наказ №1026-VI.
3. Марциновська В. (2012 рік). Презентація: Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні в 2011 році. Питання ППМД на національному та регіональному рівнях, Український центр СНІДу МОЗ України, Інститут епідеміології та інфекційних хвороб Н.А. Громашевського АМН. Неопублікована презентація.
4. МОЗ України (2012 рік). Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 року – грудень 2011 року, Київ.
5. МОЗ України, 2007 рік. Інструкція: Щодо порядку попередження передачі ВІЛ від матері до дитини, наказ №740/1030/4154/321/614а.
6. МОЗ України, 2007 рік. Щодо ухвалення клінічного протоколу акушерської допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», наказ №716.
7. Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України «Національні оціночні дані щодо ВІЛ/СНІД станом на початок 2012 року». Київ, 2012.
8. Abdul-Quader A, Kruglov Y, Rutherford G, Salyuk T, & Vitek C 2012. Ukraine HIV data synthesis project: Final report, UCSF, CDC, UNAIDS, WHO, & Ministry of Health of Ukraine. Unpublished report.
9. Bailey H, Townsend C, Semenenko I, Malyuta R, Cortina-Borja M, Thorne C 2012. Impact of expanded access to combination antiretroviral therapy in pregnancy: results from a cohort study in Ukraine (unpublished).

-
10. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al 2011. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *NEJM*;365:493–505.
 11. Humphrey JH, Marinda E, Mutasa K, Moulton LH, Iliff PJ, Ntozini R, Chidawanyika H, Nathoo KJ, Tavengwa N, Jenkins A, Piwoz EG, Van de Perre P, & Ward BJ 2010. Mother to child transmission of HIV among Zimbabwean women who seroconverted postnatally: Prospective cohort study. *BMJ*, vol. 341, c6580, pp. 1–11.
 12. Justice J, Drew R, & Lee S 2004. Review of the national program to prevent mother-to-child transmission of HIV/AIDS in Ukraine. The Population Technical Assistance Project & USAID, Available from: <http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACA196.pdf>, 20 August 2012.
 13. Justice, N., HIV policy assessment: Ukraine, USAID, 2011. Available from: <http://ukraine.usaid.gov/sites/default/files/ukraine_policy_assessment_final_7_18_11_acc.pdf>, 20 August 2012.
 14. Nesheim, S, Taylor A, Lampe MA, Kilmarx PH, Fitz Harris L, Whitmore S, Griffith J, Thomas-Proctor M, Fenton K & Mermin J 2012. 'A Framework for Elimination of Perinatal Transmission of HIV in the United States,' *Pediatrics*, vol. 130, issue 4. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/08/28/peds.2012-0194>>, 18 September 2012.
 15. Saxton J, Malyuta R, Semenenko I, Pilipenko T, Tereshenko R, Kulakovskaya E, Adejnova I, Kvasha L & Thorne C 2010. 'Previous reproductive history and post-natal family planning among HIV-infected women in Ukraine' *Human Reproduction*, vol.00, iss.0, pp. 1–8.
 16. Tarantino L, Chankova S, Rosenfeld J, Routh S & Preble, E 2011. Ukraine Health System Assessment 2011. USAID. Available from: <<http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/82461/>>, 20 August 2012.
 17. Taylor A, Little K, Zhang X 2012. Estimated Perinatal Antiretroviral Exposures, Cases Prevented and Infected Infants in the Era of Antiretroviral Prophylaxis in the US. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Boston, MA. Abstract T103. Available from: <<http://www.retroconference.org/2012b/PDFs/1000.pdf>>.
 18. The Joint UN Programme of Support on AIDS 2012. JPS 2012–2016, UNAIDS Ukraine, Available from: <www.unaids.org.ua/files/JPS_Booklet_.pdf>, 20 August 2012.
 19. Thorne C, Malyuta R & Semenenko I 2012b. Report on injecting drug use in pregnant HIV-positive women in Ukraine: data from the Ukraine European Collaborative Study and the Cohort Study of HIV-infected childbearing women. Unpublished report.
 20. Thorne C, Semenenko I & Malyuta, R 2012a. Prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus among pregnant women using injecting drugs in Ukraine, 2000–10, *Addiction*, vol. 107, issue 1, pp. 118–28.
 21. Thorne C, Semenenko I, Pilipenko T, & Malyuta, R 2009. Progress in prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in Ukraine: Results from a birth cohort study, *BMC Infectious Diseases* vol. 9, issue 40, pp. 1–10.
 22. UNAIDS 2011a. Countdown to zero. Available from: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-elimination-HIV-Children_en.pdf> 18 September 2012.
 23. UNAIDS 2011b. Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access, 2011. Available from: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130_UA_Report_en.pdf>.
 24. UNAIDS Ukraine 2009. Comprehensive external evaluation of the national AIDS response in Ukraine: Consolidated report, UNAIDS Ukraine. Available from: <http://www.un.org.ua/files/20090522_ee_en_5.pdf>, 20 August 2012.
 25. UNDG 2011. MDG acceleration framework: Operational note, United Nations. Available from: <www.undg.org/index.cfm?P=1505>, 20 August 2012.
 26. UNICEF Ukraine 2012. PMTCT and improving neonatal outcomes among drug-dependant pregnant women and children born to them in three cities of Ukraine pilot project, UNICEF Ukraine, 20 August 2012.
 27. WHO Regional Office for Europe, European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015, 2011. Available from: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/153875/e95953.pdf>, 20 August 2012.
-

Бібліографія(КІТ)

1. Балакірева О.М., Бондар Т.В. та ін. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» Аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року. Київ, Україна: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012 рік.
2. Большов Є.С., Косянчук М.Г., Лещинський Ю.Б., Трофименко Л.В., Шваб І.А. (2012 рік). «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» (Аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року), Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Київ, 2012 рік.
3. Всеукраїнська Мережа ЛЖВ та UNIFEM. «Послуги з ВІЛ/СНІД з урахуванням гендерних факторів: Аналітичний звіт за результатами дослідження». Київ, 2011 (<http://network.org.ua/assets/Uploads/Genderfinal5.pdf>).
4. Грушецький А. (2012 рік) Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року).
5. Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань (2012 рік) «Національна оцінка ВІЛ/СНІД в Україні станом на початок 2012 року», Київ, 2012.
6. ДП «Укрметртестстандарт» (2011 рік) Програма міжлабораторних порівнянь результатів вимірювань «Антитіла до ВІЛ».
7. Марциновська В.А. (2012 рік) Представлення результатів звіту «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини в 2011 році», Визначення актуальних проблем в галузі ППМД на національному та регіональному рівнях.
8. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (2009 року) Річний звіт (http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/finalreport/pdf/ar_2009_ua.pdf).
9. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (2010) Річний звіт (http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/finalreport/pdf/ar_2010_ukr_preview.pdf).
10. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (2011) Річний звіт (http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012/ar_2011_preview.pdf).
11. МОЗ України (2009 рік). Наказ №912 від 3 грудня 2009 року «Про розподіл діагностичних тест-систем для проведення скринінгових досліджень крові вагітних на наявність антитіл до ВІЛ 1/2 методом імуоферментного аналізу, закуплених за рахунок коштів Державного бюджету на 2009 рік» (http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20091203_912.html).
12. МОЗ України (2010 рік) Звіт про реалізацію Національної програми з профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, та хворих на СНІД 2009–2013: Цілі фінансування та програмні заходи.
13. МОЗ України (2010 рік) Звіт про результати виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки у 2009 році: Виконання завдань та заходів програми.
14. МОЗ України (2010 рік). ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень №33 (<http://ukraids.gov.ua/index.php/uk/diyalnist-centru/epidemiologiya/epidnaglyad/rutyynni-epidnaglyad>).
15. МОЗ України (2010 рік). Наказ №388 від 11 травня 2010 року «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції» (<http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z0499-10>).
16. МОЗ України (2010 рік). Наказ №1002 (від 17 листопада 2010 року) «Про розподіл тест-систем для скринінгу крові донорів та вагітних на антитіла до ВІЛ 1/2 методом імуоферментного аналізу, закуплених за рахунок коштів Державного бюджету на 2010 рік» (http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20101117_1002.html).
17. МОЗ України (2011 рік) ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень №35 (<http://ukraids.gov.ua/index.php/uk/diyalnist-centru/epidemiologiya/epidnaglyad/rutyynni-epidnaglyad>).
18. МОЗ України (2011 рік) Звіт про реалізацію Національної програми з профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, та хворих на СНІД 2009–2013: Цілі фінансування та програмні заходи.

-
19. МОЗ України (2012 рік). ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень №37 (<http://ukraids.gov.ua/index.php/uk/diyalnist-centru/epidemiologiya/epidnaglyad/rutyunnyi-epidnaglyad>).
 20. МОЗ України (2012 рік). ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень №38 (<http://ukraids.gov.ua/index.php/uk/diyalnist-centru/epidemiologiya/epidnaglyad/rutyunnyi-epidnaglyad>).
 21. МОЗ України (2012 рік). Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 року – грудень 2011 року, Київ.
 22. МОЗ України (2012 рік). Звіт про реалізацію Національної програми з профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ та хворих на СНІД 2009–2013: Цілі фінансування та програмні заходи.
 23. МОЗ України (2012 рік). Звіт про результати моніторингу та ефективності заходів з протидії ВІЛ в Україні в 2011 році.
 24. МОЗ України (2012 рік). Протокол засідання робочої групи МОЗ з питань КіТ, 11 березня 2012 року.
 25. Наказ МОЗ України від 14.07.2009 №509 «Про затвердження Стратегії удосконалення системи консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, стандартизованої лабораторної діагностики на 2009–2013 роки та плану її реалізації» (http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090714_509.html).
 26. Наказ МОЗ України від 24.12.2004 №640/663 «Про затвердження форм первинної облікової документації та форм звітності з питань ВІЛ-інфекції» (http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041224_640_.html).
 27. Наказ МОЗ України від 09.02.2012 №97 «Про затвердження Національного плану моніторингу та оцінки виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013» (http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120209_97.html).
 28. Наказ МОЗ України від 21.12.2010 № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення» (http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20101221_1141.html).
 29. Український центр СНІДу (2010 рік). Інформація про результати поїздок з вивчення причин низького рівня реєстрації осіб з позитивним результатом тестування, яке проводять НУО, для диспансерного обстеження.
 30. Український центр СНІДу (2012 рік) Узагальнені дані за 2009–2011 рр. за Формою №502-3/о «Повідомлення про результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ». (затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України №587 від 1 грудня 2004 року).
 31. Український центр СНІДу (2012 рік). Узагальнені дані за 2011 рік за Формою №3-ВІЛ/СНІД «Звіт про проведення консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію» (затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України 11.05.2010 №388).
 32. Cowley P. and Baktygul A. (2012) Feasibility Study: Integration of Services into the Health System of Ukraine. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc. (Cowley, Peter and Baktygul, Akkazieva, September 2012. Feasibility Study: Integration of Services into the Health System of Ukraine. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.) (http://www.healthsystems2020.org/files/92804_file_Ukraine_Feasibility_Assessment_FINAL.pdf).
 33. Finnerti E., Kostenko N., Tripathi V, King E., Bringing Policy to Practice: Research on the Procedure of HIV Testing among Pregnant Women in Ukraine, 2012. (http://www.healthright.org.ua/sites/default/files/case_study_report_ukr.pdf).
 34. Kiriazova T., Postnov O., 3, Perehinets I., Neduzhko O. (2012) Association of Injection Drug Use and Late Enrollment in HIV Medical Care in Odessa Region, Ukraine. «HIV in Europe» Copenhagen 2012 Conference: abstract book (<http://www.hiveurope.eu/LinkClick.aspx?fileticket=cK9ISwZ9vA%3d&tabid=115>).
 35. USAID HIV Policy Assessment: Ukraine, 2011. (http://ukraine.usaid.gov/sites/default/files/ukraine_policy_assessment_final_7_18_11_acc.pdf).
-

36. WHO, Clients' satisfaction with the HIV counselling and testing services in NGO and different types of health care facilities in Odessa Region. Preliminary report, 2012.
37. WHO, Guide for Monitoring and Evaluating National HIV Testing and Counseling Programmes: Field-Test Version, 2011(http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501347_eng.pdf).
38. WHO, Linkage to Care of PLWH in Odessa Region: Personal and Health System's Barriers. Final Report, 2012.
39. WHO, Service Delivery Approaches to HIV Testing and Counselling (HTC): a Strategic HTC Policy Framework, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75206/1/9789241593877_eng.pdf).

Бібліографія (лікування)

1. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затверджений наказом МОЗ України № 551 від 12 липня 2010 року (зі змінами, внесеними наказом МОЗ України № 766 від 10 вересня 2010).
2. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію, затверджений наказом МОЗ України № 276 від 28 травня 2008 р.
3. Методичні рекомендації для медичних працівників щодо надання послуг з консультивання і тестування на ВІЛ-інфекцію, погоджені Головою Державної служби України з питань протидії ВІЛ/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, 31 травня 2011.
4. Міністерство охорони здоров'я України, наказ від 23 лютого 2000 року N 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
5. МОЗ України (2012 рік). Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 року – грудень 2011 року, Київ.
6. МОЗ України. ВІЛ-інфекція в Україні, Інформаційний бюлетень № 31-38, Київ, 2009–2012.
7. Наказ МОЗ України «Про затвердження Інструкції з впровадження порядку добровільного консультивання і тестування на ВІЛ-інфекцію (протоколу) у протитуберкульозних, дерматовенерологічних та наркологічних закладах охорони здоров'я» № 446 від 6 липня 2006 р.
8. Огляд системи регулювання лікарських засобів з особливим наголосом на лікарських засобах для лікування ВІЛ, СНІД та туберкульозу, а також пов'язаних з цим виробам медичного призначення в Україні. Спільна місія з оцінки Європейське бюро ВООЗ, Представництво Європейської Комісії в Україні та Агенція США з міжнародного розвитку 7 – 12 липня 2008 р., Київ, Україна.
9. Порядок добровільного консультивання і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол), затверджений наказом МОЗ України № 415 від 19 серпня 2005 р.
10. Спільний наказ МОЗ України і Державного Комітету статистики України № 640/663 від 24 грудня 2004 року «Про затвердження форм первинної облікової документації та форм звітності з питань ВІЛ-інфекції/СНІД та інструкцій щодо їх заповнення».
11. Туберкульоз в Україні, Аналітично-статистичний довідник, Київ, 2012.
12. UNAIDS, Comprehensive External Evaluation of the National AIDS response in Ukraine: Consolidated Report, January 2009.

Бібліографія (догляд та підтримка)

1. Державна програма зі СНІД. <http://www.unaids.org.ua/hiv/response/programm/>.
2. Державний інститут розвитку сім'ї та молоді, 2009 рік. Короткий зміст компонента «Догляд та підтримка». Дослідження-оцінка. AUN, презентація PowerPoint, AUN 2011. Річний звіт. Київ.

-
3. МОЗ України (2012 рік). Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 року – грудень 2011 року, Київ.
 4. Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України «Національні оціночні дані щодо ВІЛ/СНІД станом на початок 2012 року». Київ, 2012.
 5. AIDS Consortium UK, How Is Care and Support Being Addressed In the Global AIDS Responses? AIDS Consortium London. aidsconsortium.org.uk accessed 27/10/12.
 6. Andersen et al., (1999), Nurses Decrease Barriers To Health Care. *Journal of the association of Nurses in AIDS Care*. 10. 2.March/April 1999.p55.65.
 7. AUN 2011 Annual Report AUN Kyiv.
 8. Blatchford, K. and Gash, T. 2012 Commissioning For Success: How To Avoid The Pitfalls of Open Public Services. Institute for Government. London.
 9. British Council Kyiv. 2012 Social enterprise development project British Council.
 10. Centre for Social Justice, Couldn't Care Less: A Report From the Children In Care Working Group. Centre for Social Justice. London, 2008. <http://www.centreforsocialjustice.org.uk/client/downloads/Couldn't%20Care%20Less%20Report%20WEB%20VERSION.PDF>. <http://www.britishcouncil.org/ukraine-projects-social-enterprise-development-outline-2012.htm> accessed 27/10/12.
 11. Human Rights Watch (HWR) 2011 Ukraine Uncontrolled Pain Ukraine's Obligation to Ensure Evidence based Palliative care. Human Rights Watch Washington.
 12. IFSW, Definition of social work: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work>.
 13. National AIDS Trust 2012. HIV social care in England a survey of local funding NAT. London.
 14. NEF, Co-production – A Manifesto For Growing the Core Economy, New Economics Foundation London, 2008.
 15. Office of Fair Trading (OFT), Choice and Competition in Public Services, London, 2010.
 16. Opiyo, P., Yamona, T., Jayne, T.S., HIV/AIDS and Home Based Health Care. *International Journal for equity in health*, 2008. <http://www.equityhealthj.com/content/7/1/8> accessed 13/10/2012.
 17. Patient Reported Outcomes Measurement Group, University of Oxford, 2012. <http://phi.uhce.ox.ac.uk/home.php>.
 18. Social Enterprise Europe What is social enterprise. <http://www.socialenterpriseeurope.co.uk/pages/what-is-social-enterprise.php> accessed 21/10/12.
 19. Social Enterprise London, Spin Out and Deliver, SEL. London, 2011.
 20. Terrence Higgins Trust. <http://www.tht.org.uk/our-charity/Campaign/Our-social-policies/Stigma-and-discrimination> accessed 13/10/12.
 21. The PLWA Stigma Index 2009 Give Stigma The Index Finger. GNP and ICW and IPPF and UNAIDS.
 22. UK Consortium on AIDS and International Development –Care and Support working group (2007) What do we really mean by Care and Support? Progress towards a comprehensive definition. UK Consortium on AIDS and International development. http://www.vso.org.uk/Images/What_Do_We_Mean_By_Care_and_Support_tcm79-21034.pdf accessed 09/10/12.
 23. UNAIDS, AIDS Palliative Care, Geneva, 2009.
 24. UNAIDS, Comprehensive External Evaluation of the National AIDS response in Ukraine.
 25. UNAIDS, Kyiv, 2009. UNAIDS, Outlook, Special Section State of the AIDS response, 2010.
 26. United Nations General Assembly Political Declaration on HIV/AIDS, resolution A/RES/60/262, UNGASS 2006, article 20, p 3.
 27. WHO, Cancer Pain Relief 2nd Edition, A guide to opioid availability, Geneva, 1996.

Додаток

Коротка інформація щодо пілотних моделей профілактики ВІЛ серед ПГР в Україні в рамках проекту ЮНІСЕФ «Профілактика ВІЛ серед підлітків груп найвищого ризику в Україні та Південно-Східній Європі»

Пілотна модель	Ключові партнери	Місцезнаходження та час	Послуги	Результат та вплив	Отриманий досвід
Профілактична робота з ПГР на вулиці на основі підходу мультидисциплінарної команди ¹	Київський центр соціальних послуг для сім'ї, дітей та молоді, ЮНІСЕФ	Київ (2009 рік)	Аутріч Кабінети довіри Переадресація	Підлітки віком 14-19 років: (1) які живуть і працюють на вулиці; (2) мають незахищені статеві контакти; (3) які живуть з ВІЛ/СНІД; (4) які мають хімічну залежність, а також їх статеві партнери; (5) дівчата та хлопці – працівники комерційного сексу; (7) хлопці-ЧСЧ; (8) з неблагополучних сімей, які проводять більшість свого часу на вулиці. 1 131 ПГР отримали картки учасників. 685 осіб пройшли тестування на ВІЛ (8+)	Показав можливість надання послуг за допомогою мультидисциплінарних команд Виявив потребу в нормативному регулюванні процесу надання підтримки ВІЛ-позитивним підліткам та підліткам, які потребують медичної допомоги, за відсутністю батьків чи опікунів. Вказав на корисність 24/7 центрів з точки зору задоволення базових потреб (одяг, їжа, притулок тощо).

¹ HIV Prevention among Most-at-Risk Adolescents: Implementation Results of the Targeted Models. UNICEF, Kyiv, 2011

Пілотна модель	Ключові партнери	Місцезнаходження та час	Послуги	Результат та вплив	Отриманий досвід
<p>Реалізація моделі «дружніх» заходів з профілактики ВІЛ шляхом створення неформальних лідерів у середовищі підлітків ГР, що є споживачами ін'єкційних наркотиків в Донецьку²</p>	<p>Донецький обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, ЮНІСЕФ</p>	<p>Донецьк (2009-2010 рр.)</p>	<p>Аутріч, консультативний центр "Повага", переадресація через партнерів</p>	<p>Охоплено 455 ПГР</p> <p>Менш ніж ¼ були повторними клієнтами</p> <p>Дуже високий рівень задоволення персоналу і клієнтів</p> <p>«Коли я тут, здається, що прокидається моя внутрішня особистість. Моя самооцінка підвищується. Я відчуваю себе тут людиною» (дівчина, 18 років).</p>	<p>Розширення роботи з ПГР в Донецьку та інших містах області.</p> <p>За словами багатьох дівчат вони погодилися стати клієнтами моделі тільки після рекомендацій з боку аутріч-працівника-жінки.</p> <p>Деякі хлопці також сказали, що легше спілкуватися з жінками, які є аутріч-працівниками.</p> <p>Докази необхідності посилення послуг переадресації клієнтів</p> <p>Клієнти бажали отримати інформаційні матеріали для підлітків, низькопорогових послуг, а також більш зручного розташування центру</p>

² Там само.

Пілотна модель	Ключові партнери	Місцезнаходження та час	Послуги	Результат та вплив	Отриманий досвід
Профілактика ВІЛ/ПСПШ, надання послуг з підтримки, розробка та коригування методології роботи з реабілітації неповнолітніх дівчат-жертв насильства, включаючи сексуальне насильство, або тих, хто надає комерційні секс-послуги ³	«Віра. Надія. Любов», ЮНІСЕФ	Одеса 2009 (9 місяців)	Курс реабілітації	36 дівчат віком 12-18 років, які зазнали насильства або надають комерційні секс-послуги Високий рівень задоволення серед працівників і певний рівень задоволення серед клієнтів	ПГР, які живуть на вулиці кілька років, важко знайти з ними важче встановити довірливі стосунки, вони відмовляються від перебування в притулках Значний попит на низькопорогові послуги (2 місяці притулку, отримання нормального харчування)
Профілактика ВІЛ/ПСПШ та розвиток послуг із соціальної реабілітації підлітків, які вживають наркотики в м. Одеса ⁴	«Шлях додому», Одеса, наркологічний диспансер, ЮНІСЕФ	Одеса 2009 рік	Інформаційно-просвітницька робота; соціальна та психологічна підтримка	152 підлітків у віці 12-18 років 63 направлені на лікування 56 завершили медичну, соціальну і психологічну реабілітацію Персонал та стаціонарні клієнти надали позитивний зворотний зв'язок	Дана модель продемонструвала можливість ефективної роботи Відділу у справ дітей при наркологічному диспансері Рекомендується залучати соціальних працівників та психологів до заходів соціальної реабілітації

³ Там само.

⁴ Там само.

Пілотна модель	Ключові партнери	Місцезнаходження та час	Послуги	Результат та вплив	Отриманий досвід
Підлітки-ЖКС в Україні: модель цільових втручань ⁵	Миколаївський благодійний фонд «ЮНІТУС», ЮНІСЕФ	Миколаїв 2009 рік	<ul style="list-style-type: none"> • Аутріч • Громадський центр, що надає навчання й інформацію та розвиває навички зміни моделей поведінки • Зменшення шкоди • Медичний компонент • Консультування • Соціальна підтримка • Надання • Презервативів • Зниження рівня стигми та насильства 	<p>117 підлітків-ЖКС</p> <p>Високі рівні задоволення серед клієнтів; повторні клієнти</p> <p>53 пройшли тестування на ВІЛ - 4 виявилися позитивними</p> <p>45 пройшли тестування на ІПСШ – 11 виявилися позитивними</p>	<p>Залучення клієнтів є ефективним в навчальних закладах (серед ЖКС і на вулиці дуже мало було залучено)</p> <p>У більшості клієнтів були мобільні телефони, їм сподобалося консультування по телефону.</p> <p>Необхідність створення ефективної мережі міжгалузевих партнерів, оскільки місцями залучення клієнтів є навчальні заклади, дитячі організації та відділи внутрішніх справ</p> <p>Розширення послуг, окрім медичних, з включенням економічних та соціальних послуг</p>

⁵ Підлітки-ЖКС в Україні: Результати реалізації цільових втручань: аналітичний звіт ЮНІСЕФ, Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка. К., 2010 рік

Пілотна модель	Ключові партнери	Місце знаходження та час	Послуги	Результат та вплив	Отриманий досвід
Забезпечення доступу підлітків-ЖКС до комплексних послуг: Результати реалізації моделей втручання у Львові та Сімферополі в рамках проекту «Профілактика ВІЛ-інфекції серед найуразливіших підлітків» ⁶	«ЮНІТУС», ЮНІСЕФ	Львів та Сімферополь 2011 (9 місяців)	<ul style="list-style-type: none"> • Медична допомога та консультування • Громадський центр, що проводить групові тематичні заняття • Консультативні соціального працівника і юриста; переадресація • Інформаційні матеріали • Видача презервативів • Консультування по телефону. 	<p>116 дівчат віком 10-19 років, що зазнали сексуальної експлуатації або надають комерційні секс-послуги.</p> <p>45% повторно звернулися по допомогу</p> <p>62 дівчат пройшли тестування на ВІЛ, ІПСШ, ВГС</p> <p>Високий рівень задоволення серед клієнтів</p> <ul style="list-style-type: none"> • Підвищення рівня регулярного використання презервативів з клієнтами з 40% до 44% • Підвищення рівня знань щодо ВІЛ з 13% до 34% • 26 дівчат-СІН - рівень використання стерильних голок зріс з 52% до 91% (значущість невідома) 	<p>Фінансується в рамках 10 Раунду ГФ «Діти вулиці» з метою охоплення послугами підлітків-ЖКС</p> <p>Базовий пакет послуг бажано зосередити в одному місці</p> <p>Для ведення клієнтів необхідно більше працівників</p> <p>Залучення дівчат-підлітків до спільних заходів з метою їх особистого розвитку та соціалізації, а також залучення ПГР до волонтерської роботи, що передбачає супровід клієнтів до спеціалістів</p> <p>Організація міні фокус-груп з клієнтами для розробки більш цільового пакету послуг</p>

⁶ Серета, Ю., Забезпечення доступу підлітків-ЖКС до комплексних послуг: Результати реалізації моделей втручання у Львові та Сімферополі в рамках проекту «Профілактика ВІЛ серед підлітків ГР» / ЮНІСЕФ, Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка – Київ, 2012 рік - 99 стр.

Пілотна модель	Ключові партнери	Місцезнаходження та час	Послуги	Результат та вплив	Отриманий досвід
Профілактика ВІЛ серед підлітків, які вживають психоактивні речовини ⁷	Головне управління охорони здоров'я Дніпропетровської області та Дніпропетровський обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, ЮНІСЕФ	Дніпропетровська область 2010-2011 рр.	<ul style="list-style-type: none"> • Клініка, дружба до молоді • Навички, інформація • Зменшення шкоди • Медичні послуги • Консультування • Соціальна підтримка та переадресація • Видача презервативів • Зниження рівня стигми • Цілодобове консультування по телефону 	272 підлітки та молодих людей, які вживають психоактивні речовини (алкоголь, наркотики, психотропні речовини); 30% із них повторно звернулися по послуги	Клініка, дружба до молоді – безпечне місце для ПГР Ефективним стало об'єднання клініки, дружньої до молоді зі стаціонарним медичним закладом Широка мережа партнерів може надавати комплексні послуги, забезпечити вищий рівень набору клієнтів та платформу для розробки регіональної політики
				Високий рівень задоволення серед клієнтів	
				40 клієнтів пройшли тестування на ВІЛ	

⁷ ЮНІСЕФ, Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка. Ситуативне дослідження (2011 рік.) Профілактика ВІЛ серед підлітків, які вживають психоактивні речовини: результати реалізації моделі втручань в Дніпропетровську.

