

ПОСИЛЕННЯ КОМПОНЕНТА ПО РОБОТІ З ПІДЛІТКАМИ В РАМКАХ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ВІА/СНІД

АДВОКАЦІЙНИЙ ЗВІТ

За результатами дослідження
«Оцінка ситуації у країні з метою
посилення компонента по роботі
з підлітками в рамках національної
програми ВІА/СНІД»



ПОСИЛЕННЯ КОМПОНЕНТА ПО РОБОТІ З ПІДЛІТКАМИ в рамках національної програми ВІЛ/СНІД

Адвокаційний звіт

За результатами дослідження «Оцінка ситуації у країні
з метою посилення компонента по роботі з підлітками
в рамках національної програми ВІЛ/СНІД»

За редакцією О.М. Балакіревої

Київ, 2017

УДК 364.692–053.6:[616.98:578.828ВІЛ]

ББК 65.272–55.148

П61

Авторський колектив:

Ольга Балакірева, канд. соціол. наук,
Тетяна Бондар, канд. соціол. наук,
Катерина Нагорняк,
Юрій Савельєв, канд. філос. наук,
Сергій Сальніков,
Олена Сакович

Рекомендовано до друку вченою радою Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка (протокол № 4 від 28.11.2016 р.)

Підготовлено та видано за сприяння Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні в рамках дослідження **«Оцінка ситуації у країні з метою посилення компонента по роботі з підлітками в рамках національної програми ВІЛ/СНІД»**

Координатор програми від ЮНІСЕФ – Олена Сакович

П61 Посилення компонента по роботі з підлітками в рамках національної програми ВІЛ/СНІД : адвокаційний звіт / за ред. О.М. Балакіревої ; ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – Київ, 2017. – 88 с.

ISBN 978-966-96666-1-1

Дану публікацію можна без обмеження цитувати та копіювати з науковою метою за умови посилання на Представництво Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні та ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка».

© ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка», 2017

ISBN 978-966-96666-1-1

© Представництво Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, 2017

Зміст

Подяка	4
Глосарій	5
Вступ	6
Розділ 1. Поширення ВІЛ та тенденції ризикованої поведінки серед підлітків (у т. ч. серед груп ризику) в Україні.	9
1.1. Підлітки в контексті епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІДу.	9
1.2. Ризиковані практики серед підлітків (у т. ч. серед груп ризику)	20
Розділ 2. Оцінка програмного середовища роботи з підлітками з метою протидії ВІЛ-інфекції: стан і можливості	29
2.1. Національна відповідь на епідемію ВІЛ-інфікування серед підлітків	29
2.2. Регіональний контекст програм протидії ВІЛ серед підлітків в Україні.	43
Розділ 3. Оцінка ключових інтервенцій з профілактики ВІЛ серед підлітків	48
3.1. Огляд ключових інтервенцій з профілактики ВІЛ серед підлітків	48
3.2. Програми лікування та підтримки підлітків, які живуть з ВІЛ	53
3.3. Послуги консультування і тестування на ВІЛ для підлітків (Kit) .	55
3.4. Програми з обміну шприців для підлітків-СІН.	58
3.5. Програми для ПГР з підвищення безпечної поведінки щодо ВІЛ/ІПСШ (підлітки-ЧСЧ та підлітки-ЖКС)	61
3.6. Шкільна освітня програма з репродуктивного і статевого здоров'я та формування навичок профілактики ВІЛ	63
3.7. Рекомендації щодо посилення ключових інтервенцій з профілактики ВІЛ серед підлітків	66
Розділ 4. Виклики до посилення компонента по роботі з підлітками в рамках національних заходів з протидії ВІЛ/СНІДу	72
Додаток.	81

Подяка

Документ підготовлено колективом українських авторів у рамках дослідження **«Оцінка ситуації у країні з метою посилення компонента по роботі з підлітками в рамках національної програми ВІЛ/СНІД»**, ключовою метою якого є здійснення неупередженого аналізу інформації щодо демографічної та епідеміологічної ситуації з ВІЛ серед підлітків, включаючи ключові групи підлітків і відповідні крос-секторальні програми для підлітків, з метою посилення підліткового компонента в рамках національної програми боротьби з ВІЛ.

Колектив проекту вдячний широкому колу експертів з державних установ, а саме: Міністерству молоді та спорту України, Управлінню кримінальної міліції у справах дітей, Міністерству внутрішніх справ України, установам, що підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України (ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами», Департаменту громадського здоров'я, НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ України); Міністерству соціальної політики України; установам, що підпорядковані Міністерству освіти і науки України (відділу змісту освіти, мовної політики та освіти національних меншин, відділу STEM-освіти Інституту модернізації змісту освіти, відділу загальної середньої освіти і підготовки вчителів); ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України», Київському міському центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Службі у справах дітей та сім'ї, та громадському сектору – БГО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід», RESPOND, ВООЗ, Фонду народонаселення (ФН) ООН в Україні, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Управлінню ООН з наркотиків та злочинності, міжнародній організації «Право на здоров'я», ЮНЕЙДС, МБФ «Східноєвропейське та Центральноазіатське об'єднання ЛЖВ», які надавали експертні оцінки, підтримували або брали участь в інтерв'ю, зустрічах, консультаціях та обговореннях.

Зокрема, дослідницька група проекту висловлює свою подяку МБФ «Альянс громадського здоров'я», в особі Пурик Олені Петрівни, яка забезпечила проведення широкого обговорення результатів Оцінки в межах робочих тематичних зустрічей зацікавлених сторін з питань профілактичної роботи з підлітками з ризикованою поведінкою та дітей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу.

Окрема подяка висловлюється Представництву Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, особливо Олені Сакович, керівнику проєктів ЮНІСЕФ з профілактики ВІЛ серед молоді України, за підтримку в проведенні даного аналізу.

Глосарій

АРТ	антиретровірусна терапія
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВГС	вірусний гепатит С
ВПО	внутрішньо переміщені особи
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
Мінмолодьспорт	Міністерство молоді та спорту України
Мінсоцполітики	Міністерство соціальної політики України
КІТ	консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію
КДМ	Клініка, дружня до молоді
ЛЖВ	людина, яка живе з ВІЛ
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МОН	Міністерство освіти і науки України
НУО	неурядові організації
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПГР	підлітки груп ризику
Підліток	за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) поняття охоплює вікову групу від 10 до 19 років включно
СІН	споживач ін'єкційних наркотиків
РКС	робітник комерційного сексу
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ІПСШ	інфекція, що передається статевим шляхом
ЧСЧ	чоловіки, які практикують секс з чоловіками
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ	Представництво Дитячого фонду ООН в Україні
СЖО	складні життєві обставини

Вступ

Протягом 2015–2016 рр. здійснено національну Оцінку ситуації в Україні з метою посилення компонента по роботі з підлітками в рамках Національної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу (проведена за технічної підтримки ЮНІСЕФ з використанням концептуального підходу Strengthening the Adolescent Component of National HIV Programmes through Country Assessments / Guidance Document. UNICEF. July 2015) (далі – Оцінка).

Мета Оцінки полягала в проведенні аналізу демографічної та епідеміологічної ситуації щодо поширення ВІЛ серед підлітків, у тому числі серед груп ризику, відповідних міжсекторальних програм для підлітків, з метою зміцнення підліткового компонента в Національній програмі по боротьбі з ВІЛ.

Реалізація Оцінки мала три послідовні фази. *Фаза 1. Експрес-оцінка*, що передбачала огляд наявної інформації щодо стану здоров'я підлітків, загальну оцінку включення різних груп підлітків до національної відповіді на епідемію ВІЛ-інфікування, визначення географічних особливостей. *Фаза 2. Глибинний аналіз* – аналіз бар'єрів, що обмежують вплив інтервенцій та програм протидії епідемії ВІЛ серед підлітків. *Фаза 3. Планування на основі отриманих даних* – розробка міжсекторального плану протидії епідемії ВІЛ серед підлітків.

Для оцінки середовища існування Програми (Фаза 1) було проведено опитування експертів щодо їх оцінки сприятливих умов підліткового компонента Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки. Опитування проводилося шляхом анкетування (56 осіб з числа зацікавлених сторін, представників органів влади, НУО, міжнародних партнерів, представників мереж ЛЖВ та лідерів молодіжних організацій). Для отримання оцінки компонентів програмного середовища з представниками підлітків та молоді було проведено групове фокусоване інтерв'ю¹. Під час експрес-оцінки проаналізовано доступну статистичну інформацію, аналітичні звіти, публікації щодо стану здоров'я підлітків, поширення ВІЛ серед підліткової групи, характеристик ризикованої поведінки щодо ВІЛ-інфікування, доступності медико-соціальних послуг, охоплення різних груп підлітків профілактичними інтервенціями, а також визначено особливості роботи з підлітками в різних регіонах. За підсумками Фази 1 проведено національні консультації з представниками зацікавлених сторін та узгоджено інтервенції та регіони для Фази 2.

¹ На фокус-групі були присутні 7 представників молодіжних та волонтерських організацій, які працюють з підлітками: ВГЦ «Волонтер», Молодіжного комітету проекту U-Report (Див.: Проект U-report – опитування через безкоштовні СМС та Твіттер на важливі теми для молоді [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://ukraine.ureport.in/about/>), комунальної установи «Київський міський лівобережний центр для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді», ГО «Клуб «Еней».

Глибинний аналіз бар'єрів та «вузьких місць» (Фаза 2) було здійснено з використанням концептуального підходу, відповідно до якого інтервенції розглядаються у вимірах структурних детермінантів програмного середовища (політики, законодавства, координації, наявних ресурсів та суспільних норм), а також у вимірах пропозиції, попиту та якості визначених інтервенцій. Зазначені виміри, які конкретизовані через відповідні детермінанти та їхні визначення, наведено у Додатку А, таблиці 1. У рамках Фази 2 також визначено структурні бар'єри (законодавство, бюджет, логістику і соціальні норми) та недоліки управління при здійсненні інтервенцій, які необхідно вирішити. На основі виявлених бар'єрів та «вузьких місць» інтервенцій розроблено рекомендації та план дій, які були обговорені під час зустрічей зацікавлених сторін (Фаза 3). Здійснена оцінка має певні обмеження, які, насамперед, пов'язані з відсутністю даних на місцевому рівні².

Процес оцінки передбачав постійну інтерактивну взаємодію з широким колом зацікавлених сторін. З цією метою було проведено тематичні зустрічі зацікавлених сторін на базі МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (26 лютого 2016 р.) та Представництва Організації Об'єднаних Націй в Україні (12 квітня 2016 р.) з метою валідазації отриманих результатів і обговорення запропонованих рекомендацій. Ключові результати та рекомендації представлено та обговорено на засіданні Міжвідомчої робочої групи з питань моніторингу та оцінки ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та інших соціально небезпечних хвороб (4 липня 2016 р.), а також на Третій національній науково-практичній конференції з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні «За кожне життя разом: прискорення до мети 90-90-90» (21–23 листопада 2016 р.).

Результати Оцінки засвідчили, що потрібна постійна адвокаційна робота для збереження та посилення підліткового компонента у Загальнодержавній цільовій соціальній програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки. Діти з сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, безпритульні та бездоглядні діти та діти, які не отримують належного батьківського піклування, є однією з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ в Україні. Зважаючи на Зауваження Загального порядку № 20 (2016) щодо забезпечення прав дітей підліткового віку³, що затверджені Комітетом ООН з прав дітей (6 грудня 2016 року) та які стосуються дітей другого десятиріччя життя, необхідно приділити окрему увагу цій віковій групі дітей, проаналізувати

² З метою отримання необхідних кількісних даних (з дезагрегацією за віком і статтю) проведено глибинний аналіз наявних практик здійснення інтервенцій, проблем та можливостей, які обговорювалися на 12 фокус-групових інтерв'ю у чотирьох містах – Києві, Дніпрі, Миколаєві, Одесі.

³ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=5&DocTypeID=11

відповідність національного законодавства та політики до підходів, які пропонуються в цьому документі, організувати ознайомлення з ключовими принципами забезпечення прав дітей підліткового віку серед фахівців відповідних органів влади, організацій та установ; включити необхідні положення та відповідні заходи до Концепції Державної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на 2017–2021 роки».

Мета даної публікації – привернути увагу всіх зацікавлених сторін та довести, що підлітки, зокрема з груп ризику, повинні бути пріоритетною групою для відповіді країни на епідемію ВІЛ. Для аргументів використані найбільш вагомні здобутки проведеного дослідження «Оцінки ситуації у країні з метою посилення компонента по роботі з підлітками в рамках національної програми ВІЛ/СНІД», досліджень, що стосуються вивчення поведінкових практик підлітків (в т.ч. ПГР), їх потреб та особливостей, а також практики надання цілеспрямованих послуг з профілактики ВІЛ серед ПГР у рамках проектів ЮНІСЕФ, прикладів реалізованих та існуючих заходів, які стосуються підлітків та їх активності.

Розділ 1. Поширення ВІЛ та тенденції ризикованої поведінки серед підлітків (у т. ч. серед груп ризику) в Україні

1.1. Підлітки в контексті епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІДу

За даними Державної служби статистики, на 01.01.2016 р. населення України становило 42 590 879 жителів⁴. Серед загалу населення підлітки 10–19 років складають 9,1% (3 872 069 підлітків). Підлітків чоловічої статі нараховується 1 988 779 юнаків, що дорівнює 10,1% від загалу населення чоловічої статі. Кількість дівчат 10–19 років – 1 883 290, або 8,2% від загалу населення жіночої статі (рис. 1). Кількість жінок репродуктивного віку (15–49 років) становить 24% від усього населення (10 260 831 осіб).

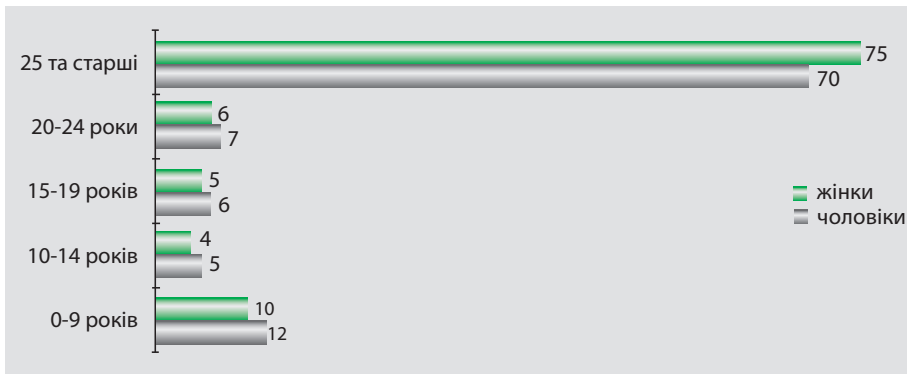


Рис. 1. Статеву-вікову структуру загального населення України на 01.01.2016 р., %

Джерело: дані Державної служби статистики України.

Сучасна епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні поки не дає підстав стверджувати про істотне зниження епідемії в країні, масштаби якої в Україні продовжують зростати серед загального населення за рахунок збільшення епідемічної значущості статевого шляху передачі ВІЛ, а також збереження провідної ролі у поширенні збудника представників груп підвищеного ризику, зокрема, споживачів ін'єкційних наркотиків, осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, та чоловіків, які практикують секс із чоловіками, та їх партнерів. Основними поточними тенденціями розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні є:

⁴ Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя. Розрахунки (оцінки) чисельності населення здійснено на основі існуючих адміністративних даних щодо державної реєстрації народження і смерті та зміни реєстрації місця проживання.

активізація статевого шляху передачі ВІЛ, поширення ВІЛ за межами груп підвищеного ризику інфікування, залучення в епідемічний процес жінок репродуктивного віку, переважне ураження осіб працездатного віку, збільшення кількості ВІЛ-інфікованих осіб, виявлених через наявність клінічних показань, зростання захворюваності на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ та збільшення випадків смерті серед хворих на ВІЛ/ТБ, загроза генералізації епідемії в окремих регіонах країни. Прогнозування подальшого розвитку епідемічного процесу в масштабах країни в короточасні строки набуває дедалі більшої складності через кризові соціально-економічні явища та ускладнення ситуації в східних регіонах України⁵.

За 1987–2015 рр. в Україні отримано 479 358 ВІЛ-позитивних результатів за даними лабораторних досліджень, офіційно зареєстровано 280 358 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 84 045 випадків захворювання на СНІД та 38 457 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом⁶. У 2015 р. в Україні спостерігається зниження кількості зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб на 17,7% порівняно з 2014 р. – під медичний нагляд узято 15 869 осіб (37,0 на 100 тис. населення), у 2014 р. – 19 273 (44,8 на 100 тис. населення). Проте значне зменшення відбулось переважно за рахунок відсутності даних щодо тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя з 2014 р. та частини зони проведення антитерористичної операції з 2015 р. (рис. 2).

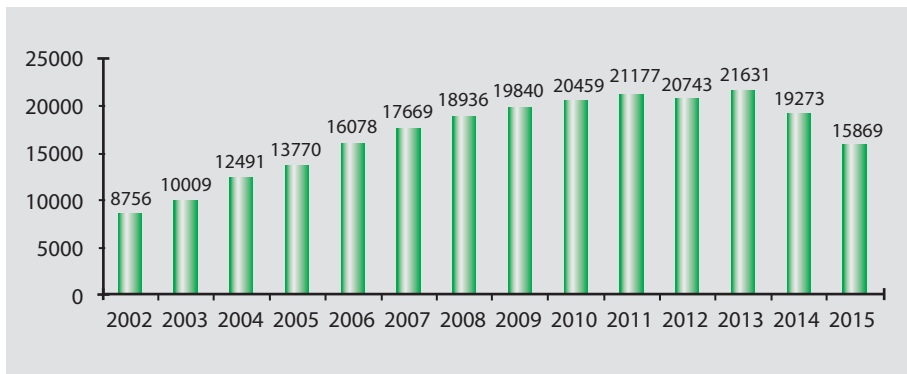


Рис. 2. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України за 2002–2015 рр.

Джерело: дані Державної установи «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України».

⁵ ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюл. / МОЗ України, ДУ «Український центр контролю за соціально-небезпечними хворобами» МОЗ України, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України. – К., 2016. – № 45. – С. 19.

⁶ Там само. – С. 19.

У 2015 р., як і у попередні роки, найвища поширеність ВІЛ виявлена при обстеженні осіб, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими (14,6%), осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі (5,6%), та померлих осіб (7,8%). Найнижча поширеність ВІЛ серед осіб, які мають ризик інфікування ВІЛ унаслідок медичних маніпуляцій за епідеміологічними показаннями (0,1%), донорів (0,1%) та призовників/абітурієнтів військових закладів (0,3%). Представники груп ризику інфікування ВІЛ (ПГР) в Україні становлять четверту частину серед загальної кількості обстежених на ВІЛ осіб (без урахування донорів та вагітних жінок), частка їх серед обстежених осіб по регіонах коливається від 5% до 48%⁷.

В останні роки в Україні щорічно виявляли до 30 тисяч ВІЛ-позитивних осіб за даними лабораторних досліджень, реєстрували майже 20 тисяч осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції та до 12 тисяч осіб знімали з обліку з різних причин, в т. ч. у зв'язку зі смертю. Показник охоплення медичним обліком ВІЛ-позитивних осіб залишається на низькому рівні та не перевищує 70%. Щорічно близько третини ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за результатами тестування на ВІЛ, залишаються поза медичним обліком. Понад 50% осіб віком 15 років і старше виявляються вперше на 3 та 4 клінічних стадіях ВІЛ-інфекції.

У 2008 р. в Україні відбулась зміна домінуючих шляхів передачі збудника ВІЛ-інфекції зі штучного парентерального при вживанні ін'єкційних наркотиків на статевий, переважно при гетеросексуальних контактах, який продовжує набувати більш суттєвого епідемічного значення. У структурі шляхів передачі ВІЛ (з урахуванням показника частоти передачі ВІЛ від матері до дитини) питома вага статевого шляху передачі ВІЛ невідмінно зростала та у 2015 р. становила 72,5%. Незважаючи на багаторічну тенденцію до зниження, актуальність парентерального шляху передачі при ін'єкційному введенні наркотичних препаратів залишається високою (26,6% з урахуванням показника частоти передачі ВІЛ від матері до дитини; 21,7% – крім дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями). Частка зазначеного шляху у структурі шляхів передачі у 2015 р. зросла у 7 регіонах (Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Кіровоградська, Полтавська, Чернігівська області). Дедалі більшу епідемічну значущість набуває група – чоловіки, які практикують секс із чоловіками. В країні щорічно зростає кількість офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи – з 20 осіб у 2005 р. до 262 у 2013 р., у 2014 р. зареєстровано 277 таких випадків, у 2015 р. – 368. На сьогодні спостерігається істотне недоврахування випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних із статевими стосунками між чоловіками, оскільки ЧСЧ зазвичай приховують свою сексуальну орієнтацію. Головним бар'єром до корис-

⁷ Там само. – С. 77.

тування послугами з профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ЛЖВ дотепер залишається стигматизація ЧСЧ⁸.

Станом на 01.01.2016 р. кількість осіб, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус і перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу в Україні, дорівнює 126 604 ЛЖВ (58% від оціночної кількості ЛЖВ) (показник поширеності 297,2 на 100 тис. населення), у тому числі 34 016 хворих на СНІД (показник 79,8 на 100 тис. населення). Дані щодо кількості ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом станом на 01.01.2016 р., отримані та узагальнені за результатами офіційної статистичної звітності 25 регіонів України, крім неконтрольованих територій Донецької та Луганської областей, та не враховують кумулятивну кількість померлих ВІЛ-інфікованих осіб⁹. До 2012 р. спостерігалась тенденція до зростання показника захворюваності на СНІД. Протягом останніх трьох років показник коливався, у 2015 р. зменшився та становив 19,8 на 100 тис. населення (темп зменшення – 13,7%). Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в Україні станом на 01.01.2016 р., як і раніше, залишається туберкульоз, який виявлено в 4 470 випадках (52,8%) з 8 468 нових випадків СНІДу та в 12 566 випадках (36,9%) серед 34 016 хворих на СНІД, які перебувають під медичним наглядом¹⁰.

Аналіз статеві-вікової структури осіб з вперше у житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції свідчить, що жінки залучаються в епідемічний процес у більш ранньому віці, ніж чоловіки. Так, частка осіб 15–29 років серед ВІЛ-позитивних жінок репродуктивного віку (15–49 років) становила 33,7%, а серед ВІЛ-позитивних чоловіків 15–49 років – 18,6%. Група підлітків, які були інфіковані перинатально, поступово збільшується в Україні. Середній вік ВІЛ-інфікованих дітей на сьогодні становить 9,5 років, в найближчі 5–10 років вони досягнуть повноліття. Переважна кількість дітей на обліку – це діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками. Станом на 01.01.2016 р. під медичним наглядом перебувало 2 857 ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у тому числі 74 дитини, хворих на СНІД; ще у 5 683 дітей діагноз знаходився у стадії підтвердження; знято з обліку у зв'язку з відсутністю ВІЛ-інфекції 2 932 дитини¹¹.

Регіони України умовно можна поділити на три групи за рівнем поширеності ВІЛ-інфекції: з високим (понад 300 випадків на 100 тис. населення), середнім (100–300 випадків на 100 тис. населення) та низьким (менше ніж 100 випадків на 100 тис. населення). За даними інформаційного бюлетеня найвищі рівні поширеності ВІЛ-інфекції реєструвались

⁸ Там само. – С. 32-33.

⁹ Там само. – С. 48.

¹⁰ Там само. – С. 34-36.

¹¹ Там само. – С. 30-31.

в Одеській (821,5 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (774,0), Миколаївській (676,2), Херсонській (378,8) областях та у м. Києві (407,0)¹². Питома вага підлітків у віці 10–19 років у цих регіонах коливається від 7,1% до 11,4%. У таблиці 1 наведено статеві-вікову структуру населення у розрізі областей із зазначенням рівня поширення ВІЛ-інфекції.

Таблиця 1. Статеві-вікова структура населення України у розрізі областей
(без АР Крим, м. Севастополь), % від населення області (на 01.01.2016 р.)

		Вікові діапазони			
		0–9	10–19	20–24	25+
Вінницька область	чоловіки	12,2	11,4	7,1	69,3
	жінки	9,6	9,2	5,9	75,3
Волинська область	чоловіки	14,2	10,5	6,8	68,5
	жінки	10,8	9	5,9	74,3
Дніпропетровська область	чоловіки	12	9,5	6,6	71,9
	жінки	9,4	7,4	4,9	78,3
Донецька область	чоловіки	10,2	8,7	5,9	75,2
	жінки	7,9	6,8	4,6	80,7
Житомирська область	чоловіки	12,2	10,3	7,2	70,3
	жінки	9,8	8,6	6	75,6
Закарпатська область	чоловіки	13,4	10,8	7,3	68,5
	жінки	10,8	9,7	6,6	72,9
Запорізька область	чоловіки	10,8	8,9	6,2	74,1
	жінки	8,3	7	4,8	79,9
Івано-Франківська область	чоловіки	12,1	10,6	8,1	69,2
	жінки	10	9,4	6,6	74
Київська область	чоловіки	12,1	9,9	6,4	71,6
	жінки	9,7	8,2	5,3	76,8
Кіровоградська область	чоловіки	12	10	7,2	70,8
	жінки	10	7,5	5,2	77,3
Луганська область	чоловіки	9,3	8,4	5,8	76,5
	жінки	7,4	6,6	4,6	81,4
Львівська область	чоловіки	11,2	11	8	69,8
	жінки	9,2	9,3	6	75,5
Миколаївська область	чоловіки	10,7	9	6,3	74
	жінки	8,2	7,1	4,9	79,8
Одеська область	чоловіки	10,7	8,8	7,4	73,1
	жінки	8,9	7,5	5,9	77,7

¹² Там само. – С. 117. Середній показник поширеності ВІЛ-інфекції серед громадян України на 01.01.2016 р. – 297,2 на 100 тис. населення.

		Вікові діапазони			
		0–9	10–19	20–24	25+
Полтавська область	чоловіки	10,8	9,4	7	72,8
	жінки	8,4	7,6	5,3	78,7
Рівненська область	чоловіки	12,8	11,1	7,9	68,2
	жінки	10,2	9,8	6,2	73,8
Сумська область	чоловіки	11,7	9,8	6,6	71,9
	жінки	9,2	8	5,5	77,3
Тернопільська область	чоловіки	13	11,3	6,8	68,9
	жінки	10,7	9,4	6,2	73,7
Харківська область	чоловіки	9,9	9	8,7	72,4
	жінки	8,1	7,5	6	78,4
Херсонська область	чоловіки	12	10,1	6,5	71,4
	жінки	9,1	7,4	4,9	78,6
Хмельницька область	чоловіки	12,1	10,7	7,1	70,1
	жінки	9,9	9	5,8	75,3
Черкаська область	чоловіки	10,7	9	6	74,3
	жінки	8,4	7,1	5,1	79,4
Чернівецька область	чоловіки	11,4	11,7	7,6	69,3
	жінки	9,1	9,7	6,7	74,5
Чернігівська	чоловіки	10,4	8,7	5,4	75,5
	жінки	8,4	6,9	4,5	80,2
м. Київ	чоловіки	12,7	9,7	7,2	70,4
	жінки	10,3	8,1	5,8	75,8

Примітка: Поширеність ВІЛ-інфекції за даними медичного нагляду по регіонах України станом на 01.01.2016 р. (на 100 тис. населення)¹³

Понад 300 випадків на 100 тис.	100–300 випадків на 100 тис.	менше 100 випадків на 100 тис.
--------------------------------	------------------------------	--------------------------------

За рекомендаціями ЮНЕЙДС і ВООЗ, визначення ВІЛ-інфікованості серед осіб молодших вікових груп (15–19 років, 20–24 роки) дає змогу отримати більш реалістичну картину щодо тенденцій розвитку епідемії. Так, у 2015 р. частка осіб у віковій групі 15–24 роки серед вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції становила 5,7% проти 6,7% та 7,1% у попередні роки, епідемічна ситуація має сталу тенденцію до зниження¹⁴. Спостерігається також зменшення загального рівня поширеності ВІЛ серед вагітних жінок віком 15–24 роки (з 0,33% у 2013 р. до 0,27% у 2015 р.). Серед загалу вагітних відповідний показник у 2015 р. становив 0,33%¹⁵.

¹³ Там само.

¹⁴ Там само. – С. 31.

¹⁵ Там само. – С. 26.

Станом на 01.01.2016 р. на обліку перебували 8 609 ВІЛ-інфікованих дітей віком від 0 до досягнення 18 років (8229 дітей у віці 0–14 років та 380 – у віці 15–17 років), у тому числі діти з невизначеним ВІЛ-статусом, серед них 809 хворих на СНІД¹⁶. Дослідження в країнах з більш тривалою епідемією ВІЛ-інфекції свідчать про те, що ВІЛ-інфіковані підлітки є групою хворих з низькою прихильністю АРТ, відмовою від медичного догляду. Важливо зазначити, що **на сьогодні відсутній чіткий план моніторингу та супроводу таких підлітків при досягненні ними повноліття**. Існує необхідність введення додаткових сервісів у центрах СНІДу, спрямованих на потреби підлітків і молоді. Потребує подальшого вивчення та перегляду існуюча система медичного супроводу ВІЛ-інфікованих підлітків з перинатальним шляхом інфікування з метою попередження втрати їх з-під медичного нагляду. Діти (віком 0–17 років включно) отримують АРТ в закладах охорони здоров'я МОЗ, НАМН України виключно за рахунок коштів державного бюджету. Незважаючи на високий рівень охоплення АРТ, діти та підлітки мають проблеми з доступністю та якістю послуг соціально-психологічного супроводу в більшості регіонів. Проведений глибинний аналіз дозволив виявити реальний стан і «вузькі місця» основних інтервенцій, результати якого будуть висвітлені в розділі 3. За перше півріччя 2016 р. їх кількість становила 2 826 осіб, що дорівнює 4,3% від загальної кількості осіб, які отримують АРТ¹⁷, серед підлітків віком від 11–18 років отримують АРТ 1 188 осіб¹⁸.

Основним шляхом передачі ВІЛ для підлітків (так як і в загальній популяції) є гетеросексуальний шлях інфікування. Ін'єкційний шлях є другим за кількістю випадків, і він був основним для хлопців 15–19 років до 2010 р. Кількість зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ шляхом ін'єкційного вживання наркотиків суттєво скоротилась для обох статей протягом 2007–2014 рр. Гомосексуальний шлях інфікування з 2013 р. перевищував ін'єкційний шлях для хлопців 15–19 років. Отже, найуразливішими в контексті епідемії ВІЛ є підлітки, які практикують ризиковану поведінку (ПГР), внаслідок чого наражаються на підвищений ризик інфікування ВІЛ: хлопці, які практикують секс з іншими чоловіками; підлітки, які споживають ін'єкційні наркотики; підлітки (дівчата та хлопці), які експлуатуються в секс-індустрії; підлітки, які не належать до ПГР, але ведуть активне статеве життя і не

¹⁶ Там само. – С. 30.

¹⁷ ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюл. / МОЗ України, ДУ «Український центр контролю за соціально-небезпечними хворобами» МОЗ України, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України. – К., 2016. – № 46. – С. 14.

¹⁸ Там само. – С. 36.

вживають запобіжних засобів¹⁹. Саме у підлітковому віці зростає ризик інфікування серед осіб, які починають статеве життя, позбавлені батьківського піклування, перебувають під негативним впливом однолітків, суб'єктивно вважають себе повноцінними дорослими і експериментують з вживанням наркотичних речовин, можуть практикувати ризиковані статеві практики (секс без презерватива, секс за винагороду тощо).

Поширеність ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику. Цільові дослідження підтверджують тенденції епідемічної ситуації серед вікової когорти підлітків і свідчать про недооцінений внесок підлітків, які практикують ризиковану поведінку, до характеристик епідемії ВІЛ-інфікування в країні. Кількість випадків інфікування ВІЛ серед ПГР істотно знизилась порівняно з оцінками 2008/2009 рр. (табл. 2). Це пов'язано з більш активним залученням ПГР до профілактичних програм²⁰. За даними опитувань груп підвищеного ризику в 2015 р., серед підлітків-СІН віком 15–19 років поширеність ВІЛ становить 2,7%, серед підлітків-ЧСЧ віком 14–19 років – 3,1%²¹. За даними 2014 р., серед підлітків вулиці рівень поширеності ВІЛ-інфекції істотно відрізняється в містах та зростає з віком. Згідно з сучасними дослідженнями, найчастіше випадки інфікування ВІЛ серед підлітків вулиці трапляються в Одесі: наприклад, поширеність ВІЛ серед 14–19-річних підлітків вулиці становить 11% (табл. 3). **Оціночні показники поширеності ВІЛ серед усіх груп ПГР становлять, як мінімум, 1,9%²², серед осіб у віковій групі 15–49 років рівень поширеності ВІЛ-інфекції оцінюється у 0,9%²³.**

¹⁹ Балакірева О.Н., Підлітки груп ризику: факти і оцінки : інформ. бюл. [Електронний ресурс] / О.Н. Балакірева, Т.В. Бондар, Ю.В. Середа, О.Т. Сакович ; Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка, ЮНІСЕФ. – К., 2014. – Режим доступу : http://www.unicef.org/ukraine/ukr/UA_Buklet_MARA.pdf

²⁰ Там само.

²¹ Розрахунки за результатами досліджень «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління» та «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які мають секс з чоловіками, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління», які проведено у рамках проекту «Залучення місцевих організацій до розвитку моніторингу та оцінки відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД» (проект МЕТИДА), що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров'я», за фінансування центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC) у рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

²² Балакірева О. Підлітки груп ризику: оцінки і динаміка : інформ. бюл. [Електронний ресурс] / О. Балакірева, Т. Бондар, М. Худик, О. Сакович ; Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка, ЮНІСЕФ. – К., 2016. – Режим доступу : https://www.unicef.org/ukraine/ukr/pidlitki_grup_riziku.pdf

²³ ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюл. / МОЗ України, ДУ «Український центр контролю за соціально-небезпечними хворобами» МОЗ України, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України. – К., 2016. – № 45. – С. 38.

**Таблиця 2. Розрахункова кількість випадків ВІЛ-інфекції
на 1000 населення*, осіб**

Групи підлітків (ПГР)	2008/2009 рр.	2013/2014 рр.	2015 р.
Підлітки-СІН	50	20	59
Підлітки-РКС	80	3	0,6
Підлітки-ЧСЧ	50	10	35

* Розраховано за результатами тестування на ВІЛ у біоповедінкових дослідженнях (IBBS)
та оцінкою чисельності ПГР.

**Таблиця 3. Рівень поширеності ВІЛ серед підлітків вулиці в трьох містах,
(2014)²⁴, %**

	Донецьк (N=303)	Київ (N=334)	Одеса (N=324)
10–13 років	0	0	0
14–15 років	0	1	1
16–17 років	1	1	12,5
18–19 років	2	7	18
Серед 10–19 років	1	3	11

Важливо, що серед споживачів ін'єкційних наркотиків до 25 років значно менше тих, хто є ВІЛ-інфікованим порівняно з СІН старшого віку (у віці 14–19 років їх менше в декілька разів), що пояснюють меншим досвідом ін'єкційного споживання наркотиків та поширенням послуг зменшення шкоди²⁵. Аналогічна тенденція існує в середовищі жінок секс-бізнесу та дівчат, які зазнають сексуальної експлуатації (рис. 3)²⁶. Тому можна зробити висновок, що підлітки-СІН, підлітки-ЖКС та інші підлітки, які практикують ризиковану поведінку, є надзвичайно важливою цільовою групою профілактичних інтервенцій, оскільки цілеспрямована робота з ними знизить ризик поширення ВІЛ в майбутньому.

²⁴ Балакірева О.Н. Підлітки груп ризику: факти і оцінки : інформ. бюл. [Електронний ресурс] / О.Н. Балакірева, Т.В. Бондар, Ю. Середа, О. Сакович ; Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка, ЮНІСЕФ. – К., 2014. – Режим доступу : http://www.unicef.org/ukraine/ukr/UA_Buklet_MARA.pdf

²⁵ Балакірева О.М. Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління : аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року [Електронний ресурс] / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар та ін. – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. – С. 117. – Режим доступу : http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/zvit%20IDU_s.pdf

²⁶ Балакірева О.М. Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед жінок, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління : аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року [Електронний ресурс] / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Ю.В. Середа та ін. – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. – С. 104. – Режим доступу : <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/Otchet-ZHKS.pdf>

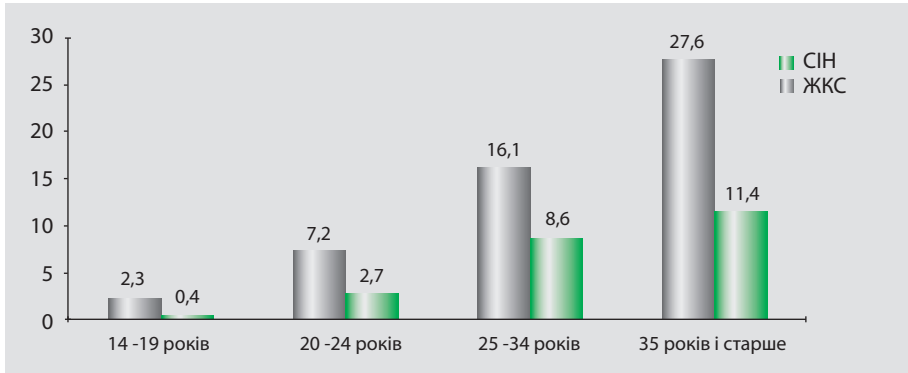


Рис. 3. Поширеність ВІЛ серед СІН та ЖКС за віковими групами, %

Підлітки групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ та частина дітей і підлітків, які виховуються в сім'ях, що перебувають у складних життєвих обставинах, скрутних соціально-економічних умовах, мають обмежений доступ до інформації й послуг. Крім того, потреби підлітків і, зокрема, ПГР мають свою специфіку залежно від віку та статі, оскільки підлітки перебувають на різних стадіях розвитку особистості та в різних соціальних умовах. Спектр потреб не обмежується переліком профілактичних інтервенцій, необхідних для подолання епідемії ВІЛ у цій групі.

Окремої уваги потребують діти та підлітки, які **прибули з тимчасово окупованих територій**. Облік осіб, які перебували під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу Донецької та Луганської областей і звернулися за медичною допомогою в інші регіони України, здійснюється на підставі облікових форм 502-1/о, 502-2/о. За даними центрів СНІДу інших регіонів, у 2015 р. взято на облік 572 ЛЖВ з Донецької області, 127 ЛЖВ з Луганської області та 32 ЛЖВ з АР Крим. Станом на 01.01.2016 р. у ЗОЗ служби СНІДу інших регіонів під медичним наглядом перебувало 1 153 ВІЛ-інфіковані особи з невідконтрольних Уряду України територій, серед них: 824 особи (71,4%) були переміщені з Донецької області, 236 осіб (20,5%) з Луганської області та 93 особи (8,0%) з АР Крим та м. Севастополь. Серед 1 153 ВІЛ-інфікованих осіб – 575 жінок (49,9%) та 578 чоловіків (50,1%). За віковими групами ці особи розподілялися таким чином: 92 дитини до 14 років включно (8,0%), 19 підлітків віком 15–17 років включно (1,6%), 28 осіб віком 18–24 роки включно (2,4%), 1 014 осіб віком 25 років і старше (88,0%). Кількість ВІЛ-інфікованих СІН становила 370 осіб (32,1% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які були переміщені з окупованих територій), серед них: 238 СІН з Донецької області, 86 СІН з Луганської області та 46 СІН з АР Крим та м. Севастополь. Станом на 01.01.2016 р. під медичним наглядом перебувало 26 ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, 110 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, серед них – 58 дітей з

встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, які прибули з непідконтрольних Уряду України територій у ЗОЗ служби СНІДу інших регіонів²⁷.

Враховуючи дані щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб (ВПО), в тому числі дітей, загальна чисельність *дітей з уразливих категорій сімей*, охоплених соціальними послугами, повинна стрімко зрости. Проте, за даними Мінсоцполітики, напередодні подій на Сході України (станом на 31.12.2013 р.) чисельність дітей з уразливих категорій сімей, охоплених соціальними послугами, дорівнювала 1 357 614, а станом на 31.12.2015 р. – вдвічі менше, лише 675 825 дітей. Зазначена тенденція є **наслідком ліквідації в країні соціальних працівників**, яких з початку 2014 р. до початку 2016 р. стало втричі менше.

За даними Мінсоцполітики, в середньому по Україні, на одного фахівця з соціальної роботи припадає понад 1 тис. ВПО, а в місцях компактного проживання ВПО співвідношення соціальних працівників до чисельності ВПО є таким: у Донецькій області на 1-го фахівця припадає 4917 ВПО, Луганській – 7274, Харківській – 3715, м. Києві – 2161 особа.

У містах і регіонах компактного проживання внутрішньо переміщених осіб через швидке зменшення соціальних працівників відбувається значне збільшення чисельності осіб і дітей, які потребують соціальних послуг, що, в свою чергу, в разі збільшує **навантаженість на фахівців і призводить до їх психологічного травмування та емоційного вигорання**.

Діти, які перебувають у складних життєвих обставинах, діти, позбавлені батьківського піклування²⁸, також є однією з груп під-

²⁷ ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюл. / МОЗ України, ДУ «Український центр контролю за соціально-небезпечними хворобами» МОЗ України, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України. – К., 2016. – № 45. – С. 38.

²⁸ *Дитина, яка перебуває у складних життєвих обставинах*, – дитина, яка потрапила в умови, що негативно впливають на її життя, стан здоров'я та розвиток у зв'язку з інвалідністю, тяжкою хворобою, безпритульністю, перебуванням у конфлікті із законом, залученням до найгірших форм дитячої праці, залежністю від психотропних речовин та інших видів залежності, насильством та жорстоким поведінням у сім'ї, ухилянням батьків, осіб, які їх замінюють, від виконання своїх обов'язків, обставинами стихійного лиха, техногенних аварій, катастроф, воєнних дій чи збройних конфліктів тощо, що встановлено за результатами оцінки потреб дитини. *Діти, позбавлені батьківського піклування*, – діти, які залишилися без піклування батьків у зв'язку з позбавленням їх батьківських прав, відібранням у батьків без позбавлення батьківських прав, визнанням батьків безвісно відсутніми або невідесдатними, оголошенням їх померлими, відбуванням покарання в місцях позбавлення волі та перебуванням їх під вартою на час слідства, розшуком їх органами Національної поліції, пов'язаним з відсутністю відомостей про їх місцезнаходження, тривалою хворобою батьків, яка перешкоджає їм виконувати свої батьківські обов'язки, а також діти, розлучені із сім'єю, підкинуті діти, діти, батьки яких невідомі, діти, від яких відмовились батьки, діти, батьки яких не виконують своїх батьківських обов'язків з причин, що неможливо з'ясувати у зв'язку з перебуванням батьків на тимчасово окупованій території України або в зоні проведення антитерористичної операції, та безпритульні діти. – Відповідно до статті 1 Закону України «Про охорону дитинства» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2402-14>

вищеного ризику щодо інфікування ВІЛ в Україні. За даними Державного комітету статистики, протягом 2015 р. в Україні кількість дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, становила 73 182 осіб²⁹.

Серед уразливих груп дітей під особливою увагою держави перебувають діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування. На кінець 2015 р. 66 294 (90,5%) дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, знаходилися під опікою та піклуванням: перебували під опікою (52 938 дітей), виховувались у прийомних сім'ях (7 187 дітей) та дитячих будинках сімейного типу (6 169 дітей)³⁰.

За даними Мінсоцполітики, протягом 2015 р. усиновлено 1868 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, серед них 1 489 дітей – громадянами України, 379 – іноземними громадянами³¹. Протягом I півріччя 2016 р. усиновлено 919 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (громадянами України – 731, іноземцями – 188)³². Позитивна тенденція пріоритетності усиновлення громадянами України зберігається упродовж останніх десяти років.

Зазначені групи дітей і підлітків є уразливими і потребують особливої уваги в контексті епідемії ВІЛ.

У наступному підрозділі більш детально розглянуто питання ризикованих практик підлітків (у т. ч. групи ризику), які впливають на зростання епідемії ВІЛ.

1.2. Ризиковані практики серед підлітків (у т. ч. серед груп ризику)

Оскільки статевий шлях передачі ВІЛ серед підлітків наразі є основним в Україні, то ключовим фактором ефективності роботи з підлітками в рамках Національної програми ВІЛ/СНІДу є існуючі практики та культура статевого стосунку. За даними дослідження *«Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків»* (проект HBSC), досвід статевих контактів мали чверть опитаних віком 13–17 років (24,3%). Хлопці зазначали про такий досвід значно частіше, ніж дівчата, в усіх вікових групах. Серед 17-річних хлопців досвід статевого життя мав кожен другий (54,9%), а серед дівчат цьо-

²⁹ Захист дітей, які потребують особливої уваги суспільства : стат. зб. / Державна служба статистики України. – К., 2016. – С. 25.

³⁰ Там само. – С. 12, 17, 18.

³¹ Там само. – С. 6–7.

³² Парламентські слухання «Права дитини в Україні: забезпечення, дотримання, захист». – 12 жовтня 2016 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://static.rada.gov.ua/zakon/new/par_sl/sl1210116.htm

го ж віку – кожна третя (33,9%) (рис. 4). Третина опитаних підлітків зазначили, що почали статеве життя у віці 15 років, про початок статевих відносин у віці 13 років повідомили 8,1%³³.

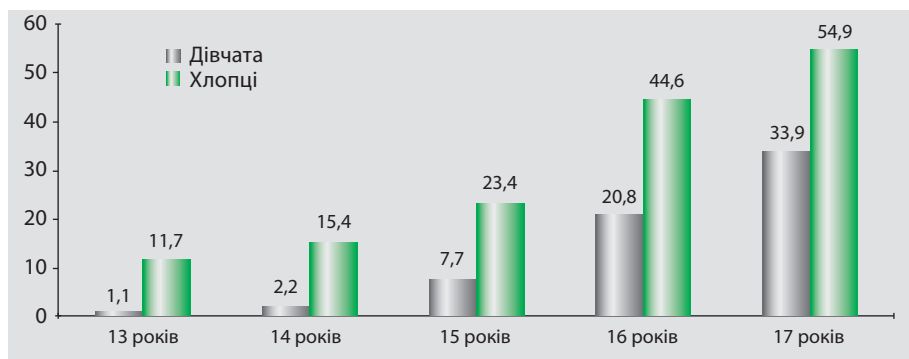


Рис. 4. Розподіл відповідей учнівської молоді щодо досвіду статевих стосунків, за віком та статтю, %

Таблиця 4. Характеристики залучення до статевих практик ПГР у 2007–2015 роки, %

	Підлітки-СІН						Підлітки-РКС						Підлітки-ЧСЧ				
	2007	2008	2009	2011	2013	2015	2007	2008	2009	2011	2013	2015	2007	2009	2011	2013	2015
Мають досвід статевих гетеросексуальних контактів	83	83	95	89	95	95	100						28	53	36,5	35	37
Хлопці, які практикували анальний секс з хлопчиками/чоловіками													100				
Перший статевий контакт до досягнення 15 років	26	20	29	27,5	38	40,5	50	45	41	35	50	36	–	59	31	28	30
Перший статевий контакт до досягнення 18 років	78	73	92,5	88	99	99,5	100	99,5	97	91	100	98	–	89	89	91	93

Підлітки груп ризику мають досить високий рівень статевої активності. Серед підлітків-СІН та підлітків-ЧСЧ зросла частка тих, хто має досвід статевих контактів до 15 років. Натомість серед підлітків-РКС

³³ Балакірева О.М. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : моногр. [Електронний ресурс] / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Д.М. Павлова та ін. ; наук. ред. О.М. Балакірева. – К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2014. – С. 88. – Режим доступу : http://www.uisr.org.ua/img/upload/files/Analitical_report_HBSC_2015_fin_UA.pdf

частка тих, хто вперше мав статеві стосунки до 15 років, зменшилась. Майже всі підлітки груп ризику мають статеві стосунки до досягнення повноліття (табл. 4)³⁴.

Підлітки-СІН часто практикують незахищені статеві контакти з випадковими та комерційними статевими партнерами, що збільшує ризик інфікування ВІЛ та іншими захворюваннями, які передаються статевим шляхом (табл. 5).

Таблиця 5. Характеристики ризикованої статевої поведінки серед підлітків-СІН, %

	2007	2008	2009	2011	2013	2015
Статеві контакти з більше ніж шістьма партнерами за останні три місяці	25	27	11	9	20,5	17
Наявність випадкового партнера протягом останніх трьох місяців	67	61	56	45	58	67
Надавали сексуальні послуги за винагороду (серед дівчат-СІН)	25	17	14	8	10	15
Не завжди використовували презерватив протягом останніх трьох місяців:						
з випадковим партнером (2009: N=171; 2011: N=93; 2013: N=149; 2015: N= 104)			52	49	59	60
з комерційним партнером (2009: N=17; 2011: N=15; 2013: N=26; 2015: N=4)			47	73	27	43

Частка підлітків-РКС, які починають надавати сексуальні послуги за винагороду до досягнення 15 років, зменшилась. Натомість зросла частка підлітків, які починають надавати сексуальні послуги за винагороду до досягнення повноліття (рис. 5).

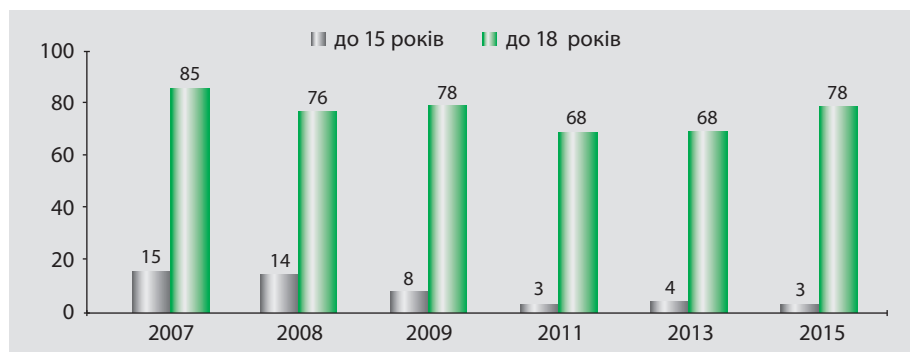


Рис. 5. Вік залучення дівчат-РКС до надання сексуальних послуг за винагороду, %

³⁴ Балакірева О. Підлітки груп ризику: оцінки і динаміка : інформ. бюл. [Електронний ресурс] / О. Балакірева, Т. Бондар, М. Худик, О. Сакович ; Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка, ЮНІСЕФ. – К., 2016. – Режим доступу : https://www.unicef.org/ukraine/ukr/pidlitki_grup_riziku.pdf

Підлітки-РКС мають високий ризик інфікування ВІЛ через практику невикористання презервативів під час різних видів статевих контактів (табл. 6).

Таблиця 6. Використання презервативів дівчатами, які залучені до надання сексуальних послуг за винагороду, %

Характеристики використання презервативів	Роки				
	2007	2009	2011	2013	2015
Не використовували презерватив під час останнього статевих контакту з клієнтом	24	12	9	5	17
Не використовували презерватив під час статевих контактів з клієнтами протягом останніх 30 днів:	48	49	47	42	40
<i>оральні статеві контакти</i>			39	42	37
<i>вагінальні статеві контакти</i>			23	20	17
<i>анальні статеві контакти</i>			28	17	23

Значна частка підлітків-ЧСЧ практикують статеві контакти з випадковими партнерами, у тому числі не використовують при цьому презерватив. Комерційний секс не є досить поширеним явищем серед підлітків-ЧСЧ, проте зафіксовані випадки, коли підлітку платять за секс і коли сам підліток платить за секс (табл. 7).

Таблиця 7. Характеристики ризикованої поведінки серед хлопців, які практикують одностатевий секс (підлітки – ЧСЧ), %

Характеристики ризикованої поведінки	Роки				
	2007	2009	2011	2013	2015
Протягом останніх 30 днів мали:					
<i>випадкових статевих партнерів</i>	41	54	57	57,5	50,5
<i>комерційних статевих партнерів</i>	11	11	6	13	0,4*
Не використовували презерватив під час останнього анального статевих контакту:**					
<i>з випадковим статевим партнером</i>	17	20	31	22	12,4
<i>з комерційним статевим партнером</i>	22	28	20	27	23***

* Частка підлітків, які платили за секс. Питання про комерційний секс, коли підлітку платили за секс (за останні 30 днів) не ставилось.

** Серед тих, хто мав таких партнерів.

*** Серед тих, кому платили за секс.

Результати міжнародного порівняльного проекту ESPAD («European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs»/«Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин») серед підлітків 15–17 років свідчать, що залишається високим

рівень доступності наркотиків (12% підтвердили, що їм «дуже легко» або «скоріше, легко» дістати марихуану або гашиш). Про досвід вживання будь-яких наркотичних речовин повідомили 10% підлітків даної вікової групи (14% серед хлопців та 7% серед дівчат). Близько 1% зазначили, що вживали наркотики за допомогою шприца³⁵.

Неін'єкційне споживання наркотиків є додатковим ризиком для підлітків через можливий подальший перехід на ін'єкційні наркотики, у тому числі збільшується ймовірність ризикованих статевих практик під впливом наркотичних речовин. Серед підлітків-ЧСЧ – 18%, а серед дівчат-РКС – 9,5% зазначили, що практикують вживання неін'єкційних наркотиків. Серед підлітків, які живуть і працюють на вулиці, 9% повідомили про вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Показники щодо використання нестерильного інструментарію серед підлітків-СІН засвідчують, що дівчата дещо більше, ніж хлопці, схильні до використання нестерильного інструментарію для ін'єкцій. Загалом 8% підлітків-СІН повідомили, що використовували нестерильний інструментарій за останні 30 днів (рис. 6)³⁶.



Рис. 6. Питова вага підлітків-СІН, які повідомили про використання нестерильного ін'єкційного інструментарію (голки/шприца) за останні 30 днів, %

³⁵ Балакірева О.М. Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні: за результатами дослідження 2015 року в рамках міжнародного проекту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин – ESPAD» [Електронний ресурс] / О.М. Балакірева (кер. авт. кол.), Т.В. Бондар, Ю.Ю. Приймак, Д.М. Павлова, О.В. Василенко, О.Т. Сакович, С.З. Сальніков, С.В. Сидяк, Ю.Б. Юдін, Н.С. Нахабич. – К. : Поліграфічний центр «Фоліант», 2015. – 200 с. – Режим доступу : <http://www.uisr.org.ua/img/upload/files/ESPAD-ForWEB.pdf>

³⁶ Балакірева О. Підлітки груп ризику: оцінки і динаміка : інформ. бюл. [Електронний ресурс] / О. Балакірева, Т. Бондар, М. Худик, О. Сакович ; Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка, ЮНІСЕФ. – К., 2016. – Режим доступу : https://www.unicef.org/ukraine/ukr/pidlitki_grup_riziku.pdf

Підлітки груп ризику серед РКС, СІН та ЧСЧ практикують різні форми небезпечної поведінки, внаслідок якої значно підвищується ризик інфікування ВІЛ. Наражаються на ВІЛ через небезпечну статеву поведінку 77% підлітків-РКС. Для СІН ризик інфікування є подвійним через можливість інфікуватися статевим та ін'єкційним шляхом (табл. 8).

Таблиця 8. Небезпечні практики серед підлітків груп ризику (за останні 30 днів), %³⁷

	Підлітки-СІН	Підлітки-РКС	Підлітки-ЧСЧ
Практикують небезпечну статеву поведінку, яка може призвести до інфікування ВІЛ	48	77	43
Практикують небезпечне вживання ін'єкційних наркотиків, яке може призвести до інфікування ВІЛ	46		
Мають ризик або внаслідок небезпечного вживання ін'єкційних наркотиків, або нерегулярного чи неправильного використання презерватива, що може призвести до інфікування ВІЛ	68		

Оновлені результати оцінки чисельності дітей та молоді груп ризику демонструють збільшення кількості підлітків-СІН, зокрема хлопців, які залучені до вживання ін'єкційних наркотиків. Крім того, дані свідчать про невелике збільшення кількості дівчат і молодих жінок, які надають сексуальні послуги на комерційній основі. Водночас позитивним результатом можна вважати зменшення підлітків-хлопців, які практикують секс з чоловіками (табл. 9).

Таблиця 9. Оцінка чисельності підлітків групи ризику, осіб³⁸

	2008/2009	2013/2014	2014/2015
ПГР всього	165 000	123 500	129 000
Підлітки-СІН	50 000 (35 000 хлопців і 15 000 дівчат)	15 000 (11 000 хлопців і 4 000 дівчат)	21 700 (17 500 хлопців і 4200 дівчат)
Підлітки-РКС	15 000	5 500	6 000
Підлітки-ЧСЧ	20 000	13 000	11 300
Підлітки вулиці	80 000	90 000	90 000 ³⁹

³⁷ Там само.

³⁸ Там само.

³⁹ Використана попередня оцінка 2014 р. у зв'язку з відсутністю оновлених даних серед зазначеної групи.

Кумулятивна кількість підлітків з груп СІН, РКС і ЧСЧ становить 991 особу на 100 тис. підліткового населення ⁴⁰ (у 2008/2009 рр. – 1602 осіб). Така ситуація дає підстави наголошувати на необхідності посилення спільних зусиль партнерських організацій щодо інтеграції підлітків до існуючих інтервенцій, впровадження цільових проєктів, а також поширення програм первинної профілактики з метою попередження поповнення груп ризику в ранньому віці. Бар'єром розвитку інтервенцій серед ПГР є відсутність **оцінки чисельності ПГР на рівні окремих міст/регіонів**.

Онлайн-опитування підлітків «Думки, оцінки та уподобання підлітків щодо тестування на ВІЛ та консультивання» у 2015 р. також дає можливість оцінити поширення деяких аспектів ризикованої поведінки. Досвід статевих контактів без презерватива з особою протилежної статі мали 35,3%. Частка тих, хто мав такий досвід, найбільша серед вікової групи 18–19 років (54,7%). Серед групи тих, у кого встановлений ВІЛ-позитивний статус, більшість мали досвід сексу без презерватива з особою протилежної статі (58,3%). 13% хлопців мали досвід сексу без презерватива з чоловіком. Надавали сексуальні послуги за винагороду 3,7% респондентів (2,8% – серед хлопців, 4,4% – серед дівчат) ⁴¹.

Про досвід вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом зазначили 3% підлітків (4,7% хлопців і 1,6% дівчат). Частіше такий досвід зустрічається серед підлітків 18–19 років (4,1%) та молоді 20–24 роки (5,3%) ⁴². Інтегрований показник групи ризику (тих, хто наражався на ризик ВІЛ-інфікування) серед підлітків до 19 років становить 14,3% (N=119) і є майже вдвічі вищим серед хлопців – 19,4%, ніж серед дівчат – 10,3% ⁴³.

Дані дослідження свідчать, що до групи ризику можуть потрапляти підлітки та молодь з різних прошарків населення, а не тільки ті, хто проживає в несприятливих умовах ⁴⁴. Серед опитаних респондентів віком 10–24 роки до групи ризику потрапили 26,5% осіб чоловічої статі, 11,9% жіночої. Серед групи ризику більшість обмежуються однією ризикованою практикою – 57,6%, здійснюють дві практики – 26%, три практики – 14,3% ⁴⁵.

⁴⁰ Без урахування чисельності підлітків АР Крим та підлітків, які живуть і працюють на вулиці.

⁴¹ Балакірева О.М. Думки, оцінки та уподобання підлітків щодо консультивання і тестування на ВІЛ [Електронний ресурс] / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, К.М. Нагорняк, С.З. Сальніков, О.Т. Сакович; ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка», Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ). – К. : Поліграфічний центр «Фоліант», 2015. – 72 с. – Режим доступу : <https://www.unicef.org/ukraine/ukr/Report-ForWEB.pdf>

⁴² Там само.

⁴³ Там само.

⁴⁴ Там само.

⁴⁵ Там само.

Результати дослідження «Оцінка ризику раннього інфікування ВІЛ жінками комерційного сексу та його значення для протидії епідемії ВІЛ: математичне моделювання та обсерваційні дослідження за участю кількох країн» у м. Дніпро⁴⁶ засвідчили, що є прихована група з високим ризиком інфікування ВІЛ та вірусним гепатитом С (ВГС) серед сексуально активних жінок молодого віку (14–24 роки), що існує недооцінка внеску групи ЖКС в загальну епідситуацію по м. Дніпро (на думку авторів, це може стосуватися й інших великих міст у регіонах з високим рівнем епідемії ВІЛ). Можна також припустити, що вживання наркотичних речовин є на більш високому рівні, ніж це зафіксовано за відповідями молодих жінок (усіх груп дослідження) в м. Дніпро (результати тесту на ВГС свідчать про це), та що існують інші негативні фактори.

Дослідження зачіпає дуже важливі сфери в контексті ранньої профілактики ВІЛ, які поки що є маловивченими, а саме: початок статевого життя, фактори залучення до сексу за винагороду, примус до статевих стосунків тощо. Отримані дані сприяють науковому розумінню ризику ВІЛ й ступеня уразливості молодих жінок на початку статевого життя; ризику ВІЛ й ступеня уразливості молодих ЖКС в період переходу від початку надання сексуальних послуг за винагороду до моменту охоплення профілактичними програмами, а також розробці ефективних профілактичних програм у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу серед молодих жінок різного ступеня ризику (низького, середнього, високого) не тільки в м. Дніпро, але й Україні в цілому.

Отримані дані свідчать, що потрібно додаткове дослідження з метою з'ясування чинників – чому високий рівень ВІЛ та ВГС серед молодих жінок. Вони також дають підстави наголосити, що біоповедінкові дослідження доцільно зорієнтувати на «мережі ризику» та «середовища ризику». Високий рівень мобільності в середовищі секс-бізнесу (особливо серед молодих жінок, залучених до комерційного сексу) вимагає регулярного картування, як рутинної стратегії для тих НУО, які працюють з ЖКС.

⁴⁶ Дослідження «Оцінка ризику раннього інфікування ВІЛ жінками комерційного сексу та його значення для протидії епідемії ВІЛ: математичне моделювання та обсерваційні дослідження за участю кількох країн» (“Estimating female sex workers’ early HIV risk and the implications for HIV epidemic control: A multi-country observational and mathematical modeling study»), реалізовувалося з 2014–2016 рр. Університетом Манітоба (Канада) за грантом Канадського інституту досліджень здоров’я (Canadian Institutes of Health Research – CIHR, funding reference number(s) MOP-130441, основний апплікант – д-р Марисса Беккер/Dr. Marissa Becker) у співпраці з ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка». Мета дослідження – охарактеризувати ризики інфікування ВІЛ для молодих жінок у перехідний період з моменту першого сексу та до моменту самопроголошеного залучення до секс-бізнесу; протягом перших двох років роботи у сфері формального секс-бізнесу і до моменту охоплення їх профілактичними програмами, а також розглянути важливість ранніх інтервенцій з метою профілактики інфікування ВІЛ.

Результати дослідження дають підстави для переосмислення – як витрачаються ресурси, яким чином побудована профілактика, лікування тощо, наскільки наявні стратегії охоплюють можливі приховані групи з високим ризиком та рівнем ВІЛ та ВГС. **Необхідним є посилення первинної профілактики:** впровадження сфокусованих інформаційних кампаній щодо індивідуального захисту інфікування на ВІЛ та ВГС; посилення компонента «протестуйся» серед молоді (особливо жінок); проведення кампаній «Ні насильству»; включення до соціальних технологій первинної профілактики стратегії «відкладання початку сексуального дебюту» з підлітками та молоддю наймолодших груп; оцінка якості програм в навчальних закладах, рекомендації щодо підвищення їх ефективності.

Актуальним є **впровадження сфокусованих профілактичних інтервенцій для категорії молодих жінок**, які надають «секс в обмін». Крім того, існує потреба розробки стандартів роботи з ЖКС (для НГО, ЗОЗ), у т. ч. стандартів щодо частоти тестування (кожні шість місяців); скорочення періоду «відсутності доступу» до послуг.

Така ситуація дає підстави наголошувати на необхідності **продовження та посилення спільних зусиль партнерських організацій щодо інтеграції підлітків до існуючих інтервенцій**, впровадження цільових проєктів, а також поширення програм первинної профілактики з метою попередження поповнення груп ризику в ранньому віці.

Експрес-оцінка тенденцій епідемії ВІЛ серед підлітків і практик ризикованої поведінки в рамках дослідження (Фаза 1) показала, що на субнаціональному рівні дані про окремі підгрупи ПГР є обмеженими, але в цілому епідемія ВІЛ серед вікової групи 15–24 роки сконцентрована в Одеській, Дніпропетровській, Донецькій, Київській областях та м. Києві. Серед вікової групи 15–17 років – в Дніпропетровській, Донецькій, Одеській та Миколаївській областях. Незважаючи на зниження захворюваності на ВІЛ і відносне зменшення загальної чисельності підлітків груп підвищеного ризику, слід взяти до уваги обмежений доступ ПГР до ВІЛ-сервісних послуг і низькі показники тестування на ВІЛ серед підлітків-СН, підлітків-ЧСЧ, підлітків-ЖКС й підлітків, які живуть та працюють на вулиці. Тому реальна ситуація з ВІЛ-інфекцією серед ПГР може бути оцінена лише після істотного збільшення доступу ПГР та охоплення тестуванням. Ці групи підлітків потребують допомоги, так само як і підлітки, які не належать до ПГР, але ведуть активне статеве життя, не вживають запобіжні засоби та не мають достатніх знань про ВІЛ. Отже, програми профілактики повинні орієнтуватися на суттєве збільшення показників охоплення підлітків з метою раннього упередження епідемії ВІЛ.

Розділ 2. Оцінка програмного середовища роботи з підлітками з метою протидії ВІЛ-інфекції: стан і можливості

2.1. Національна відповідь на епідемію ВІЛ-інфікування серед підлітків

Державна політика в сфері протидії ВІЛ/СНІДу

Державна політика передбачає всі необхідні заходи для зменшення конкретних чинників уразливості до ВІЛ дітей і молоді, ліквідації, пов'язаної з ВІЛ, дискримінації щодо них, і забезпечення для них справедливого і сталого доступу до комплексних послуг стосовно ВІЛ.

У рамках українського законодавства **Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»⁴⁷**:

- тестування осіб віком від 14 років проводиться добровільно, за наявності усвідомленої інформованої згоди особи, отриманої після надання їй дотестової консультації;
- тестування дітей віком до 14 років проводиться на прохання їхніх батьків або законних представників і за наявності усвідомленої інформованої згоди;
- тестування дітей віком до 14 років, які позбавлені батьківського піклування та перебувають під опікою у дитячих чи навчальних закладах з повним державним утриманням, проводиться в разі усвідомлення ними наслідків і переваг такого огляду на прохання їхніх законних представників і за умови наявності усвідомленої інформованої згоди таких осіб лише з метою призначення дітям лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ-інфекцією.

Даним Законом України урегульовано, яку саме інформацію надають батькам або уповноваженим представникам дитини щодо ВІЛ-інфекції, особливостей спостереження за їхньою дитиною, лікування, засобів профілактики інфікування ВІЛ, яких необхідно дотримуватися. Також батьки або уповноважені представники дитини беруть на себе відповідальність щодо дотримання всіх рекомендацій медичного представника, про що надають письмову згоду. Закон передбачає певні додаткові права для батьків ВІЛ-інфікованих дітей, а саме: право на спільне перебування у стаціонарному відділенні лікарні з дітьми віком до 14 років зі звільненням на цей час від роботи та виплатою допомоги по тимчасовій непрацездатності; а також право на одержання додатко-

⁴⁷ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2861-17>

вої щорічної відпустки тривалістю 10 днів у літній чи інший зручний для них час до досягнення дітьми 18-річного віку. Крім того, Законом надаються державні гарантії ВІЛ-інфікованим дітям і дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ на отримання щомісячної державної допомоги в розмірі, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Законом України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки»⁴⁸ від 20.10.2014 р. № 1708-VII передбачено ряд заходів для дітей і молоді:

- проведення соціологічних і епідеміологічних досліджень серед населення та груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, до яких належать безпритульні та бездоглядні діти, у тому числі діти з сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, діти, які не отримують належного батьківського піклування;
- розширення інформаційних, навчальних програм з питань формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, а також з питань захисту своїх прав такими особами для запобігання випадкам їх дискримінації;
- забезпечення вчителів, студентів і учнів необхідними навчально-методичними матеріалами, в тому числі відеоматеріалами для впровадження інтерактивного підходу до підвищення рівня знань з питань профілактики інфікування ВІЛ;
- сприяння плануванню заходів програм статевого виховання молоді з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу з урахуванням гендерного підходу та їх виконання;
- сприяння наданню дітям із сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, дітям, які не отримують належного батьківського піклування, безпритульним і бездоглядним дітям соціальних та профілактичних послуг, залучення їх до інформаційно-профілактичних заходів, у тому числі шляхом функціонування вуличних мультидисциплінарних команд і клінік, дружніх до молоді;
- забезпечення надання соціальних послуг дітям, які можуть контактувати з ВІЛ-інфікованими особами, за їхнім особистим зверненням (ВІЛ-позитивних дітей, дітей, народжених ВІЛ-позитивними батьками, із сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах (сироти, під опікою, позбавлені батьківського піклування));
- забезпечення раннього виявлення у дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями, випадків інфікування із застосуванням новітніх технологій діагностики.

⁴⁸ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1708-18>

Постановою Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 р. № 148 «Про затвердження Типового положення про центр для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді»⁴⁹, передбачено надання соціальних послуг ВІЛ-інфікованим дітям та їх батькам або особам, які їх замінюють (у тому числі дітям з невизначеним статусом, народженим ВІЛ-інфікованими матерями), ВІЛ-інфікованій молоді.

Наказ Мінмолодьспорту від 18.12.2008 р. № 4941 «Стандарт мінімального пакету соціальних послуг дітям, які живуть з ВІЛ-інфекцією, та дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, членам їхніх сімей» встановлює перелік соціальних послуг дітям, які живуть з ВІЛ-інфекцією (у т. ч. ВІЛ-інфіковані діти-сироти, які перебувають у дитячих закладах інтернатного типу); діти, народжені ВІЛ-інфікованими матерями, їхні батьки (законні представники) та близьке оточення.

Постанова Кабінету Міністрів України від 27.08.2014 р. № 389 «Про затвердження норм харчування для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей»⁵⁰ регулює норми харчування для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей і норми заміни харчових продуктів за енергетичною цінністю.

Накази МОЗ України від 12.07.2010 р. № 551 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків»⁵¹ та від 24.02.2015 р. № 92 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) дітям «ВІЛ-інфекція»⁵² визначають порядок медичного нагляду та лікування ВІЛ-інфекції у дітей та підлітків.

Стратегія роботи з підлітками груп ризику як відповідь на епідемію ВІЛ

Сьогодні підлітки груп ризику продовжують залишатися однією з груп населення уразливих до епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, які мають високий рівень статевої активності, практикують часту зміну статевих партнерів і ризиковані статеві практики. У контексті низької соціальної адаптації та захищеності підлітки груп ризику є уразливими до зовнішніх подразників, що призводить до високого рівня інфікування ВІЛ та інших захворювань.

⁴⁹ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/148-2006-%D0%BF>

⁵⁰ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/389-2014-%D0%BF>

⁵¹ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100712_551.html

⁵² [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20150224_0092.html

За період реалізації проекту Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику в Україні та Південно-Східній Європі» (з 2007 р.) було зібрано доказову базу⁵³ щодо епідеміологічної ситуації серед підлітків, факторів ризику передачі ВІЛ/СНІДу, реалізованих програм профілактики ВІЛ/СНІДу та адвокації інтересів підлітків на національному та регіональному рівнях з метою доведення, що підлітки (в т. ч. груп ризику) повинні бути пріоритетною групою для відповіді країни на епідемію ВІЛ⁵⁴. Одним з найвагоміших досягнень реалізації проекту ПГР стала розробка та затвердження Національного стратегічного плану дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ, догляду й підтримки дітей та молоді, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу⁵⁵, затвердженого рішенням Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 26 травня 2010 р.

Важливо зазначити, що підлітків груп ризику було успішно інтегровано в Загальнодержавну цільову соціальну програму протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки⁵⁶, метою якої є зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед, представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, послуг з лікування, медичної допомоги, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, у рамках реформування системи охорони здоров'я.

Відповідно до цілей Загальнонаціональної програми, активно проводиться інформаційна кампанія серед підлітків, у т. ч. груп ризику, надавачів послуг і широкого загалу щодо особливостей передачі ВІЛ, правил ведення здорового способу життя, протидія дискримінації та стигматизації тощо. Працюють інформаційно-ресурсні центри, здійснюються профілактичні програми серед ПГР на місцевих і національних рівнях. Серед очікуваних результатів даної програми є охоплення 100% учнів і студентів під час виконання програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та формування здорового способу життя.

⁵³ Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні : аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К. : К.І.С., 2008. – 192 с.

⁵⁴ Підлітки груп ризику в Україні: виклики та час дій : адвокаційний документ / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К. : Версо 04, 2011. – 56 с.

⁵⁵ Затверджений наказом Міністерством сім'ї, молоді та спорту України від 30.07.2010 р. № 2533.

⁵⁶ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1708-18>

Відповідно до підпункту 2 завдання 2 розділу I «Організаційні завдання і заходи» Додатку 2 до Закону України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки», Державною службою України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних хвороб затверджена *Стратегія забезпечення доступу представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ до профілактичних послуг на 2014–2018 роки* (наказ 22.01.2015 р. № 6) ⁵⁷.

Стратегія визначає цілі державної політики та основні завдання центральних та місцевих органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування, спрямовані на забезпечення доступу представників цільових груп до профілактичних послуг у 2014–2018 рр., а також передбачає узгодженість державної регіональної політики з іншими державними інтервенціями, які спрямовані на подолання поширення ВІЛ серед представників цільових груп.

Стратегія також містить компонент державної політики щодо ПГР: дітей з сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, безпритульних і бездоглядних дітей та дітей, які не отримують належного батьківського піклування:

- Консультування та інформування з питань профілактики інфікування ВІЛ, ІПСШ, туберкульозу та вірусних гепатитів (В та С) (з 14 років).
- Розповсюдження та обмін шприців (з 14 років).
- Розповсюдження презервативів та лубрикантів (з 14 років).
- Консультування та тестування на ВІЛ (з 14 років).
- Тестування на ІПСШ (з 14 років).
- Лікування ІПСШ (з 14 років).
- Соціальний супровід (з 14 років).

Стратегія враховує цілі спільної ініціативи ЮНЕЙДС та ЮНІСЕФ All-In, до якої Україна увійшла як єдина країна регіону, покінчити з епідемією СНІДу серед підлітків, а дітям і молоді, які живуть з ВІЛ, забезпечити доступ до тестування та діагностики, лікування, якісного догляду та підтримки, а також доступ до соціального забезпечення, якого вони потребують (допомога в наданні притулку, захист, соціальна адаптація та реінтеграція).

⁵⁷ Про затвердження нової редакції Стратегії забезпечення доступу представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ до профілактичних послуг на 2014–2018 роки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1708-18>

Програми та партнери, діяльність яких спрямована на роботу з підлітками в контексті епідемії ВІЛ

Провідну роль наразі відіграє Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України (УЦКС)⁵⁸. УЦКС співпрацює з Глобальним фондом, USAID, установами ООН та іншими міжнародними і регіональними організаціями, що працюють у галузі боротьби з ВІЛ, туберкульозом та іншими інфекційними захворюваннями. Нині УЦКС є одержувачем двох грантів Глобального фонду для боротьби з ВІЛ, туберкульозом і малярією (GFATM) до грудня 2017 р. Крім того, УЦКС володіє усією статистичною інформацією щодо епідеміологічної ситуації, дані статистики дезагреговані та доступні за різними віковими групами.

Зміни в державних органах влади та процеси реструктуризації національних і місцевих адміністрацій загрожують безперервності та якості реагувань в інтересах ПГР та відповідних реформ⁵⁹. У межах дослідження «Оцінка ситуації у країні з метою посилення компонента по роботі з підлітками в рамках національної програми ВІЛ/СНІД» (Фаза 1), оцінюючи якою мірою функціонує **координаційний орган щодо ВІЛ серед підлітків**, експерти дійшли висновку, що формального органу **не існує**. Є лише окремі майданчики для дискусій, де збираються представники різних організацій, установ, фондів для обговорення певних тем, але вони не є інституціоналізованими, тому такі структури не мають механізмів впливу.

Є поодинокі випадки, коли у регіоні діє координаційна рада щодо ВІЛ саме з питань ПГР. Отже, необхідним є створення такого органу з чітко визначеним складом та повноваженнями. Це можливо на основі національної багатогалузевої робочої групи з проблем ПГР, діяльність якої повинна набути систематичного характеру. При цьому потрібно налагодити взаємодію цього органу з відповідними департаментами міністерств, до сфери відповідальності яких належать підлітки як цільова група.

Сьогодні при Міністерстві соціальної політики України існує «Міжвідомча комісія з питань охорони дитинства»⁶⁰, головою якої є Міністр соціальної політики України. Крім того, до складу Комісії входять Міністр охорони здоров'я України (заступник голови Комісії), Міністр освіти і науки України (заступник голови Комісії), представники інших міністерств, а також за згодою Уповноважений Верховної Ради України з прав людини, Уповноважений Президента України з прав дитини, народні депутати України, заступники керівників Федерації

⁵⁸ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ucdc.gov.ua>

⁵⁹ Огляд Програми ПГР Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні (липень 2011 – червень 2014 рр.): підсумковий звіт. – Грудень 2014 р.

⁶⁰ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1200-2000-%D0%BF>

професійних спілок, Інституту демографії та соціологічних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, перші віце-президенти Національної академії медичних наук України, Національної академії педагогічних наук України, виконавчий директор Національного фонду соціального захисту матерів і дітей «Україна – дітям», постійний представник Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, національний кореспондент Міжнародного бюро праці в Україні, голова Національної ради Федерації дитячих організацій України та інші особи. Засідання проводяться щонайменше один раз на три місяці, де розглядається широке коло питань, які стосуються дитинства.

На сьогодні доцільно створити робочу групу, яка б опікувалася питанням здоров'я дітей і підлітків, як альтернатива створення робочої групи з питань ВІЛ. Для підлітків ВІЛ є не що інше, як ризик, пов'язаний з поведінкою, статевими практиками, а також практиками вживання алкоголю та наркотичних речовин. Саме тому необхідно створити робочу групу, яка буде лобювати питання здоров'я дітей і підлітків, у т. ч. в сфері профілактики ВІЛ/СНІДу.

Необхідним залишається питання оптимізації взаємодії державних органів влади з представниками всіх зацікавлених сторін з питань здоров'я підлітків і профілактики ВІЛ-інфекції, залучаючи представників НУО, науки, шкіл та приватного сектору.

Наразі в Україні існує політика партнерства між державними установами та недержавними організаціями (*до недержавних організацій належать громадські організації, міжнародні організації-партнери, благодійні фонди*). У контексті епідемії ВІЛ держава має найбільш важелі впливу і формально державні установи очолюють протидію ВІЛ-інфекції серед підлітків, хоча де-факто лідерство в сфері роботи з ПГР знаходиться в недержавному секторі, насамперед, завдяки зусиллям міжнародних організацій. Програми цільової профілактики та зменшення шкоди для ПГР було суттєво розширено завдяки постійній адвокації та технічній допомозі з боку ЮНІСЕФ та фінансовій підтримці Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією (Глобальний фонд) та інших міжнародних донорів⁶¹.

7 жовтня 2015 р. в Києві було підписано меморандум щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед населення⁶². Документ підписаний між Міністерством охорони здоров'я України, ДУ «Український центр контролю над соцтворобами МОЗ України», Об'єднаною програмою ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) і компанією Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH в Україні. Підписання документа надає

⁶¹ Огляд Програми ПГР Представництва ЮНІСЕФ в Україні (липень 2011 – червень 2014 рр.) : підсумковий звіт. – Грудень 2014 р.

⁶² [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://health.unian.net/country/1145877-v-kyieve-podpisan-memorandum-po-profilaktike-vich-infektsii-sredi-naseleniya.html>

можливість зміцнити партнерство і заручитися міжнародною підтримкою для подолання епідемії ВІЛ в Україні. Мета документа – профілактика ВІЛ-інфекції серед загального населення за участі міжнародних партнерів.

Проект GIZ «Консультавання з ВІЛ/СНІДу та підтримка інституцій» успішно функціонує в Україні з 2007 р. в рамках Міжурядової угоди Україна-Німеччина. Крім того, GIZ у рамках співпраці з Міністерством охорони здоров'я України з 2009 р. впроваджує Всеукраїнську інформаційну кампанію «Не дай СНІДу шанс!», яка спрямована на профілактику ВІЛ серед загального населення та була розроблена з урахуванням подібної успішної кампанії у Німеччині.

До найкращих практик Проекту в рамках Кампанії належать інноваційні проекти «Fair Play – Чесна Гра» і «Маршрут безпеки», засновані на найкращих світових практиках превентивної освіти і спрямовані на популяризацію здорового способу життя та профілактику ВІЛ/СНІДу серед молоді та підлітків. Зокрема, GIZ здійснює безкоштовне навчання та підготовку інструкторів-волонтерів для реалізації проекту в навчальних, спортивно-оздоровчих і виховних закладах і забезпечує учасників проекту футбольним інвентарем та екіпіруванням. Проекти передбачають проведення інтерактивних занять за виховними програмами, схваленими Міністерством освіти і науки України, спортивних змагань і фестивалів, тематичних конкурсів у цікавій та доступній для дітей і підлітків формі. Так, тільки один проект «Fair Play – Чесна Гра» за весь час існування з 2012 р. охопив понад 115 000 дітей у школах всіх областей України.

Нині в Україні діють декілька організацій, благодійних фондів (в тому числі і міжнародних), які працюють у сфері ВІЛ/СНІДу і цільовими групами яких є підлітки та молодь.

Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я» (Альянс-Україна) працює з 2000 р. Мета діяльності фонду – зниження розповсюдження епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. Багато проектів фонду спрямовані саме на роботу з підлітками ключових груп⁶³. Сьогодні Альянс впроваджує проект «Надання послуг зі зменшення шкоди підліткам, які споживають наркотики, в Україні: досягти не охоплених послугами», цільовою групою якого є підлітки 10–18 років, які споживають наркотики та психоактивні речовини (ПАР), а також їх статеві партнери.

Організація «Право на здоров'я» (HealthRightInternational)⁶⁴ в Україні почала працювати з 2005 р. Вона реалізує програми, сфокусовані

⁶³ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/children%20risk%20rus.pdf>

⁶⁴ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.healthright.org.ua/>

на ВІЛ-позитивних, наркозалежних жінок, їх дітей, дітях вулиці та вуличній молоді, співпрацюючи з Всеукраїнською мережею людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом (ЛЖВ), Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державною соціальною службою для сім'ї, дітей та молоді, Міністерством охорони здоров'я України та іншими організаціями.

Програма ПГР Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні⁶⁵ впроваджується на національному рівні та на семи демонстраційних (пілотних) ділянках (м. Київ, Біла Церква, Одеса, Миколаїв, Дніпро, Донецьк і Маріуполь⁶⁶). Оцінка цієї Програми показує, що в 2014 р. підлітків груп ризику обслуговує більше ВІЛ-сервісних організацій та клінік, дружніх до молоді (КДМ), ніж це було на початку Програми ПГР⁶⁷. З 2009 р. лише в рамках цієї Програми медичні та соціальні послуги було надано 19 тис. ПГР (тобто кожен п'ятий підліток груп ризику брав участь у профілактичних програмах ЮНІСЕФ у різних містах). Рівень задоволеності послугами, що отримують ПГР на пілотних ділянках ЮНІСЕФ, є високим, сягає в середньому 85%. У містах, де реалізується Програма, кількість ПГР, які проходять тестування на ВІЛ, зросла в 2,5 рази (з 30% у 2011 р. до 70% у 2014 р.)⁶⁸.

ЮНІСЕФ також надає допомогу Міністерству охорони здоров'я України у покращенні надання послуг з охорони здоров'я дітям та молоді віком до 18 років шляхом підтримки діяльності мережі клінік, дружніх до молоді, яка станом на 1.01.2016 р. нараховує 139 КДМ (без урахування КДМ, які знаходяться на тимчасово окупованій території АР Крим, м. Севастополь та на непідконтрольній території Донецької та Луганської областей); за підтримки ЮНІСЕФ створено 22 КДМ⁶⁹.

З метою підвищення мотивації проходження тестування на ВІЛ серед підлітків у рамках інформаційної кампанії «Get Tested!» ЮНІСЕФ провело інформаційну кампанію, яка супроводжувалася рядом спеціальних досліджень, спрямованих на оцінку її ефективності: базове дослідження (2013 р.) та повторна оцінка (2015 р.). Моніторинг і оцінку ефективності кампанії здійснює ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка».

⁶⁵ Огляд Програми ПГР Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні (липень 2011 – червень 2014 рр.): підсумковий звіт. – Грудень 2014 р.

⁶⁶ У двох останніх містах Програму було призупинено через збройний конфлікт на Сході країни.

⁶⁷ Огляд Програми ПГР Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні (липень 2011 – червень 2014 рр.): підсумковий звіт. – Грудень 2014 р.

⁶⁸ Огляд Програми ПГР Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні (липень 2011 – червень 2014 рр.): підсумковий звіт. – Грудень 2014 р.

⁶⁹ Аналіз діяльності центрів, відділень, кабінетів медичної допомоги підліткам та молоді «Клініка, дружня до молоді» України за 2015 рік (Мешкова О.М., Романенко Л.В.). – К., 2015.

Інформаційна кампанія «Get Tested» може сформувати базис для комунікаційної стратегії щодо ВІЛ серед підлітків і молоді. Інформування та навчання про ВІЛ змінює поведінку, якщо є розуміння ризику та особистої користі від такої поведінки. Сайти «Побачення» та «Небезпечні зв'язки» через дію від першої особи дозволяють сформувати таке розуміння та посилюють ефективність ключових повідомлень. Інформаційні продукти, розроблені у межах кампанії, можуть застосовуватися у межах профілактичних інтервенцій серед підлітків і молоді в інших містах, заходах щодо профілактики ВІЛ у закладах освіти та медицини.

У 2016 р. ЮНІСЕФ проводив пілотування міжнародного інструменту оцінки рівня життя підлітків (Adolescents country tracker (АСТ)), що вимірює стан розвитку підлітків у п'яти сферах: охорона здоров'я, освіта, безпека, економічні можливості та участь у суспільному житті. Розроблені індикатори створюють платформу для виявлення, оцінки та моніторингу прогресу в різних сферах життя підлітків по всьому світу. Регулярний моніторинг індикаторів дає можливість розробляти план дій щодо покращення соціально-економічних умов для підлітків як на національному, так і міжнародному рівнях. Інструмент ґрунтується на існуючих національних і регіональних системах моніторингу, заходах щодо покращення вимірювання й аналізу наявних даних. Пропіотовані індикатори будуть використані в подальшому для моніторингу прогресу рівня життя підлітків, порівняння на національному, регіональному та глобальному рівнях.

З 2013 р. Проект USAID RESPOND активно впроваджує діяльність зі створення карт надання послуг на регіональному рівні та сприяє розвитку міцного потенціалу країни через організацію навчання з питань розробки різних типів карт для регіональних і національних партнерів.

З метою забезпечення прозорості та оптимізації доступу до ключової інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції, на запит ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України», за технічної підтримки проекту USAID RESPOND, у 2015 р. розпочав функціонування Національний портал стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу (далі – Національний портал). Національний портал – це окремий сайт, який об'єднує кілька інтерактивних інтернет-ресурсів у сфері МіО та стратегічну інформацію з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу: «Регіональні профілі онлайн», «Картування», «ДевІнфо – електронна база показників у сфері ВІЛ/СНІДу», «Реєстр інтервенцій у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні», «Реєстр ВІЛ-сервісних організацій та донорів, які працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні», «Центри МіО в Україні», «Електронна бібліотека публікацій», «План досліджень», «План тренінгів».

Окремо слід відзначити інформаційні ресурси в контексті підліткового компонента протидії ВІЛ. Сайт TEENERGIZER⁷⁰ створений за підтримки ВЦО ЛЖВ, де підлітки та молоді люди можуть знайти певну інформацію зі сфери ВІЛ/СНІДу, отримати консультацію спеціалістів, а також поспілкуватись з підлітками, які живуть з ВІЛ. Інформаційно-просвітницька платформа Центр Знань⁷¹, що діє за технічної підтримки ЮНІСЕФ на базі ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка» у співпраці з МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід», спрямована на підвищення потенціалу фахівців, які працюють з підлітками, зокрема у сфері профілактики ВІЛ, в тому числі підлітками груп ризику. Платформа накопичує потужні інформаційні, аналітичні та навчальні ресурси, на її базі проводяться вебінари, семінари та тренінги для різних цільових груп.

Важливо зазначити про глобальний молодіжний проект U-Report, який враховує думку підлітків та охоплює всю Україну, – швидкі опитування через безкоштовні СМС або Твіттер, які дозволяють дізнатися думку молоді щодо важливих суспільних питань. ЮНІСЕФ вивчає результати та співпрацює з партнерами, щоб опитування громадської думки застосовували у програмах на практиці. U-Report є одним з найпростіших інструментів, якими молодь може впливати на зміни у важливих сферах суспільного життя⁷².

У межах Третьої національної науково-практичної конференції з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу (21–23 листопада 2016 р.) було проведено спеціальне тематичне секційне засідання «Молодь та підлітки, пріоритети та виклики відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції», яке викликало інтерес широкого кола партнерів і зацікавлених сторін, на якому обговорювались актуальні проблеми, що стосуються підлітків (у т. ч. групи ризику), в контексті епідемії ВІЛ та основні заходи, які спрямовані на запобігання поширенню ВІЛ.

Профілактики ВІЛ-інфікування в системі освіти

В усіх регіонах України в системі середньої освіти впроваджується шкільна програма з репродуктивного та статевого здоров'я та формування навичок профілактики ВІЛ⁷³. Станом на 2015 р. в усіх 15 498 дер-

⁷⁰ Онлайн-платформа «Объединение подростков и молодежи «Teenergizer», созданная подростками для подростков [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://teenergizer.org/>

⁷¹ Онлайн-платформа «Центр Знань» – інформаційно-освітній ресурс по роботі з підлітками. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://knowledge.org.ua/>

⁷² Проект U-report – опитування через безкоштовні СМС та Твіттер на важливі теми для молоді. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://ukraine.ureport.in/about/>

⁷³ Навчальні програми для 5–9 класів загальноосвітніх навчальних закладів (за новим Державним стандартом базової та повної загальної середньої освіти) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mon.gov.ua/activity/education/zagalna-serednya/navchalni-programy.html>

жавних і 141 приватних денних загальноосвітніх закладах II–III ступенів у 5–9 класах викладається курс «Основи здоров'я»⁷⁴. Крім того, МОН України рекомендовано запроваджувати факультативи з формування здорового способу життя та профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу «Захисти себе від ВІЛ» у 10–11-их (старших) класах і забезпечувати таким чином неперервність шкільної превентивної освіти⁷⁵.

У 2012–2013 рр. реалізовувався проект «Посилення спроможності педагогів у забезпеченні дієвої профілактики ВІЛ/СНІДу», завданнями якого були розробка тренінгових програм та підготовка тренерів для інститутів післядипломної педагогічної освіти (ІППО) з питань профілактики ВІЛ/СНІДу, формування здорового способу життя, протидії стигмі та дискримінації по відношенню до ЛЖВ; розробка та розповсюдження навчально-методичних матеріалів, що забезпечують підготовку педагогів загальноосвітніх (основної та старшої школи), професійно-технічних і вищих педагогічних навчальних закладів; розробка та розповсюдження серед регіональних управлінь освіти та науки матеріалів, які необхідні для здійснення масштабної адвокаційної роботи з питань профілактики ВІЛ/СНІДу, формування здорового способу життя, протидії стигмі та дискримінації по відношенню до ЛЖВ⁷⁶.

У результаті було підготовлено 216 регіональних тренерів за спецкурсами з питань профілактики ВІЛ-інфекції, формування толерантного ставлення, інтеграції ВІЛ-позитивних дітей до освітнього середовища; за підтримки держави підготовлено 16 000 педагогів за програмами спецкурсів для 8 000 навчальних закладів; видано 10 методичних видань для навчання педагогів за програмами спецкурсів; навчальні заклади (школи, ПТНЗ і ВНЗ I та II рівня акредитації) забезпечено методичними комплектами загальним накладом 328 300 примірників; 160 000 учнів шкіл, ПТНЗ та ВНЗ віком 15–17 років пройшли навчання за курсом «Захисти себе від ВІЛ»⁷⁷. Метою проекту було досягнення показника у 50% підлітків 15–17 років, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається. Одним з цільових показників Плану моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу до 2018 року є те, що 70% молодих людей віком 15–24 роки матимуть правильні знання щодо шляхів пе-

⁷⁴ Там само; Загальноосвітні навчальні заклади України на початок 2015/16 навчального року : стат. бюл. – К., 2016. – С. 21.

⁷⁵ Основи здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mon.gov.ua/content/Osvita/osn-zdor.pdf>

⁷⁶ Проект «Посилення спроможності педагогів у забезпеченні дієвої профілактики ВІЛ/СНІДу [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://network.org.ua/projects/current_projects/proekt-posylennya-spromozhnosti-pedagogiv-u-zabezpechenni-dievoyi-profilaktyky-vil-snidu-protydyi-s/

⁷⁷ Там само.

редачі ВІЛ та засобів індивідуального захисту⁷⁸. У 2012 р. таких молодих людей було 48%⁷⁹. Серед підлітків 13–17 років лише 24,1% (2014 р.)⁸⁰. Отже, підлітки саме молодшого віку менш обізнані зі шляхами передачі ВІЛ і ця проблема може бути вирішена через впровадження шкільної програми з репродуктивного та статевого здоров'я та формування навичок профілактики ВІЛ.

У таблиці 10 надано експертну оцінку включення підлітків до національної відповіді протидії ВІЛ, узагальнено бар'єри та «вузькі місця» в роботі з підлітками в сфері протидії ВІЛ/СНІДу та визначено подальші кроки.

Таблиця 10. Компоненти програмного середовища на національному рівні: наявні проблеми та подальші кроки

Компоненти програмного середовища (експертна оцінка/оцінка представників регіональних центрів СНІДу) *	Аргументи	Кроки
Національна політика та стратегія (4,8/3,4)	• негативне ставлення до ПГР та підлітків, які живуть з ВІЛ, у суспільстві; • загроза виключення проблематики ПГР з політичного порядку денного; • брак ресурсів	• постійна адвокаційна робота; • створення сприятливого середовища для ПГР; • подальша інтеграція медичних і соціальних послуг на рівні громад та служби охорони здоров'я; • покращення ресурсного забезпечення
Координація (4,5/3,5)	• відсутність координаційного органу з проблем ПГР; • загроза безперервним і узгодженим діям; • реструктуризації центральних і місцевих органів влади	• створення та забезпечення функціонування координаційного органу на основі національної багатогалузевої робочої групи з проблем ПГР; • оптимізація міжсекторальної взаємодії та механізму переадресацій, що дозволяють відстежувати клієнтів у різних системах; • налагодження взаємодії між органами влади різних рівнів у результаті децентралізації
Консультативний процес (4,3/3,3)	• слабка взаємодія між партнерами; • брак обговорення проблематики профілактики ВІЛ серед підлітків	• покращення комунікації між державними органами влади з НУО, науковими установами, школами, медичними закладами; • проведення регулярних зборів національної багатогалузевої робочої групи щодо проблем ПГР

⁷⁸ Наказ Держслужби України соцзахворювань від 15.01.2015 р. № 2 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://document.ua/pro-zatverdzhennja-planu-monitoringuta-ocinki-efektivnosti--doc218090.html>

⁷⁹ Україна. Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств, 2012 / Держ. служба статистики України [та ін.]. – К. : К.І.С., 2013. – С. 198–199.

⁸⁰ Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : моногр. / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Д.М. Павлова та ін. ; наук. ред. О.М. Балакірева. – К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2014. – С. 113.

Компоненти програмного середовища (експертна оцінка/оцінка представників регіональних центрів СНІДу) *	Аргументи	Кроки
Законодавство (5,5/3,6)	• дотримання якості постачальниками послуг ПГР; • неузгодження нормативно-правової бази щодо КІТ для підлітків; • дискримінація та обмеження ПГР у доступі до окремих видів послуг; • брак знань законодавства надавачами послуг	• впровадження стандартів послуг у роботі з ПГР як складової національних стандартів надання медичних і соціальних послуг; • аналіз законодавства з метою вдосконалення; • усунення розбіжності норм щодо КІТ між законом про ВІЛ та порядком КІТ; • підготовка фахівців і підвищення рівня знань нормативної бази надавачів послуг
Участь підлітків (4,8/2,1)	• брак інформації про думку підлітків щодо їхніх потреб, програм і послуг; • низький рівень усвідомлення підлітками ризиків інфікування ВІЛ та важливості профілактики; • відсутність моніторингу підліткових мереж	• залучення підлітків до процесу прийняття рішень і оцінки програм та послуг; • систематичний моніторинг підліткових мереж; • використання нових технологій та соціальних медіа для зацікавлення підлітків і поширення інформації про ВІЛ через соціальні мережі
Розподіл ресурсів (4,8)	• брак та ризики скорочення фінансування; • слабкість регіональних програм; • нерівномірність доступності послуг на місцях; • нестача в більшості регіонів ресурсів для надання послуг соціально-психологічного супроводу підлітків, які живуть з ВІЛ	• залучення коштів донорів; • розробка стратегії залучення коштів приватного сектору; • підтримка регіональних програм; • залучення коштів міських і регіональних соціальних програм для надання послуг соціально-психологічного супроводу підлітків, які живуть з ВІЛ
Моніторинг та оцінка (5,0)	• відсутність єдиного державного органу, що є відповідальним за моніторинг та оцінку ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та подальших національних програм, які впроваджуватимуться в рамках протидії ВІЛ/СНІДу в Україні; • відсутність єдиної бази даних показників здоров'я та соціального благополуччя підлітків; • брак інформації на регіональному та місцевому рівні; • необов'язковість деяких показників для цільової групи підлітків і молоді щодо моніторингу та оцінки програми	• визначення відповідального органу, який координуватиме виконання; • створення плану моніторингу та проведення оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та подальших національних програм, які впроваджуватимуться в рамках протидії ВІЛ/СНІДу в Україні; • контроль за дотриманням плану моніторингу та оцінки ефективності програми; • створення і регулярне оновлення єдиної бази даних показників здоров'я та соціального благополуччя підлітків; • систематичний контроль якості послуг, зокрема, на субнаціональному рівні; • контроль проявів дискримінації; • надання статусу обов'язкових показникам № 3 та № 18 плану моніторингу та оцінки Національної програми**

* Оцінка за 10-бальною шкалою, де «1» – найнижча, а «10» – найвища оцінка. До експертної оцінки було залучено 56 експертів, серед яких 29 осіб – представники державних установ, 19 – НУО/БФ, 2 – міжнародні партнери, 6 – представники органів влади. Для оцінки компонентів програмного середовища підлітками та молоддю додатково проведено групове фокусоване інтерв'ю з 7 представниками молодіжних і волонтерських організацій. Оцінка представників регіональних центрів СНІДу розрахована за відповідями 28 учасників Національної наради керівників регіональних центрів СНІДу (лютий/ 2016 р.)

** Показник № 3 «Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки». Показник № 18 «Відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається».

2.2. Регіональний контекст програм протидії ВІЛ серед підлітків в Україні

Лише в половині регіонів у планах моніторингу та оцінки (МіО) обласних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. включено показники щодо підлітків. Водночас обласні програми досить слабо орієнтовані на роботу з підлітками груп ризику (середня оцінка обласних програм представниками регіональних центрів СНІДу 3,1 бала за 10-бальною шкалою). Найгірші оцінки стосуються доступності послуг з КіТ для «підлітків вулиці» (2,6 бала), підлітків-ЖКС (2,7 бала), підлітків-ЧСЧ (2,8 бала) та підлітків-СІН (3 бали). Крім того, низькими є оцінки політики та законодавчої бази щодо захисту підлітків ключових груп ризику від дискримінації в доступі до послуг з комбінованої терапії ВІЛ (3,1 бала по всіх групах ризику). Питання профілактики ВІЛ серед підлітків, надання підліткам послуг з КіТ, лікування та догляду ВІЛ-позитивних підлітків досить зрідка обговорюються на рівні областей, міст, районів.

Участь підлітків. Найгірша ситуація щодо представництва підлітків і молоді в обласних радах питань протидії ВІЛ/СНІДу, залучення підлітків до координаційних органів з різних питань і врахування думок підлітків при розробці та впровадженні програм і заходів з протидії епідемії. Середня оцінка участі підлітків – 2,1 бала з 10 можливих. Більшість експертів, які були залучені до проведення оцінки, вважають, що думка підлітків при розробці програм протидії епідемії ВІЛ як на національному рівні, так і на рівні областей враховується недостатньо. Випадки залучення підлітків і молоді до обговорення проблем, що пов'язані з ВІЛ, є поодинокими. Не існує діючих механізмів і процедур, які б забезпечували представленість підлітків та молоді в роботі міжгалузевих консультативних рад. Представленість інтересів і потреб підлітків уразливих груп у програмах протидії ВІЛ експерти визначили як низьку. Це стосується зокрема й підлітків груп підвищеного ризику. У ПГР немає власних об'єднань на рівні громад, які б належним чином представляли свої інтереси, що підриває їхні можливості вимагати від уряду та місцевої влади відповідальності за задоволення їхніх прав і потреб⁸¹.

Згідно з даними картування послуг інформаційно-просвітницької платформи Центр Знань⁸², що діє за технічної підтримки ЮНІСЕФ на базі ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка» у співпраці з МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід», найбільше послуг у сфері профілактики ВІЛ (медико-соціальних, соціально-пси-

⁸¹ Огляд Програми ПГР Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні (липень 2011 – червень 2014 рр.) : підсумковий звіт. – Грудень 2014 р.

⁸² Онлайн-платформа «Центр Знань» – інформаційно-освітній ресурс по роботі з підлітками. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://knowledge.org.ua/>

хологічних, інформаційних та інших), у т. ч. для підлітків груп ризику та підлітків, які живуть з ВІЛ, зосереджено в м. Києві, Центральному та Південному регіонах (рис. 7), що в основному збігається з регіонами, де сконцентрована епідемія ВІЛ серед підлітків.

Разом з лікуванням важливим є соціально-психологічний супровід дітей і підлітків, які живуть з ВІЛ, та їхніх сімей. У регіонах України працюють 5 комунальних закладів соціального обслуговування – центри для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді: два у м. Києві та по одному в Одесі, Харкові та Дніпрі⁸³.

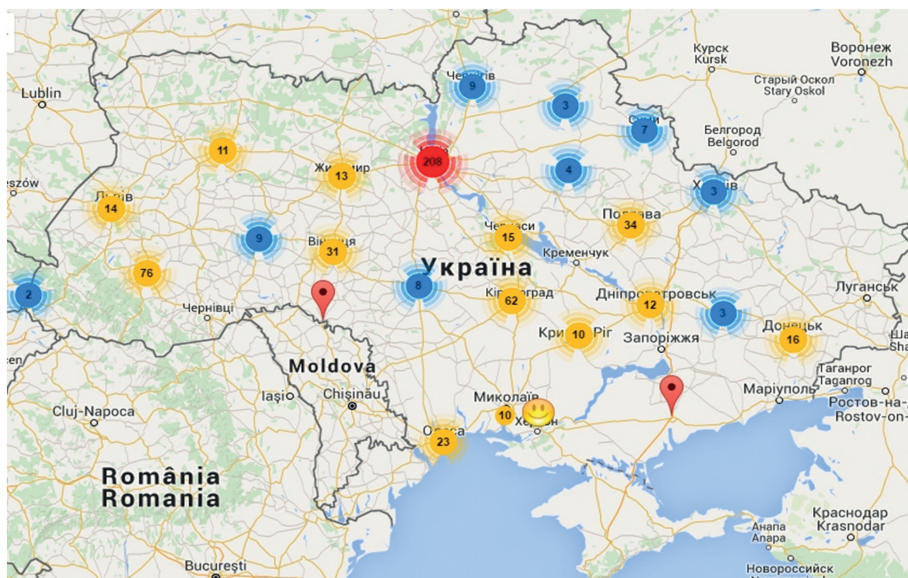


Рис. 7. Карта послуг у сфері ВІЛ для підлітків та молоді в Україні
(крім АР Крим, м. Севастополь і неконтрольованих територій
Донецької та Луганської областей)⁸⁴

На охоплення підлітків такими послугами негативно вплинуло припинення в 2015 р. фінансування Глобальним фондом програми з надання психо-соціальної допомоги⁸⁵. Проте за попередній період були

⁸³ Аналітичний звіт за результатами дослідження «Розвиток інтегрованих медико-соціальних послуг для ВІЛ-позитивних підлітків: сучасні виклики, потреби і можливості». HealthRight International (Право на здоров'я). – К., 2015. – С. 9.

⁸⁴ Онлайн-платформа «Центр Знать» – інформаційно-освітній ресурс по роботі з підлітками / Карта послуг [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://knowledge.org.ua/uk/karta-poslug/>

⁸⁵ Доступ к непрерывной помощи для ВИЧ-положительных подростков в Украине. МБО «Восточноевропейское и Центральноазиатское Объединение ЛЖВ» в рамках проекта «Укрепление сетей сообществ, предоставляющих услуги, и лидерских навыков подростков, затронутых эпидемией ВИЧ/СПИД» при поддержке ЮНИСЕФ. – К., 2015.

підготовлені кваліфіковані кадри для психо-соціального супроводу дітей і підлітків. Зокрема, у 2014–2015 рр. МБФ «Українська фундація громадського здоров'я» за фінансової підтримки ЮНІСЕФ здійснила навчальний візит до Великобританії та провела два тренінги (у Києві та Миколаєві) для членів мультидисциплінарних команд і партнерів проекту «Розробка моделей інтегрованих медико-соціальних послуг для ВІЛ-позитивних підлітків» на базі міжнародного досвіду та практик ВООЗ⁸⁶. Крім того, за участю ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» у 2012–2013 рр. підготовлено 11 регіональних мультидисциплінарних команд у складі 32 фахівців: психологів, соціальних працівників ВІЛ-сервісних організацій та лікарів регіональних СНІД-центрів⁸⁷.

Через зазначене припинення фінансування та брак ресурсів місцевих органів влади, кількість центрів з догляду та підтримки скоротилась і, відповідно, зменшилась територіальна доступність соціально-психологічних послуг для дітей і підлітків, які живуть з ВІЛ⁸⁸.

Дослідження 2013–2015 рр. у рамках проекту «Східноєвропейського та Центральнoазіатського об'єднання людей, які живуть з ВІЛ» за підтримки ЮНІСЕФ у 19 регіонах України⁸⁹ продемонструвало, що регулярні групи підтримки для підлітків є тільки в 7 з 19 регіонів (37%) – це Полтавська, Київська, Донецька, Одеська, Черкаська, Хмельницька та Миколаївська області; лише в 9 з 19 регіонів (Полтавська, Київська, Чернівецька, Донецька, Одеська, Черкаська, Хмельницька, Миколаївська та Волинська області) фахівці НУО мають досвід роботи з ВІЛ-позитивними дітьми та підлітками; **в жодному з досліджених регіонів підлітки не залучаються як лідери або консультанти за принципом «рівний-рівному»**⁹⁰.

⁸⁶ Аналітичний звіт за результатами дослідження «Розвиток інтегрованих медико-соціальних послуг для ВІЛ-позитивних підлітків: сучасні виклики, потреби і можливості». HealthRight International (Право на здоров'я). – К., 2015. – С. 10–11.

⁸⁷ Там само. – С. 11; Проект «Покращення якості життя ВІЛ-позитивних підлітків в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://network.org.ua/projects/current_projects/proekt-pokrashchennya-yakosti-zhyttya-vil-pozytyvnykh-pidlitkiv-v-ukrayini/

⁸⁸ Аналітичний звіт за результатами дослідження «Розвиток інтегрованих медико-соціальних послуг для ВІЛ-позитивних підлітків: сучасні виклики, потреби і можливості». HealthRight International (Право на здоров'я). – К., 2015. – С. 12.

⁸⁹ Чернігівська, Івано-Франківська, Чернівецька, Полтавська, Київська, Донецька, Одеська, Хмельницька, Волинська, Миколаївська, Черкаська, Рівненська, Львівська, Тернопільська, Закарпатська, Вінницька, Кіровоградська, Житомирська області та м. Київ.

⁹⁰ Доступ к непрерывной помощи для ВИЧ-позитивных подростков в Украине. МБО «Восточноевропейское и Центральнoазіатское Объединение ЛЖВ» в рамках проекта «Укрепление сетей сообществ, предоставляющих услуги, и лидерских навыков подростков, затронутых эпидемией ВИЧ/СПИД» при поддержке ЮНИСЕФ. – К., 2015. – С. 13.

Важливою складовою регіональних і місцевих програм протидії ВІЛ серед підлітків в Україні є мережа «Клінік, дружніх до молоді», завданням яких є формування цінностей здорового способу життя серед молоді та забезпечення комплексної медичної, соціальної та психологічної допомоги підліткам і молоді. Станом на 01.01.2016 р. в Україні працює мережа з 139 КДМ (без урахування КДМ, які знаходяться на тимчасово окупованій території АР Крим, м. Севастополь та на непідконтрольній території Донецької та Луганської областей)⁹¹. У 2015 р. за підтримки Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні продовжувалась робота над створенням та розвитком мережі центрів, відділень, кабінетів медичної допомоги підліткам і молоді (разом з 1998 р. за підтримки ЮНІСЕФ створено 22 КДМ та інформаційно-ресурсний центр в м. Києві), а також збільшилась кількість КДМ в сільській місцевості (питома вага таких КДМ становить 39,4%, найбільше їх в Чернівецькій, Миколаївській та Львівській областях)⁹².

Понад 90% представників регіональних центрів СНІДу вважають, що підлітковий компонент має бути суттєво посилений як в Загальнодержавній цільовій соціальній програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки, так і в обласних програмах протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки. При цьому були виокремлені такі аспекти, які можуть мати позитивний вплив на посилення уваги до підліткової групи: галузь освіти включити до основних виконавців програми, визначити конкретні індикатори та передбачити необхідне фінансування; включити в обласну програму конкретні інтервенції, спрямовані на ПГР; здійснити оцінку ефективності шкільних програм освіти, спрямованих на профілактику ВІЛ та формування навичок здорового способу життя; посилити кадровий потенціал центрів СНІДу для організації роботи з підлітками та моніторингу цієї роботи; посилити відповідальність осіб, які розголошують статус ВІЛ-інфікованих осіб; посилити взаємодію та координацію органів влади, державних установ та НУО, розробити механізми врахування думок підлітків через НУО. ПГР повинні отримати можливості для зворотного зв'язку щодо отриманих послуг, а також долучатися до планування та реалізації профілактичних програм і проєктів (як з постачальниками послуг, так і з органами влади), щоб ці послуги відповідали їхнім потребам і правам⁹³. Дуже важливим є залучення підлітків і дітей на місцевому рівні. Тому не-

⁹¹ Аналіз діяльності центрів, відділень, кабінетів медичної допомоги підліткам та молоді «Клініка, дружня до молоді» України за 2015 рік (Мешкова О.М., Романенко Л.В.). – К., 2015. – С. 5.

⁹² Там само. – С. 7.

⁹³ Профілактичні моделі у межах проєкту Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні «Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику» / Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка, ЮНІСЕФ. – К., 2015; Огляд Програми ПГР Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні (липень 2011 – червень 2014 рр.): підсумковий звіт. – Грудень 2014 р.

обхідно при розробці місцевих програм залучати підлітків та молодь, налагоджувати постійно діючі механізми співпраці і тільки на основі такого досвіду в подальшому можна оцінювати ефективність програм і послуг за участю підлітків. Потрібна постійна адвокаційна робота для збереження і посилення підліткового компонента Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та регіональних/місцевих програм. Робота з підлітками, особливо з ПГР, є ефективним способом раннього попередження епідемії ВІЛ. Через вікові особливості та менші можливості порівняно з дорослими підлітки мають більш складні потреби і є менш захищеними. Водночас підлітки мають гірший доступ до послуг, насамперед, через свій правовий статус неповнолітніх.

Розділ 3. Оцінка ключових інтервенцій з профілактики ВІЛ серед підлітків

3.1. Огляд ключових інтервенцій з профілактики ВІЛ серед підлітків

Протягом кількох останніх років в різних регіонах України впроваджено профілактичні інтервенції, що спрямовані на дітей, підлітків і молодих жінок (зокрема, з груп підвищеного ризику), які довели свою ефективність. Проведено ряд соціальних досліджень, які стосуються оцінки доступності консультування та тестування на ВІЛ, поширеності ризикованих практик, рівня поінформованості, оцінки потреб, аналізу нормативно-правового поля, моделювання факторів ризику тощо.

Оскільки епідемія ВІЛ у загальній популяції та серед підлітків в Україні має концентрований характер, то для глибинного аналізу в рамках дослідження «Оцінка ситуації у країні з метою посилення компонента по роботі з підлітками в рамках національної програми ВІЛ/СНІД» було обрано чотири великі міста в найбільш уражених регіонах⁹⁴, де впроваджувалась найбільша кількість інтервенцій для ПГР: Дніпро, Київ, Миколаїв, Одеса. Критеріями відбору міст були наявність організацій, які працюють у сфері протидії ВІЛ/СНІДу та мають досвід реалізації моделей профілактики ВІЛ/СНІДу, які спрямовані на зміни ризикованої поведінки, підвищення рівня знань щодо ВІЛ/СНІДу і досвіду звернення за соціальними послугами та медичною допомогою (зокрема, профілактичні моделі надання медичко-соціальних послуг, реалізовані у 2013–2015 рр.⁹⁵).

Під час оцінки визначено ключові інтервенції, які можуть підсилити підлітковий компонент Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки:

1. *Програми лікування та підтримки підлітків, які живуть з ВІЛ, зокрема послуги соціально-психологічного супроводу підлітків, які отримують АРТ.*
2. *Консультування підлітків і послуги тестування на ВІЛ (КіТ).*
3. *Програми з обміну шприців для підлітків-СІН.*
4. *Програми для ПГР з підвищення безпечної поведінки щодо ВІЛ/ПІСШ, зокрема, для підлітків-ЧСЧ та підлітків-ЖКС.*

⁹⁴ Місто Донецьк, яке належить до міст з високим рівнем поширення епідемії ВІЛ, не було включено до аналізу, оскільки нині знаходиться на неконтрольованій Україною території.

⁹⁵ Балакірева О.М. Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: моделі надання медико-соціальних послуг / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, К.М. Нагорняк, О.Т. Сакович, Ю.В. Середа, А.В. Судакова ; ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»; Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ). – К. : Поліграфічний центр «Фоліант», 2015. – 151 с.

5. Освітню шкільну програму з репродуктивного та статевого здоров'я та формування навичок профілактики ВІЛ.

Для виявлення основних бар'єрів і «вузьких місць» здійснення інтервенцій у контексті структурних детермінантів для збору первинних даних використовувався метод фокус-груп. У кожній з чотирьох відібраних територіальних зон (міста Дніпро, Київ, Миколаїв, Одеса) проведено по 3 фокус-групи на теми: освітня програма з репродуктивного та статевого здоров'я та формування навичок профілактики ВІЛ; медичних послуг і суміжних консультаційних послуг з тестування на ВІЛ, лікування та підтримки підлітків, які живуть з ВІЛ та отримують АРТ; профілактичних послуг з обміну шприців для підлітків-СІН та підвищення безпечної поведінки ППР щодо ВІЛ/ПСПШ (всього 12 фокус-груп).

Усі визначені інтервенції наявні в обраних містах (табл. 11). У Миколаєві сьогодні відсутній центр, який би надавав соціально-психологічні послуги підліткам, які живуть з ВІЛ та отримують АРТ.

Таблиця 11. Кількість установ, на базі яких впроваджуються обрані інтервенції з профілактики ВІЛ, по кожному місту

		Київ	Дніпро	Одеса	Миколаїв
Кількість медичних установ, що надають послуги АРТ		2	2	1	1
Центри для ВІЛ-інфікованих дітей і молоді		2	1	1	0
Кількість НУО, які надають послуги із «зменшення шкоди» (розповсюдження презервативів та обмін шприців)		8	4	5	3
Кількість установ, які надають послуги КіТ		14	20	10	12
Кількість навчальних закладів	ЗОШ I–III ступеня	353 ⁹⁶	163 ⁹⁷	175	63 ⁹⁸
	ПНТЗ	24 ⁹⁹	13 ¹⁰⁰	12	7

Джерело: Дані бази SurEx МБФ «Альянс громадського здоров'я»; Загальноосвітні навчальні заклади України на початок 2015/16 навчального року : стат. бюл. – К., 2016. – С. 21; Продовження навчання та здобуття професії : стат. бюл. / Державна служба статистики України. – К., 2014. – С. 15; Національний портал стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, Інтерактивні карти послуг / ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» в рамках проекту USAID RESPOND [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://hiv.ucdc.gov.ua/mapping/#Part:Id.EQ.3>; дані валідизовані під час опитування в містах Дніпро, Київ, Миколаїв, Одеса.

⁹⁶ Загальноосвітні навчальні заклади України на початок 2015/16 навчального року : стат. бюл. – К., 2016. – С. 21.

⁹⁷ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.osvita.com.ua/schools/dnepropetrovsk/>

⁹⁸ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://osvita-mk.org.ua/index/derzhstandarti/0-30>

⁹⁹ Продовження навчання та здобуття професії : стат. бюл. / Державна служба статистики України. – К., 2015. – С. 15

¹⁰⁰ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://uon.dnepredu.com/uk/site/profesiino-tekhichni-nav.html>

Для всіх підліткових груп ризику існують організації, які надають послуги, у т. ч. зі «зменшення шкоди» (найбільше всього організацій, які працюють з СНІ; табл. 12). Незважаючи на це, оцінка показала, що ПГР недостатньо охоплені профілактичними послугами в усіх відібраних містах. Частка ПГР 14–19 років серед загального числа охоплених послугами із «зменшення шкоди» в усіх містах у 2015 р. є дуже малою (табл. 13). Всього 178 підлітків-СНІ 14–19 років взяли участь у програмах обміну шприців; 403 ЖКС 14–19 років та 363 підлітки ЧСЧ 14–19 років отримали презервативи в 2015 р.

Згідно з даними оцінки (Фаза 2), всі установи в чотирьох містах, які надають послуги АРТ дітям та підліткам до 18 років, є дружніми до підлітків/молоді (відповідно до національних стандартів) та забезпечені рекомендованими АРВ-препаратами протягом останніх трьох місяців. В усіх установах працюють співробітники, які пройшли підготовку з надання консультаційних послуг підліткам, які отримують АРТ. У цілому це стосується установ, які надають послуги КіТ. Хоча не в усіх установах працюють співробітники, які пройшли підготовку з тестування та консультування підлітків.

Охоплення послугами молодих людей груп ризику віком 20–24 роки є значно кращим, проте недостатнім. Частка молодих людей груп ризику віком 20–24 роки, які охоплені інтервенціями із зменшення шкоди, так само, як частка ПГР віком 14–19 років, майже в усіх випадках є нижчою, ніж їхня питома вага серед загалу популяції груп СНІ, ЖКС та ЧСЧ відповідного міста (табл. 13).

Таблиця 12. Організації, які надають послуги із «зменшення шкоди» ПГР, по кожному місту

Місто/назва організацій	Цільові групи підлітків, яким організація надає послуги		
Дніпро			
Громадська організація «Дорога життя Дніпро»	СІН		ЧСЧ
Благодійний фонд «Віртус»	СІН	ЖКС	
Дніпродзержинський міський благодійний фонд «Імпульс»	СІН	ЖКС	
ДОГО «Перехрестя»	СІН		
Київ			
БО «Допоможи життю»			ЧСЧ
ВБО «Конвіктус Україна»	СІН	ЖКС	
ВБФ «Дроп ін Центр»	СІН	ЖКС	
ГО «Гей-альянс»			ЧСЧ

Місто/назва організацій	Цільові групи підлітків, яким організація надає послуги		
Громадська організація «Центр психосоціальної реабілітації хімічно залежної молоді «Крок за кроком»	СІН		
Громадська організація «Клуб «Еней»	СІН	ЖКС	
МБФ «Вертикаль»	СІН		
БО «Точка опори»			ЧСЧ
Миколаїв			
Миколаївський місцевий благодійний фонд «Вихід»	СІН		
ГО «Асоціація ЛГБТ «ЛІГА»			ЧСЧ
Миколаївський місцевий благодійний фонд «Юнітус»	СІН	ЖКС	
Одеса			
ГО «Молодіжний центр розвитку»	СІН		
Громадський Рух «Віра, Надія, Любов»	СІН	ЖКС	
ГО «Ера Милосердя»	СІН		
Молодіжний громадський рух «Партнер»			ЧСЧ
ОБФ «Шлях до дому»	СІН	ЖКС	

Джерело: Дані бази SurEx МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»; Національний портал стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, Інтерактивні карти послуг / ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» в рамках проекту USAID RESPOND [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://hiv.ucdc.gov.ua/mapping/#Part:Id.EQ.3>; дані валідизовані під час опитування в містах Дніпро, Київ, Миколаїв, Одеса.

Таким чином, рівень охоплення інтервенціями з обміну шприців і розповсюдження презервативів як для вікової групи 14–19 років, так і для 20–24 роки, є недостатнім. Факт неповноліття (недосягнення 18 років) є помітною перешкодою включення до програм «зменшення шкоди», тому найбільшої уваги потребують ПГР 14–17 років, особливо ЧСЧ та ЖКС. Причини такої ситуації є досить відомими: ВІЛ-сервісні організації не працюють з підлітками як окремою цільовою групою; донори не вважають підлітків важливою групою в поширенні епідемії ВІЛ; донори та ВІЛ-сервісні організації досить часто намагаються уникнути юридичних проблем через законодавчу невизначеність роботи з неповнолітніми груп ризику; низька ефективність взаємодії НУО між собою та з соціальними службами; відсутня взаємодія НУО з правоохоронними органами.

Таблиця 13. Охоплення підлітків та молодих людей груп ризику (СІН, ЖКС та ЧСЧ) послугами із «зменшення шкоди» в чотирьох містах ¹⁰¹

Місто	Охоплено всього серед усіх вікових груп	14–19 років			20–24 роки		
		кількість	% охоплених послугами	Частка вікової групи серед відповідної групи ризику, % ¹⁰²	кількість	% охоплених послугами	Частка вікової групи серед відповідної групи ризику, %
Кількість СІН, які отримали шприци та презервативи в мережі НУО за 2015 р.							
Київ	24 675	85	0,3	1,6	1373	5,6	9,6
Одеса	16 252	61	0,4	3,0	903	5,6	15,2
Миколаїв	4677	8	0,2	0,8	113	2,4	4,8
Дніпро	9583	24	0,3	0,9	324	3,4	4,2
Кількість ЖКС, які отримали презервативи/фемідоми в мережі НУО за 2015 р.							
Київ	6809	169	2,5	2,4	1585	23,3	26,3
Одеса	4565	190	4,2	13,1	1752	38,4	32,5
Миколаїв	2734	14	0,5	1,6	242	8,9	15,1
Дніпро	1624	30	1,9	4,8	423	26,0	43,2
Кількість ЧСЧ, які отримали презервативи/фемідоми в мережі НУО за 2015 р.							
Київ	12 612	294	2,3	10,0	2941	23,3	31,0
Одеса	2554	41	1,6	7,0	581	22,7	27,0
Миколаїв	1591	21	1,3	11,0	258	16,2	36,0
Дніпро	855	7	0,8	5,0	107	12,5	42,0

¹⁰¹ Дані бази SyrEx МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»; Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / Балакірева О.М., Бондар Т.В. та ін. – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014; Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед жінок, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління : аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / Балакірева О.М., Бондар Т.В., Середа Ю.В. та ін. – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014; Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління : аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / Большов Є.С., Касянчук М.Г. та ін. – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014.

¹⁰² Для ЧСЧ 16–19 років.

3.2. Програми лікування та підтримки підлітків, які живуть з ВІЛ

Оцінка ситуації:

- ВІЛ-інфіковані підлітки отримують АРТ за рахунок коштів державного бюджету.
- Лікарі підбирають схеми, в разі протипоказань або побічних ефектів.
- Доступність до АРВ-терапії у дітей та підлітків 100%, але якість залежить від бажання підлітків (батьків, опікунів) вчасно приймати за АРТ.

Мета інтервенції:

- Охоплення – 100% підлітків 10–17 років з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 місяців після її початку.
- 100% підлітків 10–17 років, які живуть з ВІЛ, охоплені послугами догляду та соціально-психологічного супроводу.

Оцінка інтервенції, що стосується лікування та підтримки підлітків, які живуть з ВІЛ, дозволила виокремити бар'єри та «вузькі місця» з пропозицією до наступних кроків щодо їх зменшення (табл. 14).

Таблиця 14. Бар'єри та «вузькі місця» інтервенцій і подальші кроки до їх зменшення

Бар'єри та «вузькі місця» інтервенції	Подальші кроки
Доступ до ресурсів	
• Відсутні більш якісні та нові препарати АРТ. Систематичне щоденне вживання кількох пігулок втомлює людину психологічно	• Розширити номенклатуру АРВ-препаратів та лобіювати питання реєстрації нових комбінованих АРВ-препаратів
Кваліфікація персоналу	
• Недостатньо фахівців для призначення АРВ-терапії, лікування зосереджене лише в СНІД-центрах. • Існує плінність кадрів, особливо серед психологів, які працюють з підлітками	• Підвищувати кваліфікацію персоналу з надання комплексних послуг підліткам, які отримують АРТ. • Необхідно переходити на курси онлайн-навчання, проводити вебінари для персоналу. • Розглянути можливість делегування призначення АРТ підлітковим лікарям та педіатрам медичних закладів (крім Центру СНІДу)

Бар'єри та «вузькі місця» інтервенції	Подальші кроки
Прийом та прихильність до АРВ-терапії	
• Несвоєчасний початок АРТ через: • відсутність протоколу для здійснення супроводу та забезпечення лікування; • неефективну взаємодію медичних установ з соціальними службами та НУО; • відмову батьків слідувати рекомендаціям лікаря та розпочинати лікування; • брак знань батьків (опікунів) про ВІЛ і АРТ та нерозуміння прогнозу лікування	• Вдосконалити протокол для забезпечення лікування та здійснення супроводу ВІЛ-позитивних підлітків з неповних сімей або сімей у складних життєвих обставинах. • У соціальній службі повинен бути алгоритм ведення випадків. • Впровадити метод «рівний-рівному» з підлітками у разі відмови отримання АРТ або загрози переривання АРТ. • Працювати з батьками щодо належного забезпечення лікування ВІЛ-позитивних дітей і підлітків. • Поширювати інформацію про сучасні АРВ препарати та ефективність АРТ та зменшення стигматизації людей, які живуть з ВІЛ
• Переривання АРТ через: • препарати, частий прийом яких викликає психологічну втому; • батьків (опікунів), які приходять на прийом із затримкою (пропускають прийом); • вікові особливості підлітків, які можуть несерйозно ставитися до свого здоров'я та не розуміти важливості ретельного прийому ліків; • відсутність повноцінного соціально-психологічного супроводу підлітків, які отримують АРТ (з 2015 р. програма з надання психосоціальної допомоги дітям¹⁰³ не фінансується Глобальним фондом); • неефективність механізмів для вирішення кризових ситуацій, пов'язаних з перериванням лікування підлітками; • неефективність взаємодії медичних установ, які надають АРТ, із соціальними службами та НУО	• Введення більш суворих норм відповідальності батьків (опікунів) за неналежне забезпечення лікування дітей та підлітків, які отримують АРТ. • Соціально-психологічний супровід підлітків, які отримують АРТ, який може супроводжуватися за рахунок місцевих бюджетів. • Налагодити співпрацю з неурядовими організаціями для забезпечення надання комплексних послуг дітям і підліткам, які отримують АРТ. • Налагодити співпрацю медичних закладів, які надають АРТ, з НУО для надання комплексних послуг соціально-психологічної підтримки підліткам. • Налагодити співпрацю медичних закладів із соціальними та правоохоронними службами з метою прискорення початку лікування АРТ у випадку відмови батьків (опікунів). • Лобювати питання фінансування послуг соціально-психологічного супроводу дітей та підлітків міжнародними донорами, місцевими органами влади в регіонах з великою кількістю ВІЛ-інфікованих дітей та підлітків

¹⁰³ Доступ к непрерывной помощи для ВИЧ-положительных подростков в Украине / МБОУ «Восточноевропейское и Центральноеазиатское Объединение ЛЖВ» в рамках проекта «Укрепление сетей сообществ, предоставляющих услуги, и лидерских навыков подростков, затронутых эпидемией ВИЧ/СПИД» при поддержке ЮНИСЕФ. – К., 2015.

3.3. Послуги консультування і тестування на ВІЛ для підлітків (КіТ)

Оцінка ситуації:

- Створено мережу клінік, дружніх до молоді, в яких надаються послуги тестування та консультування на ВІЛ .
- Розроблено стандарти КіТ (протокол).
- Послуги КіТ надаються в повному обсязі (проводиться до- та післятестове консультування) не тільки в спеціалізованих центрах СНІДу, але й у кабінетах довіри та КДМ.
- Розвивається мережа громадських ВІЛ-сервісних організацій, формуються мультидисциплінарні команди, використовуються мобільні амбулаторії.
- Періодично проводяться акції з тестування під час масових акцій, у навчальних закладах, торговельній мережі «Ашан».
- У випадку виявлення позитивного статусу, підліток перенаправляється до Центру СНІДу.
- Практично всі підлітки, якщо вони потребують АРТ, починають лікування.

Мета інтервенції:

- Досягти показника 20% ¹⁰⁴ підлітків 14–19 років, які охоплені послугами КіТ (табл. 15).

¹⁰⁴ Показник 20% було визначено під час консультацій з представниками зацікавлених сторін, але він залишається дискусійним і не є визначеним будь-яким нормативним документом (прим. авторів).

Таблиця 15. Бар'єри та «вузькі місця» інтервенцій і подальші кроки до їх зменшення

Бар'єри та «вузькі місця» інтервенції	Подальші кроки
Доступ до ресурсів	
• Нерегулярність забезпечення тест-системами (брак державного фінансування та залежність від допомоги донорів). Існує невизначеність, чи буде здійснюватися постачання, коли закінчиться запас тест-систем на ІФА. • Доступність до тест-систем обмежена недостатнім поширенням інформації про місця, де можна пройти тестування. • Не налагоджено взаємодію зі школами для інформаційної роботи, яка в школах є неефективною. • Тестування є платним, якщо підліток не має реєстрації в місті (наприклад, м. Київ).	• Впровадити прогнозовану схему постійного постачання тест-систем з урахуванням внеску міжнародних донорів. • Поштовою для проходження підлітками тестування на ВІЛ є спілкування з однолітками, тому ефективним методом інформування є принцип «рівний-рівному», поширення інформації у соціальних мережах і місцях, де підлітки проводять свій вільний час. • Тестування на ВІЛ має бути безоплатним. Допомога міжнародних донорів не розв'язує проблему забезпечення тест-системами. Для систематичної роботи місцеві бюджети повинні фінансувати послуги КіТ. • Скасувати вимогу наявності місцевої реєстрації для безоплатного проходження тестування на ВІЛ
Кваліфікація персоналу	
• Відсутня системна перевірка підготовки працівників, які надають послуги КіТ і контроль за виконанням їхньої роботи, особливо за дотриманням принципів надання КіТ. За нормативними документами для проходження КіТ на одного клієнта виділяється 40 хвилин. Проте, якщо потік клієнтів збільшується, час скорочується до 30 хвилин (м. Київ).	• Впровадити систематичний контроль за якістю послуг КіТ і атестацію працівників за рівнем їх підготовки

Бар'єри та «вузькі місця» інтервенції	Подальші кроки
Законодавство та стандарти КіТ	
- Порушення стандартів КіТ: суперечність між нормами, які регулюють процедуру КіТ. Згідно із законодавством, підлітки з 14 років можуть проходити тестування самостійно без згоди батьків (опікунів). Проте наказ МОЗ «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» (від 19.08.2005, N 415)¹⁰⁵ визначає, що батьки/законні представники неповнолітніх осіб мають право бути присутніми при проведенні процедури КіТ та у разі виявлення ВІЛ-інфекції у неповнолітнього віком до 18 років, працівник закладу охорони здоров'я, в якому проведено медичний огляд, повідомляє про це його батьків або інших законних представників. - Неоднозначність трактування пункту спільного наказу шести міністерств (НАКАЗ 23.11.2007 N 740/1030/4154/321/614а)¹⁰⁶ щодо прав батьків: «Батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на інформацію про стан здоров'я дитини або підопічного згідно із статтею 285 Цивільного кодексу України»	- Привести наказ МОЗ, що регулює порядок КіТ, у відповідність до чинного Закону України, що дозволить підліткам 14-18 років скористатись своїм правом проходити тест на ВІЛ самостійно та анонімно. - Поширювати серед підлітків і батьків інформацію про норму самостійного звернення підлітків старше 14 років щодо тестування на ВІЛ. - З метою забезпечення норм щодо прав підлітків самостійно проходити КіТ та підвищення рівня поінформованості медичних працівників розробити стандартизовані протоколи надання КіТ для підлітків (в тому числі підлітків груп підвищеного ризику щодо ВІЛ-інфікування) або підрозділи універсальних протоколів з фокусом на підлітків
Рівень знань	
- Недостатня поінформованість підлітків і відмова від проходження тестування на ВІЛ: - незнання підлітками 14–17 років своїх прав самостійного звернення за тестуванням; - стигматизація тестування на ВІЛ у суспільстві; стереотипи батьків, вчителів та однолітків; - брак взаємодії КДМ зі школами, молодіжними організаціями, шкільним і студентським самоврядуванням	- Здійснювати інформаційні кампанії для підлітків і батьків щодо проходження тестування на ВІЛ у співпраці з школами, ПТНЗ, шкільним і студентським самоврядуванням; - Більш активно використовувати соціальні медіа та мережі для розповсюдження інформації про консультування і тестування на ВІЛ

¹⁰⁵ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z1404-05?nreg=z1404-05&find=1&text=%F7%E2%E8%F0&x=0&y=0>

¹⁰⁶ Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство освіти і науки України, Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державний департамент України з питань виконання покарань, Міністерство праці та соціальної політики України, Наказ від 23.11.2007, N 740/1030/4154/321/614а, «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1405-07/page>

3.4. Програми з обміну шприців для підлітків-СІН

Оцінка ситуації:

- Доступність програм обміну шприців для підлітків є низькою, оскільки підлітки-СІН не є її цільовою групою для громадських організацій.
- Виявлена лише одна організація (ВБО «Конвіктус Україна», м. Київ), яка в 2016 р. реалізовувала проєкт для ПГР.
- За результатами оцінки, питання залучення підлітків до профілактичних програм між різними НУО спеціально не обговорюються (винятком є координація між різними НУО в м. Одеса).
- Дані програмного моніторингу свідчать, що в усіх відібраних містах частка підлітків СІН 14–17 років, які отримують послуги з обміну шприців, є незначною і суттєво нижчою, ніж питома вага цієї вікової групи серед загальної популяції СІН.

Отже, ситуація з обміну шприців серед підлітків груп ризику 14–17 років є незадовільною.

Мета інтервенції:

- Досягти показника 60% підлітків-СІН 14–17 років, які охоплені програмами з обміну шприців (табл. 16).

Таблиця 16. Бар'єри та «вузькі місця» інтервенцій і подальші кроки до їх зменшення

Бар'єри та «вузькі місця» інтервенції	Подальші кроки
Доступ до ресурсів	
• Організації не працюють з підлітками до 18 років, як з окремою групою; послуги розраховані на дорослих, надавачі не готові до особливостей роботи з підлітками через: ◦ відсутність фінансування програм для підлітків-СІН, ЖКС, ЧСЧ; ◦ донори не вважають підлітків важливою групою в поширенні епідемії ВІЛ; ◦ донори намагаються уникнути юридичних проблем через законодавчу невизначеність роботи з неповнолітніми груп ризику; ◦ неефективність взаємодії НУО між собою, з соціальними службами та правоохоронними органами	• Включити до політичного порядку денного проблему недоступності послуг з обміну шприців для підлітків до 18 років і лобювати визнання державою цієї проблеми. • Лобювати визнання донорами того, що підлітки відіграють важливу роль у ранньому упередженні епідемії ВІЛ в Україні та фінансування програм зі «зменшення шкоди» для підлітків до 18 років. • Створити законодавчу базу для регулювання роботи НУО з неповнолітніми підлітками груп ризику. Переглянути та оновити стандарти Міністерства соціальної політики України щодо роботи з підлітками. • Адаптувати послуги для підлітків з врахуванням їх потреб. • Налагодити взаємодію НУО, що надають послуги зі «зменшення шкоди», між собою, з правоохоронними органами та соціальними службами. • Заохочувати НУО готувати проектні заявки для надання послуг з обміну шприців підліткам
Кваліфікація персоналу	
• Підготовка персоналу для роботи з підлітками-ЖКС та підлітками-ЧСЧ в цілому є недостатньою. Оскільки організації надають послуги з розповсюдження шприців підліткам «неформально», в НУО бракує спеціально підготовлених фахівців саме для цієї групи	• Як і у випадку роботи з підлітками-СІН, у роботі з підлітками-ЖКС та підлітками-ЧСЧ потрібні методи, що враховують їхні вікові особливості, якими працівники НУО не володіють

Бар'єри та «вузькі місця» інтервенції	Подальші кроки
Законодавство та державна політика	
- Відсутність законодавчого регулювання надання послуг з обміну шприців підліткам до 18 років, через що виникає загроза юридичних наслідків для організації, що надає послуги і змушує донорів відмовлятися від підтримки таких проектів. - Невизнання державою проблеми послуг з обміну шприців підліткам до 18 років: відсутність взаємодії з правоохоронними органами, яких підлітки та надавачі послуг сприймають як загрозу (наприклад, м. Дніпро). - Неефективна взаємодія між НУО та державними соціальними службами	- Посилити законодавчу базу для регулювання роботи НУО з неповнолітніми підлітками груп ризику. - Переглянути та оновити стандарти Мінсоцполітики щодо роботи з дітьми із сімей, які перебувають у СЖО
Рівень знань	
Вікові психологічні особливості, байдуже ставлення підлітків до свого здоров'я та знижене відчуття небезпеки	Впроваджувати методи аутич-роботи; залучати підлітків до профілактичних програм через Інтернет, мобільні додатки та соціальні мережі

3.5. Програми для ПГР з підвищення безпечної поведінки щодо ВІЛ/ІПСШ (підлітки-ЧСЧ та підлітки-ЖКС)

Оцінка ситуації:

- Доступність програм з розповсюдження презервативів для підлітків-ЧСЧ та підлітків-ЖКС є дуже низькою (істотно нижчою, ніж доступ підлітків-СІН до обміну шприців).
- Програми з розповсюдження презервативів для ПГР реалізуються, як правило, одночасно з програмами з обміну шприців.
- В Одесі, Миколаєві та Дніпрі підлітки-ЧСЧ та підлітки-ЖКС 14–17 років практично не отримують послуги з розповсюдження презервативів.
- Проблематичний доступ до цих послуг у підлітків-ЖКС та підлітків-ЧСЧ пов'язаний з їхнім статусом неповнолітніх.
- Не виявлено жодної організації, що стосується роботи з ЧСЧ, які були б орієнтовані на роботу з підлітками.
- За результатами оцінки, питання координації роботи з підлітками-ЖКС та/або підлітками-ЧСЧ між різними НУО спеціально не обговорюються.

Отже, оцінка ситуації з розповсюдження презервативів серед підлітків груп ризику 14–17 років є незадовільною.

Мета інтервенції:

Досягти показника 60% підлітків-ЖКС та підлітків-ЧСЧ 14–17 років, які охоплені програмами з розповсюдження презервативів (табл. 17).

Таблиця 17. Бар'єри та «вузькі місця» інтервенцій і подальші кроки до їх зменшення

Бар'єри та «вузькі місця» інтервенції	Подальші кроки
Доступ до ресурсів	
• Низький рівень охоплення підлітків-ЖКС та підлітків-ЧСЧ послугами розповсюдження презервативів. • Організації, що надають послуги розповсюдження презервативів не працюють з підлітками, послуги розраховані на дорослих. • Недоступність послуг розповсюдження презервативів для підлітків-ЖКС та підлітків-ЧСЧ.	• Включити до політичного порядку денного проблему недоступності послуг розповсюдження презервативів для підлітків до 18 років і лобіювати визнання державою цієї проблеми. • Лобіювати визнання донорами того, що підлітки відіграють важливу роль в ранньому упередженні епідемії ВІЛ в Україні та фінансування програм зі «зменшення шкоди» підліткам до 18 років.

Бар'єри та «вузькі місця» інтервенції	Подальші кроки
Доступ до ресурсів	
- Підлітки не є цільовою групою, надавачі послуг не підготовлені для роботи саме з підлітками. - Донори не вважають підлітків важливою групою, яка поширює епідемію ВІЛ. - Донори намагаються уникнути юридичних проблем через законодавчу невизначеність роботи з неповнолітніми	- Адаптувати послуги розповсюдження презервативів для підлітків. - Розвивати взаємодію НУО, що надають послуги зі «зменшення шкоди», з державними соціальними службами та правоохоронними органами. - Заохочувати НУО готувати проєктні заявки для надання послуг із «зменшення шкоди» підліткам
Кваліфікація персоналу	
Підготовка персоналу для роботи з підлітками-ЖКС та підлітками-ЧСЧ в цілому є недостатньою. Оскільки організації надають послуги з розповсюдження презервативів підліткам «неформально», спеціально підготовлених фахівців саме для цієї групи в НУО бракує	Готувати фахівців, які надають послуги з розповсюдження презервативів, для роботи з підлітками з врахуванням вікових особливостей
Законодавство та державна політика	
- Відсутність законодавчого регулювання розповсюдження презервативів підліткам до 18 років, через що виникає загроза юридичних наслідків для організації, що надає послуги і змушує донорів відмовлятися від підтримки таких проєктів через законодавчу невизначеність надання послуг розповсюдження презервативів неповнолітнім. - Невизнання державою наявної проблеми розповсюдження презервативів серед підлітків до 18 років. - Неефективна взаємодія між НУО та державними соціальними службами	- Створити законодавчу базу для регулювання роботи НУО з неповнолітніми підлітками груп ризику - Переглянути та оновити стандарти Міністерства соціальної політики щодо роботи з сім'ями СЖО та підлітками
Рівень знань	
Вікові психологічні особливості, байдуже ставлення підлітків до свого здоров'я та знижене відчуття небезпеки	Впроваджувати методи аутрич-роботи; залучати підлітків до профілактичних програм через Інтернет, мобільні додатки та соціальні мережі

3.6. Шкільна освітня програма з репродуктивного і статевго здоров'я та формування навичок профілактики ВІЛ

Оцінка ситуації:

- У середніх школах для учнів 10–15 років викладається курс «Основи здоров'я», який включає теми з профілактики ВІЛ та ІПСШ.
- Використовується сучасний підручник і доступні методичні матеріали.
- Більшість вчителів пройшли підготовку з викладання курсу та тем з профілактики ВІЛ.
- Вчителі використовують додаткові відеоматеріали, які знаходять самостійно.

У системі освіти відсутній моніторинг рівня знань учнів щодо шляхів інфікування та профілактики ВІЛ. Шляхом прямих запитів до управлінь освіти вдалося зібрати інформацію про частку шкіл та ПТНЗ, в яких викладається курс з профілактики ВІЛ та працюють вчителі, які пройшли спеціальну підготовку. Для оцінки загальної ситуації використовувалися результати дослідження «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (HBSC). Головною проблемою залишається недостатньо високий рівень знань підлітків про шляхи інфікування ВІЛ (за результатами шкільних опитувань, лише кожний четвертий має необхідні знання¹⁰⁷).

Оскільки дані свідчать, що серед молодих людей 20–24 років відсоток тих, хто має достатній рівень знань про шляхи інфікування ВІЛ, є істотно вищим, ніж у молодшій віковій когорті¹⁰⁸, то шкільна освітня програма з формування навичок профілактики ВІЛ є недостатньо ефективною і поступається іншим каналам отримання інформації про ВІЛ.

Мета інтервенції:

Досягти показника 70% підлітків 14–17 років, які мають достатній рівень знань про шляхи інфікування ВІЛ (табл. 18).

¹⁰⁷ Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : моногр. / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Д.М. Павлова та ін. ; наук. ред. О.М. Балакірева. – К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2014. – С. 113.

¹⁰⁸ Україна. Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств, 2012 / Держ. служба статистики України [та ін.]. – К. : К.I.C., 2013. – С. 198–199.

Таблиця 18. Бар'єри та «вузькі місця» інтервенцій і подальші кроки до їх зменшення

Бар'єри та «вузькі місця» інтервенції	Подальші кроки
Кваліфікація персоналу	
- Вчителі рідко використовують сучасні методи викладання, які вони самі визнають більш ефективними. На думку вчителів, для кращого засвоєння учнями навичок щодо профілактики ВІЛ та ІПСШ необхідно проводити тренінги замість звичайного уроку. - Бар'єрами для застосування ефективних методів навчання є традиційний розклад уроків 45 хвилин, велика наповненість класів, відсутність відповідних приміщень для занять. - Викладачі, як правило, працюють на півтори ставки (заробітна плата нараховується з розрахунку однієї ставки). Застосування більш ефективних методів у роботі вимагають значно більше зусиль, а використання нових підходів у викладанні не заохочується матеріально	- Кращою альтернативою традиційному шкільному уроку є проведення декількох фокусованих тренінгів із застосуванням мультимедійних та інтерактивних методів, запрошенням фахівців-практиків та використанням принципу «рівний-рівному», що може зацікавити підлітків. Проведення таких тренінгів можливо на базі тих шкіл, у яких є відповідно обладнаний кабінет. - Встановити доплату вчителям, які використовують інтерактивні тренінгові методи навчання
Рівень знань	
24% підлітків 13–17 років мають достатній рівень знань про шляхи інфікування ВІЛ (HBSC 2014): - незацікавленість батьків і шкільної адміністрації; - відсутність співпраці шкіл з КДМ, НУО, молодіжними мережами ЛЖВ, молодіжними активістами; - фахівці та ЛЖВ не запрошуються на заняття	- Вчителям та шкільній адміністрації необхідно налагодити взаємодію з батьками для того, щоб подолати бар'єри формування навичок профілактики ВІЛ та ІПСШ через стереотипи та культурні обмеження, які існують у родинах підлітків. - Налагодити співпрацю шкіл/ПТНЗ з КДМ, НУО, молодіжними мережами ЛЖВ, молодими громадськими активістами в сфері здоров'я і залучати їх при проведенні занять і для роботи з батьками. - Включити тренінг з профілактики ВІЛ як обов'язкову частину шкільної програми старших класів та ПТНЗ. - Впровадити інтерактивні методи викладання (тренінги) та залучати фахівців (КДМ, НУО) та ЛЖВ на заняття

Учасники консультацій наголошували, що дуже важливо не допустити, щоб курс «Основи здоров'я» був виключений з державного стандарту, базового і типових навчальних планів початкової та середньої освіти в процесі реформування. Водночас необхідно підвищувати якість викладання предмету, насамперед, тем зі статевого та репродуктивного здоров'я і профілактики ВІЛ; здійснювати регулярний моніторинг рівня знань учнів і впроваджувати факультатив «Захисти себе від ВІЛ» у форматі тренінгу в комплексі виховної роботи старших класів середньої школи і ПТНЗ; а також залучати до профілактичної освіти на базі навчальних закладів спеціалістів серед медиків, сексологів, психологів, наркологів, правоохоронців тощо.

3.7. Рекомендації щодо посилення ключових інтервенцій з профілактики ВІЛ серед підлітків

Результати глибинного аналізу п'яти інтервенцій, встановлені бар'єри та рекомендовані дії були обговорені під час консультативної зустрічі робочої групи зацікавлених сторін 12 квітня 2016 р. Наслідком обговорення були: валідація результатів глибинного аналізу існуючих бар'єрів інтервенцій та їхніх причин; уточнення запропонованих рекомендацій для усунення прогалин і бар'єрів; узгодження пріоритетності дій для подолання існуючих бар'єрів обраних інтервенцій; визначення необхідних ресурсів і ключових гравців для реалізації плану дій.

Для покращення доступу підлітків до послуг пріоритетними діями в сфері законодавства є приведення нормативного документа МОЗ, що регулює порядок КіТ, у відповідність до закону, що дозволить підліткам 14–17 років скористатися своїм правом проходити тест на ВІЛ самостійно та анонімно¹⁰⁹.

Іншим пріоритетом у цій сфері є розробка законодавчого регулювання надання послуг із «зменшення шкоди» неповнолітнім підліткам груп ризику, що дозволить збільшити охоплення вікової групи 14–17 років профілактичними послугами. Нині таке охоплення значно менше за старші вікові когорти груп ризику, хоча ПГР гірше обізнані про ВІЛ, ніж дорослі, та є більш схильними до ризикованих практик.

Крім зазначених дій, у законодавчій сфері відповідальним державним органам необхідно посилити контроль і вимагати виконання чинних норм, які забезпечують підліткам доступ до послуг. Під час робочої зустрічі зазначалося, що ці норми часто порушуються безпосередніми виконавцями або на рівні організацій (зокрема, медичними установами, що надають послуги КіТ, соціальними службами, школами). Це зумовлено також недостатньою підготовкою фахівців, яку потрібно підвищувати, використовуючи сучасні методи навчання і комунікації (вебінари, освітні онлайн-платформи).

До ключових дій для посилення роботи з підлітками, які були підтримані зацікавленими сторонами, належать проведення інформаційних кампаній з популяризації тестування на ВІЛ (зокрема, через мобільні додатки та соціальні мережі), адаптація та впровадження комплексних послуг для ПГР, застосування методів аутич-роботи і принципу «рівний-рівному», створення та підтримка мультидисциплінарних команд і центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді для надання комплексних послуг з метою задоволення складних потреб підлітків і розв'язання кризових ситуацій.

¹⁰⁹ За інформацією учасників робочої зустрічі зацікавлених сторін, в МОЗ триває робота над таким документом.

Важливими управлінськими діями для підвищення ефективності підліткового компонента Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки є розвиток міжсекторальної взаємодії та використання медичними установами, соціальними службами та НУО в роботі з підлітками ефективних практик, які довели свою результативність. Необхідно підтримувати достатнє ресурсне забезпечення інтервенцій з метою протидії ВІЛ серед підлітків як з боку міжнародних донорів, так і через ефективне використання коштів державного бюджету України та місцевих органів влади. Роль останніх повинна збільшуватись.

Під час оцінки надано рекомендації щодо розробки стратегії залучення коштів приватного сектору; місцевим органам влади слід виділити кошти для стабільного постачання тест-систем (з урахуванням внеску донорів); залучення коштів міських і регіональних соціальних програм для надання послуг соціально-психологічного супроводу підлітків, які живуть з ВІЛ; залучення коштів донорів, зокрема для проведення інформаційних кампаній з популяризації тестування на ВІЛ серед підлітків і молоді як складової здорового способу життя. Рекомендовано донорам програм із «зменшення шкоди» фокусувати увагу надавачів на послугах для підлітків груп ризику до 18 років і підтримувати проекти НУО, в яких окремою цільовою групою є підлітки груп ризику.

За підсумками оцінки можна стверджувати, що представники ключових міністерств усвідомлюють необхідність створення та забезпечення функціонування координаційного органу на основі національної багатогалузевої робочої групи з проблем ПГР; вбачається актуальність налагодження взаємодії між органами влади різних рівнів під час реформи з децентралізації. Міністерством охорони здоров'я України визнано необхідність посилення контролю за дотриманням стандартів КіТ і рівнем підготовки фахівців, які надають послуги підліткам.

Очікуваними результатами ключових дій, які були рекомендовані зацікавленими сторонами, мають стати: зменшення ризику інфікування ВІЛ підлітків 14–19 років; недопущення порушень прав підлітків; підвищення рівня знань підлітків 10–17 років про профілактику ВІЛ; збільшення частки підлітків 14–17 років, які проходили тестування на ВІЛ та отримували послуги консультування; покращення соціального захисту ПГР і збільшення охоплення ПГР профілактичними послугами; покращення догляду та соціально-психологічного супроводу підлітків 10–17 років, які живуть з ВІЛ.

Такий очікуваний вплив зазначених ключових дій може бути частиною поточної Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу до 2018 року. Крім того, на зустрічі зацікавлених сторін було зазначено про необхідність продовження адвокаційної роботи та включення підлітків до Національної програми на наступний період часу.

Наведено основні рекомендації в аспектах *пропозиції, попиту, структурних детермінантів і якості* роботи з підлітками в рамках Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Основні рекомендації	
Пропозиція:	1. МОЗ: здійснювати моніторинг сучасних методів лікування і впроваджувати комбіновані АРВ-препарати, які є зручними для прийому дітьми та підлітками. 2. Місцевим соціальним службам, центрам СНІДу, НУО: створювати мультидисциплінарні команди, підвищувати кваліфікацію персоналу з надання комплексних послуг і забезпечувати постійний соціально-психологічний супровід дітей і підлітків, які отримують АРТ. 3. Місцевим органам влади, соціальним службам, центрам СНІДу, НУО в регіонах, де концентрована епідемія ВІЛ серед дітей та підлітків: створювати центри для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді для здійснення постійного соціально-психологічного супроводу (наразі такі центри існують в Києві, Одесі, Харкові та Дніпрі). 4. Місцевим соціальним службам, центрам СНІДу, НУО: впроваджувати метод «рівний-рівному» з підлітками у разі відмови отримання АРТ і використовувати онлайн-платформи і ресурси мережі взаємодопомоги підлітків і молодих людей, які живуть з ВІЛ, у кризових ситуаціях. 5. НУО, соціальним службам: впровадити методи аутич-роботи, залучати підлітків до профілактичних програм через Інтернет, мобільні додатки та соціальні мережі. 6. НУО, соціальним службам: адаптувати послуги, які надаються групам ризику, для підлітків з урахуванням їхніх вікових особливостей і потреб, а також гендерної специфіки, використовувати в роботі з підлітками ігрові методи, принцип «рівний-рівному», модель молодіжного клубу. 7. НУО, соціальним службам: готувати і підвищувати кваліфікацію фахівців, які надають послуги із «зменшення шкоди», для роботи з підлітками з врахуванням вікових особливостей та потреб. 8. Місцевим органам влади: забезпечити стабільне постачання тест-систем для проходження КІТ підлітками. 9. Школам, ПТНЗ: впровадити формат тренінгів та інтерактивні методи викладання і залучати фахівців з практичним досвідом (КДМ, НУО) та ЛЖВ до проведення занять з профілактики ВІЛ. 10. Місцевим управлінням освіти, школам: підвищувати кваліфікацію вчителів і якість викладання з тематики статевого та репродуктивного здоров'я і профілактики ВІЛ

Основні рекомендації	
Попит:	1. Міністерству інформаційної політики України, державним і недержавним ЗМІ, місцевим органам влади: проводити інформаційні кампанії зі зменшення у суспільстві стигматизації людей, які живуть з ВІЛ. 2. Міністерству інформаційної політики України, державним і недержавним ЗМІ, місцевим управлінням охорони здоров'я: проводити загальнонаціональні та регіональні інформаційні кампанії з популяризації тестування на ВІЛ серед підлітків і молоді як складової здорового способу життя. 3. Місцевим управлінням освіти, школам, ПТНЗ, КДМ: проводити у співпраці з шкільним самоврядуванням та молодіжними організаціями просвітницькі заходи в школах та ПТНЗ для підлітків і батьків щодо важливості тестування на ВІЛ як складової здорового способу життя та поширювати серед підлітків і батьків інформацію про норму самостійного звернення за послугами КІТ підлітків старше 14 років; створити інформаційні стенди в школах та ПТНЗ. 4. НУО: поширювати в соціальних мережах, блогах, онлайн-платформах з використанням принципу «рівний-рівному» інформацію про важливість тестування на ВІЛ підлітків і молоді як складової здорового способу життя та про норму самостійного звернення за послугами КІТ підлітків старше 14 років. 5. Місцевим соціальним службам, центрам СНІДу, НУО: працювати з батьками (опікунами) у разі неналежного виконання батьківських обов'язків і порушення рекомендацій щодо лікування дітей та підлітків, які отримують АРТ. 6. Центрам СНІДу, КДМ, медичним установам, які надають послуги КІТ: поширювати інформацію про комбіновані АРВ-препарати, ефективність АРТ і прогноз лікування ВІЛ-інфікованих осіб. 7. Школам, ПТНЗ: працювати з батьками щодо статевого виховання підлітків і профілактики ВІЛ з метою подолання стереотипів та поширення вільного обговорення чутливих питань
Законодавство:	1. МОЗ: привести наказ № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» МОЗ України від 19.08.2005 р. (Додаток 1, п. 4 – Особливості консультування підлітків), який регулює порядок КІТ, відповідно до чинного Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (редакція від 05.12.2012 р.). 2. МОЗ: внести зміни до програм підготовки фахівців, які надають послуги КІТ, відповідно до стандартів КІТ. 3. МОЗ: спростити процедуру реєстрації АРВ-препаратів і провести реєстрацію сучасних комбінованих АРВ-препаратів, які є зручними для прийому дітьми та підлітками. 4. Міністерству юстиції України, Міністерству молоді та спорту України, Міністерству соціальної політики України: підготувати міжвідомчий наказ для регулювання роботи ВІЛ-сервісних НУО з підлітками груп ризику до 18 років.

Основні рекомендації	
Законодавство:	- Міністерству соціальної політики України: підготувати стандарти для роботи з підлітками у складних життєвих обставинах. - МОН, управлінням освіти, школам, ПТНЗ: включити тренінг з профілактики ВІЛ (обсягом 5 годин) у план виховної роботи 10–11 класів середньої школи та ПТНЗ. - МОН: включити до плану моніторингу якості освіти перелік питань з профілактики ВІЛ
Управління/координація:	- МОЗ, місцевим управлінням охорони здоров'я, КДМ, медичним установам, які надають послуги КіТ: посилити контроль за дотриманням стандартів КіТ (зокрема, анонімністю та безоплатністю КіТ). - Місцевим управлінням охорони здоров'я, КДМ, медичним установам, які надають послуги КіТ: посилити контроль за рівнем підготовки фахівців, які надають послуги КіТ. - НУО, соціальним службам: звернути увагу на особливу важливість тестування на ВІЛ підлітків груп ризику, переконувати ПГР у необхідності тестування і спрямовувати їх для проходження КіТ. - НУО, соціальним службам: посилити співпрацю НУО, що надають послуги підліткам груп ризику, між собою та з державними соціальними службами і використовувати в роботі з підлітками корисні практики з досвіду попередніх проектів, які були реалізовані за підтримки ЮНІСЕФ та інших донорів. - НУО: переглянути статутні зобов'язання НУО з метою включення цільової групи підлітків груп ризику. - НУО, соціальним службам, КДМ, медичним установам, які надають послуги КіТ, школам, ПТНЗ: розвивати міжсекторальну взаємодію з метою надання комплексних послуг підліткам і налагодити співпрацю з шкільним самоврядуванням, молодіжними організаціями, громадянськими активістами та молодіжними мережами ЛЖВ. - НУО: здійснювати адвокаційну роботу із збереження курсу «Основи здоров'я» в інваріантній частині навчального плану середньої школи. - МОН: зберегти курс «Основи здоров'я» з темами профілактики ВІЛ в інваріантній частині навчального плану середньої школи. - Місцевим управлінням освіти, школам: посилити контроль за виконанням наказу МОН, згідно з яким предмет «Основи здоров'я» повинен викладати вчитель, який пройшов відповідну підготовку та використовує інтерактивні методи викладання. - Місцевим управлінням освіти, школам, ПТНЗ: мотивувати вчителів застосовувати інтерактивні методи викладання і формат тренінгів на заняттях з профілактики ВІЛ і враховувати використання інтерактивних методів при атестації вчителів. - Школам, ПТНЗ: налагодити співпрацю між окремими школами/ПТНЗ для проведення тренінгів з профілактики ВІЛ у тих школах/ПТНЗ, які мають відповідно обладнані приміщення

Основні рекомендації	
Бюджет/витрати:	1. НУО: лобювати визнання донорами важливої ролі групи підлітків у ранньому упередженні епідемії ВІЛ в Україні. 2. Донорам: виділити кошти для програм зі «зменшення шкоди» для підлітків груп ризику до 18 років і підтримувати проекти НУО, в яких окремою цільовою групою є підлітки груп ризику. 3. НУО: готувати проектні заявки для надання послуг зі «зменшення шкоди» підліткам груп ризику до 18 років. 4. Місцевим органам влади: виділити кошти для стабільного постачання тест-систем (з врахуванням внеску донорів) і підготовку кваліфікованого персоналу для проходження КіТ підлітками. 5. Донорам: виділити кошти для проведення інформаційних кампаній з популяризації тестування на ВІЛ серед підлітків і молоді як складової здорового способу життя. 6. Донорам: виділити кошти для надання послуг соціально-психологічного супроводу дітей і підлітків. 7. Місцевим органам влади: підтримати створення та роботу центрів для ВІЛ-інфікованих дітей і молоді з метою здійснення постійного соціально-психологічного супроводу. 8. Місцевим органам влади: обладнати кабінети для проведення тренінгів і використання мультимедійних методів у школах та ПТНЗ. 9. Донорам: виділити кошти для проведення регіональних оціночних досліджень чисельності та характеристик ПГР
Якість:	1. МОЗ, НУО: досягти показника 100% підлітків 10–17 років, які живуть з ВІЛ і охоплені послугами догляду і соціально-психологічного супроводу. 2. МОН: досягти показника 70% підлітків 14–17 років, які навчаються в школі або ПТНЗ і мають достатній рівень знань про шляхи інфікування ВІЛ та про те, як ВІЛ не передається. 3. НУО: досягти показника 60% підлітків-СІН 14–17 років, які охоплені програмами з обміну шприців. 4. НУО: досягти показника 60% підлітків-ЖКС та підлітків-ЧСЧ 14–17 років, які охоплені програмами з розповсюдження презервативів. 5. МОЗ: досягти показника 20% підлітків 14–19 років, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та знають свої результати

Впровадження напрацьованих рекомендацій дозволить посилити компонент по роботі з підлітками в рамках Національної програми ВІЛ/СНІДу.

Виявлені бар'єри та «вузькі місця» п'яти інтервенцій дозволили також запропонувати першочергові дії для усунення зазначених перешкод. Такі дії необхідно впроваджувати в масштабах усієї країни, адже змістовні відмінності між обраними містами для аналізу (окремими регіонами) відсутні. Запропоновані дії узагальнено в мікроплані на основі глибокого аналізу під час реалізації Фази 2 (див. Додаток А. табл. 2), який може бути адаптований і використаний у подальших оцінках, впроваджених програмах, інтервенціях на рівні країни.

Розділ 4. Виклики до посилення компонента по роботі з підлітками в рамках національних заходів з протидії ВІЛ/СНІДу

Для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в підлітковому середовищі та поширення набутого досвіду важливо врахувати отримані уроки та виклики, уникнути помилок, усунути бар'єри. Результати діяльності в межах проектів ЮНІСЕФ, постійний моніторинг (внутрішній і зовнішній компоненти) та оцінка процесу реалізації інтервенцій, обговорення досягнутих результатів у рамках дослідження **«Оцінка ситуації у країні з метою посилення компонента по роботі з підлітками в рамках національної програми ВІЛ/СНІД»** дозволили узагальнити отримані уроки та виклики, які є важливими для впровадження та розширення роботи з підлітками, в т. ч. групи ризику.

Україна досягла певних успіхів на шляху протидії ВІЛ серед підлітків. Наявні всі ключові інтервенції: освітні програми з репродуктивного й статевого здоров'я; послуги консультування і тестування на ВІЛ для підлітків; програми з обміну шприців для підлітків-СІН; програми для ПГР з підвищення безпечної поведінки щодо ВІЛ/ІПСШ, зокрема, для підлітків-ЧСЧ та підлітків-ЖКС; програми лікування та підтримки підлітків, які живуть з ВІЛ, в т. ч. послуги соціально-психологічного супроводу підлітків, які отримують АРТ. Проте низький рівень доступу підлітків до КіТ призводить до пізнього звернення та діагностики.

Результати проекту «Оцінка ситуації у країні з метою посилення компонента по роботі з підлітками в рамках національної програми ВІЛ/СНІД» дозволили **визначити бар'єри, «вузькі місця»** програмного середовища роботи з підлітками з метою протидії ВІЛ-інфекції та **виклики**, які постають у роботі з підлітками в рамках національних заходів з протидії ВІЛ/СНІДу.

Серед «вузьких місць» системи послуг КіТ для підлітків – порушення стандартів і прав підлітків; суперечність між нормою закону, згідно з якою підлітки з 14 років можуть проходити тестування самостійно без згоди батьків (опікунів), та чинним наказом МОН, який регулює порядок КіТ; випадки стягнення плати за тестування. Найбільшої уваги потребують підлітки груп підвищеного ризику ВІЛ-інфікування (ПГР). Загальна кількість ПГР (оновлена за даними 2015 р.) оцінюється у 129 000 осіб віком від 10 до 19 років включно. Але бракує оцінки чисельності ПГР на рівні окремих міст/регіонів. ВІЛ-сервісні організації не працюють з підлітками як окремою цільовою групою; донори не вважають підлітків важливою групою в поширенні епідемії ВІЛ; донори та ВІЛ-сервісні організації досить часто намагаються уникнути юридичних проблем через законодавчу невизначеність роботи з неповно-

літніми груп ризику; низька ефективність взаємодії НУО між собою та з соціальними службами; відсутня взаємодія НУО з правоохоронним органами. За даними біоповедінкових досліджень 2015 р. серед підлітків-СІН віком 15–19 років поширеність ВІЛ становить 2,7%, серед підлітків-ЧСЧ віком 14–19 років – 3,1%¹¹⁰. Оціночні показники поширеності ВІЛ серед усіх груп ПГР становлять, як мінімум, 1,9%. Незважаючи на високий рівень охоплення АРТ, діти та підлітки мають проблеми з доступністю та якістю послуг соціально-психологічного супроводу в більшості регіонів.

Серед ключових викликів:

- 1) державна політика має виокремлювати групу підлітків (10–19 років) як вікову групу, котра потребує особливої уваги;
- 2) включення групи підлітків (у т. ч. підлітків груп ризику) до системи моніторингу та оцінки національної відповіді на епідемію ВІЛ-інфікування;
- 3) постійний і плановий адвокаційний супровід;
- 4) цільове фінансування та забезпечення матеріально-технічними ресурсами;
- 5) доступ підлітків, у т. ч. ПГР, до ресурсів;
- 6) робота зі спеціалістами та вчителями;
- 7) доступність та якість КіТ.

Виклик 1. Державна політика має виокремлювати групу підлітків (10–19 років) як вікову групу, котра потребує особливої уваги

Діяльність таких міжнародних організацій, як Комітет ООН з прав дітей, ЮНІСЕФ, ВООЗ останнім часом фокусуються на обговоренні підліткового віку як етапу життя, який характеризується швидким розвитком біологічної зрілості з випередженням психосоціальної зрілості. Період другого десятиріччя життя характеризується змінами у фізіологічній, психологічній, соціальній сферах, а також зміною правового статусу дитини. За підходами ООН підлітковий вік найчастіше визначається як віковий період в інтервалі 10–19 років, який поділяється на «старших підлітків» 15–19 років і «молодших підлітків» у віці 10–14 років. Зважаючи на Зауваження Загального порядку № 20 (2016) щодо забезпечення прав дітей підліткового віку¹¹¹, що затверджені

¹¹⁰ Розрахунки за результатами досліджень серед СІН та ЧСЧ, які проведено у рамках проекту «Залучення місцевих організацій до розвитку моніторингу та оцінки відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД» (проект МЕТІДА), що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров'я», за фінансування центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC) у рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

¹¹¹ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treaty-bodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=5&DocTypeID=11

Комітетом ООН з прав дітей (6 грудня 2016 р.) та які стосуються дітей другого десятиріччя життя, необхідно забезпечити окрему увагу до цієї вікової групи дітей, проаналізувати відповідність національного законодавства та політики підходам, які пропонуються в цьому документі, організувати ознайомлення з ключовими принципами забезпечення прав дітей підліткового віку серед фахівців відповідних органів влади, організацій і установ, включити необхідні положення та відповідні заходи до Концепції Державної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на 2017–2021 роки».

Сфера здоров'я та формування здорового способу життя підлітків є однією з ключових. Тому, виходячи з оцінки бар'єрів та «вузьких місць» запроваджених інтервенцій у сфері протидії ВІЛ, ключовим міністерствам, які працюють у цій сфері, запропоновано наступне:

Міністерству охорони здоров'я України:

- Вживання усіх можливих заходів для реалізації Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) і соціальний захист населення» з особливою увагою до дотримання прав дітей і молоді, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу або які наражаються на ризик інфікування ВІЛ, у т. ч. «дітей вулиці» й тих, хто страждає від наркотичної залежності; забезпечення їх доступу до конфіденційних послуг, дружніх до молоді ¹¹².
- Зміцнити та впровадити ефективну систему перенаправлення підлітків до необхідних медичних і соціальних послуг.
- Розробити стандартизовані протоколи надання профілактичних послуг для дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ.
- Врегулювати питання супроводу бездоглядних дітей до ЗОЗ у разі встановлення ВІЛ-позитивного результату тестування.
- Забезпечити належну медико-соціальну підтримку для дітей і підлітків щодо формування у них прихильності до АРТ.

Міністерству охорони здоров'я України та Міністерству соціальної політики України із залученням міжнародних і неурядових організацій та засобів масової інформації:

- Залучати дітей, підлітків та молодь до сучасних інноваційних проєктів з метою моніторингу їх думки і потреб щодо важливих та актуальних питань, а також створення зручного і доступного інформаційного простору для представників груп ризику.
- Забезпечити реалізацію підходу «рівний-рівному» у формуванні здорового способу життя дітей та молоді.

¹¹² Комітет ООН з прав дитини [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.unicef.org/ukraine/ukr/UN_CRC_ConcludingObservations_Ukr.pdf

- Забезпечити безперервність профілактичної роботи з ПГР, зокрема з підлітками, які живуть або працюють на вулиці.
- Розробити стратегії щодо подолання стигматизації, дискримінації та криміналізації дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ і забезпечити надання послуг у зв'язку з ВІЛ без стигми та дискримінації.
- Забезпечити надання фокусованих профілактичних послуг, які відповідатимуть потребам підлітків відповідно до їх приналежності до певної групи ризику, а також враховуватимуть їх вікові, гендерні та соціально-економічні особливості.
- Посилити організаційно-технічний та кадровий потенціали організацій, які працюють з дітьми та підлітками, для надання комплексного спектра послуг в одному закладі з мінімальною потребою переадресації.
- Підвищення кваліфікації спеціалістів, які надають послуги підліткам груп ризику. Залучення до роботи волонтерів серед підлітків і розвиток регіональних мереж волонтерів-ПГР.
- Переглянути розмір і порядок матеріальної допомоги, що виділяється державою для дітей, які живуть з ВІЛ, з метою забезпечення мінімально достатнього харчування та першочергових потреб.
- Проводити регулярний моніторинг ПГР, зокрема оцінку їх чисельності.

Обов'язковим елементом державної політики має стати **розробка та впровадження стратегічних планів дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ на регіональному й місцевому рівнях**. Робота з ПГР обов'язково має бути включена в регіональні та місцеві програми протидії ВІЛ у межах виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки та програм, які будуть прийняті на національному рівні в майбутньому.

Обласним державним адміністраціям рекомендовано:

- Врахувати в регіональних програмах протидії ВІЛ заходи щодо профілактики, лікування, догляду та підтримки ПГР.
- Розробити і впровадити стратегічні плани з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ на регіональному й місцевому рівнях.

Важливим є запит на розробку та впровадження нових напрямів і механізмів **взаємодії державного та недержавного сектору** з метою ефективної роботи з підлітками. Необхідною є трансляція нагальних

проблем і потреб підлітків на рівні прийняття рішень для **створення сприятливого законодавства** та соціальної політики щодо підлітків, а також вживання усіх можливих заходів для реалізації Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) і соціальний захист населення» з особливою увагою до дотримання прав дітей та молоді, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу або які наражаються на ризик інфікування ВІЛ, у тому числі «дітей вулиці» й тих, хто страждає від наркотичної залежності; забезпечення їх доступу до конфіденційних послуг, дружніх до молоді ¹¹³.

Виклик 2. Включення групи підлітків (у т. ч. підлітків груп ризику) до системи моніторингу та оцінки національної відповіді на епідемію ВІЛ-інфікування

Необхідним є проведення **регулярного моніторингу** підлітків груп ризику, а також підлітків, які живуть і працюють на вулиці, у тому числі оновлення оцінок щодо чисельності цих груп. З огляду на високий рівень мобільності та вплив воєнно-політичної ситуації, важливо здійснювати регулярне та своєчасне оцінювання чисельності ПГР на регіональному рівні.

Національні та регіональні показники системи МіО відповіді на епідемію ВІЛ-інфікування мають давати відповідь на прогрес серед різних груп підлітків та ПГР зокрема.

Виклик 3. Постійний і плановий адвокаційний супровід

Для забезпечення стабільного процесу надання послуг необхідне **вироблення адвокаційної стратегії** із залученням зацікавлених сторін. Адвокаційної діяльності, яка проводиться в межах національних конференцій (наприклад, у рамках Третьої національної науково-практичної конференції з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу), робочих зустрічей із зацікавленими сторонами для обговорення результатів окремих етапів проекту, інформаційної кампанії серед підлітків та молоді (наприклад, «Протестуйся на ВІЛ» (“Get-tested”)) тощо, може бути недостатньо для просування інтересів цільової групи. Важливо, щоб **адвокаційні заходи проводилися регулярно та фокусовано**.

Враховуючи цільові групи, мету та завдання проектної діяльності, адвокаційна діяльність має плануватися з орієнтацією на ті структури та організації, які причетні до роботи з окремими цільовими групами або можуть сприяти впровадженню та розвитку необхідних для підлітків програм, у тому числі й на окремих осіб, які приймають рішення, і представників ПГР, якщо це не порушує етичні принципи роботи з ними.

¹¹³ Комітет ООН з прав дитини [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/UN_CRC_ConcludingObservations_Ukr.pdf

Складовою адвокаційного супроводу має стати протидія **дискримінації, стигматизації та криміналізації** підлітків груп ризику, формування дружнього підходу під час встановлення контакту та надання послуг.

Крім того, адвокаційні заходи на певних етапах повинні включати елементи фандрайзингу для забезпечення фінансування програм (наприклад, для розповсюдження презервативів, чистих шприців серед ПГР, інформаційних матеріалів серед загального населення та ПГР тощо).

Виклик 4. Цільове фінансування та забезпечення матеріально-технічними ресурсами

Обов'язковим є процес пошуку додаткових ресурсів для покращення та розширення діяльності організацій у сфері протидії інфікування ВІЛ. Оцінка існуючих інтервенцій показала, що необхідно покращувати ресурсне забезпечення профільних програм, центрів для дітей на засадах систематичного та цільового фінансування (оскільки більшість з них фінансується періодично міжнародними донорами). Організації мають проводити регулярний фандрайзинг ресурсів, готувати та подавати заявки на гранти для залучення коштів донорів, приватного сектору, лобювати інтереси цільових груп у рамках регіональних програм, залучати кошти міських і регіональних соціальних програм для надання послуг соціально-психологічного супроводу підлітків, які живуть з ВІЛ.

Виклик 5. Доступ підлітків, у т. ч. ПГР до ресурсів

Комбіновані АРВ-препарати. Оцінка інтервенцій показала, що для надання більш якісних та нових препаратів АРТ (оскільки систематичне щоденне вживання кількох пігулок втомлює людину психологічно) необхідно розширити номенклатуру АРВ-препаратів і лобювати питання реєстрації нових комбінованих препаратів.

Тестування на ВІЛ має бути безоплатним. Через брак тест-систем необхідно впровадити прогнозовану схему постійного постачання тест-систем з урахуванням внеску міжнародних донорів. Для систематичної роботи послуги КіТ мають фінансуватися за рахунок місцевих бюджетів.

Послуги з обміну шприців і розповсюдження презервативів. Оцінка показала необхідність включення до політичного порядку денного проблеми недоступності послуг з обміну шприців і розповсюдження презервативів серед підлітків до 18 років, лобювати визнання державою цієї проблеми та визнання донорами того, що підлітки відіграють важливу роль у ранньому упередженні епідемії ВІЛ в Україні та фінансування програм зі «зменшення шкоди» для підлітків до 18 років.

Оскільки НУО працюють у більшості випадків з дорослими, необхідно адаптувати послуги для підлітків з врахуванням їх потреб та заохочувати НУО готувати проектні заявки для надання послуг з обміну шприців підліткам і розповсюдження презервативів серед підлітків віком 14–18 років. Для цього, насамперед, необхідно створити законодавчу базу для регулювання роботи НУО з неповнолітніми підлітками груп ризику, зокрема переглянути та оновити стандарти Міністерства соціальної політики щодо роботи з підлітками. Окремої уваги потребує налагодження взаємодії НУО, що надають послуги зі «зменшення шкоди», між собою, з правоохоронними органами та соціальними службами.

Актуальним залишається розвиток **системи ефективної переадресації** підлітків відповідно до їх медико-соціальних потреб і психологічних особливостей; надання **фокусованих профілактичних послуг**, які відповідатимуть потребам підлітків відповідно до їх приналежності до певної групи ризику, а також враховуватимуть їх вікові, гендерні та соціально-економічні особливості.

Виклик 6. Робота зі спеціалістами та вчителями

Навчання спеціалістів. Ключові моменти, які слід враховувати при організації підготовки: початковий рівень освіти та кваліфікація співробітників; підготовка повинна передувати початку роботи, де центральним акцентом мають бути особливості підліткової психології (особливості мотивування, консультування) та етичні принципи роботи з дітьми та підлітками, з групами ризику; навчальні заходи повинні об'єднувати різні зацікавлені сторони для подальшого налагодження контактів; вдалим є об'єднання тренінгів з обміном практичного досвіду між близькими профілактичними інтервенціями.

У рамках оцінки інтервенцій та основних бар'єрів їх здійснення було виявлено, що необхідно постійно підвищувати кваліфікацію персоналу з надання комплексних послуг підліткам, які отримують АРТ. Необхідно переходити на курси онлайн-навчання, проводити вебінари для персоналу, розглянути можливість делегування призначення АРТ підлітковим лікарям і педіатрам медичних закладів (крім Центру СНІДу).

Оскільки відсутня системна перевірка підготовки працівників, які надають послуги КіТ, і контроль їхньої роботи, особливо дотримання принципів надання КіТ, необхідно впровадити систематичний контроль за якістю послуг КіТ та атестацію працівників за рівнем їх підготовки.

Особливої уваги в роботі з підлітками, в т. ч. підлітками-СІН, ЖКС та ЧСЧ потрібні методи, що враховують їхні вікові особливості, якими працівники НУО не володіють.

Мотивування вчителів до інноваційного викладання. Кращою альтернативою традиційному шкільному уроку є проведення декількох фокусованих тренінгів із застосуванням мультимедійних та інтерактивних методів, запрошенням фахівців-практиків та використанням принципу «рівний-рівному», що може зацікавити підлітків. Проведення таких тренінгів можливе на базі тих шкіл, в яких є відповідно обладнаний кабінет.

Кадрова стабільність. Необхідним є забезпечення постійного складу персоналу. Під час зміни персоналу організації та залучення нових спеціалістів необхідна розробка чіткого плану підготовки нових спеціалістів за короткий термін та проведення для них додаткового навчання. Для забезпечення ефективності реалізації моделі та кадрової стійкості потрібні мотивування до участі в реалізації моделі, вироблення системи та механізмів узгодження навантаження на основному місці роботи у зв'язку з участю в реалізації інтервенції.

Виклик 7. Доступність та якість КіТ

Серед «вузьких місць» системи послуг КіТ для підлітків є порушення стандартів і прав підлітків; суперечність між нормою закону, згідно з якою підлітки з 14 років можуть проходити тестування самостійно без згоди батьків (опікунів), та чинним наказом МОН, який регулює порядок КіТ; випадки стягнення плати за тестування. Найбільшої уваги потребують підлітки груп підвищеного ризику ВІЛ-інфікування.

Для покращення доступу підлітків до послуг пріоритетними діями в сфері законодавства є приведення нормативного документа МОЗ, що регулює порядок КіТ, у відповідність до Закону, що дозволить підліткам 14–18 років скористатись своїм правом проходити тест на ВІЛ самостійно та анонімно. Потребує вдосконалення протокол для забезпечення лікування та здійснення супроводу ВІЛ-позитивних підлітків. Серед пріоритетів має бути розробка законодавчого регулювання надання послуг підліткам груп ризику, що дозволить збільшити охоплення вікової групи 14–17 років профілактичними послугами.

З метою інформування щодо прав підлітків та ситуацій, коли необхідно тестування на ВІЛ, мають здійснюватися інформаційні кампанії для підлітків та батьків щодо проходження тестування на ВІЛ, зокрема поширення інформації щодо **можливості тестування** підлітків на ВІЛ з **14 років**, у співпраці зі школами, ПТНЗ, шкільним та студентським самоврядуванням. Необхідно більш активно використовувати соціальні медіа та мережі для розповсюдження інформації про консультування і тестування на ВІЛ.

Здійснені узагальнення та структурування викликів за результатами реалізації проекту ЮНІСЕФ та попередніх отриманих уроків з прове-

дених досліджень та оцінок серед підлітків, у тому числі групи ризику, можна зробити висновок щодо важливості прийняття управлінських дій для **підвищення ефективності підліткового компонента Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу**, розвитку міжсекторальної взаємодії та використання кращих практик роботи з підлітками, які довели свою результативність.

Необхідно підтримувати достатнє ресурсне забезпечення інтервенцій протидії ВІЛ серед підлітків як з боку міжнародних донорів, так і через ефективне використання коштів державного та особливо місцевих бюджетів.

Актуальним є залучення підлітків до сучасних інноваційних проєктів з метою моніторингу їх думки і потреб щодо важливих та актуальних питань, а також створення зручного і доступного інформаційного простору для підлітків груп ризику.

Додаток

Таблиця 1. Виміри та детермінанти для глибинного аналізу інтервенцій (Фаза 2)¹¹⁴

Виміри	Детермінанти	Визначення
Сприятливе середовище	Соціальні норми	Соціальні правила поведінки, що зазвичай формуються під соціальним тиском
	Законодавство / політика	Адекватність законів і політики на національному та субнаціональному рівнях
	Бюджет / витрати	Виділення та розподіл необхідних ресурсів на національному та субнаціональному рівнях
	Управління / координація	Ролі та відповідальність / координація / партнерство
Пропозиція	Наявність життєво необхідних товарів / внесків	Основні предмети / внески, необхідні для надання послуги чи прийняття практики
	Доступ до належним чином укомплектованих послуг, закладів та інформації	Фізичний доступ (послуги, заклади, інформація)
Попит	Доступ до фінансів	Можливість дозволити собі (послугу / практику); прямі та непрямі витрати
	Соціокультурні практики та переконання	Особисті переконання та практика, які можуть поділятися багатьма іншими, проте які не формуються під «соціальним тиском» чи очікуваннями
	Своєчасність і безперервність користування	Завершення / продовження використання послуг та прийняття практики
Якість	Якість	Дотримання необхідних стандартів якості (національні чи міжнародні норми)

¹¹⁴ Strengthening the Adolescent Component of National HIV Programmes through Country Assessments / Guidance Document. UNICEF. – July 2015. – P. 13.

Таблиця 2. Схема мікроплану на основі глибинного аналізу інтервенцій у місті/районі

Субнаціональні локації для виконання (визначити регіон/місто)	Відповідальна установа	Термін (місяці)												Індикатори (якщо необхідно)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Мета: 100% підлітків 14–17 років мають достатній рівень знань про шляхи інфікування ВІЛ та про те, як ВІЛ не передається														
Результат 1. Відсоток шкіл, що мають підготовлених вчителів, які викладають дисципліни, пов'язані із статевим вихованням та профілактикою ВІЛ і використовують інтерактивні методи навчання, збільшився з ____ до ____														
Дії	Створити (використати наявний) онлайн-ресурс для підвищення кваліфікації вчителів	МОН, Інститут модернізації змісту освіти												Наявність онлайн-ресурсу
	Підготувати наказ щодо вимоги використання інтерактивних методів навчання та розробити методику врахування цього параметру при атестації вчителів	МОН												Наказ. Методика атестації вчителів
	Провести вебінари для вчителів (зазначити тематику відповідно до потреб)	Інститут модернізації змісту освіти												Визначити кількість вебінарів
	Забезпечити участь вчителів у вебінарах	Директори шкіл і ПТНЗ												Визначити кількість вчителів, які взяли участь
	Контролювати виконання наказу про викладання дисциплін вчителями, які пройшли підготовку та використовують інтерактивні методи навчання	Управління освіти												Визначити кількість закладів освіти, які перевірено
Огляд результатів	Проведення моніторингу виконання дій. Обговорення виконання здобутих результатів на зустрічі представників МОН, Інституту модернізації змісту освіти, управління освіти, шкіл, ПТНЗ Рекомендації: за результатами моніторингу та обговорення													

Субнаціональні локації для виконання (визначити регіон/місто)		Відповідальна установа	Термін (місяці)												Індикатори (якщо необхідно)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Результат 2. Відсоток закладів освіти, які включили факультатив зі статегового виховання та профілактики ВІЛ в комплексі виховної роботи старших класів середньої школи і ППНЗ, збільшився з _____ до _____															
Дії	Підготувати наказ щодо включення факультативу зі статегового виховання та профілактики ВІЛ (в обсязі 5 годин) в план виховної роботи 10–11 класів середньої школи та ППНЗ	МОН													Наказ
	Включити факультатив у план виховної роботи в школах та ППНЗ	Директори шкіл і ППНЗ													Визначити кількість закладів освіти, які включили факультатив
	Контролювати включення факультативу	Управління освіти													Визначити кількість закладів освіти, які перевірено
	Включити до плану моніторингу якості освіти перелік питань з профілактики ВІЛ	МОН													Наказ. Методика моніторингу
Огляд результатів	Проведення моніторингу виконання дій. Обговорення виконання здобутих результатів на зустрічі представників МОН, управління освіти, шкіл, ППНЗ Рекомендації: за результатами моніторингу та обговорення														

Субнаціональні локації для виконання (визначити регіон/місто)		Відповідальна установа	Термін (місяці)												Індикатори (якщо необхідно)	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Мета: 60% підлітків-СІН 14–17 років охоплені програмами з обміну шприців																
Результат 1. Посилено законодавче регулювання надання послуг з обміну шприців підліткам до 18 років																
Дії		Підготувати наказ для регулювання роботи ВІЛ-сервісних НУО з підлітками груп ризику до 18 років	Міністерство юстиції, Мін-молодьспорт, Міністерство соціальної політики													Наказ
		Підготувати стандарти для роботи з підлітками у складних життєвих обставинах	Міністерство соціальної політики													Стандарти послуг
		Переглянути статутні зобов'язання НУО щодо охоплення цільової групи підлітків-СІН до 18 років	ВІЛ-сервісні НУО													Кількість НУО
		Провести тренінг для представників ВІЛ-сервісних НУО	Міністерство соціальної політики, ВІЛ-сервісні НУО													Проведено тренінг для (кількість) НУО
Огляд результатів	Проведення моніторингу виконання дій. Обговорення виконання здобутих результатів на зустрічі зацікавлених сторін															
Рекомендації: за результатами моніторингу та обговорення																
Результат 2. Послуги з обміну шприців підліткам до 18 років адаптовані до їхніх потреб та вікових особливостей																
Дії		Провести регіональне дослідження потреб підлітків-СІН	МБФ «Альянс громадського здоров'я»													Оприлюднення результатів
		Розробити методичні рекомендації для роботи з підлітками-СІН	МБФ Альянс громадського здоров'я»													Методичні рекомендації
		Провести тренінги для працівників ВІЛ-сервісних НУО	МБФ «Альянс громадського здоров'я», ВІЛ-сервісні НУО													Проведено тренінги для (кількість) НУО
Огляд результатів	Проведення моніторингу виконання дій. Обговорення виконання здобутих результатів на зустрічі зацікавлених сторін															
Рекомендації: за результатами моніторингу та обговорення																

Субнаціональні локації для виконання (визначити регіон/місто)		Відповідальна установа	Термін (місяці)												Індикатори (якщо необхідно)	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Мета: 60% підлітків-ЖКС та підлітків-ЧСЧ 14–17 років охоплені програмами з розповсюдження презервативів																
Результат 1. Посилено законодавче регулювання надання послуг розповсюдження презервативів і консультування з безпечної поведінки щодо ВІЛ/ПСШ підліткам до 18 років																
Дії	Підготувати наказ для регулювання роботи ВІЛ-сервісних НУО з підлітками груп ризику до 18 років	Міністерство юстиції, Мін-молодьспорт, Міністерство соціальної політики														Наказ
	Підготувати стандарти для роботи з підлітками у складних життєвих обставинах	Міністерство соціальної політики														Стандарти послуг
	Переглянути статутні зобов'язання щодо охоплення цільової групи підлітків-ЖКС та підлітків-ЧСЧ до 18 років	ВІЛ-сервісні НУО														Кількість НУО
	Провести тренінг для представників ВІЛ-сервісних НУО	Міністерство соціальної політики, ВІЛ-сервісні НУО														Проведено тренінг для (кількість) НУО
Огляд результатів	Проведення моніторингу виконання дій. Обговорення виконання здобутих результатів на зустрічі зацікавлених сторін															
Рекомендації: за результатами моніторингу та обговорення																
Результат 2. Послуги розповсюдження презервативів та консультування з безпечної поведінки щодо ВІЛ/ПСШ для підлітків до 18 років адаптовані до їхніх потреб та вікових особливостей																
Дії	Провести регіональне дослідження підлітків-ЧСЧ та підлітків-ЖКС	МБФ «Альянс громадського здоров'я»														Оприлюднення результатів
	Розробити методичні рекомендації по роботі з підлітками-ЧСЧ та підлітками-ЖКС	МБФ «Альянс громадського здоров'я»														Методичні рекомендації
	Провести тренінги для працівників ВІЛ-сервісних НУО	МБФ «Альянс громадського здоров'я», ВІЛ-сервісні НУО м. Києва														Проведено тренінги для (кількість) НУО

Субнаціональні локації для виконання (визначити регіон/місто)	Відповідальна установа	Термін (місяці)												Індикатори (якщо необхідно)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Огляд результатів	Проведення моніторингу виконання дій. Обговорення виконання здобутих результатів на зустрічі зацікавлених сторін													
	Рекомендації: за результатами моніторингу та обговорення													

Субнаціональні локації для виконання (визначити регіон/місто)	Відповідальна установа	Термін (місяці)												Індикатори (якщо необхідно)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Мета: 100% підлітків 10–17 років, які живуть з ВІЛ, охоплені послугами догляду і соціально-психологічного супроводу														
Результат 1. 100% підлітків 10–17 років, які отримують АРТ, не переривають лікування														
Дії	Спростити процедуру реєстрації АРВ препаратів	МОЗ												Наказ
	Забезпечити центри СНІДУ, НДСЛ «ОХМАТДИТ» комбінованими АРВ-препаратами	МОЗ, донори												Визначити кількість (%) підлітків, які отримують комбіновані АРВ-препарати
	Створити мультидисциплінарні команди (МДК) для забезпечення соціально-психологічного супроводу підлітків, які живуть з ВІЛ	Управління охорони здоров'я, центри СНІДУ, соціальні служби, НУО												Визначити кількість МДК
	Створити Центр для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді (якщо необхідно)	Міська влада, Управління охорони здоров'я												Центр для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді
Огляд результатів	Проведення моніторингу виконання дій. Обговорення виконання здобутих результатів на зустрічі представників МОЗ, Управління охорони здоров'я, центрів СНІДУ, соціальних служб, НУО Рекомендації: за результатами моніторингу та обговорення													



ГО «Український інститут
соціальних досліджень ім. О. Яременка»

01011, м. Київ, вул. Панаса Мирного, 26,
офіс. 210

тел./факс: +380 44 501 5075,
+380 44 501 5076

e-mail: info@uisr.org.ua
www.uisr.org.ua

Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ)
Представництво в Україні

01021, Київ, Кловський узвіз, 5

тел.: +380 44 521 0125
факс: +380 44 230 2506

e-mail: kiev@unicef.org
www.unicef.org.ua
<http://www.facebook.com/unicef.ukraine>
twitter.com/unicef_ua
youtube.com/user/unicefukraine
instagram.com/unicef_ukraine

Наукове видання

**Посилення компонента по роботі з підлітками
в рамках національної програми ВІЛ/СНІД**

Адвокаційний звіт

За результатами дослідження

«Оцінка ситуації у країні з метою посилення компонента по роботі з підліт-
ками в рамках національної програми ВІЛ/СНІД»

Редагування Г.О. Городня

Формат 60x84/8

Ум. друк. арк. 8,37

Тираж 2000 прим.

Зам. № 5

Видавець і виготовлювач

ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»
вул. Панаса Мирного, 26, Київ, 01011

Свідectво суб'єкта видавничої справи ДК № 2542 від 26.06.2006
Тел. (044) 501 50 75 (76), e-mail: info@uisr.org.ua



Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ)
Представництво в Україні

01021, Київ, Кловський узвіз, 5
Тел.: +380 44 521 0125
Факс: +380 44 230 2506
e-mail: kiev@unicef.org
www.unicef.org.ua

www.facebook.com/unicef.ukraine
twitter.com/unicef_ua
youtube.com/user/unicefukraine
instagram.com/unicef_ukraine



Громадська організація
«Український інститут
соціальних досліджень
імені Олександра Яременка»

01011, Київ,
вул. Панаса Мирного, 26, офіс. 210
Тел./факс: +380 44 501 5075
 +380 44 501 5076
e-mail: info@uisr.org.ua
www.info@uisr.org.ua