

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему **«ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ/СНІД СЕРЕД УРАЗЛИВИХ ГРУП У
ГРОМАДІ»**

Виконав: студент 2 курсу, групи 8.2312
спеціальності 231 «Соціальна робота»
освітньої програми «Соціальна педагогіка»
О.А.Доценко

Керівник: кандидат педагогічних наук;
професор кафедри соціальної педагогіки та
спеціальної освіти _____ Заверико Н.В.

Рецензент

Запоріжжя

2023

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра соціальної педагогіки та спеціальної освіти
Рівень вищої освіти магістерський
Спеціальність 231 «Соціальна робота»
Освітньо-професійна програма «Соціальна педагогіка»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

« ____ » _____ 2023 р.

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ**

Доценко Олександрю Анатолійовичу

1. Тема роботи: «Профілактика ВІЛ/СНІД серед уразливих груп у громаді».

керівник роботи Заверико Н.В., к.пед. н., професор
затверджена наказом ЗНУ від «26» вересня 2023 року № 1505-с

2. Строк подання студентом роботи: 01 грудня 2023

3. Вихідні дані до роботи: матеріали виробничої практики, курсової роботи.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) визначити сутність, зміст та структуру поняття «профілактика»; проаналізувати теоретичні положення щодо об'єкта дослідження; ефективності існуючих профілактичних програм; вичити роль освітніх та інформаційних кампаній в попередженні ВІЛ/СНІДу серед уразливих груп та їх вплив на зміну поведінки; проаналізувати доступність та якість послуг з тестування та консультування для уразливих груп; сформулювати конкретні рекомендації щодо удосконалення системи профілактики та підвищення її ефективності для уразливих груп у громаді.

5. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Заверико Н.В.	10.12.2022	
Розділ 1	Заверико Н.В.	02.01.2023	
Розділ 2	Заверико Н.В.	15.05. 2023	
Висновки	Заверико Н.В.	12.09.2023	

7. Дата видачі завдання: грудень 2022

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	листопад	виконано
2	Написання вступу	грудень	виконано
3	Робота над першим розділом	січень-квітень	виконано
4	Робота над другим розділом	травень-вересень	виконано
5	Написання висновків	вересень	виконано
6	Оформлення додатку	жовтень	виконано
7	Оформлення роботи, рецензування	листопад	виконано
8	Захист	грудень	

Студент _____ Доценко О.А.

Керівник роботи _____ Заверико Н.В.

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____  _____ Апухтіна В. В.

ЗМІСТ

Вступ.....	10
Розділ 1 Актуальність теми епідемії ВІЛ/СНІД у контексті глобальних та регіональних проблем.....	11
1.1. Аналіз епідеміологічної ситуації з ВІЛ/СНІД у світі та Україні.....	11
1.2. Аналіз епідеміологічної ситуації з ВІЛ/СНІД у Запорізькому регіоні...	17
Розділ 2. Теоретичні основи профілактики ВІЛ/СНІД.....	22
2.1. Визначення поняття профілактика, медична профілактика, соціальна профілактика, структурна спеціальна профілактика, різні рівні втручань для різних категорій населення.....	22
2.2. Характеристика програм первинної профілактики.....	44
2.3. Програми зменшення школи як приклад вторинної профілактики у сфері ВІЛ/СНІД.....	50
2.4. Характеристика ключових/уразливих щодо ВІЛ/СНІД категорій населення.....	58
2.5. Взаємодії соціальних служб, громадськості та учасників уразливих груп.....	71
Розділ 3. Діяльність БО «БФ «Сподівання» з профілактичної роботи у сфері ВІЛ/СНІД в запорізькій громаді.....	77
3.1. Інформація про Благодійну організацію «Благодійний фонд «Сподівання».....	77
3.2. Проєкти БО «БФ «Сподівання» в період 2002-2022 років.....	79
Висновки.....	86
Список використаних джерел.....	88
Додатки.....	99

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АРТ – антиретровірусна терапія

ВІЛ, або вірус імунодефіциту людини – збудник захворювання, яке має назву ВІЛ-інфекція.

ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров'я

ВПО – внутрішньо переміщені особи, це люди, які залишили свої домівки, рятуючись від небезпеки, але не перетнули міжнародний кордон, а залишились на території рідної країни.

ВГ, вразливі групи населення – групи, які мають найвищий ризик потрапляння у складні життєві обставини через вплив несприятливих зовнішніх та/або внутрішніх чинників.

ГФ – глобальний Фонд боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією.

ДКТ – добровільне тестування на ВІЛ та консультивання.

ДКП – доконтактна профілактика ВІЛ-інфекції.

ЗПТ (замісна підтримувальна терапія) – визнаний у світі та найбільш економічно ефективний метод лікування осіб з розладами в результаті вживання наркотиків/психоактивних речовин (ПАР), компонент програми зменшення шкоди.

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом.

КГ (ключові групи населення) – такі групи, в середовищі яких епідемія ВІЛ розвивається непропорційно порівняно із загальним населенням.

ЛВНІ – аббревіатура, розшифровується як: які вживають наркотики ін'єкційним шляхом.

ЛГБТ+ – аббревіатура, розшифровується як: лесбійки, геї, бісексуали, трансгендерні особи, в деяких варіаціях сюди одають також літеру «К», яка позначає поняття «квір», або літеру «І» для позначення терміну «інтерсекс люди».

ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ.

НУО – неурядова організація.

ООН – організація об'єднаних націй.

ПАР – психоактивні речовини.

ПЗШ, програма зменшення шкоди – комплекс заходів, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ і зниження шкоди, пов'язаної із вживанням психоактивних речовин, особливо ін'єкційних наркотиків.

ПКП – пост-контактна профілактика ВІЛ-інфекції.

ПОШ – пункт обміну шприців.

СП – працівники / працівниці комерційного сексу.

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків.

СНІД – синдром набутого імунodefіциту СНІД-центр – центр з профілактики і боротьби зі СНІД ЦССМ — Центр соціальних служб для молоді.

ЧСЧ – чоловіки, які мають секс із чоловіками.

СЖО, складні життєві обставини – такі обставини, що були виявлені за результатами оцінки потреб, внаслідок яких сім'ї або особи не можуть самостійно піклуватися про особисте, сімейне життя та брати участь у суспільному житті.

СНІД – четверта клінічна стадія ВІЛ-інфекції. Розвивається за відсутності лікування.

СОГІ – аббревіатура, яка розшифровується так: сексуальна орієнтація / гендерна самоідентифікація.

ТЛ, трансгендерні люди (скорочено транс-люди) – термін, що позначає людей, чий гендерна ідентичність/ гендерна самоідентифікація так чи інакше не відповідають статі, приписаній при народженні.

ЧСЧ – аббревіатура, розшифровується як: чоловіки, які мають секс з чоловіками.

AMCF CITI – кейс-менеджмент дорослих чоловіків.

OCF – Optimized Case Finding, оптимізоване виявлення

UNAIDS – об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД.

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 77 с., 97 джерел, 3 додатки.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та проаналізувати систему заходів з профілактики ВІЛ/СНІДу, спрямованих на уразливі групи в Запорізькій громаді.

Об'єкт дослідження: профілактика ВІЛ/СНІДу серед уразливих груп у громаді.

Предмет дослідження: система заходів та програм, спрямованих на профілактику ВІЛ/СНІДу серед уразливих груп у Запорізькій громаді.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз і узагальнення наукових джерел з теми дослідження, законодавчих актів, що стосуються ВІЛ/СНІДу в громаді; емпіричні: огляд існуючих профілактичних програм, стандартів надання послуг, та аналіз статистичних даних та визначення сильних і слабких сторін системи профілактики в громаді, її можливостей та перешкод.

Теоретичне значення полягає в уточненні і конкретизації сутності понять «профілактика», «методи профілактики», «види профілактики (первинна, вторинна, третинна)», «ВІЛ/СНІД», «медична профілактика», «соціальна профілактика», «ключові групи/уразливі групи»; «профілактична програма», «громада».

Практичне значення дослідження полягає у визначенні конкретних потреб та ризиків уразливих груп щодо ВІЛ/СНІДу та розробці та впровадженні на практиці ефективних стратегій профілактики, які враховують специфіку громади.

Галузь використання: територіальна громада, державні соціальні служби, неурядові організації, заклади охорони здоров'я та освіти.

ПРОФІЛАКТИКА, МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ, ВИДИ ПРОФІЛАКТИКИ, ВІЛ/СНІД, СОЦІАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА, КЛЮЧОВІ ГРУПИ; ПРОФІЛАКТИЧНА ПРОГРАМА.

SUMMARY

Dotsenko S. O. HIV/AIDS Prevention among Vulnerable Groups in the Community.

The qualification work consists of an introduction, 3 parts, findings, a list of references (97 items).

The relevance of the topic in the context of global and regional HIV/AIDS epidemic problems is very timely for several key reasons: 1) the spread of the HIV epidemic remains a serious global health threat, especially in countries with high prevalence rates; 2) prevention is the main tool in the strategy to curb the spread of infection; 3) many population groups, such as: drug users, sex workers, LGBTQ+ community – remain more engaged in the context of the epidemic than others. Preventive measures targeted at these groups can significantly reduce the risks of infection and expand access to testing and treatment services.

The purpose of the study: to theoretically substantiate and analyze the system of HIV/AIDS prevention measures aimed at vulnerable groups in the Zaporizhzhia community.

The object of the study: theoretical substantiation and analysis the system of HIV/AIDS prevention measures aimed at vulnerable groups in the Zaporizhzhya community.

The subject of the study: the prevention of HIV/AIDS among vulnerable groups in the community.

The research tasks:

- to analyze theoretical positions regarding the research object; effectiveness of existing prevention programs;
- to study the role of educational and information campaigns in preventing HIV/AIDS among vulnerable groups and their impact on behavior change;
- to analyze the availability and quality of testing and counseling services for vulnerable groups;

- to formulate the specific recommendations for improving the prevention system and increasing its effectiveness for vulnerable groups in the community.

Part 1 “Relevance of the HIV/AIDS Epidemic in the Context of Global and Regional Problems” discusses the relevance of the HIV/AIDS epidemic in the context of global and regional problems, analyzing the epidemiological situation worldwide, in Ukraine, and specifically in the Zaporizhia region, while Chapter 2 focuses on the theoretical foundations of HIV/AIDS prevention.

Part 2 “Theoretical foundations of HIV/AIDS prevention”

defines the concept of prevention, including medical, social, and structural specialized prevention, and different intervention levels for various population categories; characterizes primary prevention programs; discusses harm reduction programs as examples of secondary prevention in HIV/AIDS; describes key/vulnerable population categories in relation to HIV/AIDS; and explores the interactions between social services, the community, and members of vulnerable groups.

Part 3 “Activities of the “CF “Hope” in preventive work in the field of HIV/AIDS in the Zaporizhzhya community” provides information about the charitable organization “Hope Charity Fund,” and section 3.2 details the projects undertaken by this organization during the period 2002-2022.

The results of the research can be used in the work of teachers of higher education institutions in the process of developing methodological support for future social pedagogues; in the work of non-profit organizations, hospitals and local authorities of the city of Zaporizhia and the Zaporizhia region.

Keywords: prevention, methods of prevention, types of prevention, hiv/aids, social prevention, key groups; preventive program.

ВСТУП

Актуальність теми у контексті глобальних та регіональних проблем ВІЛ/СНІД епідемії є дуже своєчасною з кількох ключових причин: 1) розповсюдження епідемії ВІЛ залишається серйозною глобальною загрозою для здоров'я, особливо в країнах з високим рівнем захворюваності; 2) профілактика є основним інструментом у стратегії стримування розповсюдження інфекції; 3) багато груп населення, таких як: споживачі наркотиків, секс-працівники/ці, ЛГБТQ+ спільнота – залишаються залученими до контексту епідемії більше, ніж інші. Профілактичні заходи, спрямовані на ці групи, можуть значно зменшити ризики інфікування та розширити доступ до послуг тестування та лікування.

ВІЛ/СНІД може призводити до серйозних соціально-економічних проблем, включаючи втрату працездатності, соціальну виключеність та стигматизацію та дискримінацію представників уразливих спільнот. Профілактичні заходи можуть допомогти уникнути цих наслідків.

Зусилля у сфері профілактики сприяють глобальній солідарності в боротьбі з епідемією ВІЛ. Міжнародні ініціативи та програми допомагають у скороченні рівня захворюваності та підтримці країн з високим ризиком, до яких входить і Україна.

Таким чином, тема профілактики ВІЛ/СНІД є надзвичайно актуальною в сучасному світі і вимагає постійної уваги, наукових досліджень та розробки ефективних стратегій для стримування поширення епідемії та покращення якості життя уразливих груп.

Регіональна актуальність даної проблеми є незаперечною з точки зору залучення до розробки, планування та реалізації стратегічних комплексних програм як відповідь широкого кола фахівців сфери охорони здоров'я, ВІЛ-сервісних організацій, громадянського суспільства, особливо спільнот ключових груп населення Запорізької області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу. Досягнуті на сьогоднішній день успіхи продемонстрували, що міцне лідерство у поєднанні

з інноваційними технологіями та практикою, фінансовими інвестиціями та участю громад може сприяти придушенню передачі захворювань, покращувати результати лікування та рятувати життя, тож об'єднання загальних підходів та підходів до конкретних захворювань, таким чином, диктує, щоб у центрі заходів у відповідь на епідемію перебували люди.

Саме профілактичний підхід є передумовою та рівноцінною складовою континуума «профілактика-діагностика-лікування-догляд» у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу по всьому світі.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та проаналізувати систему заходів з профілактики ВІЛ/СНІДу, спрямованих на уразливі групи в Запорізькій громаді.

Об'єкт дослідження: профілактика ВІЛ/СНІДу серед уразливих груп у громаді.

Предмет дослідження: система заходів та програм, спрямованих на профілактику ВІЛ/СНІДу серед уразливих груп у конкретній громаді.

Для реалізації мети дослідження було визначено наступні завдання:

1. Аналіз теоретичних положень щодо об'єкта дослідження; ефективності існуючих профілактичних програм.
2. Вивчення ролі освітніх та інформаційних кампаній в попередженні ВІЛ/СНІДу серед уразливих груп та їх вплив на зміну поведінки.
3. Аналіз доступності та якості послуг з тестування та консультивання для уразливих груп.
4. Формулювання конкретних рекомендацій щодо удосконалення системи профілактики та підвищення її ефективності для уразливих груп у громаді.

Методи дослідження:

1. Огляд наукових публікацій, документів та статистичних звітів, що стосуються профілактики ВІЛ/СНІДу серед населення, особливо серед уразливих груп.
2. Огляд існуючих профілактичних програм, стандартів надання послуг, та

законодавчих актів, що стосуються ВІЛ/СНІДу в громаді.

3. Аналіз статистичних даних та визначення сильних і слабких сторін, можливостей та загроз системи профілактики в громаді.

Застосування цих методів дозволить отримати комплексне розуміння ефективності існуючих заходів та визначити шляхи вдосконалення системи профілактики ВІЛ/СНІДу для уразливих груп у конкретній громаді.

Теоретичне значення полягає в уточненні і конкретизації сутності понять «профілактика», «методи профілактики», «види профілактики (первинна, вторинна, третинна)», «ВІЛ/СНІД», «медична профілактика», «соціальна профілактика», «ключові групи/уразливі групи»; «профілактична програма», «громада».

Практичне значення дослідження полягає у визначенні конкретних потреб та ризиків уразливих груп щодо ВІЛ/СНІДу та розробці та впровадженні на практиці ефективних стратегій профілактики, які враховують специфіку громади. Отримані дані можна використовувати для розробки освітніх кампаній, спрямованих на підвищення обізнаності та свідомості уразливих груп та громади в цілому щодо проблем ВІЛ/СНІДу, в узгодженні зусиль між громадою, неприбутковими організаціями, лікарнями та місцевими владами для ефективної реалізації програм з профілактики та підтримки уразливих груп та покращення якості життя уразливих груп у м. Запоріжжі та Запорізькій області.

РОЗДІЛ 1

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІД У КОНТЕКСТІ ГЛОБАЛЬНИХ ТА РЕГІОНАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ

1.1. Аналіз епідеміологічної ситуації з ВІЛ/СНІД у світі та Україні

Глобальна епідемія ВІЛ/СНІД супроводжує людство майже 40 років, тому зараз важливо бачити загальну картину епідемії та будувати стратегію подолання її також на глобальному рівні.

Статистичні дані та їх аналіз надають можливість фахівцям тримати руку на пульсі епідемії, визначати шляхи розповсюдження, масштаби проблеми та шляхи її вирішення.

Статистика наведена за матеріалами ЮНЕЙДС, Програми Організації Об'єднаних Націй, яка є світовим лідером у питаннях позиціонування, формування та масштабування заходів протидії ВІЛ:

1. Загальносвітова кількість людей, які живуть із ВІЛ, у 2022 р. становила 39 млн (33,1-45,7 млн) осіб.
2. Число нових випадків інфікування ВІЛ у 2022 р. становило 1,3 млн (1-1,7 млн) осіб.
3. Число людей, які померли від пов'язаних зі СНІДом хвороб у 2022 р., склало 630 000 (480 000-880 000) осіб.
4. 29,8 млн осіб отримували антиретровірусну терапію у 2022 р.
5. 85,6 млн (64,8-113 млн) осіб інфікувалися ВІЛ, а 40,4 млн (32,9-51,3 млн) осіб померли від пов'язаних зі СНІДом хвороб з початку епідемії.

Люди, які живуть із ВІЛ: у 2022 році кількість людей, які живуть із ВІЛ, становила 39 млн (33,1-45,7 млн) осіб: 37,5 млн. (31,8-43,6 млн.) дорослих (15 років і старше), 1,5 млн (1,2-2,1 мільйона) дітей (у віці 0-14 років). Жінки та дівчатка становили 53 % усіх людей, які живуть із ВІЛ.

У 2022 році 86 % (73-98 %) усіх людей, які живуть із ВІЛ, знали свій статус.

До речі, ця пропорція зберігається протягом всього часу спостереження епідемії ВІЛ/СНІД у світі з кінця 80 років ХХ століття.

Найважливіший аспект реагування на епідемію – це створення та призначення людям, які живуть з ВІЛ, антиретровірусних препаратів у вигляді АРТ (антиретровірусна терапія).

Наприкінці грудня 2022 року 29,8 млн осіб (76 % (65-89 %) усіх людей, які живуть з ВІЛ) отримували антиретровірусну терапію, що значно більше за показник 7,7 млн у 2010 році. 77 % (65-90 %) дорослих віком 15 років і старше і лише 57 % (44-78 %) дітей віком 0-14 років мали доступ до лікування. 82 % (69-95 %) дорослих жінок віком 15 років і старше мали доступ до лікування, при цьому такий доступ був лише у 72 % (60-84 %) дорослих чоловіків віком від 15 років. 82 % (64-98 %) вагітних жінок, які живуть з ВІЛ, мали доступ до лікування із застосуванням антиретровірусних препаратів з метою запобігання передачі вірусу плоду у 2022 році.

Але все ще велика кількість ВІЛ-інфікованих осіб по всьому світу не мають повноцінного доступу до лікування, у 2022 році ця кількість склала 9,2 млн людей.

Епідемія ВІЛ/СНІД у світовому масштабі дещо уповільнила свої темпи, число нових випадків інфікування ВІЛ скоротилося на 59 % порівняно з 1995 роком, коли цей показник досяг пікового значення. У 2022 році кількість нових випадків ВІЛ-інфекції становила близько 1,3 млн (1-1,7 млн) осіб, порівняно з 3,2 млн (2,5-4,3 млн) осіб у 1995 році. Жінки та дівчатка становили 46 % нових випадків ВІЛ-інфекції у 2022 році. У 2022 році показник нових випадків ВІЛ-інфекції знизився на 38 % щодо 2010 року, з 2,1 млн. (1,6-2,8 млн.) до 1,3 млн. (1-1,7 млн.). У 2022 році показник нових випадків ВІЛ-інфекції серед дітей знизився на 58 % щодо 2010 року з 310 000 (210 000-490 000) до 130 000 (90 000-210 000).

СНІД як термінальна стадія ВІЛ-інфекції все ще забирає людські життя: число людей, які померли внаслідок пов'язаних зі СНІДом хвороб, знизилося на 69 % щодо пікового показника 2004 року та на 51 % щодо показника 2010 року.

У 2022 році загальносвітова кількість померлих від пов'язаних зі СНІДом

хвороб становила 630 000 (480 000-880 000) осіб. Для порівняння цей показник становив 2,0 млн (1,5-2,8 млн) осіб у 2004 році та 1,3 млн (970 000–1,8 млн) осіб у 2010 році. Рівень смертності, пов'язаної зі СНІДом, з 2010 року знизився на 55 % серед жінок та дівчаток та на 47 % серед чоловіків та хлопчиків.

Ключові групи населення (споживачі ін'єкційних наркотиків представники секс-бізнесу, чоловіки – геї, трансгендерні особи), досі лишаються найбільш уразливою до ВІЛ/СНІД категорією. У всьому світі серед дорослих людей (віком від 15 до 49 років) медіанна поширеність ВІЛ становила 0,7 %.

Однак серед ключових груп ризику медіанна поширеність була вищою:

- 5,0 % серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики;
- 2,5 % серед працівників секс-бізнесу
- 7,5 % серед чоловіків-геїв та інших чоловіків, які мають статеві стосунки з чоловіками
- 10,3 % серед трансгендерних осіб
- 1,4 % серед ув'язнених.

Глобальні цифри статистики епідемії ВІЛ/СНІД дозволяють світовій спільноті реагувати на нерівномірність прогресу протидії епідемії та планувати нові стратегії.

Все більшої важливості зараз набирає нова інтерпретація завдання з лікування ВІЛ і нова кінцева мета – амбітна, але цілком досяжна:

- до 2020 року 90 % всіх людей, які живуть із ВІЛ, повинні знати про свій статус;
- до 2020 року 90 % всіх людей, у яких діагностовано ВІЛ-інфекцію, мають стабільно отримувати антиретровірусну терапію;
- до 2020 року у 90 % людей, які отримують антиретровірусну терапію, має спостерігатись вірусна супресія.

Ще одна стратегічна ціль – досягти цілі тестування та лікування (95-95-95).

У 2022 році 86 % (73-98 %) усіх людей, які живуть із ВІЛ, знали свій статус. Серед людей, які знають свій статус, 89 % (75-98 %) мали доступ до лікування. І

у 93 % (79-98 %) людей, які отримують терапію, було досягнуто пригніченого вірусного навантаження.

У 2022 році з усіх людей, які живуть з ВІЛ, 86 % (73-98 %) знали свій статус, 76 % (65-89 %) мали доступ до лікування та 71 % (60-83 %) досягли пригніченого вірусного навантаження.

П'ять країн – Ботсвана, Есватині, Руанда, Танзанія та Зімбабве – вже досягли цілей 95-95-95 до 2022 року.

Величезне значення у світовій протидії епідемії ВІЛ/СНІД має фінансування програм протидії ВІЛ по всьому світі. На жаль, спостерігається світова тенденція скорочення ресурсів та брак фінансування у деяких важливих галузях в системі охорони здоров'я, сучасних наукових розробок ліків тощо. У 2022 році на програми протидії ВІЛ у країнах з низьким та середнім рівнем доходу було виділено 20,8 млрд доларів США (у постійних цінах, виражених у доларах США, станом на 2019 рік), що менше на 2,6 %, ніж у 2021 року, і значно менше показника 29,3 млрд доларів США, якого необхідно досягти до 2025 року. Близько 60 % ресурсів, доступних у 2022 році, було отримано із внутрішньодержавних джерел, порівняно з близько 50 % у 2010 році.

Скорочення ресурсів, доступних для протидії ВІЛ у 2022 році, зумовлене скороченням як міжнародного, так і внутрішньодержавного фінансування. За оцінками, 2022 року дефіцит фінансування програм профілактики ВІЛ для представників ключових груп населення становив 90 % порівняно з обсягом фінансування, якого необхідно досягти до 2025 року.

Всі ключові аспекти протидії епідемії ВІЛ/СНІД та інших супутніх хвороб прямо пов'язані з браком фінансування, тож людство об'єднується для нової стратегії боротьби.

Успіх вимагатиме постійної прихильності та гнучких підходів до боротьби зі змінною епідемією, активізації зусиль з первинної профілактики, диференційованого надання послуг для задоволення різноманітних потреб конкретних груп населення та умов та ефективної готовності до спалахів. Він також вимагатиме постійних інвестицій в інноваційні технології, включаючи

нові схеми лікування та можливості розробки вакцини та повного лікування.

Останні наукові досягнення у галузі лікування ВІЛ та технологій, а також інноваційні методи надання послуг надають для цього безпрецедентну можливість.

1.2. Аналіз епідеміологічної ситуації з ВІЛ/СНІД у Запорізькому регіоні.

Поширеність ВІЛ-інфекції, за даними медичного нагляду, у регіонах України на 100 000 населення станом на 01.10.2023 за даними Центру громадського здоров'я (ЦГЗ) МОЗ: впродовж дев'яти місяців 2023 року виявлено та офіційно зареєстровано 8 809 випадків ВІЛ-інфекції (21,5 на 100 000 населення), із найвищими показниками захворюваності на ВІЛ-інфекцію у Дніпропетровській (68,1), Одеській (59,2), Миколаївській (33,6) та Київській (30,6) областях. Як і раніше, найбільше випадків ВІЛ-інфекції було зареєстровано серед вікової групи 30-49 років (72,6 %), а у статевій структурі переважають чоловіки (64,6 %). У середньому щодня в Україні реєстрували 32 випадки захворювання на ВІЛ-інфекцію, 9 випадків захворювання на СНІД і 4 смерті від хвороб, зумовлених СНІДом. У структурі шляхів інфікування ВІЛ переважає статевий (73,9 %); на парентеральний шлях інфікування внаслідок ін'єкційного вживання наркотичних препаратів припадає 25,5 %, але порівняно з третім кварталом 2022 року (68,2 %) є тенденція до збільшення частки статевого шляху передавання.

У Запорізькій області спостереження за перебігом ВІЛ-інфекції почалося ще у 1991 році. Наразі цим опікується підрозділ МіО «Відділення Центру СНІД» при обласній інфекційній лікарні.

За даними електронного «Бюлетеню Комунального неприбуткового підприємства «Обласна інфекційна клінічна лікарня» Запорізької обласної адміністрації «Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІД в Запорізькій області

станом на 01.10.2023 року» кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я області на 01.10.2023 року, складає 4723 особи та 6 іноземців, у тому числі 1571 особи та 2 іноземця хворих на СНІД.

З усього числа ВІЛ-інфікованих пацієнтів – 171 дитина, з них з підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекція 50 дітей, у т.ч. 16 дітям встановлений діагноз «СНІД».

Показник поширеності ВІЛ-інфекції на 01.10.2023 року склав 288,4 на 100 тис. населення, (на 01.10.2022 рік – 284,8 на 100 тис. населення).

Показник поширеності СНІДу в області на 01.10.2023 року становить 95,9 на 100 тис. населення, (на 01.10.2022 рік – 97,2 на 100 тис населення).

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в області на 100 тис. населення за 9 місяців 2023 р., у порівнянні з 9 місяцями 2022 року, зменшилась на 11,2 % у 2023 році і складає 15,45 (253 осіб) проти 2022 рік 17,4 – 285 осіб.

Середньообласний показник захворюваності на СНІД у звітному періоді зменшився на 21,7 % та склав 2,2 на 100 тис. населення (36 осіб проти 46 осіб у 2022 році).

Показник смертності хворих від СНІД у звітному періоді 2023 року на тому ж рівні і склав 1,4 на 100 тис. населення.

За 9 місяців 2023 році серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб померло 19 осіб, також померло від ко-інфекції ВІЛ/туберкульоз за звітний період 2023 року 8 осіб.

Протягом 9 місяців 2023 року серед пацієнтів, взятих на медичний облік з ВІЛ-інфекцією, статевий шлях зараження виявлений у 64,4 % випадків, при вживанні ін'єкційних наркотиків у 26,9 % випадків. Протягом 9 міс 2023 року народилось 22 дитини від ВІЛ-інфікованих матерів (2022 рік – 40 дітей).

За показниками обстеження на СД-4 серед вперше виявлених пацієнтів мали цей показник більше 500 кл/мкл (21,4 %), від 350 до 499 кл/мкл (12,3 %); від 200 до 349 (23,4 %) та мали СД4 менше 200 кл/мкл (42,9 %).

Серед виявлених ВІЛ-інфікованих осіб протягом 9 місяців 2023 року

67,2 % становлять чоловіки, 32,8 % – жінки. Основна кількість виявлених ВІЛ-інфікованих - особи репродуктивного та працездатного віку, 18-49 років (75,9 %). За даними серологічного епідеміологічного моніторингу протягом 9 місяців 2022 року відмічається зменшення числа обстежень на ВІЛ-інфекцію на 46,3 % та становить 39337 обстежень (24,0 на 1000 населення) проти 74405 у 2021 році (44,67 на 1000 населення). З числа обстежених протягом 9 місяців 2022 року виявлено 285 осіб з позитивними результатами на антитіла до ВІЛ (9 міс. 2021 року – 396 осіб).

Поширеність ВІЛ серед груп підвищеного ризику склала 3,6 %. За звітний період серед донорів виявлено 4 особи.

У порівнянні з 2021 роком питома вага поширення ВІЛ серед вагітних жінок збільшилась у 4,5 рази, з ВІЛ-позитивним статусом виявлено 4 вагітних жінок.

Отримують антиретровірусну терапію 3759 ВІЛ-інфікованих мешканців Запорізької області – 83 % від кількості осіб, які знаходяться на медичному обліку в закладах охорони здоров'я області. З них отримують за кордоном 180 осіб та 37 осіб в інших регіонах.

Також, протягом звітного періоду до сайтів АРТ лікарень області звернулося 52 мешканців інших регіонів України за терапією та 88 з окупованих територій Запорізької області. АРВП надавалася всім особам, які її потребували.

За даними сероепідмоніторингу протягом 9 місяців 2022 року відмічається зменшення числа обстежень на ВІЛ-інфекцію на 46,3 % та становить 39337 обстежень (24,0 на 1000 населення) проти 74405 у 2021 році (44,67 на 1000 населення).

З числа обстежених протягом 9 місяців 2022 року виявлено 285 осіб з позитивними результатами на антитіла до ВІЛ (9 міс. 2021 року – 396 осіб).

Показник виявлення ВІЛ за кодом 100 за 9 міс. 2022 року збільшився на 37,7 % склав 0,72 % проти 0,53 % за цей період 2021 року.

Найвищий рівень інфікованості ВІЛ виявлено при обстеженні осіб з ключових груп:

- споживачі ін'єкційних наркотиків – 15,05 %;

- особи, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими особами – 10,51 %;
- гомосексуальні контакти – 9,52 %;
- особи з ризикованою статевою поведінкою – 2,29 %.

За звітний період з цих груп обстежено на ВІЛ в ЗОЗ області 3519 осіб протягом 9 міс. 2022 р., що склало 17,6 % від загального числа обстежених, без урахування донорів та вагітних. Поширеність ВІЛ серед груп підвищеного ризику склала 3,6 %. За звітний період серед донорів виявлено 4 особи. У порівнянні з 2021 роком питома вага поширення ВІЛ серед вагітних жінок збільшилась у 4,5 рази, з ВІЛ-позитивним статусом виявлено 4 вагітних жінки.

З часу вторгнення РФ на території Запорізької області з всієї кількості сайтів АРТ – 18, наразі знаходяться на тимчасово окупованій території – 14. Зазнали порушень приміщень внаслідок бомбардувань та обстрілів артилерії – Василівська, Вільнянська та Оріхівська БЛІЛ. Протягом останнього часу на території Оріхівського району ведуться активні бойові дії.

Всі сайти АРТ, які знаходяться на окупованих територіях, не мають можливість внесення даних до МІС МСЗХ (Медичної інформаційної системи «Моніторинг соціально значущих хвороб»). З 4 сайтів були вимушені виїхати фахівці-лікарі, медичні сестри.

Тимчасово було припинене тестування в деяких проєктах з метою забезпечення безпеки співробітників та клієнтів, тому що деякі медичні заклади не працювали та не відновили свою діяльність досі.

Наразі тільки 4 сайти з 18 (два сайти у Запоріжжі, у Вільнянську, Оріхівський сайт) мають доступ до Інтернету та МІС Навантаження на фахівців Запорізького обласного центру СНІДу КНП «ОІКЛ» ЗОР значно збільшилось.

Тестування в проєктах НУО, таких як БО «БФ «Сподівання». БО «Мережа 100 відсотків життя. Запоріжжя», БО «БФ «Все можливо» та БО «БФ «Гендер Зед» продовжується, тому що значна кількість клієнтів лишилася у м. Запоріжжі, а також додалася певна кількість осіб, що потребують тестування з числа внутрішньо-переміщених осіб.

Україна зробила значний прогрес у боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІДу,

зокрема в забезпеченні доступності та якості антиретровірусної терапії (АРТ), профілактичних програм для груп ризику та наукового супроводу проблеми. Однак війна в Україні створила нові виклики та загрози для людей, які живуть з ВІЛ, такі як масова міграція, порушення логістичних ланцюгів, знищення медичної інфраструктури та обмеження доступу до послуг. Україна продовжує демонструвати стійкість у своїй відповіді на ВІЛ, співпрацюючи з міжнародними партнерами, такими як Глобальний фонд та PEPFAR, а також залучаючи громадські організації та ключові спільноти.

В наступному розділі мова піде про профілактичні програми у сфері ВІЛ/СНІД, як найбільш успішним інструментам протидії епідемії на всіх рівнях – на світовому, національному та регіональному.

РОЗДІЛ 2

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ/СНІД

2.1. Визначення поняття профілактика, медична профілактика, соціальна профілактика, структурна спеціальна профілактика, різні рівні втручань для різних категорій населення

Сучасний світ вже давно існує в парадигмі безперервного подолання перепон на шляху до благополуччя та взаєморозуміння між людиною та оточуючим и його соціально-економічними та демографічними чинниками.

Однією з таких перепон, яка виникла у ХХ столітті є епідемія ВІЛ-інфекції, яку прийнято відносити до так званих «соціально-значущих хвороб». Поняття «соціально значущі захворювання» виникло у ХІХ столітті під час активного промислового розвитку. Основною ознакою цієї групи хвороб є здатність до широкого поширення у зв'язку із соціально-економічними умовами життєдіяльності людини, а також обмеженим доступом до кваліфікованої медичної допомоги. Перелік соціально значущих захворювань закріплений МКБ-10 [13]. До нього входять інфекційні (туберкульоз, ПСШ, ВІЛ, гепатити В і С) та неінфекційні (злоякісні новоутворення, цукровий діабет, психічні розлади та розлади поведінки, а також хвороби, що характеризуються підвищеним кров'яним тиском) захворювання.

У 2002 році на відкритті ІУ Міжнародної конференції по проблемам ВІЛ/СНІДу виконавчий директор ООН СНІД Пітер Піот відмітив: «Сьогодні ми можемо з прикрістю визнати, що епідемія виявилася набагато більш серйозною, чим передбачалося, і сказати – якби ж тільки могли знати тоді те, що знаємо сьогодні. Сьогодні ми знаємо, що ефективна протидія можлива – при умові політичної підтримці, і якщо ми не зробимо все можливе сьогодні та завтра, потім буде пізно, і епідемія приведе до катастрофи».

Глобальне розповсюдження ВІЛ/СНІДу по країнам та континентам на

початку XXI століття, залучення до «орбіти» епідемії все ширших прошарків населення явило собою загрозу соціально-економічному розвитку для всіх країн світу. Масштаби кризи перевищили усі найгірші прогнози десятирічної давнини.

Для подолання епідемії ВІЛ/СНІДУ ще на початку століття людство створило та продовжує розвивати цілу систему державних політик, інституцій та механізмів на рівні ООН (Об'єднана програма ООН СНІД ЮНЕЙДС), ВООЗ (Всесвітня організація охорони здоров'я) та різноманітних програм у країнах, де ця епідемія мала найбільше поширення.

Кожна країна визначилася з групами населення, яких найбільшою мірою торкнулася епідемія та схильні до ризику зараження ВІЛ, вірусним гепатитом та інфекціями, які передаються статевим шляхом, і взяти на себе зобов'язання щодо вжиття заходів, які відповідають місцевим епідеміологічним умовам та умовам системи охорони здоров'я, при одночасному дотриманні основних прав людини та приділення особливої уваги справедливому доступу до охорони здоров'я та практики, заснованої на фактичних даних.

«Наразі у 20-роках XXI століття ми маємо тенденцію до поширення великих епідемій з нерівномірним прогресом розвитку. ВІЛ, вірусний гепатит та інфекції, що передаються статевим шляхом, у сукупності щорічно стають причиною 2,3 мільйона смертей та 1,2 мільйона випадків раку та як і раніше лягають серйозним тягарем на громадську охорону здоров'я всьому світі. Понад 1 мільйон людей щодня заражаються інфекціями, переданими статевим шляхом, і щороку 4,5 мільйона людей заражаються ВІЛ, гепатитом В і гепатитом С.

Незважаючи на успіхи у боротьбі з цими трьома захворюваннями, глобальні заходи реагування відстають від наміченого і більшість загальносвітових цілей у галузі охорони здоров'я на 2020 р. досягнуто не було. Не всі переваги, що надаються наявними засобами та технологіями, реалізуються практично, багато груп населення залишаються поза увагою, а прискорити просування вперед не вдається через структурні, системні та збережені фінансові перешкоди. Пандемія COVID-19 ще більше ускладнила прогрес, і щоб припинити ці епідемії, необхідно діяти у прискореному режимі.

Епідемії ВІЛ, вірусного гепатиту та інфекцій, що передаються статевим шляхом, і заходи у відповідь знаходяться на різних стадіях» **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**

Глобальна епідемія ВІЛ трансформувалася внаслідок широкомасштабного розширення антиретровірусної терапії, що призвело до зниження глобальної смертності від ВІЛ до найнижчого рівня з 1994 року. Проте з урахуванням того, що у 2020 р. від причин, пов'язаних з ВІЛ, померло 680 000 осіб, смертність, як і раніше залишається неприйнятно високою, а прогрес у зниженні смертності сповільнюється. Крім того, понад 1,5 мільйона людей щорічно заражаються ВІЛ-інфекцією, та досягнення глобальних цілей скорочення цього числа відстає від графіка. Доступ до послуг для дітей та підлітків відстає від прогресу, досягнутого для дорослих. Ключові групи населення у контексті ВІЛ включають чоловіків, які практикують секс із чоловіками, споживачів ін'єкційних наркотиків, секс-працівників, трансгендерів та осіб, що ув'язнені. На ключові групи населення та їх партнерів доводиться 65 % людей, що заражаються ВІЛ у всьому світі, проте ці групи населення стикаються з багатьма перешкодами щодо доступу до послуг, включаючи правові та політичні бар'єри та структурні та соціальні детермінанти здоров'я у секторі охорони здоров'я та за його межами.

Ситуація з перебігом ВІЛ/СНІД епідемії у Україні з моменту виявлення вірусу та початку епідемічного нагляду у 1987 році та до сьогоднішнього дня цілком вкладається в систему реагування на епідемію у світі.

На початку нового тисячоліття Україна приєдналася до «Декларації тисячоліття» ООН і взяла на себе зобов'язання досягти Цілей розвитку тисячоліття (до 2015 року) та Цілей сталого розвитку (2016–2030 рр.), в яких пункти 3 та 5 акцентують увагу країн-учасниць на необхідності спрямування зусиль щодо надання якісної медичної допомоги та налагодження міжсекторальної взаємодії.

Всі наступні роки наша країна просувала у своїй державній політиці у сфері охорони здоров'я кардинальне, системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне

обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав.

Головними напрямками реформ стали підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, а відтак – надання адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення тощо.

В цьому контексті на першому місці стоїть профілактика.

Український тлумачний словник дає наступне визначення: «профілактика (від *πρόφύλακτικός* – «запобіжний») – заходи, що запобігають виникненню й поширенню хвороб, сприяють охороні здоров'я населення» **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**

Поняття «профілактика» поширено у багатьох сферах людської діяльності: профілактика в медицині застосовується як комплекс медичних, санітарно-технічних, гігієнічних, педагогічних та соціально-економічних заходів, спрямованих на попередження захворювань та усунення факторів ризику; профілактика в техніці – це попереджувальні заходи для підтримки технічного об'єкта та обладнання у справному або працездатному стані; профілактика правопорушень – комплексне застосування компетентними суб'єктами загальних і спеціальних заходів, спрямованих на недопущення правопорушень та їх запобігання, ліквідацію причин та умов, що їх викликають.

Види застосування в тих чи інших галузях людського життя та діяльності профілактичних заходів об'єднує саме превентивна (попереджувальна) складова, яка дозволяє уникнути або виправити ті, чи інші фактори ризику чи небажаних наслідків.

Становлення профілактики як окремої системи заходів починалося ще у ХІХ століття, коли людство почало розвивати медичні галузі науки, в тому числі, наприклад, медичні препарати, що не тільки лікували, а й запобігали розвитку чи поширенню хвороб, які до цього поширювалися дуже швидко та наносили велику шкоду здоров'ю та людським життям.

З розвитком наукових підходів до проблем попередження хвороб та

застосуванням певних втручань поступово змінювалося поняття «профілактика», воно набувало більш різноманітних значень та почало поширюватися на інші сфери діяльності людини: економічну, соціальну, політичну, психолого-педагогічну та освітню.

У кожній з цих сфер профілактичні заходи набували окремого, оригінального змісту, але не втрачали основного: попередження якихось негативних наслідків чи рецидивів людського життя.

Загалом вчені виділяють у профілактиці: методи, види, рівні, моделі профілактики.

Соціальна профілактика, у тому числі у сфері протидії ВІЛ/СНІДу ґрунтується на міжнародних документах ООН, ВООЗ, ЮНЕЙДС, Програм Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Вплив впровадження Програми Глобального Фонду у період з 2002 по 2023 рр. відіграли велику роль у змінах процесу формування, реалізації та оцінки політики охорони здоров'я, в тому числі і в Україні.

Міжнародні керівні принципи по ВІЛ/СНІДу та правам людини, які прийняті ООН на Третій міжнародній консультації по ВІЛ/СНІДу та правам людини у Женеві 25-26 липня 2002 року, визначають керівний принцип 6. (переглянутий): доступ до профілактики, лікуванню, догляду та підтримці як основоположний:

«Державам слід прийняти законодавство з метою регулювання питань, пов'язаних з товарами, послугами та інформацією в області ВІЛ, маючи на увазі забезпечити широку доступність якісних профілактичних м'ячів та послуг належне інформування про лікувально – профілактичні аспекти ВІЛ, а також безпечно та ефективно та доступне лікування за доступними цінами.

Державам також слід прийняти міри, необхідні для того, щоби забезпечити наявність та доступність для всіх людей на сталій та рівноправній основі, якісних товарів, послуг та інформації для профілактики лікування, догляду та підтримці при ВІЛ/СНІДі, включаючи антиретровірусні та інші безпечні та ефективні ліки, засоби діагностики та супроводжуючі технології, що використовуються для

профілактичного, лікувального і паліативного догляду при ВІЛ та супроводжуючих опортуністичних інфекціях та станах.

Державам слід прийняти такі міри, як на національному так і міжнародному рівні, приділяючи особливу увагу уразливим особам та групам населення» **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**.

Цей міжнародний документ і досі є таким, на якому ґрунтуються всі норми міжнародного права у сфері ВІЛ/СНІД та Програми реагування на розповсюдження ВІЛ-інфекції у світі та провідні дослідження стосовно національних та регіональних оцінок стану з ВІЛ/СНІДу в Україні.

Актуальним питанням теорії і практики соціальної роботи в Україні як інструменту підготовки та подальшої професійної діяльності в тому числі і в сфері ВІЛ/СНІДу присвячено роботи І. Беґа, І. Зверєвої, Н. Заверико, М. Лукашевича, І. Миговича. О. Безпалько, І. Зверєва, Т. Веретенко, Т. Семігіної.

Дослідження зарубіжного досвіду соціальної роботи і професійної підготовки соціальних працівників представлено у працях Р. Вайноли, О. Ольхович, В. Поліщук, А. Попової та інших.

Теоретико-методологічні засади державного управління у сфері соціального захисту, взаємодія з громадськими організаціями, шляхи вирішення ключових питань реалізації державної соціальної політики у сфері ВІЛ/СНІДу досліджували українські вчені: В. Авер'янов, М. Білинська, Н. Діденко, М. Кравченко, О. Корольчук, О. Лебединська та ін.

Окремі аспекти формування та розвитку сучасної системи протидії ВІЛ/СНІДу в Україні висвітлені у працях: Т. Бордуніс, Т. Дешко, Т. Семігіної, Є. Романенко, В. Рудого, О. Сафіного, І. Сенюти, П. Скали, О. Тараханіч, А. Толопило, І. Хожило, О. Худоби, А. Якобчука та ін.

Медична профілактика у сфері ВІЛ/СНІД є специфічною складовою системи профілактики. Профілактика та протидія епідемії ВІЛ/СНІДу визнана в Україні державним пріоритетом, адже проблема ВІЛ-інфекції вже давно вийшла за межі суто медичної.

В Україні зростає показник захворюваності соціально-небезпечних

хворою: вірусними гепатитами, туберкульозом, інфекціями, що передаються статевим шляхом, тож важливим аспектом стає комплексний підхід медико-соціальних, а саме профілактика, виявлення, взяття під медичний догляд та подальше лікування осіб, які інфікувалися ВІЛ, ТБ, ВГС ППСШ.

Поняття «громадське здоров'я» все частіше використовується як континуум таких понять як «профілактика» – «лікування» – «догляд» та застосовується у світі та в Україні як система профілактики, вакцинації, тестування та подальшого лікування всіх груп населення.

Це стосується сексуального та репродуктивного здоров'я населення, надання послуг у галузі планування сім'ї: сприяння правильному та послідовному використанню чоловічих та жіночих презервативів та лубрикантів за допомогою новаторських програм; та сприяння доступу до вакцин, зокрема проти вірусу папіломи людини та гепатиту В; є найважливішими заходами щодо скорочення числа нових випадків інфікування, а саме: тестування на ВІЛ, сифіліс та вірус гепатиту В при допологовому спостереженні; лікування вагітних жінок з позитивним результатом тесту та запобігання передачі інфекції (інфекцій) їх новонародженим; консультування вагітних жінок та їх партнерів; безпечне розродження; спостереження за підданими ризику зараження немовлятами, включаючи дозу вакцини проти гепатиту В при народженні та завершення тридозової серії вакцини проти гепатиту В; оптимальне годування немовлят; і подальше лікування та догляд за матерями, дітьми та сім'ями; доступ до послуг для всіх жінок репродуктивного віку до або між вагітностями також має вирішальне значення для скорочення випадків передачі інфекції під час вагітності.

ВООЗ приділяє величезне значення застосуванню сучасних комплексних підходів до вакцинації, догляду та лікування інфекційних хвороб на національних рівнях для всіх категорій населення, особливо дитячого.

Близько половини всіх дітей, що живуть із ВІЛ, на жаль, не діагностуються і їм не призначається антиретровірусна терапія. Тож у своїх керівництвах міжнародні авторитетні організації закликають терміново розширити доступ до

ефективної антиретровірусної терапії (АРТ).

Значного прогресу було досягнуто у боротьбі з гепатитом В у всьому світі завдяки розширенню охоплення немовлят високоефективною вакциною проти гепатиту В.

При цьому ВООЗ вважає, що вирішальне значення для досягнення цілей елімінації вірусу гепатиту В до 2030 матиме поширення практики введення дози вакцини проти вірусу гепатиту В протягом 24 години після народження та покращення планової вакцинації дітей. Нещеплені діти старшого віку також можуть наражатися на ризик зараження хронічним гепатитом В і потребують додаткової профілактики та догляду.

До важливих складових медичної профілактики як інфекційних, та і неінфекційних хвороб входить також запобігання передачі хвороб в закладах охорони здоров'я.

Системи охорони здоров'я мають бути в змозі гарантувати безпеку медичних ін'єкцій та запасів крові та повинні повсюдно забезпечувати дотримання стандартних запобіжних заходів, особливо щодо гігієни рук, скринінгу крові, засобів індивідуального захисту та утилізації відходів.

Ще один фактор ризику – як так звані непотрібні ін'єкції (всілякі уколи б'юті – процедур, наприклад, ботоксу, гіалурону тощо) слід усунути з приділенням особливої уваги умовам, бо переважно жінкам вводиться велика кількість цих непотрібних ін'єкцій.

Для всіх медичних ін'єкцій повинні використовуватись безпечні шприци, а медичні вироби повинні знезаражуватися у суворій відповідності до встановлених протоколів, а медична інфраструктура та обладнання повинно відповідати нормам та протоколам.

У світі занепокоєні станом станом передачі інфекції через контакт з фізіологічними рідинами в неформальному секторі охорони здоров'я та при наданні таких послуг, як татування, пірсинг та косметичний догляд.

ВООЗ наполягає на посиленні контролю та проведенні комплексного скринінгу продуктів крові з усуненням джерел потенційно небезпечних

продуктів крові.

Нещодавня пандемія COVID-19 та багаторічна епідемія туберкульозу у світі вимагає розглянути питання щодо заходів щодо боротьби з повітряно-крапельними інфекціями.

Широко використовуються в медичній профілактиці ВІЛ/СНІДу такі види як доконтактна (ПРЕП) та постконтактна профілактика (ПКП).

Поява доконтактної профілактики (далі – ДКП) зумовлена тим, що кількість нових випадків інфікування ВІЛ у світі постійно зростає, і Україна залишається регіоном із високим рівнем поширення ВІЛ. ВООЗ рекомендує пропонувати ДКП людям з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ-інфекцією. Провівши аналіз і оцінку додаткових доказів ефективності та прийнятності ДКП, ВООЗ рекомендує її всім людям із підвищеним ризиком інфікування ВІЛ.

В рамках комплексної стратегії профілактики ВІЛ-інфекції, таким людям слід пропонувати пероральну ДКП в якості додаткового методу профілактики інфікування ВІЛ, тобто ДКП доповнює існуючі методи профілактики ВІЛ-інфекції для людей, які мають високий ризик інфікування. ДКП в Україні регулюється наказами МОЗ України.

Метою даної послуги є зниження темпів поширення ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ, ВІЛ-негативних партнерів з дискордантних пар та осіб, які повідомляють про поведінку з високим ризиком інфікування (у тому числі секс-працівники) шляхом впровадження ДКП/PrEP (англ. pre-exposure prophylaxis) як складової комбінованої програми профілактики та догляду в Україні. Це вживання антиретровірусних препаратів, які запобігають передачі ВІЛ. PrEP призначають як таблетку, в основі дії препарату – комбінація двох антиретровірусних речовин, які застосовують і для АРВ-терапії (призначеної для людей з ВІЛ). Таким чином, вірус немає шансів «прижитися» в організмі. Як складова профілактичної послуги ДКП передбачає: забезпечення соціального та медичного супроводу клієнта, тестування та отримання препарату.

Постконтактна профілактика (ПКП) – це своєчасно розпочатий короткочасний (28 днів) прийом антиретровірусних препаратів для зниження

ймовірності розвитку ВІЛ-інфекції після підтвердженого контакту з біологічними рідинами, що містять ВІЛ. У більш широкому розумінні ПКП означає надання клієнту широкого набору послуг для профілактики ВІЛ-інфекції після небезпечного контакту з носієм ВІЛ-інфекції або ВІЛ-інфікованим матеріалом.

Показання до проведення ПКП:

- контакт із біологічними рідинами, пов'язаний із ризиком інфікування ВІЛ, який відбувся на робочому місці (професійний контакт);
- контакт із біологічними рідинами, пов'язаний із ризиком інфікування ВІЛ, який стався не на робочому місці (непрофесійний контакт).

Послуги ПКП: надання першої допомоги (екстрена профілактика); консультування та оцінка ризику інфікування; тестування на ВІЛ; призначення курсу антиретровірусних препаратів (АРТ). Для отримання ПКП необхідно звернутися до спеціаліста до СНІД-центру, або у Кабінети Довіри.

Наступним напрямом профілактики у сфері ВІЛ є профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини. У сучасному світі є задача звести ризик передачі до 2 % до 2030 року. Це позначено як одну з глобальних цілей ВООЗ. Ризик передачі вірусу імунодефіциту людини під час вагітності існує завжди. Одним із кроків на шляху запобігання тягарю страждань через хвороби і смерть, обумовлені ВІЛ-інфекцією, є дієва профілактика вертикальної трансмісії, своєчасні діагностика, превентивна терапія і організація нагляду за ВІЛ-позитивними дітьми, медичний і соціальний супровід родини, тощо.

Основні послуги даного виду профілактики включають: планування сім'ї з урахуванням прав людини та гендерних факторів; тестування на ВІЛ, сифіліс та вірус гепатиту В при допологовому спостереженні; оперативні та ефективні заходи щодо лікування вагітних жінок з позитивним результатом тесту та запобігання передачі інфекції (інфекцій) їх новонародженим; консультування вагітних жінок та їх партнерів; безпечне розродження; спостереження за підданними ризику зараження немовлятами, включаючи дозу вакцини проти гепатиту В при народженні та завершення тридозової серії вакцини проти

гепатиту В; оптимальне годування немовлят; і подальше лікування та догляд за матерями, дітьми та сім'ями; доступ до послуг для всіх жінок репродуктивного віку до або між вагітностями також має вирішальне значення для скорочення випадків передачі інфекції під час вагітності.

ВООЗ підтверджує ліквідацію вертикальної передачі даних інфекцій за допомогою стандартизованих процесів та постійного цілеспрямованої уваги до потреб жінок, які живуть із ВІЛ. У деяких країнах Європи (Франція, Німеччина, наприклад) за останні роки взагалі не реєструються випадки народження ВІЛ-інфікованих немовлят.

У Запорізькій області з 2018 року до 2021 року не реєструвалося випадків народження дітей від ВІЛ – інфікованих матерів. На жаль, у 2022 року народилося 40 дітей, протягом 9 міс. 2023 року народилось 22 дитини від ВІЛ-інфікованих матерів. Для ВІЛ-позитивних вагітних жінок існує комплекс заходів, який носить назву «елімінація передачі ВІЛ від матері до дитини (ЕПМД).

На виконання Регіональної стратегії у Запорізькій області створено Регіональний комітет з питань валідації елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини. Створена Дорожня карта з елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини

Таким чином, ми можемо зробити певні висновки, що комплексний підхід у сфері запобігання найбільш масово поширених інфекцій, особливо ВІЛ/СНІДу об'єднує методи та засоби медичної профілактики з іншими видами, соціальною профілактикою, наприклад, тому що поєднує в собі суто медичні заходи з комплексом просвітницьких профілактичних методів роботи з населенням, поєднанням в єдину систему економічних, соціальних, медичних та, навіть, політичних чинників.

Тож далі буде розглянуто наступну складову цієї системи, а саме – соціальну профілактику, її складові, види та методи. В посібнику «Технології соціально-педагогічної діяльності» під редакцією Н. Заверико визначається поняття «соціальна профілактика (превенція)» як «діяльність, спрямована на попередження появи та розвитку негативних соціальних явищ, соціальних

проблем, а також проблем окремої особистості» [4]. Соціальна профілактика – це один із напрямків реалізації соціальної політики, який здійснюють шляхом прийняття відповідного законодавства, економічними заходами, діяльністю установ освіти, охорони здоров'я, соціальної роботи культури, правоохоронних органів, засобів масової інформації тощо» [29].

Предметом соціальної профілактики в контексті дослідження можна говорити про ті негативні явища, які спричиняються незайнятністю певної частини молодого населення, протиправною, адиктивною та ризикованою поведінкою, насильством в молодіжному середовищі, соціально-небезпечними захворюваннями, спричиненими соціальними умовами, способом життя та поведінкою людей, їх наслідками, тощо.

«Мета соціальної профілактики – не тільки попередження проблем і негативних явищ, а й створення умов для повноцінного функціонування суспільства та життєдіяльності окремих осіб. Основні напрями профілактики: виявлення, усунення чи нейтралізація чинників, що породжують негативні соціальні явища та соціальні проблеми, сприяють їх загостренню та заважають розвитку людини, а також формування в людей якостей, необхідних для подолання проблем і задоволення потреб нешкідливим чином» [45].

Серед провідних науковців, які стояли у самих витоків соціальної профілактики як складової міжнародної системи соціальної роботи в Україні треба згадати І.Звереву, Г. Лактіонову, О. Безпалько, Н. Заверико, Р. Вайнола.

На прикладі технологій соціальної профілактики ми розглянемо об'єкти та види профілактики як напряму соціально-педагогічної роботи. «Об'єктами соціальної профілактики визначають: окремі особи, соціальні групи, певні верстви населення, які страждають або можуть постраждати від проблем чи негативних явищ, ті, що своїми діями, поведінкою, способом життя спричиняють проблеми, а також особи, соціальні групи й організації, від дій яких залежить подолання причин негативних явищ та їх наслідків» [32].

Залежно від того, на якій стадії розвитку проблеми проводять профілактичну роботу, виділяють певні рівні та принципи, моделі профілактики.

Тож, якщо ми розглядаємо як об'єкт окрему особу, то мова йде про індивідуальний рівень.

Індивідуальний рівень профілактики – робота, що проводиться спеціалістами та волонтерами з окремими особами, наразі в сучасній міжнародній кваліфікації цей рівень тісно пов'язаний з попереднім рівнем мікросередовища. Про це зазначається на рівні Глобальних визначальних документів ВООЗ «Зробити людей центром уваги ВІЛ, вірусний гепатит та інфекції, що передаються статевим шляхом, характеризуються загальними способами передачі та загальними заходами медичного втручання. Вони також аналогічним чином формуються соціальними та структурними детермінантами здоров'я, так що громади, які стикаються з поганішими соціально-економічними умовами чи дискримінацією, включаючи дискримінацію щодо ключових груп населення, більш вразливі для інфекції та мають найгірші показники здоров'я. Ключем до припинення цих епідемій є переміщення людей до центру відповідних заходів системи охорони здоров'я, заснованих на правах людини, шляхом орієнтації послуг на потреби людей, а не на хвороби, а також шляхом заохочення комплексних підходів, орієнтованих на пацієнта, та ув'язок зі службами первинної медико-санітарної допомоги...» **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**.

Спеціальна профілактика спрямована на ті групи, які знаходяться в особливих умовах, що збільшують ризик виникнення та загострення проблеми чи формування в них небезпечної поведінки (групи ризику).». Наразі поняття «групи ризику» вважається застарілим у міжнародній соціальній термінології, про це ми поговоримо далі, коли мова буде йти про такі поняття як «ключові» або «уразливі» групи, «стигма» та «дискримінація».

На мікрорівні маємо говорити та враховувати особливості та потреби окремої соціальної групи, установи, організації тобто мікросередовища. Профілактичну роботу на цьому рівні реалізують у вигляді комплексних профілактичних програм, кампаній у засобах масової інформації, масових заходів, координованої діяльності мережі установ та організацій у вигляді

спеціальних програм, заходів і окремих дій у межах установ, організацій і за місцем проживання чи ареалу існування так званих спільнот.

Про це явище як сучасну ознаку людиноцентричного, клієнто-орієнтованого підходу у програмах медико-соціальної профілактики буде йти далі.

Нарешті, загальна профілактика охоплює широкі верстви суспільства загалом. Її мета - подолання загальних, універсальних причин негативних явищ. Цей вид, методи та програми можна здійснювати на рівні всього суспільства, або зосереджуватися на певному регіоні (деякі суспільно-соціальні явища чи епідемії дуже залежать від соціально-економічного або політичного розвитку чи занепаду певного географічного або адміністративного регіону).

Як приклад державного підходу в профілактиці ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально-небезпечних хвороб на макрорівні, маємо врахування соціальної профілактики як складової державної стратегії їх подолання в комплексі зі змінами в законодавстві (сучасне регулювання правових основ соціального захисту населення, створення державних програм і проектів із соціальної підтримки окремих категорій громадян, розвиток таких явищ як благодійництво, меценатство).

У Стратегіях на 2022-2030 роки, які прийняті як керівний документ на рівні держави, підкреслюється, що різні групи населення мають унікальні потреби в галузі охорони здоров'я та знаходяться в унікальних обставинах. Відповідно, у стратегіях заохочуються індивідуальні заходи у відповідь, в рамках яких визнається та активно враховується життєвий досвід людей, які перебувають у однієї чи кількох із цих груп.

У Стратегіях також чітко визнається, що тягар і розподіл ВІЛ, вірусного гепатиту та інфекцій, що передаються статевим шляхом, варіюються в залежності від країни і що заходи у відповідь потрібно адаптувати до різних епідеміологічних умов та умов систем охорони здоров'я.

У процесі прямої соціально-педагогічної профілактики залежно від її рівня можуть застосовуватись методи: соціальна реклама, поширення профілактичної

інформації через ЗМІ, соціальні мережі, поширення друкованих матеріалів, проведення бесід, відеолекторіїв, індивідуального та групового консультування, дискусій, диспутів, конкурсів, змагань, спортивних, розвиваючих і рольових ігор, соціально-психологічних, навчальних і комплексних профілактичних тренінгів, залучення різних верств населення, дітей і молоді, представників спільнот до творчої діяльності, волонтерської роботи, навчання «рівний-рівному», тощо.

Всі ці методи можуть вкладатися як в окремі профілактичні заходи, тоді вони носять конкретних форм взаємодії об'єктів соціальної профілактики (особи чи певної соціальної групи) з суб'єктами (НУО, окремим фахівцем, наприклад, соціальним працівником чи соціальним педагогом), так і в профілактичні програми, які створюються для подолання тих чи інших соціально-негативних явищ чи проблем, пов'язаних між собою.

Для профілактичних програм враховуються такі чинники, як термін реалізації, певна територія чи установа (наприклад, заклад освіти чи заклад охорони здоров'я).

Вони можуть включати в себе перелічені вище профілактичні заходи, чи бути прописаними з урахуванням комплексних технологій вирішення певних проблем для певної групи осіб, наприклад, учнівської молоді чи спільноти осіб, які вживають наркотичні речовини ін'єкційно.

Успішність соціально-педагогічної профілактики залежить від того, наскільки вона буде доповнена заходами непрямой соціальної профілактики: створення соціально-економічних можливостей для задоволення потреб і ведення здорового способу життя, забезпечення доступності культурно-освітніх і соціальних послуг тощо.

У сучасному світі експерти ВООЗ і вітчизняні учені виділяють найбільш перспективні напрями у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу: освіта (просвіта) й інформування у сфері ВІЛ/СНІДу – надання всебічної і точної інформації про шляхи зараження ВІЛ-інфекцією і заходи з їх попередження; про обставини, що підвищують ризик зараження; навчання підлітків, молоді відповідальної

поведінки – формування ціннісного ставлення до здоров'я, мотивації на здоровий спосіб життя, комунікативної компетентності, потреби у зміні ризикованої поведінки тощо.

Американський вчений Дуглас Кербі здійснив аналіз ефективних програм з профілактики ризикованої поведінки серед підлітків і молоді та визначив їх особливості:

1) у межах програми сформовані не лише знання, а й мотивація до відповідальної, безпечної поведінки та відповідні поведінкові навички, окрім того, у особистості сформована впевненість у тому, що він або вона здатні успішно застосовувати отриманні знання та навички у реальному житті;

2) ефективні програми включають як мінімум 14 занять та реалізуються у малих групах;

3) ефективні програми базуються на конкретних принципах та нормах, що включені у вигляді “меседжів” (базових повідомлень) у кожне заняття;

4) ефективні програми дають можливість цільовій групі відпрацювати навички моделювання життєвої перспективи;

5) ефективні програми включають у себе роботу за методикою «рівний-рівному», тобто навчання однолітків однолітками [5].

Вітчизняні дослідники Н. Зимівець, О. Коган зазначають, що у контексті формування здорового способу життя, безпечних щодо здоров'я моделей поведінки, важливо досягти визначення особою цінності здоров'я як однієї з пріоритетних. Якщо ж людина не вмотивована до використання моделі безпечної поведінки, не розуміє потреби та не бажає змінювати девіантну, ризиковану поведінку, то всі зусилля реалізаторів профілактичних програм можуть бути не лише марними та неефективними, а й мати зворотній результат – підштовхнути людину до закріплення навичок ризикованої поведінки і сприяти ще більшій відмежованості, недовірі до фахівців [33].

Відтак, у ході реалізації профілактичної програми (особливо тієї, яка здійснюється у межах вторинної та третинної профілактики) надзвичайно важливим є врахування рівня мотивації підлітка чи іншого об'єкта програми, а

також формування зміни поведінки крок за кроком.

Зокрема, модель «поетапних змін», запропонована ще на початку 80-х років американськими вченими Джеймсом Прохаскою та Карлом ДіКлементе [Ошибка! Источник ссылки не найден.] базується на концепції, ідея якої полягає в тому, що поведінка не змінюється за один день, процес змін проходить декілька етапів, на кожному з яких фахівці мають реалізовувати певні специфічні етапу дії, враховуючи готовність підлітка до змін.

Забезпечення умов, що підтримують профілактичну діяльність: зокрема, залучення до взаємодії представників усіх секторів; навчання співробітників державних структур і недержавних організацій; налагодження постійних контактів з метою обміну інформацією між усіма учасниками взаємодії на етапах планування, реалізації й аналізу результатів; залучення до роботи лідерів молодіжного середовища, в тому числі, ключових спільнот, ВІЛ-сервісних організацій; розширення можливості доступу населення до консультативної допомоги, медичного обслуговування.

Ці напрямки зазначені також у Законі України «Про внесення змін до Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» щодо застосування сучасних підходів до профілактики, тестування і лікування ВІЛ-інфекції відповідно до керівних документів Всесвітньої організації охорони здоров'я», затвердженому Верховною Радою України 12 січня 2023 року № 2869-IX [34]: «1. Державна політика у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, реалізується шляхом організації виконання цього Закону, інших нормативно-правових актів України, а також шляхом розроблення, фінансового та матеріального забезпечення реалізації загальнодержавних та інших програм, що передбачають здійснення заходів з профілактики поширення ВІЛ-інфекції, інформаційно-роз'яснювальної роботи щодо принципів здорового та морального способу життя, духовних цінностей і відповідальної поведінки у сфері сексуальних стосунків, розроблення навчальних, просвітницьких та виховних програм із зазначених питань для

середніх, професійно-технічних і вищих закладів освіти, здійснення спеціальної підготовки медичного та іншого персоналу, проведення фундаментальних і прикладних наукових досліджень, розвиток міжнародного співробітництва у зазначеній сфері».

Як бачимо, держава при підтримці громадянського суспільства визначилася з сучасними формами та напрямками профілактичної діяльності на всіх рівнях:

1) пріоритетності інформаційно-роз'яснювальної роботи з населенням щодо принципів здорового та відповідального способу життя, духовних цінностей і відповідальної поведінки у сфері сексуальних стосунків;

2) популяризації здорового способу життя;

3) моніторингу та аналізу епідемічної ситуації, розроблення та впровадження епідеміологічно обґрунтованих заходів з контролю, профілактики та запобігання захворюванню на ВІЛ-інфекцію відповідно до порядку, затвердженого центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;

4) доступності та належної якості тестування на ВІЛ, а також забезпечення безпечності тестування для обстежуваної особи та персоналу, який його проводить;

5) регулярного інформування населення, у тому числі через засоби масової інформації, про причини зараження, шляхи передачі ВІЛ-інфекції, важливість здорового та відповідального способу життя для запобігання інфікуванню ВІЛ, заходи та засоби профілактики захворювання на ВІЛ-інфекцію, а також про можливості діагностики та лікування;

6) включення питань щодо профілактики ВІЛ-інфекції, здорового та відповідального способу життя, духовних цінностей, відповідальної поведінки у сфері сексуальних стосунків, традиційних сімейних цінностей, лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, та їхніх близьких, а також щодо неприпустимості дискримінації таких людей та необхідності формування толерантного ставлення до них до відповідних навчальних програм для закладів

освіти;

7) доступу населення до засобів профілактики, що дають змогу запобігти зараженню та поширенню ВІЛ-інфекції статевим шляхом, у тому числі доконтактної та постконтактної профілактики»;

8) вільного доступу до послуг з проведення постконтактної профілактики осіб, які мали підвищений ризик контакту з ВІЛ під час виконання професійних обов'язків, у разі сексуального насильства та в інших випадках з наданням відповідних консультативних послуг, а також доконтактної профілактики членам сімей, які проживають з ВІЛ-інфікованими особами, партнерам у порядку, затвердженому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;

9) вільного доступу до послуг з профілактики передачі ВІЛ-інфекції від ВІЛ-інфікованих вагітних жінок їхнім новонародженим дітям з метою скорочення до нуля (елімінації) передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини в Україні»;

10) реалізації послідовної політики, спрямованої на формування толерантного ставлення до людей, які належать до ключових груп щодо інфікування ВІЛ, та людей, які живуть з ВІЛ;

11) провадження інформаційної діяльності, спрямованої на формування у населення стереотипу здорового та відповідального способу життя, відповідальної поведінки у сфері сексуальних стосунків, на усвідомлення високого ризику зараження ВІЛ через сексуальні стосунки та внаслідок вживання наркотичних засобів і психотропних речовин ін'єкційним способом, на формування толерантного ставлення, а також неприпустимість дискримінації людей, які належать до ключових груп щодо інфікування ВІЛ, та людей, які живуть з ВІЛ [34].

Таким чином, теоретичні основи поняття «профілактика» у застосуванні до сфери протидії ВІЛ-інфекції та інших соціально – небезпечних захворювань набувають цілком практичного значення.

У теорії та практиці профілактичної діяльності важливо враховувати, на

якому етапі розвитку проблеми знаходиться чи окрема особа, чи група осіб (ключова спільнота), який вплив на них має це явище.

Фахівці виділяють в залежності від цього наступні види профілактики:

Первинна профілактика – діяльність, спрямована на попередження виникнення та поширення певного негативного явища та проблем, пов'язаних із ним. Як правило, це комплекс заходів, які поєднують в собі засоби формування життєвих цінностей, відповідального ставлення до свого здоров'я та навичок відповідальної асертивної поведінки, а також вмінь протистояти негативним явищам та руйнуючим чинникам (наприклад, ситуаціям ризику експериментування з наркотичними речовинами чи алкоголем).

Вторинна профілактика – діяльність, спрямована на попередження загострення негативних явищ та їх наслідків, на запобігання поглибленню соціальної дезадаптації осіб, яким властива асоціальна чи небезпечна поведінка.

Третинна профілактика – робота, спрямована на попередження рецидивів асоціальної або небезпечної поведінки серед осіб, яким така поведінка була властива раніше.

У медичній профілактиці визначають тще один рівень профілактики – це заходи по зменшенню наслідків чи взагалі припиненню непотрібних або надмірних інтервенцій у здоров'я пацієнта, захист пацієнта від нових медичних втручань, запропонування пацієнту етично коректного лікування. Але у соціальній профілактиці такого рівня не існує, хоча можна говорити про сучасне застосування моделей психосоціального втручання – когнітивно-поведінкового, спрямованого на підвищення самоефективності клієнтів з метою забезпечення поведінкових змін профілактики рецидивів.

Історично склалося декілька стратегій і моделей профілактичної роботи. Вони застосовуються у світі вже декілька десятиліть, коли людство зрозуміло, що соціально – небезпечні явища мають багаторівневий та комплексний характер, тож подолання їх наслідків, реагування не може бути одноманітним та примітивним. Пошуки найбільш ефективних стратегій тривають і досі, по мірі того, як розвивається наука, інноваційні технології та практика. Розглянемо ці

стратегії та моделі для того, щоб розуміти еволюцію профілактики як такої та медико-соціальної профілактики як сучасного явища.

Згідно з моделями стримування, залякування та ствердження моральних принципів основна причина негативних явищ, асоціальної та небезпечної поведінки – схильність людини до поганого та її незахищеність щодо негативних впливів.

Профілактика спрямована на недопущення асоціальної чи небезпечної поведінки за допомогою заборони певних дій, формування в людини страху перед їхніми наслідками чи уявлення про їх гріховність, аморальність або неприпустимість для порядної людини. Недоліком профілактики за допомогою вказаних моделей є те, що вона не усуває особистісних причин звернення людини до асоціальної чи небезпечної поведінки та не допомагає їй захиститись від негативного впливу соціальних чинників проблем. В таких моделях людина затуляється та губиться посеред явища, проблеми або чиїхось хибних уявлень та оцінок особистості, як першопричини проблеми.

Моделі поширення фактичних знань, навчання позитивній поведінці (афективного навчання), формування здорового способу життя допомагають усунути особистісні чинники соціальних проблем і небезпечної поведінки, підготувати людину до зустрічі з проблемою та до задоволення потреб нешкодливим чином. Останні моделі ефективно застосовуються в соціально – педагогічній діяльності серед дітей, підлітків та сучасної молоді.

Далі ми більш ґрунтовно розберемо сучасні та ефективні моделі первинної профілактики як у міжнародних, так і вітчизняних програмах.

За статистикою, в Україні кожна друга сім'я розлучається. Середній показник розлучень становить 54,2 %. Саме тому важливо привертати увагу громадськості та державних інституцій до нагальних проблем української сім'ї: нестабільності шлюбних відносин, високої ймовірності розлучень, авторитарності дитячо-батьківського спілкування. Щороку збільшується кількість неповних сімей, у яких проживають діти з одним із батьків, іноді – з іншими членами родини. Родинне неблагополуччя негативно впливає на

виховання та розвиток дітей і підлітків, стає причиною їхньої схильності до шкідливих звичок, правопорушень та нестабільності їх майбутнього життя.

Проблеми здоров'я молодого покоління вимагають ретельного вивчення і вчасного ефективного втручання. Важливе значення має сімейне середовище, методи виховання, власний приклад батьків.

Огляд державних програм щодо профілактики ВІЛ/СНІДу, інших соціально небезпечних хвороб в Україні затверджені Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» та «Загальнодержавна соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДу на 2014-2018 роки» (Закон № 1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДу на 2014-2018 роки, від 20 жовтня 2014 року), проте показники рівня знань дітей та підлітків щодо проблематики ВІЛ до них не внесені. Про потребу первинної профілактики ВІЛ/СНІДу частково зазначено у «Загальнодержавній соціальній програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки». Щодо очікуваних результатів, документ містить пункт: «охопити 100 відсотків учнів та студентів під час виконання програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та формування здорового способу життя».

На рівні декларативних державних постанов ми бачимо наступні пункти:

1) забезпечення вчителів, студентів і учнів необхідними навчально-методичними матеріалами, у тому числі відеоматеріалами для впровадження інтерактивного підходу з метою підвищення рівня знань з питань профілактики інфікування ВІЛ;

2) сприяння плануванню заходів зі статевого виховання молоді з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу з урахуванням гендерного підходу та їх виконання.

Проведення первинної профілактики соціально небезпечних явищ та хвороб є функцією системи освіти (загальноосвітні школи, далі у тексті – ЗОШ). Поряд із тим, що ЗОШ проводять значну кількість заходів профілактичного спрямування, такі заходи часто є декларативними, не передбачають зворотного зв'язку, відпрацювання навичок безпечної поведінки, а організатори часом не мають фахової бази (знань та умінь) для їх професійного проведення.

Фактично, на рівні держави відсутня комплексна програма первинної профілактики ВІЛ/СНІДу, зокрема з урахуванням гендерного підходу. Виходячи із зазначеного вище, можемо констатувати, що в країні наявна значна прогалина у профілактиці ВІЛ/СНІДу та інших соціально небезпечних хвороб.

2.2. Характеристика програм первинної профілактики

Можна навести декілька успішних програм, які впроваджувалися в Україні протягом 2002 -2019 років. Базовими методиками при наданні соціальної послуги профілактики можуть бути апробовані профілактичні програми й інтервенції із доведеною ефективністю. Програма «Сприяння просвітницькій роботі «рівний-рівному» серед молоді України щодо здорового способу життя" реалізовувалась в Україні з 1998-2011рр. Її можна вважати однією з найбільш успішних і найпоширеніших в системі освіти підлітків.

У серпні 2000 року між Міністерством освіти і науки України та ПРООН/ЮНЕЙДС було підписано Угоду про співпрацю за програмою «Сприяння просвітницькій роботі «рівний-рівному» серед молоді України щодо здорового способу життя» [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Досвід із запобігання проявам негативної поведінки неповнолітніх показав, що найоптимальнішим методом профілактичної роботи є навчання між однолітками, коли вони оволодівають знаннями та набувають позитивного та соціального досвіду в процесі спілкування з ровесниками. Концептуально він формулюється як «освіта «рівний-рівному».

Метод «рівний-рівному» (англ. peer education) спочатку не розглядався як самостійна форма навчання, але вже у середині ХХ століття освіта «рівний-рівному» стала використовуватися як базова у початкових та середніх школах, університетах у місцевих громадах. Особливо ефективним цей метод виявився у просвітницькій роботі пропагування здорового способу життя.

На тлі зниження інтересу молоді до надв'язуваної дорослими інформації,

гасел та вимог, підхід, коли значуща та важлива інформація передавалася однолітками від одного до другого, став рятівним.

Явними були переваги даного методу, тому що :

- підлітки більше часу спілкувалися один з одним;
- глибше розуміють потреби оточення однолітків;
- доносять інформацію на субкультурній мові своєї спільноти;
- мають кредит довіри між собою, і саме тому готові наслідувати

позитивної поведінки лідерів.

Поширення інформації, знань, навичок бере на себе сама молодь. Як будь яка спільнота за віковими та соціокультурними ознаками, вона природньо обмежує доступ дорослих до себе, тому що також має особливі комунікаційні канали поширення інформації, соціальний статус та субкультурну мову.

Важливі аспекти методу «рівний-рівному» як соціально педагогічної технології складаються з таких особливостей:

- соціальний підхід (політика) до формування цінностей здоров'я через набуття превентивних знань, навичок, вмінь та формування відповідального ставлення до нього та як наслідок – установку на відповідальну безпечну поведінку;

- соціальна технологія, яка застосовує послідовну систему активних дій лідерів молодіжної спільноти та педагогів – тренерів та спростовує міфи, хибні уявлення та поведінку, що веде до втрати здоров'я, заміну їх на позитивні орієнтири.

Обидва аспекти мають в основі достовірну інформацію та життєвий приклад самих молодіжних лідерів та довірених дорослих.

Загалом метод «рівний-рівному» розглядається і в широкому, і в вузькому значенні: це просвітницька робота щодо здорового способу життя у всіх сферах життя молоді загалом. У більш конкретному значенні мова йде про просвітницьку роботу з певних проблем: наркоманії, ВІЛ/СНІДу, ІПСШ, комунікаційних навичок, розвитку особистостей, їх лідерських навичок, прав та соціальних гарантій у збереженні здоров'я.

Технологія методу освіти «рівний-рівному» поділяється на технології навчання та технології впровадження.

Навчання стосується підвищення знань, умінь та навичок здорового способу життя та формування превентивної поведінки. Навчання є провідною ланкою програми, яка сприяє досягненню мети. Технології модульного навчання використовуються як система різних видів лекцій, практичних занять та самостійних занять.

Програма «Сприяння просвітницькій роботі «рівний-рівному» серед молоді України щодо здорового способу життя" стала основою для шкільного факультативного курсу, програми «Дорослішай на здоров'я», а також тренінгових курсів для студентської молоді.

Ще одним прикладом профілактичної програми, що має доведену ефективність, містить інформацію щодо апробації та може бути використана як основа на рівні громади, організації або індивідуального отримувача, є «Програма 15». «Програма 15» – система профілактичних занять, спрямованих на здобуття учасниками знань щодо соціально небезпечних захворювань і явищ та формування відповідального ставлення до життя і здоров'я як до найвищої індивідуальної та суспільної цінності, розвиток в учасників навичок здорового способу життя, безпечної поведінки та уникання ризикованих ситуацій, вміння проводити саморефлексію і самооцінку життєдіяльності.

В основі програми лежить всесвітньо відома міжнародна програма «Кроки по камінню» («Stepping Stones», Alice Welbourn). В адаптованій для України версії програми це проведення шістнадцяти групових зустрічей з дітьми та їхніми батьками (або іншими значущими для дитини дорослими) протягом 3-4 місяців.

Теми занять: ефективне спілкування, стереотипи й упередження, цінності, любов та відповідальність, репродуктивне здоров'я, ВІЛ та засоби захисту від нього, алкоголь і психоактивні речовини, запобігання насильству, людська та особиста гідність, відповідальність за своє життя, благополуччя, проходження через зміни тощо.

Найважливішою особливістю даної програми є залучення сімей, а не окремих осіб, проведення навчання у гендерно-вікових групах (хлопці та дівчата, мами і тата працюють одночасно в окремих групах з різними тренерами, проте за єдиною програмою), тригодинні зустрічі (по дві сесії з перервою), присвячені ґрунтовному опрацюванню кожної теми.

«Програма 15» поєднує в собі найбільш ефективні підходи профілактичних соціально-психологічних технологій: когнітивно-поведінковий, мотиваційний, ціннісно-орієнтований та розвивальний **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**.

«Програма 15» є потужним інструментом профілактичної діяльності, тому що широкий спектр тем дозволяє виходити за межі суто профілактики негативних явищ, формувати особистісні та сімейні цінності, пройшла апробацію в роботі з різними категоріями дітей і сімей та підтвердила свою ефективність.

Протягом 2014-2020 рр. вона проходила експериментальне впровадження в громадах Волинської, Черкаської, Житомирської, Рівненської, Дніпропетровської, Запорізької та Чернівецької областей.

Соціологічний супровід та моніторинг програми дозволив визначити наступні індикатори: 3 000 підлітків та членів їхніх родин, у тому числі сім'ї у складних життєвих обставинах, були охоплені програмою за останні шість років, були створені потужні тренерські команди, в деяких областях дана програма була включені в обласні чи міські Програми протидії поширенню ВІЛ-інфекції на рівні Координаційних рад. Також у Волинській та Запорізьких областях програма була поширена у сільських громадах.

Вражаючим результатом «Програми 15» можна вважати зворотній зв'язок учасників тренінгових занять та рівень знань та переконань, отриманий після проходження: коректні вислови стосовно певних зловживань, видів насильства та способів запобігання йому, а також ВІЛ/СНІДу, ранніми сексуальними відносинами.

Важливим моментом стало формування більш сталих уявлень щодо таких

питань, як контрацепція, шляхи передачі ВІЛ та інших чуттєвих питань.

Покращення взаємовідносин між підлітками та батьками та між самими батьками також є унікальним ефектом програми. Батьки почали розмовляти зі своїми дітьми, проводити з ними спільний час, що сприяло більш комфортній родинній атмосфері.

Покращення емоційного та психологічного клімату в родинах також було оцінено самими учасниками та членами тренерських команд.

«Програма 15» – це ефективна освітня програма для підлітків і їхніх батьків, яка убезпечує підлітків від ризикованої поведінки, ВІЛ, вживання алкоголю та психотропних речовин. Всупереч поширеній думці, ці проблеми не оминають так званих «благополучних» родин. Уразливою молодь робить низький рівень знань про ризики та культуру взаємин загалом. «Програма 15» запобігає двома шляхами: допомагає засвоїти коректну інформацію, моделі поведінки та побудувати довірливі взаємини між дітьми й дорослими.

Успішною складовою «Програми 15» є шкільний факультативний курс «Кроки по життю», метою якого є так само сприяння розвитку в учасників (батьків і дітей) компетентностей, необхідних для запобігання соціально небезпечним захворюванням та явищам на індивідуальному і сімейному рівнях, створення умов для впровадження профілактики зазначених проблем на рівні громади. Він складається з занять для учнів та батьків.

Серед тем, що за результатами опитувань учасників цього курсу, зацікавили їх найбільше, дали нові знання та навички і будуть корисними в подальшому житті, учасники неодноразово згадували теми «Здоров'я тат і мам: теперішніх і майбутніх», «ВІЛ: захисти себе», з-поміж сформованих під час навчання навичок – «Використання презерватива» та «Вміння казати «Ні!».

Основними перевагами програми «Кроки по життю» є широке коло тем, які охоплюють не тільки профілактичні питання, а й проблеми особистісного розвитку і самовизначення, системного використання інтерактивних форм навчання, тренінгового стилю викладання, впровадження активностей, спрямованих на формування і підтримку позитивного соціально-психологічного

клімату в навчальних групах.

Наступною просвітницько-профілактичну програму є Програма «Сходинки до здоров'я», розроблена колективом авторів з числа науковців вищої освіти та представників неурядових організацій (Брусенко О., Журавель Т, Лях Т., Сергеева К., Скіпальська Г., Снітко М.).

Основним об'єктом впливу просвітницько – профілактичної програми «Сходинки» є: представники вікової категорії 14-18 років, які опинилися у складних життєвих обставинах; батьки, а також фахівців – психологів, соціальних працівників, інспекторів підрозділів пробації та ювенальної юстиції, фахівців центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, представників недержавних організацій, волонтерів.

Програма «Сходинки» створює можливості для молоді на тлі їх не завжди позитивного життєвого досвіду, в тому числі, і ризикованої поведінки, побачити та спробувати сформуванню активну життєву позицію, нові соціально-психологічні компетентності, почати робити зміни у власному житті та житті оточуючих людей. Корекція особистих знань та вмінь, опановування навичками відповідального ставлення до свого здоров'я та життя, комунікативні навички створюють для учасників позитивний простір для змін свого майбутнього.

Три принципи програми, які роблять її успішною: учасники починають розуміти, що для зміни поведінки вони мають; хотіти це робити; знати як це робити; уміти це робити. Програма «Сходинки» покликана забезпечити ці умови та створити сприятливу атмосферу для змін життєво – важливих навичок відповідальної поведінки та сприяти змінам у житті учасників.

Ще один приклад досить вдалої профілактичної програми по профілактиці ВІЛ/СНІД для учнів за технологією інтерактивного спілкування – це освітній інструмент Інтерактив «Маршрут безпеки», що забезпечує ефективну комунікацію з учасниками під час його застосування. Методичні аспекти до використання інтерактивного освітнього інструменту «Маршрут безпеки». «Маршрут безпеки» – це захід, в основі якого лежить інтерактивний профілактичний освітній інструмент із питань репродуктивного здоров'я. Метою

заходу є профілактика ВІЛ/СНІДу та ІПСШ, а також формування толерантного ставлення до людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом. «Маршрут безпеки» спонукає молодь поширювати достовірну інформацію про репродуктивне здоров'я, порушувати проблематику толерантності та родинних цінностей, обговорювати ставлення оточення до цих питань.

Приклади успішних профілактичних програм первинної профілактики дозволяють зробити наступні висновки: всі вони є програмами, які впроваджуються в Україні за допомогою фінансування міжнародних донорів та імплементовані у систему шкільної освіти як позашкільні курси або факультативні курси, за роки існування цих програм вони довели свою ефективність, але все ще лишаються окремим явищем, не вбудованим у безпосередні учбові плани навчальних закладів за браком державного фінансування.

Фактично, на рівні держави відсутня комплексна програма первинної профілактики ВІЛ/СНІДу, зокрема з урахуванням гендерного підходу. Виходячи із зазначеного вище, можемо констатувати, що в країні наявна значна прогалина у профілактиці ВІЛ/СНІДу та інших соціально небезпечних хвороб.

2.3. Програми зменшення школи як приклад вторинної профілактики у сфері ВІЛ/СНІД

Розглянемо програми зменшення шкоди як приклад дієвих інтервенцій протидії розповсюдженню епідемії ВІЛ/СНІДу серед уразливих (ключових груп).

До початку епідемії ВІЛ/СНІДу, яка охопила світ у 1980-х роках і швидкого її поширення у серед людей, які вживали наркотики ін'єкційним шляхом (ЛВНІ), проблема наркозалежності, як правило, вирішувалася повною забороною нелегальних наркотичних засобів. При цьому панівними були гасла повного утримання від вживання наркотиків, а також акцент на програмах

детоксикації (виведення токсичних речовин з організму) та реабілітації споживачів наркотичних речовин.

Втім, окрім певних позитивних результатів, це спричинило і серйозні негативні наслідки:

- посилення криміналізації наркоспоживачів;
- зростання цін на наркотичні речовини, розвиток тіньових ринків постачання;
- «відхід у підпілля» груп споживачів наркотичних речовин. Стрімке поширення ВІЛ-інфекції в світі, зокрема, в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків, довело неефективність традиційних технологій профілактичної роботи, таких як «війна з наркотиками», і стимулювало пошук нових, більш дієвих і гуманних стратегій.

Для вирішення проблеми ВІЛ/СНІДу та наркозалежності у світі був розроблений комплексний підхід за трьома напрямками:

1. Зниження попиту на вживання наркотиків – первинна профілактика вживання наркотиків серед дітей та молоді; лікування і реабілітація наркозалежних.
2. Скорочення поставок – боротьба з незаконним обігом наркотиків, спрямована проти організаторів наркобізнесу.
3. Зменшення шкоди – зведення до мінімуму ризиків в середовищі споживачів наркотиків, які ще не готові або не можуть відмовитися від їх вживання.

Фактично, подальший розвиток ситуації був спричинений самими споживачами наркотиків, які першими висловили невдоволення діючими на той час профілактичними заходами, до них приєднались медики, які ставали свідками швидкого розвитку епідемій ВІЛ та гепатитів.

Якщо ЛВНІ бачили ситуацію зсередини, очима спільноти, спостерігаючи смерті близьких і друзів, то медики почали бити на сполох, бачучі серйозну проблему, яка починала становити загрозу для всього суспільства, епідемія мала тенденцію виходу за межі груп ризику у загальнонаціональні масштаби.

Це сприяло зародженню нового, інноваційного медичного і соціального підходу – програм зменшення шкоди. Наприкінці 1970-х – на початку 1980-х років у відповідь на розвиток епідемії гепатитів та ВІЛ/СНІДу в окремих європейських країнах з'являються самоорганізації споживачів наркотиків, які проводять інформаційно-просвітницьку роботу та розповсюдження стерильних шприців і презервативів. У 1984 році в Роттердамі аптекарі відмовилися продавати ЛВНІ шприци, що стало однією з причин розвитку епідемії гепатиту В у цьому середовищі. З метою її подолання за підтримки уряду Нідерландів була започаткована перша програма обміну шприців. Паралельно ситуація розвивалась у Великобританії, де в Мерсісайді, одному із районів Ліверпуля, на початку 1980-х років також був започаткований спеціальний проєкт у відповідь на зростання кількості споживачів героїну. Медичні установи, аптеки та поліція об'єднали зусилля, розпочавши спільну роботу з надання медичної допомоги, забезпечення стерильним інструментарієм та заохочення споживачів ін'єкційних наркотиків до зміни ризикованої поведінки. Мерсісайдівська модель стала уже класичним прикладом ефективного застосування програм зменшення шкоди на практиці. Сьогодні такі програми працюють майже у 50 країнах світу, в тому числі і в Україні.

Принципи зменшення шкоди інтегровано у більшість соціальних та медичних державних програм. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Управління Організації Об'єднаних Націй з наркотиків і злочинності (UNODC) та Об'єднана програма ООН з ВІЛ/ СНІДу (ЮНЕЙДС) рекомендують впроваджувати програми зменшення шкоди як метод профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ для людей, які вживають ін'єкційні наркотики.

Ефективність таких програм доведено в усьому світі. Так, завдяки їх впровадженню у Швейцарії, Великобританії та Австралії вдалося знизити кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, майже до нуля.

Основною метою програм зменшення шкоди є запобігання чи ослаблення негативних медичних, соціальних, економічних та правових наслідків вживання

наркотиків як для людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків, так і для всього суспільства.

У системі профілактичних заходів програми зменшення шкоди відіграють роль вторинної профілактики. Таким чином, програми зменшення шкоди є однією із ланок у системі профілактики вживання наркотиків, ВІЛ/СНІДу, гепатитів та інших інфекційних захворювань. Профілактика ВІЛ-інфекції є пріоритетом стратегії зменшення шкоди.

Вони базуються на декількох основних принципах, що відрізняють їх від інших профілактичних підходів:

- прагматичність. Програма зменшення шкоди ставить на меті вирішення першочергових проблем, пов'язаних із вживанням ін'єкційних наркотиків, а не повну відмову від вживання наркотичних речовин. Це допомога першого рівня.

- гуманність. Основою філософії зменшення шкоди є усвідомлення того, що споживачі наркотиків є повноправними членами суспільства, незважаючи на їхній вибір, який неприйнятний для багатьох членах суспільства. У демократичному суспільстві кожен має право вибору і ніхто не може порушувати права і гідність таких людей, якщо вони не здійснюють протизаконних дій.

- зменшення негативних наслідків. Підхід зменшення шкоди намагається мінімізувати негативні наслідки від вживання наркотиків для самого споживача і для суспільства в цілому (якщо укол – то чистим шприцом, що знизить ризик інфікування).

- економічна ефективність. Заходи у рамках програм зменшення шкоди, спрямовані на профілактику розповсюдження інфекцій та спричинених ними захворювань значно дешевші, ніж лікування і догляд за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД.

Для реалізації перерахованих завдань програм зменшення шкоди використовуються спеціально розроблені та стандартизовані інструменти, які складають цілий комплекс профілактичних послуг:

- обмін шприців на стаціонарних та мобільних пунктах обміну шприців

(ПОШ) і за допомогою аутріч-роботи;

- тестування на ВІЛ, консультування, доступ до антиретровірусної терапії (АРТ);

- аутріч-робота – робота зі споживачами наркотиків на «їхній території»: на вулиці, вдома, у місцях вживання наркотиків; через аутріч-роботу розповсюджуються витратні матеріали, засоби безпеки, ліки, дезінфектанти, профілактична література, інформація про адреси допомоги, проводиться консультування;

- консультування соціальних працівників і спеціалістів (психолог, юрист, лікар, фахівець з реабілітації);

- інформаційно-освітня робота – поширення профілактичної літератури, проведення тренінгів, навчання груп самопомоги;

- замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) – довгострокове призначення постійних доз замісних препаратів (метадон, бупренорфін) у комплексному лікуванні залежності від опіоїдів з метою стабілізації психічного стану хворого, зниження медичних і соціальних наслідків вживання незаконних наркотиків, створення умов для реабілітації та лікування інших захворювань (ВІЛ-інфекція, гепатит В і С, туберкульоз, септичні захворювання);

- переадресація і соціальний супровід у державні установи для обстеження, лікування, реабілітації, соціального забезпечення;

- для людей, які вживають наркотики ін'єкційно, та їхніх сексуальних партнерів – профілактика, вакцинація (ВІЛ-інфекція, гепатит В і С), діагностика (скринінг) та лікування ТБ.

У впровадженні базових принципів зменшення шкоди велику роль грає етична складова:

- анонімність і конфіденційність клієнта;

- терпимість до способу життя клієнта;

- толерантність і гуманність;

- робота в умовах, зручних для клієнта (місце і час зустрічі обирає клієнт).

Одним із головних положень стратегії зменшення шкоди є принцип, за

яким не можна нікому відмовляти в допомозі (наприклад, медичній) лише тому, що людина схильна до ризикованої поведінки або відрізняється своїм способом життя від більшості членів соціуму.

Для самих клієнтів важливо знати та застосовувати у своєму житті з метою профілактики інфікування ВІЛ та вірусними гепатитами п'ять принципів зменшення шкоди від вживання наркотиків:

1. Не починай вживати наркотики взагалі.
2. Якщо почав вживати, то не вживай ін'єкційні наркотики, обмежся неін'єкційними.
3. Якщо почав вживати ін'єкційні наркотики, то кожен ін'єкційний робити новим стерильним шприцем і голкою і нікому не передавай їх для повторного використання.
4. Якщо у тебе немає можливості при кожній ін'єкції користуватися новими стерильними шприцем і голкою, то використовуй свої власні шприц і голку повторно (попередньо промий їх дезінфікуючим розчином), але не користуйся чужим нестерильним інструментарієм.
5. Якщо користуєшся чужим нестерильним ін'єкційним інструментарієм, то обов'язково дезінфікуй його перед використанням.

Зниження шкоди визнає, що більшість людських вчинків мотивована раціонально, що люди спроможні побачити і зрозуміти шкоду, яку вони собі завдають. Отже, якщо у них буде доступна та зрозуміла інформація, інструменти та система підтримки, то це може їм допомогти прийняти рішення про зміну поведінки більш безпечно: «Просто скажи: «Знаю» замість «Просто скажи: «Ні».

Практичний досвід провадження цих програм по всіх континентах привів до таких рекомендацій, сформованих самою спільнотою споживачів наркотиків, їх можна позначити як наступні принципи від 6 до 9:

6. Знайте, що і в якій кількості ви вживаєте як силу, так і кількість.
7. Знайте, чому ви вживаєте – що ви шукаєте в кожній дозі, чого очікуєте, які ваші вразливості.
8. Знайте, де і з якими людьми знаходитесь, наскільки вони безпечні, чи

підтримують вони вас, чи можуть зазнати ризику заподіяння шкоди.

9. Знайте свої межі – ВАШУ грань між «достатньо» та «надто багато».

На державному рівні важливо використовувати складові програм, що включають в себе різні аспекти:

– Прагматизм та реалістичність. Політика щодо наркотиків має бути прагматичною. Вона має бути націлена на досягнення реальних та практичних результатів, а не будуватися на основі моральних оцінок та голослівних закликів.

– Наукова обґрунтованість. Підходи зниження шкоди будуються на наукових даних, а не на ідеологічних передумовах. Програми, що реалізуються в даний час, піддаються ретельній науковій оцінці та вивченню.

– Дотримання прав людини. Збереження гідності та дотримання прав людини, свобода від дискримінації є основою підходу зниження шкоди.

Споживачі наркотиків – інтегральна частина суспільства. Для захисту здоров'я всього суспільства необхідний захист здоров'я споживачів наркотиків, а для цього необхідно інтегрувати споживачів у суспільство, а не посилювати соціальну маргіналізацію та дезінтеграцію.

Ієрархічність та покроковість. Зниження шкоди віддає перевагу досяжним, реальним цілям. Основний девіз програм зниження шкоди «будь-яка зміна – на краще!». Від клієнтів програм не потрібно постановки величезних, важкодосяжних цілей, навпаки, людей заохочують робити маленькі зміни, які їм під силу вже зараз.

Ієрархічність означає, що щодо кожного ризику, чи шкоди, можна розробити ієрархічну «сходи», тобто якщо людина не може повністю виключити певну ризик, дії мають бути спрямовані на його мінімізацію:

- Орієнтованість на клієнта та низькопороговість.
- На відміну від традиційних медичних структур, програми зниження шкоди побудовані на тому, що їхня робота орієнтована під потреби та запити

клієнтів. Низькопороговість означає, що кількість умов, за яких клієнт може отримати певну послугу, що зводиться до мінімуму.

– Комплексність. Споживання наркотиків завдає індивідуального та соціальні збитки за допомогою різних механізмів, тому і програми дії мають бути різноманітними. Розвиток зв'язків із медичними та соціальними структурами, а також прагнення до постійного розширення спектра сервісу - важлива запорука успішності програм зниження шкоди.

Усвідомлення людиною, що і чому з нею відбувається, що призвело його до того, де він опинився в момент своєї життя, як зміни, постановка їм реалістичних та значущих цілей, зміцнення власної мотивації, підвищення самоповаги, допомога у виявленні самоефективності, соціальна підтримка та спілкування з неосудними, поважаючими та підтримуючими людьми – ось головні фактори зниження шкоди.

Ключова роль консультантів щодо зниження шкоди тут полягає в тому, щоб показати людині цю опцію - адже багато людей, перебуваючи у культурі «чи вживання, чи помірність», можуть навіть не замислитися про можливість зниження шкоди. Саме мета концепції зниження шкоди – допомогти людині усвідомити, де й у чому її поведінка завдає їй шкоди, запропонувати різні тактики та інструменти зниження шкоди, підтримувати мотивацію людини на досягнення обраних нею змін та супроводжувати в цьому процесі робить її ефективною у всьому світі.

За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, завдяки впровадженню програм зменшення шкоди з 2008 року в Україні вдалося більш ніж удвічі зменшити поширеність ВІЛ серед ЛВНІ – із 42 % до близько близько 22 % у 2019 році. Для порівняння: на Філіппінах, де такі програми практично не реалізують, рівень поширеності ВІЛ серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, збільшився з 1 % в 2008 році до 29 % в 2015 році.

Впровадження програм зменшення шкоди в Україні регулюється наступними документами:

1. Порядок надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників груп

підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України 12 липня 2019 року № 1606 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0889-12#Text>

2. Порядок проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України 27.03.2012 № 200 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 17.12.2015 № 863) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0889-12#Text>

Програми зменшення шкоди активно проваджуються в Україні за кошти державного бюджету.

Так, наприклад, з 2019 року по 2023 рік Благодійна організація «Благодійний фонд «Сподівання» є учасником державних закупівель у Державної установи «Центр громадського здоров'я» Міністерства охорони здоров'я України: це тендер на системі «Прозоро», який носить назву «Послуги у сфері охорони здоров'я різні (Послуги з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду (СП) у Запорізькій області) – 4 найменування (джерело фінансування – кошти Державного бюджету).

Наразі, після 24 лютого 2022 року, після повномасштабного вторгнення, фінансування цих послуг державі Україна допомагає здійснювати «Глобальний фонд по боротьбі зі СНІДом, малярією та туберкульозом».

2.4 Характеристика ключових/уразливих щодо ВІЛ/СНІД категорій населення

У методологічних засадах міжнародної соціальної роботи, в тому числі тих, що стосуються соціально – педагогічних аспектів, має велике значення фокус тих чи інших методів профілактики на певних групах населення, бо саме цей фокус диктує при загальних основах надання послуг їх специфічні особливості. Тому важливо прослідкувати, наприклад еволюцію поняття

визначення цих груп від так званих «груп ризику» до «уразливих груп», а зараз – «ключових груп».

Сама історія виникнення та розвитку епідемії ВІЛ/СНІД – інфекції у восьмидесятих роках ХХ століття на початку сприяла виникненню такого поняття як «групи ризику». Як так вийшло? Вірус імунодефіциту людини був знайдений у багатьох випадках у певних групах – молодих людях гомосексуальної орієнтації, а потім серед споживачів ін'єкційних наркотиків та жінок, що надавали сексуальні послуги за винагороду. Таким чином, складалося враження, що ця хвороба сфокусована в групах з так званою «ризикованою» поведінкою або способом життя, що сприяв її розповсюдженню. Цей стереотип закріпився у суспільстві, в тому числі, і в нашій країні. Складалося враження, що якщо особа не належить до перелічених вище груп населення, то їй нічого не загрожує і вона далека від цієї інфекції, яка швидко набирала обертів по всій планеті. Навіть перші профілактичні засоби протидії хворобі, що набула вже статус епідемії на початку двохтисячних, були зорієнтовані на ці локальні «групи ризику». Але вони не давали результату, епідемія поширювалася по країнам та континентам, тож вчені, соціологи, педагоги та фахівці інших галузей почали аналізувати не тільки шляхи передачі ВІЧ, а й механізми його функціонування у суспільстві. Статистика розповсюдження надавала шокуючі результати: інфекція проникала та поширювалася у так зване «загальне населення», захоплюючи випадками інфікування різні соціальні чи вікові прошарки суспільства у різних країнах від Північної Америки чи Африки до країн пострадянського простору чи країн Азії. Тож десь через десять – п'ятнадцять років бурхливого поширення епідемії, вона стала набувати ознаки генералізованої в деяких країнах світу (поширеність ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок вище 1 %).

Ця стадія означає, що хвороба вийшла за межі груп ризику, де циркулювала, і загроза зараження зростає. Будь хто міг стати жертвою ВІЛ – інфекції і тому людство встало перед необхідністю міняти підходи до профілактики, міняти термінологічні визначення понять та шукати нові підходи,

будувати нові бар'єри на шляху епідемії. Враховуючи дані інтегрованого біо-поведінкового дослідження та досліджень поточної стадії епідемії в Україні, необхідно зазначити, що Україна досі залишається в категорії країн з концентрованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції. Під концентрованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції розуміється наявність відсотка населення, що живе з ВІЛ близько до 1 відсотка.

Таким чином ми можемо говорити про те, що поняття «група ризику» перестало бути актуальним та трансформувалося у поняття «групи населення, найбільш уразливі до інфікування ВІЛ чи ВГС, ПСШ чи туберкульозу». До того ж відповідно до Закону України «Про соціальні послуги», під вразливими групами населення вважають особи/сім'ї, «які мають найвищий ризик потрапляння у складні життєві обставини через вплив несприятливих зовнішніх та/або внутрішніх чинників. Такими чинниками можуть бути, до прикладу, війни, збройні конфлікти або ж стихійні лиха як обставини, які змушують людей покинути їхні домівки, шукати прихистку в інших містах або країнах, а відтак, почуватися соціально незахищеними. Відповідно, тут ми стикаємося з іншим важливим терміном – складні життєві обставини (СЖО)».

У нормативно-правових документах України йдеться про те, що складними життєвими обставинами є такі, що були виявлені за результатами оцінки потреб, внаслідок яких сім'ї або особи не можуть самостійно піклуватися про особисте, сімейне життя та брати участь у суспільному житті.

Це можуть бути також обставини, спричинені станом здоров'я – наприклад, хронічні або невиліковні захворювання, інвалідність, реабілітаційний період тощо. Тут ми знову згадуємо про контекст ВІЛ – інфекції/СНІДу, хоча складні життєві обставини, відповідно до законодавства України також можуть бути спричинені віковими факторами – коли через вік особа не здатна подбати про себе самостійно і в повному обсязі. Наприклад, це стосується неповнолітніх або малолітніх дітей, також – літніх людей.

Ще один фактор – життєві звички, спосіб життя, внаслідок яких особа не має можливостей піклуватися про себе, своїх близьких самостійно. В

англомовному середовищі існує відповідний термін – *vulnerable groups*, тобто, в дослівному перекладі, – це ті ж чутливі або вразливі групи населення. Тож ми дійшли до визначення поняття «ключові групи населення» як найбільш сучасного, яке застосовується у всіх документах ООН, ВООЗ, Державній стратегії України та різноманітних законах.

Згідно визначенню п.6 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (Відомості Верховної Ради України, 2011 р., № 30, ст. 274; 2014 р., № 2-3, ст. 41) «ключові групи щодо інфікування ВІЛ-групи людей, яким з урахуванням особливостей їх поведінки та поведінки їхнього оточення загрожує підвищений ризик контакту з джерелом інфікування ВІЛ і які суттєво впливають на динаміку поширення ВІЛ. Визначення та перегляд переліку таких груп на національному рівні здійснюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, з урахуванням критеріїв та рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я. На регіональному рівні органами місцевого самоврядування можуть бути визначені додаткові ключові групи щодо інфікування ВІЛ» [30]

У контексті епідеміології в середовищі ключових груп епідемія ВІЛ розвивається непропорційно порівняно із загальним населенням.

Ключові групи населення – люди, що вживають ін'єкційні наркотики, секс-працівники, геї та інші чоловіки, які практикують секс із чоловіками, трансгендерні особи і люди, які перебувають в тюрмах і закритих місцях позбавлення/обмеження волі, – з більшою ймовірністю схильні до ризику інфікування ВІЛ, а також частіше потерпають від насильства, стигми, дискримінації та законів, які обмежують їх пересування або доступ до послуг.

Вразливі або уразливі групи – це ті, які мають більший ризик щодо інфікування ВІЛ відповідно до певних поведінкових особливостей. За терміном «вразливі» фактично стоять конкретні люди з їх правами та потребами.

Сьогодні у світі формується запит від прогресивних країн та

громадянського суспільства щодо того, аби дати цим «безликим» групам право голосу. Тобто, чітко та поіменно перелічити конкретні категорії таких людей. На засіданні високого рівня з ВІЛ/СНІД в рамках Генеральної Асамблеї ООН 8 червня 2021 року була ухвалена Нова політична декларація [72].

У ній було визначено, що багато з груп населення, найбільш схильних до ризику зараження ВІЛ, вірусним гепатитом та інфекціями, що передаються статевим шляхом, перетинаються у межах цих захворювань. Крім того, багато з цих груп населення характеризуються вразливістю або наражаються на ризик у результаті соціальних та структурних детермінант здоров'я, включаючи численні форми дискримінації та умови маргіналізації чи ізоляції, в яких вони живуть.

Загальні пріоритетні групи населення у рамках національних заходів реагування на ВІЛ, вірусний гепатит та інфекції, що передаються статевим шляхом, можуть включати: осіб, які вживають наркотики, зокрема шляхом ін'єкцій; секс-працівників та їх клієнтів; чоловіків, які вступають у статеві стосунки з чоловіками; трансгендерних осіб.

Саме для цих ключових груп створюються та впроваджуються профілактичні програми з ВІЛ/СНІД.

У середині цих груп можна розглядати більш вузькі характеристики осіб, що складають ці групи, а саме: осіб, які перебувають у місцях позбавлення свободи та установах закритого типу; осіб, чия сексуальна поведінка спричинена опосередковано вживанням наркотиків чи алкоголю; людей, які зазнали впливу інфекції через небезпечні запаси продуктів крові та небезпечні медичні ін'єкції та процедури; дітей, які заразилися внаслідок вертикальної (від матері дитині) передачі інфекції чи ранньому дитинстві; вагітних і жінок, що годують; жінок та дівчаток, включаючи дівчаток-підлітків та молодих жінок, які стикаються з ризиками, пов'язаними з гендерною нерівністю та схильністю до насильства, у поєднанні з підвищеними біологічними ризиками за ознакою статі; молодь, включаючи ключові групи населення з-поміж молоді; людей різного віку, у тому числі чоловіків, які рідше користуються послугами охорони здоров'я; мігрантів

та мобільні групи населення, а також людей, які постраждали від конфліктів та цивільних заворушень; корінні народи; і осіб із обмеженими можливостями; людей, які зазнали ризику зараження статевим шляхом, у тому числі: молодь та підлітків.

Ключовим елементом процесу оцінки різноманітних сервісів для планування є визначення для представників ключових груп їх чисельності.

Дослідження щодо оцінки чисельності груп, вразливих до інфікування ВІЛ, таких як ЛВІН, СП та ЧСЧ проводились в Україні починаючи з 2002 року у партнерстві державного та неурядового сектору. Такі оцінки були розраховані базуючись на даних, отриманих в результаті проведення ІБПД, бази даних SYREX та офіційної статистики. Під час дослідження, що проводилось у 2018 році був врахований багаторічний досвід попередніх раундів оцінок, враховані обмеження та переваги тих підходів, які використовувались раніше.

Застосовані методи та джерела даних, що забезпечують найбільш достовірні результати оцінок. З практичною метою, для спрощення сприйняття інформації і полегшення операційного використання оцінки чисельності груп, вразливих до інфікування ВІЛ, були округлені до тисяч.

Розрахунок оціночної чисельності ЛВІН базувався на даних офіційної статистики та результатах опитування ЛВІН у 30 містах на 26 адміністративно-територіальних одиницях України в рамках «Інтегрованого біоповедінкового дослідження серед ключових груп в Україні», проведеного у листопаді 2017 – березні 2018 року. Вибірка дослідження була реалізована за допомогою методу RDS та склала 10 076 осіб (82 % чоловіків, 18 % жінок).

У результаті розрахунків було отримано діапазони оціночної чисельності ЛВІН на рівні кожного міста - обласного центру, що були екстрапольовані на рівень 26 регіонів України. 18 оцінок було розраховано з використанням 7 різних баз даних та джерел. У 2017-2018 роках дослідження серед ЛВІН в містах АР Крим не проводилось, тому даних щодо оціночної чисельності цієї групи населення відсутні.

Після аналізу даних та їхнього обговорення було прийнято рішення щодо

оціночної чисельності ЛВН на рівні України – 366 000 осіб (з урахуванням м. Севастополь та непідконтрольних територій Донецької і Луганської областей).

Розрахунок оціночної чисельності СП базувався на даних офіційної статистики та результатах опитування людей, які надають сексуальні послуги за винагороду у 25 містах з 25 регіонів України в рамках «Інтегрованого біоповедінкового дослідження серед ключових груп в Україні», проведеного у період з листопада 2017 по березень 2018 рр. Загальна кількість респондентів та складала 5 043 особи (97 % жінок, 2,9 % чоловіків, 0,1 % трансгендерів).

Після аналізу даних та їхнього обговорення було прийнято рішення щодо оціночної чисельності СП – 86 000 осіб (з урахуванням АР Крим та непідконтрольної території Донецької області). Слід зазначити, що з цього числа було виключено СП, які вживали ін'єкційні наркотичні речовини.

Розрахунок оціночної чисельності ЧСЧ базувався на результатах опитування у 27 містах з 26 регіонів України в рамках «Інтегрованого біоповедінкового дослідження серед ключових груп в Україні», проведеного у період з листопада 2017 по березень 2018 рр.. Вибірку було реалізовано за допомогою методу RDS. Загальна кількість опитаних склала 5 972 особи.

Після аналізу даних та їхнього обговорення було прийнято рішення щодо оціночної чисельності ЧСЧ – 179 000 осіб у віці 15-59 років (з урахуванням АР Крим, м. Севастополь та непідконтрольної території Донецької області).

Оціночна кількість представників вразливих груп населення в Запорізькій області (ця кількість регламентується Наказом МОЗ України від 19.03.2018 №504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», Дод. № 1: ЛВНІ – 15800 осіб; СП – 4800 осіб; ЧСЧ – 7300 осіб.

Розглянемо більш ґрунтовно характеристики ключових груп населення в контексті ВІЛ/СНІД, а саме споживачів наркотиків, секс-працівників, осіб – трансгендерів та чоловіків, які мають секс з чоловіками.

Люди, які вживають наркотичні речовини ін'єкційно (ЛВНІ) – «наркозалежні люди»; «люди, які вживають наркотики ін'єкційно»; «люди, які

вживають наркотики ін'єкційним шляхом»; «люди, що вживають наркотики шляхом ін'єкцій» – якщо йдеться про тих, хто вживає наркотичні засоби саме ін'єкційно – все це характеристики осіб, які є наркозалежними.

За даними останнього біоповедінкового дослідження, оцінна кількість людей, які вживають наркотики ін'єкційно, становила 317 000 (на підконтрольній Україні території). З них 284 006 осіб уживають опіоїди. В Запорізькій області оціночна кількість ЛВНІ складає – 15800 осіб. Вживання наркотиків ін'єкційним шляхом має негативні наслідки, зокрема:

- значно збільшує ймовірність залежності від наркотичних речовин, що знижує соціальний та фінансовий статус людини,
- підвищує рівень кримінальних правопорушень, погіршує психологічний та фізичний стан;
- підвищує ризики інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами В та С через спільне використання голочок та шприців для ін'єкцій;
- підвищує ризики зараження інфекціями, що передаються статевим шляхом, у зв'язку з незахищеними, часто ризикованими сексуальними практиками під впливом наркотичних речовин.

Для даної ключової групи найбільш ефективними та науково – обгрунтованими є запровадженні проєкти з профілактики ВІЛ-інфекції за моделлю зменшення шкоди. Приклад впровадження даної моделі докладно буде розглянутий у наступному розділі роботи на прикладі діяльності БО «БФ «Сподівання».

Важливим прикладом профілактичних інтервенцій для ЛВНІ є програма замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), яка визнана у світі як найбільш економічно ефективний метод лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів. Участь ЛВНІ у програмі ЗПТ призводить до:

- меншого вживання заборонених опіоїдів;
- зниження рівня злочинності, пов'язаної, зокрема, з потребою добування коштів на придбання нелегальних наркотиків;

- зниження смертності в результаті передозувань та передчасної смертності, що пов'язана із вживанням наркотиків (серцево-судинні захворювання, сепсис тощо);
- покращення соціального функціонування – працевлаштування, відновлення зв'язків, батьківських обов'язків тощо;
- зменшення ризикованої поведінки, пов'язаної з поширенням ВІЛ-інфекції, гепатитів В і С серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно;
- профілактики передавання ВІЛ від матері до дитини;
- створення умов для ефективного лікування СНІДу, туберкульозу і супутніх захворювань – сепсису, гнійних інфекцій, гепатиту В і С, тропічної виразки, флебіту;
- покращення соматичного здоров'я пацієнтів.

У сучасній термінології міжнародної соціальної роботи мова йде про назву людей, зазвичай жінок, як представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду (СП).

Небажаними до використання є терміни «проституція», «повія» — ці терміни означають, що людина продає секс, хоча, він не є товаром сам по собі.

Некоректними також будуть такі сленгові, просторічні вислови як: «нічний метелик», «нічна жриця», «жриця кохання»; а також зневажливі: «шлюха», «шльондра» та ін.

Коректними будуть такі варіанти, як: «секс-працівниці», «секс-працівники», «секс-робота». Таким чином ми наголошуємо на тому, що секс-робота – це просто один із видів роботи, але не метод нелегального збагачення і не бізнес-схеми. Саме тому не слід використовувати також наступні висловлювання: «секс-бізнес», «працівник секс-бізнесу», «комерційний секс» або «продаж сексуальних послуг».

В Україні на даний час на рівні Закону проституція заборонена і вважається адміністративним порушенням (ст. 181-1 Кодексу України про адміністративні правопорушення).

Тобто в українському законодавстві також досі послуговуються саме

терміном «проституція». Проте фахівцям краще використовувати варіанти «секс-працівники» або «секс-працівниці».

Варто розрізняти «індивідуальну проституцію» та кримінально каране «Сутенерство або втягнення особи в заняття проституцією» (ст. 303 Кримінального кодексу України).

Якщо мова йде про малолітніх або неповнолітніх дітей, тобто осіб, молодших за 18 років, необхідно використовувати термін «сексуальна експлуатація дітей».

Традиційно до переліку послуг з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду (СП) у Запорізькій області) - 4 найменування:

1. Надання цільових інформаційних, освітніх та комунікаційних послуг;
2. Розповсюдження презервативів та лубрикантів;
3. Послуги тестування на ВІЛ;
4. Скринінг на туберкульоз.

До додаткових послуг для СП можна віднести також соціальний супровід для постановки на медичний догляд, призначення АРТ та формування прихильності до лікування. Ці послуги додаються при отриманні клієнткою програми позитивного результату на ВІЛ-інфекцію, гепатит В чи сифіліс.

Ще одна ключова група, найбільш уразлива до інфікування ВІЛ – це чоловіки, які мають секс з чоловіками. Їх гомосексуальність – один із трьох видів сексуальності людини, що складається з:

- гомосексуальної орієнтації – сексуального потягу до осіб своєї статі;
- гомосексуальної ідентичності – усвідомлення себе як
- особи гомосексуальної орієнтації;
- гомосексуальної поведінки – сексуальних практик з особами своєї статі.

Гомосексуальних чоловіків часто називають геями, а жінок – лесбійками.

До поведінкової групи ЧСЧ належать геї, бісексуали та інших чоловіки, які можуть не відносити себе ні до перших, ні до других, але практикують сексуальні

контакти з чоловіками.

Згідно з результатами біоповедінкових досліджень, зокрема 2018 року, серед уразливих груп, поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ продовжує зростати і становить 7,5 % в Україні в цілому, сягаючи в окремих містах вищих показників: 8,8 % – Маріуполь, 13,0 % – Одеса, 14,3 % – Черкаси, 22,8 % – Донецьк. Тоді як поширеність ВІЛ серед загального населення в Україні оцінюється на рівні 0,9 % [67].

Це означає, що у порівнянні з будь-якою іншою групою загального населення в Україні, значно більша частка геїв, бісексуальних чоловіків та інших ЧСЧ можуть мати ВІЛ-позитивних партнерів в продовж свого життя, і відповідно вищий ризик отримання ВІЛ.

За оцінками національних і міжнародних організацій у галузі охорони здоров'я внаслідок низки біологічних, поведінкових, правових, соціальних та культурних факторів ЧСЧ мають у 19-27 разів вищий ризик отримання ВІЛ-інфекції. Це обумовлює необхідність спеціальних програм профілактики саме для означеної групи та додаткових зусиль у забезпеченні доступу до них і подолання бар'єрів, які існують не лише в медичній та юридичній площинах, але в етичних та соціокультурних аспектах.

Причинами вразливості ЧСЧ перед ВІЛ-інфекцією вважаються поведінкові моделі і сексуальні практики, низьке охоплення медичними послугами, соціальна маргіналізація, стигматизація та дискримінація.

Негативні стереотипи та брак поінформованості щодо ВІЛ/СНІДу, нетолерантне ставлення і негативна громадська думка щодо гомосексуальності лише посилюють стигму по відношенню до ЧСЧ.

Діючі програми профілактики ВІЛ серед ЧСЧ, включають інформаційні матеріали, групові та індивідуальні консультації, тренінги з питань безпечної сексуальної поведінки, ВІЛ-інфекції/СНІДу та ІПСШ, безкоштовні презервативи та лубриканти, експрес-тестування на ВІЛ та інші послуги, які надаються за принципом «рівний-рівному» благодійними фондами, громадськими організаціями, в тому числі ЛГБТ. Вони передбачають звернення самих ЧСЧ за

відповідними послугами до безпечних просторів, де вони зможуть їх отримати.

Проте через високий рівень гомофобії та стигми, які супроводжують ЧСЧ, вони можуть не звертатися за необхідними профілактичними і медичними послугами.

Дегуманізація, зневага та осуд гомосексуальності призводять до внутрішньої гомофобії серед ЧСЧ і формують негативне ставлення до власного здоров'я та ризикованої сексуальної поведінки.

Відмова від послуг профілактики викликана також страхом за власну безпеку, невизнання своєї приналежності до спільноти, браком доступу до інформації про специфічні високі ризики щодо інфікування ВІЛ, які існують для ЧСЧ.

Ефективність профілактики ВІЛ серед ЧСЧ можна покращити за умови більш активного залучення самої спільноти геїв, бісексуальних чоловіків та інших ЧСЧ до всіх рівнів прийняття рішень і реалізації відповідних програм.

Це підвищить відповідальність ЧСЧ як на рівні самої спільноти, так і на індивідуальному рівні. Поведінкові інтервенції, спрямовані на усвідомлення цінності власного здоров'я, піклування про власну безпеку, захищений секс, регулярне тестування на ВІЛ та інші профілактичні заходи, включно з доконтактною та постконтактною профілактикою, мають у своїй основі насамперед індивідуальну відповідальність.

Одним з потужних засобів протидії стигматизації ЧСЧ як уразливої до ВІЛ-інфекції групи може бути проведення відповідальної політики, спрямованої на зменшення стигми і дискримінації по відношенню до ключової групи ЧСЧ та ВІЛ-позитивних людей.

Просвітницька діяльність серед загального населення в Україні, котра матиме на меті підвищення обізнаності щодо ВІЛ та життя груп, вразливих до інфекції, також може стати міцним і довготривалим фундаментом такої політики.

У Запорізькій області профілактичними програмами профілактики ВІЛ серед ЧСЧ опікується Благодійний фонд «Гендер Зед».

Трансгендерні та гендерно-різноманітні люди (трансгендерні та гендерно-різноманітні люди - загальний термін для тих, чия гендерна ідентичність, ролі та самовираження не відповідають нормам та очікуванням, традиційно пов'язаним із статтю, приписаній їм при народженні; це включає в себе людей, які є трансгендерами або іншим чином гендерно-неконформними, або небінарними людьми).

Трансгендерні та гендерно-різноманітні люди можуть самоідентифікувати себе як трансгендерні жінки (транс* жінки), трансгендерні чоловіки (транс* чоловіки) або як гендерно-неконформні люди, небінарні люди. Ця спільнота також виокремлюється як ключова група ризику по відношенню до ВІЛ/СНІД.

Профілактика ВІЛ-інфекції та ІПСШ є одним з важливих елементів захисту здоров'я трансгендерних людей та гендерно-різноманітних людей (далі – транс* людей).

Для цієї групи використовуються втручання, спрямовані на зміну поведінки на безпечну, профілактичні, сексуальні та репродуктивні сервіси для збереження здоров'я транс* людей:

- консультування, тестування на ВІЛ та сифіліс, гепатити В та С, скринінг на ТБ;
- розповсюдження засобів профілактики та ІОМ (видачу презервативів, лубрикантів, надання інформаційно-освітніх матеріалів, а також переадресацію транс* людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, до програм обміну голочок і шприців в рамках наявних в регіоні проектів для ЛВНІ.
- тестування на ВІЛ;
- навігація клієнта з позитивним результатом швидкого тесту на ВІЛ соціальним/аутріч працівником;
- допомога соціального/аутріч-працівника клієнту в проходженні тестування на ІПСШ: сифіліс, гепатити В та С;
- рання діагностика туберкульозу.

Додаткові консультаційно-професійні послуги, яких потребують транс-люди: медичні консультації (консультації ендокринолога щодо гормонотерапії,

зміни статі тощо, консультації психотерапевта щодо зміни статі); правові консультації (допомога у фіксації порушення прав, фізичне/сексуальне насильство, стигма/ дискримінація, алгоритм «переходу»), сприяння у вирішенні проблеми та соціальна допомога; консультації психолога (налагодження стосунків з близькими, проблеми самотності, страх перед суспільним осудом, тощо); соціальні послуги (групи самопомоги, «квартирники»); переадресація клієнта в інші проекти для отримання замісної гормональної терапії; консьольтування клієнта щодо необхідності підписання декларації з сімейним лікарем (в разі потреби сприяння чи супровід клієнта для укладання декларації).

Можна констатувати, що цілеспрямованої профілактичної роботи з цією ключовою групою у Запорізькій області не проводиться.

У реаліях сучасного перебігу епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні традиційні профілактичні програми розраховані на загальні пріоритетні групи населення у рамках національних заходів реагування на ВІЛ, вірусний гепатит та інфекції, що передаються статевим шляхом, можуть включати: осіб, які вживають наркотики, зокрема шляхом ін'єкцій; секс-працівників та їх клієнтів; чоловіків, які вступають у статеві стосунки з чоловіками; трансгендерних осіб.

Саме для цих ключових груп створюються та впроваджуються профілактичні програми з ВІЛ/СНІД.

Можна додати до традиційних «ключових» груп людей, які зазнали ризику зараження статевим шляхом, у тому числі: молодь та підлітків; осіб, які перебувають у місцях позбавлення свободи та установах закритого типу; внутрішньо-переміщених осіб, які зазнали жахи окупації, бойових дій або ракетних чи артилерійських обстрілів, перебування у прифронтовій зоні тощо.

2.5. Взаємодії соціальних служб, громадськості та учасників уразливих груп

Теоретико-методологічні засади державного управління у сфері соціального захисту, взаємодія з громадськими організаціями, шляхи вирішення ключових питань реалізації державної соціальної політики досліджували українські вчені та представники міжнародних ВІЛ-сервісних організацій: Т. Бордуніс, Т. Дешко, [26] Т. Семигіна, [89] Є. Романенко, В. Рудой, П. Скала, О. Тараханіч, А. Толопило, І. Хожило, О. Худоби, А. Якобчук та ін.

Питання стандартизації державних послуг, співвідношення соціальних послуг із публічними та адміністративними досліджували: М. Іжа, Н. Кабаченко, І. Коліушко, В. Марущак, І. Парубчак, О. Поляк, С. Серьогін, Л. Сідельнік, Л. Скоропад, В. Сороко та ін.

Окремі аспекти взаємодії державних установ і недержавних організацій розглядалися як зарубіжними, так і вітчизняними науковцями, а саме: взаємодія на рівні громади (Т. Басюк, І. Зверева [19]); соціальне партнерство (Т. Дешко [26]); вплив міжнародних ініціатив в галузі ВІЛ/СНІД на формування та реалізацію політики охорони громадського здоров'я, а також на формування громадянського суспільства в Україні (Т. Семигіна [88]); взаємодія соціальних служб із громадою (С. Толстоухова, В. Андрущенко, В. Бех, В. Башкіревіч); менеджмент взаємодії (С. Терницька [94]).

Дослідниця Н. Майструк акцентує, що подолання проблеми ВІЛ/СНІДу можливо лише шляхом об'єднання зусиль, тобто завдяки застосуванню стратегії міжсекторальної взаємодії, яка є найбільш ефективною у напрямку первинної профілактики інфекції [48].

Н. Нізова наголошує, що одним з найважливіших чинників формування відповіді на епідемію в Україні є партнерство з Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, який протягом останніх восьми років надає Україні фінансову допомогу у сфері протидії ВІЛ - інфекції/СНІДу. Тобто стосунки держави і міжнародної громадської організації вона розглядає на рівні партнерства [64].

Дослідниця наголошує, що основними реципієнтами за цим грантом є дві громадські організації – Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні та

Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

У той же час Грантові кошти планують використати для зміцнення спроможності служби протидії СНІДу на національному та регіональному рівнях, що надасть змогу, починаючи від 2017 р., впроваджувати ефективні заходи щодо подолання епідемії СНІДу в Україні без фінансової допомоги з боку донорів.

Проведений аналіз нормативно-правової бази державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні показав, що вона складається з міжнародних ратифікованих Україною та національних нормативно-правових актів, до яких належать закони, постанови і розпорядження Верховної Ради України, укази і розпорядження Президента України, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, накази, рішення колегій, рекомендації та інструкції Міністерства охорони здоров'я України, інших центральних органів виконавчої влади та інші документи.

Доведено, що участь інституцій громадянського суспільства в організації національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні є надзвичайно важливою і реалізується через систему загальних та спеціальних функцій управління.

Основними формами взаємодії є законотворча ініціатива; проведення спільних заходів (громадські слухання, щорічні національні конференції з проблем профілактики СНІДу тощо); навчання фахівців; використання матеріально-технічної бази; вирішення конкретних проблем спільними зусиллями; переадресація клієнтів; обмін інформацією; спільні бази даних тощо.

В Запорізькій громаді створена та багато років функціонує Обласна рада з координації дій у відповідь на поширення туберкульозу, ВІЛ та вірусних гепатитів (далі – Координаційна рада) є консультативно-дорадчим міжсекторальним органом при Запорізькій обласній державній адміністрації.

Координаційна рада створена відповідно до Розпорядження голови обласної державної адміністрації №260 від 14.04.2021 року "Про створення обласної ради з координації дій у відповідь на поширення туберкульозу, ВІЛ та

інших соціально-небезпечних хвороб у Запорізькій області".

Координаційна рада координує на відповідній адміністративній території діяльність зацікавлених сторін, залучених до дій у відповідь на поширення ТБ, ВІЛ та вірусних гепатитів щодо формування, ефективної реалізації, моніторингу та оцінки відповідних державних і місцевих політики, програм, проектів і заходів, включаючи прогнозування та планування необхідного для цього фінансування і координацію узгодженого та обґрунтованого використання коштів.

Основними функціональними завданнями Координаційної ради, тобто провідними активностями, які здійснюються радою на постійній або регулярній основі в межах відповідної адміністративної території, є такі:

1) координація діяльності та сприяння співробітництву зацікавлених сторін у контексті предмета відання ради на засадах міжсекторальної взаємодії;

2) розроблення, погодження та внесення на розгляд Національної ради та голови обласної державної адміністрації пропозицій щодо пріоритетів, порядку формування, ефективної реалізації, моніторингу та оцінки державних і місцевих політики, програм і проектів у відповідь на поширення ВІЛ, ТБ та споріднених захворювань, інфекцій і розладів, віднесених до відання ради, включаючи проблематику профілактики, лікування, догляду та підтримки;

3) сприяння дотриманню та забезпеченню всіма зацікавленими сторонами прав і свобод людини, принципів інклюзивності, недискримінації, гендерної рівності та гендерної чутливості, насамперед — щодо ключових і пріоритетних груп;

4) сприяння раціональному та ефективному використанню коштів бюджетів різних рівнів та коштів зацікавлених сторін у контексті предмета відання ради, насамперед коштів, призначених для фінансування програм, проектів і заходів із профілактики поширення ВІЛ-інфекції та ТБ, лікування осіб із ВІЛ-інфекцією (зокрема, хворих на СНІД), лікування хворих на ТБ, догляду та підтримки ЛЖВ та ЛТБ;

5) координація епідеміологічного нагляду за поширенням ВІЛ-

інфекції/СНІДу, ТБ, споріднених захворювань, інфекцій та розладів, віднесених до предмета відання ради, координація інших досліджень, що стосуються предмета відання ради;

б) регулярний комплексний аналіз причин поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу, ТБ, споріднених захворювань, інфекцій та розладів, віднесених до предмета відання ради, та ефективності відповідних програм, проектів і заходів;

7) прогнозування епідемічних процесів поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу, ТБ, споріднених захворювань, інфекцій та розладів, віднесених до предмета відання ради, насамперед — на підставі даних епідемічного моніторингу та іншої інформації, отриманої в результаті відповідних досліджень;

8) регулярний аналіз дотримання місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, іншими юридичними особами публічного, а також юридичними особами приватного права вимог нормативно-правових і розпорядчих актів, які стосуються предмета відання ради, насамперед — щодо відповіді на поширення ВІЛ-інфекції, ТБ та ВГ на території Запорізької області, зокрема щодо недопущення та усунення дискримінації та інших порушень прав і свобод людини;

9) всебічне сприяння радам нижчого адміністративного рівня, зокрема, шляхом:

а) надання їм методичної (технічної) допомоги,

б) участь членів ради в засіданнях та інших формах роботи рад нижчого адміністративного рівня

с) запрошення голів та/або секретарів рад нижчого адміністративного рівня (інших осіб, що представляють ці ради) на власні засідання для взаємного інформування, включаючи звітування, та обміну досвідом,

д) інформування на регулярній основі рад нижчого адміністративного рівня про свою діяльність, прийняті рішення та стан їх виконання;

10) сприяння залученню вітчизняних та іноземних інвестицій, коштів проектів міжнародної технічної допомоги, коштів благодійних організацій, зокрема міжнародних, тощо для виконання своїх функціональних завдань, насамперед — для реалізації програм, проектів і заходів у відповідь на поширення ВІЛ-інфекції, ТБ та ВГ;

11) розгляд етичних конфліктів та аналіз ситуацій потенційного або наявного конфлікту інтересів із напрацюванням відповідних рекомендацій та наглядом за їх виконанням.

Державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу реалізується на чотирьох рівнях: представництво інтересів і спільної позиції НУО і державних структур перед міжнародними донорами (міжнародний рівень), що сприяє конструктивному діалогу та партнерству; надання технічної допомоги у вигляді навчання, консультування та інших форм для представників НУО, ініціативних груп і державних установ (національний рівень); надання підтримки та адресної допомоги представникам груп високого ризику (рівень індивідуальної взаємодії) та членам їх родини (рівень територіальної громади).

Визначено, що, належне інформаційне забезпечення взаємодії з громадськістю в системі державного управління сферою протидії поширенню ВІЛ/СНІДу пропонується реалізовувати на двох комунікативних рівнях: внутрішній – міжсуб'єктний обмін інформацією, зовнішній – суб'єктно-об'єктний обмін інформацією.

Складовими елементами інформаційного механізму взаємодії на рівні територіальної громади виступають: інформація епідеміологічного, медичного та соціального характеру; інформування про засоби профілактики ВІЛ/СНІД на рівні громади, сім'ї та індивідуальному рівні; інформаційне забезпечення з безперервного підвищення професійної майстерності для представників громадськості; інформаційно-технічне забезпечення взаємодії між суб'єктами управління.

Співпраця державних органів із громадськими організаціями доводить свою високу ефективність на практиці. Саме завдяки використанню співпраці

державних інституцій та громадськості у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу можна суттєво стабілізувати епідемію та знизити темпи приросту як захворюваності, так і рівня смертності.

РОЗДІЛ 3

ДІЯЛЬНІСТЬ БО «БФ «СПОДІВАННЯ» З ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ У СФЕРІ ВІЛ/СНІД В ЗАПОРІЗЬКІЙ ГРОМАДІ

3.1. Інформація про Благодійну організацію «Благодійний фонд «Сподівання»

БО «БФ «Сподівання» створений 26 березня 1999 року. Бачення організації: В Запорізькому регіоні до 2030 року рівень вразливості молоді до соціальних хвороб буде значно знижений завдяки розумінню та прихильності самої молоді до цінностей повноцінного життя. Місія організації: Благодійна організація «Благодійний Фонд «Сподівання» – це матері Запорізького регіону, які об'єдналися для формування у підростаючого покоління як потенційно вразливої категорії населення прихильності до здорового способу життя, відповідального батьківства, профілактики того, що заважає молоді жити повноцінним життям: ВІЛ/СНІД та наркоманії.

Цілі діяльності БО «БФ «СПОДІВАННЯ»:

- соціальне обслуговування підлітків та молоді щодо формування в них прихильності до здорового способу життя;
- сприяння розвитку загальнодоступної системи добровільної допомоги особам, які є найбільш вразливими до ВІЛ/СНІД, ТБ та інших соціальних хвороб: наркозалежним, ВІЛ-інфікованим, хворим на СНІД та їх найближчому оточенню;
- залучення територіальної громади Запорізького регіону до вирішення проблем громадського здоров'я;
- розбудова організаційної спроможності.

Організаційна структура: Благодійної організації «Благодійний Фонд «Сподівання» представлена в Додатку 3.

Позиціонування організації: Благодійна організація «Благодійний Фонд

«Сподівання» є неприбутковою організацією.

Предметом діяльності Фонду є благодійна діяльність у сферах:

- соціально-правової та психолого-педагогічної допомоги особам, які мають проблеми вживання наркотиків та алкоголю, ВІЛ-інфікованим, хворим на СНІД та членам їх сімей;
- пропагування та впровадження здорового способу життя серед широких верств населення;
- залучення громадськості до благодійної діяльності.

Основні завдання:

- сприяння налагодженню партнерства і співпраці з органами державної влади, місцевого самоврядування та громадськими об'єднаннями у сфері впровадження здорового способу життя серед населення;
- сприяння формуванню позитивної громадської думки, щодо проблем уразливих груп населення;
- сприяння поліпшенню якості життя верств населення, уразливих до ВІЛ/СНІД хвороб, що передаються через кров та статевим шляхом, туберкульозу, шляхом впровадження профілактичних програм.

Благодійна організація «Благодійний фонд «Сподівання» надає профілактичні послуги в Запорізькій області в рамках державної програми та міжнародних програм боротьби з ВІЛ та іншими соціально-небезпечними хворобами вже більше 20 років. Фонд багато років працює за фінансової та методичної підтримки GF, Alliance for Public Health, USAID, UNICEF, CDC, UNAIDS, CHRISTIAN AID, UAidDirect тощо. Це проекти профілактичного та гуманітарного спрямування.

За майже двадцять років існування Фонду, його працівниками було створено та реалізовано понад двадцять проектів. Проект зменшення шкоди «Надихаємо жити...» спочатку носив назву «Профілактика ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків та жінок секс-бізнесу». Він розпочався у 2002 році за фінансової підтримки «Глобального фонду по боротьбі з СНІДом, малярією та туберкульозом» та Міжнародного благодійного фонду «Альянс з

ВІЛ/СНІД» в Україні.

3.2. Проєкти БО «БФ «Сподівання» в період 2002-2022 років

За майже двадцять років діяльності проєкту більш ніж 15 тисяч клієнтів з числа ЛВНІ та СП отримали послуги з отримання чистого інструментарію, інформування, консультування на ВІЛ, вірусні гепатити, сифіліс, скринінг на ТБ, соціальний супровід та переадресацію до постановки на медичний догляд та призначення АРТ.

У рамках цього багаторічного проєкту його виконавцями, командою професіоналів з числа соціальних працівників, психологів, медичних фахівців були апробовані та успішно впровадженні такі медико - соціальні технології, як інформування, мотиваційне консультування, кейс-менеджмент, когнітивного-поведінкові втручання та інші види профілактичних інтервенцій.

Усі вони розраховані на формування більш безпечної поведінки у представників уразливих груп щодо небезпеки інфікування ВІЛ та іншими соціально – небезпечними хворобами, формування мотивації на збереження власного здоров'я та здоров'я оточуючих.

Фахівці фонду не тільки активно впроваджують сучасні соціально – психологічні технології, а й створюють власні профілактичні інтервенції. Прикладам такого сучасного втручання можуть слугувати наступні проєкти фонду:

«Програма з профілактики ВІЛ серед молодих жінок секс бізнесу, осіб які вживають ін'єкційні наркотики у м. Запоріжжя» (2015-2017 рр.)

Мета проєкту: забезпечення максимального доступу, не менше 500 підлітків груп ризику віком 14-24 років (з фокусуванням на підлітках 14-19 років) до дружніх комплексних медико-соціальних ВІЛ-профілактичних послуг в м. Запоріжжя. Бенефіціари проєкту: підлітки групи ризику віком 14 - 24 років (ЖКС/ОСІН), фінансувався за підтримки Дітячого фонду ООН (UNICEF).

Проект «Пілотування ефективного поведінкового втручання «Модель психосоціального втручання» серед споживачів ін'єкційних наркотиків» (2014-2015 рр.).

Мета проекту: Підвищення та підтримка рівня знань про поведінку, пов'язану з ризиком інфікування ВІЛ та вживання наркотиків та підтримка рівня мотивації щодо зниження рівня ризикованої поведінки серед СІН (ЛВНІ) за допомогою впровадження Модели поведінкового втручання «Сім кроків». Проект фінансувався МБФ «РАСТ inc.» при підтримці USAID (Агенства США з міжнародного розвитку в Україні, Молдові та Беларусі»).

Проект «7 кроків» («Seven steps») продовжує працювати в цьому напрямку, тепер направивши свої зусилля на «Модель психосоціального втручання» (МПО). Це втручання відповідає загальному контексту України та доповнить потужну роботу серед СІН, яку виконує ВІЛ-спільнота.

МПВ є комплексним індивідуальним втручанням щодо зменшення ризиків та зміни поведінки, спрямованим на зниження ризикованих моделей поведінки, враховуючи інфікування та передачу ВІЛ та вірусних гепатитів, серед СІН. Воно також спрямоване на те, щоб зорієнтувати СІН на одержання відповідного лікування від наркотичної залежності, тестування та лікування захворювань (ВІЛ, ІПСШ, гепатити, туберкульоз тощо) та інших послуг у сфері охорони здоров'я.

БО БФ «Сподівання» створив та виконав два пілотних проекти за методом когнітивно-поведінкового втручання. Профілактичне втручання «МІНЯЮ СЕБЕ» створено у рамках діяльності проекту зменшення шкоди Авторами даної програми програми є проф. ЗНУ Заверико Н. та керівниця БО БФ «Сподівання» Доценко Н. (Додаток 4). Створена логічна модель визначила конкретні поведінкові детермінанти та втручання. Профілактичне втручання для жінок – СІН якраз і враховує ВІЛ-профілактичні підходи у своєму змісті.

За останні роки визначилася фемінізація епідемії ВІЛ-інфекції, що визначає необхідність запровадження нових гендерно-орієнтованих підходів для зниження серед жінок/ЛВНІ ризику інфікування ВІЛ та іншими

небезпечними інфекційними захворюваннями для запобігання переходу інфекції до загального населення.

Програма «Міняю себе» орієнтована на психологічні та соціальні потреби жінок/ЛВНІ: безпеки, реалізація особистісних прав, можливості бути здоровою та самореалізовуватися.

Ціль програми – сформувати у жінок СІН модель безпечної поведінки через надання інформації про шляхи інфікування ВІЛ, усвідомлення ними особистого ризику при вживанні наркотиків та активного статевого життя, набуття навичок безпечного способу життя та розвитку самооцінки у жінок.

Програма «МІНЯЮ СЕБЕ» спирається на концепцію ВІЛ-профілактичних втручань, що відображають науково-обґрунтовані стратегії втручань, реальні умови, в яких працюють ВІЛ-сервісні організації в Україні. Програма побудована на основі науково-методичних рекомендацій, наданих Медичним коледжем штату Вісконсін (Мілуокі США) у рамках наукового дослідження «Інноваційний підхід до мотивації організацій щодо проведення науково-підтверджених ВІЛ-профілактичних втручань серед споживачів ін'єкційних наркотиків» (2012-2018 роки).

ВІЛ-профілактичні втручання, як правило, спираються на різні підходи (поведінкові, біомедичні, соціальні структурні) і надаються цільовим групам різними методами.

При розробці даного ВІЛ-профілактичного втручання враховувалися причини (детермінанти) ризикованої поведінки жінок – СІН та визначалися прийоми, методи на кожному детермінант.

Ще один проєкт за подібною методикою отримав назву «Оптимізоване виявлення ВІЛ», фінансувався CDC (Центром контролю та профілактики захворювань США) за допомогою МБФ «Альянс громадського здоров'я» та реалізовувався за наступними напрямками (компонентів), 2015 – 2018 роки:

- 1) оптимізація виявлення випадків ВІЛ-інфекції (Optimized Case Finding, OCF) – заохочення до тестування на ВІЛ-інфекцію СІН та членів їх соціальних мереж, допомога у тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів, надання

якісних консультацій з профілактики ВІЛ-інфекції, мотивування клієнтів скористатися послугами соціального супроводу;

2) лікування за допомогою спільнот (Community Initiated Treatment Intervention, CITI) – безпосередній соціальний супровід кейс-менеджером, навігація конкретного клієнта до призначення АРТ.

З 2019 року продовжує реалізацію проекту «Поліпшення виявлення випадків ВІЛ-інфекції та доступу до лікування серед людей, що вживають ін'єкційні наркотики в Україні» (ОСФ/СІТІ) з метою підтримки розширення лікування ВІЛ серед людей, що вживають наркотики ін'єкційно шляхом ефективного виявлення випадків в спільноті та забезпечення соціального супроводу з використанням підходу кейс-менеджменту.

Даний проєкт за п'ять років свого впровадження значно розширив напрямки та цільові групи свого впливу. Додалися такі напрямки, як «Кейс менеджмент дорослих чоловіків (AMCF CITI)», «Доконтактна профілактика (PrEP)», а також напрямок «Спрямування клієнтів до послуг замісної підтримуючої терапії (ЗПТ)».

Наразі маємо також серед бенефіціарів проєкту військовослужбовців, внутрішньо-переміщених осіб, які мають ризик інфікування ВІЛ/СНІД.

Завдяки моделі проєкту «Поліпшення виявлення випадків ВІЛ-інфекції та доступу до лікування серед людей, що вживають ін'єкційні наркотики в Україні» вдається ефективно виявляти та своєчасно розпочинати лікування ВІЛ інфекції серед ЛВІН.

Оскільки ВІЛ інфекція поширюється не лише у цій уразливій групі, а і серед дорослих чоловіків, які мали досвід споживання ін'єкційних наркотиків у минулому, споживають неін'єкційні наркотики та/або алкоголь на даний момент, і у той самий час мають багато статевих контактів, у тому числі і з представницями комерційного сексу (СП), дана модель використовуватись і у такій уразливій групі. Ці дорослі чоловіки віком від 25 до 55 років часто вживають неін'єкційні наркотики та/або алкоголь, а також мають досвід перебування в місцях позбавлення свободи.

Окрім тестування на ВІЛ учасники даної інтервенції будуть проходити тестування на сифіліс та вірусні Гепатити «В» та «С», таким чином, зможуть бути скеровані на лікування задля попередження захворюваності серед даної уразливої групи та серед загального населення. Їм також пропонується доконтактна профілактика (ДКП), про яку прописано у 2 розділі в параграфі «Медична профілактика».

Також клієнтам проєкта пропонується мотивування та супровід до послуг ЗПТ (замісної підтримуючої терапії) та супровід лікування АРТ на період до року.

За п'ять років діяльності проєкту більше 2500 осіб з числа спільнот споживачів наркотиків та груп – містків отримали послугу тестування на ВІЛ та інші сервіси проєкту: переадресація до лікування, до сайтів ЗПТ, ДКП за методом кейс-менеджменту.

З 2019 по 2023 рік БО «БФ «Сподівання» є учасником закупівлі послуг у сфері охорони здоров'я від Державної установи «ЦГЗ» МОЗ.

Прикладом проєкту може служити Договір між сторонами щодо закупівлі «Послуги у сфері охорони здоров'я різні (Послуги з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду (СП) у Запорізькій області) – 4 найменування (джерело фінансування – кошти Державного бюджету. (Додаток 5).

Досвід роботи з міжнародними донорами та державними установами є запорукою оптимального використання ресурсів даного проєкту як доповнення до вже існуючих проєктів та програм у Запорізькому регіоні.

Організація має великий потенціал в наданні професійних медико-соціальних послуг в сфері боротьби з ВІЛ-інфекцією. Персонал організації має високий кваліфікаційний рівень та постійно підвищує свій професіоналізм, необхідний для реалізації основних програм. БО «БФ «Сподівання» має розгалуженні зв'язки з державним сектором та НУО, що використовується для втілення спільних проєктів, реалізації програм з протидії епідемії ВІЛ в Запорізькій області.

Початок повномасштабної війни 24 лютого 2022 року вніс свої корективи у роботу більшості проєктів фонду.

Оскільки 60 % території Запорізької області зараз тимчасово окуповані, частково зруйнована медична інфраструктура, ми маємо активне переміщення переселенців, у тому числі з числа ключових груп, із сіл та містечок ТОТ Запорізької області: м. Мелітополь, Бердянськ, Оріхів, Пологи, а також Херсонської та Донецьких областей, в першу чергу, м. Маріуполь.

Найбільш соціально незахищені або обмежені в пересуванні клієнти потребують додаткових консультацій, перенаправлень, підтримки харчування, гігієнічними та медичними засобами, захисту прав та відновлення документів.

Частина цих потреб покривається гуманітарними проєктами «Крокуємо разом» (за фінансування CHRISTIAN AID) та проєктом «Help today» (за фінансування UNAIDS).

При цьому найбільш уразливі групи населення з числа ЛВНІ, СП, ЛЖВ (частина яких є ВПО/СЖО) все ж таки мають змогу отримувати медико-соціальні послуги у програмах профілактики, психологічну підтримку, тестуватися на ВІЛ та ВГС, проходити скринінг на ТБ, тощо.

Партнерами фонду на даний момент у Запорізькій області є ЗОВА, державні соціальні служби, громадські та благодійні організації регіону.

Ми забезпечуємо перенаправлення бенефіціарів, в залежності від їх потреб, у різні проєкти в регіоні: до Координаційного гуманітарного центру Запорізької області; «Відділення Центру профілактики СНІД КНП «ОІКЛ» ЗОР; до проєкту гуманітарної допомоги Мережі «100 відсотків життя Запоріжжя» та інших партнерських організацій у Запорізькій громаді.

Висновки до третього розділу.

Благодійна організація «Благодійний фонд «Сподівання» є однією з найстаріших благодійних установ у Запорізькій області. Він відноситься до так званих ВІЛ-сервісних організацій України, які зосереджують свою проєктну діяльність на наданні різноманітних медико-соціальних та гуманітарних послугу сфері ВІЛ/СНІДу та інших соціальних хвороб.

Уся його багаторічна профілактична діяльність завжди враховує міжнародний досвід впровадження передових медико-соціальних технологій та сучасних стратегій протидії ВІЛ/СНІДу у світі та в Україні.

Профілактичні проекти БО «БФ «Сподівання» завжди спрямовані на задоволення нагальних потреб ключових груп у підтримці здоров'я, підвищення якості життя та надихають клієнтів цих програм формувати більш безпечну поведінку.

У Запорізькій громаді досвід БО «БФ «Сподівання» відмічений з боку державних структур та партнерських організацій.

ВИСНОВКИ

Результати дослідження дають підстави для таких висновків:

1. Глобальна епідемія у сфері ВІЛ/СНІД вимагає пошуку успішних стратегій протидії поширенню епідемії і сучасних моделей профілактичних втручань. Україна зробила значний прогрес у боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІДу, зокрема в забезпеченні доступності та якості антиретровірусної терапії (АРТ), профілактичних програм для груп ризику та наукового супроводу проблеми. Однак війна в Україні створила нові виклики та загрози для людей, які живуть з ВІЛ, такі як масова міграція, порушення логістичних ланцюгів, знищення медичної інфраструктури та обмеження доступу до послуг.

2. Ситуація з ВІЛ у Запорізькій області складнилась у зв'язку з військовими діями в Україні. Збільшилась кількість представників уразливих груп, які не мають повноцінного доступу до комплексу профілактичних послуг, тестування та лікування у зв'язку з отриманням статусу внутрішньо переміщених осіб.

3. У роботі зроблено теоретичний аналіз понять «профілактика», «медична профілактика», «соціальна профілактика», «структурна спеціальна профілактика», «різні рівні втручань для різних категорій населення».

4. На основі наукового аналізу та практики уточнено дефініцію поняття «ключові/уразливі групи» та охарактеризовано особливість профілактичної роботи з кожною з цих груп клієнтів.

5. В кваліфікаційній роботі описано найбільш розповсюджені програми первинної профілактики для дітей, молоді та підлітків, їх переваги та ефективність впровадження.

6. Обґрунтовано ефективність впровадження проєкту «БФ»Сподівання» щодо системи профілактичної роботи у сфері ВІЛ/СНІД у Запорізькій області.

Таким чином, магістерська робота вносить важливий вклад у розвиток теоретичної бази з питань профілактики ВІЛ/СНІДу серед уразливих груп у громаді, що є необхідним для подальшого покращення практичних методик та

стратегій в цій сфері.

Результати дослідження дозволять визначити конкретні потреби та ризики уразливих груп щодо ВІЛ/СНІДу. Це надасть можливість і в майбутньому розробляти та впроваджувати на практиці ефективні стратегії профілактики, які враховують специфіку громади, а саме – стан медичної системи та збільшення доступу до послуг ключових груп та населення громади взагалі.

Створення ефективних програм втручання, спрямованих на зменшення поширення ВІЛ/СНІДу сприятиме покращенню якості життя уразливих груп у м. Запоріжжі та Запорізькій області.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Baral S. et al. Modified social ecological model: a tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics. *BMC public health*. 2013. Т. 13. №. 1. P. 1-8.
2. Blankenship K. M. et al. Structural interventions: concepts, challenges and opportunities for research. *Journal of Urban Health*. 2006. Т. 83. P. 59-72.
3. Workowski K. A., Bachmann L. H. Centers for Disease Control and Prevention's sexually transmitted diseases infection guidelines. *Clinical Infectious Diseases*. 2022. Т. 74. №. Supplement 2. P. 89-94.
4. Commissioner H. International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights / Concepts and strategies for combating social exclusion: an overview: International Labour Organization. 2006. URL: <https://www.citywide.ie/assets/files/pdf/consolidatedguidelinesshiv.pdf>. (дата звернення: 15.11.2023).
5. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS et al. Miles to go: closing gaps, breaking barriers, righting injustices. Geneva: UNAIDS. 2018. URL: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2525305>. (дата звернення: 15.11.2023).
6. Parker R., Aggleton P. HIV-and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Culture, society and sexuality*. Routledge, 2007. P. 459-474.
7. PREP як скафандр від ВІЛ. Доконтактна профілактика як спосіб запобігти вірусу імунодефіциту людини. Київ: «Центр громадського здоров'я» МОЗ, 2020. 38 с. URL: <https://reporters.media/prep-yak-skafandr-vid-vil/>.(дата звернення: 15.11.2023).
8. DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. *Treating addictive behaviors*. Plenum Press. 1998. PP. 3–24. URL: <https://doi.org/10.1007/978-1->

- 4899-1934-2_1. (дата звернення: 15.11.2023).
9. Nikelly A. G. Alcoholism: Social As Well As Psycho-Medical Problem The Missing «Big Picture». *Journal of Alcohol and Drug Education*. 1994. P. 1-12.
 10. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and related health problems: Alphabetical index. *World Health Organization*, 2004. Т. 3. URL: <http://surl.li/ocdwb>. (дата звернення: 15.11.2023).
 11. UNAIDS Report on Global HIV & AIDS. URL: <http://surl.li/ocdwv>. (дата звернення: 15.11.2023).
 12. World Health Organization et al. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. *World Health Organization*, 2016. URL: <http://surl.li/ocdxh>. (дата звернення: 15.11.2023).
 13. Словник української мови: в 11 т. /ред. кол.: І. К. Білодід. Київ: Наук.думка, 1977. 927 с.
 14. Активні методи просвітницької діяльності у профілактиці ВІЛ/СНІДу та ризикованої поведінки : посіб. для спец. приймальників-розподільників, притулків для неповнолітніх та виховних колоній / за заг. ред. Р. Х. Вайноли, Т. Л. Лях. Київ: ТОВ «ДКБ «РОТЕКС», 2007. 190 с.
 15. Басюк Т. П. Організація партнерства у місцевих громадян: метод. рек. для практиків соціальної сфери / заг. ред. І. Д. Зверева. Київ: Наук. світ, 2006. 43 с.
 16. Бега А. Громадський нагляд за державною політикою з ВІЛ/СНІД в Україні: Цикл звітів про політику у сфері ВІЛ/СНІД у В'єтнамі, Нікарагуа, Сенегалі, Сполучених Штатах Америки й Україні. Київ: 2007. 63 с.
 17. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2009. 208 с.
 18. Бордуніс Т., Брисюк Н., Буяджі Д. та ін. Виклик та подолання: ВІЛ/СНІД та права людини в Україні. Київ: ПРООН, 2008. 191 с.
 19. Грабовська Т. І. Основні напрями і форми профілактичної діяльності щодо ВІЛ/ СНІДУ в учнівському середовищі. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. 2014.

Вип. 33. – С. 46-50.

20. Громадянська мережа ЛЖВ. ВІЛ-інфекція в Україні: правові аспекти та захист прав людей, які живуть з ВІЛ. URL: <https://network.org.ua/>. (дата звернення: 15.11.2023).
21. Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Прийнято резолюцією S-26/2 спеціальної сесії Генеральної Асамблеї від 27 червня 2001 р. URL: http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?page=1&nreg=995_846. (дата звернення: 15.11.2023).
22. Дешко Т. та ін. Права ВІЛ-позитивних людей і доступність для них послуг. *Соціальна політика і соціальна робота*. 2005. № 2. С. 31-52.
23. Довбах Г.В., Погоріла Н.Б., Польщикова Є.А. Моніторинг поведінки представників груп-містків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами дослідження. Київ: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005. 31 с.
24. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / за заг. ред. проф. І. Д. Зверєвої. Київ, Сімферополь: Універсум, 2012. 536 с.
25. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / за заг. ред. проф. І. Д. Зверєвої. Київ, Сімферополь: Універсум, 2012. 536 с.
26. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІД в Україні. URL: <http://www.aidsalliance.kiev.ua>. (дата звернення: 15.11.2023).
27. Європейська асоціація молоді для прав жінок і чоловіків у житті місцевих громад. URL : <https://gender.auc.org.ua/?p=90>
28. Журавель Т.В. Соціальна профілактика як напрям соціально-педагогічної діяльності. *Соціальна педагогіка: навч. посібник* / за заг. ред. О. В. Безпалько; Авт.-кол. О. В. Безпалько, І. Д. Зверєва, Т. Г. Веретенко та ін. Київ: Академвидав, 2013. С. 85-101.
29. Заверико Н.В. Соціальна педагогіка: навчальний посібник. Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2010. 153 с.
30. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ:

Закон України від 12.01.2023 № 2869-IX URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2869-20>. (дата звернення: 15.11.2023).

31. Про внесення змін до Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» щодо застосування сучасних підходів до профілактики, тестування і лікування ВІЛ-інфекції відповідно до керівних документів Всесвітньої: Закон України від 12 січня 2023 року № 2869-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2869-20#Text>. (дата звернення: 15.11.2023).
32. Запобігання дискримінації ключових груп (з особливим акцентом на працівників ЗПТ) медичним персоналом шляхом реалізації підходу діалогу «клієнт-лікар»: навчально методичний посібник. Київ: «Альянс громадського здоров'я», 2023. 140 с.
33. Пукало Р. М., Пукало А. Р., Пукало С. Є. Епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні та проблемні питання нормативно-правової бази боротьби з нею. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку*: матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф., (м. Львів, 19–20 квіт. 2007 р.). Львів: Львів. нац. ун-т ім. І. Франка. 2007. С. 242-247.
34. Збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді: потенціал громади: метод. матеріали до тренінгу / авт.-упоряд. Н. В. Зимівець / за заг. ред. Г. М. Лактіонової. Київ: Наук. світ, 2004. 205 с.
35. Гетьман Л., Гриценко Т., Іванчук І., Коломієць В. та ін. Інтегрована допомога для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів-пацієнтів замісної підтримувальної терапії: практичний посібник. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство «Україна» 2017. 128 с.
36. Герасименко Г. В. Соціальні інвестиції в Україні: роль міжнародних донорських організацій. *Демографія та соціальна економіка*. 2011. №. 2. С. 16.
37. Тілікіна Н. В. Національні показники становища молоді як інструмент

моніторингу й оцінки ефективності реалізації молодіжної політики в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. №. 21. С. 111-121.

38. Кисельов В. Огляд міжнародного досвіду діяльності громадських центрів для представників уразливих до ВІЛ груп. / за ред. М. Андрущенко. Міжнар. Альянс ВІЛ/СНІД в Україні. Київ: [б.в.], 2008. 66 с.
39. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: Зведений звіт. Варіант «0». Київ: [б.в.], 2008. URL: <http://www.unaids.org.ua/evaluation/users>. (дата звернення: 15.11.2023).
40. Лучинська О. В. Інформаційне забезпечення взаємодії з громадськістю в системі державного управління сферою протидії поширення ВІЛ/СНІДу. *Взаємозв'язок політики і управління: теоретичний і прикладний аспект: матеріали круглого столу* / за заг. ред. С. О. Шевченка. Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2016. С. 83-85.
41. Лучинська О. В. Удосконалення механізмів державно-громадської взаємодії в сфері протидії ВІЛ/СНІДу. Державне управління: удосконалення та розвиток: електрон. наук. фахове вид. Київ, 2017. Вип. 9. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1125>. (дата звернення: 15.11.2023).
42. Лютий В. П. Соціальна профілактика. *Соціальна педагогіка: мала енциклопедія* / за заг. ред. проф. І. Д. Зверєвої. Київ: Центр учбової літератури, 2008. 207 с.
43. Лях Т. Л. Просвітницька робота щодо профілактики ВІЛ/СНІДу в закладах освіти. *Вісник Черкаського університету*. Випуск 183. Частина 2, 2010. С. 58-70.
44. Майструк Н. О., Синявська Д. С. Міжсекторальна взаємодія у сфері первинної профілактики ВІЛ/СНІДу: особливості розвитку в Україні. *Вісн. Нац. техн. ун-ту України «Київ. політехн. ін-т»*. Політологія. Соціологія. Право. Київ, 2012. № 3. С. 103-107.
45. Семигіна Т. В., Зубець І. В., Грига І. М. ВІЛ/СНІД на сторінках українських газет і журналів: соціальний аспект проблеми. *Наук. зап. НаУКМА*. Серія: Пед., психол. науки та соц. робота. 2005.Т. 47. С. 77-83.

46. Зимівець Н.В., Лещук Н.О., Авельцева та ін. *Методика освіти «Рівний-рівному»*: навч.-метод. Посібник. Київ: Навчальна книга, 2002. 127с.
47. *Методичний посібник до пробаційної програми для неповнолітніх «Попередження вживання психоактивних речовин»* Київ: «Агрітім Канада Консалтинг» 2019.136 с. URL: <http://surl.li/oseif>. (дата звернення: 15.11.2023).
48. Микитюк М. Стандарти соціальних послуг з профілактики ВІЛ/ СНІДу: нормативно-правові передумови. *Соціальна політика і соціальна робота*. 2006. № 1. С. 13-24.
49. Міжнародна організація з міграції в Україні. URL: <https://ukraine.iom.int/uk/mom-v-ukrayini>. (дата звернення: 15.11.2023).
50. Лещук Н. О. Статеве виховання і репродуктивне здоров'я підлітків та молоді: навч. посіб. Київ: [б.в.], 2014. 136 с.
51. Запорожець Т. В. Цифрові трансформації системи охорони здоров'я в умовах реформування. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. №. 10. URL: http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/10_2021/5.pdf. (дата звернення: 15.11.2023).
52. Ворник Б.М., Голоцван О.А., Коломієць В.Н., Талалаєв К.О. Модуль «Прояви турботу та обачливості»: навч.-метод. Посібник. Київ: Навчальна книга, 2002. 152 с.
53. Артюх О.Р., Балакірева О.М., Бочкова Л.В. та ін. Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами дослідження. Київ: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005. 59 с.
54. Виклик та подолання: ВІЛ/СНІД та права людини в Україні. URL: <http://surl.li/oseke>. (дата звернення: 15.11.2023).
55. Балакірева О.М., Галустян Ю.М., Дікова-Фаворська Д.М. та ін. Моніторинг поведінки молоді як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт. Київ: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005. 43 с.

56. Артюх О.Р., Балакірева О.М., Бочкова Л.В. та ін. Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами дослідження. Київ: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005. 68 с.
57. Національна стратегія у сфері боротьби зі СНІДом/ВІЛ в Україні на 2021-2025 роки. URL : <http://surl.li/osekk>. (дата звернення: 15.11.2023).
58. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІД. URL : <http://surl.li/oseku>. (дата звернення: 15.11.2023).
59. Нерубасва І. О., Фратолла П. Маршрут безпеки. Методичні рекомендації щодо застосування інтерактивного профілактичного освітнього інструменту з питань репродуктивного здоров'я, профілактики ВІЛ/СНІДу та ІПСШ: Посібник для педагога-організатора. Дрогобич: [б.в.], 2018. 124 с.
60. Нізова Н. М. Партнерство України з Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією як чинник зміцнення ролі держави у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2012. № 3. С. 6-12. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tlkhvil_2012_3_3. (дата звернення: 15.11.2023).
61. Оптимізація міжсекторальної співпраці сімейних лікарів та соціальних працівників у процесі надання соціально-медичних послуг групам підвищеного ризику інфікування ВІЛ, туберкульозом, вірусними гепатитами та людям, які живуть з ВІЛ. Методичні рекомендації для лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина», соціальних працівників. Київ: [б.в.], 2017. 40 с.
62. Оцінка вразливості людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, в Україні: Результати соціологічного долідження. Київ: ПРООН, 2008. 104 с.
63. Барська Ю.Г., Думчев К.В. та ін. Оцінка ефективності програм профілактики ВІЛ серед ЛВІН в Україні. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2016. 48 с.
64. Саєнко Ю.І., Привалов Ю.О., Амджадін Л.М. та ін. Оцінка консультування

щодо ВІЛ/СНІД пацієнтів з інфекціями, які передаються статевим шляхом: Аналітичний звіт за результатами дослідження. Київ: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005. 36 с.

65. Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Яременко О.О. та ін. Оцінка можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. Київ: [б.в.], 2003. 230 с.
66. Оцінка потреб та можливості розширення універсального доступу до профілактики, лікування, догляду та підтримки з ВІЛ/СНІДу: Короткий виклад результатів дослідження. Київ: Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка, 2008. 16 с.
67. Балакірева О.М., Гусак Л.М., Довбах Г.В. та ін. Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні: Аналітичний звіт за результатами дослідження. Київ: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2006. 28 с.
68. Павленко П., Семігіна Т. Чинники, що впливають на політику охорони здоров'я у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу і контролю за його поширенням. *Соціальна політика і соціальна робота*. 2006. № 2. С 18-32.
69. ООН. Резолюція Генеральної Асамблеї. Перетворення нашого світу: Порядок денний в області сталого розвитку на період до 2030 року. URL: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>. (дата звернення: 15.11.2023).
70. Підлітки, які живуть або працюють на вулиці: актуальні акценти для ефективної профілактики ВІЛ (за результатами повторного соціально-поведінкового дослідження): аналіт. звіт / ЮНЕСЕФ, Укр. Ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. Київ: Версо, 2011. 116 с.
71. Балакірева О.М., Бондар Т.В., Павлова Д.М. та ін. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : монографія. Київ: ЮНІСЕФ, Укр. Ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2014. 156. с.
72. Політична декларація двадцятої спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН, присвяченої спільній боротьбі із світовою проблемою наркотиків.

- URL: <https://docs.dtkk.ua/download/pdf/1014.1253.1>. (дата звернення: 15.11.2023).
73. Політична Декларація Організацій Об'єднаних Націй по ВІЛ/СНІДу в 2011 році. URL: <http://www.unaids.org/ru/targetsandcommitments>. (дата звернення: 15.11.2023).
74. Постконтактна профілактика (ПКП). Т. Лоренсен, К. Грефе/Лікування ВІЛ-інфекції. 2005 рік. URL: www.eurasiahealth.org/attaches/.../27_Post-Exposure_Prophylaxis.pdf. (дата звернення: 15.11.2023).
75. Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, применяющих наркотики. ВОЗ, Европейское региональное бюро. Копенгаген, Дания. URL: <http://uhrn.civica.org/library/hr/profprin.htm>. (дата звернення: 15.11.2023).
76. Топчій А. Нелегальна трудова міграція та торгівля людьми. Висвітлення проблеми у ЗМІ. Київ: [б.в.], 2008. 399 с.
77. Програма 15. Загальний огляд: метод. посібник (з питань профілактики ВІЛ-інфекції та підтримки психосоціального здоров'я в Україні) / автори-упоряд.: А. Калініна, В. Петрович та ін. /за заг. ред. В. Головатого, У. Долиняк. Київ: ФОП Савісько І.С., 2017. 60 с.
78. Програма підготовки працівників закладів охорони здоров'я питань попередження насильства щодо жінок: тренінговий модуль / Бондаровська В. М., Булах Л.В., Гуцаленко Т.В. та ін.; за заг.ред. Журавель Т.В., Пилипас Ю.В., Скіпальської Г.Б. Київ: ТОВ «Видавничий дім «КАЛИТА», 2015. 40 с.
79. Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: досвід впровадження цільових моделей в Україні. ЮНЕСЕФ, Укр. Ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. Київ: Версо 04, 2010.88 с.
80. Профілактика ВІЛ-інфекції, догляд і підтримка вихованців, які живуть з ВІЛ, у соціальних закладах для дітей/ Андріяш С. П., Бляхарський Я. О., Бондаренко П. В., Грицюк Т. К., Грищенко Н. В., Лучинська О. В. Київ: МБФ «Міжнародний Альянс по ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. 252 с.
81. Профілактика, догляд і підтримка вихованців, які живуть з ВІЛ, у соціальних закладах для дітей / Андріяш С. П., Бляхарський Я. О., Грицюк

- Т. К., Грищенко Н. В. Київ: МБФ «Міжнародний Альянс по ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. 176 с.
82. Розвиток гендерно-чутливих підходів до методів профілактики ВІЛ серед жінок, які споживають наркотики. Київ: МБФ «Міжнародний Альянс по ВІЛ/СНІД в Україні», 2019. URL: <http://surl.li/oseky>. (дата звернення: 15.11.2023).
83. Самусь В., Дубина С., Березіна О. Профілактика ВІЛ/СНІД на робочому місці. Посібник для тренера / В. Самусь, С. Дубина, О. Березіна. Київ: [б.в.], 2018. 135 с.
84. Семигіна Т. В. Політико-правові засади протидії соціально небезпечним хворобам. URL: https://otherreferats.allbest.ru/medicine/00277560_0.html#text. (дата звернення: 15.11.2023).
85. Семигіна Т. Політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: між надіями і розчаруваннями. *Наукові записки НаУКМА: Політичні науки*. Т. 69. Київ: [б.в.]. 74 с.
86. Соціальна педагогіка: словник-довідник / за заг. ред. Т. Ф. Алексеєнко. Вінниця: Планер, 2009. 542 с.
87. Стандарти соціальних послуг: зб. документів. Кн. 2 / за ред. Л. Л. Сідельнік. Київ: ЛДЛ, 2007. 232 с.
88. Сухарева, І., Жовтій, Н. Ризик та стрес: емпіричне дослідження вразливості населення до ВІЛ/СНІДу. 2018. URL: <https://dspace.udpu.edu.ua/handle/123456789/12736>. (дата звернення: 15.11.2023).
89. Терницька С. В. Соціально-педагогічні умови взаємодії державних і громадських організацій з профілактики ВІЛ/СНІД серед учнівської молоді: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.05 / Ін-т проблем виховання АПН України. Київ, 2009. 22 с.
90. Терницька С. В. Соціально-педагогічні умови міжсекторної взаємодії у сфері профілактики ВІЛ-інфекції в молодіжному оточенні. Соціальна педагогіка: теорія та практика: зб. наук. праць. Луганськ: Вид-во Держ. закл.

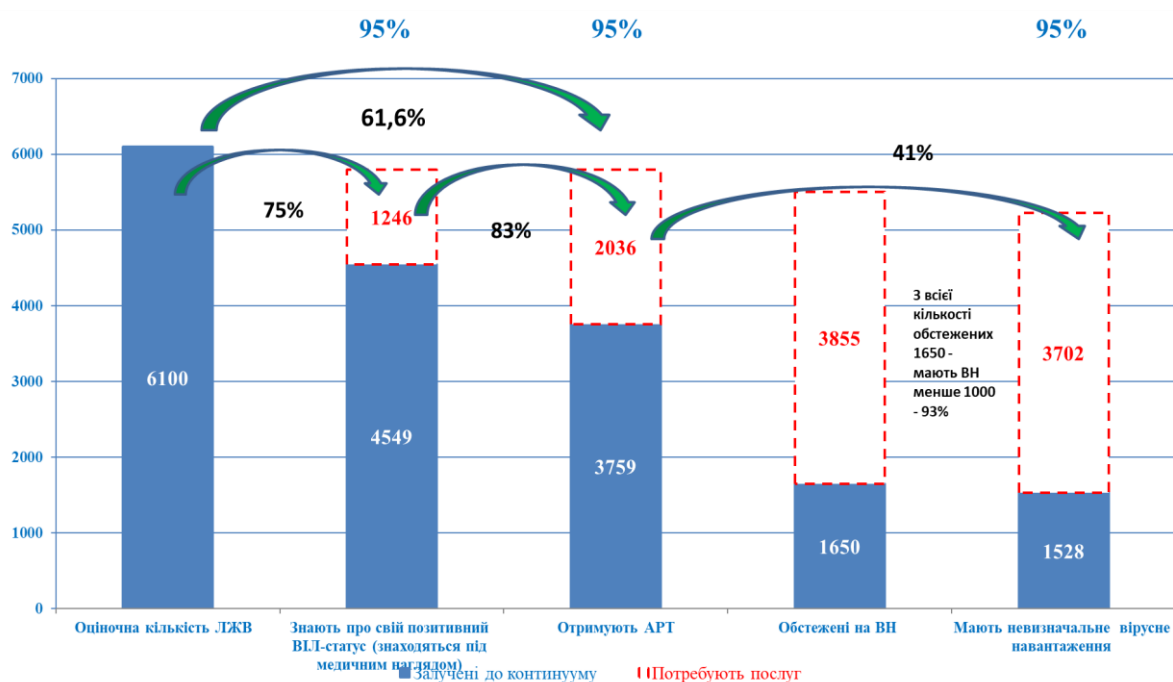
- «Луган. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка» 2012. № 2. С. 34-42.
91. Технології соціально-педагогічної діяльності: навч. посіб. для студентів напряму підготовки «Соціальна педагогіка» / за заг. ред. Н.В. Заверико. Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2014. 280 с.
92. Про Координаційну раду з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії: Указ Президента України від 17.03.2008 р. № 220/2008. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/220/2008>. (дата звернення: 15.11.2023). (дата звернення: 15.11.2023).
93. Україна в 2015 році: Цілі розвитку тисячоліття, адаптовані для України. URL: <http://www.undp.org.ua/ua/millennium-development-goals>. (дата звернення: 15.11.2023).
94. Миргород-Карпова В. В., Безвін О. С., Мурач Д. В. Сучасний стан та перспективи розвитку інклюзивної освіти для ВІЛ/СНІД-інфікованих осіб в Україні. *Scientific notes of Lviv University of Business and Law*. 2021. Т. 30. С. 136-144.
95. Проект «Стратегія сталого розвитку України до 2030 року». URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JH6YF00A?an=338>. (дата звернення: 15.11.2023).
96. Методичні матеріали із соціального аналізу у контексті гендерних відносин та профілактики ВІЛ/СНІДу. URL: <https://sph.ukma.edu.ua/> (дата звернення: 15.11.2023).
97. Щербина В. ВІЛ/СНІД і молодь: знання та поведінка. *Соціальна політика та соціальна робота*. 2008. № 1. С. 27-36.

ДОДАТКИ

Додаток А

**Каскад ВІЛ-послуг в Запорізькій області станом на 01.10.2023,
з урахуванням ЛЖВ, які отримують АРТ за кордоном - 180 осіб та 37
осіб, які отримують терапію в інших регіонах України.**

Не враховуються ДКВСУ та діти в ст. встановлення діагнозу.



Додаток А



КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

РОЗПОРЯДЖЕННЯ

від 27 листопада 2019 р. № 1415-р

Київ

Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року

1. Схвалити Державну стратегію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року, що додається.

2. Міністерству охорони здоров'я разом з іншими центральними органами виконавчої влади, Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями забезпечити у шестимісячний строк розроблення трирічних планів заходів з реалізації Стратегії, схваленої цим розпорядженням.

3. Міністерствам, іншим центральним органам виконавчої влади, Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласним, Київській та Севастопольській міським державним адміністраціям:

забезпечити виконання розробленого плану заходів;

подавати щокварталу до 25 числа наступного місяця Міністерству охорони здоров'я інформацію про стан виконання плану заходів для її узагальнення та подання до 30 числа наступного місяця Кабінетові Міністрів України.

Прем'єр-міністр України

О.ГОНЧАРУК

Інд. 73

Додаток В

СХВАЛЕНО
розпорядженням Кабінету Міністрів України
від 27 листопада 2019 р. № 1415-р

ДЕРЖАВНА СТРАТЕГІЯ **у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам** **на період до 2030 року**

Проблема, яка потребує розв'язання

На шляху до інтеграції із світовою та європейською спільнотами в рамках виконання Цілей сталого розвитку Організації Об'єднаних Націй та Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, ключовим пріоритетом державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального розвитку є протидія захворюванням, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив.

ВІЛ-інфекція/СНІД, туберкульоз, вірусні гепатити В та С (далі - вірусні гепатити), поєднані патології формують основний тягар інфекційних хвороб в Україні, безпосередньо впливають на погіршення якості та тривалості життя, призводять до тяжких наслідків для здоров'я, сприяють втраті працездатності та передчасній смертності, зумовлюють появу множинних супутніх станів та захворювань, що в цілому визначає протидію поширенню цих хвороб важливим завданням громадського здоров'я.

За даними Європейського центру з контролю та профілактики захворюваності та Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Україна залишається однією з країн, де продовжує зростати кількість нових випадків інфікування ВІЛ та смертей від СНІДу. На початок 2019 року Україна посідає одне з перших місць серед країн Європейського регіону за кількістю осіб, які живуть з ВІЛ-інфекцією, налічуючи, за оціночними даними, 237000 осіб на початок 2019 року, більш як 40 відсотків з яких не знають про свій ВІЛ-статус.

Сукупна оціночна кількість осіб, що належать до ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ, осіб, що вживають наркотики ін'єкційно, секс-працівників та чоловіків, що мають секс з чоловіками, становить майже 650 тис. осіб.

За оціночними даними, до 5 відсотків населення країни інфіковано вірусним гепатитом С та 1-2,5 відсотка - вірусним гепатитом В. Існуюча система епідеміологічного нагляду за вірусними гепатитами та обмежений доступ до послуг діагностики та лікування не дають можливості повною мірою оцінити рівень тягаря зазначених захворювань.

За оціночними даними ВООЗ, щороку в Україні близько 36000 осіб хворіють на туберкульоз. Крім того, Україна входить до десяти країн з найвищим показником поширеності мультирезистентного туберкульозу. Серед вперше діагностованих осіб майже у 29 відсотків діагностується стійкість до протитуберкульозних препаратів. Той факт, що в Україні щороку своєчасно не виявляють близько чверті випадків захворювання на туберкульоз, тільки сприяє подальшому його поширенню серед населення.

Поєднані патології (ко-інфекції) ВІЛ, туберкульозу та вірусних гепатитів здійснюють додатковий негативний вплив на здоров'я пацієнтів та, крім того, ускладнюють організацію як надання медичної допомоги для населення, так і планування програм та заходів з

профілактики серед ключових груп населення.

Виключна важливість консолідації зусиль держави, приватного та неурядового секторів, міжнародних партнерів, спрямованих на подолання викликів, пов'язаних із поширенням ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів, зобов'язує визначити довгострокові пріоритети та вектор формування державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитом на період до 2030 року.

Мета та строки реалізації Стратегії

Головною метою Стратегії є подолання епідемій ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів як глобальних загроз громадському здоров'ю та благополуччю населення, покращення якості і тривалості життя, зменшення рівня захворюваності, інвалідизації та смертності шляхом створення та функціонування ефективних, інноваційних, гнучких систем надання якісних і доступних послуг профілактики, діагностики, лікування, догляду та підтримки, що базуються на правах та потребах людини і пацієнта.

Цілі та інструменти реалізації Стратегії базуються на таких ключових принципах і засадах:

дотримання прав людини та недопущення дискримінації за станом здоров'я, віком, соціальним статусом, сексуальною орієнтацією, гендерною ідентичністю, родом занять та іншими ознаками і забезпечення рівності, в тому числі гендерної, та реалізації прав і свобод людини незалежно від цих ознак;

пріоритетності права на здоров'я, що не лише забезпечує повний, справедливий доступ до медичних послуг, а і створює сприятливі умови для реалізації свого права та проактивної турботи про власне здоров'я та здоров'я свого оточення;

прозорості та відкритості - надання громадськості інструментів її змістовного залучення та впливу і забезпечення належної підзвітності, а також відповідальності суб'єктів управління;

грунтовності - формування підходів на основі доказових, експертних та об'єктивних даних з усвідомленням послідовності процесів та з урахуванням оптимального використання наявних та потенційних ресурсів;

проактивності - формування політики та заходів у режимі випередження прогнозованих викликів та із забезпеченням можливості внесення обґрунтованих корективів з метою вдосконалення підходів до реалізації Стратегії;

вимірюваності цілей та критичного оцінювання - визначення чітких проміжних та кінцевих цілей та завдань, ефективність досягнення яких може бути виміряна та оцінена;

міжсекторальної співпраці - ефективна взаємодія, координація зусиль та ефективне врядування шляхом розподілу повноважень між виконавцями відповідно до притаманних їм функцій;

спадкоємності та наступності - збереження орієнтації на цілі та завдання Стратегії незалежно від політичних чи інших чинників, накопичення та передача позитивного досвіду, управлінського, наукового та технічного потенціалу.

У цій Стратегії терміни вживаються в такому значенні:

елімінація - зниження рівня циркуляції збудника захворювання серед населення або окремої його групи до рівня показників, визначених ВООЗ;

ключові групи населення - групи населення, визначені відповідно до рекомендацій МОЗ, які з урахуванням певних поведінкових практик, фізичних та психофізіологічних станів та інших умов, що доказово впливають на підвищені ризики інфікування ВІЛ-інфекцією,

вірусними гепатитами або туберкульозом, є пріоритетними під час формування та впровадженні заходів з реалізації Стратегії;

спільноти - групи осіб, об'єднані та взаємозв'язані певною структурою, спільними цілями та напрямками діяльності, в тому числі щодо реалізації Стратегії, виконання її окремих завдань та представлення інтересів осіб, на яких спрямовані цілі Стратегії.

Шляхи та способи розв'язання проблеми

Розв'язання проблеми передбачається шляхом досягнення стратегічних та оперативних цілей Стратегії.

Стратегічні цілі розподілені виходячи з трьох основних векторів реалізації Стратегії - протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, вірусним гепатитам як глобальним та національним викликам.

Оперативні цілі визначають проміжні кроки та напрями діяльності, сукупність та взаємозв'язаність яких є інструментами досягнення стратегічних цілей.

Стратегічна ціль 1. Зменшення рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію та зниження рівня смертності від хвороб, зумовлених СНІДом

Стратегічна ціль 1 базується на засадах Політичної декларації з питань ВІЛ/СНІДу "Прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ та припинення епідемії СНІДу до 2030", прийнятої Генеральною Асамблеєю ООН 7 червня 2016 року.

Оперативна ціль 1. Запобігти новим випадкам інфікування ВІЛ-інфекцією

Завдання:

забезпечити доступ та сприяти отриманню представниками ключових груп населення комплексних профілактичних послуг, зокрема тих, що надаються на рівні громад та силами спільнот, за рахунок державного та місцевого бюджетів;

досягти елімінації передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;

впровадити комплексні комунікаційні програми громадського здоров'я, спрямовані на загальне населення, зокрема підлітків і молодь, та системні навчальні заходи для професійних та пріоритетних груп - працівників правоохоронних органів, закладів освіти, військовослужбовців тощо;

забезпечити доступність замісної підтримувальної терапії, зокрема у місцях позбавлення волі;

унеможливити інфікування ВІЛ-інфекцією під час отримання медичної допомоги, зокрема під час переливання крові, її компонентів, трансплантації органів та тканин;

забезпечити доступ до послуг медикаментозної доконтактної профілактики ВІЛ-інфекції ключовим групам населення;

забезпечити надання послуг медикаментозної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції всім особам, що її потребують.

Оперативна ціль 2. Удосконалити систему ефективного виявлення випадків ВІЛ-інфекції

Завдання:

досягти високого рівня обізнаності населення щодо свого ВІЛ-статусу;

забезпечити повне охоплення послугами тестування на ВІЛ-інфекцію усіх хворих на туберкульоз, клієнтів програм замісної підтримувальної терапії та отримувачів комплексних

профілактичних послуг серед ключових груп населення;

забезпечити повне охоплення послугами тестування та раннього виявлення ВІЛ-інфекції у вагітних жінок та їх партнерів;

забезпечити доступність тестування на ВІЛ-інфекцію шляхом розширення мережі закладів, що надають відповідні послуги, залучення аптечної мережі, тестування на рівні спільнот та промоції самостійного тестування;

забезпечити раннє виявлення ВІЛ-інфекції у всіх дітей, народжених матерями з числа осіб, які живуть з ВІЛ-інфекцією;

гарантувати якість надання лабораторних послуг, зокрема шляхом впровадження заходів з моніторингу якості виробів медичного призначення, що застосовуються для діагностики ВІЛ-інфекції, розроблення ефективних алгоритмів діагностики та програм зовнішньої оцінки якості.

Оперативна ціль 3. Забезпечити всебічний доступ до лікування ВІЛ-інфекції

Завдання:

забезпечити розширення антиретровірусної терапії до повного задоволення потреб у ній;

забезпечити початок антиретровірусної терапії відразу після встановлення діагнозу та в найкоротші строки;

забезпечити доступ до нових препаратів відповідно до кращих міжнародних практик та налагодити систему їх безперебійного постачання;

забезпечити проведення своєчасного та ефективного моніторингу та супровід лікування, контроль над побічними реакціями, лікування опортуністичних інфекцій та інших соматичних станів;

забезпечити подальший розвиток та впровадження системи нагляду та профілактики розвитку резистентних форм ВІЛ-інфекції;

забезпечити ефективність лікування та досягнення невизначального рівня вірусного навантаження ВІЛ-інфекції;

забезпечити доступ та сприяти отриманню профілактичного лікування туберкульозу особам, які живуть з ВІЛ-інфекцією.

Стратегічна ціль 2. Зменшення нових випадків вірусних гепатитів, в тому числі хронічних, та скорочення смертності, зумовленої вірусними гепатитами

Стратегічна ціль 2 базується на Глобальній стратегії сектору охорони здоров'я ВООЗ з вірусного гепатиту “На шляху до ліквідації вірусних гепатитів”.

Оперативна ціль 1. Створити ефективну систему епідеміологічного нагляду за вірусними гепатитами та впровадити ефективний моніторинг і оцінку програм протидії вірусним гепатитам

Завдання:

удосконалити існуючу систему епідеміологічного нагляду та моніторингу і оцінки програмних заходів щодо вірусних гепатитів, встановити національні цільові показники та інтегрувати їх до існуючої системи епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами;

забезпечити проведення періодичних популяційних серологічних та біоповедінкових досліджень щодо поширеності вірусних гепатитів серед різних груп населення;

провести моделювання наслідків та сформувані економічні прогнози щодо тягаря захворювань для системи охорони здоров'я та економіки країни, висновки якого використати для прийняття рішень щодо необхідних інвестицій.

Оперативна ціль 2. Забезпечити надання комплексних послуг профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів

Завдання:

забезпечити доступ до вакцинації та постконтактної профілактики вірусного гепатиту В для дітей, медичних працівників та представників ключових груп населення;

впровадити систему заходів із забезпечення безпечності інвазійних процедур та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та закладах побутового обслуговування, де існує ризик інфікування вірусними гепатитами;

забезпечити оснащення закладів охорони здоров'я медичними виробами та витратними матеріалами для дезінфекції та стерилізації, одноразовим та безпечним у використанні витратним матеріалом;

налагодити надійну та чітку автоматизовану систему дослідження донорської крові та її компонентів на трансфузійно-трансмисивні інфекції та ефективні алгоритми переадресації та доведення донорів з позитивними маркерами вірусу до системи медичного спостереження;

досягти елімінації передачі вірусного гепатиту В та зниження передачі вірусного гепатиту С від матері до дитини і забезпечити доступ до діагностики, лікування та специфічної профілактики під час вагітності у разі інфікування вірусним гепатитом В;

поліпшити стан оснащення закладів охорони здоров'я приладами і витратними матеріалами для діагностики вірусних гепатитів;

розширити доступ до скринінгу та діагностики вірусних гепатитів через децентралізацію послуг, оптимізацію та спрощення підходів до тестування і лабораторного супроводу лікування, інтеграцію тестування на вірусні гепатити з послугами тестування на ВІЛ-інфекцію та туберкульоз, наданням наркологічної та акушерської допомоги тощо;

розширити доступ до лікування шляхом оптимізації маршруту пацієнта, забезпечення доступу до ефективних та безпечних лікарських засобів, впровадження спрощених підходів щодо ведення хворих;

впровадити програми мікроелімінації вірусних гепатитів для окремих категорій населення, зокрема серед осіб, що вживають наркотики ін'єкційно, осіб, які відбули покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк, тощо;

забезпечити доступ представникам ключових груп населення, зокрема особам, що вживають наркотики ін'єкційно, до програм зменшення шкоди та лікування наркозалежності з метою запобігання ре-інфікуванню після досягнення стійкої вірусологічної відповіді;

впровадити систему заходів із запобігання повторному інфікуванню вірусним гепатитом С та забезпечити здійснення контролю над її реалізацією.

Оперативна ціль 3. Підвищити поінформованість населення про проблеми вірусних гепатитів та підвищити рівень знань медичних працівників щодо сучасних підходів до профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів

Завдання:

пріоритизувати на всіх рівнях прийняття рішень щодо проблеми вірусних гепатитів як соціально небезпечних захворювань та викликів громадському здоров'ю;

впровадити заходи з підвищення загального рівня поінформованості та розуміння масштабів проблем, пов'язаних з вірусними гепатитами, особистих ризиків та способів їх уникнення серед населення та ключових груп;

сприяти підвищенню рівня знань та кваліфікації медичних працівників шляхом забезпечення доступу до сучасної, заснованої на доказах інформації, регулярного перегляду та оновлення програм до- та післядипломної освіти, проведення навчання з питань профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів.

Стратегічна ціль 3. Зниження захворюваності та смертності від туберкульозу

Стратегічна ціль 3 базується на засадах Глобальної стратегії ВООЗ з ліквідації туберкульозу до 2035 року.

Оперативна ціль 1. Удосконалити систему організації та надання протитуберкульозної допомоги

Завдання:

забезпечити розширення та повноцінне впровадження людино-орієнтованих моделей лікування хворих на туберкульоз з акцентом на впровадження ефективних моделей амбулаторного лікування із забезпеченням доступу до психосоціального супроводу;

забезпечити дотримання прав осіб, хворих на туберкульоз, шляхом подолання стигми та дискримінації, забезпечення на законодавчому рівні рівних прав та свобод впродовж лікування туберкульозу та після його завершення;

провести реорганізацію мережі протитуберкульозних закладів відповідно до сучасних епідеміологічних трендів, оптимізації використання існуючих ресурсів, регіональних особливостей, критеріїв госпіталізації та виписки;

впровадити новий механізм фінансування протитуберкульозних заходів, спрямований на заохочення медичних працівників до виявлення та досягнення успішності лікування туберкульозу, а також на заохочення пацієнтів до формування прихильності до лікування;

впровадити стратегічний план розвитку кадрових ресурсів у сфері громадського здоров'я відповідно до рекомендацій ВООЗ.

Оперативна ціль 2. Забезпечити ефективне виявлення нових випадків та не допустити формування резистентних форм туберкульозу

Завдання:

забезпечити належне інформування населення про туберкульоз, його прояви, профілактику, можливості лікування тощо;

забезпечити систематичний скринінг та активне виявлення випадків туберкульозу та осіб, які перебувають в контактi з хворими на туберкульоз, в тому числі серед ключових груп населення та із залученням неурядового сектору;

забезпечити скринінг на латентний та активний туберкульоз та профілактичне лікування всіх осіб, що вживають наркотики ін'єкційно, та представників ключових груп населення, які цього потребують;

забезпечити вакцинацією проти туберкульозу всіх новонароджених;

забезпечити доступ до тестування на медикаментозну чутливість, зокрема шляхом використання швидких тестів;

пріоритизувати молекулярно-генетичні методи діагностики туберкульозу та забезпечити лабораторну мережу приладами та витратними матеріалами для проведення досліджень всіх

форм туберкульозу;

запровадити сучасні підходи з інфекційного контролю за туберкульозом, спрямовані в тому числі на запобігання поширенню захворювання у закладах охорони здоров'я, місцях довгострокового перебування осіб і проживання хворих на туберкульоз.

Оперативна ціль 3. Підвищити якість та ефективність лікування туберкульозу

Завдання:

забезпечити доступ до нових препаратів та сучасних короткострокових схем у лікуванні туберкульозу;

забезпечити щоденне контрольоване лікування та ефективну систему надання соціально-психологічної підтримки та супроводу для осіб, які його потребують;

забезпечити доступ хворих на туберкульоз до лікування антиретровірусними препаратами, замісної підтримувальної терапії, лікування вірусних гепатитів, діагностики та лікування побічних ефектів протитуберкульозних препаратів і сприяти проведенню заходів з формування прихильності до лікування;

припинити практику безрецептурного продажу протитуберкульозних препаратів;

удосконалити фармаконагляд та систему здійснення контролю за побічними реакціями на протитуберкульозні препарати;

забезпечити надання паліативної допомоги хворим на туберкульоз.

На шляху реалізації Стратегії використовуються підходи та інструменти, спрямовані на ефективне та комплексне виконання передбачених нею завдань та досягнення стратегічних та оперативних цілей.

Урядові плани дій, на основі яких визначаються загальнонаціональні, регіональні та місцеві програмні заходи, визначають ключові пріоритети та короткострокові завдання, сукупність та послідовність яких повинна бути спрямована на досягнення основних цілей Стратегії.

Стратегічне планування, загальна координація, забезпечення взаємодії та інтеграції політик, пов'язаних з реалізацією Стратегії, а також моніторинг та оцінка її виконання і доведення результатів такої оцінки до органів влади, заінтересованих сторін та суспільства покладається на центральний орган виконавчої влади, що формує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Управлінські та організаційні інструменти

Реалізація Стратегії потребує ефективного розподілу функцій заінтересованих сторін та відповідальних органів, забезпечення загальної координації та комплементарності заходів і програм з метою найбільш ефективного використання наявних ресурсів та оперативного реагування на виклики, що виникають у процесі її реалізації.

Інструментами, що впливають на ефективність реалізації Стратегії та базуються на її керівних засадах та принципах, є:

державне лідерство в управлінні програмами та заходами, взаємовідповідальність та підзвітність перед суспільством;

інтеграція неурядових організацій до загальнонаціональної системи формування та надання послуг, спрямованих на досягнення цілей, визначених Стратегією;

зменшення існуючих прогалів у доступі до якісних та ефективних послуг між міським та

сільським населенням і окремими регіонами;

інтеграція послуг, програм та заходів як в рамках виконання стратегічних та оперативних цілей Стратегії, так і з іншими національними заходами в галузях охорони здоров'я, соціальної допомоги, освіти, регіонального розвитку тощо;

налагодження співпраці та заохочення соціально відповідального бізнесу до виконання завдань, передбачених цією Стратегією;

створення єдиного адміністративно-управлінського простору реалізації цілей та завдань Стратегії, що охоплює цивільний та пенітенціарний сектори, сферу управління Міноборони;

уніфікація та стандартизація підходів щодо організації та впровадження заходів, пов'язаних з реалізацією цілей Стратегії;

забезпечення підвищення ефективності діяльності та належного рівня впливу координаційного механізму на національному та регіональному рівні.

Нормативні інструменти

Заходи з реалізації Стратегії вимагають безперервного вдосконалення нормативно-правової бази, в тому числі щодо:

гармонізації із законодавством Європейського Союзу (у тому числі в контексті виконання вимог Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони);

впровадження керівництв ВООЗ, Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД (ЮНЕЙДС) та інших міжурядових організацій і програм з метою вдосконалення надання та механізму організації послуг;

приведення термінології, зокрема галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та відповідного законодавства, у відповідність з рекомендаціями ВООЗ та міжнародними вимогами;

усунення політико-правових та культурних бар'єрів, що обмежують доступ до послуг або є чинниками стигматизації осіб, що вживають наркотики ін'єкційно, хворих на туберкульоз та вірусні гепатити, їх найближчого оточення, ключових груп населення, осіб, які відбули покарання у вигляді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк, тощо та стримують соціалізацію та інтеграцію в суспільство;

розроблення та затвердження нормативно-правових актів з метою проведення моніторингу дотримання прав і свобод людини та створення системи активного реагування на випадки їх порушення.

Фінансові інструменти

Однією з основних умов реалізації Стратегії є забезпечення сталого фінансування пов'язаних з нею програм та заходів, зокрема:

забезпечення пріоритету фінансування програм протидії ВІЛ-інфекції, вірусним гепатитам та туберкульозу за рахунок державного та місцевих бюджетів та незалежності від зовнішнього (донорського) фінансування як ключової передумови забезпечення сталості та безперервності надання послуг;

узгодження планування заходів та процесів із забезпечення реалізації Стратегії з бюджетним процесом в Україні;

проведення комплексного аналізу видатків та оцінки заходів щодо економічної

ефективності;

забезпечення ефективного розподілу ресурсів між відповідальними виконавцями та закладами, що провадять діяльність, пов'язану з виконанням цілей та завдань Стратегії;

встановлення та посилення механізму державного фінансування за соціальними договорами для виконавців, які є представниками спільнот;

забезпечення багаторівневості та комплементарності фінансування заходів за рахунок державного та місцевих бюджетів та уникнення його дублювання, в тому числі з інших джерел;

забезпечення своєчасної закупівлі та постачання послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення для забезпечення безперервності та континууму послуг.

Інструменти громадської участі та контролю

Процеси, пов'язані з реалізацією Стратегії, повинні містити належний механізм залучення заінтересованих сторін до обговорення та прийняття рішень, а інформація про її реалізацію повинна бути максимально відкритою, що потребує:

включення представників заінтересованих сторін, зокрема пацієнтських спільнот, ключових груп населення до процесів розроблення політик, прийняття рішень та забезпечення можливості внесення пропозицій до розгляду під час прийняття зазначених цих рішень;

удосконалення наявного механізму обміну інформацією і сприяння поширенню інформації про результати реалізації Стратегії серед широкого кола заінтересованих сторін та доведення її до відома громадськості через сучасні засоби комунікації;

запровадження громадського контролю за якістю послуг, що надаються в рамках реалізації Стратегії, та моніторингу задоволеності потреб отримувачів послуг.

Інструменти у сфері управління даними

Ефективність впровадження Стратегії пов'язана з якістю даних, які використовуються для планування заходів, збираються та узагальнюються в ході її реалізації та використовуються для прийняття рішень та подальшого удосконалення заходів. Для покращення алгоритмів управління інформацією необхідно:

розвинути та вдосконалити системи збору та аналізу даних епідеміологічного нагляду та моніторингу і оцінки програмних заходів;

інтегрувати інформаційні системи обліку осіб, в тому числі для впровадження епідеміологічного нагляду, заснованого на веденні випадку з наскрізною ідентифікацією, в електронні системи охорони здоров'я та забезпечити обмін звітною документацією між закладами охорони здоров'я всіх форм власності;

здійснити перехід від рутинного моніторингу до системи формування та постійного оновлення стратегічної інформації, її поширення і використання під час формування та впровадження заходів з протидії захворюванням;

запровадити індикатори для вимірювання гендерної нерівності в доступі та чутливості у наданні послуг;

налагодити міжнародну співпрацю з метою забезпечення належного транскордонного обміну інформацією та формування глобальних джерел статистичних даних.

Інструменти у сфері освіти та науки

Людські ресурси, науковий та освітній розвиток є запорукою практичного впровадження

заходів, що сприяють досягненню цілей та завдань Стратегії. Для повноцінного використання сучасних підходів та кращих міжнародних практик необхідним є постійний розвиток потенціалу та дотримання високих стандартів у галузі освіти та науки, зокрема:

проведення наукових досліджень для розроблення інноваційних підходів щодо формування програм та заходів, впровадження новітніх методів профілактики, діагностики та лікування;

проведення біоповедінкових, епідеміологічних та операційних досліджень за рахунок коштів державного бюджету та забезпечення прямого використання отриманих даних у процесі прийняття рішень;

забезпечення розвитку безперервного дистанційного навчання з використанням онлайн-ресурсів та платформ, зокрема для немедичних працівників, та його інкорпорація в систему післядипломної освіти;

забезпечення розвитку неформальної освіти та просвітницької роботи, спрямованих на формування здорового способу життя, усвідомленого ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточення, безпечних поведінкових практик та профілактики захворювань;

забезпечення розвитку міжнародної співпраці у сферах науки, освіти та технологій.

Очікувані результати. Моніторинг реалізації Стратегії

Реалізація Стратегії в цілому, а також виконання заходів, що впроваджуються з метою досягнення її цілей та завдань, потребують проведення системного моніторингу, оцінки та розбудови єдиної методології для вдосконалення процесу стратегічного планування та виконання різнорівневих програм, проектів міжнародної технічної допомоги та окремих заходів.

Ключовими індикаторами ефективності реалізації Стратегії відповідно до її стратегічних цілей є:

Індикатор	Цільове значення 2020 року	Цільове значення 2025 року	Цільове значення 2030 року
Стратегічна ціль 1. Зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію та зниження смертності від хвороб, зумовлених СНІДом			
Зниження рівня смертності від хвороб, зумовлених СНІДом, на 100 000 населення, від показника смертності за підсумками 2015 року, відсотків	20	50	90
Відсоток осіб, що знають про свій ВІЛ-статус, від оціночної кількості осіб, які живуть з ВІЛ	80	90	95
Відсоток осіб, які живуть з ВІЛ, що отримують антиретровірусну терапію, від осіб, що знають про свій ВІЛ-статус	80	90	95
Відсоток осіб, які живуть з ВІЛ та отримують антиретровірусну терапію, у яких досягнуто вірусної супресії, від осіб, що отримують	93	94	95

антиретровірусну терапію			
Частота передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, відсотків	≤ 2	≤ 2	≤ 2
Охоплення представників кожної з ключових груп населення комплексними послугами з профілактики, від оціночного числа, відсотків	70	80	90
Охоплення замісною підтримувальною терапією, від оціночного числа осіб, що вживають опіоїди ін'єкційно та мають залежність, відсотків	5,5	15	40
Стратегічна ціль 2. Зменшення нових випадків інфікування вірусними гепатитами, в тому числі хронічними, та скорочення смертності, зумовленої вірусними гепатитами			
Зниження рівня захворюваності на хронічний вірусний гепатит В, відсотків	5	40	90
Зниження рівня захворюваності на хронічний вірусний гепатит С, відсотків	5	40	90
Зниження рівня смертності від хвороб, пов'язаних з вірусними гепатитами, відсотків	0	10	65
Відсоток осіб, хворих на вірусні гепатити, що знають про свій статус	10	50	90
Охоплення лікуванням осіб з вірусним гепатитом С, відсотків	10	50	90
Охоплення лікуванням осіб з вірусним гепатитом В серед тих, хто потребує лікування, відсотків	3	20	40
Охоплення дітей трьома дозами вакцинації від вірусного гепатиту В, відсотків	75	90	90
Стратегічна ціль 3. Зниження рівня захворюваності та смертності від туберкульозу			
Зниження рівня захворюваності на туберкульоз порівняно з 2015 роком, відсотків	70	75	80
Зменшення абсолютного числа смертей від туберкульозу порівняно з 2015 роком, відсотків	70	80	90
Ефективність лікування туберкульозу, в тому	80	85	90

числі резистентних форм, відсотків			
Відсоток пацієнтів, які отримують лікування амбулаторно відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, від загальної кількості осіб, які потребують такого лікування	90	95	100

Інші індикатори, а також проміжні цільові показники ключових індикаторів повинні базуватися на стратегічних та оперативних цілях Стратегії, не суперечити їм та затверджуватися відповідними нормативно-правовими актами.

Обсяг фінансових, матеріально-технічних і трудових ресурсів

Фінансування заходів щодо реалізації Стратегії здійснюватиметься за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів у межах асигнувань, що передбачаються на відповідний рік, благодійних фондів, міжнародної технічної та фінансової допомоги та інших джерел, не заборонених законодавством.

Обсяг фінансування, матеріально-технічних і трудових ресурсів, необхідних для реалізації цієї Стратегії, визначається щороку з урахуванням можливостей джерел фінансування.



Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року

Розпорядження Кабінету Міністрів України; Стратегія від 27.11.2019 № 1415-р

Прийняття від **27.11.2019**

Постійна *адреса:*

[https://zakon.rada.gov.ua/qo/1415-2019- %D1 %80](https://zakon.rada.gov.ua/qo/1415-2019-%D1%80)

Законодавство

України

станом на 29.11.2023

чинний



1415-2019-r

Публікації документа

- **Урядовий кур'єр** від 23.01.2020 — № 13
- **Офіційний вісник України** від 07.02.2020 — 2020 р., № 10, стор. 220, стаття 404, код акта 97777/2020