

Донецька обласна координаційна рада
з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу

Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Донецькій області та аналіз заходів протидії

Ситуаційний аналіз



USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ

Цей ситуаційний аналіз видано за щедрої підтримки американського народу через проекти Регіональної місії Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) в Україні, Білорусі та Молдові — в рамках Технічного завдання 1 проекту USAID | Визначення політики з питань здоров'я (контракт № GPO-I-01-05-00040-00) та «Проект ПОЛІСІ».

Представлені у виданні погляди та думки є точками зору авторів і не завжди збігаються з позицією Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) та уряду США.

Авторський колектив:

Балакірева О., Беленська Л., Борецька Н., Бочкова Л., Буркаль Л., Гордійчук С., Гражданов М., Гук А., Дорохова О., Жилка Н. Я., Згрівец Л., Ільмєєва Л., Картавцев Р., Кибрик Л., Колімбет Н., Косінова О., Кошкарьова І., Кутова О., Левенець Н., Лобас В., Низовцева І., Никоненко Л., Павленко В., Петренко Т., Петряєва О., Проценко О., Проценко Т., Решевська І., Свиридова В., Семерик О., Сидоренко Г., Слабкий Г., Черкас О., Юрченко Н.

За редакцією проф. Т. В. Проценка та проф. Г. О. Слабкого.

УДК 616.98:616 - 036.22:614.4 (477.62)

Наукове видання

Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Донецькій області та аналіз заходів протидії.
Ситуаційний аналіз/Балакірева О., Беленська Л., Борецька Н., Бочкова Л., Буркаль Л., Гордійчук С., Гражданов М., Гук А. та ін. — К., Вид-во Раєвського, 2007: 128 с.

Мета цього видання — проаналізувати ситуацію, яка виникла внаслідок епідемії ВІЛ/СНІДу в Донецькій області, й означити основні проблеми реалізації заходів профілактики та боротьби з епідемією, запропонувати можливі шляхи їх вирішення. Ця праця — перша спроба здійснення комплексного аналізу стану епідемії в області та оцінки успішності боротьби з нею. Ситуаційний аналіз призначений для фахівців, які працюють у сфері ВІЛ/СНІДу, працівників органів виконавчої влади, депутатів обласної та місцевих рад, працівників і волонтерів громадських організацій, керівників підприємств, організацій, закладів охорони здоров'я, освіти й науки, а також для широкого кола читачів, які хочуть більше знати про соціальні аспекти епідемії та шляхи її подолання.

ВИДАВНИЦТВО РАЄВСЬКОГО, КИЇВ 2007
Україна, 01034 Київ-34, а/с 108, т. 2351001
Свідоцтво про внесення до Державного
реєстру видавців ДК №1989

ISBN 966-7016-36-6
© USAID | Визначення політики з питань здоров'я, 2007
© Авторський колектив, текст, 2007
© Раєвський В., дизайн та верстка, 2007

Підписано до друку 15.03.2007 р. Умовн. друк. арк. 20,0; обл.-видав. арк. 8,5. Наклад 3000 прим. Зам. №6-114.
Друк: ЗАТ «Книга», Київ-53, Артема, 25. Свідоцтво про внесення до Держреєстру виготовників Серія ДК №2325 від 25.10.05

Для Донецької області, як і для України в цілому, проблема СНІДу не є суто медичною. Наслідки, що їх спричиняє епідемія ВІЛ/СНІДу, поділяються на демографічні (зростання показників смертності, збільшення числа сиріт на тлі падіння народжуваності та зниження чисельності населення) та соціально-економічні, що проявляються як на індивідуальному, так і на макроекономічному рівні.

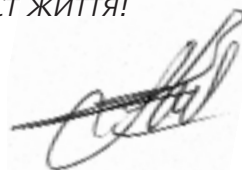
Для області наслідки епідемії відчутні вже сьогодні – адже понад три сотні дітей нашого регіону віком до 14 років є ВІЛ-інфіковані, до того ж серед них є й хворі на СНІД.

На жаль, Донеччина впродовж кількох років входить до четвірки областей України з найбільшими показниками поширеності й захворюваності населення на ВІЛ/СНІД.

На сьогодні спільними зусиллями обласних управлінь (охорони здоров'я, освіти і науки, у справах сім'ї, молоді та спорту), громадських організацій («Донецьке обласне товариство сприяння ВІЛ-інфікованим», «Піклування», «Здоров'я нації», «Лінія життя», «Світанок», регіональне представництво Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ, тощо) і обласного центру профілактики СНІДу проводиться значна робота зі зниження темпів поширення ВІЛ/СНІДу. Проте, швидко подолати епідемію ми не в змозі.

Важливо, щоб наша спільна діяльність і надалі була скерована на майбутнє – зокрема, на молодь, яка сьогодні найпершою потрапляє до групи ризику інфікування, на профілактику вертикальної трансмісії, тобто, на зниження ризику інфікування новонароджених дітей. Велику надію ми покладаємо на толерантність наших земляків до людей, які живуть з ВІЛ. Адже більша частина населення досі відчуває страх і дискомфорт при побутових контактах з ВІЛ-інфікованими людьми, що є безпідставним.

Сьогодні ми звертаємося до всіх, хто не є байдужим, особливо до медичних працівників, педагогів, політичних діячів, бізнесменів, журналістів, до кожного з вас, шановні читачі, із закликом в ім'я майбутнього українського суспільства активно протистояти хворобі – на захист життя!



О. Братанов,
заступник голови Донецької облдержадміністрації,
голова обласної координаційної ради з питань
запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу

ЗМІСТ

Вступ	7
1. Характеристика Донецької області	10
1.1. Демографічна ситуація.....	10
1.2. Економічна ситуація.....	12
1.3. Соціальна політика стосовно груп населення, які уразливі до ВІЛ-інфікування	13
1.4. Попередні дослідження, які проводилися в області	15
2. Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні та в Донецькій області	17
2.1. Динаміка поширення ВІЛ у районах і містах Донецької області. Динаміка поширення СНІДу та смертності від нього	17
2.2. Прогнозні оцінки розвитку епідемії на рівні країни та області.....	23
3. Політичні умови та інституційна структура протидії епідемії в Донецькій області	27
3.1. Законодавчі ініціативи щодо протидії ВІЛ/СНІДу на регіональному рівні ...	27
3.2. Пріоритетність проблеми на обласному рівні	30
3.3. Аналіз виконання заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу	32
3.4. Роль обласної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу.....	39
3.5. Міжсекторальна робоча група та група з моніторингу й оцінки	41
3.6. Роль громадських організацій	42
3.7. Роль людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом	50
3.8. Роль засобів масової інформації	53
3.9. Мережа надання послуг, які пов'язані з ВІЛ/СНІДом	56
3.10. Роль бізнес-структур	58
3.11. Роль релігійних структур	58
4. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини	59
5. Лікування, догляд і підтримка людей, які живуть з ВІЛ	62
5.1. Стан і перспективи антиретровірусної терапії	62
5.2. Доступ до лікарських препаратів	63
5.3. Діти, які живуть з ВІЛ	64
5.4. Соціальний супровід сімей людей, які живуть з ВІЛ	67

6. Цільові програми профілактики ВІЛ-інфікування окремих груп населення	69
6.1. Програми профілактики серед груп ризику	69
6.1.1. Споживачі ін'єкційних наркотиків	69
6.1.2. Жінки комерційного сексу	75
6.1.3. Чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками	77
6.2. Групи-містки та профілактика серед них	79
6.3. В'язні	81
6.4. Програми профілактики на робочому місці	84
6.5. Програми профілактики серед медичних працівників	86
6.6. Програми профілактики серед працівників правоохоронних органів	89
6.7. Програми профілактики серед військовослужбовців	89
6.8. Програми профілактики в місцях компактного проживання національних меншин.....	92
6.9. Програми профілактики передачі ВІЛ через кров	93
7. Молодь і проблема ВІЛ/СНІДу	96
7.1. Рівень поінформованості	96
7.2. Поведінкові ризики серед молоді	97
7.3. Групи підвищеного ризику серед молоді	98
8. Система освіти з питань епідемії ВІЛ/СНІДу	104
9. Громадська думка щодо проблеми ВІЛ/СНІДу. Рівень толерантності	108
10. Оцінка ресурсів для боротьби з ВІЛ/СНІДом у Донецькій області	112
11. Як забезпечити ефективну протидію епідемії ВІЛ/СНІДу в Донецькій області?	117
Додаток 1. Центри профілактики та боротьби зі СНІДом на Донеччині	122
Додаток 2. Кабінети й відділення профілактики і лікування ВІЛ/СНІДу в міських і районних лікарнях Донеччини	122
Додаток 3. Недержавні ВІЛ-сервісні організації Донеччини	125

Умовні скорочення

ВААРТ – високоактивна антиретровірусна терапія
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ДЕН – дозорний епіднадгляд
ДКТ – добровільне консультування, тестування
ДОЦ СНІД – Донецький обласний центр профілактики СНІДу
ДОЦПЛС – Донецький обласний центр профілактики та лікування СНІДу
ЖКС – жінки комерційного сексу*
ЗМІ – засоби масової інформації
ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
ЗПСШ – захворювання, що передаються статевим шляхом
КМУ – Кабінет Міністрів України
ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ
ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад
МіО – моніторинг і оцінка
МЛ – міська лікарня
МРГ – міжсекторальна робоча група
НДО – недержавна організація
ОБЖД – охорона безпечної життєдіяльності
ОКР – обласна координаційна рада
ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція
ПОШ – пункт обміну шприців
ПРООН – Програма розвитку ООН в Україні
СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків**
СПК – станція переливання крові
УОЗ – управління охорони здоров'я
ЦМЛ – центральна міська лікарня
ЦРЛ – центральна районна лікарня
ЧСЧ – чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками
ЮНЕЙДС – Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ – Дитячий фонд ООН
USAID – Регіональна місія Агентства США з міжнародного розвитку в Україні, Білорусі та Молдові

* Проект USAID|Визначення політики з питань здоров'я не підтримує легалізацію проституції чи торгівлі людьми з метою їхньої сексуальної експлуатації. Проект підтримує ефективні стратегії, спрямовані на запобігання поширенню ВІЛ та інших хвороб, які передаються статевим шляхом, а також на послаблення їхнього негативного впливу. Вживання термінів «жінки комерційного сексу», «жінки секс-бізнесу» та «робітник секс-бізнесу» не означає підтримку проституції як легальної форми зайнятості; ці терміни вжиті лише для зменшення стигми і дискримінації, спрямованих проти працівників секс-бізнесу, адже вони можуть бути уразливими до експлуатації та потребувати доступу до різного роду інформації й послуг, у тому числі у сфері охорони здоров'я.

** Проект USAID|Визначення політики з питань здоров'я не сприяє і не потурає споживанню нелегальних наркотиків, політика Уряду США забороняє витрачати федеральні кошти на придбання чи розповсюдження голоч для шприців/шприців для споживання нелегальних ін'єкційних наркотиків. USAID зобов'язується підтримувати ефективні стратегії, спрямовані на запобігання поширенню епідемії ВІЛ. Ризик передачі ВІЛ є тією шкодою, яку найчастіше пов'язують зі споживанням ін'єкційних наркотиків. Є багато труднощів, пов'язаних з ініціюванням позитивних змін у поведінці наркозалежних осіб; тому програми «зменшення шкоди» прагнуть зменшити шкідливий вплив наркотиків на споживача, його (її) партнера(ів) та усю спільноту. Комплексні програми зменшення шкоди охоплюють цілий ряд таких компонентів, як, наприклад, добровільне консультування та тестування на ВІЛ, надання інформації про шкоду, яку завдає споживання ін'єкційних наркотиків, та послуги з переадресації клієнтів, про програми зменшення попиту на наркотики та лікування наркозалежності, а також, в окремих випадках, обмін голоч для шприців.

Навряд чи хтось заперечуватиме сьогодні, що СНІД — проблема, яка негативно впливає на всі сфери розвитку суспільства. Так, наслідки поширення епідемії виявляються у різних аспектах, зокрема стосуються демографічної та соціально-економічної ситуацій. Підвищення показників смертності, збільшення числа сиріт на тлі падіння народжуваності та загального зменшення чисельності населення України — ось безпосередні наслідки загрозливого розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу.

Нині Україна переживає глибоку демографічну кризу. Так, незважаючи на деяке підвищення рівня народжуваності в Україні у 2002 р. (8,1 на 1000 населення) і збереження цієї тенденції у 2005 р. (8,9), темпи відтворення населення залишаються критичними: такий низький рівень сумарного коефіцієнта народжуваності (1,12 на одну жінку) мають лише Чехія та Болгарія. Для простого відтворення населення країни цей показник має становити не менше 2,2. При цьому число померлих від хвороб, викликаних ВІЛ-інфекцією, зросло до 0,4%. Унаслідок низького рівня народжуваності відбувається деформація вікового складу населення, зниження його демографічного й трудового потенціалів. До речі, згідно з останніми даними ВООЗ Україна посідає останнє місце серед країн Європи за показниками як народжуваності, так і природного руху населення, а рівень загальної смертності у ній майже вдвічі перевищує аналогічний показник розвинених країн.

Скорочення чисельності населення спостерігається і в Донецькій області. Крім цього, населення Донеччини впродовж 15 років перебуває у постійному стресовому стані. Зниження рівня життя насамперед позначилося на людях похилого віку, страждає молодь, діти. Збільшується кількість безпритульних і бездоглядних. Злиденність є головною причиною зростання числа самогубств, абортів, утримування від народження дітей.

Характерною особливістю населення Донецької області є його багатонаціональність. Крім українців та росіян, в області проживають також греки, татари, євреї та інші національності. За даними останнього перепису населення в області

зросло число ромів. За даними правоохоронних органів, саме роми задіяні у наркобізнесі, що великою мірою впливає на зростання рівня ВІЛ-інфікування в області. Слід відзначити, що рівень інфікування ВІЛ у місцях дислокації національних меншин не визначено. Ретельні дослідження з цього питання планує провести обласний центр профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу.

Варто наголосити на тому, що епідемія ВІЛ/СНІДу — проблема передусім соціальна. У зв'язку зі складною соціально-економічною ситуацією в області постійно зростає число дітей, позбавлених батьківської опіки, які «живуть на вулиці». Безпритульні й бездоглядні діти відзначаються ризикованою поведінкою. Більшість із них вживає наркотики, алкоголь, веде безладне сексуальне життя, має хвороби, що передаються статевим шляхом. Рівень їхньої поінформованості щодо ВІЛ/СНІДу та шляхи розповсюдження інфекції дуже низькі.

Основним шляхом поширення ВІЛ/СНІДу серед молоді в області є ін'єкційне вживання наркотичних речовин. За статистичними даними майже 95% наркоманів — молоді люди віком до 30 років, із них кожен третій — жінка. У цьому середовищі не дотримуються правил безпечного введення препаратів, при очищенні наркотичних речовин використовується метод адсорбції крові, яка може бути інфікованою, тощо. Залишається низькою поінформованість з використання засобів дезінфекції інструментів та правил особистої гігієни, що призводить до збільшення випадків ВІЛ/СНІДу, захворювань на гепатит, захворювань, що передаються статевим шляхом.

Велике занепокоєння викликає зростання кількості хворих, інфікованих статевим шляхом. Якщо у 1996 р. цей показник становив 8%, то у 2005 р. — 46%. Ризикована сексуальна поведінка серед молоді — прямий шлях до високого рівня її ВІЛ-інфікування.

На Донеччині загострюється проблема інфікування ВІЛ серед жінок комерційного сексу. Цей показник по Донецькій області коливається між 17 та 31%, тоді як, приміром, у Луцьку, Сімферополі та Харкові поширеність ВІЛ серед жінок комерційного сексу коливається в межах від 4 до 12%. Фактично понад 35% ВІЛ-позитивних жінок секс-індустрії вживають наркотики ін'єкційним шляхом. До речі, це явище є типовим для більшості країн Європи та Північної Америки. Дві третини всіх ВІЛ-інфікованих жінок належать до вікової групи 20–29 років. Тому не дивно, що внаслідок зростання числа ВІЛ-інфікованих жінок зросло й число ВІЛ-позитивних дітей. Так, зростання числа ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку зумовило поширення передачі ВІЛ-інфекції шляхом вертикальної трансмісії від матері до дитини.

Сьогодні у Донецькій області запроваджено програму профілактики вертикальної трансмісії від матері до дитини. Рівень інфікування серед дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, знизився до 14%. Однак рівень інформування про профілактичні заходи в рамках цієї програми ще не є належним і потребує більших зусиль як з боку медичних працівників, так і з боку представників громадських організацій. У першу чергу це стосується поширення доступності інформування серед молоді, яка мешкає у сільській місцевості.

Фахівці Донецького обласного центру профілактики та лікування хворих на СНІД активно співпрацюють у галузі профілактики вертикальної трансмісії з неурядовими організаціями міста Донецька та області. Розроблено і впроваджено програми з медико-соціального та психологічного супроводу вагітних жінок і породіль, які мають позитивний результат

на наявність антитіл до ВІЛ. Організуються виїзди в райони лікарів обласного центру профілактики ВІЛ, соціальних працівників, психологів, де в межах центральних районних лікарень проводяться зустрічі з молодими жінками, вагітними, і впроваджуються підходи до реалізації методів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

На сьогодні відбувається певна координація зусиль у подоланні цих проблем на обласному рівні. Робота з виконання плану заходів щодо запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу в Донецькій області проводиться спільно з державними, правоохоронними органами та недержавними громадськими організаціями області. Так, питання про стан виконання обласних програм боротьби з наркоманією, алкоголізмом та захворюваннями на ВІЛ/СНІД заслуховувалися на засіданнях обласної координаційної ради, які тільки протягом 2005 р. проводилися чотири рази. Розширено партнерство між урядовими, громадськими та міжнародними організаціями у вирішенні питань боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, проведено 4 семінари-тренінги зі стратегічного планування за сприяння Проекту ПОЛІСІ.

Необхідність висвітлення цих проблем та загострення уваги громадськості саме й спричинили появу цього комплексного аналізу по Донецькій області, який має на меті розкриття основних питань поширення й особливостей епідемії ВІЛ/СНІДу на Донеччині. В основу ситуаційного аналізу покладено результати моніторингу за епідемією, дані поведінкових досліджень серед різних груп населення області, що проводилися за останні роки, дані щодо виконання заходів з протидії епідемії, точні звіти громадських організацій.

У рамках підготовки ситуаційного аналізу перебігу епідемії ВІЛ/СНІДу в Донецькій області та заходів протидії також були організовані й проведені дослідження серед учителів, учнів, студентів, ВІЛ-позитивних жінок (породіль та вагітних); проводився повторний аналіз інформації, аналіз документальних джерел, експертні інтерв'ю тощо.

Висновки та рекомендації до кожного розділу мають на меті спрямувати увагу зацікавлених осіб на найгостріші проблеми Донецької області щодо епідемії ВІЛ/СНІДу та сприяти консолідації зусиль у вирішенні цієї проблеми.

Цей ситуаційний аналіз призначений для фахівців, що працюють у сфері ВІЛ/СНІДу, працівників органів виконавчої влади, від яких залежить ефективність виконання обласної програми, депутатів

обласної та місцевих рад, які формують бюджет і визначають пріоритети розвитку області, окремих районів та населених пунктів, для працівників та волонтерів громадських організацій, для керівників підприємств, організацій, закладів охорони здоров'я, освіти та науки, а також для широкого кола читачів, які хочуть більше знати про соціальні аспекти епідемії, шляхи її подолання.

Авторський колектив ситуаційного аналізу «Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Донецькій області та аналіз заходів протидії» висловлює подяку всім, хто долучився до роботи над цим дослідженням – як колективам, так і окремим особам:

колективу обласної координаційної ради з питань профілактики ВІЛ/СНІДу та особисто її голові, заступнику голови обласної державної адміністрації О. О. Братанову;

колективу Донецького державного медичного університету ім. М. Горького та особисто його ректору академіку АМН України, професору В. М. Казакову;

колективу управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації та особисто його начальнику О. Б. Петряєвій;

колективу головного управління освіти на науки обласної державної адміністрації та особисто його начальнику В. В. Тесленку;

колективу обласного центру соціальних служб для молоді та особисто його начальнику Ю. М. Балаболці;

колективу обласного центру профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом та його головному лікарю М. П. Гражданову;

колективу Інституту демографічних та соціальних досліджень НАН України та особисто старшому науковому співробітнику, канд. економ. наук Н. М. Левчук;

колективам недержавних ВІЛ-сервісних організацій «Донецьке обласне товариство сприяння ВІЛ-інфікованим», «Піклування», БТ клуб «Світанок», «Здоров'я нації», «Джерело».

1. Характеристика Донецької області

1.1. Демографічна ситуація

Основні тенденції демографічної ситуації в Україні чітко простежуються в межах Донецької області. За статистичними даними на 1 січня 2006 р. у Донецькій області проживало 4 млн. 610 тис. чоловік. За останні роки природне зменшення населення становило щорічно понад 10 на 1000 чоловік населення, і тільки у 2004 р. цей показник зменшився майже на одиницю.

Варто відзначити, що серед міських поселень інтенсивність природного скорочення найбільша у містах Сніжному (-13,7), Торезі та Дзержинську (-13,6), Єнакієвому (-13,0), а найменша у містах Кіровському (-4,6), Авдіївці (-6,8), Донецьку (-7,4). При цьому рівень природного скорочення населення у містах менший, ніж у селах. Серед сільських поселень найбільший рівень скорочення населення спостерігався у районах: Краснолиманському (-17,2), Амвросіївському (-15,5), Шахтарському (-13,4), а найменший рівень у Тельмановському (-7,8), Володарському (-9,0), Першотравневому (-9,2) районах.

Зазначимо, що на Донеччині за період з 2000 до 2004 рр. спостерігається тенденція до зменшення рівня смертності немовлят і матерів. Малюкова смертність за період з 1999 до 2004 р. знизилася на 16%. Показник материнської смертності зменшився з 1995 р., коли померло 10 жінок, і він становив 25,5 на 100 тис. народжених живими до 8,5 у 2004 р. (померло 3 жінки) (табл. 1.1).

Треба також мати на увазі той факт, що в області, як і по всій Україні, реєструється значний рівень як легальної так і нелегальної трудової міграції, яка значно впливає на загальну картину демографічної ситуації, а також є однією з причин розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу.

Як видно з наведеного вище, чисельність населення в області з 2000 по 2003 р. скоротилася на 175,1 тис. чоловік. За 2004 р. чисельність населення значно зросла і перевищила рівень 2000 р. Це сталося в основному за рахунок позитивного сальдо міграції населення.

Так чи інакше, можна зробити висновок, що область вступила в період довготривалого скорочення чисельності населення, зумовленого кардинальними змінами відтворення населення. З одного боку це спричинено низьким рівнем народжуваності, а з іншого – високим рівнем смертності. Слід відзначити, що в області зросла кількість одинокітних сімей, характерним стало відкладення народження першої дитини на більш віддалений строк, почастішали випадки позашлюбної народжуваності. Поряд з цим відбуваються небажані зміни у міграційній ситуації: гостро постала проблема нелегальних мігрантів та набуває значного поширення еміграція з області високоосвічених спеціалістів. Все це дає підстави оцінити сучасну демографічну ситуацію як складну тому, що являє собою реальну та потенційну загрозу сталому розвитку економіки області.

Така ситуація в області потребує детального вивчення і розробки цільової обласної програми відтворення чисельності населення та поліпшення якості його життя.

Табл. 1.1. Динаміка основних демографічних показників Донецької області

Показник	2000 р.	2002 р.	2003 р.	2004 р.
Середня чисельність наявного населення (тис. осіб)	923,3	804,5	747,6	996,6
Рівень природного скорочення (на 1000 жителів)	-10,9	-10,6	-10,3	-9,9
Рівень народжуваності (на 1000 жителів)	6,1	6,5	7,0	7,6
Рівень смертності (на 1000 жителів)	17,0	17,1	17,3	17,5
Рівень малюкової смертності (на 1000 живонароджених)	13,9	11,8	11,3	11,6

Газета «Донецкие новости», №664 від 25.03.2004 р.

Я не труп и не пугало

В апреле Андрею стукнет тридцатник. Прекрасный возраст для подведения промежуточных жизненных итогов, и в то же время еще дающий шанс многое успеть... Время терпит. А может, несется вскачь. Это всегда по-разному. Каждое утро с этим предстоит разбираться. Каким оно будет, завтра Андрея, – решать ему.

– Мой статус – ВИЧ-позитивный. Вас ведь это интересует? – в интонации Андрея легкий наезд. Он приехал на встречу на велосипеде. Румяный, весь в спортивном, с плеером в ушах. Молодцеватый вид сразу же бросает вызов дремучим представлениям о людях, живущих с ВИЧ. Вместо депрессивного нытика налицо энергичный малый, оценивающе простреливший меня взглядом.

Я предлагаю Андрею рассказать о себе: мама, папа, детство, семья... Вижу по глазам, что он ожидал чего-то другого. Наверное, что я сразу, как говорится, не разуваясь, полезу к нему в душу с какими-то сокровенными вопросами. Однако рассказывать о своем дворовом детстве ему явно нравится. Немного подыгрывая мне, он живописно рисует картины беспросветной юности...

Ничего не изменить

Первым сигналом для Андрея стала кома, из которой его еле удалось вытащить. Затем инсульт.

После всего случившегося родители отправили меня в наркологию, где мне кололи аминазин. Я чувствовал себя обреченным мучеником. Даже хор архангелов слышал в свою честь. Но я еще был страшно далек от истины

В наркологию Андрей попал вторично, когда его жизнь снова балансировала на самом краешке. Именно после этого курса он получил по почте приглашение обследоваться на гепатит.

–Я шел по указанному адресу и думал: с ума они там сошли, что ли? Какая к черту желтуха! У меня ее отродясь не было. Какая-то ерунда и путаница. Вот с этими мыслями уперся лбом в дверь анонимного кабинета диагностики ВИЧ. Оказывается, еще в наркодиспансере у меня взяли пробы на ВИЧ. Результаты анализа подтвердили положительный статус. Вы знаете, что у вас ВИЧ в крови? – врач сообщила мне это таким тоном, словно жить мне осталось считанные часы. Да что там часы – минуты.

Мерзкое чувство царапнуло: я что, уже труп?

Да, я тысячу раз понимал, что за путешествия когда-то придется платить высокую цену. Но все равно был не готов, чтобы вот так... Отвратительное чувство – ничего нельзя изменить. Одним словом, потрясло меня сильно, и я осознал, что теперь нет того Андрея и уже не будет. И вообще много чего не будет. Личной жизни. Планов на будущее. Большой любви. Семьи. В анонимном кабинете никто со мной цацкаться не собирался. Ничего не объяснили. Ни про болезнь, ни про то, как с ней жить. Поставили на учет. Все. Лекарств нет. Вакцины нет. Иди – не болей. Ну, приходи, конечно, отмечаться регулярно. Да! Пару раз бесплатно раздавали презервативы и шприцы. Но на кой они мне?

Я расспрашиваю Андрея, кто поддержал его. Что дало силу не впасть в отчаяние. Как отнеслись к его болезни близкие.

Жизнь со статусом

Без тени бравады Андрей поделился, что уже 4 года (именно столько он живет со статусом носителя ВИЧ) как он бросил колоться, живет у родителей, получая в основном от них психологическую и материальную поддержку. Сестры и брат, безусловно, в курсе его проблем. Он осознает, что не вправе ждать от родных каких-то поблажек. Андрей самостоятельно собирает всю возможную информацию по теме СПИД-ВИЧ.

Запасом медицинских знаний в состоянии конкурировать с врачом. Параллельно увлекается психологией, философией. Перелопатил пласты литературы самых разных направлений: Библия, Фрейд, Кастанеда... Его дом — его крепость. Материальная опора — родители-пенсионеры. Эмоциональное состояние Андрея трудно назвать стабильным, как и вообще обозначить каким-либо словом. Оно разное.

— Со временем я стал воспринимать свой статус формально. Ну, сделали тест, нашли там какие-то антитела... Что дальше? Я — живой и буду жить столько, сколько мне отпущено Богом. Конечно, соблюдая массу условий. Но мне их соблюдать уже несложно. Я прожил кусок жизни для удовольствий. А теперь хочу пожить ради жизни. Вот нашел свои методы укрепления иммунитета (кивает на велосипед). Стараюсь нагружать себя физически. Люди думают, что для здоровья полезно как следует разгружаться. А я вот даю нагрузку сердцу, легким. Вообще могу назвать себя естествоиспытателем — естественным образом испытываю себя. Что еще? Вот выползаю теперь со своими мыслями в люди. В Центре СПИДа узнал, что есть такая тусовка, где собирается народ с подобными проблемами. До этого все никак не мог влиться хоть куда-то. Сам себя уже записал в профессиональные домовые.

Иногда пытаюсь оформить на бумаге то, что бродит в голове, или что-то рисую. Это когда эмоции перехлестывают.

Что? Девушка? Пытался познакомиться с одной. Опять же через Центр СПИДа в Донецке. Нет, не пошло. Дальше первой встречи — никак. Да и опыта красивых ухаживаний маловато. Букет подарить толком не умею — суну как веник. И вообще, кому я нужен со своими теориями (хочется добавить, что, говоря об этом, Андрей слегка кокетничает. — Авт.). Понимаю, что мой следующий шаг — устроиться на работу. Конечно, трудно. По строительной специальности я работал очень мало. И вообще перебороть инерцию ничегонеделания тяжело. Но надо зарабатывать на жизнь...

Я слушаю Андрея и думаю, что жить для жизни все же намного сложнее, чем рассуждать о ней. Хочется верить, что он уже созрел для поступков.

Сможет ли Андрей найти в себе силы выйти в люди — устроиться на работу, расширить круг общения? Сможем ли мы адекватно воспринимать человека с положительным статусом ВИЧ? Ответы — в следующих выпусках ДН.

Наталья Столповская

1.2. Економічна ситуація

Як і інші регіони України, Донеччина з початку 90-х років минулого століття перебуває у кризовій економічній ситуації.

Економічна криза призвела до закриття шахт, майже до повної зупинки машинобудування, легкої промисловості, зниження виробництва сільськогосподарської продукції. Все це у свою чергу призвело до зменшення числа робочих місць, а отже і до зниження рівня прибутків населення. Виникла диспропорція між пропозицією робочої сили та попитом на неї. Крім того, спостерігається наявність прихованого та відкритого безробіття,

особливо в районних центрах та селах області. За статистичними даними станом на 1 вересня 2005 р. в області зареєстровано 54,4 тис. безробітних, що становить 2,0% населення працездатного віку.

Загальний обсяг промислового виробництва проти рівня відповідного періоду минулого року зменшився на 9,7% в основному через скорочення виробництва в машинобудуванні на 24%, коксохімії на 20%, металургії та металообробці на 10%, вугільній промисловості на 4%. Основна причина — коливання попиту та суттєве зниження цін на металопродукцію на

світовому ринку, збільшення тарифів на залізничні перевезення, зменшення питомих витрат коксу на виробництво чавуну внаслідок модернізації та реконструкції металургійних виробництв тощо.

На сьогодні в області також спостерігається спотворений розподіл прибутків, що характеризується такими факторами, як різний рівень заробітної платні у різних галузях промисловості, нерівні можливості отримання прибутків від приватизованої власності, експлуатація суспільної та державної власності в особистих інтересах.

За підсумками 9 місяців поточного року в результаті послідовної реалізації заходів програми економічного та соціального розвитку Донецької області на 2005 р. та проведення ефективної державної політики вирішено ряд соціальних проблем, поліпшилися показники рівня життя населення. Але в реальному секторі економіки стан справ залишається складним, що обумовлено як зовнішніми, так і внутрішніми факторами.

В агропромисловому комплексі, навпаки, обсяг виробництва валової продукції сільського господарства в усіх категоріях господарств збільшився на 8,8%.

Загалом по області отримано позитивний фінансовий результат у сумі 8,9 млрд. грн. прибутку, що на 9,1% більше показника відповідного періоду минулого року.

До бюджетів усіх рівнів за 9 місяців 2005 р. мобілізовано податків, зборів та інших обов'язкових платежів на суму 5,7 млрд. грн., що в 1,6 разу більше, ніж за відповідний період минулого року, але завдання виконано на 98%.

Поступово поліпшується ситуація на ринку праці. Скоротилася чисельність зареєстрованих безробітних, збільшилося число зареєстрованих вакансій. В усіх сферах економічної діяльності створено 82,5 тисяч нових робочих місць, що становить 77% до завдання на рік.

Середньомісячна заробітна плата одного працівника дорівнює 919 грн. і перевищує рівень минулого року більше, ніж на третину і в 1,9 разу прожитковий мінімум для працездатних осіб.

Водночас заборгованість з виплати заробітної плати станом на 1 жовтня 2005 р. загалом по області становить 243,9 млн. грн.

Аналіз стану фінансування загальнодержавних програм та заходів вказує на те, що станом на 1 листопада 2005 р. на фінансування загальнодержавних програм та заходів у Донецькій області з державного бюджету надійшло 1776,9 млн. грн. або 76,8% до річних уточнених призначень.

Аналіз економічної ситуації в області свідчить: вона почала виходити з кризового стану, що стає основою і для поліпшення соціальної політики.

1.3. Соціальна політика стосовно груп населення, які уразливі до ВІЛ-інфікування

Сьогодні комплекс проблем соціального захисту населення України розглядається крізь призму стану суспільства, стану «перехідності», коли нові реалії громадського та економічного життя замінюють старі та віджилі. Для цього періоду характерне відставання розвитку нормативів та стандартів правового регулювання повсякденних потреб суспільства. Це відставання особливо вразливе у порівнянні з соціальними стандартами європейських країн.

Але суспільство і зокрема його правова система не завжди демонструють готовність до скорішого запровадження та ефективного регулювання нових процесів, у тому числі в галузі соціального захисту населення. За умов браку адекватного правового регулювання практики реформ вони, навіть у найкращому випадку, здійснюються повільно, формально та безсистемно. Звідси виникають і відповідні соціальні, економічні та соціально-психологічні наслідки реформування,

комплекс питань, пов'язаних із забезпеченням правового та соціального захисту населення за умов здійснюваних перетворень. Тому не дивно, що завдання ефективного розвитку галузей економіки та соціальної сфери не завжди узгоджуються з проблемами соціальної гармонії, адаптації населення, перш за все його вразливих прошарків, до швидких змін у житті, забезпечення гарантій непрацевдатній частині населення (пенсіонери, інваліди, багатодітні сім'ї тощо).

У контексті основних проблем соціального захисту населення в області недостатньо уваги приділяється розробці «компенсаційних» захисних механізмів для суспільства, які б допомагали його громадянам адаптуватися до специфічних умов формування нових інститутів та інституціонального середовища.

У зв'язку з цим нова соціально-економічна політика в області, затверджена сесією обласної ради, передбачає максимальну мобілізацію всіх ресурсів, сприяння розвитку господарської ініціативи і самозайнятості населення, насамперед у формі малого та середнього бізнесу, посилення соціальної орієнтації у розвитку підприємств, регіонів і економіки області загалом. Ця довгострокова соціально орієнтована політика спрямована на зниження реального рівня безробіття, посилення економічної активності та мобільності населення, підвищення його доходів, рівня добробуту, тобто поліпшення соціального захисту, що є надзвичайно актуальним для населення області.

Важливою проблемою у контексті соціального захисту населення є розвиток гуманітарної сфери, зокрема освіти, науки, охорони здоров'я, культури, фізичної культури і спорту, відпочинку і туризму.

За останні роки в області закриваються дитячі садки, не будуються школи та лікарні. На реконструкцію закладів охорони здоров'я та освіти виділяється вкрай обмаль грошей. Вже той факт, що кошти, які виділяють на харчування хворих у стаціонарі не можуть забезпечити не тільки дієтичне, у відповідності до захворювання харчування, а й мінімальні потреби

в підтримці діяльності організму, говорить про рівень соціальної політики в області. Як можна харчуватися хворій людині трохи більше ніж на дві гривні, а за три на добу – лікуватися? Не забезпечені ліками й ті хворі, лікування яких повністю гарантовано державою безоплатно. Так, хворі на злоякісні захворювання крові забезпечені ліками тільки на 25%. Дуже мало коштів виділяється з бюджету на забезпечення ліками ветеранів війни та контингентів, що до них прирівняні. Якщо говорити про фізичну культуру, особливо для дітей та молоді, яка забезпечує здоров'я майбутніх поколінь, то й тут натрапляємо на проблеми – участь у роботі всіх гуртків та клубів стала оплатною і для більшості недоступною. Це є однією з причин того, що розвиваються молоді люди на дискотеках, де прищеплюється західна культура і культивується нездоровий спосіб життя з модним стилем вживання алкогольних напоїв та паління.

Але ж саме розвиток галузей людського капіталу сприяє забезпеченню соціального благополуччя людини на всіх етапах її життєдіяльності, стає надійною основою її самозахисту.

Забезпечення соціального захисту в Донецькій області безпосередньо пов'язано з вирішенням найгостріших проблем суспільства – зайнятості населення та підвищення рівня його життя.

Важливою проблемою обласної соціальної політики є розробка і впровадження єдиних мінімальних соціальних стандартів соціального захисту населення.

З посиленням відповідальності місцевої влади за стан соціального розвитку необхідним стає удосконалення фінансового забезпечення проведення територіальних соціальних заходів (стимулювання інвестиційної діяльності, формування соціального бюджету, підтримка підприємництва тощо).

Однією з першочергових проблем соціального захисту для Донецької області є реформування системи соціального обслуговування та надання допомоги мало-забезпеченим верствам населення. Цей напрямок діяльності необхідно розвивати

у рамках програми соціально-економічного розвитку області, а це – послідовне здійснення заходів щодо розвитку та зміцнення системи соціального захисту, вдосконалення механізму фінансування надання державної соціальної допомоги, що забезпечить гарантований рівень соціального захисту малозабезпечених прошарків населення.

Важливою проблемою соціального захисту населення є прогнозування соціальних витрат, що передбачає визначення на перспективу тенденцій створення сприятливих умов для поліпшення добробуту громадян, які у відповідності з чинним законодавством мають потребу у державній підтримці. Це дає можливість здійснювати загальний аналіз зворотних зв'язків між соціальним сектором та економікою, враховувати зміни у законодавчо-правовому полі, розглядати вплив різних сценаріїв розвитку економіки, характеризувати потребу у коштах, призначених для компенсації соціальних витрат, виходячи з економічних перспектив та життєвих реалій, як тенденцію розвитку соціального захисту населення у даний період, враховувати їх при розробці бюджету Донецької області. На цій основі створюється сценарій майбутнього розвитку соціальної сфери та ключова інформація для планування соціальної політики.

У теперішній період низький рівень соціального захисту населення обумовлений відсутністю ефективної системи управління цим складним та багатофакторним явищем. Отже, вирішення проблеми удосконалення соціального захисту населення перш за все необхідно шукати у площині взаємовідносин між керованими та керуючими структурами. Первинною ланкою визначеної соціальної системи будь-якого порядку є звичайна людина, а мета управління полягає в поліпшенні умов її життя. Але механізм ухвалення рішень з соціальних проблем не є достатньо прозорим. Тому важливою проблемою соціального захисту населення є гармонізація управління всією соціально-економічною сферою, тобто забезпечення адекватності та збалансованості роботи всіх її структурних підрозділів.

Органам влади на рівні області важливо забезпечити здійснення ефективного контролю виконання зобов'язань стосовно соціальних гарантій, формування в суспільстві механізму цивілізованого захисту наданих прав і свобод. Вказане потребує змістовної програми дій представників усіх гілок влади, громадських об'єднань, засобів масової інформації, кожної людини, спрямованих на забезпечення добробуту та гідного рівня життя, який існує у розвинених країнах світу.

1.4. Попередні дослідження, які проводилися в області

Результати досліджень, що проводилися в області, будуть детальніше висвітлені у відповідних розділах ситуаційного аналізу.

Дослідження за технічної підтримки міжнародних організацій як складова проектів, спрямованих на профілактику ВІЛ/СНІДу серед уразливих груп населення, проводилися починаючи з 2000 р. серед ЖКС та з 2001 р. серед СІН. У межах проектів, що підтримує ЮНІСЕФ, у 2003 р. вивчалися соціальні проблеми ВІЛ-позитивних дітей.

У 2004 р. Всеукраїнська мережа ЛЖВ за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс

з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні» провела дослідження про права й доступність послуг для ЛЖВ в Україні. Це дослідження проходило у 16 містах України, у тому числі у Донецьку, Маріуполі, Горлівці, Костянтинівці, Макіївці, Слов'янську.

Протягом 2004 р. за участю Донецького обласного та Макіївського міського центрів профілактики СНІДу було проведено дослідження «Доступ ВІЛ-позитивних жінок до якісних послуг з охорони репродуктивного здоров'я та материнства»

за підтримки Проекту ПОЛІСІ. За результатами дослідження були зроблені висновки, спрямовані на поліпшення доступу ВІЛ-позитивних жінок до якісних послуг з охорони репродуктивного здоров'я та материнства. Крім того, за ініціативи вчених Донецького медичного університету ім. М. Горького, обласного та Макіївського міського центрів профілактики СНІДу в області проводилися дослідження з метою

вивчення особливостей розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в області, обґрунтування профілактичних засобів на робочих місцях та в окремих цільових групах, ролі НДО в протидії розвитку епідемії в області тощо.

Результати досліджень дали можливість виробити стратегічні та цільові рекомендації щодо розвитку програм інформування, профілактики, лікування і догляду цих цільових груп.

2. Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні та в Донецькій області

2.1. Динаміка поширення ВІЛ у районах і містах Донецької області. Динаміка поширення СНІДу та смертності від нього

За рівнем захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2005 р. Донецька область посідала друге рангове місце серед 27-ми адміністративних територій України, тільки цього року в області було зареєстровано 2997 нових випадків ВІЛ-інфекції (64,3 на 100 тис. населення проти 29,2 в Україні) та третє – за рівнем поширеності: 13787 ВІЛ-інфікованих осіб перебували під диспансерним наглядом (295,9 на 100 тис. населення проти 133,5 загалом по Україні).

Про неблагополуччя епідемічної ситуації в Донецькій області свідчить і висока частка позитивних результатів тестування на антитіла до ВІЛ окремих груп населення за рахунок Державного бюджету у 2005 р., а саме донорів (0,19% ВІЛ-позитивних проти 0,13% в Україні) та вагітних (0,6% ВІЛ-позитивних проти 0,3% в Україні).

Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Донецькій області має ті ж самі закономірності, що й загалом в Україні. Донецька область однією з перших в Україні постраждала від епідемії, оскільки серед індустріальних областей України вона зазнала найнегативніших наслідків економічних змін, які посилювали формування неблагополучної епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Перші випадки ВІЛ-інфекції в Донецькій області були офіційно зареєстровані у 1987 р. серед іноземних студентів з країн Африки, які прибули в освітні заклади області для набуття вищої освіти. Перший випадок серед мешканців області був зареєстрований у 1988 р.

У період з 1988 по 1994 р. включно в області виявлялись та офіційно реєструвались поодинокі випадки ВІЛ-інфекції, які здебільшого були зумовлені гетеросексуальним шляхом передачі інфекції. Основні джерела інфікування – громадяни

інших країн. Всього за цей період було виявлено 36 ВІЛ-інфікованих осіб, з яких 12 були громадянами України. Співвідношення чоловіків і жінок у загальній структурі становило 2 : 1.

Ступінь занепаду виробництва та рівень безробіття у Донецькій області тоді, у середині 90-х, були набагато вищі середніх по країні, що призвело до стрімкого поширення наркоманії. Окрім цього велика кількість людей, які практикували небезпечну поведінку, зростання числа захворювань, що передаються статевим шляхом, висока трудова міграція призвели до поступового накопичення джерел ВІЛ-інфекції до критичного рівня. Все це обумовило раптову зміну кількісної характеристики поширення ВІЛ-інфекції у 1995 р., коли число нових випадків в області почало зростати у геометричній прогресії (див. рис. 2.1).

Незважаючи на незначні коливання кількості досліджень на антитіла до ВІЛ по роках з 1995 р. до 2005 р. включно, кількість позитивних результатів тестувань на антитіла до ВІЛ та кількість офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб мала тенденцію до зростання, що свідчить про реальне погіршення епідемічної ситуації в Донецькій області.

Слід зауважити, що, відповідно до чинної нормативної бази України, офіційній реєстрації підлягають лише ті особи, котрі пройшли клінічне обстеження, й, у яких за його результатами може бути встановлено клінічний діагноз та з'ясовано імовірний шлях передачі. Частка офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб від усіх лабораторно виявлених за весь період реєстрації коливалась. Наприклад, у 1996 р. вона становила 72%, у 2004 р. – 61%, а у 2005 р. – 60%. Отже, можна тільки приблизно уявити наскільки відрізняється кількість офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб від кількості виявлених



Рис. 2.1. Динаміка виявлення та реєстрації ВІЛ-інфікованих осіб у Донецькій області

за даними лабораторних досліджень (сероепідмоніторингу).

Поширення хвороби у 1995 р. набуло епідемічного характеру, що було пов'язано з проникненням вірусу імунодефіциту у середовище споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН). У 1995 році кількість зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції досягла 63 осіб, серед яких 57 були СІН. У 1996 та 1997 рр. відбувалось подальше

стрімке збільшення кількості ВІЛ-інфікованих, причому частка СІН становила 84 та 82%, відповідно (рис. 2.2). Парентеральний шлях інфікування ВІЛ був домінуючим і зумовлений спільним використанням шприців, голків та обладнання для приготування наркотиків.

Зниження чисельності ВІЛ-інфікованих у 1998 р. не вказує на поліпшення епідемічної ситуації, а є здебільшого результатом



Рис. 2.2. Динаміка офіційної реєстрації випадків ВІЛ-інфекції, зокрема серед СІН у Донецькій області

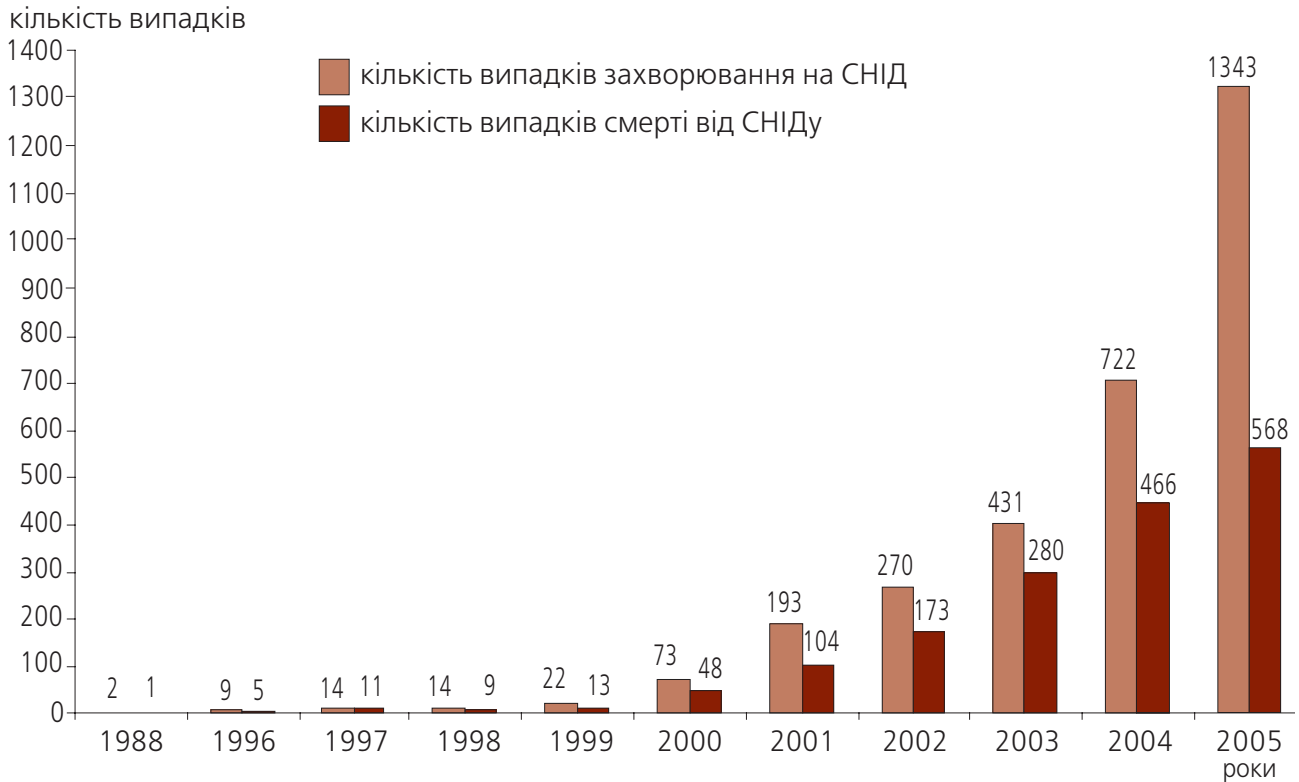


Рис. 2.3. Динаміка захворювання на СНІД та смертності від нього в Донецькій області

зменшення кількості обстежень СН. Це пов'язано з прийняттям у березні 1998 року нової редакції Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», який передбачає принцип добровільності при обстеженні на ВІЛ.

Тенденція збільшення кількості ВІЛ-інфікованих з 1999 р. в Донецькій області набула сталого характеру й зберігається до сьогодні. Різко зросла кількість ВІЛ-інфікованих серед вагітних жінок і, як наслідок, кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. Хоча парентеральний шлях передачі ВІЛ залишається домінуючим, відбувається поступове збільшення частки випадків сексуального шляху передачі (з 8% у 1996 р. до 40% в 2005 р.), що свідчить про вихід епідемії у широкі верстви населення. Невпинне поширення ВІЛ-інфекції серед населення призводить, як правило, до збільшення показників захворюваності на СНІД та смертності серед ВІЛ-інфікованих осіб. Прискоренню прогресування ВІЛ-інфекції сприяють супутні захворювання (вірусні

гепатити В та С, наркотична залежність, туберкульоз), які досить часто виявляються серед хворих, особливо серед СН. Вірус імунodefіциту людини є найбільш сильним з усіх відомих факторів ризику активації туберкульозу. В Донецькій області в 2005 році туберкульоз, як СНІД-індикаторне захворювання, був діагностований у 55,7% випадків.

Це пояснює випадки, коли термінальна стадія ВІЛ-інфекції розвивається вже через 3-5 років від моменту інфікування. З 2000 р. почалося стрімке зростання числа хворих і померлих від СНІДу.

Отже, з моменту реєстрації першого випадку ВІЛ-інфекції в області, станом на 01.01.2006 р. під диспансерним наглядом перебувало 13787 ВІЛ-інфікованих осіб, з яких 1438 хворі на СНІД. Тенденція збільшення кількості хворих на СНІД та померлих від СНІДу набула сталого характеру (рис. 2.3). Смерть безпосередньо від СНІДу стала реальною загрозою для сотень ВІЛ-інфікованих мешканців області (у 2005 р. померло від СНІДу 568 осіб).

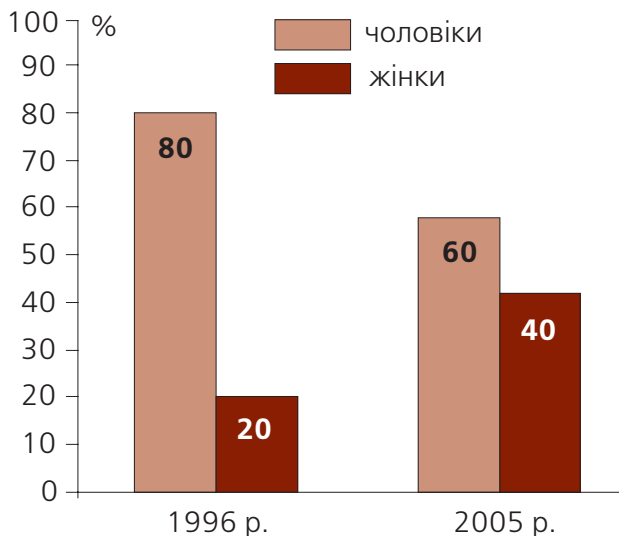


Рис. 2.4. Розподіл ВІЛ-інфікованих дорослих у Донецькій області за статтю

Термінальну стадію ВІЛ-інфекції – СНІД – на 1.01.2006 р. у Донецькій області за весь період спостереження діагностовано у 3150 пацієнтів, з яких 1711 померли від СНІДу. Понад 3 тисячі ВІЛ-інфікованих осіб померли від сепсису, туберкульозу, пневмонії та інших причин. Тобто, у цій області з інших причин загинуло ВІЛ-інфікованих осіб майже вдвічі більше, ніж власне від СНІДу. В основному це молоді люди – ВІЛ-інфіковані споживачі ін'єкційних наркотиків.

Негативна тенденція до зростання кількості ВІЛ-позитивних жінок, в тому

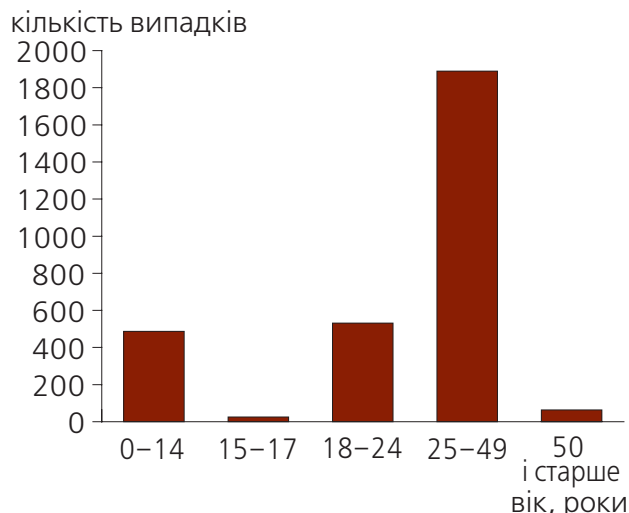


Рис. 2.5. Розподіл нових випадків ВІЛ-інфікування за віком у Донецькій області в 2005 р.

числі вагітних, стає у Донецькій області особливою загрозою. За даними офіційної статистики порівняно з 1996 р. у 2005 р. частка ВІЛ-позитивних жінок серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих збільшилась з 20 до 40% (рис. 2.4), причому понад 79% усіх ВІЛ-інфікованих – жінки репродуктивного віку. Занепокоєння викликає щорічне зростання кількості виявлених ВІЛ-інфікованих серед вагітних. Слід відзначити, що питома вага ВІЛ-позитивних жінок серед вагітних у Донецькій області у 2 рази перевищує аналогічний середньоукраїнський показник – 0,6 та 0,3% відповідно.

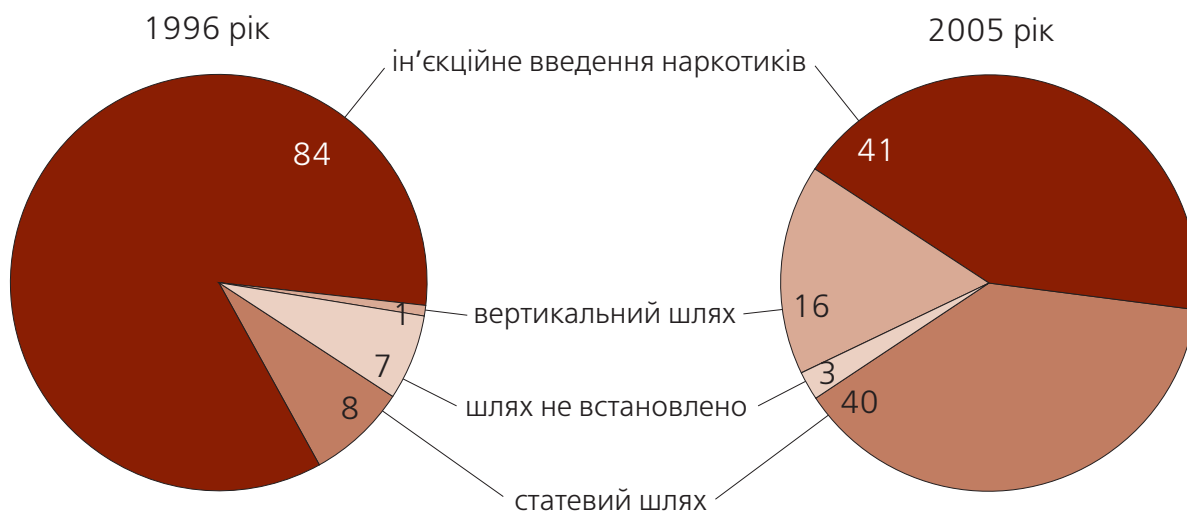


Рис. 2.6. Шляхи передачі ВІЛ-інфекції в Донецькій області (%)

І, як наслідок такої ситуації, постійно зростає кількість дітей, які народились від ВІЛ-інфікованих матерів: у 1996 р. – 14, у 1999 р. – 125, у 2004 р. – 420, у 2005 р. – 481.

Найбільша кількість випадків ВІЛ-інфекції в Донецькій області в 2005 р. зареєстрована у віці 25–49 років включно (63%) та 18–24 років включно (18%), тобто сумарно 81% (рис. 2.5). Отже, ВІЛ-інфекція вражає найбільш працездатне та репродуктивне населення. Таким чином, епідемія дуже скоро може призвести до посилення та загострення існуючих негативних демографічних і соціально-економічних тенденцій.

Зростання передачі ВІЛ статевим шляхом набуває дедалі більшого значення у розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Донецькій області (рис. 2.6). Близько 40% нових випадків ВІЛ-інфекції у 2005 р. були обумовлені сексуальними контактами (у 1996 р. – 8%), тоді як частка нових випадків обумовлених парентеральним шляхом інфікування ВІЛ зменшилася з 84 до 41%. Однак, проведене в Україні у 2005 р. спеціальне соціо-епідеміологічне дослідження щодо визначення ролі СН у сучасній епідемічній ситуації вказує на активну участь цієї вразливої групи у розвитку епідемії. За даними цього дослідження частка СН становить у загальній кількості ВІЛ-інфікованих лише 44%, тоді як майже у 70% випадків вони були джерелом інфекції для своїх статевих партнерів, що доводить збереження провідної ролі ін'єкційного шляху в поширенні ВІЛ.

Підтвердженням ролі СН у розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу є також результати дозорного епідеміологічного нагляду (ДЕН) щодо визначення поширення ВІЛ-інфекції серед СН, який проводився в м. Донецьк у 2000, 2002, 2004 та 2005 роках. За результатами ДЕН відсоток ВІЛ-інфікованих осіб серед СН залишається високим протягом усіх цих років 39,7%, 40%, 41,6%, 40,8%, відповідно.

Не можна обійти увагою й істотне збільшення частки дітей, народжених ВІЛ-інфі-

кованими матерями, яка у 2005 р. в області становила 16%. Наслідки ВІЛ/СНІДу для дітей – жакливі. У світі сьогодні від СНІДу помирає 3% дітей у віці до 5-ти років.

Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу поширилась практично на всі адміністративні одиниці області, однак, як видно з рис. 2.7, поширення ВІЛ-інфекції серед мешканців міст та районів області є нерівномірним.

Найвищі показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2005 р. були зареєстровані в Шахтарському, Ясинуватському, Сло-в'янському, Краснолиманському районах області та в мм. Добропілля, Маріуполь, Димитрове, Донецьк, Сло-в'янськ, Авдіївка (див. рис. 2.7).

В індустріальних регіонах України скорочення традиційних галузей виробництва та, як наслідок, надзвичайно високий рівень безробіття, зловживання алкоголем і наркотиками, трудова міграція спричиняють формування неблагополучної епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Незважаючи на збільшення ресурсів, що залучуються в останні роки на боротьбу з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, масштаби епідемії в Донецькій області продовжують зростати. Щорічно збільшується кількість нових випадків ВІЛ-інфекції, хворих на СНІД та померлих від СНІДу.

Охоплення груп ризику широкомасштабними профілактичними програмами є недостатнім для того, аби вплинути на розвиток епідемії.

Впровадження антиретровірусної терапії (АРТ) стикнулося з певними труднощами щодо залучення та збереження прихильності до лікування хворих на СНІД, головним чином СН, які, власне, й становлять значну частину цих хворих.

У разі збереження наявних тенденцій розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та низької ефективності заходів протидії, у недалекому майбутньому її наслідки істотно вплинуть на поглиблення й без того важкої демографічної кризи в цьому регіоні, призведуть до погіршення якості продуктивних сил населення та інших важливих складових соціально-економічного розвитку області.

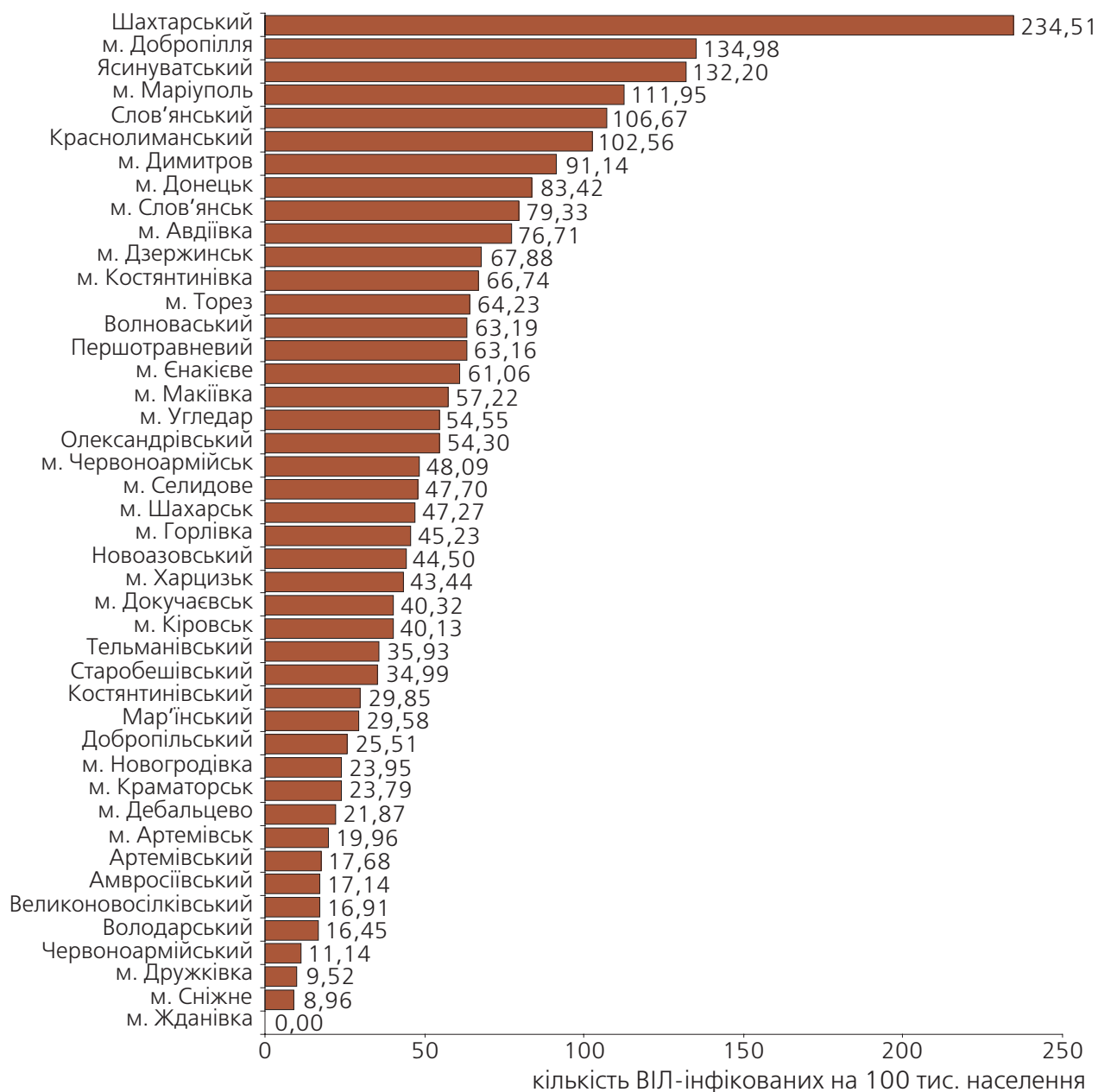


Рис. 2.7. Показники поширеності ВІЛ-інфекції в містах та районах Донеччини у 2005 р.

Виходячи з реалій сьогоденної епідемічної ситуації в Донецькій області, для успішного подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу необхідно зберегти рівновагу між заходами профілактики та лікуван-

ням, доглядом і підтримкою. Сьогодні Донецька область має унікальну можливість зберегти активні зусилля з профілактики при подальшому збільшенні доступу до АРТ.

2.2. Прогнозні оцінки розвитку епідемії на рівні країни та області

Аналіз офіційних даних про поширення ВІЛ-інфекції в Україні свідчить, що епідемія триває з тенденцією до подальшого зростання в усіх регіонах України, але поширення її нерівномірне. Донецька область належить до групи найбільш уражених епідемією регіонів.

Слід відзначити, що сьогодні неможливо миттєво зупинити розвиток епідемії, тому соціально-економічні, демографічні наслідки епідемії поглиблюватимуться в часі та впливатимуть на майбутні покоління. Загальні щорічні витрати на лікування СНІДу можуть досягти у 2014 р. 630 млн. гривень і, відповідно, поглинути 20–50% бюджету Міністерства охорони здоров'я.

Прогноз розвитку епідемії в країні з метою отримання даних щодо її можливих негативних наслідків було здійснено на початку 2005 р. у межах проекту «Соціально-економічний прогноз наслідків епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні»¹, проведеного Міністерством охорони здоров'я України за фінансової підтримки Світового Банку, Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією і за технічної допомоги з боку ЮНЕЙДС (перед цим аналіз соціально-економічних наслідків епідемії було зроблено у 2001 р.).² Оцінювана чисельність ВІЛ-інфікованих станом на 2001 р. була визначена міжнародними та національними експертами на рівні 1% дорослого населення. У 2005 р. розроблено оновлений прогноз розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні з використанням комп'ютерної програми «Спектрум» (Spectrum Policy Modeling System) за двома сценаріями: оптимістичним та песимістичним. На початок 2005 р., за оцінками розрахунками, чисельність ВІЛ-інфікованих становила 448–491 тис. осіб

(бл. 1,8% населення віком 15–49 років). Сценарії відрізняються динамікою поширення ВІЛ серед груп ризику, ефективністю профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, швидкістю переходу до СНІДу з моменту інфікування ВІЛ, а також рівнем доступності антиретровірусної терапії для тих, хто її потребуватиме. У 2014 р. загальне число ВІЛ-інфікованих становитиме 479 тис. осіб (1,9% населення віком 15–49 років) за оптимістичним і 820 тис. (3,5%) – за песимістичним сценаріями відповідно. ВІЛ поширений дуже нерівномірно серед населення різного віку: дві третини з усіх інфікованих ВІЛ перебувають у найактивнішому репродуктивному віці 20–34 роки. Молоді жінки підпадають під найвищий ризик інфікування ВІЛ. У 2014 р. прогнозоване число смертей, спричинених СНІДом, становитиме третину всіх смертей серед чоловіків віком 15–49 років і майже 60% всіх смертей серед жінок цієї вікової групи. Прогнозується, що внаслідок епідемії у 2014 р. середня тривалість життя чоловіків скоротиться на 2–4 роки (з 65,6 до 61,6–63,4 року). Відповідне скорочення тривалості життя для жінок оцінюється у 3–5 років (з 75,8 до 71,0–72,9 року).

У будь-якому випадку ВІЛ/СНІД матиме відчутний негативний вплив і на баланс державного бюджету: зменшаться податкові надходження й зростуть соціальні видатки. Також зростуть додаткові витрати, наприклад, на підготовку спеціалізованого медичного персоналу, лабораторне обладнання і тест-системи, госпіси (заклади для безнадійно хворих) тощо. Наслідки епідемії відбиватимуться на різних рівнях суспільства – індивідуальному, сімейному, регіональному, галузевому, національному. Тобто вплинуть на домогосподарства, трудові колективи,

1 Попередні результати було представлено на засіданні круглого столу в МОЗ, квітень 2005 р.

2 Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: нові прогнози. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2003. – 146 с.

підприємства, регіони, окремі галузі економіки, ринок праці, систему охорони здоров'я, соціальну інфраструктуру, систему соціального захисту, систему влади, а також на рівень соціальної напруги в суспільстві, демографічну політику та національну безпеку.

На національній погоджувальній зустрічі з питань оцінки рівня поширення ВІЛ та чисельності тих, хто потребує АРВ-терапію, що відбулася 28 листопада 2005 р. у Києві¹, національними та міжнародними експертами було ухвалено рішення щодо використання показника 1,28% серед дорослого населення 15–49 років як оцінного рівня поширення ВІЛ в Україні. Оцінна чисельність ВІЛ-інфікованих становить 307 тис. осіб, а число тих, хто потребує АРВ-лікування – 18,5 тис.

Специфіка відтворення населення окремих територій й очікувані наслідки епідемії тісно пов'язані з соціально-економічними особливостями розвитку. Донецька область – це високоіндустріалізована, урбанізована територія з неблагополучною екологічною ситуацією. Водночас, природне зменшення населення Донеччини протягом останнього десятиліття становило понад 45 тис. осіб у середньому за рік, тобто 10,8 у розрахунку на

1000 осіб населення. Для населення цього регіону характерними є: низька тривалість життя, високий рівень смертності у працездатному віці, зокрема чоловіків від нещасних випадків, отруєнь і травм, а також дуже низька народжуваність і велика кількість абортів.

Щодо прогнозних оцінок розвитку епідемії ВІЛ-інфікування в Донецькій області, то можна засвідчити, що головні особливості, які спостерігаються в Україні, є характерними й для області. Епідемія виходить за межі груп ризику й поступово переходить до широких верств населення.

За прогнозом, у Донецькій області до 2010 р. можуть бути ураженими близько 100 тисяч осіб. Щорічна смертність від СНІДу може сягнути у 2010 р. 3,6–6,2 тис. осіб, а у 2014 р. – в 1,5 рази вище. Загальна кількість смертей від СНІДу в 2010 р. можуть сягнути за 30 тис. осіб. Ситуація постійно ускладнюється тим, що основна частина людей, інфікованих ВІЛ, – це люди працездатного віку. З кожним роком зростає число ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку, а отже тим самим зростає число інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

Негативні наслідки в умовах епідемії виявлятимуться у зниженні абсолютного

Табл. 2.1. Прогноз кількості ВІЛ-інфікованих у Донецькій області

Адміністративна одиниця	Кількість ВІЛ-інфікованих, тис. осіб						% у загальному числі ВІЛ-інфікованих в Україні	
	2004 р.		2010 р.		2014 р.		2014 р.	
	оптимістичний	песимістичний	оптимістичний	песимістичний	оптимістичний	песимістичний	оптимістичний	песимістичний
Донецька обл.	51,3	52,5	92,7	103,5	92,2	105,6	19,3	12,9
Україна	447,8	491,2	517,3	695,8	478,5	820,4	100,0	100,0

Табл. 2.2. Прогноз щорічної смертності від СНІДу у Донецькій області, тис. осіб

Адміністративна одиниця	2004 р.		2010 р.		2014 р.	
	оптимістичний	песимістичний	оптимістичний	песимістичний	оптимістичний	песимістичний
Донецька обл.	1,0	1,8	3,6	6,2	5,5	9,2
Україна	9,8	18,3	31,3	51,5	34,8	64,9

1 Проект протоколу зустрічі «Brief report on the outcomes of the National Consensus Meeting on estimates of HIV prevalence and ART needs», 28 November 2005, Kiev, Ukraine.

Табл. 2.3. Прогноз накопиченої кількості смертей від СНІДу у Донецькій області

Адміні- стративна одиниця	Накопичена кількість смертей від СНІДу, тис. осіб						% у загальному числі сме- ртей від СНІДу в Україні	
	2004 р.		2010 р.		2014 р.		2014 р.	
	оптимі- стичний	песимі- стичний	оптимі- стичний	песимі- стичний	оптимі- стичний	песимі- стичний	оптимі- стичний	песимі- стичний
Донецька обл.	2,9	6,0	17,2	30,6	36,8	63,3	12,2	12,0
Україна	27,2	56,4	162,9	284,3	301,3	526,4	100,0	100,0

Табл. 2.4. Прогноз ймовірних втрат середньої тривалості життя населення Донецької області внаслідок смертності від СНІДу у 2014 р.

Адміні- стративна одиниця	Середня тривалість життя за відсутності СНІДу, роки	Середня тривалість життя з впливом СНІДу, роки		Втрати тривалості життя внаслідок СНІДу, роки		
		оптимі- стичний	песимі- стичний	оптимі- стичний	песимі- стичний	
Чоловіки						
Донецька обл.	63,8	60,1	58,4	3,7	5,4	
Україна	65,6	63,4	61,6	2,2	4,0	
Жінки						
Донецька обл.	75,0	70,1	68,3	4,9	6,7	
Україна	75,8	72,9	71,0	2,9	4,8	

Табл. 2.5. Прогноз чисельності населення Донецької області без урахування та з урахуванням впливу епідемії ВІЛ/СНІДу, млн. осіб

Адміні- стративна одиниця	2004 р.	2014 р.		
	без урахування СНІДу	без урахування СНІДу	оптимістичний	песимістичний
Донецька обл.	4,69	4,25	4,21	4,19
Одеська	2,41	2,29	2,27	2,26

числа дітонароджень. Донецька область може недоотримати від 2 до 3,5 тис. не-реалізованих дітонароджень.

В обох варіантах (песимістичному та оптимістичному) перебігу епідемії в області відбуватиметься зменшення чисельності населення. Так, у 2014 р. чисельність населення Донецької області буде на 0,04–0,06 млн. осіб меншою, ніж за відсутності епідемії. Відтак епідемія ВІЛ-інфекції та СНІДу спричинить скорочення чисельності населення як в області, так і в країні.

Вплив епідемії ВІЛ/СНІДу на демографічну ситуацію є довготривалим і посилюватиме негативні тенденції сучасних демографічних процесів.

Високий рівень безробіття та трудової міграції в області на тлі низького рівня

середня тривалість життя, у роках

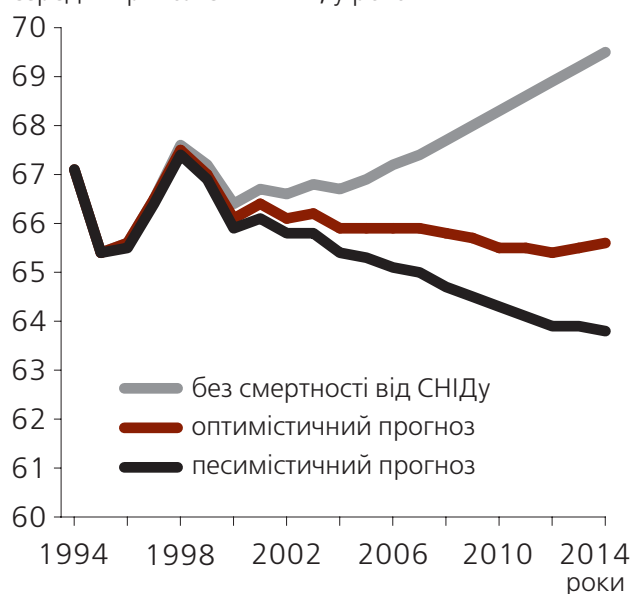


Рис. 2.8. Прогноз середньої тривалості життя населення Донецької області у без урахування та з урахуванням впливу смертності від СНІДу

поінформованості щодо запобігання ВІЛ-інфікування підвищують ризик інфікування ВІЛ.

Результати цього моделювання свідчать, що епідемія ВІЛ/СНІДу може призвести до серйозних наслідків у Донецькій області. Для пом'якшення цих наслідків та протистояння розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу необхідні конкретні консолідовані кроки з боку всіх суспільних інститутів. Важливо

усвідомити, що проблема є комплексною, а тому повинна вирішуватися комплексно на засадах міжсекторального підходу — спільними зусиллями державного, громадського та приватного секторів. Слід зважати й на те, що великого числа смертей і хвороб, пов'язаних зі СНІДом, можна уникнути за умов належного використання АРВ-терапії, доступ до якої стає з кожним роком дедалі реальнішим.

3. Політичні умови та інституційна структура протидії епідемії в Донецькій області

3.1. Законодавчі ініціативи щодо протидії ВІЛ/СНІДу на регіональному рівні

Донецька область, враховуючи стрімке поширення ВІЛ-інфекції, однією з перших в Україні створила органи і структури для боротьби з ВІЛ/СНІДом та прийняла перші директивні документи.

Наказом обласного управління охорони здоров'я у жовтні 1990 р. був організований обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом з 65 штатними одиницями як самостійна спеціалізована лікувально-профілактична установа, на яку були покладені функції організаційно-методичного керівництва з проблеми СНІДу, а також організації діагностики, обліку, диспансерного спостереження, клініко-імунологічного обстеження і надання медичної допомоги хворим на СНІД та ВІЛ-інфікованим. Згідно з наказом обласного управління охорони здоров'я в 1995–1996 рр. у містах з чисельністю населення понад 500 тис. чоловік були відкриті міські центри профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, а в містах з меншою чисельністю населення та в районних центрах відкриті кабінети профілактики СНІДу або до обов'язків кабінетів інфекційних захворювань було віднесено медичне забезпечення з проблеми ВІЛ-інфекції.

Перша обласна програма профілактики СНІДу 1992–1994 рр. була орієнтована на заходи з запобігання передачі ВІЛ-інфекції через донорську кров. Її виконання проходило в умовах серйозних проблем із забезпеченням ЗОЗ медичним обладнанням, засобами дезінфекції, обладнанням для стерилізації, якісними тест-системами, презервативами та медикаментами для лікування хворих.

1995 р. став випробуванням для всієї системи протидії ВІЛ/СНІДу в області – надзвичайно широке розповсюдження захворювань серед СН, збільшення числа людей, які потребували медичної допомоги.

Ухвалюється друга програма (1995–1997 рр.), яка продовжила вказаний напрям. В області була створена система спеціалізованих медичних закладів для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

З 1998 р. за рахунок існуючих штатів та фонду заробітної плати була створена мережа служби профілактики і лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, представлена 4 міськими центрами профілактики та боротьби зі СНІДом (Маріуполь, Горлівка, Слов'янськ, Макіївка), 6 поліклінічними відділеннями, 39 кабінетами, що дозволило оперативно вирішувати питання виявлення, обліку, диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованими та контактними особами, надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД.

Третя програма (1999–2000 рр.) розроблялася в умовах реорганізації Національного комітету з питань профілактики СНІДу. Ретроспективно можна сказати, що ці програми не були скеровані на уразливі групи СН, ЖКС, серед яких загроза епідемії була найбільшою. При цьому репресивні заходи, що застосувалися стосовно названих груп населення, не сприяли зниженню темпів епідемії.

Донецька область дотримується законодавчих та директивних документів, ухвалених в Україні та скерованих на протидію епідемії ВІЛ/СНІДу, захист прав ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. В цей час державні та недержавні організації співпрацюють з міжнародними фондами, вивчають світовий досвід з проблем ВІЛ/СНІДу. Складна епідеміологічна ситуація в області визначила профілактику ВІЛ-інфекції як одне з пріоритетних завдань управління охорони здоров'я облдержадміністрації.

Розпорядженням голови облдержадміністрації від 14.08.2001 р. №487 з метою запобігання ВІЛ, зниження впливу

негативних наслідків епідемії ВІЛ-інфекції на суспільство та забезпечення виконання програми профілактики ВІЛ/СНІДу на 2001–2003 рр. (затвердженої постановою КМУ від 11.07.2001 р. № 790), затверджена програма профілактики ВІЛ/СНІДу у Донецькій області на 2001–2003 рр. На виконання профілактичних програм з обласного бюджету щорічно виділялось до 1 млн. грн. З урахуванням епідеміологічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу та з метою зниження впливу негативних наслідків епідемії ВІЛ-інфекції на суспільство та прийняття визначених дій, розроблені і затверджені розпорядженнями голови облдержадміністрації від 1.06.2004 р. № 231 «Заходи із забезпечення профілактики ВІЛ/СНІДу, допомоги та лікуванню ВІЛ-інфікованих в Донецькій області на 2004–2008 рр.», якими передбачено:

- посилення діяльності державних органів, підприємств, установ, організацій та об'єднань громадян у справах боротьби з ВІЛ-інфекцією;
- сприяння зниженню рівня ризикованої щодо інфікування ВІЛ поведінки серед різних груп населення, особливо молоді віком 15–24 років;
- зменшення ризику уразливості до інфікування ВІЛ та зниження рівня поширення ВІЛ-інфекції серед уразливих груп населення;
- виключення ризику передачі ВІЛ-інфекції через донорську кров та її компоненти;
- зниження рівня передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
- забезпечення можливості доступу до діагностики, лікування, догляду і підтримки людей, що живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом;
- забезпечення контролю, координації планування та ефективного використання ресурсів, необхідних для виконання заходів;
- захист медичних працівників від професійного зараження ВІЛ.

З метою запобігання захворювання на ВІЛ/СНІД та забезпечення лікувальних закладів області безпечними компонентами донорської крові в області ухвалено низку наказів, які передбачили взаємодію закладів служби крові із ЗОЗ області, порядком надання інформації про медичні відсторонення від донорства та поліпшення матеріально-технічної бази закладів служби крові.

Уперше в Україні ухвалено такі постанови:

- *«Про посилення заходів із забезпечення безпеки заготівлі донорської крові і трансплантації органів та тканин» (29.05.1998 №101-0/106, спільно з облСЕС).*
- *«Про впорядкування заходів із запобігання передачі ВІЛ і ВІЛ-асоційованих інфекцій трансфузійним шляхом» (30.06.1998 №132).*
- *«Про посилення заходів щодо профілактики розповсюдження ВІЛ шляхом гемотрансфузій та під час трансплантації органів, тканин, біологічних рідин» (19.05.1999 №116/65-0, спільно з облСЕС).*
- *«Про посилення заходів із забезпечення інфекційної безпеки донорської крові» (15.03.2001 №64/36-0, спільно з облСЕС).*
- *«Про посилення контролю за виконанням заходів з поширення ВІЛ/СНІДу в області» (11.08.2005 №288).*

Із впровадженням в області з серпня 2004 р. широкомасштабної антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ/СНІД (за фінансової підтримки Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією) ухвалено наказ обласного УОЗ від 8.10.2003 р. №333 «Про організацію лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД у Донецькій області», далі – накази обласного УОЗ від 20.08.2004 р. № 358 «Про впровадження антиретровірусної терапії в Донецькій області та розподіл

антиретровірусних препаратів, що надаються Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні», та від 6.06.2005 р. №213 «Про розширення антиретровірусної терапії ВІЛ/СНІДу хворим у Донецькій області в 2005 р.», якими визначено комплексний план впровадження АРТ, розподіл ЛПЗ, що забезпечують початковий та подальші етапи АРТ, графік впровадження АРТ, механізм взаємодії ЛПЗ на всіх етапах призначення лікування, систему обліку та звітності, медико-соціального супроводу АРТ.

Спільним наказом обласного УОЗ та управління Державного департаменту України з питань виконання покарань у Донецькій області від 20.02.2004 р. №38/56 затверджено план міжвідомчої координації дій у боротьбі з ВІЛ-інфекцією у Донецькій області.

Таким чином в області прийнята низка нормативно-правових документів, виконання яких дозволило визначити проблему пріоритетною та створити систему закладів для вирішення комплексу питань боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу.

Газета «Донбасс», 6.09.2003

**Бросать детей становится нормой?
Даже если ребенок не заражен, ему суждено стать изгоем...**

В прежние времена сердце матери училось любить, детей у нее росло много. Смерть малыша была великим горем, но если это и случалось, оставались другие дети. Однако многодетная украинская семья, которую можно увидеть на иллюстрациях к шевченковским стихотворениям или в старых кинофильмах, уже в прошлом. Сейчас в семье ребенок часто один, как свет в окне. Это довольно актуальная тема для Украины, но сегодня обострилась и другая, более тревожная — отречение от кровного существа, едва оно увидело свет... По данным облздравуправления, в Донецкой области в 2001 году было 466 матери, которые отказались от своих детей, а в прошлом году — 434. Из беседы с заместителем генерального директора неонатологической службы Донецкого регионального центра охраны материнства и детства Ю. Батманом:

— Юрий Анастасович, а как обстоит ситуация с детьми, которых рожают ВИЧ-инфицированные женщины?

— Каждый четвертый ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной женщиной, оставлен своей матерью. Это связано не с боязнью того, что ребенок окажется больным, а с тем, что они наркоманки и ребенок им просто не нужен. С ростом числа ВИЧ-инфицированных беременных растет и число брошенных детей. Сегодня не выработана единая политика в отношении этих детей. Дело в том, что чиновники от медицины полагают, что все такие дети заражены СПИДом. Но это не так, и даже в отсутствие химиопрофилактики большинство детей остаются здоровыми. В отделении «отказных» детей работать непросто. Медсестры этого отделения должны делать не только инъекции и другие процедуры, но и относиться к малышам с особым вниманием и теплом, лишний раз взять ребенка на руки, погладить, приголубить его. Сотрудники Донецкого регионального центра охраны материнства и детства делают все, чтобы облегчить жизнь осиротевшим малышам, чье будущее так неопределенно. Вполне вероятно, что через несколько месяцев «отряд отказников» пополнится...

Впрочем, кроме возмущения и недоумения в голову приходят и иные соображения: кто знает, в какой угол, в какой тупик может загнать человека жизнь? Но истина одна — каким бы сложным ни был этот мир, если кто-то оставляет родное, крошечное существо, он делает несчастным не только себя, но и всех, кто его окружает.

3.2. Пріоритетність проблеми на обласному рівні

Питання заходів з профілактики ВІЛ/СНІДу та надання медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД передбачені спільним наказом управління охорони здоров'я Донецької облдержадміністрації та Донецької обласної санітарно-епідеміологічної станції від 18.08.2003 р. №24-/126-0. Цим документом передбачено подальше відкриття міських центрів боротьби зі СНІДом у містах з числом пацієнтів, що стоять на обліку, 500 і більше, а також поліклінічних відділень (кабінетів) профілактики та лікування хворих при ЦМЛ та ЦРЛ згідно з ухваленим тимчасовим штатним розкладом.

Крім того, наказом передбачено організацію у складі обласних та міських ЗОЗ відділень (палат) для лікування хворих на СНІД залежно від профілю відділення та лікарні. Визначено також заходи з запобігання професійного та внутрішньо лікарняного інфікування, передачі ВІЛ від матері до дитини та заходи контролю за донорською кров'ю.

В області функціонує мережа з 9 лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції, які проводять скринінгові дослідження. Лабораторія діагностики ВІЛ обласного центру СНІДу в 1996 р. отримала дозвіл на проведення верифікаційних досліджень.

Зважаючи на відсутність на національному рівні єдиної інформаційної бази даних ВІЛ-інфікованих осіб, а також недостатню та слабо систематизовану законодавчу базу з різних аспектів проблеми спеціалісти обласного центру профілактики СНІДу розробили та впровадили понад 10 методичних рекомендацій, що були затвердженими наказами обласного управління охорони здоров'я. Серед них:

- Методичні рекомендації з проведення клініко-епідеміологічного розслідування випадків захворюваності ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

- Методичні рекомендації про порядок вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції.
- Методичні рекомендації з профілактики професійного зараження ВІЛ у закладах охорони здоров'я.
- Методичні рекомендації з питань педіатричного СНІДу.
- Методичні рекомендації з організації епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією.

Зважаючи на великий попит в області на вказані документи в 2004 р. за підтримки проекту «Ініціатива первинної охорони здоров'я», який фінансується Агентством США з міжнародного розвитку, Проект «Міжнародна допомога та підтримка» видав збірку методичних матеріалів та нормативних документів з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу загальним накладом 1000 примірників, які отримали всі ЗОЗ області.

З 1998 р. створена єдина комп'ютерна база даних ВІЛ-інфікованих осіб Донецької області, впроваджена система епідмоніторингу за поширенням ВІЛ-інфекції серед населення області в тому числі серед СІН, МКС, вагітних, донорів тощо. Щомісячно проводиться епідмоніторинг за розвитком епідеміологічного процесу з використанням аналітичної програми, що відображає територіальне поширення ВІЛ залежно від віково-статевої характеристики населення, а також повноту охоплення різних категорій населення профілактичними заходами та лікуванням хворих і диспансерним наглядом.

Пріоритетність проблеми ВІЛ/СНІДу на рівні області визначено *Розпорядженням голови Донецької облдержадміністрації від 1.06.2004 р. №231 «Про затвердження заходів із забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД у Донецькій області на 2004–2008 роки».*

Це розпорядження, поміж іншими, містить такі пункти:

25. Розширити можливість доступу різних категорій населення до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію/СНІД.
37. Забезпечити обов'язкове лабораторне обстеження на ВІЛ-інфекцію донорів крові (її компонентів), біологічних рідин, клітин, тканин і органів людини та повторне тестування кадрових донорів плазми (зберігання замороженої плазми протягом 3–4 місяців) на наявність антитіл до ВІЛ.
41. Забезпечити можливість 100-відсоткового доступу вагітних до добровільного тестування на ВІЛ під час узяття їх на облік та перед пологами (до 32–34 тижнів вагітності) з обов'язковим проведенням перед- та післятестового консультування.
46. Забезпечити добровільне безкоштовне тестування на ВІЛ різних верств населення з обов'язковим проведенням перед- та післятестового консультування у кожному випадку тестування на ВІЛ.
50. Забезпечити лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції області тест-системами для проведення скринінгових, верифікаційних, імунологічних, бактеріологічних обстежень диспансерної групи ВІЛ/СНІДу хворих, обстеження на опортуністичні захворювання та визначення маркерів ВІЛ.

Подальше вирішення проблеми на обласному рівні визначено *Наказом обласного управління охорони здоров'я облдержадміністрації та обласної санітарно-епідеміологічної станції від 18.08.2003 р. №249/126-0 «Про подальше вдосконалення заходів щодо профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та надання медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД».*

Цим наказом передбачено:

- 2.3.6. Забезпечити своєчасну доставку сироваток крові для проведення первинного скринінгу у регіональній лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції та верифікаційних досліджень у Донецькому обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом у відповідності з п. 1.4. Інструкції з організації роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції, затвердженої наказом МОЗ України від 22.02.2002 р. №71.
- 2.5.1. Забезпечити доступність та добровільність медичного огляду, у т. ч. й анонімного, з метою виявлення ВІЛ-інфекції, надання перед- та післятестового консультування, конфіденційності щодо інформації про ВІЛ-статус пацієнтів.
- 2.7.1. Забезпечити добровільний медичний огляд вагітних жінок у жіночих консультаціях або у пологових будинках у термін не пізніше 34 тижнів вагітності шляхом дослідження сироваток крові на наявність антитіл до ВІЛ.
- 2.7.2. Забезпечити тестування на наявність антитіл до ВІЛ за допомогою швидких тестів вагітних, що спостерігались у жіночих консультаціях та надходять у пологові будинки (відділення) з невідомим ВІЛ-статусом, з метою своєчасного призначення антиретровірусного лікування дитині.
- 3.5. Забезпечити проведення результативних досліджень первинно ВІЛ-позитивних методом ІФА сироваток на тест-системах, рекомендованих МОЗ України.
- 3.6. Забезпечити централізовано лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції області необхідними тест-системами та витратними матеріалами для проведення скринінгових досліджень сироваток крові на ВІЛ, визначення імунологічного стану у ВІЛ-інфікованих пацієнтів диспансерної групи та обстеження на наявність збудників опортуністичних захворювань.

Ухвалені на рівні області документи свідчать про пріоритетність проблеми ВІЛ/СНІДу на обласному рівні більше у медичному аспекті. Усвідомлення важливості проблеми в інших сферах відбувається дуже повільно. Крім медичних працівників, одними з перших на проблему ВІЛ/СНІДу відреагували недержавні ВІЛ-сервісні організації. Їх в області функціонує 29 і вони займаються наданням різних послуг: від консультування до

соціального супроводу та надання психологічної підтримки. Державний сектор почав активно залучати громадські ВІЛ-сервісні організації до роботи тільки в 2005 р.

Про внесок у справу протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в області різних управлінь державних органів влади та організацій різних форм власності і недержавних ВІЛ-сервісних організацій в ситуаційному аналізі буде сказано нижче.

3.3. Аналіз виконання заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Ситуація в області почала змінюватися на краще з впровадженням четвертої програми протидії епідемії ВІЛ/СНІДу (2001–2003 рр.), ухвалені розпорядженням голови обласної державної адміністрації від 14.08.2001 р. №487.

Мета програми – зниження впливу негативних наслідків епідемії ВІЛ-інфекції на суспільство, стабілізація епідеміологічної ситуації з ВІЛ/СНІДу в Донецькій області.

На противагу попереднім програмам, *програма 2001–2003 рр. мала текі переваги:*

- Значна увага приділялася співпраці державних і громадських організацій області, що працюють у сфері профілактики, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.
- Закладені передумови для координації різних управлінь, установ, об'єднань громадян у справі подолання епідемії ВІЛ/СНІДу.
- Визначені пріоритетні напрямки боротьби з ВІЛ/СНІДом (догляд та підтримка людей, яких торкнулася епідемія, профілактика вертикальної передачі ВІЛ від матері до дитини, профілактика ВІЛ серед молоді та представників уразливих груп населення).

До недоліків програми 2001–2003 рр. слід віднести:

- Брак системи ефективного фінансового моніторингу, у зв'язку з чим не було можливості визначити реальний обсяг виділених коштів, оцінити внесок різних

Першочергові завдання:

- I. Інформаційно-освітня робота як серед населення в цілому, так і серед дітей, молоді, педагогічних та соціальних працівників з питань профілактики ВІЛ/СНІДу, формування здорового способу життя та навичок безпечної поведінки з використанням різноманітних ефективних форм профілактичної роботи, у тому числі із залученням засобів масової інформації.
- II. Зменшення ризику інфікування ВІЛ представників уразливих груп населення (споживачі ін'єкційних наркотиків, представники комерційного сексу, чоловіки, що мають секс з чоловіками, ув'язнені та інші) з метою формування більш безпечної поведінки серед представників уразливих груп та зменшення ризику їх інфікування ВІЛ.
- III. Забезпечення інфекційної безпеки донорської крові з метою запобігання інфікування населення ВІЛ шляхом гемотрансфузії.
- IV. Зменшення наслідків епідемії ВІЛ-інфекції шляхом забезпечення лікування, догляду та підтримки хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД з метою зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію та смертності від СНІДу в області.
- V. Епідеміологічний моніторинг за ситуацією з ВІЛ/СНІДу, наслідками епідемії та впливу профілактичних втручань.

управлінь та відомств, а також ефективність і вплив обсягів фінансування на справу протидії епідемії.

- Оскільки програма була розроблена управлінням охорони здоров'я (а саме, обласним центром профілактики та боротьби зі СНІДом), вона мало чим відрізнялася від попередніх програм, тому що, як і раніше, внесок у реалізацію програми різних управлінь і відомств був низьким.
- Фінансування програми 2001–2003 рр. в області було виконане на 93% (за рахунок внесків місцевого бюджету), не було передбачено фінансування за рахунок позабюджетних організацій (бізнес-структури, гуманітарна допомога, програмні гранти міжнародних організацій та фондів).
- Невідповідність між потребами області та фактичним фінансуванням (більш ніж половина).
- Такі сфери діяльності, як профілактична робота з молоддю, уразливими щодо інфікування ВІЛ групами, моніторинг виконання заходів програми отримали або дуже невеликі кошти з місцевого бюджету, або не отримали нічого. Значною мірою цей вид діяльності покривався за рахунок програмних грантів міжнародних організацій та фондів.
- На рівні міст та районів ситуація була ще гіршою. За рахунок місцевих бюджетів фінансувалися тільки закупівля діагностичних тест-систем для тестування на ВІЛ різних контингентів населення (крім вагітних, донорів та дітей до 18 місяців), засобів індивідуального захисту медпрацівників. Лише незначна частка міст, переважно великих, з розвинутою промисловістю (наприклад Маріуполь, Горлівка), виділяли фінансування на зміцнення матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних закладів (у т. ч. міських центрів СНІДу), забезпечення дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, штучними замінниками грудного молока, а хворих на СНІД – безплатними медикаментами для симптоматичного лікування.

Формальна діяльність обласної координаційної ради з боротьби з наркоманією та СНІДом, одним з найголовніших завдань якої була координація всіх управлінь та відомств, яка не мала ні фінансової, ні законодавчої підтримки для реалізації будь-яких рішень.

З 62 пунктів програми повністю або хоча б частково було виконано 58 (93%). *Чотири заходи не виконано у зв'язку з відсутністю фінансування:*

- Не відкрито стаціонар для специфічного лікування хворих на ВІЛ/СНІД.
- Не закуплено обладнання для визначення у хворих на ВІЛ/СНІД імунологічного стану.
- Не закуплено обладнання для визначення вірусного навантаження у хворих на ВІЛ/СНІД та ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у немовлят, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів.
- Не впроваджено замісну терапію.
Внесок різних управлінь та відомств, участь яких була запланована у програмі 2001–2003 рр., був неоднозначним:
- З 2002 р. до реалізації програми активно долучилося головне управління освіти та науки облдержадміністрації, що пов'язано з впровадженням у закладах освіти програм здорового способу життя МОН України та ПРООН і ЮНЕЙДС. Саме з цього моменту почалося використання нових форм роботи з учнівською молоддю, педагогами та батьками школярів, а саме проведення семінарів-тренінгів з проблеми формування у дітей та молоді здорового способу життя, профілактики ВІЛ/СНІДу, а також семінарів-тренінгів для волонтерів з числа молоді за принципом «рівний – рівному».
- Внесок управління з питань фізичної культури та спорту за 2001–2003 рр. був нульовим, тому не було виконано жодного заходу цієї структури – запровадження систематичного проведення семінарів-тренінгів з профілактики ВІЛ/СНІДу та формування навичок безпечної поведінки вихованців дитячо-юнацьких спортивних шкіл, спортивних дитячо-юнацьких

шкіл Олімпійського резерву, шкіл вищої спортивної майстерності, вищих училищ фізичного виховання і центрів олімпійської підготовки, а також інформаційно-консультативна робота з питань ВІЛ/СНІДу в обласному центрі спортивної медицини та інших закладах фізкультурно-спортивної спрямованості.

- Активна участь управління у справах сім'ї, молоді та туризму, обласного, міських, районних центрів соціальних служб для молоді також збіглося з початком реалізації комплексних програм «Профілактика негативних явищ у дитячому та молодіжному середовищі», «Мобільний консультативний пункт», «Профілактика ВІЛ-інфекції, СНІДу серед осіб, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом», у межах реалізації яких створено та діють 17 мобільних консультпунктів, 2 кризових центри соціально-психологічної допомоги, 7 центрів соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями, 4 служби психологічної допомоги, 48 служб соціальної підтримки сімей. Але робота з уразливими групами населення (СІН) залишається вкрай незадовільною.
- Діяльність управління культури за період 2001–2003 рр. була спрямована на інформаційну активність працівників бібліотек, проведення для молоді популярних концертів, фестивалів, дискотек, акцій, спортивних змагань та інших молодіжних заходів, однак унаслідок низької ефективності проведених заходів (невеликий відсоток покриття цільової групи, обмеженість інформації та ін.) належних результатів досягнуто не було.
- Інформаційно-освітні заходи, що були проведені у 2001–2003 рр., не торкнулися курсантів, військовослужбовців строкової служби, молоді, що не працює і не навчається.
- Управління у справах преси та інформації протягом 2001–2003 рр. висвітлювало в державних та недержавних засобах масової інформації питання щодо епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу,

шляхів розповсюдження та засобів профілактики ВІЛ, хід виконання програми профілактики ВІЛ в області. Однак тривала практика підсилення журналістського інтересу до проблеми ВІЛ/СНІДу спостерігається 1 грудня – у Всесвітній день боротьби зі СНІДом та в День пам'яті померлих від СНІДу. До того ж, у різних виданнях періодично з'являлися статті, які ще більше підсилювали прояви таких явищ, як стигма та дискримінація у суспільстві, подавали некоректну та неправдиву інформацію. Навчанням редакторів і журналістів державних та недержавних ЗМІ не займалася жодна з організацій.

- Необхідно відзначити, що виконками міських рад та райдержадміністрацій у 2001–2003 рр. не приділяли значної уваги питанням зменшення небезпеки інфікування уразливих до ВІЛ груп населення – цільові профілактичні програми на місцевому рівні не впроваджено внаслідок браку фінансування, аналогічна ситуація склалася з виданням інформаційних матеріалів для представників уразливих груп. Це сталося внаслідок як браку коштів, так і обмеженої кількості на той час недержавних організацій у більшості міст та районів області, а також кваліфікованих фахівців, обізнаних у питаннях реалізації профілактичних проектів.
- Чоловіки, що мають статеві стосунки з чоловіками, в'язні, діти вулиці випали з поля зору як медпрацівників, так і представників державних і недержавних організацій, тому реальною ситуацією щодо рівня інфікованості ВІЛ, потреб даних груп не володів ніхто.
- Силі структури (управління МВС України в Донецькій області, обласний військовий комісаріат та ін.), як і в попередні роки, залишились осторонь від проблеми профілактики ВІЛ, наслідком чого є невиконання жодного з пунктів програми, який стосувався цих відомств – забезпечення інформаційними матеріалами та засобами індивідуального захисту та дезінфекції установ пенітенціарної системи та спецустанов міліції.

- Як і в попередні роки, найбільшого навантаження щодо проведення заходів з протидії ВІЛ/СНІДу зазнала служба охорони здоров'я області. Заходи щодо забезпечення інфекційної безпеки донорської крові набули у програмі 2001–2003 рр. здебільшого декларативного характеру. Це використання системи заохочення населення до участі в донорстві, на яку не було закладено коштів у місцевих бюджетах, поширення застосування методу автодонорства, недостатнє переоснащення матеріально-технічної бази станцій переливання крові, впровадження у практику трансфузіології національних стандартів діяльності служби крові, що гарантують безпеку донорської крові.

З виконаних заходів слід відзначити забезпечення обов'язкового обстеження на ВІЛ донорів крові, компонентів крові, органів, тканин, клітин із застосуванням методик повторного тестування крові кадрових донорів плазми та передтестового консультування, удосконалення системи відбору донорів з проведенням медичного огляду, запровадження уніфікованої анкети донора резерву. З 1 жовтня 2001 р. у практику роботи 9 лабораторій діагностики ВІЛ області запроваджено методика повторного тестування крові кадрових донорів плазми на ВІЛ. Але внаслідок недостатнього фінансування впродовж 2001–2003 рр. лікувально-профілактичні заклади області були недостатньо забезпечені карантинізованою плазмою (на 50%).

На зменшення наслідків епідемії ВІЛ/СНІДу службою охорони здоров'я вжито таких заходів:

1. Створено 4 міських центри з профілактики та боротьби зі СНІДом (Маріуполь, Макіївка, Горлівка, Слов'янськ). З метою організації усіх видів медичної допомоги ВІЛ/СНІД хворим в області створені на базі центральних міських та районних лікарень 6 поліклінічних відділень та 39 кабінетів, що передбачено наказом обласного УОЗ № 134 від 22.05.2001 р.

Проблема 1

Кадрова проблема служби, яка полягає у недостатньому рівні укомплектованості лікарями та середнім медперсоналом; незадовільна матеріально-технічна база служби, неможливість у деяких містах та районах отримувати 60-відсоткову надбавку.

2. З метою проведення екстреної хіміопротифілактики медичних працівників, що контактують з кров'ю хворих на ВІЛ/СНІД, визначено 5 базових лікувально-профілактичних закладів, у яких створено невичерпний запас антиретровірусних препаратів, що регламентовано наказом обласного УОЗ №158 від 11.06.2002 р., в подальшому наказ обласного УОЗ №488 від 30.11.2004 р. «Про забезпечення лікувально-профілактичних закладів антиретровірусними препаратами для постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції».

Проблема 2

Перебої у постачанні препаратів

3. Надання невідкладної медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД у всіх лікувально-профілактичних закладах області, спеціалізованої допомоги – у спеціалізованих закладах.

Проблема 3

Випадки відмови з боку лікувально-профілактичних закладів у наданні медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД, неготовність з боку окремих закладів до надання медичної допомоги пацієнтам (особливо у містах та районах області з невеликим числом ВІЛ-інфікованих, переважна більшість яких – СНІ).

4. Незважаючи на те, що в програмі було передбачено забезпечення хворих на ВІЛ/СНІД специфічною антиретровірусною терапією та препаратами для лікування опортуністичних хвороб, цей пункт практично не був виконаний внаслідок браку цільового фінансування (крім закупівлі препаратів для лікування опортуністичних інфекцій в середньому на 150 тис. грн. щорічно за рахунок коштів обласного бюджету).

5. У відповідності до наказу обласного УОЗ №157 від 11.06.01 р. «Про виконання програми запобігання вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції в Донецькій області» (далі – накази обласного УОЗ від 23.01.2004 р. №12 «Про вдосконалення моніторингу вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини», від 08.12.2004 р. №472 «Про проведення запобігання вертикальної трансмісії ВІЛ антиретровірусними препаратами, що надаються Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні») забезпечено двократне обстеження на ВІЛ вагітних та проведення антиретровірусної хіміопрофілактики ВІЛ-інфікованим та новонародженим з метою запобігання вертикальної передачі ВІЛ. Впроваджено галузеву програму профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ в Донецькій області на 2002–2003 рр., яку затверджено наказом обласного УОЗ №42 від 18.02.2002 р. Починаючи з червня 2002 р. за рекомендаціями МОЗ України всі пологові будинки (відділення) області перейшли на експрес-діагностику ВІЛ-інфекції у вагітних за допомогою швидких тестів. Забезпечення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, безкоштовними штучними замінниками грудного молока та засобами догляду.

Проблема 4

Брак навичок проведення перед- та післятестового консультування вагітних, відсутність практики проведення кесаревого розтину ВІЛ-інфікованим жінкам для зниження ризику інфікування, недостатній відсоток охоплення ВІЛ-інфікованих жінок антиретровірусною профілактикою (особливо з груп ризику – СІН, бездомні, пенітенціарна система, ЖКС та ін.), перебої у постачанні АРВ-препаратів, брак системи соціального супроводу ВІЛ-інфікованих жінок та дітей.

6. Моніторинг за наслідками епідемії та ситуацією з ВІЛ/СНІДом проводився у вигляді дозорного епіднагляду за ВІЛ-інфекцією та хворобами, що передаються статевим шляхом у містах області з високим рівнем розповсюдження ВІЛ та іншими групами ризику та комп'ютерного моніторингу поширення ВІЛ в

області. Дозорні дослідження проводились за рахунок засобів, виділених міжнародними фондами.

Істотною відмінністю наступної програми – «Заходів із забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД у Донецькій області на 2004–2008 роки», затвердженої розпорядженням облдержадміністрації від 1.06.2004 р. №231, стала активна участь у розробці всіх ключових управлінь і відомств, задіяних у її виконанні, з урахуванням попереднього негативного досвіду.

Також слід відзначити, що *в програмі з'явилися нові компоненти*, яких не було в попередніх програмах, а саме:

- посилення діяльності державних органів, підприємств, установ, організацій та об'єднань громадян у справі боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом;
- заходи, спрямовані на розширення та зміцнення партнерства між громадськими, приватними та міжнародними організаціями;
- антистигматичні та антидискримінаційні заходи (умови одержання освіти ВІЛ-інфікованими дітьми, у т. ч. дітьми-сиротами, у дошкільних, загальноосвітніх та вищих навчальних закладах, умови отримання хворими на ВІЛ/СНІД послуг у закладах охорони здоров'я, умови працевлаштування хворих на ВІЛ/СНІД);
- впровадження навчальних програм з профілактики ВІЛ/СНІДу, консультування на робочих місцях та інтеграція питань ВІЛ/СНІДу в менеджмент персоналу;
- концентрація уваги на заходах щодо догляду та підтримки, а саме на створенні хоспісів для хворих на СНІД та розширенні послуг немедичного догляду.

Перевагою цієї програми стало залучення великого числа виконавців програми з числа державних і недержавних структур (управління Державного департаменту України з питань виконання покарань у Донецькій області, головне управління праці та соціального захисту населення, обласні та міськрайцентри зайнятості, обласне Товариство Червоного

Хреста, обласний військовий комісаріат, міжнародні донорські благодійні і громадські організації, Асоціація роботодавців, незалежні профспілки).

Як позитивні, слід відзначити такі моменти щодо внесків вищезазначених структур у реалізацію програм у 2004–2005 рр.:

- Вирішено питання утримання ВІЛ-інфікованих дітей, позбавлених батьківської опіки, у загальноосвітніх інтернатних закладах. Іншими словами, система освіти розпочала етап руйнування стереотипів та проявів дискримінації стосовно таких дітей.
- У межах реалізації проекту «Регіональний ресурсний центр з питань ВІЛ/СНІДу» організовано навчання працівників правоохоронних органів, освіти, журналістів.
- Спільним наказом обласного УОЗ та управління Державного департаменту України з питань виконання покарань у Донецькій області від 20.02.2004 р. №38/56 ухвалено план міжвідомчої координації дій у боротьбі з ВІЛ-інфекцією в Донецькій області, завдяки чому особи, що утримуються у закладах системи виконання покарань, мають безперешкодний доступ до тестування на ВІЛ, налагоджено систему обміну інформацією про амністованих засуджених та осіб, що звільнюються.
- В області впроваджено програму замісної терапії.
- Виділено близько 2,5 млн. грн. на реконструкцію споруди для відкриття стаціонару для хворих на ВІЛ/СНІД на 55 ліжок.
- З впровадженням в області з серпня 2004 р. широкомасштабної антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ/СНІД (за фінансової підтримки Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією) затверджено наказ обласного УОЗ від 8.10.2003 р. №333 «Про організацію лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД у Донецькій області», далі – накази обласного УОЗ від 20.08.2004 р. №358 «Про впровадження антиретровірусної терапії в Донецькій області та розподіл антиретровірусних

препаратів, що надаються Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні» та від 6.06.2005 р. №213 «Про розширення антиретровірусної терапії ВІЛ/СНІДу хворим у Донецькій області в 2005 році», якими визначено комплексний план впровадження АРТ, розподіл ЛПЗ, що забезпечують початковий та подальший етапи АРТ, графік впровадження АРТ, механізм взаємодії ЛПЗ на всіх етапах призначення лікування, систему обліку та звітності, медико-соціального супроводу АРТ.

Однак упродовж 2004–2005 рр. *залишилися проблеми, що мали місце і в попередні роки, а саме:*

- Фінансування програми залишилось вкрай недостатнім – профінансовано лише 50% запланованих обсягів (з розрахунку реальних потреб, а не виділених коштів).
- Найменш профінансованими залишаються профілактичні заходи (робота з молоддю, групами ризику, профілактика на робочих місцях, діяльність закладів освіти).
- Неповним обсягом забезпечено розширення доступу різних категорій населення до ДКТ, про що свідчать обсяги фінансування міст та районів області.
- Затвердження програми не супроводжувалось одночасним затвердженням бюджету.
- Під час аналізу пунктів програми деякі з них виявилися неконкретними, такими, що не несуть аналітичної інформації (що заплановано, що необхідно зробити, що не виконано і чому) та потребують переробки, відсутні кількісні показники, нечітко визначені виконавці і терміни виконання пунктів.
- Ще одна проблема, яка залишилася від старих часів – концентрація зусиль та уваги на медичному аспекті програми і діяльності закладів охорони здоров'я, яка проявляється в тому, що відповідальними за виконання програми й досі залишаються (як на обласному, так і на територіальному рівнях) заклади служби ВІЛ області.

У звітах з міст та районів краще надана інформація стосовно діяльності закладів охорони здоров'я, а інформація стосовно інших відомств обмежена й часто малоінформативна.

У містах та районах області досі практикується формальний підхід до роботи територіальних координаційних рад з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, відсутнє планування їхньої

діяльності, секретарями рад обрані фахівці служби ВІЛ міст та районів, що ще раз підтверджує явний перекося проблеми на медичному аспекті (який насправді є таким лише на 10%).

Недосконалим залишається зворотний зв'язок з містами та районами, багато ще потрібно зробити для координації зусиль донорів, державних структур, громадських організацій.

Пріоритетні напрями виконання програми на 2006–2008 рр.

- Створення ефективної системи моніторингу та оцінки виконання обласної програми, створення міжвідомчого центру моніторингу та оцінки.
- Комплексний підхід з боку міст та районів області під час формування відповідних бюджетів для ефективнішого виконання всіх пунктів програми.
- Розробка і затвердження конкретних показників реалізації програми з урахуванням потреб та особливостей області.
- Розробка і затвердження відомчих заходів (головне управління праці та соціального захисту населення, обласні та міські районні центри зайнятості, обласний військовий комісаріат, асоціація роботодавців, незалежні профспілки, управління МВС України в Донецькій області) щодо реалізації програми.
- Зміна стереотипів державних службовців шляхом їх інформування щодо того, що ВІЛ-інфекція не є суто медичною проблемою.
- Деформалізація роботи територіальних координаційних рад з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, розширення їх складу, функцій та обсягів роботи, перегляд кандидатур на посади секретарів (не з числа медичних працівників).

На реалізацію заходів обласної програми профілактики ВІЛ/СНІДу на 2001–2003 рр. з державного бюджету було виділено 1 млн. 100 тис. грн., що склало 40–45% від реальної потреби. На її реалізацію також залучалися позабюджетні кошти. Їх розмір становив 6,5 тис. грн. Коштів, що виділяються на виконання заходів програми було недостатньо, у зв'язку з чим необхідно визначити заходи, що потребують першочергового фінансування. До них відносяться:

1. Придбання лабораторного обладнання для Донецького обласного центру профілактики СНІДу та впровадження методу полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з метою визначення вірусного навантаження, імунологічного статусу у хворих на ВІЛ/СНІД та дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

Метод ПЛР дає змогу заощадити 42,5

тис. грн. з суми, яку держава витрачає на матеріальну допомогу дітям, народженим ВІЛ-інфікованими жінками, впродовж 15 місяців на кожні 100 пролікованих антиретровірусними препаратами дітей. На придбання обладнання для ПЛР необхідно близько 100 тис. грн.

2. Забезпечення лікувально-профілактичних закладів області штучними адаптованими сумішами для годування немовлят, народжених ВІЛ-інфікованими матерями (з місцевих бюджетів).

3. Забезпечення хворих на СНІД (у першу чергу дітей) специфічною антиретровірусною терапією та препаратами для лікування опортуністичних хвороб (1 млн. грн.).

4. Фінансування профілактичних проєктів, спрямованих на зменшення інфікування уразливих до ВІЛ груп населення за рахунок місцевих бюджетів.

5. Створення будинку догляду за хворими на СНІД.
6. З метою своєчасного обстеження вагітних жінок, що надходять у пологові будинки з невідомим ВІЛ-статусом, та

проведення їм профілактичної антиретровірусної терапії, необхідно забезпечити усі пологові будинки швидкими тестами типа «Мультиспот», для чого необхідно близько 250 тис. грн.

3.4. Роль обласної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу

З метою забезпечення комплексної розробки програм, залучення зацікавлених служб, державних та недержавних організацій, координації дій та контролю виконання програм, розпорядженням голови облдержадміністрації від 1.12.97 р. №779 створена обласна координаційна рада з боротьби з наркоманією та захворюванням на СНІД. З того часу склад координаційної ради кілька разів змінювався і форми її роботи переглядалися. Теперішній склад координаційної ради та її основні завдання затверджено розпорядженням голови облдержадміністрації від 12.07.2005 р. №244, і 30% складу ради представляють члени НДО.

Щорічно головою ради затверджуються плани роботи. Крім того, виконання заходів програми заслуховуються на колегії обласної ради. Частота засідань ради – щоквартальна, але за потреби вони проводяться частіше.

Загальна чисельність координаційної ради становить 17 членів (урядовий сектор – 9, академічний/освітній сектор – 4, сектор недержавних, у т. ч. благодійних міжнародних організацій – 4).

Основні завдання ради:

- визнання проблем профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу одним з пріоритетних у галузях соціального розвитку та охорони здоров'я;
- координація діяльності місцевих та районних органів виконавчої влади та забезпечення взаємодії з громадськими організаціями з питань профілактики ВІЛ/СНІДу;
- розроблення та здійснення реалізації заходів та програм запобігання поширенню ВІЛ-інфекції;

- інформування обласної державної адміністрації, населення області, міжнародних організацій про ситуацію з поширенням ВІЛ/СНІДу в області та стану виконання заходів та програм, спрямованих на запобігання розповсюдження ВІЛ.

Поточні завдання ради:

- аналізує поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу в області та контролює дотримання органами виконавчої влади нормативно-правових актів з питань профілактики ВІЛ/СНІДу;
- координує роботу місцевих та районних координаційних рад з боротьби з наркоманією та захворюванням на СНІД, а також органів виконавчої влади, взаємодію з громадськими організаціями з протидії ВІЛ/СНІДу, заслуховує на своїх засіданнях інформацію посадових осіб місцевих та районних органів виконавчої влади;
- скликає наради представників місцевих та районних органів виконавчої влади, підприємств, організацій і установ з питань розв'язання проблем ВІЛ/СНІДу, залучає засоби масової інформації для висвітлення результатів роботи нарад;
- сприяє поліпшенню соціальної, медичної та психологічної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД;
- налагоджує співпрацю з міжнародними організаціями;
- здійснює моніторинг і контроль виконання обласної програми протидії епідемії ВІЛ/СНІДу та її заходів.

У 2005 р. за ініціатииви МРГ на засіданнях обласної координаційної ради, які проводилися як планово, так і позапланово, розглядалися такі питання: про хід виконання обласної програми протидії ВІЛ,

про організацію моніторингу та оцінки протидії ВІЛ/СНІДу і затвердження МРГ та групи з МіО; впровадження інноваційних технологій у профілактичну роботу з поширення ВІЛ/СНІДу в області, організація роботи регіональних координаційних рад, удосконалення діяльності коаліції регіональної групи лідерів, що працюють у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в області шляхом розширення і зміцнення соціального партнерства та питання ефективного використання потенціалу обласного ресурсно-інформаційного центру.

В листопаді 2005 р. було проведено розширене засідання ОКР за участю голів міських і районних координаційних рад та викладачів і студентів Донецького державного медичного університету ім. М. Горького з питань подолання стигми та дискримінації стосовно ЛЖВ й активізації профілактичної роботи серед студентської молоді.

ОКР у своїй діяльності підзвітна обласній державній адміністрації і організує свою діяльність у відповідності до плану роботи, який затверджується обласною державною адміністрацією

За ініціативи ОКР на розширеному засіданні колегії обласної державної адміністрації було заслухано питання міжсекторальної взаємодії з метою протидії ВІЛ/СНІДу.

За участю членів ОКР, за методичної та технічної підтримки Проекту ПОЛІСІ відбулося два семінари.

Перший семінар проведено для голів, а другий для секретарів районних та міських координаційних рад з питань організації роботи регіональних координаційних рад. Дійовим результатом семінарів стала розробка міських та районних програм протидії ВІЛ/СНІДу, створення у містах та районах області МРГ та груп МіО, розробка положення про секретаря координаційної ради, залучення до роботи на рівні регіонів представників різних секторів.

Однак на сьогодні в організації роботи координаційної ради є певні складності, не до кінця вирішені питання. Зокрема на місцях не всі голови міських та районних

Складові позитивних досягнень роботи ОКР

- Координація зусиль УОЗ, головного управління освіти і науки, управління у справах сім'ї, дітей і молоді облдержадміністрації, Донецького обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді, Донецького обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом та інших державних установ.
- Стратегічне партнерство з регіональними представниками Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.
- Підтримка з боку донорів та НДО, які працюють у сфері боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні: Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, USAID, DAIN, NAIDS тощо.
- Колективна робота над ключовими проблемами боротьби з ВІЛ/СНІДом представників органів та організацій, що працюють у сфері ВІЛ/СНІДу.

координаційних рад, котрі виконують названу функцію у відповідності до посади, яку займають, сприймають проблему ВІЛ/СНІДу як пріоритетну, розуміють її економічне, соціальне та медичне значення і здатні організувати необхідну в регіоні діяльність.

Складністю в роботі ОКР є і те, що чимало законодавчих актів з питань протидії епідемії не діє, а ОКР є дорадчим органом і її рішення не є обов'язковими для виконання, якщо вони не підтримані рішенням облдержадміністрації.

Таким чином, на шляху до ефективної роботи обласної координаційної ради необхідно вирішити цілу низку організаційних питань, що цілком залежить від обласної державної адміністрації та місцевих органів самоврядування.

Одним із шляхів підвищення ефективності діяльності обласної координаційної ради стало створення міжсекторальної робочої групи.

3.5. Міжсекторальна робоча група

Міжсекторальна робоча група (МРГ), склад якої затверджено рішенням обласної координаційної ради 28 грудня 2005 року, як було зазначено раніше, діє на її підтримку. Спроби організувати роботу МРГ робилися ще в 2004 р., але її ефективна діяльність почалася з вересня 2005 р. за підтримки Проекту ПОЛІСІ. З цього часу робота МРГ в області була підтримана як методично, так і технічно, шляхом забезпечення консультаційною допомогою, методичною літературою, офісною технікою.

Завданнями Міжсекторальної робочої групи при ОКР у Донецькій області є координація та консолідація зусиль різних відомств, недержавного сектора, дослідницьких організацій та інших структур; розробка планів діяльності з протидії ВІЛ/СНІДу; підтримка роботи ОКР; виявлення пріоритетів; винесення робочих програм і проектів на розгляд ОКР.

МРГ взяла на себе підготовку засідань та планування роботи ОКР, контроль за ходом виконання обласної програми протидії ВІЛ/СНІДу. Крім того, організовані

виїзні робочі зустрічі у містах Горлівці, Макіївці, Маріуполі, Слов'янську, Харцизьку та в Тельманівському, Олександрівському, Ясинуватському, Старобешівському районах. Заплановані ще п'ять виїзних засідань. За результатами проведених зустрічей підготовлені звіти з оцінкою виконання обласної програми та існуючих проблем. На 2006 р. МРГ заплановано проведення зустрічей щодо рівня поінформованості серед неорганізованої молоді в Горлівці і Маріуполі та працівників МВС в питаннях профілактики ВІЛ/СНІДу. Важливим напрямком майбутньої діяльності стала також запланована робота з навчання голів та секретарів міських і районних координаційних рад питань організації міжсекторальної взаємодії в профілактичній роботі зі зниження темпів поширення ВІЛ/СНІДу в області. МРГ взяла на себе такий важливий напрямок діяльності, як інформування населення області з виконання програми протидії ВІЛ/СНІДу шляхом підготовки та випуску спеціального бюлетеня та розповсюдження інших інформаційних матеріалів.



Фото 1. Засідання МРГ за участю професора Проценко Т. В.

3.6. Роль громадських організацій

Громадські організації в Донецькій області набувають сили і щороку все вагомим стає їх внесок у вирішення соціальних проблем суспільства. Всього зареєстровано в Донецькій області більш ніж 1150 недержавних організацій (НДО), із них 35 НДО працюють на вирішення проблеми ВІЛ/СНІД і 21 організація безпосередньо надає ВІЛ-сервісні послуги, які охоплюють цільові групи населення, що найбільш уразливі до ВІЛ/СНІД (перелік організацій у додатку 3).

Однією із перших недержавних ВІЛ-сервісних організацій, утворених у 1996 році в Донецькій області у відповідь на зростання епідемії ВІЛ/СНІД, було **«Донецьке обласне товариство сприяння ВІЛ-інфікованим»** (ДОТС ВІЛ+), яке на сьогодні є лідером з організації профілактики ВІЛ/СНІД і формування навичок безпечної ін'єкційної та сексуальної поведінки, немедичного догляду й підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

Протягом свого існування ДОТС ВІЛ+ реалізувала за підтримки міжнародних організацій більш ніж 10 проектів за напрямками: «Зменшення шкоди та профілактика в уразливих групах», «Медико-соціальний супровід антиретровірусної терапії та немедичний догляд за людьми, які живуть з ВІЛ/СНІД», «Впровадження програм замісної терапії в пріоритетних регіонах України», «Донецький регіональний ресурсний центр з питань ВІЛ/СНІД «МОСТ», «Посилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД в Україні шляхом надання послуг та інформації (SUNRISE)».

Напрямок діяльності «Зменшення шкоди та профілактика в уразливих групах»: забезпечується надання консультативної та медичної допомоги, соціальної підтримки, здійснюється обмін шприців, поширюються презервативи й санітарно-просвітницька література. З 1999 р. кількість польових ПОШ збільшилось з 4-х до 7: організовано 2 стаціонарних та 1 пересувний ПОШ. Кількість клієнтів проекту збільшилася з 1800 до 3000, обмін шприців – з 253,4 тис. до 400,0 тис. штук на рік.

Реалізація напрямку **«Медико-соціальний супровід антиретровірусної терапії та немедичний догляд за людьми, які живуть з ВІЛ/СНІД»** сприяла підвищенню показників ефективності лікування у вигляді поліпшення якості й тривалості життя пацієнтів, поліпшення клінічно-імунологічних показників у 79% клієнтів. Більш ніж 50% клієнтів, які отримують АРТ, підвищили свою працездатність і повернулись до активної трудової діяльності. Станом на червень 2006 року отримують послуги в рамках проекту 653 особи, з них 585 приймають АРТ.

У ході реалізації цього напрямку створено 8 мультидисциплінарних команд, у складі яких є лікарі, медичні сестри, соціальні працівники та консультанти в містах Донецьк, Слов'янськ, Краматорськ. Регулярно здійснюється патронаж пацієнтів удома, їх консультування і навчання близького оточення щодо питань терапії та прихильності, телефонні консультації, надання соціальних послуг (оформлення документів, інвалідності, працевлаштування та інших послуг), переадресація клієнтів у інші організації та проекти (наркологічні й протитуберкульозні диспансери, реабілітаційні центри, громадські організації та проекти, групи самопомоги для людей, які приймають АРТ).

Досягненням є сформовані довірливі відносини з клієнтами та їх близьким оточенням, що сприяє їхньому активному залученню до роботи по формуванню прихильності й контролю за прийомом препаратів (91% клієнтів регулярно відвідують лікаря та мають стійку прихильність до АРТ).

Напрямок «Впровадження програм замісної терапії в пріоритетних регіонах України» дає можливість розширення доступу до лікування для активних СІН (30 клієнтів приймають замісну терапію у Донецьку). За період з серпня 2003 року по червень 2006 року сформована патронажна служба із спеціально підготовлених працівників, 50 клієнтів проекту отримали регулярний немедичний догляд на

Щорічне зростання в Донецькій області числа хворих у термінальній стадії ВІЛ-інфекції (СНІД) у середньому на 30–40%, відсутність в області державної системи надання цим хворим не-медичного догляду (ХОСПІС), а також неможливість надання АРТ усім, хто її потребує, формує потребу в наданні позалікарняної допомоги в домашніх умовах для ВІЛ-позитивних і членів їхніх сімей.

Саме на задоволення цих потреб і спрямовують свою діяльність НДО.

дому, 20 членів їхніх сімей навчені не-медичному догляду на дому, 20 клієнтів стали членами груп самопомоги ВІЛ-позитивних і наркозалежних людей.

За межі Донецької області поширюється діяльність **Донецького регіонального ресурсного центру з питань ВІЛ/СНІД «МОСТ»**, який здійснює профілактичну роботу у сфері ВІЛ/СНІД і сприяє підвищенню рівня толерантності до ЛЖВ шляхом проведення інформаційно-освітньої роботи, заходів з адвокації в Донецькій, Харківській та Луганській областях.

Протягом 2004–2006 років ресурсним центром «МОСТ»:

- у партнерстві з обласними управліннями освіти та науки проведено 8 тренінгів для 176 вчителів загальноосвітніх шкіл Донецької, Харківської і Луганської областей задля підготовки тренерів за програмами «Корисні звички» та «Школа проти СНІДу»;
- спільно з обласними управліннями внутрішніх справ зазначених трьох областей проведено 3 тренінги щодо проблеми ВІЛ/СНІД для 42 представників правоохоронних органів;
- за активної участі Донецького обласного управління у справах інформації проведено 2 тренінги щодо висвітлення проблеми ВІЛ/СНІД у ЗМІ для 24 журналістів і редакторів регіональних ЗМІ Донецької, Харківської та Луганської областей;

- організовано та проведено 6 тренінгів «Основи програми «Зменшення шкоди» для 49 соціальних працівників і волонтерів діючих проєктів, 2 тренінги «Адвокація в сфері ВІЛ/СНІД» для 23 представників регіональних НДО.

Спектр послуг для ВІЛ-інфікованих у області поширюється завдяки створенню нових громадських організацій. У 2005 році почали діяти Благочинна організація «Новий День», Донецька обласна громадська організація «Перемога» (м. Слов'янськ), Донецька обласна молодіжна громадська організація «Статус плюс», у 2006 році – Донецька обласна громадська організація Клуб «СТАЛКЕР» (м. Волноваха), Благочинна організація «Клуб „Твій вибір“» (м. Горлівка).

Значне сприяння розвитку НДО в області надають обласна державна адміністрація та міські органи влади. З 2001 року обласне та міське Управління у справах сім'ї та молоді щорічно оголошують для НДО міні-конкурси на реалізацію проєктів: одним із пріоритетних напрямків є профілактика негативних явищ, включно з профілактикою ВІЛ/СНІД серед молоді. Державним бюджетом забезпечуються проєкти Фондації «Молодь Донбасу» (проєкти: «Соціальна профілактика. Відкриті серця», «Соціальна профілактика. Рука допомоги», 2006 р.). Організація об'єднує понад 150 членів.

З огляду на постійно зростаючу кількість НУО та їх активну діяльність, в області виникла потреба у координації їх роботи, що сприяло створенню Спільноти НДО, які працюють в сфері ВІЛ/СНІД.

Основним завданням Спільноти стала консолідація зусиль щодо подолання епідемії ВІЛ/СНІД у регіоні, підтримка та розвиток цінностей громадянського суспільства, посилення ролі недержавних організацій у процесі прийняття рішень на регіональному рівні.

У засіданнях Спільноти беруть участь 22 НДО Донецької області.

У 2004 році відкрито перший у Донецькій області Центр ресоціалізації для наркозалежної молоді «Твоя перемога», який фінансується із обласного державного бюджету (на 30 місць). Завдання центру – реабілітація наркозалежних, соціальний супровід і сприяння самореалізації клієнтів, у тому числі з ВІЛ-статусом, а також – профілактика наркоманії.

Прикладом плідного співробітництва НДО з органами місцевого самоуправління є спільна діяльність міської ради м. Маріуполя та Маріупольської Спілки молоді. Сумісними зусиллями створено відділ і постійну депутатську комісію міської ради по роботі з молоддю, організовано та проведено конкурс міні-грантів для молодіжних НДО. За сприяння міської ради, фінансової підтримки Глобального фонду профілактики боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією та технічної допомоги МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» Маріупольська Спілка молоді спрямовує свою проектну діяльність у сфері ВІЛ/СНІДу на інформування молоді, яка відвідує студентські табори й бази відпочинку, посилює профілактичну роботу під час зосередження відпочиваючих на Азовському узбережжі серед жінок секс бізнесу.

Створений у 2004 році Благодійний фонд «Донбас проти СНІДу дітей», який працює на базі Комунального закладу охорони здоров'я «Обласний спеціалізований будинок дитини» (м. Макіївка) опікується проблемами 85 дітей-сиріт з ВІЛ-інфекцією віком від 1 місяця до 10 років. Благодійну справу фонду щодо влаштування гідного життя ВІЛ-інфікованих дітей і їхнього соціально-медичного супроводу підтримує програма USAID «Родина для дитини», яка надала грант на виконання проекту «Прийомні родини для дітей сиріт, які живуть з ВІЛ» та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (проект «Підтримка ВІЛ-позитивних дітей та сиріт, які знаходяться в сім'ях, та залучення нових недержавних організацій для спільної роботи у протидії епідемії ВІЛ/СНІД»).

Необхідно наголосити, що саме завдяки програмі «Родина для дитини», яка фінансується USAID і виконується американською НДО «Холт Інтернешенл», вперше в Україні восьмеро ВІЛ-позитивних дітей з Макіївського спеціалізованого будинку дитини для ВІЛ-інфікованих дітей були влаштовані у дві прийомні сім'ї.

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» за рахунок коштів Глобального фонду профілактики боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією підтримує діяльність шести НДО області та забезпечив реалізацію заходів зменшення шкоди у містах Донецьку (Донецьке обласне товариство сприяння ВІЛ-інфікованим), Макіївці (Союз «Амікус»), Костянтинівці (Костянтинівське товариство сприяння ВІЛ-інфікованим), Горлівці (ГО «Линія життя»), Слов'янську (ГО «Наша допомога»), Маріуполі (Маріупольська спілка молоді).

Станом на 30 вересня 2006 року зафіксована діяльність 23 польових пунктів обміну шприців, 3 стаціонарних і 8 мобільних консультативних пунктів, на яких було роздано 600 тис. шприців, 40 тис. презервативів та більше 6 тис. примірників інформаційних матеріалів. Крім того, 340 осіб пройшли обстеження на ВІЛ, 456 – одержали консультацію венеролога, 138 – гінеколога, 287 – нарколога, 151 – психолога, 461 – інфекціоніста тощо. Проекти зменшення шкоди охоплюють профілактичними заходами ВІЛ-інфікованих засуджених, які відбувають покарання у виправних колоніях. За кошти проектів засуджені отримують не тільки консультації фахівців, а й необхідні предмети гігієни та засоби контрацепції.

Суттєву допомогу неурядовим організаціям Донецької області у подоланні проблем, пов'язаних із поширенням ВІЛ-інфекції/СНІДу, надає **Регіональна місія Агентства США з міжнародного розвитку в Україні, Білорусі та Молдові (USAID)** шляхом надання фінансової і технічної допомоги у реалізації різних проектів.

Одним із них є п'ятирічний **проект «Посилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД в Україні шляхом надання послуг та інформації» (SUNRISE)**, який охоплює 6 міст області, зокрема, Донецьк, Макіївку, Маріуполь, Горлівку, Слов'янськ, Костянтинівку.

Основними напрямками діяльності проекту SUNRISE є:

- надання профілактичних послуг та інформації для уразливих груп;
- здійснення заходів, спрямованих на розширення охоплення існуючих у області послуг;
- розширення інноваційних стратегій і підходів у профілактиці;
- впровадження послуг, які доповнюють існуючі обласні програми, поширюють кращі практики та матеріали.

У рамках цього проекту в Донецькій області МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та «Програма оптимальних технологій в охороні здоров'я» (PATH) за участі центрів профілактики та боротьби зі СНІДом і НДО здійснюють комплексні заходи, спрямовані на поліпшення якості та збільшення рівня охоплення послугами ДКТ таких уразливих груп населення, як: споживачі ін'єкційних наркотиків, люди, які живуть з ВІЛ/СНІД, жінки комерційного сексу та чоловіки, які мають статеві стосунки із чоловіками. В області підготовлений 41 фахівець з питань консультування щодо ДКТ з числа працівників міських центрів СНІДу, шкіряно-венерологічних і наркологічних диспансерів та НДО.

Також за сприяння проекту USAID SUNRISE в області створені та діють координаційні групи, до складу яких увійшли представники громадських і державних організацій. Метою діяльності цих груп є координація проведення профілактичних заходів з ВІЛ-інфекції/СНІД у регіоні та підтримка існуючих програм.

За фінансової підтримки USAID з кінця вересня 2004 року в області реалізується чотирирічний **проект «Подолання стигми та дискримінації, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією і СНІДом»**, який виконує аме-

риканська неурядова організація «Міжнародна допомога та розвиток» (IRD). Проект спрямований на підвищення рівня інформованості населення з ВІЛ/СНІДу й формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних людей, ліквідації всіх форм дискримінації та соціального ostracizmu щодо людей, які живуть з ВІЛ.

Цей проект передбачає:

- створення навчальної програми з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних з боку суспільства;
- підготовку майстрів-тренерів, тренерів-інструкторів, інструкторів, які працюють за методом «рівний-рівному» серед працівників системи охорони здоров'я, освіти, установ соціального захисту, підприємств, організацій, журналістів, ЛЖВС для проведення навчальних семінарів – тренінгів на робочих місцях;
- підвищення рівня інформованості населення за допомогою підготовленої мережі тренерів з питань профілактики ВІЛ-інфекції, формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних;
- проведення інтерактивного соціального опитування різних категорій населення про рівень знань з проблем ВІЛ-інфекції та толерантного ставлення до ЛЖВС;
- надання юридичних послуг ЛЖВС з питань, які стосуються порушення їхніх прав;
- проведення інформаційних кампаній з проблем ВІЛ-інфекції та толерантного ставлення до ЛЖВС;
- навчання журналістів з питань адекватного висвітлення проблем, які стосуються ВІЛ-інфекції/СНІД.

Американською неурядовою організацією «Міжнародна допомога та розвиток» (IRD) проведено потужну інформаційну кампанію за допомогою засобів масової інформації, зокрема, видано 136 друкованих статей, вийшло в ефір понад 50 телевізійних і радіопраграм, 519 разів транслювався відеоролик. Також проектом розроблено та надруковано понад 144770 буклетів і постерів з формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ. Телепрограми з формування

толерантного ставлення до ЛЖВС побачили майже 2,5 млн. мешканців Донецької області.

Проектом створені соціо-вистава «Время невиновных», вистава «Я так люблю жить» і міні-мюзикл «Пойми! Помогі! Поддержи!», які демонструють глядачам як ВІЛ може змінити життя людини та як соціальні стереотипи заважають ВІЛ-позитивним людям жити повноцінно. Ці творчі заходи емоційно впливають на аудиторію, не залишаючи байдужим нікого. Можливість кожній людині зрозуміти, що ВІЛ – це не абстракція, а реальність сьогодні дала організована проектом фотовиставка «Посмотри в глаза». Загалом, 21895 мешканців області стали глядачами зазначених творчих заходів.

Кінцевим результатом проекту буде створення системи, яка здатна забезпечити підтримку ЛЖВС, зокрема, захист їхніх прав і надання якісної допомоги на рівні регіону, а також сприятиме формуванню суспільства, здатного проявляти гуманізм та толерантність до ЛЖВС (додаткову інформацію про проект див. у розділі 9).

Соціально-психологічна та медична підтримка вагітних ВІЛ-позитивних жінок, молодих мам і їхніх дітей з 2005 року забезпечується **проектом «Мама+»**, що фінансується USAID. Реалізується цей проект Донецьким представництвом організації «Лікарі Миру – USA» під гаслом «Щоб Ваша дитина була здорова та мала сім'ю, яка її любить». У рамках проекту жінки та їхні діти отримують послуги із патронажу вдома або в медичних закладах, юридичні консультації та допомогу в отриманні соціальної державної допомоги і відновленні загублених документів, консультації фахівців щодо діагностики й лікування ВІЛ-інфекції, сприяння лікуванню наркозалежності ВІЛ-позитивних матерів.

Проектом ПОЛІСІ за підтримки USAID у 2005 році надавалася допомога Донецькій обласній координаційній раді з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу (ОКР) та її робочим групам у впровадженні міжсекторального підходу до вирішення проблем у сфері

ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні. З 2006 року ця допомога надається **Проектом USAID | Визначення політики з питань здоров'я**. За підтримки проекту запроваджується стратегічне планування, розбудовується система моніторингу й оцінки ефективності заходів, які спрямовані на забезпечення контролю за станом епідемії у Донецькій області. Зокрема, розроблений Перелік показників моніторингу й оцінки виконання регіональної програми профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІД, ведеться робота зі створення обласного центру моніторингу й оцінки, підтримується діяльність міжсекторальної робочої групи, яка аналізує стан виконання заходів Комплексної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги і лікування ВІЛ-інфікованих й хворих на СНІД у Донецькій області.

Застосування міжсекторального підходу у вирішенні проблемних питань на регіональному рівні сприятиме побудові діалогу між установами й організаціями різної форми власності та підпорядкування, які діють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, досягненню консенсусу, та, як наслідок, прийняттю дієвих рішень. У результаті такого підходу з'являються стимули щодо ефективного виконання програм і забезпечується їхня життєздатність.

З жовтня 2002 року USAID фінансує **проект «Здоров'я матері та дитини»**, який реалізується у 12 областях України включно з Донецькою. Проект націлений на поліпшення здоров'я матерів і немовлят шляхом запровадження відповідних принципів доказової медицини та зміни ставлення до ВІЛ-позитивних матерів і дітей. Завдяки реалізації проекту були застосовані та впроваджені науково-довказові перинатальні технології, рекомендовані ВОЗ, а саме: проведення елективного кесарського розтину і вчасна антиретровірусна терапія; сімейні пологи та ранній контакт «шкіра до шкіри» з матір'ю і/або батьком дитини; перебування ВІЛ-позитивних у палаті з іншими жінками та відміна ізолюваних пологових залів або операційних для ВІЛ-інфікованих жінок.

Діяльність проекту спрямована на забезпечення повного циклу ефективного догляду за матерями й дітьми, включно з наданням антенатальних, перинатальних, післяпологових послуг і послуг з догляду за немовлям. Особливою складовою проекту USAID «Здоров'я матері та дитини» є заходи з покращання консультаційних послуг, послуг під час пологів і послуг з догляду за дітьми для ВІЛ-інфікованих жінок під час вагітності та післяродовий період, а також послуг для народжених ними дітей. Ці заходи здійснюються у пологовому будинку міста Донецька.

До проведення необхідних тренінгів з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини фахівці проекту USAID «Здоров'я матері та дитини» залучали представників центрів профілактики та боротьби зі СНІД, Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ, неурядових організацій і місцевих організацій охорони здоров'я. Таким чином було створено зв'язок між усіма установами й організаціями, що працюють з ВІЛ-інфікованими. Це допоможе таким організаціям і установам оволодіти однаковими підходами до «ведення» ВІЛ-позитивних жінок і їхніх сімей в усіх закладах акушерської та педіатричної допомоги.

На сьогодні результатом такої співпраці є те, що в усіх пологових будинках проекту USAID «Здоров'я матері та дитини» ВІЛ-позитивні жінки народжують шляхом кесарського розтину, що значно зменшує ризик вертикальної передачі ВІЛ новонародженим. Ґрунтуючись на результатах роботи проекту, управління охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації видало наказ про проведення обов'язкового елективного кесарського розтину усім ВІЛ-позитивним жінкам, які народжують у пологових будинках області.

Вище коротко вже згадувалася **програма USAID «Родина для дитини»**, яка зробила життєвою реальністю у Донецькій області перший випадок в Україні з влаштування ВІЛ-позитивних дітей у прийомні сім'ї. Це стало можливим завдяки розробленій фахівцями проекту разом із регіональними представниками

Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ, і представниками державних центрів соціальних служб стратегії спільних дій, яка включала проведення кампанії з рекрутингу прийомних батьків для ВІЛ-позитивних дітей серед релігійних організацій та громад, людей, яких торкнулися проблеми, спричинені ВІЛ/СНІД, і медичних фахівців. Програмою USAID «Родина для дитини» було проведено інтенсивний тренінг з цих питань і розроблено інформаційні матеріали, які були розповсюджені серед партнерів-виконавців програми. Кілька організацій отримали від програми USAID «Родина для дитини» невеликі гранти на проведення інформаційних кампаній і пошук прийомних батьків для ВІЛ-позитивних дітей. Інформаційна кампанія з пошуку прийомних батьків ще триває, а дві сім'ї з Донецької області вже створили прийомні сім'ї для вісьмох ВІЛ-позитивних дівчаток і хлопчиків. Виконавець програми USAID «Родина для дитини», американська неурядова організація «Холт Інтернешнл», залучила цих дітей до своєї спонсорської програми, що дозволить забезпечити прийомні сім'ї додатковими коштами для розвитку та навчання ВІЛ-позитивних дітей, придбати для них меблі та інші домашні речі.

З вересня 2005 року у Донецькій області USAID також фінансує проект з протидії стигми та дискримінації, спричинених ВІЛ/СНІД, у межах програми **USAID «Зміцнення організацій громадянського суспільства» (UCAN)**, який виконується американською неурядовою організацією «Інститут сталих спільнот» (ISC). Цей проект має на меті підсилення спроможності організацій громадянського суспільства, що працюють у сфері ВІЛ/СНІД, а також і інших неурядових організацій, які, зазвичай не опікуються питаннями ВІЛ/СНІД, але можуть підтримувати заходи проекту, наприклад, молодіжні організації громадянського суспільства чи організації з розвитку територіальних громад тощо. Ефективність організацій громадянського суспільства підвищується з допомогою грантів на діяльність із відстоювання інтересів і захисту прав ВІЛ-позитивних та

хворих на СНІД, шляхом обміну досвідом, навчання і ширшого охоплення заходами з протидії та викорінення з повсякденного життя стигми й дискримінації, спричинених ВІЛ/СНІД, на місцях. Проект сприяє інтеграції організацій громадянського суспільства, які працюють у сфері ВІЛ/СНІД, з подібними недержавними організаціями, що акцентують свою діяльність на інших питаннях, особливо тими, які впроваджують антидискримінаційні заходи. Завдяки проекту USAID підтримала шляхом надання грантів діяльність кількох організацій Донецької області, зокрема, благодійної організації «Клуб «Світанок» (м. Донецьк), громадської організації «Союз «АМІКУС» (м. Макіївка), Донецької міської громадської організації «Альянс» тощо.

Вирішувати проблемні питання ВІЛ-асоційованого туберкульозу в області допомагають **два проекти, які фінансуються USAID, — «Сприяння Україні в питаннях запобігання туберкульозу»**, що впроваджується американською організацією «Програма оптимальних технологій в охороні здоров'я» (PATH), і **«Розгортання програми лікування туберкульозу DOTS»**, який виконує ВОЗ. Обидва проекти сприяють поліпшенню обізнаності надавачів медичних та інших послуг з питань взаємопов'язаності туберкульозу й ВІЛ/СНІД. Особлива увага надається взаємодії з Всеукраїнською мережею людей, які живуть з ВІЛ, і Коаліцією ВІЛ-сервісних організацій з метою поширення інформації про небезпеку ВІЛ-асоційованого туберкульозу, необхідність адекватного лікування ВІЛ-позитивних, у яких виявлене захворювання на туберкульоз, а також попередження поширення ВІЛ серед хворих на туберкульоз. Активно сприяють реалізації зазначених вище проєктів Донецька обласна організація Товариства Червоного Хреста України, Донецький обласний центр профілактики та боротьби зі СНІД, Донецький державний медичний університет тощо. Завдяки гранту від USAID, ВОЗ провів у 2006 році дослідження з епідмоніторингу розповсюдженості ВІЛ-інфекції серед уперше виявлених у області хворих на туберкульоз.

Європейський Союз (ЄС) фінансує в Донецькій області проєкт, спрямований на вдосконалення багатогалузевих підходів до профілактики ВІЛ/СНІДу серед молоді та зміцнення партнерства між державними установами й громадськістю. Замовник проєкту — Міністерство освіти та науки України, партнер на рівні області — Донецьке обласне управління освіти і науки. Діяльність проєкту передбачає створення у м. Донецьку тренінгового центру для фахівців різного профілю з питань формування здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІДу серед молоді (відкриття центру заплановано на 4-й квартал 2006 р.). Значну увагу планується приділити вдосконаленню механізму моніторингу й оцінки навчальних програм з цієї тематики, а також розробці та створенню інформаційної системи для визначення ефективності нової навчальної програми Міністерства освіти і науки «Основи здоров'я».

Також ЄС підтримано **проекти «Допомога дітям вулиці» (2006–2008 роки) та «Домашня опіка людей, які страждають на ВІЛ/СНІД в Україні» (2005–2007 роки)** у рамках програми TACIS — «Сприяння розвитку громадянського суспільства та місцевих ініціатив» — в партнерстві з організацією «Карітас — Німеччина»; **проект «Соціальний патронаж і консультування ВІЛ-інфікованих матерів, дітей з ВІЛ-статусом та дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями»**, що здійснюється громадською організацією «Товариство сприяння ВІЛ-інфікованим» (м. Костянтинівка).

Проектом «Мережа ресурсних центрів для чоловіків» Благочинного фонду «Здоров'я нації» за підтримки Міністерства Великої Британії з міжнародного розвитку (DFID) відкрито Ресурсний центр для чоловіків. Мета проєкту: формування толерантного ставлення загального населення до уразливих до ВІЛ груп і профілактика ВІЛ-інфекції серед цих груп. Творчий підхід працівників і волонтерів проєкту сприяє об'єднанню клієнтів у групи самопомоги або клубні об'єднання з метою спілкування та творчого розвитку.

Проблеми громадських організацій Донецької області та заплановані дії щодо їх усунення

1. Розташування НДО на значній відстані одна від одної, які надають різні соціально-профілактичні послуги для цільових груп, що вимагає від клієнта значного часу та великої особистої мотивації, яка у незначній мірі присутня у вразливих до ВІЛ-груп, для відвідування організацій.

Плани щодо усунення цієї перешкоди:

- створення центру з надання комплексу соціальних послуг завдяки розташуванню багатьох НДО в одному приміщенні;
- створення мобільних пунктів надання комплексу послуг, що дозволить наблизити послуги до місць проживання представників цільових груп.

2. Відсутність дієвої системи надання соціального замовлення громадським організаціям на надання соціальних послуг через державні структури за рахунок бюджетних коштів.

Плани щодо усунення цієї перешкоди:

- розроблення відповідних пропозицій і їх розгляд на засіданні обласної координаційної ради та подання пропозицій до відповідних органів місцевої влади;
- ініціювання проведення публічних звітів громадських організацій про використання бюджетних коштів, що сприятиме процесу прозорості формування місцевих бюджетів і звітності про їх виконання.

3. Не враховуються потреби міст і районів області при плануванні та впровадженні пілотних профілактичних проектів, які здійснюються громадськими організаціями за міжнародної підтримки. Наприклад, у м. Добропіллі спостерігається зростання темпів поширення епідемії, проте, відсутні НДО та профілактичні проекти в цьому місті та районі.

Плани щодо усунення цієї перешкоди:

- координація планування проектів і програм за допомогою обласної координаційної ради та участі громадських організацій;
- здійснення аналізу потреб окремих міст і районів щодо послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування та підтримки, які надаються чи можуть надаватися громадськими організаціями;
- визначення потенціалу громад на місцях, силами ОКР і Спільноти НДО надання необхідної технічної та методичної допомоги для впровадження пілотних проектів на рівні окремих міст і районів.

4. Насамперед, увага надається вторинній профілактиці серед уразливих до ВІЛ-інфекції груп, але не достатньо підтримуються проекти з первинної профілактики серед учнівської молоді та дітей і працюючих.

Плани щодо усунення цієї перешкоди:

- вивчення досвіду громадських організацій, які реалізують проекти з первинної профілактики серед різних груп населення, в області;
- ознайомлення з досвідом відповідних проектів у інших областях України;
- з'ясування причини низької активності НДО у здійсненні проектів первинної профілактики;
- розроблення конкретних кроків підтримки та стимулювання НДО щодо поширення проектів первинної профілактики з метою збільшення охоплення загального населення, дітей і молоді, підвищення ефективності діючих проектів, методичного та інформаційного забезпечення їхньої діяльності.

3.7. Роль людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом

У Донецькій області функції представництва Всеукраїнської мережі ЛЖВ виконує клуб «Світанок». Ця благодійна організація створена ВІЛ-активістами Донецька у травні 2002 р. як продовження та закріплення позицій у суспільстві групи самопомоги «Світанок», створеної ВІЛ-позитивними громадянами Донецька, для поліпшення якості свого життя та життя своїх рідних, для відстоювання своїх законних прав – права на безкоштовне анонімне медичне обслуговування, права на роботу, права на освіту, права на особисте життя, права на сім'ю, а також для боротьби проти дискримінації та стигматизації ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД та наркозалежних.

Клуб створено з метою здійснення благодійної діяльності в інтересах суспільства через надання допомоги окремим категоріям, які її потребують, а саме людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом та наркозалежним.

Минулого року клубом «Світанок» було створено центр «Надія» для психосоціальної підтримки ВІЛ-позитивних дітей та сімей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу в Донецьку.

Метою діяльності центру стало поліпшення якості життя 40 ВІЛ-позитивних дітей та сімей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІД.

Для дітей організовані такі заходи: заняття з усебічного розвитку особистості, культурно-масові заходи, соціальна допомога, заняття з англійської мови та математики, гуманітарна допомога та заходи для батьків – консультації спеціалістів – психолога та лікаря, консультації «рівний – рівному», група самопомоги, інформаційні видання, інформаційні заняття, навчальні семінари, організовано роботу жіночого клубу.

Завдання Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом

- Сприяти місцевим, обласним, загальнодержавним та міжнародним програмам, спрямованим на поліпшення соціально-економічного становища людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.
- Представляти інтереси людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом на всіх рівнях державного та суспільного життя.
- Сприяти захисту соціальних, особистих та інших прав і законних інтересів хворих на ВІЛ/СНІД.
- Сприяти розвитку науки і освіти, реалізації науково-освітніх програм, подання допомоги вченим у галузях, пов'язаних з профілактикою, лікуванням та реабілітацією хворих на ВІЛ/СНІД.
- Надавати допомогу в розвитку інформаційної інфраструктури, видавничої справи, засобів масової інформації, спрямованих на інформування населення стосовно проблеми захворювань та профілактики ВІЛ, алкоголізму та наркоманії.
- Сприяти розвитку охорони здоров'я, пропагуванню здорового способу життя, участі у наданні медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД, здійсненню соціального догляду за хворими на ВІЛ/СНІД, які потребують соціальної підтримки і піклування;
- Сприяти розвитку суспільства через толерантне ставлення та усвідомлення рівності прав усіх громадян, зокрема людей, які живуть з ВІЛ, та наркозалежних.

Проекти, які реалізовані Клубом «Світанок» у Донецькій області

Назва проекту	Сума	Джерело фінансування (донор)	Термін реалізації проекту
1. «Створення центру психологічної підтримки та творчої самореалізації людей, які живуть з ВІЛ в м. Донецьк»	36508,00	Всеукраїнська мережа ЛЖВ (NOVIB)	листопад 2003 р.– липень 2004 р.
2. «Розвиток та зміцнення потенціалу руху самопомогою людей, які живуть з ВІЛ/СНІД в Донецькій області»	9077,00	Спільна програма Альянсу та Мережі	серпень 2003 р.– березень 2004 р.
3. «Розвиток та зміцнення потенціалу руху самопомогою людей, які живуть з ВІЛ/СНІД в Донецькій області»	23018,54	Всеукраїнська мережа ЛЖВ	квітень 2004 р.– лютий 2005 р.
4. Проведення акції «Люби, Пам'ятай, Живи» в мм. Донецьк та Макіївка	4155,00	Всеукраїнська мережа ЛЖВ	травень 2004 р.
5. Створення центру «Надія» для психо-соціальної підтримки ВІЛ-позитивних дітей та сімей, яких торкнулась епідемія ВІЛ/СНІДу в м. Донецьк	101546,28	Всеукраїнська мережа ЛЖВ	липень 2004 р.– лютий 2005 р.
6. Кампанії в ЗМІ щодо солідарності з людьми, які живуть з ВІЛ	10695,00	СНІД Фонд Схід–Захід спільно з ВМ ЛЖВ	грудень 2004 р.– лютий 2005 р.
7. Підтримка центру «Надія» для психо-соціальної підтримки дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками (зокрема покинутих) та сімей, яких торкнулась епідемія ВІЛ/СНІДу	62902,94	Всеукраїнська мережа ЛЖВ	березень 2005 р.– вересень 2005 р.
8. Пліч-о-пліч на шляху в майбутнє	19363,92	Всеукраїнська мережа ЛЖВ	березень 2005 р.– вересень 2005 р.
9. Створення журналу для ВІЛ-інфікованих та наркозалежних «Молодість – наше виправдання»	19941,72	Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні	квітень 2004 р.– липень 2005 р.
10. Проведення акції «Я пам'ятаю, а ти?» у мм. Донецьк, Слов'янськ, Костянтинівка, Маріуполь	4230,00	Всеукраїнська мережа ЛЖВ	травень 2005 р.

Центром проводяться кампанії у ЗМІ щодо солідарності з людьми які живуть з ВІЛ.

Метою проведення кампаній стало формування толерантного ставлення і зниження рівня стигматизації і дискримінації у ставленні до ЛЖВС шляхом підвищення рівня знань цільової аудиторії кампанії.

У рамках проведення кампанії розповсюджено понад 3000 примірників буклету «Міфи та факти», проведено організаційні заходи щодо проведення прес-конференції, тренінгу для представників ЗМІ та соціального заходу «Любов. Розуміння. Солідарність».

Клуб «Світанок» допомагає центру «Надія», який здійснює психо-соціальну підтримку дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками (зокрема покинутих) та сімей, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу.

Мета цієї діяльності — поліпшення якості життя понад 60 дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками та їх близького оточення шляхом розвитку центру психо-соціальної підтримки «Надія» в Донецьку.

У результаті виконання проекту підтримку та допомогу отримали 62 дитини віком від 2-х тижнів до 10 років, у тому числі 30 дітей-сиріт з Макіївського будинку дитини, народжених ВІЛ-позитивними жінками, 7 ВІЛ-позитивних батьків та 12 опікунів ВІЛ-позитивних дітей; 18 ВІЛ-позитивних матерів (дві з яких розпочали АРВ-лікування) та двоє батьків ВІЛ-позитивних дітей припинили вживати наркотики. Підписано угоду про співпрацю з Донецьким міським центром соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді та Макіївським спеціалізованим будинком дитини для ВІЛ-позитивних дітей.

Важливим напрямом діяльності є проведення акцій «Пліч-о-пліч на шляху в майбутнє», мета яких – підвищення організаційної спроможності ініціативних груп людей, які живуть з ВІЛ у Донецькому регіоні.

У результаті виконання проекту проведено 19 зустрічей з членами ініціативних груп (Слов'янськ, Маріуполь, Костянтинівка):

- розроблено 3 плани розвитку ініціативних груп;
- розроблено 4 інформаційні довідки;
- навчено 6 членів ініціативної групи проведенню робочих зустрічей та веденню документації;
- сплановано та проведено акцію, присвячену Дню пам'яті людей, які померли від СНІДу в Маріуполі, Слов'янську, Костянтинівці;
- проведено 22 зустрічі з потенційними/існуючими партнерами для налагодження партнерських стосунків;
- слов'янська ініціативна група надала документи на юридичну реєстрацію НДО;
- проведено 2 прес-конференції (в рамках травневої акції) (фото 2);
- проведено 1 круглий стіл у Маріуполі;
- розповсюджено 1745 інформаційних матеріалів (враховуючи інші джерела) про роботу груп самопомоги (рекламні листи, оголошення, буклети);
- надано 8 інтерв'ю працівників проекту в ЗМІ;



Фото 2. Прес-конференція з питань ВІЛ / СНІДу для ЗМІ

- проведено дводенний семінар-тренінг «Недержавна організація як продовження групи самопомоги» для 10 ВІЛ-активістів з ініціативних груп Маріуполя, Слов'янська, Костянтинівки, Запоріжжя, Дніпропетровська, Луганська та Павлограда. Мета: прищепити навички створення, розвитку та менеджменту НДО.
- надано інформаційні матеріали щодо менеджменту НДО: планування роботи, делегування повноважень, проведення робочих зустрічей, органи управління, дисциплінарні порушення, формування мотивації, фінансовий менеджмент, складання бюджетів.

Здійснюється видання журналу для ВІЛ-інфікованих та наркозалежних «Молодість – наше виправдання», метою якого є розширення доступу вразливих груп до правдивої інформації про різні аспекти ВІЛ/СНІДу та залучення останніх до її створення та розповсюдження у Донецькій області.

До роботи над виданням залучено 6 ЛЖВ та 5 наркозалежних осіб, що робить його більш адаптованим до потреб цільової групи. До розповсюдження журналу «Молодість – наше виправдання» залучено понад 30 організацій, у тому числі державних та релігійних. Журнал «Молодість – наше виправдання» сприятиме підвищенню іміджу БО клуб «Світанок» – регіонального представництва Всеукраїнської мережі ЛЖВ. Слов'янські колеги з ГО «Наша допомога» відзначили, що отримані від клубу «Світанок» видання посприяють користуються попитом у клієнтів: інформація, висвітлена у журналі потрібна не тільки ВІЛ-позитивним і наркозалежним та їхньому оточенню, але й пересічному населенню; можливість бути опублікованими спонукала на творчість та активізацію клієнтів організації, які відбувають покарання; більшість клієнтів організації залучені до створення видання; журнал висвітлює такі важливі й актуальні для Донецької області теми, як АРВ-лікування та замісна терапія.

Клубом «Світанок» було проведено акцію «Я пам'ятаю, а ти?» у Донецьку, Слов'янську, Костянтинівці, Маріуполі, метою якої є формування толерантного

ставлення до ВІЛ-позитивних людей та хворих на СНІД у Донецьку, привертання уваги суспільства до проблеми ВІЛ/СНІДу, збільшення рівня поінформованості про ВІЛ/СНІД та засоби профілактики цієї хвороби.

Акцію було проведено у чотирьох містах Донецької області (Донецьк, Слов'янськ, Костянтинівка, Маріуполь); у прес-конференції взяло участь 25 чоловік, серед яких 5 представників ЗМІ, вийшло 4 статті, радіоефір, акція охопила приблизно 1500 чоловік, виступило 8 рок-груп, у конкурсах взяло участь 25 чоловік. 100 чоловік віком від 3 до 50 років взяло участь у розписі пам'ятного полотна, в проведенні акції брали участь 3 партнерські організації. Представники двох державних структур (СНІД-центр, міськвиконком) надали підтримку, було роздано 540 інформаційних видань, 420 презервативів, досягнута усна домовленість з дирекцією парку про сприяння у проведенні акції.

Як видно з наведеного, проводиться досить велика та багатогранна робота мережі.

Загальною проблемою діяльності мережі ЛЖВ є недостатній рівень співробітництва як з боку державного сектора, так і недержавних організацій та приватного сектора, про що свідчить низький рівень толерантності населення, у тому числі осіб, що приймають рішення стосовно людей, які живуть з ВІЛ. Наступною проблемою, що впливає з першої, є недостатнє матеріально-технічне та фінансове забезпечення діяльності мережі. Для розв'язання проблеми ефективної діяльності мережі ЛЖВ на рівні обласної державної адміністрації, в рамках обласної програми протидії ВІЛ/СНІДу необхідно затвердити план заходів з усебічної підтримки її діяльності. МРГ має забезпечити моніторинг, а ОКР – сприяти виконанню ухвалених заходів. Важливо створити такі умови, щоб організації ЛЖВ могли проводити свою роботу в усіх містах та районах області.

3.8. Роль засобів масової інформації

Аналіз матеріалів ЗМІ показує, що в основному це інформація, яка містить останні дані щодо числа інфікованих, померлих від СНІДу, показує темпи поширення ВІЛ. Тобто, вони містять статистичні дані, що подаються автором матеріалу. Популярно показують суми, що виділяються на розв'язання проблеми. Часто наголос ставиться на тому, що фінансування лікування хворих на ВІЛ/СНІД та профілактичних заходів здійснюється тільки міжнародними організаціями.

Нижче наведені дані, отримані за пошуком слів «ВІЛ», «СНІД» у Інтернет-виданні «Острів» (www.ostro.org):

2005.02.18 17:51 У Донецькій області з початку року виявлено 519 нових випадків ВІЛ-інфекції.

2005.01.31 17:55 У Донецькій області у січні щоденно реєструвалося понад 10 нових випадків ВІЛ-інфекції.

2005.01.04 12:15 2004 рік „подарував“ Донбасу 4203 нових випадків ВІЛ-інфікування.

2004.11.04 12:32 За 10 місяців у Донецькій області зареєстровано на 390 ВІЛ-інфікованих більше, ніж за весь 2003 рік.

2004.10.04 13:44 У Донецькій області число нових випадків ВІЛ-інфекції вже перевищило дані всього 2003 року.

2004.07.27 11:56 Донецька область з горою перевершила піврічний «план» з ВІЛ-інфікованих.

2004.07.05 13:55 У Донецькій області більше половини жінок, які заражаються сифілісом, мають репродуктивний вік.

2004.06.30 12:58 У 2004 році в Донецькій області заразились ВІЛ-інфекцією ще 2111 чоловік.

2004.04.26 16:27 У Донецькій області зареєстровані випадки зараження ВІЛ 12-річних дітей.

2004.04.23 16:40 Щоденно в Донецькій області заражаються ВІЛ-інфекцією 12 чоловік.

2004.02.27 14:06 1 березня в Донецьку відкриється виставка «Люди, які живуть з ВІЛ»

2004.02.16 16:19 Донецька область вже до літа може вконтати «річний план» з ВІЛ-інфекції та СНІДу.

2004.01.29 11:45 У Донецькій області щоденно реєструються не менше 10 нових випадків ВІЛ-інфекції.

2004.01.12 10:54 У Донецькій області в 2004 році виявлено 159 нових випадків ВІЛ-інфекції.

2003.12.01 11:33 У Донецькій області цього року від ВІЛ/СНІДу вже померло 447 чоловік.

2003.11.05 14:52 У Донецькій області число ВІЛ-інфікованих вже перевищило минулорічний показник.

2003.10.13 11:55 Уже ясно: число ВІЛ-інфікованих цього року перевищить минулорічні показники.

2003.09.30 18:19 Л. Кучма подарував свою луганську стипендію дітям.

2003.08.26 12:17 ВІЛ-інфекція: ще 98 «новобранців»

2003.08.12 12:09 З середини липня в області виявлено ще 179 нових ВІЛ-інфікованих...

Це, мабуть, найбільш поширений тип подачі інформації з проблеми ВІЛ/СНІДу. Прикладів можна навести безліч. Як варіант, ситуація з проблеми ВІЛ/СНІД подається у вигляді інтерв'ю зі спеціалістами-медиками: наркологом, психологом, гінекологом тощо.

Аналіз публікацій у засобах масової інформації вказує на те, що матеріали з'являються в основному напередодні Дня пам'яті померлих від СНІДу (15 травня) або Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом (1 грудня) і відображають заходи, присвячені цим датам. Інколи висвітлюються окремі заходи: фотовиставки з проблеми ВІЛ/СНІДу, різні акції для дітей та молоді, засідання Донецького прес-клубу, де активісти ВІЛ-сервісних організацій презентують свої інформаційні кампанії або проекти. Одним словом – нотатки про події.

Аналітичних матеріалів, що відображають різні аспекти проблеми профілактики ВІЛ/СНІДу, не кажучи про особливості

Газета «Негоціант», 26.05.2004

Николай Гражданов, главный врач Донецкого областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом:

Мы сделали прогноз распространения ВИЧ/СПИДа до 2007 года, в котором два направления: пессимистическое и оптимистическое. Втайне рассчитывали, что течение эпидемии пойдет по оптимистическому, но уже в 2003 году надежды не оправдались: мы предполагали, что выявим за минувший год порядка 2700 больных, а таковых оказалось 3083. 85% наших земляков заражаются ВИЧ/СПИДом в возрасте от 15 до 39 лет. А вообще считаю, что распространение синдрома приобретенного иммунодефицита в Украине и, в частности, в Донецкой области – сегодня не только медицинская проблема.

існування ВІЛ-інфікованих людей у суспільстві, дуже мало. Часто використовуються вислови «чума ХХ століття», «біда», «жах», «смертельна інфекція», «безодня» тощо.

Після ознайомлення з такими матеріалами у читача з'являється негативне ставлення до самого слова ВІЛ/СНІД, оскільки воно викликає страх, безвихідь та неможливість спілкування з ВІЛ-інфікованими людьми.

При цьому дуже важливо, щоб у ЗМІ подавалася точна та вивірена інформація, основана на реальності, наукових даних та знаннях спеціалістів.

У такому разі існує можливість не допустити серед населення розповсюдження міфів про ВІЛ/СНІД, запобігти розвиткові стигматизації та дискримінації стосовно людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, страху тестування на ВІЛ та довірливого спілкування з лікарями з названої проблеми.

Лякає середньостатистичного читача й те, що інформація про ВІЛ/СНІД, як правило, подається в одній прив'язці до проблеми наркоманії. І тільки останнім часом

з'являються матеріали з наголосом на те, що ВІЛ/СНІД давно перестав бути хворобою геїв, негрів, провій та наркоманів. **Ризик інфікуватися має кожен з нас при порушенні елементарних норм здорового способу життя!** Але при цьому, на жаль, журналісти не часто зауважують, що *зберегти здоров'я можна не шляхом ізоляції таких хворих від суспільства, а шляхом просвіти, розуміння самої проблеми та наслідків негативного й непримиримого ставлення до носіїв ВІЛ!*

Виписка з публікації:

За можливості необхідно запобігати контактам з ВІЛ-інфікованими хворими та людьми з групи ризику: наркоманами, малолітніми жрицями кохання, колишніми в'язнями.

Низької проби публікації формують стійку установку на те, що профілактика ВІЛ/СНІДу полягає у боротьбі безпосередньо з ВІЛ-інфікованими!

Перед цими словами мова йшла про захищені статеві контакти, про латексні презервативи. Але якщо бути уважним та встигнути простежити за думкою та зрозуміти: не допускайте незахищених статевих контактів, а не людей взагалі!

«Нота толерантності» зазвучала у ЗМІ стосовно ВІЛ-позитивних людей тільки у 2004 р., коли про важливість «руйнації стіни мовчання» заговорили на світовому рівні, а потім і лідери українських недержавних організацій. Почали з'являтися матеріали про долю людей, що живуть з ВІЛ, про їхні проблеми, почуття, стосунки з товаришами та колегами, а головне, про толерантне ставлення до людей з таким діагнозом.

Газета «Горняк», №61(12337) від 20.8.2003 р.

Что необходимо делать, чтобы не заразиться?

Соблюдать прописные истины: не употреблять наркотики, избрать безопасный секс, иметь одного полового партнера, избегать случайных интимных контактов. К сожалению, роковую роль играет его величество Случай. Да и в повседневной жизни возможны различные травмы и непредвиденные контакты. Но добропорядочный образ жизни — надежная защита от чумы XX века, которая войной наступает на человечество без жалости и сожаления.

Беседовала Елена Жилич

Поради журналістам

Важливо на сторінках газет, журналів, в ефірі радіо та телебачення донести до людей думку, що ціна замовчування проблеми або її неякісне висвітлення — це швидке поширення інфекції!

Що агресія народжує агресію. Що ВІЛ-інфіковані люди відрізняються від здорових тільки наявністю цієї хвороби (не страшнішої за рак чи туберкульоз) і не загрожують суспільству за умови дотримання ними елементарних правил здорового способу життя. Що можна зберегти себе, не ізолюючи і не знешкоджуючи для цього інших.

3.9. Мережа надання послуг, які пов'язані з ВІЛ/СНІДом

Спектр послуг, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом, у Донецькій області досить широкий. Так, на сьогодні діє обласний та у великих містах міські центри профілактики ВІЛ/СНІДу, широка мережа лікарських кабінетів з надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу, які функціонують у кожному районі області. Завдяки міжнародним проектам, спрямованим на профілактику ВІЛ-інфекції/СНІДу, догляд та підтримку людей, що живуть з ВІЛ, і членів їхніх сімей істотно збільшується число людей, що мають доступ до якісних послуг, накопичено досвід соціального партнерства, делегування повноважень надання певних послуг від державних структур до громадських організацій.

Разом з міжнародною організацією «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та неурядовою організацією «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» в області запроваджується проект «Розвиток та зміцнення потенціалу руху самопомоги людей, які живуть з ВІЛ у Донецькій області», Всеукраїнська мережа ЛЖВ запроваджує проект «Створення центру психологічної підтримки та творчої самореалізації ЛЖВ у м. Донецьк».

З метою забезпечення епідемічного добробуту населення, створення умов для зниження рівня захворюваності, смертності та інвалідності у Донецькій області на засіданні обласної ради була затверджена програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу в Донецькій області, координацію якої забезпечує обласна координаційна рада з питань ВІЛ/СНІДу.

Обстеження на антитіла до ВІЛ проводяться обласною лабораторією СНІДу. Доступність населення до тестування на ВІЛ-інфекцію не обмежена.

У Донецькій області скоординовано планування потреб у тест-системах для проведення скринінгових досліджень на ВІЛ, існує єдина стратегія тестування, яку забезпечує обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом, тому не порушуються засади доступності та безоплатності тестування на ВІЛ.

Донецький обласний центр профілактики та лікування хворих на СНІД має достатню діагностичну та лікувальну базу для здійснення необхідних консультативно-діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Варто відзначити і той факт, що обласна та міські станції переливання крові у закладах охорони здоров'я в області забезпечені одноразовою пластиковою тарою типу «Гемакон», консервантом глюціциром на 100%. У діяльність служби крові запроваджено застосування методик повторного тестування крові кадрових донорів плазми (зберігання замороженої плазми протягом 6 місяців) на наявність антитіл до ВІЛ, що повністю долає ризик використання крові, інфікованої ВІЛ.

Стаціонарну допомоги ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД одержують у стаціонарних відділеннях за місцем проживання. Питання відкриття стаціонарного відділення при обласному центрі профілактики ВІЛ/СНІДу обговорюється вже декілька років.

Амбулаторно-профілактичну допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД надають штат Донецького обласного центру профілактики та лікування хворих на СНІД у складі 25 лікарів та 20 середніх медичних працівників. Крім того, функціонує 4 міські амбулаторні центри, 44 відділи, відділення і кабінети профілактики та лікування хворих на ВІЛ/СНІД тощо.

Медична допомога хворим на ВІЛ/СНІД у поєднанні з туберкульозом надається в обласному протитуберкульозному диспансері у спеціалізованому стаціонарному відділенні.

Для зняття абстинентного синдрому хворим з ВІЛ-інфекцією та наркозалежністю надається медична допомога при наркодиспансері.

Згідно з наказом МОЗ України від 5 серпня 2004 р. «Про розподіл першої поставки антиретровірусних препаратів, що надаються Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні як гуманітарної допомоги у 2004 році», у Донецькій області

розпочато антиретровірусне лікування ВІЛ-інфікованих.

Антиретровірусна терапія впроваджується лікарями ДООЦПЛС.

Вагітні, які перебувають під наглядом у жіночих консультаціях, з 28-го тижня вагітності безплатно отримують Зідовір за схемою. Жіночі консультації та пологові будинки міста й області забезпечені антиретровірусними препаратами для профілактики вертикальної трансмісії передачі ВІЛ від матері до дитини у достатньому обсязі, однак рівень інфікованості серед дітей при профілактичному лікуванні залишається високим і становить 14%.

Усі діти наглядаються інфекціоністом-педіатром ДООЦПЛС та перебувають на першій лінії ВААРТ. До речі, діти, які отримують АРТ, переносять її добре, їхній стан поліпшується.

Особливу місію у розширенні мережі послуг, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом у Донецькій області, виконують неурядові громадські організації. Так, МБФ «Піклування», «Світанок», «Здоров'я нації», організації «Джерело», «Лінія життя» за участю представників Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ, постійно проводять маніфестації, присвячені всім загиблим від ВІЛ/СНІДу, Всесвітньому дню боротьби зі СНІДом, надають соціальну допомогу, проводять психологічну підтримку, займаються питаннями профілактики ВІЛ/СНІДу серед молоді та найбільш уразливих груп населення. Благодійною організацією клуб «Світанок» організовано роботу комплексного центру психосоціальних послуг для ЛЖВ та їхніх близьких з організацією центру денного перебування для ВІЛ-позитивних дітей.

У жіночих консультаціях області проводиться перед- та післятестове консультування вагітних жінок. Консультування, пов'язане з обстеженням на ВІЛ, проводиться в усіх міських та обласному центрі профілактики ВІЛ/СНІДу.

Також проводиться виїзна робота з надання методично-організаційної допомоги та виявлення хворих, яким необхідно призначити антиретровірусну терапію, а також проводиться консультування хворих

та членів їхніх родин. До липня 2005 р. проведено понад 10 виїздів у райони області. До складу виїзної бригади входять лікар-інфекціоніст, дитячий інфекціоніст, гінеколог, завідувач ОМВ і представники НУО. При виїздах оглянуто близько 100 хворих, проведено 14 семінарів з профілактики вертикальної трансмісії, прихильності до АРТ та супроводу хворих, які отримують АРТ.

Крім того, за період січня–червня 2005 року розповсюджено близько 1000 презервативів серед уразливих груп населення (ЖКС, споживачів ін'єкційних наркотиків) та їхнього найближчого оточення; понад 5 тис. споживачів ін'єкційних наркотиків охоплено профілактичними послугами; понад 1200 ЖКС користуються послугами з профілактики ВІЛ; близько 4 тис. ув'язнених осіб залучено до програм профілактики.

Значну роботу, скеровану на профілактику ВІЛ-інфікування молоді і надання сім'ям соціальної допомоги та з профілактики соціального сирітства проводять як обласний, так і регіональні центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, які працюють у співдружності з державними та недержавними організаціями. Зараз узгоджується проект Постанови КМУ «Про порядок використання субвенцій із державного бюджету місцевим бюджетам на надання центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді послуг ін'єкційним споживачам наркотиків та членам їх сімей у 2006 році». Його прийняття буде підтримкою організації названих центрів на місцях.

У підсумку, можна сказати, що на сьогодні в області сформована певна мережа як державних, так і недержавних організацій, діяльність яких скерована на надання послуг, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом. І якщо для великих міст області головним завданням є міжгалузева координація та підвищення ефективності дії закладів та організацій, що входять до її складу, то для більшості районів та малих міст таким завданням є створення такої мережі. У проведенні цієї роботи ОКР має взяти на себе основну організуючу функцію.

3.10. Роль бізнес-структур

Зважаючи на дедалі зростаючі фінансові потреби та недостатнє бюджетне фінансування організації боротьби з ВІЛ/СНІДом, щораз актуальніше постає питання залучення до його вирішення бізнесових структур. Однак брак зацікавленості останніх не дозволяє активізувати цей напрям роботи.

Втім сьогодні підприємці все частіше звертаються з пропозицією про допомогу. Так, АТ Макіївський металургійний комбінат надавав значну матеріальну допомогу при становленні міського центру профілактики ВІЛ/СНІДу. БФ «Доброта», який підтримує людей без певного місця проживання, отримує фінансову підтримку багатьох бізнес-структур Донецька.

Значну соціальну підтримку в боротьбі з ВІЛ/СНІДом надають підприємства вузької промисловості Донбасу.

На сьогодні приватні особи, які займаються бізнесом, виступили ініціаторами проекту зі створення в області першого в Україні дитячого будинку сімейного типу для дітей-сиріт, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, та дітей, що залишилися без батьківської опіки.

Таким чином, можна зробити висновок про те, що приватний сектор поступово залучається до роботи над подоланням проблеми ВІЛ/СНІДу. Однак для підвищення ефективності співпраці ця проблема має бути вирішена на загальнонаціональному рівні шляхом прийняття нормативної бази для можливості надання та одержання спонсорської допомоги з урахуванням інтересів меценатів.

3.11. Роль релігійних структур

У Донецькій області сьогодні відбувається процес відродження віри. Дедалі більшого розмаху в діяльності набирають протестантські спільноти. Саме вони через закордонне фінансування (підтримка спільнот США, Англії, Данії, Голландії тощо) розгорнули в області широку благодійницьку діяльність, пов'язану з допомогою бідним сім'ям, дітям-сиротам, реабілітацію алкогольно- та наркозалежних осіб. Значна робота в цьому напрямку проводиться у Макіївці.

Поступово до цієї роботи залучається і православна церква. Так, у Донецькій області діє реабілітаційний центр, який здобув великої популярності серед населення.

Роль церков у формуванні моральних цінностей та здорового способу життя, особливо серед віруючої молоді, неможливо переоцінити. І було б дуже доречним, щоб у планах міжсекторальної взаємодії церкви активно залучалися до проведення профілактичної та реабілітаційної роботи. У цьому аспекті вважаємо за доцільне, щоб робота з протидії ВІЛ/СНІДу проводилася спільно державним сектором та релігійними і громадськими організаціями. Це може привести до зміни ментальності людей стосовно хвороби та людей, що живуть з ВІЛ, формування високої культури й поваги до власного здоров'я та здоров'я рідних і друзів.

4. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини

Поширення ВІЛ-інфекції у Донецькій області набрало епідемічного характеру починаючи з жовтня 1995 р. Епідемічний процес захопив передусім людей молодого віку. У зв'язку зі зростанням числа випадків ВІЛ-інфекції серед жінок репродуктивного віку збільшується число ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ними.

Число виявлених ВІЛ-інфікованих вагітних в області збільшується щорічно на 20–26%. За період епідемії ВІЛ в області виявлено 1901 ВІЛ-інфіковану вагітну жінку (рис.4.1).

У рамках виконання галузевої програми «Запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини на 2001–2003 роки», затвердженої наказом МОЗ України №488 від 7.12.2001 р. в області розроблено та впроваджено такі нормативні документи:

- Програма «Запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини в Донецькій області на 2002–2003 роки», затверджена наказом управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 18.02.2002 р. №42.
- Наказ управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 26.07.2000 р. №187 «Про впровадження профілактичного лікування вагітних жінок та новонароджених дітей препаратом невірапін».
- Наказ управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 11.06.2001 р. №157 «Про запобігання вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції у Донецькій області».
- Тимчасові методичні рекомендації про порядок профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції, затверджені наказом управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 18.08.2003 р. №249/126к.
- Наказ управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 23.01.2004 р. №12 «Про удосконалення моніторингу вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини».
- Наказ управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 05.07.2002 р.

№251-к «Про проведення кущових семінарів з питань експрес-діагностики ВІЛ-інфекції у вагітних» (проведено 10 кущових семінарів для завідувачів лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції, завідувачів пологових відділень, клінічних лаборантів).

- Інформаційний лист «Про використання швидких тестів у вагітних, що поступають у пологові будинки (відділення) з невідомим ВІЛ-статусом».

За період з 2001 по 2005 роки було проведено декілька кущових семінарів з питань профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ та догляду за ВІЛ-інфікованими дітьми для лікарів акушерів-гінекологів, неонатологів, педіатрів та фахівців міських центрів, відділень і кабінетів профілактики та лікування ВІЛ.

Питання неодноразово заслуховувались на колегіях обласного управління охорони здоров'я програми запобігання вертикальної трансмісії ВІЛ облдержадміністрації та на підсумкових нарадах у заступника начальника управління охорони здоров'я облдержадміністрації.

Ефективність проведення комплексної допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним залежить від терміну вагітності, в який вони стають на облік у жіночій консультації. Серед загального числа ВІЛ-інфікованих вагітних у Донецькій області 29% перебували на обліку до 12 тижнів вагітності, 30% стали на облік з 12 до 28 тижнів, 12% – з 28–36 тижнів вагітності, 2% – після 36 тижнів, 28% – не були під наглядом під час вагітності у жіночих консультаціях, ВІЛ-інфекція в них була виявлена безпосередньо перед пологами, під час та після пологів.

Перед впровадженням програми профілактики перинатальної трансмісії ВІЛ у новонароджених ВІЛ-інфікованим вагітним найчастіше пропонувалося переривання вагітності, як у ранні, так і в пізні терміни. На сьогодні відзначається тенденція до збільшення частки пологів у

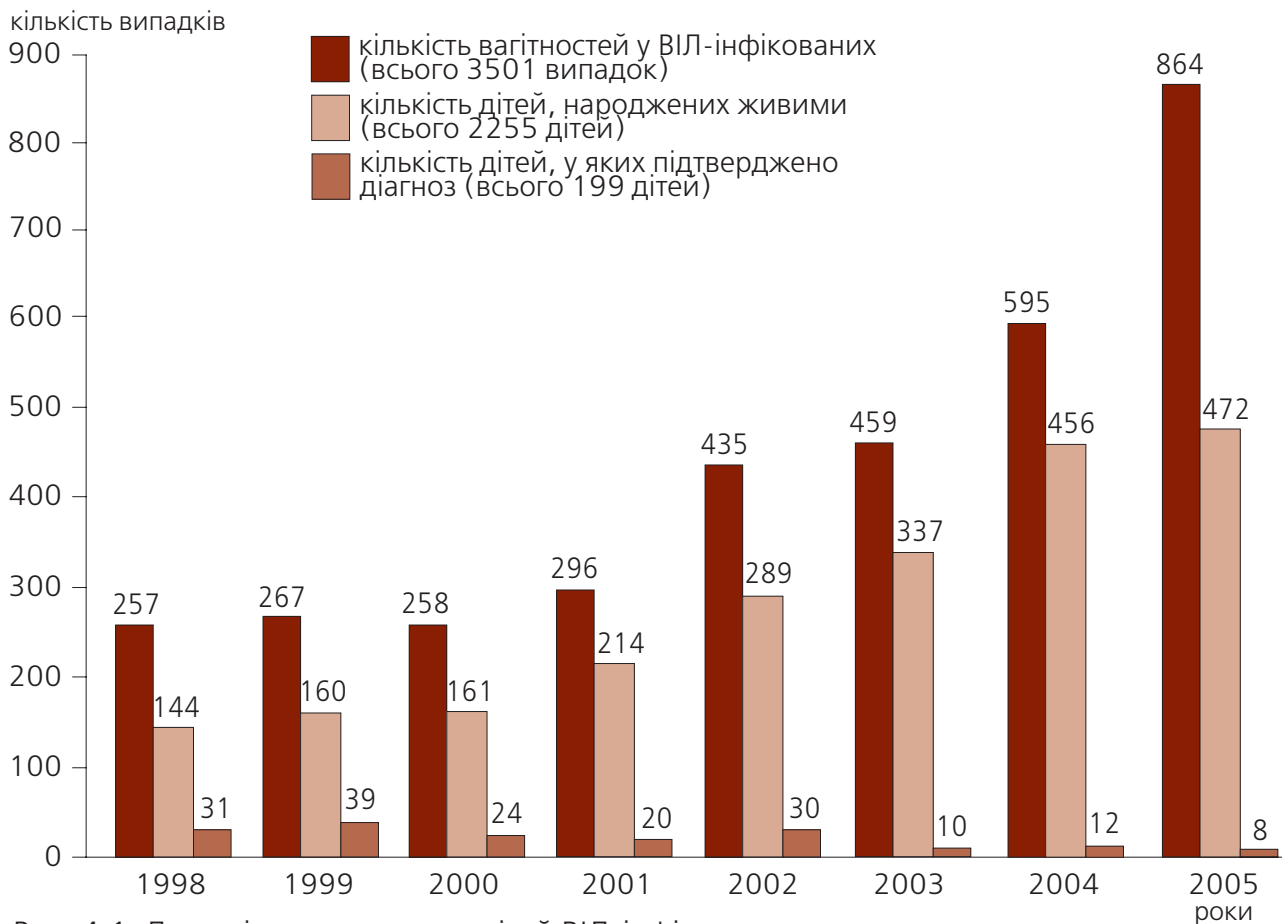


Рис. 4.1. Динаміка народження дітей ВІЛ-інфікованими матерями

ВІЛ-інфікованих вагітних серед загальної кількості. Пологами на даний час закінчується вагітність у 80% випадків, що на 10% більше, ніж у 1998–2003 рр., абортми (штучним абортom у ранньому терміні) – 15%, перериванням вагітності у пізньому терміні – 10%, самовільними викиднями – 4%.

Антиретровірусна профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ входить до комплексних заходів програми запобігання ВІЛ у новонароджених.

Починаючи з 2001 року, Ретровір у Донецькій області використовувався за скороченою схемою. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ з 36 тижня вагітності по 300 мг двічі на добу зідовудіном (Ретровіром), але з призначенням у пологах Невірапіну (Вірамуно) матері і дитині (не пізніше 72 годин життя), привела до зниження трансмісії ВІЛ до 6,5%.

Одноразова доза Невірапіну (200 мг), прийнята матір'ю під час пологової діяльності разом з введенням немовляти одноразової пероральної дози протягом 72 годин після народження, знижує передачу інфекції на більше ніж 50%. Показник передачі ВІЛ у групі, яка отримала профілактичне лікування за цією схемою, у Донецькій області становить 16%.

Таким чином, можна дійти висновку, що при проведенні профілактики ВІЛ-інфекції у новонароджених можна знизити ризик їх інфікування до 10,9%. Додання невірапіну до короткого курсу ретровіру може підвищити ефективність профілактики перинатальної трансмісії ВІЛ. Використання схеми профілактики з невірапіном матері та дитині також є ефективним методом зниження передачі вірусу.

У тих випадках, коли лікування не проводилося або невірапін одержувала тільки

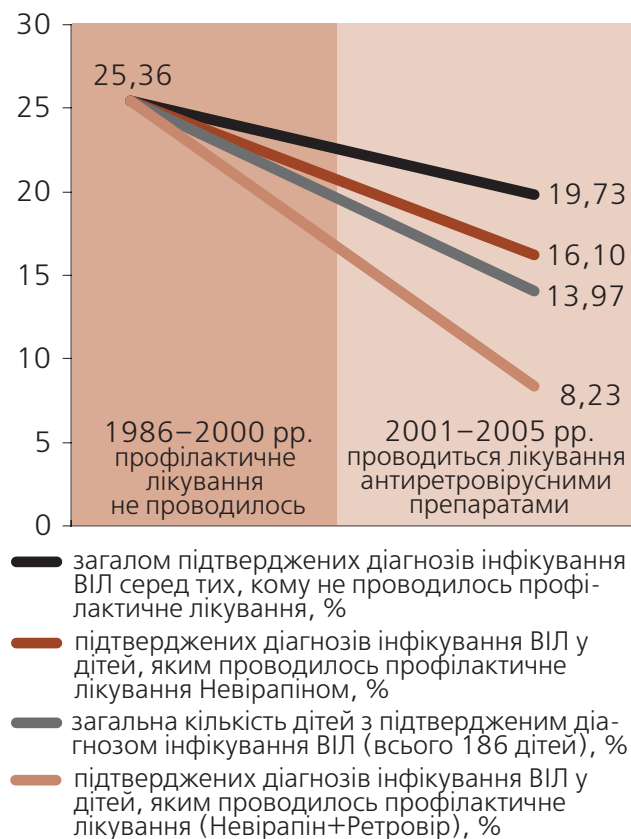


Рис. 4.2. Динаміка показників вертикальної трансмісії ВІЛ

дитина, передача ВІЛ від матері реалізувалася у 20% (для порівняння: до початку впровадження профілактичних заходів цей показник становив в області 25%).

Загальний показник вертикальної трансмісії ВІЛ до початку впровадження медикаментозної профілактики (1986–2000 рр.) у Донецькій області становив 25%. За період проведення медикаментозної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (2001–2004 рр.) цей показник зменшився до 14% (рис. 4.2).

Починаючи з 2005 р. профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ у Донецькій області, як і по всій Україні розпочинається з 28-го тижня вагітності, завдяки чому можна очікувати подальше зменшення ризику інфікування дітей під час вагітності та пологів.

Найефективнішим шляхом профілактики зараження новонародженого через грудне молоко є відмова від грудного вигодування новонароджених, заміна його

адапованими молочними сумішами. Це є одним із заходів національної стратегії профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ в Україні. У пологових будинках вигодування всіх новонароджених донорським грудним молоком не проводиться у зв'язку з небезпекою внутрішньолікарняного поширення інфекцій, у тому числі ВІЛ.

Завдяки впровадженню у практику діагностики ВІЛ-інфекції методики швидких тестів у даний час вдається проводити медикаментозну профілактику 35–60% вагітних з невідомим ВІЛ-статусом та 100% новонароджених.

Але є важливі питання, які на сьогодні в області ще не вирішені. Так, не виконується клінічний протокол «Запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини» в плані проведення планового кесаревого розтину як методу профілактики ВІЛ від матері до дитини. В області з технічних причин не проводиться дослідження щодо визначення рівня вірусного навантаження, також не використовуються методики раннього встановлення статусу у новонародженої дитини. Світовий досвід вказує на високу ефективність застосування ВААРТ з метою профілактики вертикальної трансмісії, що в області також не використовується.

Виходячи з цього, пріоритетними завданнями сьогодення для керівництва системи охорони здоров'я області є виділення цільових коштів на програми профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини, закупівля необхідного обладнання, впровадження сучасних методів діагностики та профілактики.

Медичні працівники, що надають допомогу ВІЛ-інфікованим вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим ними дітям готуються до проведення цієї роботи як у медичному університеті під час проходження курсів підвищення кваліфікації, так і на тренінгах, які проводять представники недержавних організацій. Необхідно зазначити, що спеціалісти з області брали участь у розробці першого національного навчального посібника з профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції.

5. Лікування, догляд і підтримка людей, які живуть з ВІЛ

5.1. Стан і перспективи антиретровірусної терапії

Антиретровірусна терапія ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД у Донецькій області розпочата у серпні 2004 р. З метою забезпечення доступності лікування вона була впроваджена у чотирьох містах області: Донецьку (ДООЦ СНІДу), Маріуполі, Слов'янську та Макіївці (обласний спеціалізований будинок дитини). У подальшому АРТ було поширено на міста Горлівку, Краматорськ, ЦМКЛ №16 Донецька. Впровадження та розширення антиретровірусної терапії у Донецькій області регламентується нормативними документами управління охорони здоров'я облдержадміністрації. Було також розроблено комплексний план заходів щодо проведення та розширення АРТ у регіоні. Для підвищення рівня знань фахівців, що займаються проведенням лікування на базі Донецького обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом, проведено 3 тренінги-семінари для 8 мультидисциплінарних команд у складі лікаря, медичної сестри та соціального працівника, а також 2 лікарські конференції для 60 лікарів кабінетів довіри та відділень профілактики СНІДу, 2 семінари для лікарів-інфекціоністів та педіатрів щодо проведення АРТ, формування прихильності у пацієнтів, супроводу хворих, що отримують АРТ.

Станом на 1 жовтня 2005 р. залучено до АРТ 606 хворих, у т. ч. 56 дітей (віком 0–2 років – 16, віком 3–9 років – 40 дітей). З цього числа за рахунок Глобального фонду одержують терапію 576 хворих, за рахунок компанії Брістоль Майєр Сквіб – 20, та за кошти держбюджету – 10 хворих.

Проводиться робота з метою надання організаційно-методичної допомоги в містах та районах області щодо виявлення хворих, які підлягають АРТ, а також здійснюється консультування хворих та членів їхніх родин.

Хворих, які потребують АРТ, обстежують у поліклінічних відділеннях/кабінетах лікування хворих на ВІЛ/СНІД ЦМЛ, ЦРЛ, чотири міських центрах профілактики та боротьби зі СНІДом та в амбулаторно-поліклінічному відділенні обласного центру СНІДу. Призначення АРТ проводиться після імунологічного обстеження у ДООЦ СНІД. Призначення та проведення АРТ в області проводиться в обласному центрі СНІДу, міських центрах профілактики та боротьби зі СНІДом Маріуполя, Слов'янська, Горлівки, відділенні профілактики та лікування ВІЛ-інфікованих Краматорська, кабінеті профілактики та лікування ВІЛ-інфікованих ЦМКЛ №16 Донецька, в обласному спеціалізованому будинку дитини у Макіївці.

У 2006 р. планується відкриття стаціонарного відділення на 60 ліжок на базі міського психоневрологічного диспансеру №2 Донецька.

При впровадженні АРТ дорослим та дітям лікарі користуються клінічним протоколом АРТ ВІЛ-інфекції у дорослих та дітей, ухваленим наказом МОЗ України від 12.12.03 р. №580. З метою підготовки до призначення АРТ у 360 пацієнтів проводиться лікування опортуністичних інфекцій препаратами, наданими МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Препарати другої лінії АРТ призначаються згідно з клінічними протоколами, за показами. Препарат калетра призначено 19 пацієнтам. Листи обґрунтування призначення препарату калетра надані в Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом.

Клінічний моніторинг проведення АРТ здійснюється згідно з клінічними протоколами. За необхідності використовується можливість консультування пацієнтів у клініці Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського.

ВІЛ-інфіковані споживачі ін'єкційних наркотиків перебувають під подвійним диспансерним наглядом лікарів-наркологів та інфекціоністів кабінетів/відділень ЦМЛ, ЦРЛ та міських центрів профілактики та боротьби зі СНІДом. За необхідності хворі отримують стаціонарну допомогу в обласному наркологічному диспансері, в структурі якого є стаціонарне відділення на 20 ліжок та посада лікаря-інфекціоніста. Антиретровірусна терапія призначається СН після консультації лікаря-нарколога. Взаємодія установ регламентована Наказом обласного УОЗ №249/1260 від 18.08.2003 р. «Про подальше вдосконалення заходів щодо профілактики ВІЛ/СНІДу та надання медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД».

Медичне обслуговування ВІЛ-інфікованих, які мають супутню патологію (туберкульоз), забезпечуються обласним протитуберкульозним диспансером та міськими протитуберкульозними лікарнями за місцем проживання. В області

розроблено та впроваджено наказ обласного управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 06.04.2005 р. №117 «Про заходи щодо запобігання туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД». Щомісячно фахівці обласного центру СНІДу консультують хворих ВІЛ-інфікованих, що перебувають на лікуванні в обласній та міській протитуберкульозних лікарнях.

До 2008 р. в Донецькій області планується розширення АРВ-терапії, рівень якого буде залежати від забезпечення області лікарськими засобами. Обласному центру профілактики ВІЛ/СНІДу необхідно провести ретельні розрахунки чисельності тих, хто потребуватиме АРТ як загалом по області, так і в Донецьку, ОКР підняти питання про виділення в бюджеті області цільових коштів на придбання лікарських засобів як для проведення АРТ, так і для лікування опортуністичних інфекцій.

5.2. Доступ до лікарських препаратів

Впровадження противірусної терапії у лікувальну практику має позитивні результати у вигляді поліпшення якості та тривалості життя пацієнтів, підвищення показників імунологічного статусу. Про це свідчить порівняльний аналіз смертності серед пацієнтів, що отримують АРТ, та нелікованих пацієнтів. Серед пацієнтів із клінічно розгорнутою стадією ВІЛ-інфекції, що не одержують АРТ, смертність становила 59% (377 з листопада 2004 р.), у тих, що одержували АРТ, вона склала 7% (52 людини).

Потреба та забезпеченість препаратами для АРТ

2331 пацієнт з клінічно розгорнутою стадією ВІЛ-інфекції потребує проведення антиретровірусного лікування.
Одержує АРТ 606 хворих.

Однак у процесі проведення АРТ мали місце відмови від лікування 46 пацієнтів, з причини низької прихильності і труднощів у дотриманні режиму лікування.

Лікування припинено у зв'язку зі смертю пацієнта у 52 випадках.

У 29 випадках скасування терапії відбулося внаслідок розвитку тяжких побічних ефектів: тяжких форм гепатиту (9), анемії (2), реакції гіперчутливості (13).

У 5 пацієнтів терапія припинена у зв'язку з початком високоактивної фази протитуберкульозного лікування.

У 50 випадках у процесі лікування відзначалися побічні ефекти. Унаслідок їхнього розвитку був замінений 1 компонент схеми АРТ 47 пацієнтам і 2 компоненти схеми – 3 пацієнтам. 6 пацієнтам було проведено повну заміну схеми на препарати 2-ї лінії у зв'язку з неефективністю лікування.

Низьке охоплення лікуванням дитячого населення обумовлене відмовою батьків від терапії, незручностями, пов'язаними з одержанням препаратів у ДОЦ СНІД (відсутність педіатричних ставок у більшості відділень, кабінетів профілактики та лікування хворих на ВІЛ/СНІД в області). З цієї причини лікування припинено трьом дітям.

Велике значення у веденні ВІЛ-інфікованих пацієнтів має профілактика та адекватне лікування опортуністичних захворювань. У Донецькій області спостерігалися наступні СНІД-індикаторні хвороби:

- туберкульоз легенів та позалегеневі форми – 70%;
- ЦМВ-ретиніт – 1%;
- грибкові інфекції – 80%;
- токсоплазмоз мозку – 1,5%;
- герпетична інфекція – 20%;
- пневмоцистна пневмонія – 4%;
- бактеріальні інфекції – 75% серед пацієнтів з розгорнутою клінічною картиною ВІЛ-інфекції.

У ДОЦ СНІД поряд з лікуванням провадиться первинна та вторинна профілактика опортуністичних захворювань: туберкульозу, пневмоцистної пневмонії, токсоплазмозу.

Із загального числа пацієнтів, що одержують АРТ, 52,8% становлять споживачі ін'єкційних наркотиків. Доступність лікування для активних наркоспоживачів можна розширити, впровадивши у практику програму замісної терапії за допомогою препарату бупренорфіну. На початковому

5.3. Діти, які живуть з ВІЛ

За період з 1995 по 2005 р. у Донецькій області народилося 2089 дітей від ВІЛ-інфікованих матерів. Серед цього числа у 989 дітей діагноз ВІЛ-інфекції було знято внаслідок відсутності у крові антитіл до ВІЛ. Діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено у 256 дітей що становить 12,2%. Надалі триває нагляд за 770 новонародженими. З числа дітей з підтвердженим ВІЛ-статусом у стадії клінічних проявів виявлено

Д-р Гро Харлем Брутланд. Барселона, липень, 2002 р.

Невже хтось заслуговує смертного вироку лише через те, що він чи вона не можуть одержати доступу до лікування, яке коштує менше двох доларів США на день? Невже чиєсь життя варте так мало? Чи мають сім'ї втрачати своїх близьких через це? Чи мають діти ставати сиротами? Відповідь на ці запитання – ні, ні й ще раз ні.

етапі роботи цієї програми передбачається охопити терапією 30 чоловік. Впровадження замісної терапії має свої складності, оскільки використання малоартісних препаратів в Україні не дозволено законодавчо.

Істотну роль у підготовці пацієнтів до АРТ і соціальному супроводі АРТ відіграють громадські організації: Донецьке товариство сприяння ВІЛ-інфікованим, мережа ЛЖВ.

У вирішенні проблеми як на обласному рівні, так і на рівні міст та районів на сьогодні є дві основні проблеми: наявність лікарських препаратів та готовність ЛЖВ до лікування.

Першу проблему за підтримки міжнародних донорів вирішує місцева влада із залученням бізнесових структур, другу – медичні та соціальні працівники і члени недержавних ВІЛ-сервісних організацій. ОКР бере на себе функцію координації дій та контролю за доступом ЛЖВ до лікарських препаратів.

173 дитини. Померло 100 дітей, у тому числі віком до одного року 81 дитина. Від СНІДу померло 37, у тому числі віком до одного року 29 дітей.

Догляд за ВІЛ-інфікованими дітьми є не тільки медичною, але й соціальною, психологічною та матеріальною проблемою. Не абияке занепокоєння в організації догляду за дітьми, народженими ВІЛ-позитивними матерями, викликає батьківська

Особливості догляду за дітьми, які живуть з ВІЛ:

- Необхідно ретельно захищати дитину від потрапляння в її організм хвороботворних збудників, які можуть спричинити виникнення опортуністичних інфекцій.
- При догляді за ВІЛ-інфікованою дитиною слід уникати контакту з кров'ю дитини та іншими біологічними рідинами, не допускаючи їх потрапляння на шкіру та слизові оболонки.
- Слід виключити спільне користування членами сім'ї предметами догляду, які можуть бути забруднені кров'ю або біологічними рідинами.
- За наявності у ВІЛ-інфікованого члена сім'ї уражень шкіри, слизових оболонок, шлунково-кишкового тракту слід використовувати дезінфікуючі розчини під час миття посуду, прибирання квартири, санвузла.
- Якщо людина, яка здійснює догляд за дитиною, враженою ВІЛ, має поранення на руках, то їх необхідно заклеїти непромокальним лейкопластиром або надіти гумові рукавички.

сім'я. На жаль, більша частина таких сімей є соціально дезадаптованими і в них не забезпечується належний догляд за дітьми. Частина дітей, народжених у дезадаптованих сім'ях, позбавляються батьківської опіки.

Заходи профілактики опортуністичних інфекцій

- Уникати контактів з тваринами, у тому числі свійськими.
- Стежити за дотриманням санітарно-гігієнічних норм побуту дитини.
- Дотримуватися гігієни харчування.
- Необхідно ізолювати дитину від хворих на інфекційні хвороби.

Важливим питанням у догляді за дітьми, які живуть з ВІЛ, і дітьми, народженими ВІЛ-інфікованими матерями, є проведення заходів щодо профілактики опортуністичних інфекцій, тобто запобігання виникненню інфекційних процесів на тлі пригніченого імунітету.

ВІЛ-інфікована дитина більшою мірою, ніж інші діти, потребує «якісного» життя, тобто життя активного, наповненого спілкуванням з оточенням та любов'ю родини. Немає жодних підстав ізолювати ВІЛ-інфіковану дитину.

Дітям перших п'яти років життя особливо важливо мати емоційний та фізичний контакт з дорослими, які їх доглядають, чути звернену до них спокійну, ласкаву мову. Дуже важливо, щоб мати перебувала у врівноваженому емоційному стані. Перше, чим може допомогти мати, – це намагатися зберегти спокій і психологічну рівновагу.

На сьогодні в області догляд за дітьми, народженими ВІЛ-позитивними матерями, забезпечують у сім'ях як батьки або особи, що їх замінюють, так і медичні та соціальні працівники, а також члени НДО, що відображено в інших розділах цього ситуаційного аналізу.

Вихід з критичної ситуації

У Макіївці створено та функціонує спеціалізований будинок маляти, в якому перебуває близько 60 дітей, у тому числі віком старше 10 років. Діти забезпечені доглядом, увагою та медичною допомогою. Водночас питання створення спеціалізованих будинків та груп для ВІЛ-інфікованих дітей є досить суперечливим. Чи не порушуються права дітей, що живуть з ВІЛ, на повноцінний розвиток? Чи зможуть такі заклади забезпечити нормальну соціалізацію дитини? На жаль, на багато таких запитань ще не має однозначної відповіді...

ВІЛ-інфікована дитина не має перешкод для відвідування дитячих колективів, але на сьогодні переважне число керівників дитячих закладів відмовляють у відвідуванні закладу ВІЛ-інфікованої дитини. Це є проблемою не тільки області. І лише законодавчих актів тут замало. Обласна координаційна рада повинна організувати широку просвітницьку роботу серед працівників дитячих закладів з питань профілактики ВІЛ/СНІДу, подолання дискримінації до дітей, що живуть з ВІЛ та толерантного до них ставлення, виконання законодавства України щодо забезпечення прав та свобод людей, зокрема дітей.

У ВІЛ-інфікованих дітей виникають серйозні психологічні і соціальні проблеми, коли вони досягають підліткового віку і відчувають до себе нетолерантне ставлення як дорослих, так і однолітків. Головні умови, за яких дитина виростає щасливою й товариською – добрі взаємини між членами родини, можливість спілкування з іншими дітьми з раннього віку.

З метою забезпечення таких умов благодійна організація клуб «Світанок» реалізує проект «Створення комплексного центру психосоціальних послуг для ЛЖВ та їхніх близьких у Донецьку». Одним із напрямів діяльності цього проекту є центр «Надія» денного перебування для ВІЛ-позитивних дітей та дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями. Відкриття центру відбулося 30 серпня 2004 р.

Станом на 1 лютого 2006 р. постійними пацієнтами центру «Надія» є 46 дітей, зачеплених епідемією ВІЛ/СНІДу. З цих дітей 23 мають підтверджений ВІЛ-статус, 13 – вік до 1,5 року, 14 дітей перебувають під патронажем з метою формування в батьків та опікунів прихильності до прийому АРВ-терапії. З дітей, що є постійними пацієнтами центру, 18 виховуються одним з батьків, 9 дітей виховуються опікунами.

З розвитком епідемії ВІЛ/СНІДу в області зростає й число ВІЛ-інфікованих дітей, а відтак і дітей-сиріт. Вирішення цієї проблеми є загальнодержавним питанням і потребує координації зусиль усіх

Послуги центру

- Консультації індивідуальні, групові, сімейні та по телефону.
- Психологічна підтримка.
- Консультації спеціалістів: лікаря, юриста, психолога.
- Проведення навчальних семінарів (тренінгів) з різних питань, що пов'язані з ВІЛ.
- Інформаційно-консультативна допомога у наданні послуг медичним закладам та організаціям, що працюють з людьми, які живуть з ВІЛ.
- Надання інформаційних матеріалів з різних аспектів, що пов'язані з ВІЛ.
- Робота жіночого клубу.
- Робота клубу знайомств.
- Курси англійської мови та навчання роботі на комп'ютері.
- Відвідування вдома.
- Проведення дидактичних ігор та занять з фізичної культури та образотворчого мистецтва.
- Проведення занять з англійської мови та математики для школярів.
- Культурно-масові заходи.
- Сприяння одержанню медичної допомоги.
- Надання соціальної допомоги (забезпечення продуктами харчування, памперсами тощо).

зацікавлених сторін. Робота, що здійснюється на рівні області, потребує в першу чергу толерантнішого ставлення до таких дітей та визнання цієї проблеми пріоритетною.

В інших розділах ситуаційного аналізу описано також випадки дискримінації стосовно дітей, що живуть з ВІЛ, і неготовність відповідних служб та органів надавати їм необхідну соціальну і медичну допомогу.

Що ж робити, в якому напрямку діяти?

Першочергові шляхи вирішення проблеми дітей, які живуть з ВІЛ

- Створення та функціонування при ОКР обласної міжгалузевої ради з питань догляду та виховання дітей, які живуть з ВІЛ.
- Запровадження системи моніторингу та контролю за станом і дотриманням прав ВІЛ-позитивних дітей.
- Розробка обласної інформаційно-освітньої програми підготовки суспільства до тривалого співіснування з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД.
- Виховання дорослих щодо подолання дискримінації та їхнього толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей.
- Розробка конкретних форм взаємодії та розподілу функцій державних установ, громадських організацій та самих родин щодо виховання дітей, які живуть з ВІЛ.
- Напрацювання різних моделей догляду та виховання ВІЛ-інфікованих дітей.
- Інформування людей, залучених до догляду та виховання ВІЛ-інфікованих дітей, про державну допомогу та соціальні гарантії, передбачені для такої категорії дітей.
- Розвиток мережі прийомних сімей для ВІЛ-інфікованих дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування.
- Вивчення стану в суспільстві ВІЛ-позитивних дітей та заслуховування цього питання на сесії обласної ради.

5.4. Соціальний супровід сімей людей, які живуть з ВІЛ

Розглядаючи питання соціального супроводу сімей ЛЖВ, ми виділяємо такі його напрями: соціально-психологічний та соціально-економічний супровід. Вирішенням цього питання в області займаються як державні організації та установи, так і недержавні ВІЛ-сервісні організації, які працюють за технічної допомоги міжнародних донорів.

В області упродовж кількох років діє програма «Медичний та соціально-психологічний супровід ЛЖВС, що потребують прийому ВААРТ» (Міжнародний Альянс із ВІЛ/СНІД в Україні), але цього недостатньо, щоб охопити профілактичними й лікувальними заходами всіх ЛЖВ. Причина полягає в тому, що фінансово неможливо забезпечити АРВ-терапією всіх бажаних.

Дітям, інфікованим ВІЛ, до 16-річного віку призначається щомісячна державна допомога у розмірі двох неоподаткованих мінімальних доходів громадян. Наразі така допомога становить 34 грн. на місяць (Постанова КМУ від 10.07.1998 р.

№1051 «Про розмір щомісячної допомоги дітям у віці 16 років, інфікованим ВІЛ або хворим на СНІД»). За чинним законодавством України ВІЛ-інфіковані діти є дітьми-інвалідами. Особливості виплати державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів у віці до 16 років, визначені порядком надання державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства і дітям-інвалідам, затвердженим спільним наказом МОЗ, Міністерства праці і соціальної політики України, Міністерства фінансів від 30.04.2002 р. №226/293/169. Причина і термін, на який встановлюється інвалідність дітям-інвалідам, визначається медико-соціальними експертними комісіями.

Втім допомога у розмірі 34 грн. не покриває жодних витрат на дитину. При цьому мати дитини часто позбавлена можливості працювати, оскільки її дитині потрібний особливий догляд.

Для батьків ВІЛ-інфікованих дітей або осіб, що їх замінюють, передбачені додаткові права: спільне перебування у стаціонарах з дітьми віком до 14 років із

звільненням від роботи й оплатою допомоги за тимчасовою непрацездатністю у зв'язку з доглядом за хворою дитиною; збереження за одним із батьків, у випадку його звільнення з роботи у зв'язку з доглядом за хворою дитиною у віці до 16 років, безперервного виробничого стажу, за умови повернення на роботу по досягненні дитиною 16-річного віку; матері, що мають ВІЛ-інфікованих чи хворих на СНІД дітей віком до 16 років, мають право на одержання щорічної відпустки в літній або інший зручний час.

Але частина сімей не використовують свої права, мотивуючись тільки одним — не розголошувати свій статус чи статус дитини.

На сьогодні до роботи з медичної, психологічної та соціальної підтримки сімей ЛЖВ активно залучаються сімейні лікарі, які для виконання названої роботи проходять спеціальну підготовку. Та знову постає

питання: де, коли та за які кошти має навчитися цій роботі сімейний лікар?

Проведення соціального супроводу сімей ЛЖВ є дуже важливою і потрібною функцією держави, але це питання в області не зовсім вирішене.

Треба відзначити, що в області запроваджено комплексний підхід до вирішення проблеми. Соціальний супровід сімей ЛЖВ здійснюється через мережу ВІЛ-сервісних закладів та організацій різних форм власності.

І нині одним з головних завдань, що стоять перед ОКР, є координація всіх зацікавлених у цій роботі установ та організацій. Основну функцію із забезпечення соціального супроводу сімей, що живуть з ВІЛ, має взяти на себе державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді. А для цього в першу чергу необхідно знати, які сім'ї і якої допомоги потребують, підготувати толерантних спеціалістів, розробити стандарти соціальної допомоги.

Принципи соціальної роботи з сім'ями ЛЖВ

- Законність, додержання та захист конституційних прав людини.
- Диференційність, впровадження індивідуального підходу в роботу з клієнтами.
- Доступність та адресність у соціальній роботі.
- Збереження анонімності та конфіденційності в роботі з сім'ями.
- Відповідальність спеціалістів соціальної роботи та дотримання ними етичних і правових норм.
- Добровільність у прийнятті допомоги.

6. Цільові програми профілактики ВІЛ-інфікування окремих груп населення

На сьогодні епідемічна ситуація в області має концентрований характер. ВІЛ-інфекція в основному концентрується у найуразливіших групах населення, так званих групах ризику. Це відображено у другому розділі ситуаційного аналізу. У зв'язку з наведеним профілактична робота скерована на цільові групи. До них відносяться споживачі ін'єкційних наркотиків, жінки комерційного сексу, чоловіки, що мають секс з чоловіками, в'язні, медичні працівники, військовослужбовці, працівники правоохоронних органів тощо.

6.1. Програми профілактики серед груп ризику

6.1.1. Споживачі ін'єкційних наркотиків

Ін'єкційне вживання наркотиків є одним із основних факторів епідемії ВІЛ-інфекції в області. У Донецькій області, за даними Всеукраїнської наркологічної асоціації та статистичними даними, зареєстроване таке число ін'єкційних споживачів наркотиків: 1996 р. – 7100, що на 100 тис. населення склало 137,1; 1998 р. – 8167, відповідно 161,9; 2000 р. – 7622; 154,3; 2002 р. – 7988, 165,5. Однак між офіційно зареєстрованими СН, їх уявним та справжнім числом, як свідчить досвід, існують значні розбіжності. Висловлюються думки, що для визначення реальної ситуації з вживанням ін'єкційних наркотиків офіційні дані треба збільшувати у 10 разів. Окремо слід виділити Маріуполь, де, як вважають експерти, щоб отримати реальне число тих, хто вживає наркотики за допомогою шприца, офіційну статистику треба помножити на 20. Так, за даними різних досліджень, у Маріуполі з населенням 480 тис. чоловік зареєстровано 3048 СН, а за оцінками даними їх близько 20 тис. чоловік.

Останніми роками спостерігається тенденція до значного зростання чисельності СН в області. За даними обласного наркологічного диспансеру в 2004 р. поширеність нарко-токсикоманій серед населення області становила 219,4, а захворюваність – 10,2 на 100 тис. населення. У 2004 р. відмічалось значне зростання

виявлення ВІЛ-інфекції серед СН в Дружківці (6,1 разу) та Краматорську (4,6 разу).

На початок 2005 р. на диспансерному обліку в Донецьку стояло 2200 осіб з цим видом патології, з яких до 85% були СН (близько 1870 чоловік). Спеціалісти наркологічної служби вказують на те, що оцінене число СН може бути в 5–7 разів більшим, і тільки в Донецьку становити близько 13 тис. чоловік. Чоловіки становлять 85% від загальної чисельності зареєстрованих наркоманів, а жінки – 15%. Понад 90% споживачів наркотиків припадає на вікову групу 20–29 років. Понад 80% наркозалежних – безробітні і не зайняті навчанням. Мають випадкові заробітки 32,6%, не є одруженими – 36%. Зростає чисельність наркозалежних жінок у віці 30–40 років.

Значимість парентерального шляху передачі ВІЛ-інфекції при введенні ін'єкційних наркотиків підтверджується даними дозорного епіднагляду, який проводився у 2005 р. у Донецьку.

Довідка

Починаючи з середини 90-х років, зростання чисельності СН та випадків ВІЛ-інфекції проходили паралельно одне одному. З урахуванням підсумку цього зростання в області парентеральний шлях ВІЛ-інфікування при ін'єкційному вживанні наркотиків є основним і становить 65,43%.

Для інфікованих СІН характерним є швидкий розвиток ВІЛ-інфекції. Так, тільки в Донецьку на 1 січня 2005 р. від СНІДу померло 299 СІН.

Ураженість підлітків ВІЛ-інфекцією з 1995 р. збільшилася в 1,6 рази і становила 2,1% від загального числа виявлених, причому у віковій групі 12–18 років 65% випадків інфікування відбулося парентеральним шляхом при ін'єкційному вживанні наркотиків.

Важливо зазначити, що тільки епідемія ВІЛ-інфекції на повний голос примусила говорити про проблему наркоманії, інформація про яку була закритою для громадськості.

Розроблялися різні підходи до зниження рівня поширеності ВІЛ серед СІН. Однак стабілізувати положення справ загальноприйнятими заходами не вдалося.

За даними зарубіжної статистики, за відсутності активної профілактичної роботи серед СІН, рівень їх інфікування ВІЛ може сягати 60–70%.

Тільки комплексний підхід до профілактичної роботи може позитивно позначитися на розвитку епідемії в регіоні.

У Донецькій області існує 10-річний досвід профілактичної роботи серед груп ризику.

У 1996 р. в Донецьку було зареєстровано Донецьке обласне товариство сприяння ВІЛ-інфікованим. Ініціаторами створення цього товариства виступили лікарі Донецького обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом.

Основними завданнями товариства стало сприяння всім гуманітарним проектам, скерованим на запобігання передачі ВІЛ-інфекції, надання соціально-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим та членам їхніх сімей, зниження шкоди і шкідливого впливу епідемії СНІД та наркоманії на суспільство.

У 1998 р. ініціативна група товариства вирішила запроваджувати у Донецьку стратегію «зниження шкоди» як методу, що доповнює інші профілактичні та соціальні заходи боротьби з ВІЛ/СНІДом. Програма «зниження шкоди» скерована на СІН і слугує реальній меті – зниженню негативного впливу від споживання

наркотиків на здоров'я самого споживача та його оточення.

Перед початком реалізації проекту була проведена відповідна підготовча робота. За сприяння ЮНЕЙДС Донецьк було включено до проекту «Інформаційно-освітні заходи та профілактика ВІЛ/ЗПСШ серед ін'єкційних наркоманів 6 міст України».

У 1998 р. почалося впровадження просвітницької роботи серед споживачів наркотиків (фінансова підтримка надана урядом Німеччини через ЮНЕЙДС).

До цього часу в світі було накопичено досвід ефективності стратегії «зниження шкоди». Важливим елементом програм є встановлення довірчих відносин з представниками уразливих груп, втягнення їх у загальний інформаційний простір, забезпечення вільного доступу до стерильного ін'єкційного обладнання, засобів дезінфекції, а також розповсюдження інформації про безпеку, що пов'язана з уживанням наркотиків, та методи профілактики зараження ВІЛ/СНІДом.

Стратегія «зниження шкоди» в Донецьку була легалізована розпорядженням Донецького міського голови від 9.02.99 р. №131. У цьому ж році товариством сприяння ВІЛ-інфікованим було розроблено проект «Профілактика ВІЛ/ЗПСШ серед ін'єкційних наркоманів м. Донецька». Завдяки фінансовій підтримці МФ «Відродження» (Фонд Сороса), Центру Ліндесміта Інституту відкритого суспільства (Нью-Йорк) проект реалізується з 27 вересня 1999 р.

Проектна діяльність отримала підтримку УВС, управління охорони здоров'я, визначних людей міста: народного артиста України В. Писарєва, президента Німецького культурного центру А. А. Дингеса, президента обласного фонду «Свобода совісті» Л. А. Серпіліна та ін. Зараз діяльність проекту широко підтримується громадськістю та партнерськими державними і недержавними структурами.

Партнерами у проектній діяльності стали обласний та міський наркодиспансери: на базі міського наркодиспансеру було організовано стаціонарний пункт довіри

для надання СН медичної та іншої консультативної допомоги. Програма дозволила сформувати довірче ставлення не тільки до співробітників проекту, а й до державних наркологічних служб. Клієнти проекту можуть одержувати анонімну наркологічну допомогу в умовах стаціонару (детоксикацію та лікування). Під час лікування в стаціонарі СН отримують через обласну організацію Червоного Хреста соціальну та матеріальну допомогу. Допомога надається в сім'ях СН, в яких є новонароджені діти, хворі на туберкульоз та сім'ї, позбавлені засобів існування. Навіть така невелика допомога дозволила встановити контакт із сім'ями СН.

У Донецьку з 1999 р. число пунктів обміну шприців збільшилося з 4 до 7 (додатково були організовані 2 стаціонарних та 1 мобільний ПОШ). За цей період число клієнтів зросло з 1800 до 3000 чоловік, а обмін шприців зріс до 400 тис. штук за рік.

Польові пункти обміну шприців розташовані у місцях скупчення СН. Залежно від побажань клієнтів обмін шприців проводиться будь-якого часу доби (у нічний час волонтери видають засоби захисту від інфікування ВІЛ/СНІД за своєю ініціативою). Мобільний ПОШ працює у вечірній час.

Для збору використаних шприців виділені герметичні пластмасові контейнери. Контейнери збираються у Донецькому товаристві сприяння ВІЛ-інфікованим та спалюються у доменних печах Донецького металургійного комбінату.

У процесі збору шприців на обмінних пунктах велику роль відіграє також очищення території (дитячі майданчики, під'їзди) силами волонтерів. На вказаних пунктах крім обміну шприців та одержання презервативів можна дістати консультації з медичних та психологічних питань (лікарі, психологи працюють у складі мобільних ПОШ).

Забезпечення вільного доступу до безоплатних шприців та презервативів дає

можливість тривалого спілкування з клієнтами проекту та встановлення довірчих стосунків з ними.

Результати, отримані під час дослідження, яке проводилося в області у 2002 р. за підтримки ЮНЕЙДС в Україні та Міжнародного фонду «Відродження», вказують на те, що загальний рівень охоплення СН різноманітними програмами профілактики ВІЛ-інфікування в середньому в містах становить близько 15%, а в таких містах як Макіївка та Маріуполь 2–3%¹.

За останні роки з'явилася можливість розширити коло соціальних послуг клієнтам. Було реалізовано проект з організації консультативно-правового бюро «Захист» для СН та хворих на ВІЛ/СНІД (МФ «Відродження»). Партнерами цього проекту стали викладачі та студенти Донецького національного університету. Роботу на телефоні довіри та в консультативному пункті проводять студенти випускних курсів економічно-правового факультету.

На території Донецької області організовано ряд центрів соціальної та трудової реабілітації для СН та ВІЛ-інфікованих. Робота центрів основана на альтернативній допомозі, добровільному проходженні реабілітації, трудотерапії, християнському духовному віровченні: «Синапс», «Скеля спасіння», «Дом Убежище», «Миротворець».



Фото 3. Підготовка волонтерів

1 Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. О.М. Балакирева, М.Ю. Варбан, О.О. Яременко та ін. —К.: Центр «Соціальний моніторинг», 2003: 230 с.

Проект «Профілактика ВІЛ/СНІД серед молоді, яка вживає наркотики ін'єкційним шляхом» розроблено центром соціальних служб для молоді та реалізується за фінансової підтримки ЮНІСЕФ. Головною метою проекту є посилення можливостей ЦССМ здійснювати профілактичну роботу серед осіб, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом, через консультативні пункти «Довіра». Більш детально про роботу пунктів «Довіра» мова йде у розд. 7.

Порівняльний аналіз поведінки СНІ з попереднім, який проводився в 2001 р., вказує на тенденцію зміни поведінки у бік більш безпечної. Так, тепер чужий шприц для введення наркотику використовують 4% респондентів, а в 2001 р. — 5,3%. На сьогодні 51% респондентів завжди користується новим шприцом.

Якщо в 2001 р. 21% опитаних постійно практикували використання однієї посудини для приготування наркотику та промивання шприців, то на сьогодні тільки

Газета «Донбасс», 01.02.2002

Хотим доказать, что мы такие же, как все

— Самая жуткая мысль — о том, что наша дочь останется сиротой, — с дрожью в голосе говорит Лена, начиная рассказ о своей семье, о том, что произошло с ней и ее мужем Александром четыре года назад. — Время, конечно, лечит, и начинаешь привыкать к своему статусу, к тому, что мы с мужем ВИЧ-инфицированы, а значит, впереди осталось, может быть, 3–4 или 5 лет, и неизвестно, как долго это еще продлится, — продолжает она, опуская полные грусти глаза. — Потом мы с Сашей уйдем, если не найдется лекарство, а наша Неля останется сиротой. Она об этом знает и иногда плачет...

С Леной Саша познакомился в 1985-м, через два года они создали семью. Жену к наркотикам Саша никогда не приобщал, хотя о его «увлечениях» она знала. Говорит, что виновата сама: подвело женское любопытство, уговорил попробовать. Впрочем, ей это показалось мимолетным капризом, невинным развлечением. Тем более, что в 1989-м родилась дочь, и за время беременности Лена не выкурила ни одной сигареты.

Сашу к тому времени наркотики затягивают все глубже. Оступившись однажды, он уже не может остановиться. За хранение наркотиков его судят, дают 2,5 года. Лена остается одна с маленькой дочерью на руках. Когда ждала Сашу, решила взяться за ум, даже пыталась лечиться в диспансере. И все же противостоят одиночеству и наркотикам у нее не хватило сил. Следует условная судимость, а затем и лишение родительских прав. Дочь забирают к себе бабушка с дедушкой.

Однажды, почувствовав слабость, недомогание, повышенную температуру, Лена обратилась в больницу, сдала анализы и узнала, что... ВИЧ-положительна.

— В вечерней школе, где я работала уборщицей, нечаянно проболталась о своей беде молоденькой секретарше, дошло до директора. И меня попросили написать заявление об уходе по собственному желанию. Чем мотивировали? Тем, что школа — это дети, ответственность, — говорит Лена. — Я не стала объяснять директору, что я не могу в принципе школьников заразить, что пути заражения ВИЧ-инфекцией специфичны.

— Вообще, когда человек узнает свой диагноз, возникает целый ворох проблем, — включается в разговор Саша, — это проблемы социальной, психологической адаптации, и очень непросто привыкнуть к своему статусу. По сути, до конца к этому привыкнуть вообще нельзя.

— Время от времени, знаете, накатывает такая депрессия, так жалко становится себя и дочку, — соглашается с мужем Лена.

— Очень трудно изменить отношение к себе окружающих, заставить их не думать о ВИЧ-больных как об изгоях.

Еще тогда, в начале злополучного 1997 года, когда Лена узнала о своей болезни, она сразу почувствовала на себе негативную реакцию общества. Началось с вечерней школы. Потом случилась новая беда. По нелепой случайности в трамвайное окно влетела пущенная пацанами из рогатки монета, разбила Лене очки, осколком повредило левый глаз. В травматологии, где сделали операцию, первые дни о ее ВИЧ-инфекции никто не знал. Но вскоре отношение младшего и среднего медицинского персонала резко изменилось. При раздаче обеда ей прилюдно сказали принести свою посуду, женщины перестали пускать в свою палату переодеваться (из-за перегруженности в отделении травматологии кровать Лены стояла прямо в коридоре). С ней случилась истерика, и срочно приехавший Саша забрал жену домой.

Островком спасения для Лены и Саши стал областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Только здесь они находят понимание, поддержку, чувствуют заботу всего медперсонала. Очень тепло отзываются о главном враче центра Николае Гражданове. Именно здесь им предложили поработать волонтерами. По телефону доверия они вместе с психологом беседовали, отвечали на вопросы, давали различные советы людям, живущим, как и они, с ВИЧ-инфекцией.

По мнению Лены и Саши, для многих именно телефон доверия становился единственной возможностью быть выслушанным и понятым. Ведь от ВИЧ-инфицированных, отвергнутых обществом, часто отворачивается даже собственная семья. К счастью, родители Лены, узнав о болезни дочери, отношения к ней не изменили.

— Со стороны мамы и папы не было никаких ограничений в общении, — говорит Лена. — Разве что первые пару дней, может, неделю, мама опасалась, когда я целовала при встрече дочку. Папа же стал больше жалеть, он у меня человек сентиментальный...

Работа волонтеров Саше и его жене очень понравилась, заинтересовала. Полтора-два года, пока существовал проект «Горячая линия: спроси у меня», они с удовольствием работали ради помощи таким же, как они. Теперь вынашивают планы создания общественной организации анонимных наркозависимых...

— Нам хочется принести какую-то пользу людям, имея, пусть и отрицательный, опыт, — говорит Саша, — предостеречь их от неверного шага. Хочется как-то найти себя в жизни, чтобы появился смысл жить дальше. Хочется доказать обществу, что мы такие же, как все. Да, у нас есть свои проблемы, но нам не надо помогать, мы просим хотя бы не мешать, не плевать вслед, не тыкать пальцем. Мы и так наказаны, хватит того зла, которое мы сами себе причинили.

Елена Колгушева (УНИАН)

15% набирають наркотик із загального посуду. Випадкові сексуальні стосунки мають 22%, тоді як в 2001 р. ця цифра становила 54%. З 58% СН, що практикували незахищений секс з випадковим партнером у 2001 р., рівень скоротився до 16% у 2004 р.

Одним з головних регіональних завдань є розробка та впровадження стратегій, спрямованих на зменшення інфікування ВІЛ/СНІД через ін'єкційне вживання наркотиків.

Реалізація конкретних проектів в області та в окремих її містах підтверджує ефективність і необхідність продовження

програм зменшення шкоди серед СН. Впровадження профілактичних заходів стосовно СН центрами соціальних служб для молоді засвідчує готовність державних органів влади та державних структур до роботи з цією групою. В області також накопичено позитивний досвід співпраці державних структур та громадських організацій. Водночас ситуація стосовно вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, рівень усвідомлення проблеми, поширеність та усталеність програм профілактики ВІЛ-інфікування серед СН істотно різняться між окремими містами та районами області. Слід також зазначити, що й

Стратегічні напрями профілактики ВІЛ-інфікування серед СН

1. Створення при ОКР на обласному та місцевому рівнях координаційного органу з метою координації узгодженості, взаємопов'язаності та систематичності проведення профілактичних заходів державними та неурядовими організаціями. Цей орган проводитиме моніторинг, оцінку ефективності конкретних проектів, програм, заходів, їхнього впливу на цільову групу за допомогою визначених критеріїв ефективності кожного конкретного заходу.
2. Провести ретельний аналіз ситуації щодо споживання ін'єкційних наркотиків на рівні області й окремих міст та районів, а в разі необхідності — на рівні окремих мікрорайонів. Провести оцінку загального числа СН, проаналізувати наявні програми, ресурси, потреби. За результатами оцінки розробити конкретні плани дій, як короткострокові, так і стратегічні.
3. Обласну та місцеві програми доцільно будувати із взаємопов'язаних проектів та заходів, враховувати плани та програми як державних установ, так і неурядових організацій, орієнтуючись на результати оцінки ситуації стосовно споживання ін'єкційних наркотиків та реальний місцевий потенціал.
4. Необхідно розробити такі методи реалізації профілактичної діяльності серед СН, що враховуватимуть уже існуючий місцевий, національний та міжнародний позитивний досвід, при цьому до планування та поширення профілактичної роботи серед СН необхідно залучати самих представників цільової групи, почути їхній голос, допомогти реалізувати їхні можливості, забезпечити дотримання прав людини стосовно цієї групи. Передусім це вивчення досвіду роботи груп взаємопідтримки та сприяння їхній роботі на рівні міст, районів та області в цілому.
5. Здійснювати фінансування профілактичних заходів на місцевому рівні з боку різних відомств. На всіх рівнях місцевого самоврядування всебічно сприяти залученню позабюджетних коштів для вирішення проблеми профілактики ВІЛ/СНІДу серед СН.
6. Активно залучати до профілактичної діяльності досвід та ресурси місцевого комерційного сектора, наприклад, використовувати їх для постачання презервативів, шприців, дезінфікуючих засобів, інформаційно-просвітницьких матеріалів тощо.

7. Активно сприяти створенню маловитратних, життєздатних, ефективних структур для надання їм можливості проведення профілактичної діяльності серед СІН, беручи за зразок консультаційні пункти «Довіра» на базі ЦССМ або ПОШ громадських організацій, які діють за стратегією зниження шкоди.
8. Забезпечити максимальне розширення просвітницьких заходів у середніх та вищих навчальних закладах міст з метою охоплення латентної частини СІН зусиллями наркологічних служб, педагогічних колективів та громадських організацій.
9. Залучити науковців Донецького медичного університету ім. М. Горького до роботи і, в першу чергу, до розробки профілактичних програм, підготовки спеціалістів, поінформованості осіб, що приймають на місцевому та обласному рівні рішення, проведення досліджень із зазначеної проблеми, зокрема – моніторинг поведінки СІН, спеціальні дослідження латентних груп, вивчення каналів та методів впливу на цільову групу.
10. Активно працювати над зміною громадської думки стосовно споживачів ін'єкційних наркотиків.
11. Сприяти створенню та відкриттю системи кабінетів анонімного обстеження на ВІЛ-інфекцію та реабілітаційних центрів для СІН.

рівень підготовки з цього питання як державних службовців, так і фахівців у сферах медичних послуг, соціальної роботи, правоохоронних органів загалом є невисоким (що відображено у відповідних розділах ситуаційного аналізу) і значною мірою залежить від стажу діяльності за програмами та проектами зменшення шкоди в окремих територіях області.

Гострою проблемою сьогодення в організації ефективної роботи з названою цільовою групою є виділення бюджетних та залучення позабюджетних коштів для матеріального забезпечення програм зменшення шкоди серед СІН, створення умов для поширення таких програм, підвищення рівня охоплення цільової групи.

Проведений аналіз дає змогу визначити стратегічні напрями діяльності з метою більш успішного планування на місцевому рівні заходів щодо розширення охоплення споживачів ін'єкційних наркотиків профілактичними діями.

Накопичений в області досвід роботи з СІН дозволяє стверджувати, що розвиток програм втручання переходить до нового етапу. Особливостями цього етапу є інтеграція державного і недержавного секторів у спільній протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, пошук найефективніших форм і методів

роботи в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків, що базуватиметься на переосмисленні та аналізі досвіду, напрацюванні критеріїв і методик оцінки дієвості та економічної ефективності проектів.

6.1.2. Жінки комерційного сексу

Нестабільність економічної ситуації призвела до стрімкого зростання числа жінок, що надають сексуальні послуги за гроші.

Світовий досвід вказує на неефективність боротьби з проституцією як із соціальним явищем. На рівень розповсюдження серед ЖКС ВІЛ/ЗПСШ можна впливати тільки профілактичними заходами.

Розрахунковий рівень числа ЖКС тільки в Донецьку вказує, що їх число перевищує 1000. Дані, одержані від УВС Донецька, які мають приблизний характер, вказують на те, що:

- 40% ЖКС працюють на вулицях та дорогах;
- 20% – у барах, готелях;
- 40% – у фірмах на виклик (у місті налічується до 20 фірм);
- 20% – працюють самостійно (без друзів або захисту);
- 75% – під контролем сутенера;
- 5% – під контролем охоронця;

Табл. 6.1. Результати дозорного епідеміологічного нагляду щодо вживання наркотиків ВІЛ-інфікованими жінками (%)

Категорія жінок	2000 р.	2005 р.
Вживають наркотики	29	32
Не вживають наркотики	13	20
Не відповіли	58	48

- 75% є місцевими мешканками (в межах 300 км);
- 25% мігрують з міст та районів області;
- до 50% щоденно вживають будь-який наркотик.

Ризик інфікування ВІЛ/ЗПСШ серед ЖКС дуже високий. Це пов'язано з:

- сексуальним насильством (13,3%);
- фізичним насильством (6,6%);
- браком інформації щодо профілактики (39%);
- бездомністю жінок (2%);
- малозабезпеченістю (62%).

Зростає ризик зараження ВІЛ під час надання секс-послуг під дією наркотиків, коли послаблюється контроль ситуації. Дані обласного центру профілактики ВІЛ/СНІДу щодо вживання наркотиків ВІЛ-інфікованими жінками наведено у табл. 6.1.

За офіційними статистичними даними в регіоні відзначається зниження захворюваності на ЗПСШ. Однак дані ДЕН вказують на високий рівень захворюваності на сифіліс у цільовій групі ЖКС – 16%. При цьому слід зазначити, що ризик зараження ВІЛ підвищується при наявності ЗПСШ та гінекологічних захворювань.

У сфері комерційного сексу представлені жінки різних вікових груп – від 14 до 39 років. При цьому найчисельнішу групу становлять жінки віком 14–18 років – (33%) та 25–35 років (33%). В основному це мешканки міст. Епізодично надають комерційні секс-послуги студентки технікумів та вузів Донецька – їх близько 30%. У сфері комерційного сексу працюють жінки, що мають як вищу (близько 4%), так і неповну середню освіту (близько 25%). Близько 70% жінок комерційного сексу мають середню та середню спеціальну освіту.

56,7% ЖКС не були одружені, 26,7% були розлучені на момент дослідження.

Чимало з розлучених жінок були вимушені заробляти на життя своє та дітей комерційним сексом (40%). ВІЛ-позитивні жінки знають про свій стан і продовжують надавати секс-послуги, тому що знайти іншу роботу для них нереально (за їхніми словами, вони повідомляють клієнтові про свій ВІЛ-статус і тільки після його згоди здійснюють захищений статевий акт).

Ставлення ЖКС до використання засобів захисту можна розглядати як один із показників рівня знань про безпеку інфікування ВІЛ/СНІДом:

- періодичні статеві контакти без презерватива мають 18% ЖКС;
- при пропозиції незахищеного сексу за додаткову плату в 83% випадків ЖКС дають згоду.

На ризиковану сексуальну поведінку ЖКС вказує той факт, що 43,3% з них мали венеричні захворювання, при чому 3,3% з них у цей період продовжували надавати секс-послуги.

Ризик зараження ВІЛ зростає також і для клієнта, коли ЖКС мають численні статеві контакти (2–6 партнерів у день). На відсутність умов виконання правил особистої гігієни вказало 38% ЖКС. 60% ЖКС мають незахищені статеві стосунки з постійними клієнтами.

Основною метою профілактичної роботи є зниження ризику передачі ВІЛ.

В області практикуються такі форми роботи з ЖКС, як інформування з питань профілактики ВІЛ/СНІДу, надання безоплатних юридичних консультацій, медична допомога (безоплатне обстеження на ВІЛ, консультації венеролога, нарколога, інфекціоніста, психолога), підготовка волонтерів для роботи з ЖКС, соціально-психологічна допомога, проведення тренінгів, проведення ДЕН, розповсюдження презервативів, буклетів тощо.

У процесі реалізації проектів головним є позбавити жінок настороженості та неконтактності, що зумовлено замкнутістю представників цієї цільової групи, та змін їхнього скептичного ставлення до НДО.

Перебігом проектної діяльності також використовуються можливості регіональної асоціації планування сім'ї, міського

центру соціальних служб для молоді для роздачі безплатних презервативів, проведення бесід та консультацій.

З 2000 р. на території Донецької області НДО розширюють число ЖКС, охоплених профілактичною роботою: реалізована програма «Венера», яку провела макиївська громадська організація «Джерело» (були проведені поведінкові дослідження, освітні семінари у відділах УВС, профілактичні рейди); у січні 2001 р. створена косянтинівська міська громадська організація «Товариство сприяння ВІЛ-інфікованим». Ініціативною групою організації проведено соціологічне дослідження серед ЖКС.

У порівнянні з Донецьком у Макиївці та у Слов'янську значне місце серед ЖКС займають жінки віком 18–25 років. Третина з них є одруженими. Рівень ВІЛ-інфікування ЖКС у Макиївці практично такий самий, як у Донецьку – 29%.

Для Косянтинівки характерним є більш високий рівень наркотизації ЖСБ (63%) та надзвичайно низький рівень знань про СНІД (лише близько 20% орієнтуються у проблемі ВІЛ/СНІДу) і тільки 18% ЖКС використовують презервативи.

Доступна нам інформація дозволяє дійти висновків про те, що вікова межа залучення до секс-послуг знижується, число жінок, які вдаються до такого заробітку, зростає, збільшується питома вага тих, хто вживає наркотики, у тому числі й ін'єкційним шляхом, підвищується рівень поширення ВІЛ. Більшість ЖКС не мають адекватного доступу до медичних послуг, проблемним є отримання правової підтримки. Значна частина жінок, особливо молодих, ніколи не мали досвіду іншої роботи, професійної підготовки.

Серед ЖКС є багато мігранток, яким бракує життєвого досвіду, житла, моральної та психологічної підтримки. Вони не мають до кого звертатися, розміри державної соціальної допомоги не забезпечують можливості прожити. Суспільство не толерантне до проституції. При цьому негативна громадська думка ускладнює становище цих жінок, сприяє замкненості їхнього середовища та його криміналізації.

За таких умов важливим напрямком роботи є підтримка груп взаємодопомоги та взаємопідтримки серед жінок. З метою підтримки діяльності таких груп НДО забезпечують ЖКС інформаційними матеріалами, презервативами, формують у жінок готовність до співпраці та забезпечують консультативний супровід ЖКС. ОКР через систему охорони здоров'я повинна вирішити питання можливості анонімного медичного консультування та обстеження і за необхідності вирішити питання їхнього лікування.

Профілактичні програми серед представників комерційного сексу, що проводяться в Донецьку, Макиївці, Косянтинівці, Горлівці, Слов'янську показують, що темпи поширення ВІЛ у даній цільовій групі можна знизити. Цікавими є дані про те, що результати роботи з представниками контингентів, що важко йдуть на контакт, мають різко позитивні наслідки. Це потенційні клієнти профілактичних програм у майбутньому.

На сьогодні питання потреби ЖКС у профілактичних заходах та їх охоплення профілактичними програмами в області вивчено недостатньо. Тому наступними кроками на шляху до активної профілактичної роботи серед ЖКС щодо ВІЛ-інфікування стають заплановані дослідження з вивчення ролі ЖКС у поширенні ВІЛ-інфекції в регіоні та їхні потреби в профілактичному забезпеченні.

6.1.3. Чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками

Чоловіки, які мають секс з чоловіками, не повинні розглядатися як відокремлена та однорідна група, тому що до неї входять як гомо-, так і бісексуальні чоловіки, котрі відрізняються за соціальними та культурними характеристиками, віком, сексуальною ідентичністю та поведінковими мотивами. Однак можна сказати, що у цій групі зберігається розподіл «ролі» між сексуальними партнерами. Позиція у сексі прямо не співвідноситься з гендерним самовираженням, але водночас «манірність» та жіночність окремих представників із цієї групи сприймаються як цілком стереотипна характеристика всієї цільової групи.

Вікові групи цієї цільової категорії різні: за віковим критерієм можна виділити молодих людей віком 15–35 років, які здебільшого знайомляться через Інтернет та ЗМІ, і групу старшого віку, 36–60 років, які відвідують так звані «плешки» — громадські туалети та парки міста.

Сексуальна поведінка ЧСЧ відрізняється індивідуальною або груповою установкою, розділеною на визначені види практик, та супроводжується їхнім осмисленням, співвіднесенням з питаннями сексуальної ідентичності й рівня відкритості, торкаючись власної гомосексуальності. Важливу роль у цьому відіграють ситуаційні фактори. Так, у Донецькій області тривалий час місцем зустрічі, знайомства та сексу були «плешки». Така ситуація склалася через відсутність альтернативних місць знайомства — кав'ярень та клубів. Зараз ці місця втратили свою актуальність через їх благоустрій. Нині парки служать тільки місцем для знайомства. Більшість чоловіків, котрі пропонують секс за гроші, мали до цього невелику кількість некомерційних контактів, тому недосвідчені у стосунках з партнером. Ці представники ЧСЧ часто стають жертвами обману, примусу або насильства з боку клієнта. Додатковою небезпекою є те, що за умови підвищення ціни за сексуальні послуги багато хто з ЧСЧ погоджується на контакт без презерватива.

З розвитком інформаційних технологій — телепорталів, мережі Інтернет — вони стали актуальною формою знайомства та перетворились на популярний спосіб спілкування, одержання інформації та пошуку партнерів для ЧСЧ, особливо молоді. Однак, незважаючи на те, що спілкування в он-лайн надає можливості відвертого спілкування на різні теми, застереження з приводу безпечного сексу робляться дуже рідко.

Тож вважаємо за необхідне відзначити, що між прибічникам тих чи інших форм знайомства або відвідування тих чи інших

місць не має чіткої різниці. Але зберігається певна специфіка. Так, групи ЧСЧ досить неоднорідні і створюють загалом широку, але надто аморфну соціальну мережу, без спільного центру, але із значним числом неформальних лідерів. Ці групи не замкнені і поверхнево пов'язані між собою через окремих членів, часто об'єднуючись під впливом ситуаційних факторів у рамках певного простору. Тому з метою розробки та впровадження програм профілактики ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ, які б відповідали реальним проблемам даної групи, необхідне розуміння способу життя ЧСЧ та проведення якісних і вичерпних досліджень з метою вивчення поведінки цієї категорії людей. Потрібно також розробити науковий підхід і якісну методологію для проведення подібних досліджень. Особливу увагу слід надати визначенню термінології, адже використання на сьогодні різних найменувань (ЧСЧ/РКС, ЧСЧ/ЛВП тощо) не може певною мірою відображати характер та специфіку цієї групи.

У Донецькій області, як загалом в Україні, постійно зростає число зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування людей. Визначити, який рівень ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД припадає на долю гомо- та бісексуального населення, практично неможливо через відсутність даних офіційної статистики та проведення вибіркового дослідження і епідеміологічних наглядів серед даної цільової групи¹.

Обговорюючи питання профілактики ВІЛ/СНІДу серед чоловіків, які мають секс з чоловіками, слід відзначити, що для організацій, які надають послуги у сфері цієї інфекції, це питання не є пріоритетним. Тому профілактичною роботою серед ЧСЧ в області активно не займаються. Невідомий рівень поширення цього виду сексуальних стосунків в області, рівень небезпечної поведінки, не вивчались можливості організації профілактичної роботи у названій цільовій групі. Така цільова група

1 Моніторинг поведінки чоловіків, які мають секс з чоловіками, як компонент епідагляду другого покоління. Л. Амджадін, К. Кащенко, Т. Коноплицька та ін. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005: 60 с.

потребує в першу чергу досліджень з вивчення умов її функціонування, рівня небезпечної поведінки і потреби у різних видах інформаційної та консультативної допомоги. Враховуючи особливості

поведінки ЧСЧ, таку функцію, особливо на початку роботи, можуть узяти на себе НДО, що зарекомендували себе з позитивного боку, із залученням волонтерів з цільової групи.

6.2. Групи-місткі та профілактика серед них

Серед груп ризику на особливу увагу заслуговують так звані «групи-місткі», до яких належать зокрема, клієнти жінок комерційного сексу: водії-далекобійники, трудові мігранти, працівники сфери відпочинку, тобто ті верстви населення, які на тривалий час відриваються від свого основного сексуального партнера.

2002 р. за підтримки ЮНІСЕФ проведено пілотний проект – поведінкові соціологічні обстеження респондентів у групах-містках щодо епідемії ВІЛ/СНІДу. Це обстеження проводилося у тому числі і в Донецьку. Серед опитаних були і представники груп-містків (306 водіїв-далекобійників, 203 трудових мігрантів, 150 працівників сфери розваг та відпочинку, 149 клієнтів ЖКС). Рівень їхньої обізнаності з питань профілактики ВІЛ/СНІДу вказує на те, що вони мають певні знання з названої проблеми. У середньому частка тих, хто не знає нічого про цю хворобу, становить 3%. Близько половини опитаних вважають свої знання щодо ВІЛ-інфекції достатніми. Вагалися в оцінці своїх знань 17% опитаних. До речі, більшість респондентів висловила адекватні судження щодо основних шляхів передачі ВІЛ/СНІДу.

Однак серед представників груп-містків наявні й помилкові судження-міфи. Так, одним із них є уявлення про те, що ВІЛ може передаватися через рукостискання та поцілунки. Поцілунки вважають шляхом передачі ВІЛ/СНІДу 23% ЖКС, 38% водіїв-далекобійників, 41% трудових мігрантів та 39% працівників сфери відпочинку.

Згідно з отриманими даними, у середньому один клієнт ЖКС протягом останнього року мав шість сексуальних партнерів, включаючи дружину, випадкових

сексуальних партнерів, яким давалася винагорода за послуги. Близько третини опитаних не використовували презервативу під час останнього сексуального контакту з комерційним партнером, 4% не змогли згадати, чи використовувався ними презерватив. Значна частина клієнтів ЖКС (бл. 11%) ніколи не використовує презерватив у контактах з комерційним партнером, наражаючись на особливий ризик.

Одержані відомості певною мірою стосуються і трудових мігрантів. Їх число (як легальних, так і нелегальних) останніми роками значно зростає. Серед опитаних мігрантів 10% вступали у сексуальні контакти з ЖКС, а 8% самі надавали відповідні послуги. Близько третини з них мали контакти з випадковими та мало-знайомими особами. 73% не використовували презерватив під час останнього сексуального контакту з постійним партнером, 3% не використовували його ніколи. Із випадковими сексуальними партнерами ніколи не використовують презервативи 36% опитаних.

Серед водіїв-далекобійників, з яких 88% одружені, у своїй сексуальній практиці 65% ніколи не використовують презервативи під час сексуального контакту з постійним партнером, а під час статевих контактів з ЖКС їх не використовують 20% опитаних. При цьому небезпеку бути інфікованими на ВІЛ усвідомлюють тільки 42% опитаних, а 41% опитаних вважають, що загрози бути інфікованими у них немає. Проведене серед даної цільової групи опитування показало, що вони недостатньо знають шляхи передачі ВІЛ/СНІДу та методи профілактики інфікування. Отже, одержані дані вказують на наявність в

Водії-таксисти як група-місток

У 2004 р. членами благодійної організації «Джерело» спільно з працівниками Макіївського міського центру профілактики ВІЛ у рамках дозорного епіднагляду провели соціологічне дослідження серед 50 водіїв-таксистів як групи-містка.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що переважна частка водіїв, які працюють таксистами – це чоловіки (94%), і тільки 6% становлять жінки. Найбільша питома вага серед водіїв припадає на вікові групи 19–29 та 30–39 років – по 28%. Опитані мають досить високий рівень освіти: 46% – середню спеціальну, 24% – неповну або закінчену вищу. Більшість водіїв працюють на приватних підприємствах (72%).

Майже всі опитані є сексуально активними особами, лише 2 (4%) вказали на відсутність статевого партнера протягом останніх 12 місяців. Крім постійних статевих партнерів, на контакти з ЖКС вказали 24%, а на наявність випадкових контактів – 27% респондентів.

Водії практикують досить ризиковану відносно зараження ВІЛ поведінку: тільки 42% з них завжди користуються презервативом під час стосунків з ЖКС, та 36% – під час контактів з випадковим партнером.

Причини відмови від користування презервативом під час стосунків з ЖКС не змогли назвати 43% тих, хто ним користується не завжди. 36% відповіли, що вони «не вважали за потрібне», 21% опитаних відмовились від презерватива тому, що він знижує чуттєвість.

Водії таксі досить часто надавали послуги з доставки клієнтів до місць, де працюють ЖКС (88% повідомили, що надавали саме таку послугу), та ЖКС до клієнтів (таку послугу надавали 64%).

Серед помилкових уявлень про ВІЛ/СНІД найпоширенішими є ті, що СНІД можна вилікувати сучасними засобами (36%), що ВІЛ-інфікований – це людина, хвора на СНІД (44%). 50% опитаних не погоджуються з тим, що утримування від сексуальних контактів знижує ризик ВІЛ-інфікування.

Досить високим для себе оцінюють ризик інфікування ВІЛ 52% респондентів.

Дослідження показало, що водії таксі достатньо поінформовані щодо основних шляхів передачі ВІЛ (шприц, голка, статеві контакти без презерватива, контакти з кров'ю) – від 70 до 84% правильних відповідей на такі запитання. Натомість відзначено досить низький рівень знань відносно шляхів, якими він не передається (кашель, рукостискання, посуд, мило) – від 24 до 58% правильних відповідей.

опитуваній групі водіїв-далекобійників ризику інфікування.

Таким чином, основною проблемою є дисоціація між рівнем профілактичних знань та поведінкою даної цільової групи. Невисокий рівень знань щодо шляхів, якими ВІЛ не передається, може сприяти формуванню стигматизації та дискримінації ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

Заглом наведені дані вказують на недостатній рівень поінформованості

представників груп-містків щодо проблеми ВІЛ/СНІДу, що значно підвищує ризик інфікування населення області. Результати дослідження є вагомим аргументом для впровадження інформаційних та профілактичних програм із ВІЛ/СНІДу для представників груп-містків. У зв'язку з цим необхідно запровадити освітні програми, широку інформаційно-просвітницьку кампанію, до якої варто залучати ЗМІ

та інші інформаційні канали та фахівців з цього напрямку діяльності.

Сьогодні дані офіційної статистики відносно груп-містків не є достовірними. Вони занижені, особливо щодо до трудових мігрантів, ЖКС, водіїв-далекобійників. Немає й репрезентативних даних про поведінкові характеристики водіїв-далекобійників та водіїв-таксистів. Наразі ми не маємо даних і про міграційні шляхи ЖКС в області та за її межами.

Але в області відсутні організації, які працюють з трудовими мігрантами та водіями далекобійниками.

Завданням сьогодення є проведення моніторингу груп-містків в області та організації серед них активної профілактичної роботи. Необхідно визначити місця найбільшого зосередження представників вказаних груп підвищеного ризику та налагодити з ними контакти. ОКР та МРГ мають спланувати роботу як державного сектора, так і недержавних організацій, щоб усі названі групи-містки були охоплені профілактичною роботою. Перед медичними працівниками поставлене завдання проведення регулярних дозорних епідеміологічних наглядів серед цієї групи населення.

6.3. В'язні

У Донецькій області в установах пенітенціарної системи перебуває 27563 особи (включаючи СІЗО, у колоніях – 21219). За даними медичної статистики відділу медичного забезпечення та санітарно-епідемічного контролю Управління Державного департаменту з питань виконання покарань у Донецькій області офіційно зареєстровано серед них 1013 ВІЛ-інфікованих. Переважне число ВІЛ-інфікованих перебуває в колоніях для наркозалежних осіб: виправна колонія (ВК) суворого режиму №97 у Макіївці (серед 1500 чоловік 70 ВІЛ-інфікованих) ВК суворого режиму №124 (серед 2000 осіб – 70 ВІЛ-інфікованих) ВК №27 у Горлівці (серед 2000 засуджених – 134 ВІЛ-інфікованих).

Є одна міжобласна лікарня при виправній колонії №124 на 200 ліжок (80 терапевтичних, 60 спеціалізованих і 60 хірургічних). Пропускна спроможність – 3500 чоловік на рік; за 2005 р. пройшли тест на ВІЛ 635 чоловік, позитивний результат встановлено для 144 чоловік (142 і 27 чоловік за останній квартал відповідно). За минулий рік через міжобласну лікарню пройшло 80 пацієнтів, хворих на СНІД, з них 27 чоловік амністовані.

БФ «Піклування» в колоніях Донецької області вивчав у 2004–2005 рр. передумови для проведення профілактичної

роботи із запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу серед засуджених.

Перебігом дослідження вивчалися особливості взаємостосунків серед в'язнів. Взаємостосунки базуються на кількох специфічних принципах, з чого випливає, що те, до чого звикли люди на волі, у більшості випадків не може бути порівняним зі способом життя на зоні.

Тому при проведенні заходів треба враховувати таке:

1. Серед засуджених існує ієрархічний розподіл, а також розподіл за способом життя у колонії.
2. При оцінці способу життя у колонії не слід враховувати той факт, що на волі людина займала певне соціальне становище, оскільки це жодною мірою не визначає його ієрархічне становище у колонії. З цього випливає, що під час проведення масових заходів серед засуджених з метою одержання більш ефективних результатів не слід в одному приміщенні збирати представників різних соціотипів.
3. Засуджені в колоніях розділяються за такими категоріями:
 - а) «Мурчаші», «блатні» (люди, що підтримують «злодійські традиції») – це засуджені, які посідають найвище становище в ієрархії серед засуджених).

б) «*Мужики*» – в'язні, що ведуть пасивний спосіб життя і не втручаються в жодні питання, які їх не стосуються. «*Порядочні мужики*» – в'язні, що мають право голосу при вирішенні питань, які стосуються не тільки їх самих. Вони стоять на одному з вищих ієрархічних щаблів у соціумі засуджених.

в) «*Козли*», «*кози*», «*шнірі*», «*коні*», «*стійлові козли і кози*» – в ієрархії колонії посідають різне становище і виконують різну роль:

- «*Козли*» – засуджені, що беруть участь у громадській роботі (завгоспи, бригадири, тощо). «*Козлами*» їх назвали так за те, що вони примушували за дорученням адміністрації працювати засуджених. У теперішній час взаємовідносини між «*козлами*» та іншими засудженими будуються на взаєморозумінні.

- «*Кози*» – загалом вони виконують ту ж саму функцію, що й «*козли*», але є відмінності. Якщо за «*козлів*» клопочуться самі засуджені, то «*кіз*» адміністрація призначає самостійно і вони тісно співпрацюють з оперативно-режимними службами колонії, доповідаючи всю інформацію про поведінку засуджених. До «*козлів*» та «*кіз*» у зонах ставляться загалом з підозрою.

- «*Шнірі*», «*коні*» – тип засуджених, що перебувають у підпорядкуванні в «*козлів*» та «*кіз*», а також у різного роду працівників як з боку засуджених, так і з боку адміністрації. Вони можуть бути «на побігеньках» у «*блатних*» та «*мужиків*», виконуючи певні доручення за плату (чай, сигарети, їжу тощо).

- «*Стойлові козли і кози*» – це тип засуджених з великими можливостями у межах колонії. До них засуджені ставляться «з повагою», головним чином через страх.

г) «*Чорти*» – тип засуджених зі слабкою волею. Ці засуджені не стежать за собою і основною масою засуджених сприймаються негативно, але без агресії.

д) «*Півні*», «*скривджені*» (гомосексуалісти) – найнижчий ієрархічний щабель серед засуджених. Їм не можна

вітатися з іншими засудженими за руку, оскільки рукостискання – знак дружніх відносин.

Слід відмітити, що вітання в зоні є не тільки проявом ввічливості, а й демонстрацією способу життя, поведінки, людської гідності. Тому на зонах чітко дотримуються ієрархічних відносин між різними категоріями засуджених.

Все, що діється в житті засудженого, який перебуває у місцях відбування покарання, помітно контрастує з життям на волі.

На сьогодні у Донецькій області робота з засудженими у рамках реалізації двох проектів ведеться за двома напрямками.

Проект «Знати, щоб розуміти» виконується БФ «Піклування» за підтримки Всеукраїнської мережі людей, які живуть із ВІЛ, спільно з клубом «Світанок» та Управлінням виконання покарань у Донецькій області.

Метою проекту є медико-соціальний супровід 200 ВІЛ-позитивних та 200 ув'язнених, що мають сумнів щодо свого ВІЛ-статусу, з ВК №97, №124 та міжобласної лікарні при ВК №124, медична і немедична підтримка шляхом надання консультацій «рівний – рівному», групових консультацій, створення волонтерського руху, залучення у групи самопомоги, організація процесу тестування на ВІЛ, CD4, зміцнення матеріального забезпечення медичної допомоги та забезпечення клієнтів предметами особистої гігієни, консультації фахівців (дерматолога, психолога).

У рамках реалізації проекту «Знати, щоб розуміти» була створена нормативна база спільної діяльності громадської організації БФ «Піклування» та державних структур. З цією метою розроблено і затверджено наказ про спільну діяльність між Управлінням охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації та Управлінням Державного департаменту з питань виконання покарань у Донецькій області (наказ №398/268 від 24.09.2004 р. «Про міжвідомчі координаційні дії у боротьбі з ВІЛ-інфекцією у Донецькій області»).

Проводилася робота (фокус-група, тренінги) зі співробітниками ВК №124 та медичними працівниками і співробітниками психологічної служби з метою виявлення знань та рівня толерантності до ВІЛ-позитивних ув'язнених, з наступним наданням якісної інформації щодо проблеми ВІЛ/СНІДу, навичок перед- і післятестового консультування ЛЖВ, психоемоційного ставлення до ВІЛ-позитивних ув'язнених. Відзначено досить непоганий рівень знань із проблем ВІЛ/СНІДу, хоча самі медичні працівники вважають його недостатнім і виявляють бажання одержувати регулярно нову інформацію з проблеми ВІЛ/СНІДу. Ставлення медичних працівників до ВІЛ-позитивних ув'язнених рівне, їх не видрізняють із загальної маси ув'язнених. Видано та поширено інформаційні матеріали «Методичний посібник з основ консультування в умовах пенітенціарної системи».

Реалізація 2-го етапу проекту – робота з ВІЛ-позитивними ув'язненими та з ув'язненими, що сумніваються у своєму ВІЛ-статусі. З метою з'ясування ситуації, що склалася з проблемою ВІЛ-інфекції серед ув'язнених, було проведено дослідження, польова частина якого проходила у ВК №124 Управління виконання покарань Донецької області. За його результатами було проведено тренінг для ВІЛ-інфікованих і ув'язнених, що сумніваються у своєму статусі. Відбір цільової аудиторії проводився з дотриманням конфіденційності ВІЛ-статусу запрошених та за принципами добровільності: запрошення ВІЛ-позитивних ув'язнених на тренінг здійснювалось індивідуально лікарем у санчастині з метою збереження конфіденційності у загонах та перед персоналом зони.

За підтримки адміністрації на території ВК №124 була сформована і діє група самопомоги для ВІЛ-позитивних засуджених, збирається по п'ятницях у відділенні соціальної реабілітації.

Середнє число учасників – 9–12 чоловік в одній груповій сесії. Теми визначаються виключно учасниками зборів. Теми,

що обговорюються на зборах: «Лікування ВІЛ і опортуністичних захворювань», «ВІЛ і наркоманія», «12-крокова програма, як це працює», а також усіх дуже цікавлять взаємини з протилежною статтю в контексті ВІЛ-інфекції.

Діє група самопомоги для засуджених у ЗВК №97 (м. Макіївка). У першій групі самопомоги було 30 чоловік. Збори групи проводяться щотижня по вівторках у відділенні соціальної реабілітації. Середнє число учасників – 12 чоловік в одній груповій сесії, максимальна – 18.

Представники адміністрації прихильно ставляться до роботи групи, відгукуються на запити тих, хто веде роботу групи, і час від часу виступають з конструктивними організаційними ініціативами.

Організація має досвідчених тренерів для проведення тренінгів як з працівниками медичних установ пенітенціарної системи, так і з ВІЛ-позитивними особами; є можливість співпраці з адміністрацією та медичною службою Управління виконання покарань, а також залучення психологів та представників ЛЖВ з метою створення груп психотерапевтичної допомоги.

Профілактичний проект «Зниження ризику ВІЛ-інфікування в КВК №27 м. Горлівка» здійснюється товариством «Лінія життя» (Горлівка) у співробітництві з клубом «Світанок» та волонтерською групою «Шанс».

Метою проекту є зменшення ризику інфікування ВІЛ та ЗПСШ серед засуджених КВК №27: вивчення знань щодо ВІЛ/СНІДу, ЗПСШ та ризикованої поведінки засуджених, підвищення інформованості щодо питань профілактики ВІЛ/ЗПСШ серед засуджених, підготовка засуджених до роботи за принципом «рівний – рівному», підвищення рівня інформованості персоналу ВК №27, формування толерантного ставлення, надання консультацій лікаря-фахівця з питань ВІЛ/СНІДу персоналу та засудженим, проведення епідмоніторингу серед засуджених з поширення ВІЛ, гепатиту С.

З квітня 2005 р. автономно працює самоорганізація засуджених «Шанс».

У травні 2005 р. проведено заходи, присвячені Всесвітньому дню пам'яті людей, померлих від СНІДу. Заходи включали: прес-конференцію (серед учасників – ЗМІ, представники НДО та адміністрації КВК №27), проведення футбольного матчу «Спорт – так! Наркотик – ні!» між збірною волонтерів та збірною колонії, а також поширення квілта.

У результаті переговорів адміністрацією КВК №27 було виділено територію для спорудження автономного приміщення для проведення заходів проекту. Активну роботу в зонах проводять волонтери з числа тих, хто був раніше засуджений.

Таким чином, досвід роботи вказує на необхідність подальшої роботи з профілактики ВІЛ/СНІДу серед засуджених. У першу чергу це проведення досліджень з проблеми профілактики ВІЛ/СНІДу серед ув'язнених, зокрема проведення моніторингу їхньої ризикованої поведінки та вивчення каналів і методів впливу на різні соціотипи засуджених. Для ефективнішої роботи слід розширити залучення до роботи фахівців з числа медичних та соціальних працівників, психологів, членів недержавних організацій, волонтерів, які брали б участь у проведенні для засуджених-лідерів курсів-тренінгів.

6.4. Програми профілактики на робочому місці

Робочі місця, як місця активної профілактичної роботи розглядаються нами з різних боків. По-перше, це стабільні колективи, які легко залучати до профілактичної роботи. Як правило, у таких колективах люди добре знають одне одного, спілкуються, обговорюють актуальні питання, і тому в них легше виробляється колективне позитивне рішення. Робітники, зокрема чоловіки, часто стикаються з високим ризиком інфікування та передачі ВІЛ-інфекції, особливо в умовах інтенсивної трудової міграції. ВІЛ-інфіковані також можуть зазнавати стигматизації та дискримінації на робочому місці.

Разом з тим робоче місце часто є дуже зручним і сприятливим для здійснення заходів з контролю за ВІЛ-інфекцією, а заходи втручання, що здійснюються на робочих місцях, підтвердили свою ефективність на практиці.

У 2005 р. членами НДО «Джерело», «Здоров'я нації» та працівників макіївського міського центру профілактики ВІЛ/СНІДу за власної ініціативи було проведено обстеження 53 підприємств та організацій (32 у приватному, та 21 у державному секторах) у різних містах та районах Донецької області.

У процесі дослідження вивчалися такі питання:

1. Наявність програм профілактики, контролю і догляду у зв'язку з ВІЛ/СНІДом, що впроваджуються на робочих місцях та охоплюють такі питання:
 - а) основні факти про ВІЛ/СНІД;
 - б) особливо небезпечні фактори, пов'язані з передачею ВІЛ/СНІДу на робочих місцях, та заходи безпеки;
 - в) пропаганда використання презервативів;
 - г) добровільне консультування та тестування;
 - д) діагностика та лікування;
 - е) діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом;
 - ж) надання ліків у зв'язку з ВІЛ/СНІДом.
2. Профілактика стигматизації та дискримінації на основі ВІЛ-статусу під час:
 - а) найму на роботу;
 - б) просування по службі;
 - в) надання пільг при наймі на роботу, хворобі та звільненні.

Під час проведення дослідження були встановлені дані, наведені у табл. 6.2.

Проведений аналіз вказує на те, що програми профілактики ВІЛ/СНІДу мають

Табл. 6.2. Дані про наявність програм профілактики з питань ВІЛ/СНІДу на підприємствах та в організаціях Донецької області

Програми	Державні		Приватні	
	абс.	%	абс.	%
Наявність програм профілактики ВІЛ/СНІДу	16	76	4	12
Включення до програми розділів:				
Основні факти про ВІЛ/СНІД	16	76	4	12
Спеціальні небезпечні фактори, пов'язані з передачею ВІЛ/СНІДу на робочих місцях, та заходи безпеки	16	76	4	12
Пропаганда презервативів	9	42	—	—
Добровільне тестування та консультування	9	42	—	—
Діагностика та лікування	9	42	—	—
Діагностика та лікування ЗПСШ	9	42	—	—
Надання ліків у зв'язку з ВІЛ/СНІД	9	42	—	—

76% державних (з яких основну частину становлять заклади охорони здоров'я) та 12% приватних підприємств і організацій, на яких проводилось дослідження. До цих програм на всіх підприємствах та організаціях включені основні факти про ВІЛ/СНІД та спеціальні небезпечні фактори, пов'язані з передачею ВІЛ/СНІДу на робочих місцях та заходи безпеки. Розділи з пропаганди презервативів, добровільного тестування та консультування, діагностики та лікування, діагностики та лікування ЗПСШ, надання ліків у зв'язку з ВІЛ/СНІДом у програми профілактики включені тільки на 43% державних підприємств та організацій, що підлягали дослідженню, і зовсім не включені до програм профілактики на приватних підприємствах. Державними підприємствами, до програм профілактики яких включені усі розділи, передбачені ключовими показниками з моніторингу Декларації відданості справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, є заклади охорони здоров'я.

Питома вага числа жінок, охоплених програмами профілактики на підприємствах державного сектора, становить 74%. Питома вага числа чоловіків, охоплених програмами профілактики, дещо нижча і становить 71%. Питома вага працівників віком до 20 років серед всіх працівників, охоплених програмами профілактики на підприємствах державного сектора, становить 26%.

На підприємствах приватного сектора, які підлягали дослідженню, працює 1920 осіб, у т. ч. 958 жінок. Число працівників віком до 20 років налічує 483 особи. Згідно з ключовими принципами розробки основних показників моніторингу виконання Декларації відданості справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, розрахунок питомої ваги підприємств, що мають програми та політику боротьби з ВІЛ/СНІДом на робочих місцях, проводиться, виходячи з числа підприємств, які мають політику і програми з ВІЛ/СНІДу, що відповідають усім вказаним вище критеріям. У зв'язку з цим серед підприємств приватного сектора розрахунки питомої ваги числа охоплених жінок, чоловіків, працівників віком до 20 років не проводилися. Таким чином, можна дійти висновку, що питома вага підприємств державного сектора, що мають програми профілактики ВІЛ/СНІДу, які включають основні факти про ВІЛ/СНІД на 63% більше, ніж підприємств приватного сектора. Персонал, який працює на державних підприємствах та в організаціях, охоплений програмами профілактики ВІЛ/СНІДу на робочих місцях на 72%, а ті, що працюють на приватних підприємствах та організаціях зовсім не охоплені програмами профілактики, тому що під час проведення дослідження не виявлено підприємств приватного сектора, які б мали програми профілактики ВІЛ/СНІДу, що відповідають усім критеріям

Декларації відданості справі боротьби з ВІЛ/СНІДом.

Одержані дані є важливим підґрунтям для посилення роботи в напрямку підвищення контролю за ВІЛ/СНІДом на робочих місцях, особливо у приватному секторі,

що дозволить запобігти серйозним економічним та соціальним наслідкам розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу, оскільки проведення освітньої роботи серед працівників з питань профілактики ВІЛ/СНІДу відіграє важливу роль у запобіганні його поширення.

Пропозиції щодо запобігання ВІЛ/СНІДу на рівні підприємств

- Запровадження системи надання об'єктивної інформації стосовно шляхів поширення ВІЛ/СНІДу та пов'язаних з ним реальних ризиків, заходів його запобігання та поширення.
- Передбачення заходів трудової та соціальної адаптації інфікованих працівників у колективах.
- Передбачення впровадження заходів з недопущення дискримінації стосовно ВІЛ-інфікованих під час прийому на роботу, в процесі трудових відносин та при звільненні.
- Забезпечення догляду та допомоги ВІЛ-інфікованим працівникам, а також тим, хто постраждав від ВІЛ/СНІДу.
- Активізація діяльності профспілок щодо внесення до змісту колективних угод положень, що стосуються профілактики та шляхів захисту від ВІЛ/СНІДу найманих працівників на підприємствах.

6.5. Програми профілактики серед медичних працівників

Епідемія ВІЛ/СНІДу в Донецькій області розвивається загрозливими темпами. За даними обласного центру профілактики ВІЛ/СНІДу щотижня виявляється близько 100 (!) нових випадків ВІЛ-інфікування. Тому проблема профілактики професійного зараження ВІЛ медичними працівниками при наданні медичної допомоги пацієнтам сьогодні є актуальною. Ситуація ускладнюється тим, що виявлюваність ВІЛ серед пацієнтів ЗОЗ за даними серо-епідеміологічного моніторингу з 1996 р. зросла майже у 16 разів і досягла 5,49%.

З метою протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Донецькій області та запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед населення на регіональному рівні розпорядженням голови обласної державної адміністрації від 1.06.2004 р. №231 затверджено «Заходи із забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих та

хворих на СНІД у Донецькій області на 2004–2008 роки». Профілактика професійного зараження ВІЛ-інфекцією серед медичних працівників здійснюється проведенням таких заходів:

1. Підготовка, підвищення рівня кваліфікації та перепідготовка медичних і соціальних працівників з питань пропаганди здорового способу життя та профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу.
2. Підготовка медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів області з питань клініки, діагностики, профілактики ВІЛ/СНІДу, соціального захисту медичних працівників та порядку встановлення зв'язку захворювання ВІЛ/СНІДом з умовами професійної діяльності.
3. Забезпечення обласного та міських центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, міських та районних відділень (кабінетів) профілактики та лікування

ЛЖВ при ЦМЛ, ЦРЛ та лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції області засобами індивідуального та колективного захисту від ВІЛ-інфікування.

4. Забезпечення медичних працівників, що надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим, засобами індивідуального захисту, а також проведення специфічної хіміопротекції антиретровірусними препаратами у випадку аварійної ситуації та небезпечного контакту з біологічними рідинами ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

Відповідальним за виконання зазначених заходів є управління охорони здоров'я облдержадміністрації та міських і районних державних адміністрацій, головне управління освіти і науки, за участю обласного Товариства Червоного Хреста.

Запобігання професійному зараженню медичних працівників

В області розробляються методичні рекомендації щодо роботи в напрямку протидії епідемії ВІЛ/СНІДу та профілактики професійного зараження на ВІЛ-інфекцію серед медичних працівників.

Так, наказом управління охорони здоров'я облдержадміністрації та обласної санітарно-епідеміологічної станції від 18.08.2003 р. №249/126-0 затверджені «*Методичні рекомендації з профілактики професійного зараження ВІЛ в установах охорони здоров'я*».

Згідно з даними ВООЗ вірус імунодефіциту людини в умовах ЗОЗ може передаватися через інструменти, обладнання від медичного працівника пацієнтові, від пацієнта медичному працівникові, від одного медичного працівника до іншого та від одного хворого до іншого.

У розроблених методичних рекомендаціях висвітлені актуальні питання профілактики професійного зараження ВІЛ/СНІДом у ЗОЗ. Вони призначені для практичних лікарів, середніх медичних працівників, лікарів-інтернів та студентів медичних вузів.

Дані методичні рекомендації включають профілактичні універсальні заходи та заходи запобігання ВІЛ-інфікування під час особливих ситуацій.

Кожний медичний працівник, який працює з потенційним чи реально безпечним у відношенні ВІЛ-інфікування пацієнтом, мусить не тільки досконало знати інструктивно-методичні матеріали із забезпечення протиепідемічного режиму у ЗОЗ, але й активно виконувати всі заходи безпечної поведінки для себе та інших.

Епідеміологічний контроль за діяльністю медичних працівників

При значному поширенні ВІЛ-інфекції серед населення медичні працівники дедалі частіше контактують з біологічними матеріалами ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Питання, пов'язані з профілактикою внутрішньо лікарняного інфікування та професійного зараження ВІЛ регламентуються інструкцією, затвердженою наказом МОЗ України від 25.05.2000 р. №120.

Для проведення відповідної роботи в області розроблені та затверджені методичні вказівки. В них систематизовані рекомендації нормативно-правових документів України, обласного управління охорони здоров'я, а також дані вітчизняної та зарубіжної літератури із зазначеного питання.

Розроблено алгоритм дій медичних працівників при аварійних контактах з ВІЛ-інфікованою кров'ю, а також порядок інформування про результати медичного нагляду за медичними працівниками, що контактували з ВІЛ-інфікованою кров'ю.

Крім того, в області розроблені та затверджені «*Методичні рекомендації щодо заходів соціального захисту медичних працівників, інфікованих ВІЛ при виконанні службових обов'язків, та про порядок встановлення зв'язку захворювання на ВІЛ/СНІД з умовами професійної діяльності*».

У методичних рекомендаціях систематизовано законодавчі акти та державні документи, наводяться практичні рекомендації з організації соціального захисту медичних працівників на випадок їх професійного ВІЛ-інфікування та порядок встановлення зв'язку захворювання на ВІЛ/СНІД з умовами професійної діяльності.

Моніторинг медичних працівників, що мали аварійні контакти з кров'ю

За 6 місяців 2005 р. в області зареєстровано 45 аварійних контактів з кров'ю ВІЛ-інфікованих пацієнтів та пацієнтів з невизначеним ВІЛ-статусом. За аналогічний період попереднього року таких контактів було зареєстровано 28.

За період з 2001 р. у Донецькій області всього було зареєстровано 280 аварійних контактів, з яких 109 (40%) з кров'ю пацієнтів з невизначеним ВІЛ-статусом.

Із 45 аварійних контактів 17 зареєстровано в лікарів, 19 – у середніх медичних працівників, 4 – у молодших медичних сестер, 2 – в акушерок, 2 – у фельдшерів, 1 – у клінічного лаборанта.

Із аварійних контактів, зареєстрованих в області, 62% являли собою найвищий ризик у плані ВІЛ-інфікування, 29% – високий ризик і 11% – низький ризик.

18 медичних працівників одержали повний курс профілактичного лікування препаратом Комбівір, шестеро медичних працівників від проведення профілактичного лікування з різних причин відмовилися, чотверо медичних працівників лікування не одержали у зв'язку з невчасним зверненням до режимної комісії, у двох випадках профілактичне лікування не призначалося без з'ясування причини.

Медичні працівники, найбільшою мірою пов'язані з проблемою ВІЛ/СНІДу через надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, не повністю готові до вирішення проблеми. На це вказують наведені в інших розділах дані про нетолерантне ставлення медичних працівників до інфікованих та хворих, а також недостатній рівень забезпеченості засобами індивідуального захисту та готовності до їх використання. На тлі поточних проблем проблема ВІЛ/СНІДу не стала пріоритетною для всіх керівників медичних закладів. Сімейні лікарі, які в умовах сьогодення мають узяти на себе значну частку роботи з медичного забезпечення сімей ЛЖВ, виявилися не готовими як до вирішення поставленого перед ними

завдання, так і до індивідуального захисту. Та як же можна бути готовими, коли в інтернатурі з сімейної медицини на підготовку до цього роду роботи відводиться лише кілька годин.

На сьогодні нагальними задачами у вирішенні проблеми мають стати:

1. Активна робота серед усіх медичних працівників з формуванням в них толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД і самозберігаючої поведінки стосовно ВІЛ-інфікування.
2. Забезпечення медичних працівників усіх медичних закладів засобами індивідуального захисту.
3. Підняття проблеми ВІЛ/СНІДу для всіх організаторів охорони здоров'я на рівень пріоритетних.
4. Створення системи перед- та післядипломної підготовки медичних працівників усіх рівнів з питань профілактики ВІЛ/СНІДу.

Довідка

У травні–липні 2005 р. вперше у ДООЦ СНІД надійшли акти аварійних контактів не від медичних працівників.

Дитина 6 років у дворі дому ненароком вколола шкіру руки голкою від шприца, який використовував наркоспоживач.

Працівника міліції конвойного підрозділу було вколото голкою після довірливої інфузії.

В обох випадках пацієнти виявилися ВІЛ-позитивними, що підтверджено лабораторними дослідженнями.

Дитині було призначено курс лікування антиретровірусними препаратами.

Міліціонерів лікування не проводилось у зв'язку з невчасним зверненням (через 6 діб).

За постраждалими встановлено медичний нагляд.

6.6. Програми профілактики серед працівників правоохоронних органів

Згідно з даними звітів за 2004 р. серед контингентів, що перебувають на медичному обслуговуванні у відомчих закладах охорони здоров'я МВС України і яким проведено медичний огляд на ВІЛ, офіційно вперше зареєстровано 3 особи з ВІЛ-інфекцією, з яких 2 особи є військово-службовцями строкової служби внутрішніх військ. Вказані ВІЛ-інфіковані виявлені при проведенні тестування як донорів крові за клінічними показаннями та одна особа, яка мала сексуальні контакти з ВІЛ-інфікованою дружиною. Остання особа захворіла на СНІД. Усього ж серед контингентів МВС України з 1995 р. з наростаючим підсумком станом на 1 січня 2005 р. зареєстровано 36 ВІЛ-інфікованих осіб, у тому числі 3 особи, хворі на СНІД, одна з яких померла.

У Макіївці БФ «Здоров'я нації» провів спільну роботу з представниками МВС України при здійсненні перших епід-дозорних наглядів серед ЖКС. При цьому спершу серед працівників правоохоронних органів проводилася інтенсивна інформаційна робота з проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. До цієї роботи були залучені працівники міського центру профілактики ВІЛ/СНІДу та громадської організації «Джерело». Після проведення відповідної акції добровільно було обстежено на ВІЛ 79 працівників правоохоронних органів. Своє бажання пройти обстеження вони мотивували ризикованою поведінкою до ВІЛ-інфікування. У ході обстеження ВІЛ-інфікованих осіб виявлено не було.

В області не проводилися соціологічні дослідження серед працівників правоохоронних органів, але, враховуючи специфіку їхньої роботи, виконання якої значно підвищує ризик ВІЛ-інфікування, проведення як інформаційно-просвітницької роботи, так і соціологічних досліджень мають стати планами на найближче майбутнє.

У працівників правоохоронних органів ризик ВІЛ-інфікування певною мірою пов'язаний з виконанням ними своїх службових обов'язків. При цьому провідне місце належить ураженням шкіри/слизової оболонки: через насильницькі дії з боку підозрюваних у злочині під час затримання, під час обшуку та в разі надання першої медичної допомоги. Це стосується відділів боротьби з незаконним обігом наркотиків, відділу у справах неповнолітніх, відділів боротьби з організованою злочинністю. Працівники дорожньо-патрульної служби вбачають ризик у насильницьких діях під час складання протоколу, під час надання медичної допомоги постраждалим у ДТП тощо.

На сьогодні працівники правоохоронних органів потребують спеціальної підготовки з питань шляхів передачі, поведінки під час роботи з ЛЖВ, профілактики ВІЛ/СНІДу. Така програма має бути розробленою та затвердженою обласним управлінням ВС області, а для проведення занять слід залучати професіоналів.

6.7. Програми профілактики серед військовослужбовців

Стан обізнаності з питань ВІЛ/СНІДу в українській армії не можна визнати задовільним. У лютому 2005 р. було проведено дослідження «Моніторинг поведінки військовослужбовців як компонент епід-нагляду за ВІЛ другого покоління» (ТОВ «СОЦІС–ЦСПД» у співпраці з Міністерством

оборони України за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»).

Під час цього анкетування було опитано 1600 військовослужбовців (солдати строкової служби усіх видів Збройних сил України, курсанти військових навчальних закладів Міністерства оборони України,

офіцери усіх видів Збройних сил України).

Рівень обізнаності військовослужбовців про шляхи зараження ВІЛ, за даними опитування, є нерівномірним щодо різних питань. Переважній більшості військовослужбовців відомо про роль, яку відіграє у зараженні ВІЛ використання спільних шприців та голок, а також про роль використання презервативів та дотримання статевих контактів лише зі сталим перевіреним партнером для запобігання інфікування ВІЛ.

При цьому регіональний зріз демонструє, що східно-центральний регіон, включаючи Донецьку область, має найвищу обізнаність з питань ВІЛ/СНІДу – 28%.

Більшість опитаних експертів назвали випадкові стосунки головним чинником зараження ВІЛ в армії. Дехто з експертів вважає, що відірваність «від цивілізації» частин, які дислокуються у селах або далеко від поселень, сприяє їхній безпеці у сенсі поширення ВІЛ.

Дані показують, що більшість опитаних військовослужбовців мали сексуальний контакт принаймні один раз у житті (91%). Цей відсоток сягає майже 100% у групі офіцерів, становить 88% у групі солдатів строкової служби першого року та 83% серед курсантів першого курсу.

Половина опитаних солдатів та курсантів отримала сексуальний досвід перед досягненням 16-річчя, тоді як для офіцерів цей показник становить 17 років. Це свідчить про те, що вік вступу до статевого життя зменшується: час початку статевого життя досить тісно корелює з віком військовослужбовців.

Частка солдатів та курсантів, які вступали у сексуальні стосунки протягом останніх 12 місяців, залежить від строку їхньої служби. Серед солдатів строкової служби першого року вона становить 84%, а серед тих, що служать другий рік – 56%. Очевидно, частина контактів першорічників – це контакти ще у цивільному стані, для другорічників число контактів скорочується через умови служби. Проте варто взяти до уваги той факт, що більше половини солдатів строкової

служби все ж таки вступають у статеві стосунки протягом служби в армії, хоча, можливо, це відбувається під час відпустки. Серед курсантів 1-го курсу ця частка становить 88%, а для курсантів 2-го курсу та старше – 92%. Очевидно, менш суворі умови навчання у військових інститутах сприяють тому, що режим статевих стосунків там майже не відрізняється від таких у цивільному стані. Слід узяти до уваги те, що курсантам 3-го та старших курсів дозволяється проживання поза межами військового інституту.

За результатами дослідження 79% опитаних військовослужбовців, що мали контакти з непостійними партнерками, користувалися при останньому контакті презервативом. Цей показник стосувався тільки тих, хто мав контакти з непостійними партнерками не за гроші. Втім, серед тих, хто мав контакти з партнерками за гроші, цей відсоток вищий – 83%.

Отже, можна говорити, що в цілому між знаннями в галузі ВІЛ/СНІДу та ризикованістю сексуальної поведінки не існує прямого зв'язку. Сексуальна поведінка перебуває під впливом регіональної культури, в умовах якої респондент виріс та проходить службу.

Проходження тесту на ВІЛ є заходом, який має відношення і до оцінки ризику зараження ВІЛ, і до знання про ВІЛ/СНІД. Важливим також є питання добровільності проходження тесту на ВІЛ.

За даними дослідження 19% опитаних, тобто кожен п'ятий військовослужбовець, проходили тест на ВІЛ принаймні один раз у житті. 9% з тих, хто пройшов тестування на ВІЛ (27 осіб), вказали на те, що їх примусили зробити цей тест. Ще 11% з тих, хто пройшов тестування (33 особи), відмовилися відповідати на це запитання. Можна припустити, що цих військовослужбовців також примусили пройти тест на ВІЛ. Можливо, частота проходження ВІЛ-тестів пов'язана з тим, що військовослужбовці часто є донорами. Проте не виключено, що частина тестувань була недобровільною – наприклад, при проходженні медогляду у військоматах.

Національні експерти заперечують факт примусового тестування в армії. Тестування є обов'язковим тільки для донорів, але саме донорство не є обов'язковим. Дехто з регіональних експертів висловлював думку про те, що військовим медикам варто активніше працювати над виявленням випадків ВІЛ-інфікування в армії, заохочуючи робити ВІЛ-тест, коли спостерігаються вже перші прояви інфікування.

До речі, відсоток військовослужбовців, що пройшли тест на ВІЛ в армії, є вищим, ніж серед дорослого населення (за даними Українського центру боротьби зі СНІДом при Міністерстві охорони здоров'я). Як ми зазначали, проходження тесту досить тісно корелює з ризикованістю сексуальної поведінки та з епідемічною ситуацією у регіоні – чим ризикованішою є ситуація, тим частіше люди проходять тести. Проте вплив обізнаності в галузі ВІЛ/СНІДу та оцінка власного ризику зараження не відіграють жодної ролі для рішення пройти тест на ВІЛ¹.

Реальний стан профілактики ВІЛ/СНІДу в армії має такий вигляд: навчальними планами передбачено 4 години занять з теми ВІЛ/СНІДу на рік. Тому солдати, залежно від того, коли вони призивалися, проходять цю тему двічі або один раз.

Результати опитування показують, що дві третини військовослужбовців (65%) отримували яку-небудь інформацію про ВІЛ/СНІД упродовж своєї служби. З іншого боку, враховуючи важливість такої інформації, можна стверджувати, що відсоток військових, які не отримували такої інформації (32%), є досить високим.

У першу чергу виявлено, що найбільш повно профілактичними заходами охоплені офіцерський склад (83%); рівень охоплення профілактичною інформацією солдатів (61%) статистично не відрізняється від такого серед курсантів (65%) – в обох цих групах він нижчий, ніж серед офіцерів.

Серед тем, що висвітлюються для військовослужбовців про ВІЛ/СНІД, превалює інформація про шляхи передачі ВІЛ (58%); на другому місці стоїть інформація про основні засоби захисту від ВІЛ (48,5%); потім за частотою розповсюдження йде інформація про життя людей з ВІЛ та його наслідки для здоров'я (27%); найменше інформації про ставлення до ВІЛ-інфікованих людей, про терпимість до них (16,5%).

Сьогодні поступово впроваджується широка програма профілактики ВІЛ/СНІДу серед військовослужбовців. Так, миротворці постійно проходять комплекс заходів, пов'язаних із профілактикою ВІЛ-інфікування. Центром крові вони обстежуються на ВІЛ, результати обстеження направляються за місцем служби. Подальші обстеження вони проходять при своїх обласних центрах. Сьогодні можна говорити, що підтверджуються лише поодинокі випадки інфікування.

Крім того, усі донори обов'язково проходять тестування на станції переливання крові. До речі, у військових госпіталях не працює система локального обстеження на ВІЛ, тобто військові у випадку ризику інфікування направляються до СНІД-центру.

Ці рекомендації стосуються конкретних кроків побудови політики профілактики ВІЛ/СНІДу у військових частинах в області.

У посібниках та матеріалах для занять із підготовки військовослужбовців необхідно більше місця приділяти інформації про стадії розвитку хвороби СНІДу, її наслідки для здоров'я, життя ВІЛ-інфікованих та спілкування з ними.

З метою збереження конфіденційності результатів тестування на ВІЛ-інфекцію доцільно впровадити консультування військовослужбовців не тільки у медичних закладах Міністерства оборони, але й у кабінетах довіри під егідою Міністерства охорони здоров'я та громадських організацій (дотепер у Донецькій області ця практика не є поширеною).

1 Моніторинг поведінки військовослужбовців як компонент епідеміологічного нагляду за ВІЛ другого покоління. Погоріла Н.Б., Сасько О.В., Пашкович В.А. –К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005: 28 с.

Рекомендації щодо запобігання ВІЛ/СНІДу серед військовослужбовців:

1. Необхідно посилити медичний компонент освітніх програм з профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом та ВІЛ. Медичні працівники повинні брати активну участь у військово-медичній підготовці різних категорій військовослужбовців.
2. Необхідно привернути увагу офіцерів до нестатевих факторів ризику зараження: гоління небезпечною бритвою перед звільненням, татування нестерильними інструментами та СН. Ця поведінка є прихованою, але за багатьма свідченнями вона має місце в армії і вимагає особливої уваги.

За час незалежності України 22 тисячі українських військовослужбовців брали участь у виконанні миротворчих місій за дорученням ООН. Певне число миротворців – це військовослужбовці Донецької області. Вважаємо, що варто впровадити інформаційно-освітні програми серед контингенту миротворчих сил,

розробляти кишенькові пам'ятки та довідники з питань ВІЛ/СНІДу.

Оскільки вплив знання на ризикованість поведінки у статевій сфері неістотний, залишається тільки поведінкове втручання – розповсюдження презервативів у військових частинах.

6.8. Програми профілактики в місцях компактного проживання національних меншин

На сьогодні Донецька область є місцем компактного проживання національних меншин, до яких можна віднести греків, татар тощо, які майже рівномірно розселені на території області і спосіб життя яких такий же, як і основного населення.

Вирізняються серед них лише спільноти ромів. Великі поселення ромів є у Донецьку та в Макіївці. За даними правоохоронних органів саме ця національна меншина відіграє значну роль в обігу наркотиків. Стабільно високими показниками відзначається меншина й щодо власного споживання наркотичних речовин. На жаль, санітарні умови поселень залишають

бажати кращого. Крім того, між самими ромами постійно відбуваються сутички та непорозуміння, які часто призводять до кровопролиття. Однак на сьогодні немає жодної програми, скерованої на роботу з цією групою населення області. Більше того, навіть правоохоронні органи не в змозі контролювати ситуації, що виникають у цих поселеннях.

Центр профілактики СНІДу працює над розробкою програми профілактики у середовищі компактного поселення національних меншин у Донецькій області та планує їх впровадження, починаючи з 2006 р.

6.9. Програми профілактики передачі ВІЛ через кров

Зростання числа виявлених ВІЛ-інфікованих у порівнянні з 1996 р. зросло серед донорів крові та її компонентів у 7 разів.

З метою запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед населення через кров до «Заходів із забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД в Донецькій області на 2004–2008 роки» внесено розділ «Безпека крові».

Зазначені заходи виконуються управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації, виконкомом міських рад, райдержадміністраціями, обласною станцією переливання крові.

Програмні заходи забезпечення безпечного донорства

1. Забезпечення обов'язкового лабораторного обстеження на ВІЛ-інфекцію донорів крові (її компонентів), біологічних рідин, клітин, тканин і органів людини та повторне тестування кадрових донорів плазми (зберігання замороженої плазми протягом 3–4 місяців) на наявність антитіл до ВІЛ.
2. Оснащення матеріально-технічної бази станцій переливання крові одноразовими пластиковими пакетами «Гемокон» для заготівлі крові, холодильним обладнанням для карантинізації плазми.
3. Широке застосування методу автодонорства у закладах охорони здоров'я та широке висвітлення проблеми у засобах масової інформації з метою підвищення рівня інформованості населення про аутодонорство.
4. Вдосконалення технологій безпеки донорської крові (використання у неонатологічній практиці під час переливання компонентів крові лейкоцитарних фільтрів, тестування крові донорів на тест-системах, що визначають антиген вірусу ВІЛ (за умов їх централізованого отримання та ін.).

У Донецькій області розроблюються та відновлюються методичні рекомендації щодо роботи в напрямку протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в області. Так, наказом управління охорони здоров'я облдержадміністрації та обласної санітарно-епідеміологічної станції від 18.08.2003 р. №249/126-0 затверджено *Методичні рекомендації з проведення клініко-епідеміологічного розслідування випадків захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД*.

Основною метою клініко-епідеміологічного розслідування випадку захворювання на ВІЛ/СНІД є виявлення джерела інфекції, шляхів передачі і способу передачі інфекції, контактних осіб з метою запобігання подальшого поширення ВІЛ-інфекції, а також встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції.

При проведенні клініко-епідеміологічного розслідування випадку захворювання на ВІЛ/СНІД уточнюється, чи здавав ВІЛ-інфікований кров як донор, коли і в якій медичній установі. Ці дані повинні бути підтверджені письмово СПК (відділенням переливання крові) із вказівкою дати й номери вихідної інформації з ЛПЗ у СПК (відділення переливання крові) і обласну СПК. Якщо такий факт має місце, то проводиться додаткове розслідування — яким чином використовувалася донорська кров, які препарати крові були виготовлені, в які ЛПЗ препарати крові даного пацієнта направлені, хто є реципієнтом, або вказати дані про списання крові чи її препаратів (якщо кров у ЛПЗ не видавалася). Після з'ясування зазначених фактів необхідно обстежити на ВІЛ реципієнтів крові або її препаратів.

У тому випадку, якщо ВІЛ-інфікований був реципієнтом препаратів крові, проводиться розслідування, метою якого є пошук донора як можливого джерела інфікування. Особливий ризик становлять багаторазові переливання крові та її препаратів. Пошук донорів здійснюється з використанням історії хвороби, журналу гемотрансфузій (форма 9). Взаємний обмін інформацією з ЛПЗ, в якому пацієнту

переливалася кров, відображається у карті клініко-епідеміологічного розслідування.

Крім того, розроблено *Тимчасові методичні рекомендації з питань взаємодії спеціалістів центрів профілактики та боротьби зі СНІДом і відділень (кабінетів) для обслуговування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД із зацікавленими службами*, в яких висвітлені питання взаємодії і відокремлення функцій спеціалістів центрів, відділень (кабінетів) профілактики і лікування хворих на ВІЛ/СНІД, з санітарно-епідеміологічною службою, станціями (відділеннями) переливання крові, наркологічною, фтизіатричною, педіатричною, акушерсько-гінекологічною, дерматовенерологічною, патолого-анатомічною службами, центрами здоров'я, центрами соціальних служб для молоді, громадськими організаціями і міжнародними фондами, засобами масової інформації, міськими (районними) адміністраціями з проблеми протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Донецькій області. У встановленому порядку ЛПЗ області надають оперативну інформацію про осіб, що підлягають внесенню до картотеки відведень від донорства.

З метою зниження інфекційної небезпеки донорської крові ще у 1995 р. в області удосконалено систему відбору донорів, з жовтня 2001 р. у практику роботи 8 станцій переливання крові області впроваджено повторне тестування крові кадрових донорів на антитіла до ВІЛ (первинно

тестована на ВІЛ плазма зберігається у замороженому стані протягом 6 місяців).

За період 1987–2005 роки за даними оперативної реєстрації у Донецькій області виявлено 873 ВІЛ-позитивних донорів крові, органів та тканин. Усі вони позбавлені права донорства.

Таким чином в області діє чітка та налагоджена система запобігання передачі ВІЛ-інфекції через донорську кров.

Незважаючи на ряд розроблених нормативних документів організаційно-методичного рівня, в Донецькій області існують певні проблеми із забезпеченням безпечною донорською кров'ю.

З метою розв'язання вказаних проблем нормативно-правового характеру необхідно:

1. Розробити і затвердити положення про порядок проходження донорською плазмою карантину та положення про порядок медичного обстеження донорів крові та її компонентів.
2. Розробити і затвердити інструкцію про алгоритм дій медичних працівників станцій переливання крові в разі одержання первинних ВІЛ-позитивних результатів лабораторних досліджень у донорів крові з розслідуванням попередніх кроводач.
3. Внести до посадових інструкцій керівників станцій переливання крові доповнення, що стосуються функціональних обов'язків, пов'язаних з діями в разі виявлення у донорів вірусу імунодефіциту людини.

Проблеми нормативно-правового характеру

- Брак нормативно-правових актів, що регламентують використання у медичних закладах тільки свіжозамороженої плазми, що пройшла карантин.
- Брак інструкцій про алгоритм медичних працівників станцій переливання крові при одержанні первинних ВІЛ-позитивних результатів лабораторних досліджень у донорів крові з розслідування попередніх кроводач.
- Відсутність у посадових інструкціях головних лікарів станцій переливання крові, заступників головних лікарів з організації трансфузійної допомоги, завідувачів відділень комплектації донорської крові, завідувачів відділень лабораторної діагностики та профілактики СНІДу однозначних функціональних обов'язків у випадку виявлення у донорів ВІЛ-інфекції.

Проблеми матеріально-технічного забезпечення

- Забезпечення скринінгового тестування донорської крові на тест-системах четвертого покоління. Для цього необхідно придбати 163 набори тест-систем «Джин Скрин» вартістю 653400 грн. для тестування 80 тис. кроводач.
- Для проведення карантину всієї заготовленої донорської крові станціям переливання крові в області необхідно 98 низькотемпературних холодильників на -40 C° об'ємом 400 літрів. У наявності є тільки 42.
- Заготівлю крові слід проводити із застосуванням лейкоцитарних фільтрів. Для 80 тис. кроводач (скільки в середньому за рік робиться в області) на їх закупівлю необхідно витратити 44 млн. грн.

7. Молодь і проблема ВІЛ/СНІДу

7.1. Рівень поінформованості

Зміни в сексуальній поведінці сучасної молоді, зниження вікової межі початку статевого життя, більш терпиме ставлення суспільства до дошлюбних статевих зв'язків, вільний доступ неповнолітніх до порнографічної продукції набувають у зв'язку з поширенням епідемії ВІЛ/СНІДу в області особливої соціальної значущості. Серед молоді підвищується рівень захворюваності на хвороби, що передаються статевим шляхом, зростає число випадків ранньої небажаної вагітності та абортів.

Медичними працівниками шкірно-венерологічного диспансеру №2 Донецька та Макіївського міського центру профілактики ВІЛ/СНІДу в 2003–2004 рр. проводилося соціологічне дослідження серед різних груп молодих людей, а саме: учнів середньоосвітніх шкіл, учнів середніх професійних закладів, молодих людей до 24 років, що працюють на підприємствах державного та приватного сектора за спеціально розробленою анкетною. Всього було проведено анкетування серед 400 молодих людей віком 15–24 років. Вперше було проведено соціологічне дослідження серед батьків підлітків. Характеристика опитаних наведена у табл. 7.1.

Згідно з рекомендаціями з моніторингу виконання Декларації відданості справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, анкетування проводилося з 5 питань, відповіді на які відображають знання про шляхи передачі ВІЛ.

Серед молодих людей, що брали участь у дослідженні, тільки 22% знають



Фото 4. У Палаці молоді виступає молодіжний ансамбль АМБА – волонтери антиспідівського руху (1 грудня 2004 р.)

про шляхи передачі ВІЛ. При цьому 74% знають, що треба мати одного статевого партнера, 83% – що необхідно користуватися презервативами, 50% опитаних знають, що не можна заразитися через укуси комара, і 76% вказали на те, що не можна заразитися, якщо з'їсти їжу, запропоновану ВІЛ-інфікованою людиною.

Серед опитаних жінок 25% знають про шляхи передачі ВІЛ-інфекції, а серед чоловіків – тільки 19% опитаних. При цьому 21% жінок і 23% чоловіків вагаються, чи можна прийняти їжу від ВІЛ-інфікованої людини, а 37% жінок та 41% чоловіків впевнені, що можна заразитися через укуси комара. Серед молоді, що проживає в містах, шляхи передачі ВІЛ-інфекції знає 23% опитаних, а серед сільських жителів – 18%.

Отримані результати вказують на низьку ефективність інформаційно-просвітницьких програм серед молоді та підлітків з питань профілактики ВІЛ/СНІДу. Вони вказують на необхідність зміни методів та змісту цієї роботи.

Таке положення рівня поінформованості молоді з питань шляхів передачі ВІЛ/СНІДу викликає тривогу, оскільки є основою для їхнього нетолерантного ставлення до ЛЖВ.

Табл. 7.1. Характеристика опитаних

Стать	Міське населення		Сільське населення		Загалом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Юнаки	178	44	35	9	213	53
Дівчата	146	37	41	10	187	47
Обидві статі	324	81	76	29	400	100

7.2. Поведінкові ризики серед молоді

Як було сказано вище, показником безпечної поведінки, спрямованої на запобігання ризику інфікування ВІЛ, є використання презервативів під час статевих контактів з нерегулярними партнерами.

У ході дослідження, що проводилося медичними працівниками Макіївського міського центру інфікованих ВІЛ/СНІДом, протягом 2003–2004 років молодим людям пропонувалося відповісти на питання анкети, які дають уявлення про особливості статевого життя групи респондентів. Дослідження проводилося серед молодих людей віком 15–24 років.

У процесі дослідження вивчався вік початку статевого життя у молодих людей. З 400 опитаних респондентів 393 вже почали статеве життя.

В ході дослідження було встановлено, що 5% опитаних почали статеве життя у 14–15 років, 19% – у віці 16–17 років, 37% – у 18–19 років, решта у віці 20 років і старше. Таким чином, середній вік початку статевого життя становить 18–19 років. Раніше починають статеве життя молоді люди, що мешкають у міській місцевості. Цей показник є додатковим ключовим показником, який характеризує ступінь ризикованості поведінки молодих людей щодо інфікування ВІЛ, тому що пізніший початок статевого життя є одним із засобів профілактики ВІЛ/СНІДу.

Важливим також є зменшення числа нерегулярних статевих партнерів. Тому наступним додатковим ключовим показником, який був розрахований для молодих людей 15–24 років, є статеві контакти високого ризику за останній рік. Він становить 76%.

Цей показник було розраховано за відношенням числа опитаних, які вказали на наявність непостійних сексуальних партнерів, до всіх, хто мав сексуальні стосунки за останній рік.

Далі було визначено частку тих, хто користувався презервативом під час останнього контакту з непостійним партнером. Їх було 40%.

Табл. 7.2. Рівень використання презерватива різними категоріями молоді (дані щодо останнього статевого контакту), %

Стать	Сільська місцевість	Міська місцевість	Загалом
Дівчата	36	40	38
Юнаки	37	42	42

Результати розрахунку даного показника, проведеного також для молодих чоловіків і молодих жінок, що мешкають у міській або сільській місцевості, наведено у табл. 7.2.

Дані, представлені у таблиці, показують, що питома вага молодих людей, які користувались презервативом під час останнього статевого контакту з нерегулярним партнером, не має статистично значущої різниці як у чоловіків та жінок, так і серед сільського та міського населення. Таким чином, можна зробити висновок, що міські та сільські жителі незалежно від статі майже з однаковою частотою використовують презервативи під час статевих контактів з нерегулярними партнерами.

Тривожний сигнал

Тільки 40% серед тих, хто мав сексуальні контакти з непостійним партнером, використовували презерватив!!!

Така ситуація є критичною, оскільки молоддю, яка мешкає у містах, де рівень ВІЛ-інфікування в десятки разів вищий, ніж серед сільських жителів, презервативи використовуються з однаковою частотою з сільською молоддю. Це потребує негайної та цілеспрямованої роботи з формування серед міської молоді безпечної поведінки щодо ВІЛ-інфікування.

Для аналізу доступності для молоді презервативів було обстежено 72 пункти продажу презервативів (аптеки, супермаркети, торгові пункти на АЗС тощо). В результаті встановлено, що пункти продажу презервативів мають у наявності від 15 до 35 видів презервативів різних фірм.

Вартість одного презерватива сягає від 0,3 до 4 грн. Кількість презервативів, що продаються за добу на одному пункті, становить від 10 до 60. Найбільшим попитом користуються дешеві презервативи вартістю від 1 до 1,5 грн. за штуку.

Основна проблема полягає в тому, що молоді люди не мають необхідної інформації щодо статевого життя і часто одержують її тільки після того, як мають практику статевого відносин.

У ході названого дослідження були вивчені джерела отримання підлітками необхідної їм інформації. Одержано такі результати: 48,8% підлітків одержують інформацію від однолітків, 15,2% – від медичних працівників, 12,7% – від батьків, 11,4% – з науково-популярної літератури, 7,4% – від ЗМІ, 4,5% – від учителів.

Під час соціологічного дослідження серед батьків було встановлено, що 9%

оцінює свої стосунки з дітьми, як добрі, повні взаєморозуміння, 44% – як в основному нормальні, хоча й не безпроблемні, 29% – «так собі», 11% – з безліччю проблем, 7% – як повний розрив. При цьому тільки 24% знають, що їхні діти живуть статевим життям. Питання статевого відносин обговорюють з дітьми лише 18% опитаних батьків, а 48% з них вважають недопустимим обговорювати з дітьми цю тему. Крім того, встановлено, що 33% дорослих недостатньо інформовані з питань щодо шляхів передачі ВІЛ та використання засобів контрацепції.

Таким чином, інформація та форми і методи її подання на сьогодні не забезпечують потреби молоді у формуванні безпечної поведінки щодо ВІЛ-інфікування.

Для вирішення цієї проблеми необхідна розробка регіональної комплексної міжгалузевої програми статевого виховання населення, зокрема й молоді.

7.3. Групи підвищеного ризику серед молоді

Молодь, як правило, живе сьогоднішнім, їй чимшвидше хочеться стати дорослими, самостійними. Від цього залежить її психічне здоров'я та самопочуття. Саме в юнацькому віці роздуми про майбутнє, про можливість опанування нової «дорослої» соціальної ролі, набувають гостроти та значущості. В сексуальній сфері молоді та підлітків, як відзначає І. С. Кон у своїй праці «Підліткова сексуальність на порозі XXI століття: соціально-педагогічний аналіз», простежується зародження такої молодіжної субкультури, коли тінейджери бачать у сексуальному житті, табакопалінні, випивці та «пустощах» з наркотиками ознаки дорослішання, самостійності й незалежності від старших, передусім, від батьків. Перехід до ранньої юності означає також стрімкий процес самоусвідомлення та обумовлену цим потребу в інтимності. Стиль молодіжної сексуальності (число партнерів, ступінь агресивності, схильність до проявів насильства тощо), принаймні у молодих чоловіків,

залежить, крім субкультурних впливів, від індивідуальних психологічних особливостей, в першу чергу – від прагнення новизни та ризику. Оскільки секс для підлітків – це щось заборонене та ризиковане, до нього перш за все залучаються ті, хто полюбляє ризик та самоперевірку і потребує самоствердження.

Донецьк і великі промислові міста області Маріуполь, Макіївка, Горлівка, Краматорськ та Слов'янськ воістину є молодіжними містами.

Тільки в Донецьку у вищих навчальних закладах II–IV рівнів акредитації навчається понад 50 тис. студентів. Майже в усіх вищих навчальних закладах III–IV рівнів акредитації навчаються студенти з країн Азії, Африки, Латинської Америки, Європи. Число іноземних студентів з кожним роком зростає. Вона активно вносить свою культуру, в тому числі й сексуальну, в студентське життя української молоді.

Вивчаючи групи підвищеного ризику щодо ВІЛ-інфікування серед молоді, слід

розглядати молодь, яка мешкає в гуртожитках, і ту частину учнівської молоді, що рано почала статеве життя і не має постійних сексуальних партнерів. Слід відзначити, що в гуртожитках мешкає близько 65% всіх студентів.

Вивченням сексуальної поведінки молоді груп ризику займалися члени БФ «Піклування» та лікарі обласного дерматовенерологічного диспансеру.

У ході дослідження було встановлено, що 14-річні респонденти, які вже мали перший статевий контакт, 100-відсотково мали сексуальні контакти протягом 12 місяців. Треба сказати, що серед цієї категорії відсоток тих, хто мав контакти з випадковими партнерами, вищий (67%), ніж відсоток опитаних, які мали контакти з постійним партнером (33%). Це цілком закономірно, оскільки в ранньому віці важко ще говорити про постійного сексуального партнера, швидше сексуальні контакти мають ситуативний та випадковий характер. Зі збільшенням віку опитаних відсоток тих, хто має контакти з постійним партнером, зростає (серед 15–17-річних – 54%, серед 22–24-річних – 69%), а відсоток тих, хто вступав у сексуальні контакти з випадковими партнерами, зменшується (серед 15–17-річних – 46%, а серед 22–24-річних – 31%). Сексуальні стосунки з комерційними партнерами мають 4% серед тих, хто веде сексуальне життя, причому молоді люди частіше мають такі стосунки або більш охоче повідомляють про це.

Таким чином, можна зробити висновок про те, що в молодіжному середовищі відзначається високий рівень тих, хто не має постійних сексуальних партнерів, незважаючи на те, що зі збільшенням віку молоді їх число має тенденцію до зменшення.

Подібна ситуація викликає питання про те, наскільки сексуальна поведінка молоді може бути небезпечна.

69% школярів, які вступили в статеві стосунки, вказали, що вони використовували презерватив під час свого першого сексуального контакту. Отже, можна говорити про певні навички безпечної сексуальної поведінки. Більш об'єктивну картину

може дати індекс ЮНЕЙДС використання презервативів молоддю з нерегулярними партнерами. Таке дослідження проводилося лікарями Донецького міського дерматовенерологічного диспансеру №2. Показник використання презервативів у цілому по вибірці становить 61%, тобто не набагато більше половини користується ними при випадкових контактах, тоді, як по країні він становить 69% (за результатами дослідження 2004 р.). У містах області – близько 52% (Донецьк – 56%, райцентри – 50%), у цілому ж по країні серед цієї категорії він становить 73%. Серед сільської частини вибірки він вищий (63%) і наближається до загальноукраїнського (69%). Вищий він і серед чоловічої частини опитаних (70%), тоді як серед жіночої він становить 33%. Можливо, це пов'язано з більш вираженою сексуальною мобільністю чоловічої частини популяції у цьому віці, а також з тим, що саме чоловіки частіше залишають за собою вирішення у цьому питанні.

У ході дослідження також вивчалася можливість студентів, що мешкають у гуртожитках, у разі необхідності придбати презерватив. Встановлено, що таку можливість має незначне число студентів. В обстежених гуртожитках вони не продаються. Не налагоджено реалізацію презервативів і в кіосках «Мальборо» біля гуртожитків.

Велике занепокоєння викликають молодіжні та студентські дискотеки, де беззастережено продаються спиртні напої всім учасникам, незважаючи на вік.

Одним з факторів, що несуть небезпеку інфікування, є поведінка, пов'язана з уживанням алкоголю. 56% опитаних вживали алкоголь з різним ступенем інтенсивності. 1% робить це щодня, 10% не рідше, ніж раз на тиждень, 43,7% – рідше одного разу на тиждень. Так чи інакше, алкоголь вживали 57% юнаків і 56% дівчат. 15% юнаків і 9% дівчат вживають його щодня або не рідше, ніж один раз на тиждень. Що стосується вживання наркотичних речовин, то це питання описано в іншому розділі.

Нас зацікавили деякі особливості сексуальної поведінки респондентів за останні 12 місяців. За цей час мали сексуальні контакти 96% з числа тих, що живуть статевим життям. Понад 90% вказали, що мали стосунки з «постійним партнером», під яким в опитуванні мали на увазі чоловіка/дружину чи іншу особу (з якою респондент мав тривалі стосунки). Таким чином, 79% відзначили наявність одного постійного партнера, 9% — двох постійних партнерів, 2% — трьох, яких вважають постійними, ще 1% — чотирьох. Цей так званий «постійний» партнер більш притаманний чоловічій частині опитаних — 11% з них мають двох і більше постійних партнерів, серед жінок — 6%. 55% не користувалися презервативами при сексуальному контакті з «постійним» партнером, причому 18% із них мали двох і більше «постійних» партнерів. Таким чином, можна припустити, що небезпечні ситуації можуть виникнути і при наявності «постійного» партнера, оскільки значна частина опитаних неадекватно трактує це поняття.

17% мали за останні 12 місяців статеві стосунки з випадковими партнерами, тобто з тими, з ким не перебувають у шлюбі, не живуть разом і не мають сексу за винагороду. У 8% це був один партнер, два і три партнери мали по 4%, чотирьох випадкових партнерів мав 1% опитаних. 45% використовували презерватив під час останнього сексуального контакту з випадковим партнером, 41% його не використовували, ще 14% відповіли, що не пам'ятають. У 40% респондентів, що використовували в цій ситуації презерватив, можна зафіксувати навички безпечної поведінки — використовувати презерватив було їхньою ініціативою. 56% відзначили, що прийшли до цього разом зі своїм партнером. Прикметно, що 96% використовували презерватив під час статевого акту з

випадковим партнером, у той же час вони зазначили, що презерватив може захистити від інфікування.

На жаль, майже в половини респондентів цієї групи ірраціональні установки переважають над вимогами профілактики. 3% за останні 12 місяців мали статеві акти з «комерційними» партнерами, іншими словами — за винагороду. 57% мали одного «комерційного» партнера, 14% — 5 партнерів, 28% — більше 5. 73% використовували при цьому презерватив, 75% вказали, що це була їхня ініціатива.

Одним з уніфікованих індикаторів оцінки безпечної поведінки є інтегральний показник ЮНЕЙДС використання презервативів молоддю з нерегулярними партнерами. В цілому по студентській вибірці він становить 48% (в середньому по Україні — 69%), для чоловічої частини вибірки він становить 50% (по країні — 73%), для жіночої — 47% (по країні 65%). Відзначимо, що ці показники значно нижчі від загальнодержавних.

Можна зробити підсумок, що сексуальна поведінка певної частини молодіжної аудиторії проблематична — ряд респондентів розширює поняття «постійних» партнерів, при цьому зменшується частота використання презерватива під час подібних статевих контактів. Часто молодь не користується презервативами, навіть маючи контакти з тими партнерами, яких вважають «випадковими», орієнтуючись на інтуїцію, візуальні «індикатори». Це зайвий раз підтверджує тезу про те, що пасивні «знання» зовсім не гарантують правильної, ефективної, безпечної поведінки; іншими словами, навички безпечної поведінки у багатьох молодих людей ще не сформовані. Отже, основний акцент освітніх програм слід скерувати на вирішення зазначених проблем, активізацію інтерактивних форм роботи з молоддю.

Рекомендації обласній державній адміністрації щодо роботи з молоддю

- Розробити та впровадити міжгалузеву комплексну програму статевого виховання населення регіону. Визначити цільове фінансування програми.
- Вирішити питання внесення до навчальних планів усіх навчальних закладів регіону, незалежно від форми власності, програми профілактики ВІЛ/СНІДу та забезпечити відповідну підготовку спеціалістів.
- Узяти під контроль роботу студентських та молодіжних дискотек. Забезпечити умови здорового відпочинку молоді.
- Забезпечити молоді і студентам у містах їхнього проживання та відпочинку вільний доступ до презервативів.

Поради батькам щодо розмов з дитиною про секс

- Розмовляйте з підлітками про секс відверто, простими словами опишіть свої відчуття та дії.
- Розмову рекомендується починати у ранньому віці. Якщо своєчасно навчитеся довіряти своїй дитині у бесіді, буде значно простіше спілкуватися з нею у підлітковому віці про особистий вибір сексуальної активності. Перші бесіди краще розпочинати з біологічної інформації, пояснюючи слова, які дитина може почути поза домом, та знання про сексуальність, що подаються у засобах масової інформації.
- Пам'ятайте, що підлітків бентежать розмови про секс. Розмова з підлітками про секс не означає обговорення вашого особистого сексуального досвіду. Можна розповісти про уроки, які свого часу засвоїли ви, не вдаючись у подробиці. Вивчення реальних або вигаданих історій підлітків також може стати в пригоді. Не обмежуйтеся лише висловлюванням особистих поглядів, треба взнати думки дитини.
- Важливо заохочувати підлітків до розмов про сексуальне життя з іншими дорослими, яким можна довіряти.
- Батькам слід підтримувати професійні шкільні програми стосовно статевого виховання.
- У разі сексуального насильства підліток потребує професійної допомоги, оскільки такі випадки мають руйнівний вплив на дитину, яка це пережила.
- Виявити, що дитина зазнала сексуального насильства, допоможуть такі симптоми, що насторожують: замкненість, проблеми зі сном, небажання відвідувати школу, агресивна або саморуйнівна поведінка, схильність до ігор з елементами насильства.
- Не думайте, що діти не цікавляться вашою сексуальною поведінкою, але пам'ятайте, що, найімовірніше, вони не побажають розмовляти про це. Тому стежте за тим, як ви говорите і дієте на очах у підлітків.
- Значно важливішим для підлітків є те, що і як ви робили, а не те, що говорите. Тобто вони охочіше відгукуються на пропозиції, ніж на вказівки.

Рекомендації молоді щодо сексуальності та сексуального життя

- Усі молоді люди мають сексуальне життя – реальне або уявне. Роздуми про статеві стосунки та будь-який сексуальний досвід є важливою складовою дорослішання, і вони допоможуть визначити, хто ти є насправді.
- Сучасна молодь досить рано починає думати про секс, раніше стає готовою до сексуального життя. Тут треба не поспішати – при підготовці до активного сексуального життя важливо думати, вчитися та планувати, щоб не втратити емоційного задоволення, яке усвідомлюється згодом.
- Із сексуальною активністю пов'язані здорові стосунки: відчуття близькості з іншою людиною, фізична насолода, вивчення самого себе.
- Із сексуальною активністю пов'язані ризиковані ситуації, зокрема нездорові стосунки: вагітність партнерки, можливість заразитися інфекціями, що передаються статевим шляхом, такими, як герпес, венеричні захворювання або ВІЛ.
- Щоб захистити себе, необхідно навчитися правилам безпечного сексу та мати сміливість розмовляти про це зі своїм партнером. При статевому контакті будь-якого типу (вагінальному, анальному, оральному) можуть передаватися хвороби.
- Можливістю потрапити у ризиковану ситуацію є сексуальні стосунки без використання запобіжних засобів або з малознайомим партнером. Навіть коли ви маєте постійного сексуального партнера і довіряєте йому, краще все ж таки застосувати запобіжні засоби.
- Говорити про секс не соромно. Намагайтеся розмовляти про сексуальне життя з батьками або іншими дорослими, психологами у школі, звертайтеся до анонімного телефону довіри, де спеціалісти нададуть вам кваліфіковану допомогу та рекомендації. Спробуйте говорити з дорослими прямо, вживаючи прості слова, щоб довести до них свої відчуття та дії.
- Перш ніж розпочати сексуальне активне життя, необхідно добре підготуватись, вивчити своє тіло, взяти за правило дотримуватись безпечного сексу. Зараз багато інформації стосовно підліткової сексуальності можна знайти в літературі для підлітків, по телебаченню, через Інтернет. Але слід також мати на увазі, що не вся інформація буває коректною і правильно висвітленою, тому важливо відрізнити еротичне від порнографічного.
- Ставтеся з повагою до свого тіла й тіла іншої людини. Не примушуйте себе та інших до сексуального контакту, незалежно від того, мали ви статеві стосунки з цим партнером раніше, чи ні. Важливо дізнатися, що насправді означає дати згоду на сексуальні дії.

Рекомендації соціальним працівникам, волонтерам, молодіжним лідерам

- Молоді люди досить уважно спостерігають за оточенням. Звичайно, вони не мають достатньо часу, щоб утвердитися у своїх особистих сексуальних ідеях та ідентифікації, ризик для них може бути досить відчутним, тому вони потребують допомоги сторонньої людини.
- Не бійтеся, якщо на запитання підлітка ви не в змозі відповісти. Просто скажіть, що вам необхідно проконсультуватись із спеціалістом. Але дуже важливо потім повернутися до цього питання.
- Крім того, слід наголосити, що підліток може прийти до вас по допомогу і при цьому має бути збережена анонімність та конфіденційність його проблем, переживань.
- Розмова з підлітком стосовно сексуальної поведінки має проводитися в такому місці або приміщенні, де вам ніхто не заважатиме, ніхто не підслуховуватиме, щоб нічого не вплинуло на ступінь відвертості бесіди.
- Можна вдатись у розмові до третьої, неіснуючої особи, не акцентуючи уваги на тому, що підліток може бути з вами більш відвертим.
- Якщо виявиться, що підліток зазнав сексуального насильства, допомогти йому звернутися по консультацію та допомогу до спеціалістів.
- У випадку, коли підліток-дівчина вагітна, їй треба допомогти пройти огляд в анонімному кабінеті, а можливо, й налагодити контакт з батьками дівчини, яким про це ще нічого не відомо.
- Якщо молода людина соромиться розмовляти на тему сексуального життя, запропонуйте їй звернутися до телефону довіри.

8. Система освіти з питань епідемії ВІЛ/СНІДу

Державна політика в галузі освіти спрямована на забезпечення здоров'я людини в усіх її складових: фізичній, духовній, соціальній.

Це здійснюється через:

- валеологізацію змісту освіти загальноосвітніх навчальних закладів;
- систему позакласної роботи, точніше, позакласного навчання;
- оптимізацію режиму навчально-виховного процесу;
- створення сприятливого життєвого простору для всіх учасників навчального процесу;
- підготовку та перепідготовку педагогічних кадрів.

Нормативна база, яка визначає основні вимоги, принципи та напрями формування здорового способу життя учнівської та студентської молоді, досить широка, різноманітна та різнорівнева і включає закони України, укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України, комплексні національні та регіональні програми, накази та рішення Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я.

Законодавче вирішення проблем здоров'я дітей, підлітків, молодих людей в Україні є одним із пріоритетних напрямів державної соціальної політики.

У галузі освіти основними нормативними актами є: закони України «Про загальну середню освіту», «Про дошкільну освіту», «Про вищу освіту», Національна доктрина розвитку України у XXI столітті тощо. Цими документами було визначено головну мету національної освіти – створення умов для особистого розвитку та самореалізації кожного громадянина України. Одним із шляхів досягнення цієї мети є навчання дитини відповідного ставлення до свого власного здоров'я, формування здорового способу життя.

Проблемам формування здорового способу життя молоді присвячено багато програм і проектів, що реалізуються в Донецькій області останніми роками, наприклад, національна програма «Діти Укра-

їни», Цільова комплексна програма «Фізичне виховання – здоров'я нації», національна програма «Репродуктивне здоров'я 2001–2005», міжгалузєва комплексна програма «Здоров'я нації», національний план дій з гігієни довілля на 2000–2005 роки, національна програма патріотичного виховання населення, формування здорового способу життя, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства, міжнародний проект Європейського бюро ВООЗ «Європейська мережа шкіл зміцнення здоров'я», програма ПРООН/ЮНЕЙДС «Сприяння просвітницькій роботі „рівний – рівному“ серед молоді України щодо здорового способу життя», програма ЮНІСЕФ «Профілактика ВІЛ/СНІД та здоров'я та розвиток молоді» (2003–2005 рр.) і багато інших. Заклади освіти області беруть участь в усіх зазначених програмах.

До недавнього часу стратегія профілактичної роботи полягала майже виключно у передачі знань від дорослих до дітей. Однак світовий досвід свідчить, що більш дієвим у пропаганді здорового способу життя є навчання ровесників ровесниками.

Саме тому в Донецькій області з листопада 2001 р. за підтримки ПРООН і ЮНЕЙДС та при фінансуванні Фонду ООН діє програма «Сприяння просвітницькій роботі „рівний – рівному“ серед молоді України щодо здорового способу життя», яка реалізується Міністерством освіти і науки України спільно з Академією педагогічних наук.



Фото 5. Вручення сертифікату юним тренерам з питань профілактики ВІЛ/СНІДу в Ліцеї №1 міста Макіївки

Довідка Головного управління освіти та науки облдержадміністрації

Станом на травень 2005 р. в області пройшли навчання близько 350 педагогів, психологів, медичних працівників. Підготовлено 150 підлітків-інструкторів програми, які протягом року працюють у цьому напрямку.

Вони беруть участь у семінарах, конференціях як на рівні області, так і на рівні України: участь у першому всеукраїнському семінарі-тренінгу для підлітків-інструкторів країни, акції «Пробіг заради життя», організованій представництвом Організації Об'єднаних Націй в Україні, всеукраїнському конкурсі «Здоров'я очима дітей», конкурсі сценаріїв для телевізійних роликів серед учнів шкіл на тему запобігання ВІЛ/СНІДу та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом під гаслом «СНІД стосується кожного! Не треба боятися – треба знати!».

Головне управління освіти та науки постійно співпрацює у цьому напрямку з управлінням охорони здоров'я, обласним центром СНІДу, обласним центром «Здоров'я», громадськими організаціями.

10 шкіл Донецька включені до міжнародного проекту «Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю в Україні». У цих школах відпрацьовується модель діяльності, що сприяє охороні та зміцненню здоров'я учнів.

При підтримці Європейської комісії в області в межах молодіжного демонстраційного проекту щодо запобігання ВІЛ/СНІДу в Україні близько 700 педагогів із шкіл області пройшли навчання за модулями «Твоє життя – твій вибір» (профілактика наркоманії) та «Прояви турботу та обачливість» (профілактика ВІЛ/СНІДу).

Починаючи з листопада 2003 р., благодійним фондом «Перше вересня» за сприяння Міністерства освіти і науки та

фінансової підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) реалізовано проект «Інформаційна кампанія з профілактики ВІЛ/СНІДу, інших негативних проявів у підлітковому та молодіжному середовищі Донецької області».

Робота звелася в таких напрямках:

- В усіх школах, професійно-технічних училищах та інтернатах області поширено інформаційні плакати «Як вберегтися від СНІДу».
- Для шкіл, позашкільних закладів освіти, методичних кабінетів районних та міських відділів освіти області передплачено 400 примірників журналу «Сільська школа України» та 800 примірників газети «Шкільний світ» на період з грудня 2003 р. по червень 2004 р., в яких вміщено тематичні вкладки.
- Здійснено три виїзди Інформаційно-технічної групи «Благодійного Фонду Перше Вересня» до Донецька, Красноармійська, Слов'янська, в рамках яких проведено 3 триденних семінари-тренінги для педагогів, семінар-тренінг для студентів педучилища, 41 одноденний семінар-тренінг для учнів шкіл та професійно-технічних училищ, 18 інтерактивних заходів для молоді.

Усього тренінгами охоплено понад 100 педагогів, 25 студентів, понад 1000 учнів шкіл та ПТУ, інтерактивними заходами – близько 5000 учнів.

У межах пілотного проекту Фонду Елтона Джона «Профілактика ВІЛ/СНІДу та репродуктивне здоров'я хлопчиків» близько 80 хлопчиків з Донецька та Старобешівського району пройшли навчання за даним проектом (у процесі навчання використовувалася гра «Світ чоловіків»).

У межах проекту «Школа проти СНІДу» 30 педагогів пройшли навчання та отримали підручники, зошити для роботи з даного питання. З 2005/2006 навчального року цей курс буде впроваджено у закладах, де є педагоги, які пройшли навчання (це навчальні заклади Донецька, Артемівська, Добропілля, Димитрова,

Довідка Головного управління науки та освіти облдержадміністрації

Загальний рівень обізнаності підлітків щодо захворювань, які передаються статевим шляхом, невисокий: інформацією володіють 7 % учнів 9 класу, 19% – 10 класу, 39% – 11 класу. Більше поінформованими з цього питання є учні міст (36%) і, зокрема, хлопці (21%).

Однією із слабких ланок в обізнаності учнів є проблема ВІЛ/СНІДу. Особливо це стосується респондентів, які навчаються у 7-му та 8-му класах (51 та 38% з яких відповідно з проблемою ВІЛ/СНІДу не знайомі).

Єнакієвого та Старобешівського, Тельманівського, Маріїнського, Ясинуватського районів).

У реалізації завдань міжнародного проекту «Шкільна програма з профілактики вживання тютюну, алкоголю і наркотиків» (проект ХОУП – початкова освіта) «корисні звички» беруть участь 50 шкіл області, де працюють близько 200 педагогів у початковій школі. Мета проекту: зниження ризику зараження ВІЛ/СНІДом та ймовірності прилучення до вживання психо-активних речовин.

За підтримки представництва організації «Міжнародна допомога та розвиток» з травня 2005 р. почав впроваджуватися проект «Подолання стигми та дискримінації, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією і СНІДом». В рамках проекту навчанням було охоплено 210 педагогічних працівників.

Враховуючи актуальність проблеми збереження здоров'я дітей та підлітків Донецьким обласним інститутом післядипломної педагогічної освіти головного управління освіти і науки була розроблена регіональна програма «Моніторинг оздоровчої функції освіти», розрахована на 2001–2011 роки.

Завдання програми

- Виявити рівень і динаміку оздоровчої функції освіти конкретної школи.
- Встановити фактори, які позитивно або негативно впливають на здоров'я учнів і вчителів.
- Спрогнозувати розвиток здоров'язбеігаючого педагогічного процесу в існуючому освітньому середовищі.
- Сприяти створенню єдиного інформаційного простору, спрямованого на формування в учнів свідомого ставлення до свого здоров'я та здоров'я громадян як найвищої цінності і засад здорового способу життя.

Метою програми є виявлення тенденцій у стані здоров'я школярів, прогнозування і корекція їхнього розвитку на підставі моніторингових досліджень.

Загальні принципи програми

Узгодженість нормативно-правового, організаційного і науково-методичного забезпечення його складових частин.

Об'єктивність одержання та обробки інформації, що передбачає максимальне виключення суб'єктивних оцінок, урахування всіх результатів, створення для всіх учасників дослідження однакових умов.

Комплексність дослідження різноманітних аспектів оздоровчої функції школи, обробки та аналізу отриманих результатів.

Безперервність і тривалість спостережень за станом процесу;

Своєчасність одержання, обробки та використання об'єктивної інформації.

Перспективність запланованих моніторингових досліджень, спрямованість їх на розв'язання актуальних завдань.

Рефлексивність, яка виявляється в аналізі результатів дослідження, здійснення самооцінки й самоконтролю.

Гуманістична спрямованість моніторингу шляхом створення обстановки доброзичливості, довіри, максимально сприятливих умов, позитивного емоційного мікроклімату; неможливості використання результатів досліджень для застосування будь-яких репресивних дій.

Відкритість та оперативність доведення результатів досліджень до відповідних органів управління.

До участі у програмі залучені 5 пілотних загальноосвітніх шкіл (ЗОШ) регіону:

- ЗОШ №150 Пролетарського р-ну Донецька;
- ЗОШ №68 Куйбишевського р-ну Донецька;
- ЗОШ №100 Петровського р-ну Донецька;
- ЗОШ №2 м. Артемівськ;
- ЗОШ №63 м. Маріуполь;
- Комсомольська ЗОШ Старобешівського р-ну;
- Торська ЗШ Костянтинівського р-ну.

Головною метою шкіл сприяння здоров'ю є організація і розробка навчально-виховного процесу на здоров'яутворюючих та здоров'язберігаючих засадах, що сприятиме формуванню культури здорового способу життя.

Крім того, на базі загальноосвітньої школи І–ІІІ ст. №67 Донецька працює експериментальний майданчик з проблеми

«Моніторинг оздоровчої функції освіти», який займається впровадженням прогресивних міжнародних здоров'язберігаючих технологій.

На базі психологічної служби закладів освіти області діє обласна служба «Довіра»: працює: 24 телефони довіри; 236 скриньок «Пошти довіри», 97 консультативних пунктів; 22 профільних консультативні пункти; 58 кабінетів психологічного розвантаження; 458 інформаційних куточків з питань формування здорового способу життя. Це дозволяє підліткам та їхнім батькам отримувати відповідну інформацію, консультації тощо.

З вересня 2005 р. почав діяти спільний проект Міністерства освіти і науки України та представництва Європейської Комісії в Україні «Удосконалення багатогалузевих підходів до профілактики ВІЛ/СНІДу серед молоді в Україні», метою якого є запровадження системи моніторингу заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, оцінка навчальної програми предмету «Основи здоров'я»; створення умов для проведення ефективних міжгалузевих заходів з профілактики ВІЛ/СНІДу серед молоді на регіональному, місцевому рівнях із залученням широкого кола зацікавлених сторін.

9. Громадська думка щодо проблеми ВІЛ/СНІДу. Рівень толерантності

Аналіз соціального контексту епідемії ВІЛ-інфекції буде не повним без розгляду ставлення широких верств громадськості до проблеми загалом та до інфікованих людей зокрема.

Більшість донеччан знають про ВІЛ/СНІД. У той же час існує багато міфів щодо шляхів передачі інфекції, засобів профілактики, можливостей тестування тощо. Це певним чином пояснює здебільшого негативне ставлення до людей з ВІЛ.

Упереджене ставлення населення до ЛЖВ частково є наслідком недостатньої поінформованості суспільства про ВІЛ/СНІД. Отже, з одного боку громадськість не хоче сприймати ВІЛ-позитивну особу через брак обізнаності щодо епідемії, а з іншого – порушуються права ВІЛ-інфікованих людей.

Типовою є ситуація, коли не розрізняють ВІЛ-позитивних батьків та ВІЛ-позитивних дітей. У таких випадках батьки часто змушені забрати свою дитину з дитсадка чи школи і виховувати її вдома або перевести до іншого закладу. Діти, які осиротіли внаслідок СНІДу або від яких відмовились ВІЛ-позитивні батьки, часто виховуються в дитячих будинках, переважно в окремих групах, або в інфекційних лікарнях. Таким дітям надається надзвичайно обмежена соціальна та психологічна допомога, а загальноосвітні заклади зазвичай відмовляються приймати їх на навчання. Так, 10 місяців після смерті батьків у центральній міській лікарні Харцизька перебуває дитина віком 5,5 років і переведення її у дитячий заклад не вирішується. Харцизьке міське управління праці та соціального захисту населення пояснює це тим, що, згідно до п. 4 інструкції «Про медичні протипоказання до прийому в стаціонарні відділення соціального захисту населення», загальним протипоказанням до прийому в будинки-інтернати є інфекційні захворювання. Управління також посилається на те, що в даний час відсутні необхідні умови догляду за ВІЛ-інфікованими дітьми, передбачені Міністерством охорони здоров'я (Наказ МОЗ

№4448 від 29.11.2002 р.). При цьому в спеціалізованому дитячому будинку Макіївки, який, до речі, розрахований на перебування дітей у віці до 4 років, брак місць.

Слід відзначити, що проблема перебування та розміщення ВІЛ-позитивних дітей у дитячих дошкільних закладах в області повністю не вирішена, як не вирішена і проблема навчання таких дітей у загальноосвітніх школах. Поки що єдиним способом вирішення даної проблеми є неповідомлення про ВІЛ-статус дитини.

Вирішення цієї проблеми є комплексним цілеспрямованим завданням влади, управління освіти, медичних закладів, ВІЛ-сервісних організацій та правоохоронних органів. Передусім це знання шляхів передачі і способів профілактики ВІЛ/СНІДу та формування толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих дітей в усіх працівників освіти і дитячих дошкільних закладів, а також забезпечення виконання чинного законодавства з цього питання.

Відкритим питанням лишається ставлення громадськості до інфікування так званих уразливих груп (СІН, ЧСЧ, ЖКС). Нетолерантне ставлення до них частіше зумовлене не стільки діагнозом ВІЛ-інфекція/СНІД, скільки способом їхнього життя.

Інтегрований національний показник толерантності у 2004 р. серед дорослого населення становив 2%, а для молоді 15–24 років – 0,5%. За даними дослідження «Доступність послуг і права ЛЖВ в Україні» (2004 р., Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД), під час якого були опитані ЛЖВ у 16 містах України, у тому числі і в Донецьку, нетерпимість в українському суспільстві до ВІЛ-інфікованих є фатальною. Саме тому більшість інфікованих не відкривають таємниці свого ВІЛ-статусу. Однак це не вихід, адже така поведінка призводить до того, що ВІЛ-інфіковані люди позбавлені законних прав та пільг, які їм гарантує законодавство України. Так, лише 7% опитаних ЛЖВ мають документальне свідоцтво щодо порушення своїх прав, і тільки половина з них (4%) бажають відстояти їх у судовому порядку.

Як показують результати дослідження, ніхто навіть з найближчого оточення ВІЛ-позитивних не є до них абсолютно толерантним.

Важливою є також проблема ставлення до ВІЛ-інфікованих людей медичних працівників. Цей аспект проблеми висвітлено в інших розділах ситуаційного аналізу.

Зупиняючись на питаннях громадської думки щодо ВІЛ-інфекції та хворих людей, слід звернути увагу на вкрай важливу потребу в постійних вивірених та зважених інформаційних та аналітичних програмах для всього населення області щодо ВІЛ/СНІДу як соціальної та медичної проблеми сьогодення.

Державам слід сприяти широкому та безперервному розповсюдженню творчих, виховних, навчальних, інформаційних програм, які спеціально призначені для того, щоб дискримінація та остракізм, що асоціюються з ВІЛ/СНІДом, змінилися на розуміння та підтримку.

*Міжнародний керівний принцип 9
(ЮНЕЙДС, 2004 р.)*

Згідно із Статутом ООН держави-члени ООН зобов'язані поважати права людини без дискримінації.

Віденська декларація та програма дій підтвердили, що права людини, чи то громадянські, політичні, економічні, соціальні, чи культурні, є універсальними та неподільними. При цьому держави несуть зобов'язання поваги, захисту і дотримання таких прав та основних свобод людини в рамках своїх політичних, економічних та культурних систем.

Особливо гострою проблема дискримінації у зв'язку з ВІЛ/СНІДом виглядає через те, що:

- дискримінація поглиблює наслідки епідемії для людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, а також для членів їхніх сімей та колег;
- люди стають ще більш сприйнятливими до інфекцій, якщо не додержуються їхні економічні, соціальні та культурні права;
- там, де громадянські та політичні права, а також свободи громадян та об'єднань обмежуються, де суспільству важко або неможливо організувати ефективну боротьбу з епідемією, слід прийняти або посилити антидискримінаційні та інші охоронні закони, які захищали б від дискримінації в державному та приватному секторах уразливі групи, ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, інвалідів; забезпечили б недоторканність особистого життя і конфіденційність та дотримання етичних норм при проведенні досліджень на людині; робили б акцент на вихованні та примиренні і передбачали б швидке й ефективне використання адміністративних та громадсько-правових засобів захисту.

Але, на превеликий жаль, дискримінація стосовно ВІЛ-інфікованих людей ще має місце в нашому житті. У стаціонарних відділеннях лікарень Макіївки було проведено соціологічне дослідження з вивчення ставлення пацієнтів ЗОЗ до можливості лікування ВІЛ-інфікованих людей у відділеннях загального профілю.



Фото 6. День пам'яті померлих від СНІДу. Розписане учасниками полотно – квілт

Результати дослідження такі:

52% — повинні лікуватися тільки у спеціальних закладах,

39% — повинні лікуватися вдома,

9% — можуть лікуватися у загальних ЗОЗ.

Наведені результати вказують на нетерпиме ставлення пацієнтів стаціонарних відділень до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. При цьому необхідно відзначити, що в закладах охорони здоров'я міста серед пацієнтів не ведеться роз'яснювальна робота щодо шляхів передачі ВІЛ і не формується толерантне ставлення їх до вказаної категорії населення.

Не менш показовими є результати іншого дослідження — «Вивчення ставлення медичних працівників до ВІЛ-інфікованих пацієнтів», що проводилося у Макіївці. Результати цього дослідження у відсотках до числа респондентів (210 лікарів та 417 середніх медичних працівників) наведені у таблиці 9.1.

Ще одним прикладом нетолерантного ставлення до ЛЖВ є результати вивчення питання «Ставлення ВІЛ-інфікованих людей до одержання медичної допомоги».

Ставлення медичних працівників до ВІЛ-інфікованих пацієнтів

11% респондентів вказали на відмову в наданні медичної допомоги лікарями та 3% — середніми медичними працівниками.

76% відзначили, що як тільки медичні працівники довідувалися про позитивний статус ВІЛ-інфікованого, вони нехтували проблеми пацієнта, а $6,6 \pm 1,33\%$ ставилися до нього з відразою.

42% вказали на те, що медичні працівники повідомляють пацієнтів відділень про їхній ВІЛ-статус, і ті ставляться до ВІЛ-інфікованих упереджено.

97% респондентів ставляться до маркування медичної документації ВІЛ-інфікованих пацієнтів як до своєрідного тавра.

Проект USAID і організації «Міжнародна допомога та розвиток»

У межах проекту підготовлено 37 майстрів-тренерів з числа працівників управлінь Донецької обласної державної адміністрації, її структурних підрозділів і мережі ЛЖВС, які виконують основні завдання проекту у 6 містах Донецької області із складною епідеміологічною ситуацією щодо ВІЛ-інфекції, зокрема, Маріуполі, Слов'янську, Димитрові, Авдіївці, Добропіллі та Донецьку.

Протягом вересня 2004—червня 2006 років проектом проведено понад 200 навчальних семінарів-тренінгів за участі понад 4 тис. осіб, 37 майстрів-тренерів проекту підготували 563 тренера, підготовлено 6 052 інструктори за методикою «рівний—рівному», які розповсюджують інформацію, передають знання населенню області.

Завдяки вищезазначеним інструкторам і тренерам за час реалізації проекту отримали теоретичні знання та виробили практичні навички з питань профілактики ВІЛ-інфекції та СНІДу майже 30 тис. мешканців Донецької області, розповсюджено понад 50 тис. примірників інформаційних буклетів і листівок.

87% респондентів намагаються, якщо це не зазначено у медичній документації, приховувати свій статус. Причиною цього є упереджене ставлення медичних працівників до ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Таким чином, можна зробити висновок, що ВІЛ-інфіковані люди зазнають стигматизації та дискримінації з боку суспільства загалом та медичного персоналу зокрема.

Так і хочеться сказати: «Люди, схаменіться в своєму житті, в своєму ставленні до ближніх, огляньтеся на себе..» (з вислову одного з авторів цього ситуаційного аналізу).

З вересня 2004 року в Донецькій області за підтримки USAID працює американська громадська організація «Міжнародна допомога та розвиток» (IRD), реалізуючи

Табл. 9.1. Ставлення медичних працівників до ВІЛ-інфікованих пацієнтів

Ставлення до ВІЛ-інфікованих	Лікарі		Середні медичні працівники	
	поліклініка	стаціонар	поліклініка	стаціонар
із співчуттям	12	49	36	45
з байдужістю	17	24	19	18
з відразою	32	5	24	14
терпиме	38	21	21	23
таке ж ставлення, як і до інших пацієнтів:				
«так»	8	9	40	67
«ні»	80	19	22	18
«важко відповісти»	12	70	37	14

проект «Подолання стигми та дискримінації, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією і СНІДом». Головною метою проекту є формування толерантного ставлення громадськості до ВІЛ-позитивної людини, інформованості з питань первинної профілактики понад 80% населення області за допомогою проведення освітніх програм, масових просвітницьких акцій, семінарів, тренінгів і надання консультативної допомоги.

Треба бити у дзвони та терміново впроваджувати програми формування толерантного ставлення суспільства до своїх братів по крові, вчити населення бути терпимим, інформувати його про сутність цієї жахливої для всього людства хвороби.

Заходи, що мають проводитись в області з подолання дискримінації у зв'язку з ВІЛ/СНІДом та формування у широкому загалі населення толерантного ставлення до ЛЖВ повинні бути постійними, цілеспрямованими, охоплювати всі верстви населення та бути міжсекторальними.

ОКР повинно забезпечити розробку міжсекторальної програми формування в населення толерантного ставлення до

ВІЛ-інфікованих. Вона виконується з застосуванням технологій піар-кампаній, але носить постійний характер.

Пріоритетними категоріями у цій роботі стають:

- державні службовці, управлінці та депутати різних рівнів – ті люди, що приймають рішення;
- працівники правоохоронних органів;
- працівники освіти всіх рівнів від дитячих дошкільних до вищих навчальних закладів;
- роботодавці;
- медичні працівники.

Вкрай важливо зробити так, щоб підтримка людей, що живуть з ВІЛ, а не упереджене ставлення до них, стала нормою життя кожного громадянина країни.

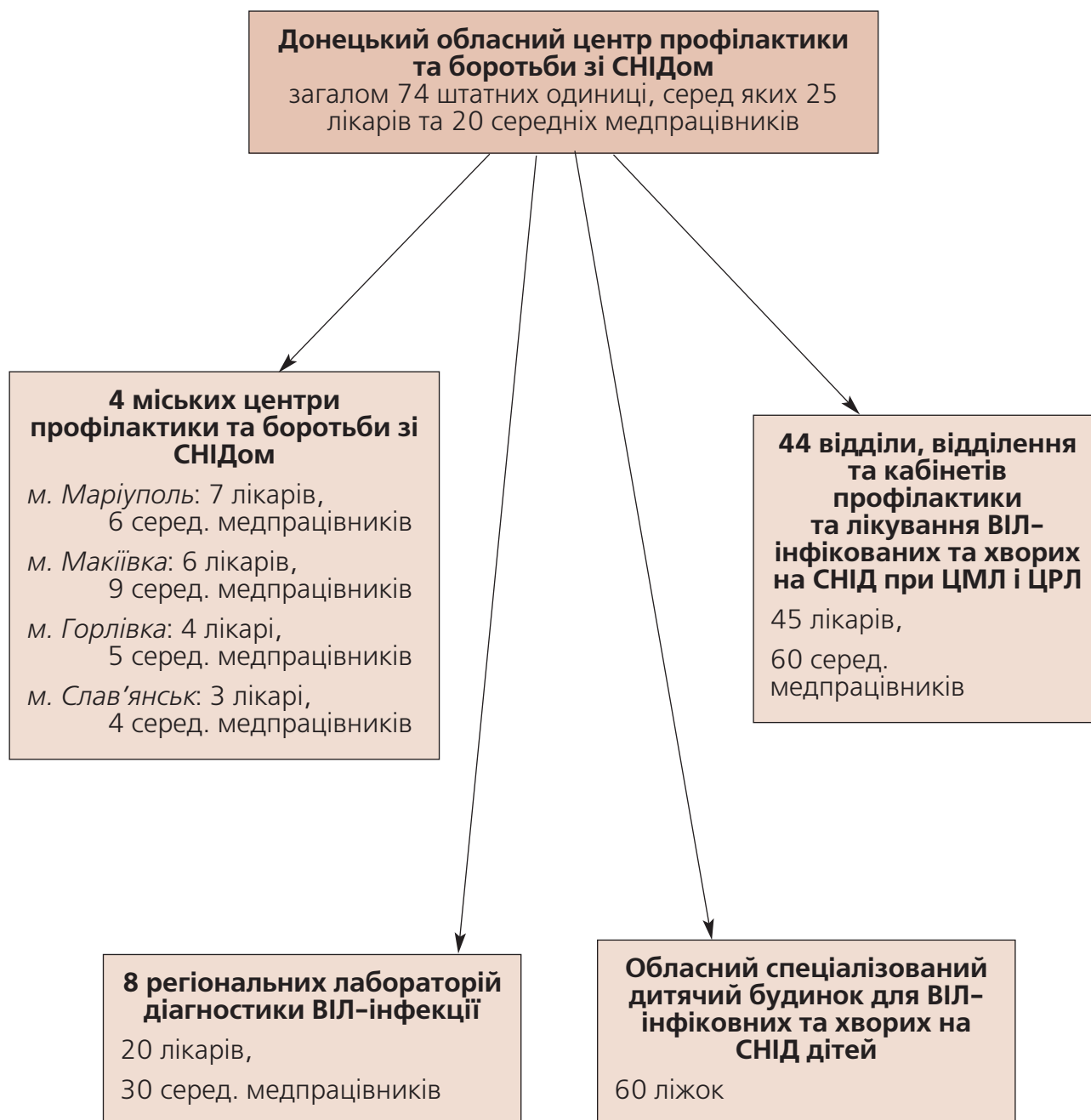
На сьогодні ж громадська думка в області щодо людей з ВІЛ/СНІДом сприяє їх стигматизації. Така стигматизація робить усе суспільство більш уразливим до епідемії. Поширення епідемії може стати фактором, який сприятиме збільшенню числа молодих людей, котрі будуть прагнути виїхати жити за межі області.

10. Оцінка ресурсів для боротьби з ВІЛ/СНІДом у Донецькій області

У складі структурних підрозділів служби профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу працюють спеціалісти різних фахів – це лікарі-інфекціоністи (основна частина), а

також дерматовенерологи, фтизіатри, епідеміологи, терапевти, акушери-гінекологи. У розрізі медичних закладів це виглядає наступним чином:

Мережа служби профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу в Донецькій області



Загалом до служби СНІДу в Донецькій області належить 49 структурних підрозділів, в яких введено 264 посади, з них 91 лікарська та 105 середніх медпрацівників.

Рівень підготовки цих спеціалістів відповідає посадам, які вони займають — спеціалізація та курси підвищення кваліфікації тематичні та передатестаційні на базі Донецького і Запорізького медичних університетів. Також Донецьким обласним центром з профілактики та боротьби зі СНІДом за узгодженням з головними лікарями ЦМЛ, ЦРЛ області організується стажування на робочому місці за індивідуальними планами для фахівців, які починають працювати у відділеннях (кабінетах) профілактики ВІЛ-інфекції та лікування хворих на СНІД у містах та районах області.

Майже всі структурні підрозділи служби СНІД в області укомплектовані відповідними фахівцями (лікарями, середніми та молодшими медичними працівниками). Але існує певна кількість проблем, пов'язаних з неуккомплектованістю штатів міських центрів, відділень (кабінетів) профілактики та лікування хворих на ВІЛ/СНІД. Так, наприклад, тривалий час у м. Сніжному, де число населення наближається до 80 тис. чоловік, а поширеність ВІЛ-інфекції — 173,1 особи на 100 тис., кабінет профілактики ВІЛ при ЦМЛ не був укомплектований лікарем. Аналогічна ситуація була у Добропіллі, мешкає понад 85 тис. чоловік, а поширеність ВІЛ-інфекції — 812,1 осіб на 100 тис. (при середньому обласному показнику 527,6 на 100 тис. населення). З початку 2006 р. кабінет з медичного обслуговування хворих на ВІЛ/СНІД на базі Добропільської ЦРЛ укомплектовано лікарем-дерматовенерологом.

Значна частка роботи з обслуговування хворих на ВІЛ/СНІД, зокрема організація диспансерного нагляду і патронажне обслуговування, виконується середніми медичними працівниками, що входять до штату міських центрів, відділень (кабінетів) з профілактики та лікування хворих на ВІЛ/СНІД. Але, згідно із штатними розкладами, недостатньо мати на службі

СНІД при ЦМЛ, ЦРЛ одного-двох середніх медичних працівників. Навіть у Маріуполі міський центр укомплектований шістьма середніми медпрацівниками, що є вкрай мало для міста з населенням понад 500 тис. чоловік, а поширеність ВІЛ-інфекції становить 1238,5 на 100 тис. населення. Тому всі структурні підрозділи служби СНІДу області неодмінно мають бути укомплектовані достатнім числом маніпуляційних та патронажних медичних сестер, а також медстатистиками залежно від чисельності населення та поширеності ВІЛ-інфекції у даному місті чи районі області.

Наказ МОЗ України від 2001 р. №33 не дає можливості головним лікарям ЦМЛ, ЦРЛ додатково вносити до штатного розкладу спеціалістів, необхідних у конкретній місцевості. Тому неможливо виконувати у повному обсязі укази та доручення Президента України стосовно протидії ВІЛ/СНІДу в Україні.

У Донецькій області в акушерсько-гінекологічній службі працює 1137 лікарів (за станом на 1 січня 2005 р.), забезпеченість кадрами на 10 тис. населення становить 2,42, у тому числі дитячих гінекологів — 42 спеціалісти, показник забезпеченості на 10 тис. населення — 0,09.

Усі ці фахівці у своїй медичній практиці надають послуги, пов'язані з ВІЛ, у тому чи іншому обсязі, зокрема консультативну допомогу, діагностичну та лікувальну медичну допомогу населенню, у тому числі жінкам з ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

Підготовка спеціалістів різного фаху з надання ВІЛ-послуг здійснюється спеціалістами обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом, міських центрів, відділень (кабінетів) профілактики та лікування хворих на ВІЛ/СНІД у формі лекцій, занять, лікарняних конференцій, тренінгів. Але цього недостатньо, щоб охопити навчанням якомога більше медичних працівників для надання ВІЛ-послуг. У першу чергу таким навчанням слід охопити лікарів різних спеціальностей, зокрема терапевтів, яких в області працює близько 2,5 тис., фтизіатрів, у тому числі

дитячих (271), інфекціоністів, у тому числі дитячих (254), дерматовенерологів, у тому числі дитячих (361), наркологів (157), лікарів загальної практики – сімейні лікарів (91), а також невропатологів, офтальмологів та інших медичних спеціальностей.

Аналіз числа фахівців, що працюють у різних лікувально-профілактичних закладах області, переконує, що навчання з надання ВІЛ-послуг має здійснюватися значно більшим числом спеціалістів. Спеціально розроблених програм навчання з надання ВІЛ-послуг не існує.

У Донецькій області протягом 2005 р. проводилось два тренінги (у червні та листопаді) з питань добровільного консультивання і тестування ВІЛ-уразливих груп населення для фахівців державних та недержавних ВІЛ-сервісних організацій, шкірно-венерологічних, наркологічних диспансерів (підготовлено 42 працівники), а також два тренінги (у вересні та січні 2006 р.) для лікарів-фтизіатрів ЛПЗ області з питань ДКТ і епіднагляду за сполученою інфекцією ВІЛ/туберкульоз (підготовлено 48 фахівців). У порівнянні з числом спеціалістів, які потребують навчання, цього вкрай мало.

На забезпечення відповідної підготовки кадрів є резок організувати і відкрити в області тренінговий центр, де постійно проводилось би навчання з надання ВІЛ-послуг спеціалістами – лікарями, психологами та всіма тими, хто працює у названій сфері.

Наводимо дані про фінансування програм протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в області (табл. 10.1).

Додатково в області залучено на профілактику ВІЛ та допомогу ЛЖВС програми міжнародної матеріально-технічної допомоги, спонсорські та благодійні внески.

З серпня 2004 р. по теперішній час на виконання програм профілактики і лікування ВІЛ громадськими організаціями області, зокрема на виконання національної програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні» (грант Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією та проекту САНРАЙЗ (грант USAID) було залучено коштів на загальну суму 1 млн. 600 тис. грн.

Процедура тестування на ВІЛ та консультивання всіх бажаючих у регіоні здійснюється у відповідності до вимог Закону України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» і заходів із забезпечення

Табл. 10.1. Джерела та обсяги фінансування заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІДу (грн.)

Джерело фінансування	2004 р.		2005 р.	
	фактично виділено	заплановано	заплановано	фактично виділено (станом на 1.09.2005)
Державний бюджет (тест-системи для обстеження на ВІЛ вагітних, донорів, дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, антиретровірусні препарати для лікування ВІЛ-інфікованих)	3 295 100	3 300 000	3 300 000	2 600 000
Обласний бюджет (тест-системи для тестування на ВІЛ пацієнтів ЛПЗ обласного підпорядкування)	837 600, з яких 550 000 – на придбання проточного цитофлюориметра для контролю ефективності антиретровірусного лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД	500 000	500 000	600 000
Спільні програми (місцеві бюджети): тест-системи для тестування на ВІЛ усіх контингентів населення, засоби індивідуального захисту медпрацівників	335 100	680 800	680 800	450 000

профілактики ВІЛ-інфекції, догляду та лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД у Донецькій області на 2004–2008 роки, затверджених розпорядженням голови облдержадміністрації від 1.06.2004 р. №231. У регіоні за територіальним принципом функціонує 9 лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції (Донецьк, Маріуполь, Макіївка, Краматорськ, Горлівка, Слов'янськ). Дослідження на ВІЛ за всіма кодами проводяться щоденно й безоплатно в усіх без винятку лабораторіях діагностики ВІЛ-інфекції.

Аналіз матеріально-технічного забезпечення

Проблема ВІЛ/СНІДу набула надмірної актуальності у глобальному масштабі, оскільки це захворювання впливає на велику кількість проблем соціального, економічного, політичного, морального та правового характеру. З метою об'єднання зусиль різних служб, відомств, організацій та всіх громадян з недопущення поширення цього небезпечного захворювання, надання кваліфікованої медичної допомоги хворим на СНІД та вірусососям, організації профілактичних та протиепідемічних заходів у Донецькій області у жовтні 1990 р. було засновано обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом як самостійний спеціалізований лікувально-профілактичний заклад.

Розроблено та затверджено положення про обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, затверджені його структура та штати.

Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом (у подальшому – Центр) є самостійним спеціалізованим лікувально-профілактичним закладом, що здійснює консультативно-діагностичні, лікувально-профілактичні заходи та епідеміологічний моніторинг за ВІЛ-інфекцією на території Донецької області, а також розробляє, впроваджує і використовує нові форми та методи діагностики, лікування ВІЛ-інфікованих та профілактики поширення інфекції серед різних груп населення.

Центр здійснює свою роботу згідно з вимогами національної програми профілактики СНІДу в Україні, обласної комплексної програми, Закону України «Про внесення змін у Закон України „Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення“» від 3.03.1998 р., постанов Кабінету Міністрів України, розпоряджень обласної держадміністрації, наказів, відповідних інструктивно-методичних вказівок МОЗ України та управління охорони здоров'я.

До складу Центру профілактики СНІДу входять такі структурні підрозділи:

- Амбулаторно-поліклінічне відділення зі штатом 22,5 одиниці, у т. ч. 10,5 лікарських.
- Відділ профілактичної, організаційно-методичної роботи та епідеміологічного моніторингу з загальним штатом 9,25 одиниці, у т. ч. лікарських – 9,25.
- Відділ лабораторної діагностики – 24,75 штатні одиниці, з них 9,25 лікарські.
- Адміністративно-господарчий та обслуговуючий персонал – 18 штатних одиниць.

Лабораторія діагностики СНІДу проводить скринінгові та верифікаційні дослідження біологічного матеріалу на ВІЛ-інфекцію з метою виявлення ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Пацієнтів, які перебувають на диспансерному нагляді, обстежують на опортуністичні інфекції (ЦМВ-інфекція, токсоплазмоз, герпетична інфекція), досліджують їхні клініко-біологічні, імунологічні та мікробіологічні дані.

В амбулаторно-поліклінічному відділі центру ведуть прийом лікарі першої та вищої категорії, у тому числі кандидати медичних наук: інфекціоністи, стоматологи, дерматологи, невропатолог. Тут надається безкоштовна консультативна та лікувальна допомога ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД, а також проводяться медичні обстеження пацієнтів. У комплексному

лікуванні ВІЛ-інфекції використовується медикаментозна терапія і надається психо-соціальна допомога людям, що живуть з ВІЛ/СНІДом, та їхнім родинам.

На основі розробленої комп'ютерної програми епідеміологічного моніторингу ВІЛ/СНІДу постійно здійснюється аналіз поширення захворювання. Впроваджено скринінговий епіднадгляд за поширенням ВІЛ-інфекції серед ін'єкційних наркоманів, жіноккомерційного сексу, та інших категорій населення. За даними аналізу плануються заходи запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу в області.

Центр співпрацює з органами та установами охорони здоров'я області, представниками міжнародних фондів та ООН/СНІД в Україні, центрами здоров'я, Товариством Червоного Хреста, громадськими організаціями з розробки програм профілактики ВІЛ у різних групах населення, здійснює методичне та практичне керівництво їх виконання. У центрі створені всі умови для надання лікувальної допомоги пацієнтам та їх реабілітації.

Зважаючи на загрозливі темпи поширення епідемії ВІЛ/СНІДу в Донецькій області та з метою вдосконалення і підвищення ефективності дій з профілактики ВІЛ-інфекції безпосередньо в містах та районах, організації міжвідомчого методичного керівництва з питань запобігання поширенню, виявлення, обліку, диспансерного спостереження, клініко-імунологічного обстеження хворих на ВІЛ/СНІД, лікування опортуністичних інфекцій, організації спеціалізованого консультування

й лікування, а також проведення АРВ-терапії пацієнтам, згідно з наказом обласного УОЗ №84 від 26.04.1996 р. на базі провідних лікувально-профілактичних закладів області (ЦМЛ, ЦРЛ) організовано спеціалізовані відділення (кабінети) з профілактики та лікування хворих на ВІЛ/СНІД.

Крім того, наказом розроблено та затверджено тимчасове положення про відділення (кабінети) профілактики та лікування хворих на ВІЛ/СНІД при поліклініках центральних міських (районних) лікарень, а також функціональні обов'язки лікаря.

Для надання стаціонарної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД у структурі обласних та міських лікувально-профілактичних закладів організовано спеціалізовані відділення (палати).

Нині за рахунок держбюджету здійснюється реконструкція одного з корпусів міської лікарні №2 під стаціонарне відділення на 55 ліжок для ДООЦ СНІД.

Ці структурні підрозділи створені за рахунок існуючих штатів та фонду заробітної плати служби охорони здоров'я в цілому міста, району.

В області створено всі умови для об'єктивного моніторингу за ВІЛ-інфекцією. Організовано службу, яка складається з обласного і чотирьох міських центрів СНІД, восьми регіональних лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції і 44 відділень, кабінетів профілактики та лікування хворих на ВІЛ/СНІД при ЦМЛ, ЦРЛ.

Труднощі, з якими стикаються Центри СНІДу

- Брак обладнання для якісного лабораторного контролю ефективності лікування (обладнання для полімеразно-ланцюгової реакції з метою визначення вірусного навантаження, визначення резистентності ВІЛ до антиретровірусних препаратів).
- Труднощі формування прихильності у дітей-сиріт, що виховуються опікунами.
- Недостатній штатний розклад та кадрове забезпечення служби профілактики і лікування ВІЛ/СНІДу міст та районів.

11. Як забезпечити ефективну протидію епідемії ВІЛ/СНІДу в Донецькій області?

Надання медичної допомоги населенню з ВІЛ/СНІДу є складним процесом. Розробка і впровадження нових організаційних форм та вдосконалення існуючих форм надання медичної допомоги населенню з ВІЛ/СНІДу істотно змінює функцію і структуру наявної системи медичної допомоги.

У зв'язку з цим була розроблена і науково обґрунтована якісно нова система надання медичної допомоги. За основу взято існуючу мережу і структуру медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу.

У запропонованій системі надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу міському населенню України основною метою визначено забезпечення профілактичних заходів із зниження темпів поширення ВІЛ-інфекції і надання доступної та якісної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД із забезпеченням психологічної підтримки сімей ВІЛ-інфікованих.

Важливим у системі є міжгалузевий підхід до надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу вже на місцевому та обласному рівнях. Тому виділяємо таку форму управління (суб'єкт), як координаційна рада (міська, районна, обласна).

У процесі надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД передбачається наявність та систематичне поповнення всіх видів інформації з питань медичної допомоги та епідситуації, а також управління цією системою. Інформація має бути своєчасною і доступною для апарата управління на всіх рівнях. Це стосується статистичних, епідеміологічних даних, інформації щодо результатів діяльності системи, яка поширюється на кожний ієрархічний рівень за допомогою створеної інформаційно-довідкової системи. Інформаційні процеси управління медичною допомогою з ВІЛ/СНІДу здійснюються на основі державної політики з інформатизації.

Розроблена система передбачає наявність координаційних механізмів, узгоджених планів дій, системи контролю та звітності через організацію моніторингу та оцінки.

До існуючої системи надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на **першому рівні** введено:

- 1) сім'ю та сімейних лікарів з визначенням їхніх функцій;
- 2) НДО з визначенням їхніх функцій та обсягів роботи;
- 3) засоби масової інформації з регулярним проведенням через них спеціалізованих акцій.

До функцій сімейного лікаря з надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу включено:

- 1) проведення інформаційно-освітньої роботи на рівні сім'ї з проблеми ВІЛ/СНІДу з формуванням у її членів навичок безпечної поведінки з пріоритетом організації профілактичної роботи серед молоді;
- 2) проведення передтестового консультування;
- 3) медичне консультування та психологічна підтримка сім'ї на випадок ВІЛ-інфікування одного чи кількох членів сім'ї;
- 4) проведення призначеного спеціалістами з ВІЛ/СНІДу лікування у домашньому стаціонарі;
- 5) навчання членів сім'ї догляду за хворим на СНІД;
- 6) забезпечення медичної допомоги вдома хворому на СНІД у термінальній стадії.

Другий рівень:

- 1) організація індивідуальних пологових залів у пологових відділеннях ;
- 2) відкриття спеціалізованих палат у фтизіатричних та інфекційних відділеннях;
- 3) відкриття пунктів обміну шприців для СНІ;
- 4) організація на базі центру профілактики ВІЛ «Вечірнього клубу» для людей, які живуть з ВІЛ.

Третій рівень. На третьому рівні внесені як зміни до самої організації медичної допомоги, так і посилення міжвідомчих зв'язків у наданні медичної допомоги:

- 1) організація роботи у складі центру профілактики СНІДу оперативної бригади з проведення епідеміологічного розслідування випадків ВІЛ-інфікування кадрових донорів, випадків ВІЛ-інфікування у ЗОЗ;
- 2) відкриття спеціалізованого будинку для дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями та позбавлених батьківської опіки;
- 3) відкриття лікарні медико-соціальної допомоги хворим на СНІД у термінальних стадіях.

Четвертий рівень. Підготовка спеціалістів для надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу:

- 1) лікарів усіх спеціальностей і особливо сімейних лікарів у вищих навчальних закладах освіти III–IV рівнів акредитації;
- 2) середніх медичних працівників у медичних коледжах.

На всіх рівнях медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу значне місце відводиться НДО. Вони на кожному рівні виконують свої

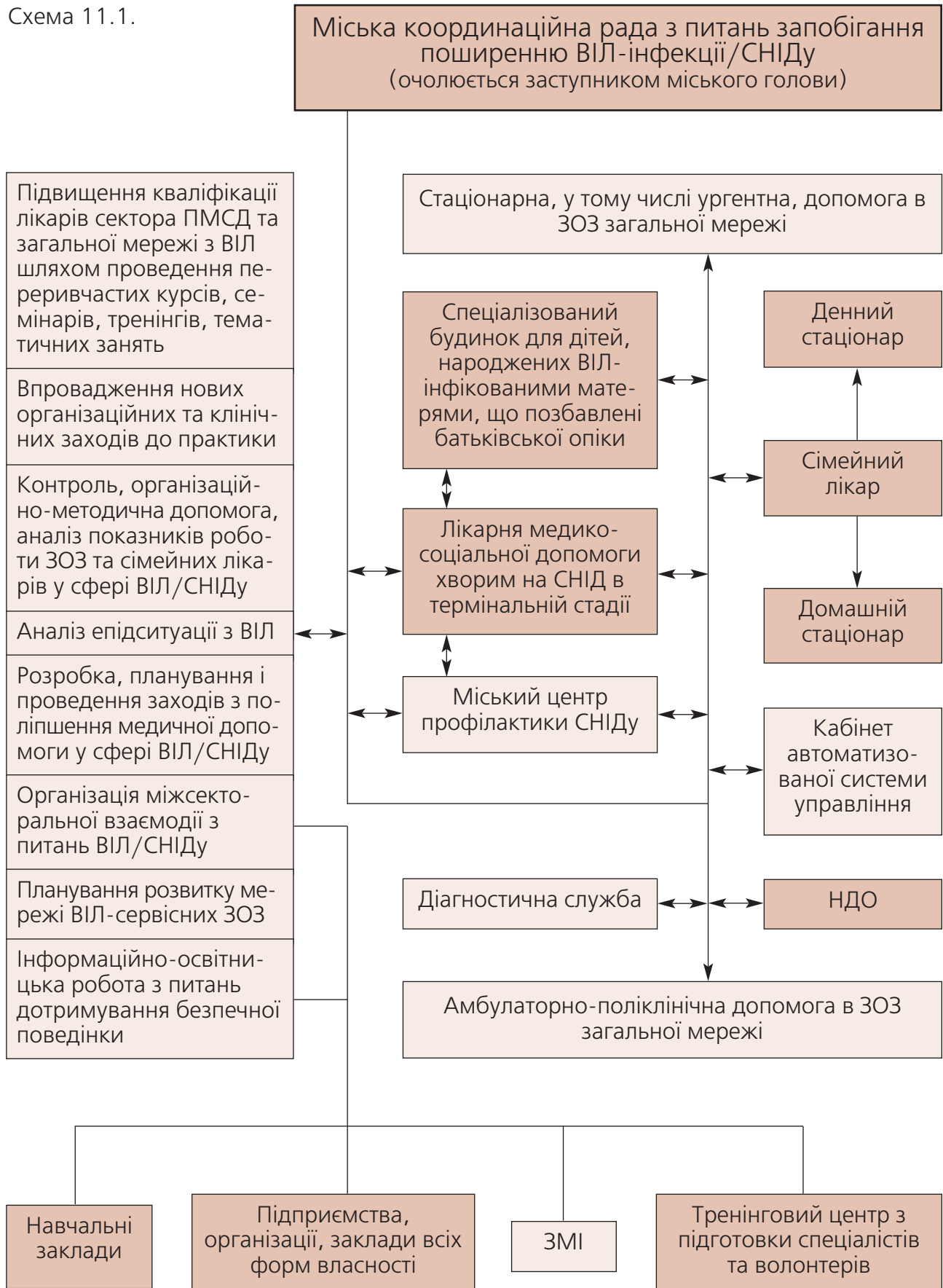
функції, серед яких основною є інформаційно-просвітницька з формування безпечної поведінки стосовно зараження ВІЛ серед усього загалу населення та груп високого ризику, в т. ч. через підготовку волонтерів для:

- надання психологічної підтримки ВІЛ-інфікованим;
- проведення соціальної реабілітації людей, що живуть з ВІЛ;
- консультування з правових питань;
- адвокація актуальних питань з ВІЛ/СНІДу;
- проведення тренінгів та масових заходів з молоддю тощо.

Важливим заходом консолідації зусиль у боротьбі з епідемією стає підготовка та проведення громадських слухань з актуальних проблем, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом (схема 11.1).

Визначальна роль в організації протидії розитковій епідемії в області покладається на ОКР та координаційні ради в містах та районах, які за підтримки МРГ організують вивчення динаміки розвитку епідемії, причин її поширення і консоліднують зусилля та ресурси державного і приватного секторів з метою зниження темпів ВІЛ-інфікування населення та подолання наслідків епідемії ВІЛ/СНІДу.

Схема 11.1.



У ході підготовки даного ситуаційного аналізу та під час засідань ОКР і МРГ обговорювалися питання забезпечення ефективної протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в області. При написанні розділів ситуаційного аналізу про частину таких заходів згадувалось. Нижче наводяться **узагальнені положення щодо активної протидії розвитку епідемії в області:**

- Залучення до реалізації заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в області зацікавлених установ, відомств, організацій (управління внутрішніх справ, служби у справах неповнолітніх, центри соціальних служб для молоді, управління культури, управління освіти, засоби масової інформації та ін.).
- Перегляд та розширення штатів центрів, відділень та кабінетів профілактики СНІДу у відповідності до потреби.
- Створення мережі відділень та кабінетів профілактики і лікування хворих на ВІЛ/СНІД у кожному місті та районі з метою забезпечення доступності надання медичної допомоги.
- Вирішення питання забезпечення хворих на ВІЛ/СНІД антиретровірусним лікуванням та лікуванням опортуністичних захворювань із залученням бюджетних коштів.
- Відкриття хоспісів з метою надання позалікарняного догляду хворим у термінальній стадії ВІЛ-інфекції – СНІДу.
- Забезпечення всіх лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції сучасним лабораторним обладнанням, у т. ч. обладнанням для ПЛР (полімеразно-ланцюгової реакції – з метою визначення рівня вірусного навантаження для контролю ефективності антиретровірусного лікування), якісними тест-системами, діагностичними препаратами.
- Впровадження в усіх містах та районах програм профілактики ВІЛ-інфекції серед представників уразливих груп населення (споживачі ін'єкційних наркотиків, жінки комерційного сексу, ув'язнені, бездоглядні діти та ін.), а також програми догляду та підтримки хворих на ВІЛ/СНІД.
- Забезпечення безперервного постачання антиретровірусних препаратів для проведення профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ.
- Створення системи підготовки медичних працівників усіх рівнів та спеціальностей з питань ВІЛ/СНІДу.
- Перегляд та розширення штатів центрів, відділень та кабінетів профілактики СНІДу у відповідності до потреби.
- Забезпечення належного фінансування та зміцнення матеріально-технічної бази підрозділів служби профілактики та надання медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД за рахунок бюджетних коштів.
- Вирішення питань соціального захисту ВІЛ-інфікованих дітей, позбавлених батьківського піклування, дітей-сиріт шкільного віку та сприяння їм у безперешкодному доступі до отримання освіти.
- Проведення заходів щодо формування толерантного ставлення до людей, що живуть з ВІЛ, із залученням ВІЛ-позитивних людей.
- Проведення навчальних семінарів для представників влади з питань ВІЛ/СНІДу, зокрема щодо прав ВІЛ-позитивних людей.
- Організація юридичних служб з питань надання юридичної допомоги ВІЛ-позитивним людям у відповідності до чинного законодавства.
- Підняття у ранг пріоритетних для області проблем проблеми поширення наркоманії, комерційного сексу, бездоглядних дітей.

Додатки

Додаток 1**Центри профілактики та боротьби зі СНІДом на Донеччині**

Назва	Адреса	Часи роботи	Керівник	Телефон
Донецький обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом	83045, Донецьк, вул. Олімпієва, 1А	8.00–17.00	Гражданов Микола Петрович	80622 667110
Макіївський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом (ЦМЛ №2)	86120, Макіївка, вул. Ферганська.20	8.00–16.00	Кібрік Лариса Абрамівна	8232 47109
Горлівський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом (ЦМЛ №2)	84600, Горлівка, вул. Леніна, 26	8.00–16.00	Савчук Наталія Валентинівна	824 44597
Маріупольський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом (ЦМЛ №4)	87502, Маріуполь, вул.Пашковського, 4	8.00–16.00	Довгалевський Павло Миронович	829 221106
Слов'янський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом (ЦМЛ ім. Леніна)	84100, Слов'янськ, вул. Шевченка,40	8.00-16.00	Кушаков Олександр Миколайович	8262 33075

Додаток 2**Кабінети й відділення профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу в міських і районних лікарнях Донеччини**

Назва	Повна адреса	Часи роботи	Лікар	Телефон
м. Авдіївка. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	343871, Авдіївка, вул. Комунальна	8.00-16.00	Шаблієнко Андрій Дмитрович	8 236 32144
м. Дебальцеве. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	84700, Дебальцеве, вул. Луганська,1	8.00-16.00	Мусієнко Валентина Дмитрівна	8 249 22537
м. Дзержинськ. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	85200, Дзержинськ, вул. Дзержинського, 55	8.00-16.00	Наталюткін Іван Миколайович	8 247 33096
м. Димитров. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	85322, Димитров, вул. Ватутіна, 20	8.00-16.00	Козлова Олена Василівна	8 239 32-14
м. Дружківка. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	84205, Дружківка, вул. Короленко, 12	8.00-16.00	Комарова Людмила Станіславівна	8 267 43126
м. Докучаєвськ. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	85740, Докучаєвськ, вул. Кирова, 14	8.00-16.00	Сусіна Світлана Миколаївна	8 275 31221
м. Єнакієве. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	86400, Єнакієве, вул. 60 річчя СРСР, 37	8.00-16.00	Цуканова Інна Володимирівна	8 252 26754
м. Жданівка. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	86391, Жданівка, вул. Больнична,3	8.00-16.00	Алахвердян Еміль Аркадійович	8 2507 33-51
м. Костянтинівка. Відділення профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	85100, Костянтинівка, пр. Ломоносова, 161	8.00-16.00	Бобровицька Ольга Іванівна	8 272 26917
м. Краматорськ. Відділення профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	84307, Краматорськ, вул. Орджонікідзе, 1	8.00-16.00	Карась Євген Георгійович	8 06264 69062

Додаток 2

м. Кировське. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	343716, Кировське, вул. Шахтарська, 46	8.00-16.00	Фаюра Олена Владленівна	8 250 64067
м. Новгородівка. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	85483, Новгородівка, вул. Держинського, 4	8.00-16.00	Алексєєв Микола Михайлович	8 237 3965
м. Селідове. Кабінет про-філактики та лікування ВІЛ/СНІДу	85400, Селідове, вул. Московська, 43	8.00-16.00	Корнієнко Людмила Вікторівна	8 237 74203
м. Сніжне. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	86500, Сніжне, вул. Вла-дивостокська, 45	8.00-16.00	Шестакова Тетяна Володимирівна	8 256 53476 8 256 55577 8 256 54061
м. Торез. Відділення профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	86600, Торез, вул. Миколаєва, 37	8.00-16.00	Голосун Юлія Вікторівна	8 256 31010
м. Вугледар. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	85670, Вугледар, вул. Молодіжна, 19	8.00-16.00	Сосюра Олександр Васильович	8 273 65638
м. Харцизьк. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	86709, Харцизьк, вул. Краснознаменська, 164	8.00-16.00	Антонова Валентина Іванівна	8 257 42217
м. Іловайськ. Вузлова лікарня, кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	86709, Іловайськ, вул. Шевченка, 137	8.00-16.00	Кандиба Вікторія Василівна	8 257 23401
м. Шахтарськ. Відділення профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	86200, Шахтарськ, вул. Кирова, 37	8.00-16.00	Воздиган Наталія Євгенівна	8 255 43125
Олександрівський р-н. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	84000, Олександрійський район, вул. Держинського, 1	8.00-14.00	Гусак Вікторія Валентинівна	8 269 21190
Амвросіївський р-н. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	87303, Амвросіївськ, вул. Мічуріна, 4	8.00-14.00	Кравченко Євгенія Вікторівна	8 259 22003
Артемівський р-н. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	84500, Артемівськ, Профінтерна, 41	8.00-14.00	Перепитайло Людмила Іванівна	8 274 23828
Великоновоселківський р-н. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	85500, Великоновоселківськ, пр. Южний, 3	8.00-14.00	Саввін Юрій Юрійович	8 243 90670
Волноваський р-н. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	85700, Волноваськ, вул. Матросова, 5	8.00-14.00	Балабан Антоніна Іванівна	8 244 41551
Володарський р-н. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	87000, Володарськ, вул. Леніна, 1	8.00-14.00	Сторонська Олена Борисівна	8 246 91397
Добропільський р-н, кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	85000, Добропілля, вул. Гагаріна, 3	8.00-14.00	Кукурян Вікторія Іванівна	8 277 23911
Красноармійський р-н. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	85300, Красноармійськ, вул. Руднева, 71	8.00-14.00	Кулікова Любов Василівна	8 239 21674
Краснолиманський р-н. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	84400, Красний Лиман, вул. Фрунзе, 64	8.00-14.00	Атрошенко Сергій Олексійович	8 261 21764
Мар'їнський р-н. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	85633, Красногорівка, вул. Нахімова, 1А	8.00-14.00	Голубовська Тетяна Євгенівна	8 278 22714

Додаток 2

Новоазовський р-н. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	87600, Новоазовськ, вул. Кірова, 178	8.00-14.00	Порохня Ася Степанівна	8 296 21785
Первомайський р-н, Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	87400, Первомайськ, вул. Почтова, 22	8.00-14.00	Джансиз Наталія Антонівна	8 297 21585
Слов'янський р-н. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	84182, Слов'янськ, Ми- колаївка, вул. Мира, 13	8.00-14.00	Д'яченко Ліана Вікторівна	8 262 43296
Старобешевський р-н. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	87200, Старобешевськ, вул. Перемоги, 94а	8.00-14.00	Подольський Сергій Веніамінович	8 253 21641
Тельманівський р-н. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	87100, Тельманове, пр. Садовий, 3	8.00-14.00	Островська Валентина Єфімовна	8 279 21548
Шахтарський р-н. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	86202, Шахтарськ, вул. Філатова, 1	8.00-14.00	Луценко В'ячеслав Валерієвич	8 255 44816
Ясинуватський р-н. Кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	86006, Яснувата, квартал 100	8.00-14.00	Цибуля Катерина Андріївна	8 236 24338
м. Донецьк, Буденів- ський р-н. ЦМКЛ №16, відділення профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	83047, Донецьк, вул. Багратіона, 19	8.00-16.00	Літвяк Ірина Віталіївна	8 062 2239448
м. Донецьк, Ворошилов- ський р-н. ЦМКЛ №1, кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	83000, Донецьк, вул. Артема, 57	8.00-16.00	Козлітіна Валентина Олександрівна	8 062 3054716
м. Донецьк, Калінін- ський р-н. ЦМКЛ №3, відділення профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	83016, Донецьк, вул. Овнатаняна, 16	8.00-16.00	Ганін Олександр Васильович	8 062 952267
м. Донецьк, Київський р-н. ЦМЛ № 18 кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	83007, Донецьк, пр. Київський, 85	8.00-16.00	Ремко Аліса Володимирівна	8 0622 585695
м. Донецьк, Київський р-н. ЦМЛ № 20 кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	83007, Донецьк, пр. Київський, 85	8.00-16.00	Моценська Інна Геннадіївна	8 0622 585992
м. Донецьк, Кировський р-н. ЦМКЛ № 24, відді- лення профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	83089, Донецьк, вул.Семашко, За	8.00-16.00	Сітнік Оксана Володимирівна	8 0622 771382
м. Донецьк, Куйбишев- ський р-н. ЦМЛ № 17, кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	83097, Донецьк, Лікарське містечко	8.00-16.00	Зіміна Інна Валентинівна	8 0622 598514
м. Донецьк, Ленинський р-н, ЦМКЛ № 6, кабінет профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	83062, Донецьк, вул. Клінічна, 11	8.00-16.00	Сторожева Інна Львівна	8 0622 612166
м. Донецьк, Петров- ський р-н. ЦМЛ № 14, відділення профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	83046, Донецьк, вул. Петровського, 197	8.00-16.00	Буслова Тетяна Анатоліївна	8 0622 760018
м. Донецьк, Пролетар- ський р-н, ЦМЛ №9, відділення профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу	83030, Донецьк, вул. Єльницька, 1	8.00-16.00	Волкова Любов Олегівна	8 062 3381568

Недержавні ВІЛ-сервісні організації Донецчини

Назва	Адреса, телефон	Керівник	Спектр послуг
Американська громадська організація «Міжнародна допомога та розвиток»	т. 8 062 3037339	Строй Тетяна	Проведення тренінгів, семінарів, інформаційно-консультативна робота.
Асоціація жінок «Жіночий дар»	т. (232) 6-93-57, 6-53-14	Коваленко Людмила Іванівна	Навчально-профілактична робота з молоддю
Благодійна організація Клуб «Майбутнє»	м. Маріуполь т. (097) 436 86 59	Галина Маркович	Формування толерантного ставлення суспільства до ЛЖВ. Групи самопомоги для ЛЖВ та наркозалежних. Сприяння в реабілітації наркозалежних.
Благодійна організація «Клуб „Світанок“»	Донецьк, вул. Капітана Ратнікова, 8А-1 т.386-82-46	Мороз Світлана Геннадіївна	Догляд та підтримка для ВІЛ-позитивних людей. Лобювання доступу до лікування для ЛЖВ, адвокація прав ЛЖВ. Формування толерантного відношення суспільства до ЛЖВ. Групи самопомоги для ЛЖВ та наркозалежних. Сприяння в реабілітації наркозалежних. Громадський центр комплексної допомоги для ЛЖВ (дітей) та їх близького оточення. Робота з ВІЛ-позитивними засудженими Літні терапевтичні табори для ЛЖВ (дітей) та їх близького оточення
Благодійна організація Клуб «Твій вибір»	м. Горлівка, вул. Гагаріна 47/42 т. (095)-5178263	Галактіонов Олег Володимирович	Посилення протидії епідемії ВІЛ/СНІДу шляхом надання послуг та інформації, інформаційно-консультативна робота. Групи самопомоги для ЛЖВ та наркозалежних.
Благодійна організація «Новий день»	84300, м.Краматорськ, вул.Марата,13,кв. 8 т. (050) 141 42 58, (066) 822 50 10	Журба Оксана	Формування толерантного ставлення суспільства до ЛЖВ. Сприяння в реабілітації наркозалежних, підтримка груп самопомоги для ЛЖВ та наркозалежних.
Благодійне товариство профілактики ВІЛ-інфекції та сприяння ВІЛ-інфікованим «Вибір»	87502, Маріуполь, вул. Пашковського, 4, т. 8 29 221106	Довгалевський Павло Миронович	Медико-соціальний супровід антиретровірусної терапії ВІЛ/СНІДу. Профілактика ВІЛ/ЗПСШ серед СІН та ЖКС. Посилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу шляхом надання послуг та інформації.
Благодійний фонд «Доброта»	83017, м. Донецьк, бул. Шевченко, 29 т. (0622) 95 26 30	Рогалін Яков	Проведення інформаційних кампаній. Профілактичні заходи для населення, проведення тренінгів, семінарів.
Благодійний фонд «Лінія життя»	84600, Горлівка, вул. Леніна, 26, т. 8 0624 121284	Савчук Наталія Валентинівна	Надання розширеного спектру послуг представникам уразливих груп населення та людям, що живуть з ВІЛ. Медико-соціальний супровід профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ. Посилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу шляхом надання послуг та інформації. Немедичний догляд на дому та профілактика ВІЛ серед СІН. Профілактика ВІЛ/ЗПСШ серед засуджених (ВК 97).

Додаток 3

Благодійний фонд «Милость»	м. Донецьк, вул. Єгорова, 16 т. (062) 221 27 14	Лобаденко Віктор Олексійович	Робота з підлітками у місцях позбавлення волі, профілактика ВІЛ/СНІД, ЗПСШ, наркоманії
Благодійний фонд «Піклування»	procenko@dsmu.edn.ua	Проценко Тетяна Віталіївна	Профілактичне навчання, діяльність.
Благодійний фонд «Карітас–Донецьк»	83096, м. Донецьк, вул.Васнецовська,5а т. (062) 387 40 67, 385 47 66	Пантелюк Василій Миколайович	Догляд та підтримка ВІЛ-інфікованих дітей, уразливих груп населення. Створення центру взаємодії для сімей з ВІЛ-інфікованими дітьми та груп денного перебування ВІЛ-інфікованих дітей у Донецьку.
Громадська організація «Джерело»	86132, Макіївка, вул. Московська, 14/55 т. 8 06232 66003	Кібрік Лариса Абрамівна	ДКТ, просвітницька робота стосовно ВІЛ, обмін шприців, розповсюдження презервативів, надання реабілітаційних послуг ЛЖВ, СІН, ЖКС, консультації юриста, співпраця із правозахисними групами, адвокати.
Донецьке представництво організації «Лікарі Миру – USA», проєкт «Мама+»	т. (062) 345 57 40	Кулаковська Олена	Допомога ВІЛ-інфікованим матерями та їх дітям, проведення консультацій вдома, надання гуманітарної допомоги сім'ям з ВІЛ- інфікованими дітьми.
Донецька міська громадська організація «Альянс»	м. Донецьк, пр. Міру 8, оф. 408 т. (062) 338-40-83	Закревська Світлана Володимирівна	Проведення інформаційних кампаній. Профілактичні заходи для населення, проведення тренінгів, семінарів.
Донецька міська молодіжна громадська організація «Рада студентського самоврядування»	т. (062)311-72-65	Гома Тетяна	Навчально-профілактична робота з молоддю. Первинна профілактика ВІЛ/СНІД, ЗПСШ, наркоманії у технікумах м. Донецька
Донецька міська молодіжна громадська організація «Розвиток. Ініціатива. Партнерство»	т. (095) 511 03 15	Нізовцева Ірина	Навчально-профілактична робота з молоддю. Проведення тренінгів, семінарів
Донецька обласна громадська організація «Крок у майбутнє»	83017, м. Донецьк, вул. Ульріха, 55 т. (062) 385 81 03	Куценко Олена	Проведення інформаційних кампаній. Профілактичні заходи для населення, проведення тренінгів, семінарів.
Донецька обласна громадська організація «Перемога»	Слов'янськ, пер. Макаренка, 4/14 т. 8 06262 24958	Махов Олексій	Медико-соціальний супровід антиретровірусної терапії ВІЛ/СНІДу. Групи самопомоги для ЛЖВ та наркозалежних.
Донецька обласна громадська організація «Клуб ДОРС»	Донецьк, пр. Ілліча, 22-38 м.т. 8 050 9018924	Кравченко Наталія Миколаївна	Реабілітація наркозалежних, збільшення доступу СІН до соціальних послуг, профілактика ВІЛ, психотерапія. Ком'юніті центр для СІН та ЖКС.
Донецька обласна громадська організація Клуб «Сталкер»	85700, м. Волноваха пер. Жемчужний, 15 т. 8 (067) 396 11 88	Коломоєць Оксана Миколаївна	Догляд та підтримка для ВІЛ-позитивних людей. Формування толерантного відношення суспільства до ЛЖВ. Групи самопомоги для ЛЖВ та наркозалежних.

Додаток 3

Донецьке обласне товариство сприяння ВІЛ-інфікованим	Донецьк, вул. Олімпієва, 1а, т. 8 0622 667110, 3857893, 662260	Гражданов Микола Петрович	Профілактика інфікування на ВІЛ уразливих груп населення – СІН, ЖСБ у Донецьку. Напрямок «Догляд та підтримка». Медико-соціальний супровід антиретровірусної терапії ВІЛ/СНІДу в Донецькій області, немедичний догляд за хворими на СНІД у Донецьку. Регіональний ресурсний центр з питань ВІЛ/СНІД «МІСТ» – первинна профілактика ВІЛ, адвокація, формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних у населення.
«Донбас проти СНІДу дітей»	86114, Макіївка, вул. Тореза, 2, т. 577764	Примаченко Вікторія Олександрівна	Матеріальна підтримка дітей з ВІЛ/СНІД Фінансування наукової, методичної, пропагандистської діяльності з ВІЛ/СНІД
«Здоров'я нації»	86100, Макіївка, вул. Вавилова, 28, т. 8 06232 64334	Теряєва Олена Геннадіївна	ДКТ, просвітницька робота стосовно ВІЛ, обмін шприців, розповсюдження презервативів, надання реабілітаційних послуг ЛЖВ, СІН, ЖКС, методична допомога іншим організаціям стосовно ВІЛ, інтерактивні тренінги, співпраця із ЗМІ.
«Крок у майбутнє»		Куценко Олена	Інтерактивні тренінги, ДКТ, профілактика ВІЛ, робота з ЖКС.
«Маріупольський Союз Молоді»	87500, Маріуполь, бул. Б. Хмельницького, 24а, (юр. адр.: вул. Сеченова, 61-73) т. 8 0629 335225	Ломакіна Тетяна Анатоліївна	Профілактика ВІЛ/ЗПСШ серед СІН та ЖКС. Посилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу шляхом надання послуг та інформації (проект САНРАІЗ). Профілактична, просвітницька діяльність
Міжнародна громадська організація «Тернінг-круг»	т. 8 062 3375761	Ложкова Олена	Профілактична робота з групами ризику
Міська організація «Здорове покоління»	т. 8 062 3054056	Соколова Марія Глебівна	Профілактичні, просвітницькі програми.
«Наша допомога»	84100, Слов'янськ, вул. Добровольського, 2 (5 пов.) (юр. адр.: вул. Ботанічна, 6) т. 8 262 21452	Карелін Михайло Вікторович	Надання розширеного спектру послуг представникам уразливих груп населення та людям, які живуть з ВІЛ. Медико-соціальний супровід профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ. Посилення протидії епідемії ВІЛ/СНІДу шляхом надання послуг та інформації. Немедичний догляд на дому та профілактика ВІЛ серед СІН. Громадський центр комплексної допомоги для ЛЖВ (дітей) та їх близького оточення. Сприяння працевлаштуванню ЛЖВ.
Науково-координаційний студентський центр	т. 8 062 954318	Жиляєв Руслан Олександрович	Профілактична просвітницька та методична діяльність.
Недержавна організація «Мартин-клуб»	т. (0623) 22 29 13	Федотова Вікторія	Проведення інформаційних кампаній. Профілактичні заходи для населення, проведення тренінгів, семінарів.

Додаток 3

Обласна організація «Фундація. Молодь Донбасу»	т. 8 062 916687	Бедило Лідія Іванівна	Профілактичні заходи з розповсюдження ВІЛ/СНІДу.
Проект «Маршрут безпеки» у Донецькій області	83050, м. Донецьк, пр. Ватутіна 5, кв. 21 т. 304 59 34, (097) 552 94 94	Павленко Наталія Володимирівна	Первинна профілактика ВІЛ/СНІДу, ЗПСШ, наркоманії у навчальних закладах
«Союз „Амікус“»	Макіївка, вул. Донецька, 80, офіс 409, т. 8 0623 221734	Піляєв Андрій	Профілактика ВІЛ/ІППП серед засуджених МВК-32. Посилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Макіївці шляхом надання послуг та інформації (немедичний догляд вдома та профілактика ВІЛ парентеральним шляхом). Профілактика ВІЛ/ІПСШ серед СІН та ЖКС.
«Статус плюс»	83069, Донецьк, хут. Рудчанськ, т. 3486020, 3486040	Горшеніна Валентина Миколаївна	Профілактика ВІЛ/СНІДу шляхом проведення лекцій, семінарів, тренінгів в учбових закладах, організаціях, місцях позбавлення волі, консультування, співпраця із ЗМІ, інформаційні кампанії і акції з питань ВІЛ/СНІДу, адвокація, телефон довіри.
«Товариство сприяння ВІЛ-інфікованим»	85113, Костянтинівка, вул.Калініна, 17, т. 8 06272 26932, 8 06272 26917	Гайдук Світлана Геннадіївна	Профілактика ВІЛ/ЗПСШ серед СІН та ЖКС Немедичний догляд вдома Профілактика ВІЛ/ЗПСШ у закладах пенітенціарної системи (ВК № 2)