Толерантність до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД людей як проблема соціальноїроботи

ЗМІСТ

|  |  |
| --- | --- |
| ВСТУП |  |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИчНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ТОЛЕРАНТНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ТА ХВОРИХ НАСНІД. МІЖНАРОДНЕ ТА НАЦІОНАЛЬНЕ ЗАКОНОДАВСТВО У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА СНІДУ. |  |
| 1.1. Огляд міжнародного і національного законодавства у сфері протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу. |  |
| 1.2. Причини стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ |  |
| 1.3. Толерантне ставлення до ВІЛ-позитивних осіб як наукова проблема. Соціально-педагогічні умови формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних осіб та хворих на СНІД. |  |
| Висновки до першого розділу |  |
| РОЗДІЛ 2. СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ТА ПРОБЛЕМИ ПОДОЛАННЯ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДУВ СВІТІ ТА УКРАЇНІ |  |
| 2.1. Сучасні особливості розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в світі та Україні |  |
| 2.2. Статистичні показники оцінки чисельності людей, які живуть з ВІЛ та ключових груп ризику (на прикладі Дніпропетровської області 2019 рік)  2.3. Досвід країн світу з подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ та стан рішення даного питання в Україні |  |
| Висновки до другого розділу |  |
| РОЗДІЛ 3. СОЦІОЛОГІЧНЕ **ДОСЛІДЖЕННЯ**: «**ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ СТИГМАТИЗАЦІЇ ТА ДИСКРИМІНАЦІЇ ДО ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ ТА ХВОРИХ НА СНІД»** |  |
| 3.1. Програма дослідження |  |
| 3.2 Аналіз результатів дослідження |  |
| Висновки до третього розділу |  |
| ВИСНОВКИ |  |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ |  |
| ДОДАТКИ |  |

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Епідемія ВІЛ/СНІДу продовжує залишатися серйозною проблемою для системи охорони здоров’я України, яка на на-ціональному рівні загрожує національній безпеці України [1; 3; 6].

Якщо в 1995 р., за оцінкою ВООЗ, Україна на-лежала до країн із низьким рівнем поширення ВІЛ, то в сучасний період вона страждає від од-нієї з наймасштабніших в європейському регіо-ні епідемій [1; 6; 14]. Україна належить до країн з високими темпами поширення ВІЛ-інфекції в Європі. До регіонів з найвищими рівнями поширення ВІЛ-інфекції належать Донецька, Дніпропетровська та Одеська області.

Для зниження рівнів захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу затверджено Загальнодержавну цільо-ву соціальну програму протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. Передбачається вико-нання цієї програми шляхом забезпечення дер-жавної системи надання якісних і доступних по-слуг у контексті реформування системи охорони здоров’я та соціальної сфери. Метою програми є не тільки наближення до нуля нових випадків ін-фікування ВІЛ серед груп ризику, а й формування толерантного ставлення до людей, що живуть з ВІЛ, зниження рівня стигми та дискримінації у суспільстві тощо.

Сьогодні проблема стигми та дискримінації, пов’язаної з ВІЛ/СНІДом, розглядається світо-вою спільнотою в контексті прав та свобод люди-ни [15; 16; 18].

У червні 2001 р. на Спеціальній сесії Генераль-ної Асамблеї ООН з ВІЛ/СНІДу була прийнята “Декларація про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом”. Це свідчить про все світнє визнан ня важливості боротьби зі стигмою та дискриміна-цією у зв’язку з ВІЛ/СНІДом. У Декларації наго-лошується, що боротьба зі стигмою та дискримі-нацією є передумовою для ефективних заходів з профілактики та лікування, і підкреслюється, що дискримінація на основі ВІЛ-позитивного статусу є порушенням прав людини [13; 18].

Стигма та дискримінація, пов’язана з ВІЛ/СНІДом, які існують в нашому суспільстві, не тільки обмежують права ВІЛ-інфікованих та заважають їх адаптації у суспільне життя. Саме стигма, пов’язана з ВІЛ/СНІДом, заважає від-критому обговоренню причин епідемії та вжиттю ефективних заходів щодо протидії епідемії цих захворювань.

Першим шляхом подолання стигми та дис-кримінації є відкрите визнання існування цієї проблеми. Це є передумовою для успішної мо-білізації держави, суспільства та окремих лю-дей для протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, інтегру-ванню в суспільне життя людей з ВІЛ/СНІДом. Замовчування цієї проблеми може призвести до заперечення її існування і гальмує прийняття не-відкладних заходів для її розв’язання.

Подолати стигму та дискримінацію в україн ському суспільстві можливо за допомогою освіти, яка робить те, чого не вдається жодному антидискримінаційному законодавству, змушує людей побороти страхи. При цьому важливо, щоб люди отримували знання не тільки про ри-зики, шляхи інфікування, а й про права людей, які живуть з ВІЛ, про стигму та дискримінацію, пов’язану з ВІЛ/СНІДом.

З огляду на це проблематика повноцінної ін-теграції та адаптації ВІЛ-інфікованих в суспільне життя стає дедалі актуальнішою.

**Ступінь наукової розробленості проблеми.** Розв’язанню досліджуваної проблеми сприяли наукові праці таких вчених, як Ж.Ж.Руссо, Г.Сковороди, Л.Толстого, М.Монтессорі та ін. Дослідженню підлягали й окремі педагогічні аспекти толерантності. Зокрема, розглядалося формування ставлення вихованців до толерантності як суспільно значущої цінності: В.Береговий, І.Бех, Т.Болотіна, Б.Гершунський, О.Грива; формування міжособистісної толерантності учнівської молоді: Г.Безюлєва, Г.Скрябіна, Г.Солдатова, О.Шарова.

Вивчення та аналіз стану проблеми свідчать про наявність глибоких протиріч: між нагальною потребою суспільства в толерантному ставленні до людей, які живуть з ВІЛ та недостатньою спрямованістю системи освіти на формування толерантного ставлення молодого покоління до людей, які мають ВІЛ-позитивний статус.

**Об’єкт дослідження *–*** процес формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД.

**Предмет дослідження *–*** зміст, форми та методи формування толерантного ставлення до  ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД.

**Мета дослідження** полягаєу вивченні та з’ясуванні проблеми формування процесу толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, визначеннs стратегій негативного впливу стигми та дискримінації на соціальну адаптацію людей, що живуть з ВІЛ.

Гіпотеза дослідження базується на припущенні, що впровадження запропонованих висновків, рекомендацій і пропозицій, форм і методів роботи щодо профілактики ВІЛ-інфекції, аналізу особливостей, закономірностей і принципів подолання стигми та дискримінації людей, які живуть з ВІЛ, дасть можливість раціональніше підійти до вдосконалення механізмів ефективного процесу формування толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД у сучасному суспільстві.

Об’єкт, предмет та мета дозволили сформувати такі **завдання**дипломної роботи:

1. Розкрити теоретичні засади формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД.

2. Охарактеризувати міжнародне та національне законодавство у сфері протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу.

3. Здійснити теоретичний аналіз поняття «толерантність» та «толерантне ставлення» в науковій літературі.

4. Вивчити причини стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ

5. Визначити та розкрити зміст соціально-педагогічних умов формування толерантного ставлення до ВІЛ позитивних осіб.

6. Дати характеристику сучасних особливостей розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в світі таУкраїні

7. Провести соціологічне дослідження: «Дослідження проблеми стигматизації та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ та хворих на СНІД»

**Наукова новизна** представлена у поглибленому вивченні проблеми стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ та хворих на СНІД та методів формування толерантного ставлення даної категорії населення.

**Теоретичне значення** роботи полягає в комплексному дослідженні проблеми формування толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД та успішній їх адаптації в сучасне соціальне середовище.

**Практичне значення роботи** полягає у тому, що матеріали практичного дослідження даної роботи можуть бути використані в діяльності організацій, що займаються даною проблематикою, закладах освіти, для впровадження профілактиктично-просвітницьких заходів щодо подолання стигми та дискримінації та формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ та хворих на СНІД.

**Методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети, розв’язання поставлених завдань використано загальнонаукові методи дослідження: теоретичніметоди (аналіз, порівняння, моделювання, узагальнення); емпіричніметоди (анкетування, метод експертних оцінок), методи статистичної та аналітичної обробки даних.

**Апробація результатів дослідження.**

**Публікації:**

Лисак О.О. «Стигматизація та дискримінація ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, як соціальна проблема суспільства» / Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції., м. Полтава, 22-23 травня 2019 р.: у 2 т. Т. 2. – К.: Університет «Україна», 2019. – 866 с.

**Структура та обсяг магістерської роботи.** Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел з \_\_\_\_ найменувань та \_\_\_\_ додатків. Основний зміст роботи викладений на \_\_\_\_\_ сторінках. Загальний обсяг роботи – \_\_\_\_ сторінок.

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИчНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ТОЛЕРАНТНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ТА ХВОРИХ НА СНІД. МІЖНАРОДНЕ ТА НАЦІОНАЛЬНЕ ЗАКОНОДАВСТВО У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА СНІДУ.**

* 1. **Огляд міжнародного і національного законодавства у сфері протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу.**

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

У червні 2016 року Генеральною асамблеєю ООН під час зустрічі високого рівня з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом проголошено Стратегію прискореного подолання епідемії ВІЛінфекції FastTrack [33], яка поставила

перед міжнародною спільнотою амбітні цілі: до 2020 року виявити 90% людей, які живуть з ВІЛ, надати 90% з них антиретровірусну терапію (АРТ) та забезпечити ефективність лікування для 90% осіб, якіотримують АРТ [34].

Застосування підходу ЮНЕЙДС дозволить попередити до 2030 року приблизно 2 8млн. нових випадків ВІЛ-інфекції, 21 млн. смертей, обумовлених СНІДом, уникнути додаткових витрат у зв’язку з ВІЛ у розмірі 24 млрд. доларів США та взагалі ліквідувати глобальну пандемію ВІЛ-інфекції.

У відповідності до поставлених задач та програми дослідження на данному етапі виконання дипломної роботи здійснювався аналіз правового та політичного середовища України та міжнародних правових актів щодо реалізації заходів з виконання національної стратегії протидії ВІЛ-інфекції, правових засад забезпечення рівних можливостей, зниження рівня стигми та

дискримінації, правового захисту для ЛЖВ та ключових групп населення щодо інфікування ВІЛ.

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

Уряд України, спільно з міжнародними партнерами за активної участі громадянського суспільства досяг значного прогресу у створенні сприятливого політичного середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Закон України від 20.10.2014 № 1708 «Про затвердження Загально державної цільової соціальної програмип ротидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2020 роки» є основним законодавчим інструментом, який забезпечує реалізацію заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на національному та регіональному рівнях [3].

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

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

Загальна декларація прав людини прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 року [6]. Її метою є забезпеченнядотримання прав та свобод людини, рівності всіх людей в їхніх правах та гідності, а також особистої безпеки (недоторканності).

Лісабонська декларація стосовно прав пацієнта прийнята Всесвітньою медичною асамблеєю (1981 рік [159], описує основні права пацієнтів. Зазначає, що лікар завжди повинен діяти у згоді з власним сумлінням і завжди в інтересах свого пацієнта. Пацієнт має право очікувати, що його лікар поважатиме конфіденційний характер медичних та особистих відомостей про нього.

Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї Організації Об’єднаних Націй (2001 рік) [60]. Розділ 58 декларує: «Реалізація прав людини та основних свобод для всіх має

Важливе значення з точки зору зниження ризику інфекції ВІЛ/СНІДу, а повага до прав людей, інфікованих ВІЛ, викликає активну реакцію. До 2003 року розробити, зміцнити і впровадити відповідне законодавство, нормативно-правові акти та інші заходи для викорінення всіх форм дискримінації, забезпечити повагу до та повну реалізацію всіх прав людини і основних свобод людей, щоживуть з ВІЛ/СНІДом, та членів уразливих груп; зокрема, щоб гарантувати їхній доступ, середіншого, до освіти, спадку, зайнятості, охорони здоров’я, послуг соціальної сфери та сфери охорони здоров’я, превентивних механізмів, підтримки, лікування, інформації і правового захисту, поважаючи при цьому їхнє право на приватне життя і конфіденційність; та розробити стратегії подолання стигми та соціального виключення, пов’язаного з епідемією».

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

Тимчасове керівництво ЮНЕЙДС із захисту конфіденційності та безпеки інформації, пов’язаної з ВІЛ (2007 рік) [61]. У Керівництві зазначено інформацію про принципи дотримання конфіденційності та безпеки даних щодо ВІЛ. Документ регулює поняття недоторканності приватного життя, конфіденційності та безпеки данихщодо ВІЛ-позитивної особи, які стають відомі під час надання допомоги пацієнтам, епідмоніторингу та надання послуг лікування і догляду.

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

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

Політична декларація з ВІЛ/СНІДу: прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ і припинення епідемії СНІДу до 2030 року [64], прийнята Генеральною Асамблеєю ООН. У пункті 62 (а) зазначено: «…визнаємо, що досягнення цілей Стратегії прискореної боротьби з ВІЛ можливе лише при збереженні і розширенні доступу до належних,якісних, заснованих на фактичних даних інформації, освіті й послугах у сфері ВІЛ».

«90–90–90» амбітні цілі щод орозширення доступу до лікування ВІЛ [34]. Цей документ, підготовлений ЮНЕЙДС у 2014 році, визначив нові глобальні цілі щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції. Він є частиною Стратегії прискорення ЮНЕЙДС (Fast-Track) [33], метою якої є організація заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у країнах з низьким і середнім рівнями доходу та подолання епідемії до 2030 року.

Звіт Глобальної комісії з ВІЛ і законодавства «Ризики, права та здоров’я» [62] вказує на те, що «страх судового переслідування ізолює їх (ВІЛ-позитивнихосіб) і викликає небажання проходити тестування на ВІЛ, брати участь у программах профілактики й лікування або повідомляти про свій статус партнерам».

Декларація Осло щодо криміналізації ВІЛ-інфекції (13 лютого 2012 року) [65] вказує, що «з’являється все більше доказів того, що криміналізація нерозголошення власного ВІЛ-статусу, поставлення в небезпеку інфікування ВІЛ, а також ненавмисного інфікування ВІЛ має переважно негативний, аніж позитивний, вплив на громадське здоров’я та права людини».

Зведене керівництво щодо застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції (2016 рік) [66] – підготовлено Всесвітньою організацією охорони здоров’я (ВООЗ). Містить рекомендації з застосування антиретровірусних препаратів у рамках стратегії «Лікування як профілактика» (TAPS).

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

Більшість цих міжнародних документів було ратифіковано Україною, що вказує на те, що держава підтримує ключові напрями міжнародної політики щодо забезпечення основних прав людей загалом і ЛЖВ зокрема. Крім того, основні положення цих документів стали частиною законодавства України, в тому числі Конституції України.

Аналітичний огляд законодавчих актів України. КонституціяУкраїни [83] забезпечує рівнийз ахист усіх громадян та декларує рівні права, свободи й гарантії для всіх громадян України незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, а також мовних чи інших ознак.

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

Стаття 32 Конституції України передбачає, що ніхто не може зазнавати втручання в його особисте і сімейне життя, крім випадків, передбачених КонституцієюУкраїни. Не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної нформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини. Збереження конфіденційної інформації є особливо важливим у контексті ВІЛ/СНІДу з огляду на специфіку тестування на ВІЛ, а також через стигму й дискримінацію в разі розголошення позитивного результату тестування.

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

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

Основи законодавства України про охорону здоров’я [73], затверджені Законом України від 19.11.1992 № 2801-XII, визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров’я в Україні. Стаття 39, гарантує право на таємницю про стан здоров’я, факт звернення по медичну допомогу, діагноз, а також про відомості, одержані при медичному обстеженні. Забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта. Стаття 40 обов’язує медичних працівників не розголошувати відомостей про хворобу, медичне обстеження, огляд та їхні результати, інтимну і сімейну сторонни життя громадянина, які стали їм відомі у зв’язку з виконанням професійних або службових обов’язків.

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальнийзахист людей, якіживуть з ВІЛ» [13], у редакції Закону від 23.12.2010 № 2861 -VI - є основним нормативно-правовим актом, що гарантує захист прав людей, які живуть з ВІЛ, дотриманняпринципівконфіденційності, поваги до прав і свобод ЛЖВ, визначених законодавством України та міжнародними угодами. Відповідно до цього Закону, держава гарантує забезпечення реалізації послідовної політики, спрямованої на формування толерантного ставлення до людей, які належать до ключових групп населення щодо інфікування ВІЛ, та людей, які живуть з ВІЛ. Закон передбачає конфіденційність при проведенні КІТ на ВІЛ, збереження конфіденційності під час реєстрації та обліку людей, які живуть з ВІЛ, здійснення медичного нагляду за ними. Відповідно до частини другої статті 14, держава гарантує надання всім людям, які живуть з ВІЛ, та особам, які належать до групп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, рівних з іншими громадянами можливостей для реалізації їх ніх прав, передбачених Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України.

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

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

Закон України від 01.06.2010 № 2297- VI «Про захист персональних даних» [67], регулює правові відносини, пов’язані з захистом та обробкою персональних даних, забезпечує захист основоположних прав та свобод людини і громадянина, зокрема права на невтручання в особисте життя. Встановлює особливі вимоги до обробки персональних даних, що становлять

лікарську таємницю, і забороняє розголошувати відомості стосовно суб’єктів

персональних даних.

Закон України від 02.10.1992 № 2657-XII «Про інформацію» [168]. Регулює відносини щодо створення, збирання, одержання, зберігання, використання, поширення, охорони, захисту інформації. Стаття11 забороняє збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та захисту прав людини. До конфіденційної інформації про фізичну особу належать, зокрема, дані про її національність, освіту, сімейний стан, релігійні переконання.

Закон Українивід 23.12.2010 № 2862-VI «Про соціальний діалог в Україні» [69] визначає правові норми організації та порядку ведення соціального діалогу в Україні з метою вироблення та реалізації державної соціальної та економічної політики, регулювання трудових, соціальних, економічних відносин, забезпечення підвищення рівня і якості життя громадян, соціальної стабільності в суспільстві. Закон впроваджено з метою створення постійного соціального діалогу у сфері трудових відносин між органами виконавчої влади, роботодавцями і профспілками, в тому числі щодо людей, якіживуть з ВІЛ (запобігання дискримінації, формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних, дотримання їхніх прав, створення безпечних щодо інфікування ВІЛ умов праці).

Закон Українивід 06.09.2012 №5207-VI «Про засади запобігання та протидіїдискримінації в Україні» [70]. В Статті 6 закону зазначено, що «відповідно до Конституції України, загальновизнаних принципів і норм міжнародного права та міжнародних договорів України, всі особи незалежно від їх певних ознак мають рівні права і свободи, а також рівні можливості для їх реалізації. Форми дискримінації з боку державних органів,органів влади, органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб, юридичних осіб публічного та приватного права, а також фізичних осіб, визначені статтею 5 цього Закону, забороняються».

Закон України від 20.10.2014 № 1708-VII «Прозатвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛінфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» [14]. Забороняє дискримінацію, визначає одним з завдань формування толерантного ставленн до людей, які живуть з ВІЛ, та дотримання їхніх прав, безпечних щодо інфікування ВІЛ умов праці.

Постанова КабінетуМіністрівУкраїнивід 16.10.1998 № 1642 «Про затвердження Порядку та умов обов’язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов’язків, а також на випадок настання у зв’язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов’язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов’язків, а також на випадок настання у зв’язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції» [71]. Постанова встановлює права та гарантії для медичних працівників на випадок професійного інфікування ВІЛ та зобов’язує роботодавців страхувати працівників на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов’язків.

Наказ МОЗ України від 19.08.2005 № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ- інфекцію» [72] визначає порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію з дотриманням конфіденційності інформації, що відповідає рекомендаціям ВООЗ та ЮНЕЙДС. Інформація, що стала відома консультанту чи особі, яка проводила тестування, під час надання послуг КІТ, є конфіденційною. Ця інформація може бути передана законним представникам неповнолітнього або недієздатного пацієнта, закладам охорони здоров’я, органам прокуратури, слідства, дізнання, суду у випадках, передбачених законами України. В усіх інших випадках до-та після тестове консультування, а також інформування про результати тестування – це конфіденційна інформація, розголошення якої тягне за собою кримінальну відповідальність.

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

Незважаючи на наявність нормативно – правових актів щодо захисту права на приватне життя із береження конфіденційності, випадки порушенняцих прав трапляються. У 2018 році згідно даних моніторингу порушень прав ВІЛ-інфікованихосіб в Україні буловиявлено 852 порушення конфіденційності щодо людей, якіживуть з ВІЛ [17]. Більшіст таких порушень була з боку працівників охорони здоров’я, службовців правоохоронних органів та соціальних працівників. Серед причин, що призводять до фактів дискримінації, є відсутність захищеного належним чином електронного реєстру ВІЛ-інфікованих пацієнтів та осіб з підтвердженими позитивними результатами тестування на ВІЛ, відсутність наступності в обміні інформацією між закладами охорони здоров’я, яка б забезпечувала конфіденційність, поширена стигма з боку медичних працівників загальної мережі закладів охорони здоров’я (не спеціалізованих закладів), наявність у медичних працівників боязні інфікуватися під час надання медичної допомоги ВІЛ-позитивним пацієнтами.

У 2017 році в Україні було проведено національне дослідження громадської думки «Стигма, дискримінація та порушення прав людей, які живуть із ВІЛ» [19]. За результатами опитування, 40% респондентів повідомили про факти соціальноїс тигми, пов’язаної з їхнім ВІЛ-статусом. Причому опитані зазначили, що дискримінаційні прояви посилювалися, якщо мало місце визнання факту приналежності до ключових групп ризику інфікування ВІЛ. Ті, хто розкрив свій статус ЛВІН, ОСБ абоЧСЧ, повідомили про вищі рівні соціальної стигми (42%) порівняно з тими, хто не ідентифікував себе таким чином (35%). Подібна ситуація спостерігається і серед тих, хто звертався за медичними послугами: 11% опитаних зазначили, що їм було відмовлено в наданні медичних послуг у зв’язку з позитивним ВІЛ-статусом. Факти дискримінації ключових групп ризику щодо інфікування ВІЛ продовжують залишатися поширеною проблемою в Україні.

ЗаконодавствоУкраїни забезпечує соціальний захист і забороняє дискримінацію на робочому місці та звільнення на підставі позитивного ВІЛ статусу. Але фактично рівний доступ до працевлаштування ЛЖВ гарантовано лише частково і не на всіх рівнях. Особливо це стосується приватного сектору. Не існує універсального законодавчого акту щодо профілактики ВІЛ на робочому місці. Не розроблено стандартних стимулів та заохочень для роботодавців щодо впровадження программ профілактики ВІЛ на робочомумісці. Дискримінація на робочому місці створює соціальні та економічні перепони для ЛЖВ, загрожує їх економічній та соціальній безпеці. Згідно з Національною стратегією тристоронньої співпраці з питань ВІЛ/СНІДу на робочому місці на 2012–2017 рр. [74], негативні наслідки епідемії ВІЛ-інфекції на робочому місці призводять до скорочення кількості робочої сили, зменшення кваліфікованих кадрів, раннього виходу на пенсію, збільшення витрат роботодавців на оплату медичного страхування і забезпечення навчання працівників; до втрати репродуктивного здоров’я населення. Дослідження показують, що більшість ВІЛ-позитивних працівників приховує свій статус від колег та роботодавців через побоювання звільнення, проявів стигми і дискримінації. Українське законодавство не містить чіткого визначення причин для переривання трудових відносин, створення умов для роботи та відпочинку, винагороди за працю та інших спеціальних умов для ВІЛ-інфікованих працівників.

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

На сьогодні 31 країна світу вимагає від ВІЛ-інфікованих іноземців, щоб вони покинули їх територію. У 16 країнах чинне законодавство категорично відмовляє у в’їзді до них ЛЖВС, а викриття ВІЛ-статусу у візовій анкеті чи при перетинанні державного кордону призводить до відмови на в’їзд до цих країн [15]. Урядом Канади передбачено обов’язковий медичний огляд і на наявність маркерів ВІЛ в осіб, які мають намір залишитися у Канаді на термін понад 6 місяців. Аналогічне правило існує в Австралії для нерезидентів, які бажають залишитися у країні 12 або більше місяців. У цьому контексті важливим кроком назустріч міжнародній спільноті стала радикальна зміна статті 11 в новій редакції Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, якіживуть з ВІЛ» [13] щодо видачі візи на в’їзд до України іноземцям і особам без громадянства, які прибувають в Україну на строк понад три місяці. В рамках нового закону відмінена обов’язкова довідка про ВІЛ, яку мали надавати іноземці для отримання української візи. Ця норма давно вважається дискримінаційною в усьому світі і відсутня майже в усіх цивілізованих країнах світу. Подоланняїї Україною є значним кроком вперед у сфері захисту прав людини та зниження дискримінації людей, хворих на ВІЛ/СНІД.

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

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

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

Працівники секс-бізнесу зазнають обмеження у доступі до послуг профілактики та лікування ВІЛ-інфекції через законодавчу неврегульованість секс-індустрії та наявність дискримінаційних проявів та дій [75].

Дискримінації зазнають і представники спільноти ЛГБТ. У той час як, згідно законодавства України, всі форми дискримінаціїз аборонені, включаючи дискримінацію за ознакою статі та переконань, не існує жодних правових механізмів для забезпечення конституційних прав представників цієї спільноти. Відсутність чітких формулювань сприяє переслідуванню, дискримінації та соціальній стигматизації представників спільноти ЛГБТ. Крім того, ключовою группою населення щодо ризику інфікування ВІЛ, закон визначає групу ЧСЧ, тим самим звужуючи охоплення профілактичними программами винятково представників групи ЧСЧ. Тим самим обмежується доступ до послуг для інших представників спільноти ЛГБТ [31].

* 1. **Причини стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ**

Питання стигматизації і дискримінації є однією з найважливіших і  
найпоширеніших проблем, з якою стикаються ВІЛ-позитивні та хворі на СНІД люди в Україні. Це є не лише психологічною проблемою, вона має і медичні, і соціальні наслідки [91]. Право на здоров'я - це право кожного на здійснення найвищого досяжного рівня фізичного та психічного здоров'я, закріплене в Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права 1966 року [82]. Це включає право кожного, у тому числі людей, які живуть з ВІЛ та постраждали від ВІЛ, до запобігання та лікування хворого, приймати рішення про своє власне здоров'я та дотримуватися їх поваги та гідності та без дискримінації [93]. Формування стереотипів є обов'язковим елементом нашої культури, але разом із тим формування стереотипів породжує й певний консерватизм, у тому числі і в процесі мислення. Стереотипи мають досить сильний вплив на свідомість людей і дуже широке поширення, межі якого важко навіть оцінити.

Стигми ж мають лише негативну сторону - упереджене ставлення до певної категорії людей (соціальної верстви) або речей на основі скупчення  
стереотипів та установ.

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

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

Внаслідок проявів стигми з боку оточення людина відчуває провину, сором, страх, тривогу та депресію [94].

Стигма є невід’ємною частиною дискримінації.

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

Дискримінація має різні рівні: політичний (державні структури),  
соціальний (приватні, громадські організації, установи, інші суспільні  
інститути), індивідуальний/міжособистісний (окремі особи) [85].  
Виділяють пряму та непряму дискримінацію, підбурювання до  
дискримінації. Непряма дискримінація має місце в ситуаціях, коли на перший погляд закон, правило або процедура є однаковими для всіх, але водночас це ставить особу в певну групу людей в невигідні умови, обмежує її. Пряма дискримінація – рішення, дії або бездіяльність, що призводять до випадку, коли до особи та/або групи осіб за певними ознаками ставляться менш прихильно, ніж до інших осіб в аналогічній ситуації. Підбурювання до  
дискримінації – вказівки, інструкції або заклики до дискримінації стосовно  
особи та/або групи осіб за певними ознаками.

Важливо відзначити, що стигма та дискримінація взаємозалежні одне  
від одного: стигматизація спричиняє дискримінацію, яка, у свою чергу, зумовлює внутрішню стигму, яка заохочує та підсилює стигматизацію,  
створюючи, таким чином, замкнене коло, порушує права людини [86].  
Стигму щодо ВІЛ/СНІДу можна визначити як знецінення людей, які  
живуть або асоціюються з ВІЛ. У процесі стигматизації ознака ВІЛ-статусу  
або його можливої наявності характеризується як така, що дискредитує, є  
недостойною, вимагає осуду з боку тих, хто її не має, та сорому і страху з боку ВІЛ-позитивних людей. Вважається, що люди, які мають ВІЛ, заслуговують на те, що з ними відбулося, через свою поведінку, вчинки.

Часто ВІЛ/СНІД зображується в засобах масової інформації як „чума XXI століття”, „хвороба гомосексуалістів та наркоманів”, що посилює суспільні страхи ще більше. Це підтверджують результати всеукраїнського моніторингу найпопулярніших друкованих засобів масової інформації щодо висвітлення проблем ВІЛ/СНІД. Зокрема, проаналізовано такі питання: медіа-дискурс та епідемія СНІД; кількість та обсяг публікацій; ключові теми публікацій; ключові герої публікацій, ставлення до ВІЛ-позитивних людей і джерела інформації; аргументованість та якість статей. Результати дослідження свідчать про підвищення рівня зацікавленості журналістів у темі ВІЛ/СНІД, проте якість, достовірність та аргументованість статей потребують значного покращення [96]. З’ясування того, яким чином подається проблема ВІЛ/СНІДу у мас-медіа, дає змогу оцінити суспільну думку щодо цього питання та дослідити, наскільки в публічному дискурсі поширена практика висвітлення моделей безпечної поведінки, терпимості та толерантності суспільства по відношенню до ЛЖВ [98].

Причинами виникнення стигми можуть бути декілька факторів:

- недостатнє розуміння хвороби, міфи про шляхи передачі ВІЛ, сором;

- відсутність лікування (або обмежений доступ);

- безвідповідальність повідомлень у ЗМІ

- поширення соціальних страхів та побоювань, а також суспільного  
осуду, пов'язаних із сексуальністю, хворобами та смертю, вживанням  
наркотиків. Наслідки стигми та дискримінації:

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

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

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

- ігнорування людиною свого реального або потенційного ВІЛ-статусу;

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

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

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

У пункті 13 Декларації про прихильність справі боротьби з  
ВІЛ/СНІДом (від 27.06.2001 року) зазначено: „Стигматизація, замовчування,  
дискримінація та заперечення, а також відсутність конфіденційності  
підривають зусилля з профілактики, лікування та догляду ВІЛ-інфікованих і  
збільшують вплив епідемії на окремих осіб, сім'ї, громади та нації” [78].

Отже, стигма та дискримінація тісно пов'язані між собою: існування  
стигми прямо призводить до виникнення дискримінації певних груп людей, девальвації їх особистої цінності. Стигма та дискримінація посилюють та підживлюють одна одну, формують нерозривне коло. Законодавство України у сфері протидії хвороб, зумовлених ВІЛ, базується на Конституції України [43] і складається з Основ законодавства України про охорону здоров’я [3], спеціальних Законів України «Про санітарне благополуччя населення» [2], „Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [3], «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки», інших нормативно правових актів [34].

У Законі України „Про протидію поширенню хвороб, зумовлених  
вірусом імунодефіциту людини, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» у статтях 14, 15 зазначено, що ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД громадяни України користуються всіма правами та свободами, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України. Крім загальних прав і свобод, вони мають право також на: відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням їхніх прав унаслідок розголошення чи розкриття інформації про їх позитивний ВІЛ-статус [28].

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

Основними проблемами, які постійно постають перед ЛЖВС в Україні, залишаються наступні: недотримання добровільності тестування на ВІЛ – права на вільне інформоване й усвідомлене прийняття рішень щодо  
обстеження та подальше лікування; економічна недоступність – має місце  
практика оплати медичних послуг пацієнтами (у вигляді благодійних внесків,  
правлення грошей на надання медичних послуг тощо); дискримінація –  
обмеження конституційного права ЛЖВС на медичну допомогу, випадки  
відмови у госпіталізації та проведення оперативних втручань, незаконне  
розголошення інформації; стигматизація – соціальна ізоляція ЛЖВС,  
неприйняття та їх ігнорування, примусове тестування без їх згоди;  
неузгодженість, а то й взаємоусунення та конфліктність положень окремих  
законів і підзаконних актів щодо ключових позицій у контексті епідемії;  
відсутність політичної волі працівників окремих центральних органів виконавчої влади щодо дотримання чинного законодавства у сфері ВІЛ/СНІДу [45].

Українське законодавство у сфері протидії ВІЛ/СНІДу знаходиться у  
постійному прогресивному розвитку з метою урахування найкращого  
світового досвіду і рекомендацій міжнародних правових актів. Загалом чинне  
національне законодавче поле відповідає міжнародним стандартам, які  
застосовуються у боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІДу і її негативними наслідками у глобальному масштабі. Кардинальні зміни соціально-економічної системи України і сучасні виклики епідемії ВІЛ/СНІДу створюють напруженість у суспільстві, і тому вимагають постійного розвитку та удосконалення державної політики у цій сфері, а відтак, комплексної «ревізії» національної нормативно-правової бази і негайного усунення неузгодженості в її актах з метою досягнення задекларованих державою цілей [63].

На сьогоднішній день в Україні поширена дискримінація людей, що  
живуть із ВІЛ, навіть серед тих, хто повинен бути найбільш поінформованим  
та неупередженим, тобто серед лікарів. Для вирішення цієї проблеми існує  
декілька стратегій, що вже були випробувані на практиці [59].

Результати досліджень свідчать, що і медичні працівники, і пацієнти  
медичних закладів мають деякі негативні погляди і переконання стосовно  
людей, які живуть з ВІЛ; як одні, так і другі не виключають можливість  
інфікування ВІЛ під час надання послуг; респонденти обох категорій  
повідомляють про випадки відмов у наданні медичних послуг людям на  
підставі фактичного або приписуваного ВІЛ-статусу, що свідчить про  
збереження практики стигматизації цих людей, хоча і меншою мірою, ніж у  
попередні роки [27]. Поки медичні працівники усіх закладів, незалежно від  
профілю, не відчуватимуть себе у повній безпеці під час надання послуг ВІЛінфікованим пацієнтам, прояви стигми і дискримінації, пов’язаних з ВІЛ,  
збережуться. Це вказує на необхідність включення до галузевої угоди,  
колективних договорів і угод усіх закладів системи охорони здоров’я взаємних зобов’язань сторін щодо зниження стигми та дискримінації, пов’язаних з ВІЛ, сприяння діалогу з питань стигматизації і ризиків ВІЛ-інфікування медичних працівників, а також необхідності здійснення моніторингу ситуації до того часу, поки не будуть отримані дані, що підтверджували б позитивні зміни у ставленні медичних працівників до людей, які живуть з ВІЛ [11].

З метою забезпечення допомоги та надання підтримки жертвам  
дискримінації з боку медичного персоналу дієвим є налагодження співпраці  
адміністрацій лікувально-профілактичних закладів з недержавними ВІЛсервісними, правозахисними організаціями, що надають соціальну,  
психологічну, юридичну допомогу ЛЖВ та/або представникам ключових груп населення [27].

Дієвими механізмами подолання або зменшення стигматизації та  
дискримінації, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом, повинні стати реформи в політиці та  
законодавстві. Однак, без зміни системи цінностей та ставлення до цієї  
проблеми ці заходи будуть мати незначний успіх [13].

Українське законодавство врахувало вимоги міжнародного права щодо захисту прав людей, які живуть із ВІЛ, проте, на практиці захист цих прав здійснюється не завжди. Обов'язком держави є поважати права людини, не допускати пряму чи непряму дискримінацію в законодавстві і політиці,  
вживати заходи, спрямовані на захист прав людини та боротьбу з  
дискримінацією. Існування дискримінації, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом,  
характеризує державу як таку, що має лише декларативний захист, повагу та  
дотримання прав людини [46]. Дискримінація в зв'язку з ВІЛ/СНІДом є  
порушенням прав людини, і особи, які дозволяють дискримінацію, повинні  
відповідати згідно із чинним законодавством, а постраждалі від неї мають  
право на компенсацію [15].

Спочатку СНІД сприймався виключно як хвороба маргіналів  
(споживачів ін’єкційних наркотиків, працівників секс-бізнесу, чоловіків, що  
мають секс із чоловіками, емігрантів, загалом кажучи, соціальних низів), а  
тому страх перед невиліковним захворюванням поєднувався з відразою до  
стилю життя (справжнього чи приписуваного) цих соціальних «аутсайдерів». Такий стан речей зберігається й донині, підкріплюючись тим, що на сьогодні  
в Україні епідемія ВІЛ/СНІДу дійсно носить здебільшого концентрований  
характер, зосереджуючись значною мірою в уразливих групах.

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

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

Стигматизація й дискримінація, пов'язані з ВІЛ/СНІД, мають багато  
інших наслідків. Зокрема, вони впливають на самосвідомість людей із  
ВІЛ/СНІД, викликаючи в них депресію, занижену самооцінку і відчай. Це ще  
називають інтернальною стигматизацією («самостигматизацією») або  
«внутрішньою стигматизацією», оскільки це зачіпає почуття власної гідності  
людини або групи людей. Проявом внутрішньої стигми науковці вважають  
відчуття власної неповноцінності, ненависті до себе, спроби довести свою  
перевагу перед представниками стигматизованої групи, нездатність будувати  
відносини з людьми поза чи всередині власної групи, відчуття безпорадності,  
відсутності контролю над ситуацією. Це все спричиняє розвиток депресії у  
ВІЛ-позитивних людей. Крім об’єктивних факторів, вагому роль серед причин стигматизації людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом відіграють також різного роду упередження: досить поширеними залишаються хибні уявлення про можливість інфікуватися ВІЛ побутовим шляхом. Виходячи із цього, люди можуть уникати взаємодії з людьми з ВІЛ у повсякденному житті, побоюючись інфікуватися ВІЛ. Існує думка, що ВІЛ/СНІД є наслідком аморальної поведінки (безладних статевих зв’язків, вживання наркотиків тощо), своєрідним «покаранням» за неї, а тому ВІЛ-позитивні люди самі винні у своїй хворобі і не заслуговують на співчуття.

Також можливим є партнерське насильство пов’язане з фактом  
інфікування ВІЛ, яке є однією з найпоширеніших форм насильства щодо жінок і включає в себе фізичне та емоційне насильство [63]. Такі випадки  
зафіксовані серед різних соціально-економічних, релігійних та культурних  
груп населення. І навпаки, чоловіки набагато частіше відчувають  
насильницькі дії в таких ситуаціях від чужих або знайомих, ніж від близьких  
їм або статевих партнерів [17].

Дані проведеного в 2017 році дослідження свідчать, що стигматизація,  
дискримінація та порушення прав людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, є  
поширеними явищами в Україні. Половина опитаних ЛЖВ (51%) стикалися із проявами стигматизації та дискримінації з боку оточуючих з причин, що  
включають ВІЛ-статус. Здебільшого, це плітки (30%), усні образи (18%),  
психологічний тиск з боку подружжя/партнера (12%). Значно меншими є  
частки ЛЖВ, яких через ВІЛ-статус фізично переслідували (6%), не допускали до домашніх справ (4%), до участі в різних зборах (3%) або релігійних заходах (2%) [18].

Серед форм стигматизації ЛЖВ з боку оточуючих найбільш  
поширеними залишаються плітки, образи, переслідування або погрози в усній формі. Об’єктом пліток з причин, що включають ВІЛ-статус, ставали понад чверть опитаних ЛЖВ (26%), тоді як у 2018 році цей показник становив 30%. Другою за поширеністю формою стигматизації/дискримінації ЛЖВ залишаються усні образи, переслідування та погрози з боку інших людей. Менш поширеними залишаються такі прояви стигматизації, як психологічний тиск на ЛЖВ з боку партнера та дискримінація близьких для ЛЖВ людей - 9% респондентів, що на 3-5% менше, ніж у 2010 році. Порівняно рідко мають місце тяжкі форми дискримінації ЛЖВ, наприклад, фізичне переслідування/погрози (3% у 2013 році проти 6% у 2010 році) або фізичне насильство (1% у 2013 році проти 4% у 2010 році) з причин, що включають ВІЛ-статус.

В соціальному оточенні стигма проявляється більшою мірою не в  
фізичному насильстві, а в негативно-емоційному впливі з боку інших людей  
(плітки, образи, негативні висловлювання тощо), що сприяє формуванню в  
ЛЖВ доволі сильної внутрішньої стигми. Загальний рівень самостигматизації  
ЛЖВ протягом 2010-2019 років залишався незмінно високим (82%). Дещо  
частіше піддаються внутрішній стигмі жінки (85%), ніж чоловіки (78%).  
Найпоширенішими проявами внутрішньої стигматизації серед ЛЖВ  
залишаються: самозвинувачення (58%), відчуття власної провини (46%),  
занижена самооцінка (46%), відчуття сорому (41%).

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

Незмінно високим (62%) залишається показник самодискримінації  
ЛЖВ. Пік самодискримінаційних рішень припадає на перший рік після  
встановлення діагнозу (66%), далі з плином часу поширеність прийняття таких рішень серед ЛЖВ дещо знижується (55% – для тих, хто живе з ВІЛ понад 15 років) [20]. Серед самодискримінаційних рішень ЛЖВ найпоширенішими залишаються рішення не мати дітей (39%) [121], не брати шлюб (21%), а також уникати відвідування медичних установ 21% та відмова від госпіталізації – 18%.

У 2018 році, порівняно з 2015 та 2016 роками, майже всі показники  
стигми по відношенню до ВІЛ-позитивних людей зменшилися, проте рівень  
самостигматизації людей, які живуть з ВІЛ, залишається практично без змін.

На даний момент дослідження за методикою «Індекс стигми» було  
проведено приблизно у 70 країнах світу, однак Україна – єдина країна, яка  
провела таке дослідження тричі. Свій внесок у розвиток стигматизуючого сприйняття людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, роблять також і науковці, які часто необдумано використовують поняття «соціально небезпечні хвороби», підміняючи ним близький за значенням, але не тотожний термін «соціально значущі хвороби».

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

Окремої уваги потребують ВІЛ-позитивні діти. На сьогодні в Україні  
існує проблема інтеграції ВІЛ-позитивних дітей у звичайні садочки та школи,  
у суспільство в цілому. В загальноосвітніх установах до таких дітей часто  
спостерігається негативне ставлення [23]. Необхідно формувати толерантнеставлення до таких дітей, а для цього суспільству слід усвідомити, що небезпеки при спільному перебуванні в колективі з ВІЛ-позитивною дитиною для інших дітей та дорослих немає [41].

ВІЛ-позитивні діти і підлітки потребують психологічної підтримки для того, щоб їм було легше адаптуватися у соціумі, подолати депресивний стан, пов'язаний з усвідомленням характеру їхнього захворювання, створити мотивацію для відповідальної поведінки, диспансерного спостереження й лікування, а також сформувати психологічну стійкість до проявів негативного ставлення й дискримінації з боку оточення: дітей та їхніх батьків, знайомих, сусідів та інших [25].

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

Свобода від дискримінації є одним з основних прав людини, цей принцип є основою теорії та практики прав людини у міжнародному та вітчизняному законодавстві. У статті 24 Конституції України зазначено:

„Громадяни мають рівні конституційні права і свободи та є рівними перед законом. Не може бути привілеїв чи обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками”.

Обов’язком держави є поважати права людини, не допускати пряму чи непряму дискримінацію у законодавстві і політиці, вживати заходи, спрямовані на захист прав людини та боротьбу з дискримінацією. Існування дискримінації, пов’язаної з ВІЛ/СНІДом, характеризує державу як таку, що має лише декларативний захист, повагу та дотримання прав людини.

Дискримінація у зв’язку з ВІЛ/СНІДом є порушенням прав людини, і особи, які дозволяють дискримінацію, повинні відповідати згідно з чинним законодавством, а постраждалі від неї мають право на компенсацію. У Законі України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення” (№ 1972-12, від 19.12.2001) у статті 17 зазначено, що

„ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД громадяни України користуються всіма правами та свободами, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України. Крім загальних прав і свобод, вони мають право також на: відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням їх прав, яке мало місце внаслідок розголошення інформації про факт зараження цих осіб вірусом імунодефіциту людини”.

У статтях 17, 18 та 19 цього закону зазначається, що забороняється відмовляти ВІЛ-інфікованим людям у прийнятті до лікувальних закладів, наданні медичної допомоги, а також здійснювати обмеження їх прав будь-яким іншим чином. У разі порушення прав ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД мають право оскаржувати неправомірні дії посадових осіб у суді. Важливою нормою є можливість отримати компенсацію шкоди, завданої здоров’ю особи, при зараженні ВІЛ під час медичних маніпуляцій.

Отже, можна зробити висновок, що українське законодавство врахувало вимоги міжнародного права щодо захисту прав людей, які живуть з ВІЛ, проте, на практиці захист цих прав здійснюється не завжди.

У звіті „Риторика та ризик. Порушення прав людини перешкоджає боротьбі України з ВІЛ/СНІДом”, що був опублікований міжнародною правозахисною організацією HumanRightsWatch у березні 2006 року, висвітлюється тема дискримінації людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, у медичних установах. В результаті опитування 101 людини було виявлено, що „дискримінаційне ставлення до людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом або в умовах підвищеного ризику інфікування, є дуже поширеним серед працівників галузі охорони здоров’я в Україні. Людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, та споживачам ін’єкційних наркотиків відмовляли у прийомі до лікарні. Їх примусово виписували, як тільки дізнавалися, що вони ВІЛ-інфіковані, або надавали медичні послуги на дуже низькому рівні, що було вкрай негуманним та підривало їхнє і без того слабке здоров’я”. Також у звіті зазначаються факти ненадання невідкладної медичної допомоги та випадки вимагання грошей за послуги, які повинні були б надаватися безкоштовно. Були зафіксовані випадки порушень прав вагітних ВІЛ-позитивних жінок, перешкоди для лікування споживачів ін’єкційних наркотиків. Одним з найпоширеніших та найсерйозніших порушень прав людей, які живуть з ВІЛ, що були зафіксовані HumanRightsWatch, є розголошення конфіденційності результатів тестування на ВІЛ.

У спеціальній доповіді міжнародної благодійної організації «Трансатлантичні партнери проти СНІДу» під назвою „Ефективний підхід до вирішення проблеми епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні” зазначено, що за результатами національного опитування, проведеного влітку 2004 року, „серед 692 ВІЛ-позитивних респондентів лише 24% тих, хто потребував антиретровірусної терапії, фактично отримували її; більш однієї третини респондентів вказали, що ВІЛ-тестування було проведено без отримання на це їхньої згоди; 70% респондентів вказали, що їх право на конфіденційність діагнозу було порушене”. Отже, ситуація з дотриманням прав людей, що живуть з ВІЛ, насправді не відповідає задекларованим принципам і нормам. На сьогоднішній день в Україні широко поширена дискримінація людей, що живуть з ВІЛ, навіть серед тих, хто повинен бути найбільш поінформованим та неупередженим, тобто серед лікарів. Для вирішення цієї проблеми існує декілька стратегій, що вже були випробувані на практиці.

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

Як зазначається у Концептуальній основі та основоположних принципах діяльності Всесвітньої кампанії проти СНІДу, що проводилася UNAIDS у 2002-2003 роках і була спрямована на подолання стигми та дискримінації, пов’язаної з ВІЛ/СНІДом, ефективні заходи протидії цим явищам потребують мобілізації усіх учасників процесу, що включає: людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, їх партнерів, друзів, членів сімей; недержавні та громадські організації; лікарів; політиків; вчителів; міліцію та армію.

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

- інформація і освіта для досягнення кращого розуміння проблеми;

- правовий захист людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом;

- доступність послуг, щоб люди мали можливість дізнатися про свій  
серологічний статус, та надання їм підтримки в розкритті свого статусу іншим;

- у медичних установах необхідно забезпечити дотримання  
професійних і етичних норм; у випадку виникнення порушень професійної  
етики слід передбачити адекватні форми відшкодування збитку;

- стимулювати практичне навчання по питаннях ВІЛ для всіх медичних працівників з метою кращого розуміння проблеми, забезпечення  
конфіденційності і зменшення необґрунтованих страхів;

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

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

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

**1.3. Толерантне ставлення до ВІЛ-позитивних осіб як наукова проблема. Соціально-педагогічні умови формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних осіб та хворих на СНІД.**

Україна поступово, разом зі світовим співтовариством переживає процеси, пов’язані з глобалізацією, інтернаціоналізацією економіки, розвитком міграційних процесів. За умови інтеграції України зі світовою спільнотою питання виховання молодого покоління у координатах толерантності, поваги до багатоманітності світу виходять на одне з провідних місць.

Проблема толерантності ґрунтовно досліджується вітчизняними та російськими вченими і педагогами, а саме: перехід від авторитарної педагогіки до педагогіки співробітництва і толерантності (О. Безносюк і В. Калошина); феномен толерантності в системі міжетнічних відносин (С. Бондирєва); місце толерантності у системі ціннісно-цільових пріоритетів освіти (Б. Гершунський); шляхи виховання толерантної особистості в полікультурному суспільстві (О. Грива); толерантність у контексті педагогічної культури викладача ВНЗ (А. Коржуєва, Н. Кудзієва та В. Попкова); поширення толерантності у поліетнічному суспільстві (І. Кресіна, О. Майборода, Т. Пилипенко, М. Товта, Р. Чілачава); проблема толерантності в християнській етиці (В. Пісоцький); толерантність у ракурсі соціальної цінності у молодіжній свідомості (О. Швачко).

У теорії сучасного наукового знання виокремилися різні підходи до розуміння феномена «толерантність», через що наявні різноманітні тлумачення у визначенні сутності даного поняття. Дефініція «толерантність» має безліч значень, які обумовлені міждисциплінарним характером, оскільки досить ґрунтовно дане поняття стає предметом дослідження науковців, які працюють в таких галузях знань, як філософія, етика, психологія, соціальна педагогіка.

Проблема толерантності має тривалу історію. Її першооснови знайшли своє відображення в працях давньогрецьких філософів. Філософські джерела розглядають толерантність як: форму поваги до іншої людини (М.Бердяєв, Р.Валітова, А.Камю, Ж.-П.Сартр, К.Ясперс та ін.); складну рису особистості, що характеризує менталітет людини (П. Кінг, В.Тишков, М.Уолцер та ін.); соціальне явище (В.Соловйов, Х.Плєснер та ін.). Так, В.Лекторський визначає поняття толерантності як особливий принцип існування того світу, що людина будує на основі розуміння й прийняття множинності й різноманіття буття й визнання неминучості співіснування розходжень, чужа позиція поважається або змінюється власна [7].

Багатозначність поняття «толерантність» робить його досить абстрактним, загальним і малодоступним для наукового дослідження, а також для розробки педагогічних методик із виховання толерантності. Відтак, на нашу думку, доцільно визначити основні сутнісні характеристики толерантності. Виходячи з розуміння сутності як «найголовнішого, основного, істотного у чомунебудь» [1, c. 1218], ми виділяємо для аналізу такі характеристики:

принципи толерантності;

суб’єкти толерантності;

предмет толерантності;

рівні толерантності;

типи толерантності;

функції толерантності;

критерії толерантності;

структуру толерантності.

До провідних принципів толерантності належать такі:

* рівність між представниками різних народів (рівний доступ до соціальних благ для всіх людей незалежно від їх статі, раси, національності, релігії чи приналежності до будь-якої іншої групи);
* взаємна повага, доброзичливість і терпиме ставлення всіх членів суспільства до представників інших соціальних, культурних, релігійних груп;
* відмова від насилля як неприйнятного засобу залучення людини до будь-якої ідеї;
* рівні можливості для участі у політичному житті всіх членів суспільства;
* гарантоване законом збереження і розвиток культурної самобутності та мов національних меншин;
* реальна можливість дотримуватись традицій усіх культур, представлених у суспільстві;
* свобода віросповідання за умови, що це не ущемляє права і можливості представників інших конфесій;
* співпраця і солідарність у вирішенні спільних проблем; відмова від негативних стереотипів у сфері міжетнічних та міжрасових відносин і у стосунках між статями.

Під суб’єктами толерантності ми розуміємо різні індивідууми, соціальні групи, суспільні інститути, на які розповсюджуються принципи толерантності, з якими можливий пошук компромісу. Зазвичай поняттями «суб’єкт» позначають активну сторону взаємодії, «об’єкт» – сторону, на яку дія спрямована. Однак стосовно толерантності «суб’єкт-об’єктна» парадигма неприйнятна. Толерантно можна ставитися лише до суб’єкта, який визнається більш-менш рівним партнером. Очевидно, що перелік таких суб’єктів у кожній соціальній системі різний.

Під предметом толерантності ми розуміємо таку характеристику особистості, соціальної групи чи іншого об’єднання людей, яка може бути полем узгодження інтересів, взаєморозуміння, пошуку компромісів. Очевидно, що у різних суб’єктів предмет толерантності може бути різним. Один готовий примиритися з тим, що хтось вірить в іншого Бога, але нізащо не визнає чийогось права мати інші політичні погляди. Інший, навпаки, готовий не звертати уваги на політичні погляди, якщо є однаковість у релігійній приналежності. Іншими словами, у кожної людини, соціальної групи, суспільства є деякі межі або зони, де толерантність не допускається, і є предмети, стосовно яких звучить відомий вислів «Не можу поступитися принципами».

Нам імпонує думка вітчизняної дослідниці проблеми толерантності О. Волошиної, яка вважає, що вихованість особистості може характеризуватися трьома рівнями толерантності: високим (активним), середнім (активно-ситуативним) і низьким (пасивним). Найважливішими показниками їх вираженості є пізнавальний, чуттєво-мотиваційний, поведінковий.

Високий (активний) рівень сформованості толерантності характеризується глибокими усвідомленими знаннями сутності поняття «толерантність», готовністю до діалогу, співробітництва та позитивної взаємодії з представниками різних культур при збереженні власної ідентичності; сформованістю стійкого ціннісного ставлення до себе, інших; Батьківщини, людства, природи; толерантність переходить в осмислену необхідність і потребу.

Середній (активно-ситуативний) рівень сформованості толерантності характеризується знаннями про толерантність, але неглибоко усвідомленими; чіткими уявленнями про важливість толерантності в суспільстві, але неготовністю до діалогу, співробітництва та позитивної взаємодії; ціннісне ставлення до себе, інших, Батьківщини, людства, природи, сформоване фрагментарно.

Низький (пасивний) рівень сформованості толерантності характеризується поверховими знаннями сутності толерантності (або відсутністю таких знань); пасивністю, небажанням взаємодіяти, недостатньою вихованістю толерантних якостей; наявністю хибних уявлень про свою винятковість, прагненням переносити відповідальність на оточення, високим рівнем тривожності; ціннісне ставлення до інших, людства, Батьківщини несформоване [2, с. 49–51].

Слід зазначити, що на суб’єкти, предмет та рівень толерантності впливають такі фактори:

* загальна соціальна ситуація, у якій живуть люди (чим вищий рівень суспільної напруги, тим вища агресивність і нетерпимість людей);
* ситуація у конкретному суспільстві, членом якого є людина;
* специфічний тип культури стосунків між людьми, культури ставлення до своєї роботи, культури ставлення до своєї сім’ї, культури стосунків з іншими.

У контексті нашого дослідження можна виділити такі типи толерантності:

* за спрямованістю:
* зовнішня толерантність (до інших) – сформоване переконання, яке дозволяє особистості припускати наявність у інших власної позиції; наявність здатності розглядати конфліктну ситуацію з різних поглядів, ураховувати різні аспекти та аргументи (зовнішня толерантність як соціальна якість характеризує культуру відносин у суспільстві, побудовану на таких принципах, як відмова від насилля, прийняття іншого, слугування законам, а не волі більшості тощо);
* внутрішня толерантність (внутрішня стійкість) – здатність зберігати рівновагу у різних несподіваних ситуаціях: конфлікт, невизначеність, ризик, стрес; приймати рішення і діяти в цих умовах, навіть якщо невідомі всі факти й можливі наслідки [5, с. 29];
* за розвитком толерантності в особистості:
* природна толерантність – передбачає відкритість, допитливість, довірливість (вона властива маленькій дитині і не асоціюється з якостями її «Я», оскільки процес становлення особистості ще не привів до розподілу індивідуального і соціального досвіду; дозволяє маленькій дитині сприймати батьків у будь-якому вигляді, навіть у разі жорстокого поводження з нею: з одного боку, це створює психологічну захищеність і дозволяє зберігати позитивні стосунки у сім’ї, але з іншого боку, – руйнує формування особистості, оскільки знижує здатність адекватного сприйняття себе, свого досвіду, почуттів та переживань);
* моральна толерантність – означає терпимість, що асоціюється з особистістю (зовнішнім «Я» людини) (притаманна більшості дорослих людей та проявляється у бажанні стримувати емоції, використовуючи механізми психологічного захисту, тобто людина лише зовні не проявляє нетерпимість, яка залишається у неї усередині);
* етична толерантність – передбачає сприйняття й довіру, що асоціюються із сутністю або внутрішнім «Я» людини (вона включає як повагу до цінностей інших, так і сприйняття власного внутрішнього світу, що надає особистості перевагу не боятися й витримувати напругу та конфлікти) [4].

Психологічний зміст поняття «толерантності» найбільше повно розкрито в психологічному словнику, відтак, толерантність - надбана стійкість; стійкість до невизначеності; етнічна стійкість; межа стійкості, стійкість до поведінкових відхилень [16]. У психології толерантність розуміється як стійкість до конфліктів, готовність до діалогу з людиною, що викликає негативну реакцію, визначає здатність індивіда у проблемних і кризових ситуаціях активно взаємодіяти із зовнішнім середовищем з метою відновлення своєї нервово-психічної рівноваги, успішної адаптації, недопущення конфронтації й розвитку позитивних взаємин з собою й з навколишнім світом (А.Асмолов, С.Братченко, Н.Тарабріна) [11].

В рамках соціологічного підходу до розуміння «толерантності», можна виділити такі основні аспекти: по-перше, толерантність можна розглядати як систему цінностей, яка входить у структуру суспільної свідомості. По-друге, відбувається аналіз за сферами локалізації толерантності. У зв'язку з цим визначається гендерна толерантність, вікова толерантність, освітня толерантність, міжнаціональна толерантність, расова толерантність, релігійна толерантність, політична толерантність тощо [10].

Істотними рисами толерантності є те, що вона активна стосовно подій і людей; передбачає компроміс, розумну поступливість, постійну готовність до діалогу; передбачає рівність взаємодіючих сторін; визнає чужу думку, унікальність і цінність іншої людини. Отже, толерантність можна розглядати як людську цінність, принцип і норму існування, світогляд, готовність до взаємодії, особистісну якість і здібність, фактор соціалізації особистості, позицію (індивіда, групи) до тих соціальних реалій, які оцінюються позитивно як припустимі, незважаючи на її «неподібність» і відношення, це орієнтир поведінки, спрямованої на конструктивну взаємодію із цим «іншим» у різноманітних ситуаціях. На рис. 1.1 відображено ознаки та риси толерантності.

Як бачимо, напрацювання в межах філософських, психологічних, соціологічних, педагогічних підходів дозволяють визначити сутність поняття «толерантність» як складного інтегративного особистісно-морального утворення, що характеризується здатністю людини з повагою ставитися до інтересів, думок, поглядів, звичок, вірувань інших людей, прагненням зрозуміти й досягнути взаємної злагоди без застосування тиску, насилля. Вона виявляється у ціннісному ставленні до інших людей, оточуючого середовища, самого себе, тобто охоплює весь спектр соціальних відносин, в якому реалізується особистість. Толерантність визначається сформованими в особистості установками, звичками, світоглядом; підлягає цілеспрямованому вихованню й самовихованню.

**Толерантність – це:**

принцип,

цінність,

світогляд,

якість,

здібність,

фактор,

норма,

позиція,

орієнтир поведінки,

готовність до взаємодії,

стійкість особистості

**Риси толерантної осо­би­стості:**

* Гуманізм.
* Терпимість, зокрема до відмін­ностей.
* Чуйність.
* Довіра.
* Доброзичливість.
* Уміння слухати.
* Уміння не засуджувати інших.
* Здатність співпереживати.
* Поблажливість.
* Налаштованість на інших.
* Альтруїзм
* Почуття гумору.
* Уміння володіти собою.

**Ознаки толерантності:**

* Співробітництво, дух партнер­ства.
* Терпимість до іншої думки, віросповідань і поведінки.
* Готовність змиритися з чу­жою ду­мкою.
* Повага людської гідності.
* Повага прав інших, визнання рівності інших.
* Прийняття іншого таким, яким він є.
* Здатність поставити себе на місце іншого.
* Повага права бути іншим.
* Визнання розмаїття думок.
* Відмова від домінування, за­подіяння шкоди і насильства.

Рис. 1.1 Ознаки та риси «толерантності»

Вважаємо за доречне розглянути поняття «толерантне ставлення». Відтак, толерантне ставлення - це невербальне почуття з приводу конкретних подій, явищ суспільного життя, особливостей різних верств населення на засадах терпимості, розуміння й прийняття множинності й різноманіття буття, що мотивує вчинки та поведінку людини. Толерантне ставлення до ВІЛ позитивних у учнів загальноосвітніх шкіл визначається сформованими в них особистісними установками, звичками, світоглядом; які підлягають цілеспрямованому формуванню [12].

Позитивне розуміння толерантності досягається через з’ясування її протилежності – інтолерантності або нетерпимості. В основі нетерпимості лежить переконання, що твоя група, система поглядів, спосіб життя стоять вище від інших. Це не просто відсутність почуття солідарності, це неприйняття іншого через те, що він має інший вигляд, думає інакше, чинить інакше. Її практичні прояви містяться в широкому діапазоні: від звичайної неввічливості, зневажливого ставлення до інших – до етнічних чисток і геноциду, навмисного знищення людей.

Основними формами прояву нетерпимості є: образа, насмішки, вираження зневаги; негативні стереотипи, упередження, забобони, основані на негативних характеристиках; етноцентризм (оцінка навколишніх через призму цінностей свого етносу, що розглядається як еталон для всіх інших людей та культур); пошук ворога (перенесення вини за нещастя і проблеми на інші групи); переслідування, залякування, погрози; дискримінація за ознаками статі та інших відмінностей (позбавлення соціальних благ, ізоляція в суспільстві, позбавлення чи обмеження прав людини); расизм, націоналізм, експлуатація, фашизм; ксенофобія у формі етнофобій, мігрантофобії (неприязнь до представників інших груп і культур, переконання в тому, що «чужаки» шкідливі для суспільства); опоганення релігійних чи культурних пам’ятників; вигнання, сегрегації, репресії; релігійне переслідування [3, с. 26].

Отже, толерантність можна розглядати як людську цінність, принцип і норму існування, світогляд, готовність до взаємодії, особистісну якість і здібність, фактор соціалізації особистості, позицію (індивіда, групи) до тих соціальних реалій, які оцінюються позитивно як припустимі, незважаючи на їх «несхожість», це орієнтир поведінки, спрямованої на конструктивну взаємодію із цими «несхожими» у різноманітних ситуаціях.

Досить важливою є соціально-педагогічна робота щодо формування толерантності до ВІЛ-позитивних осіб з молоддю підліткового віку. Становлення сучасного підлітка протікає в ситуації соціально-економічної нестабільності, ціннісно-нормативної невизначеності, коли істотно деформовані характерні для стабільних суспільств механізми передачі цінностей від старшого покоління до молодшого.

У сучасному суспільстві є серйозний дефіцит позитивного впливу на дітей. Якісні зміни макросередовища супроводжуються й деформацією сім’ї, яка не виконує таких важливих функцій, як формування в дітей почуття психологічного комфорту, захищеності. В останні роки в підлітків поряд з високим інтелектом, глибокими знаннями, широким кругозором деколи розвивається почуття своєї винятковості, надмірної самовпевненості, прагнення до самоствердження своєї незалежності. Це призводить їх до дратівливості, нетерпимості, агресії у ставленні до ровесників, учителів, батьків, та є причиною виникнення міжособистісних конфліктів та неприйняття навколишньої дійсності.

Важливу роль у формуванні толерантності у підлітків відіграє заклад освіти яка через навчально-виховний процес забезпечує соціалізацію особистості. Складовою цього процесу є позакласна робота, яка створює умови для формування нових інтересів, накопичення досвіду колективного життя, сприяє формуванню самостійності студентів, дозволяє розширити та поглибити знання тощо. Позакласна виховна діяльність не регламентується обов’язковими програмами (вони мають рекомендаційний характер). Містить різноманітний арсенал методів, засобів, прийомів, які можна досить широко застосовувати для того, щоб забезпечити ефективність процесу формування основ толерантної поведінки у взаємодії з ВІЛ-позитивними людьми [18].

Основними передумовами формування ВІЛ-толерантності визначаються наступні (за підсумками результату соціальної програми «S.A.Y. TOLERANCE’09»): осмислення ступеня і характеру впливу соціальної реклами на масову свідомість щодо проблеми ВІЛ/СНІДу; мобілізація талановитої творчої молоді з метою звернення уваги до проблеми толерантності до ВІЛ-позитивних осіб; подолання стереотипів щодо шляхів зараження ВІЛ; подолання байдужості та відвертої відрази до ВІЛ-позитивних; виявлення інноваційних соціально-педагогічних технологій формування толерантного ставлення соціуму до ВІЛ-позитивних осіб [19].

Отже, формування толерантності — це виховання потреби й готовності до конструктивної взаємодії між дітьми, незалежно від статусу чи способу життя. Оскільки діти більшість часу проводять в навчальних закладах, то процес виховної роботи можна покласти як на вчителів або соціальних педагогів, так й на самих учнів [1].

Проаналізувавши наукову літературу [1], [4], [6], [9], [14] щодо проблем формування толерантного ставлення до ВІЛ позитивних осіб, нами було виявлено соціально-педагогічні умови, які впливають на процес формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних осіб у студентської молоді:

1. Формування знань та поведінки, які сприяють формуванню толерантності у студентів. Діяльність соціальних педагогів повинна відбуватися на двох взаємопов’язаних рівнях: інформаційному (надає знання про толерантність, її складові, її прояви, про багатомірність людського буття, формування установки на толерантність); поведінковому (озброєння вмінням і навичками толерантної взаємодії), що складають єдине ціле. Основним критерієм сформованості толерантності має стати вміння конструктивно, толерантно взаємодіяти з людьми і групами, що мають певні відмінності.
2. Створення толерантного середовища в закладі освіти. Формування толерантності до ВІЛ-позитивних можливе лише за умови толерантного виховного середовища. Під толерантним простором розуміють організацію та реалізацію взаємостосунків усіх суб’єктів навчально-виховного процесу, побудовану на принципах толерантності та спрямованих на ділове, безконфліктне спілкування та моральне виховання учнів.
3. Впровадження в навчальний процес інноваційних програм, проектів, які спрямовані на формування толерантності до ВІЛ-позитивних осіб у студентів коледжу.
4. Організація зустрічей (за можливості з «живими книгами»), людьми, які живуть з ВІЛ.

Реалізація соціально-педагогічних умов формування толерантності повинна передбачати також підготовку педагогів до здійснення виховання толерантності підлітків старшого віку, для чого повинні застосовуватись активні форми творчої взаємодії із класними керівниками, вчителями: у формі проблемно-методичних семінарів, круглих столів, консультацій, інтерактивних навчально-пізнавальних занять, тренінгів.

Отже, діяльність соціального педагога повинна відбуватися в такій площині: організаторській(орієнтування на створення шкільних клубів, що є однією з найбільш дієвих і педагогічно ефективних форм організації позанавчальної виховної роботи з учнями, оскільки реалізуються провідні ідеї виховання толерантності (право дітей на самовираження, на власну думку, самоповагу, повагу до інших тощо); технологічній (озброєння інтерактивними методами та формами формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних).

**Висновки до першогорозділу:**

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

Нормативно-правова база Україниномінально не обмежує людей, що

живуть з ВІЛ, та представниківключовихгрупнаселеннящодоінфікування ВІЛ вїх правах, політичному, суспільному та культурному житті. Проте високий рівень соціальної стигми ЛЖВ та ключових групп населення значно впливає на поведінку людей, занижує самооцінку та почуття власної гідності, призводить до розвитку самостигматизацї. Більшу увагу варто звернути на забезпечення дотримання всіх норм та підтримку ключових групп населення і ЛЖВ, а також на усунення перешкод, які маргіналізуют ьцих людей і заважаютьїх доступу до лікування. Ефективне дотримання чинних норм має вирішальне значення для поліпшення соціального захисту і покращення показників здоров’я населення. Державнаполітика України у сфері притягнення до кримінальної відповідальності за ненавмисне інфікування ВІЛ носить каральний характер, що негативно впливає на доступ ЛЖВ до программ профілактики та лікування. Незважаючи на зусилля неурядовихорганізацій, позиція Національної поліції з питання декриміналізації ВІЛ свідчить про неготовність вносити кординальні зміни до законодавства. Основними проблемами, з якими стикаються ЛЖВ в Україні, є недотримання добровільності тестування на ВІЛ, дискримінація – обмеження конституційного права на медичнудопомогу, випадки відмови у проведенні оперативних втручань, інших інвазивних видів допомоги, розголошення інформації про ВІЛ-статус, соціальна ізоляція. На сьогодні є певна неузгодженість, а часто і взаємовиключаючий характер окремих положень законів і підзаконних актів щодо основних понять та процедур у контексті епідемії ВІЛ-інфекції. Саме тому нерідко реєструються факти недотримання чинного законодавства у сфері ВІЛ/СНІДу.

Якби таким людям не доводилося постійно змовчувати про свої проблеми, ховатися від «нормальних» людей, їхнє життя було б набагато приємніше.

Причинами виникнення стигми можуть бути декілька факторів:

- недостатнє розуміння хвороби; міфи про шляхи передачі ВІЛ; сором;

- відсутність лікування (або обмежений доступ);

- безвідповідальні повідомлення у ЗМІ;

- поширення соціальних страхів та побоювань, а також суспільного осуду, пов’язаних із сексуальністю, хворобами та смертю, вживанням наркотиків.

Наслідки стигми та дискримінації:

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

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

- стигма та дискримінація формують таке середовище, коли лякає не сама хвороба, а те, як її оцінюють, ставлення до неї;

- ігнорування людиною свого реального або потенційного ВІЛ-статусу;

- порушення прав та свобод людей в сфері охорони здоров’я, праці, освіти тощо;

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

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

РОЗДІЛ 2. СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ТА ПРОБЛЕМИ ПОДОЛАННЯ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДУВ СВІТІ ТА УКРАЇНІ

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

Проблемі ВІЛ-інфекції/СНІДу у світі приділяється особлива увага.  
Ліквідація епідемії ВІЛ/СНІДу до кінця 2030 року є одним із завдань Цілей  
Сталого Розвитку (ЦСР), що були затверджені у вересні 2015 року та  
визначають пріоритети міжнародного розвитку до 2030 року [21].  
На фоні ситуації у зв’язку з епідемією ВІЛ-інфекції в світі 23-24 лютого  
2004 року країни Європи та Центральної Азії провели конференцію високого  
рівня у м. Дублін, Ірландія «Подолання бар’єрів – партнерство у боротьбі з  
ВІЛ/СНІДом в Європі та Центральній Азії» [22]. Результатом конференції  
стало прийняття Дублінської декларації про партнерство у боротьбі з  
ВІЛ/СНІДом (Дублінська декларація), мета якої – активізувати заходи з  
попередження поширенню ВІЛ-інфекції та лікування хворих на ВІЛінфекцію/СНІД у регіоні. У 2007 році за координацією Європейського центру з контролю та профілактики захворюваності (ECDC) розпочався моніторинг виконання Дублінської декларації в Європі та Центральній Азії, що було відображено у звітах за 2010, 2012 і 2014 роки [23, 24, 25].

Основні висновки за результатами моніторингу Дублінської декларації у 2017 році представлені на технічній нараді 30-31 січня 2017 року в м. Валетта (Мальта), де були висвітлені основні досягнення у сфері послуг з тестування на ВІЛ, епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією, профілактики та лікування ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення за даними, що були подані 48 країнами Європи та Центральної Азії до ECDC та Європейського регіонального бюро ВООЗ. У звіті Дублінської декларації за 2017 рік підкреслюється, що ВІЛ-інфекція залишається головною проблемою громадського здоров’я в країнах Європейського Союзу та Європейськоїекономічної зони [26].

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

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

У рамках Стратегії ЮНЕЙДС на 2016-2021 рр. «На шляху прискорення для подолання СНІДу» пріоритизовано основні ЦСР, які стосуються завдань ВІЛ/СНІДу, та відповідні їм завдання [31]. Під час Засідання високого рівня Генеральної Асамблеї ООН, що відбулося 8-10 червня 2016 року у штабквартирі ООН у Нью-Йорку (США), було поставлено акценти на завданні ліквідації епідемії ВІЛ/СНІДу до 2030 року та одностайно прийнято Політичну декларацію з метою продовження боротьби з цією хворобою [32]. Під час зустрічі було прийнято Стратегію прискореного подолання епідемії ВІЛінфекціїFastTrack [33], яка поставила перед міжнародною спільнотою амбітні цілі: до 2020 року виявити 90% людей, які живуть з ВІЛ, надати 90% з них антиретровірусну терапію (АРТ) та забезпечити ефективність лікування для 90% осіб, які отримують АРТ [34]. Документ включив перелік конкретних цілей і заходів з прив'язкою до термінів, які повинні бути виконані до 2020 року, що дозволить до 2030 року викорінити епідемію ВІЛ/СНІД як загрозу громадському здоров'ю, забезпечивши необхідною допомогою усіх, хто її потребує. Застосування підходу ЮНЕЙДС дозволить попередити до 2030 року приблизно 28 млн. нових випадків ВІЛ-інфекції, 21 млн. смертей, обумовлених  
СНІДом, уникнути додаткових витрат у зв’язку з ВІЛ у розмірі 24 млрд.  
доларів США та взагалі ліквідувати глобальну пандемію ВІЛ-інфекції.

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

18-22 липня 2016 року у м. Дурбан (Південна Африка) відбулась 21-а  
Міжнародна конференція зі СНІДу «AIDS 2016», яка ознаменувала собою  
важливу віху в історії реалізації відповіді на ВІЛ. Темою конференції став  
«Негайний доступ до рівних прав». У ході міжнародного заходу  
наголошувалось на необхідності подолання поточних бар'єрів щодо  
фінансування заходів з профілактики ВІЛ-інфекції, лікування і досліджень, а  
також наявності дискримінаційних законів і політик, які зачіпають представників ключових груп населення, таких як чоловіки, що практикують  
секс з чоловіками (ЧСЧ) [38], транссексуали, люди, що вживають ін’єкційні  
наркотики (ЛВІН) та особи секс бізнесу (ОСБ) [39].

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

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

Епідемічна ситуація додатково ускладнюється через гуманітарну кризу всередині країни, котра призвела до збільшення числа внутрішньо  
переміщених осіб з деяких областей, які найбільше постраждали від епідемії  
ВІЛ [43]. Дослідження доводять, що соціальні потрясіння та війни погіршують ситуацію з поширенням ВІЛ-інфекції. Військові дії відбуваються на територіях, де проживає 5,2 млн. населення, включно з територією Донецької області, яка є найбільш уражена ВІЛ та туберкульозом. 25% ЛЖВ, які перебували під медичним наглядом (13 000) та 45 000 ЛВІН мешкали натериторії Донецької та Луганської областей. В результаті збройного  
конфлікту, 40% ЛЖВ, які перебували під медичним наглядом, та до 50% ЛЖВ, які отримували АРТ, опинилися на території, непідконтрольній уряду України[44].

Система надання послуг з профілактики, лікування та супроводу  
лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу на територіях Донецької та Луганської  
областей, непідконтрольних уряду України, не збережена і не дозволяє  
пацієнтам отримувати повний спектр послуг. На територіях, що межують із  
зоною військових дій, система змінилась під впливом бойових дій і вимагає  
невідкладних заходів для забезпечення її повноцінного функціонування [45].

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

На сьогодні, Україна має оновлену національну стратегію «Прискорення подолання епідемії ВІЛ-інфекції» (FastTrack), яка затверджена на законодавчому рівні та є обов’язковою для виконання для усіх органів державної влади, стосується як всього суспільства, так і кожного громадянина зокрема. В рамках досягнення цілей стратегії FastTrack до 2020 року, відповідно до оціночних даних на кінець 2015 року, в Україні 214 000 ЛЖВ повинні перебувати під МН, 192 000 – отримувати лікування, 173 000 – мати невизначальний рівень вірусного навантаження ВІЛ. Діяльність у даному напрямі здійснюється у тісній співпраці з громадськими та міжнародними організаціями. Крім того, Україна підтримала ініціативу для прискорення дій у великих містах (Fast-TrackCitiesInitiative) [47]. Ця світова ініціатива, фінансована Міжнародною асоціацією надавачів послуг у сфері СНІДу (IAPAC), стартувала у 2014 році на підтримку Стратегії прискоренняЮНЕЙДС і цілей «90–90–90» серед 50 міст світу, які найбільше постраждали від ВІЛ. У рамках програми FastTrackCities передбачено прискорення подолання епідемії ВІЛ-інфекції у великих містах шляхом розбудови та посилення максимально ефективних підходів до виконання програм та використання ресурсів у сфері ВІЛ/СНІДу в м. Києві та ще у 10 містах України.

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

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

Пріоритетом державної політики наразі є забезпечення рівного доступу представників ключових груп ризику щодо інфікування ВІЛ, а також  
загального населення до лікувальних та профілактичних послуг [52]. Ще у  
2000 році ВООЗ була розроблена нова стратегія "Епіднагляду другогопокоління" (SGS) для адаптації систем епіднагляду до епідемічного стану країн. Зокрема, стратегія пропонувала наступне: концентрувати стратегічні інформаційні ресурси щодо зниження поширення ВІЛ; впроваджувати збір даних у ключових групах з більш високим рівнем ризику інфікування ВІЛ, таких як населення з високим рівнем ризикованої поведінки, або молодь на початку статевого життя; порівнювати дані про поширеність ВІЛ та ризиковану поведінку для створення інформативної картини змін епідемії з часом; максимально ефективно використовувати інші джерела інформації, такі як епіднагляд за інфекційними захворюваннями та вивчення стану репродуктивного здоров'я населення з метою поглиблення розуміння епідемії ВІЛ [53].

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

В Україні ВІЛ-інфекцію, як самостійну нозологічну форму, реєструють з 1987 р. У перебігу епідемії ВІЛ-інфекції відбулися еволюційні зміни, обумовлені кількісними та якісними параметрами. За період 1987-2017 (6 міс.) в країні зареєстровано 306 295 нових випадків ВІЛ-інфекції, 97 584  
захворювань на СНІД та 43 206 випадків смерті від захворювань, зумовлених  
СНІДом. На сьогодні, як і в більшості країн світу, в Україні епідеміологічної  
значущості все більше набуває статевий шлях передачі ВІЛ. Попри відносне  
зменшення питомої ваги парентерального шляху інфікування ВІЛ у структурі  
шляхів передачі збудника інфекції, Україну (поряд з Російською Федерацією,  
Узбекистаном та Білорусією) віднесено до країн Східної Європи та  
Центральної Азії з тягарем епідемії серед ЛВІН [55, 56, 57]. Активізація  
статевого шляху передачі ВІЛ вказує на перехід епідемічного процесу із  
середовища ЛВІН через «групи-містки» до загального населення є  
провісником ускладнення епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції внаслідок сумісного впливу на перебіг епідемії парентерального та статевого шляхів  
передачі збудника [58].

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

За даними сероепідмоніторингу, протягом 2010-2017 років  
поширеність ВІЛ серед громадян України утримується близько 1% (0,99% у  
2017 р.), зберігається чітка тенденція до зниження поширеності ВІЛ серед  
вагітних (з 0,55% у 2010 році до 0,32% у 2016 році) та донорів (з 0,14% у 2010 році до 0,09% у 2016 році). Поширеність ВІЛ серед вагітних віком 15-24 роки, також, має тенденцію до зниження (з 0,32% у 2014 році до 0,25% у 2017 році) [60]. Завдяки правильній організації заходів з профілактики вертикальної трансмісії вдалось досягти суттєвого зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини в країні (зниження показника ЧПМД у 8 разів – з 27,8% у 2001 році до 3,3% у 2016 році) [62, 63].

Відзначається стала тенденція зниження частки ВІЛ-інфікованих осіб  
віком 15-24 роки серед усіх вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції (з  
12,0% у 2009 році до 5,2% у 2016 році) та показника захворюваності на ВІЛінфекцію серед населення відповідної вікової групи (з 35,5 на 100 тис.  
населення віком 15-24 роки у 2009 році до 19,4 у 2016 році).  
Протягом останніх п’яти років спостерігається стабілізація значень  
показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу. Проте, заданими 2016 року в Україні зросли показники захворюваності на ВІЛінфекцію та СНІД, смертності від СНІДу, у порівнянні з відповідними  
показниками попереднього року (темпи приросту становили +8%, +5% та  
+7,7% відповідно). Зберігається тенденція щорічного зростання кількості та  
частки пацієнтів, які були вперше взяті під медичний нагляд з діагнозом ВІЛінфекції на пізніх стадіях хвороби. Більше половини осіб віком 15 років та старше виявляються вперше з діагнозом ІІІ–ІV клінічних стадій ВІЛ-інфекції (55,6% у 2017 році). Серед вперше зареєстрованих хворих на СНІД близько 50% вперше отримали діагноз ВІЛ-інфекції вже на стадії СНІДу (58% у 2016 році) [64].

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

Відповідно до статистичних даних, щорічно близько чверті ВІЛпозитивних осіб, виявлених за даними лабораторних обстежень, залишались поза медичним обліком (26,4% у 2017 році) [66]. До того ж, кожного року четверта-п’ята частина серед тих, що перебували на обліку, не були охоплені медичним наглядом з різних причин – у 2016 році показник групи активного медичного нагляду складав 79,8% [67].

Наразі епідемія ВІЛ-інфекції в Україні зосереджена в ключових групах населення, включаючи ЛВІН. Згідно оціночних даних, в Україні налічується близько 310 000 ЛВІН. Епідеміологічні та інтегровані біоповедінкові дослідження вказують на високий рівень поширеності ВІЛ у цій групі населення (до 21,9%) [68]. ЛВІН є найчисельнішою ключовою групою серед усіх ЛЖВ, і тому профілактичні програми, спрямовані на цю групу є невід’ємною частиною національної політики [69]. ЛВІН в Україні, так само як і в інших країнах, стикаються з безліччю проблем, які посилюють ризик інфікування і передачі ВІЛ іншим людям, або ж ускладнюють процес  
лікування. Крім того, туберкульоз, включаючи мультирезистентний, часто  
діагностується в групі ЛВІН, які живуть з ВІЛ. Для багатьох лікування  
наркотичної залежності є абсолютно недоступним або ж не надається в  
стаціонарах де лікують ВІЛ або ТБ. ЛВІН набагато частіше страждають  
психічними розладами, ніж загальне населення. Високий рівень криміналізації та соціальна стигма споживання наркотиків змушує таких людей використовувати більш небезпечні ін'єкційні практики, зменшує доступ до послуг з профілактики та лікування ВІЛ, а також призводить до підвищення поширеності ВІЛ інфекції в тюрмах [70]. Ефективна відповідь на епідемію вимагає тісної взаємодії державних та неурядових організацій, медичних і соціальних служб. Подібно іншим країнам пострадянського простору, в Україні продовжує існувати вертикальна система медичного обслуговування.

Мультидисциплінарна підготовка і взаємодія між різними службами поки не стали поширеною практикою. Що в свою чергу призводить до розвитку ускладнень, підвищення рівня смертності, а в цілому до більших економічних і соціальних втрат для суспільства [70].

Не зважаючи на це, в країні реєструється прогрес у профілактиці  
інфікування ВІЛ серед ЛВІН: за офіційними даними, намітилися чіткі  
тенденції до зменшення як абсолютної кількості зареєстрованих нових  
випадків ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, так і частки ЛВІН серед нових випадків  
ВІЛ-інфекції. Україна є регіональним лідером в області розвитку програм  
зниження шкоди. Щорічно охоплюється послугами в середньому 225 000  
ЛВІН, що є найбільшим показником у Східній Європі. Останніми інноваціями є організація обміну шприців на базі аптек, організація служби профілактики передозувань.Загалом, Україна зробила великий крок у напрямку впровадження світових стандартів послуг лікування та догляду для ВІЛінфікованих,щопідтверджуєтьсяпозитивноюдинамікоюосновнихпоказників за останні роки [72].

Посилюється роль статевого шляху передачі в епідемічному процесі  
ВІЛ-інфекції, у 2017 році частка зазначеного шляху, з урахуванням показника частоти передачі ВІЛ від матері до дитини, становила 73,3%. Все ще зберігає активність парентерального шляху передачі при ін’єкційному введенні наркотичних препаратів [73]. Збільшилась кількість осіб, які інфікувались внаслідок вживання наркотичних речовин ін’єкційним шляхом серед вперше зареєстрованих осіб з ВІЛ-інфекцією, та становила 3 728 осіб проти 3 449 у попередньому році.

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

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

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

В Україні концентрована стадія епідемії ВІЛ-інфекції зафіксована,починаючи з 1996 року, тобто через 2 роки після реєстрації перших декількох випадків інфікування ЛВІН. Проте, сьогодні, враховуючи високі показники поширення ВІЛ серед вагітних в деяких регіонах та останні результати біоповедінкових досліджень серед представників ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ в 2013 та 2015 роках [73, 75], постає питання щодо можливості переходу епідемії у наступну стадію – змішану, відповідно до рекомендованих кількісних критеріїв ВООЗ/ЮНЕЙДС щодо визначення стадії епідемії ВІЛ-інфекції. Інтегрований аналіз даних епіднагляду дозволяє стверджувати, що генералізації епідемії ВІЛ-інфекції в Україні в цілому поки не відбулося, оскільки все ще простежується залучення до епідемічного процесу осіб, які належать до ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ, але серед ЛЖВ все більш детермінують популяційні підгрупи з низьким рівнем ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ, що потребує додаткового вивчення субепідемій на різних територіях України [76]. Не слід ігнорувати гендерний аспект епідемії [77].

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

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

Відповідно до стратегії ЮНЕЙДС Fast-Track «Прискорення подолання епідемії ВІЛ-інфекції», що спрямована на ліквідацію епідемії до 2030 року, як загрози громадському здоров’ю, для забезпечення здорового життя та благополуччя всіх людей, в Україні необхідно одночасно реалізувати низку заходів, спрямованих на активне виявлення недіагностованої ВІЛ-інфекції, інтенсивне розширення АРТ, ефективне лікування та подолання стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ [80].

Розроблено Консолідовані рекомендації щодо послуг з тестування на  
ВІЛ, які об'єднують існуючі вказівки щодо надання послуг з тестування на ВІЛ та вирішують питання та елементи ефективної доставки послуг, які є  
загальними в різних ситуаціях, контекстах та різноманітті населення [81].

Також наводяться орієнтовані та стратегічні підходи до впровадження послуг з тестування на ВІЛ, необхідні для підтримки нової стратегії ЮНЕЙДС FastTrack. Крім того, ці вказівки допоможуть керівникам та виконавцям заходів національної програми протидії поширенню епідемії ВІЛ, у тому числі програм на рівні громад, при плануванні та впровадженні послуг з тестування на ВІЛ [82]. ВООЗ розроблено нові Зведені керівні принципи щодо використання антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції, в яких зазначено важливість своєчасного лікування, як одного з основних методів профілактики поширення ВІЛ [73].

При цьому необхідно зазначити, що новий перелік цільових показників, які необхідно досягти до 2020 р., включає мету «90-90-90». Це значить наступне[26]:

• 90% людей, які живуть з ВІЛ, та знають про свій ВІЛ-позитивний статус;

• 90% людей, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, знаходяться на лікуванні;

• 90% людей, які перебувають на лікуванні, мають невизначений рівень вірусного навантаження.

Запропоновані сучасні цільові показники, які необхідно в питаннях боротьби з ВІЛ/СНІД досягти до 2020 р., спираються на принцип щодо дотримання прав людини та забезпечення без дискримінаційної ситуації. Все це має суттєво наблизити та поліпшити кінцеві результати в галузі глобальної боротьби з ВІЛ/СНІДом [27].

Зобов’язаннями України у рамках резолюції Третьої національної  
науково-практичної конференції з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу «За кожне  
життя разом: Прискорення до мети 90-90-90» (2016 рік) у сфері «Посилення  
потенціалу та прав людини» зокрема стали: зменшення рівня стигми та  
дискримінації серед медичних працівників по відношенню до ключових груп  
ризику шляхом проведення постійної інформаційно-навчальної роботи з  
гендерно-орієнтованого підходу до надання соціальних послуг та включення  
його до навчальних програм до- та післядипломної освіти медиків, соціальних працівників, психологів та інших фахівців, які працюватимуть у сфері ВІЛ/СНІДу; підтримка ініціатив, спрямованих на зменшення рівня стигми та дискримінації до найбільш криміналізованих груп ризику та ЛЖВ,  
формування толерантного до них ставлення, забезпечення їх безперешкодного доступу до послуг з профілактики та прихильності до лікування, декриміналізація зберігання наркотиків для особистого вживання (ч.1 ст.309 Кримінального кодексу України), поставлення іншої особи в небезпеку зараження ВІЛ чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ч.1 ст.130 Кримінального кодексу України) та скасування адміністративної  
відповідальності за індивідуальну проституцію (ст. 181- 1 Кодексу України  
про адміністративні правопорушення); перегляд нормативно-правової бази з  
метою приведення порогу притягнення до кримінальної відповідальності у відповідність до кращого європейського досвіду [58].

29 серпня 2017 року Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та  
ЮНЕЙДС видали спільну заяву про послуги з тестування на ВІЛ, в якій  
визначено два головних принципи надання цих послуг з урахуванням прав  
людини та норм громадського здоров'я. Відповідно до заяви, послуги  
тестування на ВІЛ, незалежно від способу їх надання, завжди повинні  
надаватися з дотриманням норм етики, прав людини та поваги до особистого  
вибору. В заяві чітко наведена позиція ВООЗ та ЮНЕЙДС про  
неприпустимість обов'язкового або примусового тестування на ВІЛ [80].

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

Не слід забувати про ризики, пов’язані з медико-демографічною  
кризою в Україні, зокрема, стрімке постаріння населення, що призводить до  
загострення процесів депопуляції (навіть за умови підвищення  
народжуваності), посилюється тягар на працююче населення та на державу в  
цілому; високий рівень загальної захворюваності населення на тлі значного  
поширення факторів ризику захворювань, непопулярність серед населення  
здорового способу життя. Крім того, існує виражена відмінність показників  
захворюваності забезпечених і малозабезпечених груп населення (більше, ніж у 3 рази) [79], при високій питомій вазі бідного населення в Україні - 26,4 % (в Волинській, Кіровоградській, Сумській та Херсонській, областях цей показник становить 40 %, а у двох останніх за межею бідності живе майже  
половина населення) [35].

2.2. **Статистичні показники оцінки чисельності людей, які живуть з ВІЛ та ключових груп ризику (на прикладі Дніпропетровської області 2019 рік)**

23 травня 2019 року відбулось засідання Національної ради з питань туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. На засіданні були представлені оновлені розрахунки людей, які живуть з ВІЛ, та груп найвищого ризику щодо інфікування на ВІЛ. За попередніми результатами розрахунків оціночна кількість людей, які живуть з ВІЛ в Дніпропетровській області, складає 42976, що на 5 576 осіб більше ніж у 2019 році. Загальна кількість по Україні збільшилась на 2456 осіб (див. Рис.2.1).



Рис. 2.1 Показники засідання Національної ради з питань туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу станом на 23.05.2019 рік

Критерії ключових груп з оцінки чисельності відповідають критеріям, що були визначені в рамках біоповедінкових досліджень 2017–2019 рр.:

● ЛВІН – чоловіки та жінки, які мають досвід вживання ін’єкційних наркотиків протягом останніх 30 днів;

● СП – чоловіки та жінки, які мають практику надання сексуальних послуг за винагороду протягом останніх 6 міс.;

● ЧСЧ – чоловіки, які практикують анальні або оральні сексуальні контакти з чоловіками протягом останніх 6 міс. Оновлені розрахунки чисельності грип найвищого ризику також збільшились, а саме (див. Рис. 2.2.):



Рис. 2.2. Оцінка чисельності ВІЛ-інфікованих людей «груп ризику» в Дніпропетровській області у порівнянні 2017 та 2019 роки

Відповідно до листа ДУ «Центр громадського здоров’я Міністерства охорони здоров’я України» від 24.06.2019 року № 2737 «Щодо затвердження оціночної кількості ключових груп ризику та ЛЖВ» дане питання було розглянуто на засіданні Обласної Координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. На підставі даних динаміки захворюваності, розповсюдженості та поширеності ВІЛ-інфекції в Дніпропетровській області за останні 10 років, та враховуючи думку провідних фахівців, було прийнято рішення щодо непогодження представленої оціночної кількості людей, які живуть з ВІЛ та ключових груп ризику. А також необхідність проведення додаткових розрахунків щодо перегляду оновлених показників та використання у роботі показників оціночної кількості, затвердженої у 2017 році.

Зміни нормативно-правової бази.У 2019 році було змінено нормативно-правову базу щодо діагностики ВІЛ-інфекції. 05.04.2019 року було підписано наказ МОЗ України № 794 «Про удосконалення системи управління якістю лабораторних досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу», який вступив в силу 27.08.2019. Даним наказом було скасовано Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 21 грудня 2010 року № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛінфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення», зі змінами згідно наказу МОЗ України від 17.09.2012 № 718.

Також на Національному рівні було прийнято «Національну стратегію тестування на ВІЛ в Україні: 2019-2030 роки».

Основні напрямки якої:

- Раннє та максимально повне виявлення ЛЖВ;

- Своєчасне залучення на облік осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ для отримання лікування;

- Підвищення ефективності систем епідеміологічного нагляду за ВІЛінфекцією та моніторингу і оцінки;

- Забезпечення якості тестування на ВІЛ; - Вирішення наскрізних питань.

Сероепідмоніторинг. З метою забезпечення своєчасного виявлення випадків інфікування ВІЛ, надання допомоги та лікування хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД та профілактики у Дніпропетровській області за 9 місяців 2019 року на ВІЛ обстежено 210265 осіб, з них у 3155 осіб (1,5%) виявлено ВІЛ.

За результатами сероепідеміологічного моніторингу (далі – СЕМ) протягом останніх років рівень інфікованості загального населення (код 100) залишається на одному рівні - 1,5%. В той же час, звертає увагу значне зростання рівня інфікованості ВІЛ серед осіб, які мали контакти з ВІЛ-інфікованими (код 101) – до 16,3% за 9 місяців 2019 року проти з 5,9% та 7,2% відповідно за аналогічні періоди 2017 та 2018 років. Аналогічна ситуація щодо інфікованості осіб, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом (код 103) – зростання до 19,6% за 9 місяців 2019 року проти з 0,3% та 1,2% відповідно за аналогічні періоди 2017 та 2018 років (див. Рис.2.3.).



Рис. 2.3. Показники тестування на ВІЛ серед осіб, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими в Дніпропетровській області

За винятком донорів та вагітних кількість обстежених складає 142712 осіб, що становить 4,5% від загальної чисельності населення. В той же час, в межах адміністративних територій доступ населення до обстежень на ВІЛ є різним. Найвищі показники зареєстровані в м.Новомосковську (6,6%), Межівському районі (5,9%), м. Жовті води (5,4%). По окремих територіях відсоток обстежених від загальної кількості складає лише 0,8 - 2,0%: Софіївський (0,8%), Васильківський (1,2%), Дніпропетровський (1,3%), Криничанський (1,7%), Юр’ївський (1,7%), Петропавлівський (1,8%), Солонянський (1,8%), Апостолівській (1,9%) райони, а також м. Марганець (2,0%).

За кодом 108 в області обстежено 43556 осіб, у 39 осіб (0,09%) виявлено серологічні маркери ВІЛ проти 0,13% та 0,09% відповідно за аналогічні періоди 2017 і 2018 років. Первинних донорів – 28805, у 31 (0,11%) з яких виявлено ВІЛ. Викликає насторогу наявність випадків виявлення ВІЛ серед повторних донорів крові (її компонентів) – поодинокі випадки за 9 місяців 2018 і 2019 років; серед донорів органів, тканин, інших клітин та біологічних рідин (крім компонентів донорської крові) - 7 осіб (5,0%) за 9 місяців 2019 року.

Частка виявлених ВІЛ-позитивних вагітних при первинному обстеженні зменшилась; становить 0,3% проти 0,5% та 0,4% відповідно за аналогічні періоди 2017 та 2018 років. Найвищі показники в Покровському(1,4%), Апостолівському (1,2%), П’ятихатському (1,2%),Верхньодніпровському (1,0%) районах, м. Тернівка (0,8%).

Серед вагітних віком 15-24 років показник становить 0,2%. Найвищі показники в м. Тернівка (4,0%), Верхньодніпровському районі (1,5%) та м. Павлоград (1,3%).

З даними СЕМ зріс відсоток обстеження представників осіб з груп підвищеного ризику до 28.7% проти 25,8% та 20,3% відповідно за аналогічні періоди 2017 та 2018 років.

Також відмічається зростання частки виявлення ВІЛ-інфекції з ГПР серед загальної кількості виявлених позитивних осіб (за виключенням донорів та вагітних) – до 36,3% проти 20,9% за аналогічні періоди 2017-2018 років. Найвищі показники спостерігаються в м. Новомосковську (80,8%), Нікопольському (63,6%), Дніпропетровському (61,0%) районах.

В останні роки значно розширено доступ населення до обстеження на ВІЛ за рахунок використання швидких тестів для діагностики ВІЛ інфекції. За 9 місяців поточного року швидкими тестами обстежено 76692 особи проти 43661 у 2017 році та 41713 у 2018 році. Відсоток позитивних результатів залишається на рівні показників останніх років. За 9 місяців 2019 року виявлено 1410 ВІЛ-позитивних результатів (1,8%).

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію. За 9 місяців 2019 року в Дніпропетровській області зареєстровано 2843 нові випадки ВІЛ-інфекції (незалежно від стадії захворювання), показник захворюваності становить 88,8 на 100 тис. населення (проти 85,1 та 78,9 відповідно за 9 місяців 2017 і 2018 років).

Порівняно з аналогічним періодом минулого року захворюваність в цілому по області зросла на 12,5%. Спостерігається нерівномірне зростання захворюваності по окремих адміністративних територіях. Найбільші темпи росту зареєстровані в Томаківському, Юр’ївському та Покровському районах, де захворюваність перевищила аналогічні показники 2018 року майже у 4,1; 3,6 та 2,8 разів відповідно.

На 46-90% захворюваність зросла у Верхньодніпровському (90,4%) та Синельниківському районах (87,5%), мм. Кам’янському (51,1%) та Нікополі (46,4%). В решті – зростання до 31%: мм. Дніпро (31,4%), Синельникове (24,5%), П’ятихатський район (24,0%), м.Новомосковськ (22,8%), Межівський (21,6%) і Дніпровський райони (16,3%).

Перевищення середньообласного показника захворюваності на ВІЛінфекцію зареєстровано в мм. Нікополі (58,9%), Кривому Розі (23,1%), Нікопольському районі (19,4%), м. Покрові (2%). В решті містах і районах показники не перевищують середнього рівня по області.

Серед осіб з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція зменшилась частка молодих осіб віком 15-24 роки - з 3,4 % за 9 місяців 2017 року до 2,1% за 9 місяців 2019 року.

Серед захворілих переважають чоловіки, питома вага яких становить 60,1% (1709 осіб). Жінок – 39,9% (1134 особи).

Шляхи інфікування. Найпоширеніше інфікування відбувається статевим шляхом, при гетеросексуальних контактах — 1540 осіб (54,2%). Парентерально при вживанні наркотичних речових інфіковано 1025 осіб (36,1%).

Інші шляхи:

- вертикальний, від ВІЛ-інфікованих матерів — 256(9,0%); -

статевий, гомосексуальний — 18 (0,6%); -

не визначено шлях інфікування — 4 (0,1%). (\*Більшість з дітей після досягнення 18 місяців не матиме ВІЛ-інфекції).

Захворюваність на СНІД. У 1189 пацієнтів діагностовано СНІД. Показник на 100 тис. населення становить 37,1 на 100 тис населення, що нижче ніж за аналогічні періоди у попередні роки (9 міс. 2017 р. – 52,8; 9 міс. 2018 р. – 39,5).

На 9 адміністративних територіях показники захворюваності на СНІД перевищили середньообласний рівень: м. Першотравенськ (80,9), Криворізький район (58,9), м. Тернівка (53,2), м. Кривий Ріг (49,2), Широківський район (45,7), П’ятихатський район (45,3), Апостолівський район (42,8), м. Покров (41,6), Нікопольський район (40,4).

Смертність Причини смерті ВІЛ-інфікованих (таблиці 12,13). Кількість померлих за 9 місяців становить 1102 особи, інтенсивний показник – на 100 тис. населення 34,40 (проти 1046 осіб, показник – 32,41 за 9 міс. 2017 р.; 1322 особи, показник – 40,96 за 9 міс. 2018 р.). Частка померлих, причина смерті яких безпосередньо пов’язана з ВІЛ становить 53,81% (проти відповідних показників за аналогічний період 2017 р. – 66,16%, 2018 р. – 48,63%). В той же час, значно збільшилась частка померлих, причину смерті яких не було з’ясовано з 0,38% (4 особи) за 9 місяців 2017 року до 15,51% (171 особа) за 9 місяців 2019 року.

Померли від СНІДу 549 осіб. Спостерігається поступове зниження показника смертності від СНІДу - з 20,5 за 9 місяців 2017 року до 17,1 за 9 місяців 2019 року (-16,58%).

Поширеність ВІЛ-інфекції та СНІД. На кінець звітного періоду під медичним спостереженням в закладах охорони здоров’я області перебувають 24898 пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, з яких у 8646 діагностовано СНІД. Показники поширеності на ВІЛ-інфекцією та СНІД становить відповідно 777,3 та 269,9 на 100 тис населення (див. Рис. 2.4.).



Рис. 2.4. Показники диспансерного обліку ВІЛ-інфікованих в Україні

Найвищі показники поширеності на ВІЛ-інфекцію спостерігаються в мм.Тернівка (1494,0), Кривому Розі (1294,3), Першотравенську (1276,9), а також Широківському (1161,9) та Криворізькому (1147,2) районах, де перевищення середнього по області показника сягає майже 1,5-2 рази.

В то же час, найнижчі показники спостерігаються у Васильківському (110,3), Магдалинівському (171,1), Межівському (178,4), Петриківському (185,7), Покровському (195,5), Томаківському (208,7), Царичанському (211,6), Юр’ївському районах (210,8).

Найбільша поширеність на СНІД спостерігається в м. Тернівка (819,8), м.Першотравенську (520,6), Криворізькому районі (505,6), Широківському районі (449,5), м. Нікополі (400,1), Нікопольському районі (363,3).

Каскад надання ВІЛ – послуг в Дніпропетровській області Для подолання епідемії ВІЛ/СНІДу Україна взяла на себе зобов’язання щодо досягнення цілей міжнародної стратегії «90-90-90», суть якої полягає у максимальному виявленні ВІЛ-позитивних та залученні до ефективного лікування (див. Рис. 2.5.).

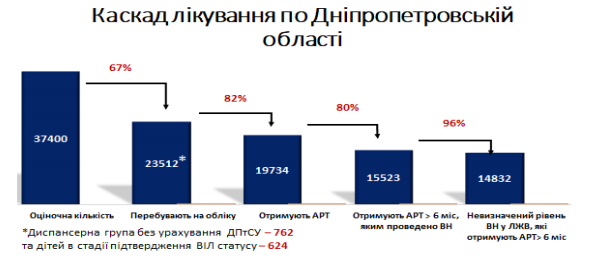


Рис. 2.5. Показники каскаду лікування по Дніпропетровській області

На підставі «Зведеної настанови із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції: рекомендації з позицій громадського здоров’я» (2-ге видання, 2016 р., розробленої Всесвітньою організацією охорони здоров’я) підписано Наказ МОЗ України від 05.06.2019 № 1292 «Про затвердження нового Клінічного протоколу із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції».

Також втратив чинність, наказ Міністерства охорони здоров’я України від 12 липня 2010 року № 551 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків».

З початку року до АРТ було залучено 3125 осіб.

Станом на 01.10.2019 в Дніпропетровській області АРТ отримують 19734 особи.

Серед осіб, які отримують АРТ 19183 дорослих (97,2%) та дітей у віці 0 – 18 років 551 (2,8%). У віковій структурі переважають жінки (50,4%), частка чоловіків – 49,6%.

З Державного бюджету АРТ отримує 13007 (65,9%) пацієнтів, ГФ – 4181 (21,1%), PEPFAR – 2546 (13%).

Станом на 01.10.2019 року в області діє 43 сайтів АРТ. У т.ч. на базі центрів СНІДу – 8, кабінетів «Довіра» – 30, протитуберкульозних диспансерів – 2, наркологічних диспансерів – 2, шкірно-венерологічних диспансерів – 1.

На даний час сайти АРТ відсутні лише в Софіївському, Межівському, Васильківському, Магдалинівському районах та м. Вільногірськ.

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

У багатьох країнах напрацьовано безцінний досвід боротьби зі  
стигмою, дискримінацією та порушеннями прав людини у зв’язку з ВІЛ.  
Реалізуються проекти, програми та вживаються заходи, в ході яких  
застосовуються інноваційні методи [27]. Вивчення досвіду боротьби зі  
стигмою та дискримінацією в інших країнах допоможе зрозуміти на чому, насамперед, мають бути сконцентровані зусилля. У цьому сенсі цікавий досвід Франції, яка змогла подолати епідемію, знизити показники поширеності та продовжити життя ВІЛ-інфікованим. На сьогодні Франція є одним із основних донорів Глобального фонду боротьби зі  
СНІДом. У Франції постійно діють програми, які сприяють зміні стереотипів  
щодо проблеми ВІЛ/ СНІДу, які панують у суспільстві, протидії  
дискримінаційному ставленню до ЛЖВ. Одним із гасел боротьби зі СНІДом в цій країні є: “Не можна боротися зі СНІДом і водночас не боротися з  
дискримінацією людей, які захворіли”.

Державна стратегія подолання епідемії включає: надання правдивої інформації про епідеміологію, етіологію, патогенез, клінічний перебіг ВІЛ-інфекції та методи профілактики інфікування; доступ до медичної допомоги, системного лікування, найсучасніших медикаментів; забезпечення кожного громадянина Франції та іноземців карткою медичного страхування, яка гарантує повернення всіх витрат з обстеження та лікування; проведення навчання в лікувальних установах з метою розвіювання міфів і стереотипів, які призводять до стигматизації та дискримінації хворих. Завдяки потужній інформації щодо ВІЛ/СНІДу в соціумі Франція стабілізувала ситуацію щодо стигми та дискримінації [68].

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

Проект, спрямований на покращення якості життя людей, що живуть з  
ВІЛ, був проведений у Південній Африці. Однією з цілей цього проекту було  
подолання стигми і заохочення підтримки людей, що живуть із ВІЛ. Завдяки  
цьому проекту в цілому покращилося ставлення до людей, які живуть із ВІЛ, і значно підвищився рівень обізнаності щодо питань ВІЛ/СНІДу [30].

Галузь охорони здоров’я відповідає за профілактику, діагностування,  
лікування хвороб та забезпечення догляду за хворими, а тому може суттєво  
сприяти скороченню стигми і дискримінації у контексті надання медичних  
послуг. Визначено, що в Україні більш ніж 25 % медичного персоналу мають  
високу готовність до стигми та дискримінації ВІЛ-інфікованих хворих та  
співробітників [64]. Країни повинні захищати здоров’я і права працівників  
охорони здоров’я шляхом оптимізації умов праці. Захищаючи працівників  
охорони здоров’я, забезпечуються умови, коли особи, які надають медичніпослуги, самі є здоровими. Це в свою чергу сприятиме реалізації прав людей на доступ до якісних медичних послуг [73].

У Доповіді про стан здоров’я у світі 2014 року зазначається, що підбір  
і збереження кваліфікованих працівників охорони здоров’я – одне із найбільш проблемних завдань у рамках збереження потенціалу системи охорони здоров’я. Спільні керівні принципи МОП/ВООЗ щодо медичного  
обслуговування і ВІЛ/СНІДу містять визначення терміну «працівники  
охорони здоров’я», згідно з яким це всі люди, що залучені до діяльності, метою якої є покращення і зміцнення здоров’я [33].

У 2006 році на консультаційному засіданні ВООЗ з питань дефіциту  
людських ресурсів у сфері охорони здоров’я був запропонований план дій  
щодо протидії СНІДу і підтримки працівників охорони здоров’я, відомий як  
«Лікуй, навчай і перенавчай» [49]. Цей план складається із трьох  
компонентів: компонент лікування, що включає комплекс послуг із  
профілактики ВІЛ, лікування, догляду і підтримки для працівників охорони  
здоров’я; компонент навчання, що включає заходи із зміцнення спроможності працівників охорони здоров’я забезпечувати загальний доступ до послуг, пов’язаних із ВІЛ-інфікуванням і захворюванням на СНІД; компонент перепідготовки, що включає стратегії перепідготовки працівників охорони здоров’я, зокрема працівників державних закладів, а також фінансові та інші стимули і стратегії підвищення рівня оплати праці, покращення умов праці, регулювання міграції працівників охорони здоров’я.

Розробленню  
керівних принципів передували вивчення і аналіз тематичної літератури,  
оцінка успішного досвіду 21 країни, а також консультації із міжнародними  
експертами та тристоронніми партнерами, що були організовані МОП і ВООЗ за участі ЮНЕЙДС. Керівництво до практичних дій із впровадження керівних принципів було розроблене таким чином, щоб спростити впровадження 14 керівних принципів. Ці принципи згруповані у три тематичні групи: національні політики, у тому числі права, законодавство і системи соціального захисту; заходи на робочих місцях, у тому числі політики і програми наробочих місцях, навчання; бюджет, моніторинг і оцінка, у тому числі координація на національному рівні і на рівні установ та закладів.

«ВІЛ в Європі» - це ініціатива європейських медиків, дослідників, а  
також політичних і громадських організацій, що працюють в області боротьби з ВІЛ/СНІДом. Ініціатива офіційно оформилася в 2007 році з метою об'єднання зусиль, спрямованих на поліпшення розуміння ситуації, обмін інформацією та подолання бар'єрів, з якими стикаються європейці при зверненні за тестуванням, лікуванням та доглядом. У центр уваги ініціативи була поставлена та роль, яку відіграють стигма і дискримінація в якості перешкод на шляху до розширення універсального доступу до тестування, лікування і догляду при ВІЛ-інфекції. Для обґрунтування цих зусиль була потрібно конкретна доказова база, яка враховує місцеві умови [37].

У 2015 році мережі людей, що живуть з ВІЛ в Естонії, Молдові, Польщі, Туреччині та Україні, прийшли до висновку про необхідність боротьби зі стигмою та дискримінацією в зв'язку з ВІЛ в їх країнах та ініціювали обговорення можливості реалізації «Індексу стигматизації людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ)» в їх країнах (за підтримки міжнародних партнерів, що займаються реалізацією «Індексу стигматизації ЛЖВ»). Ці зусилля були  
враховані, і «Індекс стигматизації ЛЖВ» був обраний в якості інструменту,  
покликаного допомогти зрозуміти, чи відчувають люди, що живуть з ВІЛ в цих країнах, будь-які сумніви при зверненні за послугами тестування, лікування і догляду, і якщо так, то чому. «Індекс стигматизації ЛЖВ» - це ініціатива 4 партнерських організацій: Глобальна мережа людей, що живуть з ВІЛ (GNP+); Міжнародне співтовариство жінок, що живуть з ВІЛ/СНІДом (ICW); Міжнародна федерація планування сім'ї (IPPF); Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС).

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

Респонденти висловили безліч страхів, які можуть затримати звернення за тестуванням і отриманням допомоги; переважаючими з яких є страх соціальної стигми і страх поганого ставлення з боку медпрацівників. Респонденти, які належали до ключових популяцій, в цілому мали більш високі рівні заклопотаності, зокрема, вони в більшій мірі бояться дискримінації з боку медпрацівників, криміналізації і насильства з боку сім'ї і спільноти. Було виявлено міцний зв'язок між добровільним програмами консультування і тестування та своєчасним зверненням за медичною допомогою; ті респонденти, які протестувалися добровільно, частіше зверталися за отриманням допомоги протягом шести місяців, так само як і ті, хто отримав дотестове та після тестове консультування (або, принаймні, післятестове консультування) [58].

З результатів дослідження сформовано чіткі рекомендації щодо  
необхідних втручань: важливо докласти всіх можливих зусиль з подолання як соціальної стигми, що оточує ВІЛ, так і виникнення у людей страху при  
необхідності пройти тестування; забезпечення надійного захисту від  
дискримінації на роботі та в навчальному закладі і відповідне інформування.  
Після постановки позитивного діагнозу людина повинна мати прямий доступ  
до психологічної і емоційної підтримки. Необхідно створити системи і норми, які не допустять негативного ставлення з боку медичних працівників.

В той же час, медичні працівники повинні пройти навчання з питань забезпечення конфіденційності і професійного надання допомоги пацієнтам без прояву суб'єктивності. Медична допомога повинна бути забезпечена для людей з ВІЛ в місцях позбавлення волі на такому ж рівні, як і в інших умовах. Нарешті, неможливо переоцінити значимість програм добровільного ВІЛконсультування і тестування в рамках захисту прав людини, забезпечення  
довіри і сприяння в зверненні за медичною допомогою після постановки  
діагнозу.

Цікавим є досвід Гаїті. Дані досліджень у сільській місцевості Гаїті  
показують, що впровадження якісної допомоги з ВІЛ-інфекції (а саме адекватна АРВ-терапія) може призвести до швидкого зниження стигми,  
внаслідок чого зростає охоплення тестуванням. Замість стигми, логістичні та  
економічні бар'єри визначають, хто матиме доступ до таких послуг.  
Проаналізовано наслідки для розширення інтегрованої профілактики та  
догляду за СНІДом [39].

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

Стигма та дискримінація людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, – це  
системна суспільна проблема, що потребує комплексного розв’язання. При  
цьому успіх можливий у разі спільних зусиль держави і суспільства [41].

З огляду на досвід цивілізованих країн, передусім Західної Європи,  
очевидно, що впровадження в сфери соціального життя принципів  
толерантності та взаєморозуміння сприяють створенню позитивної соціальнопсихологічної атмосфери в суспільстві, ведуть до налагодження дієвих соціальних комунікацій, які знижують вірогідність негативних явищ внаслідок проявів стигми та дискримінації щодо ЛЖВ [13]. Проведення постійного моніторингу дотримання принципу недискримінації у ставленні до ВІЛпозитивних людей залишається одним з пріоритетних напрямів роботи

Уповноваженого з прав людини [43]. Як показав набутий досвід, система протидії ВІЛ/СНІДу в України, при всіх її недоліках, виявилася здатна вибудовувати комунікативні мережі та взаємодії на толерантних принципах та взаєморозумінні [32].

Позитивний досвід розв’язання проблеми стигми та дискримінації,  
пов’язаної з ВІЛ/СНІДом в інших країнах, необхідно враховувати та втілювати в українське суспільство. Безумовно, досвід інших країн не можна сліпо переносити на українську реальність, необхідно враховувати особливості та ментальність нашого суспільства [76].

**Висновки до другого розділу:**

Синдром набутого імунодефіциту (СНІД) - особливо небезпечна інфекційна хвороба, що викликається вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). Масове розповсюдження цієї хвороби в усьому світі та в Україні створює загрозу особистій, громадській та державній безпеці, спричиняє важкі соціально-економічні та демографічні наслідки, що зумовлює необхідність вжиття спеціальних заходів щодо захисту прав і законних інтересів громадян та суспільства [22].

Серед інших проблем охорони здоров’я проблема ВІЛ/СНІД займає особливе місце, що пов’язано з пандемією розповсюдження вірусу імунодефіциту людини[23]. Посилення проблеми пов’язане з тяжкими соціально-економічними наслідками епідемії, дороговартісним лікуванням та відсутністю засобів специфічної профілактики[24]. За даними ЮНЭЙДС На кінець 2013 р. у світі жили 35 (33,2-37,2) млн. ЛЖВ. З моменту початку епідемії інфікувалися ВІЛ приблизно 78 (71-87) млн. осіб та 39 (35-43) млн. осіб померли від захворювань, зумовлених СНІДом. У світі в 2013 р. 2,1 (1,9-2,4) млн. людей інфікувалися ВІЛ. Число нових випадків ВІЛ-інфекції скоротилося на 38% у порівнянні з 2001 р., серед дітей зменшилося на 58%, у порівнянні з 2001 р. Протягом 2013 р. у світі 1,5 (1,4-1,7) млн. людей померли від СНІДу. Число смертей, обумовлених СНІДом, знизилося на 35% у порівнянні з піковим показником у 2005 році[25].

При цьому необхідно зазначити, що новий перелік цільових показників, які необхідно досягти до 2020 р., включає мету «90-90-90». Це значить наступне[26]:

• 90% людей, які живуть з ВІЛ, та знають про свій ВІЛ-позитивний статус;

• 90% людей, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, знаходяться на лікуванні;

• 90% людей, які перебувають на лікуванні, мають невизначений рівень вірусного навантаження.

Запропоновані сучасні цільові показники, які необхідно в питаннях боротьби з ВІЛ/СНІД досягти до 2020 р., спираються на принцип щодо дотримання прав людини та забезпечення без дискримінаційної ситуації. Все це має суттєво наблизити та поліпшити кінцеві результати в галузі глобальної боротьби з ВІЛ/СНІДом [27].

Для найбільш уражених ВІЛ-інфекцією країн ЮНЕЙДС запропонований підхід стосовно прискорення заходів протидії ВІЛ- інфекції/СНІДу. Ним рекомендується концентрувати ресурси у сферах, що забезпечать найкращий тривалий профілактичний ефект . Крім того, підкреслюється важливість максимального охоплення людей, які живуть з ВІЛ, медичними послугами як ключового фактора у подоланні епідемії ВІЛ-інфекції [28].

Це значить, що на сучасному етапі заходи боротьби з ВІЛ/СНІДом потребують перегляду існуючих стратегій та підходів з питань організації відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні, пошуку нових шляхів та інструментів, що можуть бути мобілізовані в секторі охорони здоров’я за рахунок підвищення ефективності використання ресурсів, впровадження нових форм управління і координації.

**РОЗДІЛ 3.**

**СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ**: «**ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ СТИГМАТИЗАЦІЇ ТА ДИСКРИМІНАЦІЇ ДО ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ ТА ХВОРИХ НА СНІД»**

**3.1. Програма дослідження**

Проблемна ситуація. На сучасному етапі розвитку українського суспільства формування толерантності набуло особливої актуальності. Здійснюються наміри по-новому подивитися на світ, подолати перепони, які роз’єднують людей, утвердити між ними стосунки на засадах гуманізму та взаєморозуміння. Тому активізується процес пошуку ефективних механізмів виховання у дітей толерантності, поваги до прав і свобод інших людей незалежно від їхньої національної, соціальної приналежності, поглядів, світосприйняття, способів мислення та поведінки.

Міжнародна практика визначила толерантність у якості необхідної умови спілкування людей різних культур, етнічних і міжконфесійних груп. Саме тому, досить важливим стає виховання в молодого покоління толерантності, оскільки утвердження принципів і норм толерантності до людей, які живуть з ВІЛ є необхідною умовою взаєморозуміння між людьми, взаємодії, злагоди, згуртування і консолідації суспільства.

**Загальновідомо, що ВІЛ/СІД шкодить не лише фізичному здоровю людини. Це діагноз спричиняє соціальну ізоляцію внаслідок стигматизації та дискримінації.**

**Стигма – соціальний стереотип, який відображає упереджене ставлення до окремих осіб, груп людей або навіть до самого себе на підстав реальних чи приписуваних їм якостей. Стигма призводить до знецінення людини.**

**Дискримінація – це стигма, що стала дією. Це навмисне обмеження прав частини населення, окремих груп чи індивідів за певною ознакою. У випадку з ВІЛ/СНІДом – це стосується людей із підтвердженим або приписуваним ВІЛ-позитивним статусом. Можливими формами дискримінації можуть бути: звільнення з роботи людини, не надання необхідної медичної допомоги, виключення дитини зі школи тощо.**

**Стигма і дискримінація пов’язані з ВІЛ-інфекцією, та створюють суттєвий барєр для ефективного попередження та подолання ВІЛ.**

**Саме тому вкрай актуальним є поширення знань про ВІЛ та формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, що і обумовило актуальність даного дослідження.**

**Обєкт дослідження – студенти Індустріального коледжу Державного вищого навчального закладу «Криворізький національний університет».**

**Предмет дослідження -** процес формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних осіб устудентської молоді.

Мета дослідження –дослідити рівень обізнаності студентів щодо проблеми ВІЛ-інфекції та ступінь толерантності до людей, які живуть з ВІЛ.

Об’єкт, предмет та мета дозволили сформувати такі завдання дослідження:

1. Виявити негативні факторити, які впливають на ступінь толерантності у студентської молоді.

2. Дослідити рівень обізнаності студентів з проблеми ВІЛ-інфекції та ризикованої поведінки.

3. Визначити та розкрити зміст соціально-педагогічних умов формування толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих у студентів.

Гіпотеза дослідження базується на науковому припущенні, що проведене анкетування та соціально-педагогічна робота сприятиме розширенню кола обізнаності студентів з даної проблеми та формуванню у них толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих.

Генеральною сукупністю дослідження є студенти **Індустріального коледжу Державного вищого навчального закладу «Криворізький національний університет».**

Вибірка дослідження. Студенти ІІІ курсу **Індустріального коледжу Державного вищого навчального закладу «Криворізький національний університет».** Загалом у дослідженні взяли участь 124 респонденти 17 річного віку.

Метод дослідження – роздаткове анкетування.

Інструментарій дослідження – анкета (Дивитись Додаток А).

**3.2 Аналіз результатів дослідження**

# В рамках проведеного соціологічного дослідження: **«Дослідженн проблеми стигматизації та дискримінації до людей, які живуть з ВІЛ та хворих на СНІД» - було проведене анкетування серед студентів ІІІ курсу Індустріального коледжу Державного вищого навчального закладу «Криворізький національний університет». Спеціальності та кількість студентів, які брали участь в анкетуванні представлено в таблиці 3.1.** Загалом у дослідженні взяли участь 124респонденти 17 річного віку.

# Респондентам було представлену анкету-опитувальник, яка містить 18 запитань.

Таблиця 3.1.

Розподіл респондентів за спеціальністю та кількістю

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Спеціальність | Шифр групи | Кількістьопитаних у групі | %  показник |
| 1. | Бухгалтерськийоблік | БО-17 | 17 | 13,7 |
| 2. | Експлуатація та ремонт підйомно-транспортнихбудівель, дорожніх машин і обладнання | ЕРМО-17 | 21 | 16,9 |
| 3. | Обслуговування, ремонт автомобілів та двигунів | ОРАД-17 | 23 | 1,5 |
| 4. | Монтаж та експлуатаціяпідприємств та цивільнихспоруд | МЕП-17 | 18 | 14,5 |

Продовження таблиц і3.1.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. | Збагаченнякориснихкопалин | ЗКК-17 | 15 | 12,1 |
| 6. | Будівництво, обслуговування і ремонт залізничноїколії | БРЗК-17 | 14 | 11,4 |
| 7. | Технічнеобслуговування, ремонт та експлкатація тягового рухомого складу | ОРС-17 | 16 | 12,9 |
|  | ВСЬОГО студентів | | 124 |  |

На перше питанняанкети «Як Ви вважаєте ВІЛ і СНІД – це одне й те ж?» відповіді респондентів розподілились наступним чином:

* відповідь «так – ВІЛ і СНІД – це одне і тех» - надали 40 респондентів, що складає 32% від загальної кількості опитаних студентів;
* відповідь «ні» - надали 58 респондентів, що складає 47 % від загальної кількості опитаних;
* відповідь «важко відповісти» - надали 26 респондентів, що складає 21% від загальної кількості опитаних.

Рис. 3.1 Розподіл відповідей респондентів на перше питання «Як Ви вважаєте ВІЛ і СНІД – це одне й те ж?»

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини – руйнує імунну систему організму людини, тим самим знижуючи його можливість опиратися інфекціям та хворобам.

СНІД – синдром набутого імунодефіциту людини, що спричинений ВІЛ і є його пізньою стадією. На сьогодні СНІД є невиліковною хворобою та, у разі відсутності відповідного лікування, закінчується смертю хворого.

Таким чином, ми можемо припустити, що студенти не в достатній мірі обізнані з даного питання та потребують проведення в коледжі просвітницько-профілактичної роботи з вказаної проблеми.

На друге питання «Визначте ймовірні шляхи передачі ВІЛ-інфекції» відповіді розподілились так:

- 7 респондентів вважають, що ймовірним шляхом передачі ВІЛ-інфекції може бути укус комахи (5,6% респондентів від загальної кількості опитаних);

- 119 респондентів вважають, що ймовірним шляхом передачі ВІЛ-інфекції є передача від ВІЛ-інфікованої матері до дитини (96% респондентів від загальної кількості опитаних);

- 4 респонденти вважають, що ймовірним шляхом передачі ВІЛ-інфекції є обійми з ВІЛ-інфікованим та потиск рук (3,2% респондентів від загальної кількості опитаних);

- 83 респонденти вважають, що ймовірним шляхом передачі ВІЛ-інфекції може бути поцілунок з ВІЛ-інфікованим (66,9% респондентів від загальної кількості опитаних);

- 124 респонденти вважають, що ймовірним шляхом передачі ВІЛ-інфекції є зараження через кров або біологічні рідини (сперма, вагінальні виділення) ВІЛ-інфікованої людини (100% респондентів від загальної кількості опитаних);

- 9 респондентів визначили шляхом передачі ВІЛ-інфекції повітряно-крапельний шлях (7,3% респондентів від загальної кількості опитаних);

- 23 респонденти визначили шляхом передачі ВІЛ-інфекції спільне використання посуду разом з ВІЛ-інфікованим (18,5% респондентів від загальної кількості опитаних);

- 121 респондент визначили шляхом передачі ВІЛ-інфекції – статеві контакти без використання презервативу (97,6% респондентів від загальної кількості опитаних);

- 21 респондент визначили шляхом передачі ВІЛ-інфекції спільне користування ванною, туалетом разом з ВІЛ-інфікованим (16,9% респондентів від загальної кількості опитаних);

- 12 респондентів визначили шлях передачі ВІЛ-інфекції – через їжу, яка приготована ВІЛ-інфікованою людиною (9,7% респондентів від загальної кількості опитаних).

Рис.3.2. Розподіл відповідей респондентів на друге запитання «Визначте ймовірні шляхи передачі ВІЛ-інфекції»

На запитання визначеності шляхів передачі ВІЛ-інфекції студенти показали такі результати: 48 студенти правильно визначили шляхи передачі ВІЛ-інфекції, 62 зазначили тільки деякі шляхи передачі ВІЛ-інфекції, 14 студентів взагалі не дали жодної правильної відповіді (при розмові, чханні, кашлі; укуси комах, використання посуду, обійми, рукостискання, спільне користування туалетом, ванною тощо). Отже, в цілому студенти показали низький рівень обізнаності щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції.

На питання «На Вашу думку людина, інфікована ВІЛ, може виглядати абсолютно здоровою?» респонденти надали такі відповіді:

62 респонденти, що складає 50% від загальної кількості опитних вказали відповідь «так» (що є правильною відповіддю, людина, яка диве з ВІЛ може виглядати абсолютно здоровою);

43 респонденти, що складає 34,7% від загальної кількості опитаних студентів, вважають що у людини, яка живе з ВІЛ все ж таки повинні бути будь-які зовнішні ознаки чи прояви хвороби;

19 респондентів, що складає 15,3% від загальної кількості опитаних, взагалі не визначилися з відповіддю та вказали варіант відповіді «важко відповісти».

Рис.3.3. Розподіл відповідей респондентів на третє запитання**«**На Вашу думку людина, інфікована ВІЛ, може виглядати абсолютно здоровою?»

На питання «Як Ви вважаєте, людина, інфікована ВІЛ, має право не розголошувати свій ВІЛ-статус», відповіді респондентів були наступні:

* відповідь «так» надали 54 респонденти, що складає 43,5% від загальної кількості опитаних;
* відповідь «ні» надали 39 респондентів, що складає 31,5% від загальної кількості опитаних;
* відповідь «віжко відповісти» надали 31 респондент, що складає 25% від загальної кількості опитаних;

Рис.3.4. Розподіл відповідей респондентів на четверте питання«Як Ви вважаєте, людина, інфікована ВІЛ, має право не розголошувати свій ВІЛ-статус».

Тож, Згідно законодавства, пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров’я, про факт звернення за медичною допомогою, про діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні. Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта ст.39-1 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров’я» №2801-XII від 19.11.1992 р.

Крім того, згідно змісту ст.286 ЦК України, фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров’я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні; фізична особа зобов’язана утримуватися від поширення інформації, зазначеної у частині першій цієї статті, яка стала їй відома у зв’язку з виконанням службових обов’язків або з інших джерел.

На питання «Чи проходили Ви тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців?», відповіді респондентів були наступні:

* пройшли тестування на ВІЛ – 31 респондент, що складає 25%від загаьної кількості опитаних та 93 респонденти зазначили, що вони не проходили тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, що складає 75% від загальної кількості опитаних.

Рис.3.5. Розподіл відповідей респондентів на п’яте запитання «Чи проходили Ви тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців?»

На питання «Як Ви вважаєте, люди, які живуть з ВІЛ, сьогодні забезпечуються безкоштовною підтримуючою терапією, яка дозволяє їм жити повноцінним життям? респондентіи надали такі відповіді

* відповіли «так» - 51 респондент (41,1%);
* відповіли «ні» - 64 респонденти (51,6%);
* відповіли «важко відповісти» - 9 респондентів (7,3%).

Рис.3.6 Розподіл відповідей респондентів на шосте питання «Як Ви вважаєте, люди, які живуть з ВІЛ, сьогодні забезпечуються безкоштовною підтримуючою терапією, яка дозволяє їм жити повноцінним життям?

Так, відповідно до п.1.4. Порядку надання медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, затвердженого наказом МОЗ України від 10.07.2013 року № 585 (далі – Порядок № 585) спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога людям, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІД, надається ЗОЗ, що пройшли державну акредитацію в установленому законодавством порядку та відповідають вимогам, визначеним [Стандартами державної акредитації лікувально-профілактичних закладів](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0680-11), затвердженими [наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 березня 2011 року № 142](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0678-11/paran41#n41), зареєстрованими у Міністерстві юстиції України 6 червня 2011 року за № 680/19418, а саме:

* Центрами (відділеннями) з профілактики та боротьби зі СНІДом (далі – Центри (відділення) СНІДу);
* ЗОЗ, у складі яких функціонують кабінети «Довіра» або кабінети інфекційних захворювань (далі – КІЗ);
* інфекційними лікарнями;
* багатопрофільними лікарнями;
* клінікою Державної установи «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України» (за згодою);
* протитуберкульозними диспансерами, туберкульозними лікарнями, територіальними медичними об’єднаннями (далі – ТМО), які надають спеціалізовану медичну допомогу хворим на поєднану патологію ВІЛ/ТБ.

При цьому, відповідно до п.9.5. Інструкції щодо заповнення [форми первинної облікової документації № 030-5/о «Контрольна карта диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою»](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0794-12#n27), затвердженої Наказом  МОЗ України від 21.03.2012  № 182 (далі – Інструкція № 185) у пункті 5 розділу «Інформація про пацієнта» вказується місце фактичного проживання ВІЛ-інфікованої особи. Якщо ВІЛ-інфікована особа не має постійного місця проживання, вказується місце її реєстрації або вказується: «без постійного місця проживання». Якщо ВІЛ-інфікована особа не має постійного місця проживання або місця реєстрації, то вказуються найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров’я, у якому пацієнт має перебувати під диспансерним наглядом.

Відповідно до п. 3.6. Порядку № 585 видача антиретровірусних препаратів пацієнту здійснюється відповідно до вимог клінічних протоколів антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції з розрахунку на 1 місяць лікування, а при високій прихильності до лікування – з розрахунку на 3 місяці лікування.

Вищевикладене (зокрема, п.9.5. Інструкції № 185) свідчить про те, що ВІЛ-позитивні громадяни України мають право отримувати медичні послуги в центрах СНІДУ або на «кабінетах Довіри» за місцем фактичного проживання, без реєстрації місця проживання.

На питання «На Вашу думку, люди, якіживуть з ВІЛ, потребують окремого приміщення для роботи?» респонденти наддали такі відповіді:

- вважають що люди, які живуть з ВІЛ потребують окремого приміщення для роботи – 63 респонденти, що складає 50,8% відзагальної кількості опитаних;

- вважають що люди, які живуть з ВІЛ не потребують окремого приміщення для роботи – 18 респондентів, що складає 14,5% від загальної кількості опитаних;

- відповідь важко відповісти надали 43 респонденти, що складає 34,7% від загальної кількості опитаних.

Рис.3.7. Розподіл відповідей респондентів на сьоме запитання«На Вашу думку, люди, якіживуть з ВІЛ, потребують окремого приміщення для роботи?»

На питання «Чи їли б Ви разом з одного посуду з людиною, якщо Ви знаєте, що вона ВІЛ-інфікована?» респонденти надали такі відповіді:

* 54 респонденти, що складає 43,5% їли б з одного посуду разом з ВІЛ-інфікованою людиною;
* 62 респонденти, що складає 50% категорично відмовились би вживати їжу з одного посуду разом з ВІЛ-інфікованим;
* 8 респондентів, що складає 6,5% не визначилися з відповіддю.

Рис.3.8. Розподіл відповідей респондентів на восьме запитання«Чи їли б Ви разом з одного посуду з людиною, якщо Ви знаєте, що вона ВІЛ-інфікована?»

На питання **«**Чи будете Ви купуватипродукти/товари у продавця, знаючи, щовін/вона інфікований (на) ВІЛ?» респонденти відповіли:

- купуватимуть продукти у продавця, якиймає ВІЛ - 73 респонденти (58,9%);

- не купували б продукти у продавця знаючи що він має ВІЛ - 28 респондентів (22,6%);

- надаливідповідь «важковідповісти» - 23 респонденти (18,5%).

Рис.3.9. Розподіл відповідей респондентів на дев’яте запитання **«**Чи будете Ви купувати продукти/товари у продавця, знаючи, що він/вона інфікований (на) ВІЛ?»

На питання «Чи необхідно роботодавцю знати ВІЛ-статус своїх працівників» відповіді респондентів були наступні:

- 58 респондентів вважають, що роботодавець повинен знати ВІЛ-статус свого працівника, що складає 46,8% від загальної кількості опитаних;

- 63 респондентів вважають, що роботодавцю не потрібно знати про ВІЛ-статус свого працівника, що складає 50,8% від загальної кількості опитаних;

- 3 респондентів вказали відповідь «важко відповісти», що складає 2,4%.

Рис.3.10. Розподіл відповідей респондентів на десяте запитання «Чи необхідно роботодавцю знати ВІЛ-статус своїх працівників»

На питання «Спільне використання голки для пірсингу/татуювання значно збільшує ризик інфікування ВІЛ?» респонденти надали досить втішні відповіді:

* Розуміють та усвідомлюють те, що спільне використання голки для пірсингу/татуювання значно збільшує ризик інфікування ВІЛ – 117 респондентів, що складає 94,3% від загальної кількості опитаних;
* відповідь «ні» надав 1 респондент, що складає 0,9% від загальної кількості опитаних – вважаючи, що спільне використання голки для пірсингу чи татуювання не є ризикованою дією;
* не визначились з відповіддю 6 респондентів, що складає 4,8% від загальної кількості опитаних.

Рис.3.11. Розподіл відповідей респондентів на одинадцяте запитання «Спільне використання голки для пірсингу/татуювання значно збільшує ризик інфікування ВІЛ»

Використання голки для пірсингу/ татуювання - це високий ризик інфікування ВІЛ.

На питання **«**Якщо в студента виявили ВІЛ інфекцію, при цьому він не хворийна СНІД, чи можна йомувідвідувати навчальний заклад?» відповіді респондентів розподілились наступним чином:

* 71 респондент, що складає 57,3% - вважають що студент, в якого виявлено ВІЛ-інфекцію, при цьому він не хворий на СНІД, має повне право відвідувати навчальний заклад та навчатися в своїй групі разом з іншими студентами;
* 24 респонденти, що складає 19,3%, вважають що студент, у якого виявлено ВІЛ-інфекцію, при цьому він не хворий на СНІД – не може відвідувати навчальний заклад та перебувати на заняттях разом з усіма студентами у групі;
* 29 респондентів, що складає 23,4% - не визначилися з відповіддю, вказавши варіант відповіді «важко відповісти».

Рис.3.12. Розподіл відповідей респондентів на дванадцяте запитання **«**Якщо в студента виявили ВІЛ інфекцію, при цьому він не хворийна СНІД, чи можна йомувідвідувати навчальний заклад?»

На питання «Якщо Ви дізнаєтесь, що близька Вам людина інфікувалась ВІЛ, то Ви будете продовжувати з нею спілкуватися?» респонденти надали такі відповіді:

* продовжать спілкування з близькою людиною знаючи про її статус - 84 респонденти, що складає 67,7% від загальної кількості опитаних;
* припинять спілкування з близькою людиною, взнавши про її ВІЛ-статус - 12 респондентів, що складає 9,7% від загальної кількості опитаних;
* 28 респондентів надали відповідь «важко відповісти», що складає 22,6% від загальної кількості опитаних.

Рис.3.13. Розподіл відповідей респондентів на тринадцяте питання «Якщо Ви дізнаєтесь, що близька Вам людина інфікувалась ВІЛ, то Ви будете продовжувати з нею спілкуватися?»

На питання **«**Якщо викладач є ВІЛ-інфікованим, але не хворим на СНІД, чи має право він працювати в закладі освіти?» респонденти надали відповіді:

* викладач, який має ВІЛ-інфекцію має право працювати в закладі освіти – таку відповідь надали 32 респонденти, що складає 25,8% від загальної кількості опитаних;
* викладач, який має ВІЛ-інфекцію не має права працювати в закладі освіти – таку відповідь надали 69 респонденти, що складає 55,6% від загальної кількості опитаних;
* не визначились з відповіддю, щодо права викладання предметів у закладі освіти викладачем, який має ВІЛ-інфекцію - 23 респонденти, що складає 18,5% від загальної кількості опитаних.

Рис.3.14. Розподіл відповідей респондентів на чотирнадцяте запитання **«**Якщо викладач є ВІЛ-інфікованим, але не хворим на СНІД, чи має право він працювати в закладі освіти?»

На п’ятнадцяте запитання «Якщо член Вашої родини був би ВІЛ-інфікованим, чи хотіли б Ви це тримати в секреті?» респонденти надали такі відповіді:

* хотіли б все ж таки тримати цю проблему в таємниці - 118 респондентів (95,2%);
* вважають, що не тримали б цю проблему в таємниці – жоден респондент не надав відповіді «ні»;
* надали відповідь «важко відповісти» - 6 респондентів (4,8%).

На питання «Чи продовжували б ви жити з людиною в одній кімнаті  
гуртожитку, коли б ви дізналися про її ВІЛ-позитивний статус?» відповіді респондентів були наступними:

* продовжували б жити в одній кімнаті в гуртожитку разом з ВІЛ-інфікованим студентом – 49 респондентів, що складає 39,5% від загальної кількості опитаних;
* не жили б в кімнаті з ВІЛ-інфікованим студентом – 18 респондентів, що складає 14,5% від загальної кількості опитаних;
* надали відповідь «важко відповісти» - 57 респондентів, що складає 46% від загальної кількості опитаних.

Рис. 3.15. Розподіл на шістнадцяте питання «Чи продовжували б ви жити з людиною в одній кімнаті гуртожитку, коли б ви дізналисяпро її ВІЛ-позитивний статус?»

Аналіз вище наведених даних вказує на достатньо високий рівень стигми та дискримінації студентів по відношенню до ЛЖВ. Тож можемо сказати, що у сиудентської молоді існує думка щодо небезпечності перебування чи проживання разом з ВІЛ-інфікованим у одному приміщенні, про те, що ВІЛ-інфікований студент не має достатньо прав відвідувати заклад освіти, ВІЛ-інфікований викладач не має права викладати у закладі освіти тощо.

Тож соціально-педагогічна робота у закладі освіти повинна бути спрямована на формування толерантного ставлення до ЛЖВ, надання достовірної інформації про те, що ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД потребують підтримки та гуманного ставлення до себе.

На питання «Як ви вважаєте, наскільки епідемія ВІЛ  
інфекції загрожує нашому місту?» респонденти надали такі відповіді:

* 53 респонденти, що складає 42,7% від загальної кількості опитаних – вказали, що існує серйозна загроза епідемії ВІЛ-інфекції в м. Кривий Ріг;
* 42 респондентів, що складає 33,9% від загальної кількості опитаних – вказали, що існує невелика загроза епідемії ВІЛ-інфекції в м. Кривий Ріг;
* 3 респонденти, що складає 2,4% від загальної кількості опитаних – вказали, що жителям м. Кривий Ріг епідемія ВІЛ-інфекції в зовсім не загрожує;
* 26 респондентів, що складає 21% від загальної кількості опитаних – не змогли визначитися з відповіддю, через недостатню кількість інформаціїї щодо загального стану епідемії в місті.

Рис.3.16. Розподіл на сімнадцяте питання **«**Як ви вважаєте, наскільки епідемія ВІЛ інфекції загрожує Вашому місту?

На питання «Як Ви вважаєте, наскільки реальним для Вас особисто є ризик ВІЛ-інфікування?» респонденти надали такі відповіді:

* відповідь «ризик для Вас особисто є цілком реальний» - зазначили 11 респондентів, що складає 8,9% від загальної кількості опитаних;
* відповідь є реальним ризик «п’ятдесят на п’ятдесят» - зазначили 34 респонденти, що складає 27,4% від загальної кількості опитаних;
* відповідь ризик «малоймовірний» - зазначили 45 респондентів, що складає 36,3% від загальної кількості опитаних;
* відповідь «мені це абсолютно не загрожує» - зазначили 22 респонденти, що складає 17,7% від загальної кількості опитаних;
* не визначилися з відповіддю, вказавши відповідь «важко відповісти» - зазначили 12 респондентів, що складає 9,7% від загальної кількості опитаних

Рис.3.17. Розподіл відповідей респондентів на вісімнадцяте питання«Як Ви вважаєте, наскільки реальним для Вас особисто є ризик ВІЛ-інфікування?»

Отже, за допомогою соціологічного дослідження та теоретичного аналізу наукової літератури [1;4;8;12;15] було визначено певні компоненти та критерії толерантного ставлення студентів до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД: когнітивний критерій, емоційно-ціннісний критерій, поведінково-діяльнісний критерій.

Когнітивний критерій толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних містить такі показники: наявність знань про сутність і змістові аспекти ВІЛ-інфекції, усвідомлення значущості толерантності у суспільстві до ВІЛ-позитивних людей (знання про ненасилля, права людини, межі толерантності); прогнозуванні можливих шляхів вирішення проблеми ВІЛ/СНІДу, виявлення повноти, системності знань про ВІЛ/СНІД.

Емоційно-ціннісний критерій толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних поєднує емоції, потреби, мотиви діяльності, спрямовані на досягнення взаєморозуміння у процесі міжособистісних відносин. Цей критерій характеризується особливостями сприйняття суб‘єктами один одного, їхнім взаємним пізнанням як основою взаєморозуміння, розуміння переживань, стану ВІЛ-позитивної людини. Показниками критерію є співпереживання, співчуття, визнання права на розкриття (нерозкриття) ВІЛ-статусу, стримування негативних емоцій до ВІЛ-позитивних, емоційно-позитивне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ.

Поведінково-діяльнісний критерій толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних пов’язується з досвідом застосування знань і вмінь з проблеми ВІЛ/СНІДу в поведінці, виявляється у здатності до діалогу з ВІЛ-позитивними; доброзичливості; самостійності. Показники критерію: збереження спокою і доброзичливості до ВІЛ-позитивних навіть за умов критичного ставлення, вибір толерантних форм поведінки в реальній діяльності.

**Висновки до третього розділу:**

У науковій роботі наведено теоретичне узагальнення і нове розв'язання наукових завдань дослідження особливостей змісту та форм діяльності соціального педагога з формування толерантного ставлення до людей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу у системі позанавчальної роботи зі студентами коледжу, що виявляється в теоретичному обґрунтуванні сутності позанавчальної діяльності соціального педагога та розробці експериментальної програми.

Результати соціологічного дослідження засвідчили вирішення поставлених завдань і дали підстави для таких висновків.

Формування толерантного ставлення до людей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу серед студентів є актуальною проблемою сучасної теорії і практики виховання. Аналіз філософської, психологічної, соціологічної літератури та сучасного стану виховання дає можливість визначити соціальні та економічні передумови становлення соціально-педагогічної роботи з профілактики ВІЛ/СНІДу.

Встановлено, що для оцінювання рівнів сформованості толерантності учнів до ВІЛ-позитивних доцільно застосовувати комплекс критеріїв, а саме: когнітивний, емоційно-ціннісний, поведінково-діяльнісний.

Проведене дослідження засвідчило необхідність подальшої роботи по розробці ефективних форм та методів роботи соціального педагога з проблеми формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ.

В ході дослідження був помічений взаємозв’язок між низьким рівнем поінформованості студентів та негативним відношення, неготовністю до діалогу з ВІЛ-позитивним. Отже, просте незнання шляхів передачі захворювання, засобів попередження інфікування унеможливлює позитивну взаємодію з ВІЛ-позитивним. Тому, ми наголошуємо на необхідності ґрунтовної роботи закладу освіти з приводу інформування студентів та формування у них толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних осіб.

Таким чином, отримані нами результати свідчать не тільки про актуальність дослідження, а й про необхідність ґрунтовної виховної роботи щодо поширення інноваційних технологій з проблеми формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних осіб зі сторони соціальних педагогів закладів освіти у позакласній роботі.

**ВИСНОВКИ**

Аналіз науково – теоретичних джерел дозволив сформулювати такі висновки дипломної роботи:

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

На фоні ситуації у зв’язку з епідемією ВІЛ-інфекції в світі 23-24 лютого 2004 року країни Європи та Центральної Азії провели конференцію високого рівня у м. Дублін, Ірландія «Подолання бар’єрів – партнерство у боротьбі з ВІЛ/СНІДом в Європі та Центральній Азії» . Результатом конференції стало прийняття Дублінської декларації про партнерство у боротьбі з ВІЛ/СНІДом (Дублінська декларація), мета якої – активізувати заходи з попередження поширенню ВІЛ-інфекції та лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД у регіоні.ВІЛ/СНІД є небезпечним не лише з точки зору шкоди для фізичного здоров’я людини, але й ставить особу в небезпеку соціальної ізоляції вна-слідок стигми та дискримінації.

2. В українському суспільстві закоренились негативні стереотипи щодо людей, інфікованих ВІЛ, і хвороби як такої. Стигма та дискримінація, пов’язані з ВІЛ, є основною перешкодою на шляху запобі-гання новим випадкам інфікування, надання належного догляду, підтримки і лікування та зменшення наслідків епідемії. Стигма і дискримінація, пов’язані з ВІЛ, – це глобальне явище, яке трапляється не лише в українському суспіль-стві, але й у всіх країнах світу.

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

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

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

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

- інформація і освіта для досягнення кращого розуміння проблеми;

- правовий захист людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом;

- доступність послуг, щоб люди мали можливість дізнатися про свій серологічний статус, та надання їм підтримки в розкритті свого статусу іншим;

- у медичних установах необхідно забезпечити дотримання професійних і етичних норм; у випадку виникнення порушень професійної етики слід передбачити адекватні форми відшкодування збитку;

- стимулювати практичне навчання по питаннях ВІЛ для всіх медичних працівників з метою кращого розуміння проблеми, забезпечення конфіденційності і зменшення необґрунтованих страхів;

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

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

6. Важливу роль у формуванні толерантності у підлітків відіграє заклад освіти яка через навчально-виховний процес забезпечує соціалізацію особистості. Складовою цього процесу є позакласна робота, яка створює умови для формування нових інтересів, накопичення досвіду колективного життя, сприяє формуванню самостійності студентів, дозволяє розширити та поглибити знання тощо. Позакласна виховна діяльність не регламентується обов’язковими програмами (вони мають рекомендаційний характер). Містить різноманітний арсенал методів, засобів, прийомів, які можна досить широко застосовувати для того, щоб забезпечити ефективність процесу формування основ толерантної поведінки у взаємодії з ВІЛ-позитивними людьми.

7. Саме від рівня толерантності, яка є моральною основою спілкування в будь-якому ци-вілізованому суспільстві, від усвідомлення кожним спеціалістом своєї особистої ролі в попередженні не-толерантності, стигми та дискримінації, розуміння власних особливостей взаємодії з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом, попередження особистих проявів нетолерантності, стигматизації та дискримінації, зале-жить розповсюдження принципів толерантності в суспільстві на основі законності та моралі, а крім того —зміна ситуації з темпами розповсюдження ВІЛ-інфекції.

**Додаток А**

Анкета

# ДОБРИЙ ДЕНЬ!

# ШАНОВНИЙ УЧАСНИК ДОСЛІДЖЕННЯ!

# Студентка спеціальності «Соціальна робота» Полтавського інституту економіки і права ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна» проводить соціологічне соціологічне опитування щодо проблеми стигматизації та дискримінації ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Ваші відповіді нададуть нам необхідну допомогу в науковому аналізі цієї проблеми.

# Щоб заповнити анкету, достатньо підкреслити той варіант або варіанти відповіді, які, на Вашу думку, є правильними, або Вам потрібно написати відповідь самим, якщо вона не наводиться.

# Анкета є анонімною, тобто Ви не повинні при заповненні вказувати своє прізвище, ім’я та контактні дані.

# Ви також можете не відповідати на запитання, що здаються Вам некоректними або взагалі відмовитись від участі в опитуванні.

1. **Як Ви вважаєте ВІЛ і СНІД – це одне й те ж?**

а) так;

б) ні;

в) важко відповісти

1. **Визначте ймовірні шляхи передачі ВІЛ-інфекції:**

1) ВІЛ можепередаватися через їжу, щоприготованалюдиною, інфікованою ВІЛ;

2) Спільне користування туалетом, ванною з людиною, яка інфікована ВІЛ, може призвести до передачі ВІЛ-інфекції.

3) Ризик інфікування ВІЛ зростає, якщо мати статеві контакти без використання презерватива.

4) Спільне використання посуду разом з людиною, яка інфікована ВІЛ, може призвести до передачі ВІЛ-інфекції.

5) ВІЛ-інфекція може передаватись повітряно-крапельним шляхом (наприклад, під час розмови, кашлю та чхання).

6) Парентеральний шлях (через кров та інші біологічні рідини)

7) ВІЛ передається через поцілунок.

8) ВІЛ передається через потиск рук, обійми

9) Передача від ВІЛ-інфікованої матері дитині.

10) Укуси комах

1. **На Вашу думку людина, інфікована ВІЛ, може виглядати абсолютно здоровою?**

а) так;

б) ні;

в) важко відповісти

1. **Як Ви вважаєте, людина, інфікована ВІЛ, має право не розголошувати свій ВІЛ-статус.**

а) так;

б) ні;

в) важко відповісти

1. **Чи проходили Ви тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців?**

а) так;

б) ні;

1. **Як Ви вважаєте, люди, які живуть з ВІЛ, сьогодні забезпечуються безкоштовною підтримуючою терапією, яка дозволяє їм жити повноцінним життям?**

а) так;

б) ні;

в) не знаю правильної відповіді

1. **На Вашу думку, люди, якіживуть з ВІЛ, потребують окремого приміщення для роботи?**

а) так;

б) ні;

в) важко відповісти

**8. Чи їли б Ви разом з одного посуду з людиною, якщо Ви знаєте, що вона ВІЛ-інфікована?**

а) так;

б) ні;

в) важко відповісти

**9. Чи будете Ви купувати продукти/товари у продавця, знаючи, що він/вона інфікований(на) ВІЛ?**

а) так;

б) ні;

в) важко відповісти

1. **Роботодавцю необхідно знати ВІЛ-статус своїх працівників.**

а) так;

б) ні;

в) важко відповісти

1. **Спільне використання голки для пірсингу/татуювання значно збільшує ризик інфікування ВІЛ.**

а) так;

б) ні;

в) важко відповісти

1. **Якщо в студента виявили ВІЛ-інфекцію, при цьому він не хворийна СНІД, чи можна йомувідвідувати навчальний заклад?**

а) так;

б) ні

в) важко відповісти

**13. Якщо Ви дізнаєтесь, що близька Вам людина інфікувалась ВІЛ, то Ви будете продовжувати з нею спілкуватися?**

а) так;

б) ні;

в) важко відповісти

1. **Якщо викладач є ВІЛ-інфікованим, але не хворим на СНІД, чи має право він працювати в закладі освіти?**

а) так;

б) ні;

в) важко відповісти

1. **Якщо член Вашої родини був би ВІЛ-інфікованим, чи хотіли б Ви це тримати в секреті?**

а) так;

б) ні;

в) важко відповісти

1. **Чи продовжували б ви жити злюдиною в одній кімнаті  
   гуртожитку, коли б ви дізналисяпро її ВІЛ-позитивний статус?**

а) так;

б) ні;

в) важко відповісти

**17. Як ви вважаєте, наскільки епідемія ВІЛ  
інфекції загрожує Вашому місту?**

1. зовсім незагрожує;
2. невеликазагроза;
3. серйозназагроза;
4. не визначився

**18. Як Ви вважаєте, наскільки реальним для Вас особисто є ризик ВІЛ-інфікування?**

1) Цілком реальний

2) П’ятдесят на п’ятдесят

3) Малоймовірно

4) Мені це абсолютно не загрожує

5) Важко відповісти

Дякуємо за співпрацю!

# СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закон України«Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальнийзахист людей, які живуть з ВІЛ»(№ 1972-XIIвід 12 грудня 1991 року) [Електронний ресурс] // Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12>.
2. Закон України «Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу» (№ 1182/2000» 1 листопада 2000 року) [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1182%2F2000>.
3. Постанова Кабінету Міністрів України «Питання запобігання та захисту населення від ВІЛ-інфекції та СНІД» (№ 2026 від 18.12.1998 р.) [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2026-98-%EF>.
4. Баранова Н. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІД в Україні: прогнозування, моделювання, оцінка // Україна: аспекти праці. – 2010. - №1. – 63 с.
5. Бернадська Л. В. Соціально-педагогічні та психологічні передумови виховання толерантності в учнів 5-7 класів шкіл-інтернатів / Л.В. Бернадська. – К.: НПУ ім. М. Драгоманова, 2006. – 98 с.
6. Безпека життєдіяльності : навч. посіб. / В. В. Березуцький,  
   Л. А. Васьковець, Н. П. Вершиніна [та ін.] ; Нац. техн. ун-т “Харків.  
   політехн. інститут”. – Харків : Факт, 2007. – 384 c.
7. Бойко А. Епідемія ВІЛ серед уразливих груп в Україні: огляд вторинних даних / А. Бойко, М. ДіКарло, О. Дорошенко [та ін.]. – К.: Агенство США з між нар. розвитку, 2013. – 100 с.
8. Бойко А.М. Соціальна робота з клієнтами, інфікованими ВІЛ та хворими на СНІД: Метод. рекомендації з навчального курсу для магістеріуму / А.М. Бойко. - Національний університет «Києво-Могилянська Академія», 2000. – 64 с.
9. Бутузова Л.П. Психологічні особливості особистісних ставлень підлітків до небезпеки ураження ВІЛ статевим шляхом: дис. канд. пед. наук: 19.00.07 / Л.П. Бутузова. – О., 2004. –265 с.
10. Буяджи Д. Вразливі групи в контексті епідемії ВІЛ/  
    СНІДу. Виклик та подолання: ВІЛ/СНІД та права  
    людини в Україні / Д. Буяджи, Т. Семіта. – Київ:  
    ПРООН в Україні, 2008. – С. 24–32.
11. Вакуленко О.В. Здоровий спосіб життя як соціально-педагогічна умова становлення особистості у підлітковому віці: дис.канд. пед. наук: 13.00.05 / О.В. Вакуленко. – К., 2001. – 20 с.
12. Варбан М. Ю. Політики та програми боротьби з  
    ВІЛ/СНІД на робочих місцях / М. Ю. Варбан,  
    І. Л. Демченко. – Київ: МБФ “Міжнародний Альянс  
    з ВІЛ/СНІД в Україні”, 2005.
13. Введення у стратегічне планування у сфері формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ/СНІДу серед молоді: міжсекторальний підхід / Тренінгів курс для підготовки спеціалістів сфери освіти, охорони здоров’я і соціального забезпечення. – К., SOFRECO, -2006. – 82 с.
14. Великий тлумачний словник сучасної української мови / [уклад. і гол. ред. В. Т. Бусел]. – К., Ірпінь : ВТФ «Перун», 2004. – 1440 с.
15. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №30. – К.: МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2008. – 19 с.
16. ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень №43. – К.: МОЗ України, Укр. центр контролю за соціально небезпечними хворобами, – 2015. – 109 с.
17. ВІЛ-інфекція та СНІД в Україні. Аналіз, профілактика, лікування: зб. матеріалів з актуальних проблем протидії епідемії / за ред. А. М. Щербинської // МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІДом. – К.: Поліграфія, 2001. – 208 с.
18. ВІЛ/СНІД: політика, профілактика, догляд : метод. посіб. до курсу /  
    Д. Богдан, І. Грига, І. Зубець [та ін.] ; Нац. ун-т “Києво-Могилян.  
    академія”. – Київ : Вид. дім “Києво-Могилян. акад.”, 2006. – 140 c.
19. Виклик та подолання: ВІЛ/СНІД та права людини в Україні : посібник /  
    ред. А. Скурбаті. – Київ, 2008. – 191 c.
20. ВІЛ-інфіковані діти: медичний догляд, психологічна підтримка,  
    соціальний супровід, правовий захист / Котова Н. В., Старець О. О.,  
    Пурік О. П. та ін. – К. : ТОВ “К. І. С.”, 2010. – 176 с.
21. Виховна година «СНІД та венеричні захворювання – небезпечні хвороби ХХ століття» // Позакласний час. – 2010. - №21/22. – с.41-42.
22. Войтенко В. П. ВІЛ/СНІД в Україні / В. П. Войтенко. – Київ :  
    Фітосоціоцентр, 2008. – 262 c.
23. Волошина О.В. Генезис становлення толерантності як педагогічної проблеми. Наукові записки / О.В. Волошина // Педагогічний вісник. – Вінниця: ВДПУ, 2007. – Вип. 19. – С. 65-71.
24. Волошина О.В. Про показники та рівні сформованості толерантності в старших підлітків. Наукові записки / О.В. Волошина // Педагогічний вісник. – Вінниця: ВДПУ, 2006. - Вип. 16. – С. 133-138.
25. Галустян Ю. М.Методичні рекомендації з узагальнення досвіду соціального супроводу та підтримки сімей, які виховують ВІЛ-інфіковану дитину / Ю. М. Галустян, Б. П. Лазоренко, В. П. Новицька, О. М. Панфілова. — К., 2005. — 63 с.
26. Гейдар Л. Соціальна реклама та інформування  
    з проблеми ВІЛ/СНІД в Україні: можливості впливу на зміни в поведінкових практиках / Л. Гейдар, Г. Довбах // Соціальна реклама в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку : матеріали конференції. – Київ: Фоліант, 2004.
27. Говорун Т.В., Ворник Б.М. Сексуальність та статева поведінка в Україні. Проблеми сьогодення та перспективи. – К.: Міський центр сексології., 2016. – 124 с.
28. Грива О. А. Соціально-педагогічні основи формування толерантності у дітей і молоді в умовах полікультурного середовища / О. Грива. – Київ.: ПАРАПАН, 2005. – 227 с.
29. Гриценок Л. І. Подолання стигматизації і дискримінації людей (дітей),  
    які живуть з ВІЛ / Л. І. Гриценок, І. І. Ткачук ; Укр. наук.-метод. центр  
    практ. психології і соц. роботи АПН України. – Київ : Ніка-Центр,  
    2005. – 156 c.
30. Гриценок Л. І. Попередження стигматизації і дискримінації ВІЛпозитивних учнів у навчальних закладах / Л. І. Гриценок, І. І. Ткачук; АПН України, Укр. наук.-метод. центр практ. психології і соц. роботи, МБФ “Міжнар. альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”. – Київ : Ніка-Центр, 2006. – 140 c.
31. Делідон С. Превентивне виховання учнівської молоді / С.Делідон // Позакласний час. – 2005. - № 3/4 (лют.). – с. 25-27.
32. Десятниченко Н. Загроза людської успішності: Моделі навчально-виховних заходів із профілактики ВІЛ/СНІДу для учнів 9-11 класів/ Н. Десятниченко // Шкільний світ. – 2003. – груд. (№46/47). - с. 11-13.
33. Довідник з навчання консультуванню з ВІЛ/СНІДу / Всесвітня Організація Охорони Здоров’я. Глобальна програма зі СНІДу. – Львів: Кальварія, 2000. – 80 с.
34. Доклад о развитииглобальнойэпидемии ВИЧ/СПИДа / Женева, Швейцария, 2009. – 131 с.
35. Досвідреалізації проекту «Профілактика ВІЛ/СНІДу серед молоді»  
    2003–2005 **/** О.М. Балакірєва, Р.Я. Левін, Т.І. Сосідко. – К.:  
    Український інститут соціальних досліджень, 2006. – 129 с.
36. **Дуб Ю. М.**Міжнародний досвід профілактики ВІЛ-інфекції у жіночого населення **(аналітичний огляд наукової літератури) / Ю. М. Дуб //** Здоровье женщины. – 2013. – № 8. – С. 48–52.
37. Ефективні форми роботи з попередження епідемії ВІЛ/СНІДу серед дітей та молоді / Український інститут соціальних досліджень, 2002. – 149 с.
38. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні та організація протидії її розвитку /   
    А. М. Щербинська, Н. М.Нізова, Л. В. Бочкова [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2011. – К., 2012. – С. 118–127.
39. Жилка Н. Я. Деякі питання підготовки акушерів-гінекологів до проведення роботи з профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини / Н. Я. Жилка, Т. І. Тарасова, Г. О.Слабкий //Здоровье женщины. – 2007. – № 2 (30). – С. 26–28
40. Законодавство України про соціальний захист населення (4-е вид.) / О.М. Роїна. – К.: КНТ, 2005. – 488 с.
41. Запорожан В. М. ВІЛ-інфекція і СНІД / В. М. Запорожан, Н. Л. Аряєв. – 2-е вид., перероб. і доп. – К.: Здоров’я, 2004. – 634 с.
42. Інфекційні хвороби: ВІЛ-інфекція/СНІД : зб. нормат. док. / упоряд. та  
    голов. ред. В. М. Заболотько ; Голов. упр. охорони здоров’я та мед.  
    забезп. м. Києва, Київ. міськ. наук. інформ.-аналіт. центр мед.  
    статистики. – Київ : МНІАЦ мед. статистики; МВЦ “Медінформ”,  
    2017. – 408 c
43. Кальченко А. М. Оцінка рівнів стигматизаці ї та дискримінації ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД серед працівників лікувально-профілактичних установ України / А. М. Кальченко // Зб. наук. пр. співробіт. НМАПО імені П.Л.Шупика. – 2013. –  
    Вип. 22 (4). – С. 129–135.
44. Котова Н. В. ВІЛ-інфіковані діти: медичний догляд, психологічна підтримка, соціальний супровід, правовий захист / Н. В. Котова, О. О. Старець, О. П. Пурік, Н. В. Леончук, О. М. Панфілова та ін. — К. : ТОВ  
    «К. І. С.», 2010. — 176 с.
45. Коулі Пітер, Акказієва Бактигул. Червень 2012 року. Оптимізація послуг, пов’язаних з ВІЛ/СНІД в контексті реформи системи охорони здоров’я в Україні. Бетесда, MD: Проект системи охорони здоров’я 20/20, AbtAssociatesInc. – 38 c.
46. Лехан В. М. Вивчення експертної думки щодо шляхів перетворень у системі надання допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією в рамках започаткованих реформ, спрямованих на зміцнення системи охорони здоров’я в Україні / В. М. Лехан, А. П. Гук, М. В. Шевченко. – К.: Вид-во Раєвського, 2014. – 62 с.
47. Лось В. Право на недискримінацію у сфері праці. Виклик та подолання: ВІЛ/СНІД та права людини в Україні / В. Лось. – Київ: ПРООН в Україні, 2008. – С. 110–121.
48. Лучинська О. В. Шляхи удосконалення державно-громадської  
    взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні. Інвестиції: практика та  
    досвід: наук.-практ. журн. Київ, 2017. № 17. С. 124–131.
49. Матеріали для проведення групової роботи з формування здорового способу життя та профілактики негативних явищ в молодіжному середовищі м. Києва / [за заг. ред. К.С.Шендеровського, І.Я. Ткач, К.В. Савченко, І.О. Бєлова]. – К.: КМЦСССДМ, 2005.- 216 с.
50. Мезеря І.В. Виховання культури стосунків статей – превентивний захід боротьби з підлітковою проституцією та СНІДом // Проблеми освіти. – К.: Держсоцслужба, 2015. – 204 с.
51. Методичні рекомендації з питань ВІЛ для соціальних працівників: метод. посіб. /Банас О. В. [та ін.] ; за ред. Шеремета С. П. – Київ., 2011. - 80 с.
52. Мириманова М. Толерантностькак проблема воспитания / М. Мириманова // Развитие личности. – 2002. – № 2. – С. 104–116.
53. Миронюк І. С. Результати розробки та впровадження моделі підвищення впливу медичної галузі на розширення доступності послуг добровільного консультування та тестування на ВІЛ населення на прикладі Закарпатської області / І. С. Миронюк, В. В. Брич // Медичні перспективи. – 2008. – Т. ХII, № 4. – С. 94–99*.*
54. Моніторинг епідемії ВІЛ/СНІДУ. Оцінка ефективності протидії  
    (соціальний аспект) / Ю. І. Саєнко, І. Л. Демченко, В. І. Жуков [та ін.] ;  
    Фонд “Інтелект. перспектива”. – Київ : Полігр. центр “Фоліант”, 2016. –  
    416 c.
55. Мойсеєнко Р. О. Оптимізація системи надання медичної допомоги дітям і матерям в Україні: реалії і перспективи: монографія / Р. О. Моісеєнко. – Київ : Логос, 2013. – 232 с.
56. Мудрик А.В. Социальнаяпедагогика: Учеб. для студ. пед. вузов / [под ред. В.А.Сластенина]. – М.: Издательский центр «Академия», 1999. – 184 с.
57. Особливості перебігу ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні: аналіз стадії безсимптомногоносійства / А. М. Щербінська, М. Г. Люльчук, С. В. Антоненко [та ін.] // СНІД і дерматовенерологія. – 2002. – № 1. – С. 98–100.
58. Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні: аналітичний звіт за результатами дослідження. – К. : Київський міжнар. ін-т соціології, Укр. ін-т соц. досліджень ім. О. Яременка, 2006. – 26 с.
59. Пальчевський С.С. Соціальна педагогіка: Навчальний посібник – К.: Кондор, 2005. – 560 с.
60. Педагогічним працівникам про ВІЛ/СНІД : навч.-метод. посіб. : в 2 т. /  
    упоряд.: Л. І. Гриценюк, А. С. Терніченко, І. І. Ткачук ; Укр. наук.-  
    метод. центр практ. психології і соц. роботи АПН України, МБФ  
    “Міжнар. альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”. – Київ : Ніка-Центр, 2005. –  
    Т. 1. – 228 c.
61. Педагогічним працівникам про ВІЛ/СНІД : навч.-метод. посіб. : в 2 т. /  
    упоряд. : Л. І. Гриценюк, А. С. Терніченко, І. І. Ткачук ; Укр. наук.-  
    метод. центр практ. психології і соц. роботи АПН України, МБФ “Міжнар. альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”. – Київ : Ніка-Центр, 2005. –  
    Т. 2. – 204 c.
62. Погодіна А. А. Толерантность: термин, позиция, смысл, программа / А. А. Погодина // История. «Первоесентября». – 2002. – № 11. – С. 4–5.
63. Попередження стигми та дискримінації у зв’язку з ВІЛ по відношенню до медичних працівників та пацієнтів медичних закладів: керівництво для викладачів і матеріали для учасників тренінгів / Міжнар. організація праці. Об’єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД, 2012.
64. Потапова Л. В. Профілактика ВІЛ-СНІДу, наркоманії та алкоголізму :  
    підруч. для вищ. навч. закл. / Л. В. Потапова ; Запоріз. держ.  
    університет. – Запоріжжя, 2010. – 108 c.
65. Проблеми ВІЛ-інфекції, наркоманії та інфекцій, що передаються статевим шляхом : інформ. бюлетень / Укр. Центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України. – К., 2003. – 46 с.
66. Прогресс, достигнутый в осуществлении Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и Политической декларации по ВИЧ/СПИДу. Доклад Генерального секретаря. – Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций, 2009.
67. Протидія епідемії ВІЛ/СНІДу в молодіжному середовищі / О. М. Балакірєва, М. Ю. Варбан, О. Р. Артюх. – Київ : Представництво ЮНІСЕФ в Україні; Держ. центр соціал. служб для молоді ; Укр. ін-т соціал. дослідж., 2001. – 80 с.
68. Профілактика ВІЛ/СНІД в учнівському та молодіжному середовищі :  
    довід. для соц. працівників, вчителів, шкіл. психологів, батьків / за  
    ред.: І. Ф. Ільїнської, Б. П. Лазоренка ; Держ. соц. служба для сім’ї,  
    дітей та молоді М-ва України у справах молоді та спорту, Ін-т соц. та  
    політ. психології АПН України, Укр. центр профілактики і боротьби зі  
    СНІД МОЗ України. – Київ : Держсоцслужба, 2005. – 204 c.
69. Регіональний проект з тріангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в місті Києві / Х .А зман, Ж. Антоненко, Н. Бугаєнко [та ін.]. – К., 2015. – 70 с.
70. Річний звіт МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», 2005. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», 2018. – 62 с.
71. Риков С. О. Організація офтальмологічної допомоги ВІЛ-інфікованим  
    та хворим на СНІД в Україні / С. О. Риков, Д. В. Варивончик ; Асоц.  
    дит. офтальмологів України. – Київ : Логос, 2002. – 88 c.
72. Рудий В. М. Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом:  
    сучасний стан і шляхи вдосконалення / В. М. Рудий ; Всеукр. асоц.  
    зменшення шкоди, Міжнар. фонд “Відродження”. – Київ : Сфера,  
    2016. – 180 c.
73. Семигіна Т. Політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: роль  
    міжнародної допомоги : за матеріалами дослідження глобальних  
    ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу / Т. Семигіна. – Київ: Агентство “Україна”, 2009. – 144 c.
74. Скороход Т. В. Формування здорового способу життя молоді :  
    посібник / Т. В. Скороход; Кіровогр. держ. пед. ун-т ім. В. Винниченка. – Кіровоград, 2007. – 216 c.
75. Слабкий Г. О. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Г. О. Слабкий, І. С. Зозуля, А. І.  Зозуля // Сімейна медицина. 2014. – № 3 (53). – С. 25–27.
76. Слабкий Г. О. Аналіз епідеміологічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області / Г. О. Слабкий, В. Й. Білак–Лук’янчук // Україна. Здоров’я нації. – 2016. – № 3 (39). – С. 76–84.
77. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні / – К. : МОЗ України, Світовий банк, Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004. – 112 с.
78. Соціальна робота з людьми з ВІЛ/СНІДом : метод. посіб. / Т. Семигіна, О. Банас, Н. Венедиктова та ін. – Київ, 2007.
79. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом: Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації. – К., 2017. – 135 с.
80. Ставлення суспільства до людей, які живуть з ВІЛ.  
    Доступність послуг та права людей, які живуть з ВІЛ  
    в Україні: результати соціального дослідження. – Київ, 2004.
81. Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Києві та аналіз заходів протидії : Ситуаційний аналіз. / О. Балакірєва, Л. Бочкова Л, Н. Жилка [та ін].// К.: Вид-во Раєвського, 2006. – 136 с.
82. Структура профілактики як метод запобігання новим випадкам ВІЛ-інфікування та покращення якості життя людей, які живуть з ВІЛ/СНІД: Методичні матеріали для тренера / Автори-упоряд.: В.В. Молочний, Т.П.Цюман, В.В. Лях; За заг. ред. І.Д. Звєрєвої. – К.: Наук. світ, 2006. – 93 с.
83. Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти: Програма тренінгу. Розробники: А. М. Бойко, А. О. Войтюк, О. А. Виноградова, О. С. Брижовата, О. В. Дудіна – К., 2009. – 76 с.
84. Формування толерантного ставлення до дітей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу: особливості підготовки волонтерів / Гусак Н., Дмитришина Н., Довбах Г., Жарук І., Зінченко А., Матіяш О., Назарук В., Панфілова О., Романова Н. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з  
    ВІЛ/СНІД в Україні», 2011. — 128 с.
85. Хожило І І. Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні та Дніпропетровській області / І. І. Хожило // Епідемія ВІЛ/СНІД в Україні. – К.: Академперіодика, 2018. – С. 55 – 63.
86. Якобчук А. В. Періодизація національної нормативно-правової  
    бази з питань протидії ВІЛ/СНІДу. Вісник соціальноъ гігієни та організації  
    охорони здоров’я України: наук.-практ. журнал. Тернопіль, 2013. № 1. 129 с.
87. Kuhn L. Participationoftheschoolcommunityin AIDS education: anevaluationof a highschoolprogram / L. Kuhn, M. Steinberg, С. Mathews // AIDS Care. – 1994. - № 6. – 161 p.
88. [Survey about discriminations against people living with HIV. –](http://www.sida-info-service.org/telechargement/sondage_discrimination_2005.pdf) France: SIDA InformationService, 2009 – 45 p.