

Гендерний вимір епідемії ВІЛ та СНІДу в Україні¹

Вступ

Необхідність врахування гендерних підходів у подоланні епідемії ВІЛ-інфекції та СНІДу знайшла своє відображення у Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки (Розпорядження КМУ від 13 травня 2013 р. № 356-р м. Київ), а пізніше – у відповідній Загальнодержавній цільовій соціальній програмі, яка затверджена Верховною Радою України як Закон та впроваджуватиметься у період до 2018 року включно (далі – Програма)².

Метою Програми є зниження рівня захворюваності і смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу шляхом надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ; послуг з лікування, догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ, у рамках реформування системи охорони здоров'я.

Гендер по-різному впливає на життя жінок і чоловіків. Застосування гендерного підходу у програмах і заходах з профілактики ВІЛ-інфекції та СНІДу передбачає комплексне врахування потреб жінок та дівчат і чоловіків та хлопців на різних етапах їхнього життя. Надання та забезпечення доступу до послуг, що враховують специфічні потреби, ризику інфікування ВІЛ та наслідки епідемії для обох статей цільових груп, є важливим показником ефективності регіональних і місцевих програмах з ВІЛ-інфекції та СНІДу.

На жаль, в Гармонізованому звіті України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу³ за звітний період січень 2012 р.-грудень 2014 р. відсутня описова частина щодо виконання Цілі 7. Ліквідація гендерної нерівності. До переліку нерелевантних показників для України, які не відповідають епідемії, зареєстрованій в країні на сучасному етапі, входить *Показник 7.1. Поширеність випадків насильства з боку сексуального партнера за останній період* (Частка жінок віком 15-49 років, які коли-небудь були у шлюбі або мали партнера і які піддавалися фізичному або сексуальному насильству з боку інтимного партнера-чоловіка протягом останніх 12 місяців).

Врахування гендерних особливостей в процесі подолання епідемії є надзвичайно актуальним для України, зважаючи на тенденції поширення епідемії та її гендерний портрет.

Гендерні особливості епідемії ВІЛ в Україні

1. Розподіл ЛЖВ за ознакою статі. Гендерні особливості епідемії звертали на себе увагу з перших років поширення ВІЛ-інфекції. Спочатку реєструвалися випадки інфікування переважно у юнаків і чоловіків віком 16-25 років, які вживали наркотичні речовини ін'єкційним шляхом. Серед усіх зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб у 1996 році співвідношення чоловіків і жінок становило 4 до 1, тобто інфіковані

¹ Авторський склад: Мороз С.Г., Єщенко О.Г., Дмитрієва М.М., Куц С.А.

² Затверджена Законом України від 20 жовтня 2014 року № 1708-VII <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1708-18>

³ Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу (GARPR Ukraine) Звітний період: січень 2012 р.-грудень 2014 р.
<http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/ab1ccb/3c54bc491a41b37b8bb8625d29037e1d.pdf>

чоловіки у той час становили 80%⁴. Це пов'язано з тим, що юнаки і чоловіки внаслідок гендерних стереотипів ведуть ризикованіший спосіб життя, ніж дівчата, практикують надмірне вживання алкоголю чи наркотиків, вступають у сексуальні стосунки з багатьма партнерками. Внаслідок цього ризик зараження ВІЛ для чоловіків зростає, так само як і для їхніх сексуальних партнерок/ів.

Впродовж подальших років епідемія поступово стала поширюватися на жіночу частину населення, що призвело до того, що сьогодні в Україні кількість інфікованих ВІЛ чоловіків і жінок майже зрівнялась.

В 2013 році діагноз ВІЛ-інфекція був встановлений 6455 жінкам репродуктивного віку, причому 2262 (35%) під час вагітності. У 2014 році ВІЛ-інфіковані жінки народили 3660 дітей. Основними групами підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ в Україні є споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), жінки, які надають сексуальні послуги за плату (ЖСБ), та чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ)⁵. Станом на 01.01.2016 р. усього на диспансерному нагляді перебуває 59 351 жінка (46,9%), розподіл місто/село - 78,7% / 21,3%.

2. Передача ВІЛ від матері до дитини у жінок, які вживають наркотики. Відповідно до Програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД), що впроваджується в Україні, жінки мають право:

- розпоряджатися своїм репродуктивним життям;
- отримувати відомості про ВІЛ/СНІД та профілактики ВІЛ-інфекції;
- звертатися за консультуванням та тестуванням на ВІЛ;
- знати свій ВІЛ-статус;
- відмовитися від тестування на ВІЛ або не дізнаватися результати тесту;
- приймати інформоване рішення про вигодовування своєї дитини.

Завдяки заходам, які були вжиті в Україні, насамперед впровадження профілактичних програм для споживачів ін'єкційних наркотиків, досягнуті позитивні результати. Якщо у 1997 році частка офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків становила 83,6% від загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції, то станом на 01.07.2014 року цей показник дорівнював 24%.

Сьогодні динаміка інфікування ВІЛ жінок у зв'язку із споживанням ін'єкційних наркотиків має тенденцію до зниження. Якщо у 2005 році цей показник становив 23,1%, то у 2013 році – 10,4%⁶.

Аналіз причин невиконання показника Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД у 2009-2013 роках щодо зниження частоти передачі ВІЛ від матері до дитини до 2% (за даними 2011 року, національний показник склав 3,7%) показує, що саме жінки, які споживали ін'єкційні наркотики, негативно впливали на досягнення показника через:

- недостатній доступ до якісних медичних послуг,
- високий рівень стигматизації у медичній спільноті,
- несвоєчасну діагностику ВІЛ-інфекції, інфікування ВІЛ під час вагітності,
- відсутність вчасної АРВ-профілактики трансмісії ВІЛ,
- інфікування дитини ВІЛ під час грудного вигодовування, тощо.

Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини у жінок СІН складає 11,2%. За даними показника «Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які активно споживали ін'єкційні наркотики» у 2011 році, із ВІЛ-інфікованих вагітних в активному споживанні

⁴ Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями (УЦКС)

⁵ Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ : наказ МОЗ України від 08.02.2013 р. № 104

⁶ УЦКС.

перебували 3,5%⁷, у 2012 році – 1,5 %⁸. Аналіз ситуації у 200 пар “ВІЛ-інфікована мати – ВІЛ-інфікована дитина”⁹ виявив наступне:

- Переважна кількість жінок (82,0%) була виявлена при обстеженні на ВІЛ-інфекцію у зв'язку із вагітністю (код 109), з них 5,0% вагітних – при повторному обстеженні (код 109.2).

- Проте 11,1% ВІЛ-інфікованих жінок мали ВІЛ-негативні результати тестування на ВІЛ-інфекцію під час вагітності та пологів, тобто знаходилися у «сероконверсійному вікні» при повторному тестуванні на ВІЛ-інфекцію або інфікувалися ВІЛ після пологів. У таких випадках інфікування ВІЛ немовлят відбулося через вигодовування грудним молоком.

- Основним шляхом інфікування ВІЛ матерів ВІЛ-інфікованих дітей був статевий (78,0%), але кожна п'ята жінка (21,5%) інфікувалася внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків.

- За даними кабінетного дослідження частка таких жінок складала 13,5%, за даними опитування – 14,5% (по Україні в 2011 р. – 3,5%).

- Після народження дитини, незважаючи на знання свого ВІЛ-позитивного статусу, доля жінок, які були активними СІН, серед загальної кількості матерів досліджуваної когорти значно збільшилася, а саме вже 21,7% осіб на момент опитування практикували ризиковану поведінку, пов'язану з вживанням ін'єкційних наркотиків.

- Має місце ризикова практика вживання ін'єкційних наркотиків у ВІЛ-інфікованих матерів після народження дитини, а саме: використання нестерильних голочок чи шприців (70,6%), відсутність або нерегулярна обробка дезінфекційними засобами у випадку використання нестерильних голочок чи шприців (53,4%), купівля розчину ін'єкційного наркотику у різних продавців, інших людей (52,4%).

- Програмами обміну шприців (голок) ніколи не користувалися більша частина (70,6%) матерів ВІЛ-інфікованих дітей.

- Тільки 2 ВІЛ-інфіковані вагітні перебували у програмі ЗПТ, ще 2 жінки були учасницями реабілітаційної програми для наркозалежних.

- Спільний з наркологом план спостереження за перебігом вагітності був розроблений тільки для 4 вагітних – активних СІН.

3. Доступ до замісної підтримувальної терапії у жінок. Станом на початок 2015 року доступ до замісної підтримувальної терапії забезпечено в усіх регіонах України на базі 170 закладів охорони здоров'я для 8311 хворих¹⁰.

За даними звіту стосовно реалізації вищезазначеного пілотного проекту, станом на 01.01.2015 р. замісну підтримувальну терапію під час вагітності (2 та 3 триместри) отримували лише 12 жінок. Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок-СІН, які отримували замісну підтримувальну терапію під час вагітності, складав 13,2% у 2014 році (у 2013 р. – 12,2%). В чисельнику – кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, які знаходились на замісної підтримувальної терапії під час вагітності, дорівнює у 2014 р. 10 жінок. В знаменнику – кількість ВІЛ-інфікованих жінок-СІН, що зареєстровані з приводу вагітності, що у 2014 р. складала 76 жінок¹¹.

Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних породіль СІН, які отримували АРВ-профілактику для зниження ризику передачі ВІЛ від матері дитині під час вагітності становив 89,3% у 2014 р. (у 2013 р. – 90,7%). В чисельнику – кількість ВІЛ-інфікованих вагітних – СІН породіль, які отримали АРВ-профілактику для зниження ризику передачі ВІЛ від матері дитині, що у 2014 р. складала 34 жінок. У знаменнику

⁷ Гармонізований звіт 2010-2011 рр.

⁸ УЦКС.

⁹ Інституційне дослідження «Соціально-демографічні та медичні детермінанти ризику передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні», проведене в Україні УЦКС спільно з ЮНІСЕФ та Інститутом соціальних експертиз НАНУ.

¹⁰ Інформація щодо кількісних та якісних неперсоніфікованих характеристик пацієнтів ЗПТ станом на 01.01.2015.

[Електронний ресурс]. - <http://ucdc.gov.ua/uk/statystyka/profilaktyka/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya>

¹¹ GARPR Ukraine. Звітний період: січень 2012 р. – грудень 2014 р.

– кількість ВІЛ-інфікованих жінок – СІН, у яких вагітність завершилася пологами у 2014 р. – 38 жінок.

Дані багатоцентрових досліджень довели, що замісна підтримувальна терапія під час вагітності призводить до зменшення частоти передчасних пологів, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти та внутрішньоутробної загибелі плода¹².

4. Статеві партнери споживачів наркотиків. Сучасною тенденцією розвитку епідемічного процесу є суттєве збільшення ролі у поширенні ВІЛ-інфекції статевих партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків. Отже, споживачі ін'єкційних наркотиків та їх сексуальні партнер(к)и продовжують суттєво впливати на інтенсивність епідемії ВІЛ та СНІД в Україні.¹³

5. Епідемія серед секс-працівниць. Поширеність ВІЛ серед секс-працівниць також поступово зменшувалася: в 2009, 2011, 2013 рр. становила 12,9%, 9,0% та 7,3% відповідно, а охоплення програмами профілактики ВІЛ-інфекції у зазначені роки збільшувалося і становило 59,0%, 61,2% та 70,1% відповідно. Найбільшу імовірність інфікування ВІЛ серед секс-працівниць в Україні визначає факт споживання ними ін'єкційних наркотиків. Поширеність ВІЛ серед ЖСБ, які за практикою своєї поведінки можуть бути віднесені до СІН, у 2013 р. становила 27,6%, а серед ЖСБ, які ніколи не вживали наркотики – 5,8%. ЖСБ-СІН через високий рівень поширеності ВІЛ серед них можуть бути найсуттєвішим джерелом інфекції для клієнтів, які представляють собою так зване загальне населення. Це один з потенційно небезпечних чинників можливої генералізації епідемії.¹⁴

6. Епідемія серед ЧСЧ. Абсолютна кількість офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи у країні щорічно зростала: з 20 осіб у 2005 році до 277 осіб у 2014 році. Незахищені статеві контакти серед ЧСЧ зумовлюють невелику частку вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в країні – 1,4% серед усіх зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції у 2014 р., але офіційні дані занижують фактичний рівень передачі ВІЛ в цій групі, яка досі зазнає стигматизації. За результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень в Україні поширеність ВІЛ останніми роками серед ЧСЧ знижувалася і становила у 2009, 2011, 2013 рр. 8,6%, 6,4% та 5,9%, відповідно. По деяких регіонах у 2013 р. цей показник був набагато вищим, проте охоплення програмами профілактики ВІЛ-інфекції у ці роки знижувалося і становило 63%.

7. Жінки інфікуються у ранішому віці, ніж чоловіки. Протягом 2014 року частка нових інфекцій серед чоловіків склала 55,3%, жінок – 44,7%, з них 88% – жінки молодого, репродуктивного віку¹⁵. Статистичні дані свідчать, що жінки зазвичай інфікуються у ранішому віці, ніж чоловіки. Так, у 2012 році в Україні серед вікової групи 15-24 роки молоді жінки склали 75%, чоловіки цього ж віку – 25%; у віковій групі 25-49 років 60% становили чоловіки, 40% – жінки; у віці 50 років і старше – 56,4% становили чоловіки, 43,6% – жінки¹⁶.

У відповідності до рекомендацій ЮНЕЙДС та ВООЗ, реєстрація випадків ВІЛ-інфекції серед осіб молодшого віку (у віці 15-24 роки) до певної міри відображає рівень так званих "нових випадків", оскільки загроза інфікування ВІЛ для цієї групи виникла нещодавно. В Україні на тлі певної стабілізації загальної кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції зареєстровано стійку позитивну тенденцію до зменшення кількості випадків захворювання на ВІЛ-інфекцію серед людей віком 15–24 роки. У 2013 р. порівняно з 2005 р. частка нових зареєстрованих випадків серед

¹² Актуальні питання впровадження замісної підтримуючої терапії в Україні М.В. Зеленська, О.Г. Єщенко, І.Л. Демченко «Туберкульоз. ВІЛ-інфекція» №2, 2015.

¹³ Команда дослідження потребує більше інформації щодо цього питання.

¹⁴ УЦКС.

¹⁵ УЦКС.

¹⁶ УЦКС.

осіб віком 15–24 роки від усіх нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції зменшилася у 2,5 рази, а у 2014 р. у 2,7 рази¹⁷.

Знання населення про ВІЛ та Толерантність

55% українців¹⁸ вважають, що дуже добре або досить добре поінформовані про ВІЛ і СНІД. Процент поінформованих респондентів є вищим серед молоді (68%). Протягом 2014 року найпопулярнішими джерелами інформації про ВІЛ і СНІД в Україні були телебачення (68%), зовнішня реклама/біл-борди (26%), газети/журнали (22%), брошури/листівки (14%) та Інтернет (не включаючи соціальні мережі – 14%). Тільки третина українців знають, що ВІЛ – це не смертний вирок, і тільки чверть знають, що ЛЖВ можуть у наш час жити нормальним життям.

Чоловіків більше, ніж жінок, серед тих, хто погодився б на секс без презерватива (7% і 5% відповідно). Також більше чоловіків (30%), ніж жінок (21%), не знали би, що робити, якби їхній новий партнер запропонував їм секс без презерватива. Разом з тим, жінки частіше вважають, що у них ніколи не буде нових стосунків (36% у порівнянні з 24% чоловіків).

З-посеред респондентів, що мали сексуальний досвід, 34% обговорювали питання безпечного сексу зі своїми партнерами; 26% обговорювали попередні сексуальні стосунки; 19% попросили своїх партнерів використати презерватив; така ж кількість опитаних пройшли тест на інфекції, що передаються статевим шляхом; 13% запитували своїх партнерів, чи проходили вони тест на ВІЛ; 8% відмовилися б від сексу в ситуації, коли партнер відмовляється використати презерватив.

Серед українців, які не користуються або не завжди користуються презервативами (за винятком тих, хто не користується презервативом через наявність одного постійного партнера), 37% називають причиною відмови від презерватива довіру до партнера; 30% кажуть, що презервативи не завжди під рукою; 21% – що презервативи роблять секс менш приємним; 20% користуються іншими засобами захисту; 15% не вважають це необхідним, а 12% кажуть, що презервативи надто дорогі.

Більше половини українців (62%) ніколи не проходили тест на ВІЛ, 32% – пройшли його, решта відмовились відповідати. Серед тих, хто ніколи не користувався презервативами або не завжди ними користувався, 48% зробили тест на ВІЛ.

81% тих, хто пройшов тест на ВІЛ, назвали основною причиною свого тестування необхідність отримати обов'язкову медичну довідку про стан здоров'я; решта переважно зробили тест заради власного спокою. Найпоширенішими місцями проведення тесту є жіночі консультації (41%) і центри СНІДу (22%).

Більшість українців (65%) вважають, що люди з ВІЛ мають право на збереження в таємниці свого діагнозу.

Думки щодо твердження, що люди інфікуються ВІЛ тільки через свою аморальну поведінку, розділились майже порівну: 44% вважають, що це твердження правильне, а 45% – не згодні/скоріше не згодні з ним. 36% порадили б людині, чий партнер інфікувався ВІЛ, продовжувати стосунки, але вживати заходів захисту від інфікування ВІЛ; 28% порадили б припинити стосунки, решта вагаються.

Тільки 12% українців готові допустити ЛЖВ як колега, сусідів, близьких друзів або членів сім'ї¹⁹. Більше половини українців не толерантні до ЛЖВ: 66% респондентів згодні допустити ЛЖВ тільки як мешканців України чи гостей України, або не пускали би ВІЛ-позитивних людей в Україну зовсім. Утім, українці виявляють ще меншу

¹⁷ УЦКС.

¹⁸ Обізнаність населення про епідемію ВІЛ в Україні 2014.- Київ: GIZ, 2015 р. (Волосевич Інна та ін., GfK Ukraine).

¹⁹ Шкала Богардуса (сприйняття незнайомих ЛЖВ).

толерантність до інших уразливих груп (СІН, гомосексуалів, працівниць секс-бізнесу).

Майже половина українців (46%) кажуть, що якщо вони дізнаються про те, що один з їхніх друзів чи колег ВІЛ-позитивний, то це не змінить їхнього ставлення і/або вони хотіли би допомогти цьому другу чи колезі. 30% намагалися б менше спілкуватися з цією людиною або цілковито припинили б спілкування, решта не впевнені в своїй реакції.

33% думають, що ВІЛ-позитивні діти можуть ходити в одну школу разом з ВІЛ-негативними дітьми, а 28% – проти цього (решта не впевнені в своїй позиції). Ті, хто проти, аргументують свою позицію тим, що ВІЛ-негативні діти можуть інфікуватися.

Згідно з іншим джерелом – дослідженням «Світове дослідження цінностей»²⁰, українське суспільство демонструє найвищий рівень нетолерантності саме до людей, що живуть з ВІЛ, та найбільших груп ризику. Так, 52,3% респондентів не бажали б мати людей, що живуть з ВІЛ, в якості своїх сусідів. Це є підтвердженням того, що в суспільстві панує досить високий рівень упередженості та стигми до ВІЛ-інфікованих людей. Також більше половини респондентів вважають, що секс-робота не може бути виправдана ніколи – 50,8%. Щодо виправдання насильства в сім'ї (коли чоловік б'є свою жінку) – 72% респондентів вважають, що воно не може бути виправданим ніколи, ще 12% – не може бути виправданим, і тільки 0,7% – що може бути виправданим.

Жінки більше ніж чоловіки вважають, що вони мають погане здоров'я (20% до 12%) та скоріше погане, ніж хороше (27,6% – чоловіки та 36,6% – жінки).

Більшість питань, що стосуються гендерної рівності на роботі, відпочинку, освіти, отримали досить низький рівень важливості (близько 10%). Наразі тільки 3,3% респондентів вважають дискримінацію жінок та дівчат важливою світовою проблемою, для порівняння – 13% вважають такою санітарію та інфекційні хвороби, а бідність – 63%. На це запитання чоловіки та жінки відповіли майже однаково.

Довіра до жіночих організацій є досить високою: 47,7% дуже довіряють (жінки – 51,1% та чоловіки – 43,6%) та 6,9% великою мірою (9,5% – жінки та 3,6% чоловіки). Отже, ми робимо висновок, що жіночі організації можуть бути впливовою інституцією, спроможною реалізовувати програми із значним соціальним впливом.

Соціокультурні норми та фактори

В Україні жінки наражаються на різні форми дискримінації, насильства та упередженості, котрі підвищують для них ризики інфікування ВІЛ. Цю ситуацію підживлюють вкрай розповсюджені гендерні стереотипи, поширювані і посилювані у ЗМІ та системі освіти.²¹

Економіка:

За останні 15 років середні зарплати жінок склали від 70,9 до 77,8% середніх зарплат чоловіків²². Згідно з дослідженням аналітиків одного з найпопулярніших веб-сайтів України з пошуку роботи *rabota.ua*, працедавці пропонують жінкам і чоловікам різні суми зарплат за роботу на всіх рівнях: на нижчих посадах жінкам пропонують 72% від того, що пропонують чоловікам, а на керівних посадах ця різниця сягає 40%. Посад, на яких жінкам пропонують вищі зарплати, ніж чоловікам, нема взагалі.²³

²⁰ Світове дослідження цінностей, Україна 2011 р., Research & Branding Group.

<http://www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV6.jsp>

²¹ Україна. Національний огляд виконання Пекінської декларації та Платформи дій, 2014 р.

²² Україна. Національний огляд виконання Пекінської декларації та Платформи дій, 2014 р.

²³ Под каблуком: как отличаются зарплаты женщин и мужчин. 22.01.2016 р. <http://blog.rabota.ua/pod-kablukom-kak-otlichayutsya-zarplatyi-zhenshhin-i-muzhchin/>

Через сімейні обов'язки жінки більше схильні йти працювати у бюджетні сфери, в котрих їм пропонують нижчі зарплати, але забезпечують щорічні відпустки, відпустку по догляду за дитиною та лікарняні. В деяких бюджетних сферах, як, наприклад, освіта, охорона здоров'я чи соціальні служби, жінки складають від 70 до 90% працівників. Це робить жінок економічно ще вразливішими в умовах кризи та війни на Сході: держава вживає заходів для скорочення бюджетного навантаження – шляхом скорочення кількості бюджетних працівників (як соціальні працівники) та утримання мінімальної зарплати на тому ж рівні (в умовах росту інфляції – за останні два роки українська валюта, гривня, втратила приблизно 70% порівняно з долларом²⁴, це значно погіршує їх платоспроможність).²⁵ Можна чекати, що економічне положення жінок буде і далі погіршуватись.

За даними Державної служби зайнятості України, у 2015 році серед працюючих жінок за наймом працювали 85,9%, самозайняті становили – 13%, і лише 0,8% були працедавцями (для порівняння, серед працюючих чоловіків 1,8% були працедавцями, 82,2% працювали за наймом та 15,8% були самозайняті).²⁶

Хоча законодавством передбачений рівний доступ до ресурсів, в жінок значні гірші шанси отримати банкову позику, вони керують меншою кількістю підприємств, ніж чоловіки: жінки є власницями 22% підприємств і керують 6% великих компаній в країні.

Вдома жінки також працюють значно більше, ніж чоловіки: жінки витрачають 31,17 годину на тиждень на неоплачувану працю вдома, а чоловіки – 19,63 годин.²⁷ Для тих жінок, які живуть у сільській місцевості, ситуація ще гірша: дорослі жінки працездатного віку витрачають щодня від 1,8 до 4 годин на роботу по господарству і на присадибній ділянці.²⁸

На порушення українського антидискримінаційного законодавства в оголошеннях про роботу в усіх ЗМІ часто зазначають стать і вік (а часом навіть і ступінь фізичної привабливості) людини, яку розглядатимуть на цю посаду.

Політика:

Хоча юридично у жінок та чоловіків однакові права голосувати та обиратися на виборні посади всіх рівнів, на практиці жінки вкрай слабо представлені на рівнях прийняття рішень. Згідно з Пекінським звітом, станом на 2013 рік жінки становили 9,4% депутатів Верховної Ради, 12% членів обласних рад, 28% членів міських рад та 51% членів сільрад.²⁹ Тобто, чим більше роботи і менше ресурсів у розпорядженні державного органу, тим більше в ньому буде жінок. Це значною мірою підриває можливість жінок впливати на рішення стосовно розподілу бюджетних коштів.

За останнім звітом України до CEDAW³⁰ за 2014 рік³¹, широкомасштабне репрезентативне опитування серед жінок України, спрямоване на з'ясування рівня обізнаності про міжнародні і українські закони, котрі забороняють дискримінацію проти жінок, та поширеності дискримінаційних практик, показало, що жінки переважно не в курсі про існування що українських, що міжнародних законів, котрі захищають їхні права, і не обізнані про заходи, до яких вони можуть вдаватися, якщо їхні права порушено

²⁴ The Ukrainian economy is not terrible everywhere. 20.01.2016. <http://www.economist.com/blogs/freeexchange/2016/01/lviv-not-donetsk>

²⁵ Україна. Національний огляд виконання Пекінської декларації та Платформи дій, 2014 р.

²⁶ Державна служба зайнятості України, «Гендерні аспекти ринку праці».

<http://www.dcz.gov.ua/statdatacatalog/document?id=350808>.

²⁷ Європейське соціологічне анкетування, Україна, 2012 р. <http://www.europeansocialsurvey.org/data/country.html?c=ukraine>

²⁸ Комплексне дослідження становища жінок, які проживають у сільській місцевості, 2015, р.46.

²⁹ Україна. Національний огляд виконання Пекінської декларації та Платформи дій, 2014 р.

³⁰ Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок.

³¹ Розгляд звітів, поданих країнами-учасницями згідно зі статтею 18 Конвенції. Восьмий періодичний звіт держав-учасниць України, 2014 р. [Отриманий 6 серпня 2015 р.].

Фізична безпека:

Громадська думка про жертв зґвалтувань і жертв домашнього насильства і досі доволі жінконенависницька: жертв звинувачують в тому, що з ними сталося. Внаслідок цього жертви як домашнього³², так і сексуального³³ насильства рідко і неохоче звертаються до міліції (за офіційною статистикою злочинів, представленою на веб-сайті Генеральної прокуратури, за 2015 рік в Україні зафіксовано 323 зґвалтувань – у порівнянні із 8224 вбивств³⁴) і так само неохоче звертаються по медичну допомогу і по пост-контактну профілактику ВІЛ, зокрема.

Як показало дослідження, проведене у 2014 році, кожна п'ята жінка у віці 15-49 років зазнає фізичного насильства після того, як їй виповнилося 15 років: у 2007 році насильства зазнавало лише 17%.³⁵ Насильство з боку інтимного партнера підвищує ризик інфікування ВІЛ приблизно на 50%, а насильство — і страх насильства — перешкоджає жінкам і дівчатам звертатися по послуги у зв'язку із ВІЛ.³⁶

Згідно з тіншовим звітом, що його Жіночий консорціум України подав до Комітету з ліквідації всіх форм дискримінації щодо жінок, домашнє насильство лишається в Україні прихованою проблемою. В більшості випадків жертви нікому нічого не кажуть; опитування, проведене у 2009 році, показало, що лише 10% жінок, що зазнавали домашнього насильства, зверталися до міліції³⁷. Жінкам, які зазнають домашнього насильства, складно отримати допомогу: згідно з даними WAVE («Європейські жінки проти насильства»), в Україні працює лише одна національна гаряча лінія з боротьби із домашнім насильством, торгівлею людьми та дискримінацією за ознакою статі; ця гаряча лінія працює безплатно³⁸. На всю країну працює лише три притулки для жінок, які пережили домашнє насильство на загальну кількість в 100 місць, тобто в Україні відсутні 98% рекомендованих місць у притулках. Фінансованих державою центрів для людей, постраждалих від сексуального насильства, не існує; деякі громадські організації надають такі послуги за рахунок грантів. В ті притулки, які існують за рахунок державних коштів, все одно складно потрапити: вони вимагають прописку і паспорт (а також документ від дільничного міліціонера, який підтверджує факт домашнього насильства), деякі притулки не пускають із дітьми старшими 12 років; жінкам, які вживають наркотики, можуть відмовити. Притулки також не приймають жінок із психічними чи інфекційними хворобами чи ранами³⁹.

Домашнє насильство багато хто, включаючи й міліцію, розглядає як приватну, сімейну справу. Це практично унеможлиблює для жінок звертання по допомогу, як, по суті, і необізнаність більшості жінок про те, який захист для них передбачено за законом⁴⁰. В офіційній статистиці злочинів, представлена на веб-сайті Генеральної прокуратури, зазначено, що за 2015 рік в Україні зафіксовано 998 злочинів, пов'язаних із домашнім насильством, без жодних уточнень.⁴¹ Ані нинішній закон про

³² «Насильство у сім'ї — це війна на домашньому полігоні», — правозахисниця. <http://hromadskeradio.org/programs/protydia-nasylystvu/nasylystvo-u-simyi-ce-viyna-na-domashnomu-poligoni-pravozahysnyca>, переглянуто 1 лютого 2016 р.

³³ Відповідь на інформаційний запит, <http://www.irb.gc.ca/Eng/ResRec/RirRdi/Pages/index.aspx?doc=456002&pls=1>, переглянуто 1 лютого 2016 р.

³⁴ <http://www.gp.gov.ua/ua/stst2011.html? m=fslib& t=fsfile& c=download&file id=194699>, переглянуто 1 лютого 2016 р.

³⁵ Фонд народонаселення ООН, «Поширеність насильства щодо дівчат і жінок», Київ 2014 р.

³⁶ Women living with HIV speak out against violence 2014.

<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/womenlivingwithhivsspeakout>

³⁷ Програма розвитку ООН (ПРООН) в Україні (2010 р.) «10 невідомих фактів про насильство в сім'ї: Спільний проект ЄС та ПРООН презентував результати нового дослідження», UNDP Україна, Київ.

<http://www.ua.undp.org/content/ukraine/en/home/presscenter/articles/2010/01/15/ten-unknown-facts-about-domestic-violence-in-ukraine-a-joint-eu-undp-project-releases-new-poll-results.html> (переглянуто 1 лютого 2016 р.).

³⁸ <http://www.wave-network.org/country/ukraine>, переглянуто 1 лютого 2016 р.

³⁹ Правила притулку при Деснянському центрі у справах сім'ї і жінок, <http://fam-center.at.ua/index/pritulok/0-5>, переглянуто 1 лютого 2016 р.

⁴⁰ Жіночий консорціум України (2008) «Альтернативна доповідь щодо імплементації Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (CEDAW) в Україні». Київ. с. 42-43

⁴¹ <http://www.gp.gov.ua/ua/stst2011.html? m=fslib& t=fsfile& c=download&file id=194699>, переглянуто 1 лютого 2016 р.

домашнє насильство, ані чинний Карний кодекс України не розглядають інші форми гендерного насильства.

У 2012 році 8% жінок та 4% чоловіків повідомили, що вони інфікувалися ВІЛ внаслідок насильницьких дій⁴², а ще 12% жінок та 9% чоловіків визнають можливість того, що вони були жертвами насильства. 26% працівників ВІЛ-сервісних організацій в своїй роботі спостерігали ситуації, коли насильство призводило до інфікування жінок ВІЛ.

В Україні репресивне законодавство є одним з основних чинників поширеності насильства щодо жінок, які вживають наркотики, та жінок-секс-працівниць. 83,3% жінок-СІН повідомляють, що зазнавали насильства з боку працівників міліції (побиття, тортури)⁴³. Вони також повідомляли про відсутність їжі або погане харчування – 63%, неспроможність надати медичну допомогу – 53%, залякування, приниження, жорстоке ставлення – 40%. В інтерв'ю фокус-груп 29% респонденток були неспроможні оцінити ефективність роботи міліції; 35% повідомляли, що міліція виконувала свої обов'язки лише у випадку особистої зацікавленості; 35% жінок зауважували упереджене ставлення до них через їхній соціальний статус. Законодавство щодо контролю за незаконним обігом наркотичних речовин і досі вкрай жорстке і зосереджене на покаранні. Такий підхід призводить до криміналізації жінок і дівчат з тих груп населення, котрі є найуразливішими стосовно інфікування ВІЛ.

Чисельність жінок у виправних закладах України за період 1 січня 2015 – 1 січня 2016 рр. суттєво зменшилась: з 3125 до 2018 жінок⁴⁴. Натомість загальна чисельність засуджених жінок, включаючи тих, хто ще не прибув для відбування покарання до колоній і перебуває у СІЗО або на етапі, більша, і станом на 01.01.2016 р. їх кількість склала 2796 жінок. В будинках малюків разом із засудженими мамами тримається 39 дітей. Жінки склали 4,3% та 2,9% тюремного населення відповідно. Кількість ВІЛ-інфікованих, які знаходяться під медичним наглядом станом на 1 січня 2016 становить 4130 людей (5,9% від загальної кількості засуджених), з них 346 жінок (8,4%). Під час соціологічного опитування 9,2% жінок, які живуть з ВІЛ, зазначили, що були за ґратами, а 12,5% – утримувалися під вартою⁴⁵.

Фахівці відзначають наступні психологічні особливості засуджених жінок в Україні⁴⁶:

1. Кожна третя засуджена має залежність або від наркотичних засобів або від алкоголю.
2. Підвищена емоційна лабільність, вразливість, сентиментальність, сугестивність.
3. Схильність до нервово-психічних зривів вища, ніж у засуджених чоловіків.
4. Легше підпадають під вплив сильнішої особистості чи групи, в якій перебувають.
5. Болючіше, ніж чоловіки, реагують на сам факт ізоляції, в результаті частіше виникають такі негативні психічні стани як депресія, апатія, фрустрація, підвищена агресія, збудливість.

⁴² Згідно з результатами дослідження "Гендерні аспекти надання послуг для ЛЖВ", підготовлений ІП «ГФК ЮКРЕЙН» для ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ» (грудень 2012 р.).

⁴³ Препятствия, не позволяющие наркозависимым женщинам, пострадавшим от насилия со стороны правоохранительных органов, использовать существующие механизмы защиты своих прав. Клуб «Світанок», Краматорськ, Донецька область, Україна. О. Пономарева, О. Гатиятуллин. <http://www.club-svitanok.org.ua/snyzhenye-vreda/zhenschyna-y-narkotyky/prepyatstvyya-ne-pozvolayuschyje-narkozavysymym-zhenschynam-postradavshym-ot-nasylyya-so-storonyi-pravoohranytelnyh-orhanov-vspolzovat-suschestvuyuschyje-mehanzmyi-zaschytyi-svoyh-prav/>

⁴⁴ Державна Пенітенціарна Служба України.

⁴⁵ Дослідження ВБО "Позитивні жінки": Сексуальне і репродуктивне здоров'я, гендерна рівність та права людини, гендерне насильство, економічні та політичні можливості жінок, що живуть з ВІЛ в Україні. Березень 2016.

⁴⁶ Регіональні проблеми ресоціалізації уразливих груп засуджених та звільнених з місць позбавлення волі в Харківській області <http://www.khpg.org/index.php?id=1433119362>

6. Перебуваючи в місцях позбавлення волі, більше, ніж чоловіки, цінують матеріальні блага та сімейні відносини.

7. Хворобливо реагують на розірвання дружніх відносин в установах виконання покарань.

8. Менше, ніж чоловіки, скоюють рецидив злочинів.

Під час опитування засуджених жінок кожна друга з них зазначила негативний вплив на її особистість позбавлення волі, пов'язуючи це зі своїм певним психологічним станом, з тим, що втратила інтерес до життя, утратила все найдорожче і значиме для неї. Кожна третя з них вказала на факт отримання негативного досвіду, подальшої криміналізації і підвищення злочинного професіоналізму.

У Бангкокських правилах⁴⁷ міститься норма про розміщення жінок-ув'язнених, по мірі можливості, у місцях ув'язнення, що розташовані недалеко від місця їх проживання або місця соціальної реабілітації, з обліком їх обов'язків по виходу, а також індивідуальних побажань жінки й наявності відповідних програм і послуг. Засуджені до позбавлення волі мають відбувати призначений строк покарання у виправній колонії, як правило, у межах адміністративно-територіальної одиниці відповідно до їх місця проживання до засудження або місця постійного проживання родичів засудженого⁴⁸. Це положення мало б забезпечити належний рівень підтримки родинних зв'язків, на що вказується у міжнародних стандартах. Реалії сьогодення такі, що жінки частіше дискриміновані з точки зору розміщення, адже жіночих колоній не так багато і вони розташовані по території України непропорційно. Усе це у поєднанні з відсутністю у родини грошей на поїздки, брак часу, складнощі оформлення документів, якщо дитина засудженої перебуває в інтернатному закладі – значно ускладнює контакти з сім'ями. Більшість жінок їх взагалі втрачає через наведені обставини.

Згідно з Пекінським звітом⁴⁹, основні причини дискримінації жінок за ознакою статі такі:

- Відсутність політичної волі провести гендерну трансформацію на найвищому рівні прийняття рішень у законодавчій та виконавчій гілках влади;
- низька представленість жінок на рівні прийняття рішень;
- глибоко вкорінені гендерні стереотипи про ролі і здібності жінок;
- високий ступінь гендерної сегрегації, як вертикальної, так і горизонтальної, у сфері зайнятості;
- низька правова обізнаність населення.

Згідно з останнім звітом України за Конвенцією про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок від 2014 року⁵⁰, опитані експерти одностайні в тому, що одна з основних причин поширеності дискримінації за ознакою статі в українському суспільстві – це те, що всі форми дискримінації в Україні лишаються непокараними.

Механізм впровадження гендерної рівності та відповідь на епідемію ВІЛ та СНІДу. Законодавство щодо гендеру та ВІЛ.

Серед українців рівність прав жінок і чоловіків як посутню рису демократії вважають абсолютно важливою 48,9% (42,7% – чоловіки та 53,9% – жінки) та дуже важливою – близько 26%. Зовсім неважливою – 1,3%.⁵¹

⁴⁷ Правила ООН стосовно поводження з ув'язненими жінками і засобів покарання для жінок-правопорушниць без позбавлення їх свободи (Бангкокські правила), Правило 4.

⁴⁸ Стаття 93 КВК України.

⁴⁹ Україна. Національний огляд виконання Пекінської декларації та Платформи дій, 2014 р.

⁵⁰ Розгляд звітів, поданих країнами-учасницями згідно зі статтею 18 Конвенції. Восьмий періодичний звіт держав-учасниць України, 2014 р. [Отриманий 6 серпня 2015 р.]

⁵¹ Дослідження життєвих цінностей населення, Україна 2011 р., проведений «Research & Branding Group».
<http://www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV6.jsp>

Стосовно гендерної рівності Україна має розроблену нормативно-правову базу, яка складається з міжнародних конвенцій і угод та з національного законодавства.⁵²

Державна установа, яка відповідає за просування та підтримку гендерної рівності – Міністерство соціальної політики, зокрема, Департамент сімейної, гендерної політики та протидії торгівлі людьми⁵³. Це Міністерство також відповідальне за міські центри соціальних послуг для сім'ї, дітей і молоді, котрі зобов'язані надавати послуги жертвам домашнього насильства.⁵⁴ Воно регулярно розробляє у співпраці із громадянським суспільством Національний план дій з утвердження гендерної рівності. Згідно з Щорічною узагальненою доповіддю правозахисних організацій «Права людини в Україні 2013», лівову частку послуг жертвам домашнього насильства надають саме громадські організації⁵⁵ (в їх щорічній доповіді за 2014 рік нема розділу про гендерну дискримінацію та насильство проти жінок⁵⁶).

Державна установа, відповідальна за попередження домашнього та сексуального насильства і захисту жертв такого насильства, – Міністерство внутрішніх справ, і, зокрема, недавно утворена Національна поліція України, котра перебрала на себе функції попередньої системи дільничних міліціонерів. Ця установа також відповідає за збір статистики про домашнє насильство і злочини проти статевої свободи, але ці дані не представлені в інтернеті як окремий матеріал: їх можна знайти у зведених таблицях статистики на веб-сайті Генеральної прокуратури⁵⁷. Дані Міністерства внутрішніх справ стосовно торгівлі людьми наявні на його офіційному веб-сайті⁵⁸.

Наказ МОЗ України "Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків" стосується тільки працівників сфери охорони здоров'я; на веб-сайті Міністерства охорони здоров'я нема жодних інших протоколів чи процедур стосовно пост-контактної профілактики ВІЛ.

Питання ратифікації та подальшого впровадження Конвенції Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу з цими явищами, також званої як Стамбульська конвенція, досі не вирішене. Ця конвенція

⁵² Міжнародні конвенції включають (перелік не є вичерпним):

- Статут ООН (1945 р.);
 - Загальна декларація прав людини (1948 р.);
 - Конвенція про боротьбу з торгівлею людьми і з експлуатацією проституції третіми особами (1949 р.);
 - Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (1950 р.);
 - Декларація про ліквідацію дискримінації щодо жінок (1967 р.);
 - Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (ратифікована в 1981 р.), і Факультативний протокол до Конвенції (в 2003 р.);
 - Пекінська декларація і Платформа дій (1995 р.);
 - Цілі розвитку тисячоліття (2000 р.);
 - Конвенція Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу з цими явищами (Стамбульська конвенція) (підписана у 2011 р.; процес ратифікації триває).
- Українське законодавство і нормативно-правова база з гендерної рівності включають (перелік не є вичерпним):
- Конституція України (1996 р.);
 - Сімейний кодекс України (2002 р.);
 - Закон України про попередження насильства в сім'ї (2002 р.) (його має замінити новий закон – Про запобігання та протидію домашньому насильству який відповідає вимогам Стамбульської конвенції);
 - Закон України про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків (2005 р.);
 - Закон України про протидію торгівлі людьми (2012 р.);
 - Постанова Кабінету Міністрів України № 717 «Про затвердження Державної програми забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року» (2013 р.);
 - Закон України про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні (2013 р.);
 - Стратегія діяльності Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини у сфері запобігання та протидії дискримінації в Україні на 2014-2017 роки (2013 р.);
 - Національна стратегія у сфері прав людини (2015 р.);
 - Постанова Кабінету Міністрів України " Про затвердження плану дій з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 року" (2015 р.);
 - Кодекс законів про працю (2015 р.).

⁵³ http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/article?art_id=160863&cat_id=160862

⁵⁴ Постанова Кабінету Міністрів України № 573, "Про затвердження Загального положення про центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді", <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/573-2013-%D0%BF>

⁵⁵ http://helsinki.org.ua/index.php?id=1398061293#_ftn2

⁵⁶ <http://helsinki.org.ua/index.php?r=1.4.1.11>

⁵⁷ http://www.gp.gov.ua/ua/stst2011.html?dir_id=112173&libid=100820&c=edit&c=fo

⁵⁸ <http://www.mvs.gov.ua/ua/statistic>

була прийнята Комітетом Міністрів Ради Європи 7 квітня 2011 р. та набула чинності 1 серпня 2014 р. Україна підписала цей важливий міжнародний документ 7 листопада 2011 р., приєднавшись до країн-членів конвенції. Але і нині, у 2016 р., підготовка до її ратифікації досі триває, а сама конвенція вкрай рідко, якщо взагалі, згадується в ЗМІ.

Стамбульська конвенція – це перший обов'язковий системний міжнародний юридичний документ, котрий діє як загальновізнана світова точка відліку у роботі з попередження насильства проти жінок та домашнього насильства шляхом захисту жертв насильства і гарантування притягнення до відповідальності кривдників.

Зараз на сході України тривають бойові дії, ветерани повертаються додому, де послуги з психологічної реабілітації майже відсутні, зростає кількість внутрішньо переміщених осіб, соціальна напруга збільшується, а економічна криза погіршує і без того низький рівень життя значної кількості родин. Громадські організації, котрі працюють із домашнім насильством, вже повідомляють про стрімке зростання кількості дзвінків від жінок і дітей, які звертаються до них по допомогу. В цих умовах надзвичайно важливо, щоб Україна ратифікувала Стамбульську конвенцію та запровадила систему надання допомоги жертвам насильства та покарання кривдників.

Станом на 5 лютого 2016 року в Єдиній інформаційній базі даних (ЄБІД) про внутрішньо переміщених осіб (ВПО) з Криму та Донбасу Міністерства соціальної політики⁵⁹ міститься інформація про 1 706 646 ВПО, в тому числі 1 039 611 жінок (61%) та 667 035 чоловіків (39%)⁶⁰. 929 ВІЛ-позитивних людей, які є ВПО, отримують послуги догляду та підтримки в осередках та в організаціях суб-грантерах Всеукраїнської мережі ЛЖВ (26 НДО), переважно на території Донецької, Луганської, Запорізької, Харківської областей та м. Києві. НУО, які працюють з ВПО на сході України, мають досвід моніторингу дотримання прав та надання правової допомоги ВПО, які живуть з ВІЛ⁶¹.

В Україні на сьогодні є суттєвий, але вкрай недостатній прогрес у сфері доступу ВІЛ-позитивних жінок та жінок з уразливих груп до необхідних послуг для підтримки жіночого здоров'я. В країні працює державна програма "Репродуктивне здоров'я нації", «Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки», однак питання безоплатного доступу жінок з уразливих груп до засобів контрацепції та захисту від інфікування статевим шляхом, як і багато інших питань, сьогодні залишається невирішеним.

Хоча українське законодавство захищає репродуктивні права жінок, питання репродуктивного насильства (примус до вагітності, примус до абортів та інші споріднені злочини) в законодавстві в жодний спосіб не розглядається.

Разом з тим, високий рівень безпліддя українських сімей (10% а за деякими даними – 15%), можна віднести до прямих репродуктивних втрат держави. Питання забезпечення доступу до можливості безпечного запліднення та мати біологічно свою дитину є надзвичайно актуальним і для пар, уражених епідемією ВІЛ, з огляду на те, що в Україні за оцінками експертів ВІЛ вражено близько 0,8% дорослого населення, з них близько 70% – це громадяни репродуктивного віку, а нові випадки ВІЛ-інфекції реєструються переважно у віковій групі від 25 до 49 років.

Це зумовлює нагальну необхідність забезпечення доступу громадян, яких торкнулася епідемія ВІЛ, до медичних технологій безпечної реалізації репродуктивних планів, що є одним із стратегічних завдань держави в умовах негативної демографічної ситуації в країні.

⁵⁹ <https://dostup.pravda.com.ua/request/8771/response/13203/attach/2/25%20081%20164%2016%201.pdf>

⁶⁰ Майже 741,7 тис. сімей звернулися по допомогу для оплати житла, 694,9 тис. з них було призначено допомогу. Всього на поточний рік в держбюджеті на побутові потреби переселенців було закладено трохи більше 2,8 млрд грн. Розмір допомоги для непрацюючих громадян становить менше 900 грн, для працюючих - в два рази менше.

⁶¹ <http://pereselenci-med.kh.ua/?p=406>

До 2011 року в Україні існувало повне обмеження в реалізації репродуктивних планів для людей, які живуть з ВІЛ. Наразі на законодавчому рівні це питання врегульовано. Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», який набув чинності з січня 2011 року⁶², визначено, що «Люди, які живуть з ВІЛ, мають право на участь у допоміжних репродуктивних технологіях за умови запобігання передачі ВІЛ-інфекції від батьків майбутній дитині» (стаття 10, п.2).

Одним із завдань іншого закону України – Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки – також передбачено забезпечення доступу людей, які живуть з ВІЛ, до допоміжних репродуктивних технологій за умови запобігання передачі ВІЛ від батьків до майбутньої дитини. При цьому, починаючи з 2014 року не менше трьох державних центрів допоміжних репродуктивних технологій мають надавати такі послуги.

Однак на сьогоднішній день вищевказані два закони України не виконуються: досі відсутні підзаконні акти, які б визначали порядок, яким чином необхідно унеможливити інфікування ВІЛ майбутньої дитини, а у відомчих наказах наявність ВІЛ-інфекції залишається прямим протипоказанням до застосування допоміжних репродуктивних технологій, і жодний із існуючих центрів такі послуги не надає.

Це питання потребує серйозної адвокації з боку спільноти людей/жінок, які живуть з ВІЛ, громадських активістів(ок) та феміністичних рухів.

Незважаючи на зусилля держави забезпечити нормативне поле для доступу жінок із опіоїдною залежністю до медичних послуг, сьогодні ця проблема також є надзвичайно актуальною. Зокрема, лише на рівні пілотного проекту⁶³ було забезпечено безперешкодний доступ до ЗПТ вагітних із наркотичною залежністю на базі жіночих консультацій мм. Київ, Дніпропетровськ та Полтава.

Зусилля щодо забезпечення належного рівня доступу до ЗПТ для жінок в Україні, передусім вагітних, доцільно спрямувати на забезпеченні можливості у випадку вагітності отримувати ЗПТ на базі жіночих консультацій та пологових будинків. Складовими цієї моделі є медичний догляд та підтримка під час вагітності та після пологів із застосуванням міждисциплінарного підходу (акушер-гінеколог, нарколог, неонатолог, інфекціоніст, лікар загальної практики-сімейної медицини, соціальний працівник, консультант за принципом «рівний-рівному»). Медичний компонент повинен забезпечити можливість доступу вагітної до якісних інтегрованих медичних послуг на базі одного закладу охорони здоров'я та включати:

- медичний супровід пацієнтки у відповідності до профілю основного захворювання;
- проведення курсу профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини у разі ВІЛ-позитивного статусу вагітної;
- інформування родини (партнерів) про вплив наркотичних речовин на плід та новонароджену дитину;
- інформування щодо сучасних методів лікування наркозалежності та вирішення питання щодо замісної підтримувальної терапії опіоїдної залежності для обох партнерів;
- антенатальна диспансеризація плода;
- вирішення питання щодо планування сім'ї, засобів контрацепції та профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, під час вагітності та у післяпологовому періоді;

⁶² Прийнятий 23 грудня 2010 року <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2861-17>

⁶³ Реалізовано згідно наказу МОЗ України від 27.09.2011 №623 «Про впровадження пілотного проекту «Забезпечення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини та покращення перинатальних показників у вагітних з наркотичною залежністю та народжених ними дітей» за підтримки ЮНІСЕФ та Фонду Клінтона в Україні.

- інформування з питань профілактики ВІЛ, спостереження за вагітністю із залученням статевого партнера. Тестування на ВІЛ статевого партнера під час вагітності;

- консультування з питань догляду за новонародженим, враховуючи наркотичну залежність жінки або обох партнерів.

Наразі робота з удосконалення нормативної бази продовжується. Так, з врахуванням вітчизняного та світового досвіду переглянутий наказ МОЗ України №716 від 14.11.2007 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини». У вересні 2014 року на пленумі акушер-гінекологів представлена Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини». Частиною цієї настанови є розділ, присвячений веденню вагітних із опієюдною залежністю, який враховує також результати впровадження вищезазначеного пілотного проекту. Готується до затвердження клінічний протокол «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини».

Невирішеним в цілому питанням в Україні залишається можливість ЛЖВ усиновити / удочерити дитину та піклуватися про неї. Так, відповідно до Сімейного кодексу України⁶⁴, не можуть бути усиновлювачами, опікунами, піклувальниками, прийомними батьками, батьками-вихователями особи, які страждають на хвороби, перелік яких затверджений Міністерством охорони здоров'я України.

Відповідно до Переліку захворювань, за наявності яких особа не може бути усиновлювачем⁶⁵, особи, які мають діагноз: ВІЛ (код В20-В24 за МКХ-10) не можуть бути усиновлювачами у зв'язку з тим, що до цього класу відносяться хвороби, що передаються контактним та трансмісивним шляхом.

Відповідно до нормативної бази вважається, що стан здоров'я осіб з хворобами, зумовленими ВІЛ (коди В20-В24 в МКХ-10) не дозволяє повноцінно виконувати батьківські обов'язки, що в сучасних реаліях завдяки високоактивній антиретровірусній терапії не відповідає дійсності. З даного переліку виключено лише пацієнтів з безсимптомною інфекцією (код Z-21), таким чином, лише ЛЖВ, які не мають клінічних проявів, можуть бути усиновлювачами в Україні.

Гендерно-чутливі послуги у сфері ВІЛ та СНІДу

В контексті ВІЛ та СНІДу гендер – один із ключових факторів, що визначає: ризик особи інфікуватися ВІЛ; наслідки інфікування ВІЛ; вплив ВІЛ-асоційованої хвороби та смерті на сім'ю і суспільство; соціально-економічні наслідки для країни.

Дослідження Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ, знову підтвердило, що жінки вразливіші до ВІЛ⁶⁶. При цьому вони менш здатні захищати себе від впливу ВІЛ та СНІДу через економічні, соціальні, правові, політичні і культурні перепони. Жінки можуть підкорятися чоловікам, тому що вони бояться відплати на кшталт побиття або розлучення, і тому що їхні гендерні ролі підштовхують їх до залежності. Для жінок в усьому світі вплив гендерної нерівності є очевидним у багатьох проблемах, пов'язаних із репродуктивним здоров'ям. Ймовірність передачі ВІЛ від чоловіка до жінки під час незахищених статевих контактів у 2-4 рази вища, аніж навпаки. Соціальні та статеві стосунки між жінкою та чоловіком найчастіше контролюють чоловіки. Жінка часто не може наполягати на використанні презерватива, якщо цього не хоче чоловік. Незахищеними є і секс-працівниці,

⁶⁴ Підпункту 8 частини 1 статті 212, частини 3 статті 244, частини 3 статті 256-2, частини 3 статті 256-6

⁶⁵ Затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України (від 20.08.2008 № 479, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України від 24.10.2008 за № 1022/15713 – нове джерело!)

⁶⁶ Дослідження було проведено Центром соціальних експертиз Інституту соціології Національної академії наук України в рамках проекту «Гендер і ВІЛ: від патерналізму до активної участі» ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» за фінансової підтримки Агенції з гендерної рівності та розширення прав жінок Організації Об'єднаних Націй (UN Women).

оскільки «умови» сексуального контакту визначає «замовник послуги». Незахищеною є й жінка-споживачка наркотиків, бо вона перебуває в цілковитій залежності від чоловіка, який постачає наркотики, а іноді – використовує той самий шприц після чоловіків.

Серед респондентів – отримувачів гендерно-чутливих послуг більше тих, хто підтверджує наявність у країні утисків прав жінок та/або чоловіків, ніж серед респондентів, які таких послуг не отримували.

Більше половини представників обох цільових груп стверджують, що частіше порушуються права представниць жіночої статі, а ще третина респондентів вважає, що утисків зазнають представники обох статей. На наявність порушень прав жінок вказують як самі жінки, так і чоловіки. Але серед чоловіків поширеніша думка, що порушуються права представників обох статей. Загалом близько чверті клієнтів ВІЛ-сервісних організацій вживають наркотики, причому серед них переважають потенційні клієнти гендерно-орієнтованих послуг. Близько половини як клієнтів, так і не-клієнтів вживають алкоголь, і незначна кількість надає сексуальні послуги за гроші.

Один із ключових висновків дослідження полягає у визнанні більшої вразливості жінок, передусім молодих, до епідемії та її наслідків.

Урахування гендерного чинника при наданні ВІЛ-сервісних послуг характерне переважно для міжнародних організацій або громадських ВІЛ-сервісних організацій і майже не характерне для державних організацій.

Робота з гендерними чинниками не була пріоритетом Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки, а також у роботі державних та неурядових організацій. Це призвело до того, що в Україні дуже обмежено реалізуються гендерно-чутливі програми подолання епідемії ВІЛ та СНІДу.

Прийняття нового законодавства є критично важливим першим кроком для збільшення правової обізнаності та допомоги із гендерних питань. Однак цього недостатньо: брак інформації про стандарти та прецеденти ЄС, загальна необізнаність громадян про їхні права та брак відповідної підготовки суддів і юристів є базовими чинниками, що зумовлюють недостатній вплив законодавства. Крім того, у більшості країн працівники не захищені від репресивних дій з боку роботодавців, якщо вони звертаються за правовим захистом своїх прав.

Дослідники наголошують: чим більшою буде гендерна дискримінація в українському суспільстві, чим нижчим буде соціальне становище жінок, тим частіше жінки наражатимуться на ризик інфікування ВІЛ. Таким чином, рівніші стосунки між статями та надання жінкам більших можливостей є життєво важливими умовами для успішної профілактики поширення ВІЛ-інфекції та створення умов для боротьби самих жінок із поширенням ВІЛ та СНІДу.

Були запропоновані такі рекомендації: Необхідне подальше вдосконалення законодавства у сфері ВІЛ/СНІДу. Передусім, це створення дієвого механізму забезпечення конфіденційності ВІЛ-статусу. Також якби неурядові організації отримали право звертатися до суду, а отже, представляти жертв дискримінації у судах, це стало б важливим кроком для відкриття більшої кількості справ з гендерної рівності та створення потужного законодавства.

Надзвичайно актуальною є проблема лідерства жінок у захисті себе від інфікування ВІЛ. У навчальні програми усіх рівнів із профілактики інфікування ВІЛ мають бути внесені положення щодо лідерства жінок у цьому питанні, зокрема, заохочення жінок нарівні з чоловіками брати участь у вирішенні проблем щодо використання презервативів.

У дослідженні «Доступ до послуг для жінок, які вживають наркотики», яке проводив ВБФ «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій», зазначається, що жінки-СІН у

більшості мають занижену самооцінку і не здатні себе захистити від приниження та насильства, оскільки залежать від чоловіків, котрі мають фінансові ресурси, продають чи поширюють наркотики. Ця залежність виробила у них високий поріг терпимості: за отримання наркотиків вони можуть надавати сексуальні послуги та використовувати шприц після чоловіків, що збільшує їхню уразливість щодо інфікування ВІЛ. Програми реабілітації та лікування СНІВ у більшості відвідують чоловіки, адже жінки більше зайняті родиною або мають занижену самооцінку, що заважає їм отримувати відповідні послуги, таким чином створюється відповідне середовище, в якому жінки/дівчата відчують себе некомфортно.

Прикладом забезпечення гендерно-чутливих програм для уразливих жінок є проект Альянсу громадського здоров'я «Розбудова потенціалу з метою реалізації якісних гендерно-чутливих інтервенцій зі зменшення шкоди в Україні»⁶⁷. Проект виріс з попередньої діяльності в рамках проекту «Санрайз»⁶⁸, де також апробувались гендерно-чутливі послуги для клієнтів програм зменшення шкоди. Висновки попереднього проекту:

- Чоловіки виявили неочікувану реакцію на гендерно-чутливі послуги: чим більше було уваги до жінок, тим більше вони відчували себе обділеними. Гіпотеза про те, що джерелом насильства виступає чоловік-споживач, не підлягає сумніву, але причини насильства криються в соціокультурних стереотипах.
- Так само соціокультурні стереотипи (відраза до споживачів, їх стилю життя та вигляду) визначають фактор ризику насильства.
- Поведінка соціальних працівників з клієнтами також визначається радше соціокультурними стереотипами щодо гендерних ролей, ніж принципами гендерної рівності.

Фокус цього проекту спрямовано на поліпшення роботи соціальних працівників: дослідження гендерно-орієнтованих програм, проектів, інтервенцій та послуг в сфері зменшення шкоди, пілотні послуги з урахуванням висновків дослідження, курс навчання (підвищення кваліфікації) для соціальних працівників центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді і соціальних працівників недержавного сектору, зміни в законодавстві. 30 листопада 2015 р. Альянс громадського здоров'я і Міністерство соціальної політики України підписали угоду про співпрацю в рамках проекту.

Наразі закінчено дослідження, яке дало такі висновки:

- Порівняння бачення гендерних ролей жінками-клієнтками та соціальними працівниками дало діаметрально протилежне бачення: жінки в першу чергу бачать себе як жінку, матір, утримувачку родини і в останню чергу – як споживачку, тоді як соціальні працівники бачать жінок в першу чергу споживачками і відповідно будують свою комунікацію на цих стереотипах.
- Це впливає на поведінку клієток, які знають про таке ставлення і маніпулюють соціальними працівницями. Оскільки соціальні працівники також в основному жінки, їхні клієнтки нав'язують їм образ рятівниці від споживання, подруги і в такий спосіб завойовують прихильність/ маніпулюють.
- Такі маніпуляції приводять до того, що навколо соціальних працівників формується певна група друзів, діяльність набуває «клубного» формату, охоплення цільових груп не зростає.
- Гендерно-чутливі послуги не відповідають потребам чоловіків та жінок. Жінки віддають перевагу швидкому отриманню інформації (через тягар інших родинних потреб), а їм надають послуги в формі довгих розмов «про життя». Чоловіки ж, навпаки, отримують швидку інформацію, тоді як вони б хотіли більше «розлогих розмов».

⁶⁷ За підтримки Французької міжнародної експертизи Ініціативи 5% (Expertise France 5% Initiative).

⁶⁸ «Посилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні шляхом надання послуг та інформації (SUNRISE)». <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/sunrise/index.htm>

На покращення якості життя дівчат та молодих жінок, які опинилися у складних життєвих обставинах⁶⁹ (зокрема тих, що живуть або значну частину часу проводять на вулиці та/або мають ВІЛ-позитивний статус), їхніх партнерів і дітей шляхом надання послідовної комплексної допомоги та підтримки через аутріч-роботу, послуги денного центру та забезпечення функціонування соціальної квартири як форми реабілітації, працювала організація "Право на здоров'я" (HealthRight International)⁷⁰. Вона також створила партнерства з осередками Мережі ЛЖВ для реалізації проекту «Свобода від насильства: розширення прав та можливостей дівчат і жінок у складних життєвих обставинах» щодо надання послуг ВІЛ-позитивним дівчатам і жінкам, їх чоловікам, партнерам. Співпраця була направлена на виявлення, діагностику, навчання та надання соціальних послуг ВІЛ-позитивним дівчатам і жінкам, які пережили насильство, а також на розвиток їхніх навичок соціально-психологічної адаптації; залучення партнерів, чоловіків ВІЛ-позитивних дівчат і жінок, потерпілих від насильства, до участі в корекційній програмі зі зміни поведінки, надання їм соціальних послуг; проведення тренінгів для спеціалістів, які працюють з ВІЛ-позитивними дівчатами і жінками, потерпілими від насильства, їх партнерами, чоловіками.

Щоденна підтримка дітей та підлітків, що живуть з ВІЛ або в родинях людей, що живуть з ВІЛ, є важливою складовою щоденного життя жінок. До 2014 року міжнародні організації⁷¹ надавали підтримку в створенні та утриманні центрів денного перебування дітей, яких торкнулася епідемія ВІЛ. Окрім дітей, батьки отримували консультації з питань формування прихильності, догляду за дітьми, психологічну, юридичну та соціальну підтримку. Нова модель фінансування ГФ СТМ змінила підходи до надання фінансування країнам. Таким чином, значно знизився рівень фінансування послуг для дітей та підлітків, які сприяли ефективності біомедичного втручання. Дитячі центри припинили свою роботу або вимушені були змінити свій фокус. Це відображає світові тенденції⁷².

НУО, які працюють з внутрішньо переміщеними особами (ВПО) на сході України, визначають наступні типові порушення прав ВПО, які живуть з ВІЛ⁷³:

Серед закладів охорони здоров'я:

- Відмова надавати послуги, оскільки особа не зареєстрована офіційно на території обслуговування закладу;
- Ухиляння від надання допомоги начебто через відсутність необхідного обладнання, ліків тощо, або надання допомоги з затримкою, постановка в чергу;
- Вимога оплати медичної послуги (вимога хабаря).

Серед соціальних служб:

- Відмова в реєстрації ВПО або перереєстрації статусу ВПО;
- Розголошення статусу ВІЛ-інфікованої особи (цей статус був ще непідтвердженим).

Роботодавці:

- Звільнення після того, як дізнавалися про статус ВІЛ (офіційно або неофіційно);
- Відмова брати на роботу людей, що живуть з ВІЛ;
- Дискримінація на робочому місці через ВІЛ-статус.

⁶⁹ <http://www.healthright.org.ua/projects-by-hr/dopomagayuchi-divchatam-ta-zhinkam-vrazilivim-do-infikuvannya-vil-zalishiti-vulicyu-ta-zminiti-zhittya-v-mm-kijiv-ta-doneck/>

⁷⁰ <http://www.healthright.org.ua/pro-nas/>

⁷¹ Глобальний фонд СТМ та ЮНІСЕФ. http://www.unicef.org/ukraine/activities_11384.html

⁷² Глобальний аналіз 22 проєктів концепцій та 16 грантових угод показав, що в рамках нової моделі фінансування діти і підлітки не отримують належної уваги. (Murray C. and Chambers R. Keeping score: fostering accountability for children's lives. The Lancet, 2015). ВІЛ-інтервенції, орієнтовані на підлітків, були мало представлені у проєктах концепцій і грантових угодах. Комплексні послуги стосовно ВІЛ та сексуального і репродуктивного здоров'я, орієнтовані на молодь, згадувалися рідко. (Children and the Global Fund: What is the HIV programming response to the needs of children, adolescents, and the youth? Ann Ithibu and Cleopatra Mugenyi, December 2015, Aidspace)

⁷³ <http://pereselenci-med.kh.ua/?p=406>

У 2008 році ВБО «Конвіктус Україна» розпочала в Україні проект «Триступенева всебічна програма реінтеграції в суспільство громадян, що перебувають на випробувальному терміні та звільнені з місць позбавлення волі». В рамках цієї програми було створено центр «Дім на півдорозі»⁷⁴, який став унікальним та єдиним безкоштовним та нерелігійним закладом в Україні для надання соціальних, психологічних, юридичних, освітніх послуг жінкам, звільненим з місць позбавлення волі, та їх тимчасового перебування. Основною метою роботи цього Центру є соціальна адаптація учасниць програми в суспільство і виключення повторного потрапляння в місця позбавлення волі. На жаль, на даний час Центр не має змоги примати учасниць з дітьми!

Регіональні програми

На основі аналізу заходів Національної програми в контексті врахування у ній гендерного підходу можна стверджувати, що цьому аспекту приділено достатньо уваги. Однак наразі питання полягає у виконанні визначених законом норм та їх врахуванні у відповідних регіональних програмах протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу.

Гендерна складова є наскрізною для політик та стратегій за всіма напрямками життєдіяльності суспільства, тому вищенаведені заходи можуть включатися до інших програм соціального спрямування.

При впровадженні регіональних програм та заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції та СНІДу із застосуванням гендерного підходу необхідно враховувати наступне:

1. Гендерні ролі можуть змінюватися в залежності від змін у потребах жінок і чоловіків, у тому числі ЛЖВ. Наприклад, якщо відповідні органи влади створили умови для підтримки матерів, які хочуть відмовитись від дитини (заклади «Матері і дитини»), то повинні бути створені умови і для підтримки чоловіків, які за різних обставин залишились без дружини, для отримання навчання по догляду за дитиною, допомоги соціального працівника тощо; якщо в родині з дітьми ВІЛ-позитивна жінка повинна відвідувати СНІД-центр, то у цей час з дітьми може залишитись чоловік.

2. Наявні стереотипи щодо стосунків чоловіків і жінок в родині та соціумі можуть заважати у доступі до комплексних послуг. Наприклад: жінка не йде робити тест на ВІЛ через страх, що чоловік звинуватить її у недовірі до нього; заняття з питань збереження репродуктивного та сексуального здоров'я проводяться тільки на базі гінекологічних кабінетів, оскільки освітяни вважають, що подібні знання є важливими тільки для дівчат.

Застосування гендерного підходу у програмах та заходах з профілактики ВІЛ-інфекції та СНІДу передбачає комплексне врахування потреб жінок/дівчат і чоловіків/хлопців, у тому числі ЛЖВ, на різних етапах їхнього життя:

- У сфері охорони здоров'я прикладами слугує створення програм з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції для наркозалежних жінок/дівчат та чоловіків/хлопців, організованих таким чином, щоб і жінки, і чоловіки почувалися комфортно під час відвідування лікувально-профілактичних закладів, груп взаємодопомоги тощо; створення посади лікаря-андролога для чоловіків/хлопчиків, оскільки робота з населенням з питань збереження репродуктивного здоров'я зводиться до медичного обслуговування жінок у лікарів-гінекологів; послуги з тестування на ВІЛ повинні проводитись за гнучким графіком на базі закладів охорони здоров'я та НУО.

- У сфері освіти прикладами слугує впровадження програм з лідерства для дівчат, які стали жертвами насильства в родині, для попередження їх можливого інфікування ВІЛ через наслідки втягування у проституцію чи торгівлю людьми; для

⁷⁴ За фінансової підтримки Шведської агенції з питань міжнародної співпраці та розвитку (Sida), за підтримки Шведської служби пробації та тюрем, а також ДПтСУ. <http://halfwayhouse.org.ua/uk>

хлопців – заняття з питань збереження репродуктивного та сексуального здоров'я, оскільки у підлітковому віці вони частіше вдаються до ризикованої поведінки.

- У соціальній сфері прикладами слугує створення програм «Школа батьківства» для жінок та чоловіків, які живуть з ВІЛ; створення чи підтримка притулків, центрів для жінок з дітьми, які опинились у складних життєвих обставинах і потребують послуг з лікування наркозалежності та/чи інфекцій, що передаються статевим шляхом; проведення інформаційних кампаній для місцевих громад, працівників освіти та охорони здоров'я з метою поширення поінформованості та толерантності до людей з іншою сексуальною орієнтацією, до людей, які вживають наркотики, які живуть з ВІЛ, і зміни ставлення до них.

Надання та забезпечення доступу до послуг, що враховують специфічні потреби, ризику інфікування ВІЛ та наслідки епідемії для обох статей цільових груп, є важливим показником ефективності регіональних програм з ВІЛ/СНІДу.

Цільові групи (відповідно до регіональних пріоритетів), для яких необхідно розробляти заходи та надавати послуги з урахуванням гендерного підходу:

- Жінки/дівчата і чоловіки/хлопці;
- Жінки/дівчата, які потерпають від насильства;
- Діти (дівчата/хлопці), які опинилися у складних життєвих обставинах;
- Діти (дівчата/хлопці), позбавлені батьківського піклування;
- Жінки/дівчата і чоловіки/хлопці, які знаходяться у місцях позбавлення волі;
- Трансгендерні люди;
- Жінки/дівчата і чоловіки/хлопці, які живуть з ВІЛ;
- Дискордантні пари;
- Люди, яких торкнулась епідемія ВІЛ; та
- Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ⁷⁵:
 - Споживачі ін'єкційних наркотиків;
 - Особи, які надають сексуальні послуги за винагороду;
 - Чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками;
 - Статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків;
 - Клієнти осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду;
 - Статеві партнери чоловіків, які практикують секс з чоловіками.

Гендерний підхід при аналізі ситуації, розробці регіональних програм, політик і стратегій з протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу полягає у врахуванні відмінностей та потреб жінок/дівчат та чоловіків/хлопців, визначенні і запровадженні механізмів, котрі дозволяють враховувати особливості впливу епідемії у різні періоди їх життя.

Впровадження гендерної складової у нормативних документах з ВІЛ / СНІДу цілком відповідає

- положенням основного закону України – Конституції;
- Закону України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків»;
- відповідним нормативно-правовим актам України;
- міжнародним зобов'язанням України, зокрема, виконанню Цілей сталого розвитку, наприклад:

ЦІЛЬ 3: Забезпечити здоровий спосіб життя і сприяти добробуту для всіх в будь-якому віці. (Підціль 3.3 До 2030 року покінчити з епідеміями СНІДу, туберкульозу та малярії та занедбаних тропічних хвороб і побороти гепатит, хвороби, що передаються через воду та інші інфекційні захворювання. Підціль 3.7 До 2030 року забезпечити універсальний доступ до послуг в області сексуального і репродуктивного здоров'я, в тому числі в сфері планування сім'ї, інформації та

⁷⁵ Наказ МОЗ України «Про затвердження переліку та критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» від 08.02.2013р. № 104, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 26 лютого 2013р. за № 323/22855

освіти, а також інтеграції репродуктивного здоров'я в національні стратегії та програми);

ЦІЛЬ 5: Досягнути гендерної рівності та розширити можливості жінок та дівчат (Підціль 5.1. Покінчити з усіма формами дискримінації по відношенню до всіх жінок і дівчаток у всьому світі. Підціль 5.6 Забезпечити універсальний доступ до охорони сексуального і репродуктивного здоров'я та репродуктивних прав, як було погоджено відповідно до Програми дій Міжнародної конференції з народонаселення та розвитку і Пекінської платформи дій та підсумкових документів конференції з їх розгляду).

Координація

Аналіз стану залучення жінок до координації діяльності у сфері протидії ВІЛ та СНІДу в 2014 році через координаційні механізми на рівні регіонів, де, власне, відбувається безпосередня реалізація відповідної державної політики, показав наступне. У складі регіональних рад з протидії ТБ та ВІЛ у 24 регіонах України (крім АР Крим, м. Севастополь та Київська область) працюють 636 фахівців, з них жінок – 259 (40%). При цьому 160 жінок представляли державний сектор (61,8%), а 99 – громадські організації (38,2%). Показово, що до роботи у керівництві рад було залучено лише 44 жінки, тобто усього 6,9% від загальної кількості членів рад.

У 2014 році проведено 44 засідання регіональних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (далі – регіональні ради). За результатами аналізу планів, звітів за 2014 рік Дніпропетровської, Донецької, Житомирської, Закарпатської, Запорізької, Івано-Франківської, Київської, Кіровоградської, Луганської, Львівської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Сумської, Херсонської, Черкаської, Чернівецької, Чернігівської регіональних рад визначено, що питання гендерної політики не розглядалися. Підсумки діяльності регіональних рад у 2015 р. наразі підводяться.

У 2014 році проведено 3 засідання Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, у 2015 р. – теж 3. Переглянувши порядки денні засідань та проаналізувавши протокольні рішення, виявлено, що питання гендерної політики не ініціювалися.

Участь жінок, які живуть з ВІЛ

В 1999 році створена і в 2001 зареєстрована Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ⁷⁶, найбільша і найпотужніша організація, що представляє інтереси ВІЛ-позитивних українців. Мережа ЛЖВ має 40 представництв в регіонах України, нараховує близько 500 членів, понад 400 співробітників, і надає послуги більше ніж 40000 клієнтам. Проект «Гендер та ВІЛ: від патерналізму до активної участі»⁷⁷ став відправною точкою мобілізації ВІЛ-позитивних жінок та створення жіночої мережі в Україні.

В 2011 році відбулося перше зустріч ініціативної групи «Об'єднання жінок України, яких торкнулася епідемія ВІЛ «Позитивні жінки». 1 лютого 2013 року організація отримала юридичну реєстрацію. На 2014-2015 роки були визначені наступні стратегічні цілі: (1). Розвиток жіночого лідерства та сприяння участі жінок, яких торкнулася епідемія ВІЛ, у прийнятті рішень на усіх рівнях (2). Підвищення доступу жінок, яких торкнулася епідемія ВІЛ, до широкого спектру якісних, в першу чергу гендерно-орієнтованих послуг. (3). Посилення організаційної спроможності та підтримка позитивного іміджу Об'єднання.

⁷⁶ <http://network.org.ua/network/history/>

⁷⁷ <http://network.org.ua/upload/gender/Bulletenua.pdf>

В 2014 році ВІЛ-позитивні жінки отримали свій перший досвід участі у підготовці крайнього звіту України CEDAW. ВБО «Позитивні жінки» брала активну участь шляхом участі у робочих засіданнях і подання усних і письмових пропозицій стосовно прав і потреб жінок і дівчат з уразливих груп: дівчат і жінок із позитивним ВІЛ-статусом, жінок, які вживають наркотики, жінок у комерційному сексі, жінок у місцях позбавлення волі, лесбійок і трансгендерних жінок.

Влітку 2015 року «Позитивні жінки» стали організаторками Першого національного жіночого форуму із міжнародною участю з ВІЛ та СНІД⁷⁸, який в своїй Резолюції⁷⁹ закликає людей, які приймають рішення, та партнерів:

1. Забезпечити значиму участь жінок, які живуть з ВІЛ, та вразливих до ВІЛ: в підготовці національних планів по виконанню програми сталого розвитку після 2015 року (Post-2015); в підготовці національних звітів Комісії з ліквідації усіх форм дискримінації по відношенню до жінок; в роботі координаційних механізмів, які формують регіональну (Східна Європа та Центральна Азія), національну та обласну політику з гендерної рівності, ВІЛ та СНІД.

2. Забезпечити повне включення питань сексуального та репродуктивного здоров'я жінок та їх прав (СРЗП) до порядку денного програми сталого розвитку після 2015 року.

3. Всебічно сприяти повазі, захисту та реалізації прав жінок та дівчат на здоров'я, гідність та особисту недоторканість.

4. Підтримати протягом націоналізації цілей сталого розвитку комплексний підхід до здоров'я жінок, враховуючи СРЗП, особливо потреби у області медичних та психосоціальних послуг (наприклад, профілактичні обстеження раку шийки матки, УЗД, мамографію і т.п.), дотримання прав жінок які живуть з ВІЛ, доступність сучасних методів контрацепції.

5. Признати, що залишається без уваги інституціональне насильство⁸⁰, коли жінки та дівчата залишені без права на здоров'я та не мають доступу до послуг сексуального та репродуктивного здоров'я, якщо вони: молоді, вживають наркотики, бідні, інфіковані ВІЛ, проживають у сільській місцевості, з різною сексуальною орієнтацією або гендерною ідентичністю, живуть у різних вразливих ситуаціях, знаходяться у місцях позбавлення волі.

6. В розробці та реалізації національних стратегій та програм працювати в напрямку забезпечення всеохоплюючого та заснованого на правах людини підходу до здоров'я жінок та дівчат.

7. Підтримувати та зміцнювати організаційну та адвокаційну спроможність мереж, груп, об'єднань жінок, які живуть з ВІЛ, та вразливих до ВІЛ.

Восени 2015 року ВІЛ-позитивні жінки України приєдналися до регіональної кампанії «Насильству немає виправдання!» в рамках 16 днів активізму проти гендерного насильства. Понад 100 заходів пройшли в 23 містах України (13 областей): міні-тренінги, заняття з арт-терапії, фотосесії для жінок, які пережили насильство, соціальні кіно-клуби по гендерному насильству; створення і

⁷⁸ <http://www.women-union.org.ua/#!blank/zcg0o>

⁷⁹ Резолюція форуму <http://www.ewna.org/>

⁸⁰ Такими прикладами є:

- 5.1. Відсутність законодавчо закріплених механізмів та практики проведення ЕКЗ для жінок, які живуть з ВІЛ, в Україні.
- 5.2. Психологічне, фізичне, економічне та сексуальне насильство по відношенню до жінок, які вживають наркотики, та секс-працівниць з боку співробітників правоохоронних органів.
- 5.3. Стигма та дискримінація (ізоляція, порушення таємниці діагнозу, образи) по відношенню до жінок, які живуть з ВІЛ, в закладах до- та післяродової допомоги, особливо у малих містах та селах.
- 5.4. Відсутність широкої практики з організації якісного медичного та соціального супроводу наркозалежним вагітним жінкам із застосуванням опіоїдної замісної терапії.
- 5.5. Відсутність системного навчання та координації з дотичних питань – СРЗП, профілактика ВІЛ та насилля.
- 5.6. Низька доступність послуг кризових центрів та реабілітації для жінок, особливо з дитиною/дітьми.
- 5.7. Бар'єри у реалізації права на сім'ю у ВІЛ-позитивних жінок, які бажають усиновити дитину.
- 5.8. Тягар по догляду, лікуванню та соціальному захисту дітей, які живуть з ВІЛ, в умовах відсутності дитячих форм АРВ-препаратів, включаючи нові форми, які вживають разом з їжею, і комбіновані форми з фіксованим дозуванням, особливо у сільській місцевості.

демонстрація соціальних відео-роликів про гендерне насильство; проведення соціальних опитувань; вуличні вистави; навчання студентської молоді; тематичні групи взаємодопомоги для вразливих підлітків. За підсумками кампанії вийшло понад 100 публікацій в засобах масової інформації.

Наприкінці 2015 року “Позитивні жінки” розпочали дослідження “Сексуальне і репродуктивне здоров’я, гендерна рівність та права людини, гендерне насильство, економічні та політичні можливості жінок, що живуть з ВІЛ в Україні”.

Головні цілі дослідження містять: збір та аналіз проблем і потреб жінок, що живуть з ВІЛ, в Україні в сфері сексуального та репродуктивного здоров’я, гендерної рівності та прав людини, гендерного насильства, економічних і політичних можливостей; виокремлення пріоритетів для національного порядку денного; створення платформи для максимального залучення жінок до обговорення та вирішення означених проблем; визначення сфери нових досліджень; створення основи для правозахисної діяльності на національному та регіональному рівнях. Дослідження є унікальним, бо вперше в Україні його організували і проводять самі жінки, яких торкнулась епідемія ВІЛ.

Фінансування та бюджетування

Фінансування Національної Програми здійснюється за рахунок коштів державного і місцевого бюджетів, Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом і малярією, а також інших джерел. Орієнтовний обсяг фінансування на 5 років становить:

усього за Програмою — 6,4 млрд. грн., у тому числі:

з Державного бюджету – 4,9 млрд. грн.;

з місцевих бюджетів — 272,5 млн. грн.;

з коштів Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією – 1,2 млрд. грн. (враховано за курсом 8 грн за 1 дол. виділених коштів);

з інших джерел – 4,4 млн. грн.

Вказаний обсяг фінансування є вкрай необхідним для:

- впровадження адекватних вимогам часу профілактичних кампаній та широкомасштабних навчальних програм для учнів та студентів освітніх закладів;
- щорічного охоплення профілактичними заходами представників груп ризику: більше 160 тисяч споживачів ін’єкційних наркотиків, 80 тисяч ув’язнених, 30 тисяч дітей, які потрапили у складні життєві обставини, 40 тисяч осіб, які займаються проституцією, та чоловіків, що мають секс з чоловіками;
- забезпечення консультування та тестування на ВІЛ не менше як 5% населення щороку;
- 100% доступ до постконтактної профілактики, профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, тестування донорської крові;
- доступу до життєво необхідного лікування для 120 тисяч громадян України, хворих на СНІД;
- забезпечення необхідного рівня матеріально-технічного стану закладів охорони здоров’я, у тому числі лабораторій; та інше.

Найгострішим питанням залишається щорічне недофінансування заходів програми, що унеможлиблює досягнення її очікуваних результатів у повному обсязі. Так, наприклад, у 2009 році обсяг фінансування сягнув 59%, а у 2013 – лише 39% від затвердженого Програмою, наразі у зв’язку із стрімким знеціненням гривні та економічною кризою в країні рівень фінансування продовжує знижуватися та не задовольняє навіть третини від потреби.

За підтримки Уряду США в Україні впроваджено низку проектів міжнародної допомоги, які суттєво вплинули на розвиток епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції та туберкульозу в Україні.

За обсягом фінансових інвестицій, починаючи з 2004 року, найбільшим партнером сьогодні є Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Допомога ГФ у обсязі більше 400 млн. доларів США дозволила вирішити низку стратегічних питань, зокрема:

- забезпечити фінансування напрямків, які не покривалися за рахунок державного бюджету, насамперед це профілактичні програми для представників груп ризику, уразливих щодо інфікування ВІЛ;
- забезпечити розвиток громадського суспільства, а саме громадських організацій, які працюють у сфері протидії СНІДу.

Наразі Україна реалізує грант в обсязі 130,5 млн. доларів на період 2015-2017 роки. Планується реалізувати новий механізм фінансування, запропонований ГФ, та забезпечити роботу у перехідний період – від донорського до державного фінансування необхідних заходів. Уся діяльність, запланована до реалізації у рамках гранту, зосереджена на розв'язанні проблеми ВІЛ-ТБ, однак гендерно чутливі програми у ньому не виділяються в окремі напрями.

Важливою і актуальною є тема гендерного бюджетування. Гендерний бюджет – це не окремий специфічний бюджет, а планування чи реструктурування доходів та витрат таким чином, щоб потреби населення, як жінок/дівчат, так і чоловіків/хлопців, були відповідно представлені в його статтях. Означена технологія передбачає включення гендерного компонента в бюджет з метою підвищення його соціально-економічної ефективності.

Харківська, Житомирська, Черкаська⁸¹ та Івано-Франківська області обрані для пілотування гендерного аналізу розподілу коштів, спрямованих на подолання епідемії ВІЛ-інфекції та СНІДу⁸². Аналіз бюджетів програм на предмет відповідності виділених коштів (ресурсів) потребам жінок і чоловіків унаочнює існуючі тенденції, виявляє певні диспропорції, допомагає побачити проблемні аспекти та окреслити шляхи їх подолання.

До сьогодні гендерного аналізу розподілу коштів, спрямованих на подолання епідемії ВІЛ-інфекції та СНІДу, не проводилось, проте існуючий досвід інших галузей та рекомендації міжнародних організацій у сфері протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу дають можливість стверджувати, що запровадження гендерного бюджетування є надзвичайно важливим. При плануванні заходів і специфічних послуг для жінок і чоловіків важливо враховувати потреби обох статей. Одним із завдань гендерного бюджету у контексті подолання ВІЛ-інфекції та СНІДу є відслідковування проблемних зон, що пов'язані з гендерними потребами у профілактиці ВІЛ-інфекції, лікуванні, догляді та підтримці пріоритетних цільових аудиторій. Важливим є розуміння, якою мірою кошти національного, обласного та місцевого рівня сприяють вирішенню проблем людей жінок/дівчат, чоловіків/хлопців, яких зачепила проблема ВІЛ-інфекції та СНІДу.

Ключові слова у сфері гендерного бюджетування – це потреби, послуги, якість, вартість. Також необхідно враховувати відмінність інтересів представників різних соціальних груп, що потребує регулярного вивчення потреб та запитів отримувачів послуг з подальшою корекцією фінансових видатків. Вартість послуги може бути різною навіть у межах однієї сфери. Таким чином, актуальним стає питання рівного і справедливого розподілу коштів для отримання якісних послуг користувачами.

⁸¹ <http://cherkassy.co.ua/gendernoe-byudzhetirovanie-vvodyat-v-cherkasskoj-oblasti/1857>

⁸² Проект «Гендерне бюджетування в Україні» (ГОб Проект) впроваджує консорціум у складі трьох консультативних компаній: Indevelop, CPM та HIPAC за фінансової підтримки Шведського агентства міжнародного розвитку (Sida).

Основні висновки

1. Поширення епідемії ВІЛ-інфекції на жіночу частину населення призвело до того, що сьогодні в Україні кількість інфікованих ВІЛ чоловіків і жінок майже зрівнялась. Протягом 2014 року частка нових інфекцій серед чоловіків склала 55,3%, жінок – 44,7%, з них 88% – жінки молодого, репродуктивного віку. Статистичні дані свідчать, що жінки зазвичай інфікуються у ранішому віці, ніж чоловіки. Так, у 2012 році в Україні серед вікової групи 15-24 роки молоді жінки склали 75%, чоловіки цього ж віку – 25%; у віковій групі 25-49 років 60% становили чоловіки, 40% – жінки. Незважаючи на те що загально визнані потреби жінок включені в планування і реалізацію відповідних заходів щодо ВІЛ та СНІДу (тестування, ППМР і АРВ-лікування), специфічні проблеми вікових, маргінальних і найбільш уразливих підгруп жінок (молоді жінки, дівчата, жінки похилого віку, самотні матері, партнерки СН, жінки ВПО, жінки, які пережили насильство) окремо не розглядаються.

2. Значна кількість жінок була виявлена при обстеженні на ВІЛ-інфекцію у зв'язку з вагітністю. Наприклад, серед жінок, які мають дітей із встановленим ВІЛ статусом, 82%⁸³ виявлені під час вагітності; при проведенні соціологічного дослідження серед ВІЛ-позитивних жінок 42% з них відповіли “так” на запитання “Я дізналася про ВІЛ під час вагітності”⁸⁴; за офіційною статистикою за 2013 рік, у 35% жінок ВІЛ-інфекція виявлена у зв'язку з вагітністю.

3. Високим залишається рівень передачі ВІЛ від матері до дитини у жінок, які вживають ін'єкційні наркотики (11%), порівняно із середнім значенням цього показника (4%). Це пов'язано із тим, що для наркозалежних жінок в Україні зберігається недостатній доступ до якісних медичних послуг (в тому числі несвоєчасна діагностика ВІЛ-інфекції, інфікування ВІЛ під час вагітності, відсутність вчасної АРВ-профілактики трансмісії ВІЛ, інфікування дитини ВІЛ під час грудного вигодовування, відсутність спільного з наркологом плану спостереження за перебігом вагітності для вагітних жінок, що вживають наркотики, вкрай низьке залучення вагітних жінок до програми зменшення шкоди, реабілітації та ЗПТ), високий рівень стигматизації на всіх рівнях – в сім'ї, в медичних установах, в суспільстві, в правоохоронних структурах. Сучасна наркополітика в Україні криміналізує споживачів наркотиків, що ускладнює залучення цієї групи, особливо жінок, до континууму послуг у зв'язку з ВІЛ, які підтвердили свою ефективність по всьому світу.

4. Лише на рівні пілотного проекту⁸⁵ було забезпечено безперешкодний доступ до ЗПТ для вагітних із наркотичною залежністю на базі жіночих консультацій у Києві, Дніпропетровську і Полтаві. Нормативна база щодо проведення ЗПТ для вагітних жінок-СН досі залишається недосконалою. Незважаючи на перегляд наказу МОЗ⁸⁶ щодо клінічного протоколу з попередження передачі ВІЛ від матері до дитини та представлену адаптовану клінічну засновану на доказах настанову «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» (частиною цієї настанови є розділ, присвячений веденню вагітних, хворих на опіюдану залежність, який враховує також результати впровадження пілотного проекту), відповідний клінічний протокол⁸⁷ не затверджено, що створює нормативні перешкоди.

⁸³ Інституційне дослідження «Соціально-демографічні та медичні детермінанти ризику передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні», проведеного в Україні УЦКС спільно з ЮНІСЕФ та Інституту соціальних експертиз НАНУ.

⁸⁴ Дослідження ВБО “Позитивні жінки”: “Сексуальне і репродуктивне здоров'я, гендерна рівність та права людини, гендерне насильство, економічні та політичні можливості жінок, що живуть з ВІЛ в Україні. Березень 2016”.

⁸⁵ Реалізовано згідно наказу МОЗ України від 27.09.2011 №623 «Про впровадження пілотного проекту «Забезпечення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини та покращення перинатальних показників у вагітних з наркотичною залежністю та народжених ними дітей» за підтримки ЮНІСЕФ та Фонду Клінтона в Україні.

⁸⁶ Наказ МОЗ України №716 від 14.11.2007 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини».

⁸⁷ Затверджений після завершення даного аналізу. Наказ №449 МОЗ України від 16 травня 2016 року Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги “Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини”

5. Найбільшу імовірність інфікування ВІЛ серед секс-працівниць в Україні визначає факт споживання ними ін'єкційних наркотиків. Поширеність ВІЛ серед ЖСБ, які за практикою своєї поведінки можуть бути віднесені до СІН, у 2013 р. становила 27,6%, а серед ЖСБ, які ніколи не вживали наркотики – 5,8%. ЖСБ-СІН через високий рівень поширеності ВІЛ серед них можуть бути найсуттєвішим джерелом інфекції для клієнтів з так званого загального населення. Це один з потенційно небезпечних чинників можливої генералізації епідемії.⁸⁸

6. Криміналізація секс-роботи в Україні⁸⁹ призводить до вкрай підвищеної вразливості жінок, задіяних в цій сфері, до насильства з боку правоохоронних органів та з боку клієнтів. Секс-працівниці не мають важелів впливу на клієнтів і не можуть звертатися по допомогу і захист до правоохоронних органів. В умовах економічної кризи і збройного конфлікту на Сході кількість жінок, які через відмову держави виконувати свої обов'язки із захисту їхніх прав будуть змушені вдаватись до секс-роботи і до транзакційного сексу⁹⁰, зростатиме.

7. Інформація про доступ трансгендерних жінок та чоловіків до послуг з репродуктивного здоров'я і профілактики ВІЛ вкрай обмежена, медичні та соціальні працівники мають низький рівень обізнаності про специфічні потреби цієї групи. Послуги для них надаються здебільш на базі ЛГБТ організацій.

8. Залишаються маловивченими питання жінок в місцях позбавлення волі в контексті гендеру та ВІЛ. Чисельність жінок у виправних закладах України за період 1 січня 2015 – 1 січня 2016 рр. зменшилась з 3125 до 2018 жінок⁹¹. Вони склали 4,3% та 2,9% тюремного населення відповідно. Кількість ВІЛ-інфікованих, які знаходяться під медичним наглядом станом на 1 січня 2016, становить 4130 людей (5,9% від загальної кількості засуджених), з них 346 жінок (8,4%). Під час соціологічного опитування⁹² 9,2% жінок, які живуть з ВІЛ, зазначили, що були за ґратами, а 12,5% – утримувалися під вартою.

9. Проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції (ПКП) врегульовано наказами МОЗ України⁹³ тільки для працівників сфери охорони здоров'я. Відсутні жодні інші протоколи чи процедури стосовно ПКП, в тому числі для жертв зґвалтування. При цьому ЮНІСЕФ передбачив закупівлю ПКП в поставках товарів медичного призначення (в тому числі АРТ) для непідконтрольних Уряду України територій Донецької на Луганської областей⁹⁴.

10. Невирішеним в цілому в Україні є питання можливості ЛЖВ усиновити та піклуватися про дитину. Відповідно до Сімейного кодексу України, не можуть бути усиновлювачами, опікунами, піклувальниками, прийомними батьками, батьками-вихователями ті особи, які страждають на хвороби, перелік яких затверджений МОЗ України. До нього входять люди, які мають діагноз ВІЛ (код В20-В24 за МКХ-10), у зв'язку з тим, що до цього класу відносяться хвороби, що передаються контактним та трансмісивним шляхом.

11. Не забезпечено доступ ЛЖВ до репродуктивних технологій. Незважаючи на те, що: (1) Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом

⁸⁸ УЦКС.

⁸⁹ Стаття 303 Кримінального кодексу України <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3316-15?test=4/UMfPEGznhhDve.ZiWLHw1aHI4Gls80msh8Ie6>

⁹⁰ Цей термін характеризує становище або ситуацію, в яких можуть примусити до сексу, коли людина не має іншої альтернативи, крім обміну (транзакції) сексу на гроші заради виживання, на товари (зокрема, наркотики) або на поліпшення умов життя.

⁹¹ Державна Пенітенціарна Служба України.

⁹² Дослідження ВБО «Позитивні жінки»: Сексуальне і репродуктивне здоров'я, гендерна рівність та права людини, гендерне насильство, економічні та політичні можливості жінок, що живуть з ВІЛ в Україні. Березень 2016.

⁹³ «Порядок проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків» від 05.11.2013 №955 (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 20 листопада 2013 р. за № 1980/24512) та «Про затвердження Порядку підтвердження зв'язку зараження ВІЛ-інфекцією з виконанням працівником своїх професійних обов'язків» від 17.03.2015 (зареєстровано в Міністерстві юстиції України 03 квітня 2015 р. за № 377/26822).

⁹⁴ За кошти резервного фонду Глобального фонду СТМ.

імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», визначено, що «Люди, які живуть з ВІЛ, мають право на участь у допоміжних репродуктивних технологіях за умови запобігання передачі ВІЛ-інфекції від батьків майбутній дитині»⁹⁵; (2) Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки передбачає забезпечення доступу ЛЖВ до допоміжних репродуктивних технологій за умови запобігання передачі ВІЛ від батьків до майбутньої дитини, і, починаючи з 2014 року не менше трьох державних центрів допоміжних репродуктивних технологій мають надавати такі послуги; жодний із існуючих центрів такі послуги не надає, бо існують нормативні перепони з боку МОЗ.

12. В Україні зростає кількість внутрішньо переміщених осіб, соціальна напруга збільшується, а економічна криза погіршує рівень життя значної кількості родин. Станом на 5 лютого 2016 року в Єдиній інформаційній базі даних (ЄБІД) про внутрішньо переміщених осіб (ВПО) з Криму та Донбасу Міністерства соціальної політики⁹⁶ міститься інформація про 1 706 646 ВПО, в тому числі 1 039 611 жінок (61%) та 667 035 чоловіків (39%)⁹⁷. 929 ВІЛ-позитивних людей, які є ВПО, отримують послуги догляду та підтримки в осередках та в організаціях суб-грантерах Всеукраїнської мережі ЛЖВ (26 НДО), переважно на території Донецької, Луганської, Запорізької, Харківської областей та м. Києві. НУО, які працюють з ВПО на сході України, мають досвід моніторингу дотримання прав та надання правової допомоги ВПО, які живуть з ВІЛ⁹⁸. Найбільшими порушниками є заклади охорони здоров'я, соціальні служби та роботодавці.

13. Українське суспільство досить погано поінформоване про ВІЛ та СНІД, особливо серед старших вікових груп. Це формує стильожиттєві практики стосовно безпечного сексу та тестування на ВІЛ-інфекцію, які часто залежать від зовнішніх обставин та стереотипів/уявлень про сексуальне життя. 62% українців ніколи не проходили тестування, а 81% з тих, що проходили, робили це в контексті вирішення інших питань, що стосувалися їх здоров'я. Жінки в основному тестуються через необхідність медичного нагляду під час вагітності. Сексуальна просвіта не включена в обов'язкову загальну середню освіту.

14. Українське суспільство демонструє високий рівень нетолерантності, упередженості та стигми до людей, що живуть з ВІЛ, та груп найбільшого ризику. Лише менше половини українців готові допустити близьке спілкування з ЛЖВ, включаючи дітей, що живуть з ВІЛ. Ще гіршим є ставлення до груп підвищеного ризику: чоловіків, які мають секс з чоловіками, жінок комерційного сексу, споживачів ін'єкційних наркотиків.

15. Суспільні стереотипи, які формують загальну картину гендерних відносин в Україні, є не сприятливими для реалізації жінками своїх прав, і відповідно подвоюють тиск на жінок, які живуть з ВІЛ. Це формує у жінок життєві практики, які впливають на їх відносини в родині та з публічними закладами (лікарнями, бюджетними установами та силовими структурами) та на бажання захищати свої права: вони шукають найменших контактів з такими установами та намагаються уникати будь-яких дій, котрі можуть привели до розголосу їхнього статусу. Необхідність вирішення проблем гендерного насильства (98%) та порушення прав

⁹⁵ Стаття 10, п.2

⁹⁶ <https://dostup.pravda.com.ua/request/8771/response/13203/attach/2/25%20081%20164%2016%201.pdf>

⁹⁷ Майже 741,7 тис. сімей звернулися по допомогу для оплати житла, 694,9 тис. з них було призначено допомогу. Всього на поточний рік в держбюджеті на побутові потреби переселенців було закладено трохи більше 2,8 млрд грн. Розмір допомоги для непрацюючих громадян становить менше 900 грн, для працюючих - в два рази менше.

⁹⁸ <http://pereselenci-med.kh.ua/?p=406>

жінок (98%) є майже стовідсотковим пріоритетом для жінок-активісток та надавачів послуг⁹⁹.

16. Законодавчо Україна гарантує доступність і якість медичного обстеження, спостереження, надання психосоціальних, юридичних і медичних консультацій, медичну допомогу та медикаментозне забезпечення, соціальний та правовий захист і недопущення будь-яких форм дискримінації в зв'язку з ВІЛ-інфекцією. На практиці моделі надання медичних, соціально-правових та інших послуг не враховують гендерні норми, стигматизацію в суспільстві і з боку постачальників послуг, особливо в сільській місцевості. ВІЛ-позитивні учасниці дослідження виразили найбільший рівень незгоди із твердженням: *“Я можу отримати безкоштовне і якісне лікування, інформацію, послуги в сфері сексуального і репродуктивного здоров'я, коли я їх потребуватиму”* та *“Я вважаю, що медпрацівники, які надають послуги, гарно підготовлені, доброзичливі, готові надати підтримку”*.

17. Українські жінки недостатньо залучені до координації діяльності у сфері протидії ВІЛ та СНІДу. В 2014 році жінки склали 40% (259) від кількості членів регіональних рад, з них 99 жінок представляли громадські організації (38%). До роботи у керівництві рад було залучено лише 44 жінки, тобто усього 7% від загальної кількості членів рад. Починаючи з 2016 року ВІЛ-позитивні жінки не представлені в Національній раді з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Обізнаність ВІЛ-позитивних учасниць фокус-груп щодо роботи координаційного механізму країни є низькою: 37% учасниць не знають або не чули про Національну раду, і лише 25% знають, яким чином вона працює та хто персонально представляє інтереси жінок. 23% учасниць брали участь у роботі місцевих рад, бо майже всі вони є їх членками і саме тому знають, як формується порядок денний. Це загалом підтверджує тенденцію представленості жінок на вищих щаблях влади, незважаючи на відповідне законодавство щодо гендерних квот.

18. В Україні відзначається недостатня координація і відсутність комунікаційної стратегії щодо інтеграції питань, пов'язаних з гендерною рівністю та ВІЛ, механізмів збору та аналізу стратегічної інформації для формування соціальної політики в контексті міжгалузевих питань щодо гендерної рівності, громадського здоров'я та захисту прав людини. Через це наскрізні питання – ВІЛ і СНІД, гендер і насильство – недостатньо інтегровані в відповідні політичні та стратегічні документи. Взаємодія гендерних і ВІЛ-сервісних організацій має епізодичний характер. При цьому фахівці різних секторів одностайно визнають взаємну вигоду і переваги від систематизованої взаємодії, включаючи підготовку альтернативних звітів (наприклад, CEDAW). На засіданнях Національної ради з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу питання гендерного виміру епідемії ВІЛ не розглядаються. В гармонізованому звіті України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу¹⁰⁰ за звітний період січень 2012 р. – грудень 2014 р. відсутня описова частина щодо виконання Цілі 7. Ліквідація гендерної нерівності. До переліку показників, що нерелевантні для епідемії, зареєстрованої в Україні на сучасному етапі, входить *Показник 7.1. Поширеність випадків насильства з боку сексуального партнера за останній період (Частка жінок віком 15-49 років, які коли-небудь були у шлюбі або мали партнера і які піддавалися фізичному або сексуальному насильству з боку інтимного партнера-чоловіка протягом останніх 12 місяців)*.

19. Домашнє насильство є досі дуже поширеним в Україні, але масштаб цього явища – як в аспекті здоров'я нації, так і в аспекті бюджетних грошей, котрі витрачаються на подолання його наслідків – виміряти неможливо. Офіційна

⁹⁹ Дослідження ВБО “Позитивні жінки”: «Сексуальне і репродуктивне здоров'я, гендерна рівність та права людини, гендерне насильство, економічні та політичні можливості жінок, що живуть з ВІЛ в Україні. Березень 2016».

¹⁰⁰ GARPR Ukraine. <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/ab1ccb/3c54bc491a41b37b8bb8625d29037e1d.pdf>

статистика про рівень домашнього насильства за останні два роки у відкритих джерелах відсутня. Це ускладнює врахування інтересів жінок при прийнятті рішень на всіх рівнях, зокрема, у бюджетному процесі, і підживлює уявлення про їх неважливість для суспільства. Питання ратифікації та подальшого впровадження Конвенції Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу з цими явищами, також званої як Стамбульська конвенція, досі не вирішене. В Україні вкрай обмежена кількість притулків для жертв домашнього насильства, практично відсутні психологічні реабілітаційні служби для постраждалих і корекційні служби для кривдників, передбачені законом ресурси і служби не створюються, не фінансуються і не працюють. Жінкам складно отримати допомогу і захист. Третина жінок, які живуть з ВІЛ (35%), пережили насильство з боку свого сексуального партнера або чоловіка¹⁰¹, а чверть з них (24%) – до того, як отримали ВІЛ+ статус. Тобто фактор насильства треба розцінювати як складову уразливості до ВІЛ.

20. В Україні діє досить велика кількість закладів та НУО, що опікуються подоланням епідемії ВІЛ. Аналіз їх програм показав, що лише невелика частина програм враховує гендерну специфіку надання послуг, в основному для певних ключових груп (СІН). Також досить значною є кількість жіночих НУО, які займаються правами жінок, боротьбою з насильством, але жодна з жіночих організацій не працює з такими цільовими групами, як жінки, які живуть з ВІЛ, секс-працівниці, наркозалежні жінки.

21. Протягом останніх років Об'єднання українських жінок, які живуть з ВІЛ, та вразливих до ВІЛ¹⁰², значно зміцнило свій потенціал та розширило свою адвокаційну діяльність: участь в підготовці національних звітів Комісії з ліквідації усіх форм дискримінації по відношенню до жінок; виконання функцій секретаріату Євразійської жіночої мережі зі СНІДу, проведення національної кампанії проти гендерного насильства, проведення Першого національного жіночого форуму із міжнародною участю з ВІЛ та СНІД, організація і проведення дослідження “Сексуальне і репродуктивне здоров'я, гендерна рівність та права людини, гендерне насильство, економічні та політичні можливості жінок, що живуть з ВІЛ в Україні”.

¹⁰¹ Дослідження ВБО “Позитивні жінки”: Сексуальне і репродуктивне здоров'я, гендерна рівність та права людини, гендерне насильство, економічні та політичні можливості жінок, що живуть з ВІЛ в Україні. Березень 2016.

¹⁰² ВБО “Позитивні жінки”.

Рекомендації

Дизайн Програм та Послуг

1. Впровадити підходи навчання на базі спільнот за участю чоловіків і жінок з побудови відносин на основі гендерної рівності та зниження рівня насильства, з питань шкідливих гендерних норм для поліпшення профілактики, тестування, лікування і догляду у зв'язку з ВІЛ.
2. Посилити програми зниження шкоди та замісної терапії для жінок, що вживають наркотики, і секс-працівниць за рахунок гендерно-чутливих послуг, наприклад:
 - Надавати соціальну підтримку у формі тимчасового житла, особливо для тих, хто пережили насильство, та жінок, звільнених з місць позбавлення волі;
 - Надавати послуги зі зменшення шкоди спільно з послугами з репродуктивного здоров'я та ППМР;
 - Підготувати консультантів формату «рівний-рівному» з числа жінок в цих групах і розширити аутріч-роботу, щоб збільшити охоплення жінок в цих групах послугами зменшення шкоди та програмами АРВ-лікування;
 - Сприяти економічній незалежності уразливих жінок через допомогу в працевлаштуванні, освіті та отриманні професійних навичок;
 - Запровадити ряд комплексних заходів з профілактики ВІЛ серед статевих партнерів споживачів наркотиків: консультування з питань безпечного сексу, тестування на ВІЛ та ІПСШ, надання презервативів.
3. Для пар, які вживають наркотики, проводити навчання з питань сексуального та репродуктивного здоров'я та використання презервативів окремо та спільно для чоловіків і жінок. Програми мають відповідати віковим та поведінковим особливостям жінок та чоловіків.
4. Забезпечити безперебійний доступ до тестування і якісного до та після тестового консультування на базі жіночих консультацій. Активно залучати до запровадження цих послуг ВІЛ-позитивних жінок, які мають досвід консультування з питань вагітності та народження дітей.
5. Забезпечити належний рівень доступу до ЗПТ для жінок в Україні, передусім вагітних, зокрема:
 - а) Забезпечити доступність препаратів ЗПТ для жінок у випадку вагітності на базі жіночих консультацій та пологових будинків;
 - б) Поширити надання послуг жінкам-СІН за моделлю мультидисциплінарного підходу, який було апробовано в трьох пілотних регіонах на базі жіночих консультацій та пологових будинків. Цей підхід передбачає медичний догляд і підтримку під час вагітності та після пологів¹⁰³ із доступом вагітної жінки до якісних інтегрованих медичних послуг на базі одного закладу, а саме:
 - медичний супровід пацієнтки у відповідності до профілю основного захворювання;
 - проведення курсу профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини у разі ВІЛ-позитивного статусу вагітної;
 - інформування родини (партнерів) про вплив наркотичних речовин на плід та новонароджену дитину;
 - інформування щодо сучасних методів лікування наркозалежності та вирішення питання щодо замісної підтримувальної терапії опіоїдної залежності для обох партнерів;
 - антенатальна диспансеризація плода;

¹⁰³ Склад команди: Акушер-гінеколог, нарколог, неонатолог, інфекціоніст, лікар загальної практики-сімейної медицини, соціальний працівник, консультант за принципом «рівний-рівному».

- вирішення питання щодо планування сім'ї, засобів контрацепції та профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, під час вагітності та у післяпологовому періоді;
 - інформування з питань профілактики ВІЛ, спостереження за вагітністю із залученням статевого партнера; тестування на ВІЛ статевого партнера під час вагітності;
 - консультування з питань догляду за новонародженим, враховуючи наркотичну залежність жінки або обох партнерів.
6. Вивчати, аналізувати та застосовувати практику ґендерного бюджетування в програмах з ВІЛ та СНІДу на всіх рівнях.
 7. Зміцнювати потенціал НУО щодо зниження стигми та дискримінації щодо ключових груп населення і людей, що живуть з ВІЛ, зокрема, жінок, що живуть з ВІЛ. Організувати навчання для ключових груп та ВІЛ-позитивних людей, особливо дівчат і жінок, інструментам захисту своїх прав.
 8. Організувати мережу жіночих кризових центрів, які мають на меті скорочення ґендерного насильства і пом'якшення його наслідків та надають правові та соціально-економічні послуги уразливим до насильства та ВІЛ жінкам. Спільно із медпрацівниками, працівниками правоохоронних органів та жіночими організаціями розробити чеклісти і схеми перенаправлення для роботи із людьми, які пережили домашнє та/або сексуальне насильство, які закріпити у відповідних галузевих нормативних документах; в чеклісти включити пункт про постконтактну профілактику ВІЛ для людей, які пережили сексуальне насильство, та консультування з профілактики ВІЛ-інфекції.

Дослідження, Освіта та Навчання

9. Організувати системне навчання представників правоохоронних органів з питань профілактики ВІЛ та СНІДу серед ключових груп населення та недискримінаційного ставлення до цих груп.
10. Провести окреме дослідження про потреби і проблеми трансґендерних жінок та чоловіків до послуг з репродуктивного здоров'я і профілактики ВІЛ в Україні.
11. Спільно із ЛГБТ громадськими організаціями та активістами і Міністерством охорони здоров'я розробити та застосовувати спеціалізовані навчальні модулі для всіх відповідальних сторін, із використанням практичного посібника для спільних заходів "Реалізація комплексних програм по ВІЛ та ІПСШ з трансґендерами"¹⁰⁴.
12. Спільно із Міністерством охорони здоров'я і Міністерством освіти розробити і запровадити курс сексуальної просвіти для школярів, який включатиме блоки про ВІЛ і про ЛГБТ.
13. У публічній комунікації про безпечний секс підкреслювати важливість використання запобіжних засобів та особистої відповідальності за своє здоров'я.
14. Організувати навчання постачальників послуг, особливо студентів-медиків та медперсоналу, з питань толерантного ставлення до споживачів наркотиків, ЛГБТ, секс-працівниць та ЛЖВ.
15. Включити питання ґендерного насильства в усі поточні та майбутні демографічні дослідження з ВІЛ та СНІДу.
16. Систематизувати збір даних ґендерних досліджень, запровадити індикатори для вимірювання різних аспектів досягнення ґендерної рівності в рамках програм з ВІЛ та СНІДу, бар'єрів та ризиків для інтеграції, в тому числі у використанні ресурсів. Включати розбивку за статтю та віком в усі програмні

¹⁰⁴ Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People. Practical Guidance for Collaborative Interventions http://www.hplgbt.org/publish/library/en/TRANSIT_en.pdf

індикатори з ВІЛ та СНІДу, в тому числі в пенітенціарній системі і серед ВПО для розуміння уразливість та ролі чоловіків і жінок у епідпроцесі.

17. Спираючись на наявну регуляторно-правову базу, заохочувати впровадження циклу гендерної освіти, яка б включала знання про сексуальне (і гендерне загалом) насильство як для ширшого населення – у навчальних закладах (для викладацького складу і для учнів / студентів), так і конкретно для медпрацівників і для працівників правоохоронних органів.

Політики, Стратегії та Співпраця

18. Удосконалити відповідну нормативну базу через затвердження проекту клінічного протоколу¹⁰⁵ «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», розробленого робочою групою Держслужби України соцзахворювань у 2015 році. Включити до протоколу МОЗ стосовно ЗПТ окремий інформаційний лист для жінок-споживачок ін'єкційних наркотиків та зробити його доступним в усіх медичних закладах первинної ланки, зокрема, у сімейних лікарів і в жіночих консультаціях.
19. За участі та схваленням МОЗ в тісній співпраці з громадськими організаціями забезпечити сімейних лікарів і лікарів в жіночих консультаціях та пологових будинках інформаційними і методичними матеріалами про ЗПТ для вагітних і породіль.
20. Спільно з міжнародними організаціями і громадянським суспільством розробити і лобювати внесення правок до статті 303 Кримінального кодексу України щодо скасування адміністративного штрафу, щоб остаточно декриміналізувати секс-роботу.
21. Спільно із МОЗ, Мінсоцполітики та громадськими активіст(к)ами розробити процедури та протоколи з постконтактної профілактики ВІЛ для жінок та чоловіків, які пережили сексуальне насильство, для застосування у жіночих консультаціях, притулках, травмпунктах, кабінетах соціальних служб, громадських центрах для ЛЖВ, наркозалежних, секс-працівниць(ків), ЛГБТ, тощо.
22. Внести зміни до відповідних нормативних документів МОЗ України щодо забезпечення належних прав на батьківство для ЛЖВ, зокрема видалити ВІЛ-інфекцію з переліку хвороб, наявність яких забороняє всиновлення, виховання та опіку над дітьми.
23. Забезпечити доступ ВІЛ-позитивних громадян України до допоміжних репродуктивних технологій через створення дієвого механізму та відкриття державних центрів допоміжних репродуктивних технологій, передбачених у Загальнодержавній цільовій соціальній програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки.
24. Всебічно сприяти процесу ратифікації Україною Стамбульської конвенції та запровадженню системи надання допомоги людям, які пережили насильство, та покарання кривдників. Заохочувати відповідні державні органи збирати відповідні дослідження в єдиний регулярно оновлюваний інформаційний реєстр як на національному, так і на обласному рівні, і надавати регулярні галузеві огляди цієї інформації в усі органи виконавчої влади.
25. Заохочувати організації громадянського суспільства звертатися до органів виконавчої та судової влади із нагадуваннями про необхідність дотримуватися норм гендерної рівності.

¹⁰⁵ На момент публікації даного документу Наказом МОЗ №449 від 16.05.2016 року затверджено уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини", http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160516_0449.html

26. Покращувати та заохочувати взаємодію і співробітництво між жіночими (феміністичними рухами та платформами) і ВІЛ-сервісними організаціями
27. Розвивати та підтримувати потенціал Об'єднання жінок, які живуть з ВІЛ, та вразливих до ВІЛ:
- Підвищувати і підтримувати здатність представниць Об'єднання ефективно брати участь в радах, комітетах і робочих групах з формування національної та місцевої політики, дизайні програм та моніторингу заходів у відповідь на епідемію СНІДу, таких як обласні та національна ради з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, група з підготовки державного і тіньового звіту для комітету з ліквідації всіх форм дискримінації щодо жінок (CEDAW), в підготовці національних планів по виконанню програми сталого розвитку після 2015 року (Post-2015) і т.д.;
 - Провести навчання лідерок Об'єднання інструментам (1) збору і аналізу інформації для доказової бази щодо потреб і бар'єрів у доступі до послуг та (2) гендерного бюджетування програм з ВІЛ та СНІДу;
 - Сприяти включенню жінок, яких торкнулася епідемія, до складу урядових делегацій для участі в Комісії ООН зі становища жінок, СС ГА ООН зі СНІДу та наркотиків, і т.д.;
 - Розробити механізми участі представників людей, що живуть з ВІЛ, особливо жінок, в програмах, спрямованих на досягнення гендерної рівності та прав людини (економічних, політичних, культурних, соціальних і т.д.);
 - Розвивати потенціал жінок-лідерок для розвитку сервісів та адвокації на обласному і міському рівні;
 - Підвищувати експертизу лідерок, підтримувати інституційний розвиток організації та побудову ефективного менеджменту, зовнішніх і внутрішніх комунікацій;
 - Щонайменше, раз на рік готувати та презентувати для Національної ради доповідь жінок, яких торкнулася епідемія ВІЛ, про реалізацію їх прав, свобод та доступ до послуг;
 - Брати участь у формуванні регіональної і глобальної порядку денного для жінок та дівчат через регіональні і глобальні мережі жінок, що живуть з ВІЛ.