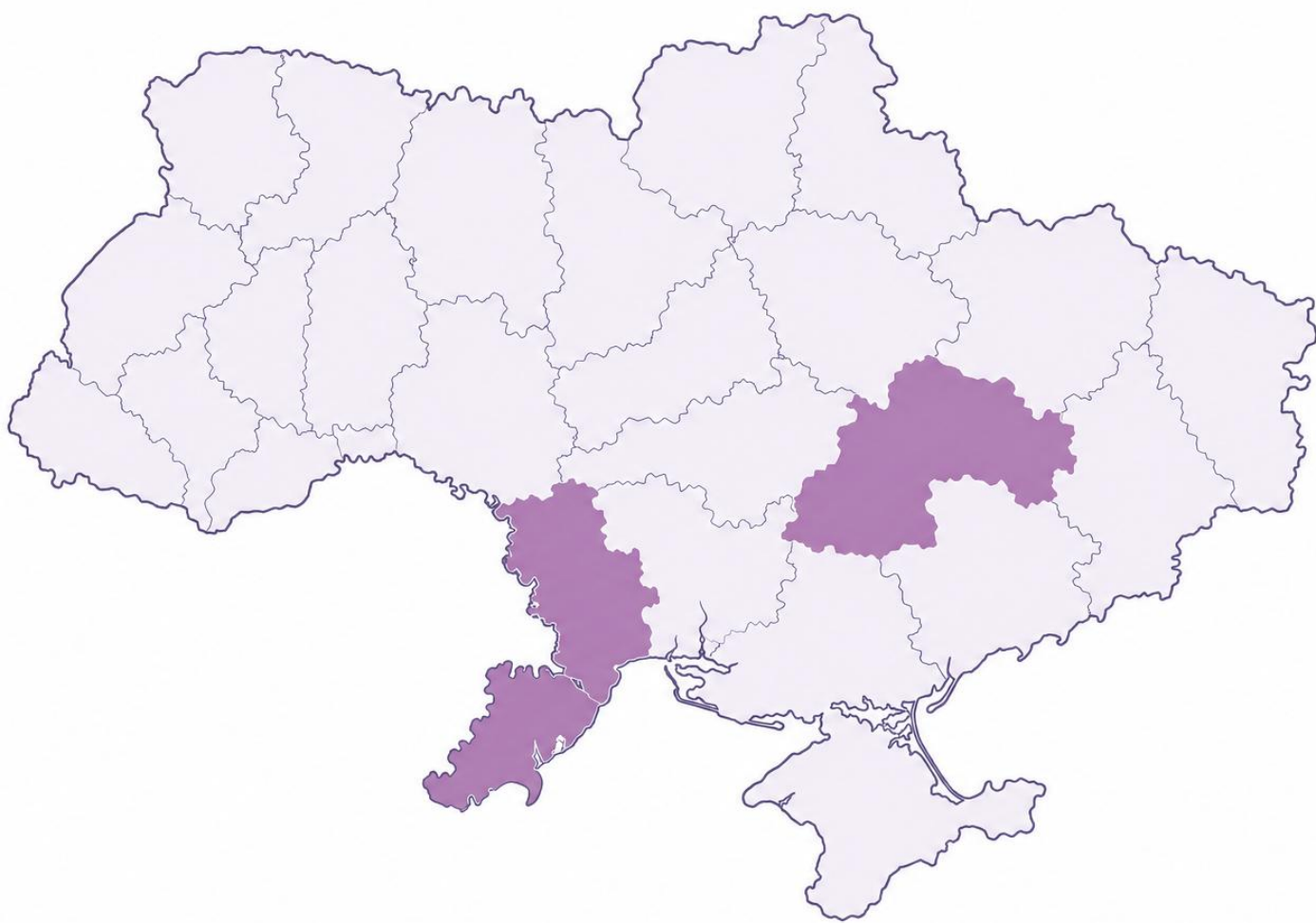


ОЦІНКА БАР'ЄРІВ ДО ПОСЛУГ З ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВЕРТИКАЛЬНОЇ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ В ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ТА ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТЯХ

Аналітичний звіт

за результатами дослідження під керівництвом
спільноти жінок, які живуть з ВІЛ



Київ, 2026

ЗМІСТ

ГЛОСАРІЙ ТА УМОВНІ ПОЗНАЧЕННЯ	3
ДОСЛІДНИЦЬКА КОМАНДА	4
ПРО ДОСЛІДЖЕННЯ	5
РЕЗЮМЕ	6
КЛЮЧОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	10
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	17
Вступ	17
Наявність та доступність послуг	20
Ресурсна забезпеченість	20
Географічна та адміністративна доступність	25
Фінансова доступність	26
Якість медичної допомоги	28
Повнота ППМД послуг відповідно до стандартів медичної допомоги	28
Структурне насильство та дискримінація	37
Своєчасність ППМД послуг	44
Мешканки віддалених громад	47
Дівчата-підлітки, які живуть з ВІЛ	49
Задоволеність послугами на різних ланках охорони здоров'я та на базі НУО	60
Вплив війни на доступність та якість медичних і соціальних послуг	61
Ефективність програми ППМД	65
Показники реалізації ППМД програм в Дніпропетровській та Одеській областях	65
Моніторинг та оцінка заходів ППМД	67
Координація програми ППМД та міжсекторальна співпраця	68
Перспективи спільноти	73
Потенціал недержавних організацій	73
Роль недержавних організацій у моніторингу послуг та адвокації покращень	80
ДОДАТКИ	
Додаток 1. Висновок Комісії з питань етики Центру громадського здоров'я МОЗ України	83
Додаток 2. Звіт за результатами опитування жінок, які живуть з ВІЛ, з досвідом вагітності та пологів	85
Додаток 3. Вибірка якісного компоненту	120

ГЛОСАРІЙ ТА УМОВНІ ПОЗНАЧЕННЯ

АРВ	Антиретровірусне (лікування)
АРТ	Антиретровірусна терапія
БО	Благодійна організація
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВН	Вірусне навантаження
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПО	Внутрішньо переміщена особа
ДОЗ	Департамент охорони здоров'я
ЕПМД	Елімінація передачі ВІЛ від матері до дитини
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЗОЗ ЖК	Заклад охорони здоров'я допологової допомоги (жіноча консультація)
ЗОЗ ЛЖВ	Заклад охорони здоров'я, що надає допомогу людям, які живуть з ВІЛ
ЗОЗ ПД	Заклад охорони здоров'я пологової допомоги (пологовий будинок)
ЗОЗ ПМСД	Заклад охорони здоров'я первинної медико-санітарної допомоги
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
НУО	Неурядова організація
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
ОЗТ	Опіїдна замісна терапія
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ОТГ	Об'єднана територіальна громада
ПКП	Постконтактна профілактика
ПЛР	Полімеразна ланцюгова реакція
ППМД	Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
РК ЕПМД	Регіональний комітет з питань валідації ЕПМД
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
СРЗ	Сексуальне та репродуктивне здоров'я
ТБ	Туберкульоз
ФГД	Фокус-групові дискусії
ЦГЗ МОЗ	ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд ООН

ДОСЛІДНИЦЬКА КОМАНДА

Організаторки дослідження

Благодійна організація «Позитивні жінки»¹ представляє національну спільноту жінок, які живуть з ВІЛ, об'єднуючи учасниць з усіх регіонів України (окрім територій, які тимчасово перебувають поза контролем уряду України), які виступають за дотримання прав жінок в Україні, передусім тих, які живуть з ВІЛ, та уразливих до інфікування ВІЛ. «Позитивні жінки» просувають ідеї наснаження та всебічної підтримки і розвитку ВІЛ-позитивних жінок. Організація була створена жінками, які живуть з ВІЛ, в 2011 році, офіційно зареєстрована в лютому 2013 року. Місія організації полягає в об'єднанні активісток та лідерок для того, щоб жінки, які живуть з ВІЛ в Україні, могли вільно, без бар'єрів та обмежень, реалізовувати свої права та можливості, а також почуватися захищеними від стигми, дискримінації та насильства.

Команда дослідження

Світлана Мороз, головна дослідниця; **Олена Стрижак**, голова Правління БО «Позитивні жінки»; **Ольга Паламарчук**, регіональна координаторка в Одеській області; **Лілія Гринюк**, лідерка спільноти в Одеській області; **Олена Логинова**, регіональна координаторка в Дніпропетровській області; **Ольга Півень**, лідерка спільноти в Дніпропетровській області; **Леся Тонконог**, керівниця проєкту; **Ірина Гончарова**, координаторка проєкту; **Надія Семчук**, фахівчиня з питань моніторингу та оцінки.

Вдячності

Дослідницька група висловлює щирі подяку колегам і колежанкам за організаційну, інформаційну й технічну підтримку: **Наталі Торліній**, Позитивні жінки Кривий Ріг; **Віолетті Марциновській**, **Ларисі Гетьман**, **Наталі Риженко**, ЦГЗ МОЗ; **Марині Сосюрі**, Позитивні жінки; **Аллі Ходак**, 100% Життя Одеса; **Аллі Бессоновій**, Євразійська Жіноча мережа зі СНІДу; **Володимиру Цололо** та **Фахріддіну Нізамову**, ЮНІСЕФ; а також усім жінкам та дівчатам-підліткам, які живуть з ВІЛ, медичним працівницям/кам, спеціалісткам медичних закладів та департаментів охорони здоров'я, активісткам спільноти і працівницям ВІЛ-сервісних НУО, які взяли участь у дослідженні.

Дисклеймер

Звіт підготовлено в межах спільного проєкту ЮНІСЕФ та БО «Позитивні жінки» «Assessment of HIV service for pregnant women, children, and adolescents living with HIV in Odesa and Dnipro to identify barriers and provide targeted support aimed at improving access to testing, treatment, and care for these vulnerable populations» за підтримки Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД".

¹ Сайт БО «Позитивні жінки» www.pw.org

ПРО ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета та завдання дослідження

Мета дослідження полягає у вивченні бар'єрів до послуг на шляху досягнення елімінації вертикальної передачі ВІЛ в Дніпропетровській та Одеській областях.

Завдання дослідження:

- ➔ Вивчити ключові прогалини, бар'єри та незадоволені потреби отримувачок та надавачок послуг, спрямованих на викорінення вертикальної передачі ВІЛ в Дніпропетровській та Одеській областях, та можливі шляхи їхнього подолання.
- ➔ Визначити основні чинники, що сприяють розвитку, та основні перешкоди в організації міжсекторальної співпраці та координації на регіональному рівні.
- ➔ Розробити рекомендації щодо підвищення ефективності заходів з попередження вертикальної передачі ВІЛ та зменшення бар'єрів у доступі до послуг для жінок, підлітків та дітей, які живуть з ВІЛ.

Географія дослідження

Дослідження проводилося в двох областях України – Дніпропетровській та Одеській. Разом із мешканками великих міст обраних регіонів дослідження вивчало досвід ВІЛ-позитивних жінок, дівчат-підлітків та батьків ВІЛ-експонованих дітей з малих міст та сільської місцевості.

Компоненти дослідження

Дослідження передбачало використання змішаного підходу і складається з трьох основних компонентів: кабінетний аналіз, кількісне опитування та якісне дослідження. Тріангуляція результатів за кожним із компонентів сприяла комплексному аналізу і розумінню існуючих проблем, а також визначенню потенційних шляхів щодо покращення заходів з елімінації вертикальної передачі ВІЛ.

Кабінетний аналіз включав опрацювання даних, доступних у відкритих джерелах, а також інформації, отриманої у відповідь на офіційні запити до МОЗ України/ЦГЗ МОЗ та департаментів охорони здоров'я Дніпропетровської та Одеської державних обласних адміністрацій. Результати кабінетного аналізу враховані під час підготовки основного звіту за результатами дослідження для інтерпретації та контекстуалізації даних кількісного та якісного компонентів.

В межах кількісного компоненту² проведено онлайн опитування жінок, які живуть з ВІЛ, з досвідом вагітності та пологів, що має на меті оцінити рівень доступності та відповідності потребам послуг у зв'язку з ВІЛ, а також визначити наявні бар'єри при зверненні та користуванні послугами.

Якісний компонент³ передбачав проведення глибинних інтерв'ю (ГІ) та фокус-групових дискусій (ФГД) серед цільових груп, дотичних до заходів ЕПМД, для розуміння прогалин, бар'єрів та незадоволених потреб отримувачок та надавачок послуг у зв'язку з ВІЛ, функціонуванні системи епіднагляду, міжсекторальної співпраці та координації заходів з попередження вертикальної передачі ВІЛ на регіональному рівні.

Період збору даних: жовтень 2025 року.

Протокол дослідження пройшов процедуру етичної експертизи Комісії з питань етики ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та отримав схвалення (IRB2025-174 від 13 жовтня 2025 року)⁴.

² Додаток 2

³ Додаток 3

⁴ Додаток 1

Контекст та епідеміологічна значимість

Дніпропетровська та Одеська області залишаються ключовими регіонами з найвищим епідемічним навантаженням ВІЛ в Україні і відіграють вирішальну роль у досягненні національних цілей щодо елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД). На ці два регіони припадає близько третини ВІЛ-позитивних вагітних жінок країни, понад 40% дітей, які живуть з ВІЛ, майже третина ВІЛ-експонованих дітей та до 40% усіх зареєстрованих випадків вертикальної передачі. Така концентрація обумовлена поєднанням високої поширеності ВІЛ, масштабної внутрішньої та зовнішньої міграції, соціально-економічною вразливістю та наслідками війни.

Незважаючи на досягнення національного показника ППМД нижче граничного рівня ВООЗ ($\leq 2\%$), збереження випадків ВІЛ серед дітей вказує на системні прогалини в континуумі послуг ППМД, що потребують прицільних та комплексних втручань. Реформування системи охорони здоров'я створило передумови для інтеграції послуг ППМД на первинному рівні, проте питання фінансування, кадрового забезпечення та чіткої координації залишаються невирішеними.

Ефективність ППМД заходів та регіональні відмінності

Дніпропетровська область демонструє стійкіші результати ППМД: рівень вертикальної передачі знизився з 2,3% у 2022 році до 1,4% у 2025 році. Вирішальний вплив на ситуацію мають функціонуюча система регіональної координації (Робоча група/комітет з питань валідації елімінації передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини – РК ЕПМД), регулярний аналіз випадків передачі ВІЛ, затверджена Дорожня карта та активна участь ВІЛ-сервісних НУО та спільноти жінок, які живуть з ВІЛ. Забезпечується належний моніторинг та підзвітність, впровадження маршрутів пацієнток, посилена роль НУО у соціальному супроводі. Наказами по ЗОЗ затверджено етичні кодекси поведінки, політики щодо попередження стигми та дискримінації людей, які живуть з ВІЛ, що сприяє захисту прав людини та забезпеченню гендерної рівності.

На Одещині ситуація залишається нестабільною: після зниження показника до 0,5% у 2024 році він знову зріс до 2,0% у 2025 році. Ключовими факторами є пізнє виявлення ВІЛ у вагітних, висока частка жінок із сільських та віддалених громад (до 48–68%), недостатнє покриття другим та третім етапами ранньої діагностики ВІЛ у дітей, а також інституційна неактивність регіонального механізму (РК ЕПМД) у 2024–2025 роках. Участь представниць спільноти жінок, які живуть із ВІЛ (БО «Позитивні жінки Одеса»), у міській координаційній раді сприяла адвокації питання забезпечення фінансування препаратів для пригнічення лактації у ВІЛ-позитивних породіль в Одесі за рахунок місцевого бюджету, що стало унікальним прикладом в Україні.

У Дніпропетровській та Одеській областях активно працюють ВІЛ-сервісні НУО, включаючи організації під керівництвом жінок та чоловіків, які живуть із ВІЛ. Вони відіграють важливу роль у профілактиці вертикальної передачі ВІЛ, надаючи профільні послуги та представляючи інтереси жінок, які живуть із ВІЛ, у координаційних органах з ТБ/ВІЛ та ЕПМД на міському та обласному рівнях. НУО співпрацюють з медичними та соціальними установами, профільними фахівцями, іншими НУО та благодійними фондами, забезпечуючи психосоціальну допомогу та супровід ВІЛ-позитивних вагітних, батьків та ВІЛ-експонованих дітей, включаючи ранню діагностику.

Нормативно-правова база та системи інтеграції

У 2019-2025 роках Україна суттєво модернізувала нормативно-правову базу з ППМД, включивши безоплатний доступ до послуг до програми медичних гарантій та ухваливши оновлені клінічні стандарти. Проте залишається низка істотних прогалин. Частина нормативних актів є застарілою, втратила чинність або відсутня, зокрема в умовах воєнного стану; також недостатньо гармонізовані підходи між ВІЛ, ТБ, ІПСШ та вірусними гепатитами в рамках «потрійної елімінації».

Перехід до концепції «потрійної елімінації» – спільного вирішення проблем ВІЛ, сифілісу та вірусного гепатиту В – є важливим стратегічним прогресом. Практичній реалізації перешкоджають фрагментовані інформаційні системи, відсутність інтегрованих реєстрів пацієнтів та обмежена координація між програмами щодо конкретних захворювань. Відсутність повнофункціонального уніфікованого електронного реєстру ППМД продовжує обмежувати своєчасний моніторинг, прийняття рішень на основі даних та належну підзвітність.

Кадрові ресурси, фінансування та потенціал системи охорони здоров'я

Реформа системи охорони здоров'я та військові потрясіння значно послабили кадровий потенціал служб профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. Реорганізація та закриття спеціалізованих центрів боротьби зі СНІДом призвели до втрати досвідчених фахівчинь/ців з ППМД, особливо в галузі педіатрії, інфекційних захворювань та акушерства. Нестача персоналу найбільш гостра на Дніпропетровщині, в той час як Одещина стикається з критичними прогалинами в педіатричній та неонатальній допомозі, особливо за межами міських центрів.

Забезпечення фінансової стабільності є додатковою проблемою. Закупівля АРВ-препаратів здійснюється за рахунок програм міжнародної технічної допомоги. Хоча діагностика ВІЛ-інфекції серед дітей фінансується з державного бюджету, скорочення зовнішньої допомоги та відсутність цільового фінансування для моніторингу та оцінки ППМД створюють навантаження на якість послуг. Домогосподарства жінок, які живуть з ВІЛ, стикаються з поширеною бідністю: більшість повідомляють про недостатній дохід, і багато хто змушені неофіційно платити за послуги, які мають бути безоплатними. Дитячі суміші, ключова складова практики профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні, часто купуються власним коштом, особливо в сільських громадах.

Прогалини в якості та повноті послуг

Хоча більшість жінок проходять тестування на ВІЛ, допологове спостереження та отримують антиретровірусну терапію відповідно до національних стандартів, зберігаються значні прогалини у повноті ППМД послуг. Відмова ВІЛ-позитивних вагітних від медичного спостереження у жіночих консультаціях або пізня постановка на облік (після 24 тижнів); низька прихильність до АРТ, відмова від лікування, в тому числі після пологів; відсутність інформації про місце проживання дитини та втрата для спостереження пари «мати–дитина»; пізнє встановлення ВІЛ-позитивного статусу (після 24 тижнів вагітності, під час або після пологів); недостатнє охоплення другим та третім етапами ранньої діагностики ВІЛ-інфекції дітей; низьке або недостатнє охоплення серологічним тестуванням дітей віком 18 місяців і старше вказують на вразливі точки у континуумі ППМД. Скринінг на психічні розлади, вживання психоактивних речовин та ризику домашнього або гендерного насильства проводиться непослідовно, особливо під час перших допологових візитів та у післяпологовий період.

Консультування та практична підтримка щодо догляду за немовлятами надаються нерівномірно. Практика розливу зидовудину (AZT) у шприци через відсутність педіатричних форм несе серйозні ризики порушення дозування та ефективності постконтактної профілактики. Значна частка матерів, особливо з Одещини, не отримує належного консультування та письмових інструкцій, що потребує термінових системних рішень на рівні закупівель, клінічних протоколів та навчання.

Консультування щодо грудного вигодовування досі не відповідає сучасним медичним стандартам та клінічним рекомендаціям. Медичні працівниці/ки часто позбавляють жінок права на поінформований вибір, рекомендують виключно штучне вигодовування і не пояснюють, за яких умов грудне вигодовування може бути безпечним. Відсутність організаційної підтримки для моніторингу стану матері та дитини додатково обмежує реалізацію їхніх прав. Цей розрив підриває права жінок та поглиблює стигму, пов'язану з материнством ВІЛ-позитивних жінок.

Фінансова доступність та неформальні платежі

Фінансові бар'єри суттєво впливають на доступ до послуг з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. Понад 40% жінок повідомляють про те, що платять за медичні послуги у комунальних закладах під час вагітності та пологів. Неформальні платежі у 2,5 рази частіше реєструються на Одещині порівняно з Дніпропетровщиною та тісно пов'язані з пропущеними візитами до лікарів, затримкою діагностики та відмовою від медичної допомоги.

Програми штучного вигодовування фінансуються на місцевому рівні непослідовно та з істотними відмінностями між громадами. У деяких громадах дитячі суміші взагалі не закуповують, що змушує родини покладатися на гуманітарну допомогу чи особисті ресурси. Відсутність стандартизованих механізмів бюджетування посилює регіональну нерівність для жінок із сільської місцевості та віддалених громад.

Стигма, дискримінація та порушення прав

Стигма і дискримінація залишаються одними з найсерйозніших бар'єрів на шляху ефективної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. Приблизно третина жінок, які живуть з ВІЛ, повідомляють про пережите акушерське насильство або дискримінацію, включаючи порушення конфіденційності, психологічне насильство, відмову у наданні послуг та тиск щодо рішень з репродуктивного здоров'я.

Недооцінювання порушень прав людини також залишається актуальною проблемою: багато жінок не ідентифікують дискримінаційні практики або не наважуються подавати офіційні скарги через страх розголошення конфіденційної інформації та недовіру до механізмів реагування. Незважаючи на покращення ставлення медичного персоналу, особливо у великих містах, дискримінаційні практики зберігаються в пологових будинках та віддалених громадах.

Вплив війни. ВІЛ-позитивні переселенки та мешканки віддалених громад

Війна значною мірою змінила надання послуг з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. Переміщення населення, пошкоджена інфраструктура, порушене транспортне сполучення та відсутність безпеки призвели до перебоїв в АРТ, зниження частоти відвідувань лікарів та втрати можливості подальшого спостереження за матерями та дітьми. Жінки-ВПО стикаються з додатковими проблемами, пов'язаними з документами, реєстрацією та доступом до соціальної підтримки.

Жінки, які мешкають у віддалених районах, стикаються з безліччю взаємопов'язаних перешкод: географічна ізоляція, відсутність спеціалізованих послуг, обмежувальні графіки видачі АРТ, недостатній доступ до діагностики та підвищений страх розголошення інформації про свій статус. Ці фактори сприяють пізньому зверненню за медичною допомогою, перервам у лікуванні та зниженню охоплення профілактичними послугами.

Дівчата-підлітки, які живуть із ВІЛ

Дівчата-підлітки, які живуть з ВІЛ, належать до особливо вразливої групи. Значна частина виховується у неповних родин або в родинх під опікою, і зіштовхуються зі значними психосоціальними стресами, що посилюються війною і вимушеним переміщенням. Попри добру прихильність до АРТ і розуміння перспективи народити ВІЛ-негативну дитину, їхні знання про такі поняття, пов'язані з ВІЛ, як вірусне навантаження, прихильність до лікування і сексуальне та репродуктивне здоров'я, залишаються обмеженими.

Стигма у школах та громадах продовжує впливати на психічне здоров'я, самооцінку та соціальну активність дівчат, які живуть з ВІЛ. Доступ до дружніх для підлітків, конфіденційних послуг – особливо до психологічної допомоги та консультування з питань сексуального та репродуктивного здоров'я – недостатній та розподілений нерівномірно.

Стратегічні пріоритети та ключові рекомендації

Ключові рекомендації наголошують на необхідності системних, скоординованих дій у медичному, соціальному та адміністративному секторах. Пріоритетні дії включають інтеграцію медичної та соціальної підтримки на всіх етапах профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини; зміцнення служб психічного здоров'я для жінок, які живуть із ВІЛ; оновлення та гармонізацію клінічних протоколів; забезпечення доступу до педіатричних форм АРВ-препаратів; та реформування практики консультування з питань грудного вигодовування.

Захист прав та боротьба з дискримінацією вимагають інституціоналізації антидискримінаційних політик, регулярного навчання персоналу, зміцнення механізмів подання скарг та розширення юридичної підтримки, включаючи мережі параюристок на рівні спільноти. Необхідно покращити фінансову доступність через моніторинг державних гарантійних пакетів, усунення неформальних платежів, розширення закупівель дитячих сумішей та посилення гуманітарної допомоги.

Поліпшення доступу для мешканок віддалених районів та жінок ВПО потребує децентралізованої видачі АРТ, гнучких графіків видачі ліків, мобільних та міждисциплінарних груп та міцнішого партнерства з місцевими органами самоврядування. Стійкий прогрес у викоріненні вертикальної передачі ВІЛ залежить від зміцнення координаційних органів, цифровізації систем моніторингу ППМД та значущої участі жінок та підлітків, які живуть із ВІЛ, у процесах планування, моніторингу та оцінки.

У сукупності ці висновки та рекомендації наголошують, що викорінення вертикальної передачі ВІЛ в Україні є досяжним, проте лише за умови цілеспрямованих інвестицій у забезпечення рівності, правозахисного підходу до надання медичної допомоги, лідерства спільноти та сталої координації системи охорони здоров'я в умовах тривалої гуманітарної кризи.

Представлений звіт рекомендується для ознайомлення та використання для широкого кола стейкхолдерів: керівництву регіональних адміністрацій та департаментів охорони здоров'я Дніпропетровської та Одеської області, органів місцевого самоврядування (об'єднаних територіальних громад), центрів соціально значущих хвороб, ЦГЗ МОЗ України, закладів охорони здоров'я, дотичних до надання ППМД послуг; національним та регіональним координаційним радам з ТБ/ВІЛ та комітетам з ЕПМД; ВІЛ-сервісним НУО, спільноті жінок та чоловіків, які живуть з ВІЛ; а також міжнародним донорським організаціям, благодійним фондам та агенціям ООН, які підтримують Україну в подоланні епідемії ВІЛ.

КЛЮЧОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Покращення доступності та якості ППМД послуг

- 1.1 Прогалини та вразливі точки у континуумі ППМД послуг:** забезпечувати ефективну координацію між медичними, соціальними та адміністративними структурами для подолання існуючих прогалин та вразливих точок у континуумі ППМД послуг: відмова ВІЛ-позитивних вагітних від медичного спостереження у жіночих консультаціях або пізня постановка на облік (після 24 тижнів); низька прихильність до АРТ, відмова від лікування, в тому числі після пологів; відсутність інформації про місце проживання дитини та втрата для спостереження пари «мати – дитина»; пізнє встановлення ВІЛ-позитивного статусу (після 24 тижнів вагітності, під час або після пологів); недостатнє охоплення другим та третім етапом ранньої діагностики ВІЛ-інфекції (ПЛР НК) дітей; низьке або недостатнє охоплення серологічним тестуванням дітей віком 18 місяців і старше; низьке охоплення скринінгом на вживання наркотиків, психічного здоров'я та ризиків домашнього/ гендерного насильства під час першого звернення у жіночі консультації або центри ПМСД; недостатнє охоплення ВІЛ-позитивних породіль цитологічним обстеженням шийки матки в жіночих консультаціях після пологів.
- 1.2 Соціальний супровід протягом континууму ППМД послуг:** розробити інтервенції, які забезпечують інтеграцію медичного і соціального компонентів протягом континууму ППМД послуг із залученням ВІЛ-сервісних НУО та спільноти жінок, які живуть з ВІЛ. Визначити Дніпропетровську та Одеську області, як пріоритетні для проведення інтенсивних інтервенцій у межах ППМД під час підготовки нового запиту України до Глобального фонду на фінансування програми з протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу у 2027–2029 роках. У співпраці та координації з обласною владою та громадськими організаціями створити обласний довідник скерувань/направлень та єдиний протокол соціальної підтримки. Забезпечити залучення НУО до соціальної підтримки та надання послуг. Вплив та наслідки війни мають бути наскрізним питанням при забезпеченні ППМД послуг, зокрема важливо співпрацювати з НУО для видачі та доставки АРТ у районах із пошкодженою або зруйнованою медичною інфраструктурою, дефіцитом людських ресурсів та порушеним транспортним сполученням.
- 1.3 Психічне здоров'я жінок, які живуть з ВІЛ:** для забезпечення управління перинатальним і материнським психічним здоров'ям жінок, які живуть з ВІЛ, інтегрувати профілактику, скринінг, оцінку та лікування депресії в перинатальному періоді в профілактику вертикальної передачі ВІЛ та служби здоров'я та розвитку дітей раннього віку. Розвинути потенціал медичних працівників для впровадження перинатального скринінгу психічного здоров'я у 100% жіночих консультацій. Забезпечити, щоб жінки, у яких виявлено підвищений ризик, були пов'язані зі службами психологічної підтримки та/або психіатричною допомогою.
- 1.4 Фасування педіатричного Зидовудину:** для забезпечення ефективності та безпеки ПКП необхідно актуалізувати проблему доступу до педіатричної форми Зидовудину (AZT) на національному рівні та консолідувати зусилля для пошуку рішення разом із міжнародними партнерами та фармацевтичними компаніями. Для мінімізації ризиків проводити навчання матерів (батьків) щодо вимірювання дози АРВ-препарату, завжди надавати письмової інструкції з прийому ПКП, а також розробити офіційні протоколи щодо безпечного дозування препарату поза стаціонаром. Узгодити національний ППМД протокол з останніми рекомендаціями ВООЗ, опублікованими у 2025 році. Забезпечити закупівлю АРТ для дітей на основі нового протоколу та педіатричного дозування.
- 1.5 Грудне вигодовування:** провести заходи для досягнення консенсусу між спільнотою жінок, які живуть з ВІЛ, та спільнотою медичних працівниць/ків, дотичних до надання ППМД послуг, щодо грудного вигодовування для жінок, які досягли вірусної супресії на фоні прийому АРТ з належною прихильністю. Для забезпечення прав ВІЛ-позитивних жінок та ефективної реалізації сучасних стандартів медичної допомоги та клінічних рекомендацій з ППМД необхідно змінити практики консультування, посилити навчання медичних працівниць/ків, забезпечити уніфікований підхід до

інформування про обидва варіанти вигодовування, а також створити умови для регулярного клінічного супроводу матерів і дітей, які обирають грудне вигодовування. Розробити уніфікований національний посібник щодо консультування з питань грудного вигодовування (що допомагає інформованому прийняттю рішень) та забезпечити, щоб усі жінки з ВН<50 копій/мл отримували задокументоване консультування щодо обох варіантів годування. Навчити медичних працівниць/ків, дотичних до надання ППМД послуг, консультуванню з питань грудного вигодовування, що відповідає вимогам ВООЗ.

- 1.6 Потенціал спільноти:** підтримувати спроможність та значущу участь представниць спільноти жінок, які живуть з ВІЛ, у формуванні політик та заходів щодо елімінації вертикальної передачі ВІЛ, включаючи бюджетування, моніторинг та оцінку процесів і показників, на місцевому та загальнодержавному рівнях. Поширювати успішний досвід адвокації силами спільноти (БО «Позитивні жінки Одеса»), зокрема забезпечення фінансування препаратів для пригнічення лактації у ВІЛ-позитивних породіль в Одесі за рахунок місцевого бюджету (закупівля в рамках міської програми «Здоров'я» на 2024–2026 роки).

2. Захист прав та подолання дискримінації у сфері охорони здоров'я

- 2.1 Розвиток спроможності спільноти:** підтримувати та розвивати мережу параюристок спільноти жінок, які живуть з ВІЛ, з експертизою у питаннях, пов'язаних з ППМД. Проводити постійний моніторинг під керівництвом спільноти дотримання прав жінок, які живуть з ВІЛ, доступності та якості ППМД послуг; поширювати та обговорювати його результати з усіма ключовими стейкхолдерами. Проводити інформаційні кампанії та освітні заходи, які покращують правову обізнаність жінок, які живуть з ВІЛ, в тому числі за принципом «рівна-рівній». Забезпечувати значущу участь представниць спільноти жінок, які живуть з ВІЛ, в оцінках правового середовища, нормативно правових актів та просуванні законодавчих змін, що стосуються їхнього життя та здоров'я. Розвивати та покращувати спроможність представниць спільноти вимагати підзвітності від уряду щодо виконання міжнародних зобов'язань та законів України; подавати альтернативні (тіньові) звіти щодо виконання положень Конвенції з ліквідації всіх форм дискримінації щодо жінок (CEDAW) та інших договірних органів ООН.
- 2.2 Політики та навчання:** впроваджувати політики з попередження дискримінації в усіх ЗОЗ, дотичних до надання ППМД послуг, і контролювати їхнє виконання. На засіданнях консультативно-дорадчих регіональних органів з питань ТБ/ВІЛ та ЕПМД регулярно розглядати випадки порушень прав ВІЛ-позитивних жінок та забезпечувати належне реагування. Розробити чіткі, засновані на доказах та повазі до прав людини, посібники з надання допомоги з охорони репродуктивного здоров'я та материнства для жінок, які живуть з ВІЛ, включаючи поінформовану згоду, грудне вигодовування, захист конфіденційності, управління болем тощо. Інтегрувати шанобливий підхід та навчання щодо недопущення стигматизації у зв'язку з ВІЛ до навчальних програм з надання медичної та акушерської допомоги. Запровадити обов'язкове щорічне навчання з питань боротьби зі стигмою для всього персоналу пологових відділень. На курсах підвищення кваліфікації проводити регулярні сесії, присвячені правам пацієнток, чутливості до різноманіття, автономії, соціальній справедливості, конфіденційності та доступу до якісної допомоги. Чітко закріпити в програмах і послугах з ППМД можливість жінок, які живуть з ВІЛ, приймати добровільні, повністю поінформовані та автономні рішення щодо отримання необхідної допомоги під час вагітності й пологів. Досвід лікарів, які демонструють шанобливе, емпатичне та доброзичливе ставлення, слід поширювати шляхом залучення таких фахівчинь до тренерської діяльності для навчання інших медичних працівниць/ків, молодих медиків, інтернів та студентів. Розробка й впровадження навчальних модулів має здійснюватися у співпраці зі спільнотою жінок, які живуть з ВІЛ. Регіональним органам охорони здоров'я запровадити щорічну обов'язкову акредитацію установ (або медичних працівниць/ків) з питань боротьби зі стигмою. Акредитація вимагає від усіх установ (усіх медичних працівниць/ків) навчання персоналу, прийняття та публікації політики боротьби з дискримінацією, створення гарячої лінії захисту прав в контексті ППМД та вжиття інших заходів.

2.3 Доступ до правосуддя: збільшувати видимість правових потреб жінок, які живуть з ВІЛ, для спільноти правозахисниць/ків; підтримувати та розвивати співпрацю ВІЛ-сервісних НУО з правозахисними організаціями. Забезпечувати фінансову підтримку професійної юридичної допомоги для жінок, які пережили акушерське насильство та/або дискримінацію. Навчати, заохочувати та допомагати жінкам подавати офіційні письмові скарги на дискримінаційні дії медичного персоналу. Забезпечувати жінкам можливість повідомляти про порушення їхніх прав без страху наслідків для себе, свого здоров'я чи здоров'я дітей (наприклад, через створення конфіденційних цифрових механізмів). Розробляти інтервенції під керівництвом спільноти для маргіналізованих та уразливих груп жінок для покращення їхнього доступу до ППМД послуг, включаючи жінок, які живуть з ВІЛ, жінок, які вживають наркотики, секс-працівниць, жінок, які пережили насильство, переселенок та мешканок сільської місцевості. Зупинити стигматизацію жінок з низькою прихильністю до АРТ, натомість пропонуючи посилений соціальний супровід та підтримку рівних.

3. Забезпечення фінансової доступності послуг

3.1 Інформування про Програму медичних гарантій: проводити щорічний моніторинг пакетів НЗСУ в ЗОЗ, що надають ППМД послуги. Розробити стандартизований, зручний для пацієнток інформаційний пакет та постійно інформувати ВІЛ-позитивних вагітних жінок через різні інформаційні канали, включаючи інформаційно-просвітницькі матеріали, онлайн-ресурси, консультування та підтримку рівних, про можливості, які передбачає Програма медичних гарантій: незалежно від місця реєстрації або проживання пацієнтки мають право самостійно обирати для пологів будь-який медичний заклад країни, законтрактований з НСЗУ за пакетом №7 «Медична допомога при пологах»⁵; медична допомога під час пологів є безоплатною як при доставленні бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги, так і при самозверненні без направлення. Так само, всі необхідні консультації, лабораторні та інструментальні дослідження та медичне спостереження вагітної від постановки на облік до пологів є безкоштовними у закладах, що мають договір з НСЗУ за пакетом №35 «Ведення вагітності в амбулаторних умовах»⁶.

3.2 Реагування та підтримка найбільш вразливих жінок: проблема фінансової доступності медичних послуг для жінок, які живуть з ВІЛ, має бути видимою для усіх стейкхолдерів. Необхідно включати до плану роботи обласних рад з питань протидії ТБ/ВІЛ та РК ЕПМД розгляд випадків і скарг щодо неправомірної вимоги оплати медичних послуг, особливо у закладах пологової допомоги, де такі випадки трапляються найчастіше. Проводити оцінку фінансової доступності послуг під час моніторингових візитів, як складової регіональних Дорожніх карт з ЕПМД. З метою зменшення фінансового навантаження на жінок слід враховувати рівень фінансової спроможності під час планування програм соціального супроводу, оскільки нестача коштів є головною причиною пропуску візитів до лікарів. Посилювати гуманітарну підтримку для багатодітних і малозабезпечених сімей. Підвищувати фінансову грамотність та навчати жінок прогнозуванню потенційних витрат на медичне обслуговування, зокрема під час складання індивідуального плану ведення вагітності та пологів. Адвокатувати розширення закупівель заміників грудного молока за рахунок місцевих бюджетів, а також компенсувати їхню нестачу через гуманітарні програми. Навчати, заохочувати та допомагати жінкам подавати офіційні скарги на вимоги неправомірної оплати медичних послуг, зокрема через сайт НСЗУ, де можна залишити запитання, зауваження, пропозиції, заяви та скарги⁷. Інформувати жінок про особливості медичного супроводу в приватних клініках та у сімейних лікарів-ФОП, зокрема про відсутність можливості отримання безкоштовних молочних сумішей. Адвокатувати збільшення розміру

⁵ <https://nszu.gov.ua/gromadianam/bezoplatni-poslugi-v-programi-medicnix-garantii-20-1/prioritetni-stacionarni-poslugi-1/medicna-dopomoga-pri-pologax>

⁶ <https://nszu.gov.ua/gromadianam/bezoplatni-poslugi-v-programi-medicnix-garantii-20-1/ambulatorni-poslugi-1/vedennia-vagitnosti-v-ambulatornix-umovax>

⁷ <https://nszu.gov.ua/gromadianam/onlain-formi/zvorotnii-zviazok-tut-vi-mozete-zalisiti-svoyi-zapi>

щомісячної державної допомоги ВІЛ-експонованим дітям до встановлення їм ВІЛ-статусу та дітям, які живуть з ВІЛ (постанова КМУ зі змінами від 26.04.2024 №463)⁸.

- 3.3 Гуманітарні ініціативи:** підтримувати та розвивати гуманітарні ініціативи, що сприяють доступу жінок, які живуть з ВІЛ, до гуманітарної допомоги для подолання наслідків війни, насамперед для задоволення базових та безпекових потреб. Включати жінок, які живуть з ВІЛ, до переліку уразливих груп, що потребують гуманітарної допомоги, забезпечуючи механізми дотримання анонімності та конфіденційності. Підтримувати ефективну та інклюзивну комунікацію зі спільнотою жінок, які живуть з ВІЛ, при зборі гуманітарних потреб і розподілі ресурсів.

4. Покращення доступу до послуг для мешканок віддалених громад

- 4.1 Географічна та адміністративна доступність:** розширити мережу сайтів видачі АРТ на первинному рівні медичної допомоги, зокрема у центрах ПМСД в сільській місцевості. Переглянути та адаптувати графіки видачі АРТ у ЗОЗ ЛЖВ, з урахуванням реальних потреб жінок із сільських громад, усуваючи ситуації, коли пацієнтка приїздить у робочий час, але не може отримати лікування (наприклад, видача відсутня по п'ятницях або в останній тиждень місяця; або видача здійснюється тільки до обіду). Забезпечити сталий доступ вагітних жінок до медичних послуг у віддалених населених пунктах шляхом залучення мобільних амбулаторій, виїзних медичних бригад та організації дистанційних консультацій. Такий підхід дозволить мінімізувати безпекові та соціально-економічні бар'єри для своєчасного обстеження та лікування.
- 4.2 Мультидисциплінарний підхід та психосоціальний супровід:** забезпечувати ресурсну підтримку ВІЛ-сервісних НУО, які працюють у сільській місцевості, тобто міжнародні організації та донори мають розглядати НУО, що працюють у сільській місцевості з вразливими сім'ями, включаючи тих, хто живе з ВІЛ, як пріоритетних партнерів для підтримки. Для жінок, що перебувають під медичним наглядом в ЗОЗ ЛЖВ в обласних або районних центрах, у дизайні психосоціальних послуг передбачити доставку АРВ-препаратів поштою, а також покриття транспортних витрат для своєчасного проходження вірусологічного моніторингу під час вагітності, ранньої діагностики у ВІЛ-експонованих дітей і відвідування профільних фахівців (фтизіатра, нарколога та інших). Підтримувати роботу мультидисциплінарних команд, до складу яких можуть входити соціальна працівниця, психологиня та лікарка, які здійснюють виїзди до віддалених громад для надання медичних і соціальних послуг, включно із забором зразків крові для ранньої діагностики у дітей та надання гуманітарної допомоги. Заохочувати участь жінок із віддалених громад в онлайн-заходах, організованих спільнотою: навчання, групи підтримки, індивідуальні та групові консультації, школи «Життя з ВІЛ» тощо. Окрему увагу необхідно приділяти адресній допомозі сім'ям із дітьми, зокрема багатодітним та малозабезпеченим.
- 4.3 Співпраця з громадами:** пріоритезувати жінок із віддалених громад як окрему цільову групу в інтервенціях програми ППМД у Дніпропетровській та Одеській областях, зокрема в заходах Дорожньої карти. Розвивати партнерство з органами місцевого самоврядування та закладами охорони здоров'я територіальних громад для комплексного реагування на потреби жінок, які живуть з ВІЛ у віддалених районах. На регулярній основі запрошувати керівниць/ків органів місцевого самоврядування та/або керівниць/ків ключових ЗОЗ об'єднаних територіальних громад (ОТГ) на засідання обласної ради для координації дій і обговорення актуальних питань щодо підтримки жінок з ВІЛ у віддалених громадах. Особливу увагу приділяти питанням забезпечення доступу до молочних сумішей за рахунок місцевих бюджетів, а також впровадженню заходів із подолання стигми та дискримінації у зв'язку з ВІЛ.
- 4.4 Нестача медичного персоналу.** регіональним та районним органам охорони здоров'я розробити політику перерозподілу завдань з ППМД, яка дозволить лікарям ПМСД виконувати спрощені функції ППМД. Регіональним та районним органам охорони здоров'я знайти джерела для додавання фінансових стимулів для відряджень у сільську місцевість. Регіональним службам з питань ВІЛ надавати послуги теленаставництва/підтримки для сімей, які живуть з ВІЛ, у сільській місцевості, де спостерігається значна нестача персоналу.

⁸ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/463-2024-%D0%BF#Text>

5. Забезпечення комплексної підтримки жінкам ВПО

- 5.1 Безперервність АРТ:** видавати АРВ-препарати на більш тривалий період з урахуванням індивідуальних потреб та життєвих обставин пацієнток, які живуть з ВІЛ, під час воєнного стану. Передбачити у програмах догляду та лікування ВІЛ необхідні ресурси для організації доставки лікарських засобів поштою, насамперед для жінок-ВПО, які переміщуються у віддаленні громади, з метою забезпечення безперервності АРТ.
- 5.2 Доступ до медичної допомоги:** реагувати на випадки відмови сімейних лікарів у підписання декларації з переселенками; сформувати та регулярно оновлювати списки дружніх лікарів та рекомендувати жінкам ВПО звертатися до них для укладення декларації. Забезпечити доступ до інформації про місця отримання медичних та соціальних послуг. Передбачити включення представниць/ків міграційної служби до складу регіональних консультативно-дорадчих органів з питань ВІЛ та ЕПМД для ефективної міжвідомчої взаємодії з питань відновлення документів.
- 5.3 Психосоціальний супровід:** забезпечувати комплексний психосоціальний супровід ВІЛ-позитивних жінок ВПО, що включає: психологічну підтримку, сприяння адаптації, допомогу у відновленні документів, постановку на облік на новому місці, допомогу в отриманні соціальних виплат, реєстрацію як ВПО, пошук житла або тимчасового прихистку, гуманітарну допомогу, а також підтримку у вирішенні питань догляду за дітьми (влаштування у дитсадок або школу), супровід ВІЛ-експонованих та ВІЛ-позитивних дітей. Надавати додаткову ресурсну та інформаційну підтримку НУО, які працюють із ВІЛ-позитивними жінками ВПО, сприяти діяльності центрів підтримки у регіонах із високим потоком переселенок.
- 5.4 Міжрегіональна координація:** удосконалити міжрегіональну координацію та облік ВПО, які живуть з ВІЛ, з метою забезпечення безперервності догляду, лікування та моніторингу показників ППМД в умовах триваючої міграції населення. Забезпечувати адресну передачу соціального супроводу ВІЛ-позитивних вагітних і ВІЛ-експонованих дітей між регіонами (від однієї НУО до іншої).

6. Посилення системи координації у сфері елімінації вертикальної передачі ВІЛ

- 6.1 Організаційна сталість регіональних комітетів (робочих груп) у воєнний період:** формально сформувати постійний та резервний персональний склад комітетів (РК ЕПМД), залучаючи представниць громадянського суспільства та спільноти жінок, які живуть з ВІЛ. Затвердити офіційний регламент формату проведення засідань, передбачити щоквартальний графік роботи і механізм онлайн-засідань (на випадок надзвичайних ситуацій). Розробити чіткий механізм обміну інформацією між закладами охорони здоров'я, РК ЕПМД та Центром громадського здоров'я МОЗ України для своєчасного подання звітності. Вивчити можливості фінансування для забезпечення роботи секретаріату РК ЕПМД, організації засідань і здійснення моніторингових візитів, включаючи до закладів у віддалених громадах. Фінансування може здійснюватися як за рахунок місцевих бюджетів, так і ресурсів міжнародних донорських організацій, зокрема у межах нового запиту України до Глобального фонду на фінансування програми з протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу у 2027–2029 роках, агенцій ООН та інших партнерів.
- 6.2 Міжсекторальна координація:** інтегрувати діяльність РК ЕПМД до планів роботи обласних координаційних рад з питань ТБ/ВІЛ, а також відповідних робочих груп або підкомітетів. Щонайменше двічі на рік заслуховувати доповіді про здобутки і виклики програми ППМД на обласній раді, підготовлені як державними, так і неурядовими організаціями, з аналізом доступу до послуг для жінок з ключових та уразливих груп, зокрема жінок ВПО та мешканок віддалених громад. Впровадити стандартизовані форми протоколів, включаючи алгоритми реагування на випадки переривання лікування, несвоечасності ранньої діагностики у дітей, порушення прав

пацієнток або соціальні ризики, спричинені війною. Проводити картування наявних ресурсів та медичних і немедичних (соціальних) ППМД послуг у регіоні, а також оцінку незадоволених потреб. Забезпечувати відповідну інформаційну, методологічну, технічну та фінансову допомогу національного рівня для РК ЕПМД через ЦГЗ МОЗ, комітети з програмних питань⁹ та регіональної політики¹⁰ Національної ради з питань протидії ТБ та ВІЛ/СНІДу, Національну робочу групу з елімінації вертикальної передачі ВІЛ, сифілісу та вірусних гепатитів В і С. Врахувати у робочих планах РК ЕПМД розширення діяльності комітетів на напрямки елімінації передачі від матері до дитини сифілісу та вірусних гепатитів («потрійна елімінація»).

6.3 Моніторинг та контроль діяльності: проводити щоквартальний аудит виконання регіональних Дорожніх карт, з перевіркою фактичного функціонування маршрутів пацієнток, забезпечення соціального супроводу та впровадження політик щодо попередження дискримінації. Запровадити систему «ключових показників готовності» з переліком чітких індикаторів для оцінки організаційної, кадрової та ресурсної спроможності і фактичної готовності РК ЕПМД до виконання своїх функцій. Використовувати електронні платформи для збору та автоматичного агрегування даних для забезпечення оперативного доступу до узагальненої інформації та зменшення затримок у поданні й аналізі даних (модуль «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» як складову інформаційної системи «Моніторинг соціально значущих хвороб»). Організовувати регулярне навчання з питань організаційного управління програмою ППМД і реагування на критичні випадки для всіх, хто безпосередньо бере участь у плануванні, координації та реалізації заходів ЕПМД на регіональному рівні: медичних і соціальних працівниць/ків, залучених до надання ППМД послуг, співробітниць/ків, відповідальних за моніторинг і збір даних, членкинь та членів РК ЕПМД. Проводити моніторингові візити національного рівня. Забезпечувати доступ до публічної інформації щодо роботи регіональної координаційної ради з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу та РК ЕПМД (склад ради та комітету, щорічні плани роботи, порядок денний та протокольні рішення засідань).

7. Дівчата-підлітки, які живуть з ВІЛ

7.1 Розкриття ВІЛ-статусу: забезпечувати, щоб діти отримували інформацію про свій ВІЛ-позитивний статус до досягнення підліткового віку. Навчати та підтримувати батьків в питаннях розкриття ВІЛ-статусу дитині; особливої уваги потребують бабусі-опікунки, які часто відчують труднощі з цього приводу. Навчати підлітків безпечним методам повідомлення про свій ВІЛ-статус іншим людям. Залучати до цієї роботи ВІЛ-сервісні НУО, що мають досвід підтримки дітей, підлітків і їхніх родин.

7.2 Психологічна підтримка: посилювати індивідуальну психологічну роботу з підлітками, які відчувають страх або дискомфорт у спілкуванні з медиками, а також із тими, хто пережив втрату рідних чи стикається зі стигмою. Організовувати індивідуальні та групові консультації для підлітків, спрямовані на адаптацію до тривалого лікування та подолання страхів. Запроваджувати програми обміну досвідом між поколіннями – дівчатами-підлітками та жінками, які живуть з ВІЛ, а також активно долучати підлітків до школи «Життя з ВІЛ». Підтримувати розвиток мережі підлітків, які живуть з ВІЛ, в Україні. Забезпечувати доступ дівчат-підлітків до фахової психологічної, психотерапевтичної та психіатричної допомоги.

7.3 Підвищення обізнаності та відповідальності щодо АРТ: впроваджувати освітні програми для підлітків з питань прихильності до АРВ-лікування, активно залучати дівчат-підлітків до шкіл пацієнток/ів. Проводити навчальні заходи для родичів та опікунів з питань комунікації, мотивації підлітків до дотримання режиму лікування, а також заохочувати поступовий перехід підлітків до самостійного контролю за прийомом ліків, зменшуючи надмірну опіку та контроль з боку дорослих. Розвивати у підлітків навички самостійного контролю за прийомом ліків, розуміння важливості лікування та відповідальності за власне здоров'я. Запровадити задокументовані обговорення вірусного навантаження принаймні щорічно з підлітками, які живуть з ВІЛ.

⁹ <https://moz.gov.ua/uk/komitet-z-programnih-pitan>

¹⁰ <https://moz.gov.ua/uk/komitet-z-regionalnoi-politiki>

- 7.4 Покращення комунікації підлітків з медичними працівниця/ками:** підвищувати кваліфікацію медичних працівниць/ків у питаннях емпатійної комунікації з підлітками, зосереджуючись на роз'ясненні складних понять простою мовою та створенні атмосфери довіри. Забезпечувати можливість прямого контакту підлітків із лікарями для отримання інформації про лікування та догляд. Забезпечувати регулярне та відкрите спілкування підлітків із медичними працівниця/ками, включаючи дистанційні консультації для тих, хто мешкає у сільській місцевості або має обмежену мобільність, зумовлену воєнним станом. Національним органам охорони здоров'я запровадити обов'язкові тренінги з консультування для медичних працівниць/ків, які надають послуги підліткам, які живуть з ВІЛ, та контролювати показники якості консультування підлітків під час аудитів закладів.
- 7.5 Підвищення обізнаності щодо СРЗ та доступ до послуг:** для заповнення прогалин у знаннях підлітків у співпраці з НУО розробити відеоуроки про активну згоду в сексуальних стосунках, профілактику ІПСШ, до- та постконтактну профілактику ВІЛ, ВПЛ та доступність СРЗ послуг, зокрема безкоштовних контрацептивів (ввести QR-код для вільного доступу до них). Забезпечити доступ дівчат-підлітків, які живуть з ВІЛ, до програми безоплатної вакцинації проти ВПЛ-інфекції, що розпочалася в Україні на початку 2026 року (вакцина «Гардасил 9»). Заохочувати регулярні профілактичні огляди у гінеколога, особливо для тих, хто має досвід сексуальних стосунків. Підтримувати відкритий діалог щодо сексуального здоров'я з родиною, партнерами та медичними працівниця/ками.
- 7.6 Подолання стигми та дискримінації:** забезпечити захист конфіденційності інформації про ВІЛ-статус дитини, унеможлививши її розголошення в освітніх закладах чи громаді. Проводити інформаційні кампанії та освітні заходи, що підвищують правову грамотність підлітків, які живуть з ВІЛ, у тому числі за принципом «рівна-рівній». Впроваджувати інформаційні сесії для підлітків та їхніх родин щодо правового захисту, можливостей судового та позасудового вирішення конфліктів. Інформувати підлітків про наявні параюридичні та юридичні послуги на базі ВІЛ-сервісних організацій.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Вступ

Епідситуація з ВІЛ-інфекцією та ППМД в Україні, Дніпропетровській та Одеській областях

За даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (ЦГЗ МОЗ), станом на 01 січня 2026 року під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) перебувало 130 676 людей, які живуть з ВІЛ, що становить 318,7 на 100 000 населення, **найвищі показники поширеності ВІЛ**, як і в попередні періоди, залишаються у **Дніпропетровській** (901,2) та **Одеській** (773,4) областях¹¹.

У 2025 році офіційно зареєстровано 8 024 нових випадків ВІЛ-інфекції (19,6 на 100 000 населення). Найвищі рівні захворюваності зафіксовані в Дніпропетровській (46,4) та Одеській (45,6) областях. Водночас рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію, у порівнянні з 2024 роком, знизився по країні на 20%, зокрема у **Дніпропетровській області** – на 30%, в **Одеській області** – на 23%.

Південно-східні регіони, Київська область та м. Київ залишаються зонами епідеміологічного напруження, де мешкають близько 70% людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). Моніторинг внутрішньо переміщених осіб (ВПО) показує, що кожна третя ВІЛ-позитивна людина (36%) прибула з інших регіонів **до Дніпропетровської області**, 14% – **до Одеської області**.

В Україні охоплення вагітних жінок тестуванням на ВІЛ залишається стабільно високим (>95%) з 2001 року – від початку реалізації державної програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД). Загальна **кількість вагітних жінок**, які живуть з ВІЛ, щорічно **зменшується**: з 2203 у 2019 році до 914 у 2025 році, при цьому третина з них (32%) проживає у **Дніпропетровській та Одеській областях**. Дані епідеміологічного моніторингу підтверджують високу ($\geq 1\%$) поширеність ВІЛ серед вагітних жінок у семи регіонах України: Херсонській (2%), Одеській (1,5%), Миколаївській (1,4%), Донецькій (1,3%), Дніпропетровській (1,2%), Кіровоградській та Чернігівській (1,1%) областях¹².

Станом на 01.01.2026 року в Україні **під медичним наглядом перебувало 5019 дітей**, народжених ВІЛ-позитивними жінками, з яких у 2574 дітей мають підтверджений ВІЛ-позитивний статус, а 2 445 дітей залишаються з неуточненим ВІЛ-статусом (ВІЛ-експоновані діти). **Найбільша частка ВІЛ-позитивних (43%) та ВІЛ-експонованих (32%) дітей**, які перебувають на обліку, **зосереджена саме у Дніпропетровській та Одеській областях**. Такі дані є критично важливими для прогнозування навантаження на програму ППМД в цих регіонах, зокрема щодо потреб у тестуванні, лікуванні та подальшому медичному та соціальному супроводі дітей та їхнього найближчого оточення.

Україна продовжує демонструвати стійкі досягнення у сфері елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини та утримує ключові показники моніторингу й оцінки програми ППМД на високому рівні¹³, попри суттєві виклики, зумовлені повномасштабною війною (див. табл. 1).

¹¹ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user161/hiv_aids_statistics_operinfo_2025.12_0.pdf

¹² https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user161/Site_Buleten_56_fin.pdf

¹³ Оперативні дані ЦГЗ МОЗ за регіональними звітами про виконання заходів регіональної Дорожньої карти з елімінації передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини

Таблиця 1. Показники моніторингу заходів з профілактики вертикальної передачі ВІЛ в Україні

Показники	2022 рік	2023 рік	2024 рік	2025 рік
Кількість ВІЛ-позитивних вагітних	1416	1232	1083	914
Кількість пологів у ВІЛ-позитивних вагітних	1410	1216	1122	914
Кількість ВІЛ-експонованих дітей (живонароджених)	1423	1226	1125	922
Охоплення АРТ вагітних	94,4%	97,3%	97,3%	97,4%
Охоплення вагітних дослідженням на ВІЛ перед пологами (34-36 тижнів вагітності)	88,3%	95,0%	92,8%	92,5%
Охоплення ВІЛ-експонованих дітей ПКП	98,5%	99,4%	98,7%	98,9%
Охоплення ВІЛ-експонованих дітей ранньою діагностикою ВІЛ-інфекції (ПЛР НК)	91,6%	98,2%	99,0%	99,2%
Охоплення ВІЛ-експонованих дітей профілактикою котримаксозолом	86,3%	94,3%	91,9%	93,8%
Охоплення ВІЛ-експонованих дітей штучним вигодовуванням	99,1%	99,5%	99,6%	99,2%
Кількість ВІЛ-позитивних дітей, за даними ранньої діагностики ВІЛ-інфекції (ПЛР НК)	21	18	6	14
Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, за даними ранньої діагностики ВІЛ-інфекції	1,6%	1,5%	0,5%	1,5%

Упродовж 2022–2025 років серед ВІЛ-позитивних вагітних майже 75% жінок перебували під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ ще до настання вагітності; близько 13% жінок **належать до ключових груп**, переважно це статеві партнерки людей, які живуть з ВІЛ; понад 40% ВІЛ-позитивних вагітних є **мешканками сільської місцевості та малих міст**. Водночас спостерігається зниження частки жінок, яким ВІЛ-позитивний статус було встановлено вперше під час вагітності – з 34,5% у 2022 р. до 24,1% у 2025 р., у тому числі під час пологів або після пологів – з 11,3% до 4,7% відповідно.

Позитивною тенденцією є зростання частки жінок, які продовжили антиретровірусну терапію (АРТ) після пологів, – з 93,0% у 2022 р. до 97,4% у 2025 р. Водночас попри загально високий рівень охоплення АРТ серед вагітних жінок, які живуть з ВІЛ, **у військовий період 166 вагітних не отримали АРТ**, з них **42% проживали у Дніпропетровській та Одеській областях і місті Києві**. Основними причинами **неотримання АРТ під час вагітності** були відсутність перебування жінок на обліку у жіночій консультації, відмова від лікування, низька прихильність до АРТ та самовільне припинення прийому препаратів, а також фактори, пов'язані з безпекою та доступом до медичних послуг, зокрема віддаленість місця проживання та ризику обстрілів.

Переважна більшість дітей, народжених жінками, які живуть з ВІЛ, упродовж 2022–2025 років в Україні була охоплена ключовими заходами профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції відповідно до національних стандартів медичної допомоги. У 2025 році 915 новонароджених (99,2%) пройшли ранню діагностику ВІЛ-інфекції та перебували на штучному вигодовуванні, 912 дітей (98,9%) отримали постконтактну профілактику. Станом на 01.01.2026 року 784 (85,5%) ВІЛ-експонованих дітей **забезпечені молочними сумішами** за рахунок коштів місцевого бюджету та гуманітарної/благодійної допомоги.

Частота передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД) в Україні у 2018 році досягла визначеного ВООЗ глобального цільового показника ($\leq 2\%$) та в умовах воєнного періоду коливалася у межах від 0,5% до 1,6%, із **середнім значенням 1,3%**. Упродовж 2022–2025 років, за даними ранньої діагностики ВІЛ-інфекції, у п'яти регіонах України не було зареєстровано жодного випадку ВІЛ-інфікування серед ВІЛ-експонованих дітей: Волинській, Київській, Рівненській, Тернопільській та Чернівецькій областях. Водночас в інших регіонах під час повномасштабної війни загально зареєстровано 59 ВІЛ-позитивних дітей, з яких 13 (22%) народилися у **Дніпропетровській області**, 10 (17%) – в **Одеській області** та 7 (12%) – у місті Києві.

Станом на 01.01.2026 року, за результатами когортного моніторингу, 213 дітей віком понад 18 місяців, народжених у 2022 році, та 183 дитини, народжені у 2023 році, залишалися необстеженими на ВІЛ. Основними причинами цього були відмова батьків від обстеження дитини, а також відсутність актуальної інформації про місце її проживання. Найбільшу кількість таких випадків зафіксовано у Дніпропетровській та Одеській областях і місті Києві, що свідчить про недостатнє охоплення серологічним тестуванням дітей віком 18 місяців і старше з метою встановлення остаточного ВІЛ-статусу в цих регіонах.

За даними ЦГЗ МОЗ України, упродовж 2022–2025 років в Україні виявлено 240 ВІЛ-позитивних дітей віком до 18 років за епідемічними або клінічними показаннями після народження, переважно серед дітей, народжених від жінок, які живуть з ВІЛ. Майже половина таких випадків (47,8%) зареєстрована у Дніпропетровській, Київській, Одеській областях та місті Києві, що свідчить про наявність пропущених випадків вертикальної трансмісії у попередні роки.

Станом на 01.01.2026 року під медичним наглядом перебувало 1 145 дітей віком 0–14 років, які живуть з ВІЛ, з яких 1 058 (92,4%) отримували АРТ, а також 597 підлітків віком 15–17 років, із яких 538 (90,1%) були охоплені АРТ. При цьому кожна третя дитина віком 0–18 років, яка живе з ВІЛ, проживає у Дніпропетровській та Одеській областях.

Дніпропетровська область

Станом на 01.01.2026 року в Дніпропетровській області під медичним наглядом перебували 237 дітей віком 0–14 років, які живуть з ВІЛ, з яких 206 (86,9%) отримували антиретровірусне лікування, а також 109 підлітків віком 15–17 років, з яких 92 (84,4%) були охоплені АРТ. Втрати у континуумі лікування дітей та підлітків, які живуть з ВІЛ, насамперед пов'язані зі змінами місця проживання та втратою контакту з медичною системою, а також недостатнім рівнем соціального супроводу та психосоціальної підтримки, особливо для підлітків. Співвідношення ВІЛ-позитивних хлопчиків і дівчаток віком 0–17 років включно становить 1:1 (50% і 50%).

Діти та підлітки, які живуть з ВІЛ, переважно перебувають під медичним наглядом у Дніпропетровському обласному центрі соціально значущих хвороб (45,5%), а також у закладах охорони здоров'я мм. Дніпра та Кривого Рогу (50,0%). Решта дітей отримують медичну допомогу у закладах охорони здоров'я міст районного рівня – мм. Кам'янське, Нікополь, Павлоград, Тернівка, Жовті Води, Марганець, а також у закладах Криворізького та Нікопольського районів.

Станом на кінець 2025 року в Дніпропетровській області 137 (97,9%) ВІЛ-експонованих дітей віком до 12 місяців були забезпечені адаптованими молочними сумішами (АМС). Із них 130 дітей отримували суміші за рахунок коштів місцевого бюджету, 7 – за рахунок гуманітарної допомоги, ще 3 – за власні кошти батьків; 3 дитини на цей період виїхали за межі області.

Кількість матерів, які отримували щомісячну державну допомогу на ВІЛ-експонованих дітей та дітей, які живуть з ВІЛ (згідно з постановою КМУ зі змінами від 26.04.2024 р. №463), на кінець 2024 року становила 445 осіб, а станом на 01.10.2025 року – 373 особи.

Одеська область

Станом на 01.01.2026 року в Одеській області під медичним наглядом перебували 160 дітей віком 0–14 років, які живуть з ВІЛ, з яких 154 (96,2%) отримували антиретровірусне лікування, а також 78 підлітків віком 15–17 років, з яких 76 (97,4%) були охоплені АРТ. Частина дітей зазнала короточасні перерви у лікуванні через тимчасову евакуацію разом із батьками або перебування дітей із дитячих будинків та шкіл-інтернатів за межами країни.

Переважна частина дітей та підлітків, які живуть з ВІЛ (близько 60%), мешкають у населених пунктах районного рівня, 30% – у м. Одеса, решта – у містах районного значення: Білгород-Дністровський, Ізмаїл, Чорноморськ, Південне, Теплодар, Подільськ. Співвідношення ВІЛ-позитивних хлопчиків і дівчаток становить 1:1,2 (45% і 55%).

Станом на кінець 2025 року в Одеській області 151 ВІЛ-експонована дитина віком до 12 місяців (100%) була забезпечена АМС; 50 дітей отримували АМС за рахунок місцевого бюджету, 2 – за рахунок гуманітарної допомоги, 99 – за власні кошти та з інших джерел фінансування. Кількість матерів, які

отримували щомісячну державну допомогу на ВІЛ-експонованих дітей та дітей, які живуть з ВІЛ, на кінець 2024 року становила 414 осіб, а станом на 01.10.2025 року – 371 особа.

Наявність та доступність послуг

Ресурсна забезпеченість

Нормативно-правова база з питань ППМД

Державні гарантії забезпечення вільного та безоплатного доступу до послуг з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини з метою скорочення до нуля (елімінації) вертикальної трансмісії ВІЛ в Україні закріплено Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

З метою реалізації зазначених державних гарантій, ППМД послуги інтегровані до низки пакетів **Програми медичних гарантій**, що забезпечує безперервність медичної допомоги жінці та дитині на всіх етапах – від планування та ведення вагітності до пологів і післяпологового періоду:

- ➔ **Діагностика, лікування та супровід осіб, які живуть з ВІЛ (та осіб із підозрою на ВІЛ)** – тестування, антиретровірусна терапія, медичний і соціальний супровід.
- ➔ **Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах** – тестування на ВІЛ, медичний супровід та ведення вагітності.
- ➔ **Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій** – надання медичної допомоги вагітним з ускладненим перебігом вагітності та екстрагенітальною патологією, у тому числі з проведенням тестування на ВІЛ.
- ➔ **Первинна медична допомога** – спостереження жінки з неускладненим перебігом вагітності, проведення діагностики вагітності та тестування на ВІЛ (у тому числі швидкими тестами), за потреби – направлення до лікаря-акушера-гінеколога.
- ➔ **Ведення вагітності в амбулаторних умовах** – тестування на ВІЛ, направлення вагітної до мультидисциплінарного консилиуму для узгодження плану ведення вагітності та пологів у жінок групи високого ризику, підготовка до пологів із наданням інформаційної та психологічної підтримки.
- ➔ **Медична допомога при пологах** – тестування на ВІЛ і сифіліс, організація забору та дослідження зразків сухої краплі крові (СКК) у дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, проведення постконтактної антиретровірусної профілактики новонародженим, консультування з питань грудного вигодовування та післяпологової контрацепції, забезпечення проведення планового кесаревого розтину у закладах охорони здоров'я II–III рівнів перинатальної допомоги.
- ➔ **Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках** – забір СКК, надання постконтактної антиретровірусної профілактики, підтримка та сприяння грудному вигодовуванню, у тому числі із застосуванням спеціалізованих продуктів харчування для дітей з особливими потребами.
- ➔ **Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя** – проведення додаткових лабораторних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Нормативні зміни у сфері ППМД в Україні (2019–2025)

В останні роки в Україні відбулися суттєві нормотворчі зміни у сфері протидії ВІЛ-інфекції, зокрема щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, які сформували сучасні підходи та комплексні заходи, спрямовані на унеможливлення випадків вертикальної трансмісії ВІЛ, зокрема:

- **Актуалізовано підходи до профілактики, тестування та лікування ВІЛ із посиленням гарантій доступу вагітних, породіль та дітей до безоплатних медичних послуг, що створює правову основу для ППМД на всіх рівнях надання допомоги:** Закон України Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий

і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» від 12.12.1991 №1972-XII в редакції від 12 січня 2023 року №2869-IX¹⁴.

- **Вперше на стратегічному рівні закріплено курс на елімінацію ППМД як одну з ключових цілей державної політики у сфері ВІЛ:** Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 року №1415-р. «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року»¹⁵.
- **Конкретизовано заходи ППМД, зокрема інтеграцію тестування на ВІЛ у ППМД, міжсекторальну взаємодію та моніторинг результатів елімінації:** Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 червня 2024 року №564-р «Про затвердження операційного плану заходів з реалізації у 2024-2026 роках Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року»¹⁶.
- **Запроваджено механізм щомісячної державної допомоги ВІЛ-експонованим дітям, що посилює соціальний компонент ППМД та безперервність медичного спостереження з народження:** Постанова Кабінету Міністрів України від 26 квітня 2024 року № 463 «Деякі питання виплати щомісячної державної допомоги ВІЛ-експонованим дітям до встановлення їм ВІЛ-статусу та дітям, які живуть з ВІЛ»¹⁷.
- **Удосконалено систему якості лабораторної діагностики ВІЛ, що є критичним для раннього виявлення ВІЛ у вагітних і немовлят та своєчасного початку заходів ППМД:** Наказ МОЗ від 05.04.2019р. №794 «Про удосконалення системи управління якістю лабораторних досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 01 липня 2019 р. за №698/33669 (зі змінами від 31.12.2021)¹⁸.
- **Внесено зміни для жінок-ЛЖВ щодо можливості отримання послуг з допоміжних репродуктивних технологій за бюджетні кошти у разі невизначального вірусного навантаження:** Наказ МОЗ від 22.04.2019р. №933 «Про внесення зміни до додатка 1 до Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти»¹⁹.
- **Визначено організаційні заходи з елімінації ППМД з акцентом на координацію заходів ППМД на регіональному рівні:** Наказ МОЗ від 06.09.2021 №1887 «Про організацію виконання заходів з елімінації передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»²⁰.
- **Затверджено клінічну настанову та стандарти медичної допомоги з ППМД, які встановили сучасні доказові підходи до ведення ВІЛ-позитивних вагітних та новонароджених:** Наказ МОЗ України від 26.04.2022 №692 «Про затвердження клінічної настанови, заснованої на доказах «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» та стандарти медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»²¹.
- **Уніфіковано підходи до лікування ВІЛ-інфекції та забезпечено інтеграцію ППМД у безперервний маршрут надання медичної допомоги:** Наказ МОЗ України від 16.11.2022 р. №2092 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»» (із змінами від 15.08.2023), що втратив чинність внаслідок затвердження наказом МОЗ України від 03.06.2025 р. №916 оновлених прийняття Стандарту медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»²².
- **Оновлено перелік ключових груп щодо інфікування ВІЛ, що впливає на підходи до тестування жінок репродуктивного віку в рамках ППМД:** Наказ МОЗ від 15.09.2023 №1632 «Про затвердження Переліку ключових груп щодо інфікування ВІЛ та критеріїв їх визначення», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 016 жовтня 2023 року за №1804/40860²³.
- **Врегульовано процедуру призначення та виплати допомоги ВІЛ-експонованим дітям, що доповнює медичні заходи ППМД соціальним супроводом:** Наказ МОЗ України від 07.06.2024

¹⁴ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>

¹⁵ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-p#Text>

¹⁶ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/564-2024-%D1%80#Text>

¹⁷ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/463-2024-n#Text>

¹⁸ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0698-19#Text>

¹⁹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0506-19#Text>

²⁰ <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-06092021--1887-pro-organizaciju-vikonannja-zahodiv-z-eliminacii-peredachi-vil-infekcii-vid-materi-do-ditini>

²¹ <https://www.dec.gov.ua/mtd/profilaktyka-peredachi-vil-vid-materi-do-dytyny/>

²² <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-16112022--2092-pro-zatverdzhennja-standativ-medichnoi-dopomogi-vil-infekcija>

²³ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1804-23#Text>

№994 «Про затвердження форми Заяви про призначення та виплату щомісячної державної допомоги ВІЛ-експонованим дітям до встановлення їм ВІЛ-статусу та дітям, які живуть з ВІЛ»²⁴.

Водночас постає нагальна **потреба в удосконаленні та гармонізації** іншої нормативно-правової бази, що впливає на ефективність заходів з ППМД, оскільки вона є застарілою, не враховує сучасні організаційні, медико-соціальні та фінансові аспекти системи охорони здоров'я або взагалі відсутня:

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 №740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей»;
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.01.2014 р. №59 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї»;
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.08.2022 №1437 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги “Нормальна вагітність”»;
- Відсутній наказ МОЗ України з організації акушерсько-гінекологічної допомоги через втрату чинності у 2023 році наказу МОЗ України від 15.07.2001 р. №417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»;
- Потрібно доопрацювати та формально закріпити всі ключові заходи профілактики та лікування у пакетах Програми медичних гарантій (НСЗУ), а саме: антиретровірусну терапію жінкам, у яких ВІЛ виявлено під час пологів, препарати для припинення лактації у жінок з ВІЛ, індексне тестування вагітних, забезпечення доконтактної профілактики вагітних та їхніх статевих партнерів із серодискордантних пар тощо.

Мультидисциплінарна робоча група з розробки Стандартів медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», затверджена наказом МОЗ України №1589 від 17 жовтня 2025 року, розпочала роботу по підготовці національного документу, який забезпечить **профілактику вертикальної трансмісії трьох інфекцій**, а саме – Стандарт медичної допомоги «Профілактика передачі від матері до дитини ВІЛ-інфекції, сифілісу та вірусного гепатиту В».

З 01 січня 2026 року в Україні **розпочав діяти оновлений Календар профілактичних щеплень**, до якого входить обов'язкова вакцинація проти 11 інфекційних захворювань: туберкульозу, вірусного гепатиту В, кору, паротиту, краснухи, поліомієліту, дифтерії, правця, кашлюку, хіб-інфекції та **вірусу папіломи людини (ВПЛ)**. Медичні закупівлі України (МЗУ) на запит Міністерства охорони здоров'я уклали договір на закупівлю 9-валентної вакцини проти вірусу папіломи людини, враховуючи зміни в національному Календарі профілактичних щеплень (Наказ МОЗ №396 від 05.03.2025 «Про затвердження Змін до глав 1,2 розділу II Календаря профілактичних щеплень в Україні»²⁵). Безоплатна вакцинація проти ВПЛ-інфекції за одноступенною схемою передбачена для дівчат віком 12-13 років. Закуплена вакцина «Гардасил 9» виробляється американською компанією Merck Sharp & Dohme (MSD). МЗУ уклали з виробником договір керованого доступу (ДКД) на два роки.

9-валентна вакцина проти ВПЛ-інфекції формує захист від дев'яти типів вірусу: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58. В тому числі і від двох типів ВПЛ високоонкогенного ризику – 16 і 18, на які за даними ВООЗ²⁶, припадає біля 70% раку шийки матки. В Дніпропетровській та Одеській областях²⁷, як і по всій Україні, розпочато безоплатну вакцинацію дівчат 12–13 років проти ВПЛ для профілактики раку шийки матки. Щеплення проводять у дитячих поліклініках та центрах первинної медико-санітарної допомоги за місцем проживання.

²⁴ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0939-24#Text>

²⁵ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0443-25#Text>

²⁶ <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/norms-and-standards/vaccine-standardization/human-papillomavirus>

²⁷ <https://od.cdc.gov.ua/news/3774/>

Людські ресурси

Якісний компонент

Глибинні інтерв'ю з 7 людьми, які займають керівні посади

Загалом, нестача кадрів у сфері надання медичної допомоги ВІЛ-позитивним жінкам та дітям залишається актуальною проблемою, що потребує негайного вирішення для забезпечення якісної та безперервної медичної допомоги. Внаслідок демографічних змін, міграції та війни, кількість жінок, які народжують, суттєво знизилась, що зменшує навантаження на медичні заклади, але не вирішує проблему дефіциту спеціалістів. На підставі наданої інформації щодо забезпечення спеціалістами у сфері надання медичних послуг ВІЛ-позитивним жінкам під час вагітності, пологів, післяпологового періоду та ВІЛ-експонованим дітям в Дніпропетровській та Одеській області можна зробити такі узагальнення:

Дніпропетровська область

У Дніпропетровській області гостро відчувається **дефіцит профільних спеціалістів** у закладах служби СНІДу, особливо бракує **лікарів-педіатрів інфекціоністів та гінекологів**. Усього кілька лікарів працюють у міських та районних центрах, а деякі заклади взагалі залишилися без спеціалістів через кадрову ротацію, звільнення та наслідки війни (*«Питання з профільними лікарями, педіатрами, інфекціоністами, саме в закладах служби. Так, їх дуже мало, у нас на область три. У нас (ДОМЦСЗХ), в міському (Дніпро), в Криворізькому, от я зараз не знаю, в Нікополі ще працює чи ні, тому що зараз все змінюється кожного дня. Їх мало, цих лікарів дуже мало. Лікарів-гінекологів, якщо казати безпосередньо в закладах служби СНІДу, теж дуже мало. У нас немає, у нас був гінеколог, вона звільнилася з початком війни. В міському (Дніпро) залишилась лікар-гінеколог і в нашої філії в Кривому Розі, там лікар-гінеколог»*). У місті Кривий Ріг спостерігається **дефіцит неонатологів, сімейних лікарів, акушерів-гінекологів**, що призводить до наявності вакантних посад у медичних закладах та додаткового навантаження на наявних спеціалістів (*«У нас взагалі не вистачає кадрів. Ми маємо дефіцит кадрів у місті. Неонатологів, сімейних лікарів на рівні Центрів первинної медико-санітарної допомоги. І акушерів, гінекологів теж у нас є вільні ставки»*).

Одеська область

В Одеській області за останні роки зберігався достатній рівень забезпечення лікарями-інфекціоністами та акушерами-гінекологами, які пройшли відповідне навчання (*«Я можу сказати, що, мабуть, вистачає. В нас закладів, в принципі, достатньо всіх. У нас практично лікарі не мінялися»*). Однак, через реформу охорони здоров'я та міграцію кадрів, кількість інфекціоністів дещо скоротилася, але їх все ще вистачає для потреб регіону (*«Вистачає спеціалістів, достатня кількість лікарів-інфекціоністів є. Трошки вони скоротились в області після того, як була проведена реформа охорони здоров'я. Одні лікарні збільшили в розмірах, інші закрили, тому кількість зменшилась. Але, наскільки я спілкуюсь з усіма лікарями-інфекціоністами в області, то я знаю, що їх загалом вистачає»*). Найбільший **кадровий дефіцит** спостерігається серед **педіатрів та неонатологів**, що частково пов'язано із закриттям відповідного факультету в медичному університеті та відсутністю молодих фахівців (*«В нас не дуже багато таких спеціалістів, як педіатри. Можливо, тут справа ще в тому, що в нашому медичному університеті був закритий факультет, зараз університет працює над тим, щоб відновити. Знову у нас з'явиться педіатричний факультет. І проблема, наскільки я знаю, з неонатологами в нас. Це проблема така, вона загальна, можливо, в усій країні. Дуже тяжка спеціальність»*). Окремо був зазначений кадровий голод на рівні міста Одеси, спричинений міграцією, віком працівників та воєнною ситуацією (*«В нас зараз кадровий голод, тому що частина людей поїхала, частина людей вже за віком закінчили свою роботу, частина пішли в ЗСУ. Але і кількість жінок у нас зменшилась»*).

Фінансові ресурси

Глобальна нестабільність і перерозподіл фінансування для вирішення одночасних світових криз призвели до скорочення зовнішньої підтримки системи охорони здоров'я в Україні, що обмежує можливості забезпечувати критично важливі медичні втручання та послуги. У новій стратегії PEPFAR

2025 року «Глобальна стратегія охорони здоров'я – Америка понад усе»²⁸ визначено пріоритети співпраці з найбільш ураженими країнами, акцент на глобальних цілях боротьби з ВІЛ, партнерстві та формуванні стійких систем охорони здоров'я, з наголосом на національній самостійності для досягнення та підтримки глобальної мети – викорінення СНІДу як загрози громадському здоров'ю.

Фінансування закладів охорони здоров'я, що надають послуги з ППМД, здійснюється переважно через НСЗУ у межах Програми медичних гарантій. Додатковими джерелами фінансування є кошти державного бюджету, зокрема на централізовані закупівлі антиретровірусних препаратів і виробів медичного призначення, а також на виплату щомісячної державної допомоги ВІЛ-експонованим дітям до встановлення їм ВІЛ-статусу та дітям, які живуть з ВІЛ. Окрім того, фінансування може залучатися з місцевих бюджетів і міжнародної технічної допомоги. Власні надходження закладів формуються, зокрема, за рахунок платних послуг (наприклад, покращені умови перебування у палатах пологового будинку тощо).

З початку повномасштабної війни обсягів державного фінансування було недостатньо для повного покриття потреб в АРТ та засобів діагностики ВІЛ, у зв'язку з чим частина АРВ-препаратів і тест-систем додатково забезпечувалася за підтримки Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФ) та PEPFAR.

За даними ЦГЗ МОЗ станом на 01.01.2026 антиретровірусну терапію в Україні отримують 115 650 людей, які живуть з ВІЛ. Закупівля АРВ-препаратів здійснюється за рахунок програм міжнародної технічної допомоги (ГФ, PEPFAR), тоді як моніторинг ефективності лікування забезпечується за кошти державного бюджету (дослідження рівня СД4 та вірусного навантаження). Діагностика ВІЛ-інфекції серед дітей також повністю здійснюється за рахунок державного бюджету, що свідчить про поступове відновлення та посилення фінансової спроможності держави у цій сфері.

Для посилення заходів ППМД важливо узгодити бюджети між усіма джерелами фінансування під час розробки та затвердження наступного раунду операційного плану Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року. При цьому слід враховувати перегляд фінансування пакетів медичних послуг, що надаються закладам охорони здоров'я за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, можливості державного фінансування профілактики ВІЛ-інфекції, а також підтримку міжнародних проєктів і організацій, що можуть бути залучені до процесу валідації ЕПМД в Україні. Реалізація та зміцнення програми ППМД мають здійснюватися відповідно до Плану відновлення системи охорони здоров'я²⁹, який передбачає поетапне впровадження заходів з розвитку системи охорони здоров'я в новому форматі забезпечення якості та доступності медичних послуг.

Інформаційні системи

З метою автоматизації збору статистичних даних у 2018 році за підтримки ЮНІСЕФ в Україні було розроблено та впроваджено у 25 регіонах першу медичну інформаційну систему «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» (BabyMIS), яка забезпечувала **внесення, зберігання та обмін**, у тому числі ретроспективних, **даних щодо ВІЛ-позитивних вагітних жінок та дітей**, народжених ВІЛ-позитивними матерями, з можливістю їх коригування та доповнення у зручний час.

Також було розроблено та розміщено на онлайн-платформі ЦГЗ МОЗ України навчальний курс з користування системою BabyMIS. Водночас впровадження BabyMIS обмежувалося обласним рівнем закладів охорони здоров'я та не передбачало розширення мережі користувачів на локальному рівні, що ускладнювало своєчасне внесення та отримання даних. Крім того, система функціонувала автономно та не була інтегрована з інформаційною системою «Моніторинг соціально значущих хвороб» (IC C3X), що призводило до дублювання даних щодо ВІЛ-позитивних вагітних жінок та дітей у двох інформаційних системах.

З метою забезпечення централізованого підходу до збору, обробки та аналізу даних ППМД, за підтримки Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД

²⁸ https://www.state.gov/america-first-global-health-strategy?utm_sourc

²⁹ <https://www.kmu.gov.ua/news/uriad-predstavyyv-proekt-planu-vidnovlennia-sistemy-okhorony-zdorovia>

(PEPFAR) у 2023–2024 роках було розроблено модуль «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» як складову ІС СЗХ (ІС ППМД).

У першому півріччі 2025 року відповідно до наказу МОЗ України від 19 лютого 2025 року №286 проведено дослідну експлуатацію ІС ППМД, за результатами якої з 15 липня 2025 року впроваджено його промислову версію для всіх закладів охорони здоров'я, що здійснюють медичний нагляд за ВІЛ-позитивними людьми та мають доступ до ІС СЗХ. ІС ППМД функціонує за трирівневою ієрархією доступу (національний, регіональний і місцевий рівні) та забезпечує автоматизацію процесів збору, зберігання й обробки даних з ППМД, підвищення повноти, достовірності та оперативності інформації, зменшення кількості помилок і запобігання дублюванню даних. Доступ до індивідуальних даних ІС ППМД передбачений на місцевому та регіональному рівнях, тоді як на національному рівні використовується виключно агрегована інформація.

Географічна та адміністративна доступність

Кількісний компонент

Опитування 100 жінок, які живуть з ВІЛ, з досвідом вагітності та пологів

Найбільш **географічно доступними** фахівцями/цями з ВІЛ та ППМД для учасниць опитування є **сімейний лікар (або педіатр)** первинної медико-санітарної допомоги (36% – зовсім поруч, 48% – недалеко добиратися) та **акушер-гінеколог** відділення допологової допомоги (**жіноча консультація**) (33% – зовсім поруч, 45% – недалеко добиратися).

Найбільш **географічно віддаленими** є **акушер-гінеколог та неонатолог** відділення пологової допомоги (**пологовий будинок**) (30% – далеко добиратися) та **інфекціоніст (або дитячий інфекціоніст)**, що надає медичну допомогу людям/дітям, які живуть з ВІЛ (40% – далеко добиратися).

У переважній більшості **немає зауважень щодо часу та графіку прийому** фахівців/чинь, проведення аналізів, видачі ПКП або АРТ в медзакладах, що надають послуги з ВІЛ та ППМД («Час або графік роботи зручний»): сімейний лікар (або педіатр) первинної медико-санітарної допомоги (91%), акушер-гінеколог відділення допологової допомоги (жіноча консультація) (92%), інфекціоніст (або дитячий інфекціоніст), що надає медичну допомогу людям/дітям, які живуть з ВІЛ (91%). Водночас кожна десята в Дніпропетровській області вважає **не зручним час роботи** спеціалістів/ок **ЗОЗ ПМСД** (5 з 50) та **ЗОЗ ЛЖВ** (5 з 50).

Якісний компонент

Глибинні інтерв'ю з 8 матерями ВІЛ-експонованих та ВІЛ-позитивних дітей

Дніпропетровська область

Дві матері зазначили, що їм **недалеко та зручно добиратися до закладу, де дитина постійно спостерігається** («Чотири зупинки трамваю», «15-20 хвилин міським транспортом. Так, зручно»). Водночас дві інші респондентки зазначили, що їм **далеко, незручно або коштовно добиратися** до медзакладу («Годину їхати (міським транспортом), а то і більше, якщо ти їдеш тролейбусами, а потім трамваєм, бо не завжди є кошти. А якщо маршрутками, то хвилин 40-50... Не зручно, таксі визивала і дитину везла, коли це треба», «Канатка для мене далеко. Я наймаю таксі, плачу 500 гривень»). Всі матері **не мають зауважень щодо часу та графіку прийому** фахівців, проведення аналізів, видачі АРТ («Мені все підходить. Вони взагалі молодці», «У нас тут все добре»).

Одеська область

Три матері зазначили, що їм **недалеко та зручно добиратися до закладу, де дитина постійно спостерігається** («Поряд, два райони. Хвилин 10 пішки», «сімейний лікар 500 метрів десь так. Кабінет Довіри за 7 км, якщо не машина, то хвилин 20 їдемо», «200 метрів пройти. Пішки 5-7 хвилин. І кабінет Довіри, і сімейний лікар, це все тут біля нас»). Одна мати зазначила, що їй **далеко і незручно добиратися** до медзакладу, де спостерігається дитина у дитячого лікаря-інфекціоніста (м. Одеса) («Година точно. Не зручно. Мені не подобається. Мені так проблемно з ним в колясці в цей

транспорт»). Всі матері **не мають зауважень щодо часу та графіку прийому** фахівців, проведення аналізів, видачі ПКП або АРТ («Все зручно», «Мені з цим графіком нормально все», «Немає зауважень»).

Фокус-групові дискусії з 16 надавачками послуг на рівні спільноти та активістками

Дніпропетровська область

Активістки спільноти навели приклади **незручних для пацієнток днів тижня та часів видачі АРТ**: тільки до 25-о числа кожного місяця, тільки з 08:00 до 13:00, АРВ-препарати не видаються по п'ятницях («Графіки видачі АРВ-препаратів не цілий місяць. В центрах СНІДу – впродовж перших 3 тижнів до 25-го числа. З 26 по 31 препарати отримати неможливо. І це не дуже зручно. Ще нарікання стосовно того, що препарати можна отримати з 8-ї ранку до 13-ї, мені здається, до 13-ї години дня. Після цього часу жінка не зможе отримати препарати або якщо вона їх отримає, то вона вислуховує за те, що вона не вчасно з'явилася», «По п'ятницях також не видають препарати. Тобто це з 25 по 31 не видають і обмежений час. Ще і п'ятниці кожного тижня додаються сюди»).

Фінансова доступність

Кількісний компонент

Опитування 100 жінок, які живуть з ВІЛ, з досвідом вагітності та пологів

Більшість респонденток проживає в умовах бідності. 44% респонденток зазначили, що доходів в їхньому домогосподарстві не зовсім вистачає на задоволення щоденних потреб, а у 34% – зовсім не вистачає. Зазвичай вистачає – у 10%, переважно вистачає – у 6%, повністю вистачає – тільки у 4%.

42% **доводилось платити за медичні послуги** в комунальному закладі, зокрема:

- ➔ Під час вагітності (39%: 10 – Дніпропетровська, 29 – Одеська)
- ➔ Під час пологів (34%: 7 – Дніпропетровська, 23 – Одеська)
- ➔ У післяпологовому періоді (21%: 6 – Дніпропетровська, 13 – Одеська)
- ➔ У зв'язку із доглядом за ВІЛ-експонованою дитиною (8%: 3 – Дніпропетровська, 4 – Одеська).

Ситуація значно різниться на рівні областей. Респондентки з Дніпропетровщини повідомляли про плату за медичні послуги в 2,5 рази менше, порівняно з Одеською областю (12 – Дніпропетровська, 30 – Одеська). Найчастіше згадувалися пологові будинки м. Одеса, зокрема Одеський обласний перинатальний центр.

Переважній більшості **фінанси дозволяють або іноді дозволяють добиратися** до ключових спеціалістів/ок з ВІЛ та ППМД: сімейний лікар (або педіатр) первинної медико-санітарної допомоги (89%), акушер-гінеколог відділення допологової допомоги (жіноча консультація) (85%), акушер-гінеколог та неонатолог відділення пологової допомоги (пологовий будинок) (83%), інфекціоніст (або дитячий інфекціоніст), що надає медичну допомогу людям/дітям, які живуть з ВІЛ (86%). Найчастіше цей доступ стосується закладів **ПМСД та жіночих консультацій** (57%). Водночас кожній п'ятій респондентці в Одеській області **фінанси не дозволяють** добиратися до спеціалістів/ок **жіночих консультацій** (10 з 50).

Фінансова неспроможність посідає перше місце серед **причин пропуску візитів до лікарів** (17 з 39 респонденток, котрі пропускали відвідування, призначені лікаркою/ем: 9 – Дніпропетровська, 8 – Одеська). Переважній більшості опитаних матерів довелося **самостійно закуповувати молочні суміші** їхній дитині (90%), і тільки одній з десяти – не довелося (7 – Дніпропетровщина, 2 – Одещина). Майже кожна третя респондентка підтвердила свою **фінансову залежність від партнера або чоловіка**, щоб оплатити транспорт до закладу або спеціаліста/ки з ВІЛ та ППМД (30%) або більше третини серед жінок, у кого є партнер або чоловік (30 з 84).

Якісний компонент

Глибинні інтерв'ю з 8 матерями ВІЛ-експонованих та ВІЛ-позитивних дітей

Дніпропетровська область

На запитання **«Чи доводилось Вам платити за медичні послуги?»** всі матері відповіли «Ні». Проте, одна жінка відповіла із зауваженням про власний вибір обрання платної палати та плати анестезіологу (Пологове відділення Міської клінічної лікарні №9 м. Дніпро) (*«Ми з чоловіком вирішили, що ми в платній хочемо бути. Це суцього наш особистий вибір. І анестезіологу ми заплатили тому, що був в мене дуже низький гемоглобін, в мене проблеми зі здоров'ям. І ми анестезіологу заплатили, там, я не пам'ятаю, 1200. Нас запитували, чи є у вас можливість? Ми сказали, ми можемо. Насильно, ні в якому разі. Я, коли йшла в лікарню, мені сказали, для вас все безкоштовно»*). **Жодна мати не отримувала молочні суміші від ЗОЗ за рахунок місцевого бюджету.** Дві респондентки отримувала молочні суміші від дитячих лікарів-інфекціоністів як **гуманітарну допомогу** (Міський СНІД-центр, Дніпропетровський обласний медичний центр соціально значущих хвороб). **Всім матерям довелося закуповувати молочні суміші самостійно.** Одна мати постійно звертається по допомогу до благодійних організацій. Дві матері зазначили, що їм **далеко, незручно або коштовно добиратися** до медзакладу, де дитина постійно спостерігається (*«Годину їхати (міським транспортом), а то і більше, якщо ти їдеш тролейбусами, а потім трамваєм, бо не завжди є кошти. А якщо маршрутками, то хвилин 40-50... Не зручно, таксі визивала і дитину везла, коли це треба», «Канатка для мене далеко. Я наймаю таксі, плачу 500 гривень»*).

Одеська область

На запитання **«Чи доводилось Вам платити за медичні послуги?»** три матері відповіли, що «Ні». Водночас одна жінка відповіла, що в Одеському обласному перинатальному центрі їй **доводилось платити** за шприци, суміш для дитини, сиропи, які назначив лікар у зв'язку з тим, що дитина недоношена, і підсумувала в кінці, що **«нічого безкоштовного не було»** (за винятком безкоштовної палати) (*«Я була в окремій палаті безкоштовно. Так, платила за шприци, за суміш. Так, в пологовому обласному для недоношених баночка 800 гривень коштувала. Потім вони ще навіть якісь два сиропи виписували, оскільки він недоношений. Я не хотіла цей сироп купувати. Він ще приходив зі мною скандалив, що треба. Я пішла і купила ці два сиропи. Там безкоштовно нічого не було. Там кожен день треба було дуже багато»*). Дві матері **отримували суміші від ЗОЗ за рахунок місцевого бюджету** (від сімейних лікарів, в поліклініці в Одесі та в селищі Білине), з них мешканка Одеси додала, що постійно звертається по допомогу до благодійних фондів. Одній матері пропонували молочні суміші дитячий лікар-інфекціоніст кабінету «Довіра» як **гуманітарну допомогу**, проте вона відмовилась, бо запропоновані суміші не підходили (м. Чорноморськ). Одна мати отримувала молочні суміші від соціальної працівниці кабінету «Довіра» як **гуманітарну допомогу** (с.м. Любашівка). **Всім матерям довелося закуповувати молочні суміші самостійно.**

Фокус-групові дискусії з 16 надавачками послуг на рівні спільноти та активістками

Дніпропетровська область

Учасницями ФГД були згадані випадки, коли жінкам **доводилось платити за медичні послуги** (кесарів розтин, ліки для післяпологового догляду) в пологовому будинку Мечникова. За ініціативи активісток спільноти ці правопорушення розглядалися під час засідань консультативно-дорадчих органів з протидії ВІЛ/ТБ та ЕПМД. На додаток, учасниця ФГД зазначила про необхідність платити за рентген легень (*«Флюорографія робиться безкоштовно, а якщо потрібно рентген, то за нього вже приходиться сплачувати кошти. І це є перепорою. Лікарі зазвичай просять приносити саме заключення рентген-знімку. Кажуть, що на флюорографічному знімку не видно зміни, які відбуваються в легенях»*). Надавачка послуг на рівні спільноти, навела приклад, коли **фінансові міркування зупиняли клієнток від того, аби звернутися або використовувати послуги в медичному закладі.** Зокрема, це стосується безоплатних обстежень на вірусне навантаження та клітин СД4, коли вони призначаються разом із **платними аналізами** в міському центрі СНІДу (клінічний і біохімічний аналіз крові) (*«До мене були звернення, що за клінічний і біохімічний аналіз крові беруться кошти, 150 гривень. І ще потрібно було купувати шприц. Звісно, це є бар'єр. Коли я кажу про те, що потрібно вже здавати аналізи на вірусне навантаження і на СД4, у жінки одразу «в мене немає*

коштів на це». Тому що коли лікарка направляє, вона пише в комплекті всі аналізи, дає призначення і з жінки беруть кошти, в неї вже відкладається, що вона сплачує за СД4 і за ВН»).

Одеська область

Учасницями ФГД були згадані випадки, коли жінкам **доводилось платити за медичні послуги**, зокрема, знеболювання для післяпологового догляду в пологовому будинку, зазначили про **необхідність платити за «наявність ВІЛ-позитивного статусу»**, за дезінфікуючі засоби, за ПЛР-тестування на вірус гепатиту В та ТОРЧ-інфекції («Пологовий №2. Жінка народжувала важко. В неї було багато розривів. Так от, лікарка прямим текстом казала їй, що знімати шви це буде боляче, але якщо вона дасть грошей, то це буде не так боляче», «Те, що вимагають певну суму, обов'язкові гроші, на основі статусу. Так, таке є. В пологових. В жіночих консультаціях», «В планових аналізах при вагітності. В жіночих консультаціях на Котовського за гепати В за ПЛР HBs-антиген. Якщо скринінг - не питання, а HBs-антиген за гроші, плюс ТОРЧ-інфекції», «За те, що вона з ВІЛ-статусом, вона ще додатково за дезінфектори і все інше давала гроші»). Надавачка послуг на рівні спільноти, навела приклад, коли **фінансові міркування, поєднані зі страхом стигматизації, зупиняли клієнтку від того, аби звернутися або використовувати ППМД послуги в ЗОЗ ЖК** («Вони бояться стигми і ще вимагання грошей, і тому не йдуть. «в жіночу консультацію я не піду, навіщо? В мене грошей немає»).

Якість медичної допомоги

Повнота ППМД послуг відповідно до стандартів медичної допомоги

Тестування на ВІЛ

Кількісний компонент

Опитування 100 жінок, які живуть з ВІЛ, з досвідом вагітності та пологів

Переважає більшість (93%) **добровільно** пройшла тестування на ВІЛ, отримала **дотестове інформування** (91%) та **післятестове** (93%) консультування.

Якісний компонент

Глибинні інтерв'ю з 8 матерями ВІЛ-експонованих та ВІЛ-позитивних дітей

Дніпропетровська область

Всі чотири жінки підтвердили, що **тестування на ВІЛ було добровільним**. Для жодної не проводили **дотестове інформування** і, навпаки, **всім провели післятестове консультування** після тесту на ВІЛ.

Одеська область

Всі чотири жінки підтвердили, що **тестування на ВІЛ було добровільним**. Для жодної не проводили **дотестове інформування**. Трьом жінкам провели **післятестове консультування** після тесту на ВІЛ. Незважаючи на те, що другий тест під час вагітності був позитивним, одна жінка **дізналася про ВІЛ через три тижні після народження дитини** і, відповідно, йшла в пологи без АРТ.

ППМД послуги під час вагітності

Кількісний компонент

Опитування 100 жінок, які живуть з ВІЛ, з досвідом вагітності та пологів

Переважає більшість респонденток **підтвердили отримання в медичному закладі інформаційних послуг (консультування) з питань ППМД під час поточної (або останньої) вагітності**, що відповідають стандартам медичної допомоги: безпечне розродження (природні (вагінальні) пологи або кесарів розтин) (97%), обговорення ризиків післяпологової передачі ВІЛ під час грудного вигодовування і рекомендацій з вигодовування дитини штучними дитячими сумішами (96%), користь та безпечність

АРТ з досягненням рівня ВН<50 копій РНК ВІЛ/мл у плазмі крові (91%), використання ефективних методів контрацепції для попередження небажаної вагітності в майбутньому (90%), перелік необхідних щеплень, відповідно до індивідуального календаря щеплень (83%), профілактика перинатальної передачі сифілісу, вірусів гепатиту В і гепатиту С (83%), необхідності використання презервативів для профілактики ІПСШ під час поточної вагітності (76%), доцільності консультування статевих партнерів (73%), користь прийому вітаміну Д та фолієвої кислоти для профілактики невиношування (69%).

Більшість опитаних жінок **проходили** скринінг на вірусні гепатити В та С під час останньої вагітності (84%) та скринінг на туберкульоз за допомогою скринінгової анкети під час першого звернення у зв'язку з вагітністю до сімейного лікаря або жіночої консультації (70%). Лікарі акушер-гінекологи жіночих консультацій інформували основну частину жінок щодо можливості планових пологів (при ВН менше 50 копій РНК ВІЛ/мл) або кесаревого розтину (при ВН $\geq$ 50 копій РНК ВІЛ/мл) (93%).

Заходи, що **не проведені для більшості** респонденток: оцінка психо-соціального стану вагітної та можливої антенатальної депресії (44%), оцінка ризику щодо домашнього та гендерного насильства (37%). Однак це відбувається за рахунок Одеської області. В Дніпропетровській області більшість респонденток проходила оцінку ризиків домашнього або гендерного насильства та скринінг психічного здоров'я. Скринінг на вживання наркотиків за допомогою опитувальника «АССИСТ» **не проведено для більшості** респонденток в обох областях (29%).

ППМД послуги під час пологів та після пологів

Кількісний компонент

Опитування 100 жінок, які живуть з ВІЛ, з досвідом вагітності та пологів

Переважна більшість або більшість респонденток повідомили, що як ВІЛ-позитивні роділлі та породіллі в медичному закладі вони **отримували** такі послуги: консультування лікарем акушером-гінекологом у пологовому будинку (відділенні) з питань штучного вигодовування дитини та прийому АРВ-препаратів дитиною (88%), консультування щодо необхідності застосування лікарського засобу (каберголін) для пригнічення лактації після пологів (у разі прийняття рішення щодо штучного вигодовування) (82%), а також медичний огляд лікарем-інфекціоністом медичного закладу у зв'язку з ВІЛ та моніторинг прихильності до АРВ-лікування після пологів протягом 4–6 тижнів після пологів (79%), медичний огляд протягом 4–6 тижнів після пологів лікарем акушером-гінекологом жіночої консультації (77%), консультування щодо застосування методів контрацепції у післяпологовому періоді при кожному візиті до лікаря акушер-гінеколога жіночої консультації (73%), скринінгове анкетування на туберкульоз при кожному візиті до лікаря-інфекціоніста медичного закладу у зв'язку з ВІЛ (62%).

Заходи, що **не проведені для більшості** респонденток: цитологічне обстеження шийки матки в жіночій консультації через 3 місяці після пологів лікарем акушером-гінекологом жіночої консультації (48%), оцінка психо-соціального стану матері та можливої постнатальної депресії у перші 6 тижнів після пологів лікарем акушером-гінекологом жіночої консультації (32%), оцінка ризику щодо домашнього/гендерного насильства при кожному візиті до лікаря акушером-гінекологом жіночої консультації (29%). Однак, це відбувається за рахунок Одеської області. В Дніпропетровській області більшість респонденток отримала зазначені послуги.

ППМД послуги для новонародженої дитини

Кількісний компонент

Опитування 100 жінок, які живуть з ВІЛ, з досвідом вагітності та пологів

Консультування батьків/опікунів ВІЛ-експонованої дитини щодо прихильності до тривалого профілактичного прийому АРВ-препаратів дитиною

Всі респондентки, які народили дитину (89 жінок), **підтвердили отримання** в медичних закладах наступних **інформаційних послуг** відповідно до стандартів медичної допомоги: інформування про шляхи передачі ВІЛ від матері до дитини та зниження цього ризику під впливом АРВ-препаратів (100%), роз'яснення механізму дії АРВ-препаратів та ключової ролі АРВ-профілактики у пригніченні вірусу ВІЛ (100%), інструкції щодо прийому кожного препарату (100%). (*Одна жінка (м. Одеса)

дізналася про ВІЛ після пологів, і, відповідно, не отримувала послуг як ВІЛ-позитивна вагітна та роділля, а її дитина – вчасних заходів з ППМД).

Переважа більшість матерів також **підтвердили отримання** наступних інформаційних послуг: обговорення можливих перешкод виконанню призначень та поради щодо їх попередження або усунення (92%), навчання вимірюванню дози АРВ-препарату (81%), рекомендації щодо технічних засобів, які допомагають дотримуватись режиму прийому ліків (80%), інформація про групи взаємодопомоги ВІЛ-позитивним жінкам за принципом «рівна-рівній» (75%).

Більшості матерів **надали письмову інструкцію щодо прийому препаратів дитиною** (57%), проте 38% **не підтвердили** отримання такої інструкції. Значна різниця спостерігається між регіонами: у Дніпропетровській області переважна більшість жінок отримала інструкцію (36 з 46), тоді як в Одеській – лише трохи більше третини (15 з 43).

Консультування батьків/опікунів ВІЛ-експонованої дитини щодо подальшого медичного ведення дитини

Всіх респонденток, які народили дитину, **інформували** про необхідність нагляду за дитиною у лікаря загальної практики-сімейного лікаря/лікаря-педіатра дільничного за місцем проживання та у спеціаліста територіального ЗОЗ, що здійснює медичний нагляд за ВІЛ-позитивними людьми (100%). Переважну більшість матерів також **інформували** про важливість ретельного медичного нагляду для збереження здоров'я дитини (98%) та особливості вакцинації дитини до уточнення її ВІЛ-статусу, дотримання графіка вакцинації дитини з урахуванням її ВІЛ-статусу (96%).

Постконтактна профілактика та рання діагностика

Більшість матерів **підтвердили надання письмової згоди батьків (опікунів) ВІЛ-експонованої дитини на проведення заходів ППМД** (62%). У Дніпропетровській області вони складають переважну більшість (40 з 46), а в Одеській області – лише трохи більше третини (15 з 43).

93% опитаних матерів підтвердили, що лікар-неонатолог пологового будинку **призначив дитині постконтактну профілактику (ПКП) у перші 4 години життя**. Двом ВІЛ-експонованим дітям з Одеської області ПКП не була призначена у перші 4 години життя (з-поміж них дитина, мати якої дізналася про свій ВІЛ-позитивний статус після пологів). 98% матерів підтвердили, що їхня **дитина отримувала або наразі отримує ПКП протягом 28 днів** з дня народження. Дві ВІЛ-експоновані дитини з Одеської області не отримували ПКП протягом 28 днів з дня народження (з-поміж них дитина, мати якої дізналася про свій ВІЛ-позитивний статус після пологів).

Майже всі жінки підтвердили проведення **першого дослідження ВІЛ-статусу (методом ПЛР СКК) в перші 2 дні** (48 годин) від народження у пологовому будинку (99%). Винятком є дитина, мати якої дізналася про свій ВІЛ-позитивний статус після пологів (Одеська область). Одна жінка повідомила про позитивний результат першого дослідження (м. Дніпро).

77 жінок підтвердили проведення **другого дослідження ВІЛ-статусу (ПЛР) у віці 1-2 місяця** від народження, дітям 6 жінок – не проводили, у 4 дітей ще не настав відповідний вік. Одна жінка повідомила про позитивний результат першого дослідження (м. Нікополь, Дніпропетровська область). 47 жінок підтвердили проведення **третього дослідження ВІЛ-статусу (ПЛР) у віці 3-4 місяці від народження**, дітям 11 жінок – не проводили, у 27 дітей ще не настав відповідний вік. 19 жінок підтвердили, що їхній дитині для **остаточної оцінки ВІЛ-статусу** проводили тестування на антитіла після досягнення **18 місяців**, одній дитині – не проводили, у 66 дітей ще не настав відповідний вік.

Всі матері, у чийх дітей результат дослідження ВІЛ-статусу був позитивний (2 дитини – Дніпропетровська, 1 дитина – Одеська область) підтвердили, що дитині проводили дослідження ПЛР (якісний) та вірусного навантаження (ВН), була **негайно призначена та розпочата АРТ**, проводили повторне тестування для підтвердження інфекції.

Переважа більшість з-поміж 89 матерів підтвердила, що їм завжди проводили **післятестове консультування за результатами кожного обстеження на ВІЛ дитини** (78%), а для 12 жінок – іноді проводили (13%).

Профілактика пневмоцистної пневмонії

Лише 31 з 89 матерів підтвердила проведення **профілактики пневмоцистної пневмонії з 4-6-тижневого віку** (35%), а більше половини – **не проводили** (52%). У Дніпропетровській області більшість дітей отримала таку профілактику (24 з 46), а в Одеській – лише кожна шоста (7 з 43). Відмічається значне не співпадіння із офіційною статистикою.

Вигодовування дитини

Більшість матерів підтвердили отримання **письмових призначень щодо вигодовування дитини** (60%), третина – не отримала (34%). У Дніпропетровській області переважна більшість отримала призначення (39 з 46), в Одеській – лише третина (14 з 43).

Переважній більшості матерів повідомили **про фактори, що підвищують ризик передачі ВІЛ через грудне молоко** (97%). Майже всі діти перебувають на штучному вигодовуванні (88 з 89, 99%). Виняток – жінка, яка дізналася про свій ВІЛ-позитивний статус після пологів (Одеська область).

Більшість матерів, чиї діти на штучному вигодовуванні, **підтвердили** отримання консультацій щодо **порядку безоплатного отримання замінників грудного молока** (72%), кожна четверту – не консультували (25%). В Одеській області частка не проконсультованих жінок у 2,7 раза більша, ніж у Дніпропетровській, де переважна більшість (38 з 46) підтвердили таке консультування з боку медичних працівниць/ків.

Більшість матерів підтвердили отримання **молочних сумішей** від медзакладу **за рахунок місцевого бюджету** (безоплатно) (56%), значна частка – не отримувала (44%). У Дніпропетровській області молочні суміші отримували дві третини респонденток (31 з 45), в Одеській – менше половини (18 з 42).

Якісний компонент

Глибинні інтерв'ю з 8 матерями ВІЛ-експонованих та ВІЛ-позитивних дітей

Дніпропетровська область

Консультування батьків/опікунів ВІЛ-експонованої дитини

Всім чотирьом жінкам **забезпечено доступ до АРТ** перед останньою вагітністю та до лабораторної діагностики.

Медичні працівниці/ки надали матерям ВІЛ-експонованих дітей належне консультування щодо **прихильності до тривалого профілактичного прийому АРВ-препаратів дитиною та подальшого медичного супроводу** відповідно до стандартів надання медичної допомоги, зокрема в закладах ЗОЗ ЛЖВ, ЗОЗ ЖК, ЗОЗ ПД та ЗОЗ ЦПМСД.

Деякі аспекти інформаційних послуг потребують удосконалення, оскільки не всі респондентки підтвердили їх отримання. До них належать: консультування щодо прийому кожного препарату для дитини, надання письмової інструкції, навчання вимірюванню дозування препарату, обговорення можливих перешкод виконанню призначень, рекомендації щодо їх попередження чи усунення, поради щодо використання технічних засобів для підтримки режиму прийому ліків, а також інформування про групи взаємодопомоги за принципом «рівна-рівній» для ВІЛ-позитивних жінок.

Постконтактна профілактика та рання діагностика

Медичними працівницями/ками **повною мірою забезпечено призначення (перші 4 години життя) та отримання ПКП (28 днів)** ВІЛ-експонованими дітьми, а також проведення необхідної лабораторної діагностики до уточнення ВІЛ-статусу згідно з віком дитини. **ВІЛ-позитивній дитині своєчасно призначено АРТ** після отримання позитивного результату першого дослідження. Всі чотири респондентки підтвердили проходження **післятестового консультування за результатами кожного обстеження на ВІЛ** дитини; одна з них зазначила, що їй було лише повідомлено про результати без додаткового консультування.

Медичне спостереження за дитиною

Всі чотири дитини перебувають або **перебували під медичним наглядом у ЗОЗ ЛЖВ**. Три респондентки зазначили, що спостереження здійснюється у Міському СНІД-центрі (Філія за напрямом «Інфекційні хвороби» КНП «МКЛ №4» ДМР), а одна – у Дніпропетровському обласному медичному центрі соціально значущих хвороб ДОР.

Окрім цього, **спостереження здійснюється сімейними лікарями** за місцем проживання. Одна респондентка повідомила про спостереження в амбулаторії, ще одна – про спостереження у двох закладах (амбулаторія та приватна клініка). Ще одна мати зазначила, що спостереження проходило в іншому населеному пункті області, де до переїзду в Дніпро спостерігалась старша дитина. Одна респондентка не змогла організувати спостереження через проблеми з документами, зокрема, відсутність свідоцтва про народження («*До сімейного лікаря я його не вiodила. Проблеми з документами, я не можу йому свідоцтво про народженням зробити*»).

Одна мати порівнювала якість комунікації між сімейним лікарем-педіатром приватної клініки та лікарем комунального закладу. Вона відзначила, що лікар приватної клініки завжди на зв'язку та оперативно реагує на запити, що підвищує довіру до нього. Натомість сімейна лікарка комунального закладу, маючи значне навантаження, часто не відповідає на дзвінки навіть у критичних ситуаціях («*У нас сімейна лікарка, коли вона потрібна, їй не додзвонитися, вона не бере трубку. Вона раніше інших дітей спостерігала. Вона хороша лікарка, у неї багато досвіду, видно. Може, тому що у людини велике навантаження просто. Мені навіть коли дитина потрапила в реанімацію, я почала до неї дзвонити, це було даремно*», «*Він (сімейний лікар-педіатр приватної клініки) завжди на зв'язку. І в будь-який момент йому напиши, він завжди відповідає*»).

Профілактика пневмоцистної пневмонії

Всі чотири матері підтвердили, що їхнім дітям було призначено **профілактику пневмоцистної пневмонії з 4-6-тижневого віку**. Троє дітей отримували профілактику препаратом Бісептол. Винятком стала одна дитина (віком 1 місяць 14 днів), мати ще не придбала необхідний препарат.

Планова імунізація

Тільки одна мати (вік дитини 9 місяців) підтвердила **проведення дитині планової імунізації згідно з Календарем профілактичних щеплень**, включно з **вакцинацією БЦЖ** в пологовому будинку (Пологовий будинок лікарні ім. І.І. Мечникова). Одна мати (вік дитини 1 місяць 14 днів) планує проведення БЦЖ найближчим часом («*Ні, ще. Завтра повинна піти на Канатну, йому повинні зробити*»).

Одна мати (дитина знята з обліку після 18 місяців) не провела жодного щеплення дитині і наразі вагається щодо необхідності вакцинації («*Я нічого не робила, я зараз думаю ще*», «*БЦЖ не проводили, тому що в лікарні сказали, що не можна робити, бо це жива вакцина, і я так її не робила. Так вже зняли [з обліку] і я тепер в роздумі. Як зняли, я в роздумі, я ще не знаю*»).

Одна мати (дитина віком 2 роки з підтвердженим ВІЛ-позитивним статусом) повідомила, що в пологовому будинку дитині зробили одне щеплення, ймовірно, вакцину від гепатиту В («*Ми не робили ще нічого. Тільки те, що дозволили в пологовому. Нам одне зробили, що можна було. Більше нічого не зробили. БЦЖ не робили, бо він позитивний*»).

Водночас вона зазначила, що сімейний лікар-педіатр консультує та наполягає на імунізації («*Сказав, ну, це треба робити. Можемо, каже, починати по трохи, що є. Нічого ще не робили, ще не готові. Почну, так, будемо щось робити*»).

Вигодовування дитини

Двоє респонденток підтвердили **отримання письмових рекомендацій щодо годування дитини**. Одна респондентка повідомила, що рекомендації були надані лише усно, ще одна керувалася власним досвідом догляду за старшими дітьми.

Усі чотири респондентки зазначили, що їх **поінформували про чинники ризику передачі ВІЛ через грудне молоко**, зокрема низький рівень прихильності до АРТ. Зазвичай консультування обмежувалося рекомендаціями утриматися від грудного вигодовування. Жодна респондентка не підтвердила факту

грудного вигодовування – **усі діти** отримували або **отримують замітники грудного молока** (молочні суміші). Під час перебування матері та дитини в пологовому будинку лікарі безоплатно надавали молочні суміші.

Одну респондентку консультували щодо **порядку безоплатного отримання заміників грудного молока** (сімейний лікар). Дві інші зазначили, що такого консультування медичні працівниці/ки їм не проводили; водночас одна з них отримала відповідну інформацію від психологині ВІЛ-сервісної НУО («Позитивні жінки»), ще одна користувалася власним попереднім досвідом.

Одеська область

Консультування батьків/опікунів ВІЛ-експонованої дитини

Трьом жінкам **забезпечено доступ до АРТ** перед останньою вагітністю та до лабораторної діагностики. Одна жінка йшла в пологи без АРТ (дізналася про ВІЛ після народження дитини, мати ВІЛ-позитивної дитини). Після пологів вона протягом року відмовлялася ставати на облік у зв'язку з ВІЛ та приймати АРВ-лікування, заперечуючи наявність ВІЛ-позитивного статусу.

Медичні працівниці/ки надали матерям ВІЛ-експонованих дітей належне консультування щодо **прихильності до тривалого профілактичного прийому АРВ-препаратів дитиною та подальшого медичного супроводу** відповідно до стандартів надання медичної допомоги, зокрема в закладах ЗОЗ ЛЖВ, ЗОЗ ПД та ЗОЗ ЦПМСД.

Деякі аспекти інформаційних послуг потребують удосконалення, оскільки не всі респондентки підтвердили їх отримання. До них належать: консультування щодо шляхів передачі ВІЛ від матері до дитини та зниження ризику під впливом АРВ-препаратів; консультування щодо механізму дії АРВ-препаратів і ключової ролі АРВ-профілактики у пригніченні вірусу ВІЛ; а також інформування про групи взаємодопомоги за принципом «рівна-рівній» для ВІЛ-позитивних жінок.

Постконтактна профілактика та рання діагностика

Трьом ВІЛ-експонованим новонародженим **повною мірою забезпечено** медичними працівницями/ками **призначення (перші 4 години життя) та отримання ПКП (28 днів)** (за винятком однієї дитини, матері якої діагноз ВІЛ встановлено через три тижні після пологів). У цих дітей також проведено **перше дослідження методом ПЛР СКК у перші 48 годин після народження** у пологовому. У двох дітей результат був негативний, в однієї дитини – позитивний.

Діти з **негативним результатом першого ПЛР-дослідження:**

- У дитини першої респондентки друге ПЛР-дослідження **проведено із затримкою**, у віці трьох місяців, третє – **не проведено** взагалі (дитині сім місяців). Другий результат був негативний. Дитина перебуває під наглядом до досягнення віку 18 місяців у дитячого інфекціоніста Одеського обласного центру соціально значущих хвороб ООР.
- У дитини другої респондентки **проведено** друге і третє ПЛР-дослідження, обидва результати – негативні. Після досягнення віку 18 місяців проведено тестування на антитіла (негативний результат); дитину знято з обліку.

Діти з **позитивним результатом першого ПЛР-дослідження:**

- Один випадок стосується жінки, якій встановлено ВІЛ-позитивний статус через три тижні після пологів. Відповідно **дослідження СКК у перші 48 годин дитині не проведено та ПКП вчасно не призначено**. Дитина недоношена, народжена на 32 тижні, тривалий час перебувала у реанімації. Мати не змогла точно пригадати дати проведення ПЛР; після підтвердження ВІЛ-статусу переживала тяжкий емоційний стрес та стигматизацію з боку медперсоналу. Жінка згадувала, що дитині брали кров з п'яточки для аналізу у перинатальному центрі. **АРТ** (Зидовір, Ламівудин, Долутегравір, сиропи) **призначено** дитині у віці після трьох тижнів неонатологом Одеського обласного перинатального центру. У дев'ять місяців **вірусне навантаження (ВН) було високим**; після двох років ВН знизилося з 4970 до 60 копій.

- Інша жінка приймала АРТ тривалий час до вагітності й під час неї. За два тижні після проведення ПЛР і визначення ВІЛ дитині **призначено АРТ** (назви АРВ-препаратів жінка не пам'ятає) лікарем-інфекціоністом кабінету «Довіра» (Любашівська багатопрофільна лікарня). Рівень **вірусного навантаження невизначуваний**.

Три респондентки підтвердили, що їм **проводили післятестове консультування за результатами кожного обстеження дитини на ВІЛ**. Водночас одна мати зазначила, що їй було необхідно з власної ініціативи телефонувати лікарям, щоб дізнатися результати дослідження ВІЛ-експонованої дитини, і **протягом місяця чекати на відповідь** (с. Білине) (*«Можна сказати, я сама дзвонила в кабінет «Довіра», дізнавалася. Може бути і місяць пройшов. Вони поки сюди відправляють, поки з Одеси дадуть відповідь. То в них ніхто в системі не був, то в них просто щось система не робить. Виходить так довго»*).

Медичне спостереження за дитиною

Усі чотири дитини **перебувають під медичним наглядом** (або перебували до уточнення ВІЛ-статусу) у **ЗОЗ ЛЖВ**: Одеський обласний центр соціально значущих хвороб ООР (дві дитини), Кабінет «Довіра» Балтської центральної районної лікарні БМР (одна дитина), Кабінет «Довіра» Любашівської багатопрофільної лікарні ЛСР (одна дитина).

Мати із селища Білине відзначила майже повну відсутність зв'язку з лікарем, спілкуючись переважно з медичною сестрою кабінету «Довіра». На противагу, респондентка з Любашівки наголосила на високому рівні доступності та постійній комунікації з сімейним лікарем і соціальною працівницею кабінету «Довіра» (*«Я ще сімейному лікарю дочки дзвоню о 10-11 вечора, і Олені дзвоню, вона мені взагалі сказала 24 на 7 дзвонити, в будь-який час»*). Мати з Одеси також повідомила про регулярний контакт з дитячою лікаркою-інфекціоністкою Одеського обласного центру соціально значущих хвороб (*«Вона завжди зі мною на зв'язку. Я навіть вчора їй писала, говорила, що мені потрібні ще сиропи, що мені там на один або два рази. Вона у відпустці, вона мені написала. Завтра я повинна піти до неї, отримати вже»*).

Усі четверо дітей **спостерігаються у сімейних лікарів** за місцем проживання. При цьому жінка з селища Білине зазначила, що її дитина протягом двох місяців не перебувала під наглядом сімейного лікаря-педіатра через відсутність свідоцтва про народження та неможливість підписати декларацію. Медична сестра амбулаторії в цей період проводила базові вимірювання (зважування, заміри). Регулярне педіатричне спостереження було розпочато після врегулювання документальних питань та оформлення декларації (*«Чи проводився регулярний огляд педіатра – 1 раз на місяць?»*) *Перші місяці, поки ми не могли стати на декларацію, то рідко. А вже туди після півроку, то вже регулярно йшли. У мене були проблеми з біометричним паспортом і, виходить, ми не могли оформити свідоцтво про народження. А без свідоцтва лікар не брав на декларацію. Неправильно введені дані були, паспортним столом. Помилка, і вони виправляли дуже довго. Медсестра, да, вона ще там могла зважити, зміряти. В амбулаторії»*).

Профілактика пневмоцистної пневмонії

Усі чотири респондентки підтвердили, що їхнім дітям було **призначено та проведено профілактику пневмоцистної пневмонії**. Однак жодна не відповіла впевнено і не змогла пригадати назву препарату (Бісептол).

Планова імунізація

Одна мати (вік дитини 7 місяців) підтвердила **проведення дитині планової імунізації згідно з Календарем профілактичних щеплень**, включно з вакцинацією **БЦЖ** в пологовому будинку на другий день після народження дитини (м. Чорноморськ). Водночас вона зазначила, що всі **щеплення були платні** (*«У нас в Чорноморській лікарні всі щеплення платні. Замовляли в аптеці «Подорожник». Ми все купували. Вони дали на вибір або їхні щеплення, або ми купуємо самі. Там у них була Македонія, ми купили Францію. Назви були однакові, а виробники різні. Ми проконсультувались і вирішили, що краще, звісно, щеплення купити»*). Одна мати (дитина знята з обліку після 18 місяців, с. Білине)

підтвердила проведення дитині планової імунізації. Вакцинація БЦЖ проведена у віці півтора роки в дитячий лікарні м. Балти. Одна мати (дитина з підтвердженим ВІЛ-позитивним статусом) повідомила, що в перинатальному центрі дитині зробили вакцинацію БЦЖ (лікарі не знали про ВІЛ-позитивний статус матері). Планова імунізація відбувається під наглядом лікарів, зокрема щеплення від кору, краснухи та паротиту (КПК) не проводилося («До речі, зробили йому БЦЖ, а нам не можна було. От, от робили щеплення. Крім цього, корі, краснухи, паротиту, сказали, що не можна робити»). Одна мати (дитина з підтвердженим ВІЛ-позитивним статусом) повідомила, що вакцинація БЦЖ проведена дитині у віці після одного року в кабінеті «Довіра» смт Любашівка.

Вигодовування дитини

Одна мати підтвердила **отримання письмових рекомендацій щодо вигодовування дитини**. Водночас інша зазначила, що лікарі не консультували її з цього питання, оскільки вважали достатньо обізнаною через наявний досвід зі старшими дітьми (*«Це все мені казали з першою дитиною, а потім вже ні. Типу знали, що я вже обізнана. Може, через це просто не консультували»*).

Усі чотири респондентки підтвердили, що їм повідомили про **фактори, що підвищують ризик передачі ВІЛ через грудне молоко**, наприклад, низький рівень прихильності до АРТ. Проте, консультування зазвичай обмежувалося рекомендаціями уникати грудного вигодовування. Жодна респондентка не підтвердила факту грудного вигодовування – **усі діти** отримували або **отримують замітники грудного молока** (молочні суміші)

Трьох респонденток консультували про **порядок безоплатного отримання заміників грудного молока** (сімейний лікар-педіатр – 2 респондентки, соцпрацівниця кабінету «Довіра» – 1 респондентка). Одна респондентка знала з досвіду догляду зі старшими дітьми.

Дві респондентки **отримували суміші від ЗОЗ, за рахунок місцевого бюджету** (від сімейних лікарів в поліклініці в Одесі та в селищі Білине), з них мешканка Одеси додала, що постійно звертається по допомогу до благодійних фондів (*«Видавали вже через сімейного лікаря. Чотири пачки в місяць. Від кабінету Довіри, я так розумію, через нашого сімейного лікаря. Він відноситься до районної лікарні. (Чи було їх достатньо?) Ні, приходилось докуповувати»*, *«Так, так. В державній поліклініці отримувала у лікаря. Їздила до волонтерів по всіляким фондам. Бувало таке, що не вистачало сумішей і я купувала за свої гроші»*). Одній респондентці пропонували молочні суміші дитячий лікар-інфекціоніст кабінету «Довіра» як **гуманітарну** допомогу, проте вона **відмовилась**, бо запропоновані суміші не підходили (м. Чорноморськ) (*«Не отримували. Вони пропонували Нан або Хуману. А дитина в нас Наном не наїдалася, плюс страшні коліки були. Ми перейшли на Малютку преміум, нам це дуже сподобалось, і від цих я просто відмовлялась»*). Одна респондентка отримувала молочні суміші від соціальної працівниці кабінету «Довіра» як **гуманітарну допомогу** (сmt Любашівка) (*«Я отримувала суміші, мені Олена (соцпрацівниця) і додому привозила, і дзвонила, коли в неї було, вона мені і памперси, і суміші. (Чи довелося вам самотійно закуповувати молочні суміші?) Звісно. Так»*). **Всім матерям довелося закуповувати молочні суміші самотійно.**

Пільги та виплати від держави для ВІЛ-експонованих та ВІЛ-позитивних дітей

ВІЛ-експоновані діти

У Дніпропетровській області одна респондентка повідомила про **отримання щомісячної державної допомоги** для ВІЛ-експонованих дітей та дітей, які живуть з ВІЛ (відповідно до постанови Кабінету Міністрів України зі змінами від 26.04.2024 №463³⁰) (*«Так, отримувала. Мені сказав інфекціоніст дитячий. Ми коли прийшли на першу ПЛРку, нам був місяць, і вона каже, вам положена така от маленька сума. На карточку приходила»*). Ще одна респондентка подала документи на оформлення цієї допомоги, але на момент проведення інтерв'ю виплати не отримала. Одна респондентка свідомо **відмовилась від оформлення** щомісячної державної допомоги через її маленький розмір (*«Я, скажімо так, не захотіла. Я скажу чесно, грубо, оця подачка, ну ні туди, ні сюди, бо на них не купиш*

³⁰ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/463-2024-%D0%BF#Text>

суміш ту ж саму»). Дві респондентки дізналися про можливість державної підтримки від лікарів, ще одна – від працівниці неурядової організації.

В Одеській області жодна мати не отримувала щомісячну державну допомогу для ВІЛ-експонованих дітей та дітей, які живуть з ВІЛ. Одна респондентка відмовилась від оформлення цієї допомоги через необхідність поїздки з Чорноморська до Одеси разом із дитиною для подачі документів (*«Я відмовилась, бо мені незручно їздити з Чорноморська в Одесу з маленькою дитиною. Я їм одразу сказала, що ні, я не буду їздити. Я від неї відмовилась»*). Ще одна мати (с. Білине) мала негативний досвід – подала документи на старшу дитину, але не отримала виплат (*«Ніякі (не отримую). Оформлювала зі старшим, але я нічого не получила. Документи всі прийняли, але на рахунок гроші не поступали. Так і нічого не було. (А де саме ви оформлювали цю допомогу?) виходить, обласний СНІД-центр»*).

ВІЛ-позитивні діти

У Дніпропетровській області одна респондентка, чия дитина має встановлений ВІЛ-позитивний статус, підтвердила, що дитина **має статус дитини з інвалідністю та отримує соціальну допомогу від держави** у розмірі 2934 гривні (м. Дніпро). Крім того, вона отримує державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям у розмірі близько 13 000 гривень на всіх дітей (*«Інвалідність на дитину отримую, малозабезпеченість в мене є. Від матері-одиначки відмовилася, тому що мені дівчата сказали, що це не допоможе при нинішніх цінах, краще нехай у тебе буде малозабезпеченість більше на 400 гривень, ніж як одинока мати»*).

В Одеській області одна респондентка (сміт Любашівка), чия дитина має встановлений ВІЛ-позитивний статус, підтвердила, що дитина **має статус дитини з інвалідністю та отримує соціальну допомогу від держави** у розмірі 2595 гривень. Інша респондентка (м. Одеса) отримує соціальні виплати як одинока мати та державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям, але **не оформила дитині статус дитини з інвалідністю** через труднощі з відвідуванням Пенсійного фонду, особливо під час повітряних тривог (*«Нічого ще не отримую, з цього приводу. Нічого ще не робила. В мене проблема в тому, що вони все зараз передали в Пенсійний. Я пам'ятаю, що я проходила, щоб оформити соціальної виплати, як мати одначка, як малозабезпечена. Що я вже, чесно кажучи, я взагалі туди не хочу в це приміщення більше йти. Потім починається тривога, вони не приймають. І тому для мене це така каторга»*).

Глибинні інтерв'ю з 10 надавачками та надавачами медичних ППМД послуг

Дитяча лікарка-інфекціоністка з Дніпропетровської області вважає за доцільне переосмислити підхід до постконтактної профілактики та профілактики пневмоцистної пневмонії у ВІЛ-експонованих дітей, зокрема для матерів із низьким ризиком вертикальної передачі ВІЛ.

В стандарті медичної допомоги наразі зазначено, що профілактика пневмоцистної пневмонії котримаксазолом (ТМП/СМК) призначається усім дітям з 4-тижневого віку до отримання 2 негативних результатів з виявлення нуклеїнових кислот ВІЛ (один – у віці після 6-8 тижнів, другий – у віці після 3-х місяців життя дитини) за умови, що дитина не була на грудному вигодовуванні щонайменше 6 тижнів до першого негативного результату та за відсутності клінічних проявів ВІЛ-інфекції. Натомість лікарка вважає, що профілактика Бісептолом не є необхідною для дітей, чиї матері мають низький ризик передачі ВІЛ (висока прихильність до АРТ, досягла вірусної супресії на момент пологів), а у дитини два перші дослідження ВІЛ-статусу за результатами ранньої діагностики негативні (ПЛР СКК в перші 48 години та ПЛР у віці 1-2 місяці). З практичного досвіду вона зауважує, що Бісептол часто спричиняє анемію у дітей:

«Пропозиції у мене, по Бісептолу трошки переглянути дітям, яких народили мами з низьким ризиком, з негативним ПЛР, СКК. Вони будуть здорові. Мама, які багато років на терапії, не потрібен їм Бісептол для профілактики пневмоцистної пневмонії, не буде позитивної дитини. Раніше це було дуже актуально, а зараз не дуже, тому що СКК вже негативна, перша ПЛР негативна, хоча ще залишилось в протоколі, я вважаю, що треба переглянути. Тому що вони і так отримують Зидовудин, який теж треба відмінити, тому що, наприклад, в Європі не дають Зидовудин, якщо мама менше 40 народжувала. Це анемія, обов'язково. Ось, кого не обстежую, у

дітей анемія після АЗТ. А ще додаємо Бісептол, це ще більша анемія. Тому, якщо СКК негативна, мама 10 років на терапії, я промовчую про Бісептол. А якщо ще ПЛР негативна в місяць, то точно більше не продовжуємо, якщо її назначив сімейний лікар. Зараз я вважаю, що треба трохи переглянути цей протокол».

Лікарка також ставить під сумнів доцільність призначення трьох препаратів протягом 28 днів для постконтактної профілактики (ПКП) та вважає, що дітям матерів із високим ризиком вертикальної передачі достатньо одного препарату. Для немовлят матерів з низьким ризиком передачі (тривалий час на АРТ та вірусне навантаження менше 40 копій) вона пропонує не призначати ПКП, посиляючись на світовий та європейський досвід:

«Я не вірю в профілактику ПВТ, яку отримує дитина. Якщо вона вже отримала цей вірус внутрішньо, то 28 днів трьома препаратами, вони його не врятують. Тому переглянути, з високим ризиком – назначати один препарат 28 днів, а мамі, яка народила з вірусним навантаженням менше 40 копій, яка 10, 8, 5 років п'є терапію, мабуть, можна і обійтись без цього. Є досвід світовий, європейський».

Структурне насильство та дискримінація

Кількісний компонент

Опитування 100 жінок, які живуть з ВІЛ, з досвідом вагітності та пологів

Ключові поняття акушерського насильства

Респонденткам були надані визначення та наведені приклади щодо ключових понять акушерського насильства, а саме:

Словесне та інше психологічне насильство: крики, образи, приниження, звинувачення, погрози, залякування, вимога самостійно прибирати палату або місце перебування в медичному закладі, тиск з метою проведення будь-якої процедури без обґрунтованої причини, ігнорування прохань про допомогу, ізоляція.

Фізичне насильство: ляпаси, удари по деяким частинам тіла, грубе поводження, витискання плода під час перейм (техніка тиску на дно матки), грубе розведення ніг, примушування прийняти певну позу для пологів.

Непогоджені заздалегідь медичні процедури тобто процедури, на які Ви НЕ давали усної або письмової згоди (винятком є екстрені ситуації, коли під загрозою життя жінки та/або плода, а жінка знаходиться у непритомному стані): перинеотомія/епізiotомія (розріз області між вагінальним отвором та анусом), накладання акушерських щипців для вилучення плода, операція кесаревого розтину, амніотомія (примусове розривання плодового міхура), введення внутрішньоматкового контрацептиву, нанесення простагландинового гелю на шийку матки для стимулювання пологової діяльності, використання ін'єкцій або вагінальних таблеток для стимулювання пологової діяльності, хірургічна стерилізація (медична процедура, що унеможливорює мати дітей у майбутньому).

Поширеність акушерського насильства та дискримінації

Більшість респонденток **не зазнавала жодної форми акушерського насильства та дискримінації** (54%). Водночас **більше третини (36%) повідомили** про наступні форми **акушерського насильства та дискримінації**, які вони зазнавали:

- ➔ Порушення конфіденційності/розголошення ВІЛ-статусу/передача інформації про стан здоров'я жінки або здоров'я її дитини без згоди жінки третім особам (18%)
- ➔ Словесне та інше психологічне насильство (15%)
- ➔ Відмова у наданні певних медичних процедур та/або послуг (8%)
- ➔ Фізичне насильство (7%)
- ➔ Непогоджені заздалегідь медичні процедури (4%).

Порушення конфіденційності

Порушення конфіденційності/розголошення ВІЛ-статусу/передача інформації про стан здоров'я жінки або здоров'я її дитини без згоди жінки третім особам відбувалося: членам родини (4 респондентки), іншому медичній(ому) працівниці(ку) (14), працівниці соцслужб (3), іншим пацієнткам (2), інше («В шкільному закладі, де навчались діти та на роботі, де я працювала» – коментар респондентки з с. Ляшківка Дніпропетровської області) (1).

Відмова у наданні медичних процедур та послуг

Медичні процедури та/або послуги, в доступі до яких було **відмовлено** (8 респонденток):

- ➔ Знеболювання/полегшення болю (4 респондентки; «Знеболили, але тільки після того, як мій чоловік заплатив 100 доларів анестезіологу» – коментар респондентки з с. Вілкове, Одеської області)
- ➔ Консультування щодо грудного вигодовування дитини (наприклад, заборона грудного вигодовування замість надання інформованого вибору) (3)
- ➔ Усунення післяпологових ускладнень (3)
- ➔ Консультування з питань контрацепції (запобігання небажаних вагітностей) (2)
- ➔ Консультування щодо здоров'я тазового дна (допомагає зміцнити м'язи, ослаблені вагітністю та пологами, знижуючи ризик нетримання сечі) (1).

Розпізнавання насильства та дискримінації

Підсумовуючи свій досвід, 86% респонденток відповіли, що не зазнавали акушерського насильства або дискримінації, а 14% обрали відповідь «Я зазнавала акушерського насильства та/або дискримінації». Це протирічить попереднім відповідям, де 36% вказали на хоча б одну форму насильства та/або дискримінації, і свідчить про **помилкове уявлення про акушерське насильство та дискримінацію та нездатність ідентифікувати ці явища** у 22% жінок (10 – Дніпропетровська, 12 – Одеська). Відповідно, тільки 14 з 36 респонденток відповіли на питання щодо медпрацівниць/ків, які здійснили акушерське насильство чи дискримінацію та впливу цих дій на психічне та емоційне благополуччя жінки. Серед **правопорушників/ць, які здійснили акушерське насильство та/або дискримінацію**, найчастіше вказані медсестра/акушерка (8 респонденток) та головний лікар(ка)/завідувач(ка) відділенням (4 респондентки), а також лікар(ка) (3), санітар(ка) (3), адміністративний персонал (1).

Ознаки, за якими відбувається дискримінація

Переважна більшість серед жінок, які відповіли на питання щодо **ознаки, за якою відбувалася дискримінація у медичному закладі**, вважають такою ознакою свій **ВІЛ-статус** (12 з 14 респонденток), а також соціально-економічне становище (5), вік (2), досвід вживання наркотиків (1), важко відповісти (2).

Вплив насильства/дискримінації

Три жінки з 14 вважають, що насильство/дискримінація **завдали шкоди їхньому здоров'ю**. Десять жінок різною мірою відчули **вплив насильства/дискримінації на їхнє психічне та емоційне благополуччя**, а чотири – не відчули наслідків:

- ➔ Легкий вплив (наприклад, стрес, тривожність) (5)
- ➔ Помірний вплив (наприклад, депресія, втрата впевненості) (2)
- ➔ Сильний вплив (наприклад, травма, важка депресія) (3)
- ➔ Без наслідків (4 респондентки).

Для 10 з 14 респонденток досвід насильства/дискримінації **вплинув на їхнє бажання або рішення звертатися за послугами** з охорони репродуктивного здоров'я, материнства, послуг у зв'язку з ВІЛ або ППМД в майбутньому: вони уникають певних медичних працівників/ць або закладів.

Якісний компонент

Глибинні інтерв'ю з 8 матерями ВІЛ-експонованих та ВІЛ-позитивних дітей

Дніпропетровська область

Прояви дискримінації з боку керівництва медичних закладів щодо ВІЛ-позитивних жінок трапляються переважно у вигляді емоційного тиску, некоректної комунікації та вимог надати додаткові документи чи пояснення. Особливо це помітно у випадках, коли пацієнтки не повідомляють про свій статус одразу, зокрема через страх стигматизації або інші обставини. Такі ситуації призводять до психологічного напруження, почуття сорому та образи, що може негативно впливати на довіру до медичної системи загалом. Водночас більшість медичного персоналу демонструє толерантність та підтримку, що допомагає пацієнткам відчувати себе прийнятими та захищеними. Це свідчить про поступові зміни у ставленні до ВІЛ-позитивних пацієнток, хоча окремі випадки дискримінації залишаються актуальними.

Дві жінки мали сутички із керівництвом медзакладу (завідувач, головний лікар) **через неповідомлення ВІЛ-статусу** під час вагітності або пологів. У першому разі це сталося під час ведення вагітності **в жіночій консультації**, коли перший тест на ВІЛ був негативний і вагітна промовчала про свій ВІЛ-позитивний статус («...мені треба було їй признатися, я боялася, тому що я у неї до цього робила багато операцій по гінекології, але я не казала, що в мене статус»). Другий тест був вже позитивним. Водночас жінка зазначала толерантність і підтримку іншого медичного персоналу закладу («в цілому, медперсонал, вони «та не хвилюйтесь, знаєте скільки у нас таких як ви, ви така ж людина як і всі...»). В другому разі це сталося під час пологів **у пологовому будинку**, коли жінка **ВПО не мала з собою обмінної карти. Головний лікар залякував жінку викликом поліції** («Головний лікар, коли дізналися, що в мене статус, він прийшов, почав кричати, що я не мала права замовчувати, що він зараз викличе поліцію. І що, не дай боже, я заразила дівчат, ну медсестр, які приймали в мене пологи. Це було в присутності медперсоналу. В Нікополі. Він сказав з таким грубим відношенням»).

Одеська область

Досвід респонденток свідчить про наявність випадків дискримінації та стигматизації з боку медичного персоналу у пологових відділеннях, що є формою акушерського насильства. Таке ставлення виражалось у відстороненості, упередженості, небажанні повноцінно виконувати професійні обов'язки та вживанні образливих висловів щодо ВІЛ-позитивних породіль. Водночас окремі представники медичного персоналу демонстрували толерантність і розуміння, що свідчить про неоднорідність ставлення у різних закладах та серед різних медпрацівників/ків.

Дві респондентки повідомили про випадки, коли вони відчували **дискримінацію та/або стигматизуюче ставлення з боку медичного персоналу** через свій ВІЛ-позитивний статус. В обох випадках це відбувалося **в пологових відділеннях** тобто свідчить про акушерське насильство. В обох випадках породіллі охарактеризували ставлення до себе як до «ізгоя». В першому випадку жінка зазнала упередженого та відстороненого ставлення з боку лікаря акушера-гінеколога в пологах та у післяпологовий період, що вплинуло на якість медичної допомоги. Водночас жінка зазначала толерантність іншого медичного персоналу закладу («Медперсоналу не усього (негативне ставлення). Є, що з розумінням відносяться»). У другому випадку після розкриття ВІЛ-статусу породіллі, медичний персонал кардинально змінив ставлення до неї та дитини, демонстрував надмірну обережність, уникав фізичного контакту, застосовував надмірні засоби захисту та дезінфекції, використовував стигматизуючі вислови. Дитяча лікарка питала, чи вимила жінка дверні ручки, медсестри заходили в палату до жінки в захисних халатах та постійно проводили дезінфекцію, не підходили і не торкалися до пацієнтки, називали між собою «снідозною». Це призвело до ще більшої ізоляції жінки, відмови прийняти свій ВІЛ-статус та розпочати АРТ, негативно вплинуло на її емоційний стан в період, коли жінка найбільше потребувала підтримки та допомоги («Лікар дитячий, яка працює в пологовому, мені каже «а ручку ви вимили від двері?» І вони ще двірну ручку після мене дезінфікували. Все перемивали в палаті, нічого не торкалися. Це дуже було неприємно. Як ізгой була там»).

Глибинні інтерв'ю з 10 надавачками та надавачами медичних ППМД послуг

Дніпропетровська область

Досвід лікарів засвідчує, що випадки дискримінації та стигматизуючого ставлення до ВІЛ-позитивних жінок у медичних закладах Дніпропетровщини все ще трапляються. Існують тривожні повідомлення, коли окремі лікарі радять жінкам, які живуть з ВІЛ, переривати вагітність, що свідчить про значний рівень упередженості та недостатню обізнаність щодо сучасних можливостей безпечного материнства для ВІЛ-позитивних жінок. Нетолерантне ставлення з боку медичного персоналу, особливо у пологових будинках, підтверджується повідомленнями як самих пацієнток, так і лікарів-інфекціоністів, які змушені особисто втручатися та вести роз'яснювальну роботу серед колег. Однак більшість ВІЛ-позитивних жінок не наважуються подавати скарги офіційно, обмежуючись усними зверненнями або терплячи принизливе ставлення, що ускладнює боротьбу зі стигмою та дискримінацією. Причиною цього є страх розголошення статусу та недовіра до можливості справедливого вирішення конфлікту. У питанні отримання консультативного висновку від ЗОЗ ЛЖВ щодо результатів обстеження ВІЛ-експонованої дитини та рекомендацій для сімейного лікаря-педіатра за місцем проживання, важливою є практика збереження конфіденційності діагнозу матері (чутливість до прохання матерів не розголошувати інформацію про ВІЛ-статус сімейним лікарям-педіатрам, запобігаючи внесенню відомостей про перебування дитини на обліку у зв'язку з ВІЛ до медичної карти).

Один лікар акушер-гінеколог жіночої консультації (ЗОЗ ЖК) підтвердив **випадок усної скарги** з боку ВІЛ-позитивної жінки в своєму закладі. Реагуванням була догана та попередження щодо адміністративної та кримінальної відповідальності. Він також зауважив, що у випадку письмової скарги, він був готовий застосувати звільнення порушниця/ка (*«Були, на жаль, такі випадки були. Моє реагування, як завідувача, це, по-перше, була догана. По-друге, я казав, якщо буде ще якась, то це може бути кримінальна або адміністративна відповідальність, є ще і такі законодавчі моменти. (скарги поступали письмово чи усно?) Усно. Якщо б це було письмово, то це було б звільнення, зі всіма витікаючими наслідками»*). Лікар акушер-гінеколог також повідомив про випадки, коли жінкам, які живуть з ВІЛ, інші лікарі казали **перервати вагітність та не народжувати дітей** (*«У мене були приклади, коли приходили жінки до мене на облік по вагітності, і лікарі, де вони зверталися, була дуже сильна стигма по відношенню до них, навіть до того, що їм казали, що цю вагітність потрібно перервати, їх залякували, що вони не повинні просто народжувати»*).

Одна лікарка дитяча інфекціоністка (ЗОЗ ЛЖВ) підтвердила, що її ВІЛ-позитивні пацієнтки повідомляли про **нетолерантне ставлення** з боку медпрацівниць/ків в інших медзакладах, зокрема в **пологовому будинку** і вона особисто реагувала, проводячи комунікацію з такими лікарями (*«Є пологовий будинок, і от з'явилися такі скарги, на не дуже красиве відношення до позитивних дівчат. Ти ж питаєш, як пологи пройшли. Ще досі є жінки, які кажуть, що хотілось би, щоб відношення було інше, щоб не кричали по коридорам... «снідозна», може, не кажуть, а говорять «вічювая». Я можу дзвонити іноді, якщо вже щось таке кричуще, і доктору сказати, що у вас ось це і ось це»*). Лікарка також повідомила, що **ВІЛ-позитивні пацієнтки не хочуть подавати скарги** на лікарів і навела приклади, коли заохочувала жінку подати скаргу (*«Дівчатам я кажу, говоріть, є ж адвокація, є захист прав, захист інформації. Недавно ми навіть налаштовували одну мамочку, що у вас такий негативний досвід, після вас же інші підуть, і це теж не добре. Жінки не подають скарги, скажімо так. Вони можуть огризатися самі, будучи там, а можуть стерпіти це»*). Стосовно **отримання консультативного висновку** з результатами обстеження дитини та **рекомендаціями для сімейного лікаря**, який спостерігає за дитиною, важливо відзначити **практику збереження конфіденційності діагнозу матері**. Зокрема, лікарка проявляє чутливість до прохання матерів не розголошувати інформацію про їхній діагноз сімейним лікарям педіатрам: *«Консультативного висновку я не даю. Не хочу, щоб в карту вклеювали дитині, що вона була на обліку. Колись ми розробили свій такий вкладиш, сімейні лікарі тримали його до тих пір, поки дитина не знята з обліку. Навіщо, щоб в медичній карті дитини залишалось, що вона народжена від ВІЛ-позитивної мами? Десь залишається, десь немає. Багато мам просять, щоб цього не було»*.

Одеська область

Ситуація в Одеській області демонструє наявність суперечливих тенденцій: з одного боку, рівень толерантності поступово зростає, з іншого – поодинокі прояви стигматизації та дискримінації залишаються проблемними, особливо у віддалених громадах та пологових відділеннях. Пацієнтки часто стикаються з принизливим і образливим ставленням, а частина медичних працівників уникає

проведення фізикального обстеження або не бажає вести ВІЛ-позитивних дітей. Однак, офіційні скарги на такі дії подаються вкрай рідко, переважно через недовіру до системи та страх розголошення статусу. Попри це, більшість опитаних медичних працівників відзначає зростання рівня толерантності як у медичних закладах, так і в суспільстві загалом. Позитивним прикладом є збільшення кількості дискордантних пар, що свідчить про поступове руйнування стереотипів щодо ВІЛ. Водночас окремі фахівці зауважують, що стигма і дискримінація не зникають повністю, а лише набувають нових, менш помітних форм.

Одна лікарка дитяча інфекціоністка (ЗОЗ ЛЖВ) підтвердила, що її ВІЛ-позитивні пацієнтки повідомляли про **нетолерантне ставлення** з боку медпрацівниць/ків в інших медзакладах, зокрема в **пологовому будинку** (*«Мами після пологів приходять ображені. Є багато скарг. На пологові будинки скарги, багато скаржаться, бо там до них як до людей другого сорту відносяться. Негарно, образливо, принизливо навіть. Є такі, так. Тільки узнають про статус, одразу відношення змінюється»*). Один лікар-інфекціоніст (ЗОЗ ПМСД) з **віддаленої громади** підтвердив, що йому відомі випадки, коли інфекціоністи, гінекологи, терапевти **не хотіли проводити фізикальне обстеження** ВІЛ-позитивних пацієнток, педіатри **не хотіли вести ВІЛ-позитивних дітей** і бурхливо реагували, коли дізнавалися про ВІЛ-позитивний статус дитини. Лікар додав, що для нього це повсякденне явище (*«Були випадки ведення хворих – і інфекціоністів, і гінекологів, і терапевтів, які не хотіли проводити навіть обстеження фізикальне хворого. Є педіатри, які не хочуть вести ВІЛ-позитивних дітей. Це те, з чим я стикаюся кожен день. Це буквально недавно було, що у дитини почалася носова кровотеча і без рукавичок лікар вирішив провести тампонаду. І коли мати її вже сказала, то це була дуже, скажімо так, бурхлива реакція. З істерикою, зі всіма ділами. Тобто, не подобаюча така поведінка»*). Лікар також зауважив, що **ВІЛ-позитивні жінки**, зазвичай **не подають скарги** на неправомірні дії лікарів, або скаржаться тільки в усній, неофіційній формі і погодився, що причиною є відсутність віри у справедливість у жінок (*«Це неофіційні скарги. Усні. Так. Через ВІЛ. Розумієте, це дуже-дуже маленький відсоток, коли офіційно ВІЛ-інфікованими подається якась скарга. (А чому, на вашу думку? Не вірять в справедливість?) Звісно. Звісно, не вірять»*).

Всі респондент/ки з-поміж медпрацівниць/ків відмічають **більшу толерантність до жінок, які живуть з ВІЛ**, у порівнянні з минулими роками, як в медзакладах, так і в суспільстві в цілому. Як приклад, наводять велику кількість дискордантних пар (*«Все одно, суспільство стало більш терпимим. Якщо раніше чоловіки роками не знали, що жінка позитивна, або навпаки, то зараз такого немає. У нас дуже багато дискордантних пар»*). Однак, лікар, який працює у віддаленій громаді Одеської області, виявляє менше оптимізму, вважаючи, що **стигма та дискримінація** просто **змінює форму** (*«Стигматизація і дискримінація, так, вона стала меншою. Але вона є, на жаль, скажімо так, якщо раніше це було зовсім “геть не підходьте до мене”, то на сьогоднішній день це “ось прийшла”*).

Фокус-групові дискусії з 16 надавачками послуг на рівні спільноти та активістками

Дніпропетровська область

Активістки спільноти та надавачки послуг ВІЛ-сервісних НУО навели приклади кейсів з супроводу ВІЛ-позитивних жінок, зокрема вагітних та породіль, протягом останніх трьох років. У цих випадках ВІЛ-позитивні пацієнтки потерпали від стигми та дискримінації з боку медичних працівниць/ків у сфері репродуктивного здоров'я, включно з проявами акушерського насильства. Дискримінація відбувалася за ознакою ВІЛ-позитивного статусу (та наркозалежності в окремому випадку) і мала наступні форми:

Тиск щодо репродуктивного вибору: психологічний тиск з метою примусу до абортів; звинувачення, що жінка не зробила аборт; звинувачення, що жінка народила ВІЛ-позитивну дитину; докори, що жінка завагітніла та народила «собі подібних»; залякування, що дитина народиться з ВІЛ.

Порушенням етичних норм (публічне приниження, словесна агресія): словесні образи, крики; лікарі змусили роділля самостійно прибирати за собою після відходу вод в коридорі.

Відмова у доступі до медичних послуг: приватна клініка відмовила жінці у проведенні ЕКЗ через її ВІЛ-статус, навіть не допустивши її до консультації (жінку буквально не пустили на поріг, а після відмови персонал почав проводити дезінфекцію приміщення).

Порушення конфіденційності: розголошення таємниці діагнозу родичам.

Відмова у розгляді скарг: у ситуації, коли жінка була нездатна (неспроможна) самотійно подати скаргу через стан здоров'я, керівництво медзакладу відмовлялось реагувати на звернення від кейс-менеджерки НУО на дії медперсоналу, залишаючи пацієнтку без правового захисту.

Фінансові зловживання та вимогання: вимога сплатити за пологи (кесарів розтин), вимога придбати ліки, які потім не знадобились.

Серед закладів, де відбувалася дискримінація ВІЛ-позитивних жінок, були зазначені: Криворізький перинатальний центр зі стаціонаром, Приватна гінекологічна клініка ІСІДА, м. Київ, Пологовий будинок Мечникова, м. Дніпро, Криворізький міський клінічний пологовий будинок №1, Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром, м. Дніпро, Міський центр СНІДу, м. Дніпро.

Активістка спільноти поділилася власним досвідом, як ставлення лікарів **вплинуло на її бажання звертатися за медичними послугами** ЗОЗ ЛЖВ. Вона максимально **скоротила свої візити до лікарів** і приїжджає лише для обов'язкових аналізів, а АРТ отримує поштою.

Попри труднощі та випадки стигми й дискримінації, підсумовуючи, інша активістка також відзначила **зміни на краще у ставленні лікарів** до жінок, які живуть з ВІЛ: *«Все ж таки, ставлення змінилося і дуже багато лікарів зараз, які є толерантними, які сприймають жінку незалежно від наявності у неї категорій вразливості, саме як жінку, саме як пацієнтку. Я цього не можу не відзначити. Є лікарі-неонатологи, є лікарі-гінекологи, ті, які сприймають будь-яку жінку саме як особистість, саме як жінку, яка потребує допомоги».*

Одеська область

Активістки спільноти та надавачки послуг ВІЛ-сервісних НУО навели приклади кейсів з супроводу ВІЛ-позитивних жінок, зокрема вагітних та породіль, протягом останніх трьох років. У цих випадках ВІЛ-позитивні пацієнтки потерпали від стигми та дискримінації з боку медичних працівниць/ків у сфері репродуктивного здоров'я, включно з проявами акушерського насильства, материнства та доступу до первинної медичної допомоги. Дискримінація відбувалася за ознакою ВІЛ-позитивного статусу, наркозалежності, наявності туберкульозу в анамнезі та статусу ВПО, і мала наступні форми:

Відмова у наданні послуг через прописку: жінок без обласної прописки (мешканок Одеси) не приймали до обласного пологового будинку, відправляючи в інші заклади (*«ось поряд четвертий пологовий будинок для мешканок міста»*).

Акушерське насильство та вимагання грошей: у пологовому будинку лікарка вимагала у породіллі хабар за полегшення болю під час післяпологового догляду (за менш болісне зняття швів після важких пологів).

Стигматизація дискордантної пари: медперсонал дозволяв собі коментарі на адресу ВІЛ-негативного чоловіка ВІЛ-позитивної породіллі, радячи «розлучитись» із дружиною.

Намагання позбутися вагітної з коінфекцією ВІЛ-ТБ в анамнезі, застосовуючи посилену бюрократизацію: навіть за наявності всіх необхідних документів, які жінка ретельно підготувала щодо одужання від туберкульозу, після госпіталізації від неї вимагали додаткові довідки, намагаючись виписати її з пологового відділення.

Остання в черзі: дискримінація відбувалася під час запису на прийом, коли у жіночій консультації ВІЛ-позитивних жінок приймали останніми у черзі, аргументуючи це тим, що «після тебе сяде інша, здорова, чиста».

Ізоляція та примус до відмови від дитини: в пологовому будинку ВІЛ-позитивних жінок із групи споживачок наркотиків ізолювали в окремих кімнатах з ґратами (ізолятор); в окремому випадку викликали юриста та змушували підписати відмову від дитини, коли жінка попросила дозволу на деякий час вийти з відділення.

Відмова у взятті на облік переселенок: на початку війни спостерігалися відмови у взятті на облік жінок-ВПО у жіночих консультаціях, а сімейні лікарі часто відмовляли заключити декларацію.

Серед закладів, де відбувалася дискримінація ВІЛ-позитивних жінок, були зазначені: Одеський обласний перинатальний центр, м. Одеса, 2-й пологовий будинок, м. Одеса, Жіноча консультація «в районі Філатова».

Дві учасниці ФГД зазначили, що **страх стигматизації та дискримінації** є значним бар'єром для звернення за медичними послугами, ґрунтуючись на власному досвіді («Не кожному лікарю я можу про це сказати. Особливо це стосується гінекології. У нас одиничні гінекологи, які на це взагалі не звертають увагу. Основна маса, особливо вузькі фахівці, коли ти приходиш, не дай бог сказати, що у тебе ось така історія», «Навіть зараз, попрацювавши вже 18 років, я не кожному лікарю розкриваю свій статус. Через стигматизацію та упереджене ставлення»).

Глибинні інтерв'ю з 7 людьми, які займають керівні посади

Дніпропетровська область

Опитані фахівчині відзначають, що протягом останніх років ними спостерігається суттєве **покращення ставлення медичного персоналу до ВІЛ-позитивних жінок, дітей та підлітків**. Рівень толерантності виріс, а випадки дискримінації стали поодинокими (*«Це вже доволі дуже рідкісне явище»*). Скарги на некоректну поведінку медичних працівниць/ків щодо ВІЛ-позитивних пацієнток трапляються рідко і, як правило, пов'язані з особистісними рисами окремих працівників, а не із системною проблемою дискримінації.

Гучні випадки, якщо й виникають, оперативно розглядаються керівництвом закладу та медичними радами, проводяться обговорення на засіданнях консультативно-дорадчих регіональних органів з ТБ/ВІЛ та ЕПМД. Остання широко відома скарга була на некоректну поведінку лікаря-анестезіолога Криворізького перинатального центру по відношенню до ВІЛ-позитивної роділлі. **Скарги пацієнток переважно мають усний характер**, і навіть у випадках неформального звернення адміністрація закладу реагує, дає відповіді та проводить роз'яснювальні бесіди.

У ЗОЗ, що підпорядковуються Дніпропетровському обласному медичному центру соціально значущих хвороб, діють **політики з попередження дискримінації**, які регулярно оновлюються та контролюються їхня реалізація. Здійснюються тематичні тренінги для персоналу, окремі сесії з профілактики стигми та дискримінації, а також інформаційна робота через соціальні мережі (*«Останній раз ми проводили оновлення цих документів у всіх медичних закладах Дніпропетровської області у лютому цього року. Вони нам звітували, прислали свої накази і так далі. Кожен тренінг, який ми проводимо, у нас є окрема сесія про профілактику стигми і дискримінації»*). Водночас завідувачка післяпологового відділення не поінформована про наявність такої політики у своєму закладі (*«Я не бачила такого документу, може він і є, не знаю»*). Це свідчить про необхідність поширення досвіду СНІД-служби на ЗОЗ пологової допомоги та інші ЗОЗ, дотичні до надання ППМД послуг.

Одеська область

Рівень стигми та дискримінації з боку медперсоналу респондентки оцінили по-різному. З одного боку вони **визнають, що питання стигматизації ще не вирішене повністю**, з іншого боку зазначають, що **рівень толерантності зростає**, а випадки дискримінації стають дедалі рідкіснішими. (*«Я думаю, що ставлення стало більш позитивним. Персонал розуміє це і взагалі не виділяє цих людей», «Наскільки я знаю, спілкуючись з нашими лікарями, на жаль, стигматизація у нас все ще є. Вона залишається, і працювати з цим питанням потрібно активно»*).

Респонденткам відомі окремі випадки стигматизації та дискримінації, зокрема у віддалених громадах області – пацієнтка скаржилася на ізоляцію в медзакладі. Однак ці скарги, як правило, мають усний характер (*«Є усні скарги від ВІЛ-позитивних, наприклад, що її ізолювали. Я виїжджаю в райони. Я питаю пацієнтку, чи все вам подобається тут? Ні, ось бачите, закрили мене, сказали не виходити», «Скарги були лише усні»*). **Проблеми із письмовими скаргами** частково пов'язані з небажанням пацієнток розкривати свій ВІЛ-статус через страх розголошення (*«Просто не хочуть писати. Можливо, не хочуть розголошувати свій статус»*).

Системна робота щодо підвищення обізнаності персоналу проводиться через регулярні роз'яснення, навчання та тренінги, особливо для нових співробітників та інтернів. Особливу увагу приділяють правильному інформуванню про шляхи передачі ВІЛ та профілактику стигми.

Формалізованої **політики з попередження дискримінації** на рівні закладів наразі немає, однак є розуміння необхідності її впровадження (*«На рівні закладу немає такої політики. Я думаю, що вона*

має бути. Наприклад, я роблю обходи у відділенні. Лежать чотири людини в палаті. Я заходжу і мені говорять Б-20. Я кажу, навіщо це говорити? Хтось почує, буде вияснити, що це Б-20. Не треба це казати. Є історія хвороби, ми все подивимося. Це інтерни прийшли, Б-20. Взагалі, я думаю, що потрібно проводити навчання. А з інтернами – то обов'язково. Вони приходять працювати, це велика проблема»). На рівні міського департаменту охорони здоров'я працює відділ звернень, який аналізує скарги.

Навчальні заходи, зокрема у співпраці з міжнародними партнерами, спрямовані на **подолання стигми серед студентів-медиків**, що є важливим кроком до формування толерантного середовища у майбутньому. Важливо зазначити, що складовою навчання студентів було спілкування з активістками спільноти жінок, які живуть з ВІЛ («Виявилось, що наші студенти дуже проявляли стигму щодо ВІЛ-інфікованих людей. Це студенти перших курсів. Ми проводили опитування і виявили, аж до того, що вони говорили, що якщо на прийом до них прийде ВІЛ-інфікована особа, вони не будуть з нею працювати»).

Своєчасність ППМД послуг

Кількісний компонент

Опитування 100 жінок, які живуть з ВІЛ, з досвідом вагітності та пологів

Своєчасність постановки на облік у зв'язку із вагітністю

Своєчасність постановки на облік серед жінок, які живуть з ВІЛ, **є достатньо високою**: абсолютна більшість опитаних (73%) стала на облік у першому триместрі вагітності, що відповідає сучасним стандартам надання ППМД. Проте кожна четверта спостерігалась вже після 12 тижнів (26%). Одна жінка з Дніпропетровщини взагалі не спостерігалась у лікарів у зв'язку з вагітністю).

Частота відвідувань акушера-гінеколога

Серед 87 жінок, у яких вагітність завершилася пологамі і які перебували під наглядом у медзакладі, спостерігається **висока частота відвідувань лікаря акушера-гінеколога** жіночої консультації для контролю перебігу вагітності: понад половина мала 8 і більше візитів (55%), ще 21% – 4-7 відвідувань. Менша кількість візитів частіше відзначалася серед жінок із сільської місцевості або невеликих міст. Отже, більшість жінок мають високий рівень прихильності до регулярних медичних оглядів під час вагітності.

Виявлення ВІЛ під час вагітності, взяття на облік та призначення АРТ

Серед 16 жінок, які дізналися про ВІЛ під час останньої вагітності, **більшість отримали діагноз у першому триместрі** (13), поодинокі випадки – у другому (2), третьому (1) триместрах або після пологів (1). Більшість **взяті на облік інфекціоністом ЗОЗ ЛЖВ** протягом тижня після підтвердження діагнозу (11 з 16), АРТ призначали переважно протягом двох тижнів (13), що відповідає сучасним стандартам.

Регулярність вірусологічного моніторингу

Можна засвідчити гарні показники прихильності до вірусологічного моніторингу: переважна більшість жінок **вимірювала вірусне навантаження** протягом останнього року (11% – протягом останнього місяця, 33% – останніх 3 місяців, 30% – останнього півроку, 16% – від 6 місяців до 1 року тому). Водночас кожна десята (всі з Одеської області) вимірювала вірусне навантаження понад рік тому (10%).

Рання діагностика у дітей

Шістьом ВІЛ-експонованим дітям **не провели вчасно друге дослідження ПЛР** у віці 1-2 місяця (4 – Дніпропетровська, 2 – Одеська). 11 дітям **не провели вчасно третє дослідження ПЛР** у віці 3-4 місяці

(4 – Дніпропетровська, 7 – Одеська). Одній дитині **не провели вчасно тестування на антитіла для остаточної оцінки ВІЛ-статусу** після досягнення дитиною 18 місяців (Одеська область).

Пропуски відвідувань лікарів

Найвищу прихильність респондентки демонструють до відвідувань інфекціоністів/дитячих інфекціоністів ЗОЗ ЛЖВ (80% не пропускали візитів). Більшість опитаних жінок також ніколи не пропускала відвідування акушерів-гінекологів (70%) та сімейних лікарів чи педіатрів (68%). Загалом, більшість (61%) **ніколи не пропускали призначених візитів**. Однак у Дніпропетровській області кількість жінок, які пропускали візити до відповідних спеціалістів/ок, значно більша, ніж в Одеській (25 проти 14). Найчастіше мешканки Дніпропетровщини пропускали відвідування сімейного лікаря (або педіатра) ПМСД (4 – досить часто, 6 – іноді). Основні **причини пропуску: фінансова неспроможність** (17: 9 – Дніпропетровська, 8 – Одеська), **зайнятість на роботі або хатня праця** (14: 8 – Дніпропетровська, 6 – Одеська), **поганий стан здоров'я, включно психічне здоров'я** (11: 7 – Дніпропетровська, 4 – Одеська), **тягар догляду** за іншими членами родини (10: 7 – Дніпропетровська, 3 – Одеська), **наслідки збройної агресії** (обстріли, порушення транспортної інфраструктури, повітряні тривоги тощо) (7: 6 – Дніпропетровська, 1 – Одеська), а також **страх стигми та дискримінації** (4: 4 – Дніпропетровська).

Якісний компонент

Глибинні інтерв'ю з 8 матерями ВІЛ-експонованих та ВІЛ-позитивних дітей

Своєчасність ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей

Дніпропетровська область

У матері ВІЛ-позитивної дитини (м. Дніпро) спостерігаються труднощі із **забезпеченням своєчасності лабораторних досліджень**, які проявляються у **пропусках відвідувань** міського СНІД-центру. Основними причинами є конфлікти з медичним персоналом і фінансове навантаження, зокрема необхідність оплати транспорту (таксі) для поїздки до медичного закладу (*«В мене не завжди є сили знайти п'ятсот гривень і приїхати»*). Одна мати ВІЛ-експонованої дитини мала **пропуск третього дослідження ПЛР** і навела **приклад підтримки з боку дитячої інфекціоністки** (ДОМЦСЗХ ДОР), коли лікарка організувала **забір крові на дому**: *«Мій стан здоров'я не дуже дозволяє їздити. І воно вже було погода, як кажуть, не льотна, бо дуже було холодно. І дитину тягати по холоді – це теж був не варіант. Тому лікар сама мені подзвонила і каже, ми до тебе до певного часу приїдемо і зробимо дитині ще один аналіз. Вона приїхала з лаборантшою, взяли малої аналізи і через тиждень дівчина мені подзвонила і сказала, що він негативний»*.

Одеська область

Одна мати (м. Одеса) **отримала інформацію про свій ВІЛ-позитивний статус** лише через три тижні **після народження дитини**, тому вагітність та пологи проходили без призначення АРТ. Ще одна мати (м. Чорноморськ) зазначає, що **друге ПЛР-дослідження** у її дитини було проведено **несвоєчасно**, а **третє взагалі не проведено** (дитині 7 місяців). Причиною порушення графіка відвідувань є відсутність можливості транспортування дитини з Чорноморська до Одеси до ЗОЗ ЛЖВ у зв'язку із хворобою чоловіка (раніше забезпечував такі поїздки власним транспортом) (*«Кров на Леонтовича ми на третьому місяці поїхали, але більше ми їздити з дитиною не змогли. Бо у чоловіка була важка операція, і ми просто залишилися немобільними. І я боялась дитину возити в маршрутці. Ми їм пояснили і вони сказали, коли чоловік встане на ноги, коли він зможе сісти за кермо, приїхати і здати»*).

Глибинні інтерв'ю з 10 надавачками та надавачами медичних ППМД послуг

Своєчасність постановки на облік у зв'язку із вагітністю

Дніпропетровська область

Згідно спостережень медпрацівниць/ків (ЗОЗ ЛЖВ, ЗОЗ ЖК, ЗОЗ ПМСД), в тому числі дотичних до звітування, більшість ВІЛ-позитивних жінок **стають на облік у зв'язку із вагітністю в першому триместрі** («Я роблю всі звіти. Багато, більше, ніж 60 відсотків стають до 12 тижнів. Є такі, що до 12, 8, 9 і навіть раніше. Зовсім рано гінекологи їх не беруть. Найбільший відсоток становилися на облік до 12», «12 тижнів. В середньому, так. Три місяці», «Я кожен квартал моніторинг роблю взяття на облік ВІЛ-інфікованих, в якому терміні вони стають. В більшості випадків це до 12-ти тижнів вагітності. На другому місці другий триместр, після 13-ти до 24-ти тижнів. І вкрай рідко, але, на жаль, попадаються ті, які стають на більш пізніх термінах. На превеликий жаль, є і такі, які поступають в пологові стаціонари в потужному періоді, часто не спостерігаються взагалі»).

Одеська область

Згідно зі спостереженнями медпрацівниць/ків (ЗОЗ ЛЖВ), в тому числі дотичних до звітування, більшість ВІЛ-позитивних жінок **стають на облік у зв'язку із вагітністю в другому триместрі** («Вони стають на різному терміні вагітності. Більшість до 24 тижнів. От з 12 до 24 тижнів цедесь відсотків 60. Всі останні і після 24, і в 38 тижнів», «Найчастіше, скажімо так, це 20-й тиждень, другий триместр. Дуже рідко, коли це на перших тижнях, перших місяцях»).

Фактори, що впливають на своєчасну постановку на облік ВІЛ-позитивних вагітних жінок

На думку лікарів **своєчасна постановка на облік ВІЛ-позитивних вагітних жінок залежить** від наступних факторів:

Територіальна приналежність, віддаленість медичних послуг: Мешканки віддалених громад або сільської місцевості, стають на облік у зв'язку із вагітністю пізніше («Залежить від, скажімо так, територіальної приналежності. Чим далі від обласного центру, тим всі ці моменти трудніше зробити. Тобто кудись поїхати, планувати, ще щось. В обласному центрі, в місті Дніпро, зокрема, не проблема», «Є різні перешкоди, можливо, якась віддаленість звідкись»).

Досвід вагітності протягом життя з ВІЛ: Вперше виявлені вагітні жінки схильні ставати на облік пізніше, ніж ті, у кого вже був досвід вагітності протягом життя з ВІЛ. Жінки, які вже проходили медичне спостереження під час попередніх вагітностей та приймають АРТ, зазвичай стають на облік до 12 тижнів. Для них процес є менш стресовим і сприймається як звичний («Ті, які вже в ВІЛ-статусі і які вже перший раз спостерігалися, потім другий, третій, вони приходять як і всі інші, до 12 тижнів точно», «Це не так, як кажуть, небезпечно для жінок, які вже давно є ВІЛ-інфікованими і приймають АРТ. Я якось спокійніше ставлюсь, ну не встигла стати»).

Страх стигми та дискримінації, або попередній досвід стигми та дискримінацій може призводити до того, що жінки відкладають постановку на облік. Побойовання щодо негативного ставлення з боку медпрацівників впливає на рішення жінок звернутися по допомогу, інколи їм навіть радять перервати вагітність через ВІЛ-статус («Я думаю, що це залежить від того, що просто є якісь побоювання, що їх не так сприймуть в лікувальному закладі. У мене були приклади, коли приходили жінки до мене на облік по вагітності, і лікарі, де вони зверталися, була дуже сильна стигма по відношенню до них, навіть до того, що їм казали, що цю вагітність потрібно перервати, їх залякували, що вони не повинні просто народжувати»).

Військові дії: Війна зміщує пріоритети жінок у бік забезпечення базових безпекових потреб, і турбота про здоров'я часто відходить на другий план. У таких умовах своєчасна постановка на облік може бути ускладнена, адже питання безпеки стають першочерговими («Сама ситуація,

зараз в країні, війна, вона стала перешкодою. Люди, звісно, їдуть, можливо, в більш безпечні місця. Їм, повірте, просто не до того, чи от точно сьогодні в 11 тижнів, а завтра вже 13»).

Організованість та ставлення до власного здоров'я: Якщо жінка серйозно ставиться до свого стану та зацікавлена у вагітності, вона прагне якомога швидше звернутися до лікарів та стати на облік («Це залежить від організованості самої жінки, наскільки вона серйозно відноситься до свого стану, наскільки вона переживає за вагітність», «Якщо жінка зацікавлена в цій вагітності, вона біжить до лікарів в ранньому терміні. Ось сьогодні в мене була жінка, в неї 7 тижнів вагітності, але вона збралась вже піти, ставати на облік. Хоча найменший термін – це 12 тижнів. Тобто тоді можна УЗД провести. Все залежить від самої жінки»).

Своєчасність ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей

Дитяча лікарка-інфекціоністка обласного ЗОЗ ЛЖВ (Дніпропетровська область) зазначила, що **друге дослідження ВІЛ-статусу методом ПЛР** у віці 1–2 місяців **не завжди проводиться вчасно** для ВІЛ-експонованих дітей із **віддалених громад**. Забір зразків здійснюється у віці 2,5, 3 або 4 місяців через складнощі з доїздом жінок до медичних закладів. Для вирішення цієї проблеми тестування дітей проводиться під час виїзних візитів мультидисциплінарної команди у віддалені громади («Після першого приходять на друге. Або ми їздимо в райони. Як їдемо в цей район, так і обстежуємо. Це може бути і не в місяць, і не в два, а і два з половиною, і три, а буває і чотири, другий ПЛР. Зараз дуже складно дістатися до нас, або навіть до кабінету Довіри»).

Фокус-групові дискусії з 16 надавачками послуг на рівні спільноти та активістками

Своєчасність отримання адаптованих молочних сумішей за рахунок місцевих бюджетів

Активістка спільноти з Кривого Рогу (Дніпропетровська область) зауважила, що ВІЛ-позитивні матері часто **отримують адаптовані молочні суміші від сімейних лікарів із значною затримкою**, яка може тривати до шести місяців: «Зазвичай жінки, які у нас заключають декларацію з сімейним лікарем, вони чекають місяць, півтора. А буває і по пів року не дочекаються цієї молочної суміші».

Мешканки віддалених громад

Якісний компонент

Глибинні інтерв'ю з 10 надавачками та надавачами медичних ППМД послуг)

З власного досвіду лікарі виокремили низку проблемних питань для ВІЛ-позитивних жінок у віддалених громадах. Зокрема, серед основних перешкод – поширеність стигми та дискримінації, що в окремих випадках набуває загрозливих форм, таких як спроби виселення з боку місцевої влади (селищний староста). Крім того, відсутність доступу до АРТ, обстежень на ВН і СД4, дефіцит вузькопрофільних спеціалістів (інфекціоніста, нарколога, фтизіатра) за місцем проживання змушують жінок долати значні відстані для отримання послуг в обласному центрі, що ускладнює своєчасне лікування та супровід.

Дніпропетровська область

Дитяча лікарка інфекціоністка обласного ЗОЗ ЛЖВ повідомила про випадок **стигми та дискримінації** в маленькій громаді: староста селища намагався виселити жінку, дізнавшись про її ВІЛ-позитивний статус («Є старости виселяють, дізнавшись, що позитивні ходять по селу. Староста села»).

Одеська область

(Приклад Великодолинської територіальної громади Одеського району Одеської області)

Відсутність видачі АРТ та обстеження на ВІЛ та СД4 за місцем проживання: лікар-інфекціоніст ЗОЗ ПМСД, який веде ВІЛ-позитивних людей, повідомив, що в ключовому медзакладі громади відсутній кабінет «Довіра», відсутні видача АРТ та обстеження на ВІЛ та СД4. ВІЛ-позитивні пацієнтки мають долати відстань до 50 км до Одеси (25 км в один бік) або Овідіополь для отримання лікування та проходження відповідних обстежень. Запропоноване рішення проблеми – це відкриття кабінету «Довіра» на базі ЗОЗ ПМСД, отримання пакету НСЗУ «Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ-інфекцією» в 2026 році (*«Консультування, діагностування, то все є. А отримання саме терапії в умовах КДЦ (*ЗОЗ ПМСД) – ні. Надання – це вже прерогатива центру соціально значущих хвороб, бо у нас нема терапії. Видає або Овідіополь, це поряд район, або Одеса. Головний лікар дуже хоче відкрити кабінет «Довіра», щоб було надання саме АРВ-терапії. За рахунок отримання пакетів, тільки зараз це все буде знову повертатися, я маю на увазі, саму терапію. З нового року подається новий пакет за рахунок НСЗУ. Бо дуже багато в мене ВІЛ-інфікованих, яким далеко їздити. Це доїхати до Центру соціально значущих хвороб або до Овідіополя, записатися на прийом, а там йде по годинам цей прийом і вони можуть не в цей день бути записані, а, наприклад, через 2-3 дні. Тому тут ціла низка складових. Тобто транспорт, це бюрократичні різні моменти, які відтягують, відтермінують саме отримання терапії безпосередньо. СД4 бере або Овідіополь, або Одеса. Там, де АРТ видають, десь 50 км. Далеченько»*).

Нестача вузькопрофільних фахівців: пацієнтки мають їхати до обласного центру (м. Одеса) або іншого населеного пункту Одеської області для отримання консультацій нарколога та фтизіатра, лікування гепатитів В та С; тривалий час був відсутній лікар-інфекціоніст (*«Я коли прийшов, дуже тривалий термін не було інфекціоніста взагалі. Більша частина хворих пішла до Одеси або Овідіополя отримувати терапію. Нема було кому видавати, реєструвати і так далі», «У нас нема нарколога, це в Одесі. У нас вже довгий термін в Великодолинському нема фтизіатра. Тобто це нестача, зазвичай, фахівців», «(Які подальші дії у випадку виявлення залежності від наркотиків у вагітної жінки?) Це направлення до Одеси, до обласного перинатального центру, там є фахівці. Від Одеси до Великодолинського це 30 кілометрів, від Одеси до кінця селища Котовського, також десь так 30, якщо не більше», «Якщо позитивні гепатити В і С, також вони відправляються, з приводу безкоштовної терапії для лікування гепатиту С або гепатиту В. Але це тільки в Одесі. В Овідіополі також цього немає»*).

Фокус-групові дискусії з 16 надавачками послуг на рівні спільноти та активістками

Жінки з віддалених громад зіштовхуються з низкою суттєвих бар'єрів у доступі до медичних та соціальних послуг з ВІЛ та ППМД. Основними перешкодами є географічна віддаленість закладів, обмеженість графіків видачі АРТ, нестача профільних фахівців (зокрема лікарів-інфекціоністів), а також страх розголошення діагнозу, що особливо гостро відчувається у малих населених пунктах. Обмеження у графіках видачі АРТ можуть призводити до переривання лікування під час вагітності. Вирішенням цієї проблеми активістки спільноти бачать розширення сайтів видачі АРТ на первинному рівні та впровадження послуг доставки препаратів поштою, що особливо актуально для мешканок віддалених територій. Однак, страх розголошення статусу часто змушує жінок уникати контактів із місцевими медпрацівницями/ками та звертатися до лікарів обласних центрів, навіть якщо це створює додаткові труднощі і підсилює проблему доступності.

Дніпропетровська область

Обмеження графіків видачі АРТ в ЗОЗ ЛЖВ не відповідає потребам жінок з сільської місцевості та віддалених громад, призводить до випадків переривання АРТ під час вагітності, перекреслює зусилля працівниць НУО щодо соціального супроводу та забезпечення прихильності до АРВ-лікування, ще більше загострюючи проблему географічної віддаленості ЗОЗ ЛЖВ для ВІЛ-позитивних жінок (*«Дуже незручно, тому що інколи буває, консультуєш жінку, змотивуєш її приїхати, в нас був такий випадок з вагітною жінкою з села, просили, щоб вона приїхала, і кошти їй переслали, щоб вона приїхала. Вона приїжджає, дзвоне, каже «мені не видали, тому що я приїхала не вчасно, не в той день, коли видають». Ми вже почали з'ясовувати, слухайте, ви просто перекреслюєте всю роботу. В підсумку жінка пропала, і ми її тільки виявили в пологовому будинку під час пологів, без АРТ. Слава богу, дитина негативна»* (Кривий Ріг)). Шляхом вирішення проблем, пов'язаних з географічною доступністю медичних послуг у зв'язку з ВІЛ та ППМД, активістки вбачають покращення доступу через

розширення сайтів видачі АРТ на первинній ланці, зокрема в центрах ЦПСМД, що зменшить навантаження на ЗОЗ ЛЖВ. Також зауважено про необхідність підтримки послуг з доставки АРТ поштою («Є ще інші кабінети, де може бути більш зручно, наприклад, взяття аналізів, відправлення АРТ Новою поштою», «Скоро вже у нас 9-й ЦПСМД на лівому березі, там буде надаватися АРВ-терапія. Чим більше буде таких сайтів АРТ по місту, на первинці, ближче до дому, зручніше. Чим більше будуть на ЦПСМД відкривати такі сайти АРТ, тим доступніше, якісніше буде для жінок, в тому числі і для вагітних, в першу чергу»). Представниця спільноти зауважила про **нестачу фахівців (лікарів-інфекціоністів) у віддалених громадах та сільській місцевості** («Якщо це маленькі громади, то лікарів не вистачає. Саме лікарів-інфекціоністів на місцях нема. Там працює медична сестра, або там сестра іншого лікаря, сімейного лікаря, або це сімейний лікар. Тобто саме профільних фахівців вже не вистачає в маленьких громадах»). **Страх розголошення діагнозу** активістки також виокремили як бар'єр у зверненні за ППМД послугами в сільській місцевості та малих містах. Це призводить до того, що ВІЛ-позитивні жінки воліють спостерігатися в обласному центрі, а не за місцем проживання, **уникають контактів з медичними працівниками у своїх громадах**, наприклад, сімейними лікарями, педіатрами, гінекологами («Жінки, які з маленьких населених пунктів, вони не хочуть ставати на облік, бояться розкриття статусу. І зазвичай звертаються в обласний СНІД центр і стають тут. Вони не звертаються до гінеколога, або бояться йти до сімейного лікаря у своєму населеному пункті, щоб не було розкриття статусу, тому що населений пункт маленький. Навіть там були випадки, санітарка, медсестра і так далі, і знають всім селищем»).

Соціально-економічні фактори, такі як бідність і велике навантаження по догляду за дітьми, ще більше ускладнюють ситуацію із доступом до медичних та немедичних послуг для жінок, які живуть з ВІЛ у віддалених громадах. Наявні проекти ВІЛ-сервісних НУО не можуть повністю покрити потреби жінок у віддалених громадах, особливо щодо соціально-психологічної та гуманітарної підтримки.

Одеська область

Активістка спільноти зауважила, що **наявні проєкти ВІЛ-сервісних НУО**, що надають немедичні соціальні-психологічні ППМД послуги жінкам **у віддалених громадах та сільській місцевості, не в змозі покривати існуючі потреби**. Проблеми із доступом до послуг посилюються соціально-економічними факторами, включно із **бідністю та тягарем догляду за дітьми** («Область слабо охоплена. Послугами, консультаціями для ВІЛ-позитивних вагітних», «Зубожіння населення. Ми виїжджаємо в райони, це взагалі катастрофа. По Одесі це не видно. Але те, що ми побачили в районах - по п'ять, по шість, по сім дітей. Ми приїхали у Любашівку, там на одну маму мінімум двоє дітей», «Вона не може фізично тягнути 5-х дітей. Зараз з ВІЛ-позитивною дитиною, вона попросила дитяче харчування, тому що саме в цьому ОТГ вони їм не закупили. Ми зараз будемо відправляти дитяче харчування»).

Дівчата-підлітки, які живуть з ВІЛ

Якісний компонент

Глибинні інтерв'ю з 8 дівчатами-підлітками, які живуть з ВІЛ

Соціально-демографічні характеристики

Місце проживання. Дніпропетровська область: м. Дніпро (дві дівчини), м. Самар, селище Красівське, Криворізький район. Одеська область: м. Одеса (дві дівчини), м. Біляївка, селище міського типу Любашівка, Подільський район. Вік: 14 років (4 дівчини), 15 років (1 дівчина), 16 років (2 дівчини), 17 років (1 дівчина).

З-поміж восьми дівчат лише одна виховується у повній родині. Решта сім дівчат проживають у неповних сім'ях: троє виховуються лише матір'ю, одна – лише батьком, дві дівчини виховуються бабусею, ще одна – дядьком. Дві учасниці походять із багатодітних сімей (в родині більше трьох дітей). Одна дівчина з Одеси є внутрішньо переміщеною особою з Дніпропетровської області. Ще одна дівчина змушена була виїжджати за кордон на три місяці у зв'язку з війною росії проти України. На момент опитування усі дівчата навчалися у школі, ліцеї або коледжі (відповідно до вікової групи).

Розкриття та прийняття ВІЛ-статусу

Дівчата дізналися про свій ВІЛ-статус або в дошкільному віці (3 дівчини), або молодшій школі (2 дівчини), або в середній школі (3 дівчини) тобто всі дізналися до підліткового віку (8, 11, 4-5, 3, 5, 13, 8-9, 11-12). Фахівці вважають, що до підліткового віку дитина з ВІЛ повинна бути проінформована про свій діагноз. Сім дівчин живуть з ВІЛ з народження, одній дівчині діагностовано ВІЛ у віці 13 років.

Четверо дівчат дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус від батьків (матері чи батька), дві – від опікунів (бабусі або дядька), ще дві – безпосередньо від медичних працівників («Десь у 8 років. Батько розповів. Після смерті матері я дізналася, що в мене таке ж захворювання, як і в неї. Після смерті матері мені розповіли. А до цього мені не хотіли розповідати», «Були в лікарні, коли просив дядько пояснити, близько 11 років. Дядько теж знав, але він просив, щоб саме лікарі пояснили, бо вони, за його думкою, могли б мені докладно все пояснити», «Мені мама, коли я вже добре розуміла її, вона мені казала, що в мене з народження ВІЛ. Я це дізналась у 3 роки. Не дуже пам'ятаю, але я пам'ятаю, що ми з мамою розмовляли на кухні, та вона мені сказала, донька, от дивись, я, коли була вагітна, у мене була хвороба ВІЛ, коли я тебе народила, то в тебе теж ця хвороба є», «У мене захворіла сестричка і лікарі порадили зробити цей аналіз. Мама вирішила переконатися, що у інших членів сім'ї немає. Вирішили здати всі аналізи і у всіх виявилось. Мені 13 було, я здала аналізи і прийшов позитивний результат, ну і мені мама про це повідомила. Спочатку з мамою. А потім ще в Києві у лікарні з лікарями спілкувалася про це», «В 8-9 років дізналася. До того я не знала, не приймала ніяких ліків взагалі. (повідомила) Бабуся», «Дізналася в 11-12, певно, як почала таблетки. (Лікарі повідомили?) Так, тому що мені завжди було цікаво, чому треба їхати кудись, здавати кров, якісь таблетки брати. Тому мені розповіли. Там, де я отримую препарати»).

Реакція дівчат на звістку про ВІЛ різнилася: від байдужості («ніяк», «було не дуже якимось важливо», «не зрозуміла, що це, тому не особливо на цьому зацікавлялася», «нормально») до страху («було страшно», «від цього вмирають»). Наразі більшість опитаних ВІЛ-позитивних дівчат адаптувалися до життя з ВІЛ і зазначають, що ВІЛ їх не бентежить, або вони вже змирилися з діагнозом («Для мене ВІЛ що є що не має його», «У звичайному житті не ставлю себе ні нижче, ні вище нікого. Я звичайна людина», «Для мене це не було ніколи проблемою», «Я вже давно змирися», «Вже почало бути якоюсь нормою», «Я з цим змирися та продовжую жити далі»). Водночас одна дівчина з Дніпропетровської області потребує додаткової психологічної та соціальної підтримки для подолання труднощів у сфері психічного здоров'я, що пов'язані із життям з ВІЛ, втратою матері, соціальною стигмою у школі та громаді.

Медичне спостереження у зв'язку з ВІЛ

Дніпропетровська область

Три дівчини відвідують лікаря (медичний нагляд щодо ВІЛ) щоквартально (м. Дніпро – 2, м. Самар – 1). Одна з дівчат зазначає особливу прихильність до своєї лікарки («Я її дуже люблю свою лікарку, вона дуже добра. Кожні три місяці я з нею бачуся»). Одна дівчина (мешканка сільської місцевості, с. Красівське) протягом останнього року не бачила лікаря щодо медичного нагляду з ВІЛ («Ми бачились десь рік тому. Так, це давненько було, не знаю, чому ми перестали заїжджати. Раніше я бачила її раз на рік, ми заїжджали на повний огляд. Кожен раз, коли я раз в рік приїжджала, мене повністю перевіряли, обстеження там, кров брали, питали чи точно я п'ю ліки»). Водночас вона зазначила, що протягом останнього місяця лікарка спілкувалася з нею через Viber, перевіряла, як дівчина почувається («Вона розпитувала, як я почуваюся. Чи все в мене добре, зараз ніхто не ображає. Це десь місяць тому»). В основному, контакти з лікаркою підтримує її дядько (опікун), оскільки дівчина відчуває страх перед спілкуванням («Більше дядько, бо я трохи боюсь спілкуватися з ними. Не знаю, в мене страх до спілкування»). АРВ-ліки дівчині надсилають Новою поштою («Вона присилає Новою поштою»). Причиною зниження частоти візитів до лікаря може бути **вплив війни** («Я перестала бачитися з лікарями, які мене консультували, якраз коли почалася війна. Вони кудись там поїхали і ми перестали з цими лікарями спілкуватися, тільки через Viber. Ну, і пігулки, якщо раніше лікарі самі давали, коли я приїжджала. А зараз мені дається через пошту»).

Одеська область

Одна дівчина (м. Біляївка) відвідує лікаря в Одесі кожні півроку. В періоди пропусків АРТ частота візитів зростала до одного разу на три місяці, після стабілізації стану – повернулася до разу на півроку: *«Раз в півроку десь. В період, коли я пропускала терапію, то там раз в три місяці десь було. А потім вже, коли там все добре стало, то раз в півроку»*. Окрім цього, дівчина також спостерігається у Національній дитячій спеціалізованій лікарні МОЗ України «ОХМАТДИТ» у Києві. Одна дівчина (сmt. Любашівка) не змогла точно назвати частоту відвідувань лікаря, але повідомила, що останній візит був два місяці тому. Одна дівчина (м. Одеса) відвідує лікаря-інфекціоніста з різною частотою, залежно від потреби у здачі крові чи отриманні препаратів. Останній візит відбувся три дні тому для отримання АРТ: *«От коли здаю кров, я не знаю, ну, кожен місяць, може, п'ять, чотири. Ще іноді, коли приїжджаю за пігулками. (твій останній візит?) Недавно. Три дні назад. Треба було отримувати препарати»*. Одна дівчина (м. Одеса) зазначила, що лише один раз була у медичному закладі, де її бабуся-опікунка отримує АРТ раз на три місяці: *«Я туди майже ніколи не їздила. Я один раз там була, коли ліки забирали. Так, в основному, бабуся сама їздить. Раз на три місяці»*. Водночас дівчина проходить регулярний медичний нагляд у лікаря-педіатра дитячої лікарні за місцем проживання: *«Ми стоїмо на обліку в іншій лікарні. Дитяча лікарня недалеко від мого будинку, педіатр Б.»*.

АРВ-лікування та обізнаність в поняттях, пов'язаних з АРТ

Усі дівчата-підлітки, які брали участь у дослідженні, на момент його проведення **отримували антиретровірусну терапію (АРТ)**.

Лише одна дівчина (м. Біляївка, Одеська область) змогла дати релевантне пояснення поняття **клітин CD4** (своїми словами) (*«Клітини, як правильно. Ну, здорові клітини, взагалі. Відповідають за імунітет»*). Вона отримала цю інформацію від психологів і соціальних працівників НДСЛ «ОХМАТДИТ» у Києві. Решта дівчат не змогли пояснити значення CD4 або зовсім не знали, що це таке.

Також лише одна дівчина (м. Біляївка, Одеська область) змогла **назвати АРВ-ліки, які приймає** (*«Тенофавір, по-моєму, Ламівудін і Долутегравір, начебто»*). Інші учасниці не пам'ятають назв своїх ліків, не читають їх або покладаються у цьому питанні на дорослих, зокрема, маму чи бабуся (*«Мені дають, я знаю, що це мої препарати і все»*, *«Я не читаю. Мені просто дають коробочки. І з цієї коробочки треба брати пігулки, все»*, *«Ні. Не можу назвати, я не пам'ятаю»*, *«Точно не можу сказати, як ці препарати називаються. Їх мама більше знає, ніж я»*, *«На жаль, не знаю. Синя така баночка, велика, назви я її не пам'ятаю»*, *«Щось на «А» починається. Я їх так особливо не читаю»*).

П'ятеро дівчат **самостійно приймають АРТ і контролюють дотримання режиму лікування** (3 – Дніпропетровська, 2 – Одеська). Вони описують, як з часом навчилися самостійно приймати ліки, хоча на початку відчували страх або потребували нагляду від дорослих (*«Раніше дядько був і стежив. Тобто мені треба було брати таблетки і пити при ньому. Десь до 14 років. Потім дядько пояснив, що, кажучи, він їде на поле, а я була вдома. Він сказав, ти тепер можеш пити їх сама. Я декілька разів боялась пити їх сама, мій організм не міг сам їх випити, бо він пам'ятає, що завжди хтось за мною спостерігав, щоб я випила. Як це так одна. А що, якщо забуду, що я їх випила і вип'ю двічі? То спочатку було страшно, але потім близько 15 років в мене вже все було добре. Я спокійно вже випила і все. Знаю, що я випила і все добре. Лягла і сплю»*, *«Бабуся раніше контролювала, але зараз я вже сама. Просто в мене є одна таблетка. Раніше я приймала три таблетки в день. Одну я приймала вранці і дві ввечері. А потім я вже перейшла на один препарат. Я його п'ю о 10-й годині вечора, просто водою запиваю і все. Раніше у бабусі стояв будильник, бо я могла забути. Зараз в мене вже у самої стоїть будильник, але я зазвичай вже до цього готую воду собі і просто п'ю»*).

У трьох випадках за прийом АРТ повністю або частково відповідають мати або бабуся (1 – Дніпропетровська, 2 – Одеська). (*«Мама відповідає. (повністю на маму покладаєшся?) Та ні, я можу сама. Я іноді маму прошу, щоб вона мені нагадала, щоб я випила ліки. Або якщо я вже випила, я її не прошу»*, *«Мама, вона дає»*, *«Бабуся, але, зазвичай, я»*).

Троє дівчат мають уявлення про **вірусне навантаження**, розуміють його важливість та можуть відповісти, коли востаннє його перевіряли (1 – Дніпропетровська, 2 – Одеська). Вони знають, що підвищення вірусного навантаження пов'язане з порушенням режиму прийому АРТ, що може призвести до погіршення стану здоров'я (*«Це коли ти не п'єш це лікування, і оце вірусне навантаження, воно виростає. Десь в кінці весни (здавала). Все було добре. До сорока»*, *«Так. Перевіряла теж в Києві. Це тоді, коли порушуєш прийом терапії і вірусне навантаження росте, тобто вірус прогресує. І твій*

стан здоров'я дуже погіршується. Це зниження імунітету, прогресування різних хвороб. 13 тисяч було. Це багато сильно було», «Просто уже знаю. Це коли я пропускала період пігулок, і тоді було сильне вірусне навантаження. Типу там підвищувалось щось. Мабуть, місяць тому (здавала). Типу, все добре там. Ну, там показники»). Інші учасниці не мають чіткого уявлення про це поняття та покладаються на обізнаність матері або не можуть пояснити, що таке вірусне навантаження 3 – Дніпропетровська, 2 – Одеська).

Жодна з опитаних дівчат не знайома з поняттям **«прихильність до АРТ»** (*«Ні. Не чула ніколи такого визначення», «Ой ні, ніколи не чула», «Для мене прихильність – це нове слово, але я дотримуюсь»*). Жодна не підтвердила поінформованість та отримання соціальної послуги «консультування з питань формування прихильності до АРТ». Водночас на прикладах, дівчини демонструють гарну прихильність та відповідальне ставлення до АРВ-лікування. Для більшості з них життя з ВІЛ асоціюється з регулярним прийомом АРТ. Особливо вплинув на одну з дівчат досвід втрати матері, яка не приймала ліки, що стало для неї мотивацією дотримуватись терапії. Дівчата сприймають лікування як невід'ємну частину свого життя. Вони зазначають, що регулярний прийом ліків дозволяє їм жити повноцінно, займатися звичними справами та бути впевненими у своєму здоров'ї. Деякі з учасниць відзначають, що на початку їм було важко звикнути до думки про постійний прийом пігулок, але підтримка мами чи інших родичів допомогла змінити ставлення до терапії на позитивне (*«В голові ще був той факт, що мама не хотіла пити таблетки. Я розуміла, що, якщо я не буду пити пігулки, то в мене чекає така ж участь. Я згадала, наскільки мамі було боляче. Мені якось дуже страшно стало було. Я пам'ятала, наскільки мама описувала свій біль, і розуміла, наскільки це страшно буде», «Раніше я сприймала цей якось не дуже. Мене навіть намагалася заставити випити пігулку, пропонували йогурт, коли мама ще була жива. А зараз я вже сама, виходить, без супроводу дядька, сама їх швиденько ввечері випила і все», «Добре я до цього ставлюсь. Я п'ю терапію кожного дня, здаю регулярно аналізи, щоб перевірити, який в мене стан здоров'я», «Спочатку, я не розуміла, як це все життя пити пігулки. Підтримка від мами, розмовляли. Вона розповіла, що в цьому немає нічого такого, нічого критичного, якщо приймати весь час таблетки. І я зрозуміла, що з цим живуть, якщо правильно приймати терапію, що ніяких серйозних наслідків не буде», «Це просто хвороба і все. Якщо я приймаю ліки, то нормально все», «Я зрозуміла, що я можу жити спокійно, якщо я приймаю свої препарати, в мене все буде добре. Спочатку я не розуміла, що це таке, а потім я почитала, мене дуже злякало, потім я в гуглі забила деякі питання і запитала у свого лікаря, у якого я стою обліку. Вона сказала, я спокійно можу проводити своє життя, робити все, що хочу, якщо я приймаю препарати. Лікарка-інфекціоніст. Я до неї ходжу за отриманням препаратів та здаю аналізи крові»). Зараз усі дівчата ставляться до АРВ-лікування звично й спокійно, розуміючи його необхідність для власного здоров'я (*«Добре», «Цілком нормально. Я розумію, що це мені потрібно», «Нормально, звикла вже», «Нормально ставлюся до лікування. Якщо це допомагає мені, то звісно, добре», «Нормально, звикла», «В дитинстві мені не дуже подобалось. А потім я звикла до цього»*).*

Серед складнощів, які виникали раніше, три дівчини згадували про побічні ефекти АРТ (нудота) та труднощі з ковтанням великих пігулок або неприємного смаку ліків. Для полегшення прийому вони використовували цукерки або інші продукти.

Про випадки **переривання АРВ-лікування** повідомили дві дівчини (Одеська область) (*«Було таке діло. Пропускала раніше», «В той час я якось зірвалася і мені набридало. У мене були пігулкові пропуски»*).

Шість дівчат підтвердили наявність безпосередньої комунікації з лікаркою з питань ВІЛ, коли вони напругу можуть поставити питання щодо свого лікування (*«Так, я можу, якщо мені хочеться задати питання стосовно того, що я щось не так відчуваю. Наприклад, випила пігулки і в мене щось не так почувалося, якась нудота чи якийсь біль. Якщо з'явиться якийсь побічний ефект, то я можу написати і сказати їй, що щось не так, що мені щось погано»*). Втім, у двох дівчин (Одеська область) така пряма комунікація з лікаркою з ВІЛ відсутня, а основним джерелом інформації про АРТ та дотичні питання виступає мати або бабуся (*«(лікарка розповідала, як, коли пити пігулки, яку терапію ти п'єш і чому вона важлива?) Ні, лише мама. Тільки з мамою говорить»*).

Сексуальне та репродуктивне здоров'я. Розуміння перспективи народити ВІЛ-негативну дитину

Шість дівчат демонструють гетеросексуальні вподобання у стосунках, одна не розділяє людей за гендером чи статтю для закоханості, а ще одна дівчина зазначила, що не здатна закохуватися. Три дівчини мали досвід сексуальних стосунків із ВІЛ-негативними партнерами, формуючи **дискордантні пари**. На запитання про те, з ким можна поговорити про секс, дві дівчини обрали матір, дві – сексуального партнера, одна – подругу, одна – сестру, одна – бабусю або тітку. Дві дівчини зазначили, що ні з ким або не люблять говорити на цю тему.

Сім дівчат знають про **можливість народити ВІЛ-негативну дитину**, одна не цікавилася цим питанням. Шість дівчат розуміють, що для цього потрібно приймати АРТ, одна не знає деталей. Одна дівчина спирається на особистий досвід – її молодша сестра є ВІЛ-негативною, адже мати приймала препарати під час вагітності (*«Я не знаю, якщо чесно. Просто не заглиблювалася дуже в те, як народжують жінки, в яких є ВІЛ-статус. Про народження дитини це якось важко думати поки що, в 14 років»*). Серед тих, хто знає, шість знають, що для цього потрібно, зокрема прийом АРТ, а одна – не знає (*«До цього завжди приймають препарати і під час вагітності», «Пити повністю свої препарати. І під час вагітності обов'язково. Бо в цьому є особистий мій досвід. Бо в мене мама не пила препарати перші. Ну, я перша дитина, і їй, до речі, не сказали, чи можна їй пити препарати, або ні. Вона боялася, що якщо вона буде пити препарати, це може впливати на мене якось. Тому вона їх і не пила, тому я з ВІЛ-плюсом. А моя молодша сестра з ВІЛ-мінусом», «Я знаю. Мені розказували, що вже є пігулка, щоб дитина народилася здоровою», «Так, знаю. Приймати терапію. І слідкувати за статусом», «Знаю. Мені мама про це говорила вже, що я можу народити дитину без ВІЛ»*).

Сім дівчин знають, де отримати інформацію про ІПСШ, безпечний секс, використання презервативів та протизаплідних засобів, зазначаючи серед джерел медпрацівниць/ків, матерів, батьків, сестру, інтернет, ВІЛ-сервіси НУО (*«Гінеколог мені це розповідав, або мої батьки мені це розповідали. Або я в інтернеті читала», «В інтернеті, на сайтах. Або я питала у сестри своєї, бо в неї був досвід. Можна спитати у самого лікаря. Він явно пояснить ретельно», «В спеціальному центрі, в лікарні спеціальній теж. Або можна у своєї лікарки», «В групі «Позитивні жінки» можу запитати. Вони мені завжди відповідають на це запитання. Та я буду знати більше. Але мені простіше запитати у мами, бо я трішки соромлюсь спитати у інших жінок. Мені якось соромно за це», «Там у мами, там в інтернеті, подивитись», «Маму запитати, з лікарями теж розмовляла», «Google і лікар є. І соціальний працівник»*). Одна дівчина не знає що таке інфекції, що передаються статевим шляхом.

У випадку захворювання на ІПСШ шість дівчат вважають, що можуть отримати діагностику та лікування, не побоюючись осуду медичних працівниць/ків. Водночас одна дівчина (Дніпропетровська область) висловила побоювання щодо можливого осуду (*«Мені здається, що буде якийсь осуд. Бо деякі люди до цього не дуже ставляться. Я чула про це. В нас є знайома, вона про це розповідала, що вона прийшла до лікарні та її навіть не хотіли обслуговувати, щоб вона вилікувалася»*).

Всі дівчата можуть звернутися до своїх лікарів із питаннями щодо сексуального здоров'я та потреб. (*«Так. У інфекціоніста свого. Спокійно можемо спитати в неї щось», «Так. (лікарка, яка відповідальна за лікування?) Я їй більше всього довіряю», «Так, можу запитати. Поцікавитись чимось», «Вважаю, що так. Одна лікарка (СНІД центр)», «Допустимо, або у нас на селі, можу з лікарем поговорити, або в Києві»*).

Лише одна дівчина (Дніпропетровська область) знає, де можна отримати безоплатні вироби, необхідні для приємного та безпечного сексуального життя (лубриканти, жіночі та чоловічі презервативи, контрацептиви та інше) (*«Безкоштовно це до лікарки, або у СНІД центрі, там є»*). Інші дівчата не володіють такою інформацією (*«Інтернет-магазин, аптека. Я щодо безоплатних не знаю»*).

Тільки одна дівчина (Одеська область) знає, що означає **активна згода у сексуальних стосунках** (*«Щоб тебе не брали, там, примусово, проти твоєї волі. І коли у тебе є можливість сказати «ні»*). Жодна з трьох дівчат з досвідом сексуальних стосунків не повідомила про випадки сексуалізованого насильства (коли не розуміла, що трапилось, будучи у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, проти свого бажання, проти своєї волі, не маючи змоги зупинити партнера або сказати «ні», жалкуючи, що це трапилось з тобою).

У жодної дівчини не було незапланованих вагітностей. Сім дівчат вважають, що в них немає доступу до **безпечного і безоплатного або доступного за ціною аборт**у, якщо їм це буде потрібно або не

знають, чи є в них такий доступ («Я вперше чую про безкоштовний аборт», «Чесно, не знаю. Навіть не задавалась цим питанням і не думала про це»). З-поміж них, одна зауважила, що, хоча і вважає, що доступу немає, вона може запитати у жінок з ВІЛ-сервісної НУО («Я вважаю, що ні. Але я можу запитати у жінок з «Позитивні жінки». Може, вони мені чимось допоможуть. Вони мені дуже допомагають. Останній час дуже, за три роки мені дуже подобалось з ними час проводити»). Одна дівчина припускає, що такий доступ має бути в Україні («Я думаю, в Україні є таке»).

Дві дівчини (Дніпропетровська область) можуть поговорити з іншими дівчатами або жінками, які живуть з ВІЛ, котрі дадуть поради зі здорового материнства («Є друзі з центрів, або лікарка, або такі дівчата, як ви, наприклад. (у недержавних організаціях маєш на увазі?) Так», «Так, є, але я ще не хочу дитину»). Одна дівчина воліє спілкуватися про материнство з лікарями, а ще одна боїться спілкуватися з іншими («Ні, не можу. Тільки з лікарями», «Ні. Бо я боюсь якось розмовляти з іншими. Якщо до мене хтось звернеться, то тоді я говорю. Але так, щоб сама підійти почати розмову, я боюсь»).

Дві дівчини (Дніпропетровська область) повідомили про доступ (або частковий доступ) до безоплатних послуг із планування сім'ї/контрацепції через СНІД-центр або консультації гінеколога («Так. В СНІД-центрі», «У нас були послуги з лікарем-гінекологом, яка нам все розповідала. Це точно повідомляли, дуже добре було. Про контрацептиви вона розповідала, але надання не було»). Всі три дівчини з досвідом сексуальних стосунків підтвердили, що можуть використовувати послуги планування сім'ї/контрацепцію без супротиву з боку свого сексуального партнера.

Всі вісім дівчат **не знають**, що таке **до- та постконтактна профілактика**, і не знають, де їх можна отримати. Попри надзвичайну важливість профілактики розвитку захворювання раку шийки матки для дівчат та жінок, які живуть з ВІЛ, значна частка дівчат (6 з 8) не знають, що таке **вірус папіломи людини** (ВПЛ). Лише двоє (Дніпропетровська область) зазначили, що володіють інформацією про ВПЛ, з них одна проходила вакцинацію від ВПЛ у СНІД-центрі.

Лише три дівчини (Дніпропетровська – 2, Одеська – 1) регулярно проходять **профілактичні огляди у гінеколога** («здаю мазки 1 раз на рік») («Так. В Дніпрі сімейна лікарка», «В цьому місяці я вже буду другий раз, бо в мене дуже болючі ці дні. Я до неї поїду у середу, до гінеколога, обласна лікарня. Я у неї була навесні. Вже скоро третій раз піду», «Так. Здаю мазки один раз на рік. В Біляївці поліклініка, у гінеколога»).

Розуміння понять «стигма» і «дискримінація»

Жодна з опитаних дівчат не змогла дати визначення поняттю «стигма», а шість дівчат не розуміють значення слова «дискримінація». Лише дві дівчини (Одеська область) мали уявлення про дискримінацію та своїми словами могли пояснити це явище («Мабуть, як несправедливе ставлення до людини, чи там до групи людей з якимось певними характеристиками, такими як інвалідність, наприклад», «Дискримінація це коли людину прищемляють, за тим, чим вона може відрізнитися від інших»).

Досвід стигми та дискримінації

Одній дівчині (Одеська область) гінекологиня ставила запитаннях про те, як вона інфікувалась ВІЛ («Якось питали в лікарні, точно не пам'ятаю. Ну, просто питали, типу, це як сталося, типу, від народження, якщо це з молоком прийшло від матері. Це, напевно, може, півтори роки тому було. Коли до гінеколога ходили»).

Одна дівчина (Дніпропетровська область) стикалася з розголошенням таємниці діагнозу медпрацівниця/ками освітянам, що призвело до стигматизації та дискримінації **в школі**, де дівчина навчалась. Директорка школи почала закликати купувати рукавички та маски для захисту, однак мати дівчини відстояла її права, наголосивши на відсутності загрози для оточення та можливості судового розгляду («Стикалась. Директор школи дізналась, там, почала панікувати. Якось вона по довідці зрозуміла. Вона щось там говорила, що всім рукавички треба, маски купувати, щось таке говорила. Так, в школі, діткам, з котрими я вчилася. Це був четвертий клас або третій. Мама ж одразу встала на мій бік. Мама сказала, що це судова справа, і небезпеки я не нанесу ніякої. І все, вона (директорка) просто нічого більше не говорила про це»).

Ще одна дівчина з Дніпропетровщини зазнала стигми у **громаді** (від сусідів) і **школі** через ВІЛ-позитивний статус. Сусіди дізналися про діагноз під час телефонної розмови матері з лікарем, після чого почали насміхатися та розповідати іншим. У школі дівчину бурили, називали «заразною» та відмовлялися з нею дружити. Водночас коли вона поділилася цим досвідом у лікарні, їй запропонували допомогу соціального працівника («В школі щодо моєї хвороби, коли дізналася, що в мене є хвороба. Вони почали казати що я, напевно, заразна, що зі мною не можна спілкуватися. По більшій частині класи поменше. Тобто постійно мене бурили таким чином. Обзивали, що я заразна і що не можна зі мною дружити. Зараз вже такого немає. Зараз після війни і коронавірусу всі про це забули. (Скільки тобі тоді років було?) Десять або одинадцять, щось таке», «У мене там були сусіди, які коли дізналися, що у мами і у мене така хвороба, то вони почали, мабуть, трохи сміятися над нами. Це було соромно трохи. Вони розповіли іншим сусідам, казали, ви уявляєте вони, типу хворі. Вони хворіють, вони заразні. Вони прямо сміялись, насміхались і розповіли іншим про це. (Як вони дізналися про ваш ВІЛ-статус?) Почули. З розмови мами по телефону. Бо їй дзвонив лікар і розпитував, як моє самопочуття. Сусіди це почули, вони знаходились поряд і чули. У мами просто був поганий слух через роботу. В неї постійно були головні болі, в неї був поганий слух. Тому вона часто була перепитувала, включала гучний зв'язок, щоб краще чути», «В мене є соціальний працівник. Мені в один день просто в лікарні, коли я почала розповідати, що мене булять, то вони сказали, що вони можуть дати мені соцпрацівника»).

Також одна дівчина (Дніпропетровська область) стикалася зі стигмою з боку **батьків свого хлопця** (партнера) через ВІЛ-позитивний статус. Попри це, вона отримує підтримку від свого партнера та подруги, які наголошують на прийнятті та ставленні до неї як до звичайної людини («Батьки мого хлопця, коли дізналися, дуже погано на це зреагували. У нас дуже був великий конфлікт. Але хлопець сказав своїм батькам, що мені все одно, хоч вона хворіє, хоч не хворіє, мені без різниці. Я її люблю і все. Подруга так само сказала, ти моя подруга, мені без різниці, чим ти хворієш, чим ти не хворієш. Немає там іншого ставлення до мене. Отаке ставлення, як до звичайної людини. І все. І я розумію, що це дуже добре»).

Обізнаність про механізми захисту прав

Три дівчини знають куди слід поскаржитися або звертатися по допомогу у випадку порушення їхніх прав через ВІЛ-позитивний статус. Вони згадували суди, поліцію, лікарів, ВІЛ-сервісні організації як можливі джерела допомоги («Так. Я знаю, що це підсудна справа, як я можу розуміти. Можу допомогу попросити. Або лікарка моя теж приймає участь в цьому. Або поліція, можу написати заяву», «Про допомогу я знаю, куди можна попросити або спитати. Я можу попросити про допомогу в «Позитивних жінках», вони мені з цим допоможуть», «Поліція, мабуть»). Проте інші п'ять дівчат не знають про існуючі механізми захисту своїх прав.

Психічне здоров'я

Проблеми психічного здоров'я є поширеними серед дівчат, які живуть з ВІЛ. Серед основних станів, що їх турбують, найчастіше згадуються сором, самотність, самозвинувачення, низька самооцінка, тривога, страх, панічні атаки та проблеми зі сном, включаючи безсоння. Сім дівчат відзначили наявність цих станів, пов'язуючи їх безпосередньо з діагнозом ВІЛ або з іншими причинами.

П'ять дівчат, які стикалися з безсонням або проблемами зі сном, не пов'язують ці труднощі з діагнозом ВІЛ. Водночас три дівчини пов'язують відчуття сорому з ВІЛ (дві ще відчували сором, але не асоціюють його з ВІЛ), дві – низьку самооцінку (ще дві – не пов'язують), одна дівчина переживала самозвинувачення через ВІЛ (три – не пов'язують), одна зазначила, що тривога, страх і панічні атаки виникають у зв'язку з ВІЛ (три – не пов'язують), одна дівчина пов'язує самотність із ВІЛ (чотири – не пов'язують). Внутрішнє заперечення та небажання прийняти свій діагноз відзначила одна дівчина (сім – не мають такої проблеми). Одна дівчина також зазначила вплив війни на психічне здоров'я, зокрема страх обстрілів і вибухів («Я пам'ятаю, що я думала, що це я винувата. Коли мама померла, то я думала, що це я винувата. Я думала, що треба було просто мені не народжуватись і все це. Бо мені ще розказали, що, в принципі, мене не зовсім планували навіть. Я думала, що якби я не родилась,

вона була би здорова», «Була ситуація, коли я забула взяти пігулки. У мене аж руки тряслися. Я не знала, що робити. Мені було страшно», «Я іноді не дуже хочу, мені просто не хочеться виходити на вулицю. Тобто мені кажуть, ти прогуляйся, свіже повітря. Я кажу, ні, мені якось вдома спокійніше, я помалюю, поліплю. І не хочеться іноді навіть виходити на вулицю, десь йти кудись», «Через те, що майже немає друзів, я дуже часто відчуваю самотність. Я постійно задумуюсь, що це через мою хворобу. Про це вже багато хто знає. Через це зі мною навіть ніхто не дружить», «Це було пов'язано з вибухами. Я дуже цього боялася. Коли особливо дуже по Дніпру пускали шахеди. Я дуже боялася, я плакала. Стресувала по цьому. Мені було дуже страшно. Мама мене заспокоює, ще старший брат, але в мене досі якась паніка є трохи. Дуже я цього боюсь»).

Дві дівчини зверталися по допомогу до лікарів, матері та ВІЛ-сервісної НУО для вирішення проблем психічного здоров'я («Мене просто почало нудити, і я пішла в туалет. Потім вийшла і почала задихатися. Сказали піти до лікарні. До лікарні пішли», «Так, зверталась. Або в «Позитивні жінки», або в мене мама вислуховувала та розмовляла зі мною. Я так заспокоююсь»).

Соціальні послуги на базі ВІЛ-сервісних НУО

Дівчата найбільше поінформовані про можливість отримання таких соціальних послуг на базі ВІЛ-сервісних НУО: групи підтримки для підлітків, жінок та чоловіків, які живуть з ВІЛ (шестеро знають, четверо відвідували); харчова підтримка (шестеро знають і отримували); гуманітарна допомога, окрім харчів (гігієнічні набори, одяг, павербанк тощо) (шестеро знають і отримували); психологічна допомога (консультації психолога, психотерапія) (п'ятеро знають, четверо отримували).

Найменше дівчата поінформовані про такі послуги: психіатричне лікування (одна дівчина), допомога в отриманні соціальних виплат та коштів від благодійних фондів у зв'язку з ВІЛ (одна), перебування в шелтері, притулку, кризовому центрі чи квартирі (дві), евакуація або транспортування в безпечніше місце (дві). Жодна не поінформована про можливість консультування з питань формування прихильності до АРТ.

Відвідування груп підтримки підтвердили лише дівчата з Дніпропетровської області, які також змогли назвати ВІЛ-сервісні організації, де отримували допомогу: «Позитивні жінки», «Карітас», «100% Життя Дніпро», «Оберіг».

Серед інших отриманих послуг дівчата відзначили: доставку АРТ (четверо), грошову підтримку (четверо), навчання щодо профілактики передачі ВІЛ та формування навичок здорового способу життя (четверо), видачу ліків (окрім АРТ) та оплату діагностики (четверо), супровід до відповідних спеціалісток/ів (дві), юридичне або параюридичне консультування та супровід (оформлення документів) (дві), консультування з питань розкриття ВІЛ-статусу іншим (одна) («Нам давали сертифікати. Ми могли в якийсь магазин там приїхати, дати сертифікат», «В нас є в «Карітасі» жінка, яка мене веде з народження, вона нам сказала, що тут є ось ця група та відправила нас сюди (в «Позитивні жінки»). Мені тут дуже подобається. Завжди. (Яка саме група підтримки?) Мені більше подобається група з жінками, ніж з підлітками. Я там добре розумію. Я з підлітками соромлюсь», «Ми їздили до гінеколога. Вони мене туди записали. Тепер це моя лікарка, до якої я можу кожен день дзвонити, питати запитання», «Мені мій соцпрацівник написав про це. Ми в телефоні заходили на щось типу конференції. Ми там сиділи і спілкувалися. Там було кілька підлітків. І ми друг з другом спілкувалися. У мене був дуже поганий інтернет і мене вибивало звідти. То я не змогла повністю дослухати все. Я не змогла там довго побути. Я була там буквально 10 хвилин. Мені було страшнувато щось казати. Бо я найбільший соціофоб, тому мені було, не знаю, якось страшно. Але, в принципі, було трохи цікаво», «Так, відвідувала (групи підтримки). Ми йшли за терапією, і там були дівчата, вони нас запрошували (в СНІД-центрі?) Так. Там дівчата сиділи, запрошували мене кожного разу. Я приходила. Були цікаві факти. Була в таборі з дітками. Теж був цікавий, рік тому, була у Львові з ними. Нормально. Цікаво, зараз не дуже часто, але коли запрошують, тоді приїжджаю. Намагаюся»).

Глибинні інтерв'ю з 10 надавачками та надавачами медичних ППМД послуг

Дніпропетровська область

Досвід роботи з підлітками, які живуть з ВІЛ

Дві медпрацівниці ЗОЗ ЛЖВ з Дніпропетровської області (Дніпро та Кривий Ріг) відзначили значний досвід роботи з підлітками, які живуть з ВІЛ. Вони демонструють доброзичливе та дбайливе ставлення, а також розуміння проблеми та потреб цієї групи. За словами однієї з лікарки, розкриття ВІЛ-статусу дитині зазвичай відбувається після досягнення нею дев'ятирічного віку.

Роль батьків і лікарів у розкритті ВІЛ-статусу дитини

Батьки часто бажають, щоб саме лікарі повідомляли дитині про її ВІЛ-статус, однак лікарка наполягає на необхідності, щоб цю розмову проводили батьки. Вона надає поради щодо підготовки до розмови. Зазначається, що страхи батьків щодо негативної реакції дитини переважно перебільшені (*«Батьки хочуть, щоб лікар розказав, а не вони самі. Але я їм розказую, що вони повинні безпосередньо самі. Знайдіть час та місце. Гарні відносини повинні бути. Не посварив вранці, а ввечері розказав. Ні одної ВІЛ-позитивної дитини, яка хотіла би спригнути з даху або звинуватити батьків, я теж не бачила. Це більше страхи батьків»*).

В окремих випадках лікарі розкривали статус у присутності батьків, але прагнуть, щоб перша розмова відбулася саме в сімейному колі (*«Декілька разів я в присутності батьків пояснювала ситуацію. Були такі. Але я намагаюся, щоб це робили батьки»*).

Описано також випадок, коли мати ігнорувала діагноз дитини (хлопчик виявлений у 16 років), і лікарі взяли на себе відповідальність за розкриття статусу та підтримку підлітка. Дитина також отримувала консультації щодо розкриття свого статусу іншим і ставила питання про майбутнє та можливість створити сім'ю. Лікарка підкреслює важливість обговорення таких питань, особливо для підлітків, які вперше дізнаються про свій діагноз та не мають досвіду спілкування з іншими дітьми, які живуть з ВІЛ (*«В нас виявлений в цьому році хлопчик 16 років. Мама на контакт не йде взагалі, мама позитивна, її не цікавила дитина, що з нею, як з нею. Дитина два місяці пролежала в лікарні, вона ні разу не прийшла. Нам з педіатром, а вона якраз працює в інфекційній лікарні, його вела там, коли він потрапив. І прийшлося от з ним говорити. Я вам хочу сказати, що він дуже такі грамотні питання задавав в 16 років. А чи зможу я створити сім'ю? Кажу, а чому ні? Кажу, які перешкоди, якщо ти будеш правильно все приймати і буде вірус заблокований», «Кажу, тільки єдине, що якщо це вже будуть серйозні стосунки, ти будеш відчувати, що це серйозні стосунки. Тому що направо і наліво розкривати свій статус, я би такого не радила. Не всім підряд, не кожному. То звичайно, ми про це говоримо, їх це турбує, вони слухають. Особливо ті, які не мають комунікації з дітками»*).

Водночас повідомлено про обмеженні можливості лікарки-інфекціоністки (Кривий Ріг) повноцінно консультувати з питань розкриття статусу через часткову зайнятість. Цю потребу компенсують за рахунок співпраці з НУО, які проводять групи підтримки та навчання для дітей і підлітків (*«Лікар-педіатр, яка на півставки, я не думаю, що в неї так багато часу, щоб вона сиділа ще і розказувала тут, аби, слава Богу, що вона все встигає прийняти їх. Якщо є такий запит, більшості говорять, співпраця із соціальними працівниками, дівчатка, які працюють з дітьми, в них є групи, школи, заняття. (На базі неурядових організацій?) Так, більше це. Якщо вже потрібно щось таке, є такі були в нас ситуації, от з бабусею цією, я бачу, що ні дівчатка там достукатись ніяк не можуть, ні вона, прийшлося вже зробити все самій»*).

Особливості роботи з бабусями-опікунками

Часто по допомогу в розкритті ВІЛ-статусу дитині звертаються бабусі-опікунки. Через страхи та надмірну обережність бабусь виникають проблеми з прихильністю до лікування у підлітків, які не обізнані про свій статус. Лікарка доклала значних зусиль, щоб дитина 14 років дізналася про свій ВІЛ-статус та отримала підтримку у питаннях лікування. Окремо відзначено ефективну співпрацю з лікарками НДСЛ «ОХМАТДИТ» (*«(Чи надається батькам підтримка в розкритті ВІЛ-статусу дитині?) Звісно, якщо батьки кажуть, що не можуть, то не стільки батьки, скільки бабусі. Батьки, якимось ми можемо з ними разом чи якимось», «Хлопчику 14 років, бабуся ніяк не хоче йому казати, десь ховає ті пігулки, десь роздає, кидає йому в щось. Я бачу, що дитина просто, він чахне, вірусна росте, а вона, от я не можу. Я довго з тією бабусею боролася. Відправила його в Київ, звісно. Дякую*

Солдатенковій Оксані Вікторівні. Це взагалі, моя палочка-виручалочка. Трохи нагримала на бабусю. Іноді навіть шантажем сказала, просто буду писати в соціальну службу, забирати від вас дитя, я не дам вам ніякого права, щоб ми дитину втратили. Нормальну, хорошу дитину, яка була здоровою. Я кажу, невже ви думаєте, він не вміє читати і не знає, куди він йде. На закладі написано «Центр СНІДу». В нього, кажу, є телефон мобільний? Є. Інтернет є? Є. Ну так він знає що й куди. Поговоріть з ним про це, це ж його внутрішній такий протест проти вас, що ви не говорите з ним про це. Хлопчик нормальний, ми з ним поговорили, плакали двоє, сиділи, обнялися»).

Формування прихильності до лікування у підлітків

Зазначено різні підходи до формування прихильності до лікування. Одна лікарка веде пряму комунікацію з підлітками щодо прихильності до АРТ, спілкуючись з ними «віч-на-віч», без залучення батьків, якщо підлітки вже знають про свій статус. Підлітки звертаються за консультаціями щодо ризику передачі ВІЛ партнерам, відкрито ставлять запитання, телефонують для уточнення деталей («Я не через батьків. Віч на віч», «Коли вже діти про щось знають і запитують у тебе. А діти, вони навіть дзвонять, а от можу я заразити партнерку, хлопчик недавно теж дзвонив»).

В іншому випадку перевага надається консультуванню в присутності батьків. Коли відзначається гарна прихильність до лікування, лікарі переходять до безпосередньої комунікації з дитиною («Ми стараємося, щоб вони все ж таки приходили з батьками. Якщо є хороша прихильність і видно, що там всі разом, і зацікавлені і батьки, і підліток якось має з ним відкритіші і дружні стосунки, то тоді вже вони приходять самі. Тут легко, тут видно просто»).

Консультації щодо сексуального та репродуктивного здоров'я

Проводяться консультації з питань сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ). Лікарка зазначає, що підлітки не соромляться обговорювати ці питання, і хлопці проявляють меншу сором'язливість, ніж дівчата («Так (консультую). Можливо, не так красиво, як треба. Обговорюються питання, вони питають. Не соромляться. Ви знаєте, навіть хлопчики менше соромляться, ніж дівчата», «Обов'язково проводиться»).

Одеська область

Досвід роботи з підлітками, які живуть з ВІЛ

Дві медпрацівниці ЗОЗ ЛЖВ з Одеської області (Одеса) поділилися своїм досвідом роботи з підлітками, які живуть з ВІЛ. Лікарка-гінекологиня ЗОЗ ЛЖВ повідомила про медичне спостереження за двома неповнолітніми вагітними дівчатами: «У мене дві вагітні до 18 років». Стаж роботи дитячої лікарки-інфекціоністки менше двох років.

Роль батьків і лікарів у розкритті ВІЛ-статусу дитини

Розкриття ВІЛ-статусу дитині відбувається у різному віці, проте відзначено випадок коли молода жінка у віці 23 року не знає про свій ВІЛ-позитивний статус, бо мати боїться їй про це повідомляти. Лікарка вважає, що нічого не може зробити. Тут варто зауважити, що чинне законодавство дозволяє отримання медичної допомоги підліткам з 14 років без згоди батьків (включаючи тестування на ВІЛ³¹ та отримання АРТ) («У різному віці відбувається. Хтось з дитинства це знає, а хтось в 23 роки ще не знає, що в неї чи в нього є. Є в мене така мама, вона боїться досі. Дівчина 23 роки, але вона її кормить пігулками. І я тут нічого не зможу зробити»). Відзначено також страхи бабусі-опікунки щодо розкриття ВІЛ-статусу 17 річній дівчині («Дуже по-різному. Буває, що з 12 років, із 10 років, а є аж до 17 років тягнуть і думають, що дитина сюди ходить і не вміє читати, бабусі наївні, думають, що діти цього не розуміють»). Лікарка вважає, що потрібно дозволити повідомляти службам із захисту дітей про нерозкриття ВІЛ-статусу дитині, щоб батьки (опікуни) боялися «втратити» опіку («Оце нерозкриття статусу, хоча би дозволили соцслужбам розкривати, розумієте? Щоб тоді якось

³¹ <https://phc.org.ua/news/pidlitok-mozhe-bez-batkiv-otrimati-konsultaciyu-schodo-zasobiv-profilaktiki-vil>

соцслужби, служба по захисту дітей, а я не маю права. Щоб служба по захисту дітей якось вплинула, загроза того, що втратить дитину, що заберуть»).

У лікарки є розуміння про важливість розкриття ВІЛ-статусу дитині до початку сексуального життя, проте допомога в розкритті статусу дитині батькам надається рідко, в першу чергу її потребують бабусі опікуни: *«(Буває рідко, але буває. Деякі, особливо бабусі, опікуни, дитина вже 17 років, а вона не знає. Ви думаєте, що вона не знає? Ой, не кажіть. Я кажу, треба сказати. Ну як не казати? Вже статеве життя починається в дівчинки. А ви думаєте, що вона ще маленька дитинка? Звичайно, треба це все говорити, і я з ними, як просять, я сама з ними бесіду, що це таке, що це імунна система, що це захист від всіх хвороб. Тобто все пояснюю так, доступно», «Надається, але тільки психологічна»).*

Одна лікарка повідомила, що для проведення консультування підлітків щодо розкриття статусу іншим особам найчастіше здійснюють психологи закладу, хоча вона проходила відвідне навчання *«(Проводяться, але не ми. Це більш психологи проводять. Нас теж вчили на курсах, але в мене такого ще досвіду не було»).* Інша лікарка розповіла про дуже суперечливі підходи до консультування підлітків щодо розкриття статусу іншим та формування прихильності до АРТ, зокрема залякування кримінальною відповідальністю за передачу ВІЛ³² *«(14-15-річна дівчинка, яка вже живе статевим життям і мама не може з нею справитися. То я тоді вже за кримінальну відповідальність розкажу, що ти ж повинна думати і про когось, з ким ти живеш, якщо ти вже так по-дорослому це все робиш. Тому такі бесіди теж проводимо, що це навіть кримінально може бути покарано. Якщо хтось може покаржитися, з ким вона спала, і якщо не буде пити таблетки, бо є в мене одна дівчинка»).* Страх матерів щодо розкриття ВІЛ-статусу дитини, лікарі пояснюють страхом повідомляти про власний ВІЛ-статус *«(Деяким говорять, що це як вітаміни, придумують. (Травмувати не хочуть дітей?) Так, так. Про себе пояснити бояться, чому в них»).*

Формування прихильності до лікування у підлітків

Формування прихильності до АРТ здебільшого покладається на батьків: спочатку консультують їх, щоб вони могли пояснити дитині про статус і необхідність прийому ліків, а вже потім, коли батьки підтверджують, що дитина проінформована, розпочинається безпосередня робота з підлітком. У комунікації з підлітками лікарі намагаються залучати батьків *«(Це вже батьки. Тобто ми консультуємо батьків. Для того щоб підліток зрозумів і прийняв цей і статус, і пігулки, які він повинен пити, то спочатку ми консультуємо батьків. А вже потім, якщо батьки нам говорять, що ми розповіли про статус, тоді ми вже починаємо працювати з підлітками»).*

Лікарки можуть вести пряму комунікацію з підлітком в присутності батьків і без них, якщо є довіра й налагоджені стосунки, або якщо батьки не можуть достукатися до дитини. Зазвичай, лікарки підкреслюють згоду батьків *«(Так, але в присутності батьків. (А без батьків не консультуєте?) Без батьків, ну це законом з 14 років, так, дозволяється, але мені потрібна ще й допомога батьків теж, бо вони кожен день спілкуються з дитиною. Не хочемо ризикувати, щоб дитина неправильно нас сприйняла. Якщо в нас вже налагоджені стосунки з цією дитиною, тоді так. А якщо ми бачимо, що дитина коливається і туди, і туди, то тоді ми залучаємо батьків», «(Ви безпосередньо розмовляєте щодо прихильності до АРТ з 14 років?) Так, це я можу. Якщо батьки дозволяють, так. (Згідно законодавства, навіть без згоди батьків можете) З підлітками так, зрозуміло. Це одна така була. Я до неї достукалася, дзвонила і говорила багато. Мама не може достукатися, ми таки достукалися. Вона повернулася, почала приймати. Поки що аналізи добрі. Дай Боже, щоб так і було, щоб знов десь не попала в дурну компанію»).*

Консультації щодо сексуального та репродуктивного здоров'я

Консультування з питань сексуального та репродуктивного здоров'я підлітків проводиться без присутності батьків, якщо підліток бажає приватності, що дозволяє дізнатися про можливі ситуації насильства або інші чутливі моменти *«(Ми питаємо дитину, якщо вона не хоче. Не всі діти можуть розповісти батькам, що відбувається. Тоді можна у дитини більше спитати, чи не було насилля,*

³² <https://pw.org.ua/wp-content/uploads/2022/12/pw-statement-on-hiv-criminalization-2021.pdf>

чи щось було те, що йому не сподобалось. Ось це частіше без батьків», «Наприклад, ми бесідували з мамою, а потім вона вже сама приходила і без мами»).

Задоволеність послугами на різних ланках охорони здоров'я та на базі НУО

ВІЛ-сервісні НУО та заклади охорони здоров'я, що надають послуги людям, які живуть з ВІЛ (ЗОЗ ЛЖВ), демонструють найвищий рівень задоволеності серед респонденток. Це підтверджує важливість їхньої ролі у підтримці ВІЛ-позитивних жінок, особливо у питаннях доступності, консультування та відсутності дискримінації. Найбільша незадоволеність послугами спостерігається щодо пологових будинків, зокрема серед жінок з Одеської області. Це свідчить про необхідність підвищення якості та чутливості таких закладів до потреб жінок, які живуть з ВІЛ.

Рівень задоволеності медичними послугами відрізняється між регіонами: у Дніпропетровській області більшість респонденток задоволені послугами на всіх рівнях, тоді як в Одеській області позитивні оцінки здебільшого отримують лише ЗОЗ ЛЖВ. Водночас саме в Одеській області спостерігається найвищий рівень задоволеності немедичними послугами на базі ВІЛ-сервісних НУО. Якісний компонент підтверджує, що задоволеність визначається не лише професійною компетентністю медичного персоналу, а й їхнім ставленням до жінки та дитини, відсутністю дискримінації, доступністю консультацій та можливістю отримання гуманітарної допомоги. Немедичні соціальні послуги, зокрема соціальний супровід, доставка ліків додому, підтримка «рівна-рівній» і гуманітарна допомога, оцінюються дуже високо і є важливим чинником для покращення якості життя жінок та їхніх дітей.

Кількісний компонент

Опитування 100 жінок, які живуть з ВІЛ, з досвідом вагітності та пологів

Найвищу міру задоволеності ППМД послугами респондентки демонструють до **ВІЛ-сервісних НУО** (51% – задоволені, 38% – дуже задоволені) та ЗОЗ, що надають послуги людям, які живуть з ВІЛ (**ЗОЗ ЛЖВ**) (59% – задоволені, 22% – дуже задоволені). **Найвищою мірою незадоволеність** послугами респондентки виявили до пологових будинків (відділень пологової допомоги) (15% – зовсім незадоволені, 9% – незадоволені), в першу чергу це стосується жінок з Одеської області.

Якщо порівнювати задоволеність послугами в розрізі областей, то на відміну від Одеської області респондентки з Дніпропетровської області в переважній більшості або в більшості випадків задоволені медичними ППМД послугами, включаючи заклади ПМСД, жіночі консультації (відділення допологової допомоги), пологові будинки (відділення пологової допомоги), заклади, що надають медичну допомогу людям, які живуть з ВІЛ. В Одеській області задоволеність медичними послугами більшість респонденток виявила тільки до закладів, що надають медичну допомогу людям, які живуть з ВІЛ. Водночас в Одеській області значно більша частка респонденток дуже задоволена немедичними послугами (на базі ВІЛ-сервісної НУО) у порівнянні з Дніпропетровською областю.

Якісний компонент

Глибинні інтерв'ю з 8 матерями ВІЛ-експонованих та ВІЛ-позитивних дітей

На запитання щодо **задоволеності отриманими послугами в медичних закладах щодо ведення дитини** за шкалою від 1 до 7 (1 означає повну незадоволеність, а 7 – абсолютну задоволеність):

Дніпропетровська область

Три респондентки поставили 7 балів (м. Дніпро). Одна респондентка (мати ВІЛ-позитивної дитини) ранжувала задоволеність по-різному залежно від лікарів – від повної задоволеності (лікар-педіатр приватної клініки, персонал та дитячий лікар пологового відділення) до «не дуже задоволена» (дитячий лікар-інфекціоніст та медсестра ЗОЗ ЛЖВ) (м. Дніпро).

Одеська область

Дві респондентки поставили 7 балів (м. Чорноморськ, смт Любашівка). Одна респондентка ранжувала задоволеність по-різному залежно від лікарів – від абсолютної задоволеності (лікарі-інфекціоністи ЗОЗ ЛЖВ) до повної незадоволеності (медперсонал перинатального центру) (м. Одеса). Одна респондентка поставила 5 балів (сімейний лікар ЗОЗ ПМСД) (с. Білине).

Оцінки матерів, як правило, обумовлені ставленням медперсоналу до жінки та дитини, відсутністю дискримінації або навпаки, якісним консультуванням, можливістю отримати відповіді на запитання, доступністю в комунікаціях, можливістю отримання додаткової (гуманітарної) допомоги.

На запитання щодо **задоволеності отриманими немедичними послугами (на базі ВІЛ-сервісних організацій) щодо супроводу дитини** за шкалою від 1 до 7 (1 означає повну незадоволеність, а 7 – абсолютну задоволеність):

Дніпропетровська область

Респондентки відповіли або «Сім» (3 респондентки) або «Задоволена» (1 респондентка).

Одеська область

Всі чотири респондентки відповіли «Сім».

Оцінки, як правило, обумовлені дбайливим ставленням персоналу до жінки та дитини, підтримкою у важкі для жінки часи, включно «рівна-рівній», якісним консультуванням, доставкою ліків додому, доступністю послуг, можливістю отримання гуманітарної допомоги, відсутністю дискримінації.

Вплив війни на доступність та якість медичних і соціальних послуг

Повномасштабне вторгнення росії в Україну суттєво вплинуло на доступність, повноту та якість послуг ППМД, у закладах охорони здоров'я, а також ВІЛ-сервісних НУО.

Якісний компонент

Глибинні інтерв'ю з 10 надавачками та надавачами медичних ППМД послуг

Дніпропетровська область

Дніпропетровська область характеризується значним потоком переселенок, частковою окупацією з 2025 року та постійними обстрілами прифронтових міст, особливо на сході, поблизу кордону із Запорізькою та Донецькою областями. У цьому контексті виникає низка специфічних викликів, що впливають на організацію медичних та соціальних послуг для жінок.

Зменшення безпосередніх контактів лікарів з пацієнтками. Через ускладнення, спричинені війною, АРТ все частіше надсилається пацієнткам поштою, а відвідування медичних закладів відбувається рідше. Це ускладнює лікарям забезпечення прихильності до лікування у вагітних, здійснення моніторингу, своєчасне виявлення проблем і надання необхідної допомоги. Водночас медпрацівниці/ки з розумінням ставляться до неможливості жінок приїхати до закладу через об'єктивні причини, пов'язані з війною (порушення транспортного сполучення, повітряні тривоги, обстріли тощо) (*«Ми стали більше відправляти препарати Новою Поштою. З одного боку, для тих, хто п'є препарати, це дуже гарно. А з іншого боку, цей процес неконтрольований. Зник контакт доктора з пацієнтом. Я за те, щоб лікар був лікарем, і бачила пацієнта. І мені здається, що на оцій вагітній, яка отримувала і не пила, це відобразилось. Вони ж не задають питань. Можливо, її щось бентежило, якби вона приїхала препаратами, ми могли б поговорити і проконсультувати зайвий раз, тому ж соціальному робітнику, питання якісь задати Але без цього зараз теж неможливо - електрички перестали ходити, транспорт, той же, Марганець взагалі», «Люди почали виїжджати. Ми почали втрачати своїх пацієнтів, розшукувати їх. Знаєте, їм було в той час не до того, щоб поставити мене до відома, куди я збираюся їхати. Це було в перший час дуже так. А зараз так як всюди. Є тривоги, є бомбардування, то зрозуміло, що ніхто не приїде. Я їй сама дзвоню, кажу, сидіть вдома, нікуди не їдьте»).*

Переривання АРТ у ВІЛ-позитивних жінок-ВПО з окупованих територій. Лікарі фіксували випадки переривання АРТ у жінок, які прибували з окупованих територій, та відновлювали їм доступ до лікування (*«З територій Донецької, Запорізької області приїжджали, деяким не надавалась допомога профілактики ПМД. Вони приїжджали, і ти розумієш, що вони в статусі, кажеш, а препарати там вам давали, вони казали, що вже давно там вони не могли отримувати профілактику. І ми тут заново все робили»*).

Спостереження та облік ВПО, мігранток та їхніх дітей. Значний потік нових пацієнток у 2022 році, а також евакуація жінок з Дніпропетровщини до інших областей України, призводять до ускладнень у веденні обліку. Багато переселенок не бажають ставати на облік у нових медичних закладах, через що лікарям доводиться самостійно розшукувати пацієнток. Діти, які виїхали за кордон, часто залишаються недообстеженими до 18 місяців, що створює труднощі з їхнім обліком. Відсутність медичної документації у дітей-ВПО, зокрема форми 63 із переліком проведених щеплень, ускладнює повноцінний медичний супровід (*«Мої мамочки повиїжджали з районів. Вони на зв'язку, вони не стали на новому місці на облік. Хоча я їй даю їм координати в Полтаві, Черкасах», «У нас там діти не зняті з обліку, їх багато, які не повернулися в 18 місяців. Вони просто ІФА, деякі з інших країн, присилають. Прислали і добре. Я зазначаю, що ІФА негативне. З кимось немає зв'язку. Деякі обіцяють приїхати, привезти колись. Деяким вже їхати нікуди», «Проблема з ВПО в тому, що не завжди можна мати документацію медичну відповідну. ВІЛ-позитивні діти, які приїхали з інших регіонів, не завжди можна ті ж вакцинації побачити, адекватну форму 63. В електронній системі не все введено, особливо з Луганської, Донецької області. З цим проблема»*).

Брак, відтік та/або міграція людських ресурсів і вирішення безпекових питань. Внаслідок загострення бойових дій відбувається евакуація медичного персоналу з районів, близьких до лінії бойового зіткнення (наприклад, медсестри Покровського району переїхали у Полтавську область). Жіноча консультація змушена переїхати до іншої будівлі медзакладу, розміщуючись на першому поверсі, щоб забезпечити швидкий доступ до укриття та підвищити рівень безпеки для персоналу та пацієнток (*«Медсестри, у нас взагалі весь Покровський район евакуювали, виїхали в Полтавську область», «В 2022 році був потік дуже великий пацієнток. Ми з міркування безпеки з цієї будівлі з'їхали, ми приймали в пологовому на першому поверсі, щоб можна було сховатись в укриття»*).

Вразливість до сексуалізованого насильства у жінок ВПО. Лікар акушер-гінеколог повідомив про збільшення кількості звернень жінок ВПО, які зазнали сексуалізованого насильства (незалежного від ВІЛ-статусу): *«Вплинула війна, їх стало більше, людей, які зверталися за допомогою. Більша частина приїжджала з території зіткнення або з окупованих територій. І вагітні, і не вагітні. І жінок, які були зґвалтовані, і у них були небажані вагітності, і вони не знали свого статусу. І таке було, на жаль»*.

Незважаючи на існуючі труднощі та виклики, медичні працівниці/ки докладають максимальних зусиль для **забезпечення належного медичного супроводу ВІЛ-позитивним жінкам, зокрема ВПО** (*«У нас, в принципі, допомога, як надавалась, так і надається. Була ситуація, коли приїхала до нас жінка з Маріуполя, яка з ВІЛ-статусом, з дитиною вже на руках. Кілька днів були у нас в пологовому. Її і дитині надали допомогу, дали терапію на курс з собою», «В плані ресурсного забезпечення, експрес-тестів, додаткових обстежень, госпіталізацій, надання медичної допомоги, все нормально. Не зустрічалися з такими проблемами», «Ми жодного разу нікому не відмовили»*).

Війна значно ускладнила роботу системи охорони здоров'я в **Одеській області**. Незважаючи на ці виклики, медичні працівниці/ки Одеської області демонструють стійкість, самовідданість і шукають нові підходи до підтримки пацієнток, зокрема ВІЛ-позитивних жінок та дітей, аби не залишити їх без допомоги у найскладніші часи. Нижче наведено основні аспекти впливу війни на основі зібраних повідомлень від лікарів.

Зменшення кількості видачі АРТ: Внаслідок затримок у постачанні препаратів, медзаклади змушені скоротити термін видачі АРТ з шести місяців чи року до трьох місяців. Препарати надходять із затримкою, що змушує медичних працівників діяти обережно, аби не залишитися без запасів. Це створює додатковий стрес для пацієнток, особливо тих, хто часто переміщується або виїжджає за кордон (*«Зменшилася можливість кількості видачі АРТ. Раніше ми давали і на півроку, і на рік. Хтось виїжджає, хтось повертається, хтось їде за кордон через півроку. Зараз ми даємо на менший термін, тільки на три місяці. Тому що препарати приходять з затримкою на рік. На 2025 рік вони*

тільки зараз прийшли. Щоб забезпечити всіх я не повинна залишатися з голим складом, грубо кажучи»).

Відтік медперсоналу, різкий зріст робочого навантаження. У перші місяці війни спостерігався масовий відтік медичних працівників (особливо жінок). Навантаження на персонал значно зросло – одночасно приходила велика кількість пацієнток/ів, які потребували екстреної видачі АРТ через невизначеність ситуації. Медпрацівниці/ки працювали у складних умовах, часто у скороченому складі, демонструючи стійкість та самовідданість. У найскладніші місяці війни волонтерська підтримка частково компенсувала логістичні та кадрові проблеми (*«В лютому 2022 року ми залишилися тут втрьох, я і дві медичні сестри. А люди йшли, йшли, йшли. У нас було в один день 85 людей прийшли. Люди кажуть, ми виїжджаємо. Щось летить, тривога. У нас гора цих карточок», «У перші місяці війни, коли всі були перелякані, поїхали, сховались, багато жінок лікарів з пологових втікали. В основному були там пенсіонери, і ми залишилися, хто вирішив не поїхати. Але було все забезпечене. Чого не вистачало, волонтери привозили без проблем»*).

Спостереження та облік ВПО, мігранток та їхніх дітей. Частина пацієнток виїхала за кордон або в сільську місцевість, що ускладнило облік, спостереження та подальшу діагностику, особливо ВІЛ-експонованих дітей. Деякі діти залишилися без повторного обстеження або були «втрачені» для системи охорони здоров'я (*«Батьки повийжджали в села якісь і недообстежили діток. Деякі за кордон поїхали, їх знайти не можемо, яка доля цієї дитини. Деякі одну ПЛР-ку зробили і все, вже за кордоном»*).

Розвиток нових соціальних сервісів (підтримка ВПО, захист від насильства). Водночас відкрилися нові центри підтримки для ВПО та допомоги людям, які зазнали насильства, що позитивно позначилось на підтримці жінок (*«Я знаю, там центр допомоги ВПО відкрився. Туди і вагітних і невагітних. Деякі центри відкрилися по боротьбі з насиллям. По відношенню до жінок покращили ситуацію, на мою думку»*).

Погіршення доступу до медичних послуг у ВІЛ-позитивних чоловіків. Частина чоловіків перестали відвідувати заклади охорони здоров'я через побоювання бути зупиненими на блокпостах, що в окремих випадках призводило навіть до припинення АРТ. Через ускладнений доступ до медзакладів, близькі родичі (дружини, матері) часто змушені отримувати терапію замість пацієнтів-чоловіків, таким чином, жінки піклуються про доступ до лікування своїх рідних. Окрім того, інфекціоніст із сільської місцевості сам організовував доставку АРТ пацієнтам (*«Вплинуло на доступність чоловіків, процентів двадцять отримують родичі, жінка, чи хто є близький. Тривога, транспорт не ходить. Транспорту стало менше». «У мене велика кількість чоловіків, які покинули терапію. Саме за рахунок цього відлову (ТЦК), що чоловіки не могли пересуватися. І Новою поштою, і я саморуч їздив, брав терапію і привозив»*).

Погіршення епідеміологічної ситуації щодо ВІЛ, гепатитів та ІПСШ. Лікар-інфекціоніст, що працює в сільській місцевості, зазначив зростання кількості випадків ВІЛ, гепатитів та інфекцій, що передаються статевим шляхом, зокрема сифілісу, протягом останнього року. Лікар також додав, що люди стали менш схильними до виявлення та тестування, що негативно впливає на ранню діагностику та профілактику ВІЛ. (*«За останній рік з тими блокпостами поширилися не тільки ВІЛ-інфекція. Гепатити і ІПСШ ростуть. У мене за останній рік було 13 випадків сифілісу, первинного і вторинного. У жінок більше ніж у чоловіків. Це дійсно велика проблема»*).

Фокус-групові дискусії з 16 надавачками послуг на рівні спільноти та активістками

Війна в Україні суттєво змінила умови роботи для недержавних організацій та життя самих ВІЛ-позитивних жінок, особливо серед ВПО. Надавачки послуг на базі НУО та активістки спільноти окреслили низку викликів, що виникли у сфері доступу та якості медичних та соціальних послуг для жінок, які живуть з ВІЛ, в умовах воєнного стану. Основні проблеми та бар'єри наведені нижче.

Спостереження ВПО під час вагітності. Жінки ВПО після переміщення у віддалені громади, особливо сільську місцевість, часто не знають, куди звертатися по допомогу та де ставати на облік. Це призводить до випадків, коли вони приїжджають народжувати необстеженими, без проходження необхідної діагностики та тестування на ВІЛ під час вагітності (*«Дуже багато жінок, які приїжджають народжувати необстежені, які не стоять в жіночих консультаціях. По своїм клієнткам, вони*

виїжджають з дітьми, з сім'ями кудись в села, щоб там тихенько було, щоб не боятися прильотів. Вже в пологових ми їх вихачуємо, починаємо супровід, ставимо на АРТ і дітей супроводжуємо», «Жінки виїжджали і вони не приймали АРТ, тому що вони не знали, куди вони можуть звернутися. Особливо, коли це маленька громада»).

Забезпечення неперервності АРТ. Жінки ВПО переривають АРТ після переміщення у віддаленні громади. Мігрантки, які виїхали за кордон, часто не бажають розкривати свій ВІЛ-статус у нових країнах перебування, тому змушені регулярно повертатися в Україну для проходження планових аналізів і отримання АРВ-лікування. На окупованих територіях пацієнтки часто залишаються без доступу до АРТ. Військові дії, руйнування інфраструктури та порушення транспортного сполучення ускладнюють можливість доїзду до медичних закладів, особливо у районах евакуації. Альтернативні варіанти транспорту (наприклад, приватні перевізники) є дорогими або небезпечними, а чоловіки-перевізники часто відмовляються їхати через ризики зустрічі з представниками ТЦК («Дуже багато жінок виїхали за межі України. Деякі з них не хочуть ставати на облік і отримувати АРТ за кордоном. Жінка не хоче викривати свій позитивний статус. Вони хочуть отримувати АРТ в Україні. Вона вимушена приїздити в Україну раз на три місяці, раз на пів року. Знаходити час, знаходити кошти для того, щоб приїхати, здати планові аналізи, обстеження і отримати такі АРТ», «Якщо брати початок війни, ті міста, які потрапили в окупацію. У мене була жінка, 15 клітин, вона в паніці, залишилася без терапії. Передавали волонтерами, які могли ще якось перевезти. Потім зв'язок втрапився на якомусь етапі і передати ніяк неможливо було», «Наближується фронт, зі Слов'янська, вона каже, що вже трасу сильно обстрілюють, добратися до обласного центру дуже важко, вони постійно під обстрілами», «У нас є громади, Синельниківський район, там вже немає (транспортного) сполучення, там практично евакуація йде. Раніше вони виїжджали, просили своїх знайомих. А зараз через ТЦК практично неможливо знайти машину. Якщо маршрутки не ходять, вони домовлялися зі знайомими водіями, там у сусідній хаті. Якщо водій чоловік, то вони мені казали, що неможливо знайти машину, щоб тебе вивезли до міста».

Здоров'я не на першому плані під час війни. Для жінок-ВПО питання здоров'я відходить на другий план, адже першочергово необхідно вирішувати базові потреби: знаходити житло, забезпечувати безпеку, а також вирішувати питання, пов'язані з відновленням документів («З переселенками працювати складніше, в них реально є потреби, які потрібно вирішувати тут і зараз, там житло. Що стосується вагітних, то вони десь затримуються в термінах, коли вони до лікаря приїжджають. Я розумію, чому так з людьми - їм не до того», «З документами іноді проблеми бувають. Якщо це Донецька, Луганська область, Крим. Лікарі надають послуги позитивним жінкам, але іноді в паспортних столах їх не бачать», «Люди, які убігають, залишаються без документів, поки відновляться, ці документи, проходить певний час. Поки їхала, не взяла цю баночку (АРТ) з собою»).

Брак та плинність людських ресурсів в медзакладах та ВІЛ-сервісних НУО. Відтік та плинність кваліфікованого медичного персоналу і працівниці ВІЛ-сервісних НУО спричинили збільшення робочого навантаження для тих, хто залишився. Це, у свою чергу, призводить до загального погіршення психічного здоров'я серед працівниць/ків («Плинність кадрів, медичний персонал. У нас змінювався педіатр в міському центрі кілька разів», «Соціальні працівники повиїжджали, працювати нікому. Професіоналів залишилося по пальцях перелічити», «Багато виїжджають спеціалістів, лікарів, соцпрацівників», «Роботи стало в два рази більше через війну»).

Тягар догляду для жінок. Через мобілізацію чоловіків жінки залишаються самі з дітьми. Частина чоловіків або на фронті, або зниклі безвісти, а деякі ховаються й не працюють. Чоловіки, які не служать, часто уникають зустрічей із представниками ТЦК, через це відмовляються відвідувати лікарів або супроводжувати жінку з дитиною в медичні чи інші заклади. Внаслідок цього жінки змушені самотійно вирішувати всі питання, пов'язані з доглядом за дітьми, побутом та отриманням послуг. Додатковий стрес спричиняє необхідність жінкам самотійно шукати сина, чоловіка чи іншого члена родини, зниклого після зустрічі з ТЦК, що погіршує їхній психологічний стан («Чоловіків немає, жінки вимушені робити самі, там все роблять самі, і працюють», «Багато жінок, у яких чоловіки на фронті, залишилися самі з дітьми. Частина в нас є безвісті зниклими. І військово полонена жінка, наша позитивна. Чоловіків позабирали на фронт. Хтось ховається, хтось не працює. В Одесі перекриваються дороги, везуться всі», «Наша ВІЛ-позитивна дитина, він підтвердив інвалідність

після 18 років. Йому в цей день 25 років. Вони його забирають і мати, ВІЛ-позитивна наша соціальна працівниця, яка зараз у важкому фізичному стані, трое суток шукає дитину»).

Виклики соціального супроводу в умовах військового стану. В умовах війни загальне психічне здоров'я клієнток та надавачок послуг на рівні спільноти погіршується. Соціальний супровід здійснюється навіть під час повітряних тривог, відключень електропостачання. Активістки відзначали складність реєстрації новонароджених дітей, зокрема цифрові сервіси, як-от портал «Дія», не завжди працюють, що змушує жінок особисто відвідувати держустанови, стояти в чергах по кілька годин, бо заклад зачиняється під час повітряних тривог («Складно, бо ти бачиш, що колега згорає на роботі, намагаєшся їй допомогти, тримати свій психологічний стан. Ми плакали разом, але ми були на роботі, приходили клієнти, які також плакали», «В першу чергу, це психоемоційний стан, всіх – і соцпрацівників, і лікарів, і координаторів. Це дуже тяжко. Цієї ночі ми просто не спали в місті Чорноморську. Без світла добу. Все одно, одягаємось і йдемо далі», «Клієнти, вони просто вже не бачать сенсу навіть лікуватися. Тяжко вже стало працювати. Особливо чоловіки. Вони бояться ТЦК, вони не їдуть лікуватися», «Зараз новонароджену дитину можна зареєструвати через портал Дія, але, на жаль, не завжди це працює. Треба брати новонароджену дитину і їхати в Пенсійний фонд. Відстояти з цією малечою три години, це добре, якщо не буде повітряної тривоги. Вона ще плаче, хоче вже їсти. Мама годує дитину під час візиту, щоб зареєструвати дитинку», «Повітряні тривоги. Кожен час він золотий. Простояти по дві години, утримувати клієнта в Податковій чи в якомусь закладі, дуже важко, реально. Далі ми втрачаємо їх, вони йдуть»).

Ефективність програми ППМД

Показники реалізації ППМД програм в Дніпропетровській та Одеській областях

Дніпропетровська область

Дніпропетровська область залишається одним із регіонів з **найвищим епідемічним навантаженням ВІЛ в Україні**, зокрема за поширеністю **серед дорослого населення та вагітних**. Одночасно область **виконує функцію регіонального центру прийому ВПО**, що ускладнює організацію медичного спостереження та контроль за дотриманням клінічних маршрутів у зв'язку з ВІЛ.

Попри складні безпекові та соціальні умови, реалізація програми ППМД в області забезпечила утримання високих рівнів програмних показників. Охоплення вагітних АРТ, постконтактною профілактикою новонароджених, ранньою діагностикою ВІЛ-інфекції та штучним вигодовуванням у цілому відповідають національним цілям, що дозволило знизити частоту вертикальної трансмісії ВІЛ з 2,3% у 2022 р. до 1,4% у 2025 р. (див. табл. 2).

Таблиця 2. Показники моніторингу заходів із профілактики вертикальної передачі ВІЛ у Дніпропетровській області

Показники	2022 рік	2023 рік	2024 рік	2025 рік
Кількість ВІЛ-позитивних вагітних	202	221	169	131
з них – ВПО	5	7	6	3
з них – мешканки сіл / малих міст	26 (13%)	18 (8%)	29 (17%)	23 (18%)
Кількість пологів у ВІЛ-позитивних вагітних	216	189	186	144
Кількість ВІЛ-експонованих дітей (живонароджених)	228	190	188	143

Охоплення АРТ вагітних	97,7%	96,8%	97,8%	95,1%
Охоплення вагітних дослідженням на ВІЛ перед пологами (34-36 тижнів вагітності)	85,5%	83,6%	90,7%	90,3%
Охоплення ВІЛ-експонованих дітей ПКП	97,8%	97,9%	97,9%	98,6%
Охоплення ВІЛ-експонованих дітей ранньою діагностикою ВІЛ-інфекції (ПЛР НК)	96,9%	96,3%	98,4%	98,6%
Охоплення ВІЛ-експонованих дітей профілактикою котримаксозолом	87,7%	86,8%	83,0%	88,8%
Охоплення ВІЛ-експонованих дітей штучним вигодовуванням	99,1%	99,5%	100%	99,2%
Кількість ВІЛ-позитивних дітей, за даними ранньої діагностики ВІЛ-інфекції (ПЛР НК)	5	4	2	2
Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, за даними ранньої діагностики ВІЛ-інфекції	2,3%	2,2%	1,1%	1,4%

Водночас результати кабінетного аналізу свідчать про наявність низки **чинників та прогалин**, які потенційно можуть запобігати подальшому зниженню рівня вертикальної трансмісії ВІЛ у регіоні, а саме:

- **висока частка ВІЛ-позитивних вагітних з ключових груп**, переважно статевих партнерок ЛЖВ, ЛВІН та партнерок ЛВІН (26% у 2022 р., 19% у 2023–2024 рр., 21% у 2025 р.);
- **до 10% вагітних жінок, які живуть з ВІЛ, не перебувають під наглядом у жіночих консультаціях, мають низьку прихильність до АРТ або відмовляються від лікування**, у тому числі після пологів;
- **висока частка жінок із пізнім встановленням ВІЛ-позитивного статусу** (після 24 тижнів вагітності, під час або після пологів), яка за роки повномасштабної війни в середньому становить близько 30%;
- **недостатнє охоплення третім етапом ранньої діагностики ВІЛ-інфекції (ПЛР НК) серед дітей віком 3–4 місяці** (68% у 2022 р., 67% у 2023 р., 60% у 2024 р., 73% у 2025 р.);
- **низьке охоплення серологічним тестуванням дітей віком 18 місяців і старше з метою встановлення остаточного ВІЛ-статусу**: станом на 01.01.2026 р. обстежено 151 дитину (72,2%), тоді як 58 дітей залишаються необстеженими через перебування за межами країни, втрату зв'язку з родинами або відмову батьків від обстеження дитини.

Одеська область

Одеська область належить до регіонів з **високим рівнем поширеності ВІЛ**, про що свідчить рівень поширеності ВІЛ **серед вагітних жінок** понад 1%. У період 2022–2025 років область зберігала високі показники захворюваності серед дорослого населення. Водночас успішна реалізація програми ППМД сприяла зростанню та досягненню високих рівнів ключових показників моніторингу програми, які, незважаючи на виклики повномасштабної війни, залишалися на високому рівні (див. табл. 3).

Таблиця 3. Показники моніторингу заходів із профілактики вертикальної передачі ВІЛ в Одеській області

Показники	2022 рік	2023 рік	2024 рік	2025 рік
Кількість ВІЛ-позитивних вагітних	212	154	185	159
з них - мешканки сіл / малих міст	120 (56%)	105 (68%)	99 (53%)	76 (48%)
Кількість пологів у ВІЛ-позитивних вагітних	235	185	190	149
Кількість ВІЛ-експонованих дітей (живонароджених)	239	187	189	151
Охоплення АРТ вагітних	97,4%	98,4%	96,4%	98,7%

Охоплення вагітних дослідженням на ВІЛ перед пологами (34-36 тижнів вагітності)	90,6%	95,1%	94,7%	98,0%
Охоплення ВІЛ-експонованих дітей ПКП	99,6%	100%	98,9%	100%
Охоплення ВІЛ-експонованих дітей ранньою діагностикою ВІЛ-інфекції (ПЛР НК)	84,5%	95,7%	100%	100%
Охоплення ВІЛ-експонованих дітей профілактикою котримаксозолом	87,4%	100%	100%	97,4%
Охоплення ВІЛ-експонованих дітей штучним вигодовуванням	99,6%	100%	100%	100%
Кількість ВІЛ-позитивних дітей, за даними ранньої діагностики ВІЛ-інфекції (ПЛР НК)	4	2	1	3
Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, за даними ранньої діагностики ВІЛ-інфекції	2,0%	1,1%	0,5%	2,0%

На підставі кабінетного аналізу визначено **чинники та прогалини**, які потенційно можуть ускладнювати контроль за вертикальною трансмісією ВІЛ у регіоні:

- майже половина ВІЛ-позитивних вагітних **проживає у малих містах та селах** (56% у 2022 р., 68% у 2023 р., 53% у 2024 р., 48% у 2025 р.); віддалене проживання від закладів охорони здоров'я та соціально-економічні перешкоди обмежують своєчасний доступ вагітної та її майбутньої дитини до медичних послуг;
- залишається **значна частка жінок із пізнім встановленням ВІЛ-позитивного статусу** – після 24 тижнів вагітності, під час або після пологів; протягом воєнного періоду цей показник знизився з 44% до 28%;
- **недостатнє охоплення ВІЛ-експонованих дітей другим (55% у 2022 р. та 51% у 2025 р.) та третім (30% у 2022 р. та 58% у 2025 р.) етапами ранньої діагностики ВІЛ-інфекції** через об'єктивні перешкоди для батьків відвідати ЗОЗ (ризик обстрілів, страх користування транспортом у зв'язку з ГРВІ) та відмови від обстеження.

Моніторинг та оцінка заходів ППМД

Моніторинг заходів з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні здійснюється відповідно до наказу МОЗ України від 03.08.2012 року №612 «Про затвердження форм первинної облікової документації та звітності з питань моніторингу заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, інструкцій щодо їх заповнення»³³, що регламентує:

- ➔ **Збір облікових даних** від закладів охорони здоров'я, які надають допологову, пологову допомогу та здійснюють медичне спостереження за ВІЛ-експонованими дітьми;
- ➔ **Узагальнення та агрегацію даних ППМД** згідно з річними звітними формами: форма №63 «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» та форма №63-1 «Частота передачі ВІЛ від матері до дитини».

На виконання наказу МОЗ України від 06.09.2021 №1887 було запроваджено подання щоквартальної інформації до ЦГЗ МОЗ України про виконання регіональних робочих планів з елімінації передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини. Процес здійснюється за координацією обласних адміністрацій. Перший рік звітування – 2022 рік – припав на початок повномасштабної війни в Україні, що призвело до кадрових та технічних обмежень, унаслідок яких звітність було отримано лише з 15 регіонів.

З метою забезпечення безперервного моніторингу заходів ППМД **в умовах воєнного стану**, за підтримки ЮНІСЕФ у 2022–2023 роках ЦГЗ МОЗ України організував **щомісячний збір регіональних оперативних даних та індикаторів ППМД**, а також були визначені відповідальні особи за цей напрям на обласному рівні.

³³ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1483-12#Text>

Починаючи з 2023 року, ЦГЗ МОЗ України сприяв відновленню роботи регіональних комітетів (робочих груп) з валідації елімінації передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини (РК ЕПМД) при структурних підрозділах з питань охорони здоров'я та відновився **системний збір щоквартальної звітності**. В межах операційного плану заходів з реалізації у 2024–2026 роках Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року, затвердженого у 2024 році, було забезпечено щоквартальний збір інформації про виконання заходів з ЕПМД на національному та регіональному рівнях. Узагальнені дані подаються до МОЗ України для прийняття управлінських рішень.

Використання даних ППМД

Інформація щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини є публічною та доступною на офіційних ресурсах ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та партнерських організацій.

Основним національним аналітичним джерелом є щорічний «Інформаційний бюлетень “ВІЛ-інфекція в Україні”», що публікується ЦГЗ МОЗ та містить агреговані дані. Додатково дані регулярно аналізуються в межах координаційних зустрічей на регіональному та національному рівнях і представлені у розділі «Елімінація передачі ВІЛ від матері до дитини» на Національному порталі стратегічної інформації у сфері громадського здоров'я ЦГЗ МОЗ³⁴.

Водночас використання даних ППМД на регіональному рівні залишається нерівномірним і потребує вдосконалення аналітичного супроводу та ефективного використання даних для управління програмою ППМД.

Прогалини у системі моніторингу та звітності з ППМД

Попри прогрес у сфері цифровізації, система звітності щодо ППМД в Україні значною мірою **залишається паперовою**, що ускладнює своєчасний аналіз даних та їхнє використання для управлінських рішень. Однією з ключових проблем є **відсутність повноцінного єдиного електронного реєстру ППМД та налагодженого електронного обміну інформацією** між закладами, що надають допомогу вагітним і дітям (жіночі консультації, пологові будинки, заклади первинної медичної допомоги), а також обмежений **обмін даними з приватними закладами охорони здоров'я**.

У контексті реалізації підходу «потрійної елімінації» (ВІЛ, сифіліс, вірусний гепатит В) залишається неврегульованим питання інтеграції даних щодо ВІЛ з реєстрами пацієнтів з інфекціями, що передаються статевим шляхом, та вірусними гепатитами, що не дозволяє забезпечити комплексний міжпрограмний моніторинг.

Внаслідок реформування вторинного рівня медичної допомоги відбулася реорганізація спеціалізованих закладів, що традиційно надавали послуги з ППМД, зокрема ліквідовано обласні центри профілактики та боротьби зі СНІДом. Оптимізація кадрового складу призвела до **втрати та розпорошення підготовлених фахівців з ППМД**, що негативно позначилося на якості координації, супроводу та моніторингу заходів ППМД на регіональному рівні.

У пакетах Програми медичних гарантій НСЗУ **відсутній окремий компонент для моніторингу та оцінки** заходів з елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини. Внаслідок цього спеціалісти, відповідальні за ведення електронного обліку ВІЛ-позитивних жінок та дітей, народжених від ВІЛ-позитивних матерів, **не забезпечені відповідним фінансовим стимулюванням**.

Координація програми ППМД та міжсекторальна співпраця

Консультативно-дорадчі органи з питань ЕПМД

³⁴ https://npsi.phc.org.ua/HIV_Monitoring?indicator=301&tab=description

Наказом МОЗ України від 19 серпня 2019 року №1829 утворено **міжвідомчу робочу групу з питань валідації елімінації передачі від матері до дитини ВІЛ-інфекції та сифілісу** (МРГ ЕПМД), до складу якої увійшли представниці/ки державних органів, громадських та міжнародних організацій. Головною метою МРГ ЕПМД як **консультативно-дорадчого органу МОЗ України** було організація та здійснення процесу валідації елімінації передачі від матері до дитини ВІЛ та сифілісу в Україні відповідно до вимог Глобального комітету з валідації ЕПМД при ВООЗ. Функції технічного виконавця завдань МРГ ЕПМД було покладено на робочу групу з підготовки до валідації ЕПМД, затверджену наказом ЦГЗ МОЗ України від 19.04.2018 №24.

За результатами моніторингу МРГ ЕПМД було встановлено, що основними прогалинами ефективності профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини є недостатнє адміністрування послуг ППМД у регіонах, відсутність регіональних стратегій у напрямку елімінації, брак повної інформації щодо ефективності заходів ППМД на рівні ЗОЗ.

У рамках роботи МРГ ЕПМД було розроблено **Дорожні карти з елімінації передачі від матері до дитини ВІЛ-інфекції та сифілісу** (ДК ЕПМД) з урахуванням рекомендацій предвалідаційних місій ВООЗ та національних потреб для досягнення цільових індикаторів та відповідності вимогам валідації.

Рішенням Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (Нацрада) від 22 серпня 2019 року та відповідно до доручення Віцепрем'єр-міністра України від 29 серпня 2019 року №27962/3/1-19 у вересні 2019 року схвалено ДК ЕПМД та **доручено створити при обласних державних адміністраціях регіональні комітети з питань валідації ЕПМД** (РК ЕПМД). Супровідним листом МОЗ України від 25.10.2019 № 26-04/43472/2-19 до обласних державних адміністрацій **визначено 20 індикаторів ДК ЕПМД**, за якими регіональні комітети з питань валідації ЕПМД мали здійснювати щоквартальне звітування.

Наказом МОЗ України від 06 вересня 2021 року №1887 «Про організацію виконання заходів з елімінації передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини» **функцію координації та організаційно-методичного керівництва заходів з ЕПМД закріплено за ЦГЗ МОЗ**. Відповідно до зазначеного наказу, протягом 2021–2022 років було **оновлено або створено 25 регіональних комітетів ЕПМД** з напрямку ВІЛ-інфекція; до складу створених комітетів у 21 області включено представниць спільноти жінок, які живуть із ВІЛ, від БО «Позитивні жінки», включно з Дніпропетровської та Одеської областей.

За результатами роботи МРГ ЕПМД, що виконувала функції Національного валідаційного комітету, відповідно до протокольного рішення від 23 грудня 2022 року, **підтверджено прихильність України до елімінації передачі ВІЛ-інфекції, сифілісу та вірусних гепатитів від матері до дитини**. Було зазначено, що завдяки інтеграції зусиль державного, міжнародного та громадського секторів у рамках діяльності МРГ ЕПМД забезпечено підтримку належного рівня заходів ППМД і досягнення встановлених індикаторів для проходження процесу валідації. Однак, беручи до уваги об'єктивні організаційні і політичні виклики, пов'язані з пандемією COVID-19 (з березня 2020 року) та широкомасштабною війною (з 24 лютого 2022 року), було **визначено недостатню готовність держави до проведення міжнародної процедури валідації** ВООЗ. Водночас визнано за доцільне продовжити діяльність робочої групи з акцентом на координацію організаційних заходів ЕПМД, а також розглянути оновлений формат її роботи під керівництвом ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» з оновленим складом і розширеними повноваженнями за підтримки МОЗ України.

У 2023 році наказом ЦГЗ МОЗ (16.05.2023) створено **Робочу групу з елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні** (РГ ЕПМД). Групою розроблено **Національну дорожню карту з елімінації випадків передачі ВІЛ від матері до дитини на 2023–2024 роки**, яку схвалили на спільному засіданні комітетів Нацради 13 липня 2023 року. Відповідно до оновленої національної дорожньої карти **розроблено 25 регіональних дорожніх карт** і внесено зміни у робочі плани регіональних комітетів (РК ЕПМД) на 2023–2024 роки. Питання виконання заходів ППМД і оцінки якості даних обговорювали на двох міжрегіональних нарадах, засіданнях комітетів Нацради та РГ ЕПМД, а також під час окремих зустрічей із регіональними координаторками МіО ППМД.

Основним викликом координації у 2022–2023 роках стало відновлення належної роботи РК ЕПМД. Для подолання проблем РГ ЕПМД при ЦГЗ МОЗ посилено координацію виконання дорожніх карт, організовано методичну підтримку регіонів, запроваджено контроль за регулярністю засідань і своєчасністю подання звітності, а також ініційовано оновлення маршрутів медичних послуг у сфері

ППМД. Тим часом БО «Позитивні жінки» опікувались дотриманням прав людини, гендерної рівності й залученням спільнот (4-й компонент валідаційного процесу), проводили моніторинг випадків стигми та дискримінації, адвокатували інтереси жінок із ВІЛ та брали участь у роботі дорадчо-консультативних органів.

У 2024 році наказом ЦГЗ МОЗ України (26.04.2024) **оновлено склад Робочої групи** з елімінації випадків передачі ВІЛ від матері до дитини. Для уніфікації оцінки виконання регіональних дорожніх карт розроблено та впроваджено **нову форму щоквартальної звітності**. Також проведено дослідження алгоритму взаємодії між закладами охорони здоров'я та НУО у сфері ППМД. Протягом року оновили склад РК ЕПМД у 20 регіонах, включно з Дніпропетровською та Одеською областями. У більшості регіонів роботу оцінили як задовільну, крім **Одеської області**, де не провели жодного засідання з питань виконання регіональної дорожньої карти ЕПМД.

З метою об'єднання національних зусиль щодо **потрійної елімінації** передачі ВІЛ-інфекції, сифілісу та вірусних гепатитів В і С від матері до дитини, а також інтеграції відповідних заходів у систему медичної допомоги, наказом ЦГЗ МОЗ України від 20.05.2025 № 08-агд створено **Робочу групу** з питань елімінації вертикальної передачі ВІЛ-інфекції, сифілісу та вірусних гепатитів В і С. Затверджено персональний склад та положення Робочої групи. Основними завданнями Робочої групи визначено розробку національної дорожньої карти потрійної елімінації відповідно до цілей Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року, координацію міжсекторальних заходів із запобігання вертикальній передачі інфекцій, а також посилення системи моніторингу та оцінки результативності впроваджених заходів на національному й регіональному рівнях з урахуванням усіх складових процесу елімінації.

У межах діяльності оновленої Національної РГ ЕПМД підготовлено **нову редакцію Дорожньої карти** з елімінації передачі ВІЛ, сифілісу та вірусного гепатиту В від матері до дитини, що включає інтегровані заходи щодо гепатиту С на період 2025–2027 років. Дорожню карту презентовано та погоджено на засіданні Комітету з програмних питань Нацради 30 жовтня 2025 року. **Моніторинг виконання** «Дорожньої карти з ЕПМД на 2025–2027 роки» здійснюватиметься на національному рівні щорічно, на регіональному – щоквартально. Фінансування заходів забезпечуватиметься за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів, міжнародної технічної допомоги, благодійних внесків та інших джерел, не заборонених чинним законодавством України.

У 2025 році регіональні комітети ЕПМД продовжували координувати заходи щодо впровадження регіональних дорожніх карт. Система забезпечення ЕПМД на четвертому році війни демонструвала стабільну роботу та зберегла показники валідації, проте потребує додаткового зміцнення в регіонах із кадровими змінами та обмеженим доступом до ресурсів. З 2026 року комітети планують **розширювати діяльність** на напрямки елімінації передачі від матері до дитини **сифілісу та вірусних гепатитів**.

Перерозподіл коштів Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФ), зокрема економія між програмними напрямками, призвела до **припинення фінансової підтримки секретарок/ів РК ЕПМД**, яка здійснювалась протягом 2024 року та першого півріччя 2025 року в рамках програми ГФ «Стійка відповідь на епідемії ВІЛ і ТБ в умовах війни та відновлення України»³⁵.

Загальні висновки щодо координації та роботи РК ЕПМД

Дніпропетровська область

Система координації у сфері елімінації вертикальної передачі ВІЛ у Дніпропетровській області є сталим і структурованим механізмом, що дозволяє ефективно впроваджувати заходи ППМД, реагувати на виклики воєнного часу та забезпечувати дотримання прав жінок і дітей, попри обмеженість ресурсів та складні умови. Впродовж 2023–2025 років забезпечено регулярне оновлення складу та плану роботи регіонального комітету (РК ЕПМД), затвердження Дорожньої карти, а також чітку структуру координації між закладами охорони здоров'я, регіональною координаційною радою, громадянським суспільством

³⁵ <https://phc.org.ua/pro-centr/proekti/proekt-gf-2024-2026>

та національними органами з питань ВІЛ та ППМД. Щоквартальні звіти та аналітичні довідки надсилаються до ЦГЗ МОЗ, що свідчить про належний моніторинг та підзвітність.

Важливою складовою стало впровадження маршрутів пацієнток, визначення відповідальних осіб, а також посилення ролі НУО у соціальному супроводі. Наказами по ЗОЗ затверджено етичні кодекси поведінки, політики зі зниження стигми та дискримінації щодо людей, які живуть з ВІЛ, що сприяє захисту прав людини й гендерній рівності. Відповідно до оновлених маршрутів, забезпечено доступ до АРВ-препаратів та спеціалізованої допомоги дітям. Під час глибинного інтерв'ю секретарка РК ЕПМД відзначила досвід ефективної співпраці з міграційною службою щодо відновлення документів жінкам-ВПО, що покращує доступ до медичних послуг. Координація здійснюється через обласну координаційну раду. Це підкреслює важливість консультативно-дорадчих органів у забезпеченні міжвідомчої взаємодії, а також необхідність інтеграції діяльності РК ЕПМД та облради:

«У нас дуже активна співпраця з міграційною службою, через координаційну раду. З питанням допомоги відновлення документів. Ми налагодили це питання. Переселенок дуже багато зараз. З одного боку, це потрібно самим пацієнтам, якщо немає ні паспорта, ні ІНН, якимось так важко. З іншого боку, це дуже важливо для лікувальних закладів, тому що якщо у пацієнта немає цих документів, він не зареєстрований в системі e-health і лікувальні заклади не отримують фінансування за лікування цих пацієнтів. В законі України у нас прописано, незалежно від громадянства. Є людина, вона ВІЛ-інфікована, ми повинні її забезпечити наданням медичної допомоги. А таких осіб дуже багато, на жаль, особливо з початку війни. Тому неможливо відокремити профілактику вертикальної трансмісії від загальної роботи по профілактиці ВІЛ-інфекції. Скажімо так, це одно і те ж. Тому у нас дуже пов'язано».

Позитивно оцінюється активність РК ЕПМД: проведення щорічно чотирьох засідань, аналіз випадків вертикальної передачі ВІЛ, організація моніторингових візитів, навчання медичних працівників, а також онлайн-семінарів із попередження насильства, стигми та дискримінації. Відзначається впровадження внутрішніх положень щодо етичного кодексу поведінки у 100% закладів, що надають послуги ППМД. До роботи РК ЕПМД активно залучається спільнота жінок, які живуть з ВІЛ. Соціальний супровід з питань ППМД надається переважно в рамках проєктної діяльності НУО, а закупівля соціальних послуг за кошти місцевих бюджетів у період воєнного стану не здійснюється. Забезпечується доступ до публічної інформації щодо роботи регіональної координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (склад ради, щорічні плани роботи, порядок денний та протокольні рішення засідань). Водночас інформація стосовно РК ЕПМД відсутня або є обмеженою в публічному просторі.

2023 рік. Наказом Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної військової адміністрації (ДОЗ ДОВА) від 06.10.2023 № 1442/0/197-23 «Про удосконалення організації виконання заходів з елімінації передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини у Дніпропетровській області» **затверджено персональний склад та план роботи Робочої групи з питань валідації елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини (РК ЕПМД), а також Дорожню карту (ДК ЕПМД).** До ЦГЗ МОЗ надсилаються аналітичні довідки та щоквартальні звіти щодо виконання заходів ЕПМД. На засіданні **Координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при ДОВА**³⁶ представлені результати виконання регіональної Дорожньої карти. Наказами по ЗОЗ затверджено **маршрути пацієнток та відповідальні особи**, що забезпечують дотримання стандартів медичної допомоги та надання інформації для узагальнення та звітування щодо валідації ЕПМД. Основними проблемами визначено: недостатній обсяг тестування статевих партнерів, неповне обстеження вагітних на CD4 та вірусне навантаження через тимчасове переміщення жінок у зв'язку з бойовими діями, неможливість відвідування медичних закладів, а також відмови жінок від лікування або обстеження дитини.

2024 рік. Наказом ДОЗ ДОВА від 17.06.2024 №685/0/197-24 **оновлено склад РК ЕПМД.** Протягом року проведено чотири засідання РК ЕПМД, під час яких проаналізовано випадки вертикальної передачі ВІЛ за 2023 рік. Питання ППМД розглянуто на двох засіданнях регіональної координаційної ради з протидії ТБ/ВІЛ, а також під час **моніторингового візиту Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу до Дніпропетровщини (29–30 травня 2024 року).** У всіх **ЗОЗ,**

³⁶ <https://www.dnipro-rcssd.info/workokr>

залучених до надання послуг ППМД, затверджено накази щодо впровадження регіональної Дорожньої карти, визначено відповідальних осіб та маршрути пацієнток. Внутрішні положення (етичні кодекси поведінки) з метою захисту жінок від насильства, стигми та дискримінації затверджено у 70% закладів, дотичних до ППМД. У 97% закладів, що надають послуги ППМД, впроваджено політики щодо зниження стигми та дискримінації стосовно людей, які живуть з ВІЛ. Соціальний супровід забезпечується в межах проєктної діяльності НУО. Наказом ДОЗ ДОВА «Про організацію проведення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції дітям, які народжені від жінок з ВІЛ-позитивним статусом» (№1194/0/197-24 від 18.12.2024) затверджено оновлені маршрути: отримання АРВ-препаратів для забезпечення ППМД та надання спеціалізованої допомоги дітям з метою профілактики вертикальної передачі ВІЛ у ЗОЗ Дніпропетровської області.

2025 рік. Наказом ДОЗ ДОВА від 06.05.2025 №412/0/197-25 оновлено склад РК ЕПМД. Протягом року проведено чотири засідання робочої групи. Питання ППМД розглядалися на двох засіданнях регіональної координаційної ради з протидії ТБ/ВІЛ та включені у план роботи ради на 2026 рік. За рік здійснено низку моніторингових візитів до ЗОЗ та проведено навчання медичних працівників/ків з питань ППМД. У випадках відмови від лікування проводяться бесіди з батьками або опікунами, після чого направляються повідомлення до районних соціальних служб щодо порушення прав дитини. За напрямом дотримання прав людини, гендерної рівності та участі спільнот проведено чотири онлайн-семінари з попередження насильства, стигми та дискримінації. Внутрішні положення щодо етичного кодексу поведінки затверджено у 100% закладів, дотичних до ППМД. У 100% закладів впроваджено політики зі зниження стигми та дискримінації щодо людей, які живуть з ВІЛ. Соціальний супровід надається в рамках проєктної діяльності НУО; конкурси на закупівлю соціальних послуг за кошти місцевих бюджетів у період воєнного стану не проводилися.

Одеська область

Упродовж 2023–2025 років система координації заходів з ЕПМД в Одеській області характеризується нестабільністю та недостатньою інтеграцією в діяльність регіональних координаційних органів, відзначається слабкою міжсекторальною взаємодією та недостатньою інституційною сталістю в умовах надзвичайних ситуацій. Оновлення складу Регіональної міжвідомчої робочої групи з питань валідації елімінації випадків передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини (РК ЕПМД) здійснювалося відповідно до кадрових змін, проте засідання групи жодного разу не проводилися у 2024–2025 роках. Засідання Координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД вперше проведене в жовтні 2025 року після тривалої перерви і питання ППМД були включені до порядку денного ради.

Організаційні та програмні заходи виконувалися частково, а окремі – переносилися на наступний рік через кадрові зміни та брак фінансування. В закладах охорони здоров'я не розроблено та не впроваджено маршрути надання послуг ППМД в умовах надзвичайних ситуацій з урахуванням потреб ключових груп. Позитивним аспектом є забезпечення соціального супроводу ВІЛ-позитивних жінок силами неурядових організацій, а також проведення навчальних заходів для медичних працівників. За результатами моніторингового візиту Національної ради, відзначено належний рівень реалізації заходів з ЕПМД у регіоні, а окремі показники ППМД перевищують середньодержавні. Водночас заходи з дотримання прав людини, гендерної рівності та участі спільнот фактично не впроваджувалися.

2023 рік. Наказом Департаменту охорони здоров'я Одеської обласної військової адміністрації (ДОЗ ООВА) від 28.03.2023 №396-ОД оновлено персональний склад Регіональної міжвідомчої робочої групи з питань валідації елімінації випадків передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини (РК ЕПМД) з урахуванням змін кадрового складу. До ЦГЗ МОЗ надсилаються аналітичні довідки та щоквартальні звіти про виконання заходів ЕПМД. Робота комітету не заслуховувалась на засіданнях обласної Координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД при ООВА через зміну керівництва у Департаменті охорони здоров'я та Одеському обласному центрі соціально значущих хвороб. Організаційні та програмні заходи виконані частково або перенесені на 2024 рік. Основними проблемами є недофінансування з міського бюджету, що призвело до придбання батьками молочних сумішей за власні кошти для 40% дітей, нестача коштів на моніторингові візити до районних жіночих консультацій, а також недостатня кількість швидких тестів для скринінгу вагітних та їхніх статевих партнерів сімейними лікарями.

2024 рік. Наказом ДОО Одеської ОДА від 30.04.2024 № 372-ОД оновлено склад РК ЕПМД. Наказом від 06.05.2024 № 388-ОД затверджено регіональний план заходів на 2024 рік. Водночас протягом року засідання робочої групи не проводилися, а питання її діяльності не розглядалися на засіданнях регіональної координаційної ради з протидії ТБ/ВІЛ у зв'язку з кадровими змінами та необхідністю внесення змін до складу комітету. Здійснено моніторингові візити до ЗОЗ та проведено навчальні заходи для медичних працівниць/ків з питань ППМД. Разом з тим не розроблено та не впроваджено маршрути надання ППМД послуг в умовах надзвичайних ситуацій з урахуванням потреб ключових груп. Соціальний супровід ВІЛ-позитивних жінок забезпечується в межах проектної діяльності 10 НУО, зокрема трьома організаціями – для ВІЛ-позитивних вагітних. У разі виявлення порушень прав дитини інформація передається до соціальних служб та НУО для відповідного реагування. За напрямом дотримання прав людини, гендерної рівності та участі спільнот заходи не виконані. За результатами моніторингового візиту Національної ради (23–24 вересня 2024 року) відзначено, що Одещина забезпечує належний рівень реалізації заходів з ЕПМД, а окремі показники ППМД перевищують середньодержавні.

2025 рік. Оновлення складу РК ЕПМД заплановано на 2026 рік. Протягом 2025 року засідання робочої групи не проводилися; питання ППМД розглядалися на одному засіданні регіональної координаційної ради з протидії ТБ/ВІЛ (02.10.2025). За рік здійснено 10 моніторингових візитів до ЗОЗ та проведено навчання медичних працівниць/ків з ППМД. Ініційовано оновлення реєстрів ЗОЗ, що надають акушерську допомогу, за напрямом тестування на ВІЛ. Соціальний супровід ВІЛ-позитивних жінок здійснюється в межах проектної діяльності 10 НУО. Маршрути надання послуг з ППМД в умовах надзвичайних ситуацій не розроблено. За напрямом дотримання прав людини, гендерної рівності та участі спільнот заходи не виконані.

Перспективи спільноти

Потенціал недержавних організацій

Якісний компонент

Фокус-групові дискусії з 16 надавачками послуг на рівні спільноти та активістками

В Дніпропетровській та Одеській областях активно діє низка ВІЛ-сервісних НУО, включно з організаціями під керівництвом спільноти людей/жінок, які живуть з ВІЛ. Вони відіграють важливу роль в реалізації заходів з попередження вертикальної передачі ВІЛ, виступаючи як надавачками дотичних послуг, так і голосом спільноти жінок, які живуть з ВІЛ, в консультативно-дорадчих координуючих органах щодо ТБ/ВІЛ та ЕПМД на міському та обласному рівнях. НУО співпрацюють із комунальними та приватними медичними закладами, центрами соціальних служб, кризовими та реабілітаційними центрами, профільними спеціаліст/ками, іншими НУО, релігійними спільнотами та благодійними фондами.

У відповідях на питання про важливість ППМД послуг на рівні спільноти учасниці ФГД відзначили, що спільнота та ВІЛ-сервісні НУО забезпечують або сприяють кращому доступу до послуг для жінок, які живуть із ВІЛ. Це пояснюється більшим рівнем довіри до людей із подібним досвідом, консультаціями «рівна-рівній», психологічною підтримкою, доступністю послуг на рівні спільноти, емпатією надавачок послуг, налагодженням ефективної комунікації із медичними працівниця/ками щодо потреб та викликів жінок, а також можливістю бути голосом тих, хто не може захистити себе самотійно.

Досвід та здобутки в наданні ППМД послуг

Учасниці ФГД підтвердили застосування мультидисциплінарного підходу, який сприяє ефективній взаємодії та координації у процесі спостереження за перебігом вагітності жінок, які живуть з ВІЛ, та медичному супроводі ВІЛ-експонованих дітей відповідно до галузевих стандартів охорони здоров'я. Було наведено приклади організації роботи мультидисциплінарних команд (МДК), а також описано механізми комунікації та скерування пацієнток, які потребують психосоціальної підтримки, до НУО.

Окремо відзначено діяльність МДК на сайтах замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), що забезпечують комплексну допомогу ВІЛ-позитивним жінкам із залежністю від наркотичних речовин, а також міжсекторальну співпрацю у сфері протидії туберкульозу, зокрема серед ВІЛ-позитивних пацієнток (*«Ми скеровували жінку до лікаря акушера-гінеколога, щоб вона стала на облік. До нарколога, звісно, у нас не одна така жінка, яка вагітна і ставала на ЗПТ. Скринінг на туберкульоз – обов'язково, це проходимо, ми прямо скринінгуємо. Оцінка психосоціального стану, можливої депресії – у нас є скринінгова анкета, вона відповідає на питання, у нас є і психологи, і психіатри, і психотерапевт, тому одразу вони підхоплюють в разі чого. Домашнє або гендерне насилля - окрім допомоги жінці, ми стараємося підтягнути партнера. Консультація лікаря-інфекціоніста у нас при сайті є, це інтегрована послуга, тому це обов'язково. Також захист, дотримання прав та інтересів, дотримання безперервності лікування, доставка препаратів і так далі»*).

Соціальний супровід протягом континууму ППМД послуг

Консультації ВІЛ-позитивної вагітної жінки за принципом «рівна-рівній». Активістки та співробітниці НУО регулярно надають консультації ВІЛ-позитивним вагітним жінкам за принципом «рівна-рівній». Основні теми консультування: користь та безпечність АРТ, профілактика невиншування, необхідність використання презервативів, консультування партнерів, профілактика перинатальної передачі сифілісу, вірусів гепатиту В і гепатиту С, щеплення, здорове харчування, безпечне розродження, обговорення ризиків післяпологової передачі ВІЛ під час грудного вигодовування, вигодовування дитини штучними дитячими сумішами та ефективна контрацепція (*«Консультувала жінку, яка вживала вуличні наркотики, про важливість дотримання всіх рекомендацій лікарів. Потім ми її привели на сайт ЗПТ. Ми перенаправили її в «Позитивні жінки», де її консультували за принципом рівна-рівній дівчата, і вона дуже спокійно народила, все в неї добре», «Я проводила консультації рівна-рівній на тему користі і безпечності АРТ, також використання ефективних методів контрацепції для попередження небажаної вагітності, також про підтримку здорового харчування», «Я з 2003 року живу зі статусом, дізналася під час вагітності. В мене неодноразово були кейси, коли жінки дізналися про те, що вони вагітні при позитивному статусі. Я ділилася досвідом, говорила до чого зараз дійшла медицина, що на сьогоднішній день це взагалі не проблема. Було багато питань, спочатку на першій офлайн зустрічі, потім це було в телефонному режимі. Був супровід і я не тільки надавала психологічну допомогу, а перенаправляла до психологів», «Колись я була вагітною, я проводжу консультації в повному обсязі, ділюся особистим досвідом і тим, що за протоколами»*).

Надання соціальної та психологічної допомоги ВІЛ-позитивній вагітній жінці включає комплекс заходів, що відповідають галузевим стандартам у сфері охорони здоров'я: скерування до профільних лікарів (акушера-гінеколога, інфекціоніста, фтизіатра, нарколога), скринінг на туберкульоз, оцінку психосоціального стану та ризику насильства, своєчасне взяття на облік, моніторинг прихильності до АРВ-терапії, а також захист прав та інтересів жінки (*«Були і вагітні жінки, і породіллі, яких ми скеровували до кризових центрів і надавали їм підтримку. Своєчасне взяття вагітної на облік в ЗОЗ – це у нас взагалі постійно, у нас іде співпраця з лікаркою-гінекологом, яка веде наших вагітних жінок, які живуть з ВІЛ, і вона нам передає їх на супровід», «Здійснення захисту прав та інтересів ВІЛ-позитивної жінки під час вагітності – це, взагалі, йде червоною лінією під час нашої діяльності», «На початку повномасштабної там спільними зусиллями зі 100% Життя було вивезено одну вагітну дівчину за кордон», «У мене є в первинній документації скринінг на туберкульоз, ми проводимо обов'язково, при першій зустрічі офлайн», «Благодійний фонд «Позитивні жінки Одеса» дотичний до усіх цих послуг. Якщо потрапляє жінка із наркозалежністю, я відправляю в «Еру милосердя». Якщо жінка вагітна з підозрою на туберкульоз або мені дзвонив лікар, я знаю, що я переадресую в «Життя плюс». Якщо ця жінка з поганою прихильністю, це проєкт ДіП, я відправляю в «Альтернативу», якщо це Чорноморськ чи ближче»*).

Проводячи консультації, працівниці НУО часто спираються на власний досвід вагітності та народження дітей, співпрацюють з партнерськими НУО та фахівчинями для забезпечення повного спектру послуг, відповідно до потреб вагітної жінки. Консультування проходить в формі індивідуальних або групових консультацій, офлайн або онлайн, на території НУО або на базі закладів охорони здоров'я (*«Надаємо індивідуальні консультації як офлайн, так і онлайн. Онлайн в тому випадку, якщо жінка не може приїхати, або вона перебуває у віддаленій громаді», «Надаємо послуги не тільки в організації, а ще*

і на території пологових будинків, в жіночій консультації, коли нам повідомляють про складний випадок», «Я можу з нею пройти, починаючи від гінеколога і закінчуючи психіатром, психологом, наркологом і всіма спеціалістами, які потрібні в цей момент»).

Надання соціальної та психологічної допомоги ВІЛ-позитивній роділлі або породіллі. Учасниці ФГД підтвердили, що їхні організації мають досвід надання комплексної соціальної та психологічної допомоги ВІЛ-позитивним жінкам під час пологів та післяпологового періоду. Така підтримка включає: консультації щодо партнерських пологів, штучного вигодовування та прийому АРВ-препаратів, застосування каберголіну для пригнічення лактації, оцінку психосоціального стану матері та ризику постнатальної депресії, моніторинг ризику домашнього/гендерного насильства, моніторинг прихильності до лікування, скринінг на туберкульоз, консультації щодо контрацепції у післяпологовому періоді, захист прав і інтересів матері та дитини, а також профілактику відмови від новонародженого («Жінка, багатодітна, допомагала їй знайти житло. На Полтаву на шелтер її переадресувала, вона там залишалася. Допомогла їй уїхати в іншу країну серед війни», «У нас є психолог, до якого соціальні працівники скеровують клієнтів з ознаками депресії»).

Забезпечення доступу до лікарського засобу (каберголін) для пригнічення лактації після пологів: внесок НУО

Закупівля за кошти місцевого бюджету (м. Одеса): 26 червня 2024 року на XXXI сесії Одеської міської ради VIII скликання було винесено питання щодо внесення змін до міської цільової програми «Здоров'я» на 2024-2026 роки, затвердженої рішенням Одеської міської ради від 29 листопада 2023 року, а саме закупівлі препаратів для припинення лактації у жінок, які живуть з ВІЛ. Закупівлю препаратів було підтримано на суму 131 тис. грн.

«Одеса – це перший регіон в Україні, який спромігся, щоб за гроші місцевого бюджету в минулому році в програмі здоров'я закупили препарати для припинення лактації. Це була наша пропозиція, наша адвокація. Я робила запит. На сьогодні в програмі здоров'я 2026-2028 забюджетовані кошти. Препарат є». (лідерка спільноти, учасниця ФГД).

Закупівля в межах діючих проєктів, в рамках яких надаються послуги жінкам, які живуть з ВІЛ (м. Дніпро): «Я сюди (Позитивні жінки) прийшла за таблетками, щоб молока не було. Мені її видали, я її випила. У мене потім знову пішло, я дзвонила Віолетті, спитала, можна я ще раз отримаю? Вона каже, так, можна, приїжджай. Коли я приїхала за цими, вона каже, ти можеш ще отримати ось цю допомогу, мені видали суміші, памперси. (Як Ви дізналися про послуги НУО?) Коли я прийшла другий раз ставати знову на облік, за терапією. На Канатній мене познайомили з Віолеттою. Мій гінеколог, у якого на обліку». (мати ВІЛ-експонованої дитини, учасниця глибинних інтерв'ю)

Надання соціальної та психологічної допомоги батькам (опікунам) ВІЛ-експонованої дитини. ВІЛ-сервісні НУО, включаючи організації під керівництвом спільноти, забезпечують широкий спектр психосоціальної допомоги та супроводу, що включає: консультування з медичного ведення дитини та проведення ПКП, післятестове консультування за результатами обстеження на ВІЛ дитини, рекомендації щодо безпечного годування, інформування про отримання та видачу заміників грудного молока, видачу гуманітарної допомоги, роз'яснення законодавчих питань та пільг, а також захист прав матері та дитини («Медичні працівники перинатального центру, вже знаючи наші контакти, перенаправляли до нас жінок, які лежали з дітками після пологів 28 днів, щоб вирішити їхні нагальні проблеми. Був випадок, коли жінка з Херсонської області, з деокупованої території, народжувала в перинатальному центрі і в неї хотіли забрати дитину, з соціальної служби. Ми почали її супроводжувати, відбили від них дитину. Потім знайшли їй прихисток, поставили її на АРВ-терапію. Профілактика дитинки була, і вона зараз знаходиться в прихистку», «Соціальні виплати, що до півтора року виплачуються, оформляти допомагала», «Жінка, яка з наркозалежністю, що було порушення її прав пологовим будинком, ми її швиденько поставили на облік, заключили декларацію і сімейний лікар дзвонив нам і каже, що вже получили молочну суміш. Після випуски з перинатального центру пройшло буквально два тижні, їй вже виписали молочну суміш для дитинки»).

ВІЛ-сервісні НУО відіграють важливу роль в **забезпеченні доступу та своєчасності ранньої діагностики у ВІЛ-експонованих дітей.** Зокрема, вони безпосередньо організують транспортування матері з дитиною (або дітьми) до місця забору крові, підтримують комунікацію з лікарями, які звертаються по допомогу в інформуванні та контролі своєчасної діагностики для дитини, а також

забезпечують виїзд медпрацівниць до віддалених громад, де, з-поміж інших послуг, здійснюється забір крові на ПЛР («Зараз ми впроваджуємо проєкт за підтримки ЮНІСЕФ і в нас є можливість виїжджати в віддалені громади мультидисциплінарною командою, де медична сестра і лікарка також є, і вчасно забирати у дітей ПЛР», «Ми консультуємо дівчат, розказуємо їм покроково, що вони повинні робити. Також допомагаємо їх довести до центру СНІД, ми постійно на телефоні, або визиваємо таксі, якщо в нас є така можливість, або просто приїжджаємо, беремо їх і їдемо на громадському транспорті. В нас був такий випадок, двійня. Кейс-менеджерка приїхала, десь годину чекала поки вони попросипаються, поки мама їх повдягає. І вона їх, двійню, довезла до СНІД центру. Місто довге і інколи це є перепорою для того, щоб дівчата з малими дітьми їздили, здавали кров»).

Закони або інституційні практики, що обмежують доступ до послуг

Активістки спільноти переконані, що Україна на законодавчому рівні забезпечила необхідну основу для викорінення вертикальної передачі ВІЛ. Однак неналежне виконання чи правозастосування чинних законів можуть стати перешкодами для якісного та ефективного надання послуг і впровадження програми ППМД. Це стосується також підзаконних актів і інституційних практик, які або не враховують специфічні потреби й вразливість жінок, які живуть з ВІЛ під час вагітності, пологів та догляду за ВІЛ-експонованою дитиною, або суперечать сучасним стандартам медичної допомоги з ППМД та клінічним рекомендаціям. До таких практик на думку активісток належать:

➔ **Педіатричне дозування Зидовудину**

Практика розливу АРВ-препарату Зидовудин (AZT) в шприци для проведення ПКП ВІЛ-експонованим дітям відбувається через недоступність педіатричної форми препарату в необхідній кількості для кожного окремого прийому відповідно до призначеної режиму профілактичного лікування. У пологовому будинку (пологовому відділенні) процес вимірювання дози препарату контролюється навченим медперсоналом, а практика розливу сиропу AZT на рівні ЗОЗ ПД є клінічно обґрунтованою через відсутність відповідного фасування препарату. Однак після виписки додому проведення ПКП стає відповідальністю матері. Як зазначила активістка спільноти під час ФГД, їй відомі випадки, коли матері випадково або через необережність проливали вдома всю рідину (сироп-ПКП). Зокрема, мати ВІЛ-експонованої дитини з сільської місцевості Одеської області звернулася по допомогу, і ВІЛ-сервісна НУО організувала доставку нового запасу ліків, домовившись зі СНІД-центром. Такі ситуації демонструють не тільки ризик неправильного дозування у матерів – вони можуть призводити до порушення режиму ПКП. Лідерка спільноти додала, що практика розливу сиропу Зидовудин (AZT) в шприці протирічить чинному законодавству. В Наказі МОЗ від 19.07.2005 №360³⁷ зазначено, що **порушення первинної упаковки лікарського засобу забороняється** (тобто розливати в іншу тару без упаковки виробника не дозволяється) («Проблема це розлив АРВ-препаратів в шприци. ПКП препарати даються додому в шприцах для жінки, яка не завжди розуміє, як це дозування розлити, правильно зберігати. У нас жінки різні. Я стикалася з ситуацією, що препарат розливається, вона боїться звертатися, зізнатися лікарям, і дитина не отримує профілактику. Було звернення по допомогу від жінки з віддаленої громади, ми бігли до СНІД-центру в Одесі та передавали в область, але, все одно, був порушений режим прийому. Чому не можна забезпечити необхідні форми герметичного фасування? По закону, медики не мають права вскривати банку з препаратами та розливати в щось»).

Актуальність цього питання підтверджується іншими групами дослідження. Під час проведення глибинних інтерв'ю частина матерів повідомляли, що у ЗОЗ ПД їм завжди надавали готове дозування препарату ПКП в шприцах, тобто вони не набули практичних навичок самостійного вимірювання дози препарату. Більшість матерів взагалі не могли пригадати ані назву, ані дозування препарату (або препаратів), що дитина отримувала протягом 28 днів. Крім того, за результатами онлайн опитування ВІЛ-позитивних матерів (n=89), 15% (13) респонденток **не проходили навчання щодо вимірювання дози АРВ-препарату**, а 38% (34*) – **не отримали письмової інструкції щодо прийому ПКП**, де левову частку склали жінки з Одеської області. (*34: 7 – Дніпропетровщина, 27 – Одещина).

³⁷ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0782-05>

Проходження повного курсу профілактичного АРВ-лікування новонародженим дітям (28 днів) під наглядом медичних працівниць/ків в Дніпропетровській області регулюється Наказом департаменту охорони здоров'я ДОВА від 18 листопада 2024 року №1194/0/197-24 «Про організацію проведення профілактики ВІЛ-інфекції дітям, які народжені від жінок з ВІЛ-позитивним статусом». На практиці це супроводжується **обов'язковим утриманням матерів з ВІЛ-експонованою дитиною протягом 28 днів у медзакладах**: відділеннях пологової допомоги, перинатальних центрах зі стаціонаром, центрах матері та дитини, дитячих лікарнях тощо. Це правило застосовується навіть щодо жінок з високою прихильністю до АРТ та низьким ризиком передачі ВІЛ. Лікарі пояснюють активісткам спільноти, що проблема полягає у фасуванні педіатричної форми препарату Зидовудин (AZT), яка складає 200 мл, коли тритижневий курс потребує менше ніж 100 мл (якщо рахувати за мінусом тижня в лікарні під наглядом медпрацівниць/ків). З юридичної точки зору медики діють правильно – вони дотримуються чинного законодавства: згідно з Наказом МОЗ України № 360 від 19.07.2005, первинна упаковка не повинна порушуватись при роздрібному відпуску, а Закон України «Про лікарські засоби» гарантує безпечність і точність дози. (*«Чим мотивують лікарі, чому не відпускають жінку, навіть з високою прихильністю, додому впродовж 28 днів. Тому що відсутній Зидовудин, розливна форма, тобто цілий пузирік матері, породіллі його дати не можуть. Я особисто зверталася до лікарів з метою отримання цих препаратів. Лікарі не завжди йдуть на зустріч, кажуть, що не можна транспортувати, коли воно розпечатане»*)

Для більш ґрунтовного аналізу ситуації доцільно врахувати результати глибинних інтерв'ю з чотирма матерями ВІЛ-експонованих та ВІЛ-позитивних дітей в Дніпропетровській області. Лише одна дитина проходила ПКП протягом 28 днів в умовах стаціонару (у матері раніше зафіксована низька прихильність до АРТ, перша та друга ПЛР дитини негативні). Матері трьох інших дітей були виписані з пологового будинку на 5-й, 11-й та 8-й день після народження дитини відповідно. У останньому випадку також була зафіксована низька прихильність до АРТ, а перша ПЛР СКК – позитивна. Таким чином, жінки мали можливість проведення ПКП в домашніх умовах, незалежно від рівня ризику передачі ВІЛ.

Ситуація демонструє клінічну необхідність у розливі доз для точного ПКП, проте створює ризики для ефективності та безпеки лікування. Для мінімізації цих ризиків необхідно забезпечити доступність педіатричних форм АРВ-препаратів, проводити навчання батьків та розробити офіційні протоколи щодо безпечного дозування препарату поза стаціонаром.

➔ Виконання стандартів ППМД та клінічних рекомендацій щодо грудного вигодовування

Представниці спільноти неодноразово повідомляли про те, що медпрацівниці/ки ігнорують чинні стандарти з ППМД та рекомендацію 9.4.4 клінічної настанови «Вибір на користь грудного вигодовування» для жінок, які досягли вірусної супресії на фоні прийому АРТ з належною прихильністю. Крім того, лікарі категорично заперечують можливість такої опції для ВІЛ-позитивної жінки і консультують виключно з питань штучного вигодовування. Про право вибору, ризики та особливості грудного вигодовування, включаючи необхідність додаткового клінічного моніторингу матері та дитини, ВІЛ-позитивні вагітні та породіллі здебільшого отримують інформацію від активісток спільноти жінок, які живуть з ВІЛ. Лідерки спільноти також усвідомлюють наслідки та ризики просування практики грудного вигодовування: додаткове фінансове навантаження на ЗОЗ ЛЖВ та обмеження можливості щомісячного відвідування медичних закладів жінками із дітьми для клінічного моніторингу, особливо в умовах військового стану. (*«По грудному годуванню ви, мабуть, звернули увагу, що жодна з колег не сказала про те, що можуть позитивні жінки годувати груддю. Тобто цієї інформації взагалі немає і актуалізація саме цієї проблеми має бути. Є протоколи щодо грудного вигодовування, де кожен місяць треба перевіряти матір і дитину. В Одеському регіоні всім призначають штучне вигодовування дітей. Я якось сказала «А можливо вона груддю погодує?», мене виставили за двері. У центрів СНІДу немає грошей на планову діагностику громадян, а кожен місяць робити ВН жінці, яка хоче годувати груддю, це навряд чи», «Вона народила здорового хлопчика. Вона також питала про грудне вигодовування. Коли ми її проконсультували, що ризик все одно є і потрібно перевірятися постійно, кожен місяць, вона вирішила бути на штучному вигодовуванні, не ризикнула»*).

Спостереження та досвід активісток підкріплюється також повідомленнями медпрацівниць/ків та людей, що обіймають керівні посади, отриманими під час проведення глибинних інтерв'ю. Зазвичай лікарі радять утримуватися або переконують ВІЛ-позитивних жінок не годувати дітей грудьми. В деяких

випадках було очевидно, що лікарі не ознайомлені з останніми стандартами щодо грудного вигодовування; деякі виявляли відверте здивування стосовно наявності такої опції у стандарті медичної допомоги. На запитання про зауваження та коментарі до останніх стандартів медичної допомоги з ППМД та клінічної настанови 2022 року, фахівчиня, що займає керівну посаду, запропонувала визначити штучне вигодовування як єдину допустиму опцію для вигодовування ВІЛ-експонованих дітей, без винятків.

Єдиний приклад підтримки та знання стандартів щодо грудного вигодовування під час глибинних інтерв'ю продемонструвала дитяча лікарка-інфекціоністка в Дніпрі (ДОМЦСЗХ): *«(Що відбувається, коли жінка вирішує вигодовувати грудьми?) Нічого не відбувається, годує. За протоколом кожного місяця ми маємо обстежувати маму і дитину. Вона має приймати терапію, і дитина має приймати. У нас одиничні, одна-дві, завжди кормлять груддю. Позитивні діти не народилися. Протокол не витримується, якщо ви хочете запитати. (Частота моніторингу не витримується?) А його неможливо витримати. Кожен місяць проводити обстеження. Це дорого, мабуть, якщо так масово будуть кормити. А потім, мабуть, цього і не треба робити. Є вагітні, яким я б рекомендувала сама грудне вигодовування. Вони 5-7-8 років на терапії. Абсолютно адекватні жінки. Це безпечно, якщо вони п'ють. Але поки ще вони самі не готові. Доктор більше готовий, ніж жінка. Кажуть, ні, ні. Ми ж народили, СКК негативне».*

Неонатологиня, м. Дніпро: *«У моїй практиці не було. (А якщо станеться, у вас є інструкції, як консультувати у цьому випадку?) В принципі, знаю, але не можу впевнено сказати, що на 100% правильно це роблю. Хоча, в принципі, я розумію, що їй треба порекомендувати».*

Сімейний лікар, м. Дніпро: *«Взагалі таких не було, слава богу. Максимально намагаємося пояснити ситуацію, пояснити ці ризики».*

Лікар акушер-гінеколог, м. Одеса: *«Ми переконуємо, що не можна при цьому захворюванні кормити грудьми. І багато погоджуються. У мене не було такого».*

Лікарка-інфекціоністка, м. Одеса: *«У нас не стоїть питання, чи може жінка. Тобто жінці роз'яснюється, що ми можемо виміряти кількість вірусного навантаження у жінки в організмі, але кількість вірусного навантаження у молоці ми не можемо виміряти. Тому якщо вона хоче ризикувати, я розумію, що це її право. Але спочатку проводиться дуже велика робота для того, щоб жінка все ж таки не ризикувала дитиною».*

Дитяча лікарка-інфекціоністка, м. Одеса: *«У мене таких не було. Потрібно розказати їй, наскільки це може зашкодити її здоров'ю і дитини. (Якщо вона вирішить кормити грудьми, яке консультування їй буде запропоновано і яка підтримка надана?) Підтримка наданням безкоштовних молочних сумішей. Якщо мама через те, що там дорого суміші її купувати, можливо в деяких і такі є, причина того, що вона хоче».*

Фахівчиня, яка займає керівну посаду, м. Дніпро: *«Моя особиста думка така з питань штучного вигодовування. В оновлених наказах все дуже гарно прописано, що ми повинні дати жінки можливість вибору. Десь був пропуск антиретровірусних препаратів, десь щось трапилось. І жінка, сьогодні в неї вірусне навантаження гарне, все гарно, вона вигодовує дитину. А потім щось трапилось, а вона не пройшла тестування на ВІЛ, а в неї залишається – мені ж дали інформацію, що я ж можу вигодовувати грудним молоком, і вона має ризик інфікувати дитину. (яка ваша пропозиція?) Штучне вигодовування. Виключно. Молочні суміші адаптовані, гарні. Навіщо ми самі пропонуємо грудне вигодовування, маючи ризик інфікування дитини? Не знаю».*

Загалом, практика консультування та підтримки грудного вигодовування для ВІЛ-позитивних жінок в Україні значною мірою не відповідає сучасним ППМД стандартам та клінічним рекомендаціям. Переважна більшість медичних працівниць/ків ігнорує або відкрито заперечує можливість такого вибору для жінок, які досягли вірусної супресії на фоні прийому АРТ і мають високу прихильність до лікування. Консультування з питань грудного вигодовування часто перекладається на плечі активісток спільноти, а медики орієнтуються винятково на штучне вигодовування, не інформуючи жінок про їхнє право вибору.

Окремі приклади адекватної підтримки грудного вигодовування залишаються рідкістю і залежать від особистої обізнаності та позиції окремих лікарів, тоді як більшість фахівців або не мають практичного досвіду, або не готові консультувати відповідно до нових стандартів. Така ситуація створює бар'єри

для реалізації прав жінок з ВІЛ та підсилює соціальну стигматизацію. Водночас відсутність належного фінансового та організаційного забезпечення для регулярного моніторингу здоров'я матері й дитини при грудному вигодовуванні змушує навіть інформованих жінок обирати штучне вигодовування.

Для забезпечення прав ВІЛ-позитивних жінок та ефективного реалізації сучасних підходів ППМД необхідно змінити практики консультування, посилити навчання медичних працівниць/ків, забезпечити уніфікований підхід до інформування про варіанти вигодовування, а також створити умови для регулярного клінічного супроводу матерів і дітей, які обирають грудне вигодовування. Без цього рекомендації залишатимуться лише «на папері», а жінки – без реального вибору.

➔ **Доступ до адаптованих молочних сумішей для ВІЛ-експонованих дітей**

Медпрацівниці/ки та фахівчині, що займають керівні посади, а також активістки та надавачки послуг на рівні спільноти, що здійснюють соціальний супровід та проводять моніторинг доступності послуг, підтверджують закупівлю за рахунок місцевих бюджетів та видачу замінників грудного молока сімейними лікарями центрів ПМСД за місцем проживання. Дані щодо кількості народжених дітей, взятих на облік і тих, що потребують сумішей, регулярно збираються і звітуються. *(«Я завжди намагаюся пояснити, що ви обов'язково звертаєтесь до свого сімейного лікаря. За рахунок громад місцевих зараз виділяються гроші і закуповуються суміші», «В місті (Кривий Ріг) існує програма міська, яка регламентує ці категорії осіб для безкоштовної видачі молочних сумішей. За місцем мешкання. Це «Малиш», «Малютка». Всі цифри даємо, кількість народжених, кількість дітей, кількість взятих на облік, кількість потребуючих. Все дається, кожен квартал», «Так. Були суміші у нас. Проблем немає. (Відповідають потребам жінок?) Так. Якісні», «Забезпечуються дитячі поліклініки за міською програмою»).*

Однак ці програми охоплюють переважно обласні центри та великі міста (Дніпро, Одеса, Кривий Ріг, Кам'янське, Павлоград), де **закупівлі адаптованих молочних сумішей** для дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями, є **частиною місцевих програм здоров'я**.

На відміну від великих міст, **для мешканок малих громад доступ до безоплатних молочних сумішей часто вкрай обмежений**. Причини цього різноманітні: відсутність оцінки потреб і відповідного планування, обмеженість ресурсів громад («багаті та бідні громади»), недобросовісність посадовців. Відсутність фінансування закупівлі сумішей підтверджується відповідями на запити активісток спільноти в Дніпропетровській області: з 10 громад, що надали відповідь, лише 6 закуповують молочні суміші для немовлят. Також немає уніфікованого підходу до розрахунку коштів на одну дитину: наприклад, одна громада виділяє 32 тисячі гривень на одну дитину на 12 місяців, а інша – лише 5 тисяч. Нестача або відсутність бюджетних коштів частково компенсується гуманітарною допомогою через ЗОЗ ЛЖВ або проекти недержавних організацій, однак не всі мешканки сільських районів мають доступ до такої підтримки. *(«Сімейні лікарі знають, що треба видавати. В основному суміш дають. (чи достатньо забезпечені?) Не завжди. Є такі маленькі амбулаторії. Залежить від людини на місці, яка має забезпечити бюджет на це», «Це відсутність фінансування на закупівлю сумішей. Я надіслала запити в громади і вони мені відповіли. З 10 громад лише 6 закуповують молочні суміші для немовлят. Більше того, немає уніфікованого підходу до закупівлі молочних сумішей. Наприклад, одна громада виділяє на одну дитину 32 тисячі, друга громада – 5 тисяч. Тобто тут зовсім нерівний доступ дітей до молочних сумішей», «Зараз з ВІЛ-позитивною дитиною, вона попросила дитяче харчування, тому що саме в цій ОТГ (*об'єднана територіальна громада) вони їм не закупили», «Громади дуже різні. Є багаті громади. А є бідні. Тому й різне фінансування. Плюс, це ж проводиться тендер, це хто запропонував яку ціну, таку і виділять. Ми ж там не гроші видаємо», «У зовсім маленьких селищних радах це здійснюється за кошти ПСМД, первинки. Робити окрему програму для закупівлі молочних сумішей на одну дитину на рік – немає сенсу. Можливо, тому і відповіді були такі, що окреме фінансування не закладено»).*

Важливо також зауважити, що **приватні сімейні лікарі-ФОП** (сімейний лікар як фізична особа-підприємець) **не мають доступу до молочних сумішей, закуплених за рахунок місцевих бюджетів**. Про це необхідно інформувати матерів ВІЛ-експонованих дітей, оскільки нерозуміння порядку надання безоплатних сумішей призводить до подання скарг на медпрацівниць ЗОЗ ЛЖВ. ФОП не видають молочні суміші, цим займаються комунальні заклади (ЦПМСД). Жінки, які уклали договори з приватними сімейними лікарями, не отримують суміші за місцевими програмами, що викликає

непорозуміння та потребує додаткового роз'яснення. («Єдине, ФОП не видають. А ось сімейні лікарі – це ПМСД, державні заклади, комунальні підприємства – ті, так», «У нас же зараз дуже багато ФОП, які уклали договори. Вони жодним чином до місцевих бюджетів не мають відношення. Це був Кривий Ріг, жінка скаржиться, що її не забезпечують молочними сумішами. Вона приходить у центр СНІДу, їй кажуть: ми дійсно не видаємо молочні суміші, йдіть до своєї сімейної лікарки. Але жінка не уточнила, у якого сімейного лікаря уклала договір за пакетом первинної медичної допомоги. Якщо це комунальне підприємство, то, так, там є. А якщо це ФОП, то, звісно, немає. Вона прийшла до цього сімейного лікаря, і сімейний лікар, будучи приватником, каже: а я цим не займаюся»).

➔ Підзвітність приватних медичних закладів

Щороку зростає кількість вагітних жінок, які отримують медичні послуги у приватних клініках. Водночас інформація про таких пацієнток та їхніх дітей практично не відображається у державній статистичній звітності. Це негативно впливає на повноту статистичних показників і якість управлінських рішень у сфері ППМД, а також створює ризик втрати пари «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-експонована дитина» з поля зору системи охорони здоров'я та порушення безперервності медичного супроводу («Почали відкриватися приватні клініки, і ці діти, вони не враховані чомусь в державній структурі. В нашому регіоні це точно. Ми їх втрачаємо взагалі із поля зору. Мабуть, якийсь має бути механізм для того, щоб приватні клініки все ж таки якось відображали вагітних жінок, відображали, звітували дітей ВІЛ-експонованих чи вже ВІЛ-позитивних дітей»).

З метою забезпечення повного обліку вагітних жінок і дітей, залучених до програм ППМД, доцільно запровадити ефективний механізм обміну та консолідації даних між приватним і державним секторами, а також забезпечити обов'язкове звітування приватних закладів охорони здоров'я відповідно до чинної нормативно-правової бази.

Роль недержавних організацій у моніторингу послуг та адвокації покращень

Дослідження та моніторинг під керівництвом спільноти жінок, які живуть з ВІЛ

Протягом 2022-2025 років Благодійна організація «Позитивні жінки» організувала та провела наступні дослідження під керівництвом спільноти, які, в тому числі охоплювали Дніпропетровську та Одеську область:

- Дослідження щодо надання послуг жінкам з ВІЛ, які планують вагітність, вагітним та породіллям у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я на рівні областей України (2022 рік)³⁸
- Акушерська насильство щодо ВІЛ-позитивних жінок в Україні (2023 рік)³⁹
- Аналіз бар'єрів у доступі до соціальних і медичних послуг для жінок, які живуть з ВІЛ, та уразливі до ВІЛ в Україні (2023 рік)⁴⁰
- Оцінка впровадження рекомендацій ВООЗ у сфері охорони сексуального та репродуктивного здоров'я та прав жінок, які живуть з ВІЛ, в Україні (2024 рік)⁴¹
- Вплив війни на жінок, які живуть з ВІЛ, в Україні (2024 рік)⁴²
- Оцінка доступності та якості послуг з ВІЛ, туберкульозу, сексуального і репродуктивного здоров'я для жінок, які живуть з ВІЛ (2024 рік⁴³, 2025 рік⁴⁴)

³⁸ https://pw.org.ua/wp-content/uploads/2022/12/doslidzhennya-yekom_srz-pozytyvni-zhinky_2021-1.pdf

³⁹ <https://pw.org.ua/wp-content/uploads/2023/11/akusherske-nasylstvo-shhodo-vil-pozytyvnyh-zhinok-v-ukrayini.pdf>

⁴⁰ <https://pw.org.ua/wp-content/uploads/2023/03/ukr-1.pdf>

⁴¹ <https://pw.org.ua/wp-content/uploads/2024/04/zvit-za-rezultatamy-opytuvannya-ocinka-vprovadzhennya-rekomendacij-vooz-u-sferi-ohorony-seksualnogo-ta-reproduktyvnogo-zdorovya-ta-prav-zhinok-yaki-zhyvut-z-vil-v-ukrayini.pdf>

⁴² <https://euneighbourseast.eu/news/publications/the-impact-of-war-on-women-living-with-hiv-in-ukraine/>

⁴³ <https://pw.org.ua/wp-content/uploads/2024/11/ocinka-dostupnosti-ta-yakosti-poslug-z-vil-tuberkulozu-ta-seksualnogo-i-reproduktyvnogo-zdorovya-dlya-zhinok-yaki-zhyvut-z-vil.pdf>

⁴⁴ <https://pw.org.ua/wp-content/uploads/2025/09/ocinka-dostupnosti-ta-yakosti-poslug-z-vil-tuberkulozu-seksualnogo-i-reproduktyvnogo-zdorovya-dlya-zhinok-yaki-zhyvut-z-vil.pdf>

- Визначення бар'єрів у доступі до послуг з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (2024 рік⁴⁵, 2025 рік⁴⁶).

Представниці спільноти жінок, які живуть з ВІЛ, у Дніпропетровській та Одеській областях активно здійснюють моніторинг забезпечення доступу ВІЛ-експонованих дітей до замінників грудного молока, що фінансуються з місцевих бюджетів. Для цього вони подають офіційні запити до органів місцевого самоврядування, що сприяє забезпеченню підзвітності й прозорості у виконанні чинного законодавства. Такий підхід дозволяє системно виявляти проблеми з фінансування в окремих громадах, аналізувати проведені закупівлі, а також вносити питання до порядку денного консультативно-дорадчих регіональних органів з ВІЛ та ЕПМД. Завдяки цьому спільнота має змогу консолідовано реагувати на існуючі виклики та обговорювати проблемні питання у відповідних регіональних платформах: *«Представниця «Позитивних жінок» робила запити і представляла результати у нас на координаційній раді, і там показали не дуже гарні результати. Дехто не відповів, дехто написав «ні». Це було добре зроблено, це дослідження, ці запити. Територіальні громади це почули, ми дуже сподіваємося, звернули увагу на Коордраді» (секретарка РК ЕПМД, фахівчиня ДОМЦСЗХ).*

Участь спільноти в консультативно-дорадчих регіональних органах з ВІЛ та ЕПМД

Дніпропетровська область

Координаційна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при обласній державній адміністрації

Спільнота жінок, які живуть з ВІЛ, має змогу представляти результати роботи НУО, досліджень під керівництвом спільноти та **просувати забезпечення доступу до послуг**, які є важливими для жінок, які живуть з ВІЛ. У доповідях йдеться про: аналіз доступності послуг з ВІЛ, ТБ та СРЗ у ВІЛ-позитивних жінок, включаючи питання ЕПМД та випадки **порушення прав ВІЛ-позитивних пацієнток** в пологових будинках Дніпропетровщини; аналіз закупівель замінників грудного молока для ВІЛ-експонованих дітей за рахунок місцевих бюджетів і проблеми з доступом до молочних сумішей для жінок із віддалених громад.

Робоча група з питань валідації елімінації передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини при департаменті охорони здоров'я Дніпропетровської облвійськадміністрації

РК ЕПМД служить платформою для розгляду випадків порушення прав та дискримінаційного ставлення до жінок, які живуть з ВІЛ, у медичних закладах. Активістки спільноти мали змогу отримати фахові рекомендації щодо підготовки інформаційних матеріалів для ВІЛ-позитивних жінок, презентувати результати дослідження під керівництвом спільноти та обговорили розробку додатка до **Дорожньої карти з елімінації передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини з маршрутом пацієнтки** для ВІЛ-позитивних жінок під час вагітності, пологів, післяпологового періоду та медичного спостереження за ВІЛ-експонованою дитиною. Додаток також містить контактну інформацію установ та організацій Дніпровського регіону, які надають медичну, психологічну та соціальну підтримку жінкам, які живуть з ВІЛ.

Одеська область

Місто Одеса: Міська координаційна рада з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам

Участь представниці спільноти жінок, які живуть з ВІЛ, у міськраді слугувала основою для адвокатування питання щодо **забезпечення фінансування препарату для пригнічення лактації у ВІЛ-позитивних породіль** в місті Одесі шляхом включення відповідного фінансування до місцевої програми охорони здоров'я.

⁴⁵ <https://pw.org.ua/wp-content/uploads/2024/12/vyznachennya-baryeriv-u-dostupi-do-poslug-z-profilaktyky-peredachi-vil-vid-materi-do-dytyny-sered-zhinok-yaki-zhyvut-z-vil.pdf>

⁴⁶ <https://pw.org.ua/wp-content/uploads/2025/12/vyznachennya-baryeriv-u-dostupi-do-poslug-z-profilaktyky-peredachi-vil-vid-materi-do-dytyny-sered-zhinok-yaki-zhyvut-z-vil.pdf>

Координаційна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД при Одеській обласній державній адміністрації

Рада не працювала протягом декількох років до засідання, що відбулося на початку жовтня 2025 року. Після значної перерви засідання регіональної ради з протидії ТБ/ВІЛ пройшло 02 жовтня 2025 року, де представниця спільноти жінок, які живуть з ВІЛ, була запрошеною учасницею (не маючи офіційного членства). Активістка спільноти привернула увагу до необхідності **консолідації зусиль щодо початку роботи РК ЕПМД** в Одеському регіоні та викликів, пов'язаних із закупівлями замінників грудного молока для ВІЛ-експонованих дітей за рахунок місцевих бюджетів і доступом до молочних сумішей у жінок з віддалених громад.

Регіональна міжвідомча робоча група з питань валідації елімінації випадків передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини при департаменті охорони здоров'я Одеської облвійськадміністрації

Представниця спільноти, яка входить до складу РК ЕПМД, зазначила, що **Робоча група фактично не функціонує, і засідання жодного разу не проводилися**. Вона також повідомила, що в Одеській області існує наказ, який регламентує впровадження заходів **Дорожньої карти з елімінації передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини**. Проте активістка спільноти не ознайоmlена з текстом відповідного наказу і не брала участі у процесах підготовки, планування, моніторингу та оцінювання реалізації заходів Дорожньої карти.

ДОДАТКИ

Додаток 1. Висновок Комісії з питань етики Центру громадського здоров'я МОЗ України



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Комісія з питань етики
ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»
Institutional Review Board of
SI "Public Health Center MoH of Ukraine"

Ресстраційний номер / Registration number:
Institutional Review Board (# 00013025)
Federal Wide Assurance (# 00030968)

вул. Ярославська, 41, м. Київ, 04071, E-mail: irb@phc.org.ua
41 Yaroslavska Street, Kyiv, 04071, E-mail: irb@phc.org.ua

13 жовтня 2025 №552

Кому: Олена Стрижак, головна правління, БО «Позитивні жінки»

Від: Комісія з питань етики ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

Тема: «Оцінка бар'єрів до послуг з попередження вертикальної передачі ВІЛ в Дніпропетровській та Одеській областях»

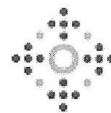
Дата проведення експертизи: 13.10.2025

Ідентифікаційний номер експертизи: IRB2025-174

Шановна Олено,

Комісія з питань етики ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» розглянула Протокол дослідження «Оцінка бар'єрів до послуг з попередження вертикальної передачі ВІЛ в Дніпропетровській та Одеській областях» 2.0: 02.10.2025, подавач: Олена Стрижак, головна правління, БО «Позитивні жінки», використовуючи процедуру повної етичної експертизи, та відзначила наступне:

1. КВАЛІФІКАЦІЯ КОМАНДИ	
Рекомендовано:	Схвалено, рекомендації відсутні.
2. ОПИС ДОСЛІДЖЕННЯ	
Рекомендовано:	Схвалено, рекомендації відсутні.
3. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ	
Рекомендовано:	Схвалено, рекомендації відсутні.
4. РИЗИКИ ТА ПЕРЕВАГИ	
Рекомендовано:	Схвалено, рекомендації відсутні.
5. КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ	
Рекомендовано:	Схвалено, рекомендації відсутні.
6. ПРОЦЕС ОТРИМАННЯ ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ	
Рекомендовано:	Схвалено, рекомендації відсутні.
7. ЗМІСТ ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ	
Рекомендовано:	Схвалено, рекомендації відсутні.
8. КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ	
Рекомендовано:	Схвалено, рекомендації відсутні.



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

9. ЗАГАЛЬНИЙ ВИСНОВОК

Підлягає повторному поданню/Subject to re-submission

Схвалено без змін – Протокол і супровідні документи не потребують змін

Схвалено після уточнення – Протокол і супровідні документи потребують незначних змін

Підлягає повторному поданню – Протокол і супровідні документи потребують значних змін

Не схвалено – Протокол і супровідні документи не затверджено

Коментар:

-

Загальний висновок: Схвалено без змін.

Секретар Комісії

Кочегарова Д.В.

Додаток 2. Звіт за результатами опитування жінок, які живуть з ВІЛ, з досвідом вагітності та пологів

Опитування проведене в рамках дослідження під керівництвом спільноти жінок, які живуть з ВІЛ «Оцінка бар'єрів до послуг з попередження вертикальної передачі ВІЛ в Дніпропетровській та Одеській областях» в період з 14 по 29 жовтня 2025 року.

Критеріями включення респонденток в опитування є:

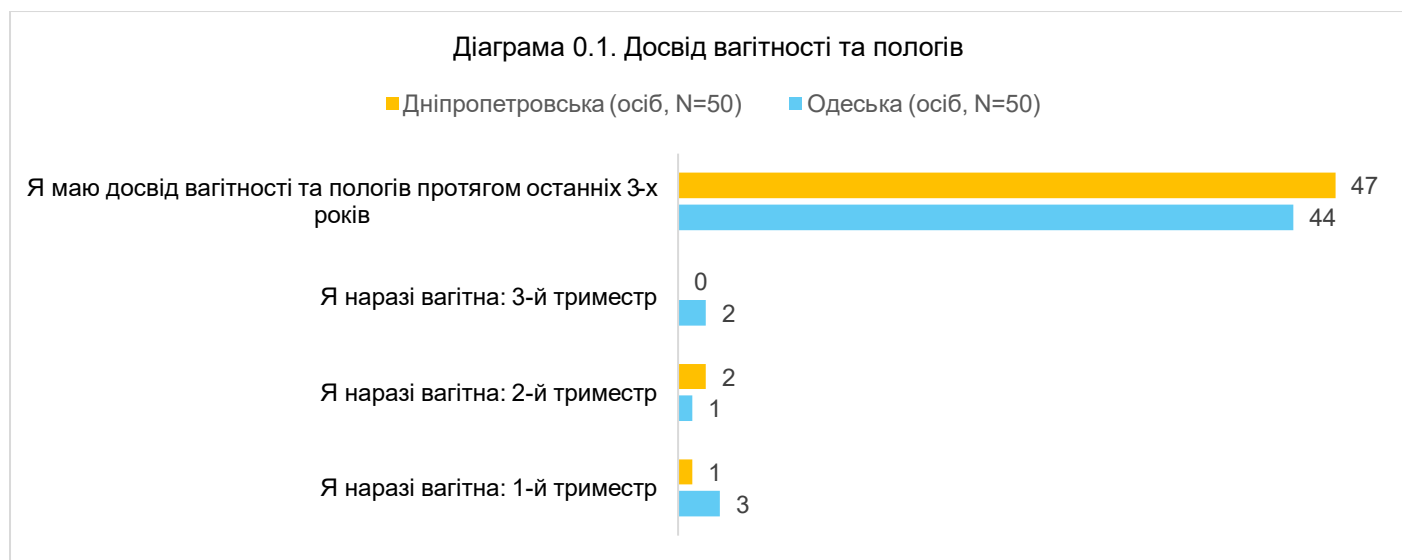
- ➔ встановлений діагноз «ВІЛ-інфекція» на момент останньої вагітності або пологів
- ➔ вік 18 років і старше
- ➔ на момент проведення дослідження є вагітними або мали досвід вагітності та/або пологів протягом останніх 3-х років до моменту проведення дослідження
- ➔ отримували медичні послуги у зв'язку із вагітністю, пологами та/або доглядом за ВІЛ-експонованою дитиною в комунальних закладах Дніпропетровській або Одеській області
- ➔ були або є отримувачками послуг БО «Позитивні жінки» у мм. Дніпро або Одеса
- ➔ надали добровільну інформовану згоду на участь у дослідженні.

Результати опитування

Досвід вагітності та пологів

В опитуванні брали участь 100 жінок, які живуть з ВІЛ, з досвідом вагітності або вагітності та пологів протягом останніх 3-х (трьох) років, зокрема:

- 50 жінок, які мешкають в Дніпропетровській області
- 50 жінок, які мешкають в Одеській області
- Дев'ять респонденток (9%) були вагітними на момент проходження опитування (4 жінки у 1-му триместрі, 3 жінки – у 2-му триместрі, 2 жінки – у 3-му триместрі). З них, 3 жінки з Дніпропетровської області та 6 жінок – з Одеської. Див. Діаграму 0.1.



Переважає більшість жінок знали про свій ВІЛ-позитивний статус до настання останньої вагітності (83%). 17% респонденток дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус під час останньої вагітності або пологів (або після пологів) (9 жінок – в Дніпропетровській області, 8 жінок – в Одеській області). Див. Діаграму 0.2.

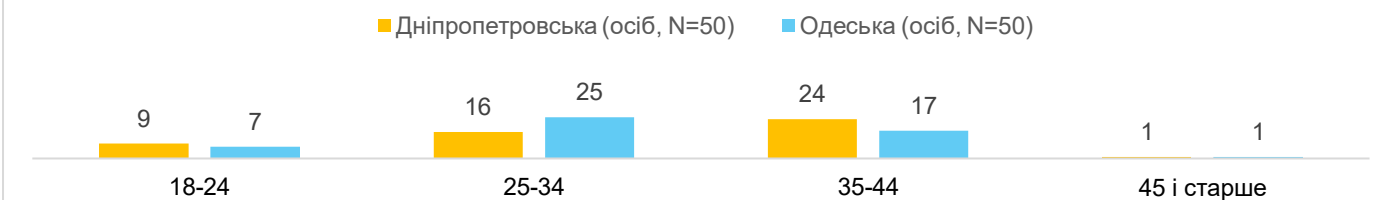
Діаграма 0.2. Знання про ВІЛ-статус під час останньої вагітності



Соціально-демографічні характеристики

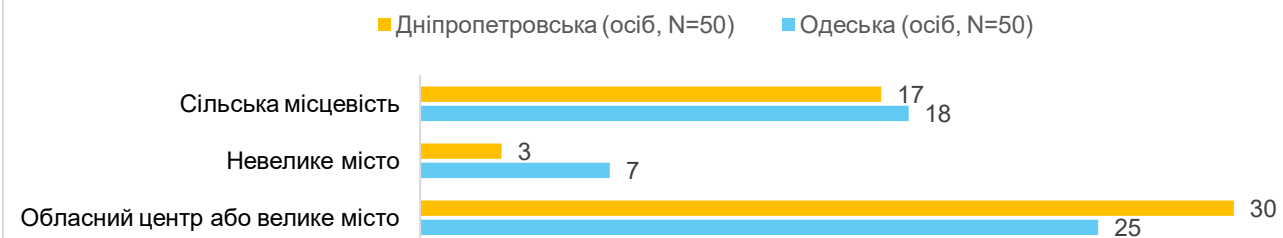
Переважає більшість на момент проведення опитування перебувала у вікових групах 25-34 роки (41%) або 35-44 роки (41%), кожна шоста (16%) – у віці 18-24 роки. Значно менше представлені жінки у віковій групі 45 років і старші (2%). Див. Діаграму 1.1. Переважна більшість мають середню або середньотехнічну освіту (89%). Вищу або неповну вищу освіту мають 19% жінок.

Діаграма 1.1. Вік респонденток



Трохи більше половини учасниць опитування мешкають в обласному центрі або у великому місті (55%). У невеликих містах проживає кожна десята респондентка (10%), а кожна третя – у сільській місцевості (35%). Див. Діаграму 1.2.

Діаграма 1.2. Населений пункт, в якому Ви проживаєте

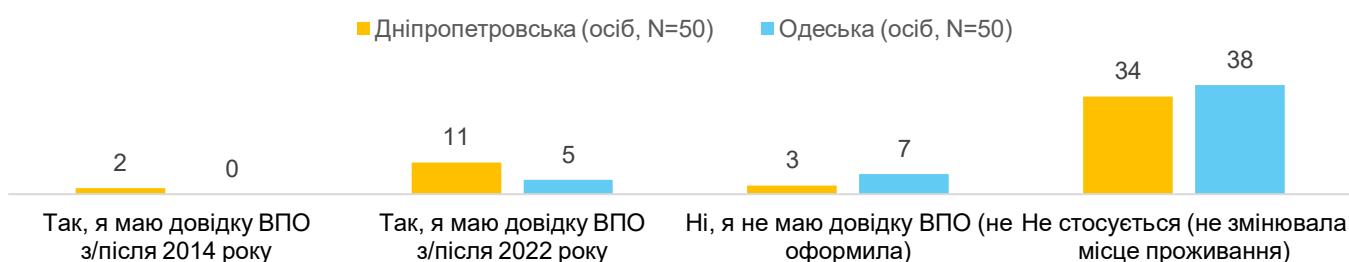


Перелік населених пунктів, охоплених дослідженням:

- ➔ **в Дніпропетровській області:** міста – Дніпро, Кривий Ріг, Нікополь, Павлоград, Верхівцеве, Жовті води, Підгороднє; селища або смт – Бабайківка, Вищетарасівка, Голубівка, Дніпровське, Карнаухівка, Кільчень, Любимівка, Ляшківка, Манвелівка, Михайлівка, Савро, Солоне, Таромське, Широке, Царичанка.
- ➔ **в Одеській області:** міста – Одеса, Біляївка, Ізмаїл, Подільськ, Рені; селища або смт – Авангард, Білка, Білолісся, Великодолинське, Вілкове, Дібрівка, Доброолександрівка, Кам'янка, Крижанівка, Миколаївка, Олександрівка, Прилиманське, Старокозаче, Усатове, Фонтанка, Ширяєво.

16% респонденток мають офіційний статус внутрішньо переміщеної особи (ВПО), отриманий з/після 2022 року, а 2% учасниць – починаючи з 2014 року. 10% респонденток не оформлювали довідку ВПО. Див. Діаграму 1.3.

Діаграма 1.3. Чи маєте Ви статус внутрішньо переміщеної особи (ВПО)?



70% респонденток зазначили, що перебувають у стосунках та проживають разом із партнером, 6% – перебувають у стосунках, але не проживають разом, 5% – не в стосунках, проте мають сексуального(их) партнера/ів, 9% – не в стосунках і не мають сексуальних партнера(ів). У 17% партнер проходить службу у лавах ЗСУ (переважно серед жінок із Дніпропетровщини). Дві жінки є удовами, три – розлученими. З-поміж іншого одна респондентка зазначила: «Мій чоловік у лавах ДПСУ». Див. Діаграму 1.4. Більше половини (57%) перебувають в офіційному шлюбі, а кожна четверта (24%) живе в добровільному союзі без офіційної реєстрації.

Діаграма 1.4. Ваш статус стосунків (множинний вибір)

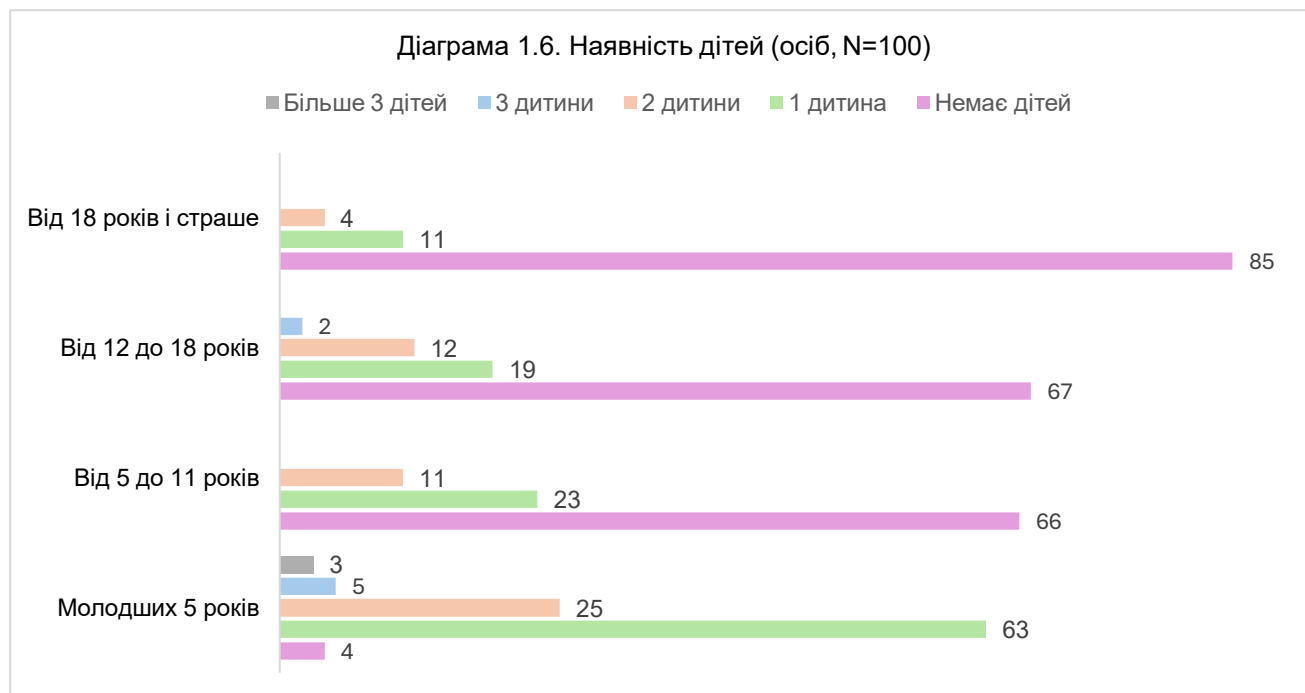


Трохи більше половини респонденток **перебувають в дискордантних парах** (56%), тобто мають одного або більше ВІЛ-негативних партнерів. У кожній четвертій з опитаних жінок один або більше партнерів, які живуть з ВІЛ (27%). Одна респондентка не знає ВІЛ-статус партнера. 16% респонденток відповіли, що наразі не мають сексуального партнера. Див. Діаграму 1.5.

Діаграма 1.5. ВІЛ-статус партнера(ів)



У двох жінок (наразі вагітні) немає дітей (2%). У 25% респонденток є одна дитина (усі – матері неповнолітніх дітей), у 32% – двоє дітей (97% з них – матері неповнолітніх), у 23% – троє дітей (57% з них – матері неповнолітніх), у 18% – четверо або більше дітей (61% з них – матері неповнолітніх). Див. Діаграму 1.6.



Переважає більшість перебуває в декретній відпустці (76%). 9% жінок працюють за наймом і отримують заробітну плату, 4% респонденток є самозайнятими або ведуть власний бізнес, 15% – безробітні, одна респондентка працює у неформальному секторі (без офіційного працевлаштування), а дві жінки перебувають на пенсії за станом здоров'я.

Більшість респонденток **проживає в умовах бідності**. 44% респонденток зазначили, що доходів їхнього домогосподарства не зовсім вистачає на задоволення щоденних потреб, а ще у 34% – зовсім не вистачає. Зазвичай доходів вистачає – у 10%, переважно вистачає – у 6%, і повністю вистачає на оплату щоденних потреб – тільки у 4% учасниць опитування. Див. Діаграму 1.7.



Кожна десята з опитаних жінок вказала на досвід вживання наркотиків (10%); так само 10% мають партнерів з досвідом вживання наркотиків. 6% респонденток є учасницями програми замісної підтримувальної терапії (ЗПТ). Дві жінки в минулому перебували у виправній колонії (2%), три жінки – в СІЗО/ізоляторі тимчасового утримання (3%). Одна жінка була або є секс-працівницею (1%). 8% респонденток мають в анамнезі активний туберкульоз і ще 8% опитаних жінок хворіли або хворіють на гепатит С. 7% зазнавали домашнього насильства. 5% респонденток живуть з інвалідністю, а 4% мають дітей з особливими потребами. Більшість учасниць опитування зазначили, що до них не застосовні соціально-поведінкові характеристики та вразливості з наведеного переліку (65%). Див. Діаграму 1.8.

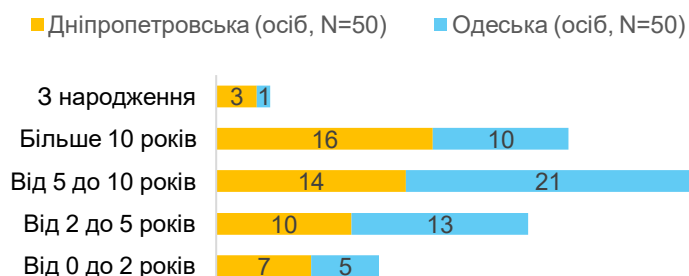
Діаграма 1.8. Які соціально-поведінкові характеристики та вразливості застосовні до Вас? (множинний вибір)



Життя з ВІЛ та АРВ-лікування

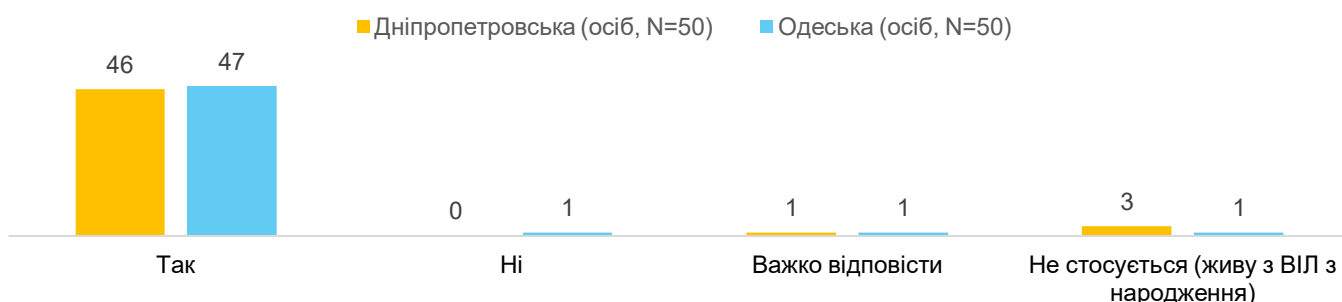
Чотири учасниці дослідження живуть з ВІЛ з народження (4%). Четверть респонденток живе з ВІЛ понад 10 років (26%), інша чверть – від 2-х до 5-и років (23%). Більше третини респонденток живе з ВІЛ від 5-и до 10-и років (35%). 12% жінок живуть з ВІЛ менше ніж 2 роки. Див. Діаграму 2.1.

Діаграма 2.1. Досвід життя з ВІЛ

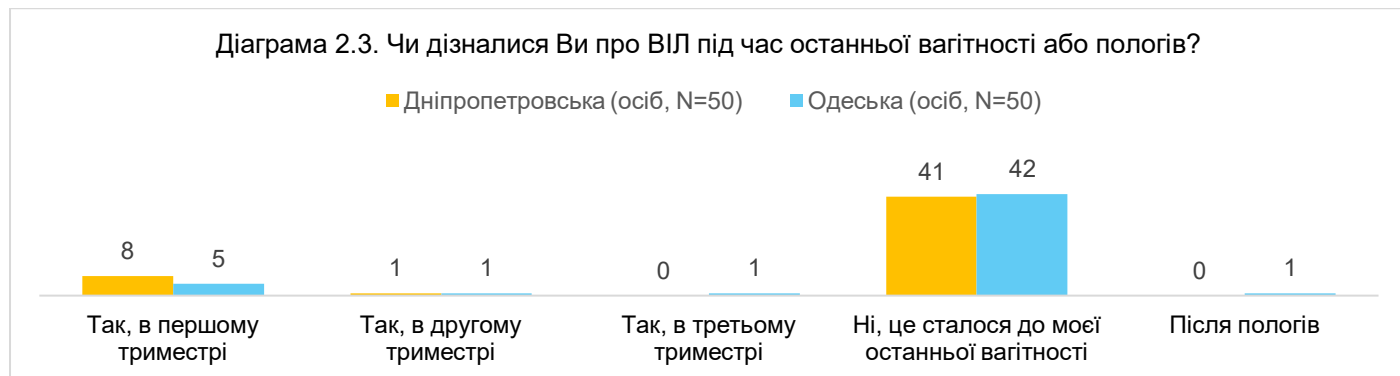


Переважає більшість добровільно пройшли тестування на ВІЛ (93%), отримали дотестове (91%) і післятестове (93%) консультування. Водночас 4% респонденток зазначили, що дотестове консультування не проводилося, а одній жінці «важко відповісти», проводили чи ні. Післятестове консультування не проводилося одній респондентці, а двом жінкам «важко відповісти», проводили чи ні. Див. Діаграму 2.2.

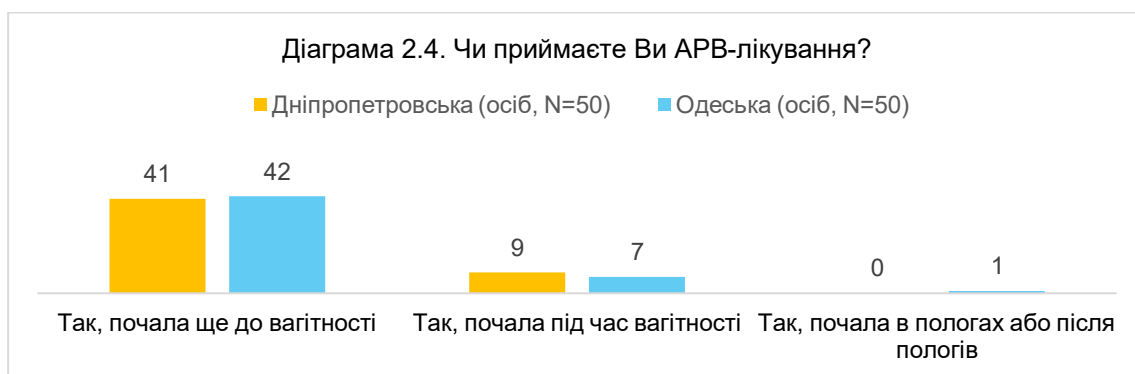
Діаграма 2.2. Чи добровільно (за власним бажанням) Ви пройшли тестування на ВІЛ?



Переважає більшість жінок дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус до настання останньої вагітності (83%). Кожна шоста учасниця опитування (16%) **дізналася про ВІЛ під час останньої вагітності**, з них 13 жінок – у 1-му триместрі, 2 жінки – у 2-му триместрі, 1 жінка – у 3-му триместрі. Одна жінка з Одеської області **дізналася про ВІЛ вже після пологів**. Див. Діаграму 2.3.



Всі жінки, без винятку, **приймали АРТ** на момент проведення опитування. Переважає більшість розпочали АРТ ще до останньої вагітності (83%). 16% респонденток розпочали АРВ-лікування під час вагітності, а одна жінка – вже після пологів. Див. Діаграму 2.4.

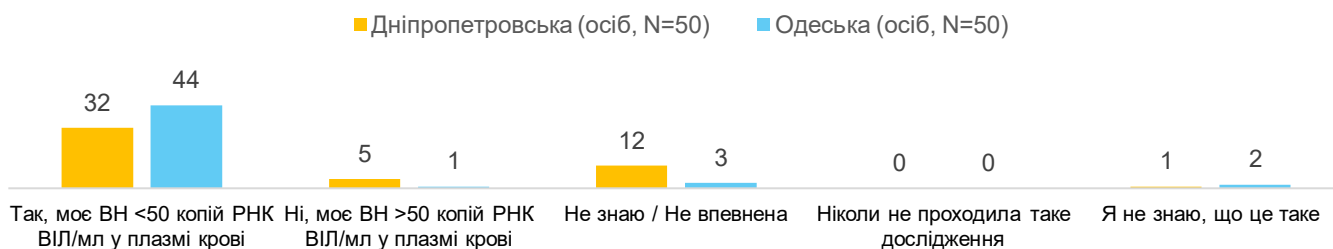


Можна засвідчити гарні показники прихильності до вірусологічного моніторингу серед опитаних жінок. Переважає більшість жінок **вимірювали вірусне навантаження** протягом останнього року, а саме: 11% – протягом останнього місяця, 33% – протягом останніх 6 місяців, 16% – від 6 місяців до 1 року тому. Водночас кожна десята респондентка (всі з Одеської області) вимірювала вірусне навантаження більше ніж рік тому (10%). Див. Діаграму 2.5.



Переважає більшість жінок **досягли вірусної супресії** (76%), а 6% респонденток зазначили, що в них визначене ВН (>50 копій РНК ВІЛ/мл у плазмі крові), з них 5 жінок – з Дніпропетровської області та 1 жінка – з Одеської області. Водночас 15% респонденток не знають або не впевнені щодо показників ВН, а 3 жінки взагалі не знають, що означає невизначене ВН. Див. Діаграму 2.6.

Діаграма 2.6. Чи досягли Ви вірусної супресії – невизначеного вірусного навантаження?



Репродуктивне здоров'я та права жінок, які живуть з ВІЛ

В питаннях, що стосуються охорони **репродуктивного здоров'я** та відповідної підтримки (включно з інформаційними послугами), респондентки переважно більшістю відповіли «Так» на наступні твердження опитувальника:

- Я могла/можу поговорити зі своїм лікарем/консультантом про мої бажання народження дітей (93%)
- Мені надали консультації про безпечне зачаття (як завагітніти, не наражаючи себе або мого партнера на ризик передачі ВІЛ або інших ІПСШ) (92%)
- Мені було надано підтримку в прийнятті рішення про те, як годувати дитину (92%)
- Мені надали рекомендації щодо розкриття свого ВІЛ-статусу партнеру та моїм дітям (83%)
- Мене підтримував/підтримує мій партнер у виборі мати чи не мати дитину/дітей (81%)
- Мене підтримував/підтримує медична(ий) працівниця/к у виборі мати чи не мати дитину/дітей (80%)
- Мені надали консультації з питань планування сім'ї та дітородіння (77%)
- Мене підтримувала/підтримує моя сім'я і оточення у виборі мати чи не мати дитину/дітей (75%)
- Я можу поговорити з іншими жінками, які живуть з ВІЛ, які дадуть поради зі здорового материнства, якщо я захочу (75%). Див. Діаграму 3.1.

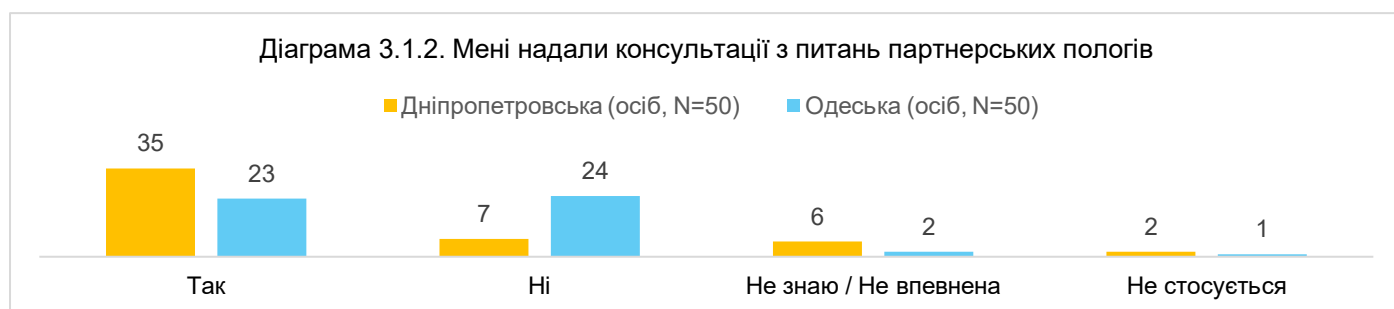
Діаграма 3.1. Репродуктивне здоров'я (осіб, N=100)



Водночас, важливо відзначити вже меншу частку жінок, які регулярно проходять профілактичні огляди/здають мазки на цитологію для ранньої діагностики раку шийки матки (РШМ) (61%), яка вкрай важлива для жінок, які живуть з ВІЛ. В першу чергу, це питання актуальне для Одеської області, де 22 жінки з 50 не проходять регулярну діагностику РШМ. Див. Діаграму 3.1.1.



Лише 58% респонденток отримали консультації з питань партнерських пологов, а майже третині – таких консультацій не надали (31%), переважно це респондентки з Одеської області. Див. Діаграму 3.1.2. Про наявні прогалини в заходах з планування сім'ї свідчить той факт, що майже у половини жінок була одна або декілька незапланованих вагітностей (47%). Лише 28% респонденток підтвердили проходження регулярних (1 раз на рік) оглядів у лікаря-мамолога, а вакцинацію від вірусу папіломи людини (ВПЛ) пройшла лише кожна десята респондентка (11%).



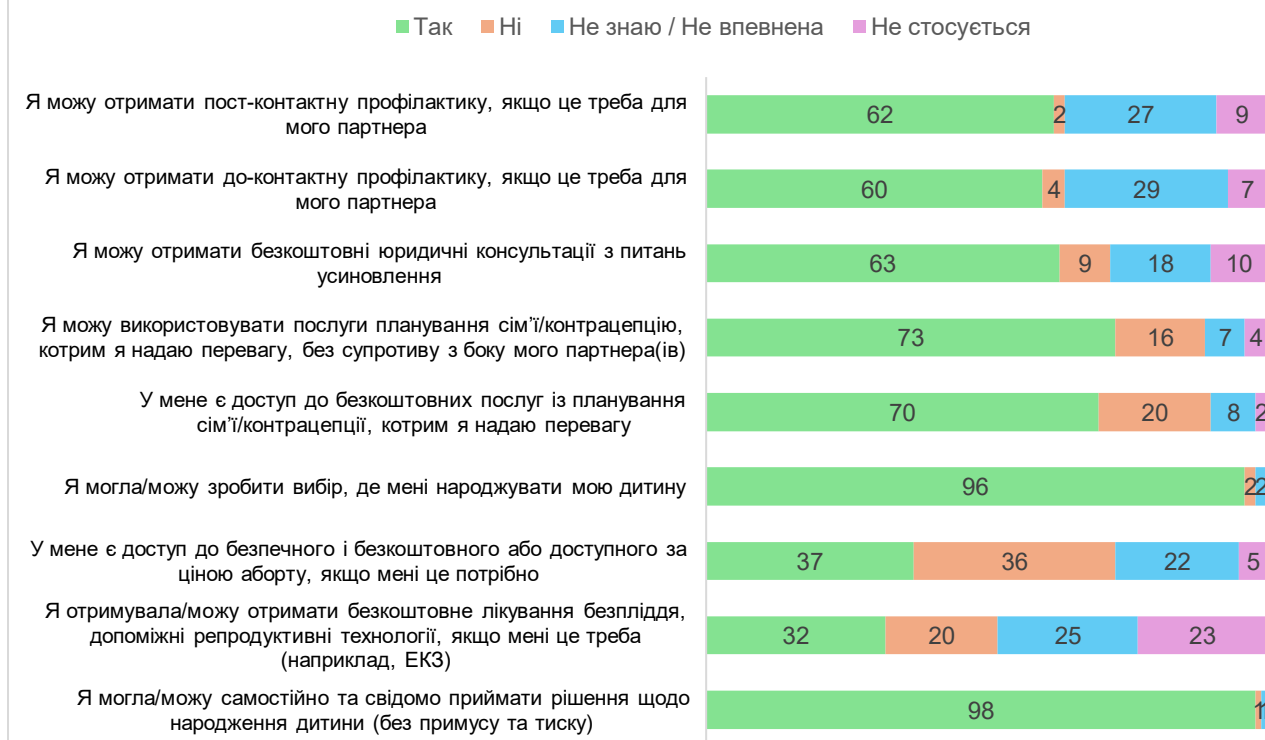
В питаннях, що стосуються охорони **репродуктивних прав** та відповідної підтримки (включно з інформаційними послугами), респондентки переважною більшістю відповіли «Так» на наступні твердження опитувальника:

- ➔ Я могла/можу самостійно та свідомо приймати рішення щодо народження дитини (без примусу та тиску) (98%);
- ➔ Я могла/можу зробити вибір, де мені народжувати мою дитину (96%);
- ➔ Я можу використовувати послуги планування сім'ї/контрацепцію, котрим я надаю перевагу, без супротиву з боку мого партнера(ів) (73%).

Меншою мірою, проте більшістю респонденток, підтверджено доступ до:

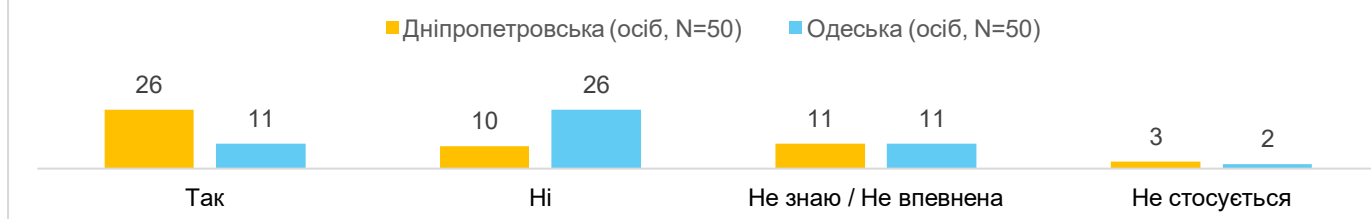
- ➔ Безкоштовних послуг із планування сім'ї/контрацепції, яким жінка надає перевагу (70%);
- ➔ Безкоштовних юридичних консультацій з питань усиновлення (63%);
- ➔ Пост-контактної профілактики, якщо це треба для партнера жінки (62%), проте додається значна частка необізнаності респонденток з цього питання (29%);
- ➔ До-контактної профілактики, якщо це треба для партнера жінки (60%), проте додається значна частка необізнаності респонденток з цього питання (27%). Див. Діаграму 3.2.

Діаграма 3.2. Репродуктивні права (осіб, N=100)



Викликає занепокоєння той факт, що лише 37% респонденток вважають, що в них є доступ до безпечного та безкоштовного або доступного за ціною абортів у разі потреби. Водночас 36% зазначили, що в них немає такого доступу, а 22% не знають або не впевнені, чи існує така можливість. Див. Діаграму 3.2.1.

Діаграма 3.2.1. У мене є доступ до безпечного і безкоштовного або доступного за ціною абортів, якщо мені це потрібно



Можливість отримання безкоштовного лікування безпліддя, допоміжних репродуктивних технологій (наприклад, ЕКЗ) підтвердила менше третини жінок (32%). При цьому, 20% вважають, що не мають такої можливості, а кожна четверта (25%) – не знає про таку можливість.

ППМД послуги під час вагітності

Більшість опитаних жінок (73%) стали на облік у зв'язку з вагітністю у першому триместрі (до 12 тижнів вагітності), а кожна четверта респондентка – після 12 тижнів вагітності (26%). Одна жінка (Дніпропетровська область) взагалі не перебувала під медичним спостереженням у лікарів у зв'язку з вагітністю. Інша жінка (Одеська область) спостерігалась як вагітна жінка без ВІЛ, оскільки діагноз було встановлено після пологів. Див. Діаграму 4.1.



Переважає більшість підтвердили отримання в медичному закладі інформаційних послуг (консультування) з питань ППМД під час поточної (або останньої) вагітності відповідно до стандартів медичної допомоги, зокрема за наступними темами:

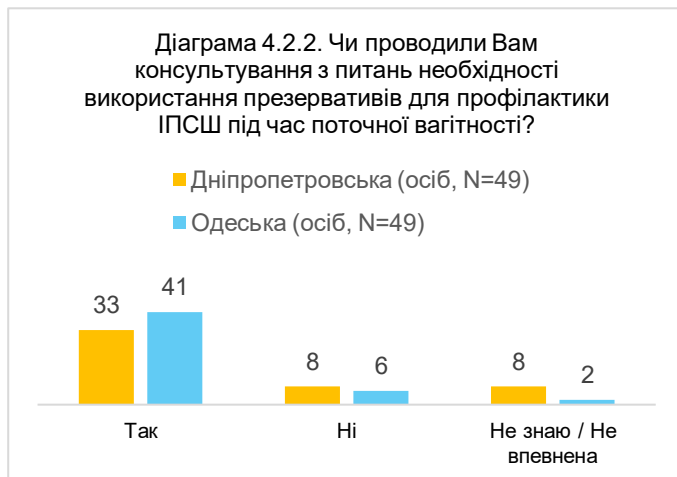
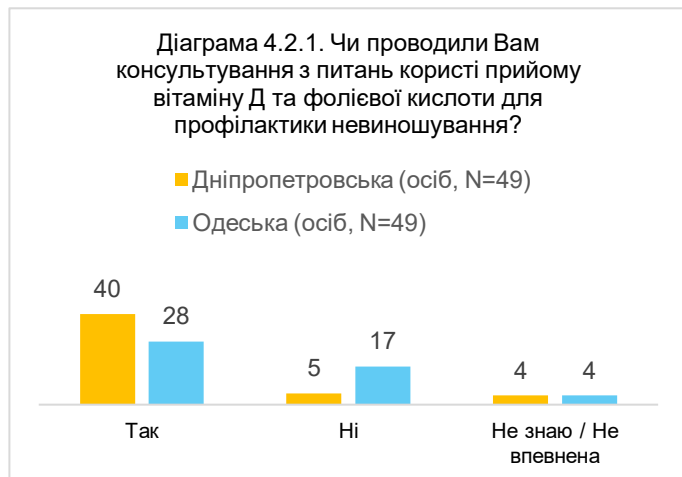
- безпечного розродження (природні (вагінальні) пологи або кесарів розтин) (97%);
- обговорення ризиків післяпологової передачі ВІЛ під час грудного вигодовування і рекомендацій з вигодовування дитини штучними дитячими сумішами (96%);
- користі та безпечності АРТ з досягненням рівня ВН<50 копій РНК ВІЛ/мл у плазмі крові (91%);
- використання ефективних методів контрацепції для попередження небажаної вагітності в майбутньому (90%);
- перелік необхідних щеплень, відповідно до індивідуального календаря щеплень (83%);
- профілактика перинатальної передачі сифілісу, вірусів гепатиту В і гепатиту С (83%);
- необхідності використання презервативів для профілактики ІПСШ під час поточної вагітності (76%).

Дещо рідше, проте для більшості респонденток, проводили консультування з питань доцільності консультування статевих партнерів (73%) та користі прийому вітаміну Д та фолієвої кислоти для профілактики невиношування (69%). Див. Діаграму 4.2.



В розрізі областей найнижчі показники охоплення інформаційною послугою зафіксовано:

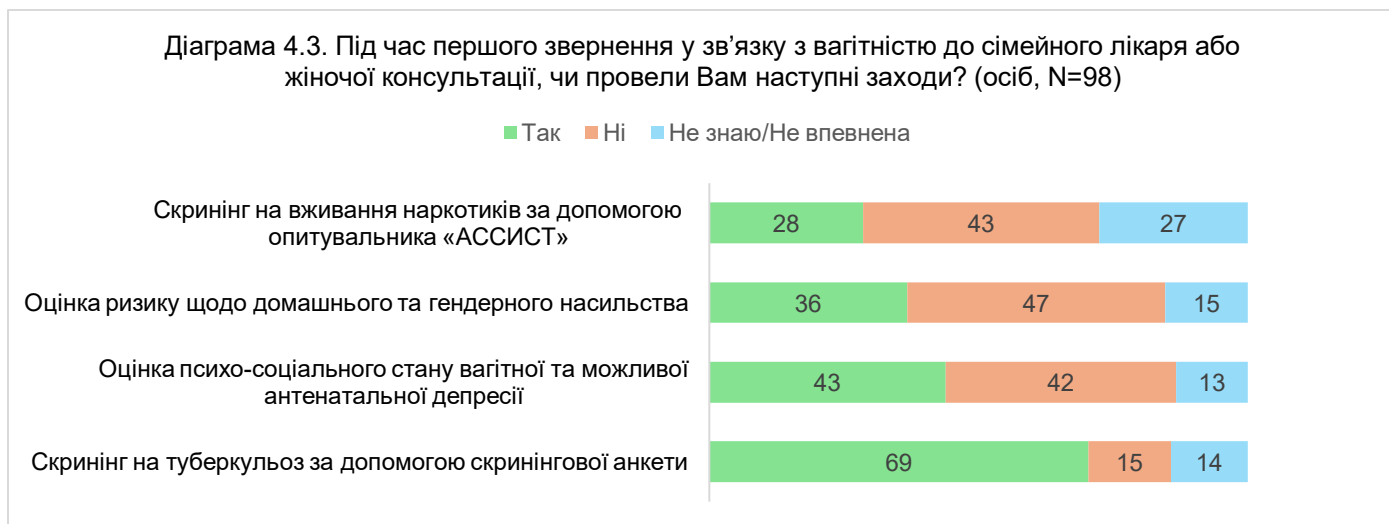
- **в Одеській області:** консультування з питань користі прийому вітаміну Д та фолієвої кислоти для профілактики невиношування (28 з 49 жінок отримували послугу, 17 – не отримували, 4 – не знають або не впевнені отримували чи ні). Див. Діаграму 4.2.1.
- **у Дніпропетровській області:** консультування з питань необхідності використання презервативів для профілактики ІПСШ під час поточної вагітності (33 з 49 жінок отримували послугу, 8 – не отримували, 8 – не знають або не впевнені чи отримували). Див. Діаграму 4.2.2.



Переважної більшості респонденток під час останньої вагітності провели скринінг на вірусні гепатити В та С (84%), для 7% – не провели, а 9% – не знають або не впевнені провели чи ні.

Під час першого звернення у зв'язку з вагітністю до сімейного лікаря або жіночої консультації, більшості респонденток провели скринінг на туберкульоз за допомогою скринінгової анкети (70%). Див. Діаграму 4.3. Інші заходи, що зазначені в стандартах медичної допомоги для вагітних ВІЛ-позитивних жінок, не проведені для більшості респонденток, а саме:

- Оцінка психо-соціального стану вагітної та можливої антенатальної депресії (44%);
- Оцінка ризику щодо домашнього та гендерного насильства (37%);
- Скринінг на вживання наркотиків за допомогою опитувальника «АССИСТ» (29%).



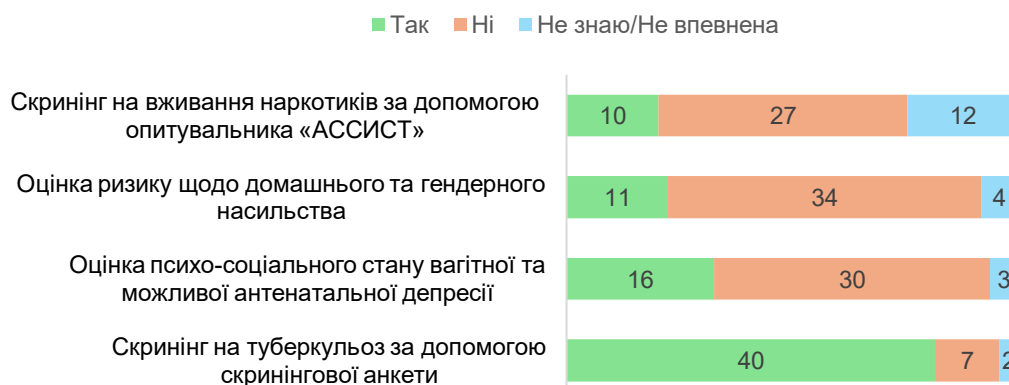
Якщо дивитись в розрізі окремих областей, то в Дніпропетровській області показник охоплення скринінгом на туберкульоз нижче порівняно з Одеською областю (29 проти 40 жінок, які підтвердили проходження скринінгу). Водночас залишається значна частка жінок (чверть респонденток з Дніпропетровської області), які не знають або не впевнені щодо проходження такого скринінгу. Див. Діаграму 4.3.1., Діаграму 4.3.2.

Діаграма 4.3.1. Дніпропетровська область: Заходи під час першого звернення у зв'язку з вагітністю до сімейного лікаря або жіночої консультації (осіб, N=49)



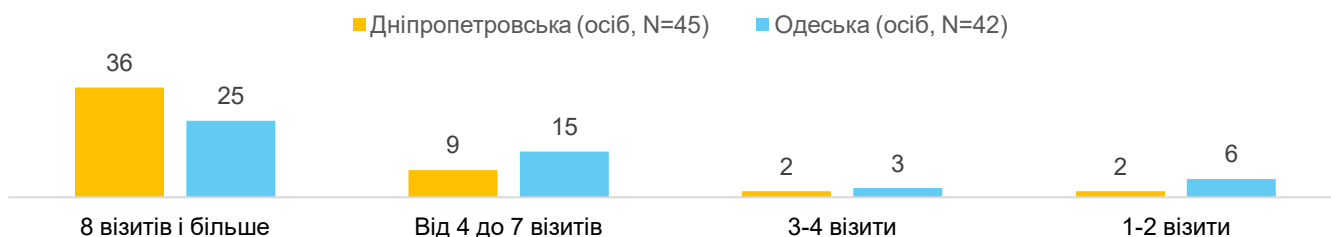
В Одеській області, на відміну від Дніпропетровської, більшість респонденток не проходили оцінку ризиків домашнього або гендерного насильства, скринінг психічного здоров'я (зокрема, можливої антенатальної депресії), а також скринінг на вживання наркотиків. Див. Діаграму 4.3.2.

Діаграма 4.3.2. Одеська область: Заходи під час першого звернення у зв'язку з вагітністю до сімейного лікаря або жіночої консультації (осіб, N=49)

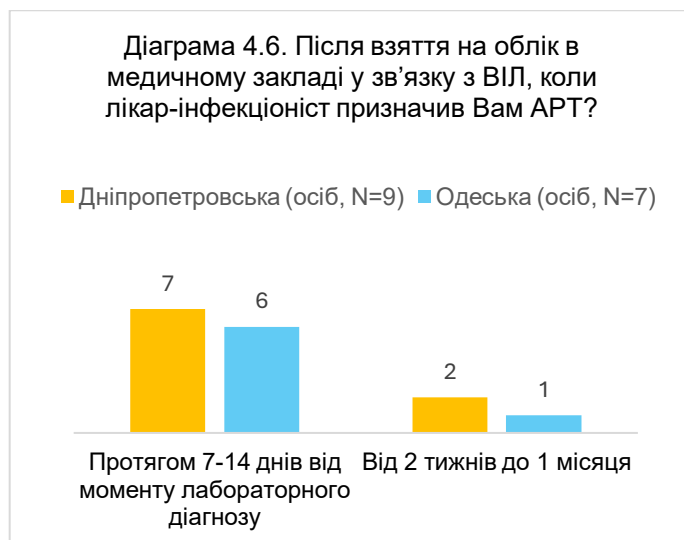


Серед жінок, у яких вагітність завершилася пологами та які спостерігалися в медичному закладі протягом вагітності (87 респонденток), можна зазначити доволі високу частоту відвідувань лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації задля спостереження за перебігом вагітності: 8 і більше відвідувань – 55%, від 4 до 7 відвідувань – 21%. Серед 7 жінок, які зазначили 1-2 візити до лікаря протягом вагітності: 3 жінки проживають в сільській місцевості (Одеська область), 2 жінки мешкають в невеликих містах (по одній в кожній області), ще 2 – в обласних центрах (Дніпро та Одеса). Див. Діаграму 4.4.

Діаграма 4.4. Як часто Ви відвідували або відвідали лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації задля спостереження за перебігом вагітності?



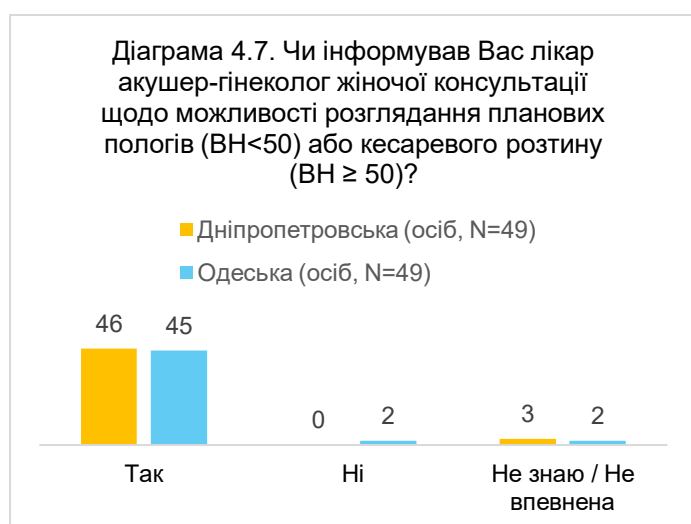
Більшість жінок, які дізналися про ВІЛ під час останньої вагітності (16 респонденток: 9 – з Дніпропетровської області, 7 – з Одеської області), були взяті на облік у медичному закладі у зв'язку з ВІЛ-інфекцією лікарем-інфекціоністом протягом 7 днів з моменту лабораторного діагнозу (11 респонденток), 3 жінки – у період від 8 днів до 2 тижнів, ще 2 жінки – від 2 тижнів до 1 місяця. Див. Діаграму 4.5. Після взяття на облік в медичному закладі у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, лікар-інфекціоніст призначив переважній більшості нововиявлених жінок антиретровірусне лікування (АРТ) протягом 2 тижнів (13 респонденток), а ще 3 жінкам – в період від 2 тижнів до 1 місяця. Див. Діаграму 4.6.



Переважна більшість жінок були проінформовані лікарем акушер-гінекологом жіночої консультації щодо можливості розглядання планових пологів (при ВН менше 50 копій РНК ВІЛ/мл) або кесаревого розтину (при ВН ≥ 50 копій РНК ВІЛ/мл) (93%). Див. Діаграму 4.7.

ППМД послуги під час пологів та після пологів

Переважна більшість жінок народили дитину після останньої вагітності (89%). У 9 респонденток вагітність на момент ще триває, 2 жінки не народили дитину. Див. Діаграму 5.1.



Переважною більшістю або більшістю респондентки підтвердили отримання в медичному закладі наступних послуг як ВІЛ-позитивні роділлі та породіллі:

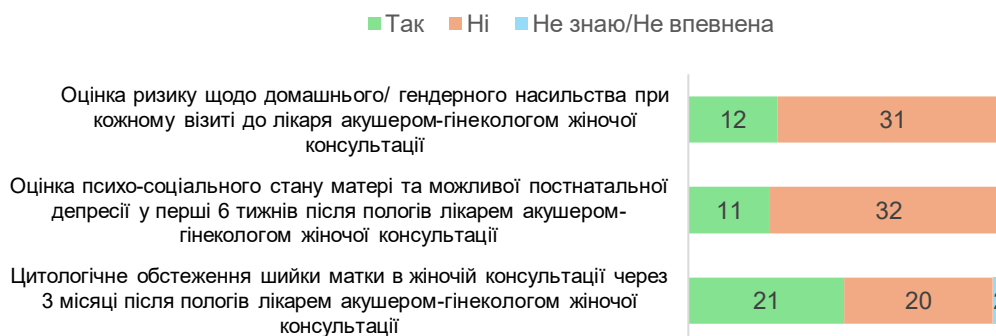
- ➔ Консультування лікарем акушером-гінекологом у пологовому будинку (відділенні) з питань штучного вигодовування дитини та прийому АРВ-препаратів дитиною (88%);
- ➔ Консультування щодо необхідності застосування лікарського засобу (каберголін) для пригнічення лактації після пологів (у разі прийняття рішення щодо штучного вигодовування) (82%);

- ➔ Медичний огляд лікаря-інфекціоніста медичного закладу у зв'язку з ВІЛ та моніторинг прихильності до АРВ-лікування після пологів протягом 4–6 тижнів після пологів (79%);
- ➔ Медичний огляд протягом 4–6 тижнів після пологів лікарем акушером-гінекологом жіночої консультації (77%);
- ➔ Консультування щодо застосування методів контрацепції у післяпологовому періоді при кожному візиті до лікаря акушер-гінеколога жіночої консультації (73%);
- ➔ Скринінгове анкетування на туберкульоз при кожному візиті до лікаря-інфекціоніста медичного закладу у зв'язку з ВІЛ (62%).

Водночас інші заходи, зазначені в стандартах медичної допомоги для ВІЛ-позитивних роділь та породіль, не були проведені для більшості респонденток, а саме:

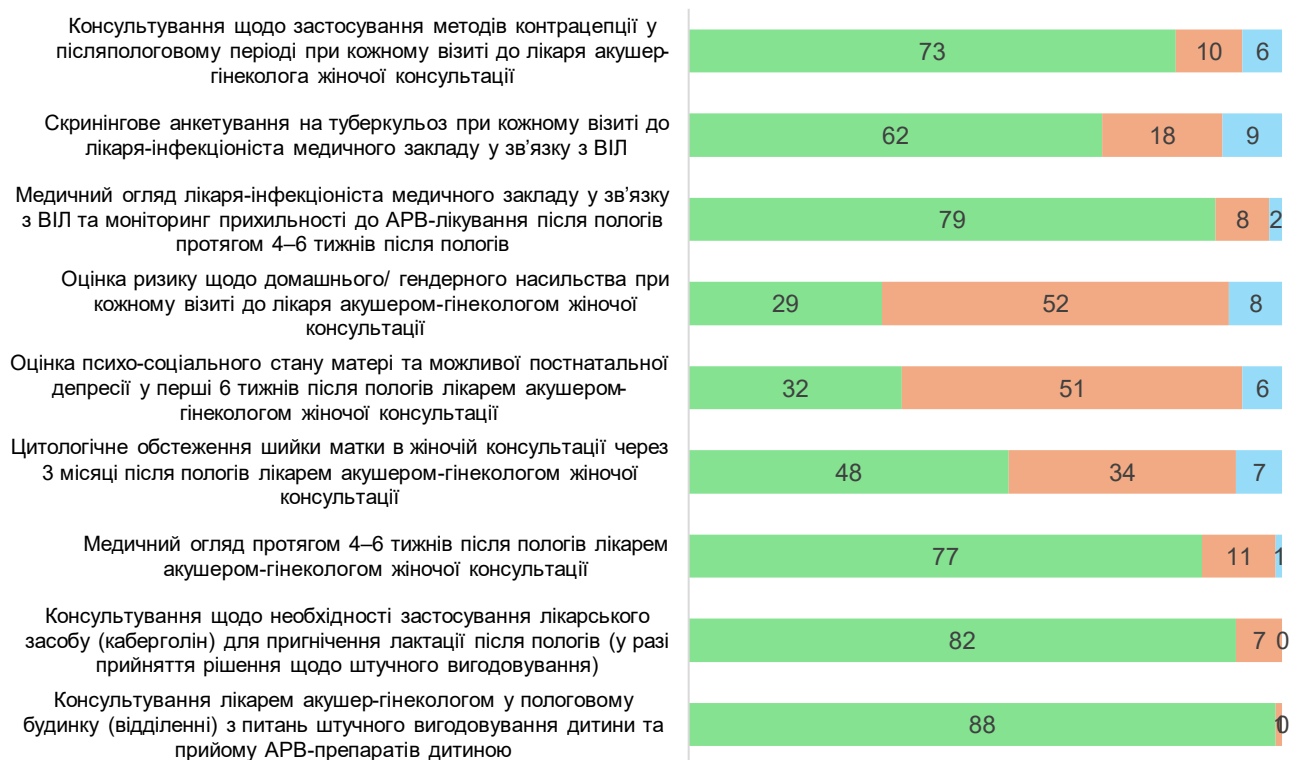
- ➔ Цитологічне обстеження шийки матки в жіночій консультації через 3 місяці після пологів лікарем акушером-гінекологом жіночої консультації (48%);
- ➔ Оцінка психо-соціального стану матері та можливої постнатальної депресії у перші 6 тижнів після пологів лікарем акушером-гінекологом жіночої консультації (32%);
- ➔ Оцінка ризику щодо домашнього/гендерного насильства при кожному візиті до лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації (29%). Див. Діаграму 5.2.

Діаграма 5.2.1. Одеська область: Чи отримали Ви наступні послуги як ВІЛ-позитивна роділь та породіль? (осіб, N=43)



Діаграма 5.2. Чи отримали Ви наступні послуги як ВІЛ-позитивна роділля та породілля? (осіб, N=89)

■ Так ■ Ні ■ Не знаю/Не впевнена



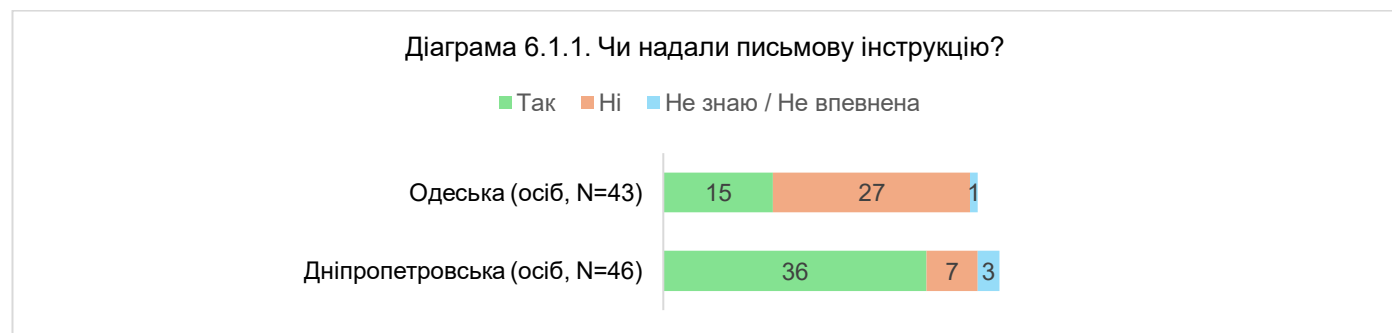
В Одеській області, на відміну від Дніпропетровської, більшість респонденток не проходили оцінку ризиків домашнього або гендерного насильства та скринінг психічного здоров'я (зокрема, можливої постнатальної депресії), а також майже половина жінок не проходили цитологічне обстеження шийки матки через 3 місяці після пологів. Див. Діаграму 5.2.1.

ППМД послуги для новонародженої дитини

Всі респондентки, які народили дитину (89 жінок: 46 – Дніпропетровська область, 43 жінки – Одеська область*), підтвердили отримання в медичному закладі наступних інформаційних послуг, що зазначені в стандартах медичної допомоги, як частина **консультування батьків/опікунів ВІЛ-експонованої дитини щодо прихильності до тривалого профілактичного прийому АРВ-препаратів дитиною** (*Одна жінка (м. Одеса) дізналася про ВІЛ після пологів, і, відповідно, вона не отримувала послуг як ВІЛ-позитивна вагітна та роділля, а її дитина – вчасні заходи з ППМД):

- інформували про шляхи передачі ВІЛ від матері до дитини та зниження цього ризику під впливом АРВ-препаратів (100%);
- розповіли про механізм дії АРВ-препаратів та про ключову роль АРВ-профілактики у пригніченні вірусу ВІЛ (100%);
- розповіли, як приймати кожен препарат (100%).
- Переважна більшість матерів також підтвердили отримання в медичному закладі таких інформаційних послуг:
- обговорили можливі перешкоди виконанню призначень та надати поради щодо їх попередження або усунення (92%);
- навчили вимірювати дозу АРВ-препарату (81%);
- порадили технічні засоби, що допомагають дотримуватись режиму прийому ліків з метою недопущення пропуску (80%);
- надали інформацію про групи взаємодопомоги ВІЛ-позитивним жінкам за принципом «рівна-рівній» (75%).

Більшості матерів надали письмову інструкцію щодо прийому препаратів дитиною (57%), проте, 34 жінки не підтвердили отримання такої письмової інструкції (38%). Див. Діаграму 6.1. Водночас 27 з 34 респонденток – це мешканки Одеської області. Тобто зазначену послугу отримала переважна більшість жінок з Дніпропетровської області (36 з 46 респонденток), на противагу Одеській області, де тільки трохи більше третини жінок стверджено відповіли на це питання (15 з 43 респонденток). Див. Діаграму 6.1.1.



Всі респондентки, які народили дитину, підтвердили отримання в медичному закладі наступної інформаційної послуги, що зазначена в стандартах медичної допомоги як частина **консультування батьків/опікунів ВІЛ-експонованої дитини щодо подальшого медичного ведення дитини**:

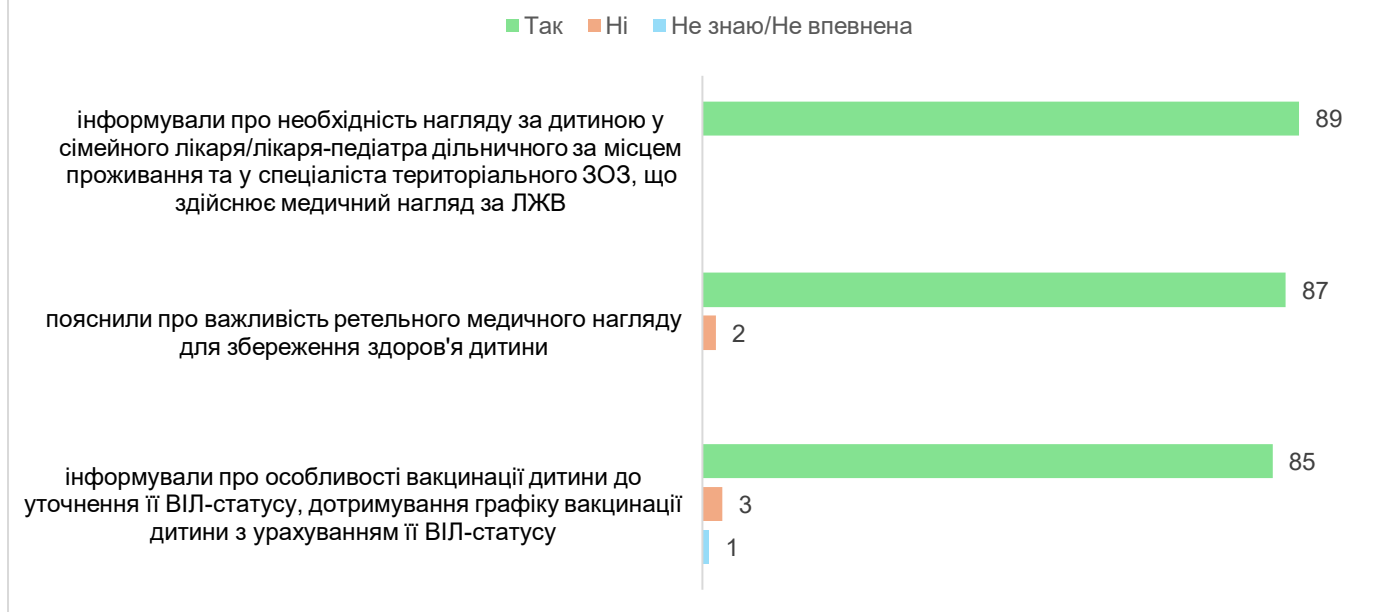
➔ інформування про необхідність нагляду за дитиною у лікаря загальної практики-сімейного лікаря/лікаря-педіатра дільничного за місцем проживання та у спеціаліста територіального ЗОЗ, що здійснює медичний нагляд за ВІЛ-позитивними людьми (100%).

Переважна більшість матерів також підтвердила отримання з боку медичних фахівчинь/ців наступних інформаційних послуг:

➔ пояснили про важливість ретельного медичного нагляду для збереження здоров'я дитини (98%);

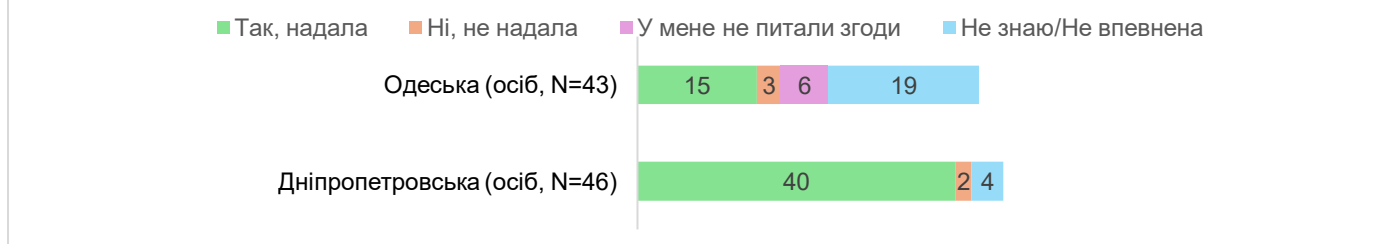
➔ інформували про особливості вакцинації дитини до уточнення її ВІЛ-статусу та необхідність дотримання графіку вакцинації дитини з урахуванням її ВІЛ-статусу (96%). Див. Діаграму 6.2.

Діаграма 6.2. Консультування з боку медичних фахівчинь/ців щодо подальшого медичного ведення дитини (осіб, N=89)



Більшість матерів (55 респонденток з 89) підтвердили надання письмової згоди батьків (опікунів) ВІЛ-експонованої дитини на проведення заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (62%). Водночас частка таких респонденток значно відрізняється між областями: у Дніпропетровській області вони становлять переважну більшість (40 респонденток з 46), тоді як в Одеській області – лише трохи більше третини (15 респонденток з 43). Крім того, в Одеській області 6 жінок повідомили, що у них не запитували згоди, а значна частка жінок (19 респонденток з 43) взагалі не знають або не впевнені, чи надавали вони згоду. Див. Діаграму 6.3.

Діаграма 6.3. Чи надали Ви письмову згоду батьків (опікунів) ВІЛ-експонованої дитини на проведення заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини?



83 матері (44 – Дніпропетровська область, 39 – Одеська область) з 89 підтвердили, що лікар-неонатолог пологового будинку (відділення пологової допомоги) призначив дитині постконтактну профілактику (ПКП) у перші 4 години життя (93%), 4 жінки (2 – Дніпропетровська область, 2 – Одеська область) не знають або вагаються з відповіддю. Двом ВІЛ-експонованим дітям з Одеської області ПКП не була призначена у перші 4 години життя (з-поміж них дитина, мати якої дізналася про свій ВІЛ-позитивний статус після пологів). 87 матерів (46 – Дніпропетровська область, 41 – Одеська область) підтвердили, що їхня дитина отримувала або наразі отримує ПКП протягом 28 днів з дня народження (98%). Дві ВІЛ-експоновані дитини з Одеської області не отримували ПКП протягом 28 днів з дня народження (з-поміж них дитина, мати якої дізналася про свій ВІЛ-позитивний статус після пологів). Майже всі жінки (88 матерів: 46 – Дніпропетровська, 42 – Одеська) підтвердили, що їхній дитині провели **перше дослідження ВІЛ-статусу** (методом ПЛР сухої краплі крові) в перші 2 дні (48 годин) від народження у пологовому будинку (відділенні) (99%). Винятком є дитина, мати якої дізналася про свій ВІЛ-позитивний статус після пологів (Одеська область). Див. Діаграму 6.4.

Діаграма 6.4. Постконтактна профілактика та перше дослідження ВІЛ-статусу дитини (ПЛР СКК) (осіб, N=89)

■ Так ■ Ні ■ Не знаю/Не впевнена



Одна жінка з-поміж 88 матерів, дітям яких провели перше дослідження методом ПЛР СКК, повідомила, що результат першого дослідження був позитивним (м. Дніпро, Дніпропетровська область). 77 жінок (38 – Дніпропетровська область, 39 – Одеська область) підтвердили, що їхній дитині проводили **друге дослідження ВІЛ-статусу** (ПЛР) у віці 1-2 місяця від народження, тоді як дітям 6 жінок – не проводили (4 – Дніпропетровська, 2 – Одеська). 4 респондентки зазначили, що їхня дитина ще не досягла відповідного віку. Див. Діаграму 6.5.1.

Діаграма 6.5.1. Чи проводили дитині друге дослідження ВІЛ-статусу (ПЛР) у віці 1-2 місяця від народження?

■ Дніпропетровська (осіб, N=46) ■ Одеська (осіб, N=42)



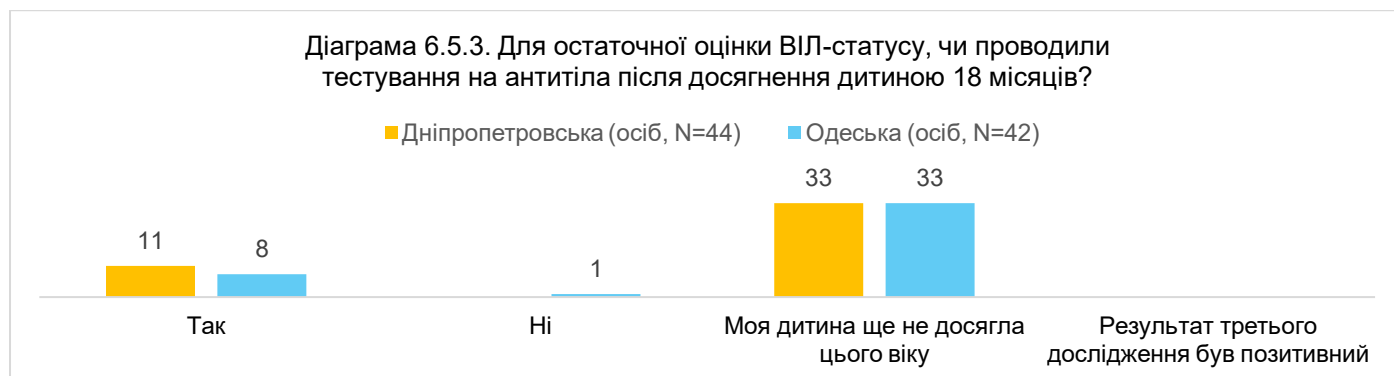
Одна жінка з-поміж 77 матерів, дітям яких провели друге дослідження ВІЛ-статусу, повідомила, що результат другого дослідження був позитивним (м. Нікополь, Дніпропетровська область). 47 жінок (26 – Дніпропетровська область, 21 – Одеська область) підтвердили проведення **третього дослідження ВІЛ-статусу** (ПЛР) у віці 3-4 місяця від народження, а дітям 11 жінок – не проводили (4 – Дніпропетровська, 7 – Одеська). 27 респонденток зазначили, що їхня дитина ще не досягла відповідного віку. Див. Діаграму 6.5.2.

Діаграма 6.5.2. Чи проводили дитині третє дослідження ВІЛ-статусу (ПЛР) у віці 3-4 місяця від народження?

■ Дніпропетровська (осіб, N=45) ■ Одеська (осіб, N=42)

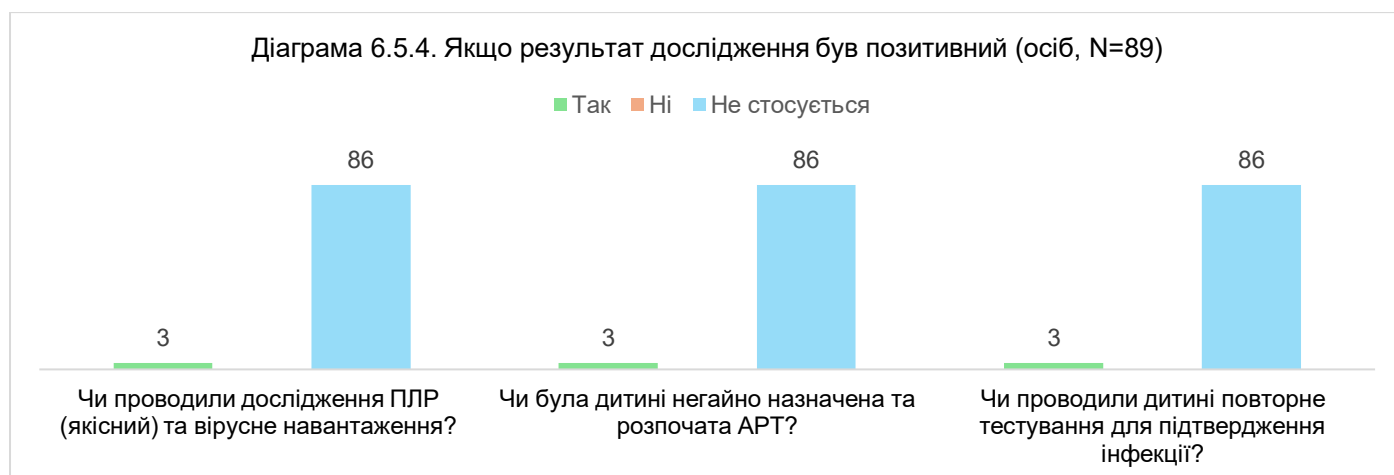


19 жінок (11 – Дніпропетровська область, 8 – Одеська область) підтвердили, що їхній дитині для остаточної оцінки ВІЛ-статусу проводили тестування на антитіла після досягнення дитиною 18-місячного віку, а дитині 1 жінки – не проводили (Одеська область). 66 респонденток зазначили, що їхня дитина ще не досягла відповідного віку. Див. Діаграму 6.5.3.



ВІЛ-експоновані діти, у яких результат дослідження ВІЛ-статусу був позитивний

Всі три матері, у дітей яких результат дослідження ВІЛ-статусу був позитивним (2 – Дніпропетровська область, 1 – Одеська область) підтвердили, що їхнім дітям проводили дослідження ПЛР (якісний) і вірусного навантаження (ВН), що їм була негайно призначена та розпочата АРТ, а також проводилося повторне тестування дітей для підтвердження інфекції. Див. Діаграму 6.5.4.



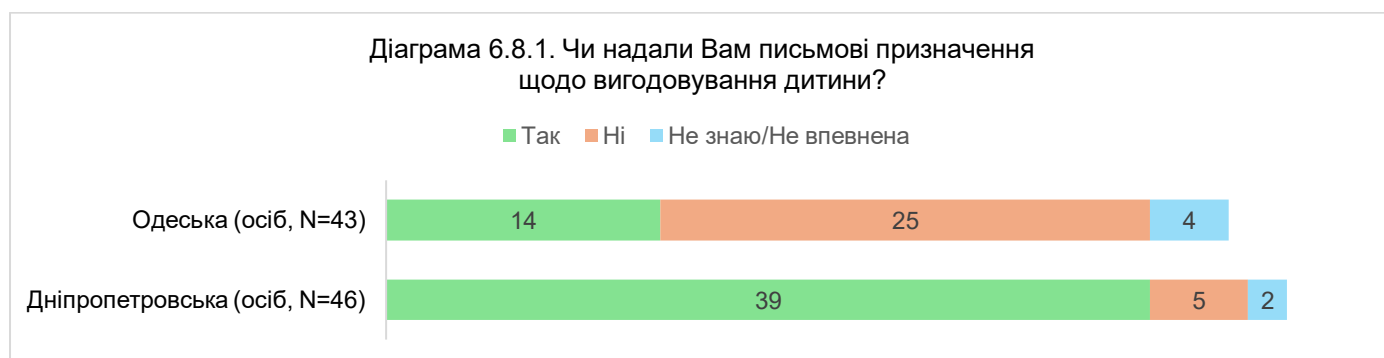
Переважна більшість з-поміж 89 матерів підтвердили, що їм завжди проводили післятестове консультування за результатами кожного обстеження дитини на ВІЛ (69 жінок: 36 – Дніпропетровська область, 33 – Одеська область) (78%), а для 12 жінок – іноді проводили (4 – Дніпропетровська, 8 – Одеська) (13%). Для 2 жінок не проводили післятестове консультування, а ще 6 жінок не знають або не впевнені проводили чи ні. Див. Діаграму 6.6.



Лише 31 жінка з 89 матерів підтвердила, що їй дитині проводили профілактику пневмоцистної пневмонії з 4-6-тижневого віку (35%), а більше половини – 46 респонденток – зазначили, що таку профілактику дитині не проводили (52%), 10 жінок не знають або не впевнені - проводили чи ні. Водночас на рівні областей ситуація значно різниться. В Дніпропетровській області частка дітей, які отримали профілактику пневмоцистної пневмонії, становить більшість (24 респондентки з 46), тоді як в Одеській області – лише кожну шосту (7 респонденток з 43). Див. Діаграму 6.7.



Більшість матерів – 53 жінки з 89 – підтвердила, що їй надали письмові призначення щодо вигодовування дитини (60%), а третина – 30 жінок з 89 – зазначили, що ні (34%). 6 жінок не знають або не впевнені надали чи ні. Знову ж таки, ситуація різниться на рівні окремих областей. Якщо в Дніпропетровській області переважній більшості матерів надали письмові призначення щодо вигодовування дитини (39 з 46), то в Одеській області – лише третині (14 з 43). Див. Діаграму 6.8.1.

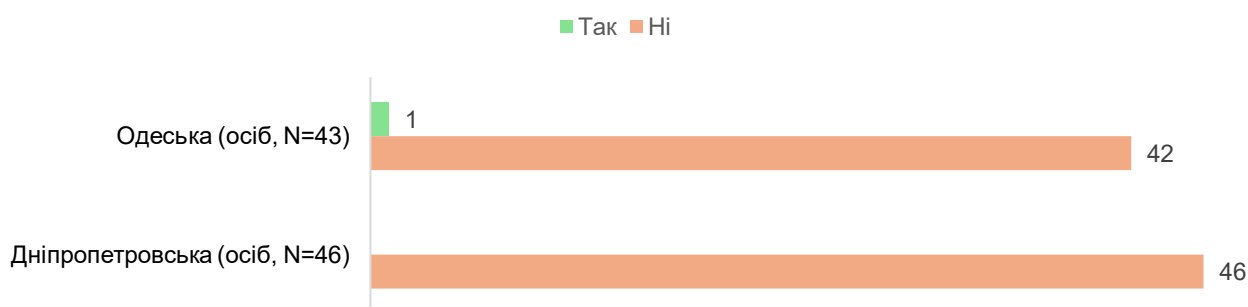


Переважній більшості матерів повідомили про фактори, що підвищують ризик передачі ВІЛ через грудне молоко, наприклад, низький рівень прихильності до АРТ, змішане вигодовування, зокрема твердою їжею (97%). Див. Діаграму 6.8.2.



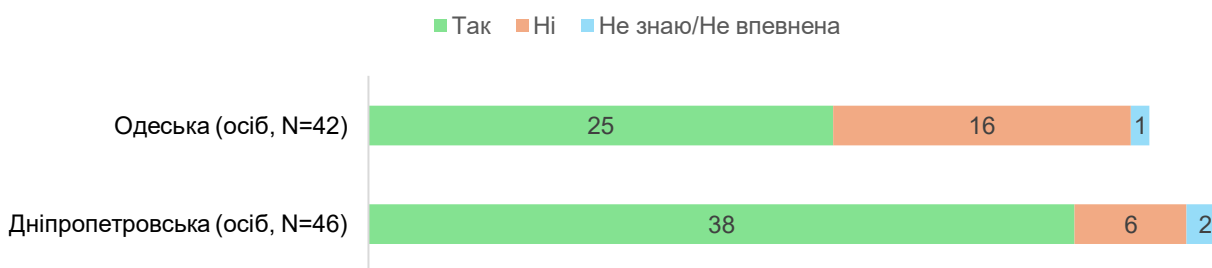
Майже у всіх матері (88 респонденток з 89) дитина перебуває на штучному вигодовуванні (99%). Винятком є жінка, яка дізналася про свій ВІЛ-позитивний статус після пологів (Одеська область). Див. Діаграму 6.8.3.

Діаграма 6.8.3. Чи годували (годуєте) Ви дитину груддю?



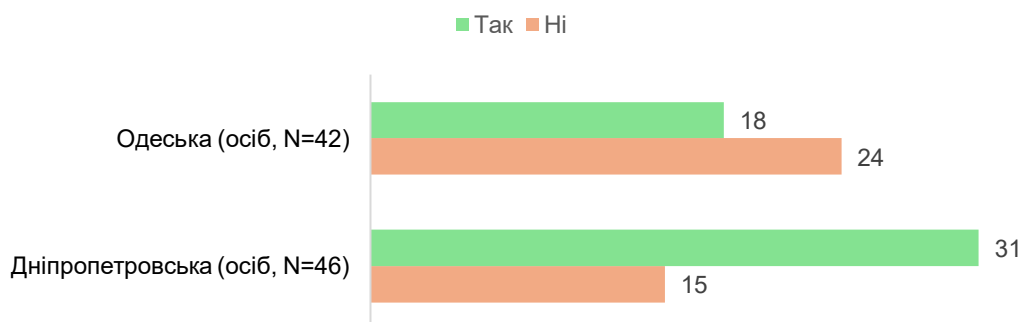
Серед 88 матерів, у яких дитина на штучному вигодовуванні, більшість – 63 жінки – підтвердили, що їх консультували медичні фахівці про порядок безоплатного отримання замінників грудного молока (72%), а кожну четверту – 22 жінки – не консультували (25%). Проте в Одеській області частка жінок, яких не консультували з приводу безоплатного отримання замінників грудного молока, у 2,7 рази вища в порівнянні з Дніпропетровською, де вже переважна більшість (38 з 46) підтвердили таке консультування з боку медичних працівниць/ків. Див. Діаграму 6.8.4.

Діаграма 6.8.4. Чи консультували Вас медичні фахівці про порядок безоплатного отримання замінників грудного молока?



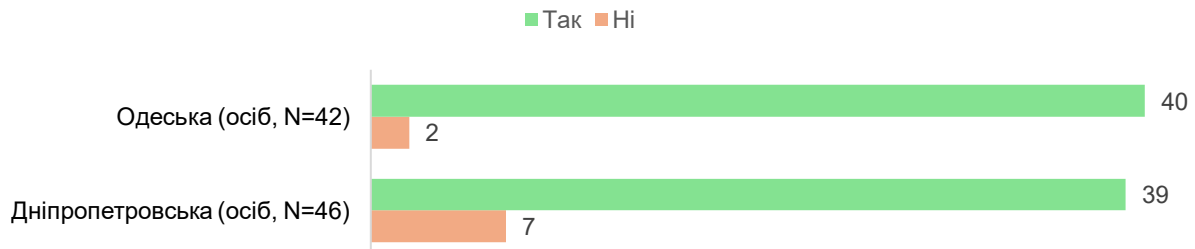
Більшість матерів – 49 жінок з 88 – підтвердили, що отримували молочні суміші від медзакладу за рахунок місцевого бюджету (безкоштовно) (56%). Проте значна частка – 39 жінок – не отримували (44%). Водночас в Дніпропетровській області молочні суміші отримували дві третини респонденток (31 з 45), а в Одеській – менше половини (18 з 42). Див. Діаграму 6.8.5.

Діаграма 6.8.5. Чи отримували Ви молочні суміші від медзакладу за рахунок місцевого бюджету (безкоштовно)?



Переважній більшості опитаних матерів (79 жінок: 39 – Дніпропетровська область, 40 – Одеська область) довелося самостійно закуповувати молочні суміші для дитини (90%), і лише одній з десяти (9 жінок, з них 7 з Дніпропетровської області) – не довелося. Див. Діаграму 6.8.6.

Діаграма 6.8.6 Чи довелося Вам самостійно заповувати молочні суміші Вашій дитині?



Досвід акушерського насильства та дискримінації

В цьому розділі онлайн опитувальника респонденткам було надані визначення та наведені приклади ключових понять акушерського насильства, а саме:

- ➔ **Словесне та інше психологічне насильство:** крики, образи, приниження, звинувачення, погрози, залякування, вимога самостійно прибирати палату або місце перебування в медичному закладі, тиск з метою проведення будь-якої процедури без обґрунтованої причини, ігнорування прохань про допомогу, ізоляція.
- ➔ **Фізичне насильство:** ляпаси, удари по деяким частинам тіла, грубе поводження, витискання плода під час перейм (техніка тиску на дно матки), грубе розведення ніг, примушування прийняти певну позу для пологів.
- ➔ **Непогоджені заздалегідь медичні процедури** тобто процедури, на які Ви НЕ давали усної або письмової згоди (Винятком є екстрені ситуації, коли під загрозою життя жінки та/або плода, а жінка знаходиться у непритомному стані): перинеотомія/епізiotомія (розріз області між вагінальним отвором та анусом), накладання акушерських щипців для вилучення плода, операція кесаревого розтину, амніотомія (примусове розривання плодового міхура), нанесення простагландинового гелю на шийку матки для стимулювання пологової діяльності, використання ін'єкцій або вагінальних таблеток для стимулювання пологової діяльності, хірургічна стерилізація (медична процедура, що унеможливило мати дітей у майбутньому), введення внутрішньоматкового контрацептиву.

Більшість респонденток не зазнавала жодної форми акушерського насильства та дискримінації (54%). Проте, на рівні областей ця частка збільшується в Дніпропетровській області (32 з 50) і зменшується в Одеській області (22 з 50). 10% респонденток відповіли «Не знаю/Не впевнена» або «Не стосується» хоча б щодо однієї форми акушерського насильства. Див. Діаграму 7.1.

Діаграма 7.1. Досвід акушерського насильства та дискримінації (осіб, N=100)



Водночас більше третини респонденток (36%) повідомили про наступні форми акушерського насильства та дискримінації, які вони зазнавали:

- ➔ Порушення конфіденційності/розголошення ВІЛ-статусу/передача інформації про стан здоров'я жінки або здоров'я її дитини без згоди жінки третім особам (18%: 8 жінок – Дніпропетровська, 10 жінок – Одеська);
- ➔ Словесне та інше психологічне насильство (15%: 6 жінок – Дніпропетровська, 9 жінок – Одеська);

- ➔ Відмова у наданні певних медичних процедур та/або послуг (8%: 4 жінки – Дніпропетровська, 4 жінки – Одеська);
- ➔ Фізичне насильство (7%: 4 жінки – Дніпропетровська, 3 жінки – Одеська);
- ➔ Непогоджені заздалегідь медичні процедури (4%: 2 жінки – Дніпропетровська, 2 жінки – Одеська). Див. Діаграму 7.1.1.



Порушення конфіденційності/розголошення ВІЛ-статусу/передача інформації про стан здоров'я жінки або здоров'я її дитини без згоди жінки третім особам відбувалося наступним чином:

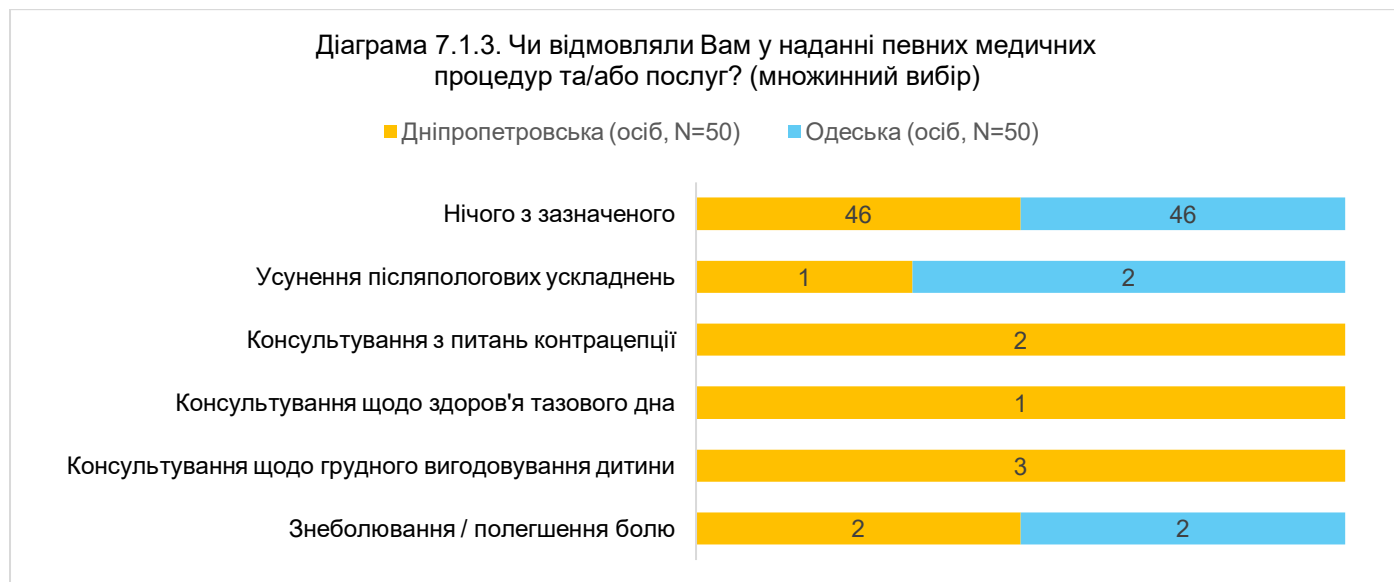
- членам родини (4 респондентки);
- іншій(ому) медичній(ому) працівниці(ку) (14 респонденток);
- працівниці соціальних служб (3 респондентки);
- іншим пацієнткам (2 респондентки);
- інше («В шкільному закладі, де навчались діти та на роботі, де я працювала» – коментар респондентки з с. Ляшківка Дніпропетровської області) (1 респондентка). Див. Діаграму 7.1.2.



Жодна з опитаних жінок не стикалася з відмовою у наданні наступних медичних процедур та/або послуг: медикаментозний (таблетки) або хірургічний аборт (0%); коагуляція шийки матки (припікання) (0%); діагностика та підтримка у зв'язку з післяпологовою депресією (0%).

Якщо розглядати медичні процедури та/або послуги, в доступі до яких 8 респонденткам було відмовлено, то список буде наступним:

- ➔ Знеболювання / полегшення болю (4 респондентки; «Знеболили, але тільки після того, як мій чоловік заплатив 100 доларів анестезіологу» - коментар респондентки з с. Вілкове, Одеської області);
- ➔ Консультування щодо грудного вигодовування дитини (наприклад, заборона грудного вигодовування замість надання інформованого вибору) (3 респондентки);
- ➔ Усунення післяпологових ускладнень (3 респондентки);
- ➔ Консультування з питань контрацепції (запобігання небажаних вагітностей) (2 респондентки);
- ➔ Консультування щодо здоров'я тазового дна (допомагає зміцнити м'язи, ослаблені вагітністю та пологами, знижуючи ризик нетримання сечі) (1 респондентка). Див. Діаграму 7.1.3



Підсумовуючи свій досвід, 86% респонденток відповіли: «Я не зазнавала акушерського насильства або дискримінації», тоді як 14% обрали відповідь: «Я зазнавала акушерського насильства та/або дискримінації». Це протирічить попереднім відповідям, де 36% вказали хоча б на одну форму насильства та/або дискримінації, і свідчить про хибне уявлення про акушерське насильство та дискримінацію та нездатність ідентифікувати ці явища у 22% жінок (10 жінок з Дніпропетровської області, 12 жінок – з Одеської області). 3-поміж них раніше повідомили:

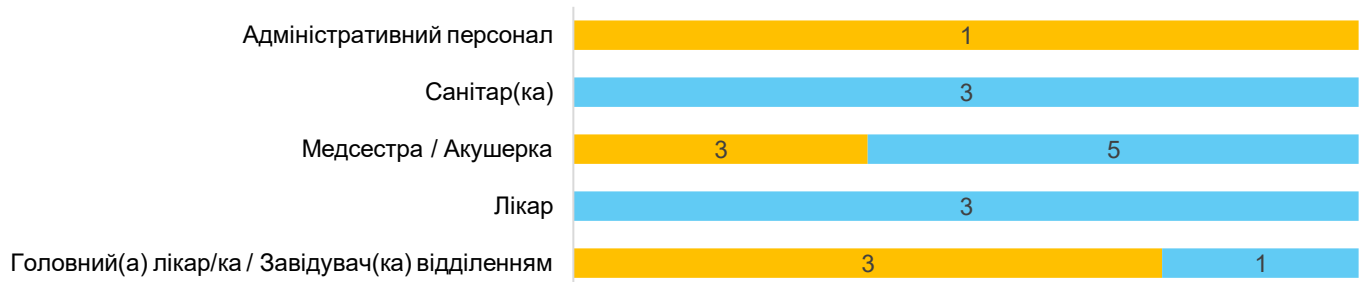
- про порушення конфіденційності/розголошення ВІЛ-статусу/передача інформації про стан здоров'я жінки або здоров'я її дитини без згоди жінки третім особам (14 респонденток);
- про відмову у наданні певних медичних процедур та/або послуг (5 респонденток);
- що зазнали психологічного насильства (4 респондентки);
- що зазнала фізичного насильства (1 респондентка);
- про непогоджені заздалегідь медичні процедури (1 респондентка).

Відповідно, лише 14 з 36 респонденток відповіли на запитання щодо того, які медпрацівниці/ки, здійснили акушерське насильство чи дискримінацію та впливу цих дій на психічне та емоційне благополуччя жінки. Серед правопорушників/ць, що здійснили акушерське насильство та/або дискримінацію, зазначені:

- медсестра / акушерка (8 респонденток);
- головний лікар / Завідувач(ка) відділенням (4 респондентки);
- лікар/ка (3 респондентки);
- санітар(ка) (3 респондентки);
- адміністративний персонал (1 респондентка). Див. Діаграму 7.2.

Діаграма 7.2. Якщо Ви зазнали якоїсь форми акушерського насильства чи дискримінації (зазначеної вище), хто її здійснив(ла) (правопорушник/ця)? (множинний вибір)

■ Дніпропетровська (осіб, N=6) ■ Одеська (осіб, N=8)

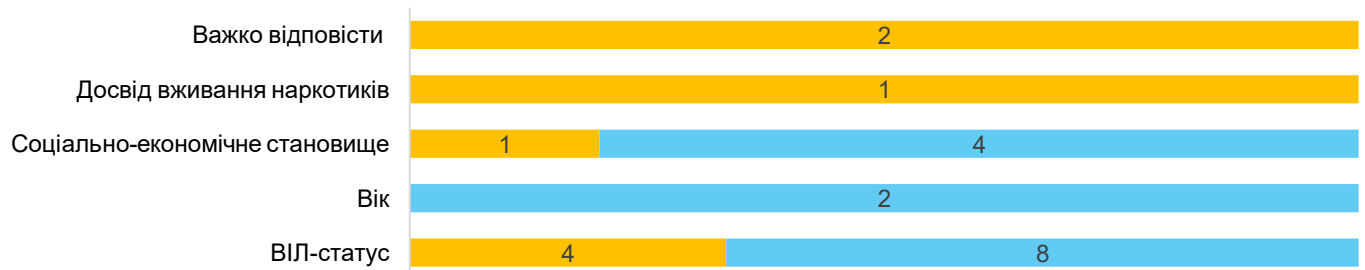


Переважає більшість серед жінок, які відповіли на запитання щодо ознаки, за якою відбувалася дискримінація у медичному закладі, вважають такою ознакою свій ВІЛ-статус:

- ВІЛ-статус (12 респонденток);
- соціально-економічне становище (5 респонденток);
- вік (2 респондентки);
- досвід вживання наркотиків (1 респондентка);
- важко відповісти (2 респондентки). Див. Діаграму 7.3.

Діаграма 7.3. На Вашу думку, за якою ознакою відбувалася дискримінація у медичному закладі? (множинний вибір)

■ Дніпропетровська (осіб, N=6) ■ Одеська (осіб, N=8)

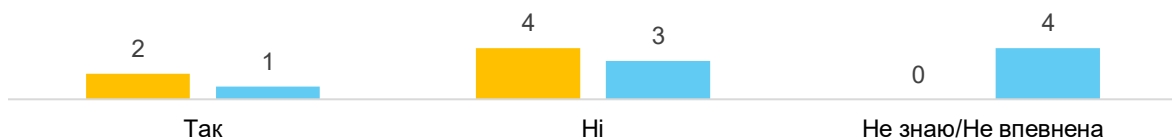


Три жінки з 14 вважають, що насильство/дискримінація завдали шкоди їхньому здоров'ю. Див. Діаграму 7.4. 10 респонденток зазначили вплив насильства/дискримінації на їхнє психічне та емоційне благополуччя, тобто як 4 респондентки не відчули наслідків:

- ➔ Легкий вплив (наприклад, стрес, тривожність) (5 респонденток);
- ➔ Помірний вплив (наприклад, депресія, втрата впевненості) (2 респондентки);
- ➔ Сильний вплив (наприклад, травма, важка депресія) (3 респондентки);
- ➔ Без наслідків (4 респондентки). Див. Діаграму 7.5.

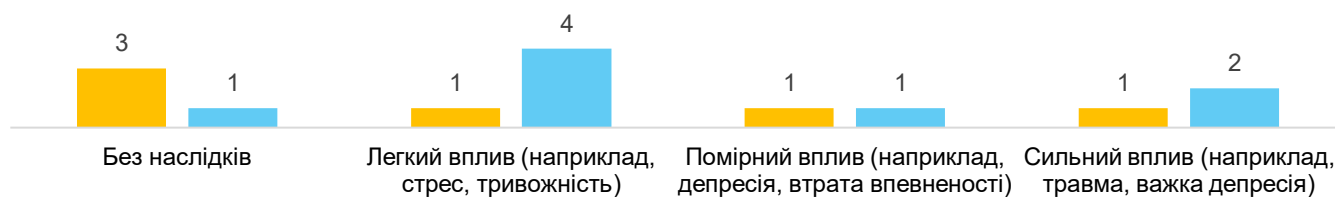
Діаграма 7.4. Чи завдали насильство/дискримінація шкоди Вашому здоров'ю?

■ Дніпропетровська (осіб, N=6) ■ Одеська (осіб, N=8)



Діаграма 7.5. Як насильство/дискримінація вплинули на Ваше психічне та емоційне благополуччя?

■ Дніпропетровська (осіб, N=6) ■ Одеська (осіб, N=8)

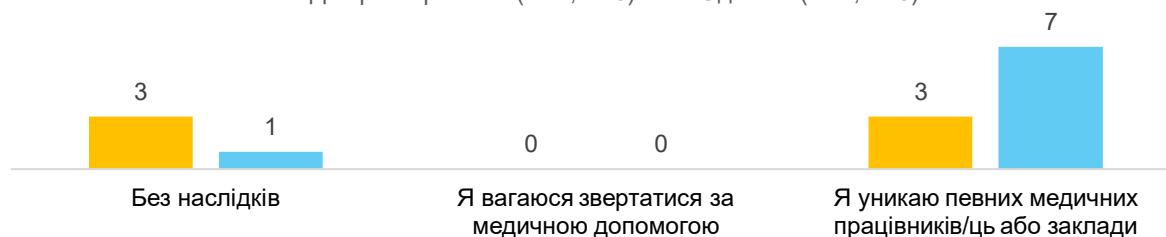


Для 10 респонденток насильство/дискримінація вплинули на їхнє бажання або рішення звертатися в майбутньому за послугами з охорони репродуктивного здоров'я, материнства, послуг у зв'язку з ВІЛ або ППМД:

- ➔ Я уникаю певних медичних працівників/ць або заклади (10 респонденток);
- ➔ Без наслідків (4 респондентки). Див. Діаграму 7.6.

Діаграма 7.6. Як насильство/дискримінація вплинули на Ваше бажання або рішення звертатися за послугами з охорони репродуктивного здоров'я, материнства, послуг у зв'язку з ВІЛ або ППМД в майбутньому?

■ Дніпропетровська (осіб, N=6) ■ Одеська (осіб, N=8)



Доступність послуг у зв'язку з ВІЛ та ППМД та перешкоди в їхньому отриманні

Географічна, адміністративна та фінансова доступність

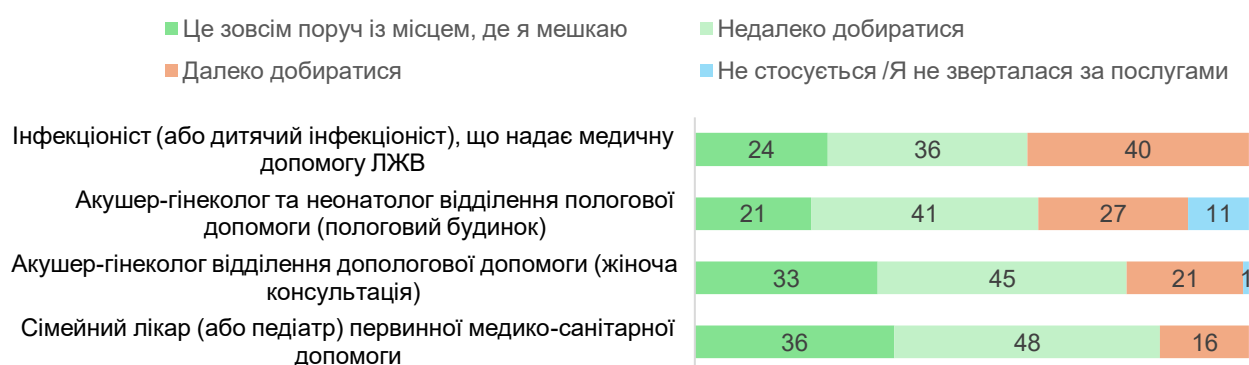
Найбільш географічно доступними для учасниць опитування є наступні спеціалісти/ки з ВІЛ та ППМД (переважна більшість обрали варіанти «Це зовсім поруч із місцем, де я мешкаю» або «Недалеко добиратися»):

- Сімейний лікар (або педіатр) первинної медико-санітарної допомоги (36% – зовсім поруч, 48% – недалеко добиратися)
- Акушер-гінеколог відділення допологової допомоги (жіноча консультація) (33% – зовсім поруч, 45% – недалеко добиратися).

Найбільш географічно віддаленими є наступні заклади або спеціаліст/ки (більше чверті обрала «Далеко добиратися»):

- Акушер-гінеколог та неонатолог відділення пологової допомоги (пологовий будинок) (30%: 27 серед 89 респонденток, яких це стосується)
- Інфекціоніст (або дитячий інфекціоніст), що надає медичну допомогу людям/дітям, які живуть з ВІЛ (40%: 17 респонденток – Дніпропетровська, 23 респондентки – Одеська). Див. Діаграму 8.1.

Діаграма 8.1. Чи далеко Вам зараз (або було) добиратися до Вашого закладу / спеціаліста/ки з ВІЛ та ППМД? (осіб, N=100)



Переважної більшості респонденток фінанси дозволяють або іноді дозволяють добиратися до ключових спеціалістів/ок з ВІЛ та ППМД:

- Сімейний лікар (або педіатр) первинної медико-санітарної допомоги (89%);
 - Акушер-гінеколог відділення допологової допомоги (жіноча консультація) (85%);
 - Акушер-гінеколог та неонатолог відділення пологової допомоги (пологовий будинок) (83%);
 - Інфекціоніст (або дитячий інфекціоніст), що надає медичну допомогу людям/дітям, які живуть з ВІЛ (86%).
- Див. Діаграму 8.2.

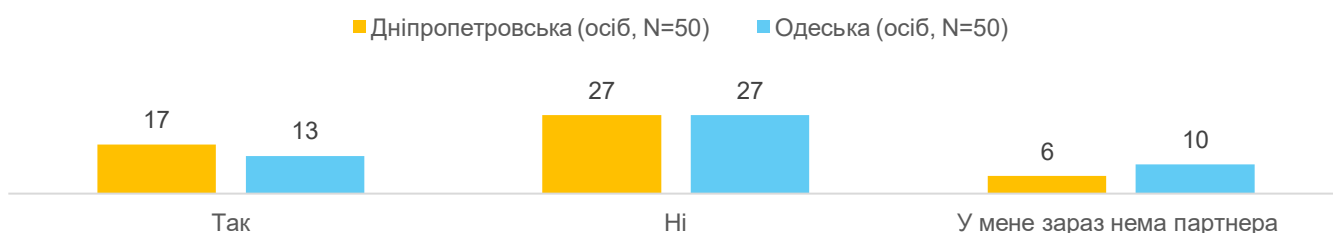
Найчастіше цей доступ стосується закладів первинної медико-санітарної допомоги та жіночих консультацій (57% відповіли «Так»). Водночас кожній п'ятій респондентці в Одеській області фінанси не дозволяють добиратися до спеціалістів/ок жіночих консультацій (10 респонденток з 50).

Діаграма 8.2 Чи Ваші фінанси дозволяють Вам добиратися до закладу / спеціаліста/ки з ВІЛ та ППМД? (осіб, N=100)



Майже кожна третя респондентка підтвердила свою **фінансову залежність від партнера або чоловіка** (30%) або більше третини серед жінок, у кого є партнер або чоловік (30 з 84). Див. Діаграму 8.3.

Діаграма 8.3. Чи залежить від Вашого партнера або чоловіка Ваш доступ до грошей, щоб оплатити транспорт до закладу/спеціаліста/ки з ВІЛ та ППМД?



У переважної більшості жінок немає зауважень щодо часу та графіку прийому фахівців/чинь, проведення аналізів, видачі АРТ в медзакладах, що надають послуги з ВІЛ та ППМД (*це питання не стосується відділення пологової допомоги/пологових будинків):

- Сімейний лікар (або педіатр) первинної медико-санітарної допомоги (91%);
- Акушер-гінеколог відділення допологової допомоги (жіноча консультація) (92%);
- Інфекціоніст (або дитячий інфекціоніст), що надає медичну допомогу людям/дітям, які живуть з ВІЛ (91%).
Див. Діаграму 8.4.

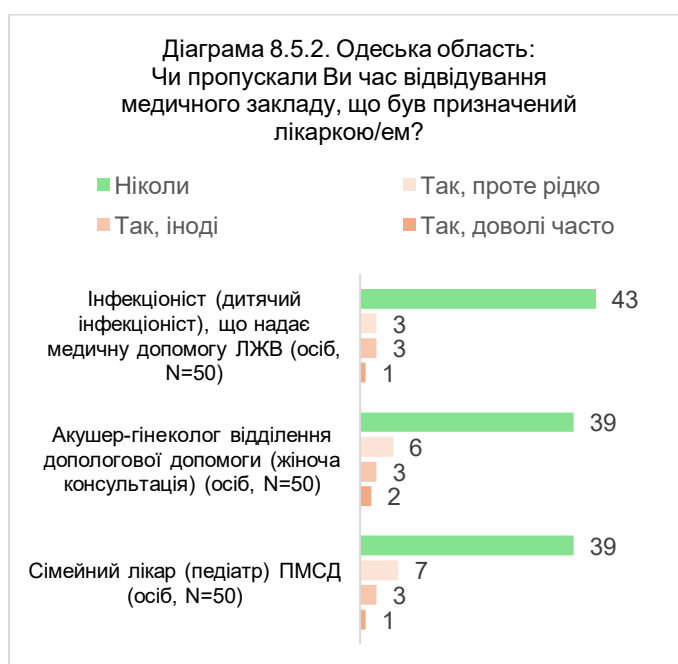
Водночас кожна десята респондентка в Дніпропетровській області вважає не зручним час роботи спеціалістів/ок ПМСД (5 з 50) та закладів, що надають медичну допомогу ЛЖВ (5 з 50).



Найкращу частоту відвідувань, що були призначені лікаркою/ем, респондентки демонструють стосовно відвідувань інфекціоністів, які надають медичну допомогу людям/дітям, які живуть з ВІЛ (переважна більшість зазначила, що ніколи не пропускала час відвідування медичного закладу):

- Інфекціоніст (або дитячий інфекціоніст), який надає медичну допомогу людям/дітям, які живуть з ВІЛ (80%);
- Акушер-гінеколог відділення допологової допомоги (жіноча консультація) (70%);
- Сімейний лікар (або педіатр) первинної медико-санітарної допомоги (68%).

Загалом, 61 учасниця опитування повідомила, що ніколи не пропускала відвідувань. Водночас кількість жінок, які пропускали прийоми зазначених спеціалістів/ок, значно вища в Дніпропетровській області порівняно з Одеською (25 та 14 відповідно). Найчастіше жінки з Дніпропетровської області пропускали відвідування сімейного лікаря (або педіатра) первинної медико-санітарної допомоги (4 – доволі часто, 6 – іноді). Див. Діаграми 8.5.1 та 8.5.2.



Що стосується **причин пропуску або пропусків відвідувань**, то слід зазначити, що вплив війни значно більшою мірою відчувають мешканки Дніпропетровської області, а страх стигми та дискримінації, як причину пропуску, відмітили виключно респондентки з Дніпропетровської області:

- ➔ Фінансова неспроможність (17 респонденток: 9 – Дніпропетровська, 8 – Одеська);
- ➔ Зайнятість на роботі або хатня праця (14 респонденток: 8 – Дніпропетровська, 6 – Одеська);
- ➔ Поганий стан здоров'я, включно психічне здоров'я (панічна атака, депресія тощо) (11 респонденток: 7 – Дніпропетровська, 4 – Одеська);
- ➔ Тягар догляду за іншими членами родини (8 респонденток: 6 – Дніпропетровська, 2 – Одеська);
- ➔ Через наслідки збройної агресії росії проти України (обстріли, порушення транспортної інфраструктури, повітряні тривоги тощо) (7 респонденток: 6 – Дніпропетровська, 1 – Одеська);
- ➔ Страх стигми та дискримінації (3 респондентки: 3 – Дніпропетровська). Див. Діаграму 8.6.

Серед інших причин жінки (3 респондентки) зазначили наступні: «Не було на кого залишити дітей», «Погані стосунки з сімейним лікарем» (Дніпропетровська область), «Хворіла дитина» (Одеська область).



42 учасницям опитування (12 – Дніпропетровська область, 30 – Одеська область) **доводилося платити** за медичні послуги в комунальному закладі, зокрема:

- ➔ Під час вагітності (39%: 10 респонденток – Дніпропетровська область, 29 респонденток – Одеська область)
- ➔ Під час пологів (34%: 7 респонденток – Дніпропетровська область, 23 респондентки – Одеська область)
- ➔ У післяпологовому періоді (21%: 6 респонденток – Дніпропетровська область, 13 респонденток – Одеська область)
- ➔ У зв'язку із доглядом за ВІЛ-експонованою дитиною (8%: 3 респондентки – Дніпропетровська область, 4 респондентки – Одеська область).

Знову ж таки, варто підкреслити, що ситуація значно різниться на рівні областей. Якщо в Дніпропетровській області, про оплату за медичні послуги повідомила майже кожна четверта респондентка, то в Одеській – більше ніж кожна друга. Див. Діаграму 8.7.1 та Діаграму 8.7.2.

Переважна більшість серед жінок, яким довелося оплачувати медичні послуги, живуть в бідності. 14 респонденток (5 – Дніпропетровська, 9 – Одеська) раніше повідомляли, що грошей в їхньому домогосподарстві не зовсім вистачає на оплату щоденних потреб, а 20 респонденток (5 – Дніпропетровська, 15 – Одеська) – що їх зовсім не вистачає.

Майже половина цих жінок проживає в обласному центрі (20 респонденток: 5 – Дніпропетровська, 15 – Одеська). Трохи менше – 18 жінок – мешкають в сільській місцевості (6 – Дніпропетровська, 12 – Одеська), а 4 респондентки – це мешканки невеликих міст (1 – Дніпропетровська, 3 – Одеська).



Саме респондентки з Одеської області надали найбільш детальні та розгорнуті відповіді на відкрите запитання опитувальника щодо закладів та медичних послуг, за які їм довелося сплачувати, назвали посади та ПІБ деяких медпрацівників/ків, а також суми сплачених платежів. Найчастіше згадувалися пологові будинки, зокрема Одеський обласний перинатальний центр. Крім того, жінки з Одеської області наводили приклади способів стягування коштів за послуги, зокрема неправомірну вимогу оплати, тиск на жінку та/або її чоловіка, а також випадки зневажливого ставлення з боку медперсоналу та акушерського насильства.

Нижче наведені цитати респонденток у відповідь на відкрите запитання: «Якщо Ви відповіли «Так» хоча б один раз у попередньому питанні, то розкажіть, будь ласка, кому, в якому закладі, за яку послугу і яку суму Ви платили в комунальному медичному закладі». Відповіді надали 35 респонденток (6 – Дніпропетровська, 29 – Одеська) з-поміж 42 жінок, яких стосувалося це запитання (доволі часто, або іноді, або рідко доводилося платити за медичні послуги). 6 респонденток нічого не відповіли, а одна відповіла: «Не пам'ятаю».

Дніпропетровська область

Відповідь респондентки	Населений пункт
Коли я планувала вагітність, я звернулася до лікаря держ.закладу, але у приватному порядку. Я платила за кожен візит при вагітності, але це було з моєї ініціативи 300-500 грн. Пологи були методом кесаревого розтину і також під час операції мені додатково видаляли вузли (фіброміома). Про все ми домовлялись заздалегідь, це коштувало 12000 грн. + перелік медикаментів приблизно 5000 грн. Ми вибрали платну палату сумісного перебування за тарифами пологового будинку - 2500грн. за весь час перебування (ми були 10 днів). Окремо за уколи, крапельниці чи інші процедури я не платила	Дніпро
В період вагітності платила тільки за УЗД/скринінг до 500 грн	Дніпро
За аналізи	с. Манвелівка, Васильківський район
Пологовий на Леніна – здача ЕКГ перед записом на пологи	Дніпро
Заплатила 15000 грн за пологи, кесарів розтин	Дніпро
4500 грн в Мечникова за епідуральну анестезію	с. Голубівка, Новомосковський район

Одеська область

Відповідь респондентки	Населений пункт
7 пологовий будинок м. Одеса	Одеса
Деякі аналізи в поліклініці за місцем проживання	с. Олександрівка
Одеський обласний перинатальний центр	с. Ширяєво
Після того, як зробили кесарів розтин, дали лист з ліками, щоб купила або заплатити і вони самі куплять	Рені, Ізмаїльський район
Був платний кесарів розтин	Біляївка
Одеса, 4 пологовий, жіноча консультація на вул. Сергія Ядова 11	Одеса
2й пологовий, Одеса. Плата за палату (мене поклали у окрему), наркоз, кесарів розтин та перев'язка труб. Я вже не пам'ятаю скільки, кому, але все це обійшлося приблизно у 40000 грн	с. Прилиманское с/к Авангард-2
За анестезію 1000 грн	Одеса
Одеський обласний пологовий будинок, платила повністю за всі аналізи та за відділення. Аналізи по 450 та 250 грн. збирають акушерки. За УЗД також платила 200 грн, за доплер, який роблять дуже часто платила вперше 200 грн, потім кожного разу по 100 грн. Лікарці Б., яка проводила пологи, заплатила 200 доларів і 2000 анестезіологам. УЗД дитині також платне - 200 грн. В післяпологовому відділенні також беруть за аналізи та дуже погане відношення до породіль. Лікарі гінекологи без грошей нічого робити не будуть, ще й беруть гроші за виписку 450 грн.	с. Кам'янка, Біляївський район
Обласний Одеський пологовий будинок. Аналізи крові, УЗД, давала гроші на ліки. Санітарці за прибирання. Медсестрам, щоб були уважні та ввічливі.	Одеса
7 пологовий будинок Одеса	Одеса
Одеський обласний пологовий. Сплачували за аналізи, додаткові засоби дезінфекції, винагороду медпрацівникам	с. Крижанівка
Обласний пологовий м. Одеса. Аналізи, діагностику, платила за пологи акушерці й лікарю платила.	Одеса
7-й пологовий будинок. Сплачувала аналізи, УЗД, ліки	Одеса
1-й пологовий будинок м. Одеса. УЗД, аналізи крові, мочи, давала гроші на відділення, і на дитяче відділення	с. Доброолександрівка
Пологовий номер 5. Вимагали гроші за стерилізацію пляшечки кожен день. Оплата після кесаревої розтину	Одеса
В пологовому будинку 4 Одеса (усім хто приймав пологи), а потім головний лікар натякав на те, що педіатру треба теж дати гроші ...і нажалі дала, була після наркозу і не дуже була при пам'яті	с. Фонтанка
4 пологовий будинок м. Одеса	Одеса
Оплата за УЗД та аналізи у жіночій консультації	смт. Авангард
За аналізи в Смартлаб та УЗД	Одеса
Обласний пологовий будинок. Платила за аналізи, дезінфекції, УЗД	Одеса
Пологовий будинок #5. Там я народжувала у 2023му. Анестезіолог Б.Д. дуже наполягав на оплаті епідуралки, запевняючи мого чоловіка, що за це вони, лікарі платять зі свого карману, особисто закупаючи. В той момент не було сил сперечатися та щось доказувати. Було прийняте рішення заплатити. Також він ганьбив мене у потугах при персоналі, приговорюючи, що таких крикливих (я кричала в потугах), незібраних, лінивих як я він ще не бачив. Що я перша в його практиці, хто не може в потугах за годину двадцять хвилин народити і ще й соплі на кулак тут намотую. Весь інший персонал йому потроху затикали рота та робили зауваження. Інший	с. Вілкове

персонал я віддячила грошима добровільно. Єдине, що хотіла б зауважити, хоча, може це і не стосується теми. Ніхто з мед персоналу не задав мені жодного питання та не надав консультації щодо пуповинної крові, яку вони забрали та швиденько віднесли до холодильної камери. Ставка була зроблена на те, що я не помічу. Але я помітила. І на наступний день, навіть, ставила питання. Але з мене зробили дурепу, легенько з'їхавши з теми.	
2 пологовий будинок м. Одеса, сплачувала УЗД, аналізи	с. Старокозаче
Здача аналізів	Одеса
В Одеському обласному пологовому, одразу після пологів, але я відповіла, що не маю коштів тільки 500 грн., то 300 взяли за укол і 200 вдячність	Одеса
Обласний пологовий. Сплачувала за аналізи, УЗД, винагороду за пологи	Одеса
За анестезію 2000	с. Миколаївка, Білгород-Дністровський район
Дослідження	Біляївка
Обласний пологовий м. Одеса. УЗД, аналізи крові, кардіограма серця, УЗД серця, бронхоскопію, за прийом педіатра, за спермограму	с. Усатове

Послуги у зв'язку з ВІЛ та ППМД на базі ВІЛ-сервісних неурядових організацій

Найпоживаними ППМД послугами на базі ВІЛ-сервісної неурядової організації (НУО) для респонденток є такі (отримували 90% і більше респонденток):

- Консультування щодо наявних медичних послуг з попередження передачі ВІЛ від матері до дитини (очне, онлайн, боти тощо) (80% – постійно, 7% – іноді, 5% – одноразово);
- Консультації з питань безпечного годування дитини (79% – постійно, 10% – іноді, 2% – одноразово);
- Консультування батьків/опікунів ВІЛ-експонованої дитини щодо медичного ведення дитини (25% – постійно, 41% – іноді; 24% – одноразово). Див. Діаграму 9.1.

Діаграма 9.1. Послуги у зв'язку з ВІЛ та ППМД на базі ВІЛ-сервісної НУО (N=100)



Переважна більшість респонденток постійно або іноді отримувала наступні послуги у зв'язку з ВІЛ та ППМД на базі ВІЛ-сервісної НУО:

- Формування та моніторинг прихильності і прийому АРВ-препаратів, моніторинг проведення дослідження ВН ВІЛ-позитивної вагітної жінки (81%);
- Інформування про порядок безоплатного отримання замінників грудного молока за рахунок місцевого бюджету (81%);
- Консультації ВІЛ-позитивної вагітної жінки за принципом «рівна-рівній» (80%);
- Забезпечення своєчасного проведення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дитини методом ПЛР (для оцінки ВІЛ-статусу дитини) (78%);

- Консультування з питань чинного законодавства і пільг для матері та дитини, включаючи юридичне та/або параюридичне консультування та/або супровід (оформлення документів, пільг, виплат) (76%).

Більшість респонденток постійно або іноді отримувала наступні послуги у зв'язку з ВІЛ та ППМД на базі ВІЛ-сервісної НУО (значна частка одноразових послуг додається):

- Групи підтримки для жінок, які живуть з ВІЛ (69%);
- Доставка АРТ (69%);
- Здійснення захисту прав та інтересів матері і/або дитини у випадку дискримінації або насильства в медичних закладах (60%);
- Видача ліків (окрім АРТ) (60%);
- Гуманітарна допомога, окрім харчів та ліків (гігієнічні набори, підгузки, одяг, павербанк тощо) (52%; і на додаток 13% – одноразово);
- Видача дитячого харчування для ВІЛ-експонованих дітей (50%; і на додаток 11% – одноразово).

Також більшість респонденток отримувала харчову підтримку (продуктові набори), проте з меншою регулярністю порівняно з вищезазначеними послугами (19% – постійно; 26% – іноді; 22% – одноразово). Вже меншою мірою (менше половини респонденток) користувалися наступними послугами на базі НУО:

- Грошова підтримка, оплата діагностики ВІЛ-позитивної вагітної, породіллі або дитини (17% – постійно; 24% – іноді; 8% – одноразово);
- Скерування або супровід до профільних спеціалісток/ів (нарколог, фтизіатр, інфекціоніст, педіатр тощо) (16% – постійно; 24% – іноді; 1% – одноразово);
- Консультації психологині та/або психотерапевтки та/або психіатрки (17% – постійно; 20% – іноді; 4% – одноразово);
- Скринінг депресії (25% – постійно; 27% – іноді; 3% – одноразово);
- Оцінка ризиків домашнього або гендерного насильства (17% – постійно; 14% – іноді; 9% – одноразово).

Найменш споживаними послугами НУО серед учасниць опитування є:

- Захист від насильства (перебування в шелтері / прихистку / кризовому центрі / кризовій квартирі) (6% – постійно; 4% – іноді; 2% – одноразово);
- Евакуація / Транспортування в безпечніше місце (у зв'язку із військовою агресією росії проти України) (5% – постійно; 2% – іноді; 2% – одноразово);
- Оплата психіатричного лікування (2% – постійно; 1% – іноді; 1% – одноразово).

Задоволеність якістю послуг у зв'язку з ВІЛ та ППМД

Найвищий рівень задоволеності ППМД послугами респондентки демонструють щодо ВІЛ-сервісних НУО (51% – задоволені, 38% – дуже задоволені) та ЗОЗ, що надають послуги людям, які живуть з ВІЛ (59% – задоволені, 22% – дуже задоволені). Найвищий рівень незадоволеності послугами респондентки виявили до пологових будинків (відділень пологової допомоги) (15% – зовсім незадоволені, 9% – незадоволені), в першу чергу це стосується жінок з Одеської області. Див. Діаграму 10.1. та Діаграму 10.1.3.



Діаграма 10.1.3. Задоволеність послугами – Пологовий будинок (відділення пологової допомоги)

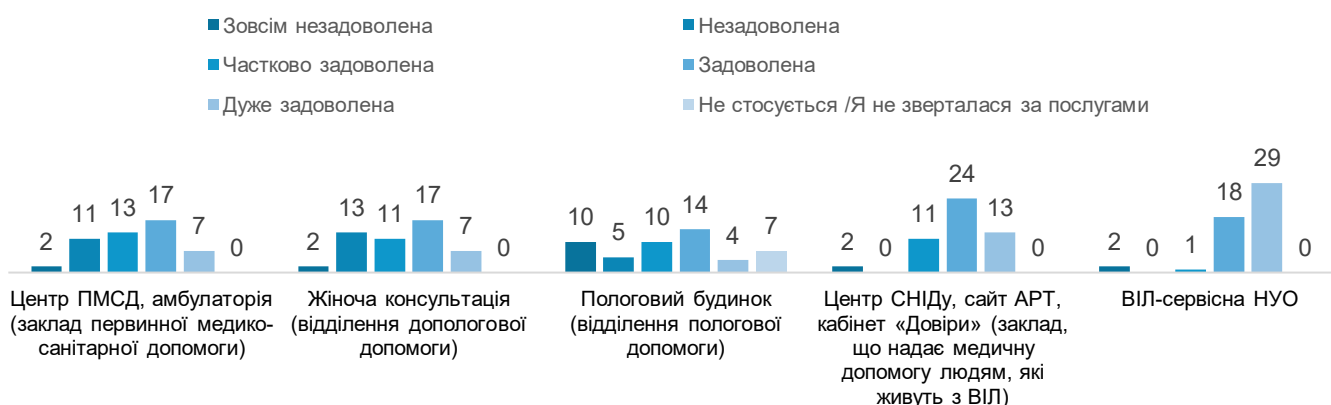


Якщо порівнювати задоволеність послугами в розрізі областей, то респондентки з Дніпропетровської області, на відміну від Одеської області в переважній більшості або в більшості випадків задоволені медичними ППМД послугами, включаючи заклади первинної медико-санітарної допомоги, жіночі консультації (відділення допологової допомоги), пологові будинки (відділення пологової допомоги), заклади, що надають медичну допомогу людям, які живуть з ВІЛ. В Одеській області більшість респонденток виявили задоволеність медичними послугами лише до закладів, що надають медичну допомогу людям, які живуть з ВІЛ. Водночас в Одеській області значно більша частка респонденток дуже задоволена немедичними послугами (на базі ВІЛ-сервісної НУО) у порівнянні з Дніпропетровською областю. Див. Діаграму 10.1.1 та Діаграму 10.1.2.

Діаграма 10.1.1. Дніпропетровська область: Наскільки Ви задоволені загальною якістю послуг, які Ви отримували під час вагітності та/або пологів та/або у післяпологовому періоді та/або у зв'язку із доглядом за ВІЛ-експонованою дитиною? (осіб, N=50)



Діаграма 10.1.2. Одеська область: Наскільки Ви задоволені загальною якістю послуг, які Ви отримували під час вагітності та/або пологів та/або у післяпологовому періоді та/або у зв'язку із доглядом за ВІЛ-експонованою дитиною? (осіб, N=50)



Додаток 3. Вибірка якісного компоненту

Вибірка якісного компоненту:

№	Цільова група	Критерії включення	Обсяг вибірки			Метод
			Дніпропетровська область	Одеська область	Загалом	
1	Дівчата-підлітки, які живуть з ВІЛ	- вік від 14 до 17 років включно - отримували медичні послуги у зв'язку з ВІЛ в цільовій області протягом останніх 3-х років - отримували або отримують послуги ВІЛ-сервісних НУО або представниці БО «Позитивні жінки» мають доступ до таких дівчат - надана добровільна інформована згода	4	4	8	ГІ
2	Матері/законні представниці ВІЛ-експонованих та ВІЛ-позитивних дітей	- є законною представницею ВІЛ-експонованої або ВІЛ-позитивної дитини віком до 3 років на момент проведення дослідження (біологічна матір, опікунка, всиновлювачка або інша законна представниця) - отримували медичні послуги у зв'язку з ВІЛ в цільовій області протягом останніх 3-х років - отримували або отримують послуги ВІЛ-сервісних НУО або представниці БО «Позитивні жінки» мають доступ до таких батьків - надана добровільна інформована згода	4	4	8	ГІ
3	Медичні працівниці/ки, які надають послуги ППМД	- робота на посаді медичної(ого) працівниці/ка у ЗОЗ, які надають послуги ППМД в цільовій області (ЗОЗ ПМСД, ЗОЗ ЖК, ЗОЗ ПД, ЗОЗ ЛЖВ) - надана добровільна інформована згода	5	5	10	ГІ
4	Фахівчині, які займають керівні посади	- робота на посадах керівниць/ків департаментів/відділів охорони здоров'я/ЗОЗ, що надає ППМД послуги або членкині РР з протидії ТБ/ВІЛ або РК ЕПМД в цільовій області - надана добровільна інформована згода	4	3	7	ГІ
5.1	Надавачки послуг ППМД на рівні спільноти	- досвід роботи не менше 2-х років в недержавному секторі, зокрема у ВІЛ-сервісній НУО під керівництвом спільноти в цільовій області - досвід надання послуг ВІЛ-позитивним вагітним та/або породіллям та/або ВІЛ-експонованим та ВІЛ-позитивним дітям та підліткам: соціальні/аутріч працівниці АБО консультантки «рівна рівній» АБО параюристки АБО є представницею спільноти в РР з протидії ТБ/ВІЛ АБО РК ЕПМД - надана добровільна інформована згода	6	6	12	ФГД
5.2	Представниці спільноти в РР з протидії ТБ/ВІЛ та РК ЕПМД	- досвід надання послуг ВІЛ-позитивним вагітним та/або породіллям та/або ВІЛ-експонованим та ВІЛ-позитивним дітям та підліткам: соціальні/аутріч працівниці АБО консультантки «рівна рівній» АБО параюристки АБО є представницею спільноти в РР з протидії ТБ/ВІЛ АБО РК ЕПМД - надана добровільна інформована згода	2	2	4	ФГД



facebook.com/PositiveWomenUA



instagram.com/positivewomen_ua



pw.org.ua