АДВОКАЦІЯ
В ПРОФІЛАКТИЧНІЙ ОСВІТІ

О. В. БЕРЕЗЮК, К. ВІЗІН, Т. В. ВОРОНЦОВА,
І. В. ГАРБУЗЮК, О. Л. ДЕМЯНЧУК,
М. Ю. ЖУРАВСЬКИЙ, В. С. ПОНОМАРЕНКО

АДВОКАЦІЯ В ПРОФІЛАКТИЧНІЙ ОСВІТІ

ПОСІБНИК
ДЛЯ АКТИВІСТІВ
НЕУРЯДОВИХ ОРГАНІЗАЦІЙ

ЗДОРОВ'Я ЧЕРЕЗ ОСВІТУ
КИЇВ
2014

ББК 68.4(4УКР)9я721
В 75

Експертизу здійснював Інститут проблем виховання
Національної академії педагогічних наук України

О. В. Березюк, К. Візін, Т. В. Воронцова, І. В. Гарбузюк, О. Л. Демянчук, М. Ю. Журавський, В. С. Пономаренко

В 75 Адвокація в профілактичній освіті : посібник для активістів неурядових організацій. — Київ : Здоров'я через освіту, 2014. — 64 с.

Посібник підготовано в рамках проекту Євросоюзу «Зміцнення потенціалу Всеукраїнської спілки вчителів і тренерів для поліпшення доступу до якісних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу серед підлітків та підтримки інтеграції дітей, що живуть з ВІЛ». Цей проект спрямований на формування в Україні моделей навчальних закладів, що відповідають сучасним вимогам і критеріям щодо забезпечення якісного навчання і формування сприятливого шкільного середовища з питань посилення здоров'я і профілактики соціально небезпечних захворювань, зокрема ВІЛ/СНІДу.

У цій публікації розкрито поняття адвокації, а також знання і навички, необхідні активістам для забезпечення бажаних змін у сфері превентивної освіти, насамперед у профілактиці ВІЛ/СНІДу.

Посібник стане у пригоді активістам громадських організаій, а також керівництву шкіл, адміністраторам, учителям та вихователям для розбудови партнерства щодо впровадження ефективної профілактичної освіти у своїх навчальних закладах.

Цей посібник, а також багато інших матеріалів для організації профілактичної роботи можна знайти на Порталі превентивної освіти www.autta.org.ua, розробленому за підтримки Європейського Союзу.

ББК 68.4(4УКР)9я721

Ця публікація стала можливою завдяки фінансовій підтримці Європейського Союзу. Погляди авторів, викладені у цій публікації, не обов'язково відображають позицію Європейського Союзу. За надану інформацію відповідальними є автори.

© «Здоров'я через освіту», текст, дизайн, малюнки, 2014

ЗМІСТ

ВСТУП 5

РОЗДІЛ 1. АДВОКАЦІЯ: КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ 6

1.1. Що таке адвокація 8
1.2. Види адвокації 12
1.3. Цілі адвокації 13
1.4. Лідери адвокації 14
1.5. Рівні адвокації 16
1.6. Етапи адвокації 17
1.7. Інструменти адвокації 21
1.8. Адвокація і проблема ВІЛ/СНІДу 22
1.9. Хто може стати активістом 23

РОЗДІЛ 2. ВІЛ/СНІД: ОЗНАЙОМЛЕННЯ З ПРОБЛЕМОЮ 24

2.1. Тест: перевірте свої знання 25
2.2. ВІЛ/СНІД у світі: статистика 26
2.3. ВІЛ/СНІД в Україні: статистика 27
2.4. Хроніка епідемії ВІЛ/СНІДу у світі 28
2.5. Хроніка епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні 29
2.6. ВІЛ/СНІД: запитання і відповіді 30
2.7. Професійна етика і політкоректність 40

РОЗДІЛ 3. ДІЄВІСТЬ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ 42

3.1. Ознаки ефективних програм 43
3.2. Рівні впливу профілактичних програм 45
3.3. Рівень епідеміологічних показників 45
3.4. Рівень поведінкових практик 47
3.5. Рівень детермінант поведінки 50

РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМИ СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ 52

4.1. Необхідність статевого виховання 54
4.2. Ставлення батьків до програм статевого виховання 55
4.3. Міфи і факти про статеве виховання 56

ПРО ПРОЕКТ 59

СКОРОЧЕННЯ 61

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 62

ВСТУП

Для того щоб успішно впроваджувати в життя нові ідеї, необхідно їх просувати, тобто здійснювати адвокацію. Загальноприйнятою ознакою адвокації в соціальному розумінні (просування ідей, спрямованих на суспільні зміни, задоволення соціальних потреб чи подолання криз) є взаємодія з відповідальними особами або керівниками різного рівня.

Недостатнє розуміння процесу адвокації часто призводить до спрощеного підходу у проведенні адвокаційних кампаній, розмиває цілі та цільові аудиторії адвокації, не досягаючи необхідних результатів. Крім того, це дискредитує саме поняття адвокації — визнаного інструменту досягнення бажаних соціальних змін, у тому числі і в освітній галузі та, зокрема, у сфері превентивної освіти.

Адвокація як процес, пов'язаний із впливом на політику, є дуже важливою для роботи з проблемами, що мають гостре соціальне значення, неоднозначно і суперечливо сприймаються суспільством, пов'язані з необхідністю формування або зміни нормативно-законодавчої бази. До такого роду діяльності, безумовно, належить і впровадження профілактичних програм превентивної освіти в загальноосвітніх навчальних закладах.

Цей посібник розрахований передусім на активістів неурядових організацій, а також на освітян — учителів, адміністраторів шкіл, методистів відділів освіти, які хочуть ознайомитися з поняттям, принципами та методами адвокації, щоб використовувати здобуті знання для розбудови комплексної та послідовної системи якісної превентивної освіти, впровадження профілактичних програм із доведеною ефективністю. Він може стати в пригоді і молодим людям або їхнім батькам, які мають активну життєву позицію і займаються волонтерською діяльністю.

Видання створено за результатами впровадження проекту «Зміцнення потенціалу Всеукраїнської спілки вчителів і тренерів для поліпшення доступу до якісних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу серед підлітків та підтримки інтеграції дітей, що живуть з ВІЛ» (за підтримки Європейського Союзу).

РОЗДІЛ 1

АДВОКАЦІЯ: КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ

Що таке адвокація

Для чого потрібна адвокація

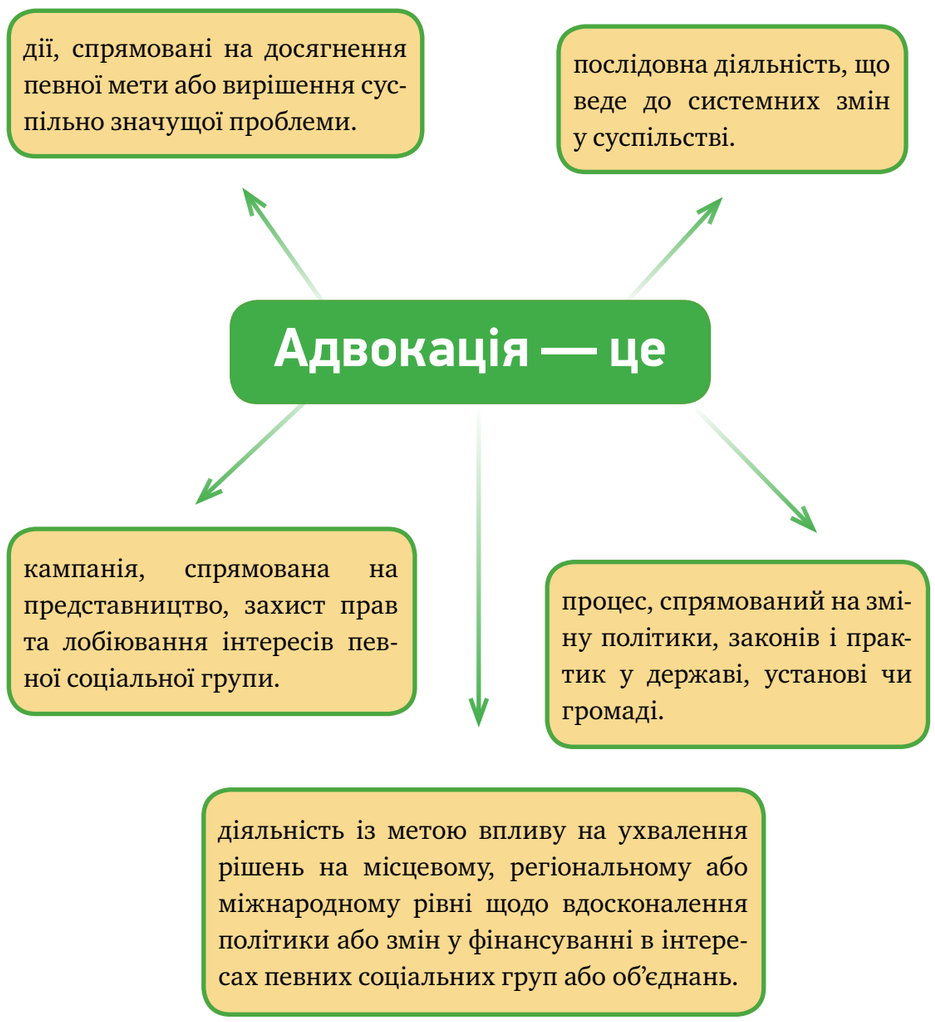
Де здійснюється адвокація

Хто здійснює адвокацію

Як це робиться

1.1. ЩО ТАКЕ АДВОКАЦІЯ

Адвокація (від латин. ad — «напрямок» та voc — «голос») означає просування ідей, що спрямовані на досягнення бажаних змін. Адвокація — це відносно новий термін, хоча сама концепція адвокації не є новою в жодному суспільстві. Власне кожен із нас вдається до адвокації в різні моменти свого життя, коли стикається з несправедливістю щодо себе або членів своєї родини, друзів чи колег.



Термін «адвокація» має чимало трактувань навіть серед тих, хто нею безпосередньо займається. Однак, попри розбіжності, фахівці виділяють деякі спільні риси, які є базовими для такого роду діяльності.

Адвокація — це люди.

Її здійснюють люди і заради людей. Вона допомагає їм реалізовувати свої права і брати участь у прийнятті рішень, які впливають на їхнє життя.

Адвокація — це цінності.

Вона має на меті розбудову справедливого світу, де цінують права людей, оберігають їх гідність, захищають від зловживань, насилля, приниження і дискримінації.

Адвокація — це єднання.

Її суть полягає в тому, щоб залучити до вирішення проблеми якомога більше однодумців, включно з людьми, які приймають рішення. Що більше кампанії з адвокації будуть відкритими для приєднання різних людей, то успішнішими вони стануть у впровадженні бажаних змін.

Адвокація — це влада.

Вона має на меті змінити баланс влади, «надати безсильним силу, щоб вони могли впливати на можновладців»/1/.

Адвокація — це політика.

Хоч деякі громадські організації проголошують свою аполітичність, але, здійснюючи адвокацію, вони впливають на публічний процес ухвалення рішень, і тому не можуть існувати поза політикою.

1. Прочитайте визначення адвокації. Яке визначення Вам сподобалося найбільше?
2. Запишіть своє визначення адвокації.

Адвокація — це

Адвокація — це люди.

Адвокація — це організований та ініційований людьми політичний процес, за допомогою якого звичайні громадяни, особливо обділені і маргінальні, реалізують свої права і владу, а також використовують їх, щоб ефективно і рівноправно брати участь у процесі прийняття рішень на всіх рівнях із метою інституціоналізації системної рівності та справедливості, що позитивно впливає на якість життя людей.

Інтернет-ресурс: Advocacy: People's Power and Participation Guide. http://www.advocate-for-children.org/advocacy/start, — 31.07.2014.

Адвокація — це цінності.

Адвокація має... надати можливість захисникам соціальної справедливості мати доступ і голос у прийнятті рішень відповідних інститутів; змінити владні відносини між цими інститутами та людьми, які залежать від їхніх рішень, і, таким чином, змінити самі інститути; і реально поліпшити життя людей.

Cohen, David in: Cohen, David; de la Vega, Rosa, and Watson, 2001. Advocacy for Social Justice: A Global Action and Reflection Guide, P. 8. Kumarian Press, Inc., Connecticut, USA.

Адвокація — це єднання.

Адвокація, сконцентрована навколо громадян, є організованим політичним процесом, який залучає скоординовані зусилля людей з метою зміни політики, практики, ідей та цінностей, які закріпили нерівність, упередження та обраність. Це зміцнює можливості громадян приймати рішення і створює більш підзвітні і справедливі інститути влади.

VeneKlasen, Lisa, and Miller, Valerie, 2002. A New Weave of Power, People, and Politics: An action guide for policy and citizen participation. P 22. World Neighbors, Oklahoma, USA.

Адвокація — це влада.

Адвокація — це серія дій, націлених на переконання і вплив на тих, хто має державну, політичну чи економічну владу, щоб вони приймали і впроваджували публічну політику таким чином, щоб користь отримали люди з меншою політичною владою та економічними ресурсами.

Mansfield, Christian; MacLwod, Kurt; Greenleaf, Maron; & Alexander, Poppy; 2003. Advocacy Handbook: A practical Guide to Increasing Democracy in Cambodia. P. 2. Pact Cambodia, Phnom Penh, Cambodia.

Адвокація — це політика.

Адвокація насамперед є стратегією, яку використовують у всьому світі неурядові організації (НУО), активісти і навіть самі політики для того, щоб впливати на політику.

Advocacy Tools and Guidelines: Promoting Policy Change. Copyright © 2001; Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc.

1.2. ВИДИ АДВОКАЦІЇ

Є три види адвокації:

- Самоадвокація.
- Кейс-адвокація.
- Громадська адвокація.

Самоадвокація — це коли людина обстоює свої інтереси або захищає власні права. Наприклад, якщо адміністрація школи змушує вчителів пройти тест на ВІЛ, вони з повним правом можуть відмовитися, адже законодавство України передбачає добровільне тестування на ВІЛ-інфекцію. Це і буде самоадвокацією.

Кейс-адвокація — це адвокація у конкретних життєвих ситуаціях. В цьому разі представляють інтереси або захищають права окремої людини (групи людей). Наприклад, коли в одній із сімферопольських шкіл фельдшер розкрив ВІЛ-позитивний статус учня, його прийомні батьки за допомогою адвоката звернулися в прокуратуру. Суд визнав фельдшера винною за статтею «Розголошення медичної таємниці» і призначив покарання у вигляді штрафу і тимчасового позбавлення права займатись медичною діяльністю. Часто організації беруть участь у кейс-адвокації, якщо вони бачать, що цей випадок може стати прецедентом.

Громадська або публічна адвокація — це коли особи чи організації представляють інтереси і захищають права широкої категорії людей, соціальної групи або цілого суспільства. Громадська адвокація у сфері протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу може стосуватися потреб і загального населення, і окремих соціальних груп: наприклад, ВІЛ-позитивних людей, учнівської і студентської молоді тощо.

1.3. ЦІЛІ АДВОКАЦІЇ

Загалом адвокація може мати три цілі:

- Зміна політики.
- Системні зміни.
- Демократичні зміни.

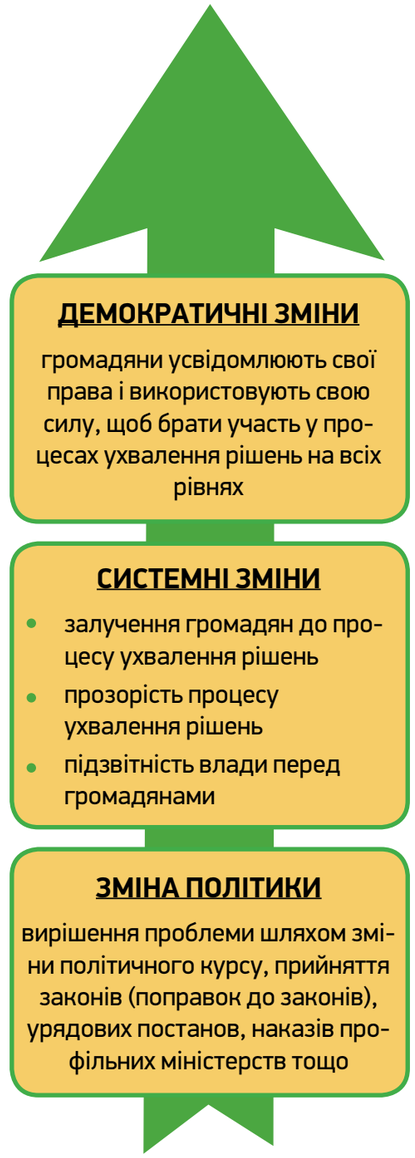
Зміна політики — це вплив через владу. Найкоротший шлях досягнення цієї мети — переконати впливову персону чи організацію представляти проблему від імені громадян. У цій моделі адвокація відбувається між елітами і тими, хто приймає рішення. При цьому пересічні громадяни відчуватимуть, що вони самі не мають влади. Їхня сила — це люди, які їм симпатизують і хочуть допомогти, але самі вони є безпорадними і відстороненими від процесу прийняття рішень.

Системні зміни — це коли змінюється сама система ухвалення публічних рішень у напрямку збільшення:

- залучення громадян до процесу ухвалення рішень;
- прозорості ухвалення рішень;
- підзвітності тих, хто ухвалює рішення, перед громадянами.

Однак навіть із цими перевагами більшість представників незахищених груп усе ще побоюються вимагати свого місця за столом.

Демократичні зміни — це коли звичайні громадяни усвідомлюють свої права і готові брати участь у процесі ухвалення рішень на всіх рівнях. Визнання влади народу і його участі як основна мета адвокації звільняє її від вузького розуміння, що це просто зміна політики.



1.4. ЛІДЕРИ АДВОКАЦІЇ

Адвокаційні кампанії потребують не одного, а багатьох лідерів із різними ролями, які доповнюють один одного. Наведений нижче перелік пропонує десять ключових учасників будь-якої адвокаційної кампанії*.

Мрійники	ставлять високі цілі, ризикують і переосмислюють пріоритети.
Стратеги	відфільтровують цілі, які є найбільш реалістичними, і розробляють дорожню карту їх досягнення. Передбачають перешкоди і дбають, щоб діяльність перебувала в правильному руслі.
Моральні авторитети	громадські діячі, які уособлюють авторитет, довіру і надійність.
Експерти	мають спеціальні навички і знання, гарантують, що всі положення суспільної політики добре обґрунтовані й аргументовані на основі фактів.
Оратори	агітатори, які запалюють людей, залучають їх до активних дій.
Комунікатори	майстри слова, які переводять складну інформацію в яскраві повідомлення, зрозумілі широкій громадськості.
Адвокати	люди, які розуміють політичний процес і впливають на ключових осіб. Часто самі обіймають офіційні посади у владі або є тими, хто відкриває доступ до таких осіб.
Історики	архіваріуси, які зберігають документацію щодо всіх подій чи заходів, які відбулися протягом кампанії/проекту.
Миротворці	тихі герої, що об'єднують людей, наводять мости у разі розбіжностей і знижують боротьбу за вплив.
Митці	письменники, поети, художники й актори, які вдихають життя у ваш рух. За допомогою влучних метафор вливають на свідомість людей, засобами мистецтва ламають стереотипи, мотивують і надихають.
Ваша пропозиція _ _ _ _ _ _ _ _	

** Адаптовано за: Leadership Roles Within an Advocacy Movement. Advocacy Leadership Center, Institute for Sustainable Communities. Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0 United States.*

1. *Які лідерські ролі найбільше підходять вам?*
2. *Хто міг би відігравати у вашій кампанії інші ролі?*

1.5. РІВНІ АДВОКАЦІЇ

Діяльність з адвокації може бути спрямована на впливових людей будь-якого рівня: від завуча школи до представника Міністерства освіти чи міжнародної організації. Як правило, виділяють чотири ключові рівні адвокації:

— місцевий (навчальний заклад, місцева громада...);
— регіональний (район, область тощо);
— державний (вся країна);
— міжнародний (більше, ніж одна країна).

Рівні адвокації:

- місцевий;
- регіональний;
- державний;
- міжнародний.

Рівень адвокації залежить від:

— *масштабу проблеми або питання*. Вона може мати виключно місцеву або глобальну причину. Наприклад, якщо впровадження профілактичного курсу в школі «гальмується» через відсутність підготовленого фахівця або через необхідність «довантажити» факультативними годинами вчителя іншої спеціальності, або через те, що школа має давні партнерські відносини з іншою організацією та впроваджує її програму — це локальна (місцева) проблема. А якщо йдеться про глобальний вплив на епідемію ВІЛ-інфекції, це потребує розроблення міжнародної політики і залучення ресурсів для напрацювання шляхів вирішення проблеми.

— *зв'язків і контактів.* Наприклад, хтось із батьків може на рівні батьківського комітету вашої школи, сільської ради чи профкому шефського підприємства адвокатувати питання доцільності обладнання в школі тренінгового кабінету для впровадження профілактичного курсу.

— *того, на якому рівні можна найбільше вплинути* на проблему. Наприклад, для широкого впровадження ефективних профілактичних програм можна намагатися поступово залучати нові навчальні заклади, однак цей процес може розтягнутися на довгі роки, а проблему треба вирішувати якнайшвидше. Тому після успішної апробації курсу необхідно лобіювати зміни в державній політиці. Так, завдяки адвокації на державному та міжнародному рівнях до Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. було включено положення про стовідсоткове охоплення учнівської молоді програмами профілактики ВІЛ-інфікування. Це забезпечує законодавче підґрунтя для широкого впровадження тематичних профілактичних програм.

— *наявних ресурсів,* адже різні форми та рівні адвокації потребують різних вкладень робочого часу, коштів і умінь. Наприклад, для проведення флешмобу на підтримку ВІЛ-інфікованих можна обійтися невеликими коштами. Водночас розроблення профілактичної програми потребує залучення цілої команди авторів, експертів, художників, інших фахівців, а також ресурсів для апробації та друку навчальних матеріалів. Для їх залучення необхідно здійснювати адвокацію на державному або міжнародному рівні.

1.6. ЕТАПИ АДВОКАЦІЇ

Адвокація або діяльність, що містить її елементи, може відбуватися і спонтанно, і сплановано та систематично. У будь-якому разі розуміння діяльності з адвокації та її етапів дуже важливе і може бути корисним навіть під час побічної зустрічі або бесіди.

Послідовність дій з адвокації, що складається з 8 сходинок, або кроків*:

Крок 8. Моніторинг та оцінка
Крок 7. Створення робочого плану
Крок 6. Виявлення ресурсів
Крок 5. Вибір способів адвокації
Крок 4. Залучення прихильників
Крок 3. Визначення цільової групи
Крок 2. Визначення цілей адвокації
Крок 1. Вибір проблеми або питання, з яким ви працюватимете

Нижче детальніше розглянемо кожен крок.

КРОК 1. Вибір проблеми або питання, з яким ви працюватимете. При цьому:

— необхідно чітко визначити проблему, з якою ви будете працювати;

— важливо ретельно обміркувати проблему перед початком планування роботи з адвокації;

— добре залучати людей, яких проблема стосується безпосередньо, до процесу визначення та планування від самого початку — вони знають ситуацію зсередини і надають вашій діяльності більшої сили та легітимності. У разі адвокації профілактичної освіти це можуть бути самі учні або їхні батьки, зацікавлені у впровадженні профілактичних програм, вчителі, класні керівники, вихователі, медичні працівники.

КРОК 2. Визначення конкретних цілей адвокації.

Існує відмінність між цілями, завданнями та самою діяльністю.

Мета — це довготривалий результат, якого ви хочете досягти (наприклад, покращення здоров'я школярів).

Завдання — це найближча дія, яку необхідно виконати для досягнення довготривалої мети; завданням є кінцевий результат діяльності.

** Адаптовано зі схеми адвокації, розробленої Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД.*

Наприклад, коли ви розбудовуєте системну профілактичну освіту в навчальному закладі, то *метою* вашої діяльності є покращення показників знань та навичок учнів. *Завданням* же є покрокове вирішення питань, що сприятимуть досягненню мети — наприклад, виділення коштів на придбання меблів для тренінгового кабінету; направлення вчителя на відповідні курси; виділення факультативних годин для впровадження курсу; проведення обговорення з батьками; інше.

Навіть якщо ви добре знаєте, яких результатів хочете досягти, без чітко визначеної мети і завдань зробити це буде складно. Завдання мають відповідати вимогам SMART (у перекладі з англ. — «розумний»), тобто бути:

Specific	конкретними
Measurable	вимірюваними (з метою відстеження успішності та оцінки)
Achievable	реалістичними (досяжними)
Relevant	актуальними
Time-bound	обмеженими у часі (зазначено час, коли роботу буде закінчено)

КРОК 3. Визначення цільової групи.

Плануючи роботу з обстоювання інтересів, необхідно розуміти, що неможливо охопити своїм впливом усіх. Тому слід зосередити зусилля на впливі на окремих осіб, групи осіб чи установи, які мають реальні повноваження для прийняття необхідних рішень та проведення бажаних змін.

КРОК 4. Залучення прихильників.

У деяких випадках співпраця з окремими особами або організаціями в обстоюванні інтересів може принести більше результатів, ніж самостійна незалежна робота.

Об'єднання чи співпраця можуть бути короткочасними або тривалими, формальними або неформальними. Наприклад, участь у разових зборах, конференціях чи нарадах із метою ухвалення рішення — це приклад короткочасного об'єднання. А участь у роботі постійних груп (громадської чи координаційної ради, комісії) протягом кількох років є прикладом тривалої співпраці.

КРОК 5. Вибір способів адвокації.

Плануючи роботу з адвокації, необхідно обрати способи, якими ви будете діяти — наприклад, робочі зустрічі, конференції, презентації, публічні заходи тощо.

КРОК 6. Виявлення ресурсів.

Для успішної діяльності з обстоювання інтересів необхідні певні ресурси (людські і матеріальні), а також певні навички та інформація. До людських ресурсів належать і постійні працівники, і добровольці.

Ресурсом є доступ до засобів масової інформації та поширення інформації в Інтернеті (наприклад, створення сайтів і відправлення повідомлень по e-mail), а також наявні інформаційні ресурси: інтелектуальні — статистичні дані, інформаційні матеріали, та фізичні — банери, плакати, листівки.

КРОК 7. Створення робочого плану.

Цей крок складається з двох частин: вибору виду діяльності з обстоювання інтересів і створення детального плану цієї діяльності. Робота, проведена згідно з попередніми кроками, допоможе обрати той варіант діяльності з обстоювання інтересів, який сприятиме досягненню поставленої мети. Уже визначено, чого необхідно досягти, хто є мішенню, хто союзники та які ресурси ви маєте. Після того, як ви визначилися зі своїм варіантом діяльності, необхідно, якщо це можливо, залучити до участі тих, хто безпосередньо задіяний або зацікавлений у результаті цієї діяльності. Так, наприклад, до плану конференції з питань профілактичної освіти, де будуть присутні представники відділу освіти, необхідно включити виступ вчителя, який має необхідну підготовку чи впроваджує курс; якщо в школі є батьки, зацікавлені у впровадженні профілактичної освіти, то їхній виступ чи навіть просто присутність буде дуже вагомою.

План дій має містити точний розклад і визначати осіб, відповідальних за виконання окремих завдань, розділ моніторингу та оцінки, зокрема індикатори (показники), за допомогою яких буде визначатися успішність проведеної роботи.

На етапі планування необхідно розробити стратегію діяльності. Діяльність з обстоювання інтересів буде успішнішою, якщо її погоджено в часі з іншою діяльністю або подіями, які можуть допомогти у вирішенні питань з обстоювання інтересів. Наприклад, ви можете запланувати виступ, презентацію чи доповідь під час серпневої конференції, або під час методичної наради, або під час засідання методичного об'єднання вчителів основ здоров'я.

КРОК 8. Моніторинг та оцінка.

Моніторинг та оцінка результатів необхідні для визначення успішності діяльності з обстоювання інтересів і для коригування стратегії у разі, якщо обрані

механізми не спрацьовують. Моніторинг та оцінку результатів буде легше здійснити, якщо на попередніх етапах було чітко сформульовано мету і завдання.

Під час оцінки результатів необхідно визначити індикатори, які будуть вказувати на те, чи змінилася ситуація в результаті впливу. Наприклад, кількісними індикаторами може бути кількість підготовлених вчителів у навчальному закладі, кількість охоплених профілактичними програмами людей або кількість виділених для цих програм навчальних годин. Якісними ж індикаторами адвокаційної діяльності можна вважати ставлення керівництва відділу освіти до вашого закладу, запрошення представників вашого закладу на різноманітні тематичні заходи, включення тематичних питань до заходів загального планування (колегій, нарад, тощо).

Показниками успіху можуть бути:

- цитування ваших матеріалів або використання наведених вами аргументів у пресі чи впливовими особами під час публічних виступів;
- ухвалення необхідних документів (законів, постанов, наказів тощо);
- запрошення з боку інших зацікавлених сторін взяти участь у вирішенні проблеми.

Перелік запитань, на які необхідно відповісти під час здійснення моніторингу:

Чи досягли ви своєї мети і завдань?

Чи покращилася ситуація? Наскільки? Якщо ні, чи потрібно змінити цілі та завдання?

Якщо ви не досягли того, що планували, чому це сталося? Як ви зміните свою тактику наступного разу?

Чи задоволені особи, залучені до діяльності з обстоювання інтересів, її результатами? Самою діяльністю?

1.7. ІНСТРУМЕНТИ АДВОКАЦІЇ

Є багато інструментів адвокації: від кулуарного лобіювання до організації масових акцій. Нижче наведено описання деяких інструментів та їхніх можливостей.

ОПИТУВАННЯ, ДОСЛІДЖЕННЯ: наукові, соціологічні дослідження, фокус-групи, аналіз законодавства, підготовка аналітичних документів дають змогу всебічно вивчити проблему, сформулювати аргументи про її актуальність, визначити напрямки діяльності щодо її подолання.

КРУГЛІ СТОЛИ: ефективний формат для діалогу з впливовими особами, які приймають рішення, пошуку взаємовигідних або взаємоприйнятних шляхів вирішення проблеми.

СЕМІНАРИ, КОНФЕРЕНЦІЇ: майданчики для професійного обговорення проблеми та шляхів її вирішення, для фахових дискусій та поширення інформації про вашу адвокаційну кампанію серед фахівців.

СПІВПРАЦЯ ЗІ ЗМІ: прес-конференції, виступи на радіо, телебаченні, інтерв'ю, розміщення власних матеріалів у друкованих виданнях, створення тематичних сайтів, участь у форумах, використання соціальних мереж — усе це дає змогу ознайомити з проблемою багатьох людей, залучити союзників до вашої кампанії, сформувати необхідну громадську думку. Через ЗМІ доносять ключові повідомлення адвокаційної кампанії, відбувається діалог з опонентами.

ІНФОРМАЦІЙНО-ПРОСВІТНИЦЬКІ АКЦІЇ, КОНЦЕРТИ: дають змогу залучати до кампанії одразу кілька тисяч, а у великих містах і десятки тисяч людей, які стають вашими однодумцями. Це шанс чітко пояснити і владі, і суспільству, чого ви хочете і як ви бачите досягнення цієї мети.

ФЛЕШМОБИ: (у перекладі з англ. — «миттєвий натовп») — заздалегідь спланована масова акція, під час якої велика група людей з'являється у громадському місці, виконує наперед узгоджені дії й розходиться. Основні принципи флешмобу: спонтанність, відсутність централізованого керівництва, відсутність будь-яких фінансових та рекламних цілей.

ЛОБІЮВАННЯ: від англійського «lobby», що означає кулуари. Відкрите і публічне лобіювання — це інструмент досягнення системних змін у суспільстві. Завдяки вдалому лобіюванню можна вплинути на розроблення/прийняття/відхилення того чи іншого закону у Верховні Раді України, важливого стратегічного документа на рівні країни, області, району, міста чи села, галузевої інструкції чи іншого підзаконного акта. До лобістів належать передусім представники громадських організацій, фахові об'єднання, комітети, комісії.

1.8. АДВОКАЦІЯ І ПРОБЛЕМА ВІЛ/СНІДУ

У 80-ті роки XX століття людство зіткнулося з новою несподіваною загрозою. Здавалося, епоха епідемій інфекційних захворювань залишилася далеко позаду, однак нове захворювання виявилося набагато підступнішим за попередні, адже за наступні 30 років науковцям не вдалося розробити ні ефективної вакцини проти ВІЛ, ні ліків, здатних вилікувати від захворювання на ВІЛ-інфекцію. Хоча з часом з'явилися ліки, здатні стримувати розмноження ВІЛ в організмі, що дало змогу знизити рівень смертності серед людей, які живуть з ВІЛ, збільшити тривалість і покращити якість їхнього життя.

> «Адвокація у сфері ВІЛ/СНІДу — це спільні дії окремих осіб, груп людей чи організацій, які мають на меті впливати на осіб, групи чи організації, що ухвалюють рішення, з метою формування ефективного підходу до вирішення проблеми ВІЛ/СНІДу. Адвокація може бути спрямована на створення, підтримку чи поширення конкретних заходів, які ефективно запобігали б інфікуванню ВІЛ і допомагали у лікуванні, догляді та підтримці людей, які живуть з ВІЛ».
>
> *ВООЗ*, 2004

Усі ці здобутки були б неможливі без участі громадських активістів і волонтерів, які здійснювали адвокацію в інтересах усього суспільства і людей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу.

На думку Пітера Піота: «Нині завдання полягає в тому, щоб зробити цей рух сталим, продовжити обговорення проблеми СНІДу як одного з найважливіших питань порядку денного та активізувати дії на національному і місцевому рівні. Будь-яке зволікання матиме трагічні наслідки. Епідемія досягла глобального масштабу саме через те, що світ так довго діяв. І хоча у нас уже є перші успіхи, перед нами ще довгий шлях».

У сфері протидії ВІЛ/СНІДу особлива роль належить профілактичній освіті. Давня британська приказка про те, що фунт профілактики вартує тонни ліків, є особливо слушною щодо такого невиліковного захворювання, як ВІЛ-інфекція. Найголовнішими завданнями профілактичної освіти є: підвищення обізнаності молоді про проблему ВІЛ/СНІДу; розвиток життєвих навичок, які зменшують уразливість в умовах епідемії; формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних людей, забезпечення їхнього права на освіту, роботу і соціальний захист.

Пітер Піот — виконавчий директор ЮНЕЙДС у 1995–2008 рр.

1.9. ХТО МОЖЕ СТАТИ АКТИВІСТОМ

Адвокаційна діяльність потребує певних навичок та знань. Люди, які їх мають, вирізняються додатковою внутрішньою силою, яка допомагає їм бути активними і чинити опір обставинам. Однак адвокація не обов'язково передбачає протистояння. Особи, які приймають рішення, часто самі усвідомлюють наявність проблем і готові розглянути пропозиції щодо їх вирішення. Завдання громадських активістів — сприяти налагодженню конструктивного діалогу з метою пошуку взаємовигідних або компромісних рішень.

У сфері профілактичної освіти адвокацію можуть здійснювати багато людей і організацій. У таблиці наведено деякі приклади.

АКТИВІСТИ	АДВОКАЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ
Співробітники громадських організацій, які працюють у сфері профілактичної освіти, науковці, фахівці	адвокація на державному та міжнародному рівнях із метою залучення коштів для створення профілактичних програм, їх апробації та інституалізації; залучення прибічників; проведення фахових конференцій, круглих столів, семінарів.
Регіональні координатори превентивно-освітніх програм та проектів	адвокація профілактичних курсів і програм на регіональному рівні, участь у підготовці наказів, виступи на педагогічних конференціях, планування і проведення навчання в інститутах післядипломної педагогічної освіти.
Педагоги, які викладають основи здоров'я та факультативні курси з профілактики ВІЛ	адвокація предмета (профілактичного курсу) з метою створення чи обладнання тренінгового кабінету, виділення годин для впровадження факультативних курсів, проведення позакласних заходів, батьківських зборів (тренінгів, конференцій), тематичних тренінгів педагогічного колективу.
Учні/студенти	здійснення адвокації профілактичних програм серед друзів, однолітків, волонтерська діяльність, проведення флешмобів, участь молодіжних конференціях, заходах на підтримку ВІЛ-позитивних людей.
Батьки учнів	обстоювання права молоді на інформацію, адвокація високоякісних профілактичних програм, розвінчування міфів, поширення правдивої інформації у своєму колі (серед інших батьків, друзів, колег).
Ваші ідеї: _____ _____ _____	

РОЗДІЛ 2

ВІЛ/СНІД: ОЗНАЙОМЛЕННЯ З ПРОБЛЕМОЮ

2.1. ТЕСТ: ПЕРЕВІРТЕ ЗНАННЯ

Прочитайте запитання тесту і позначте свою відповідь «галочкою» у відповідній колонці. Перевірте свої знання за допомогою відповідей внизу сторінки.

		Так	Ні	Не знаю
1	Чи правда, що СНІД невиліковний і хворі вмирають від небезпечних захворювань?			
2	Чи можна за зовнішнім виглядом людини визначити, що вона інфікована ВІЛ?			
3	Чи переносять ВІЛ комарі, кліщі, блощиці та інші кровосисні комахи?			
4	Чи можна інфікуватися ВІЛ навіть після одного сексуального контакту?			
5	Чи можна інфікуватися, обіймаючи ВІЛ-інфікованого або притиснувшись до нього у переповненому транспорті?			
6	Чи правда, що велика кількість сексуальних партнерів збільшує ризик інфікування ВІЛ та іншими ІПСШ?			
7	Чи правда, що можна заразитися від людини, яка виглядає абсолютно здоровою?			
8	Чи існують ліки, які можуть подовжити і покращити якість життя ВІЛ-інфікованих?			
9	Чи ризиковано вдягатись у те, що носив ВІЛ-інфікований?			
10	Якщо постійно і правильно використовувати презервативи, вони суттєво зменшують ризики інфікування ВІЛ/ІПСШ?			
11	Чи правда, що ВІЛ — це вигадка вчених, такого вірусу в природі не існує?			
12	Чи ризиковано користуватися бритвою для гоління і зубною щіткою спільно з ВІЛ-інфікованим?			
13	Чи ризиковано користуватися нестерильними шприцами, голками та іншими інструментами, які колють або ріжуть?			
14	Чи ризиковано пити з однієї склянки або їсти з однієї тарілки з ВІЛ-інфікованим?			
15	Чи може передатися ВІЛ від інфікованої матері до її ще не народженої дитини?			
16	Чи ризиковано користуватися спільним сидінням унітаза?			
17	Чи зростає ризик ВІЛ-інфікування у тих, хто інфікований іншими ІПСШ?			
18	Чи існує період, протягом якого неможливо виявити ВІЛ-інфекцію в організмі людини?			

Правильні відповіді:
«ТАК»: 1, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 17, 18.
«НІ»: 2, 3, 5, 9, 11, 14, 16.

2.2. ВІЛ/СНІД У СВІТІ: СТАТИСТИКА

на 38 %

скоротилась кількість нових ВІЛ-інфекцій у світі з 2001 року

на 34,5 %

зменшилась смертність внаслідок СНІДу з 2005 року

на 58 %

скоротилась кількість нових ВІЛ-інфекцій серед дітей з 2002 року

За оцінками програми Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) за 2013 рік, від початку поширення пандемії ВІЛ-інфекції у світі інфікувалися 75 млн людей, померли понад 30 млн осіб. Проте ситуація поступово покращується/7/.

- Кількість нових ВІЛ-інфекцій у світі скорочується. У 2013 році на ВІЛ захворіли 2,1 млн людей. Це на 38 % менше, ніж на піку епідемії в 2001 році (3,5 млн осіб). Із 2001-го по 2012 рр. кількість нових ВІЛ-інфекцій скоротилася більш як на 50 % у 26 країнах і на 25–49 % — ще в 17 країнах світу.
- Щорічно скорочується кількість людей, які вмирають від причин, пов'язаних зі СНІДом. Зафіксована в 2005 році висока смертність, яка становила 2,3 млн людей, скоротилася на 34,5 %, до 1,5 млн, у 2013 році.
- Зниження рівня смертності пов'язане з упровадженням антиретровірусної терапії для ВІЛ-позитивних людей. Кількість людей, які приймають антиретровірусні препарати, за 8 років зросла у 18 разів — із 700 тисяч осіб у 2004 році до 12,9 мільйона у 2013 році. Щорічна вартість антиретровірусної терапії на одну людину за 15 років скоротилася з 10 тис. доларів США до 140 доларів.
- Приблизно 62 % вагітних жінок мали доступ до антиретровірусної терапії. Профілактичні заходи стосовно передання ВІЛ від матері до дитини привели до зменшення на 58 % загальної кількості нових випадків інфекцій серед новонароджених — з 550 тис. у 2001 році до 240 тис. у 2013 році.
- Країни Африки хоч і залишаються найбільш серйозним вогнищем захворювання, але демонструють і найбільший прогрес у боротьбі з епідемією. За 11 років кількість нових ВІЛ-інфекцій скоротилася на 40 % — з 2,6 мільйона у 2001 році до 1,6 мільйона у 2012 році.
- Східна Європа і Центральна Азія залишаються регіонами, де епідемія набирає обертів. Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції з 2006-го до 2012 року зросла на 13 %, а щорічна смертність унаслідок СНІДу від початку століття майже потроїлась (із 36 тис. людей у 2001 р. до 96 тис. у 2012 р.).

2.3. ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ: СТАТИСТИКА

245 216

зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції

6 915

зменшилась смертність унаслідок СНІДу з 2005 року

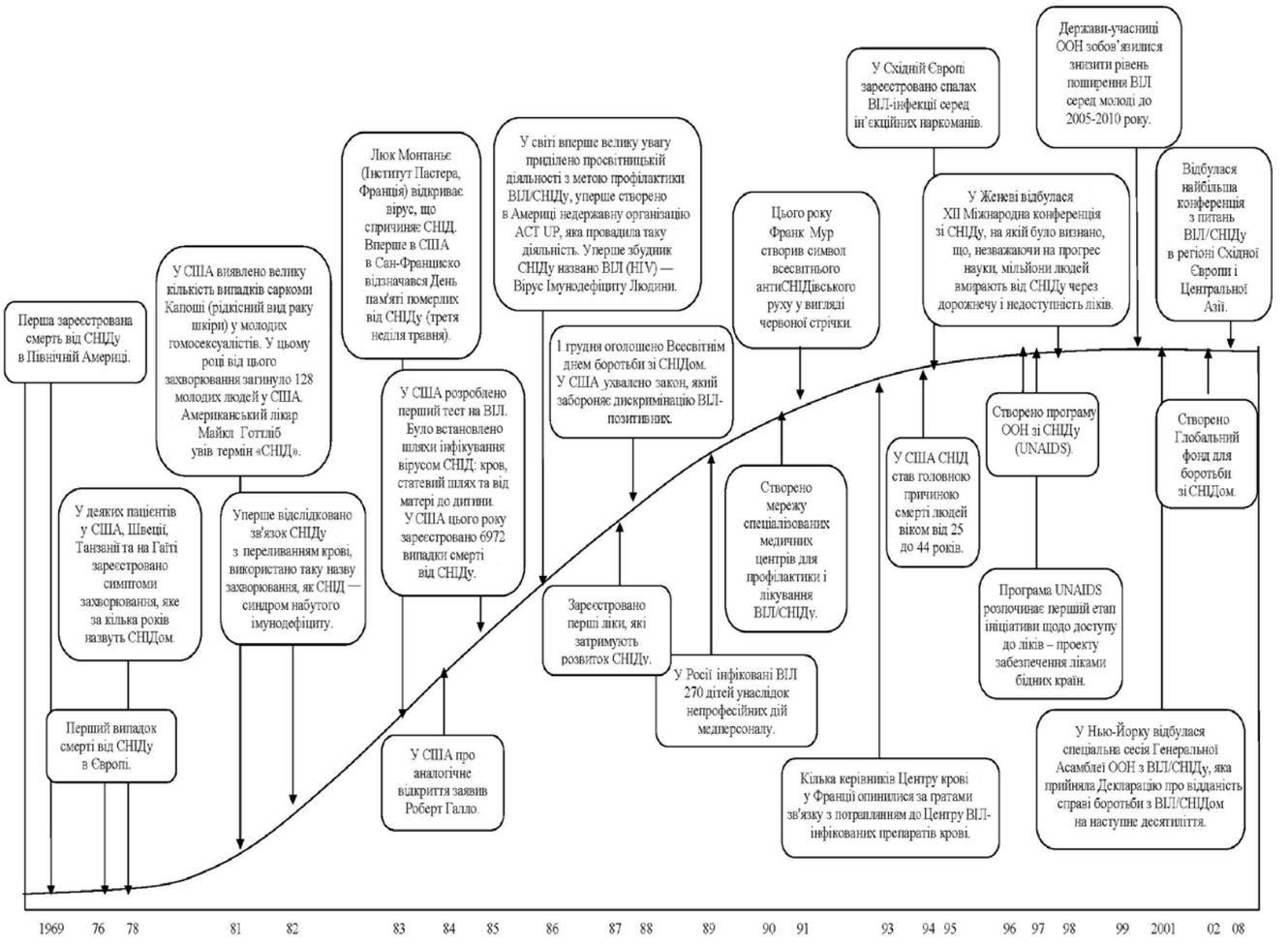
28 %

людей, що живуть з ВІЛ в Україні, знають про свій статус

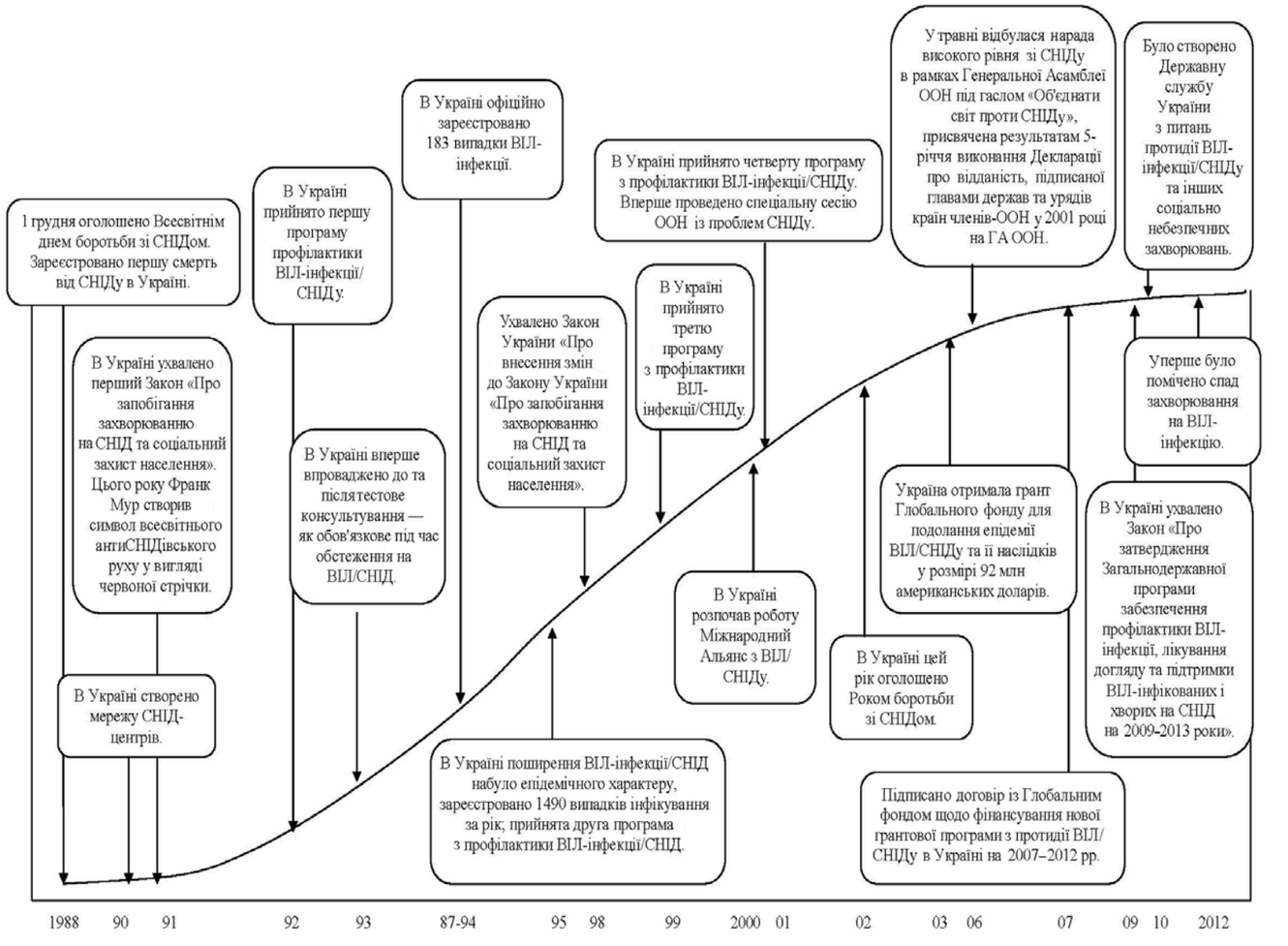
За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом/8/, ситуація з ВІЛ/СНІДом в Україні розвивається таким чином:

- Протягом 2013 року в країні офіційно узято на облік 21 631 особу з уперше в житті поставленим діагнозом, зокрема 1534 серед осіб віком 15–24 років.
- Загальновідомо, що офіційні дані не відображають реального масштабу епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. Відмінність між даними з різних джерел свідчить про те, що лише 28 %, або кожен четвертий, з людей, що живуть з ВІЛ в Україні, пройшли тест на ВІЛ і знають про свій ВІЛ-позитивний статус.
- Частота передачі ВІЛ від матері до дитини на національному рівні зменшилася майже в 7,5 раза — з 27,8 % у 2001 р. до 3,7 % у 2011 р.
- Водночас поширеність гетеросексуального шляху передачі та зростання кількості ВІЛ-інфікованих жінок дітородного віку призводить до поступового збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. Загальна кількість дітей із підтвердженим ВІЛ-позитивним статусом продовжує зростати.
- Найкращих результатів поки що вдалося досягти серед молоді. Починаючи з 2004 року реєструється щорічне зменшення відсотка нових випадків ВІЛ-інфікування серед вікової групи 15–24 років. Показово, що з 2005 року відбувається щорічне зменшення й абсолютної кількості нових випадків ВІЛ-інфікування серед цієї вікової групи. За шість років цей показник знизився на 43,3 %, з 2705 осіб у 2007 році до 1534 у 2013 році, що може свідчити про деякі ознаки стабілізації епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції в цілому через зміну поведінки молоді на менш ризиковану.

2.4. ХРОНІКА ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІД У СВІТІ



2.5. ХРОНІКА ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ



2.6. ВІЛ/СНІД: ЗАПИТАННЯ І ВІДПОВІДІ

ЩО ТАКЕ ВІЛ?

ВІЛ — це збудник захворювання на ВІЛ-інфекцію:

*В*ірус — мікроорганізм, який можна побачити лише під електронним мікроскопом.

*І*мунодефіциту — неспроможність імунної системи захистити організм від інфекцій і злоякісних пухлин.

*Л*юдини — організм, в якому розмножується вірус.

Усередині організму ВІЛ потрапляє в клітини імунної системи. Розмножуючись у них і водночас знищуючи їх, ВІЛ поступово руйнує імунну систему. Це призводить до імунного дефіциту і появи симптомів СНІДу.

ЩО ТАКЕ СНІД?

СНІД — остання стадія ВІЛ-інфекції:

*С*индром — тому що в людини виникає багато різних симптомів захворювань.

*Н*абутого — тому що він не успадковується.

*І*мунного — тому що уражується імунна система.

*Д*ефіциту — тому що ослаблена імунна система нездатна захищати організм.

СНІД починається тоді, коли виникає загальний імунодефіцит.

ЩО ТАКЕ ОПОРТУНІСТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ?

Це захворювання, що розвиваються на тлі загального імунного дефіциту. До них належать:

- респіраторні інфекції (туберкульоз, пневмонія);
- інфекції, що уражують систему травлення (кандидозний стоматит, діарея);
- інфекції, що уражують головний мозок (токсоплазмоз, менінгіт);
- злоякісні пухлини, наприклад, саркома Капоші.

ЧИ МОЖЕ ЗАХВОРІТИ НА СНІД ТОЙ, ХТО НЕ ІНФІКОВАНИЙ ВІЛ?

Ні. СНІД — це імунодефіцит, який є наслідком ВІЛ-інфекції. Бувають інші види імунодефіцитів. Деякі мають вроджений характер, інші виникають унаслідок перенесених захворювань, сильних стресів або недостатнього харчування.

ХТО УРАЗЛИВІШИЙ ДО ВІЛ — ЧОЛОВІКИ ЧИ ЖІНКИ?

Фізіологічно жінки уразливіші до ВІЛ. Адже площа слизової оболонки вагіни значно більша, ніж площа слизової оболонки на чоловічому статевому органі.

Дівчатка-підлітки уразливіші до ВІЛ, ніж жінки віком від 18 до 45 років. Через недорозвиненість шийки матки об'єм виділень є недостатнім для створення бар'єра для проникнення ВІЛ.

ХТО ТАКІ ВІЛ-ДОВГОЖИТЕЛІ?

Приблизно у 5 % людей навіть у тривалих періодах захворювання не спостерігається симптомів його розвитку. Кількість вірусів у крові залишається низькою, а кількість лімфоцитів у нормі. Цих людей називають довгожителями або «нон-прогресорами». Їх ретельно досліджують, намагаючись пояснити цей феномен. Висунуто три гіпотези: або ці люди інфіковані ослабленим різновидом ВІЛ, або їхня імунна система реагує по-особливому, або опір організму є генетично зумовленим.

ЗВІДКИ З'ЯВИВСЯ ВІЛ?

Ще жодного разу в історії людства відкриття вірусу не мало такого суспільного резонансу і не сприяло залученню до дослідження такої величезної кількості провідних науковців. Це дало змогу за короткий час дізнатися про ВІЛ набагато більше, ніж про деякі давно описані інфекції, зробити низку відкриттів у галузі вірусології, імунології, епідеміології та молекулярної біології.

Однак поки що не створено ефективної вакцини проти ВІЛ і ліків, здатних вилікувати від СНІДу. Однією з причин, що гальмують цей процес, є відсутність достовірних даних про походження ВІЛ. Саме тому з часу відкриття вірусу вчені намагалися знайти відповідь на це питання.

Спочатку припускали, що ВІЛ створили чи то в американських, чи то в радянських військових лабораторіях. Згодом цю версію відкинули, адже на той час ще жоден учений у світі не мав обладнання і біотехнологій, які уможливили б конструювання вірусу методами генної інженерії.

На сьогодні найбільш вірогідною вважають гіпотезу про походження ВІЛ від вірусу імунодефіциту мавп (ВІМ) унаслідок його мутації. Для доведення цієї гіпотези треба було знайти ВІМ, нащадком якого міг стати ВІЛ.

Існує два види ВІЛ: ВІЛ-1 і ВІЛ-2. ВІЛ-1 найбільше поширений у Європі, зокрема й в Україні. Його вважають нащадком ВІМ, знайденого у шимпанзе виду Pan troglo-dytes. ВІЛ-2 поширений у Західній Африці. Його пов'язують із ВІМ, наявним у популяції чорних мангабеїв (Cercocebus atus).

Друге запитання, на яке мали дати відповідь учені, — як вірус потрапив у людську популяцію? У випадку з ВІЛ-2 усе пояснюється просто, адже мангабеї в Африці живуть поряд із людьми. З ними граються діти, у деяких районах Африки вживають їхнє м'ясо.

Щодо ВІЛ-1 усе складніше. Подібний до нього вірус імунодефіциту мавп за весь період досліджень виявлено лише у чотирьох (!) шимпанзе. Та й контакт людини з цими агресивними тваринами не такий очевидний, як із мангабеями. Тому вченним доводиться припускати, що або той вид шимпанзе, в популяції якого циркулює подібний до ВІЛ-1 вірус, ще не впіймано, або вірус потрапив у людську популяцію від інших мавп, можливо, й тих, які вже вимерли.

І ще одна версія: ВІЛ — не мавпяча інфекція, а мутація вірусу імунодефіциту людини, який існує вже впродовж кількох сотень, а то й тисяч років. Чому ж про це ніхто не знав? Тому що це була легка форма ВІЛ-інфекції, яка не надто дошкуляла людям, — так вважає автор цієї гіпотези професор Роберт Гаррі зі США.

У 2000 році американські й бельгійські вчені здійснили паралельні дослідження, щоб приблизно визначити дату «народження» ВІЛ-1. Обидві групи дійшли висновку, що це відбулося між 1910-м і 1940 роками.

ЧИ ПРАВДА, ЩО ВІЛ НЕ ІСНУЄ, А СНІД — ЦЕ ВИГАДКА ВЧЕНИХ, ЯКІ ЗМОВИЛИСЯ З ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ КОМПАНІЯМИ?

Різні види набутих (невроджених) імунодефіцитів були відомі й до відкриття ВІЛ. Вони є наслідком несприятливого впливу навколишнього середовища, стресів або інфекційних захворювань. Деякі люди, серед них і окремі вчені, досі мають сумніви, що саме ВІЛ спричиняє СНІД. Цих скептиків називають «СНІД-дисидентами».

Одні з них узагалі не вірять в існування ВІЛ. Інші вірять, але не погоджуються з тим, що ВІЛ спричиняє СНІД. Решта припускає, що ВІЛ є лише однією з причин СНІДу, але не єдиною і не головною. Усі вони вважають проблему СНІДу надуманою, наслідком змови учених і фармацевтичних компаній з метою нажитися за рахунок коштів, які виділяють для боротьби з епідемією.

Цю тезу нерідко використовують політики, які намагаються виправдати власну бездіяльність. Так, коли напередодні Міжнародної конференції з проблем СНІДу президент ПАР несподівано заявив, що він не вірить у зв'язок між ВІЛ і СНІДом, його звинуватили в тому, що він виправдовує своє небажання витрачати кошти на лікування ВІЛ-інфікованих.

У відповідь на заяви «СНІД-дисидентів» понад 5 тис. науковців підписали декларацію про те, що ВІЛ є причиною СНІДу. Серед них — 11 нобелівських лауреатів, директори провідних наукових установ, президенти академій наук. Усі підписанти заприсяглися, що вони не працюють на фармацевтичні компанії.

У декларації наведено докази того, що СНІД спричиняють віруси ВІЛ-1 і ВІЛ-2. Це доведено так само неспростовно, як у разі кору чи вітрянки.

Проте один із провідних дослідників СНІДу Ентоні Фалуччі відмовився підписати цю декларацію. В інтерв'ю газеті «Вашингтон пост» він сказав: «Це все одно, що припустити саму можливість їх («СНІД-дисидентів») правоти. Це так само, якби група людей почала стверджувати, що Земля пласка, а усім фахівцям аерокосмічної галузі довелося б робити заяви, що Земля насправді кругла».

ЧОМУ СИМПТОМИ — НЕНАДІЙНІ ОЗНАКИ?

Ми вже звикли, що хвороби проявляються певними симптомами. Вітрянка — висипкою, отруєння — нудотою і проносом, а виразка шлунку — болем. Але у випадку з ВІЛ-інфекцією все інакше. Адже ВІЛ уражує імунну систему, яка забезпечує опірність організму інфекціям. Тому діагностувати ВІЛ за допомогою специфічних симптомів неможливо. Адже це симптоми не власне ВІЛ, а того захворювання, яке виникне на тлі імунного дефіциту.

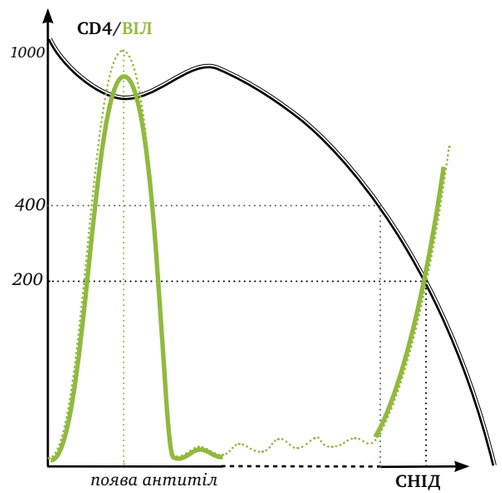
Виділяють, однак, низку симптомів, що спостерігаються у багатьох інфікованих. Так, через 1–4 тижні після зараження у людини можуть з'явитися ознаки гострої стадії ВІЛ-інфекції. Вона характеризується високим вмістом ВІЛ (віремія) і зниженою на 20–40 % кількістю Т-лімфоцитів (CD4) (див. малюнок). Іноді при цьому спостерігається підвищення температури і симптоми, подібні до симптомів грипу, інколи розвиваються вторинні захворювання — ангіна, кандидоз, герпес. Але ці захворювання бувають не у всіх, а якщо вони проявляються, то, як правило, добре піддаються лікуванню.

Незважаючи на високий вміст вірусів в організмі, аналіз на антитіла до ВІЛ (найдешевший і найдостовірніший тест) у цей період буде негативним. Антитіла утворяться лише через 1–3 місяці після зараження. Відтоді кількість вірусів в організмі суттєво зменшується, а кількість Т-лімфоцитів відновлюється до 80–90 % від їх попереднього рівня.

ВІЛ продовжує розмножуватися, продукуючи мільярди нових вірусів щодня, а імунна система за допомогою антитіл ефективно знищує їх, тримаючи інфекцію під контролем. Так протікає латентна стадія ВІЛ-інфекції, яка може тривати багато років. У цей період дізнатися про свій статус можна лише за результатами аналізу крові на наявність антитіл.

Однак у цей період багато людей спостерігають збільшення лімфовузлів, пітливість, утрату ваги, дехто страждає від безсоння й проносу. Ці симптоми характерні для багатьох інших захворювань. Тому, не знаючи результатів тесту на ВІЛ, неможливо визначити, чи є вони ознакою ВІЛ-інфекції.

Навіть коли рівень CD-4 суттєво зменшується і в людини одне за одним починають з'являтися різні опортуніс-



Протікання ВІЛ-інфекції за показниками вірусного навантаження і кількістю Т-лімфоцитів (CD4)

тичні захворювання, кожне з яких проявляється власними симптомами, вони також можуть бути лише опосередкованими ознаками того, що людина хвора на ВІЛ-інфекцію. Остаточний діагноз можна поставити лише після тестування на антитіла до ВІЛ.

ЯК МОЖНА ВИЗНАЧИТИ, ЩО ЛЮДИНА ІНФІКОВАНА ВІЛ?

За зовнішніми ознаками це визначити неможливо. Адже вірус тривалий час може існувати в організмі, не виявляючи себе. Про інфікування можна дізнатися тільки з результатів тесту на ВІЛ.

СКІЛЬКИ МОЖЕ ТРИВАТИ ПЕРІОД ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ДО ВИНИКНЕННЯ СНІДУ, ЯКЩО НЕ ПРИЙМАТИ АНТИРЕТРОВІРУСНИХ ПРЕПАРАТІВ?

За даними американського дослідження, симптоми СНІДу з'явилися:

- до кінця першого року — у 0 %;
- третього року — у 3 %;
- п'ятого року — у 12 %;
- восьмого року — у 36 %;
- десятого року — у 53 %;
- чотирнадцятого року — у 68 % пацієнтів.

ЩО ТАКЕ АНТИТІЛА?

Для боротьби з патогенними мікроорганізмами імунна система утворює особливі речовини — антитіла. Наявність антитіл у крові людини означає, що вона перехворіла на інфекційну хворобу або зробила щеплення. Наявність у крові антитіл до ВІЛ свідчить, що людина ВІЛ-інфікована.

ЯКИЙ ПЕРІОД НАЗИВАЮТЬ «ВІКНОМ»?

Це період від моменту інфікування, протягом якого утворюються антитіла, які можна виявити в організмі. Він триває від одного до трьох місяців із моменту зараження, у деяких випадках — довше.

ЯКІ БУВАЮТЬ АНАЛІЗИ НА ВІЛ?

Найдостовірніший і найпоширеніший тест — ІФА (імуноферментний аналіз). Він визначає наявність або відсутність у крові антитіл до ВІЛ. Його рекомендують робити не раніш як через 3–6 місяців від моменту зараження.

У разі позитивного результату ІФА призначають підтверджувальний аналіз — імунний блотинг (імуноблот). Є аналіз, що виявляє не антитіла, а білки самого вірусу. Його назва — полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР). Він може дати результат уже через 10 днів після зараження, але нерідко цей результат псевдопозитивний і тому потребує підтвердження методом ІФА.

ЯКЩО РЕЗУЛЬТАТ ІФА НЕГАТИВНИЙ (НАПРИКЛАД, ЩЕ НЕ ЗАКІНЧИВСЯ «ПЕРІОД ВІКНА»), ЧИ МОЖНА У ЦЕЙ ЧАС ЗАРАЗИТИ СВОГО СЕКСУАЛЬНОГО ПАРТНЕРА?

Так, інфікування статевого партнера можливе ще до утворення антитіл.

ЧИ ІСНУЄ АНАЛІЗ, ЗА ДОПОМОГОЮ ЯКОГО МОЖНА ВИЗНАЧИТИ, ХТО З ПАРТНЕРІВ БУВ ІНФІКОВАНИЙ РАНІШЕ?

Ні, такого аналізу не існує.

ЧИ МОЖНА ВИЗНАЧИТИ ЗА ДОПОМОГОЮ АНАЛІЗУ, КОЛИ САМЕ ЛЮДИНА БУЛА ІНФІКОВАНА?

Аналіз цього не покаже.

ЧИ ІСНУЄ ВАКЦИНА ПРОТИ ВІЛ?

Вакцини допомогли людству здолати такі найнебезпечніші вірусні інфекції, як віспа і поліомієліт. Та попри безпрецедентні зусилля ефективної вакцини проти ВІЛ поки що немає. Завдання ускладнюється тим, що ВІЛ — надзвичайно мутагенний вірус, і вакцина проти нього має бути досить універсальною. Але вчені не втрачають сподівання. Розроблення ефективних вакцин здійснюється за двома напрямами: створення профілактичної вакцини, яка захищає від інфікування, і лікувальної вакцини, яка блокує розвиток ВІЛ-інфекції в організмі. Десятки перспективних вакцин нині перебувають на різних стадіях клінічних випробувань.

ЩО ТАКЕ АРВ-ТЕРАПІЯ, АРТ, ВААРТ?

АРВ-терапія (АРТ) — це лікування ВІЛ-інфекції АнтиРетроВірусними препаратами. На жаль, ці препарати нездатні повністю вилікувати від ВІЛ-інфекції, та вони перешкоджають розмноженню ВІЛ. Завдяки АРВ-терапії ВІЛ-інфіковані люди живуть набагато довше, і їхнє життя набуває нової якості.

Почавши лікування, не можна переривати його чи пропускати прийом медикаментів. Інакше ліки перестануть діяти, і доведеться призначати іншу комбінацію препаратів, яких поки що існує обмежена кількість. Останнім часом також набула поширення абревіатура ВААРТ, що розшифровується як ВисокоАктивна АнтиРетроВірусна Терапія.

ЯК МОЖНА ІНФІКУВАТИСЯ ВІЛ?

Небезпечні концентрації ВІЛ є лише у крові, виділеннях зі статевих органів і в грудному молоці. З огляду на це виокремлюють три шляхи передання ВІЛ-інфекції.

1. ВІЛ передається через кров.

- Людина може бути інфікована під час переливання крові або пересадки донорських органів. Щоб запобігти цьому, проводять тестування донорської крові та органів.
- Можливе інфікування у разі використання нестерильних інструментів для ін'єкцій, хірургічних операцій або стоматологічних маніпуляцій.
- Можна інфікувати людину у разі використання нестерильних інструментів для косметичних процедур (наприклад, під час виконання пірсингу чи татуажу).
- Існує небезпека інфікування під час контакту з кров'ю ВІЛ-інфікованого (наприклад, у разі потрапляння зараженої крові в очі).

2. ВІЛ передається через статеві контакти.

- Інфікування більшості людей у світі відбувається статевим шляхом. Це може статися навіть у разі одного статевого контакту.

3. ВІЛ передається від ВІЛ-інфікованої матері до дитини.

- Діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, можуть заразитися під час вагітності чи пологів.
- Іноді інфікування дитини відбувається під час вигодовування грудним молоком.

ПРОНИКНЕННЯ:

зараження ВІЛ можливе лише за потрапляння інфікованих рідин на слизові оболонки або ушкоджену шкіру.

КІЛЬКІСТЬ:

тільки кров, виділення зі статевих органів та материнське молоко містять небезпечну для зараження концентрацію ВІЛ.

ЯКІСТЬ:

ВІЛ гине під час нагрівання, висихання рідини, дезінфекції.

ЯКІ СЕРЕДНЬОСТАТИСТИЧНІ РИЗИКИ ЗАРАЖЕННЯ?

Під час незахищених сексуальних контактів:

- одноразовий сексуальний контакт — 0,1 % (один на тисячу);
- за наявності ІПСШ, ерозій чи за травматичних видів сексу — 1 % (один на сотню);
- ризик для жінок удвічі вищий, ніж для чоловіків;
- найбільше ризикують дівчата-підлітки, особливо під час першого статевого контакту.

Через кров:

- під час переливання інфікованої крові — близько 100 %;
- у разі користування спільними інструментами для вживання ін'єкційних наркотиків — 30 %;
- у разі випадкового уколу голкою із залишками крові — 0,3 % (три на тисячу);
- у разі потрапляння зараженої крові на ранки, в очі або на слизові оболонки — 0,1 % (один на тисячу).

Від ВІЛ-інфікованої матері до дитини (без профілактичного лікування) — 30 %.

ЧИ ПЕРЕДАЄТЬСЯ ВІЛ ПІД ЧАС СПІЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ ГОЛОК, НОЖІВ, ЛЕЗ ТА ІНШИХ ІНСТРУМЕНТІВ?

Так. На інструментах, які колють або ріжуть, може залишитися кров іншої людини. Якщо вона інфікована і хтось пораниться цим інструментом, він може заразитися ВІЛ. Тому дуже небезпечно робити насічки на шкірі, пірсинг і татуаж у домашніх умовах спільно з іншими людьми.

ЧИ ПРАВДА, ЩО ЗАРАЖАЮТЬСЯ ЛИШЕ ТІ, ХТО МАЄ БАГАТО СЕКСУАЛЬНИХ ПАРТНЕРІВ?

Для зараження ВІЛ може бути достатньо й одного незахищеного сексуального контакту. Та для людей, які мають багато сексуальних партнерів, об'єктивно зростає ризик інфікування, зокрема, якщо вони не користуються презервативами.

ЧИ МОЖНА ІНФІКУВАТИСЯ ВІЛ, ПОТИСКАЮЧИ РУКУ ВІЛ-ІНФІКОВАНОМУ?

Шкіра є природнім бар'єром для ВІЛ, тож потрапляння інфікованої крові на неушкоджену шкіру цілком безпечне. Саме тому ВІЛ не передається побутовим шляхом (користування спільним посудом, плавання в одному басейні тощо).

ЗА ЯКОЇ ТЕМПЕРАТУРИ ГИНЕ ВІЛ? ЧИ НАДІЙНО ЗНИЩУЄТЬСЯ ВІН ПІД ЧАС КИП'ЯТІННЯ?

ВІЛ живе лише за температури людського тіла. Поза цим середовищем він швидко гине. Кип'ятіння і загалом термічна обробка вбивають його.

ЧИ МОЖНА ЗАРАЗИТИСЯ ВІЛ У МАНІКЮРНОМУ САЛОНІ?

Тільки якщо робити манікюр інструментами, на яких залишилась інфікована кров попереднього клієнта. При цьому ще імовірнішим є інфікування гепатитами В і С (їхні віруси стійкіші у навколишньому середовищі, ніж ВІЛ).

ЧИ МОЖНА ЗАРАЗИТИСЯ ПІД ЧАС ПРОКОЛЮВАННЯ «ПІСТОЛЕТОМ» БАГАТОРАЗОВОГО ВИКОРИСТАННЯ? СЕРЕЖКА НОВА, ЩОЙНО З УПАКОВКИ.

Проколювання «пістолетом» — безпечне, адже з кров'ю контактує тільки сережка. Якщо вона нова, ризику немає.

У ХЛОПЧИКА ТЕКЛА З НОСА КРОВ, Я ЗМИВАЛА ЇЇ РУКОЮ ПІД СТРУМЕНЕМ ВОДИ. ПОТІМ ДІЗНАЛАСЯ, ЩО ВІН ВІЛ-ПОЗИТИВНИЙ. ЯКА ЙМОВІРНІСТЬ ЗАРАЖЕННЯ?

Неушкоджена шкіра — надійний бар'єр для ВІЛ, тим більше, що ви змивали кров водою. На майбутнє знайте, що задля вашої безпеки рекомендується під час контактів із будь-якою кров'ю користуватися рукавичками (не лише з огляду на ВІЛ, а й щоб уберегтися від інших небезпечних інфекцій, зокрема вірусного гепатиту).

ЧИ МОЖНА ІНФІКУВАТИСЯ ВІЛ, ЗАЙМАЮЧИСЬ КОНТАКТНИМИ ВИДАМИ СПОРТУ?

Не зафіксовано жодного випадку, коли людина, яка займається спортом, була б інфікована при цьому або заразила інших людей. Яскравий приклад — баскетболіст Мейджик Джонсон, який спочатку покинув великий спорт, а потім повернувся.

Гіпотетично це може статися, якщо кров ВІЛ-позитивного спортсмена потрапить на рану іншого. З огляду на це доцільно у разі виникнення кровотечі виконати такі процедури: зупинити кровотечу, а потім обробити рану антисептиком і закрити її пластиром або пов'язкою. Під час надання допомоги травмованій людині необхідно завжди надягати гумові або латексні рукавички.

ЧИ ІСНУЮТЬ ПРОФЕСІЙНІ РИЗИКИ ВІЛ-ІНФІКУВАННЯ?

Для працівників певних професій існує підвищений ризик ВІЛ-інфікування через специфіку їхньої трудової діяльності. Передусім це стосується медичного персоналу (лікар, медична сестра, лаборант), працівників пожежної служби, рятувальників, співробітників правоохоронних органів, які можуть мати контакти з кров'ю інших людей. Ігнорування заходів безпеки збільшує ризик, тому вони завжди повинні використовувати захисні рукавички, пристрої для «штучного дихання» тощо.

Певною мірою ризикованими є й професії, пов'язані з виконанням косметичних процедур — манікюру, педикюру, пірсингу, татуажу. В усіх випадках, де можливий контакт із кров'ю інших людей, важливо дотримуватися санітарно-гігієнічних вимог щодо стерилізації інструментів, обробки ран тощо. У наведених ситуаціях завжди існує ризик інфікування іншими інфекціями, що передаються через кров. Імовірність цього навіть вища, адже, наприклад, віруси гепатиту В і С набагато стійкіші в умовах навколишнього середовища, ніж ВІЛ.

Загалом ризикованою є робота і проживання в умовах, за яких немає доступу до медичних послуг і люди не можуть захиститися від інфекцій. Специфіка деяких професій збільшує ризик ВІЛ-інфікування статевим шляхом. Це робота, пов'язана з частими відрядженнями, а отже, розлукою з родиною на тривалий час (наприклад, так звані «човники», водії-дальнобійники, провідники залізничного транспорту, стюарди, матроси). Нелегальне працевлаштування, особливо за кордоном, пов'язане з ризиком стати жертвою торгівлі людьми. А значна частина заробітку працівників сфери послуг (покоївок, офіціантів, барменів) — це так звані «чайові», що збільшує ризик сексуальних домагань.

ЧОМУ КОМАРІ НЕ ПЕРЕДАЮТЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ?

- По-перше, це доведено епідеміологічно. Якби ВІЛ передавався комарами, ареал його поширення був би іншим. Насправді території з найбільшим поширенням ВІЛ-інфекції не збігаються з територіями найбільшого поширення комарів.
- По-друге, якби це було так, у світі реєстрували б випадки зараження дітей і людей похилого віку не через кров або від інфікованої матері. А цього не відбувається.
- По-третє, комарі під час укусів упорскують свою слину, а не кров попередньої жертви. Збудники деяких інфекційних захворювань (наприклад, малярійний плазмодій) здатні розмножуватися в слині комах, а ВІЛ — ні.
- Комахи не жалять двох людей підряд. Після укусу вони деякий час «відпочивають». Цього достатньо, щоб ВІЛ загинув в організмі комара.

2.7. ПРОФЕСІЙНА ЕТИКА І ПОЛІТКОРЕКТНІСТЬ

Лексика, яку ми використовуємо в розмовах про ВІЛ і СНІД, відображає наші уявлення про цю проблему і ставлення до людей, яких вона безпосередньо стосується. Нехтування «політичною коректністю» породжує помилкові уявлення про людей, які живуть з ВІЛ та ВІЛ/СНІД загалом.

Для того щоб у суспільстві сформувалось гуманне й тверезе ставлення до різних аспектів проблеми СНІДу, ваша мова має бути вільною від дискримінації та упереджень. У цьому розділі ви прочитаєте, яких слів та виразів краще уникати активістам, які працюють у сфері протидії ВІЛ/СНІДу.

«СТРАШНА ХВОРОБА»

Страх є поганим радником. Він породжує почуття безвиході й приреченості, змушує людей «сахатися» проблеми, уникати будь-якої інформації про неї. Страх затуманює розум, відбирає сили й послаблює волю, тоді як саме ці якості потрібні людині, щоб захиститися від ВІЛ.

«ЧУМА XXI СТОЛІТТЯ»

Порівняння ВІЛ-інфекції з чумою визнано невдалим. Адже чума поширюється блощицями і повітряним шляхом, тому є набагато небезпечнішою за ВІЛ-інфекцію.

«ВІРУС СНІДУ» АБО «ЗАРАЗИТИСЯ СНІДОМ»

Це — поширена помилка. Вірус, який спричиняє захворювання на ВІЛ-інфекцію, останньою стадією якого є СНІД, називається ВІЛ. Відповідно, інфікуватися можна тільки ВІЛ, але не СНІДом.

«НЕВИННІ ЖЕРТВИ СНІДУ»

Так часто називають немовлят, інфікованих від матері, або заміжніх жінок, інфікованих чоловіками. Коли так говорять, то апріорі мають на увазі, що інші люди заслуговують на хворобу, бо вони є або наркоманами, або проститутками. Таким чином, решта людей може вважати, що вони у безпеці і їм нічого не треба знати про ВІЛ.

«ГРУПА РИЗИКУ»

Це застаріле і часто дискримінаційне висловлювання, яке намагаються не використовувати у професійному середовищі. Мається на увазі, що деякі соціальні групи внаслідок певних обставин (насамперед бідності чи дискримінації) нездатні убезпечити себе від інфікування. Тому доречніше казати «уразлива група».

«НАРКОМАН»

Дискримінаційний вираз. «Хворий на наркоманію» доцільно вживати щодо людини, якій поставлено діагноз «наркотична залежність». «Споживачі наркотиків» або «Споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН)» — найбільш точні й емоційно нейтральні висловлювання.

«ГОМОСЕКСУАЛІСТ»

Говорячи про сексуальну орієнтацію, краще вживати емоційно нейтральні терміни «гетеросексуали», «гомосексуали», «бісексуали» або запозичене з англійської слово «геї» (GAY — Good As You, що в перекладі означає «такі ж, як і ви»). У професійних колах використовують абревіатуру ЧСЧ — «чоловіки, які мають секс із чоловіками».

РОЗДІЛ 3

ДІЄВІСТЬ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ

3.1. ОЗНАКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ

Ефективні та неефективні профілактичні програми мають певні спільні риси, незалежно від того, де їх впроваджують — в Україні, Південній Африці чи у США. Під час планування та розроблення профілактичних заходів слід враховувати необхідність збалансованого змісту таких програм і загальновизнані критерії ефективності, а в разі невідповідності цим критеріям тих програм, які уже впроваджуються, бажано внести корективи й удосконалити їх.

ВИМОГИ ДО ЗМІСТУ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ОСВІТИ

Освітньо-профілактичні програми мають бути всебічними й охоплювати теми, що стосуються соціальних та особистих стосунків і поведінки, серед яких:

- здоровий спосіб життя; здорові звички, безпечна поведінка; життєво важливі навички для збереження і зміцнення здоров'я;
- сім'я, стосунки між батьками і дітьми, дружба, любов, одруження, народження дітей;
- духовно-моральні цінності, соціальні норми, їх вплив на поведінку людини;
- вплив інших людей (однолітків або старших) на прийняття рішень;
- спілкування, вміння відмовляти і домовлятися, звертатися по допомогу;
- культура, суспільство і права людини; культурне та законодавче регулювання прав людини на приватне життя і фізичну недоторканність;
- поняття гендеру, гендерної нерівності і насильства;
- способи протистояння сексуальному примусу, насильству або домаганню;
- анатомія і фізіологія статевої та репродуктивної системи, репродуктивна функція, статеве дозрівання;
- статеве і репродуктивне здоров'я; профілактика ВІЛ, інших ІПСШ, неплановаої вагітності; утримання від сексуальних стосунків, взаємне збереження вірності партнерами, використання засобів захисту та контрацепції;
- пов'язані з ВІЛ та СНІДом стигматизація та дискримінація; формування толерантного ставлення до людей, які живуть із ВІЛ, недопущення дискримінації учнів і працівників освіти, уражених ВІЛ-інфекцією;
- профілактика куріння, запобігання наркотичній та алкогольній залежності;
- навички безпечної поведінки в мережі Інтернет;
- запобігання ігровій, Інтернет- або іншим видам залежності.

Дієвість профілактичних програм підвищується за наявності спеціалізованих закладів (Центри соціальних служб, «Клініки, дружні до молоді», кабінети довіри

тощо), до яких діти та підлітки можуть самостійно звернутися по консультацію або допомогу із зазначених питань.

Школа зобов'язана інформувати про такі можливості учнів. Інформація має бути у вільному доступі, наприклад, на інформаційному стенді або спеціально обладнаному куточку. У разі потреби дитині необхідно надати й особистий супровід для звернення по допомогу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ

ЕФЕКТИВНІ ПРОГРАМИ:	НЕЕФЕКТИВНІ ПРОГРАМИ:
розроблені за участю фахівців у галузі здоров'я підлітків, підліткової психології, медицини, педагогіки;	складені й впроваджуються людьми, які мало знають про умови життя цільової групи, її соціально-психологічні особливості;
спроектовані на основі системної концепції: мають чітко визначені й погоджені між собою цілі, завдання, а також критерії та процедури оцінювання досягнутих результатів, застосовують адекватні цілям і запланованим результатам педагогічні методи і прийоми;	невдало спроектовані: містять загальні декларації замість зрозумілої мети і конкретних навчальних завдань; висувають розмиті й безглузді вимоги до навчальних результатів, формальні чи незрозумілі критерії та процедури оцінювання;
під час занять розглядають конкретні ситуації; націлені на формування навичок спілкування, аналізу ситуацій, самостійного прийняття рішень, протидії соціальному тиску;	надають перевагу інформаційним методам, передбачають застосування односторонніх дидактичних підходів (лекції, повідомлення, демонстрації матеріалів);
розраховані на конкретну цільову групу, наприклад, учнів початкової школи або молодь, яка проживає у гуртожитках;	розраховані на розмиті й невизначені соціальні групи, наприклад, молодь загалом або учні взагалі;
навчальні та інформаційні матеріали враховують стать, гендерні особливості, вік, пізнавальні можливості учнів, викладені простою та зрозумілою мовою;	навчальні матеріали обтяжені термінами, під час перекладу не здійснено адаптації текстів (наприклад, не змінено іноземних імен персонажів);
залучають учнів до планування і проведення заходів (розглядають їх як свідому силу, від якої залежить успіх профілактичної роботи);	розглядають учнів як об'єкт впливу, ігнорують їхні потреби і бажання;
спрямовані на позитив і розвиток особистого потенціалу; організовують взаємопідтримку всередині учнівського колективу; мобілізують духовний і творчий потенціал молоді;	засновані на залякуванні та застосуванні репресивних механізмів;
забезпечують зв'язок і переадресацію між навчальним закладом та організаціями, які надають послуги медичної, соціальної або психологічної допомоги.	не використовують можливості партнерства із закладами, що надають послуги для молоді.

3.2. РІВНІ ВПЛИВУ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ

Дієвість профілактичної роботи в національному масштабі можна перевірити, порівнюючи індикатори трьох рівнів:

1. Рівень епідеміологічних показників — оцінюються показники щодо захворюваності, інфікування, переривання вагітності, смертності тощо.
2. Рівень поведінкових практик учнівської молоді — оцінюються зміни в моделях поведінки, пов'язаних із факторами ризику та збереженням здоров'я.
3. Рівень детермінант поведінки — оцінюються зміни в знаннях, ставленнях, намірах та навичках.

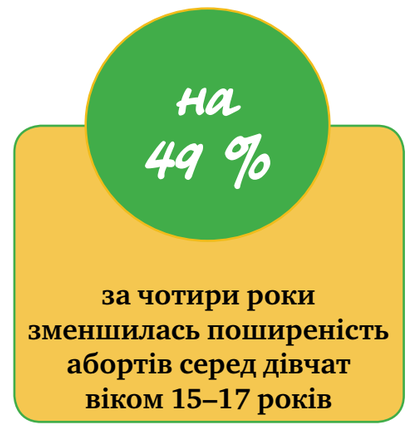
Зазвичай показники перших двох рівнів (епідеміологічного та поведінкових практик) стають доступними для аналізу та порівняння лише за кілька років. Водночас оцінку впливу профілактичних програм на рівні детермінант поведінки необхідно робити безпосередньо під час реалізації навчальних програм, застосовуючи анонімне та конфіденційне анкетування «до» та «після» проведеної роботи.

3.3. РІВЕНЬ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ

ПОШИРЕНІСТЬ ІПСШ ТА АБОРТІВ

Показники епідеміологічного рівня демонструють, що протягом 2004–2013 рр. серед підлітків та молоді спостерігається поступове зниження поширеності інфекцій, що передаються статевим шляхом, зниження кількості абортів серед 15–17-річних дівчат. Так, поширеність абортів знизилася з 4,9 на 1000 дівчат віком 15–17 років у 2008 році до 2,5 у 2012 році/9/.

Експерти вважають, що це відбувається завдяки системному впровадженню профілактичної освіти в школах і розширенню доступу підлітків до спеціалізованих медичних послуг.



з 19 % до 8 %

у 2013 році зменшилася частка нових випадків інфікування ВІЛ порівняно із загальною кількістю українських ЛЖВ у регіоні.

більш як у 3 рази

за останні 10 років зменшилась частка молоді серед нових випадків інфікування ВІЛ

на 43 %

за останні 6 років зменшилась кількість молодих ЛЖВ з уперше поставленим діагнозом

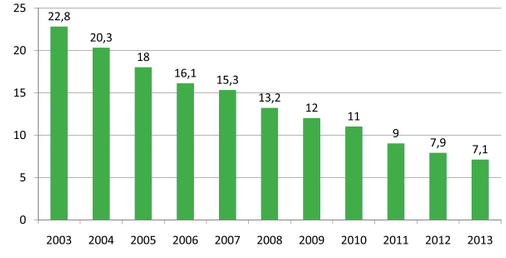
ВІЛ/СНІД

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи та Центральної Азії. За даними ЮНЕЙДС, сумарна частка України і РФ становить 88 % від загальної кількості ЛЖВ у регіонах Східної Європи і Центральної Азії (частка України — 19 %, Росії — 69 %)/7/.

Однак серед ЛЖВ, уперше зареєстрованих у 2013 році, частка України становила лише 8 %, а Росії — 80 %. Водночас головна відмінність у підходах до подолання епідемії полягає в тому, що в Україні широко впроваджують профілактичні програми і для населення загалом, і для уразливих груп.

Упродовж 2013 року в країні офіційно взято на облік 21 631 особу з уперше в житті поставленим діагнозом, зокрема 1534 серед осіб віком 15–24 років. Водночас частка молоді вікової групи з 15 до 24 років серед уперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції впевнено знижується протягом останніх 10 років: з 22,8 % у 2003 році до 7,1 % у 2013 році.

Частка офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції у віковій групі 15–24 роки (%)



Кількість ЛЖВ віком 15–24 роки з уперше поставленим діагнозом за останні шість років також зменшилась на 43 %: з 2705 осіб у 2007 році до 1534 осіб у 2013 році/8/.

3.4. РІВЕНЬ ПОВЕДІНКОВИХ ПРАКТИК

Дієвість профілактичної освітньої роботи на рівні поведінкових практик підтверджують дані соціологічних опитувань, наприклад, лонгітюдного дослідження «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин (ESPAD)»/10/, яке проводиться в Україні кожні чотири роки, починаючи з 1995 року. Нижче наведемо дані про динаміку рівня вживання тютюну, алкогольних напоїв та наркотичних речовин серед молоді в Україні.

ТЮТЮНОКУРІННЯ

За даними ESPAD, загалом в Україні після 2003 року спостерігається позитивна динаміка щодо поширеності куріння серед підлітків 15–16 років, особливо серед хлопців: збільшується частка тих, хто ніколи не курив, а також тих, хто спробував покурити і кинув, зменшується частка щоденних курців. Поширеність куріння серед підлітків 15–16 років упродовж 2003–2011 років суттєво зменшилася: з 28 % 2003 році до 19 % 2011 році. Серед хлопців поширеність куріння зменшилася з 38 % до 25 %, серед дівчат із 19 % до 13 %.

на 32 %

упродовж 8 років зменшилась поширеність куріння серед 15–16-річних підлітків

За даними загальнонаціонального опитування GYTS (Глобального опитування молоді щодо тютюну), суттєві зміни відбулися щодо пасивного куріння учнів. У 2005 році 70 % підлітків повідомили, що живуть у домах, де хтось курить у їхній присутності. У 2011 році цей покажчик зменшився до 22 %, тобто більше ніж половина батьків, які курять, припинили курити у власних квартирах/11/. Таким чином, кількість пасивних курців серед підлітків лише за шість років зменшилась на 72 %.

на 72 %

упродовж 6 років зменшилась кількість пасивних курців серед підлітків

ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ

у 2–3 рази

за 16 років зменшилось вживання міцних напоїв підлітками

Тенденції щодо поширеності вживання алкогольних напоїв за період 1995–1999–2003–2007–2011 рр. свідчать про те, що пік вживання припадає на період 2004–2008 років. Дані 2011 року свідчать про стабілізацію та незначне зниження за основними показниками, що характеризують поширеність вживання алкогольних напоїв серед учнівської молоді 15–16 років.

Так, показник вживання учнівською молоддю міцних алкогольних напоїв стабільно знижується, починаючи з 1995 року. Він демонструє сталу тенденцію щодо зменшення популярності таких напоїв більше ніж удвічі серед хлопців (із 51 % у 1995 р. до 23 % у 2011 р.) й утричі серед дівчат (із 48 % у 1995 р. до 16 % у 2011 р.).

на 34 %

протягом 4 років зменшилась кількість підлітків, друзі яких час від часу «напиваються»

Найбільші зміни щодо вживання алкоголю учнями відбулися після 2007 року. Так, у 2007 році 22 % підлітків повідомили, що більшість їхніх друзів час від часу «напивається», а в 2011 році про це повідомили вже 14,5 % підлітків, тобто на третину менше.

на 25 %

за 4 роки зменшилось вживання пива підлітками

Попри те, що українські ЗМІ продовжують рекламувати пиво як звичайний харчовий продукт, динаміка його вживання серед 15–16-річної молоді протягом останніх 30 днів засвідчує зменшення цього показника за 4 роки більш як на 25 % (із 63 % до 47 %).

ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН

Дослідження ESPAD щодо рівня поширеності вживання наркотичних речовин серед учнівської молоді віком 15–16 років після періоду зростання з 1995 р. по 2003 р. демонструє тенденцію до зниження, яке вперше було зафіксовано у 2007 р. та закріплено за даними 2011 р.

у 2 рази

за останні 8 років зменшилось вживання марихуани чи гашишу 15–16-річними учнями

Дані щодо вживання марихуани чи гашишу 15–16-річними підлітками дають змогу зробити висновок про зменшення рівня поширеності цих наркотичних речовин із 21 % у 2003 році до 11 % у 2011 році. Зазначені тенденції характерні і для хлопців, і для дівчат.

на 50 %

з 2003-го по 2011 рр. зменшилося вживання марихуани чи гашишу упродовж останніх 12 місяців

Схожа тенденція існує і щодо вживання марихуани/гашишу упродовж останніх 12 місяців. Цей показник знизився з 12 % у 2003 році до 6 % у 2011 році.

Показник «Вживання будь-якого наркотику протягом життя» після зростання у 1995–2003 роках у наступні вісім років знизився до рівня 1995 року (1995 р. — 14 %, 2003 р. — 21 %, 2011 р. — 13 %).

знизився до рівня 1995 р.

показник вживання будь-якого наркотику протягом життя

3.5. РІВЕНЬ ДЕТЕРМІНАНТ ПОВЕДІНКИ

На цьому рівні оцінюються зміни у знаннях, уміннях та психологічних установках учнів/студентів, які проходили навчання за профілактичними курсами або програмами. Індикатори, за якими перевіряють ці зміни, закладають у процесі розроблення програми або курсу. Наприклад, профілактичний курс «Захисти себе від ВІЛ» має широкий набір індикаторів стосовно знань, умінь та намірів (див. таблицю), що захищають молодь в умовах епідемії ВІЛ/СНІДу.

Індикатори тренінгового курсу «Захисти себе від ВІЛ»

ЗНАННЯ	СТАВЛЕННЯ	НАМІРИ	УМІННЯ
Шляхи передавання і методи захисту. Як зменшити ризик інфікування. Як будувати рівноправні стосунки. Як протидіяти дискримінації.	Серйозне ставлення до проблеми ВІЛ/СНІДу. Позитивне ставлення до відстрочення початку статевого життя. Негативне ставлення до вживання наркотичних речовин. Позитивне ставлення до використання презервативів. Толерантне ставлення до людей із ВІЛ.	Намір протидіяти негативному соціальному тиску. Намір не вживати наркотиків. Намір утримуватися від статевих стосунків. Намір використовувати презервативи у разі сексуальної активності.	Уміння сказати «ні» на пропозицію про сексуальну близькість. Уміння сказати «ні» на пропозицію вжити алкоголь. Уміння гідно сказати «ні» на інші небажані пропозиції. Уміння адекватно поводитись у разі загрози сексуального насилля. Уміння прийняти відповідальне рішення щодо використання презервативів.

Оцінювання на рівні детермінант поведінки здійснюється за процедурою «до» і «після». Це означає, що анонімне опитування здійснюється за спеціально розробленими психологічними тестами двічі: до і після навчання.

Результати опитування обробляють в узагальненому вигляді (в середньому для групи, класу). Що позитивніша різниця між результатами «до» і «після», то більшою є ефективність програми на рівні детермінант поведінки і тим імовірніше, що учні змінять свою поведінку на більш відповідальну та безпечну (поведінковий рівень), а це через деякий час позначиться на показниках захворюваності (епідеміологічний рівень).

Саме за такою процедурою доводили ефективність проекту «Школа проти СНІДу», який широко впроваджували у загальноосвітніх навчальних закладах

України. У результаті спеціального моніторингового дослідження, проведеного для цього проекту у 2006–2007 роках, отримано статистично достовірні дані щодо позитивних змін за всіма показниками.

Кількість учнів, які правильно відповіли на всі запитання тесту «Знання», зросла у 24 рази. Якщо до проходження курсу на всі запитання тесту «Знання» правильно відповів лише кожен 70-й учень (1,4 %), то після навчання на всі запитання правильні відповіді дав кожен третій учень (34 %).

Кількість учнів, які демонструють максимально толерантне ставлення до ЛЖВ, зросла утричі — з 16 % у тестах «до» (кожен шостий учень виявив максимальний рівень толерантності до ЛЖВ) до 52 % у тестах «після» (кожен другий).

Кількість учнів, які мають твердий намір відкласти початок статевого життя до старшого віку, зросла на 13 %. За результатами тесту «до» — 71 % дев'ятикласників, «після» — 84 %. Це доводить, що високоякісні профілактичні програми сприяють більш відповідальній поведінці та відстроченню початку статевого життя.

у 24 рази

зросла кількість учнів, які правильно відповіли на всі запитання тесту «Знання»

у 3 рази

підвищився рівень толерантності до ЛЖВ

на 26 %

збільшилася кількість учнів, які мають намір використовувати презервативи під час статевих контактів

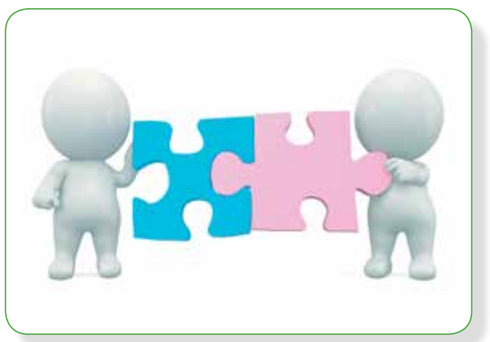
на 13 %

збільшилася кількість учнів, які мають намір утримуватися від статевих стосунків

ПРОГРАМИ СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ

Необхідність статевого виховання

Ставлення батьків до статевого виховання



Міфи і факти про статеве виховання

Кількість учнів, які вміють прийняти відповідальне рішення щодо використання презервативів у разі сексуальної активності, зросла на 26 % (із 56,9 % до 83,5 %). Згідно з цим індикатором, молоді люди, які все-таки зважаться на статеві стосунки, зможуть захистити себе від незапланованої вагітності та інфікування ВІЛ/ІПСШ.

Статеве виховання є однією з найважливіших складових профілактичної освіти. У його рамках діти мають отримати відповідну віку об'єктивну, науково обґрунтовану і достовірну інформацію про статевий розвиток, а також сформувати соціально-психологічні установки і навички, які допоможуть їм зберегти здоров'я, створити щасливу родину, народити і виростити здорових дітей.

З огляду на загрозливі масштаби епідемії ВІЛ-інфекції в Україні, високу поширеність ІПСШ, проблеми підліткової вагітності і ранніх абортів, упровадження комплексних програм статевого виховання є вкрай важливим. Ці програми мають охоплювати широке коло питань, що стосуються фізичних, емоційних, соціальних та культурних аспектів здоров'я, а не зосереджуватися виключно на ризиках і загрозах.

4.1. НЕОБХІДНІСТЬ СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ

Згідно з соціологічними даними, нині чоловіки і жінки укладають шлюб набагато пізніше, ніж їхні батьки. Молоді люди здебільшого налаштовані спочатку подбати про освіту і кар'єру, а лише потім про створення сім'ї та народження дітей. Водночас небагато юнаків і дівчат погоджуються відкладати на десятиліття активне статеве життя, що призводить до зростання кількості сексуальних партнерів і поширення інфекцій, які передаються статевим шляхом.

Здатність і бажання провадити активне статеве життя у деяких підлітків з'являються навіть до досягнення ними психологічної і соціальної зрілості. Вступаючи в сексуальні стосунки, вони часто не усвідомлюють їхніх можливих наслідків. Через це радість відкриття нової грані людських взаємин може захмаритися розчаруванням, фізичним і психологічним дискомфортом, а часто й більш серйозними проблемами — підлітковою вагітністю чи тяжким захворюванням.

За результатами соціологічного дослідження «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді»/12/, ранні статеві зв'язки пов'язані з іншими типами ризикованої поведінки, наприклад, вживанням психоактивних речовин. Багато підлітків здобувають перший сексуальний досвід у стані сп'яніння, а це означає, що вони могли не повністю усвідомлювати, що відбувається; іноді можна говорити навіть про приховане або явне насильство.

Окрему загрозу репродуктивному здоров'ю може становити зловживання засобами «пожежної» контрацепції. Ці сильнодіючі гормональні препарати можуть запобігти настанню вагітності і призначені для застосування протягом 72 годин після статевого контакту в екстрених випадках (пошкодження презерватива, зґвалтування). Як свідчать лікарі, на жаль, дівчата застосовують такі препарати не лише в екстрених випадках, а на регулярній основі. У подальшому це може спричинити серйозні розлади репродуктивного здоров'я, до того ж застосування таких препаратів не убезпечує від інфікування ВІЛ та іншими ІПСШ.

Близько 25 % старшокласників уже мають досвід статевих стосунків або провадять активне статеве життя. У цих умовах профілактично-освітні програми, які не враховують повною мірою реалії статевої поведінки, мають низьку ефективність впливу і не відповідають потребам підлітків.

Враховуючи наведені факти, варто наголосити, що питанням статевого виховання необхідно приділяти окрему увагу під час розроблення та впровадження профілактичних програм на рівні школи та громади. Завдання таких програм — пояснити дітям, які дорослішають, що сексуальні стосунки можуть стати джерелом сильних позитивних емоцій і щастя лише в тому разі, якщо вони починаються між двома людьми, які відповідально ставляться до свого здоров'я, одне до одного і можливої появи третьої людини — їхньої дитини.

Підлітки серйозніше сприймають свою сексуальність, якщо усвідомлюють, що з цією сферою пов'язані головні життєві завдання — створення сім'ї та відповідальне батьківство. Послідовне формування у підлітків зрілого ставлення до сексуальності набагато розумніше та ефективніше від заборон, залякувань і жорстких обмежень.

4.2. СТАВЛЕННЯ БАТЬКІВ ДО ПРОГРАМ СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ

Опитування, проведене Благодійними Фондом «Здоров'я жінки і планування сім'ї»/14/, засвідчило, що хоча більшість батьків усвідомлює важливість статевого виховання і свою провідну роль у цьому процесі, однак не більше ніж половина опитаних спілкуються зі своїми дітьми на ці теми, ще менше роблять це цілеспрямовано і послідовно на кожному етапі дорослішання дитини. Водночас більшість батьків, які брали участь в опитуванні, зізналися, що відчувають при цьому труднощі або психологічний дискомфорт. Уникання обговорення цих важливих тем означає, що майже половина учнів не отримує від своєї родини належних знань щодо статевого розвитку та репродуктивного здоров'я. Якщо ж процесу статевого виховання не приділятимуть належної уваги і в школі, діти зростатимуть під впливом неповної та спотвореної інформації, а часом і відвертої експлуатації з боку медіа, Інтернету, однолітків та несумлінних дорослих.

Завдяки зусиллям Міністерства освіти і науки України протягом останніх років відбувається зміцнення та посилення складової профілактичної освіти: розроблено нові програми та факультативні курси, зростає кількість фахівців, які пройшли спеціальну підготовку, покращується забезпечення шкіл та вчителів сучасними методичними матеріалами та інтерактивними методиками.

Опитування щодо ставлення батьків до програм статевого виховання засвідчує, що вони частіше висловлюються за підтримку таких програм, ніж виступають проти. Водночас вони слабо обізнані, що саме робить школа в цьому напрямку. Тож занепокоєння батьків, якщо й виникає, здебільшого зумовлене обмеженістю наявної інформації або помилковим уявленням про характер і результати таких програм. Так, наприклад, серед опитаних українських батьків обізнаність про наявність компоненту статевого виховання у шкільній програмі є досить низькою. Це може свідчити або про те, що ці предмети не є пріоритетними й рідше потрапляють у поле зору батьків, або про те, що ці теми неналежним чином розкривають під час уроків, або ж їм приділяють надто мало часу. Чимало респондентів висловлювалися за необхідність запровадження таких уроків, навіть не підозрюючи, що вони вже існують.

З метою посилення підтримки та прихильності до профілактичних програм із боку батьків та запобігання упередженому ставленню, батьківську громаду необхідно поінформувати про всі напрямки профілактичної освіти, зокрема про компонент статевого виховання, що входять до обов'язкової та варіативної складової шкільної програми.

Батьки мають знати, що в рамках шкільної програми теми статевого розвитку розкривають поступово, відповідно до особливостей вікового розвитку дітей. Цю інформацію дітям надають набагато пізніше, ніж вони можуть самостійно дізнатися про різні аспекти сексуальності та сексуальної поведінки з інших джерел — телебачення, Інтернету тощо. Школа також може надати батькам належну інформаційну підтримку, мотивуючи їх до обговорення делікатних тем із дітьми. Важливо, щоб батьки стали не лише першоджерелом інформації для своїх дітей, а й уміли передавати цінності, якими є шлюб, родина, любов.

4.3. МІФИ І ФАКТИ ПРО СТАТЕВЕ ВИХОВАННЯ

МІФ: *Статеве виховання призводить до раннього початку статевого життя.*

ФАКТ: Результати численних міжнародних досліджень доводять, що *ефективні комплексні профілактичні програми*, в яких достатню увагу приділено питанням статевого виховання для збереження репродуктивного здоров'я, не призводять до раннього початку статевого життя, не збільшують кількості статевих контактів і статевих партнерів, а навпаки, допомагають підліткам та молоді:

- відтермінувати початок статевого життя або утриматися від початку статевих стосунків;
- зберігати вірність одному статевому партнеру;
- відповідально ставитися до планування сім'ї;
- у разі сексуальної активності використовувати засоби захисту від незапланованої вагітності, а також ВІЛ та інших ІПСШ.

МІФ: *Статеве виховання позбавляє дітей цнотливості.*

ФАКТ: На статеву поведінку підлітків впливають різноманітні чинники – ситуація в сім'ї, виховання, медіа, найближче оточення тощо. Зі стрімким розвитком сучасних інформаційних технологій підліткам стали доступні різноманітні джерела інформації, в яких теми інтимних стосунків та сексуальності висвітлюють у досить знеціненому та викривленому вигляді. Тому отримання науково обґрунтованої, об'єктивної, відповідної віку інформації протягом поетапного процесу від самого початку шкільної освіти приносить користь усім дітям і молоді. Високоякісне статеве виховання нівелює негативні впливи шляхом поширення необхідної інформації та визначення ціннісних орієнтирів.

МІФ: *Статеве виховання суперечить нашій культурі чи релігії.*

ФАКТ: Ефективні профілактичні програми створюють з урахуванням особливостей культури і місцевих умов, тому вони не суперечать національно-культурним традиціям, а навпаки, формують та закріплюють у молоді відповідні цим традиціям загальновизнані ціннісні орієнтири та норми поведінки, які дають змогу зберегти здоров'я. Головні зацікавлені сторони, зокрема релігійні лідери, мають брати участь у розробленні прийнятних форм статевого виховання. Водночас, згідно із розробленою ЮНЕСКО Міжнародною технічною інструкцією зі статевого виховання, важливо змінювати ті соціальні норми і практики, які не відповідають принципам прав людини, підвищують уразливість та ризики, особливо для дівчат і молодих жінок.

МІФ: *Відповідальними за статеве виховання молоді мають бути батьки та інші члени родини.*

ФАКТ: Статеве виховання визнає первинну роль батьків та сім'ї як джерела інформації, підтримки та турботи в процесі вироблення здорового підходу до сексуального життя та статевих стосунків. Роль держави — через Міністерство освіти, школи та вчителів підтримувати і доповнювати роль батьків шляхом створення безпечного та сприятливого середовища для навчання та надання інструментів і матеріалів, які сприяють високоякісному статевому вихованню.

МІФ: *Батьки будуть проти статевого виховання в школах.*

ФАКТ: Батьки та сім'я відіграють важливу роль у формуванні ключових аспектів статевої ідентичності своїх дітей та всього спектра їхніх соціальних стосунків. Однак школи — це заклади, в яких діти та молодь проводять значну частину свого часу. Вони є безпечним середовищем, де молоді люди можуть здобувати системні знання про репродуктивне здоров'я, стосунки, статевий розвиток, а також про ВІЛ, ІПСШ та інші ризики. За умови, коли вчителі є кваліфікованими та надійним джерелом інформації для своїх учнів, більшість батьків виступає прихильниками програм статевого виховання.

Насправді часто саме батьки є найзавзятішими прихильниками таких програм, адже більшість відчуває незручність, розмовляючи на ці теми з дітьми. Школа залишається провідним закладом, де батьки можуть поповнити свої знання. Підготовлений педагог або психолог може надати батькам інформацію

щодо нових ризиків, з якими стикаються їхні діти, допомогти батькам і підліткам розпочати діалог на делікатні теми.

МІФ: *Статеве виховання може бути корисним для молоді, але не дітей.*

ФАКТ: Високоякісні профілактичні програми складено з урахуванням віку дитини. Вони охоплюють широке коло питань, а не лише теми інтимних стосунків. Уже змалечку діти мають вчитися будувати рівноправні стосунки з представниками і своєї, і протилежної статі, обговорювати цінність родини, гендерні ролі і стереотипи. Статеве виховання закладає необхідні основи, які дозволять дітям розуміти функції свого тіла, свої почуття і стосунки з раннього віку (наприклад, вчить дітей правильно називати частини свого тіла, розуміти принципи репродукції людини, дізнаватися сімейні традиції, упевнено поводитися і захищати себе в різних ситуаціях). Усі ці знання та вміння можна поступово вдосконалювати відповідно до віку та рівня розвитку дитини.

МІФ: *Статеве виховання вже включено до інших предметів (приміром, до біології)*

ФАКТ: У таких предметах, як біологія, увага акцентується на анатомії репродуктивних органів, фізіології репродуктивної функції людини, а не на відповідальній поведінці, яка дозволяє зберегти репродуктивне здоров'я.

ПРО ПРОЕКТ

Проект «Зміцнення потенціалу Всеукраїнської спілки вчителів і тренерів (ВСЕСВІТ) для поліпшення доступу до якісних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу серед підлітків і підтримки інтеграції дітей, що живуть з ВІЛ» впроваджується Громадською організацією «Дитячий фонд «Здоров'я через освіту» за підтримки Європейського Союзу.

Метою проекту є розвиток потенціалу Всеукраїнської спілки вчителів і тренерів (ВСЕСВІТ) і запровадження на базі 400 навчальних закладів стандартів якості щодо організації шкільного середовища, сприятливого для здоров'я і розвитку дитини.

Партнери проекту — Міністерство освіти і науки України; Представництво ЄС в Україні; Держслужба соцзахворювань України; Регіональне Бюро ЮНЕСКО в Москві; Німецьке бюро технічного співробітництва (GIZ), ГО «Здоров'я жінки і планування сім'ї».

Цільова група проекту — адміністратори системи освіти різного рівня, обласні і районні методисти з основ здоров'я, педагоги та учнівська молодь базових загальноосвітніх і професійно-технічних навчальних закладів.

Заходами проекту охоплено 615 базових навчальних закладів у 27 регіонах України, 1600 керівників освіти різних рівнів, 12 000 вчителів та 12 000 учнів. Зокрема, для адміністраторів системи освіти в кожній області було проведено наради, семінари, конференції і круглі столи з метою адвокації високоякісної профілактичної освіти.

Під час реалізації проекту в усіх регіонах України створено мережу загальноосвітніх та професійно-технічних навчальних закладів, які ставлять за мету впровадження якісної превентивної освіти та створення навчального середовища, сприятливого для здоров'я і розвитку учнів, згідно з розробленою спільно з фахівцями АПН України Концепцією школи, дружньої до дитини/16/.

Кожна школа проекту отримала можливість на базі регіональних інститутів післядипломної педагогічної освіти підготувати вчителів для викладання основ здоров'я у 1–9 класах та впровадження факультативних курсів із профілактики ВІЛ, безкоштовно отримати сучасні навчально-методичні матеріали для проведення тренінгів з учнями, адвокаційної роботи з батьками, залучення молоді до профілактичної діяльності методом «рівного навчання».

У рамках проекту створено сайт «Портал превентивної освіти», який відіграє важливу роль в адвокації профілактичної освіти і став популярним майданчиком для обміну досвідом із викладання основ здоров'я, факультативних курсів профілактичного спрямування та створення дружнього до дитини шкільного середовища.

Відвідайте сайт за адресою: **http://autta.org.ua**, зареєструйтесь і отримайте доступ до його ресурсів та можливість розміщувати власні розробки й інші матеріали, які заслуговують на увагу.

СКОРОЧЕННЯ

ВААРТ — високоактивна антиретровірусна терапія

ВІЛ — вірус імунодефіциту людини

ВООЗ — Всесвітня організація охорони здоров'я

ВРУ — Верховна Рада України

ГО — громадська організація

ЗМІ — засоби масової інформації

ЗУ — Закон України

ІПСШ — інфекції, що передаються статевим шляхом

КМУ — Кабінет Міністрів України

ЛЖВС — люди, що живуть з ВІЛ/СНІД

МОН — Міністерство освіти і науки

НУО — неурядова організація

ООЖН — освіта на основі життєвих навичок

ОДА — обласна державна адміністрація

СНІД — синдром набутого імунного дефіциту

СІН — споживачі ін'єкційних наркотиків

ЧСЧ — чоловіки, які мають секс із чоловіками

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Інтернет-ресурс: Advocacy: People's Power and Participation Guide. http://www.advocate-for-children.org/advocacy/start, — 31.07,2014.
2. Cohen, David in: Cohen, David; de la Vega, Rosa, and Watson, 2001. Advocacy for Social Justice: A Global Action and Reflection Guide, P. 8. Kumarian Press, Inc., Connecticut, USA.
3. VeneKlasen, Lisa, and Miller, Valerie, 2002. A New Weave of Power, People, and Politics: An action guide for policy and citizen participation. P 22. World Neighbors, Oklahoma, USA.
4. Mansfield, Christian; MacLwod, Kurt; Greenleaf, Maron; & Alexander, Poppy; 2003. Advocacy Handbook: A practical Guide to Increasing Democracy in Cambodia. P. 2. Pact Cambodia, Phnom Penh, Cambodia.
5. Advocacy Tools and Guidelines: Promoting Policy Change. Copyright © 2001; Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc.
6. Leadership Roles Within an Advocacy Movement. Advocacy Leadership Center, Institute for Sustainable Communities. Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0 United States
7. Адвокация (методические рекомендации). — К. : Международный Альянс по ВИЧ/СПИД, 2005. — 148 с.
8. Gep report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2014 [Електронний ресурс]: http://www.unaids.org/ru/resources/documents/2014/name,97466,ru.asp
9. Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2012 рік, Міністерство охорони здоров'я України, Центр медичної статистики МОЗ України, Київ — 2013.
10. Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні» № 37, Київ — 2012, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України, Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України.

11. Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні» № 41, Київ — 2014, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України, Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В.Громашевського НАМН України.
12. Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді: моногр./О. М. Балакірєва, Н. О. Рингач, Р. Я. Левін та ін./Наук. ред. О. М. Балакірєва. — К. : Укр. інст. соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2007. — 128 с.
13. Международное техническое руководство по половому просвещению. Часть I, ЮНЕСКО, 2010
14. Рівень поширення і тенденції вживання тютюну, алкогольних напоїв, наркотичних речовин серед учнівської молоді України:2011/О.М. Балакірєва (кер. авт. кол.; Т. В.Бондар, Ю.П.Галіч та ін. Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка. — К. : ТОВ ВПК «ОБНОВА», 2011. — С. 88.
15. Ставлення та погляди батьків щодо статевого виховання своїх дітей за результатами глибинних інтерв'ю з батьками дітей від 6 років. Благодійний фонд «Здоров'я жінки та планування сім'ї», ГО «Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка», 2011.
16. Концепція школи, дружньої до дитини. / І. Д Бех, І. Д. Звєрєва, Ж.В. Петрочко, О. О. Єжова В. І. Кириченко, Т. В. Воронцова, В. С. Пономаренко. http://autta.org.ua/

БЕРЕЗЮК ОЛЬГА ВІКТОРІВНА
ВІЗІН КРІСТІНА
ВОРОНЦОВА ТЕТЯНА ВОЛОДИМИРІВНА
ГАРБУЗЮК ІРИНА ВІКТОРІВНА
ДЕМЯНЧУК ОЛЕНА ЛЕОНІДІВНА
ЖУРАВСЬКИЙ МАКСИМ ЮРІЙОВИЧ
ПОНОМАРЕНКО ВОЛОДИМИР СТЕПАНОВИЧ

АДВОКАЦІЯ В ПРОФІЛАКТИЧНІЙ ОСВІТІ

Посібник
для активістів неурядових організацій

Технічний редактор *Т. Піхота*
Коректор *І. Шатунова*

Підписано до друку 20.08.2014. Формат 60х84/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 7,5.
Тираж 2 000 прим.

Віддруковано з готових діапозитивів
ТОВ Фірма «Антологія»
м. Київ, вул. Маршала Гречка, 13