



ЗВІТ З ОЦІНКИ СЕКСУАЛЬНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО

**Початкова оцінка сексуального та репродуктивного
здоров'я в Україні: доступ до послуг та медикаментів для
жінок**



ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
МЕТА.....	3
МЕТОДОЛОГІЯ	4
ПОДЯКА.....	7
РЕЗУЛЬТАТИ	9
I. Знання та ставлення жінок щодо окремих аспектів сексуального та репродуктивного здоров'я, проблеми насильства над жінками, а також оцінка доступу до відповідних медичних послуг	10
II. Ставлення та знання медичних працівників/ць, оцінка їхніх потреб щодо послуг із сексуального та репродуктивного здоров'я та клінічного лікування зґвалтувань.....	28
III. Основні результати оцінки закладів охорони здоров'я	38
ДОДАТКИ	40

ВСТУП

Повномасштабне вторгнення Росії в Україну з 24 лютого 2022 року вплинуло на життя людей по всій Україні та спричинило найбільше переміщення населення в Європі з часів Другої світової війни, а саме: 6,28 мільйона людей було переміщено в межах країни та понад 8 мільйонів біженців покинули Україну. За даними ВООЗ, сфера охорони здоров'я в Україні серйозно постраждала через проблеми безпеки, обмеження мобільності, збільшення витрат, брак персоналу та витратних матеріалів, і масове переміщення. На сферу охорони здоров'я лягло величезне навантаження: 10 631 цивільних медиків у полоні, зафіксовано 323 атаки на медичні заклади та 4 731 смертей серед цивільних медиків¹. Доступ жінок до послуг зі збереження сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ) різко погіршився, спостерігається брак доступу до клінічного лікування згвалтувань (КЛЗ), послуг із застосування методів планування сім'ї та безпечного переривання вагітності.

У 2019 році 67% жінок в Україні зазнали психологічного, фізичного чи сексуального насильства з боку інтимного партнера або чоловіка, який не є партнером². Зараз, через війну, кількість випадків насильства щодо жінок і дівчат в Україні збільшилася. Це трапляється як в межах України, так і під час виїзду до інших країн³. Проте послуги для постраждалих від ГН в Україні надаються не в повному обсязі. Випадки ГН найбільш поширені на територіях, де ведуться активні бойові дії, транзитних центрах/центрах тимчасового розміщення тощо. В Україні з'являється все більше повідомлень про випадки сексуального насильства, пов'язаного з конфліктом (СНК).⁴ Втрата забезпечення і житла, невідповідність умов проживання, розлучення сімей, порушення закону та порядку підвищують ризики торгівлі людьми.⁵ Представники/-ці ЛГБТКІА+ спільноти піддаються підвищеному ризику ізоляції, експлуатації, насильства та жорстокого поводження, стикаючись з перешкодами в доступі до гуманітарної допомоги та послуг.⁶

МЕТОДОЛОГІЯ

Основна **мета** початкової оцінки — визначення поточного стану щодо надання послуг у галузі сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ) та ґендерно зумовленого насильства, включно з клінічним лікуванням згвалтувань (КЛЗ), у Кіровоградській, Київській, Одеській та Полтавській областях. Така оцінка допомогла отримати інформацію для планування програмної діяльності із СРЗ у цих областях та дала змогу оцінити рівень підготовки медичних працівників/ць, наявність витратних матеріалів та обладнання, і доступ до послуг для населення з груп ризику. Другорядні цілі включали

¹ Дії ВООЗ щодо української кризи Проміжний звіт з лютого по червень 2022 року. Копенгаген; Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2022 р.

² Організація з безпеки та співробітництва в Європі (ОБСЄ). Дослідження щодо насильства жінок. Під керівництвом ОБСЄ: Україна — Звіт про результати. 27 листопада 2019 року. Джерело: <https://www.osce.org/secretariat/440312>

³ Новини ООН (2022) «Повідомлення про випадки сексуального насильства в Україні стрімко зростають», — повідомляє Рада Безпеки. 6 червня 2022 р. Джерело: <https://news.un.org/en/story/2022/06/1119832>

⁴ ґендерно зумовлене насильство: огляд вторинних даних. GBV AoR / GBV Sub-Cluster, 27 квітня 2022 р.

⁵ Запобігання торгівлі біженцями з України. Швидка оцінка ризиків і прогалин у знаннях щодо протидії торгівлі людьми, Сюзанна Гофф (Suzanne Hoff) та Еф'є де Волдер (Eefje de Volder), травень 2022 р.

⁶ Захист ЛГБТКІА+ людей у контексті протидії в Україні, УВКБ ООН, 17 травня 2022 р.

з'ясування потреб для інших спеціалістів/ок у сфері охорони здоров'я та ґендерно зумовленого насильства (ґЗН) в Україні.

Цілі початкової оцінки:

- зібрати інформацію про заклад охорони здоров'я: визначити медичний персонал, який надає СРЗ послуги та потенційно може бути залучений до навчальної програми (наприклад, акушери-гінекологи, сімейні лікарі та медсестри), а також визначити потреби в основних товарах медичного призначення для забезпечення доступу до допомоги постраждалим від зґвалтувань у цільових закладах;
- з'ясувати рівень знань та ставлення до пацієнтів/-ок у медичних працівників/ць щодо послуг з СРЗ, включно з КПЗ;
- оцінити бар'єри для доступу членів громади (жінок) до послуг з СРЗ, включно з тим де і як вони можуть отримати такі послуги, якщо буде така потреба;
- зібрати інформацію (kartувати) про різні сервіси та послуги для постраждалих від ґЗН, включно з послугами перенаправлення.

Географія дослідження:

Початкова оцінка проводилась у 4-х областях України (пілотні області проекту): Кіровоградській, Київській, Полтавській та Одеській.

Цільові групи:

1. Керівний персонал закладу охорони здоров'я (наприклад, директор закладу охорони здоров'я).
2. Медичний персонал закладів охорони здоров'я (зокрема, медичні працівники/-ці, що надають послуги із сексуального та репродуктивного здоров'я — лікарі акушери-гінекологи та медсестри/акушерки).
3. Жінки (18+ років).

Методи збору даних та інструментарій

Для збору даних використовувалися три основні методи:

1. Обговорення у фокус-групах з жінками-ВПО, які перебувають у групі ризику СґН (онлайн).
2. Інструмент оцінки потреб у сфері СРЗ закладу охорони здоров'я.
3. Інструмент самооцінки ставлень медичних працівників.

Фокус-групові дискусії (ФґД) проводилися з жінками групи ризику — внутрішньо переміщеними жінками — з метою вивчення їхнього ставлення та знань щодо окремих аспектів сексуального та репродуктивного здоров'я, проблеми насильства щодо жінок та доступу до відповідних медичних послуг. ФґД проводилися через професійну платформу Zoom з дотриманням принципів добровільності, конфіденційності та анонімності.

Гайд для проведення фокус-групових дискусій містить такі теми:

- ставлення до окремих аспектів сексуального та репродуктивного здоров'я жінок та доступу до відповідних медичних послуг за місцем проживання;
- ставлення до різних методів планування сім'ї, наявності засобів контрацепції в місцях проживання представниць цільової групи;
- ставлення до проблем ВІЛ/ІПСШ та доступу до відповідних медичних послуг за місцем проживання представниць цільової групи;
- доступ жінок-ВПО до медичних послуг, пов'язаних з вагітністю та пологами;
- ставлення до окремих питань насильства над жінками та доступу до відповідних медичних послуг за місцем проживання представниць цільової групи.

Опитник для медичних працівників/ць містив набір із 33 тверджень, що відображають найбільш поширені думки/стереотипи щодо різних аспектів жіночого сексуального та репродуктивного здоров'я, а також ставлення до насильства щодо жінок. Респонденти/ки повинні були погодитися або не погодитися з кожним із запропонованих тверджень і прокоментувати свої відповіді. Це інструмент для самозаповнення.

Інструмент оцінки потреб закладу охорони здоров'я в СРЗ спрямований на оцінку спроможності закладу надавати спеціалізовані послуги, включно з послугами з клінічного ведення випадків зґвалтувань. Інструмент передбачає збір даних про населення та надавачів медичних послуг із СРЗ, доступність методів планування сім'ї та послуг з переривання вагітності, боротьбу з сексуальним насильством, запобігання передачі ВІЛ-інфекції та інших ІПСШ, систему перенаправлення, інвентаризацію товарів та обладнання.

Перед польовим етапом збору даних було проведено навчання збирачів/ок даних для ознайомлення з інструментами, етичними принципами проведення дослідження, питаннями безпеки та конфіденційності щодо даних та учасників/ць дослідження. Збирачі/чки даних підписали «угоду про нерозголошення», щоб гарантувати відсутність ризику нанесення шкоди та конфіденційність даних.

Дизайн вибірки

Визначення учасників/ць дослідження та закладів відбувалось у такий спосіб:

- Заклади охорони здоров'я для початкової оцінки були обрані у випадковому порядку із загального списку закладів, які братимуть участь у проекті у цьому регіоні.
- Для оцінки знань і ставлень медичних працівників/ць спершу були створені списки медичних працівників/-ць, які надають відповідні послуги у закладах охорони здоров'я (з числа лікарів акушерів-гінекологів та медсестер/акушерок), і проведено відбір у випадковому порядку для кожної категорії. У такий спосіб були обрані щонайменше по 3 медичних працівника/ці та запрошені до участі в оцінці.
- Учасниці фокус-груп були відібрані через місцеві НУО/соціальні центри, а потім жінок (18+) запросили до участі в фокусованому груповому обговоренні.

Вибірка враховує унікальні географічні, політичні та соціально-культурні відмінності України, особливо між областями. Для того, щоб краще зрозуміти відмінності, методологією передбачено залучення принаймні одного закладу охорони здоров'я та проведення однієї фокус-групові дискусії (ФГД) у кожній з цільових областей проєкту:

1. Оцінка закладів охорони здоров'я — всього 4, один заклад у кожній області.
3. Оцінка знань і ставлень медичних фахівців/чинь (акушерів-гінекологів, сімейних лікарів, медсестер/акушерок) — щонайменше по одному із кожного з закладів, відібраних для початкової оцінки. Загалом 13 опитаних (9 жінок і 4 чоловіка).
2. Фокус-групові дискусії (ФГД) серед жінок із громади — всього 4, одна у кожній області.

Оцінка закладу охорони здоров'я включала низку структурованих запитань, спрямованих до осіб, відповідальних за послуги планування сім'ї, послуги з безпечних абортів, клінічного лікування зґвалтувань, лікування сексуального насильства, послуги з ВІЛ/ІПСШ, системи перенаправлень у випадках насильства та інші. У тому числі проводилась оцінка потреб (інвентаризація) медичних товарів та обладнання для надання СРЗ послуг.

ПОДЯКА

Ми висловлюємо щиру подяку медичним працівникам/цям у сфері охорони здоров'я — медичним фахівцям та фахівчиням, персоналу закладів охорони здоров'я, а також жінкам, які поділилися своїм досвідом і приділили нам час, водночас перебуваючи під впливом війни в Україні. Без їхнього внеску ми не змогли б зібрати інформацію та ідеї, що були використані під час реалізації нашого проекту. Ми хотіли б подякувати співробітницям/кам Благодійного фонду «Здоров'я жінки і планування сім'ї» за їхній внесок і допомогу: Галині Майструк, очільниці БФ «Здоров'я жінки і планування сім'ї», Тетяні Слободян, координаторці проекту, та регіональним координаторам/кам Людмилі Івановій, Людмилі Акімовій і Владиславу Збанацькому.

Ми також висловлюємо подяку Метью Кусену (CARE), Алісі Джанвірін (IPPF), Мелані Коут (CARE), Пенніні Кімірі (CARE) та іншим колегам за цінний внесок у адаптацію методології, інструментів оцінки та навчання збирачів/ок даних.

Також хочемо висловити особливу подяку соціологині Наталії Романенко, яка допомогла у проведенні дослідження на етапі збору даних та під час аналізу отриманих результатів.

Авторки:

Тетяна Горяча, фахівчиня з моніторингу, оцінки та стратегічного планування БФ «Здоров'я жінки і планування сім'ї»

Наталія Романенко, консультантка проекту

«Я знаю людей, у яких вже є дитинка, але так вийшло, що Бог подарував їм ще одну. Але так, як ця війна, то люди сіли, поговорили і прийшли геть до іншого висновку, що зараз не час». (м. Полтава)

«Мені здається, що більшість (у випадку насильства) не звертається. Тут у нас є проблеми, страх жінок, що їх будуть засуджувати, це соромно. Тому більшість не звертається, якщо все добре... Ну як добре? Тут добре — не добре. Звичайно, що треба до лікаря піти, подивитись, здати тест якийсь, щоб не було ніякої інфекції, а якщо психологічна допомога, то напевно, що зайшла б в інтернет, подивилась, яка є гаряча лінія і вже б зверталась туди, щоб мене кудись направили». (м. Полтава)

«Так, багато таких випадків є, що звертаються, а ніхто не шукає, тому що їм немає до цього діла... Ну з'валтували, так з'валтували, просто ніхто не хоче цим займатися. Но, ще ж буває і корупція: от тебе з'валтував якийсь багатий чоловік, то потім він просто дасть гроші поліції, закриють цю справу і ти залишишся винуватою». (м. Доброслав, Одеська обл.)

СКОРОЧЕННЯ

АРВ — антиретровірусна терапія

ВІЛ — вірус імунодефіциту людини

ВМК — внутрішньоматкова контрацепція

ВПО — внутрішньо переміщені особи

ҐЗН — ґендерно зумовлене насильство

ЕВА — електрична вакуумна аспірація

ЗОЗ — заклад охорони здоров'я

ІПСШ — інфекції, що передаються статевим шляхом

КЛЗ — клінічне лікування зґвалтувань

КТГ — кардіотокографія

ЛГБТКІА+ люди — лесбійки, геї, бісексуали, трансгендери, квір, інтерсексуали, асексуали та ін.

МА — медикаментозний аборт

ВА — вакуумна аспірація

МК — метод кюретажу

ОК — оральні контрацептиви

СҐН — сексуальне та ґендерне насильство

СНПК — сексуальне насильство, пов'язане з конфліктом

СРЗ — сексуальне та репродуктивне здоров'я

ФГД — фокус групі дискусії

РЕЗУЛЬТАТИ

I. Знання та ставлення жінок щодо окремих аспектів сексуального та репродуктивного здоров'я, проблеми насильства над жінками, а також оцінка доступу до відповідних медичних послуг

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Ставлення до окремих проблем сексуального та репродуктивного здоров'я жінок та доступ до відповідних медичних послуг у місцях їх проживання

1. Ключовими проблемами сексуального та репродуктивного здоров'я жінок-ВПО вважаються, насамперед, проблеми різноманітних захворювань статевої системи, проблеми щодо призначення/отримання контрацепції та планування сім'ї, а також проблеми пов'язані зі здоров'ям жінки під час вагітності або після пологів.
2. Акцентувалася увага на проблемах сексуального та репродуктивного здоров'я жінок-ВПО, які пов'язані зі стрес-фактором, спричиненим війною та необхідністю тимчасового переміщення, а також з новими, не завжди сприятливими умовами життя. Так, згадується, що у жінок-ВПО почастишали гормональні розлади через стрес, а також захворювання на інфекції, пов'язані з проживанням у місцях спільного проживання (наприклад, у спортивних залах шкіл).
3. Дівчата-підлітки сприймаються як більш вразлива група серед жінок-ВПО через такі фактори: незрозуміння механізму звернення до лікаря або процесу діагностики та лікування в цілому, недовірливе ставлення до дорослих і висока довіра до інформації з соціальних мереж, онлайн джерел і друзів/подруг свого віку.
4. Проблем із доступом до медичних послуг у досліджуваних місцях проживання жінок-ВПО не виявлено. Стверджується, що найбільш доступними закладами з точки зору отримання медичних послуг для жінок-ВПО є державні лікарні через безкоштовність медичних послуг, доброзичливе ставлення медичного персоналу, а також відсутність складних бюрократичних процедур при оформленні до лікарні.
5. Ключовим бар'єром доступу до медичних послуг у місцях тимчасового проживання вважається необхідність пошуку лікаря, який/яка би відповідав/ла вимогам жінок-ВПО (наприклад, професійність, відповідне доброзичливе ставлення до пацієнтки). Зазначається, що при пошуку лікаря, жінки-ВПО користуються рекомендаціями близьких/знайомих, а також відгуками в інтернеті.

Ставлення до різних методів планування сім'ї, доступність засобів контрацепції в місцях проживання представниць цільової аудиторії

6. Більшість зазначили, що в процесі планування сім'ї частіше за все жінки приймають рішення колегіально, радячись із чоловіком або партнером. Водночас, виявлено сприйняття щодо зміни ролі жінки, яке відбулося під час війни. В окремих випадках зазначалося, що з початком війни жінка (особливо, якщо чоловік або партнер

жінки є військовим) набула більшої відповідальності за майбутнє своєї сім'ї та має самостійно приймати рішення щодо планування сім'ї та народжування дітей.

7. Проблем із доступом до будь-яких засобів контрацепції у жінок-ВПО в досліджених місцях не спостерігається. Найбільш розповсюдженими засобами контрацепції уявляються презервативи й оральні контрацептиви. Презервативи через те, що їх можна купити в багатьох місцях, а в окремих випадках — отримати безкоштовно. Зазначається, що призначення лікаря потребують лише ті контрацептивні засоби, які потрібно приймати довгостроково (частіше за все згадувались ОК), або які жінка не зможе почати застосовувати самостійно (частіше за все згадувалася внутрішньоматкова спіраль). Помітна недостатня поінформованість і відсутність розуміння різниці між препаратами для медичного абортів та екстреної контрацепції, власне як і про самі методи, їх використання. Це може стати бар'єром для отримання послуг з СРЗ. Загалом, за словами учасниць, відсутність коштів суттєво впливає на можливість щодо придбання контрацептивів, їх доступність.

8. Тема контрацепції та абортів може бути визначена як чутлива для жінок-ВПО. Було зазначено, що жінка при необхідності супроводу в ситуації вибору контрацепції частіше за все запропонує подрузі або родичці жіночої статі допомогти з вибором, і лише при довірливих стосунках у парі — чоловікові або партнерові. Також, частина жінок схильна радитися щодо засобів контрацепції з подругами або фармацевтом у аптеці, або самостійно шукати інформацію в інтернеті. Щодо абортів — учасниці фокус-груп наполягали, що не знайомі з такою ситуацією та ніколи не зверталися за подібною процедурою до медичного закладу, тому не можуть оцінити доступність цієї послуги в місцях проживання.

9. Акцентувалася увага на тому, що є окремі категорії жінок (малозабезпечені, мешканки маленьких населених пунктів, а також дівчата-підлітки), які можуть самостійно вирішувати проблему переривання вагітності через певні причини (відсутність коштів, страх розголосу ситуації, недосвідченість та недовіра до дорослих), що може призводити до незворотних негативних наслідків для здоров'я жінки.

Доступність медичних послуг, пов'язаних із вагітністю та пологами жінок-ВПО

10. Проблем із доступом до медичних послуг, пов'язаних із вагітністю та допологовим доглядом жінок-ВПО, не визначено. Зазвичай, за допологовим доступом жінки-ВПО звертаються до державних медичних закладів, рідше (та лише за сприятливої фінансової ситуації в домогосподарстві) — до приватних медичних закладів.

11. Ключовим бар'єром доступу до послуг допологового догляду є місце проживання жінки. Зазначається, що якщо жінка-ВПО мешкає в селищі або маленькому містечку, вона вимушена їхати у велике місто через обмежений набір медичних послуг у невеликих населених пунктах.

12. Зазначалось, що здебільшого ставлення лікарів до незаміжньої жінки, яка звернулася за допологовим доглядом, не буде відрізняється від ставлення до вагітної заміжньої жінки. Проте, в окремих випадках була зазначена непрофесійна поведінка

лікарів щодо самотніх (у незареєстрованому шлюбі) або малозабезпечених багатодітних жінок, які вирішили народжувати. Це може свідчити про наявні в суспільстві стереотипи щодо жінки, її сексуальної поведінки, свободи у прийнятті рішень щодо свого репродуктивного вибору — народжувати чи ні, коли, у які періоди, самій чи у парі/заміжню. У поодиноких випадках статус «узаконених взаємин» (чи ні) впливає на те, як до жінки ставляться. Це є потенційним бар'єром для звернення по будь-які послуги з сексуального та репродуктивного здоров'я, у тому числі і до допологових послуг. Знаючи про таке ставлення лікарів, по інші послуги — з переривання вагітності, скринінгу — жінки будуть звертатися із меншою вірогідністю, і чим молодша жінка — тим більша ймовірність не звернення (у тому числі своєчасного).

Ставлення щодо проблем ВІЛ/ІПСШ і доступ до відповідних медичних послуг у місцях проживання представниць цільової аудиторії

13. Згідно з уявленнями, проблема ВІЛ/ІПСШ з початком війни не набула збільшення масштабів і не сприймається як актуальна для населених пунктів тимчасового проживання жінок-ВПО.

14. У якості найбільш популярних засобів захисту від ВІЛ/ІПСШ були названі: дотримання гігієнічних норм, регулярне спостереження за здоров'ям (здача аналізів у лабораторії або лікарні) та використання презервативів під час статевого акту. Водночас впевненість у власному рівні знань про рівень захисту від ВІЛ-інфекції при використанні того чи іншого методу не є високою.

15. Проблем щодо тестування на ВІЛ/ІПСШ у досліджених населених пунктах не виявлено. Наявні уявлення, що тестування можна пройти у міській лікарні за призначенням лікаря-гінеколога, або самостійно, здавши аналізи у приватній лабораторії міста.

16. Стверджується, що сучасні жінки та молодь є достатньо обізнаними про проблематику ВІЛ/ІПСШ. Водночас акцентується увага на тому, що з переходом учбових закладів на онлайн формат навчання, проблематиці ВІЛ/ІПСШ стало приділятися менше уваги, а також на безвідповідальному ставленні більшої частини молоді до цієї проблематики.

Ставлення до окремих проблем насильства над жінками та доступ до відповідних медичних послуг у місцях проживання представниць цільової аудиторії

17. Особистий досвід насильства не досліджувався і не був згаданий під час обговорення учасницями фокус-груп. Учасниці не зазначали, що бачили/чули про насильство, у тому числі сексуальне, у близькому колі. Акцентується увага на тому, що через зростання напруги та агресії в суспільстві внаслідок війни, жінки в теперішній час зазнають насильства більшою мірою, ніж раніше. Так само було зазначено, що ЗМІ приділяють більше уваги висвітленню насильства, у тому числі сексуального, ніж до війни.

18. Найбільш відомими видами насильства над жінкою вважається фізичне, сексуальне та психологічне насильство. Окремими думками зазначається, що щодо жінок-ВПО почастишали випадки саме психологічного насильства, коли жінка зазнає принижень та моральних знущань через те, що вона вимушена перебувати у статусі переселенки.

19. Вважається, що частіше насильство над жінками чинять чоловіки або партнери. Також зазначалось, що насильство над жінками можуть спричиняти військові країни-агресора, особи з психічними розладами або в стані алкогольного сп'яніння, керівники на робочому місці.

20. Стверджується, що об'єктом насильства може стати будь-яка жінка, незалежно від віку, соціального статусу або інших характеристик. Найбільш вразливими були названі молоді жінки та дівчата-підлітки, мешканки міст окупованих територій, а також жінки з «м'якими» рисами характеру.

21. Серед учасниць фокус-груп є сприйняття, згідно з яким жінка може спровокувати насильство над собою, якщо буде виглядати доступною, а саме — буде відповідно одягнутою або поводити себе провокативно, або буде знаходитися в колі чоловіків у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння. Іноді наводилися приклади того, як жінки зазнавали насильства з причини свого яскравого зовнішнього вигляду та поведінки. Також наявна думка, що деякі жінки, які зазнають насильства, мають певний набір психологічних і поведінкових характеристик, які, на думку опитаних, є причиною її власного вибору перебувати у насильницьких стосунках (продовжувати бути у ролі жертви⁷). Таке ставлення — для жінки також бар'єр для звернення до послуг, у тому числі психологічних, бо вона знає, що її, швидше за все, будуть звинувачувати. І бар'єр для того, щоб інші жінки підтримали, допомогли жінці, яка перебуває у насильницьких стосунках — вони «вважають», що її такі стосунки влаштовують і допомога не потрібна. Наявність таких стереотипів і ставлення — ознака низького рівня поінформованості про проблему, цикл насильства, і хто саме є винним у ситуації. Під питанням рівень професійної допомоги такій жінці, яка, на їхню думку, сама винна.

22. Місцями, які можуть бути небезпечними для жінок, насамперед вважаються темні, неосвітлені та безлюдні вулиці міста та парки. Також іноді до небезпечних місць відносять заклади, де вживається алкоголь (нічні клуби, ресторани), а також будь-які місця, де скупчується велика кількість чоловіків (наприклад, КПП, поліцейські відділки).

23. Більшість зазначила, що жінки, які зазнали насильства, насамперед мають звертатися до поліції, а також психолога, який спеціалізується на відповідній проблематиці. Водночас, акцентувалась увага на тому, що медичний заклад не сприймається як обов'язковий в системі послуг для постраждалих від насильства через те, що асоціюється лише з тяжкими станами фізичного або сексуального насильства. Наявне уявлення, що під час звернення до лікаря після випадку зґвалтування, лікар зобов'язаний поінформувати поліцію про випадок, навіть без згоди на таке інформування з боку постраждалої жінки. А отже, знання про те, що лікар має повідомити до поліції, якщо це випадок зґвалтування — може відлякувати жінок (які

⁷ віктимблеймінг — звинувачення постраждалої, засудження її — замість засудження кривдника

можуть не хотіти заявляти до поліції з різних причин) — і є бар'єром для звернення по медичну допомогу.

24. Зазначалося, що деякі жінки можуть не звертатися по послугу із медикаментозного переривання вагітності через низку причин: відсутність інформації про таку можливість (не обізнані про медикаментозний метод як такий); неможливість придбати відповідні препарати власним коштом за умови низького рівня доходу домогосподарства; якщо жінка проживає у маленькому населеному пункті — небажання купувати препарат у місцевій аптеці через побоювання, що про таку покупку дізнаються інші жителі населеного пункту. Нечіткі уявлення / відсутність інформації / відсутність коштів і ставлення оточення — бар'єри для отримання послуги, вчасного використання методу, а згодом, ймовірно, звернення для отримання послуги іншим, менш безпечним методом для здоров'я жінки.

25. Також виражалася недовіра до державних силових структур і зазначалося, що жінки намагаються уникати звернень до поліції у випадку насильства через уявлення про безвідповідальне ставлення поліцейських до подібних справ, а також побоювання розголосу ситуації та страху помсти з боку насильника у майбутньому.

26. Була виявлена обізнаність про існування спеціальної гарячої лінії, на яку можна звернутися по допомогу або консультацію в ситуації, коли жінка зазнала насильства, а також про існування центрів допомоги постраждалим від насильства. Рівень поінформованості про номери гарячих ліній, наявність центрів допомоги жінкам у конкретному місті чи регіоні, графіків роботи тощо — низький. Проте зазначалося, що контакти гарячої лінії та центрів допомоги можна дізнатися за допомогою інтернету, також згадувалася реклама подібних організацій у медичних закладах міста.

27. Акцентується увага на тому, що покращити доступ до послуг постраждалим від насильства можна через інформування жінок про чіткий алгоритм дій у ситуації, коли жінка зазнала насильства: куди вона має обов'язково звернутися та в якому порядку вона має звертатися до кожного окремого органу, або закладу чи організації. Стверджується, що вкрай необхідним є формування довіри у жінок до всіх установ, закладів та організацій, які задіяні в системі протидії насильству та допомозі постраждалим (через позитивні приклади розкриття справ поліцією та покарання винних, або через приклади позитивних результатів інших видів допомоги — психологічної, медичної тощо).

1. Ставлення до окремих аспектів сексуального та репродуктивного здоров'я жінок і доступ до відповідних медичних послуг у місцях їх проживання

• Визначення термінів «сексуальний» і «репродуктивний»

Під час фокус-груп представниці цільової аудиторії визначили, що значать терміни «сексуальний» і «репродуктивний».

Так, при визначенні терміну «сексуальний» жінки частіше використовують характеристики, які пов'язані з привабливістю та фізіологією людини, меншою мірою — характеристики, пов'язані зі здоров'ям статевої системи людини.

Привабливість і фізіологія людини: *«щось таке, до чого хочеться доторкнутись, хочеться поспробувати, що притягує твій погляд і визиває в тебе якесь бажання зблизитись», «привабливий та спокусливий», «щось таке, що тебе може завести і спонукати до чогось більшого», «бажаний та привабливий».*

Статеве здоров'я людини: *«сексуально здоровий, це те, що ти здоровий, всі жіночі твої органи здорові».*

Під час визначення терміну «репродуктивний» частіше використовуються характеристики, які пов'язані зі здатністю жінки до запліднення та народження дитини: *«продовження роду, народження дитини», «жінка репродуктивного віку, в якій дозріває яйцеклітина і яка здатна до запліднення та виношування плоду», «способність рожать», «розмноження, це є продовження своєї частинки і частинки чоловіка».*

- **Проблеми сексуального та репродуктивного здоров'я, з якими стикаються внутрішньо переміщені жінки в місцях їх проживання**

Серед ключових проблем сексуального та репродуктивного здоров'я, з якими стикаються жінки-ВПО, як більш вірогідні, були пригадані:

- Проблеми щодо різноманітних захворювань статевої або репродуктивної системи, якщо жінка схильна хворіти або мала хвороби до вимушеного переміщення в результаті воєнних дій;
- Проблеми, пов'язані зі станом здоров'я жінки, якщо вона вагітна або нещодавно народила дитину;
- Проблеми пов'язані з вибором засобу контрацепції або питаннями планування сім'ї (наприклад, прийняття рішення щодо народження дитини).

«Це, наприклад, є молочниця, жінки дуже часто з нею йдуть до лікарів, звертаються. Потім, запалення яєчників, ерозія шийки матки, наприклад, те, що я сама проходила, те і кажу». (м. Доброслав, Одеська обл.)

«Я знаю людей, у яких вже є дитинка, але так вийшло, що Бог подарував їм ще одну. Але так, як ця війна, то люди сіли, поговорили і прийшли геть до іншого виходу, що зараз не час». (м. Полтава)

Акцентується увага на тому, що жінки-ВПО вразливі, бо знаходяться під впливом стрес-фактору через вимушене переміщення, тому емоційний стан такої жінки заважає виявляти вчасно проблеми фізичного здоров'я.

«Важко це оцінити, тому що, от наприклад, я нахожусь зараз в цьому стресі, тому мені дуже важко себе оцінити зі сторони... в мене тривога, страх. Тому за

цими емоціями, ну мне тяжело оценить своё состояние даже физическое, скажем. Потому что живешь как-бы на автомате, выживаешь». (м. Кропивницький)

Також зазначається, що жінки-ВПО можуть стикатися з проблемами інфекційних захворювань через незахищений статевий акт або через несприятливі умови проживання, з проблемами жіночого здоров'я, які пов'язані зі стресом (гормональні розлади тощо), або з пошкодженнями внаслідок складних випадків, таких як зґвалтування тощо.

«Жінки, які переселяються, то можуть жити в різних умовах, кому як пощастить. Просто багато хто живе в садках, у школах, я не знаю поки дуже добре таких випадків, але все може бути. В цьому випадку, як раніше говорила одна з дівчат, то потрібен ще й психолог». (м. Полтава)

«Ще, зараз, як війна, багато дівчат насилують і теж можуть всякі зарази підхватити, і таке подібне». (м. Доброслав, Одеська обл.)

«Якщо рахувати на нервовій почві, то жінка переміщена, вона знервована, то може бути гормональний збій. Так я розумію, може бути або запізнілі, або передчасно приходять місячні». (м. Доброслав, Одеська обл.)

- **Доступ до медичних послуг із репродуктивного та сексуального здоров'я**

Більшість зазначила, що жінки-ВПО переважно не мають проблем з доступом до медичних послуг з репродуктивного та сексуального здоров'я, якщо виникає така потреба. Частіше за все звертаються по медичну допомогу до державних медичних закладів (наприклад, жіночі консультації). Серед ключових причин вибору державного медичного закладу зазначаються безкоштовність медичних послуг, доброзичливе ставлення медичного персоналу, а також відсутність складних бюрократичних процедур при оформленні до лікарні.

«Ось на даний момент була в лікарні, мене дуже добре прийняли в лікарні і в мене ніяких коштів не брали, навпаки, співчували люди дуже, звичайно, питали, хто ти, звідки? І дуже, знаєте, одним словом співчували, но такого, наприклад, ніякого негативу... Ми були в лікарні в Доброславі, то до мене віднеслися дуже порядно». (м. Доброслав, Одеська обл.)

«Ну, дивіться, я приїхала і мені без всяких питань завели карточку і направили до лікаря, хоч я через знайомих і по звонку прийшла, а в 2014 році мені треба було нести справку переселенця, здавати копії паспорта, ідентифікаційного коду, тоді питали де я прописана, а ви не до нашої лікарні відноситесь, вам треба в іншу лікарню їхати... От якісь такі були складнощі, така волокита бумажна і в цьому було важко». (м. Полтава)

«Я не знаю, які ще документи потрібно, паспорт і довідка тимчасово переселеного. А які ще документи можуть вимагати я не знаю, де це таке може бути. От, наприклад, в Кропивницькому дуже добре поставлена робота з цим, до кого б ти не звернувся, ніхто ніколи не відмовив». (м. Кропивницький)

«Наприклад, до війни, то відчувалася різниця, можна було відчутти на собі те, що від тебе хочуть кошти. А зараз, коли ти приїжджаєш... ось, я, наприклад, була в лікарні, то я ні одного натяку на це навіть не побачила. Навіть лікар дістав у себе з сумки ліки та дала мені і сказала: “На, випий, щоб тобі стало на даний час краще”». (м. Доброслав, Одеська обл.)

В окремих випадках респондентки зазначали, що приватні лікарні пропонують більш клієнтоорієнтований сервіс, що може бути більш привабливим у випадку, якщо жінка вимагає чутливого та лояльного підходу або якщо це дівчина-підліток.

«Я вважаю, що це приватна клініка, бо там вища кваліфікація і більш лояльний підхід до підлітків і до людей загалом, бо ти платиш кошти і до тебе більш лояльний підхід. А якщо в державній, то це може бути так, що: “Куди ти по помитому пішов?!” або “Та роздвинь ти ноги”. Іноді така грубість людей і це не тільки в Боярці, а скрізь відбувається, тому, якщо делікатні дуже питання, то можу скористатись приватною клінікою». (м. Боярка, Київська обл.)

Основною перешкодою на новому місці проживання для жінок-ВПО вважається необхідність знайти лікаря, який викличе довіру та буде професіоналом свого напрямку.

«Я наразі не в своєму місті, а так, то я б звернулась до свого гінеколога, з яким я давно. А так як я переселенка, ... то це як правило, близькі мені люди і через них я у місцевих людей дізнавалася до кого можна звернутись з питань здоров'я, і вже так я вибирала собі гінеколога, до якого я змогла піти». (м. Полтава)

«Мені дуже важко прийти просто в лікарню і записатись до якогось гінеколога. Ні. Я перепитаю в 3-5 дівчат, почитаю отзиви на якихось сайтах і піду до того, хто найбільше справив враження». (м. Полтава)

Акцентується увага на тому, що ключовою проблемою для дівчат-підлітків є недосвідченість в ситуаціях, коли стає необхідним вирішувати проблеми сексуального та репродуктивного здоров'я, нерозуміння механізму звернення до лікаря або процесу діагностики та лікування в цілому, недовірливе ставлення до дорослих (навіть, якщо це батьки), і висока довіра до інформації з соціальних мереж, онлайн джерел і друзів/подруг свого віку.

«Можливо в сім'ях, які переїхали із свого місця проживання, в умовах, коли багато ні до чого, бо потрібно десь жити, робити, заробляти кошти, та якщо до цього не було часу або знань, щоб це донести до дитини, то зараз ще складніше. Мені іноді здається, навіть не стосовно сексуального виховання, от іноді дивишся і деякі дівчата не розуміють елементарних речей, вони не знають куди звернутись. З батьками не дуже відкритий діалог йде, а в кого питати? Зайдеш в інтернет почитати який симптом, чого болить внизу, то хоч помирай. Хтось, хто приймає це близько до серця, то може багато чого надумати і наробити того, чого не треба. Тому, можливо, їм не вистачає з ким порадитись і знати якісь елементарні речі». (м. Полтава)

«Дівчата підлітки, вони беруть інформацію, черпають з інтернету, це дуже неправильно. Найчастіше, це такий помилковий фактор, що дівчата ганьбляться підійти до своїх мам або до бабусь, або звернутися до лікаря. Вони частіше всього роблять дуже велику помилку, тому що звертаються або до подруг своїх, або в інтернет». (м. Доброслав, Одеська обл.)

«Допустим, если родители недостаточно будут уделять внимания ребенку, успокаивать его и давать ему эмоциональную и моральную защиту, тут она и может столкнуться с, так скажем, сексуальными проблемами, найти себе, допустим, на стороне кого-то. Тот может воспользоваться её неопытностью, возрастом». (м. Кропивницький)

2. Ставлення до різних методів планування сім'ї, доступність засобів контрацепції в місцях проживання представниць цільової аудиторії

Більшість зазначила, що сучасна жінка або самостійно приймає рішення про те, коли та скільки дітей народжувати, або радиться з чоловіком, якщо вона заміжня.

«Я вважаю, що жінка може обирати, але у нас це погоджене мненіє з чоловіком. Да, ми з чоловіком думаємо робити чи ні, зараз чи пізніше, але взагалі, то жінка має право на якомусь своєму опиті сказати, що зараз не можу, не хочу. Змусити чоловік не може, це 100%, але поговорити про це і вирішити разом, то так є у нас». (м. Полтава)

«Може ще мати вплив чоловік, якщо треба, я рахую, це сісти обговорити в цій ситуації. Якщо, звичайно, жінка одружена, а, якщо ні, то вона сама приймає це рішення». (м. Доброслав, Одеська обл.)

«Я думаю, що вирішує не тільки жінка, а з чоловіком це вирішується. Не просто так, що пішли переспали, давай народимо. Це так не робиться. Що люди, які ставляться до цього дуже відповідально, то вони звичайно планують. Як по-іншому? По-іншому не можна, мені здається». (м. Кропивницький)

Окремими думками зазначається, що під час війни роль жінки змінилася, жінка набула більшої відповідальності за майбутнє своєї сім'ї, особливо, якщо її чоловік військовий. У зв'язку з цим рішення щодо планування сім'ї та народження дітей жінка має приймати самостійно.

«Я думаю, что ответственность сейчас больше на женщине за это, чем на мужчине. Сейчас мужчины и воюют, находятся в ЗСУ, в горячих точках, которые в отпуск приходят, и уже женщина должна думать, решать на будущее, если даже это их общее решение, в случае чего, как она будет с этим, если у нее, например, уже трое детей, заводит ли им четвертого ребенка или откажется на данный момент. Ну, и нужен ли им сейчас ребенок. Я думаю, что сейчас больше женщина несет ответственности и решение принимает тоже женщина больше. Просто ей тоже нужно понимание того, как она дальше будет жить, а просто так рожают детей...». (м. Боярка, Київська обл.)

- **Доступність засобів контрацепції в місцях проживання жінок-ВПО**

Акцентується увага на тому, що в містах, де тимчасово мешкають жінки-ВПО, жодних проблем з доступністю будь-яких засобів контрацепції не спостерігається.

Найбільш доступним засобом контрацепції вважається презерватив, а також оральні контрацептиви. Жінки-ВПО зазначають, що ці засоби можна придбати в будь-якій аптеці. Презервативи є найбільш розповсюдженим засобом контрацепції, тому що крім аптек, їх, на думку респонденток, можна придбати в торговельних мережах, на АЗС, а також безкоштовно отримати в лікарнях в спеціальних кабінетах (якщо вони є в наявності).

Зазначається, що такий засіб контрацепції як презерватив можна придбати без консультації лікаря, у той час як інші засоби, які характеризуються тривалістю застосування (наприклад, ОК), або потребують процедури встановлення (наприклад, внутрішньоматкова спіраль) вимагають відвідування лікаря.

«Жінка має йти, звичайно, до лікаря. І лікар підбирає ліки, бо самолікування ми знаємо до чого доводить. Але якщо це, знаєте, такий захист типу познайомились на одну ніч, то можна і до аптеки». (м. Кропивницький)

«Ну да, если обычные презервативы, то да, а таблетки никто не пойдет покупать самостоятельно, только через врача, а то так опасно». (м. Боярка, Київська обл.)

«Часто-густо у нас, як кажуть, сарафанне радіо: що ти приймала, а що ти приймала? Але я вважаю, що насамперед треба йти до лікаря, який знає, тому що потрібно здати аналізи, чи підходять тобі ці препарати, чи не підходять, щоб вони не нашкодили твоєму здоров'ю». (м. Доброслав, Одеська обл.)

В окремих випадках респондентки зазначили, що не всі жінки приймають рішення щодо вибору засобів контрацепції після консультації із лікарем. Частіше такі жінки користуються рекомендаціями досвідчених подруг або фармацевта в аптеці, або самостійно шукають інформацію в інтернеті.

«Я впевнена, що є ще частина жінок, які просто йдуть в аптеку і питають там фармацевта або почитають в інтернеті, ну і обирають собі, таким способом, методи захисту. Це 100% є такі люди, але правильним є йти до лікаря, тут я повністю згодна». (м. Полтава)

Зазначається, що в ситуації, коли жінка потребує супроводу при отриманні засобу контрацепції, найчастіше її буде супроводжувати подруга, рідше — мати. Якщо стосунки в сім'ї жінки досить довірливі, супроводжувати жінку буде чоловік.

Щодо дівчат-підлітків, було зазначено, що ця категорія скоріше буде самостійно вивчати інформацію за допомогою інтернету та соціальних мереж, в окремих випадках звернеться до подруг свого віку або близьких, яким довіряє (це може бути мама, тато або сестра), якщо знадобиться приймати рішення щодо вибору засобів контрацепції.

Акцентується увага на тому, що дівчатам-підліткам не притаманно звертатися насамперед до лікаря через сором'язливість і недосвідченість.

«Підлітки, вони в основному в інтернеті це все беруть або слухають, хто що скаже, і мотають собі на ус, а потім шкодять своєму здоров'ю. Це ж не означає, що якщо вони звертаються до мами, що, якщо це підійшло мамі, то підійде і їй». (м. Доброслав, Одеська обл.)

«Мені здається, що зараз багато молоді закриті в собі і в них все вирішується через соцмережі, через "окей гугл" і вони там все читають. Просто в мене є брат на 17 років молодший, і я дивлюсь, що він там дуже багато питань задає. Тому в них це інтернет, у нас був словник, а в них інтернет, вони там все дивляться». (м. Полтава)

«Загалом, то всі вивчають інформацію самостійно, якщо батьки не докладають до цього руку і в певний період віку не ведуть розмову про презервативи, про дітей, про шлюб, секс». (м. Боярка, Київська обл.)

- **Доступність до послуг абортів в місцях проживання жінок-ВПО**

Тема абортів виявилася досить сенситивною для учасниць фокус-груп. Учасниці фокус-груп наполягали, що не стикалися з процедурою абортів, тому не зможуть охарактеризувати доступність цієї послуги в місцях свого проживання, а також не є обізнаними про послуги медикаментозного абортів в медичному закладі міста (водночас зазначали, що знають про існування такої процедури) та доступності відповідних ліків.

В окремих випадках стверджувалося, що ліки для посткоїтальної контрацепції наявні в аптеках міста, і, якщо виникне необхідність їх використання, можна порадитися з фармацевтом і придбати їх самостійно.

Обговорюючи проєктивну ситуацію, коли подруга потребує поради щодо процедури абортів, жінки-ВПО зазначили, що порадили б їй звернутися до свого гінеколога або в жіночу консультацію міської лікарні.

«В першу чергу, це до лікаря, тому, що це ніхто не зможе зробити професійніше і не нашкодити здоров'ю, це лікар тільки може правильно зробити, щоб не було наслідків». (м. Доброслав, Одеська обл.)

«Якщо уявити таку ситуацію, то пішла б до лікаря, сказала, що хочу зробити аборт, послухала б його рекомендації, можна чи не можна, чим це може мені у подальшому коштувати. Там, чи можна мені це робити за медичними показниками, бо це ж може грозити тим, що я в подальшому не зможу мати дітей або це може загрожувати моєму життю. Якщо це ніяк не загрожує і я вирішила, що я буду це робити, то там лікар кудись направляє. У нас все це ще ж законно...». (м. Полтава)

«В жіночу консультацію, до лікаря, проконсультуватись. Якщо це 48 годин після запліднення, то допомагають медикаментами, я знаю». (м. Боярка, Київська обл.)

Акцентувалася увага на тому, що окремі категорії жінок (малозабезпечені або мешканці маленьких населених пунктів, де є актуальною проблема розголосу ситуації), а також дівчата-підлітки можуть самостійно вирішувати проблему переривання вагітності, що може приводили до незворотних наслідків для здоров'я жінки.

«Якщо мова йде про жінку, то це саме треба звертатися до лікаря. А якщо мова йде про підлітків, я пам'ятаю, ще в своїй юності були дівчата, котрі шукали таблетки в аптеці, там щось випити, всунути, поприсідати, потягати якісь тяжесті, от були такі випадки. Це якщо казати про підлітків. А жінка, котра вже розуміє, що це здоров'я, це не жарти, то тільки до лікаря. Можливо що є якийсь відсоток жінок, які будуть намагатись щось пити чи ще щось, я не знаю... Я впевнена, що такий відсоток є, але треба йти до лікаря, це моя думка». (м. Полтава).

«Саме перше, я рахую, що деякі жінки є, що не мають коштів, наприклад, придбати такий препарат, тому що вони на даний час коштують дуже дорого, а з іншого боку, може щоб, наприклад, про це ніхто не знав. Якщо це, наприклад, небажана вагітність і жінка не хоче, щоб про це хтось знав, тому що у нас часто буває, що такі маленькі населені пункти, один одного знають, якби, щоб не було розносу інформації. Ну, взагалі таке, я рахую, що часто-густо, жінка не може собі це дозволити тому, що вони є недоступні, просто фінансово». (м. Доброслав, Одеська обл.)

3. Доступність медичних послуг, пов'язаних із вагітністю та пологами жінок-ВПО

Зазначається, що медичні послуги, пов'язані із вагітністю та допологовим доглядом для жінок-ВПО, є доступними в місцях проживання представниць цільової аудиторії. Оцінити якість подібних медичних послуг виявилось проблематичним через те, що учасниці фокус-груп самостійно не зверталися по них в місцях, де мешкають зараз.

Для допологового догляду жінки-ВПО частіше за все звертаються в державні медичні заклади міста або в приватні лікарні, якщо дозволяє фінансова ситуація.

«Є приватні, но приватні це на даний час дуже дорого. І до війни це було дорого. А в основному жінки йдуть в державний заклад і там отримують нагляд за вагітністю до пологів». (м. Доброслав, Одеська обл.)

«Ну, я не знаю, хто як столкнеться... Кто-то доволен, кто-то не доволен бывает. Ну, більшість, усе гаразд, проходить нормально. Багато, я от знаю, що, жінок, останнім часом у часних лікарнях, тоже допологовий, там, проходили. Ну, якісь жахів ні від кого не чула». (м. Кропивницький)

Зверталася увага, що доступ до послуг допологового догляду географічно обмежений — якщо жінка проживає в селищі або в маленькому місті, то знадобиться їхати у велике місто, оскільки набір медичних послуг у невеликих населених пунктах обмежений.

«Це залежить від місця, де зараз знаходиться жінка. Якщо це не село, а місто, то з цим немає проблем, можна отримати будь-яку консультацію». (м. Полтава)

«В мене подруга народила цієї весни в районі, але сама зараз проживає в маленькому селі і в них нічого немає, крім послуги зважити дитину. От їм потрібно весь час їздити до лікаря з маленькою дитиною і навіть в останні місяці вагітності, там в березні, треба було аналізи здавати і це була велика проблема». (м. Полтава)

Зазначалось, що незаміжні жінки, які звертаються для допологового догляду в медичні заклади, здебільшого не стикаються з проблемою засудження з боку медичного персоналу. Водночас були пригадані окремі випадки непрофесійної поведінки лікарів у ставленні до самотніх жінок, які вирішили народжувати.

«Мені здається, що це залежить від людини, до якої звернулась вагітна, одружена чи ні. Бо буває таке, мені розповідали, що була така ситуація, коли навіть заміжня жінка приходить з 5-ю беременностью, а на неї дивиться лікар і каже: “Куда ты эту нищету плодишь?!” там сім'я не дуже в достатку. От таке є, я про таке чула, навіть самі наші люди на вулиці, де живе 100 хат, і якась найдеться жінка, яка скаже навіть їй стільки...». (м. Полтава)

«Ми просто всі заміжні, як би для нас ця інформація невідома. Но є таке поняття, вибачте я скажу напругу, коли ти приходиш і тебе питають, заміжня ти чи ні, на тебе трохи так приспускають окуляри і дивляться чи ти не нагуляла цю дитину. Я ж кажу, а там все залежить від лікаря: чи має це для нього значення, чи ні, тому що жінка прийшла, заміжня чи не заміжня, вона хоче народити цю дитину. І я рахую, ніхто нікому нічого не повинен, а треба народити здорову, крепку дитину, і щоб було зі здоров'ям жінки все гаразд, щоб вона могла народити дитину». (м. Доброслав, Одеська обл.)

3. Ставлення до проблем ВІЛ/ІПСШ та доступ до відповідних медичних послуг у місцях проживання представниць цільової аудиторії

Стверджується, що сучасні жінки, у тому числі й молодь, є більш обізнаними про проблематику ВІЛ/ІПСШ. Пригадувалися спеціальні курси для підлітків та молоді, що мали місце в учбових закладах для протидії поширенню ВІЛ/ІПСШ.

«Ну детям сейчас в образовательных учреждениях вообще информацию доводят. Сейчас, я думаю, в каждой семье, родители, которые понимают, что у них дети-подростки, тем более взрослого возраста, тоже не стесняются объясняют и рассказывают, что есть, какие, какие могут возникнуть вопросы, проблемы и как это решить». (м. Кропивницький)

При цьому, в окремих випадках зазначається, що з початком навчання онлайн, проблематика ВІЛ/ІПСШ втратила свою актуальність і належно не висвітлюється. Також було зазначено, що молодь часто демонструє безвідповідальне ставлення до цієї проблематики.

«Зараз всі діти, підлітки в онлайн, і мені здається, що цієї інформації недостатньо, і вони отримують інформацію зараз тільки від батьків, можуть отримати. От в цьому віці їм би треба було про це дізнатись, але вони навчались в онлайні і вони не отримали цієї інформації». (м. Полтава)

«Даже сейчас нет программ, которые бы проводились среди молодежи и более популяризирована была эта проблема. Не знаю, может сейчас нет такого количества заболевших или нам об этом не говорят, как это было раньше, потому что у нас то коронавирус, то еще что-то, а это уже ушло на второй план». (м. Боярка, Київська обл.)

«Вони про це ніколи не задумуються, а вже, коли це є, тоді вони вже включають свій мозок і починають розуміти, хоч трохи що-небудь. А на даний час вони чути — чули, бачить — бачили, а от думати, що може трапитися, — ні. Я вважаю, що так, тому що навіть деяка молодь, вони не стараються, хоч і пишуть, я не знаю правильно я скажу чи ні, що 70% тільки презерватив захищає від ВІЛ/СНІД, вони про це не думають». (м. Доброслав, Одеська обл.)

Учасницями фокус-груп в якості найбільш популярних засобів захисту від ВІЛ/ІПСШ пригадуються презервативи, дотримання гігієнічних норм і регулярне спостереження за здоров'ям (здача аналізів в лабораторії або лікарні).

Зазначається, що тестування на ВІЛ/ІПСШ жінки-ВПО можуть пройти в міській лікарні за призначенням лікаря-гінеколога або самостійно, здавши аналізи в приватній лабораторії міста. Пригадуються спеціальні кабінети в СНІД-центрах для подібного тестування та центри довіри, але стверджується, що звертатися за подібними послугами не доводилося.

Також, стверджується, що обов'язкове тестування на ВІЛ/ІПСШ жінки проходять під час вагітності в жіночій консультації.

4. Ставлення до окремих проблем насильства над жінками та доступ до відповідних медичних послуг у місцях проживання представниць цільової аудиторії

- **Сприйняття окремих проблем насильства над жінками**

Акцентується увага на тому, що з початком війни жінки зазнають насильства частіше, ніж раніше, через зростання напруги та агресії в суспільстві. Також, звертається увага на те, що тема насильства стала досить часто висвітлюватись у ЗМІ. При цьому учасниці фокус-груп зазначали, що наразі з насильством особисто не стикалися та не чули про подібні випадки у місцях свого проживання.

«Я рахую, що воно просто стало більш оприлюднено. Мені здається, що раніше були такі насилля, творилися між собою. Да, зараз, у зв'язку з війною, зараз прийшли ці обезбашені на окупованих територіях. Це не тільки страждають

жінки, також страждають і діти маленькі. Але зараз, у зв'язку з війною, це стало більш оприлюднено». (м. Доброслав, Одеська обл.)

Найбільш відомими видами насильства над жінкою вважають фізичне, сексуальне та психологічне насильство. До фізичного насильства відносять побиття, фізичні знущання, катування. До сексуального насильства відносять сексуальні домагання та зґвалтування. До психологічного насильства відносять моральні знущання, переслідування, погрози, приниження, заборону висловлювати власну думку.

В окремих випадках зазначається, що щодо жінок-ВПО почастишали випадки психологічного насильства, коли жінка зазнає принижень і моральних знущань, через те, що вона була вимушено позбавлена постійного місця проживання, роботи та перебуває у статусі переселенки.

«Жінка може получить ще моральне, психологічне насильство, не всі ж люди добре відносяться до переселенців, як було відео таке. Просто, буває таке, що їх не поважають, тоді може також получить насильство». (м. Доброслав, Одеська обл.)

«Возможно, что люди более агрессивные стали, люди перемещаются... Мы не говорим сейчас только о сексуальном насилии, а и о психологическом. Люди агрессивнее стали, там в их город приехали переселенцы, и «почему вы тут ходите», всякое бывает. Поэтому, я думаю, что сейчас женщины и дети особо подвержены насилию». (м. Боярка, Київська обл.)

Стверджується, що більшою мірою насильство над жінками чинять чоловіки, а також вважається, що досить поширеним є насильство над жінкою з боку її партнера/чоловіка.

Респондентки зазначили, що насильство над жінками також можуть здійснити військові країни-агресора (притаманно для жінок, які мешкають на окупованих територіях України), незнайомці, або навіть знайомі люди з психічними розладами або в стані алкогольного сп'яніння, керівники на робочому місці жінки.

«Я думаю, що насильство над жінкою може здійснити будь-хто, це може бути психічно хвора людина, не знаю, якийсь насильник. Це може бути чоловік, вітчим, брат, сусід, це може бути будь-хто. Це може бути воєнний, от зараз є багато моментів, а особливо з російськими воєнними». (м. Полтава)

Більшість вважає, що насильству піддається будь-яка жінка, незалежно від віку, соціального статусу або інших характеристик. Найбільш вразливими названі молоді жінки та дівчата-підлітки, мешканки окупованих територій, а також жінки з особливими рисами характеру (які не можуть дати опір, постояти за себе).

«Ну, есть такая категория людей, которая в состоянии жертвы, им всегда нравится находится, тоже такой психотип женщин. И даже психологами было исследовано, что женщина не хочет спокойного, тихого, она будет себе другого, потому что ей нравится, когда над ней издеваются, быть вот этой жертвой, ... Это для них упоение такое». (м. Кропивницький)

Респондентки пригадати випадки, коли дівчина-підліток зазнавала психологічного насильства в школі (булінг).

«Наприклад, може бути у підлітків, особливо в школі, зараз підлітки сильно жорстокі стали, тому що по-іншому виховуються, у них інші погляди на життя, і просто даже елементарно, наприклад, у мене такий телефон, у тебе менший телефон, чи по одязі. Із-за цього деякі діти самогубство роблять, тому що вони не витримують, ганьблять батькам сказати або, наприклад, говорить вчителям, а ті — «нічого страшного, потерпи», деякі підтримують других дітей, тому що у них батьки якісь не такі». (м. Доброслав, Одеська обл.)

Водночас в окремих випадках зазначалося, що жінка також може спровокувати насильство над собою, поводячи себе відповідним чином, вдягнувши провокативний одяг, або якщо жінка зловживає алкоголем або споживає наркотики (не контролює себе та виглядає доступною).

«Є, наприклад, я знаю деяких дівчат, які самі провокують, а потім, коли у хлопця чи у чоловіка йде вибух мозку, він вже не контролює себе, що він робить. А потім ми вже біжимо до мами чи в поліцію і кричимо, що мене, оце, з'валтували, хоча вона з ним гралася, як миша з котом. То, вибачте, дуже багато своїх нюансів, і, як кажеться, ще в цьому з'валтуванні підлітків, дуже треба розбиратися, що здійснилося насамперед». (м. Доброслав, Одеська обл.)

«Я думаю, що це може бути молодь, підлітки, які провокують чоловіків відвертими нарядами, поглядами, підмигнула, помацала, потрогала, хвостиком вильнула і пішла. В клубах до війни таке було, от подразнила і пішла, як то кажуть. А тоді в чоловіка, по п'яні, може зірвати кришу, будемо так казати». (м. Полтава)

«Наприклад, якщо дівчина дуже сильно гуляє, випиває, вживає наркотики, в якихось компаніях, воно не володіє собою, насильник бачить, що вона ослабла і може використати її, просто, які ведуть нерозбірливе життя». (м. Доброслав, Одеська обл.)

Місцями, які можуть бути небезпечними для жінок, насамперед вважаються темні, неосвітлені та безлюдні вулиці міста та парки. Також, в окремих випадках, до небезпечних місць відносять заклади, де вживається алкоголь (нічні клуби, ресторани), а також будь-які місця, де може мати місце скупчення чоловіків (наприклад, контрольні пункти, поліцейські відділки).

- **Доступ до послуг з допомоги постраждалим від насильства у місцях проживання представниць цільової аудиторії**

Більшість вважає, що жінки, які зазнали насильства, насамперед мають звертатися до поліції, а також психолога, який спеціалізується на відповідній проблематиці.

До медичного закладу, на думку респонденток, мають звертатися лише ті жінки, які в результаті насильства зазнали певної шкоди та їхньому здоров'ю щось загрожує. Медичний заклад не сприймається як обов'язковий в системі послуг постраждалим від

насильства через те, що асоціюється з важкими станами фізичного або сексуального насильства. Лише в окремих випадках зазначалося, що до медичного закладу потрібно звертатися, щоб оцінити реальний стан здоров'я постраждалої від насильства.

«У медичний вже звертаються, коли після зґвалтування ти відчуваєш, що з тобою щось не так або ти вагітна, або якщо це зґвалтування відбулося в дуже жорсткій формі, що жінку подерли всю, як липку, то тоді тільки жінка може звернутися до медичного закладу, щоб їй надали медичну допомогу». (м. Доброслав, Одеська обл.)

«Якщо ти приходиш до лікаря і тебе питають, що з тобою трапилося, то лікар повинен викликати поліцію до медичного закладу, тому що відбулося зґвалтування, і це, якщо ти не хочеш йти в поліцію, а лікар зобов'язаний сповістити поліцію, що відбулася така ситуація, тому, що наслідки вже будуть відносно лікаря». (м. Доброслав, Одеська обл.)

В окремих випадках респондентки зазначали, що можна дзвонити на спеціальну гарячу лінію, де жінка отримає відповідну допомогу або консультацію про те, як вона має діяти далі.

«Гаряча лінія. На подібні центри допомоги... Я про такі не чула, може вони і існують по містах, можливо, якісь волонтери, якісь психологи, або той самий лікар, якимсь допоможе». (м. Доброслав, Одеська обл.)

Звертається увага на те, що більшість жінок уникають звернень до поліції через недовіру. Наявне припущення, що поліція на практиці не розслідує подібні справи, сприймаючи їх як неважливі; а також через побоювання розголосу ситуації та ймовірного залучення до розслідування третіх, небажаних осіб (наприклад, пошук свідків або членів родини). Також зазначається, що жінки можуть не звертатися до поліції, щоб не провокувати гвалтівника мститися.

«Мені здається, що більшість не звертається. Тут у нас є проблеми, страх жінок, що її будуть засуджувати, це соромно. Тому більшість не звертається, якщо все добре... Ну як добре? Тут добре — не добре. Звичайно, що треба до лікаря піти, подивитись, здати тест якийсь, щоб не було ніякої інфекції. А якщо психологічна допомога, то напевно, що зайшла б в інтернет, подивилась, яка є гаряча лінія і вже б зверталась туди, щоб мене кудись направили». (м. Полтава)

«Вибачте, того насильника будуть шукати довго й нудно, це з моєї точки зору. У мене, наприклад, ... було в особистому моєму житті, мене пробували зґвалтувати. То єдиний, хто став на мій захист, це став мій брат, я до кого зверталася, і я знаю, що мій гвалтівник буде наказаний, то це захистив мій рідний брат. Тому, що мене брат спитав «ми йдемо до поліції?» Я сказала, що толку з цього не буде». (м. Доброслав, Одеська обл.)

«Это и психологическое состояние, потом нет уверенности, что тебе там могут действительно помочь, а не просто посмеются с тебя, в таком плане». (м. Боярка, Київська обл.)

«Ну у меня была подруга, она была, правда, уже не подростком, юной женщиной, и произошел такой неприятный инцидент. Она пошла в полицию, её там послали. Сказали «ты сама виновата». Это было давно, и она была молодая, красивая, цветущая. Сама виновата. Не уделили должного внимания, не посчитали важным это событие. Потому что она была целая-невредимая, без ничего, но в общем так решили. Она ни с чем ушла». (м. Кропивницький)

«Так, багато таких випадків є, що звертаються, а ніхто не шукає, тому що їм немає до цього діла. Ну, згвалтували, так згвалтували. Просто ніхто не хоче цим займатися. Но ще ж буває і корупція: от тебе згвалтував якийсь багатий чоловік, то потім він просто дасть гроші поліції, закриють цю справу і ти залишишся винуватою». (м. Доброслав, Одеська обл.)

Учасниці фокус-груп не змогли оцінити доступність послуг жінкам, які постраждали від насильства в місцях їх тимчасового проживання через те, що не чули про подібні ситуації. Водночас пригадувалися інформаційні плакати з телефонами гарячих ліній у медичних закладах міста і центри допомоги постраждалим від насильства, контакти яких можна знайти в інтернеті.

II. Ставлення та знання медичних працівників/ць, оцінка їхніх потреб щодо послуг із сексуального та репродуктивного здоров'я та клінічного лікування зґвалтувань

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. За результатами отриманих даних, менше половини запропонованих тверджень характеризуються одностайним сприйняттям з боку медичних працівників. Це свідчить про те, що представники/ці професійної спільноти пілотних закладів не повною мірою обізнані про наявні у суспільстві тези/стереотипи про окремі аспекти сексуального та репродуктивного здоров'я жінок, а також проблем насильства щодо них.
2. Обґрунтування ставлення до різних тезисів/стереотипів дещо відрізняється в залежності від професійного досвіду медичного працівника/ці та сформованого особистого ставлення до проблематики.
3. Переважна більшість тверджень, що стосуються прав жінки щодо планування сім'ї та аспектів сексуального і репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків, сприймаються однаково та мають схожі обґрунтування.
4. Більшість медичних працівників/ць погодилися з такими твердженнями:
 - незаміжня дівчина повинна мати можливість отримати метод планування сім'ї / контрацепції, якщо вона цього хоче (13 з 13 опитаних);
 - жінку варто заохочувати до пологів у медичному закладі, оскільки це збільшує шанси матерів і новонароджених на кращий результат для збереження здоров'я (12 з 13 опитаних).
5. Більшість медичних працівників **не** погодилися з такими твердженнями:
 - незаміжня дівчина, яка завагітніла, має бути виключена зі школи (13 з 13 опитаних);
 - жінці, яка не має дітей, я б зробив/ла перев'язку маткових труб, якщо вона захоче (13 з 13 опитаних);
 - якщо молода незаміжня жінка завагітніла — це ознака її недбалого життя (12 з 13 опитаних);
 - медичний працівник/ця повинен/на вимагати згоди батьків для незаміжньої дівчини, яка бажає використовувати метод планування сім'ї (13 з 13 опитаних);
 - якщо незаміжня дівчина запитує про методи планування сім'ї, я зобов'язаний/на повідомити її сім'ї, що вона займається сексом (13 з 13 опитаних);
 - жінка, яка звернулася за отриманням послуг з переривання вагітності, заслуговує такої ж поваги, як і будь-які інші пацієнтки (13 з 13 опитаних);
 - заміжня жінка не повинна користуватися презервативами (12 з 13 опитаних).

6. Серед тезисів/стереотипів, які стосуються проблематики насильства щодо жінок, найбільш одностайно сприймаються та характеризуються схожим обґрунтуванням, у тому числі ті, що переважно пов'язані з правами жінки на якісну медичну допомогу.

7. Більшість медичних працівників/ць погодилися з тим, що:

- особа, яка постраждала від насильства, повинна отримувати допомогу без дискримінації (12 з 13 опитаних);
- особа, яка постраждала від насильства, повинна отримувати допомогу відповідно до її бажання (11 з 13 опитаних);
- медичний/а працівник/ця відіграє певну роль у підтримці відновлення жінок/дівчат, які постраждали від насильства (12 з 13 опитаних).

8. Значна частина запропонованих тезисів/стереотипів характеризується або досить неоднозначним сприйняттям, або різним поясненням одного й того ж ставлення до тезису/стереотипу. Це свідчить про відсутність у професійної спільноти пілотних закладів єдиної системи отримання інформації, знань і навичок із сексуального та репродуктивного здоров'я жінок, а також проблеми насильства щодо жінок.

9. Так, найбільш неоднозначно сприймаються тези/стереотипи, що стосуються теми штучних абортів, ролі чоловіка в процесі планування сім'ї та його впливу на рішення жінки, рекомендацій лікаря щодо вибору окремих методів планування сім'ї, а також теми зовнішнього вигляду та поведінки жінки як засобу провокації ґвалтівника.

10. З точки зору обізнаності щодо установ, спеціалізованих служб психосоціальної підтримки особам, які постраждали від сексуального та ґендерно зумовленого насильства, більшість медичних працівників/ць зазначають, що рекомендували б звертатися насамперед до місцевих соціальних служб і за телефонами гарячих ліній, або до знайомих психологів. Незначна кількість медичних працівників/ць також рекомендували би притулки для постраждалих або місцеві громадські організації.

ТЕЗИСИ / СТЕРЕОТИПИ, ЯКІ ХАРАКТЕРИЗУЮТЬСЯ ОДНАКОВИМ І СПРИЙНЯТТЯМ, І ПОЯСНЕННЯМ

У результаті отриманих даних, повністю одностайні або в більшості одностайні відповіді були отримані щодо менш, ніж половини запропонованих тверджень (13 тверджень із 33), а саме:

Проблематика сексуального та репродуктивного здоров'я жінки

- **Незаміжня дівчина повинна мати можливість отримати метод планування сім'ї / контрацепції, якщо вона цього хоче:** всі опитані респонденти висловили свою згоду з даним твердженням.

Коментуючи свою відповідь респонденти акцентували увагу на тому, що можливість планування сім'ї — це насамперед право жінки на особисте прийняття рішення, а також запорука її здоров'я та здоров'я її дітей.

- **Незаміжня дівчина, яка завагітніла, має бути виключена зі школи:** всі опитані респонденти не погодилися з цим твердженням.

Коментуючи свою відповідь, респонденти висловлювали впевненість у тому, що таке твердження суперечить праву молодої жінки на навчання, а її рішення народжувати не повинно впливати на можливість отримувати освіту.

- **Якщо молода незаміжня жінка завагітніла — це ознака її поганого життя:** 12 з 13 респондентів не погодилися з цим твердженням та один респондент відмовився відповідати на це запитання.

Коментуючи свою відповідь, респонденти акцентували увагу на тому, що не можна робити негативний та однозначний висновок про причини, з яких сталася вагітність молодої незаміжньої жінки, оскільки вони можуть бути різними (наприклад, це її усвідомлений вибір).

- **Жінці, яка не має дітей, я б зробив/ла перев'язку маткових труб, якщо вона захоче:** всі опитані респонденти не погодилися з даним твердженням.

Коментуючи свою відповідь, респонденти наполягали на тому, що не можна використовувати методи контрацепції, які мають незворотні наслідки.

- **Медичний працівник/ця повинен/на вимагати згоди від батьків незаміжньої дівчини, яка бажає використовувати метод планування сім'ї:** всі опитані не погодилися з цим твердженням.

Коментуючи свою відповідь, респонденти акцентували увагу на тому, що вибір та використання методу планування сім'ї — це особистий вибір жінки, навіть якщо вона молодого віку (виняток — якщо дівчина є неповнолітньою особою, молодше 14 років, то потрібна згода батьків).

- **Якщо незаміжня дівчина запитує про методи планування сім'ї, я зобов'язаний/на повідомити її сім'ї, що вона займається сексом:** усі опитані висловили свою незгоду з цим твердженням.

Коментуючи свою відповідь, респонденти акцентували увагу на тому, що це твердження порушує право жінки на конфіденційність.

- **Жінка, яка звернулася за послугами з переривання вагітності, заслуговує такої ж поваги, як і будь-яка інша клієнтка:** всі опитані висловили свою згоду з цим твердженням.

Коментуючи свою відповідь, респонденти наполягали, що процедура переривання вагітності / аборту в загальному розумінні для медичного закладу — це операція, тому жінка має отримати післяопераційний догляд на тому ж рівні, як і інші клієнти лікарні. Окремими думками було зазначено, що лікар не має права засуджувати пацієнтку.

- **Як медичний працівник/ця, я відіграю певну роль у підтримці відновлення жінок/дівчат, які зазнали насильства:** 12 з 13 респондентів висловили згоду з цим твердженням та один опитаний не погодився з ним (через відсутність досвіду роботи з такими пацієнтками).

Коментуючи свою відповідь, респонденти акцентували увагу на тому, що медична допомога для жінок/дівчат, які зазнали насильства, має важливу роль для їх відновлення, оскільки напруга пов'язана з усуненням травм і пошкоджень, які могли бути завдані здоров'ю пацієнтки.

- **Якщо дівчина-підліток вимагає презервативи, я їй його дам:** 11 з 13 респондентів висловили згоду з цим твердженням і двоє з 13 опитаних не погодилися.

Коментуючи свою відповідь, більшість респондентів зазначили, що згодні з твердженням, оскільки впевнені, що презерватив як засіб контрацепції, допомагає запобігти небажаній вагітності, що є дуже актуальним для дівчат-підлітків, які ще не навчилися планувати свою сім'ю. Окремими думками було зазначено, що, перш ніж давати презерватив дівчині-підлітку, потрібно оцінити ситуацію та провести бесіду задля її сексуального виховання.

- **Заміжня жінка не повинна користуватися презервативами:** 12 з 13 респондентів не погодилися з цим твердженням і лише один з 13 опитаних погодився з цим.

Коментуючи свою відповідь, респонденти акцентували увагу на тому, що вибір методу контрацепції — це особисте рішення дорослої жінки. Водночас було зазначено, що для заміжніх жінок, за умов наявності постійного статевого партнера, презерватив не є зручним засобом контрацепції та в більшості випадків жінки обирають інші засоби.

- **Жінку варто заохочувати до пологів у медичному закладі, оскільки це збільшує шанси матерів і новонароджених на кращий результат для здоров'я:** 12 з 13 респондентів висловили згоду з цим твердженням та один з 13 опитаних не погодився з ним.

Коментуючи свою відповідь, респонденти зазначили, що лише медичний заклад може гарантувати безпечність і сприятливий результат пологів, а також професійно контролювати їх перебіг.

Проблематика насильства над жінкою

- **Особа, яка пережила насильство, повинна отримувати допомогу без дискримінації:** 12 з 13 респондентів висловили згоду з цим твердженням та один з 13 опитаних відмовився відповідати на це запитання.

Коментуючи свою відповідь, респонденти акцентували увагу на тому, що жінки, які пережили насильство, є насамперед постраждалими, які

потребують допомоги, тому дискримінація щодо них в медичному закладі неприпустима.

- **Особа, яка пережила насильство, повинна отримувати допомогу відповідно до її бажання:** 11 з 13 респондентів висловили згоду з цим твердженням і двоє з 13 опитаних не погодилися з цим.

Коментуючи свою відповідь, більшість респондентів висловили впевненість, що особу, яка пережила насильство, не можна примушувати робити щось проти її волі, адже така особа є дуже вразливою. Окремо було зазначено, що лікар насамперед має враховувати стан здоров'я пацієнтки, вік, скарги, а вже потім — її бажання.

ТЕЗИСИ / СТЕРЕОТИПИ, ЯКІ ХАРАКТЕРИЗУЮТЬСЯ ОДНАКОВИМ СПРИЙНЯТТЯМ І РІЗНИМ ПОЯСНЕННЯМ

За результатами отриманих даних, п'ять тверджень отримали однакові відповіді, але обґрунтування відповідей суттєво відрізнялися (у залежності від особистого ставлення респондента до проблеми та досвіду), а саме:

Проблематика сексуального та репродуктивного здоров'я жінки

- **Внутрішньоматкова спіраль або імплант можуть бути хорошим методом для жінки після ручної вакуумної аспірації:** 12 з 13 респондентів висловили згоду з цим твердженням і лише один з 13 опитаних не погодився з ним.

Коментуючи свою відповідь, респонденти стверджували, що ефективність цих методів контрацепції доведена практикою, водночас окремими думками було зазначено, що вибір методу є індивідуальним для кожного окремого випадку та не може сприйматися як однозначно хороший.

- **Аборт — це злочин:** 11 з 13 респондентів висловили незгоду з цим твердженням і двоє з 13 опитаних погодилися з ним.

Коментуючи свою відповідь, більшість респондентів наполягали на тому, що жінка має право прийняти рішення зробити аборт, і це рішення — виключно її особиста справа. Водночас зафіксовані окремі думки про те, що аборт — це позбавлення життя, тому може вважатися злочином проти ненародженої дитини.

- **Жінки повинні обирати спосіб планування сім'ї виключно на основі фактичної інформації, і на них не повинна впливати думка інших:** 11 з 13 респондентів висловили згоду з цим твердженням і двоє з 13 опитаних не погодилися з ним.

Коментуючи свою відповідь більшість респондентів впевнені, що жінки мають право робити вибір самостійно. Водночас зазначається, що інформація, яку використовують жінки під час прийняття рішення може бути недостовірною,

тому потрібно додатково інформувати жінок про можливість отримання професійних консультацій щодо способів планування сім'ї.

Проблематика насильства над жінкою

- **Жінку/дівчину ґвалтують через те, що вона неправильно одяглася:** 12 з 13 респондентів **висловили незгоду** з цим твердженням та один з 13 опитаних відмовився відповідати на це запитання.

Коментуючи свою відповідь, одна частка респондентів зазначила, що зовнішній вигляд жінки не може розглядатись як причина її зґвалтування, тому що ґвалтівник — це злочинець у будь-якому разі. Інша частка респондентів схильна висловлювати незгоду з цим твердженням через те, що в ньому зазначена лише одна з «причин» зґвалтування, у той час коли таких «причин» може бути багато, або це збіг обставин (тобто жінка розглядається як особа, яка може спровокувати ґвалтівника).

- **Жінку/дівчину ґвалтують через те, що вона поведилася неадекватно:** 12 з 13 респондентів **висловили незгоду** з цим твердженням і лише один з 13 опитаних відмовився відповідати на це запитання.

У коментарях до своєї відповіді на це твердження респонденти називали ідентичні аргументи: одна частка з них зазначає, що неадекватна поведінка жінки не може розглядатися як причина її зґвалтування, бо ґвалтівник — це злочинець у будь-якому разі. Інша частка респондентів не погодилася з твердженням, оскільки воно акцентує лише на одній з «причин» зґвалтування (тобто жінка розглядається як особа, яка може спровокувати ґвалтівника).

ТВЕРДЖЕННЯ, ЯКІ ХАРАКТЕРИЗУЮТЬСЯ НЕОДНОЗНАЧНИМ СПРИЙНЯТТЯМ

Серед запропонованих тверджень, які сприймалися неоднозначно медичними працівниками/цями, визначено такі:

Проблематика сексуального та репродуктивного здоров'я жінки

- **Жінка повинна мати згоду чоловіка на використання методу планування сім'ї:** 8 з 13 респондентів висловили незгоду з цим твердженням, 3 з 13 респондентів погодилися з ним, та 2 з 13 респондентів відмовилися відповідати на це запитання.

Серед тих, хто не погодився з цим твердженням, переважно зазначається, що вибір методу планування сім'ї є особистим рішенням жінки через те, що вона несе більшу частину ризиків, пов'язаних з особистим здоров'ям, особливо в процесі виношування та народження дитини.

Серед тих, хто погодився з цим твердженням, переважно зазначається право чоловіка на участь у процесі планування сім'ї за умови довірливих стосунків подружжя.

- **Медичний працівник повинен отримати дозвіл чоловіка жінки, перед тим, як вона використає метод планування сім'ї:** 9 з 13 респондентів висловили незгоду з цим твердженням, один з 13 респондентів погодився з ним, та 3 з 13 респондентів відмовилися відповідати на це запитання.

Коментуючи свою відповідь, респонденти, які не погодилися з цим твердженням, впевнені, що дорослі жінки в процесі прийняття особистих рішень не залежать та не мають залежати від наявності чи відсутності згоди на це інших осіб.

Окремими думками зазначається, що отримання дозволу чоловіка перед тим, як жінка використає метод контрацепції, може допомогти зберегти сім'ю.

- **Коли жінка має невеликий проміжок між вагітностями (кожен рік), це ознака відсутності самоконтролю:** 9 з 13 респондентів висловили незгоду з цим твердженням і 4 з 13 респондентів погодилися з ним.

Серед тих, хто не погодився з цим твердженням, зазначається, що рішення народжувати з невеликим проміжком між вагітностями є свідомим вибором жінки, який може бути пов'язаний з недостатньою інформованістю щодо наслідків подібних рішень.

Респонденти, які погодилися з цим твердженням, впевнені, що жінка може не приділяти значення контролю над частотою вагітностей через брак знань щодо термінів відновлення організму після пологів і загроз для її здоров'я та здоров'я майбутньої дитини, які виникають через недотримання рекомендованих термінів.

- **Внутрішньоматкова спіраль може бути хорошим методом для жінки, яка не має дітей, але хоче почекати кілька років, перш ніж народити першу дитину:** 6 з 13 респондентів висловили незгоду з цим твердженням та 7 з 13 респондентів погодилися з ним.

Коментуючи свою відповідь, респонденти висловлювали згоду або незгоду з цим твердженням, спираючись на досвід своєї лікарської практики: частина респондентів виражала впевненість у ефективності цього методу контрацепції, інша частина — навпаки вважала інші методи контрацепції більш безпечними для здоров'я жінки.

- **Якщо я пройшов/ла навчання і клієнт/ка просить постійний метод (вазектомія або перев'язка маткових труб), я спокійно надаю послугу, оскільки це його/її вибір:** 8 з 13 респондентів висловили згоду з цим твердженням і 5 з 13 респондентів не погодилися з ним.

Серед тих, хто погодився з цим твердженням, акцентується увага на тому, що лікар має провести процедуру за вибором жінки, попередивши про всі можливі ризики та наслідки, за винятком випадків, коли цьому вибору суперечать медичні показники здоров'я жінки.

Серед тих, хто не погодився з цим твердженням, превалює впевненість, що вибір добровільної хірургічної стерилізації може свідчати про необізнаність жінки про інші, більш бережні методи планування сім'ї, тому обов'язок лікаря надати якісну консультацію перед тим, як проводити подібні операції.

- **Ін'єкційні контрацептиви можуть бути хорошим методом для жінок, які не мають дітей:** 9 з 13 респондентів висловили **незгоду** з цим твердженням, 3 з 13 респондентів погодилися з ним, та один відмовився відповідати на це запитання.

Респонденти, які висловили незгоду з цим твердженням, наполягають на тому, що згідно з їхніми знаннями, цей метод не належить до повністю безпечних методів збереження репродуктивного здоров'я жінки, тому вони рекомендують жінкам, які не мають дітей, інші методи контрацепції.

Частина респондентів, які погодилися з цим твердженням, зазначають, що їхній практичний досвід дозволяє їм робити висновок щодо ефективності цього методу контрацепції для жінок, які не народжували. Інша частина респондентів зазначає, що вибір будь-якого методу контрацепції — це відповідальність жінки, а не лікаря.

- **Ін'єкційні препарати з планування сім'ї (наприклад, Депо-Провера) часто призводять до безпліддя у жінок, які їх використовують:** 8 з 13 респондентів висловили незгоду з цим твердженням, 4 з 13 респондентів погодилися з ним, та один респондент відмовився відповідати на це запитання.

Респонденти, які висловили незгоду з цим твердженням, акцентують увагу на тому, що підтвердженнь щодо великої кількості випадків безпліддя у жінок, які використовують ін'єкційні препарати для планування сім'ї, не достатньо, щоб робити певні висновки.

Серед тих, хто погодився з цим твердженням, зазначається, що цей препарат не є безпечним для жінок, які ще не народжували, але може бути застосований жінками, які мають дітей.

- **Мені комфортно говорити про аборти навіть серед мешканців населеного пункту, де я живу:** 7 з 13 респондентів висловили незгоду з цим твердженням, 3 з 13 респондентів погодилися з ним, та 3 з 13 респондентів відмовилися відповідати на це запитання.

Серед респондентів, які висловили незгоду з цим твердженням, зазначається, що розмови про штучні аборти мають сенс, якщо є відповідні питання з боку пацієнтів (лікарі зазначають, що не відчувають дискомфорту в ході проведення консультацій). Водночас просвітницька діяльність серед

мешканців населеного пункту лікаря не сприймається як частина його діяльності.

Респонденти, які висловили згоду з цим твердженням, запевняють, що почуваються комфортно в будь-яких ситуаціях (якщо йдеться про штучні аборти).

- **Аборт — це гріх:** 8 з 13 респондентів висловили незгоду з цим твердженням, 4 з 13 респондентів погодилися з ним, та один респондент відмовився відповідати на це запитання.

Респонденти, які не погодилися з цим твердженням, наполягають, що відповідальність за рішення зробити штучний аборт належить жінці, та незалежно від своїх релігійних переконань, лікар зобов'язаний надати відповідну допомогу.

Серед тих, хто погодився з цим твердженням, превалюють релігійні переконання, але зазначається, що вони не є приводом відмовити пацієнтці в її запиті на відповідну медичну послугу.

- **Жінки та дівчата, які роблять аборт, повинні платити за догляд після аборту:** 6 з 13 респондентів висловили незгоду з цим твердженням, 4 з 13 респондентів погодилися з ним, та 3 відмовилися відповідати на це запитання.

Респонденти, які не погодилися з цим твердженням, впевнені, що догляд після аборту має бути безкоштовним для пацієнтки, якщо вона отримує медичні послуги в державному або комунальному закладі охорони здоров'я, згідно з законодавством.

Серед респондентів, які погодилися з цим твердженням, превалюють думки, що послуги догляду після аборту для жінки мають бути платними, оскільки це частина особистого піклування жінки про своє здоров'я. Також акцентувалася увага на тому, що платні послуги (в аспекті розуміння цінності) формують у жінки відповідальність за своє здоров'я в майбутньому.

- **Чоловік повинен завжди приймати рішення про контрацепцію разом зі своєю дружиною:** 5 з 13 респондентів висловили незгоду з цим твердженням та 8 з 13 респондентів погодилися з ним.

Коментуючи відповідь, респонденти спиралися на свої особисті уявлення про функціонування сім'ї. Так, для більшості опитаних питання планування сім'ї уявляється спільним рішенням подружжя, у той час як для решти респондентів домінанта в прийнятті подібних рішень належить жінці (через те, що жінка в більшій мірі ризикує своїм здоров'ям у процесі виношування, народження дитини тощо).

- **Незважаючи на те, що моя релігія проти абортів, я відчуваю себе комфортно та можу надавати цю послугу усвідомлено як медичний працівник:** 8 з 13 респондентів висловили згоду з цим твердженням, 4 з 13

респондентів не погодилися з ним, та один відмовився відповідати на це запитання.

Респонденти, які погодилися з цим твердженням, усвідомлюють, що штучний аборт насамперед є частиною їхніх професійних обов'язків, і зазначають, що таке сприйняття дозволяє їм відчувати себе комфортно в процесі надання послуг.

Серед тих, хто не погодилися з цим твердженням, були медичні працівники/ці, які не надають послуг штучного аборту своїм пацієнткам. Решта респондентів зазначили, що як медичний працівник/ця, вони виконують цю операцію, але намагаються переконати жінку ретельно обдумати своє рішення.

- **Мій обов'язок — повідомити чоловіка/дружину про ВІЛ-статус його/її партнера/ки:** 10 з 13 респондентів висловили незгоду з цим твердженням, один з 13 респондентів погодився з ним, та 2 відмовилися відповідати на це запитання.

Більшість опитаних респондентів зазначають, що медичні працівники не мають юридичного права розголошувати ВІЛ-статус своїх пацієнтів без згоди самого/ї пацієнта/ки.

- **Є послуги з репродуктивного здоров'я, які я ніколи не буду надавати клієнтам:** 9 з 13 респондентів не погодилися з цим твердженням, два з 13 респондентів погодилися з ним та 2 відмовилися відповідати на це запитання.

Респонденти, які висловили незгоду з цим твердженням, зазначають, що медичний працівник/ця має виконувати свої професійні обов'язки та забезпечувати пацієнтів усім переліком послуг, який пропонує медичний заклад.

Респонденти, які погодилися з цим твердженням, згадують, що вони не надають послуг з переривання вагітності, але не зазначають причини такого рішення.

- **Жінці, яка постраждала від сексуального насильства, варто надавати послуги з абортів, якщо це необхідно:** 10 з 13 респондентів погодилися з цим твердженням, один з 13 респондентів не погодився з ним і 2 відмовилися відповідати на це запитання.

Більшість респондентів акцентують увагу на тому, що необхідність послуг штучного абортів постраждалій від сексуального насильства має обґрунтовуватись особистим бажанням жінки зробити аборт або медичними показниками здоров'я жінки.

III. Основні результати оцінки закладів охорони здоров'я

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

В умовах воєнного стану та воєнних дій на території України, медичні заклади перебувають в умовах край обмеженого фінансування. Це впливає на доступність і якість надання медичної допомоги передусім для жіночого населення, у тому числі в сфері сексуального та репродуктивного здоров'я. Під час оцінки деякі заклади відмічали зниження рівня матеріально-технічного забезпечення, недостатність виробів медичного призначення та лікарських засобів, антисептиків, відсутність безкоштовних контрацептивів і препаратів для медикаментозного абортів, експрес-тестів на ВІЛ, сифіліс, вагітність. Усі медичні заклади можуть надати послуги з клінічного лікування зґвалтувань і сексуального насильства, проте цільового навчання щодо цього медичні фахівці не проходили.

Детальний аналіз кожного закладу охорони здоров'я можна знайти у Додатку 1. Оцінка стану надання СРЗ послуг закладами охорони здоров'я.

Загальні рекомендації

Для покращення надання послуг із сексуального та репродуктивного здоров'я першочергово закладам охорони здоров'я необхідно:

1. Для координації заходів у сфері запобігання та протидії ґендерно зумовленому насильству та надання скоординованої допомоги постраждалій особі визначити відповідальну особу із числа заступників керівника закладу (п.42 Постанови КМУ від 22.08.2018 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії домашньому насильству і насильству за ознакою статі» та Наказ МОЗ України від 01.02. 2019 №278).
2. Провести навчання медичного персоналу, залученого до надання послуг жінкам з питань клінічного лікування зґвалтувань, проведення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції, ІПСШ, екстреної контрацепції та профілактичної вакцинації. Одночасно необхідно звернути увагу на покращення доступу жінок до послуги з медикаментозного абортів.
3. Провести матеріально-технічне дооснащення виробами медичного призначення та лікарськими засобами, безкоштовними контрацептивами та препаратами для медикаментозного абортів.
4. Розробити алгоритм дій для медичних працівників у разі виявлення фактів домашнього насильства та насильства за ознакою статі, а також механізм перенаправлення постраждалих від насильства за ознакою статі та затвердити відповідним внутрішнім наказом.

5. Розробити алгоритм взаємодії із суб'єктами, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії ґендерно зумовленому насильству в громаді та налагодити комунікацію із громадськими організаціями, які працюють у сфері допомоги людям, які пережили сексуальне насильство, для психосоціального супроводу та подальшої реабілітації.
6. Посилити інформаційно-просвітницьку роботу серед населення з питань репродуктивного здоров'я та запобігання насильства за ознакою статі і можливості отримання допомоги постраждалими особами.

ДОДАТКИ

Додаток 1. Оцінка стану надання СРЗ послуг закладами охорони здоров'я (за кожним закладом)

«Лікарня інтенсивного лікування Боярської міської ради», м. Боярка, Київська обл.

Висновок щодо стану надання СРЗ послуг закладом

КНП «Лікарня інтенсивного лікування БМР» — заклад спеціалізованої багатoproфільної медичної допомоги, у якому надається акушерсько-гінекологічна допомога. На території обслуговування лікарні проживає біля 34 000 мешканців/ок (зі слів керівника закладу), із яких орієнтовно 15 000 жінок репродуктивного віку (15-49 років).

Протягом останніх трьох місяців заклад надав стаціонарну акушерсько-гінекологічну допомогу (у т.ч. послуги зі збереження сексуального і репродуктивного здоров'я) 714 жінкам. Інформація про надання амбулаторно-консультативної допомоги, у т.ч. і категорії жінок-ВПО в анкеті відсутня. Лікарі акушери-гінекологи відзначають відсутність інформації про факти та звернення жінок щодо сексуального насильства.

Медичний заклад повністю укомплектований медичним персоналом — лікарями-спеціалістами та середнім медичним персоналом, який залучений до надання акушерсько-гінекологічної допомоги та послуг з переривання вагітності, клінічного лікування зґвалтувань.

У закладі консультативні послуги з питань планування сім'ї надають лікарі акушери-гінекологи. Середній медичний персонал — акушерки — не залучені до цього процесу.

У пацієнток немає доступу до використання ін'єкційних та бар'єрних (презерватив) засобів контрацепції через відсутність у закладі безкоштовної контрацепції, та, з іншого боку, — попиту у пацієнток.

У закладі жінки мають доступ до безкоштовних послуг з переривання вагітності. На амбулаторному рівні, у жіночій консультації, надаються послуги з медикаментозного абортів, використовується інструментальний метод MVA. Даних у анкеті про такі послуги у гінекологічному відділенні немає.

У жінок немає доступу до безкоштовних препаратів для медикаментозного абортів (мізопростолу); відсутній доступ до безкоштовної контрацепції після проведення процедури переривання вагітності.

Послуга з клінічного лікування зґвалтувань у закладі може надаватися, проте тренінгової підготовки фахівці не проходили. Це пояснюється відсутністю

потреби у такому навчанні — відсутня інформація про факти звернення жінок по таку послугу до фахівців закладу.

Вакцинація від вірусного гепатиту В, введення протиправцевого анатоксину, екстреної контрацепції для жінок в закладі не проводиться через відсутність попиту та необхідності.

Послуги з постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції проводяться, у закладі є в наявності АРВ препарати.

Чітко не визначений алгоритм направлення жінок і комунікація з державними та громадськими організаціями, які працюють в сфері допомоги людям, які пережили сексуальне насильство, для психосоціального супроводу та реабілітації.

За даними інвентаризації в закладі відсутні препарати для медикаментозного аборту (міфепристон та мізопростол), антисептики (хлоргексидин), безкоштовні контрацептиви, антибактеріальні препарати.

Є необхідність у матеріально-технічному дооснащенні: медичному інструментарії оглядовому та для постановки ВМК, дезінфекційних засобах, оглядових гінекологічних кріслах (у т.ч. автоматичних), тонометрах, швидких тестах на вагітність, ВІЛ, сифіліс, обладнання для МВА.

Рекомендації:

На час проведення оцінки, Київська область є регіоном із високим ризиком небезпеки, тож кількість жінок-ВПО у регіоні не є великою. У будь-якому разі, для покращення надання послуг із сексуального та репродуктивного здоров'я, у тому числі послуг із клінічного лікування зґвалтувань, для КНП «Лікарня інтенсивного лікування БМР» першочергово необхідно:

1. Для координації заходів у сфері запобігання та протидії ґендерно зумовленому насильству та надання скоординованої допомоги постраждалій особі — визначити відповідальну особу із числа заступників керівника закладу.
2. Провести навчання медичного персоналу, залученого до надання послуг жінкам, з питань клінічного лікування зґвалтувань, проведення постконтактної профілактики ВІЛ, ІПСШ, екстреної контрацепції та вакцинації.
3. Провести матеріально-технічне дооснащення виробами медичного призначення та лікарськими засобами, контрацептивами, експрес-тестами, препаратами для медикаментозного аборту.
4. Розробити алгоритм дій для медичних працівників у разі виявлення фактів домашнього та ґендерно зумовленого насильства, а також механізм перенаправлення постраждалих від насильства та затвердити відповідним наказом.
5. Налагодити комунікацію із суб'єктами, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії ґендерно зумовленому насильству в громаді — державними

та громадськими організаціями, які працюють у сфері допомоги людям, які пережили сексуальне насильство, для психосоціального супроводу та реабілітації.

6. Посилити інформаційно-просвітницьку роботу серед населення з питань збереження сексуального та репродуктивного здоров'я та запобігання ґендерно зумовленого насильства, і можливостей для отримання допомоги постраждалими особами. Створення інформаційних куточків у закладі.

КНП «Доброславська багатoproфільна лікарня», м. Доброслав, Одеська обл.

Висновок щодо стану надання СРЗ послуг закладом

КНП «Доброславська багатoproфільна лікарня» — заклад спеціалізованої багатoproфільної медичної допомоги, у якому надається акушерсько-гінекологічна допомога. На території обслуговування лікарні проживає біля 50 000 мешканців/ок (зі слів керівника закладу). Інформація щодо кількості жінок репродуктивного віку (15-49 років) в анкеті відсутня.

Протягом останніх трьох місяців надано акушерсько-гінекологічну допомогу (у т.ч. послуги зі збереження сексуального і репродуктивного здоров'я) 2 082 жінкам, із них категорія жінок-ВПО складає 6%. Для 76% жінок це була амбулаторна допомога на рівні жіночої консультації, для 23% — стаціонарна.

На час проведення оцінки, медичний заклад укомплектований медичним персоналом — лікарями-спеціалістами та середнім медичним персоналом, який залучений до надання акушерсько-гінекологічної допомоги та послуг з переривання вагітності, клінічного лікування зґвалтувань.

У закладі консультативні послуги з питань планування сім'ї надають лікарі та акушерки. У пацієнток немає доступу до ін'єкційних, гормональних та бар'єрних (презерватив) засобів контрацепції через відсутність в закладі безкоштовної контрацепції.

У закладі жінки мають доступ до безкоштовних послуг з переривання вагітності. На амбулаторному рівні, в жіночій консультації, використовуються метод медикаментозного аборту, інструментальний метод MVA, в гінекологічному відділенні — інструментальний метод EVA та інші. У жінок немає доступу до безкоштовних препаратів для медикаментозного аборту (мізопростолу).

Послуги з постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції не проводяться через відсутність фактів звернення жінок та попиту на такі послуги. З іншого боку, у лікарів та середнього медичного персоналу немає відповідних навичок; також у закладі відсутні АРВ препарати.

Послуга з клінічного лікування зґвалтувань у закладі може надаватися, проте фахової тренінгової підготовки фахівці не проходили. Лікарі акушери-гінекологи

азначають відсутність інформації про факти та звернення жінок щодо сексуального насильства.

Вакцинація від вірусного гепатиту В, введення протиправцевого анатоксину, екстреної контрацепції у жінок в закладі не проводиться через відсутність попиту на такі процедури.

Алгоритм перенаправлення жінок та комунікації із державними та громадськими організаціями, що працюють у сфері допомоги людям, які пережили сексуальне насильство, для подальшого психосоціального супроводу та реабілітації у закладі відсутній.

За даними інвентаризації в закладі відсутні: препарати для медикаментозного абортів (міфепристон та мізопростол), АРВ препарати, безкоштовні контрацептиви, антибактеріальні засоби (у достатній кількості), протиправцевий анатоксин.

Є необхідність у матеріально-технічному дооснащенні — медичному інструментарії оглядовому, оглядових гінекологічних кріслах (у т.ч. автоматичних), апарату КТГ, швидких тестах на вагітність, ВІЛ, сифіліс.

Рекомендації:

На період проведення оцінки, Одеська область має високий ризик небезпеки. З іншого боку, область приймає значну кількість ВПО із інших південних (наприклад, окупованої Херсонської області), а також східних областей. Для покращення надання послуг із сексуального та репродуктивного здоров'я першочергово для КНП «Доброславська багатопрофільна лікарня» необхідно:

1. Для координації заходів у сфері запобігання та протидії ґендерно зумовленому насильству та надання скоординованої допомоги постраждалим особам — визначити відповідальну особу із числа заступників керівника закладу.
2. Провести навчання медичного персоналу, залученого до надання послуг жінкам, з питань клінічного лікування зґвалтувань, проведення постконтактної профілактики ВІЛ, ІПСШ, екстреної контрацепції та вакцинації.
3. Провести матеріально-технічне дооснащення виробами медичного призначення та лікарськими засобами, контрацептивами, експрес-тестами, препаратами для медикаментозного абортів.
4. Розробити алгоритм дій для медичних працівників у разі виявлення фактів домашнього та ґендерно зумовленого, а також механізм перенаправлення постраждалих і затвердити відповідним наказом.
5. Налагодити комунікацію із суб'єктами, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії ґендерно зумовленому насильству в громаді та громадськими організаціями, які працюють в сфері допомоги людям, які пережили сексуальне насильство, для психосоціального супроводу та реабілітації.

6. Посилити інформаційно-просвітницьку роботу серед населення з питань репродуктивного здоров'я та запобігання насильству за ознакою статі і можливості отримання допомоги постраждалими особами. Створення інформаційних куточків у закладі.

КНП «Міський пологовий будинок з функціями перинатального центру II рівня» Кропивницької міської ради, м. Кропивницький

Висновок щодо стану надання СРЗ послуг закладом

КНП «Міський пологовий будинок з функціями перинатального центру II рівня» КМР — заклад, у якому надається спеціалізована акушерсько-гінекологічна допомога. На території обслуговування лікарні проживає 231 162 мешканців/ок, із яких 55 601 — жінки репродуктивного віку (15-49 років), що складає 24% від загального населення області, та говорить про поглиблення демографічної кризи на фоні воєнних дій та міграції населення.

Протягом останніх трьох місяців надано акушерсько-гінекологічну допомогу (у т.ч. послуги із збереження сексуального і репродуктивного здоров'я) 4 433 жінкам, із них жінки-ВПО склали 4%. Водночас у 78% жінок це була амбулаторна допомога на рівні жіночої консультації, у 22% — стаціонарна.

Медичний заклад наразі повністю укомплектований медичним персоналом — лікарями-спеціалістами та середнім медичним персоналом, який залучений до надання акушерсько-гінекологічної допомоги та послуг з переривання вагітності, клінічного лікування згвалтувань.

У закладі лікарі та акушерки надають безкоштовні консультативні послуги з питань планування сім'ї. Проте наразі в закладі відсутні безкоштовні контрацептиви, окрім бар'єрного методу (презервативи).

У закладі жінки мають доступ до безкоштовних послуг з переривання вагітності. Широко використовується метод медикаментозного абортів, у наявності безкоштовні препарати для медикаментозного абортів (мізопростол), у гінекологічному відділенні — інструментальний метод EVA, дилатації та кюретажу. Метод вакуумної аспірації (MVA) не використовується ані амбулаторно, ані стаціонарно через відсутність доступу до комплексу MVA та необхідних знань і практичних навичок персоналу.

Послуга з клінічного лікування згвалтувань у закладі може надаватися, проте фахової тренінгової підготовки фахівці не проходили. Лікарі акушери-гінекологи відзначають відсутність інформації про факти та звернення жінок, постраждалих від сексуального насильства.

Послуги з постконтактної профілактики ВІЛ не проводяться через відсутність звернення жінок за такою послугою. Окрім того, у лікарів та середнього

медичного персоналу відсутні відповідні навички. АРВ препаратів у закладі також немає у наявності.

Вакцинація від вірусного гепатиту В та введення протиправцевого анатоксину для жінок в закладі не проводиться з причини відсутності попиту та необхідності.

У закладі відсутній алгоритм перенаправлення жінок до державних та громадських організацій, які працюють у сфері допомоги людям, які пережили сексуальне насильство для подальшого психосоціального супроводу та реабілітації.

За даними інвентаризації в закладі відсутні: АРВ препарати, протиправцевий анатоксин, безкоштовні контрацептиви, антибактеріальні засоби (у достатній кількості).

Є необхідність у матеріально-технічному дооснащенні — медичному інструментарії оглядовому та для постановки ВМК, дезінфікуючих засобах, оглядових гінекологічних кріслах (у т.ч. автоматичних), тонометрах, швидких тестах на вагітність, апарату MVA.

Рекомендації:

На час проведення оцінки, Кіровоградська область територіально є відносно віддаленою від прифронтових областей. І хоча кількість жінок-ВПО не є великою на час проведення оцінки, вона може зрости, адже область є привабливою для ВПО з точки зору безпеки. Для покращення надання послуг із сексуального та репродуктивного здоров'я першочергово для КНП «Міський пологовий будинок з функціями перинатального центру II рівня» КМР необхідно:

1. Для координації заходів у сфері запобігання та протидії ґендерно зумовленому насильству та надання скоординованої допомоги постраждалій особі — визначити відповідальну особу із числа заступників керівника закладу.
2. Провести навчання медичного персоналу, залученого до надання послуг жінкам, з питань клінічного лікування зґвалтувань, медикаментозного абортів, проведення постконтактної профілактики ВІЛ, ІПСШ, екстреної контрацепції.
3. Провести матеріально-технічне дооснащення виробами медичного призначення та лікарськими засобами, контрацептивами, експрес-тестами.
4. Розробити алгоритм дій для медичних працівників у разі виявлення фактів домашнього та ґендерно зумовленого насильства, а також механізм перенаправлення постраждалих від насильства та затвердити відповідним наказом.
5. Налагодити комунікацію із суб'єктами, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії ґендерно зумовленому насильству в громаді та громадськими організаціями, які працюють в сфері допомоги людям, які

пережили сексуальне насильство, для психосоціального супроводу та реабілітації.

6. Посилити інформаційно-просвітницьку роботу серед населення з питань репродуктивного здоров'я та запобігання ґендерно зумовленого насильства і можливості отримання допомоги постраждалими особами. Створення інформаційних куточків у закладі.

КП «4-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради», м. Полтава

Висновок щодо стану надання СРЗ послуг закладом

КП «4-а міська клінічна лікарня ПМР» — заклад, у якому надається спеціалізована акушерсько-гінекологічна допомога. На території обслуговування лікарні проживає 279 593 жителів, із яких — 46 800 жінок репродуктивного віку (15-49 років), що складає 16,7% та говорить про поглиблення демографічної кризи на фоні воєнних дій і міграції населення.

Протягом останніх трьох місяців надано акушерсько-гінекологічну допомогу (у т.ч. послуги із збереження сексуального і репродуктивного здоров'я) 5 382 жінкам, із них категорії ВПО складає 18%. З них у 89% жінок це була амбулаторна допомога на рівні жіночої консультації, у 10% — стаціонарна.

Медичний заклад наразі повністю укомплектований медичним персоналом — лікарями-спеціалістами та середнім медичним персоналом, який залучений до надання акушерсько-гінекологічної допомоги та послуг з переривання вагітності, клінічного лікування згвалтувань.

Лікарі акушери-гінекологи відзначають наявні звернення жінок щодо сексуального насильства. З іншого боку, дані про надання послуг із профілактики ВІЛ/ІПСШ жінкам, які звернулися, відсутні (згідно з анкетними даними).

У закладі надаються консультативні послуги з питань планування сім'ї лікарями та акушерками. У пацієнток немає доступу до використання ін'єкційних та бар'єрних (презерватив) засобів контрацепції через їх відсутність у закладі.

У закладі жінки мають доступ до безкоштовних послуг з переривання вагітності. На амбулаторному рівні, в жіночій консультації, це інструментальний метод MVA, у гінекологічному відділенні — інструментальний метод EVA. Метод медикаментозного абортів не використовується ані амбулаторно, ані стаціонарно, що суперечить сучасним вимогам і стандартам. За даними оцінки, це відбувається через відсутність попиту на такі послуги. Водночас такий стан справ може мати місце через відсутність доступу до безкоштовних препаратів (мізопростолу) у закладі.

Послуга з клінічного лікування зґвалтувань у закладі надається, проте фахової тренінгової підготовки фахівці не проходили.

Послуги з постконтактної профілактики ВІЛ не проводяться через відсутність навичок у лікарів та середнього медичного персоналу та відсутність АРВ препаратів у закладі.

Вакцинація від вірусного гепатиту В жінок у закладі не проводиться. Цю послугу надає Центр первинної медико-санітарної допомоги.

Чітко не визначений алгоритм направлення жінок та комунікації із державними та громадськими організаціями, які працюють в сфері допомоги людям, які пережили сексуальне насильство, для їх подальшого психосоціального супроводу та реабілітації.

За даними інвентаризації в закладі відсутні: препарати заліза, протиправцевий анатоксин, препарати для медикаментозного аборту (міфепристон та мізопростол), АРВ препарати, безкоштовні контрацептиви, антибактеріальні засоби.

Є необхідність у матеріально-технічному дооснащенні, а саме: медичному інструментарії оглядовому та для постановки ВМК, дезінфекційних засобах, оглядових гінекологічних кріслах (у т.ч. автоматичних), тонометрах, швидких тестах на вагітність, ВІЛ, сифіліс.

Рекомендації:

Враховуючи, що Полтавська область межує із двома прифронтовими — Сумською та Харківською — областями, і протягом останніх 3-х місяців кількість населення області збільшилася за рахунок ВПО на більш ніж 250 тисяч осіб, у закладі безпосередньо на 60 тисяч (за даними анкети), у межах проекту для покращення надання послуг із сексуального та репродуктивного здоров'я першочергово для КП «4-а міська клінічна лікарня ПМР» необхідно:

1. Для координації заходів у сфері запобігання та протидії ґендерно зумовленому насильству та надання скоординованої допомоги постраждалій особі — визначити відповідальну особу із числа заступників керівника закладу.
2. Провести навчання медичного персоналу, залученого до надання послуг жінкам, з питань клінічного лікування зґвалтувань, медикаментозного аборту, проведення постконтактної профілактики ВІЛ, ІПСШ, екстреної контрацепції.
3. Провести матеріально-технічне дооснащення виробами медичного призначення та лікарськими засобами, контрацептивами, експрес-тестами.
4. Розробити алгоритм дій для медичних працівників у разі виявлення фактів домашнього насильства та насильства за ознакою статі, а також механізм

перенаправлення постраждалих від насильства за ознакою статі та затвердити відповідним наказом.

5. Налагодити комунікацію із суб'єктами, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії ґендерно зумовленому насильству в громаді та громадськими організаціями, які працюють у сфері допомоги людям, які пережили сексуальне насильство, для психосоціального супроводу та реабілітації.
6. Посилити інформаційно-просвітницьку роботу серед населення з питань репродуктивного здоров'я та запобігання насильства за ознакою статі і можливості отримання допомоги постраждалими особами. Створення інформаційних куточків у закладі.