

**Підлітки, які живуть
або працюють на вулиці:
актуальні акценти для
ефективної профілактики ВІЛ**

**За результатами повторного
соціально-поведінкового дослідження**



УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
СОЦІАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
імені
Олександр Арсенка
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ

unicef 

єднаймося заради дітей

Профілактика ВІЛ серед підліткових груп найвищого ризику

**Підлітки, які живуть або працюють на вулиці:
актуальні акценти для ефективної профілактики ВІЛ
(за результатами повторного
соціально-поведінкового дослідження)**

Аналітичний звіт

УДК 316.624-053.6:[616.98:578.828ВІЛ](047.31)
ББК 60.54.р
П 84

Авторський колектив

Ольга Балакірева, канд. соціол. наук
Тетяна Бондар, канд. соціол. наук
Юлія Серета, канд. соціол. наук
Анастасія Судакова
Яна Сазонова
Олена Сакович

Розрахунок і обробка даних опитування

Лідія Романовська

Рецензенти

Л.Г. Сокурянська, д-р соціол. наук
Н.Й. Черниш, д-р соціол. наук

Редактор

М.М. Ілляш

Рекомендовано до друку вченою радою Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка (протокол № 3 від 26 серпня 2011 р.)

Цю публікацію можна без обмежень цитувати та копіювати з науковою метою, за умови посилання на ЮНІСЕФ та УІСД імені Олександра Яременка.

П 84 Підлітки, які живуть або працюють на вулиці: актуальні акценти для ефективної профілактики ВІЛ (за результатами повторного соціально-поведінкового дослідження):

аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: Версо 04, 2011. – 116 с.

ISBN 978-966-8869-46-4

У звіті подано основні висновки за результатами повторного дослідження серед дітей та молоді, які живуть або працюють на вулиці, в рамках проекту ЮНІСЕФ «Профілактика ВІЛ серед підліткових груп найвищого ризику» у 2011 році. Результати дослідження дають уявлення про соціально-демографічні характеристики «дітей вулиці», ризиковані практики поведінки, рівень знання щодо ВІЛ/СНІДу та доступ до профілактики. Крім того, у звіті містяться рекомендації щодо розроблення та посилення заходів із профілактики ВІЛ-інфекції серед дітей та молоді, які живуть або працюють на вулиці.

УДК 316.624-053.6:[616.98:578.828ВІЛ](047.31)
ББК 60.54.р

ISBN 978-966-8869-46-4 © Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка, 2011
© Представництво Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, 2011
© О. Балакірева, Т. Бондар, Ю. Серета, А. Судакова, Я. Сазонова, О. Сакович
© Фото на обкладинці UNICEF/UKRAINE/2010/G/Pirozzi/WG9P9723
© Дизайн, верстка, друк – Версо-04, 2011

Зміст

Подяки	4
Абревіатури	5
Вступ	6
Стислий огляд	8
Розділ 1. Досвід інтеграції ПГР у національну відповідь щодо протидії епідемії ВІЛ-інфікування в Україні	14
1.1. Характеристика ситуації на початку реалізації проекту (2007 рік)	14
1.2. Стратегічне планування та здійснені кроки (2007-2011 рр.)	21
1.3. Ключові результати	24
Розділ 2. Соціально-поведінкове дослідження як інструмент оцінки ситуації	27
Розділ 3. Результати повторного опитування дітей та підлітків, які живуть або працюють на вулиці	42
3.1. Соціально-демографічні характеристики	42
3.1.1. Оточення та родинне коло	42
3.1.2. Міграційний статус	45
3.1.3. Освіта	49
3.1.4. Джерела матеріального забезпечення	50
3.2. Вживання психоактивних речовин	52
3.2.1. Алкоголь та наркотики	52
3.2.2. Вживання ін'єкційних наркотиків	53
3.2.3. Небезпечні щодо ВІЛ-інфекції практики вживання ін'єкційних наркотиків	54
3.2.4. Джерела отримання/придбання інструментарію для вживання ін'єкційних наркотиків	55
3.3. Статева поведінка	57
3.3.1. Сексуальний дебют та партнери	57
3.3.2. Практика одностатевих контактів серед хлопців	60
3.3.3. Комерційний секс	60
3.3.4. Примус до сексу	61
3.3.5. Використання презервативів	62
3.3.6. Статеве здоров'я	64
3.4. Поширення поєднаних ризиків інфікування ВІЛ серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці	66
3.5. Знання про ВІЛ-інфекцію та ризики інфікування	66
3.5.1. Знання про ВІЛ/СНІД	66
3.5.2. Практика тестувань	67
3.6. Контакти з органами правопорядку, затримання та арешти	70
3.7. Доступність медико-соціальних послуг та потреби	74
Розділ 4. Тенденції змін поведінки та чинники уразливості	88
Рекомендації	99
Додаток 1: Дослідницький протокол	101
Додаток 2: Ключові індикатори поведінки ПГР в Україні	106

Подяки

Ця публікація підготовлена колективом українських авторів у рамках проекту Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) «Профілактика ВІЛ серед підліткових груп найвищого ризику». Головними партнерами проекту в Україні на національному рівні є Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту¹ та Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді (ДСССДМ)².

Головна мета публікації – представити результати повторного опитування дітей та молоді, які живуть або працюють на вулиці, у чотирьох містах України: Дніпропетровську, Донецьку, Києві та Миколаєві, де в 2007–2008 рр. було проведено базове дослідження та впроваджені профілактичні втручання серед підлітків, уразливих до ВІЛ-інфікування.

Склад дослідницької групи

Відповідальна особа від ЮНІСЕФ: Олена Сакович, керівник проектів з питань профілактики ВІЛ серед молоді Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні.

Головні дослідники: Ольга Балакірева, канд. соціол. наук, голова правління; Тетяна Бондар, канд. соціол. наук, директор (УІСД імені Олександра Яременка).

Дослідницька група: Юлія Серета, канд. соціол. наук, менеджер проектів; Анастасія Судакова, менеджер; Лідія Романовська, програміст (УІСД імені Олександра Яременка).

Організатори польових робіт: Олена Дзюба та Вікторія Корепіна (м. Дніпропетровськ); Людмила Виноградова та Людмила Бучко (м. Донецьк); Тетяна Ваненкова та Ольга Кузмінська (м. Миколаїв); Леонід Крисов (м. Київ).

Особлива подяка за сприяння дослідженню обласним ЦСССДМ: Ірині Кабат та Олені Білоконь (Дніпропетровськ); Юрію Балаболці та Людмилі Буркаль (Донецьк); Руслану Колбасі (Миколаїв); Валерію Танцюрі та Леоніду Крисову (Київ).

Висловлюємо щире подяку всій дослідницькій групі та всім зацікавленим сторонам за їх внесок у дослідження.

Колектив проекту вдячний широкому колу експертів з державних та недержавних організацій, які або підтримували, або брали участь у дослідженні та/або зустрічах, консультаціях, тренінгах, активно допомагали у визначенні місць опитування, рекрутингу та перадресації респондентів.

Безмежна вдячність усім респондентам за бажання долучитися та зробити свій внесок у дослідження, за їх довіру та щирі відповіді. Отримана інформація про поведінку таких підлітків та чинники, які на неї впливають, про користування послугами дає змогу планувати та розробляти для них відповідні профілактичні втручання. Цей звіт присвячено всім цим хлопцям і дівчатам.

Цей перелік можна ще продовжувати, і колектив проекту вдячний усім учасникам за їх цінний внесок.

¹ Указом Президента України № 1085/2010 від 9 грудня 2010 р. «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» утворено Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України, Державну службу інтелектуальної власності України, Державну службу молоді та спорту України та реорганізовано Міністерство освіти і науки України і Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту; відповідно такими, що втратили чинність, визначено: пункт «а» статті 2 Указу Президента України від 6 лютого 2004 року № 166 «Про Міністерство України у справах сім'ї, дітей та молоді» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/documents/12584.html>

² Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня № 346 ліквідовано 41 урядовий орган, у тому числі Державну соціальну службу у справах сім'ї, дітей та молоді. Це рішення Кабмін прийняв на виконання п.4 ст.7 Указу Президента України від 9 грудня 2010 р. «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади». – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/346-2011-%EF>

Абревіатури

ВІА	Вірус імунодефіциту людини
ГФСТМ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією
ДКТ	Добровільне консультування й тестування на ВІЛ
ДСССДМ	Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді ³
ЖКС	Жінки, які надають комерційні сексуальні послуги
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ІТТ	Ізолятори тимчасового тримання
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
МіО	Моніторинг і оцінка
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
НДО	Недержавна організація
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПГР	Підлітки груп ризику
ПТНЗ	Професійно-технічний навчальний заклад
РВВС	Районний відділ внутрішніх справ
СІЗО	Слідчий ізолятор
СІН	Споживач ін'єкційних наркотиків
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ССГАООН	Спеціальна сесія Генеральної асамблеї ООН із питань ВІЛ/СНІДу
УІСД імені О. Яременка	ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»
ЦСССДМ	Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
ЧСЧ	Чоловіки, які практикують секс із чоловіками
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд ООН
ФНООН	Фонд народонаселення ООН

³ Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня № 346 ліквідовано 41 урядовий орган, у тому числі Державну соціальну службу у справах сім'ї, дітей та молоді. Це рішення Кабмін прийняв на виконання п.4 ст.7 Указу Президента України від 9 грудня 2010 р. «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади». – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/346-2011-%EF>

Вступ

Незважаючи на те, що в Україні доволі багато зусиль зосереджено на подоланні епідемії ВІЛ, проблема залишається актуальною і сьогодні, особливо для уразливих груп підлітків та молоді груп ризику. Мета цієї публікації – представити результати повторного дослідження серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці. Видання орієнтоване на вивчення ступеня ризику інфікування ВІЛ, рівня доступності та користування профілактичними послугами.

Базове дослідження в рамках проекту Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику в Україні та Південно-Східній Європі» було проведено у 2007–2008 рр. Українським інститутом соціальних досліджень імені Олександра Яременка у містах Донецьку, Дніпропетровську, Києві та Миколаївській області (мм. Миколаїв, Очаків, Вознесенськ).

Результати цього дослідження, а також дані інших поведінкових досліджень серед споживачів ін'єкційних наркотиків, жінок, які надають сексуальні послуги за плату, та чоловіків, які практикують секс з чоловіками, сформували потужну доказову базу стосовно ступеня ризику в цих групах, зокрема в групі тих, кому до 19 років, та бар'єрів доступу до різних медико-соціальних послуг. Найбільш детально отримані результати викладено у публікації «Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні»⁴, де узагальнено отримані дані і запропоновано детальні рекомендації та моделі ВІЛ-профілактичних заходів серед різних категорій підлітків.

Упродовж чотирьох років реалізації проекту відбулися певні позитивні зрушення. Після базового дослідження (2007-2008 рр.) були запропоновані та апробовані профілактичні моделі для підлітків груп ризику в Миколаєві, Києві, Одесі, Донецьку та Дніпропетровську, які довели свою ефективність. Набутий досвід вже використовується в інших регіонах країни. Одним з головних здобутків стало те, що змінилось ставлення державних і недержавних організацій, зокрема ВІЛ-сервісних, до підлітків з цільових груп високого ризику ВІЛ-інфікування. Підліткова група визнана одним із пріоритетних напрямків їх роботи на шляху протидії поширення епідемії ВІЛ/СНІДу. Важливим кроком у подоланні бар'єрів ефективного планування на національному та місцевому рівнях став розрахунок чисельності підлітків груп ризику в Україні. За «Оцінкою чисельності дітей та молоді вікової групи 10–19 років, що відносяться до груп ризику»⁵, кількість ПГР в Україні становить 85 тис. осіб або 1,6% на 100 тис. підлітків, причому кількість таких серед хлопців більша (2%), ніж серед дівчат (1,2%). Більш докладно цей процес висвітлений у *першому розділі* даного аналітичного звіту.

Повторне дослідження серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, було проведено навесні 2011 року в тих самих містах, що і базове. Його метою був аналіз сучасного стану небезпечної поведінки підлітків, їх знання щодо передачі ВІЛ, поінформованості щодо різних медико-соціальних послуг та їх доступності. Опитано 805 респондентів, серед яких 565 хлопців та 240 дівчат. У *другому розділі* представлена методологія цього дослідження, досвід його реалізації та набуті уроки.

Результати повторного дослідження серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, детально та повно викладені у *третьому розділі* звіту, в якому відображена соціально-демографічна ситуація цієї категорії підлітків, досвід вживання психоактивних речовин, у тому числі ін'єкційних наркотиків, особливий акцент зроблено на статевій поведінці «під-

⁴ Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт [Електронний ресурс]/ ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – 192 с. – Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/MARA_Report_ukr_druk.pdf

⁵ Оцінка чисельності дітей та молоді вікової групи 10–19 років, які відносяться до груп ризику [Електронний ресурс]/ЮНІСЕФ; Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2011. – 48 с. – Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Ocinka_chiselnosti_ditey_ukr.pdf

літків вулиці», поширення різних видів ризиків інфікування ВІЛ, у тому числі поєднаних ризиків, розглянуто їх рівень знань щодо шляхів передачі ВІЛ та практик тестування. Відштовхуючись від досвіду попереднього дослідження, велику увагу приділено взаємовідносинам та контактам підлітків, які живуть або працюють на вулиці, з органами правопорядку. Доступність до медико-соціальних послуг проаналізовано в окремому параграфі, охоплюючи коло проблемних питань щодо потреб цих підлітків у доброякісних послугах широкого спектра.

У *четвертому розділі* звіту зроблено аналіз чинників уразливості та тих змін, які відбулися за період між базовим (2007–2008 рр.) та повторним (2011 р.) дослідженнями, представлена динаміка ключових показників. Слід наголосити, що «підлітки вулиці» є дуже мінливою та несталою групою, яка постійно поповнюється новими підлітками, які долучаються до ризикованої поведінки, та часто є прихованою від профілактичних заходів та організацій, які їх реалізують, тому радикальних відмінностей між показниками двох хвиль досліджень немає. Це підкреслює необхідність постійного та посиленого прояву уваги до них та відповідних спеціальних заходів.

Зважаючи на те, що одним із важливих завдань проекту було напрацювання методології дослідження, в *додатках* представлено протокол дослідження, а також подані ключові індикатори, які дозволяють робити крос-регіональний аналіз та є елементом контролю динаміки змін.

Дана публікація розрахована на всіх, хто працює з уразливими підлітками та ПГР, відповідає за рішення та реалізацію профілактичних програм, хто небайдужий до проблем незахищеної молоді, – органи влади, державні й недержавні громадські організації та активні суб'єкти громадськості, і має за мету інтеграцію зусиль на всіх рівнях для ефективної роботи з протидії поширенню ВІЛ-інфікування серед підлітків груп ризику.

Стислий огляд

У звіті представлені дані повторного дослідження серед дітей та підлітків, які живуть або працюють на вулиці, віком від 10 до 19 років, реалізованого Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні у 2011 році в рамках проекту «Профілактика ВІЛ серед підліткових груп найвищого ризику».

Базове дослідження було проведено у 2007–2008 роках, результати якого представлені у ряді публікацій (див. *Інформаційну вставку 1 у розділі 1 «Досвід боротьби з проблемою»*). Повторний збір даних серед «дітей вулиці» є важливим кроком для подальшого аналізу ситуації щодо зміни рівня знань про ВІЛ/СНІД, практику ризикованої поведінки, доступу та надання медико-соціальних послуг цільовій групі.

Для цього були розроблені анкети з метою врахування гендерного аспекту дослідження (для хлопців та дівчат окремо), визначення їх потреб у медичних та соціальних послугах та аналізу динаміки змін за результатами базового (2007 р.) та повторного (2011 р.) досліджень, а також інструментарій для опитування підлітків, які користуються сервісами з метою визначення результативності діяльності організацій, які надають послуги ППР, та рівня задоволеності підлітків цими послугами.

Враховуючи уразливість та незахищеність цільової групи, важливою умовою опитування було дотримання «Етичних засад проведення соціальних досліджень серед дітей в Україні», затверджених на засіданні Правління Соціологічної асоціації України (протокол № 7 від 10 грудня 2008 року)⁶. Головними завданнями польових груп було: забезпечення та дотримання прав/інтересів дитини/підлітка, можливість дітей/підлітків вільно висловлювати свою думку, дотримання конфіденційності, яка могла бути порушена в разі, якщо дитині була потрібна негайна допомога або захист, направлення у відповідні служби підлітків, яким був потрібен захист.

Польовий етап дослідження реалізовано завдяки робочим групам у Дон ецьку, Дніпропетровську, Києві та Миколаєві у складі: керівника постійної мережі інтерв'юерів УІСД ім. О. Яременка, представників соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, а також громадських організацій, що залучені до надання послуг цільовій групі, які забезпечили визначення організацій-партнерів, здійснення картування та визначення каналів рекрутингу підлітків, які живуть або працюють на вулиці. Опитування проводили досвідчені інтерв'юери національної мережі Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка за сприянням соціальних працівників громадських організацій та ЦСССДМ. Методом індивідуального інтерв'ю «віч-на-віч» («face to face») було опитано 805 підлітків, які живуть або працюють на вулиці, серед яких 565 хлопців (70%) та 240 дівчат (30%). 73% опитаних за національністю – українці, 13% – росіяни, 4% – представники інших національностей, 10% – взагалі не знають своєї національності.

Крім того, проведено 126 інтерв'ю з підлітками, які зверталися за послугами, отримана докладна інформація щодо досвіду звертання та отримання конкретних медико-соціальних послуг, а також думки підлітків щодо якості сервісів.

Соціально-демографічні характеристики підлітків, які живуть або працюють на вулиці. Протягом останніх 3-х місяців майже дві третини (65%) підлітків не мали місця для проживання: 22% останні три місяці проживали на вулиці, де доведеться, – у підземних переходах, на ринках; 18% – у порожніх та занедбаних дачах чи будинках; 10% – у помешканні

⁶ Етичні засади розроблені за підтримки Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні. Вони базуються на дотриманні прав людини, принципів Конвенції ООН про права дитини та Керівних засад з етики Регіонального офісу ЮНІСЕФ для ЦСЄ та СНД (2008). / [Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/ethnic_principles.pdf]

випадкових знайомих або незнайомих; 8% – в котельнях, теплотрасах, підвалах, каналізації; 7% – на залізничному вокзалі, автовокзалі, у поїздах чи електричках.

Лише 4% «підлітків вулиці» живуть разом з обома батьками. Ще 16% – проживають з одним з батьків. Переважна більшість (80%) проживають взагалі без батьків. З друзями проживають 67% респондентів.

Половина (51%) опитаних не мають матері (24%) і/або батька (27%) та 44% взагалі не знають, чи живі вони. Основними причинами послаблення чи втрати зв'язку із сім'єю є пияцтво батьків, вживання наркотиків, позбавлення батьківських прав, розлучення і проживання батька чи матері в іншому місті.

Кожен другий опитаний підліток вулиці не знає, за якою адресою він прописаний (46%).

Майже половина опитаних підлітків (45,5%) закінчили лише 5–8 класів загальноосвітньої школи, у тому числі й респонденти старших вікових категорій. 7% ніколи не відвідували школу.

Серед опитаних – 2% мають постійну роботу, 27% – непостійну роботу та 69% є безробітними.

Більшість опитаних здобуває гроші нелегальним шляхом: жебракує/просить милостиню (47%), краде та продає крадене (44%), надає сексуальні послуги (35%).

Вживання психоактивних речовин:

- 96% підлітків, які живуть або працюють на вулиці, хоч раз у житті мали досвід вживання алкогольних напоїв, 70% – курили «травку», 67% – нюхали клей, а кожен другий підліток хоч раз у житті вживав наркотик без шприца – 52%. Кожний п'ятий серед усіх опитаних вживав наркотики ін'єкційним шляхом (22%).
- Старт вживання ін'єкційних наркотиків у «підлітків вулиці» відбувався переважно у віці до 15 років (73% серед тих, хто мав досвід вживання).
- Переважна більшість (75%) підлітків-СІН, які живуть або працюють на вулиці, беруть шприци в друзів – споживачів ін'єкційних наркотиків.
- Від чверті до половини респондентів, які вживали ін'єкційні наркотики протягом останніх 30 днів перед опитуванням, застосовували ті чи інші небезпечні щодо ВІЛ-інфікування практики: 55% – вживали наркотик з попередньо наповненого шприца, 50% – наповнювали наркотиком шприц із загальної тари, 45% – використовували шприц після того, як хтось увів у нього наркотик зі свого шприца, 40,5% – робили ін'єкцію шприцом, яким до цього робила ін'єкцію інша людина, 37% – використовували шприц, що був наповнений з «робочого» шприца, та 26% – використовували фільтр або вату, яку хтось використовував для відсмоктування наркотику за допомогою своїх шприца/голки.
- За останній місяць перед опитуванням кожен п'ятий підліток-СІН (21%) *два рази і більше* використовував голку/шприц, які вже були кимось використані.

Сексуальна поведінка:

- Переважна більшість підлітків, які живуть або працюють на вулиці (95%), мали секс з партнером протилежної статі. 80% опитаних перший статевий досвід набули до досягнення 15 років.
- 82% опитаних мали випадкових партнерів (причому у 26% було більше шести таких статевих партнерів за рік) та 34% – мали постійних партнерів.
- Кожен четвертий (27%) підліток вулиці (серед дівчат – 30%), який має постійного статевого партнера, вказав, що його партнер вживає наркотики за допомогою шприца.
- Серед загальної кількості опитаних хлопців 7% практикували анальний секс із хлопчиками/чоловіками. Середній вік сексуального дебюту хлопців-ЧСЧ – 13 років.

- Кожний четвертий підліток, який проводить на вулиці більшу частину свого життя, так чи інакше мав досвід обміну своїх сексуальних послуг на гроші, їжу, одяг, ночівлю, алкоголь, наркотичні речовини тощо (N=209 осіб). Більше ніж половина з них (58%) вперше були залучені до сексу в обмін у віці до 15 років. Серед хлопців, які практикують секс із чоловіками, половина (17 осіб) вказали на факт отримання винагороди за свої сексуальні послуги протягом останнього року.
- Протягом останніх 12 місяців кожний четвертий-п'ятий підліток вулиці мав комерційні статеві відносини (22%) – 55% дівчат продавали свої сексуальні послуги, а 6,5% хлопців купували секс за гроші. Більше половини дівчат, залучених до комерційного сексу, мали від 6 до 60 партнерів за останній рік (56%), хлопці, навпаки, мали комерційні стосунки переважно з однією партнеркою (50%).
- Протягом останніх 12 місяців 15% «підлітків вулиці» змушували займатися сексом, коли вони цього не хотіли (2% хлопців та 41% дівчат). Майже третина хлопців-ЧСЧ зазнавали насилля з боку статевого партнера (30%).
- Критичною є ситуація стосовно практик захищеного сексу: лише 6% опитаних *завжди* використовували презерватив з постійними партнерами, 13% – з випадковими та 26,5% – з комерційними партнерами. Про постійне (при кожному контакті) користування презервативом повідомили лише 6,5% хлопців-ЧСЧ. Поширеними є «неофіційні» джерела отримання презервативів: майже половина опитаних беруть їх у друзів та в статевого партнера (по 48%).
- 11% серед усіх опитаних респондентів вказали, що в них були такі симптоми ІПСШ, як ранки, виразки на статевих органах, виділення (18% дівчат та 8% хлопців). Найбільш популярними стратегіями поведінки в цьому випадку є самолікування (42%) (серед дівчат – 51%) та традиційне обстеження в лікаря (40%).
- Кожна третя дівчина, яка хоч раз мала досвід статевого контакту, повідомила про факт вагітності в її житті (34%). Серед дівчат з досвідом вагітності 28% були вагітними у віці до 15 років. Серед загалу вагітних дівчат 65% – зробили аборт, у кожної п'ятої був викидень.

Поширення поєднаних ризиків інфікування ВІЛ:

- Серед загалу опитаних підлітків, які живуть або працюють на вулиці, майже половина респондентів (44%) наражалися хоча б на один із ризиків інфікування ВІЛ (вживання ін'єкційних наркотиків, надання або отримання сексуальних послуг на комерційній основі та практика гомосексуальних стосунків) – більше половини дівчат (59%) та більше третини хлопців (38%).
- Кожен десятий респондент мав два та більше ризиків інфікування ВІЛ – 10% хлопців та 11% дівчат.

Знання про ВІЛ-інфекцію та ризики інфікування ВІЛ/СНІДом:

- Більше двох третин (67%) підлітків, які живуть або працюють на вулиці, знають про існування вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ), який може призвести до захворювання на СНІД. Третина респондентів вагалася з відповіддю або не знають про цей вірус (33,5% серед загалу, 34% хлопців та 32% дівчат). Найменш обізнані щодо ВІЛ/СНІДу – підлітки 10–13 років (40%).
- Більшість підлітків знають, що тестування на наявність ВІЛ-інфекції можна пройти в лікарні (71%), в центрі профілактики та боротьби зі СНІДом (52%), в анонімному кабінеті (38%) та в поліклініці (32%). Але тільки третина опитаних (30%) робили тест на наявність ВІЛ, з них 15% робили це в 2010 році, 17% – у 2011 році.
- 94% підлітків, які робили тест на ВІЛ, отримали свій результат.
- Найменше тих, хто проходив тест на ВІЛ, серед наймолодшої вікової групи (10–13 років) – 10%, що пов'язано не лише з особистим небажанням підлітків проходити тесту-

вання, а й із законодавчою неврегульованістю прав дітей до 14 років на тестування без присутності батьків чи офіційних опікунів.

- Найбільш поширеною (68%) причиною відмови від тестування на ВІЛ є відсутність бажання.
- Основними установами, де «діти вулиці» робили тест на ВІЛ, є анонімний кабінет довіри та лікарня (19 та 24%).

Контакти з органами правопорядку, затримання та арешти:

- Більшість підлітків, які живуть або працюють на вулиці, хоч раз протягом життя затримувалися органами правопорядку (68%). Кількість затримань упродовж 2010 і 2011 років – переважно 3–5 разів (42% та 37,5% відповідно).
- Найбільш поширеними причинами затримання/арештів серед підлітків вулиць були бродяжництво, незаконне вторгнення в чужі володіння (64%), підозріла поведінка (59%), вживання алкоголю в громадських містах (42%), затримання під час облави (38%). Крім цього, дівчат затримували через заняття секс-бізнесом (проституцією) (41%), а затримання та арешти хлопців серед іншого пов'язані з дрібними (50%) або великими крадіжками (35%), хуліганством, розбоєм (27%) та нанесенням тілесних ушкоджень (19%).
- 40% «підлітків вулиці» перебували хоч раз у житті в ізоляторі тимчасового тримання (ІТТ, так званому, «мавп'ятнику»), 37% – у дитячій кімнаті міліції, 29% потрапляли до притулку для неповнолітніх та 26% – до приймальника-розподільника.
- Після останнього перебування у притулку кожний другий підліток вказав, що він втік з нього.
- Підлітки, які мали досвід перебування у різних закладах, повідомили про факти скоєння фізичного насильства з боку персоналу та співробітників органів правопорядку: в ІТТ – 27%, дитячій кімнаті міліції – 14%, приймальнику-розподільнику – 11%, СІЗО – 7%, притулку для неповнолітніх – 6%.
- 17% дівчат, які живуть або працюють на вулиці, повідомили про примус до занять сексом під час перебування у вищезазначених установах.

Доступність медико-соціальних послуг та потреби:

- Серйозним бар'єром доступу до послуг залишається відсутність ідентифікаційних документів. Серед 16–19-річних підлітків, які згідно з законодавством повинні мати повний перелік документів, не мають паспорта – 46%, свідоцтва про освіту – 54%, ідентифікаційного коду – 59%. У віці від 16 до 19 років 7% опитаних (9% хлопців та 4% дівчат) не мають жодного з перелічених вище документів. Проблема погіршується тим, що навіть серед тих, хто має такі документи, вагомою є частка осіб, які не розуміють їх призначення.
- Майже дві третини підлітків, які живуть або працюють на вулиці, перебувають поза межами державного медичного забезпечення. Медичну картку має половина опитаних (51%), але на обліку в поліклініці за місцем проживання перебувають 37%. Між тим відсутність реєстрації є не єдиною проблемою. Актуальнішим питанням є проблема недружнього ставлення в районних поліклініках, про яку наголошувалося в якісних інтерв'ю. Поєднання цих двох факторів призводить до того, що три чверті цільової групи отримували медичні послуги на базі районних поліклінік більше року тому взагалі не змогли назвати, коли вони відвідували поліклініку востаннє.
- 56% підлітків мають досвід самостійного звернення до організацій за медичними або соціальними послугами впродовж життя. Разом з тим, такі звернення не завжди перетворюються на систематичний догляд за собою внаслідок підвищення цінності здоров'я, а часто є поодинокими випадками вирішення критичних проблем.
- За рейтингом організацій, до яких підлітки зверталися самостійно, перше місце (як організація, до якої зверталися найчастіше) займають поліклініки за місцем проживання

(26%), друге місце – релігійні та громадські організації (по 16%). Тільки 3% опитаних зверталися до клінік, дружніх до молоді, які спеціалізуються на наданні анонімних, конфіденційних та безкоштовних послуг. Низьким є відсоток звернень до ЦСССДМ. Отже державні установи, створені спеціально для надання низькопорогових послуг, залишаються незатребуваними цільовою групою.

- За даними якісного дослідження дружнє, привітне ставлення персоналу є найбільш цінним в організаціях, які надають послуги підліткам. Саме це формує мотивацію підлітка щодо повторного звернення. Оцінюючи якість наданих послуг, значущість такого ставлення відмітили 41% підлітків.
- Головним каналом отримання інформації про організації/установи та послуги, що вони надають підліткам, які проводять більшість часу на вулиці, є їхнє найближче соціальне оточення, тобто знайомі, друзі та статеві партнери, які виступили джерелом інформації у 59% випадків звернень до відповідних організацій/установ.
- Аналіз потреб підлітків свідчить про критичність питання забезпечення фізіологічних потреб у харчуванні, одязі та гігієні. Суттєвим бар'єром є необхідність оплати за надані послуги. Саме тому найбільшою популярністю користуються безкоштовні медичні послуги, гуманітарна допомога тощо.

Тенденції змін поведінки та чинники уразливості:

- Серед «підлітків вулиці» збільшилася група споживачів ін'єкційних наркотиків: з 15,5 до 22% переважно за рахунок хлопців.
- Практично не змінилася частка тих, хто має статевий досвід, серед загалу хлопців і дівчат, які живуть або працюють на вулиці: 74% – у 2008 році та 73% – у 2011 році. Немає статистично значущої різниці між респондентами, опитаними в межах різних хвиль дослідження, відносно віку сексуального дебюту та кількості статевих партнерів за останній рік.
- Більш як удвічі (з 10 до 23%) збільшилась питома вага підлітків, які завжди використовували презервативи під час статевих контактів з комерційними партнерами впродовж останніх 12 місяців.
- Суттєвих змін у практиці регулярного використання стерильного ін'єкційного інструментарію не зафіксовано.
- Проблемним питанням залишається збільшення рівня поінформованості підлітків про шляхи передачі ВІЛ-інфекції. Як у 2008 році, так і 2011 році в середньому близько половини сексуально активних підлітків не знають про статевий шлях інфікування ВІЛ та близько половини СІН – про ін'єкційний.
- Відбулося збільшення на 10% (з 51 до 61%) питомої ваги «підлітків вулиці», які знають, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ.
- Майже удвічі (з 12 до 23%) зросла частка підлітків, що протягом останнього року робили тест на ВІЛ та отримали його результат. Значно зросла кількість тестувань на ВІЛ серед дівчат. Якщо у 2008 році кожна шоста дівчина робила тест на ВІЛ упродовж останнього року та отримувала його результат, у 2011 році – вже кожна третя.
- Дані свідчать про зростання доступності послуг громадських організацій та анонімних кабінетів довіри.

Серед *ключових рекомендацій*, які адресовані як надавачам послуг для ПГР, так і тим, хто приймає рішення:

- Необхідність безперервної профілактичної роботи з підлітками груп ризику, зокрема серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, зважаючи на несталість та високу мобільність цієї групи.
- Забезпечення високої якості послуг, які мають надаватися з урахуванням віку, психологічних особливостей та особливих потреб підлітків.
- Розвиток мережі доступних та дружніх до підлітків медико-соціальних послуг. Забезпечення надання комплексних послуг та ефективної системи переадресації.
- Подолання стигматизації, дискримінації та криміналізації уразливих підлітків та підлітків груп ризику.
- Відбір та підготовка кадрів, які працюватимуть з підлітками. Розвиток мережі вуличних працівників та волонтерів. Впровадження ефективних механізмів їх заохочення, мотивації, перенавчання та обміну досвідом роботи з ПГР.
- Розробка та впровадження стратегічних планів дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ на регіональному, а в разі потреби – й на місцевому рівнях. Такі плани дій мають бути орієнтовані на особливості конкретного регіону, його «больові точки», назабезпечення координації зусиль усіх зацікавлених сторін.
- Розробка механізмів та сприятливого законодавства з метою зміцнення та регулювання співпраці між державними та недержавними секторами. Узагальнення та поширення успішного досвіду такої співпраці.

1. Досвід інтеграції ПГР у національну відповідь щодо протидії епідемії ВІЛ-інфікування в Україні

1.1. Характеристика ситуації на початку реалізації проекту (2007 рік)⁷

Головна проблема, яка постала перед виконавцями проекту «Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику в Україні» на навчальному етапі, – це відсутність будь-яких систематичних даних щодо групи уразливих підлітків та ПГР в Україні, їх чисельності, факторів уразливості та ризику. Більше того, до 2006 року дана група не визнавалась в Україні як така, що потребує особливої уваги з точки зору профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом на національному рівні. Так, ані в Концепції стратегії дій Уряду, спрямованій на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2011 року, ані в Національній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки ці групи не були визначені як пріоритетні в боротьбі з ВІЛ/СНІДом в Україні. Відповідно, ані Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань ВІЛ/СНІДу (ССГАООН) (2006 р.), ані національні звіти про наглядові поведінкові дослідження в групах ризику, опубліковані з 2004-ого по 2007-й рік, не містять жодних даних про групи уразливих підлітків та ПГР.

Високий рівень уразливості підлітків⁸

Аналіз різних статистичних даних свідчить про те, що підлітки у віці 10–18 років стикаються з низкою соціально-економічних, політично-законодавчих, культурних тощо⁹ факторів, які провокують ризиковану поведінку. Серед факторів уразливості – проживання в батьківських сім'ях, що опинилися в складних життєвих обставинах. Більшість сімей, які відносять до цієї групи, потрапили в такі обставини внаслідок обмеженої дієздатності одного з батьків або дитини; або серйозних проблем у стосунках між членами сім'ї; вживання алкоголю, психоактивних речовин або наркотиків одним із членів сім'ї; безробіття членів сім'ї, сирітства, насильства в сім'ї, ув'язнення або міграції члена сім'ї; а також інфекції ВІЛ. Досить поширеною є ситуація, коли в сім'ях існує водночас декілька проблем¹⁰.

Ті підлітки, які покинули сім'ю або були позбавлені батьківського піклування, дуже часто змушені жити або працювати на вулиці. Офіційних даних про загальну кількість таких юнаків і дівчат немає. Вуличне середовище особливо небезпечне, тому що наражає безпритульних підлітків на сексуальну та трудову експлуатацію і насильство, а також на поведінку, що пов'язана з ризиком інфікування ВІЛ. Багато з них випадає із системи освітніх, медичних і соціальних послуг.

За даними Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, на кінець 2010 року в країні зафіксовано більше 98,1 тис. дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з них більше 20 тис. виховувалися в інтернатних закладах, 3 573 – перебували в дитячих будинках сімейного типу, 5 451 – у прийомних сім'ях¹¹. Як свідчать наведені дані, альтернативні системи влаштування дітей, такі як прийомні сім'ї, дитячі будинки сімейного типу та усиновлення, все ще не досить розвинені в Україні¹². Проживання в спеціалізованих закла-

⁷ Докладніше про це та інше див.: Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – 192 с.

⁸ Окремі статистичні дані, які характеризують чинники уразливості підлітків ВІЛ-інфікування, оновлені на час підготовки даної публікації.

⁹ Підлітки груп ризику в Україні: виклики та час дій. Адвокаційний документ / ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., Версо 04, 2011. – 56 с.

¹⁰ Там само.

¹¹ Захист дітей, які потребують особливої уваги суспільства. Статистичний збірник. / Державний комітет статистики України. – К., 2011.

¹² Програма «Родина для дитини»: фінальний звіт. [Електронний ресурс] / Холт Інтернешенел Чілдренз Сервісез / USAID. – Червень, 2010. – Режим доступу: www.familiesforchildren.org.ua

дах (інституціоналізація) саме по собі може бути фактором уразливості, тому що в Україні недостатня кількість установ з догляду за дітьми мають змогу надавати індивідуальний та інтенсивний догляд і підтримку, які особливо потрібні уразливим підліткам та ПГР. Через це підлітки та молоді люди виходять із закладу, не маючи необхідних навичок для розв'язання життєвих проблем, та особливо ризикують стати жертвами торгівлі людьми, трудової чи сексуальної експлуатації¹³.

Мільйони дітей в світі продають та купують з метою експлуатації на тяжких роботах, в якості домашньої прислуги чи батраків на фермах, для нелегального всиновлення, в якості дітей-солдат та для комерційної секс-індустрії.¹⁴

Багато уразливих підлітків та ПГР залишаються сам на сам з проблемами через великі темпи міграційних процесів, у тому числі через міграцію батьків у інші країни на заробітки. Якісне дослідження серед дітей трудових мігрантів¹⁵ віком від 12 до 17 років показує, що дуже багато з цих хлопців і дівчат мають психологічні проблеми, а частина з них удається до ризикованої поведінки через недостатній догляд та підтримку з боку їхніх тимчасових опікунів, навчальних закладів та (або) соціальних служб.

В Україні одна з найбільших у Європі кількість ув'язнених. За даними Державного департаменту України з питань виконання покарань, станом на 01.10.2011 у виховних колоніях перебувало 1 314 засуджених неповнолітніх.

І «підлітки вулиці», й інші уразливі групи та ПГР (особливо дівчата) з метою забезпечення прожиткового мінімуму схильні включатися до системи комерційного сексу (за вигороду у вигляді грошей, алкоголю, наркотиків, їжі тощо). Факторами ризику в цьому випадку є статеві відносини зі споживачами ін'єкційних наркотиків, вживання ін'єкційних наркотиків самими секс-працівниками, незахищений секс та використання недоброякісних або дешевих презервативів¹⁶.

Загалом, легкий доступ до споживання алкоголю, психоактивних речовин і наркотиків збільшують уразливість та ризик інфікування ВІЛ серед підлітків. Згідно з даними Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) поширеність вживання наркотиків ін'єкційним шляхом залишається на дуже високому рівні. Поширеність нових випадків наркотичної залежності на 100 000 населення в різні роки коливається на рівні 173–179,18 нових випадків.¹⁷ Серед учнівської молоді до досягнення віку 15–16 років підлітки вже мають певний досвід вживання наркотичних речовин¹⁸.

Крім того, збільшення ймовірності передачі ВІЛ відбувається за рахунок статевого шляху, зокрема поширення ІПСШ. Дані дають підстави вважати, що ПГР уразливіші до ІПСШ, ніж їх однолітки в цілому¹⁹. Практика захищеного сексу, тобто стовідсоткового використання презерватива не є сталою звичкою ані для гетеросексуальних партнерів, ані для хлоп-

¹³ UNICEF, et al. (2005) *Trafficking in Ukraine. An Assessment of Current Responses*, Kiev; Соціальні та психологічні потреби дітей, які виховуються в інтернатних закладах: знання, ставлення, поведінка, практика діяльності: результати дослідження серед фахівців соціальної сфери та дітей-вихованців інтернатних закладів / Київський міжнар. ін-т соціології: за сприяння ЮНІСЕФ. – К.: Компанія Лік, 2006.

¹⁴ Становище дітей у світі, 2005 рік. Дитинство під загрозою. – Нью-Йорк: ЮНІСЕФ, 2005.

¹⁵ *Проблеми дітей трудових мігрантів: аналіз ситуації* / Міжнародний жіночий правозахисний центр «Ла Страда-Україна», Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2007.

¹⁶ *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід». – К., 2006. – С. 29.

¹⁷ Аналіз факторів, що спричиняють початок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: ВПК «ОБНОВА», 2010. – С. 8.

¹⁸ Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України / О.М. Балакірева (кер. авт. кол.), Т.В. Бондар, Н.О. Рингач та ін. – К.: УІСД ім. О. Яременка, 2008. – С. 45.

¹⁹ *Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна. Звітний період: січень 2006 р. – грудень 2007 р.* / Міністерство охорони здоров'я України. – К., 2008.; *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід». – К., 2006; Nomans H. (2006) *UNICEF Guidance on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents, Second draft*, UNICEF Regional Office for Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States, Geneva, unpublished.

ців, які практикують секс із чоловіками²⁰. Проте уразливі підлітки та ПГР, зокрема хлопці, в Україні недостатньо охоплені послугами репродуктивного та статевого здоров'я, і лише небагато з дружніх до молоді клінік надають консультаційні послуги з профілактики та лікування ІПСШ для ПГР²¹.

Бар'єри доступу до послуг

На фоні прогресуючих темпів поширення ВІЛ/СНІДу серед молодого покоління України проблема профілактики та протидії цим жакливим явищам ускладнювалася ще й тим, що фактична система надання послуг уразливим групам підлітків та ПГР не була достатньо дієвою та результативною, адже більшість представників цільової групи стикались з низкою бар'єрів мікро- та макрорівня на шляху їх отримання, серед яких можна виділити такі:

1. Законодавчо-нормативні:

- Відсутність однозначного юридичного затвердження вікової категорії підлітків в законодавчій базі України.
- Юридичні суперечності щодо медичних послуг для дітей, старших 14 років, без дозволу їхніх законних представників; а також відсутність норм щодо регулювання проходження медичного огляду бездоглядними дітьми віком до 14 років (у випадках неможливості встановлення батьків або опікунів).
- Невизначеність подальшого порядку дій щодо ВІЛ-інфікованих дітей, а також порядку консультування батьків дітей з ВІЛ-статусом.

2. Інформаційні:

- Брак загального інформування населення та окремих груп (зокрема дітей та молоді) щодо ВІЛ-інфікування та послуг, пов'язаних з ВІЛ, про заклади, що надають послуги з профілактики, та спектр таких послуг.
- Відсутність на рівні Уряду стратегії та політики інформування щодо профілактики ВІЛ-інфікування саме підлітків груп ризику та вуличних підлітків.
- Практично немає НДО, які б займалися інформуванням серед дітей та молоді поза межами навчальних закладів.

3. Фінансові:

- Недостатня кількість цільових коштів державного бюджету для розширення обсягів профілактичних послуг для ПГР щодо подолання ВІЛ-інфекції та обмежена фінансова підтримка місцевих органів влади у розв'язанні термінових завдань.
- Платність деяких медичних та реабілітаційних послуг, уразливі підлітки та ПГР не в змозі їх оплатити.

4. Міжсекторальні:

- Нерозвиненість системи переадресації від однієї організації/установи до іншої.
- Різні підходи та стратегії роботи державних та недержавних організацій, які надають послуги ПГР, нескоординованість дій між ними.
- Ієрархічність надавачів послуг, постійна зміна керівних осіб.
- Відсутність практики регулярних зустрічей зацікавлених сторін на всіх рівнях влади та форм власності, єдиної стратегії адвокації.

²⁰ Балакірева О.М. Моніторинг поведінки чоловіків, які практикують секс із чоловіками: аналіт. звіт за результатами опитування 2007 року / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». – К., 2008. – С. 9.

²¹ За результатами обговорень з офісами ЮНІСЕФ та Фонду народонаселення ООН (ФН ООН) в Україні, липень 2007 року.

5. Кадрові:

- Нестача соціальних працівників, спеціалістів через невідповідну заробітну платню та психологічне «вигорання».
- Відсутність додаткової підготовки спеціалістів до безпосередньої роботи з ПГР у сфері ВІЛ.
- Недостатньо розвинена мережа польових працівників, які у в межах аутрич-роботи залучали важкодоступних ПГР.
- Недостатня кількість кадрів для забезпечення системи моніторингу і оцінки надання профілактичних послуг.
- Не досить розвинена система волонтерства.

6. Нормативні:

- Відмова у послугах ПГР без прописки та документів або юридична обмеженість повноважень надавачів послуг.

7. Етичні:

- Дуже часто уразливі підлітки та ПГР стикаються з дискримінацією, стигматизацією, проявами нетолерантності.
- Відсутні механізми залучання ПГР до процесу обговорення на рівні громади та ЗМІ актуальних тем, які їх безпосередньо стосуються, прийняття відповідних рішень, планування, складання програм, здійснення моніторингу і оцінки.

8. Особистісні:

- Страх розголошення особистої інформації, зокрема ВІЛ-статусу, страх потрапляння до притулків та правоохоронних органів.
- Сором'язливість, відсутність досвіду звернення за послугами або негативний досвід.
- Невіра в те, що хтось хоче допомогти.
- Нерозуміння, які послуги можуть їм допомогти.

Відсутність стратегії

Суттєвою причиною нескоординованого та несистематичного надання послуг ПГР була відсутність національної та місцевих міжсекторальних стратегій та планів дій з профілактики ВІЛ серед цих груп населення. Внаслідок цього бракувало уваги до ПГР у дослідженнях з проблем ВІЛ, у моніторингу національних заходів боротьби зі СНІДом і в розподілі ресурсів на національному та місцевому рівнях, а також узгодженого пакета профілактичних послуг для різних підгруп уразливих підлітків та ПГР та етичних керівних принципів для дослідження й планування²². Для вирішення останнього Соціологічна асоціація України 9 грудня 2008 року затвердила перелік національних етичних принципів проведення досліджень серед уразливих підлітків та ПГР, розроблений на основі принципів, які надав Регіональний офіс ЮНІСЕФ у 2007 році.

²² UNICEF (2008) Desk Research Report. A review of the evidence on HIV/AIDS and most at-risk adolescents (MARA) and young people (MARY) in Ukraine. Internal Working Document, UNICEF Ukraine, Kiev, unpublished.

Крім цього, за станом на 2007 рік діяльності з профілактики ВІЛ-інфікування серед ПГР перешкоджала низка бар'єрів²³, зокрема:

1. Відсутність централізованої національної системи моніторингу й оцінки та окремого підрозділу, що відповідав би за ведення національної бази даних і бібліотеки матеріалів з питань ВІЛ/СНІДу, а також за систематичний збір, оброблення, аналіз і розповсюдження даних моніторингу й оцінки з різних джерел і галузей стосовно різних груп населення, зокрема уразливих підлітків та ПГР.
2. До 2008 року в даних, зібраних у межах соціологічних, біологічних і поведінкових досліджень, систематично не виокремлювали молодші вікові групи за статтю, регіоном та категорією, що заважало розробити надійні цільові втручання²⁴. У національних звітах з ВІЛ/СНІДу переважно подавалися дані про молодих людей, які не досягли 25 років, або про молодь віком від 15 до 25 років, але підлітки віком від 10 до 20 років не розглядалися як окрема група, що не сприяло плануванню та розробленню цільових програм для уразливих підлітків і ПГР²⁵.
3. Вікова група «підлітки» не має узаконеного статусу в Україні, що створює серйозні перепони для планування та розроблення програм для підлітків віком від 10 до 20 років. Також це пояснює те, що в національних звітах немає сфокусованого аналізу становища цієї вікової категорії.
4. Не було національних та регіональних оцінок чисельності різних груп уразливих підлітків та ПГР (не відома пропорція підлітків серед груп ризику, кількість підлітків, які живуть або працюють на вулиці). При цьому такі оцінки є важливими для розрахунків при розробленні профілактичної програми, а також для оцінки ресурсів та планування підвищення компетентності²⁶.
5. До 2007 року вибірки дозорних наглядових досліджень і поведінкових досліджень в Україні були занадто малі для проведення вторинного аналізу даних про підлітків за регіонами.
6. Відсутність погодженого мінімального переліку даних щодо хлопців та дівчат ПГР, які мають збирати надавачі послуг (незалежно від сектору), а також і переліку погоджених національних і регіональних показників.
7. Якісних та кількісних даних про уразливих підлітків та ПГР не достатньо, що спричиняє труднощі в розумінні відмінностей між різними підгрупами уразливих підлітків та ПГР, в аналізі їхніх соціальних і статевих стосунків, практик здорового способу життя та чинників, що впливають на поведінку.
8. Майже не існувало програмних даних про уразливих підлітків та ПГР, а також даних досліджень стосовно втручань²⁷.

Відсутність оцінки чисельності ПГР

Як уже неодноразово було підкреслено, оцінка чисельності є дуже важливим етапом на шляху визначення загальнонаціональної та регіональної узгодженої стратегії подолання

²³ Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт, варіант «0», червень 2008 року / ЮНЕЙДС. – К., 2008; Hoppenbrouwer, J. (2007) Draft Summary Report, Technical Issues: 8.1.1 – 8.1.12 National M&E Plan, National indicators/reporting, Databases and information management, National programme M&E, Oblast and Sectoral M&E, Research, studies and ethics, Data use, GFATM M&E, World Bank M&E and other M&E, Technical area: 8. Monitoring and Evaluation, 8.1 National M&E Systems, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007 – 2008), unpublished.

²⁴ World Health Organization Regional Office for Europe (2005) European strategy for child and adolescent health and development, Regional Committee for Europe, Fifth session, Bucharest, Romania, 12–15 September 2005, Copenhagen

²⁵ Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна. Звітний період: січень 2006 р. – грудень 2007 р. / М-во охорони здоров'я України. – К., 2008.

²⁶ UNAIDS (2007) A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations, Geneva.

²⁷ Див.: також: UNICEF (2008) Desk Research Report. A review of the evidence on HIV/AIDS and most at-risk adolescents (MARA) and young people (MARY) in Ukraine. Internal Working Document, UNICEF Ukraine, Kiev, unpublished; Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт, варіант «0», червень 2008 року / ЮНЕЙДС. – К., 2008..

ВІЛ/СНІДу серед представників ПГР та уразливих груп, але до 2010 року²⁸ такої оцінки не було. Між тим результати оцінки чисельності дітей та молоді груп ризику (вікова група 10–19 років) можуть бути використані в декількох напрямках діяльності, спрямованій на подолання епідемії ВІЛ/СНІДу, зокрема для ефективного планування, реалізації та оцінки програм зменшення шкоди, розвитку ВІЛ-сервісних організацій²⁹ та розширення спектра послуг центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, в тому числі для:

- оцінки рівня охоплення дітей та молоді груп ризику (вікова група 10–19 років) профілактичними інтервенціями;
- визначення потреб ВІЛ-сервісних недержавних (громадських, благодійних тощо) організацій для більш широкого охоплення дітей та молоді груп ризику (вікова група 10–19 років);
- моніторинг і оцінка відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу, зокрема серед дітей та молоді груп ризику (вікова група 10–19 років);
- розрахунків бюджетів для забезпечення охоплення дітей та молоді груп ризику (вікова група 10–19 років), враховуючи особливості їхніх потреб;
- планування розвитку мережі НУО та інших ВІЛ-сервісних структур.

Неефективна координація партнерів

До травня 2008 року координаційним механізмом залучання всіх зацікавлених сторін була неофіційна «Робоча група з профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки дітей груп ризику». Її створила міжсекторальна група 2007 року, щоб поліпшити координацію діяльності, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом і «дітьми груп ризику». Вона також діяла як Національна координаційна рада з проекту ПГР. Її спільно очолювали представники Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту і ЮНІСЕФ. У межах цього органу було проведено кілька зустрічей у 2007 та 2008 роках. Наприкінці травня 2008 року Міжвідомча комісія з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства при Кабінеті Міністрів України офіційно затвердила створення цієї Робочої групи як офіційної підгрупи Комісії. Однак з того часу жодної зустрічі не було проведено за ініціативою держави.

На регіональному рівні таких механізмів координації не було. Крім цього, спостерігалась ситуація конфліктів інтересів між відповідальними за прийняття рішень та надавачами послуг, між державним та недержавним секторами, між організаціями недержавного сектору, між кримінальною міліцією у справах неповнолітніх та ПГР.

Як наслідок, команда проекту ПГР створила регіональні координаційні ради, аналогічні раді на національному рівні, в усіх регіонах, де виконували проект. Потім ці ради налагодили взаємодію з регіональними та (або) міськими координаційними радами з питань ВІЛ/СНІДу та туберкульозу. У трьох регіонах координаційні ради по роботі з ПГР стали офіційними підгрупами регіональних та (або) міських координаційних рад з питань ВІЛ/СНІДу та туберкульозу.

Одним з важливих принципів роботи регіональних координаційних рад була взаємодія з ПГР та уразливими підлітками, особливо залучення їх до участі в робочих зустрічах та до обговорення результатів за допомогою групових і фокусованих та глибинних інтерв'ю.

Національна та регіональні координаційні ради склалися з представників неурядових і релігійних організацій, які працюють у сфері ВІЛ/СНІДу та (або) з дітьми й молоддю. Деякі з цих представників – колишні ПГР. Крім того, до складу рад входили повноважні представники урядових організацій та установ, зокрема соціальних служб, служб захисту

²⁸ Оцінка чисельності дітей та молоді вікової групи 10-19 років, що відноситься до груп ризику / ЮНІСЕФ; Укр.ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2011. – 48 с.

²⁹ Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції / Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Довбах Г.В. [та ін.], МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». – К., 2008. – С. 22–23.

дітей, відповідних закладів догляду за дітьми (наприклад, притулків), кримінальної міліції у справах неповнолітніх, місцевих центрів СНІДу, інших медичних закладів. У координаційних радах представлені також юридичні служби, галузь освіти, регіональні та (або) міські координаційні ради з питань ВІЛ/СНІДу та туберкульозу.

Подвійні стандарти та порушення прав дитини

Порушення прав дитини є основними бар'єрами для початку та закріплення безпечної поведінки серед уразливих підлітків і ПГР. Результати дослідження 2007–2008 року свідчать про сексуальні та фізичні насильства, яких зазнають уразливі підлітки та ПГР на вулиці, зокрема перебуваючи в притулках для неповнолітніх, колоніях, інших закладах.

Наявні дані викликають серйозне занепокоєння стосовно системи захисту та догляду за дитиною в Україні. Це занепокоєння також відчутне у звітах та заявах *Комітету з прав дитини*³⁰.

Результати дослідження демонструють поширену стигматизацію та дискримінацію груп ризику з боку службових осіб в Україні і спонукають уразливих підлітків і ПГР уникати будь-яких послуг державних закладів та йти у мандри.

До того ж деякі працівники служби у справах дітей, а також службовці державних установ та організацій у своїх інтерв'ю та коментарях³¹ посилаються на підлітків як на «потенційних злочинців», а не як на жертв, якими вони часто є. Це вимагає забезпечення і впровадження антидискримінаційної політики не тільки в установах, де безпосередньо надають послуги, але й у практиці затримувач чи переслідувач уразливих підлітків і ПГР. Результати базового дослідження показали, що більшість підлітків, які живуть або працюють на вулиці, мали досвід міліційного затримання або переслідування впродовж життя

Затримання є загально визнаним чинником уразливості та ризику для підлітків. Треба зазначити, що в Україні підлітка можуть утримувати до суду та протягом суду терміном до двох років³². Останнє рішення організувати у відділах міліції особливі кімнати («зелені кімнати») для затриманих неповнолітніх громадян є позитивним заходом для поліпшення захисту підлітків та для організації роботи правоохоронних органів.

Втім, існують і інші бар'єри, притаманні українській політиці захисту дитини. Наприклад, існує великий конфлікт між інтересами ПГР, які живуть або працюють на вулиці, та кримінальною міліцією у справах дітей і управліннями роботи з дітьми. Цей конфлікт виникає через інтерес та юридичне зобов'язання останніх двох установ захищати дітей від шкоди та «рятувати» їх від життя на вулиці, тобто забирати з вулиці (якщо необхідно, то силою) та повертати у сім'ї, а якщо це неможливо – влаштовувати у відповідні установи з догляду за дітьми. Але насильницьке вилучання дітей з вулиці часто призводить до того, що підлітки втікають з притулків для неповнолітніх.

Роль соціальних послуг і соціальних працівників у зазначеному конфлікті інтересів є також складною. Профілактичний підхід до уразливих підлітків і ПГР чітко демонструє,

³⁰ Див.: напр.: *UN Human Rights Committee (28 November 2006) Eighty-eighth session*, Geneva 16 October-3 November 2006, *International Covenant on Civil and Political Rights*, Consideration of Reports submitted by States Parties under Article 40 of the Covenant, Concluding Observations of the Human Rights Committee on Ukraine; All-Ukrainian Coalition of non-government organizations "Unite for Children" (2006) *Alternative report on the implementation of the Optional Protocol to the UN Convention on the Rights of the Child, on the Sale of Children, Child Prostitution and Child Pornography*, Kiev; or: UN Committee against Torture (21 May 2007) *Tirty-eighth session. Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. Summary Record of the 765th Meeting held at the Palais Wilson, Geneva, on Tuesday, 8 May 2007. Consideration of report submitted by States Parties under Article 19 of the Convention. Fifth periodic report of Ukraine.

³¹ Див.: *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006. Відповідні коментарі також надали деякі представники міліції у справах неповнолітніх, управління, соціальних служб та установ догляду за дітьми під час процесу стратегічного планування, ініційованого ЮНІСЕФ у місяць здійснення проекту «Підлітки груп підвищеного ризику» у 2008 році.

³² Див.: Ст. 156 Кримінально-процесуального кодексу України.

що пояснювальна робота в поєднанні з підтримкою за принципом «низького порога» та медичних послуг, дружніх до молоді, є ефективним шляхом зменшення ризиків для підлітків, зменшення шкоди та врешті надання їм можливостей виходу зі складної життєвої ситуації³³. Проте цей підхід протилежний вищезгаданому підходові «рятування» дитини, оскільки наголошує не на негайному вилученні дитини з її оточення (це робиться тільки за згодою дитини або якщо їй загрожує гостра небезпека), а спочатку на побудові довірливих стосунків та зменшенні шкоди до того часу, коли дитина буде готова співпрацювати (так довготривалий підхід стає реалістичним) для того, щоб залишити середовище, де вона живе або працює.

1.2. Стратегічне планування та здійснені кроки (2007–2011 рр.)

Збір доказової бази³⁴

З огляду на значні прогалини у відомостях стосовно ПГР в Україні та з метою поглиблення розуміння моделей їх поведінки, детермінантів поведінки, уразливості та використання послуг, а також створення надійної інформаційної бази для посилення та кращого моніторингу профілактичних заходів проти ВІЛ серед цих соціальних груп спеціалісти проекту ЮНІСЕФ на основі комплексного наукового підходу здійснили:

1. Комплексне кабінетне дослідження даних стосовно ПГР в Україні та соціальних послуг для них.³⁵
2. Аналіз політики та законодавства з огляду на бар'єри для доступу до послуг.³⁶
3. Аналіз гендерних особливостей, ґрунтований на результатах гендерної оцінки *Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 – 2008 роки*, опублікованого 2007 року ЮНЕЙДС, за підтримки Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні.³⁷
4. Вторинний аналіз даних про підлітків-СІН, -ЖКС та -ЧСЧ на основі біоповедінкових досліджень 2007 року³⁸ (вторинний аналіз).
5. Базове дослідження серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, у Києві, Миколаєві, Дніпропетровську та Донецьку. У рамках дослідження проведено групі фокусовані інтерв'ю з хлопцями та дівчатами-ПГР у кожному місті для обговорення попередніх результатів дослідження.³⁹
6. Аналіз зацікавлених у роботі з ПГР сторін у чотирьох містах проекту як основи для розроблення відповідного плану зміцнення кадрового потенціалу в кожному місті та для моніторингу і оцінки ефективності такого плану.⁴⁰

³³ Див.: WHO (2006) *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*, UNAIDS Inter-Agency Task Team on Young People, WHO Technical Report Series No. 938, Geneva; Homans, H. (2007) *Manual on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents*, Draft November 2007, UNICEF Regional Office for Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States, Geneva, unpublished.

³⁴ Докладніше див.: Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – С. 49-52.

³⁵ *Результати див.* UNICEF (2008) *Desk Research Report. A review of the evidence on HIV/AIDS and most at-risk adolescents (MARA) and young people (MARY) in Ukraine*. Internal Working Document, UNICEF Ukraine, Kiev, unpublished.

³⁶ *Результати див.*: Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування: аналіт. огляд / М.В. Буроменський, В.М. Стешенко. – К.: Укр. Ін-т соц. дослідж., 2008.

³⁷ UNAIDS (2007) *Conference Room Paper on Assessing Gender Equality and Equity as Critical Elements in National Responses to HIV: Cambodia, Honduras and Ukraine*. Presentation of policy guidance to address gender issues. 20th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, Geneva, Switzerland, 25-27 June 2007, Geneva.

³⁸ Балакірева О.М. та ін. Моніторинг поведінки чоловіків, які практикують секс із чоловіком: аналіт. звіт за результатами опитування 2007 року / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». – К., 2008; Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків: аналіт. звіт за результатами опитування 2007 року / [Балакірева О.М. та ін.]; МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». – К., 2008; Моніторинг жінок комерційного сексу: аналіт. звіт за результатами опитування 2007 року / [Балакірева О.М. та ін.]; МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». – К., 2008.

³⁹ *Докладніше див.*: Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – С. 63-109.

⁴⁰ *Докладніше див.*: Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – С. 61-62.

Зміни законодавства та адвокація

Одним із факторів, що сприяв успішності проекту «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику в Україні та Південно-Східній Європі», стала адвокаційна діяльність під час реалізації проекту, основними складовими якої були:

- підвищення компетентності держави та НДО щодо планування й надання хлопцям і дівчатам-ПГР доброякісних послуг, що відповідають їхнім потребам;
- ініціювання обговорення тем, пов'язаних з наданням послуг ПГР, на засіданнях національного та місцевого рівнів;
- налагодження партнерських відносин та співробітництва для надання послуг ПГР між державними установами та громадськими організаціями;
- подолання стигматизації та дискримінації стосовно ПГР, формування дружнього підходу під час надання послуг;
- поширення успішного досвіду роботи з ПГР, надання дієвих моделей ВІЛ-профілактичних втручань;
- забезпечення нормативно-правового підґрунтя для надання послуг ПГР на національному та місцевому рівнях, розробка політики врегулювання правових і етичних аспектів профілактики ВІЛ серед хлопців і дівчат-ПГР.

На основі наявної бази доказів, сформованої за результатами численних соціологічних досліджень, проведених у рамках проекту ЮНІСЕФ, аналізу законодавства, а також існуючих практик здійснення профілактичної роботи серед дітей та молоді груп ризику, було розроблено «**Національний стратегічний план дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ, догляду й підтримки дітей і молоді, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу**»⁴¹, затвердженого рішенням Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 26 травня 2010 року.

Як результат, важливою подією став розгляд 20 січня 2011 року Комітетом ООН з прав дитини звіту України щодо відповідності законів та їх практичного застосування Конвенції ООН про права дитини. Напередодні офіційних слухань у Женеві (18 січня 2011 року) на адресу українського Омбудсмана, голів профільних парламентських комітетів та МЗС України було направлено звернення, під яким підписалися Міжнародна асоціація зменшення шкоди, Євразійська мережа зменшення шкоди, Канадська правова мережа з ВІЛ/СНІДу, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні та Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ, з рекомендаціями щодо внесення необхідних змін до вітчизняного законодавства з ВІЛ/СНІДу з метою приведення політики та методів роботи в цій сфері у відповідність з міжнародними стандартами з метою задоволення потреб найбільш уразливих груп дітей та підлітків у контексті проблем ВІЛ/СНІДу, наркоспоживання та комерційного сексу⁴².

Рекомендації Комісії ООН були оприлюднені невдовзі після вступу в дію 15 січня 2011 року нової редакції Закону України про ВІЛ/СНІД, згідно з якими «держава гарантує забезпечення запобігання поширенню ВІЛ-інфекції за допомогою програм зменшення шкоди, що, серед іншого, передбачають використання замісної підтримувальної терапії для осіб, які страждають на наркотичну залежність, та створення умов для заміни використаних ін'єкційних голок і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією». Нова редакція закону остаточно вирішила проблему недоступності добровільного консультування та тестування на ВІЛ для неповнолітніх осіб віком від 14 років за їх власною згодою⁴³.

⁴¹ Затверджений наказом Міністерства сім'ї, молоді та спорту від 30.07.2010 р. № 2533.

⁴² <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/news/index.htm>

⁴³ Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 23.12.2010 № 2861-VI [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2861-17>

Розробка та впровадження профілактичних моделей, їх моніторинг та оцінка ефективності

Результати дослідницького компонента проекту допомогли встановити основні характеристики підлітків груп ризику, визначити основні підходи до надання послуг та їх види, які здатні впливати на зміну поведінки, проблеми, з якими вони стикаються, бар'єри, які для них існують у доступі до соціальних, медичних, інформаційних, юридичних та інших видів послуг.

Отримані дані були обговорені під час семінарів на регіональному та національному рівнях із стратегічного планування за участю міжсекторальних команд спеціалістів, що допомогло визначити основні цільові групи ПГР для моделей профілактичних втручань та основні потреби підлітків. На цій основі було розроблено та пропілотовано шість моделей надання послуг для ПГР у п'яти містах України⁴⁴:

- «Забезпечення максимального доступу дівчат-підлітків, залучених до надання сексуальних послуг за винагороду, до комплексних послуг служби охорони здоров'я, соціальних служб, програм з питань ВІЛ/СНІДу/ІПСШ» (м. Миколаїв)⁴⁵;
- «Вулична профілактична робота з підлітками груп ризику в контексті проблем ВІЛ/СНІДу за технологією мультидисциплінарних команд» (м. Київ);
- «Впровадження «дружнього» ВІЛ-профілактичного втручання через формування неформальних лідерів в осередку підлітків груп ризику, які споживають ін'єкційні наркотики» (м. Донецьк);
- «Профілактика ВІЛ/ІПСШ і розвиток послуг соціальної реабілітації серед наркозалежних підлітків» (м. Одеса);
- «Профілактика ВІЛ/ІПСШ, послуг підтримки, розробка та адаптація методики роботи з реабілітації неповнолітніх дівчаток, постраждалих від насильства, в т.ч. сексуального, або залучених до надання сексуальних послуг за методом «one-stop-shop» (м. Одеса);
- «Профілактика ВІЛ серед підлітків, які вживають психоактивні речовини» (м. Дніпропетровськ).

Процес реалізації кожної моделі супроводжувався комплексним моніторингом (внутрішнім та зовнішнім). Поетапний зовнішній моніторинг і оцінку ефективності моделей здійснювала дослідницька група ГО «Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка», за участю Державної соціальної служби у справах сім'ї, дітей та молоді. Процес внутрішнього моніторингу здійснювався координатором проекту. Команди, що реалізовували моделі, під час спеціального навчального семінару-тренінгу, що передував впровадженню пілотних моделей, були навчені проведенню моніторингу та оцінки, аналізу проміжних результатів (проміжної оцінки) та їх використанню для корегування поточної діяльності. Для здійснення моніторингу та оцінки кожної із моделей дослідницькою групою був розроблений протокол з моніторингу та оцінки процесу впровадження моделей зменшення ризику поширення ВІЛ/СНІДу серед підлітків груп ризику⁴⁶.

Основна мета і завдання зовнішнього моніторингу та оцінки полягала в аналізі факторів, які перешкоджають і/або сприяють процесу впровадження моделі, розробці рекомендацій для успішної реалізації проекту. Логіка зовнішнього МіО включала 3 етапи розвитку проекту: внесок, процес і результат – і спиралася на різні джерела даних. Протягом усього процесу впровадження моделі партнер проекту – Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка здійснював зовнішній МіО за допомогою моніторингових візитів, а також дослідження рівня задоволеності проектом клієнтів та персоналу.

⁴⁴ Докладніше див.: Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: досвід впровадження цільових моделей в Україні / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: Версо 04, 2010. – 88 с.

⁴⁵ Дівчата-підлітки, залучені до комерційного сексу в Україні: оцінка процесу та результатів впровадження цільової моделі інтервенцій: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2010. – 100 с.

⁴⁶ Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: досвід впровадження цільових моделей в Україні / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: Версо 04, 2010. – 88 с.

На основі апробованої моделі у м. Миколаєві, починаючи з травня 2011 року, впроваджуються профілактичні моделі доступу до послуг неповнолітніх дівчат, які потерпають від сексуальної експлуатації або залучені до комерційного сексу, у м. Львові та двох районних осередках – м. Стрий та м. Червоноград, а також дівчат, залучених до комерційного сексу, у м. Сімферополі.

Оцінка чисельності

Важливим кроком для адвокації та ефективного планування профілактичних втручань серед ПГР стала оцінка чисельності. Отримані дані свідчать про значну чисельність підлітків груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування в Україні: чисельність підлітків-СІН – 50 тис. осіб (35 тис. хлопців та 15 тис. дівчат), чисельність підлітків-ЧСЧ – 20 тис. осіб, чисельність підлітків-ЖКС – 15 тис. осіб. Отримані оцінки не обмежуються лише визначенням кількісних показників підліткової групи серед СІН, ЖКС та ЧСЧ, а визначають чисельність більш широкої підліткової групи, включаючи тих підлітків, які не ідентифікують себе з групами ризику, але можуть практикувати ризиковану до ВІЛ-інфікування поведінку (уразливі підлітки).

Таким чином, підсумовуючи отримані оцінки, **узагальнена оцінка щодо кількості ПГР в Україні, яка узгоджена з ключовими партнерами, становить 85 тис. осіб, або 1 602 ПГР на 100 тис. населення**⁴⁷.

1.3. Ключові результати

- **Внесення змін в законодавство (доступність тестування на ВІЛ для молодих людей, старших 14 років)**

Згідно з новою редакцією Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 23.12.2010 тестування осіб віком від 14 років і старше проводиться добровільно, за наявності усвідомленої інформованої згоди особи. Перед цим надавачі послуг повинні надати консультацію щодо особливостей тестування, його результатів і можливих наслідків, з до триманням умов щодо конфіденційності персональних даних, у тому числі даних про стан здоров'я особи. Крім цього, обов'язковою складовою тестування на ВІЛ є кваліфіковане післятестове консультування.

- **Інтерграція ПГР в національну та регіональні відповіді на епідемію ВІЛ**

Рішенням Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 26 травня 2010 р. було затверджено «**Національний стратегічний план дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ, догляду й підтримки дітей і молоді, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу**», розроблений міжгалузєвою робочою групою, яка була створена та діяла при Міністерстві у справах сім'ї, молоді та спорту за технічною підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ). Підлітки груп ризику визначені як пріоритетна група у боротьбі з ВІД/СНІДом на національному та регіональному рівнях.

- **Інтеграція показників по ПГР в національну систему МіО**

Сьогодні Україна перебуває на етапі розробки та запровадження національної системи моніторингу та оцінки протидії епідемії ВІЛ-інфекції, яка ґрунтується на міжнародних підходах. Серед 23 показників, відібраних Кабінетом Міністрів України для реалізації моніторингу та оцінки заходів контролю за епідемією (постанова «Про моніторинг і оцінку ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу за національними показниками» від 13 грудня 2004 року, є й такі, які стосуються безпосередньо

⁴⁷ Докладніше див.: Оцінка чисельності дітей та молоді вікової групи 10-19 років, що відносяться до груп ризику / ЮНІСЕФ; Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2011. – 48 с.

підлітків груп ризику, наприклад, відсоток осіб, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, відсоток осіб, яких охоплено профілактичними програмами, тощо⁴⁸.

Крім того, передбачається, що дизайн та методи реалізації вибіркової сукупності повинні забезпечувати представництво респондентів-представників груп ризику (СІН, ЖКС, ЧСЧ) у віковій групі молодше 19 років (як мінімум, з 15 до 19 років), які б давали можливість аналізу даних серед цієї вікової групи. Рекомендована кількість респондентів у віці до 19 років (включно) – не менше 300 осіб⁴⁹.

Ще одним важливим кроком на шляху інтеграції показників ПГР в національну систему МіО є розрахунок чисельності молодих представників для всіх визначених груп (СІН, ЖКС, ЧСЧ), особливо у віці до 19 років, акцентування уваги саме на цій цільовій групі, що було відображено у протоколі дослідження «Оцінка чисельності груп ризику вразливих до інфікування ВІЛ в Україні», затвердженого Державною службою України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань 17 серпня 2011 року.

- **Життєздатність профілактичних моделей**

Запропоновані профілактичні моделі, реалізовані в 5 м істах, виявились дієвими та ефективними і продовжують функціонувати зараз.

Життєздатність моделей обумовлюється такими факторами:

1. Підлітки з числа груп ризику були визначені як одна із пріоритетних груп на міському та обласному рівнях на шляху подолання епідемії ВІЛ-інфекції, внесення показників щодо ПГР в обласну систему МіО, порушення проблем ПГР у пресі, залучення до адвокаційної діяльності самих підлітків.
2. Об'єднання зусиль державного та недержавного секторів для надання послуг ПГР на дружній основі.
3. Долучення медичних установ до безкоштовної діагностики ВІЛ/ІПСШ серед «підлітків вулиці».
4. Впровадження мультидисциплінарної вуличної команди соціальної роботи з дітьми та молоддю груп ризику.
5. Розширення вікової когорти цільової групи.
6. Постійне звернення клієнтів і після закінчення проекту.

Надалі слід звернути увагу на:

- створення інфраструктури цілодобових центрів соціальної підтримки, які могли б надавати базові послуги для ПГР (їжа, одяг, послуги з гігієни, притулок), центрів реабілітації та ресоціалізації підлітків груп ризику;
- затвердження стандартів профілактичної роботи з підлітками груп ризику, стандартів супроводу ВІЛ-позитивних підлітків, які живуть або працюють на вулиці;
- подолання міжвідомчих бар'єрів у здійсненні профілактичної роботи з підлітками груп ризику;
- вирішення проблем платності послуг, у першу чергу, діагностики венеричних захворювань та їх лікування;
- створення єдиних етичних принципів в роботі з підлітками, стандартів здійснення переадресації; створення чітких стандартів та забезпечення фізичного супроводу клієнта;
- регулярне залучення нових зацікавлених сторін до фандрайзінгу.

⁴⁸ Докладніше див.: Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції. / Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Довбах Г.В. [та ін.], МБФ «міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». – К.: 2008. – С. 10-13.

⁴⁹ Там само. – С. 28.

Інформаційна вставка 1

Перелік публікацій, аналітичних звітів та буклетів, які містять результати реалізації проекту «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику в Україні та Південно-Східній Європі»

- Буроменський М.В. Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування: аналітичний огляд [Електронний ресурс] / М.В. Буроменський, В.М. Стешенко. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2008. – Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/media_10621.html.
- Етичні засади проведення соціальних досліджень серед дітей в Україні, затвердж. на засіданні Правління Соціологічної асоціації України (Протокол № 7 від 10 грудня 2008 р.).
- «Наявність та доступність послуг з профілактики ВІЛ для підлітків груп високого ризику» [Електронний ресурс] / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2008. – 63 с. – Режим доступу: <http://www.uisr.org.ua/>
- Аналіз зацікавлених сторін та компетентності організацій, які надають або планують надавати послуги підліткам груп ризику [Електронний ресурс] / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О.Яременка. – К., 2008. – 236 с. – Режим доступу: <http://www.uisr.org.ua/>
- Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – 192 с.
- 7 тематичних буклетів:
 - «Правовий статус дітей та молоді від 10 до досягнення 18 років у контексті доступу до ВІЛ-послуг»;
 - «Бар'єри доступу до послуг з профілактики ВІЛ для дівчат і хлопців груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування»;
 - «Ризики ВІЛ-інфікування підлітків, які живуть або працюють на вулиці»;
 - «Ризики ВІЛ-інфікування підлітків, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом»;
 - «Гендерні особливості роботи з підлітками груп високого ризику – розбудова консенсусу щодо важливості гендерних питань у профілактиці ВІЛ серед підлітків груп ризику»;
 - «Ризики ВІЛ-інфікування дівчат-підлітків, залучених до надання комерційних сексуальних послуг за винагороду чи внаслідок експлуатації»;
 - «Ризики ВІЛ-інфікування хлопців-підлітків, залучених до одностатевих сексуальних стосунків».
- Буклет «Аналіз даних моніторингу поведінки СІН, ЖКС, ЧСЧ серед підліткової вікової підгрупи».
- Аналіз факторів, що спричиняють початок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: ВПК «ОБНОВА», 2010. – 52 с.
- Дівчата-підлітки, залучені до комерційного сексу в Україні: оцінка процесу та результатів впровадження цільової моделі інтервенцій: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О.Яременка. – К., 2010. – 100 с.
- Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: досвід впровадження цільових моделей в Україні / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2010. – 90 с.
- Оцінка чисельності дітей та молоді вікової групи 10–19 років, що відносяться до груп ризику / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2010. – 48 с. – Режим доступу: <http://www.unicef.org/ukraine/ukr/>
- Підлітки груп ризику в Україні: виклики та час дій. Адвокаційний документ / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., Версо 04, 2011. – 56 с.

2. Соціально-поведінкове дослідження як інструмент оцінки ситуації

Коли мова йде про такі цільові групи, щодо яких не збирається та, як правило, не може бути зібрана об'єктивна статистична інформація, єдиним методом отримання даних про характеристики цих груп, про поширені поведінкові практики, про шляхи отримання інформації тощо виступає соціально-поведінкове дослідження. Проведення повторного дослідження серед дітей та підлітків, які живуть або працюють на вулиці у 2011 році, стало важливим кроком для подальшого аналізу ситуації щодо зміни рівня знань про ВІЛ/СНІД, практику ризикованої поведінки, доступу та надання медико-соціальних послуг цільовій групі⁵⁰.

Головною метою дослідження був повторний збір даних⁵¹ серед дітей та підлітків, які живуть або працюють на вулиці віком від 10 до 19 років, щоб визначити можливі зміни за час, що минув від проведення базового дослідження, порівняти індикатори, що описують поведінку, пов'язану з ризиком зараження ВІЛ, поведінкові детермінанти, доступ до існуючих медико-соціальних послуг у сфері профілактики ВІЛ.

Цільова група опитування складалася з хлопців та дівчат підліткового віку (від 10 до 19 років)⁵², які живуть або працюють на вулиці. Важливим було забезпечити можливість зіставлення даних, а отже охопити повторним опитуванням групу, схожу за своїми характеристиками з опитаними під час базового дослідження.

Критеріями відповідності включення до вибіркової сукупності дослідження були:

- Підлітки обох статей у віці від 10 до 19 років, які проживають, як мінімум, 3 місяці на вулиці, не відвідують школу на постійній основі та проводять не менше 50% свого часу на вулиці.
- Підлітки обох статей у віці від 10 до 19 років, які проживають, як мінімум 3 місяці на вулиці, не мають постійної роботи, не відвідують середні спеціальні та вищі учбові заклади, а також проводять не менше 50% свого часу на вулиці.

Дослідження проводилось у формі індивідуального інтерв'ю за методом «віч-на-віч» за місцем перебування респондента.

Для дослідження була використана районована та мережна вибірка. Вибірка типу «снігова куля» використана для охоплення всієї мережі. Докладніше про завдання вибіркової сукупності в межах заданих квот за статтю та віком у кожному місті опитування див. табл. 2.1.

Відбір та робота на місцях

У кожному місті опитування були створені робочі групи з метою визначення організацій-партнерів, здійснення картування та визначення каналів рекрутингу підлітків, які живуть або працюють на вулиці, у складі: керівника постійної мережі інтерв'юерів УІСД ім. О. Яременка, представників соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, а також громадських організацій, що залучені до надання послуг цільовій групі.

Виконавцями опитування в кожному пункті дослідження була визначена група з п'яти інтерв'юерів, які підпорядковувались польовому менеджеру. Вони є членами національної мережі Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка. Окрім цього, для підтримки групи дослідників до участі в опитуванні залучалися соціальні працівники громадських організацій та ЦСССДМ.

⁵⁰ Дослідницький протокол представлено у додатку 1.

⁵¹ Попередній збір даних відбувся під час проведення базового дослідження в 2007-2008 роках.

⁵² Вікова група підлітків визначається відповідно до підходів ВООЗ. Згідно із законодавством України підліткова група не виокремлюється, ця вікова група включає дітей (до досягнення 18 років) та молодь (18-19-річні).

Таблиця 2.1

Завдання вибіркової сукупності

№ п.п.	Місто опитування	Вік	Хлопчики (70%)	Дівчата (30%)	Загальна кількість
1	Дніпропетровськ	10–14 років	35	15	50
		14–15 років	35	15	50
		16–17 років	35	15	50
		18–19 років	35	15	50
		Всього:	140	60	200
2	Донецьк	10–14 років	35	15	50
		14–15 років	35	15	50
		16–17 років	35	15	50
		18–19 років	35	15	50
		Всього:	140	60	200
3	Київ	10–14 років	35	15	50
		14–15 років	35	15	50
		16–17 років	35	15	50
		18–19 років	35	15	50
		Всього:	140	60	200
4	Миколаїв	10–14 років	35	15	50
		14–15 років	35	15	50
		16–17 років	35	15	50
		18–19 років	35	15	50
		Всього:	140	60	200

Організатори дослідження в містах пройшли інструктаж у м. Києві з метою належного виконання опитування, зокрема щодо особливостей збору даних, підготовки інтерв'юерів для роботи з «підлітками вулиці» тощо.

Відбір інтерв'юерів здійснювався ретельно та враховував такі критерії професійної компетентності:

- Досвід роботи з даною цільовою групою, не менше – 2–3 років.
- Неупереджене ставлення до цільової групи.
- Знання окремих юридичних положень та етичних засад роботи з дітьми/«підлітками вулиці».
- Особистісні комунікативні навички, порядність, ініціативність.
- Гендерна відповідність інтерв'юерів та респондентів.

Додатково в рамках робочих зустрічей у містах опитування інтерв'юери пройшли детальний інструктаж щодо:

1. розуміння таких понять, як «підлітки груп ризику»; «гендерні відмінності»; «поведінка, пов'язана з ризиком інфікування ВІЛ», «доступ до соціально-медичних послуг»;
2. методів здійснення пошуку (рекрутингу) респондентів;
3. місць проведення інтерв'ю;
4. техніки проведення інтерв'ю, включаючи міркування етики та гендерної відповідності інтерв'юера та респондента;
5. співпраці дослідників та робочої групи всередині команди;
6. безпеки інтерв'юерів та соціальних працівників;
7. контролю та звітності польових менеджерів;
8. переадресації потенційних респондентів у місцеві центри/організації/установи, які надають соціально-медичні послуги ППР.

Відбір пунктів для дослідження

Основні точки проведення опитування визначені після здійснення картування – методики, яка дає можливість визначити райони локалізації підлітків груп ризику, які живуть або працюють на вулиці (у віці 10–19 років). картування мало на меті нанесення на карту місць найбільшого скупчення представників цільової групи (вокзали, парки, базари тощо). Допомогу в картуванні та проведенні опитування на місцях забезпечували організації-партнери, такі як громадські організації, соціальні служби, представники правоохоронних органів та інші особи та організації (інформанти), які мали доступ до цільової групи.

Процес картування включав такі етапи:

1. співробітництво з особами та організаціями, які можуть надати інформацію про місця скупчення ПГР, і складання детального списку ймовірних точок (район міста, вулиця, орієнтири, конкретне місце);
2. відвідування всіх місць, визначення чисельності виявленої групи, її складу за статтю та віком, часу основного скупчення в групі;
3. вибір з усього списку основних точок найбільшого скупчення ПГР, які знаходяться територіально в різних районах міста і максимально представляють вибірку за статтю та віком;
4. визначення найближчих до даних точок установ (громадські організації, соціальні служби, пункти обміну шприців, організації, що працюють з молоддю, тощо), які можуть надати приміщення для проведення інтерв'ю або допомогу в разі потреби.

Рекрутинг респондентів

У рамках даного опитування передбачалося, що основними каналами рекрутингу респондентів можуть бути:

- самі респонденти ПГР (метод «снігової кулі»);
- громадські організації, благодійні фонди; центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ);
- служби у справах неповнолітніх;
- управління у справах сім'ї та молоді;
- управління внутрішніх справ (кримінальна міліція).

УВС і кримінальна міліція у даному проекті могли бути залучені тільки на консультаційному рівні, тобто отримання інформації про можливе місцезнаходження «дітей вулиці».

Найбільш ефективними каналами доступу до представників цільової групи (див. табл. 2.2) виявились соціальні працівники та представники громадських організацій – 531 респондент був залучений до участі у дослідженні саме таким чином. Особливо ефективним цей канал виявився у Києві та Миколаєві (186 та 194 особи відповідно). Ще одним дієвим каналом рекрутингу, як і очікувалось, стали самі представники цільової групи (184 особи), тобто вдало спрацював метод «снігової кулі». Ці канали були найбільш поширені у Донецьку та Дніпропетровську (87 та 93 особи відповідно). Крім того, донецька польова група залучила до рекрутингу осіб, здатних надати будь-яку інформацію про місцезнаходження ПГР (працівників та контролерів залізничного та автобусного вокзалів, сторожів й охоронців ринку та магазинів, продавців, дільничних, маргінальних осіб і т. ін.).

На підставі звітів рекрутерів визначені основні труднощі процесу рекрутингу. Головною причиною відмови підлітків від участі у дослідженні можна назвати небажання витратити свій час, пасивність («респондент не йшов на контакт»). Серед інших зазначено факт недовіри, побоювання щодо рівня конфіденційності та анонімності дослідження. З цими проблемами найчастіше стикалися рекрутери у Донецьку, які в більшості випадків не були соціальними працівниками та залучали потенційних респондентів прямо на вулиці. У Миколаєві траплялись

поодинокі випадки відмови від участі в опитуванні на таких самих підставах, а в Києві та Дніпропетровську їх не було зовсім. Крім цього, названо такі причини: алкогольне/наркотичне сп'яніння респондентів, агресивність, неадекватний стан та невідповідність респондента критеріям відбору. Також мали місце поодинокі випадки, коли потенційний респондент відмовлявся брати участь у дослідженні через недостатню, на його думку, винагороду, але залучення респондентів лише на підставі подарунків не входило до дослідницьких засад.

Таблиця 2.2

Канали рекрутингу респондентів

Статус рекрутера	Дніпропетровськ			Донецьк			Київ			Миколаїв			Разом
	Хл	Д	Всього	Хл	Д	Всього	Хл	Д	Всього	Хл	Д	Всього	
Соціальні працівники та представники ГО	54	27	81	56	14	70	135	51	186	135	59	194	531
в тому числі:													
соціальний працівник	31	20	51	44	11	55	121	50	171	135	59	194	471
інтерв'юер	18	5	23	9	1	10	6	1	7	0	0	0	40
волонтер	4	2	6	3	0	3	0	0	0	0	0	0	9
аутрич-працівник	0	0	0	0	0	0	8	0	8	0	0	0	8
вихователь клініки	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
співробітник громадської організації	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
психолог	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
представники цільової групи	67	26	93	54	33	87	1	2	3	0	1	1	184
інші особи, залучені до рекрутингу	2	0	2	8	6	14	0	0	0	0	0	0	16
Разом	123	53	176	118	53	171	136	53	189	135	60	195	731
<i>Немає відповіді</i>	17	8	25	27	6	33	4	7	11	5	0	5	74

Інструментарій дослідження

Дослідницька група УІСД імені О. Яременка розробила анкети з врахуванням гендерного аспекту дослідження (для хлопців та дівчат окремо), визначення потреб респондентів у медичних та соціальних послугах та аналізу динаміки змін за результатами базового та повторного досліджень. Крім того, було розроблено інструментарій для проведення інтерв'ю з підлітками, які мали досвід звернення до ВІЛ-сервісних організацій та користування їх послугами, з метою визначення результативності діяльності організацій, що надають послуги для ПГР, та рівня задоволеності підлітків наданими послугами.

Етичні питання

При проведенні опитування «дітей вулиці» дослідницька група керувалася «Етичними засадами проведення соціальних досліджень серед дітей в Україні», затвердженими на засіданні Правління Соціологічної асоціації України (протокол № 7 від 10 грудня 2008 року)⁵³.

Головними завданнями польових груп було:

- Забезпечення та дотримання прав/інтересів дитини/підлітка.
- Можливість дітей/підлітків вільно висловлювати свою думку.
- Дотримання конфіденційності, яка може бути порушена в разі, якщо дитині потрібна негайна допомога або захист.
- Направлення у відповідні служби підлітків, яким потрібен захист.

Саме тому, враховуючи уразливість та незахищеність цільової групи, дослідницькі команди на місцях залучали до активної співпраці соціальних працівників НГО та соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

У рамках цього дослідження передбачалось заохочення респондентів за участь в опитуванні у вигляді такої винагороди: продукти харчування, засоби гігієни, солодощі, чай, кава, похід до кафе, а також одяг (панчохи, шкарпетки, носова хустинка тощо). Категорично заборонено було використовувати як винагороду гроші, тютюнові вироби, алкогольні напої, розчинники, наркотики, клей, предмети, які можуть бути використані як зброя (ніж та ін.).

Також дослідницькою групою у співпраці з регіональними командами було підготовлено інформаційно-довідкові матеріали (для кожного міста окремо) з переліком організацій, установ та служб (з адресами та контактною інформацією), куди підлітки можуть звернутися за різноманітними медико-соціальними послугами, або в разі необхідності термінової допомоги.

Польовий етап дослідження

Загалом польовий етап дослідження зайняв 7 тижнів. Середня тривалість інтерв'ю складала 37 хвилин. У кожному місті приплив нових респондентів мав нелінійний характер, у тому числі за ознакою статі. Загальний період опитування у м. Дніпропетровську – 5 тижнів. У Донецьку рекрутинг респондентів відбувався більш повільно, ніж в інших регіонах. Загальний період опитування у м. Донецьку – 6 тижнів. Найбільш нестабільною була ситуація у м. Києві. Маємо перший різкий стрибок припливу хлопців ПГР на початку першого тижня опитування та другий – на шостому. Між ними – спад припливу респондентів обох статей. На перших етапах дослідження кількість опитаних дівчат була невеликою (до 5 осіб), а з другого тижня опитування розпочався стрімкий приплив. Після п'ятого тижня опитування – новий етап зниження припливу дівчат. Загальний період опитування у м. Києві – 7 тижнів. Загальний період опитування у м. Миколаєві – 4 тижні (див. рис. 2.1–2.4.)

⁵³ Етичні засади розроблені за підтримки Представництва ЮНІСЕФ в Україні. Вони базуються на дотриманні прав людини, принципів Конвенції ООН про права дитини та Керівних засад з етики Регіонального офісу ЮНІСЕФ для ЦСЄ та СНД (2008). / Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/ethnic_principles.pdf

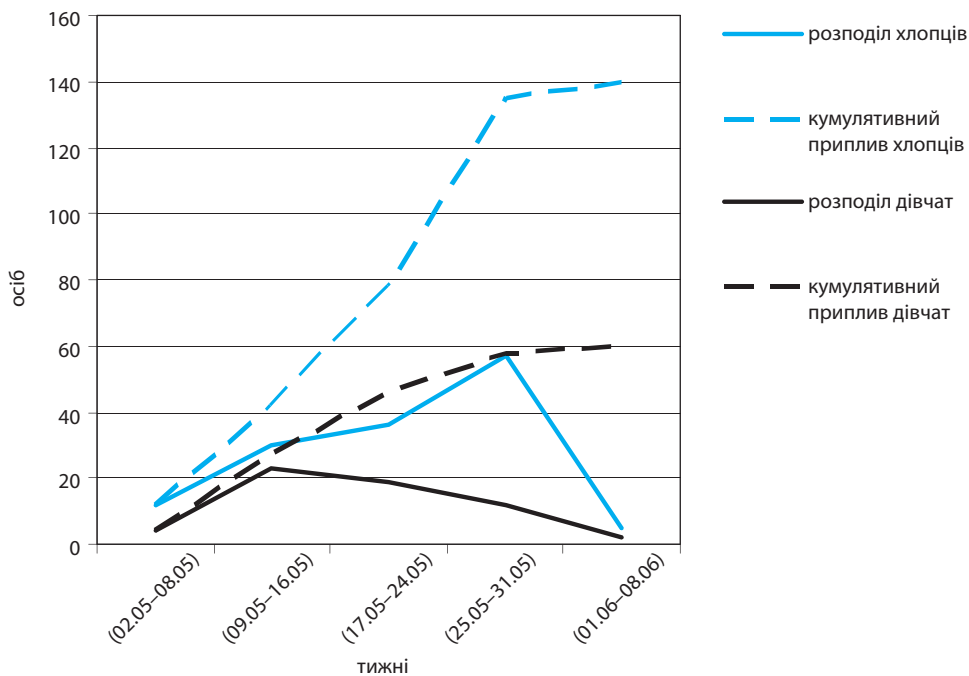


Рис. 2.1. Реалізація вибіркової сукупності в м. Дніпропетровську

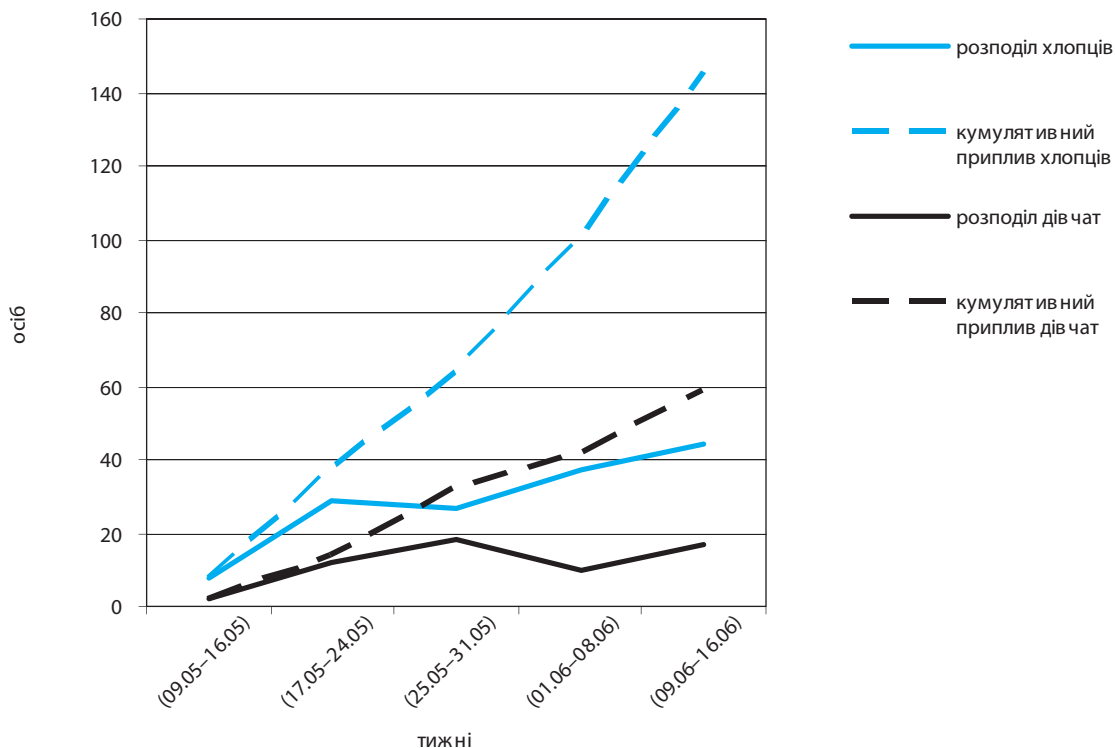


Рис. 2.2. Реалізація вибіркової сукупності в м. Донецьку

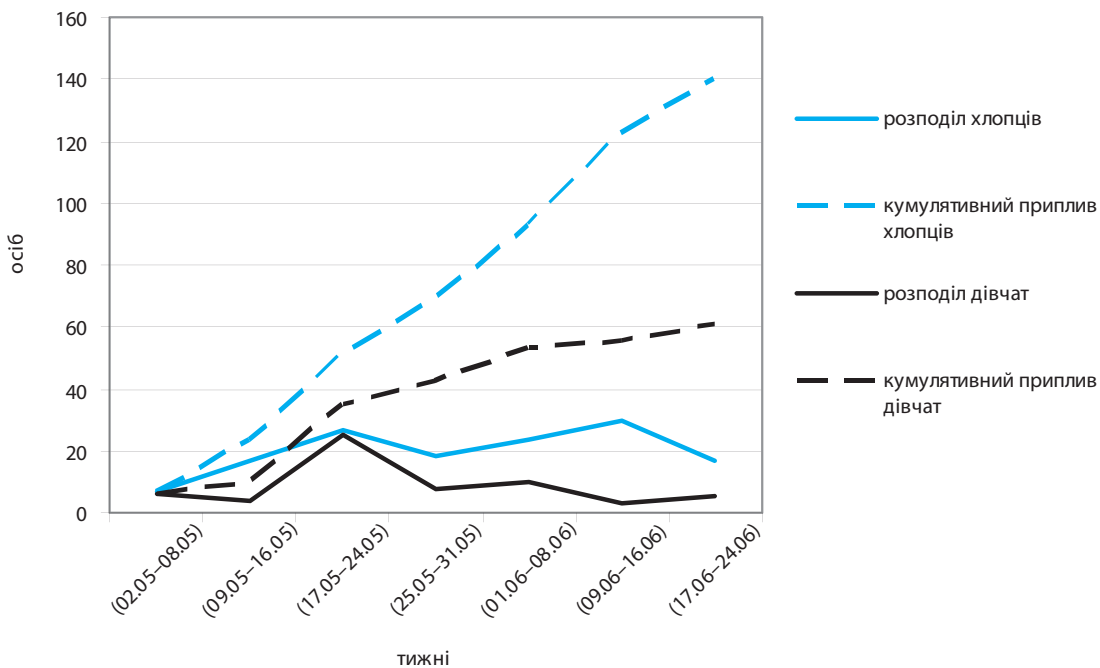


Рис. 2.3. Реалізація вибіркової сукупності в м. Києві

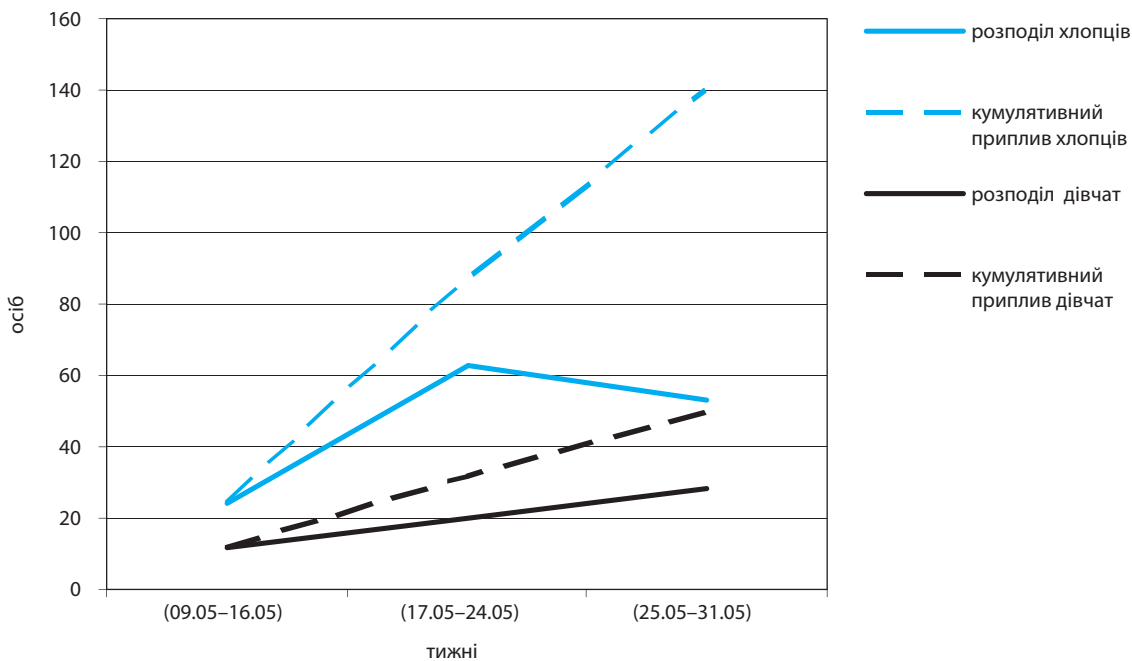


Рис. 2.4. Реалізація вибіркової сукупності в м. Миколаєві

Алгоритм проведення опитування представлено на схемі 2.1.

Схема 2.1

Алгоритм проведення опитування та отримання винагороди



Місця проведення опитування

Керуючись методичними порадами щодо картування, польові групи у містах визначили місця опитування. Більшість інтерв'ю (83,4%) проходило в запланованих місцях, але зважаючи на особливості та труднощі картування, зазначені вище, під час польового етапу дослідження знаходились нові місця скупчення, а отже і опитування ПГР (див. табл. 2.3 та 2.4).

Таблиця 2.3

Заплановані та нові місця опитування за статтю, осіб

	Дніпропетровськ		Донецьк		Київ		Миколаїв		Всього
	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	
В пункті, визначеному для дослідження	103	52	107	55	124	54	122	54	671
В пункті, заздалегідь не визначеному для дослідження	37	8	38	4	16	7	18	6	134
Всього хлопців/дівчат	140	60	145	59	140	61	140	60	805
Всього	200		204		201		200		

Так, виявилось, що дівчат легше, ніж хлопців, знайти на запланованих точках (в усіх містах). Суттєвих відмінностей місцезнаходження підлітків за віковими категоріями в Києві, Дніпропетровську та Миколаєві не виявилось, лише в Донецьку молодша вікова група (10–15 років) перебувала в незапланованих заздалегідь пунктах опитування (26 респондентів).

Таблиця 2.4

Заплановані та нові місця опитування за віком, осіб

	Дніпропетровськ				Донецьк				Київ				Миколаїв				Всього
	10-13	14-15	16-17	18-19	10-13	14-15	16-17	18-19	10-13	14-15	16-17	18-19	10-13	14-15	16-17	18-19	
В пункті, визначеному для дослідження	38	40	39	38	42	36	43	41	41	44	47	46	41	44	45	46	671
В пункті, заздалегідь не визначеному для дослідження	10	12	11	12	10	16	7	9	7	8	3	5	8	7	5	4	134
Всього за віковими категоріями	48	52	50	50	52	52	50	50	48	52	50	51	49	51	50	50	805
Всього	200				204				201				200				

Більшість інтерв'ю, враховуючи специфіку цільової групи, проходило на вулиці, в парку (569 фактів проведення опитування по 4 містах), але маємо регіональні відмінності. Польова група м. Києва, крім цього, опитала 18 підлітків в ЦСССДМ (вік респондентів від 14 до 19 років), 12 підлітків – на авто- та залізничних вокзалах, 6 підлітків – в автобусі громадської організації (в останніх місцях вік респондентів – до 13 років). Інтерв'юери м. Донецька опитали 20 хлопців та дівчат у громадській організації БФ «Карітас-Донецьк» (найбільше серед них підлітків старшої вікової категорії) та 47 підлітків – у пункті обміну шприців (вік респондентів – від 10 до 19 років). Найбільше диференційовані місця опитування – в Дніпропетровську: 23 інтерв'ю проведено в автобусі громадської організації (найчастіше вік опитаних 14–15 років), 20 інтерв'ю – у покинутих приміщеннях, дачах, будинках (вікові категорії респондентів – 14–15 та 18–19 років), 19 – у наркодиспансері (молодші вікові групи – до 15 років), 12 – на ринку (вік респондентів – 10–13 років), а також 8 хлопців (від 16 до 19 років) було опитано в гаражах, на складах, 3 хлопця (10–15 років) – у літньому кафе. У Миколаєві, крім уже зазначених, названо місце прийому склотари, металу, макулатури (5 респондентів) (докладніше див. табл. 2.5 та 2.6).

Винагорода респондентам

Кожній регіональній дослідницькій групі було запропоновано обрати відповідний, на її думку, варіант видачі винагороди за участь в опитуванні: індивідуальний підхід (респондент сам робив вибір на запропоновану суму, крім заборонених товарів) або універсальний (укомплектовані набори солодощів та напоїв). Сильна сторона індивідуального варіанту (Київ, Миколаїв) – з задоволення нагальних потреб кожного респондента, але виникають труднощі пошуку торгових точок, чекової звітності. Перевага універсального підходу (Дніпропетровськ, Донецьк) – оперативність та прозорість, але не реалізується право вибору дитини. Тому дослідницьким групам на місцях слід пропонувати прислухатися до бажань підлітків та мати певний запас наборів на випадок, якщо ці бажання не можуть бути наразі виконані. Приблизний склад набору для винагороди: сік, хліб, консерви, згущене молоко, солодощі, чай, кава, цукор.

Таблиця 2.5

Характеристика місць опитування за статтю, осіб

	Дніпропетровськ		Донецьк		Київ		Миколаїв		Всього
	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	
В громадській організації	0	0	15	5	0	0	1	2	23
В соціальній службі	0	0	0	0	11	7	0	0	18
В притулку	0	0	0	0	1	1	0	0	2
В пункті обміну шприців	7	1	33	14	0	1	0	0	56
У помешканні респондента (гуртожиток)	0	0	0	1	1	1	0	0	3
У помешканні інтерв'юера	0	0	4	0	0	1	0	0	5
На вулиці, в парку	68	31	89	39	114	44	128	56	569
В диспансері	11	8	0	0	0	0	0	0	19
Покинуті приміщення, дачі, будинки	13	7	1	0	1	0	4	0	26
Автобус громадської організації	17	6	0	0	5	1	0	0	29
На авто-, залізничних вокзалах	4	3	1	0	7	5	2	0	22
На ринку	9	3	2	0	0	0	2	0	16
В кафе	3	0	0	0	0	0	0	0	3
Місце прийому склотарі, металу, макулатури	0	1	0	0	0	0	3	2	6
Гаражі, склади	8	0	0	0	0	0	0	0	8
Всього хлопці/дівчата	140	60	145	59	140	61	140	60	805
Всього	200		204		201		200		

Контроль за польовим етапом дослідження

Для забезпечення відповідного рівня якості та здійснення контролю проведення польового етапу дослідження були здійснені такі заходи:

- Щотижнева звітність про хід опитування у містах в електронній формі, запропонованій УІСД імені О. Яременка, та в телефонному режимі.
- Моніторингові візити до місць опитування – Києва, Донецька, Дніпропетровська, для яких розроблено інструментарій для оцінки якості проведення польового етапу дослідження в кожному регіоні з метою забезпечення вибіркової сукупності.
- Перевірка якості заповнених анкет.

Аналіз потреб та бажань респондентів

Наприкінці опитування респондентам ставилося запитання: «Якщо які-небудь люди хотіли б тобі допомогти, що їм потрібно було б зробити, щоб твоє життя стало кращим?» – з метою з'ясування нагальних потреб підлітків та забезпечення комфортного «виходу» з інтерв'ю. Аналіз наданих відповідей ще раз засвідчив про широкий спектр потреб цієї цільової групи та має самостійну цінність для планування діяльності тих організацій, які працюють з дітьми та молоддю, які живуть або працюють на вулиці (див. табл. 2.7). Як бачимо, пріоритетним для ППР бажанням є в першу чергу матеріальний добробут: купити одяг, їжу (440 респондентів), надати матеріальну допомогу сім'ї для придбання одягу, харчування,

житла (332 респондента), надати допомогу в працевлаштуванні батьків, щоб батькам вчасно платили зарплату (75 респондентів), надати житло (24 респонденти), придбати автомобіль, велосипед, комп'ютер (8 респондентів). Водночас 349 респондентів налаштовані самостійно досягти відповідного рівня матеріального статку за рахунок допомоги у працевлаштуванні та отриманні освіти. Ще одна група бажань стосується стосунків з оточенням, у тому числі з близькими людьми (ці стосунки, на жаль, часто мають насильницький характер): вилікувати батьків (родичів, опікунів) від алкоголізму, наркоманії (130 підлітків), захистити від людей, які ображають (110 осіб), допомогти знайти батьків (13 осіб), поважати (3 респонденти), надати психологічну допомогу (3 респондента), вигнати вітчима (2 респонденти). Можливо, тому 67 підлітків бажать, щоб їх влаштували до гарної прийомної сім'ї, 14 – в гарний інтернат, дитячий будинок. Крім того, 63 респонденти потребують медичної допомоги (вилікувати, надати матеріальну допомогу для лікування). Серед інших відповідей: переїхати до іншого міста/країни (9 осіб), допомогти відновити документи (8 осіб), відкрити безкоштовні ігрові автомати (1 дівчина) та не піти в армію (1 хлопець).

Таблиця 2.6

Характеристика місць опитування за віком, осіб

	Дніпропетровськ				Донецьк				Київ				Миколаїв				Всього
	10-13	14-15	16-17	18-19	10-13	14-15	16-17	18-19	10-13	14-15	16-17	18-19	10-13	14-15	16-17	18-19	
В громадській організації	0	0	0	0	4	2	4	10	0	0	0	0	0	0	0	3	23
В соціальній службі	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	9	5	0	0	0	0	18
В притулку	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
В пункті обміну шприців	2	2	0	4	7	9	14	17	0	1	0	0	0	0	0	0	56
У помешканні респондента (гуртожиток)	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
У помешканні інтерв'юера	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	5
На вулиці, в парку	25	22	25	27	40	38	29	21	38	42	37	41	48	47	45	44	569
В диспансері	6	7	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
Покинуті приміщення, дачі, будинки	3	6	4	7	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	26
Автобус громадської організації	5	9	4	5	0	0	0	0	9	2	2	2	0	0	0	0	29
На авто-, залізничних вокзалах	0	1	5	1	0	1	0	0	9	1	0	2	0	0	1	1	22
На ринку	5	3	3	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	16
В кафе	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Місце прийому склотари, металу, макулатури	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	6
Гаражі, склади	0	0	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Всього за віковими групами	48	52	50	50	52	52	50	50	48	52	50	51	49	51	50	50	805

Таблиця 2.7

«Якщо які! небудь люди хотіли б тобі допомогти, що їм потрібно було б зробити, щоб твоє життя стало кращим?» (кількість респондентів, за статтю)

	Дніпропетровськ			Донецьк			Київ			Миколаїв			Всього
	хл.	д.	всього	хл.	д.	всього	хл.	д.	всього	хл.	д.	всього	
Купити мені одяг, їжу	78	40	118	71	29	100	97	37	134	63	25	88	440
Надати матеріальну допомогу моїй сім'ї для придбання одягу, харчування, житла	76	31	107	71	30	101	30	25	55	45	24	69	332
Допомогти працевлаштуватися	49	28	77	33	17	50	50	8	58	31	12	43	228
Вилікувати батьків (родичів, опікунів) від алкоголізму, наркоманії	35	12	47	32	15	47	16	7	23	10	3	13	130
Допомогти отримати освіту (влаштувати в хорошу школу, ВНЗ, оплатити навчання)	33	25	58	14	10	24	14	9	23	10	6	16	121
Захистити мене від інших людей, які ображають	13	1	14	22	12	34	8	8	16	30	16	46	110
Надати допомогу у працевлаштуванні батьків, щоб батькам вчасно платили зарплату	21	9	30	22	8	30	5	2	7	6	2	8	75
Влаштувати в гарну прийомну сім'ю	14	7	21	14	5	19	8	3	11	14	2	16	67
Вилікувати мене, надати матеріальну допомогу для лікування	22	13	35	6	2	8	10	5	15	5	0	5	63
Влаштувати в гарний інтернат, дитячий будинок	6	1	7	1	0	1	1	0	1	1	4	5	14
Надати житло	15	0	15	3	1	4	2	1	3	1	1	2	24
Допомогти знайти батьків	5	0	5	4	2	6	0	1	1	1	0	1	13
Переїхати до іншого міста/країни	2	3	5	3	0	3	0	0	0	1	0	1	9
Допомогти відновити документи	2	0	2	0	0	0	3	0	3	1	2	3	8
Вийти заміж/одружитись	0	4	4	0	1	1	0	0	0	1	0	1	6
Придбати автомобіль/велосипед	2	0	2	1	0	1	0	0	0	2	0	2	5
Придбати комп'ютер	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	3
Поважати мене	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	0	0	3
Надати психологічну допомогу	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	3
Вигнати вітчима	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Відкрити безкоштовні ігрові автомати	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Не піти в армію	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Важко відповісти	7	1	8	5	1	6	9	5	14	4	1	5	33

Крім цього, інтерв'юери також зазначили запитання, які ставив(ла) хлопець/дівчина під час опитування (див. табл. 2.8). Умовно їх можна поділити на чотири підгрупи: запитання стосовно процедури опитування (117 респондентів), необхідної базової допомоги (18 респондентів), медично-консультативної допомоги (17 респондентів), юридичної допомоги (16 респондентів).

Таблиця 2.8

Запитання, які ставив(ла) хлопець/дівчина поза анкету

	Дніпропетровськ			Донецьк			Київ			Миколаїв			Всього
	хл.	д.	разом	хл.	д.	разом	хл.	д.	разом	хл.	д.	разом	
Запитання стосовно процедури опитування													
Для чого проводиться опитування	7	5	12	16	9	25	2	2	4	3	3	6	47
Чи не здадуть його/її до міліції	3	0	3	7	2	9	1	1	2	4	1	5	19
Що він/вона отримає за участь в інтерв'ю	1	0	1	5	4	9	3	1	4	2	0	2	16
Що зміниться після опитування	3	2	5	4	1	5	0	0	0	0	0	0	10
Яка організація проводить опитування	1	0	1	6	1	7	0	0	0	1	0	1	9
Чи можна буде ще раз взяти участь в опитуванні	1	1	2	2	1	3	0	0	0	2	0	2	7
Просив(ла) пояснити деякі поняття	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	4
Чи довго триватиме інтерв'ю	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	2
Скільки платять інтерв'юерам	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
Чи не постраждають його друзі	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Всього	16	8	24	40	19	59	7	4	11	17	6	23	117
Запитання стосовно необхідної базової допомоги													
Куди можна звернутись по допомогу	5	0	5	0	0	0	0	0	0	1	1	2	7
Де можна зняти житло/ влаштуватись до гуртожитку	2	2	4	0	1	1	0	1	1	0	0	0	6
Де можна купити/знайти речі, їжу	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4
Де можна отримати допомогу для дитини	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Всього	8	3	11	0	1	1	0	1	1	1	4	5	18
Запитання стосовно медично-консультативної допомоги													
Питання стосовно ВІЛ/СНІДу	0	0	0	1	0	1	10	1	11	0	0	0	12
Де знаходиться ПОШ	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	2
Де можна безкоштовно пройти реабілітацію	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Де можна пройти тест на ВІЛ	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Всього	3	0	3	1	0	1	12	1	13	0	0	0	17
Запитання стосовно юридичної допомоги													
Стосовно працевлаштування та вступу до навчального закладу	3	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4
Як відновити документи	1	0	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	3
Чи буде легалізована проституція	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
Всього	4	0	4	2	1	3	0	0	0	1	0	1	8
Загальна кількість	31	11	42	43	21	64	19	6	25	19	10	29	160

Реалізована вибіркова сукупність за містами опитування

У межах заданих квот по містах за статтю та віком у Дніпропетровську, Донецьку, Києві та Миколаєві було опитано 565 хлопців та 240 дівчат (відповідно 70% та 30% від загалу опитаних), які живуть або працюють на вулиці (див. табл. 2.9). Віковий розподіл рівномірний – по 25% опитаних віком 18–19 та 16–17 років, 26% – 14–15 років та 24% – 10–14 років.

Таблиця 2.9

Розподіл підлітків, які живуть або працюють на вулиці, за регіоном опитування, віком та статтю, осіб

	10–13 років		14–15 років		16–17 років		18–19 років		Всього серед усіх вікових груп		Загальна кількість осіб
	хл.	д.	хл.	д.	хл.	д.	хл.	д.	хл.	д.	
Дніпропетровськ	34	14	36	16	35	15	35	15	140	60	200
Донецьк	38	14	37	15	35	15	35	15	145	59	204
Київ	33	15	36	16	35	15	36	15	140	61	201
Миколаїв	34	15	36	15	35	15	35	15	140	60	200
Всього серед опитаних	139	58	145	62	140	60	141	60	565	240	805
	197		207		200		201		805		

Більшість опитаних за національністю – українці (73%), 13% – росіяни, 4% – представники інших національностей (молдовани, цигани, румуни, азербайджанці, угорці, узбеки, татари, гагаузи, греки), 10% – взагалі не знають своєї національності.

Основні уроки щодо організації та проведення опитування

Національній дослідницькій команді вдалось охопити представників усіх прошарків цільової групи (в тому числі віком до 14 років) та залучити до соціальних програм тих дітей, які жодного разу не мали контактів з працівниками служб підтримки та не були охоплені жодними послугами.

Була організована своєчасна переадресація та інформування респондента про існуючі сервіси та організації, які надають послуги та допомогу, подальшу підтримку дитині, в тому числі за рамками дослідження.

Принципово важливою умовою дослідження була тісна співпраця та взаємодія державних та недержавних організацій, які працюють з підлітками груп ризику. Це сприяло визначенню організацій-партнерів, що допомагали в картуванні, рекрутингу та опитуванні.

Досить ефективною з точки зору виявлення місць локалізації підлітків, які живуть або працюють на вулиці, є методика картування, яка дала змогу систематизувати процес польового етапу дослідження в цілому, визначити можливі точки опитування, час та наповненість вибірки за статтю та віком. Інформаторами щодо таких місць виступали представники структур, які мають доступ до «дітей вулиці». Враховуючи специфіку цільової групи, її несталість та високий рівень міграції (особливо влітку), процес картування відбувався протягом самого опитування. У ході дослідження були виявлені нові місця скупчення ПГР, які не були відображені на карті раніше. З одного боку, це дозволило розширити перелік місць аутрич-роботи організацій, які працюють з такими підлітками, знайти нових клієнтів своїх послуг, з іншого – це свідчить про те, що перелік місць скупчення ПГР слід розширювати та доповнювати протягом польового етапу.

Польовий етап дослідження показав, що методика картування, основні її етапи та особливості недостатньо зрозумілі для регіональних команд. Отже, на етапі підготовки цьому треба приділяти більше уваги.

Найбільш успішними каналами залучення потенційних респондентів до участі в дослідженні виявилися аутрич-робота працівників соціальних служб та недержавних громадських організацій (особливо поширений цей канал був у Києві та Миколаєві – 186 та 194 особи відповідно) та самі представники цільової групи (93 респонденти у Дніпропетровську та 87 – у Донецьку).

Як було помітно з досвіду базового дослідження (2007–2008 рр.)⁵⁴, найбільш важкодоступною віковою групою ПГР є група дітей до 14 років. Це спонукало дослідницьку групу застосувати квотну вибірку в розрізі вікових груп та зробити чотири обов'язкові вікові підгрупи (10–13, 14–15, 16–17, 18–19 років). З цих же міркувань залишилась і квота для дівчат. Такий підхід забезпечує наповнення статевовікових груп для подальшого аналізу.

Серед здобутих уроків – доцільність використання окремих анкет не лише для хлопців та дівчат, а й для молодшої (10–13 років) та більш старшої (від 14 та старше) вікових груп. Підліткам до 14 років важко було відповідати на запитання анкети, деякі поняття були незрозумілими – «медичні та соціальні послуги», «анальний секс», «ВІЛ/СНІД», «комерційні та випадкові статеві партнери» тощо.

Певним новаторством повторного дослідження підлітків, які живуть або працюють на вулиці, було додаткове якісне дослідження у формі напівструктурованого інтерв'ю для тих респондентів, які мали досвід звернення до організацій (сервісів), здатних надавати послуги категорії ПГР. Безперечними здобутками комбінованого дослідження є отримання більш детальної та повної інформації щодо рівня доступу та надання медико-соціальних послуг цільовій групі. Але, зважаючи на коментарі організаторів та польових робітників проекту, вважаємо доцільним надалі розводити проведення основного опитування та глибинного інтерв'ю за часом. Це обумовлено тривалістю анкетування, втому респондента та інтерв'юера, різними темпами та підходами до проведення кількісного та якісного досліджень. Якісне інтерв'ю проводити не раніше ніж наступного дня після кількісного. Доцільно також для якісного інтерв'ю не використовувати тих самих інтерв'юерів, а залучати інших. Крім того, для інтерв'юерів, які проводять глибинне інтерв'ю, необхідно організувати додатковий тренінг або інструктаж.

Наявність двох інтерв'юерів/дослідників-польовиків, як виявилось, забезпечило відчуття безпеки в інтерв'юерів, і це не сприймали негативно респонденти.

За браком інтерв'юерів-чоловіків або через наплив респондентів вимога забезпечення інтерв'юерів тієї ж статі, що й респонденти, не завжди могла бути виконана. Але слід наголосити, що гендерна відповідність допомагала більш детальному висвітленню делікатних тем.

Як свідчить досвід, підлітки-вулиці доволі закриті, важко йдуть на контакт та не завжди розуміють доцільність проведення опитування, досить часто вони мають серйозні побоювання (та навіть страх) щодо непричетності інтерв'юера до діяльності правоохоронних органів чи інших контролюючих структур. Тому нагальною потребою та головним завданням всіх польових працівників було особливо ретельне дотримання етичних засад проведення дослідження та забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту уразливих груп дітей.

Авторський колектив має надію, що аналіз накопиченого досвіду з питань організацій та проведення опитування серед дітей та молоді, які живуть або працюють на вулиці, стане у нагоді тим, хто плануватиме відповідні дослідження в майбутньому.

⁵⁴ Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – 192 с.

3. Результати повторного опитування дітей та підлітків, які живуть або працюють на вулиці

3.1. Соціально-демографічні характеристики

3.1.1. Оточення та родинне коло

Місце проживання

За результатами опитування майже дві третини (65%) підлітків протягом останніх 3-х місяців не мали місця проживання: 22% проживали на вулиці, де доведеться, у підземних переходах, на ринках; 18% – у порожніх та занедбаних дачах чи будинках; 10% – у помешканні випадкових знайомих або незнайомих; 8% – в котельнях, теплотрасах, підвалах, каналізації; 7% – на залізничному вокзалі, автовокзалі, у поїздах чи електричках. Удома, разом з батьками або родичами, проживає кожен сьомий підліток – 15%, у квартирі/будинку знайомих чи друзів – 19%, в поодиноких випадках – у дитячому будинку чи інтернаті (див. рис. 3.1.1).

В залежності від міст наявні істотні коливання та відхилення від середніх значень. Зважаючи на те, що в столиці найвищий порівняно з іншими містами рівень міграційних потоків, більше чверті опитаних, які перебувають у Києві, живуть просто на вулиці (29%). У Дніпропетровську кожний четвертий респондент проживає в занедбаних, порожніх будинках і дачах (28%). У Донецьку і Миколаєві підлітки переважно мешкають у друзів або знайомих (28% та 25% відповідно) чи разом з батьками (16% та 19% відповідно).

Хлопці живуть більш ізольовано, а дівчата тяжіють до співжиття з близькими родичами чи друзями. Так, на вулиці та в порожніх, занедбаних будівлях за останні три місяці проживала майже половина опитаних хлопців (44%) і чверть дівчат (28%). З батьками та знайомими, навпаки, жила майже кожна друга дівчина та кожний четвертий хлопець.

Серед тих, хто останні три місяці жив на вулиці, переважають наймолодші респонденти (10–13 років) – 25%. Представники старшої вікової категорії здебільшого проживають у друзів (24,5%) або в занедбаних, порожніх приміщеннях (20%).

Оточення (з ким проживають «підлітки вулиці»)

Переважна більшість (67%) опитаних проживає з друзями. Питома вага хлопців більша, ніж дівчат (71% та 56% відповідно). Кожний п'ятий (19%) проживає разом з рідною або нерідною матір'ю, 6% – з рідним або нерідним батьком, 18% – з бабусею чи дідусем та 15% – з братом чи сестрою.

Чим старша вікова група, тим більша частка належних до неї респондентів живе або з друзями, або в незареєстрованому шлюбі. Наприклад, серед 18–19-річних з друзями живе кожний другий респондент цієї вікової групи (76%), а серед 10–13-річних – кожний третій (62%). У незареєстрованому шлюбі перебувають чверть підлітків від 16 до 19 років (25%) та 6% віком до 15 років.

Серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, лише 4% живуть разом з обома батьками, 16% – з одним із батьків, а переважна більшість (80%) без батьків (див. табл. 3.1.1).

Суттєвої різниці між містами не виявлено. Лише в Дніпропетровську частка респондентів, які живуть з батьками (з обома чи з одним), майже в 1,5 рази вища за середнє.

Чим старший респондент, тим менша частка проживає з батьками. Серед 18-19-річних 92% проживають окремо від батьків.

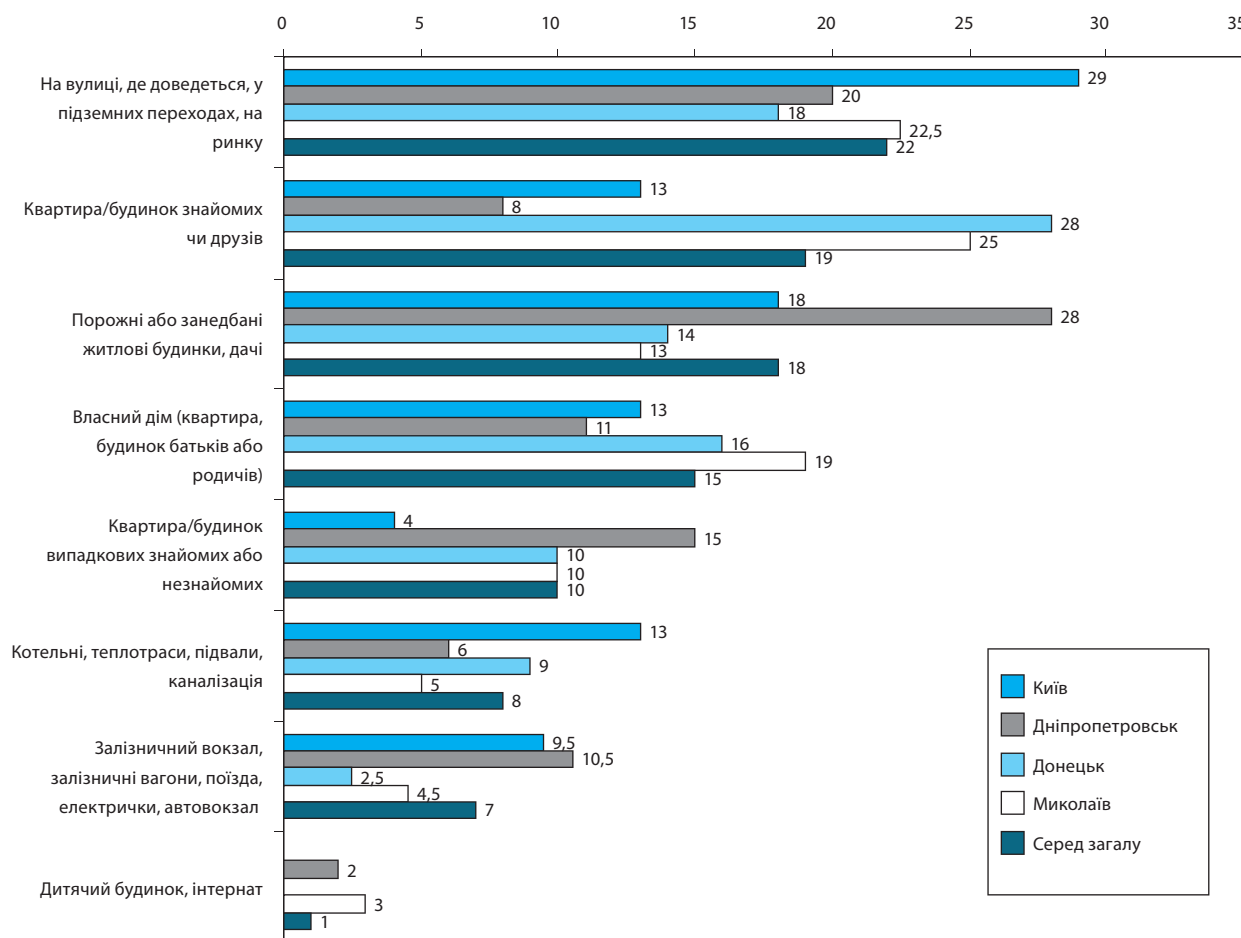


Рис. 3.1.1. Розподіл підлітків, які живуть або працюють на вулиці, за місцем проживання, %

Таблиця 3.1.1

Розподіл відповідей дітей та підлітків, які живуть або працюють на вулиці, на запитання «З ким ти живеш?», %

	Місто опитування				Стать		Вік				Серед усіх
	Дніпропетровськ	Донецьк	Миколаїв	Київ	Хлопці	Дівчата	10–13 років	14–15 років	16–17 років	18–19 років	
З обома батьками	4	5	8	0,5	4	4,5	9	4	2	2	4
Лише з одним з батьків	24,5	12	10	17	15	17,5	20	17	20,5	6	16
Не з батьками	71,5	83	82	82,5	81	78	71	79	77,5	82	80

Загалом з дорослими проживає третина (36%) підлітків, які живуть або працюють на вулиці. У Дніпропетровську частка таких респондентів найбільша – з дорослими проживає кожен другий підліток (53%). В інших містах показники менші: у Донецьку – 33%, у Києві – 29% та в Миколаєві – 28%. Серед дівчат більше таких, які проживають з дорослими, ніж серед хлопців (39% та 34,5% відповідно).

Також можна стверджувати, що чим старший вік респондента, тим менша ймовірність того, що він живе з дорослими (серед 10–13-річних частка тих, хто живе з дорослими, становить 46%, серед 14–15-річних – 39%, 16–17-річних – 36,5%, а серед 18–19-річних – 22%).

Сирітство (у тому числі соціальне)

Майже чверть опитаних дітей і підлітків, які живуть або працюють на вулиці, не мають матері (24%), а 12% взагалі не знають, чи жива вона. Серед хлопців таких дещо більше, ніж серед дівчат (26% та 19% відповідно). Кожен третій респондент вікової групи 18–19 років вказав, що його мати померла (38%), серед інших вікових категорій цей показник трохи нижчий, але також суттєвий: серед 16–17-річних таких 23%, серед 14–15-річних – 17%, серед дітей 10–13 років – 18%.

Крім цього, більше чверті опитаних не мають батька (27%) та майже втричі порівняно з тими, кому невідомо про життя матері більше тих, хто не знає, чи живий він – 32%. Розподіл за статтю в даному випадку є приблизно однаковим – 59,5% хлопців та 62% дівчат. Найбільше підлітків, які позбавлені піклування батька, серед представників вікових груп 16–17 та 10–13 років (по 63%).

Відповідно на момент опитування з матою проживали лише 13% респондентів, а з батьком – 3,5%.

Контакти з рідними батьками (батько/мати)

Серед усіх, хто вказав, що мати жива (N=515), майже половина (45%) бачаться з нею дуже рідко або час від часу (39%).

Відносно статевих відмінностей: дівчата схильні до тіснішого, ніж хлопці, зв'язку з батьками, зокрема з матір'ю (наприклад, кожен день бачать свою матір 13% дівчат і лише 8% хлопців). З віком зв'язок з матір'ю слабшає – чим старші респонденти, тим рідше вони бачаться з матір'ю (наприклад, дуже часто бачаться з матою 15% 10–14-річних «дітей вулиці» та 4% 18–19-річних, а дуже рідко – 61% у віці 18–19 років та 34% віком 10–14 років).

Серед тих, хто має батька (N=320), половина опитаних бачаться з ним дуже рідко (51%), 22% – час від часу, 19% – ніколи не зустрічалися з татом. У даному випадку немає великих розбіжностей між групами за віком та за статтю.

Серед міст найгірша ситуація спостерігається в Донецьку та в Києві. Тут найбільші частки респондентів, які дуже рідко бачать тата (60% та 55% відповідно), і найменші – тих, хто його бачить час від часу (10% донеччан і 13,5% киян). Водночас, у цих двох містах наявні великі частки тих, хто ніколи не бачився із татом (22,5% та 21% відповідно).

Причини соціального сирітства

Серед основних причин послаблення зв'язку підлітків з матір'ю (тих респондентів, які мають матір, але з нею не проживають, N=411) можна виділити такі:

- вживання матір'ю алкоголю (31%);
- проживання матері в іншому місті (27%).

А також: позбавлення матері батьківських прав (9%), вживання матір'ю наркотиків (7%) та застосування матір'ю насильницьких дій (6%).

Крім цього, «діти вулиці» вказували інші причини (5%) відмов від проживання з матір'ю:

1. свідомий вибір вуличного способу життя, прагнення до незалежності: наприклад, «Тягне вулиця» (дівчина, 19 років, Київ), «Я дорослий, з ким хочу, з тим і живу» (хлопець, 17 років, Дніпропетровськ), «Вирішила я сама» (дівчина, 18 років, Київ), «Не хочу, можу сам попіклуватися про себе» (хлопець, 18 років, Донецьк), «Подобається в Києві» (дівчина, 18 років, Київ), «Хочу грошей заробити» (хлопець, 16 років, Миколаїв), «Я приходила до сестри, яка живе на трубах» (дівчина, 17 років, Київ);

2. спосіб життя матері: «У мамі інші інтереси» (дівчина, 19 років, Миколаїв), «Вона живе з вітчимою, я їй не потрібен» (хлопець, 15 років, Дніпропетровськ), «У мамі своє життя» (дівчина, 16 років, Миколаїв), «Мама йшла з дому і залишила мене з молодшою сестрою» (дівчина, 14 років, Київ), «Мама на заробітках» (дівчина, 18 років, Миколаїв), «Вона вважає мене дорослою, і що я в усьому розберуся самостійно» (дівчина, 19 років, Миколаїв);
3. мати вигнала дитину з дому: «Вона виганяє мене, щоб я приносила гроші» (дівчина, 16 років, Миколаїв), «Вигнала за те, що я крав з дому речі» (хлопець, 18 років, Донецьк), «Вигнала мене за поведінку» (дівчина, 18 років, Миколаїв), «Вона не хоче зі мною жити через мій спосіб життя» (хлопець, 19 років, Донецьк);
4. насильницькі дії до дитини з боку вітчима, співмешканця мами: «Вітчим б'є» (дівчина, 15 років, Донецьк), «Мама живе з коханцем, який б'є мене» (хлопець, 18 років, Донецьк).

У різних містах наявні досить значні відхилення від середнього значення. Наприклад, у Дніпропетровську більшість респондентів зазначили саме перебування матері в іншому місті (40%). У Києві та Донецьку цей показник сягнув відповідно 34% і 19%, а в Миколаєві – лише 10%. У Миколаєві найбільш високий рейтинг отримали варіанти «мама вживає алкоголь» (34%) та «мама позбавлена батьківських прав» (15%). Між статевими групами немає істотних розбіжностей.

У відповідь на аналогічне запитання про батька найчастіше називалися: факт його перебування в іншому місті (27%) і факт вживання ним алкоголю (18%), а також такий варіант, як перебування батька у в'язниці (15%) та насильницькі дії з боку батька (9%).

Крім зазначеного, респонденти доволі часто вказували (10%), що не живуть з батьком через те, що він покинув сім'ю, або що батьки розлучились, наприклад: «У нього інша жінка та інші діти» (дівчина, 13 років, Київ), «Він нас покинув» (хлопець, 15 років, Київ), «У нього маленька дитина, у нього нема на мене часу» (дівчина, 18 років, Дніпропетровськ), «У тата інша сім'я в іншому місті. Я хочу його знайти» (хлопець, 12 років, Донецьк), «Батьки розлучилися, коли я була маленька» (дівчина, 18 років, Київ), «Два дурня» (хлопець, 13 років, Дніпропетровськ).

У Миколаєві та Києві факт перебування батька у в'язниці визнавався частіше, ніж в інших містах (30,5% та 17% відповідно).

Підлітки віком від 10 до 15 років частіше вказують факт перебування батька у в'язниці (20% серед 10–13-річних та 17% серед 14–15-річних), ніж старші за віком (по 12% у респондентів віком 16–17 років та 18–19 років).

3.1.2. Міграційний статус

Розподіл респондентів за місцем народження (тип поселення, область, країна)

Більше половини підлітків, які живуть або працюють на вулиці, народилися в місті опитування (52%), відповідно інші (48%) є мігрантами.

Найбільше респондентів-мігрантів (по відношенню до всіх опитаних «підлітків вулиці») в Києві (66%) та Дніпропетровську (64%), у Донецьку – 40% мігрантів, а найменше в Миколаєві – 21,5%.

З точки зору типу поселення більше половини опитаних (62%) народилися в обласних центрах, 17% – у містах з населенням від 50 тис. до 999 тис. осіб, 11% – у невеликих містах (з населенням до 50 тис. осіб) і лише 7% – у СМТ та селах.

Чверть з числа опитаних у містах Донецьку та Миколаєві народилися відповідно в Донецькій (26%) та Миколаївській (24%) областях; у Дніпропетровській області – 16%. В Києві та області народилось всього 9% респондентів, а отже це підтверджує той факт, що в цьому місті найбільша доля підлітків-мігрантів, які живуть або працюють на вулиці.

Переважає більшість (95%) народились в Україні, 0,5% – в Росії, в поодиноких випадках були названі Молдова, Білорусь, Казахстан, Вірменія, Німеччина, ОАЕ, Узбекистан. Взагалі не знають місця свого народження – 2% опитаних.

Питома вага мігрантів та тривалість проживання у місті опитування

Серед загалу підлітків-мігрантів (N=384) кожен третій респондент проживає в місті опитування менше року (31,5%), 23% – від одного до двох років, 14% – від п'яти до десяти років (див. табл. 3.1.2). Причому представники молодшої вікової групи мають менший термін проживання, ніж старшої. Так, менше року та від одного року до двох – перебувають у місті опитування відповідно 40% та 27% дітей віком 10–14 років (20% та 16,5% відповідно серед 18–19-річних), а вже від двох до трьох років – 9% молодшої групи та 15,5% – старшої. Суттєвої різниці за статтю немає.

Ті, хто приїхав у Дніпропетровськ з інших міст, проживають там переважно менше року (55%), переважний термін проживання мігрантів у Києві – від одного до двох років (33%), у Донецьку – від п'яти до десяти років (27%), а в Миколаєві найбільший – від п'яти та понад десяти років (по 30%).

Таблиця 3.1.2

Тривалість проживання підлітків-мігрантів, які живуть або працюють на вулиці, у місті опитування, % (N=384)

	Місто				Стать				Серед усіх N=384
	Дніпропетровськ	Донецьк	Миколаїв	Київ	10–13 років	14–15 років	16–17 років	18–19 років	
	N=128	N=81	N=43	N=132	N=92	N=94	N=95	N=103	
Менше року	55	15	0	29,5	40	34	33	20	20
Від одного до двох років	19,5	20	9	33	27	24,5	25	16,5	16,5
Від двох до трьох років	12,5	14	9	10	9	14	7	15,5	15,5
Від трьох до п'яти років	5	16	21	11	9	13	9,5	13	13
Від п'яти до десяти років	5	27	30	10	13	6	20	16,5	16,5
Більше десяти років	4	9	30	6	1	8,5	5	18	18

Прописка та реєстрація

Кожен другий опитаний підліток вулиці не знає, за якою адресою він зареєстрований (46%).

Найменше знають про свою юридичну адресу підлітки у віці 10–13 років – 33%, а також не всі підлітки старшої вікової категорії (18–19 років) мають інформацію щодо своєї прописки – лише 58%. Найбільша частка тих, кому відома власна прописка, припадає на 16–17-річних респондентів – 66%. Серед 14–15-річних таких 59%.

Меншість опитаних (32%) мають прописку саме в тому місті, де вони проживають, решта не знають своєї адреси (46%) або взагалі не мають ніякої прописки – 22%.

Найбільше юридично прописаних підлітків, які живуть або працюють на вулиці, в Миколаєві – 43%, найменше в Дніпропетровську – 20% (у Донецьку та Києві таких відповідно 38% та 27%).

Серед тих, хто прописаний в іншому місті/країні (N=178), 97% є громадянами України, 2% – Росії та в поодиноких випадках – Білорусі та Узбекистану.

Пункти проживання до переїзду у місто, де відбувалося опитування (тип поселення, область, країна) – траєкторія міграції

Перед тим, як потрапити у місто опитування, переважна більшість приїжджиків (N=384) проживали в обласних центрах (34%), великих містах (100–999 тис. населення) – 22% та в менших за чисельністю (від 20 тис. до 99 тис. населення) містах – 30%, менше мігрантів із сіл (8%) та СМТ (4%). Взагалі не знають місця свого народження – 3% (див. табл. 3.1.3).

Таблиця 3.1.3

Пункт проживання (тип поселення) підлітків-мігрантів, які живуть або працюють на вулиці, до прибуття в місто опитування, % (N=384)

Тип поселення	Серед усіх, N=384
Обласний центр, в т.ч. Київ	34
Місто з населенням від 100 до 999 тис. осіб	22
Місто з населенням від 50 до 99 тис. осіб	11,5
Місто з населенням від 20 до 49 тис. осіб	11
Місто з населенням менше 20 тис. осіб	8
СМТ	4
Село	8
Не знають місця свого народження	3

Найбільше мігрантів походить з Донецької (24%) та Дніпропетровської (16%) областей; з Миколаївської – 8%, з Києва та області – всього 5%.

Натомість у Києві проживає найбільша кількість представників різних областей України, N=132 (див. рис. 3.1.2). Серед них 12% – з Київської області, 10% – з Житомирської, 9% – з Чернігівської, 8% – з Закарпатської, по 5% – з Вінницької, Львівської та Черкаської, 4,5% – з Харківської, 4% – з Донецької, по 3% – з Дніпропетровської та Івано-Франківської, по 2% – з АР Крим, Волинської та Запорізької, в поодиноких випадках з Рівненської, Чернівецької та Хмельницької областей.

Дніпропетровськ є другим за кількістю мігрантів містом серед опитаних підлітків: N=128. Із них приїхали з Дніпропетровської області – 44,5%, із Запорізької – 11%, Донецької – 10%, по 5% – з Одеської та Харківської, 3% – з Херсонської та в окремих випадках з Криму, Вінницької, Кіровоградської, Миколаївської, Полтавської, Черкаської та Чернігівської областей.

Серед тих, хто зараз мешкає в Донецьку (N=81), переважна більшість (91%) – вихідці з Донецької області, а в поодиноких випадках – із Сумської, Харківської, Івано-Франківської та Дніпропетровської областей.

У Миколаєві найменша частка мігрантів серед «підлітків вулиці» з інших областей (N=43). Серед них 63% – приїжджі з Миколаївської області, 7% – Одеської, 5% – Херсонської та по 2% – з Черкаської, Харківської, Вінницької, Дніпропетровської, Донецької та АР Крим.

Щодо того, в якій країні проживали респонденти (до моменту переїзду в теперішнє місто), варто відзначити, що більшість (96%) проживали в Україні, з Росії мігрували 2% опитаних, в поодиноких випадках – з Азербайджану та ОАЕ (Об'єднаних Арабських Еміратів).



Рис. 3.1.2. Міграційні потоки підлітків, які живуть або працюють на вулиці, у чотирьох містах опитування

3.1.3. Освіта

Майже половина опитаних підлітків (45,5%), які живуть або працюють на вулиці, закінчили лише 5-8 класів загальноосвітньої школи, у тому числі респонденти віком 14–19 років. Обов'язкову базову середню освіту отримав лише кожний другий підліток 18–19 та 16–17 років (59% та 48,5%), 8% – 14–15-річних підлітків. Повну середню освіту отримали лише 6,5% респондентів старшої вікової групи (18–19 років) (див. табл. 3.1.4), що майже вдвічі менше, ніж за результатами базового опитування (14%)⁵⁵.

Таблиця 3.1.4

Розподіл відповідей підлітків, які живуть або працюють на вулиці, за освітнім рівнем, залежно від віку та міста проживання, %

	Місто опитування				Стать		Вік				Серед усіх N=805
	Дніпропетровськ N=200	Донецьк N=204	Миколаїв N=200	Київ N=201	хлопці N=565	дівчата N=240	10–13 років N=197	14–15 років N=207	16–17 років N=200	18–19 років N=201	
Ніколи не ходив/ла до школи	4	5	8	10	6	9	14	5	3	5	7
1–3 класи	17	16	7	10	14	8	30,5	10	3	7,5	12,5
Початкова освіта	4	2,5	4,5	1	3	3	7	4	1	0	3
5–8 класів	40,5	46	59	37	45	46	45	72	42,5	22	45,5
Базова середня	32	31	19	34	29	29	1,5	8	48,5	59	29
Середня	2	0,5	1,5	4,5	2	3	0	0	2	6,5	2
Не знаю; немає відповіді	0,5	0	1	3	1	2	2	2	0	0,5	1

На момент опитування 78% дітей та «підлітків вулиці» вказали, що вони не відвідують навчальний заклад, 16% – відвідують загальноосвітню школу, 3% – ПТНЗ.

Крім цього, 7% підлітків, які живуть або працюють на вулиці, ніколи не відвідували школу. Найбільш критична ситуація в молодшій віковій групі – кожен сьомий респондент віком 10–13 років ніколи в житті не ходив до школи. Серед дівчат частка таких, які не відвідували навчальний заклад, дещо більша, ніж серед хлопців (9% та 6% відповідно).

Найбільше підлітків, які мають базову та середню освіту, у Києві (39%), а найменше – у Миколаєві – 20,5%, у Дніпропетровську частка таких респондентів становить 34%, у Донецьку – 31%.

Протягом 2010/2011 навчального року більше половини респондентів (59%) не відвідували навчальний заклад взагалі, решта відвідували школу чи ПТНЗ не частіше 1–2 днів на тиждень (14%) або навіть не кожного місяця (14%). Причинами нерегулярного відвідування навчального закладу є те, що дітям не подобається, нецікаво (52%), не вистачає коштів на придбання форми, книжок, шкільного приладдя (35%), змушені заробляти на життя, допомагати рідним (27%), немає вдома умов для повноцінного навчання – батьки п'ють, скандалять тощо (27%) та 22% не відвідують навчальний заклад через свою неуспішність.

⁵⁵ Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіз. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – С. 70.

3.1.4. Джерела матеріального забезпечення

Наявність власних грошей

Кожен другий (49%) підліток вулиці постійно або часто має власні гроші. Рідко або іноді свої гроші мають 45,5% респондентів. Практично не буває грошей у 5% цільової аудиторії.

За віковою категорією найчастіше гроші з'являються у тих, кому 18–19 років (65%), у вікової групи 10–13 років гроші з'являються набагато рідше, оскільки тільки 34% представників цієї групи заявили, що мають постійно або часто власні гроші. Це найменший показник по відношенню до інших вікових категорій (наприклад, серед 14–15-річних він сягає 40%, а серед 16–17-річних – 58%).

Серед дівчат таких, які частіше мають власні кошти, дещо більше, ніж серед хлопців. Так, постійно та часто мають гроші 53% дівчат та 48% хлопців і, навпаки, іноді – 34% хлопців та 29% дівчат. Серед тих, хто має гроші рідко або їх практично не буває, відмінностей за статтю немає.

Найбільше «заможних» серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, у Дніпропетровську (60% мають гроші постійно та часто), у Миколаєві таких – 54%, у Києві – 46% та в Донецьку найменше – 37%.

Наявність роботи

69% підлітків, які живуть або працюють на вулиці, безробітні. Чверть (27%) даної соціальної групи мають непостійну роботу, і лише 2% мають постійну роботу (2% – недієздатні, інваліди).

Найменше безробітних представників цільової аудиторії у Миколаєві – 60%, а найбільше у Донецьку – 80% (у Дніпропетровську і Києві їх відповідно 68% та 66%). Більше респондентів, які мають тимчасову роботу, у Києві та Миколаєві – 31% та 31,5% відповідно, у Дніпропетровську – 28%, а найменше таких у Донецьку – 15%.

Безробітними здебільшого є підлітки молодших вікових груп 10–13 та 14–15 років – по 75% (серед 16–17-річних таких – 65%, а серед 18–19-річних – 60%). Підлітки старших вікових груп (16–17 та 18–19 років) частіше мають постійну чи тимчасову роботу – 34% та 36% відповідно (22% серед 10–14-річних та 23% серед 14–15-річних).

Що стосується статевої диференціації за зайнятістю опитуваних, то варто відзначити, що питома вага безробітних серед дівчат дещо більша, ніж серед хлопців (відповідно 73% та 67%), але натомість серед тих, хто має постійну роботу, 5% дівчат і лише 1% з числа хлопців. У свою чергу хлопці більше, ніж дівчата, займаються тимчасовою працею (29% та 22% відповідно).

Шляхи отримання грошей

Більшість опитаних здобуває гроші нелегальним шляхом: жебракує/просить милостиню (47%), краде та продає крадене (44%), 35% респондентів надають сексуальні послуги. Серед законних способів отримання грошей: здавання в приймальні пункти макулатури, металу (40%) та збір порожніх пляшок (32%). Чверть (25%) «підлітків вулиці» так чи інакше намагаються працювати самостійно (мити машини, працювати вантажником, продавцем, грати на музичних інструментах), а 37% розраховують на допомогу родичів чи сторонніх людей (просять у батьків, родичів, опікунів та допомагають знайомим і незнайомим людям, родичам за винагороду) (див. рис. 3.1.3).

Найбільша частка тих представників даної соціальної групи, які займаються жебрацтвом, серед опитаних у Донецьку та Києві – відповідно 60% та 54%; тих, хто займається

крадіжками (61%) та надають сексуальні послуги (47%) – Дніпропетровську; у Миколаєві пріоритетним шляхом отримання грошей є збір та здавання в приймальні пункти макулатури, металу (57,5%).



Рис. 3.1.3. Розподіл відповідей підлітків, які живуть або працюють на вулиці, на запитання «Як ти зазвичай здобуваєш гроші?», %

Характер здобування коштів має деякі відмінності за статтю респондентів. Так, серед дівчат питома вага тих, які просять гроші у батьків, родичів, опікунів, перевищує питому вагу таких серед хлопців (22% та 16% відповідно). А хлопці здебільшого крадуть, продають крадене – 50% (29% дівчат), збирають і здають в приймальний пункт макулатуру, метал – 47% (21% дівчат), збирають порожні пляшки – 35% (25% дівчат), миють машини – 17% (6% дівчат). Досить великою є частка хлопців, які надають сексуальні послуги – 38% (26% дівчат). В однаковій мірі і хлопці, і дівчата вулиці просять милостиню, жебракують (по 47%).

Максимальна (72%) частка тих, хто жебракує/просить милостиню – серед тих, кому 10–13 років, а мінімальний цей показник серед тих, кому 18–19 років – 26%. Крім цього, з молодших вікових груп більше «дітей вулиці» заробляють на життя шляхом збирання порожніх пляшок – 41% (серед 18–19-річних таких 22%).

Найбільша частка тих, хто займається крадіжками, у вікових груп 16–17 та 18–19 років – по 49% в кожній групі, найменше тих, хто краде, у наймолодшій віковій групі – 36%. З віком зростає і частка тих, хто надає сексуальні послуги за гроші, – 38% підлітків 18–19 років та 28% 10–13-річних.

Ключові результати до параграфу 3.1

- Протягом останніх 3-х місяців майже дві третини (65%) підлітків не мали місця для проживання: 22% останні три місяці проживали на вулиці, де доведеться, у підземних переходах, на ринках; 18% – у порожніх та занедбаних дачах чи будинках; 10% у помешканні випадкових знайомих або незнайомих; 8% – в котельнях, теплотрасах, підвалах, каналізації; 7% – на залізничному вокзалі, автовокзалі, у поїздах чи електричках.
- Половина опитаних (51%) не мають матері (24%) і/або батька (27%) та 44% взагалі не знають, чи живі вони.
- Лише 4% «підлітків вулиці» живуть разом з обома батьками. Ще 16% – проживають з одним з батьків. Переважна більшість (80%) проживають взагалі без батьків. З друзями проживають 67% респондентів.

- Основними причинами послаблення чи втрати зв'язку із сім'єю є пияцтво батьків, вживання наркотиків, позбавлення батьківських прав, розлучення і проживання батька чи матері в іншому місті.
- Більше половини підлітків, які живуть або працюють на вулиці, народилися в місті, де проходило опитування (52%), інші 48% приїхали з різних областей України. Кожен третій підліток-мігрант проживає в місті опитування менше року (31,5%).
- Найбільше підлітків-мігрантів, які живуть або працюють на вулиці, зафіксовано серед опитаних у Києві (132 з 201 опитаних) та Дніпропетровську (128 з 200).
- Кожен другий опитаний підліток вулиці не знає, за якою адресою він прописаний (46%).
- Майже половина опитаних підлітків (45,5%) закінчили лише 5–8 класів загальноосвітньої школи, у тому числі й респонденти старших вікових категорій. 7% ніколи не відвідували школу.
- Кожен другий (49%) підліток вулиці постійно або часто має власні гроші. Причому лише 2% мають постійну роботу, 27% – непостійну роботу та 69% є безробітними. Більшість опитаних здобуває гроші нелегальним шляхом: жебракує/просить милостиню (47%), краде та продає крадене (44%), надає сексуальні послуги (35%).

3.2. Вживання психоактивних речовин

3.2.1. Алкоголь та наркотики

Переважає більшість (96%) підлітків, які живуть або працюють на вулиці, хоч раз у житті мали досвід вживання алкогольних напоїв (вина, пива, горілки), а також великою є частка тих, хто курив «травку» (70%). Чималий відсоток респондентів (67%) нюхали (або продовжують це робити) клей, а кожен другий підліток хоч раз у житті вживав наркотик без шприца (таблетки, розчини, «компот») – 52% (див. рис. 3.2.1).

Кожний опитаний підліток, який мешкає в Дніпропетровську, вживав алкогольні напої (100%), найбільша частка тих, хто нюхав клей, проживає в Києві (75%), значна частка тих респондентів, які курили «травку», мешкає в Миколаєві (74%), 64% донецьких «підлітків вулиці» вживали наркотик без шприца.

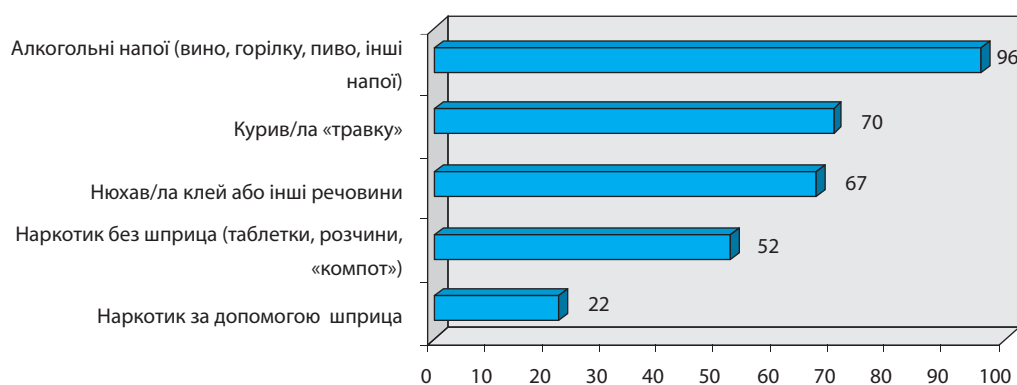


Рис. 3.2.1. Розподіл підлітків, які живуть або працюють на вулиці, за досвідом вживання психоактивних речовин, %

Питома вага споживачів «травки» та клею серед хлопців більша, ніж серед дівчат (74% хлопців і 62% дівчат курили «травку» та 73% хлопців і 53% дівчат нюхали клей). З віком помітно зростає частка тих, хто хоч раз у житті вживав «травку» чи наркотики без шприца. Наприклад, курили «травку» 45% підлітків молодшої вікової групи та майже удвічі більший відсоток (83%) підлітків старшої вікової категорії. Наркотики без шприца вживала майже третина 10–13-річних підлітків (28%) та більше половини 18–19-річних – 66%.

3.2.2. Вживання ін'єкційних наркотиків

Досвід вживання ін'єкційних наркотиків

Кожний четвертий-п'ятий підліток, який живе і/або працює на вулиці, мав досвід вживання наркотику за допомогою шприца (22%). Частка СІН серед хлопців суттєво переважає їх частку серед дівчат (24% та 15% відповідно). З віком частка тих респондентів, які вживали наркотик за допомогою шприца, збільшується від 2,5% серед 10-13 річних до 42% серед старшої вікової групи (див. рис. 3.2.2).

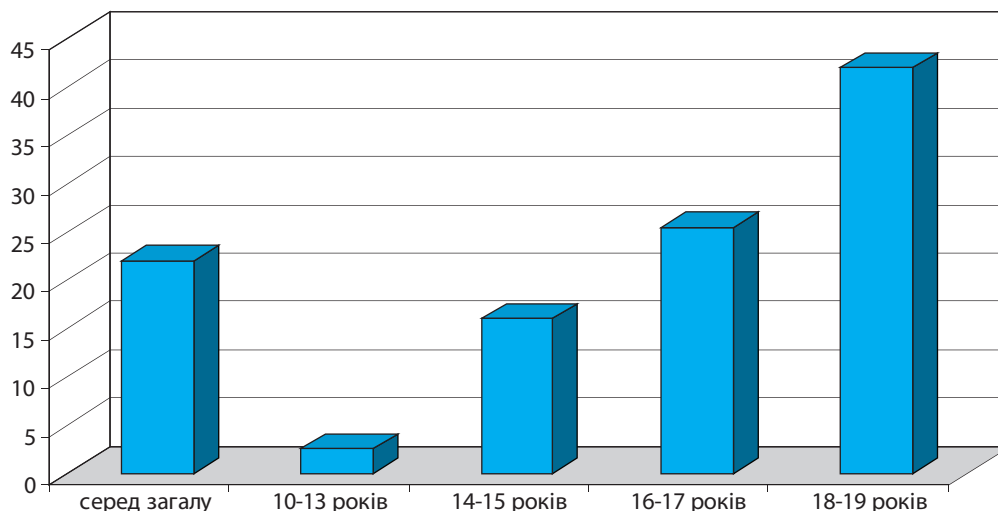


Рис. 3.2.2. Досвід вживання ін'єкційних наркотиків серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, за віком, %

У розрізі міст наявні різні показники щодо кількості СІН серед опитаних «підлітків вулиці». Так, у Києві таких найбільше – майже третина (32%), в Донецьку – чверть (24,5%), в Дніпропетровську – 17,5%, а в Миколаєві – 12,5%.

Вік початку вживання ін'єкційних наркотиків

Старт вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у підлітків, які живуть або працюють на вулиці, відбувався переважно у віці до 15 років (73% серед тих, хто мав досвід вживання), у віці до 18 років вже 97% респондентів мали відповідний досвід.

Середній вік початку вживання ін'єкційних наркотиків – 15 років.

Частота вживання ін'єкційних наркотиків

Майже кожен третій підліток вулиці з числа тих, хто вживає ін'єкційні наркотики, вживав їх минулого тижня перед опитуванням (31%), майже кожен четвертий – 2–6 місяців тому (23%).

Серед тих, хто вживав їх протягом останніх 30 днів перед опитуванням, 11% вказали на щоденну практику вживання, більше третини – вживали наркотики ін'єкційним шляхом два рази на тиждень (35%), 15% – 3–4 рази на тиждень та ще чверть – раз на місяць (25,5%) (див. рис. 3.2.3).

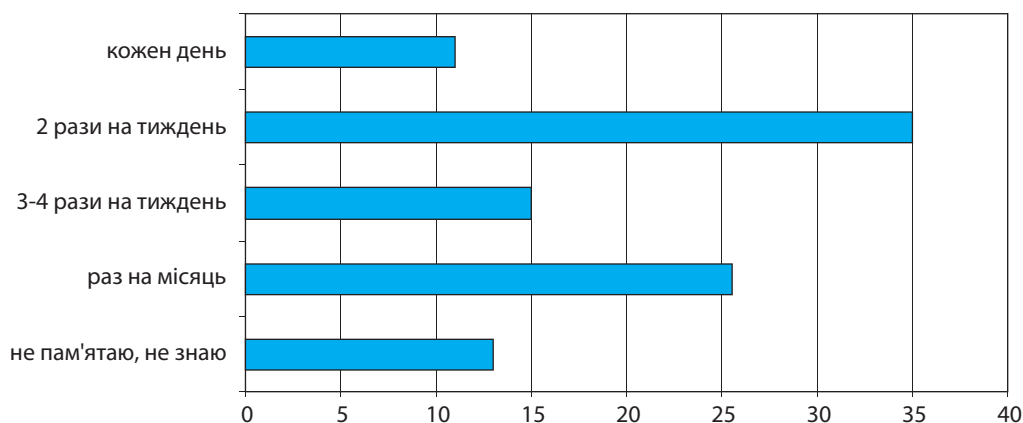


Рис. 3.2.3. Частота вживання ін'єкційних наркотиків протягом останніх 30 днів, % (серед тих, хто вживав ін'єкційні наркотики протягом останніх 30 днів, N=98)

3.2.3. Небезпечні щодо ВІЛ-інфекції практики вживання ін'єкційних наркотиків

Від чверті до половини респондентів, які вживали ін'єкційні наркотики протягом останніх 30 днів перед опитуванням, робили це, застосовуючи небезпечні щодо ВІЛ-інфекції практики. Так, більше половини (55%) підлітків цієї групи вживали наркотик з попередньо наповненого шприца, кожен другий – наповнював наркотиком шприц із загального посуду (ложки чи склянки, каструлі), з якого свій шприц наповнював хтось інший (50%), майже половина – вживали наркотик, використовуючи шприц після того, як хтось увів у нього наркотик зі свого шприца (45%), 40,5% – робили ін'єкцію шприцом, яким до цього робила ін'єкцію інша людина, 37% – вживали наркотик, використовуючи шприц, що був наповнений з «робочого» шприца та чверть респондентів використовували фільтр або вату, яку хтось використовував для відсмоктування наркотику за допомогою своїх шприца/голки (26%). Кількість підлітків, які мали ці небезпечні практики за останній місяць два чи більше разів, суттєво перевищує кількість тих, хто мав їх один раз (див. табл. 3.2.1).

Таблиця 3.2.1

Частота небезпечних поведінкових практик протягом останніх 30 днів серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці та вживають ін'єкційні наркотики, % (N=98)

	Один раз			Два та більше разів			Серед усіх, N=98
	Хл.	Дів.	Загалом	Хл.	Дів.	Загалом	
Робили ін'єкцію шприцом, яким до цього робила ін'єкцію інша людина	16	18	16	23,5	29	24,5	40,5
Вживали наркотики, використовуючи шприц після того, як хтось увів у нього наркотик зі свого шприца	10	23,5	12	36	18	33	45
Вживали наркотик, використовуючи шприц, що був наповнений з «робочого» шприца	7	6	7	31	23,5	30	37
Вживали наркотик з попередньо наповненого шприца	15	0	12	44	35	43	55
Використовували фільтр або вату, яку хтось використовував для відсмоктування наркотику за допомогою своїх шприца/голки	10	0	8	18	17	18	26
Наповнювали наркотиком шприц із загального посуду (ложки чи склянки, каструлі), з якої свій шприц наповнював хтось інший	11	0	9	41	41	41	50

Дівчата-СІН частіше (два рази і більше), ніж хлопці, робили ін'єкцію шприцом, яким до цього робила ін'єкцію інша людина (29% та 23,5% відповідно), а хлопці частіше за дівчат вживали наркотики, використовуючи шприц після того, як хтось увів у нього наркотик зі свого шприца (36% та 18% відповідно), вживали наркотик, використовуючи шприц, що був наповнений з «робочого» шприца (31% та 23,5% відповідно), та вживали наркотик з попередньо наповненого шприца (44% та 35% відповідно).

Використання нового/стерильного шприца/голки під час останнього вживання наркотику

Під час останнього вживання наркотику 45% опитаних з числа тих, хто вживає ін'єкційні наркотики, відзначили, що використовували новий/стерильний шприц/голку (46% хлопців та 42% дівчат).

Респонденти-СІН старшої вікової групи в більшій мірі використовують стерильний інструментарій, ніж молодшої: більше половини підлітків 18–19 років (54%), 41% – 16–17-річних, 35% – 14–15-річних та жоден підліток у віці 10–13 років. Кожний четвертий представник наймолодшої вікової групи (10–13 років) не став відповідати на це запитання (26%).

Серед тих підлітків-СІН, які відповіли, що використовував новий/стерильний шприц чи голку під час останнього вживання наркотику (N=78 осіб), найбільше мешканців Києва – 32%, трохи менше – Донецька (28%) та Дніпропетровська (27%) та найменше з Миколаєва – 14% користувались стерильним інструментарієм.

Частота використання однієї й тієї ж голки/шприца для вживання наркотику

Кожен третій підліток, який вживає ін'єкційні наркотики, використовував одну й ту ж саму голку/шприц більше одного разу (два рази і більше – 35%), причому використовували один і той же інструментарій два і більше разів 42% 18–19-річних, 37% 16–17-річних, 21% 14–15-річних та жодний підліток-СІН 10–13 років. За статтю різниця статистично незначуща.

Частота використання інструментарію спільно з ким-небудь для ін'єкцій наркотиків за останній місяць

Майже чверть підлітків-СІН використовували голку/шприц, які вже були кимось використані, два рази і більше за останній місяць (21%), 7,5% – один раз. Дівчата мали таку практику трохи частіше, ніж хлопці. Наприклад, два і більше разів використовували спільний інструментарій 25% дівчат та 20% хлопців-СІН, а один раз – 9% хлопців та 3% дівчат. Найчастіше мали таку практику підлітки-СІН 16–17 років: один раз – 10%, двічі і більше – 29%.

3.2.4. Джерела отримання/придбання інструментарію для вживання ін'єкційних наркотиків

Переважає більшість (75%) підлітків-СІН, які живуть або працюють на вулиці, беруть шприци у друзів-СІН. Майже половина респондентів (44%) отримують шприци там, де і вживають наркотичні речовини, 17% – беруть у статевого партнера, 13% опитаних підбирають інструменти для вживання відповідних речовин на вулицях або в під'їздах. Крім цього, «підлітки вулиці» беруть інструментарій у друзів, які не вживають ін'єкційні наркотики, родичів, деякі крадуть його в аптеці, лікарні чи магазині (див. рис. 3.2.4).

Щодо офіційних джерел отримання шприців, то майже кожен другий підліток-СІН купує їх в аптеці (47%), кожен п'ятий – отримує інструментарій в пункті обміну шприців або в соціального працівника (21% та 20% відповідно), в поодиноких випадках отримують їх у лікарні.

Дівчата більше, порівняно з хлопцями, схильні брати шприци в статевих партнерів (39% та 4% відповідно) та соціальних працівників (28% та 18% відповідно), а хлопці дещо частіше беруть шприци у друзів-СІН (77,5% та 67% відповідно), там, де і вживають наркотики (46% та 36% відповідно), та підбирають їх на вулиці (14,5% та 6% відповідно).



Рис. 3.2.4. Джерела отримання/придбання інструментарію (серед «підлітків вулиці», які вживають ін'єкційні наркотики, N=174)

Ключові результати до параграфу 3.2

- 96% підлітків, які живуть або працюють на вулиці, хоч раз у житті мали досвід вживання алкогольних напоїв, 70% – курили «травку», 67% – нюхали клей, а кожен другий підліток хоч раз у житті вживав наркотик без шприца – 52%.
- Кожний п'ятий серед всіх опитаних вживав наркотики ін'єкційним шляхом (22%).
- Старт вживання ін'єкційних наркотиків у «підлітків вулиці» відбувався переважно у віці до 15 років (73% серед тих, хто мав досвід вживання), у віці до 18 років вже 97% респондентів-СІН мали відповідний досвід.
- Переважна більшість (75%) підлітків-СІН, які живуть або працюють на вулиці, беруть шприци в друзів-СІН.
- Від чверті до половини респондентів, які вживали ін'єкційні наркотики протягом останніх 30 днів перед опитуванням, застосовували ті чи інші небезпечні щодо ВІЛ-інфекції практики: 55% вживали наркотик з попередньо наповненого шприца, 50% наповнювали наркотиком шприц із загальної тари, 45% використовували шприц після того, як хтось увів у нього наркотик зі свого шприца, 40,5% робили ін'єкцію шприцом, яким до цього робила ін'єкцію інша людина, 37% використовували шприц, що був наповнений з «робочого» шприца, та 26% використовували фільтр або вату, яку хтось використовував для відсмоктування наркотику за допомогою своїх шприца/голки.
- За останній місяць п'ята частина підлітків-СІН два рази і більше використовували голку/шприц, які вже були кимось використані (21%).

3.3. Статева поведінка

3.3.1. Сексуальний дебют та партнери

Досвід статевих стосунків з партнером протилежної статі

Дві третини підлітків, які живуть або працюють на вулиці (73%), відзначили, що мали досвід статевих стосунків з партнером протилежної статі (70% хлопців та 80% дівчат) (див. табл. 3.3.1).

Серед молодшої вікової групи (10–13 років) кожний третій опитаний уже мав такий досвід. Серед хлопців таких, які ще не мали сексу з партнером протилежної статі, більше, ніж серед дівчат (29% та 18% відповідно). На момент виповнення 19 років переважна більшість підлітків, які живуть або працюють на вулиці (95%), мали секс з партнером протилежної статі.

Найбільш сексуально активними є хлопці та дівчата Києва та Дніпропетровська (87% та 70,5% відповідно). У м. Миколаєві, яке було лідером у 2007 році (88%)⁵⁶, частка респондентів, які вже мали статевий акт, зменшилася на 18,5% і становить 69,5%. Такі зміни можна пояснити ефективними інтервенціями під час реалізації проекту (наприклад, модель у м. Миколаєві «Забезпечення максимального доступу дівчат-підлітків, залучених до надання сексуальних послуг за винагороду, до комплексних послуг служби охорони здоров'я, соціальних служб, програм з питань ВІЛ/СНІДу/ІПСШ»).

Таблиця 3.3.1

Розподіл підлітків, які живуть або працюють на вулиці і мали досвід статевого акту за статтю, віком та містом проживання, %

	Місто опитування				Стать		Вік				Серед усіх
	Дніпропетровськ	Донецьк	Миколаїв	Київ	хлопці	дівчата	10-13 років	14-15 років	16-17 років	18-19 років	
Так	70,5	66	69,5	87	70	80	30	77	90,5	95	73
Ні	26,5	33	30,5	12	29	18	67	22	9,5	4,5	26
Немає відповіді	3	0,5	0	1	1	2	3	1	0	0,5	1

Вік сексуального дебюту

Серед тих підлітків, які вказали на наявність статевих контактів (N=590 осіб), у 80% респондентів перший досвід відбувся до 15 років, але порівняно з 2007 роком частка підлітків, які почали статеве життя у цьому віці, знизилася на 4%⁵⁷. Середній вік сексуального дебюту – 14 років. Суттєвих відмінностей щодо початку статевого життя за статтю немає.

Кількість статевих партнерів за останній рік (12 місяців)

Підлітки, які мали досвід статевого акту (N=590), найчастіше мали 3–5 партнерів (29%) протягом останнього року перед опитуванням. Одного чи двох партнерів мали відповідно 19,5% та 18% опитаних цієї групи, 6–10 статевих партнерів було у 16% респондентів та більше 10 партнерів – у 13% респондентів, ще 2% взагалі не пам'ятають кількість своїх статевих партнерів (див. табл. 3.3.2).

⁵⁶ Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – С. 81.

⁵⁷ Там само. – С. 81.

Таблиця 3.3.2

Кількість статевих партнерів за останній рік, за віком та за статтю, %
(серед підлітків, які мали досвід статевого контакту, N=590)

	Стать		Вік				Серед усіх N=590
	хлопці	дівчата	10–13 років	14–15 років	16–17 років	18–19 років	
	N=398	N=192	N=59	N=159	N=181	N=191	
1 партнер	19	20	34	26	13	16	19,5
2 партнери	22	10	24	20	17	15	18
3–5 партнерів	33	22	20	27	38	26	29
6–10 партнерів	15	19	14	10	17	21	16
11 партнерів і більше	6,5	26	3	11	12	19	13
Не пам'ятаю	2	3	3	0,6	3	3	2
Не було сексу за останні 12 місяців	3	0,5	2	6	1	1	2

У дівчат, порівняно з хлопцями, більша кількість статевих партнерів (від 6 та більше). Так, про стосунки з 6–10 партнерами за останній рік вказали 19% дівчат та з 11 і більше партнерами – 26%. Серед хлопців це відповідно 15% та 6,5%.

Опитані молодшої вікової групи (10–13 років) здебільшого мали одного чи двох партнерів за рік (34% та 24% відповідно), починаючи з 14 років і старше кількість партнерів зростає. Наприклад, 3–5 партнерів за рік уже мав кожний третій 16–17-річний підліток (38%), 6–10 партнерів мав майже кожний четвертий підліток 18–19 років (21%), а також 19% респондентів старшої вікової групи мали статеві контакти з 11 і більше партнерами за дванадцять місяців перед опитуванням.

Наявність постійного партнера та тривалість таких стосунків

Більше половини опитаних хлопців та дівчат (64%), які живуть або працюють на вулиці та мали досвід статевого життя, повідомили, що не мають постійного партнера іншої статі, у 34% – такий партнер є.

Хлопці, які вказали на наявність постійної партнерки (31%), відзначили, що переважно їх стосунки тривають до 6 місяців (69% серед тих, хто має постійного партнера). Серед дівчат питома вага тих, які мають постійного партнера, вища, ніж серед хлопців (48%), але тривалість таких відносин також не перевищує півроку (64%).

Наявність постійного партнера–СІН

Кожен четвертий підліток вулиці, який має постійного статевого партнера (N=215), вказав, що його партнер вживає наркотики за допомогою шприца (7% від загалу опитаних або 27% від тих, хто має постійного партнера).

Питома вага дівчат, які мають постійного партнера–СІН вища, ніж хлопців (30% та 23% відповідно), тож ця уразлива група знаходиться в зоні особливого ризику залучання до вживання ін'єкційних наркотиків та можливості інфікування ВІЛ/СНІДом.

Кількість постійних партнерів за останній рік

Половина опитаних, які мали постійні відносини з статевим партнером, відзначили, що за останній рік це був один партнер (52%), на наявність двох таких партнерів за рік вказали 29% респондентів цієї групи, три партнери було в 10%, а чотири-десять – у 7% респондентів (див. табл. 3.3.3).

За статтю суттєвих розбіжностей в відповідях щодо кількості постійних партнерів за рік не виявлено.

Таблиця 3.3.3

Розподіл підлітків, які живуть або працюють на вулиці, за кількістю постійних статевих партнерів, % (серед тих, хто мав таких партнерів за останній рік, N=215)

	Постійні партнери N=215		
	Хлопці N=124	Дівчата N=91	Загалом N=215
1 партнер	52	53	52
2 партнери	29	30	29
3 партнери	10,5	10	10
4 партнери і більше (до 10 партнерів)	8	7	7
Не пам'ятаю	1	1	1

Наявність та кількість випадкових партнерів за рік

Переважає більшість «підлітків вулиці», які мали досвід статевого контакту, відмітили, що в них був секс з випадковим партнером протилежної статі протягом життя (82% від загалу тих, хто мав статевий акт), та майже всі респонденти з цієї групи мали таких партнерів за останні 12 місяців перед опитуванням (88%). Серед тих хлопців, які мали стосунки з випадковими статевими партнерами за останній рік, дещо більше, ніж серед дівчат, – 90% та 84% відповідно.

Кожен четвертий респондент цієї групи (26% серед тих, хто мав випадкового партнера за рік) мав 6 та більше таких статевих партнерів. Ще чверть опитаних мали двох партнерів – 25%, одного та трьох партнерів мали по 13%, чотирьох – 11,5%, п'ятьох – 12% (див. табл. 3.3.4). Відмінностей за статтю немає.

Таблиця 3.3.4

Розподіл підлітків, які живуть або працюють на вулиці, за кількістю випадкових статевих партнерів, % (серед тих, хто мав таких партнерів за останній рік)

	Випадкові партнери N=427		
	Хлопці N=304	Дівчата N=123	Загалом N=427
1 партнер	14	11	13
2 партнери	28	17	25
3 партнери	12,5	15	13
4 партнери	11	13	11,5
5 партнерів	10,5	15	12
6 партнерів і більше (до 60 партнерів)	25	28,5	26

3.3.2. Практика одностатевих контактів серед хлопців

Досвід анального сексу з хлопчиком/чоловіком

Серед загальної кількості опитаних хлопців (N=565), 7% практикували анальний секс з хлопчиками/чоловіками.

Найбільше хлопців-ЧСЧ виявилось у Києві (9,5% від загалу опитаних), у Донецьку таких хлопців – 4%, у Миколаєві – 3,5%, а в Дніпропетровську найменше – 2,5%. У 2007 році містами-лідерами за кількістю підлітків ЧСЧ були Миколаїв та Київ⁵⁸.

Вік сексуального дебюту хлопців з представниками чоловічої статі

85% хлопців-ЧСЧ мали досвід анального статевого акту з чоловіком ще до виповнення 15 років, а у віці 18 років вже 97,5% підлітків-ЧСЧ мали досвід таких стосунків. Середній вік сексуального дебюту хлопців-ЧСЧ – 13 років.

Частота анального сексу з чоловіком/хлопчиком серед ЧСЧ

Більше чверті хлопців, які мали анальний секс з чоловіком, відзначили, що мали цей досвід більше року тому (27,5%), менше чверті – минулого тижня (20%), 17,5% – 2–6 місяців тому, 12,5% – 7–12 місяців тому, по 7,5% зазначили відповіді «сьогодні/вчора», «минулого місяця», та ще 7,5% важко було дати відповідь на це запитання.

Кількість ЧСЧ-партнерів за останній місяць

Серед тих підлітків-ЧСЧ, які мали анальний статевий контакт протягом останнього місяця, 17,5% мали одного статевого партнера. Ще по 12,5% мали двох, трьох і більше партнерів.

Кількість ЧСЧ-партнерів за останній рік

32,5% хлопців, які мали секс із чоловіками, зазначили, що за останній рік кількість їх партнерів була в межах трьох і більше (до 40 партнерів) осіб. Стосунки з одним партнером за останніх 12 місяців перед опитуванням мали 27,5% хлопців-ЧСЧ, з двома – 12,5%.

3.3.3. Комерційний секс

Досвід отримання винагороди в обмін на сексуальні послуги

Кожний четвертий підліток, який проводить на вулиці більшу частину свого життя, так чи інакше мав досвід обміну своїх сексуальних послуг на гроші, їжу, одяг, ночівлю, алкоголь, наркотичні речовини тощо (N=209 осіб). Так, майже чверть опитаних отримували винагороду грошми (24%), ще 21% продавали свої сексуальні послуги за продукти харчування, їжу; винагороду у вигляді алкоголю та ночівлі отримали по 20% підлітків, 10% – у вигляді одягу, 9,5% – отримали наркотики, 7% – товари; крім цього, 3% дівчат отримували іншу винагороду. Наприклад: «Звозили на море» (дівчина, 17 років, Дніпропетровськ), «Пробачили картярський борг» (дівчина, 17 років, Донецьк), «Оплатили проїзд» (дівчина, 16 років, Дніпропетровськ), «Кільця, квіти» (дівчина, 19 років, Донецьк), «Мене пригощали цукерками» (дівчина, 18 років, Дніпропетровськ), «Подарували духи, косметику, гребінець» (дівчина, 15 років, Донецьк).

У цілому частка дівчат, які практикували секс за винагороду, значно вища, ніж хлопців. Наприклад, гроші отримала кожна друга дівчина (55%) та лише 9% хлопців, продукти харчування – 45% та 8,5% відповідно, алкоголь – 42% та 10% відповідно, ночівлю – 41% та 10% відповідно. За віком суттєвих розбіжностей не виявлено.

⁵⁸ Там само. – С. 83.

Вік першого комерційного сексу

Більш ніж половина тих підлітків, які надавали сексуальні послуги за винагороду, розпочали цю практику у віці до 15 років (58%), ще 32,5% – у 15–18 років (9% на це запитання не відповіли). Серед дівчат частка тих, хто почав отримувати винагороду за секс до 15 років, вища, ніж серед хлопців (62% та 52% відповідно).

Середній вік першого комерційного сексу – 14 років.

Наявність та кількість комерційних партнерів за останній рік

Кожний четвертий-п'ятий респондент, у якого був статевий досвід, відмітив, що за останні 12 місяців перед опитуванням мав комерційні статеві відносини (секс за гроші) (22%). Продавали свої сексуальні послуги 55% дівчат, а 6,5% хлопців купували секс.

Найбільше підлітків, залучених до комерційного сексу, у Донецьку та Дніпропетровську (27% та 26%), у Києві – 19%, найменше – у Миколаєві (17%). Дівчат комерційного сексу серед дітей і «підлітків вулиці» найбільше в Донецьку – 69%, а хлопців, які купують сексуальні послуги, – у Дніпропетровську (12%).

Більше половини дівчат, залучених до комерційного сексу, мали від 6 до 60 партнерів за останній рік (56%) (див. табл. 3.3.5). Два-три партнери за рік мали чверть дівчат комерційного сексу (23%), чотири-п'ять – 11% та одного партнера за рік – 6%. Ще 5% дівчат взагалі не можуть згадати кількість своїх комерційних партнерів. Половина хлопців, навпаки, мали комерційні стосунки з однією партнеркою (50%), 31% хлопців – з двома партнерками, чотири-п'ять комерційних партнерок за рік мали 15%, а шість та більше – 4%.

Таблиця 3.3.5

Розподіл підлітків, які живуть або працюють на вулиці, за кількістю комерційних статевих партнерів, % (серед тих, хто мав таких партнерів за останній рік)

	Комерційні партнери N=132		
	Хлопці N=26	Дівчата N=106	Загалом N=132
1 партнер	50	6	14
2–3 партнери	31	23	24
4–5 партнерів	15	11	12
6 партнерів і більше (до 60 партнерів)	4	56	45,5
Не пам'ятаю	0	5	4

Досвід сексу за винагороду з партнером-ЧСЧ та кількість таких партнерів

Серед хлопців, які практикують секс із чоловіками (N=31), половина (17 осіб) вказали на факт отримання винагороди у вигляді грошей, товарів, одягу, продуктів харчування, наркотиків тощо за свої сексуальні послуги протягом останнього року.

11 хлопців-ЧСЧ із тих, хто отримував винагороду за анальний секс, мали від одного до трьох партнерів, 5 хлопців-ЧСЧ – від п'яти і більше (до 20) партнерів.

3.3.4. Примус до сексу

Примус до сексу серед ЧСЧ

Серед загальної кількості хлопців-ЧСЧ майже третина зазнавали насилля з боку статевого партнера (силу застосовував партнер), 10% – обидва партнери застосовували силу та

один респондент відзначив, що до анального сексу примушував він сам. Не застосовували силу 37,5% хлопців, які практикують секс із хлопцями/чоловіками.

Примус до сексу протягом життя та протягом року (серед хлопців та дівчат)

Майже кожен третій підліток, який живе і/або працює на вулиці та мав досвід статевих стосунків (29% від тих, хто мав статевий досвід), зазнав примусу до занять сексом протягом життя. Причому серед дівчат частка тих, кого примушували до статевого контакту, сягає 67%. Серед хлопців зазнали сексуального примусу 11%. Протягом останнього року перед опитуванням 15% «підлітків вулиці» змушували займатися сексом, коли вони цього не хотіли (2% хлопців та 41% дівчат).

3.3.5. Використання презервативів

Використання презерватива під час останнього сексу

Три чверті (75%) підлітків, які мають досвід статевих стосунків, не використовували презерватив під час останнього сексу зі своїм постійним партнером. Також майже половина опитаних, які мали досвід випадкових статевих контактів, не користувалися презервативом під час останнього акту (46%). Лише з комерційними партнерами частка підлітків, які практикували захищений секс, дещо вища – під час останнього контакту використовували презерватив 61%.

Частота використання презерватива під час сексу з постійним партнером

Про використання презерватива завжди та в більшості випадків за останній місяць повідомили відповідно лише 6% та 13% респондентів, які мали стосунки з постійним партнером/кою, та, навпаки, *ніколи* не користувалися ним або рідко – 42% та 9% відповідно (див. рис. 3.3.1). За статтю та віком суттєвих відмінностей щодо частоти використання презерватива з постійним партнером не виявлено.

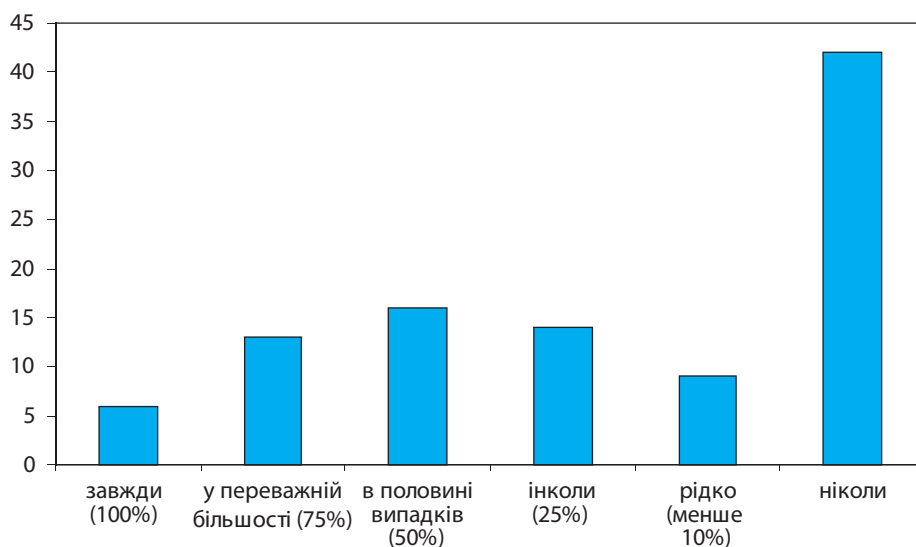


Рис. 3.3.1. Практика використання презервативів під час сексу з постійним партнером серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, % [серед тих, хто мав стосунки з постійним партнером, N=215]

Частота використання презерватива під час сексу з випадковими та комерційними партнерами

Під час сексу з випадковим партнером майже чверть «підлітків вулиці», які мають досвід статевих стосунків, *ніколи* за 12 місяців перед опитуванням не використовували пре-

зерватив (23%) або користувались ним *рідко* (13%) (див. табл. 3.3.6). Щодо фактів захищеного сексу з випадковими статевими партнерами, то *завжди* використовували презерватив лише 13%. Серед хлопців частка тих, які практикували ризиковану статеву поведінку в такій ситуації, дещо більша, ніж серед дівчат, хлопці рідше користувались засобами захисту. Наприклад, *ніколи* не використовували презерватив 26% хлопців та 15% дівчат, а використовували його *у половині випадків* 11% хлопців та 20% дівчат.

Чим старший респондент, тим більше він практикує захищений секс з випадковими партнерами. Так, майже кожний четвертий (22%) серед підлітків 18–19 років використовував презерватив *завжди* (10% серед підлітків 10–13 років), і, навпаки, *ніколи* не використовував кожний другий представник молодшої вікової групи (59%) та 14% – старшої.

Інша ситуація спостерігається у частоті використання презерватива з комерційними партнерами. Четверть опитаних підлітків, які мали секс за гроші, *завжди* використовували презерватив (26,5%) (див. табл. 3.3.6). Ще майже чверть (21%) користувались ним *у більшості випадків*. Серед хлопців частка тих, що завжди користуються презервативом під час сексу з комерційною партнеркою, значно вища, ніж серед дівчат, які його використовують під час надання сексуальних послуг (38,5% та 24% відповідно).

Підлітки старшої вікової групи більше, ніж 10–13-річні підлітки, практикують захищений секс з комерційними партнерами. Так, завжди використовували презерватив більше третини 18–19-річних (36%) (15% у молодшій віковій групі), а ніколи не використовували – 23,5% підлітків 10–14 років (18% серед 18–19-річних).

Таблиця 3.3.6

Практика використання презервативів під час сексу з випадковими і комерційними партнерами серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, %
[серед тих, хто мав стосунки з такими партнерами]

	Випадкові партнери N=427			Комерційні партнери N=132		
	хлопці	дівчата	загалом	хлопці	дівчата	загалом
Завжди (100%)	13	14	13	38,5	24	26,5
У переважній більшості (75%)	10	8	9,5	11,5	24	21
В половині випадків (50%)	11	20	14	0	15	12
Інколи (25%)	16	14	15,5	11,5	18	17
Рідко (менше 10%)	13	14	13	4	12	11
Ніколи	26	15	23	37	7,5	13

Використання презерватива під час останнього сексу з партнером–ЧСЧ

Майже кожний п'ятий хлопець, який мав досвід статевого контакту з чоловіками, під час останнього сексу презерватив не використовував (19%).

Крім цього, під час останнього сексу з *комерційним* партнером–ЧСЧ презервативом користувались лише 13% підлітків (від загалу хлопців–ЧСЧ), 39% мали незахищений секс.

Частота використання презерватива протягом останнього місяця під час сексу з партнером–ЧСЧ

Серед усіх хлопців, які практикують секс із чоловіками, майже половина – ніколи протягом останнього місяця не використовували презерватив під час сексу (48%), ще майже

чверть – використовували його лише інколи (22%). Про користування презервативом завжди та в більшості випадків повідомили відповідно 6,5% та 10% хлопців цієї категорії.

Джерела отримання презервативів

Найбільш популярними є «неофіційні» джерела отримання презервативів. Наприклад, майже половина опитаних беруть їх у друзів та в статевого партнера (по 48%), ще 4% презервативи крадуть (в аптеці, лікарні, магазині та ін. місцях), 3% – беруть у членів родини. Причому хлопці більш схильні брати презервативи у друзів (51,5%), а дівчата – у своїх статевих партнерів (65%).

Щодо «офіційних» джерел, то майже третина респондентів купують презервативи в аптеці (30%), 27,5% – в «ларьку», ще 27% отримують їх у соціального працівника і лише 1% – у лікарні.

3.3.6. Статеве здоров'я

Наявність симптомів ІПСШ (ранки на статевих органах, виділення тощо)

11% серед усіх опитаних вказали, що в них були такі прояви ІПСШ, як ранки, виразки на статевих органах, виділення, причому питома вага таких серед дівчат більша, ніж серед хлопців (18% та 8% відповідно).

З віком кількість підлітків, які мали симптоми ІПСШ, зростає. Так, кожен четвертий-п'ятий підліток 18–19 років мав ранки, виразки на статевих органах, виділення (22% від загалу підлітків цієї групи). Серед підлітків 16–17 років такі симптоми проявилися в 11,5%, 14–15-річних – у 8%, а серед підлітків молодшої вікової групи відзначили цей факт 3%.

Стратегії поведінки у разі появи симптомів ІПСШ

Найбільш популярними стратегіями поведінки серед підлітків, які мали ознаки ІПСШ (N=90), є самолікування (42%), причому серед дівчат частка тих, хто обрав цей шлях, більша, ніж серед хлопців (51% та 34% відповідно), та традиційне обстеження у лікаря (40%). У даному випадку частка серед хлопців більша, ніж серед дівчат (43% та 37% відповідно).

Крім цього, 33% підлітків, які мали симптоми ІПСШ, купували ліки в аптеці, 18% – звернулися за порадою до соціального працівника, 13% – взагалі нічого не робили, 12% – перестали займатися сексом, 6% – звернулися до знахаря та лише 3% звернулися до анонімного кабінету довіри і 1% – використали телефон довіри.

Досвід вагітності та кількість вагітностей упродовж життя

Кожна третя дівчина, яка хоч раз мала досвід статевого контакту, повідомила про факт вагітності в її житті (34%). До 15 років були вагітними більше чверті опитаних (28%). Найбільше дівчат були вагітними у 18–19 років (38,5%).

Більшість дівчат мали одну вагітність (63%), 2 чи 3 вагітності мали по 15% дівчат цієї групи, 3% були вагітними 4 рази, а також 3% важко було відповісти на це запитання.

Наявність та кількість дітей

Серед тих дівчат, які мали досвід вагітності, 28% народили дітей (тобто більше чверті цієї групи). Переважно це представниці старшої вікової групи (67%). Одну дитину мають 72% молодих мам, дві дитини – 17%, три – 11%.

Досвід та кількість абортів

Дві третини із загалу вагітних дівчат зробили аборт (65%). У віці до 15 років позбулася вагітності кожна третя вагітна дівчина (29% серед тих, хто вдався до абортів, N=42), у 16–17

років –31%, а у віці 18–19 років – найбільше дівчат мали досвід абортів – 40,5%. Кожна друга дівчина зробила аборт один раз (59,5%), чверть дівчат мали два аборти (26%), 7% – три аборти, ще 2% відзначили, які робили аборт 7 разів (дівчата вікової групи 16–17 років).

Викидні

У кожній п'ятій вагітної дівчини вулиці був викидень (N=13 осіб). Найбільше таких випадків було у дівчат 16–17 років (6 осіб).

Ключові результати до параграфу 3.3

- На момент виповнення 19 років переважна більшість підлітків, які живуть або працюють на вулиці (95%), мали секс з партнером протилежної статі.
- У 80% респондентів перший досвід набуто до 15 років. Середній вік суцільного дебюту – 14 років.
- Протягом останнього року перед опитуванням підлітки, які мали досвід статевого акту, найчастіше мали 3–5 партнерів (29%).
- 82% опитаних мали випадкових партнерів та 34% – постійних.
- Кожен четвертий підліток вулиці, який має постійного статевого партнера, вказав, що його партнер вживає наркотики за допомогою шприца (27%) (особливо серед дівчат).
- У 26% серед тих, хто мав випадкових партнерів, було більше шести таких статевих партнерів за рік.
- Серед загальної кількості опитаних хлопців 7% практикували анальний секс з хлопчиками/чоловіками, але більше чверті відзначили, що мали цей досвід більше року тому (27,5%). Середній вік сексуального дебюту хлопців-ЧСЧ – 13 років.
- За останній місяць 17,5% хлопців-ЧСЧ мали одного статевого партнера, а за останній рік – 32,5% мали трьох і більше партнерів.
- Кожний четвертий підліток, який проводить на вулиці більшу частину свого життя, так чи інакше мав досвід обміну своїх сексуальних послуг на гроші, їжу, одяг, ночівлю, алкоголь, наркотичні речовини тощо (N=209 осіб). Більше ніж половина респондентів розпочали цю практику у віці до 15 років (58%). Серед хлопців, які практикують секс із чоловіками, половина (17 осіб) вказали на факт отримання винагороди за свої сексуальні послуги протягом останнього року.
- За останні 12 місяців перед опитуванням кожний четвертий-п'ятий підліток вулиці мав комерційні статеві відносини (22%) – 55% дівчат продавали свої сексуальні послуги, а 6,5% хлопців купували секс за гроші.
- Більше половини дівчат, залучених до комерційного сексу, мали від 6 до 60 партнерів за останній рік (56%), хлопці, навпаки, мали комерційні стосунки переважно з однією партнеркою (50%).
- Протягом останнього року перед опитуванням 15% «підлітків вулиці» змушували займатися сексом, коли вони цього не хотіли (2% хлопців та 41% дівчат). Майже третина хлопців-ЧСЧ мали факт насилля з боку статевого партнера (30%).
- Критичною є ситуація стосовно практик захищеного сексу: лише 6% опитаних завжди використовували презерватив з постійним партнером, 13% – з випадковими та 26,5% з комерційними партнерами. Про 100%-е користування презервативом повідомили лише 6,5% хлопців-ЧСЧ.
- Найбільш популярними є «неофіційні» джерела отримання презервативів: майже половина опитаних беруть їх у друзів та у статевого партнера (по 48%).
- 11% серед усіх опитаних респондентів вказали, що в них були такі прояви ІПСШ, як ранки, виразки на статевих органах, виділення (18% дівчат та 8% хлопців). Найбільш

популярними стратегіями поведінки в цьому випадку є самолікування (42%) (особливо серед дівчат) та традиційне обстеження в лікаря (40%) (особливо серед хлопців).

- Кожна третя дівчина, яка хоч раз мала досвід статевого контакту, повідомила про факт вагітності в її житті (34%). До 15 років були вагітними більше чверті опитаних (28%).
- 28% вагітних дівчат народили дітей, 65% – зробили аборт, у кожній п'ятій вагітній дівчині вулиці був викидень.

3.4. Поширення поєднаних ризиків інфікування ВІЛ серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці

Потенційною або реальною загрозою інфікування ВІЛ/СНІДом є залучання до таких видів небезпечної поведінки, як вживання ін'єкційних наркотиків, зайнятість у комерційному секс-бізнесі або отримання таких послуг, а також практика гомосексуальних стосунків. Адже культура захищеного сексу та використання стерильного інструментарію, на жаль, недостатньо розвинена серед даної цільової групи. Так, серед загалу опитаних підлітків, які живуть або працюють на вулиці, майже половина респондентів (44%) наражалися хоча б на один із цих ризиків: більше половини дівчат (59%) та більше третини хлопців (38%). Небезпечні поведінкові практики дівчат зумовлюють більший, порівняно з хлопцями, ризик інфікування. Тільки один з перелічених ризиків мають 48% дівчат та 29% хлопців (35% загалом).

Особливої уваги потребують ті «підлітки вулиці», які практикували поєднані ризиковані моделі небезпечної поведінки.

Кожен десятий респондент мав два та більше ризиків інфікування ВІЛ – 10% хлопців та 11% дівчат.

Серед них:

- дівчата комерційного сексу (11% або 26 осіб), які вживають ін'єкційні наркотики;
- хлопці-ЧСЧ, які є споживачами ін'єкційних наркотиків, та хлопці-ЧСЧ (7%, або 39 осіб), які надають сексуальні послуги за винагороду;
- хлопці-ЧСЧ (3%, або 15 осіб), які мають комерційні статеві відносини (надають чи отримують послуги) та вживають ін'єкційні наркотики.

Наведені дані підкреслюють високий рівень накладання ризикованих моделей поведінки, здатних призвести до інфікування ВІЛ, що треба враховувати при подальших інтервенціях та профілактичних заходах серед дітей та молоді, які живуть або працюють на вулиці.

3.5. Знання про ВІЛ-інфекцію та ризики інфікування

3.5.1. Знання про ВІЛ/СНІД

Більше половини підлітків, які живуть або працюють на вулиці, знають про існування вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ), який може привести до захворювання на СНІД (67%), але третина респондентів не впевнені у цьому або не знають про цей вірус (33,5% серед загалу, 34% хлопців та 32% дівчат).

Рівень обізнаності щодо ВІЛ залежить від віку опитаних. Найбільша частка тих, хто знає про існування ВІЛ/СНІДу (87%), у віковій групі 18–19 років; 76% серед респондентів 16–17 років, 63% серед тих, кому від 14 до 15 років. Найменш обізнані про наявність цього вірусу підлітки 10–13 років (40%). Рівень знань про ВІЛ/СНІД від статі респондентів не залежить.

Більшість правильних відповідей стосуються передачі ВІЛ/СНІДу статевим шляхом (див. табл. 3.5.1). Так, 63% вважають, що ВІЛ-інфікування можна уникнути, якщо мати секс з одним неінфікованим вірним партнером, 62% знають, що за умови правильного використання презервативів ризик ВІЛ-інфікування можна знизити. Про передачу ВІЛ ін'єкційним шляхом, а саме про те, що використання стерильного інструментарію знижує ризик зараження ВІЛ, знає трохи більше половини підлітків, які живуть або працюють на вулиці (56,5%).

Найменша частка правильних відповідей відносно передачі вірусу імунодефіциту була надана стосовно вагітності, пологів та годування груддю ВІЛ-інфікованої матері.

Таблиця 3.5.1

Рівень підтримки вірних та невірних відповідей стосовно шляхів передачі ВІЛ/СНІДу серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, %

	Серед загалу опитаних
Вірні твердження	
ВІЛ-інфікування можна уникнути, якщо мати секс лише з одним постійним вірним неінфікованим партнером	63
Ймовірність ВІЛ-інфікування можна знизити, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту	62
Людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ	43
Використання стерильних, нових (невикористаних) шприців/голок знижує ризик зараження ВІЛ	56,5
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час вагітності	42
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при пологах	39
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при годуванні дитини груддю	35
Невірні твердження	
ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комара	44
Людина може заразитися ВІЛ, якщо питиме по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	45
Людина може заразитися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою особою спільним туалетом, басейном, сауною	43

3.5.2. Практика тестувань

Із внесенням змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 23.12.2010 №2861-17, тестування осіб віком від 14 років і старше проводиться добровільно, за наявності усвідомленої інформованої згоди особи, отриманої після надання їй попередньої консультації стосовно особливостей тестування, його результатів і можливих наслідків, із дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних, у тому числі даних про стан здоров'я особи.

Результати дослідження свідчать, що більше половини опитаних підлітків знають (62%), де можна пройти тестування на наявність ВІЛ-інфекції. Серед дівчат питома вага тих, хто знає до яких установ необхідно звертатися більша, ніж серед хлопців (67% проти 58%). Аналіз рівня знань про наявність установ, в яких можна пройти тестування, залежно від віку опитаних, свідчить, що рівень обізнаності зростає разом із віком опитаних (28% – серед 10–13-річних, 58% – 14–15-річних, 72% – серед 16–17-річних та 85% – серед 18–19-річних). Найменш обізнані щодо місць, де можна пройти тестування, підлітки з Києва (46%), питома вага обізнаних серед підлітків з інших міст опитування коливається в межах 60–76%.

Більшість підлітків знають, що тестування на наявність ВІЛ-інфекції можна пройти в лікарні (71%), у центрі боротьби та профілактики зі СНІДом (52%), в анонімному кабінеті (38%) та в поліклініці (32%). Рівень обізнаності щодо інших місць, де можна пройти тестування, не перевищує 17% (див. рис. 3.5.1).



Рис. 3.5.1. Обізнаність «дітей вулиці» щодо різних місць, де можна пройти тестування на ВІЛ, % (серед тих, хто знає, де можна пройти тестування на ВІЛ, N=490)

Поінформованість про місця, де можна пройти тест на ВІЛ, у більшості випадків не зумовлює практику звернення до цих установ для тестування: менше третини опитаних (30%) робили тест на наявність ВІЛ, з них 15% робили це в 2010 році, 17% – в 2011 році. 94% підлітків, які робили тест на ВІЛ, отримали свій результат (рис. 3.5.2). Серед дівчат частка тих, які робили тест на ВІЛ, більша, ніж серед хлопців (40 проти 26%). Серед опитаних у м. Києві найбільше тих, хто мав практику тестування на ВІЛ – 42%, в інших містах цей показник коливається в межах 25–29%. Аналіз практики тестування залежно від віку опитаних показав, що найменше тих, хто проходив тест на ВІЛ, серед наймолодшої вікової групи (10–13 років) – 10%, що пов'язано не лише з особистим небажанням підлітків проходити тестування, а й законодавчою неврегульованістю прав дітей до 14 років на тестування без присутності батьків чи офіційних опікунів.

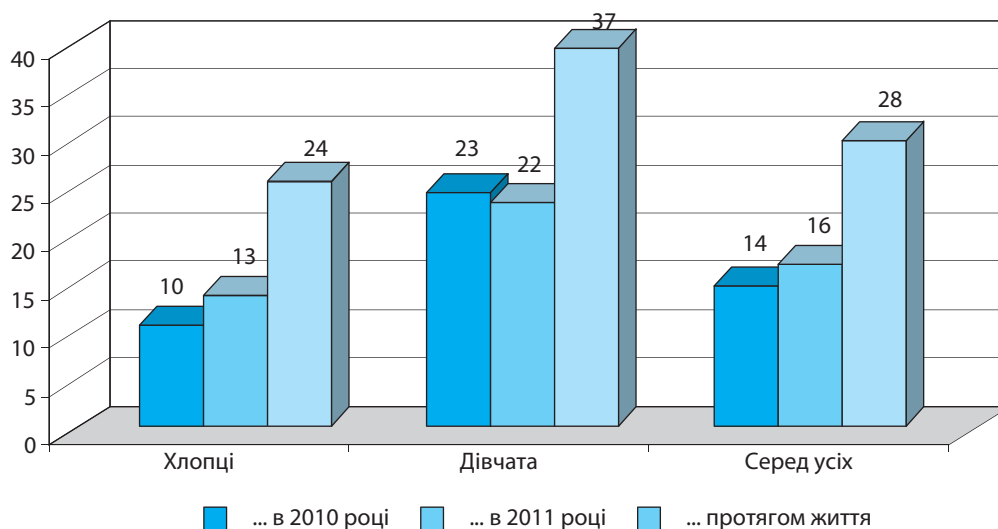


Рис. 3.5.2. Питома вага «дітей вулиці», які робили тест на наявність ВІЛ та отримали його результат, %

Найбільш поширеною (68%) причиною відмови від тестування на ВІЛ є відсутність бажання. Залежно від статі статистично значимих відмінностей не виявлено. Серед опитаних у м. Дніпропетровську питома вага тих, хто вважає, що тестування їм не потрібне через те, що їх статева поведінка була безпечною, дещо більша, ніж в інших регіонах. Незручне розташування місць, де можна пройти тестування, як одну з основних причин частіше відзначали опитані в м. Києві, ніж в інших містах (див. рис. 3.5.3).

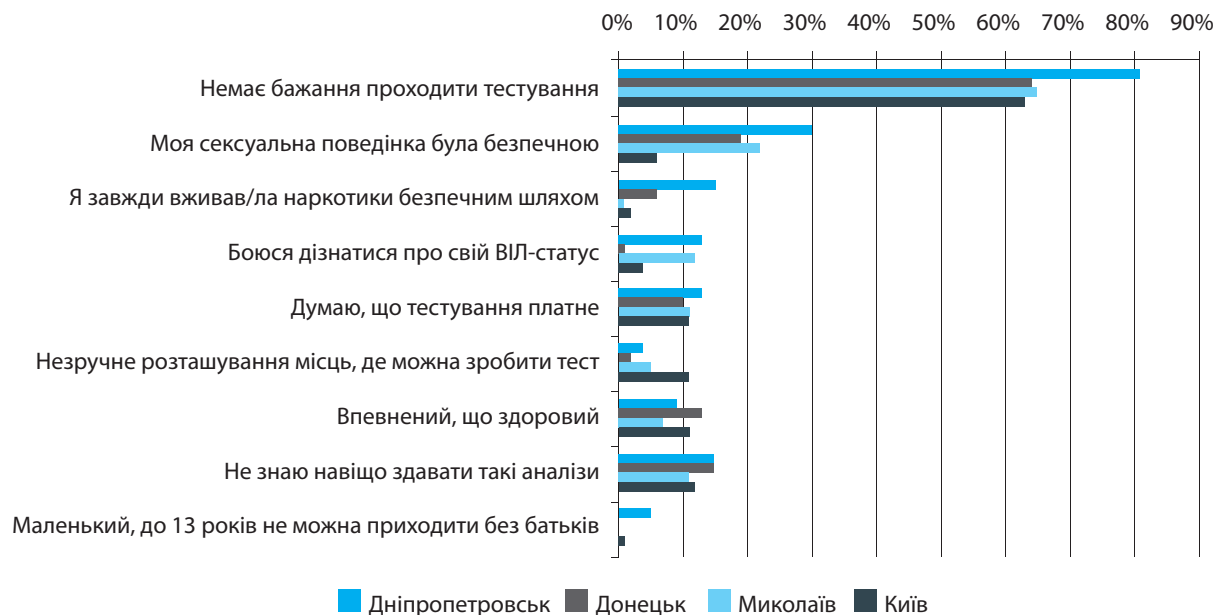


Рис. 3.5.3. Основні причини відмови від тестування на наявність ВІЛ-інфекції залежно від регіону опитування, % (N=245)

Основними установами, де «діти вулиці» робили тест на ВІЛ, є анонімний кабінет довіри та лікарня (19 та 24%). Майже половина (45%) підлітків в Миколаєві найчастіше проходили тестування в лікарні, в Донецьку найчастіше зверталися до центру профілактики та боротьби зі СНІДом (26%) та до анонімного кабінету довіри (27%). Кожен четвертий опитаний в м. Дніпропетровську, зазначив, що робив тест на ВІЛ у лікарні, кожен п'ятий – у центрі лікування від наркологічної залежності. Опитані в м. Києві проходили тестування в анонімному кабінеті довіри (28%) та в поліклініці (11%). Дівчата частіше, ніж хлопці, робили тест на ВІЛ у поліклініці, в центрі лікування від наркотичної залежності та, що є повністю виправданим, у жіночій консультації (8–10% дівчат).

Ключові результати до параграфу 3.5

- Більше половини підлітків, які живуть або працюють на вулиці, знають про існування вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ), який може призвести до захворювання на СНІД (67%), але третина респондентів не впевнені у цьому або не знають про цей вірус (33,5% серед загалу, 34% хлопців та 32% дівчат). Найменш обізнані щодо ВІЛ/СНІДу підлітки 10–13 років (40%).
- Більшість підлітків знають, що тестування на наявність ВІЛ-інфекції можна пройти в лікарні (71%), в центрі боротьби та профілактики зі СНІДом (52%), в анонімному кабінеті (38%) та в поліклініці (32%). Але тільки третина опитаних (30%) робили тест на наявність ВІЛ, з них 15% робили це в 2010 році, 17% – в 2011 році.
- 94% підлітків, які робили тест на ВІЛ, отримали свій результат.
- Найменше тих, хто проходив тест на ВІЛ, серед наймолодшої вікової групи (10–13 років) – 10%, що пов'язано не лише з особистим небажанням підлітків проходити тестування,

а й із законодавчою неврегульованістю прав дітей до 14 років на тестування без присутності батьків чи офіційних опікунів.

- Найбільш поширеною (68%) причиною відмови від тестування на ВІЛ є відсутність бажання.
- Основними установами, де діти-вулиці робили тест на ВІЛ, є анонімний кабінет довіри та лікарня (19% та 24%).

3.6. Контакти з органами правопорядку, затримання та арешти

Досвід затримань/арештів органами правопорядку

Більшість підлітків, які живуть або працюють на вулиці, хоч раз протягом життя затримували органи правопорядку (68%). Частка таких серед хлопців більша, ніж серед дівчат (72% та 58% відповідно). Щодо вікових особливостей, то затримували переважно підлітків старшої вікової групи (18–19 років) – 79%, молодших підлітків дещо менше: 16–17-річних – 70%, 14–15-річних – 64% та 10–14-річних – 59%.

За містами опитування найбільший відсоток затримуваних – серед підлітків у Києві та Дніпропетровську (75% та 74%), у Миколаєві таких – 68%, у Донецьку – 55%. Порівняно з базовим дослідженням 2007 року суттєво змінилась ситуація у Миколаєві (2007 р. – 83%) та Донецьку (70%) – там кількість затримань дітей і підлітків вулиць скоротилась, а в Дніпропетровську (58%), навпаки, цей показник суттєво зріс.

Кількість затримань упродовж 2010–2011 рр.

У 2010 році кожен другий респондент, який вказав на факт контакту з правоохоронними органами впродовж життя, був затриманий 3–5 разів (42%). У 2011 році кількість затримань дещо зменшилась: від 3 до 5 разів були затриманими вже 37,5% опитаних, а тих, кого затримували 1 раз та жодного разу, в 2011 році стає відповідно 21% та 16% (у 2010 році таких 18% та 9%). Крім цього, кількість підлітків, затриманих від 6 до 21 (і більше) разів, також стала за рік трохи меншою: 18% – у 2010 році, 13% – у 2011 році (див. табл. 3.6.1).

Таблиця 3.6.1

Розподіл підлітків, які живуть або працюють на вулиці, за кількістю затримань органами правопорядку впродовж 2010! 2011 рр., % (серед тих, хто мав такий досвід, N=547)

	У 2010 р.			У 2011 р.		
	Хлопці	Дівчата	Серед усіх	Хлопці	Дівчата	Серед усіх
Жодного разу	9	9	9	14	21	16
1 раз	12	18	14	21	21	21
3–5 разів	41,5	44	42	39	34	37,5
6–10 разів	13	12	13	9	10	9
11–12 разів	4	5	5	4	1	3
21 раз і більше	6	1	4	1,5	0	1

Причини затримань/арештів

Найбільш поширеними причинами затримання/арештів серед підлітків вулиць, які мали такий досвід (N=547), були бродяжництво, незаконне вторгнення у приватну власність (64%), підозріла поведінка (59%), вживання алкоголю в громадських містах (42%), затримання під час облави (38%) (див. табл. 3.6.2).

Суттєво відрізняється характер затримань/арештів за статтю респондентів. Так, дівчат, крім вже зазначених загальних причин, здебільшого затримували через заняття секс-бізнесом (проституцією) (41% дівчат та 1% хлопців). Затримання та арешти хлопців більше пов'язані з дрібними (50% хлопців та 30% дівчат) або великими крадіжками (35% хлопців та 16% дівчат), а також з агресивною поведінкою: хуліганство, розбій (27% хлопців та 9% дівчат) та нанесення тілесних ушкоджень (19% хлопців та 9% дівчат).

Розбіжності в частоті затримань/арештів за віком опитаних спостерігаються у таких видах протизаконної діяльності, як вживання, зберігання чи виготовлення наркотиків (наприклад, за вживання наркотиків затримували 3% 10–13-річних підлітків та 35% 18–19-річних), вживання алкоголю в громадських містах (31% респондентів молодшої вікової групи та 48% – старшої), крадіжки (13% – віком 10–13 років та 45% – віком 18–19 років), хуліганство, розбій (15,5% та 28% відповідно) та нанесення тілесних ушкоджень (7% та 24% відповідно).

Таблиця 3.6.2

Розподіл підлітків, які живуть або працюють на вулиці, за причинами затримань/арештів, %
(серед тих, хто має такий досвід, N=547)

	Стать		Вік				Серед усіх N=547
	Хлопці N=407	Дівчата N=140	10-13 N=116	14-15 N=132	16-17 N=140	18-19 N=159	
Вживання наркотиків	22	20	3	15	27	35	21
Зберігання наркотиків	12	8	0	8	11	21	11
Виготовлення наркотиків (надання приміщення для цього)	4	1	0	2	4	6	3
Торгівля наркотиками	5	4	0	3	4	11	5
Заняття секс-бізнесом (проституція)	1	41	5	10	15	14	11
Дрібні крадіжки	50	30	42	38	44	54	45
Бродяжництво або незаконне вторгнення у приватну власність	65	61	67	62	68	60	64
Підозріла поведінка	61	54	59,5	58	64	56	59
Крадіжки	35	16	13	27	29	45	30
Нанесення тілесних ушкоджень	19	9	7	13	19	24	16,5
Хуліганство, розбій	27	9	15,5	17	21	28	22,5
Вживання алкоголю	43,5	38	31	43	44	48	42
Затримання під час облави	40	34	38	41	39	35	38

Досвід утримання у певних закладах

Серед усього загалу опитаних майже кожен третій підліток вулиці перебував хоч раз у житті в ізоляторі тимчасового тримання (ІТТ), «мав'ятнику» (40%) та дитячій кімнаті міліції (37%) (див. табл. 3.6.3). Крім цього, більше чверті респондентів потрапляли до притулку для неповнолітніх (29%) та ще чверть – до приймальника-розподільника (26%).

Загалом серед хлопців частка тих, хто потрапляв до того чи іншого закладу, вища, ніж серед дівчат. Хлопці майже удвічі частіше, ніж дівчата, потрапляли до СІЗО (слідчого ізолятора) (11,5% та 5% відповідно), колонії (5% та 0% відповідно), спецрозподільника для бомжів (6% та 1% відповідно).

Чим старший підліток вулиці, тим у більшій кількості закладів він перебував за своє життя. Наприклад, підлітки молодшої вікової групи значно рідше, ніж старшої вказували про потрапляння до СІЗО (0,5% та 28% відповідно), спецрозподільника для бомжів (0,5% та 11% відповідно), приймального-розподільника (14% та 32% відповідно). Якщо в 2007 році 10–14-річних підлітків, які перебували у притулку для неповнолітніх, було значно більше, ніж 18–19-річних (60% та 41% відповідно)⁵⁹, то у 2011 році суттєвої різниці між віковими групами за цим типом закладу немає (30% та 31% відповідно).

У Дніпропетровську підлітки, які живуть або працюють на вулиці, найчастіше потрапляли до ІТТ (48%), у Донецьку і Миколаєві серед дітей вулиць найбільші частки тих, які побували в дитячій кімнаті міліції (44% та 44,5%), у Києві найбільше, порівняно з іншими містами, тих, хто потрапляв до притулків для неповнолітніх (46%).

Таблиця 3.6.3

Розподіл підлітків, які живуть або працюють на вулиці, за типом закладу потрапляння, %
[серед загалу опитаних, N=805]

	Місто				Стать		Вік				Серед усіх
	Дніпро-петровськ	Донецьк	Миколаїв	Київ	Хлопці	Дівчата	10–13 років	14–15 років	16–17 років	18–19 років	
Ізолятор тимчасового тримання (ІТТ)	48	28	42	43	44	32	22	34	42,5	63	40
СІЗО (слідчий ізолятор)	7,5	7	13	10	11,5	5	0,5	3	5,5	28	9
Приймальник-розподільник	27	25	28,5	22	28	20	14	29	27,5	32	26
Притулок для неповнолітніх	21,5	26,5	20	46	28,5	29	30	28,5	24,5	31	29
Колонія	6	3	3	1,5	5	0	0	1	2,5	10	3,5
В'язниця	4	0,5	2,5	3,5	3	2	0	0	2	8,5	3
Дитяча кімната міліції	32	44	44,5	28	41	27	36,5	37	36	39	37
Спецрозподільник для бомжів	4,5	3	4	6	6	1	0,5	2	4,5	11	4,5

У притулку для неповнолітніх протягом 2010 року перебували 15% опитаних (23% серед 10-13-річних, 18% серед 14-15-річних, 13,5% серед 16-17-річних та 5,5% серед тих, кому 18-19 років) підлітків та молоді, які живуть або працюють на вулиці. Протягом першого кварталу 2011 року 6% опитаних потрапляли до притулків, при цьому 1% зазначили, що перебували в 2-х або 3-х притулках.

Після останнього перебування у притулку кожний другий підлітків вказав, що він втік з нього, 6% (з 15%, які перебували) були влаштовані до батьківської чи опікунської сім'ї.

Досвід фізичного насилля, вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, примус до сексу в закладах, в яких підлітки утримувалися

Більш як кожний четвертий підліток вулиці (27%), який мав досвід перебування в ізоляторі тимчасового тримання, відзначив факт скоєння фізичного насильства по відношенню до себе з боку персоналу, співробітників органів правопорядку. Кожен п'ятий респондент зазнав насилля в дитячій кімнаті міліції (14%), 11% – у приймальнику-розподільнику, 7% – у СІЗО, 6% – у притулку для неповнолітніх, 3% – у колонії, по 2% – у в'язниці та спецрозподільнику для бомжів, поодинокі випадки насилля були присутні в інших зазначених підлітками закладах (районному відділі міліції, відділі лінійної міліції).

⁵⁹ Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіз звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – С. 100.

Серед хлопців частка тих, які зазнали фізичного насилля у цих закладах, більша, ніж серед дівчат: у ІТТ – 30% хлопців та 17,5% дівчат, у СІЗО – 9% та 3% відповідно, у приймальнику-розподільнику – 13% та 6%.

Загалом підлітки старшої вікової групи (18–19 років) частіше вказували на факти насилля в закладах, де утримувались (кожний другий респондент цієї групи).

Частка респондентів, які вживали наркотики за допомогою шприца, в цих закладах не перевищує 1% по кожному з типу.

Більш тривожною є ситуація, пов'язана з примусом до заняття сексом у цих установах (8% опитаних), особливо серед дівчат вулиці (17% з цієї групи). Так, майже кожному другу дівчину примушували до сексу в ізоляторі тимчасового затримання (18 дівчат з 40), 8 дівчат – у приймальнику-розподільнику, у дитячій кімнаті міліції – 5 дівчат, у СІЗО – 4 дівчини, поодинокі випадки примусу до статевих контактів мали місце у притулку для неповнолітніх, в'язниці та районному відділі міліції. Серед хлопців частка тих, кого примушували до сексу в цих закладах, – 5% (серед тих, хто туди потрапляв). Поодинокі випадки сексуального насилля хлопців траплялись в кожному зазначеному вище закладі, крім в'язниці та дитячої кімнати міліції.

Найбільший відсоток підлітків, які зіштовхнулися з проблемою сексуального примусу в установах, – у вікових групах 14–15 років та 18–19 років (по 12%). Серед 14–15-річних представників цільової групи найбільша кількість тих, хто хоч раз зазнав примусу до сексу в ізоляторі тимчасового тримання (11 випадків із 24), крім цього, в цій віковій групі найбільша частка тих, кого примушували до сексу у приймальнику-розподільнику (6 осіб із 13). Підлітки старшої вікової групи частіше, ніж всі інші мали факти примусу до статевих контактів у таких закладах, як СІЗО (5 випадків із 6) та колонії (4 із 5).

Ключові результати до параграфу 3.6

Більшість підлітків, які живуть або працюють на вулиці, хоч раз протягом життя затримувались органами правопорядку (68%). Кількість затримань упродовж 2010 і 2011 рр. – переважно 3–5 разів (42% та 37,5% відповідно).

Найбільш поширеними причинами затримання/арештів серед підлітків вулиць були бродяжництво, незаконне вторгнення у приватну власність (64%), підозріла поведінка (59%), вживання алкоголю в громадських містах (42%), затримання під час облави (38%). Крім цього, дівчат затримували через заняття секс-бізнесом (проституцією) (41%), а затримання та арешти хлопців серед іншого пов'язані з дрібними (50%) або великими крадіжками (35%), хуліганством, розбоєм (27%) та нанесенням тілесних ушкоджень (19%).

Майже кожен третій підліток вулиці перебував хоч раз у житті в ізоляторі тимчасового утримання (ІТТ) «мав'ятнику» (40%) та дитячій кімнаті міліції (37%), 29% потрапляли до притулку для неповнолітніх та 26% – до приймальника-розподільника.

Після останнього перебування у притулку кожний другий з підлітків вказав, що він втік з нього.

Майже в кожному закладі, в якому утримувались «підлітки вулиці», були зафіксовані факти скоєння фізичного насильства з боку персоналу та співробітників органів правопорядку, особливо в ІТТ (27%), дитячій кімнаті міліції (14%), приймальнику-розподільнику (11%), СІЗО (7%), притулку для неповнолітніх (6%) тощо.

17% дівчат, які живуть або працюють на вулиці, зазнали примусу до занять сексом у вищезазначених установах.

3.7. Доступність медико-соціальних послуг та потреби

Значним бар'єром на шляху отримання медичних, соціальних або інших послуг підлітками груп ризику є відсутність документів, що підтверджують особу. Разом з тим дослідження продемонструвало, що проблема полягає не тільки у відсутності документів, а й в низькому рівні знань про них, поганому розумінні того, для чого вони потрібні. Наприклад, понад 88% підлітків повідомили, що знають, що таке свідоцтво про народження, але коли їх попросили пояснити своє розуміння цього документа, менше половини респондентів (48%) надали правильну відповідь (табл. 3.7.1). Усі інші або відповіли невірно, або вагалися з відповіддю. Аналогічна тенденція характеризує знання про ідентифікаційний код, паспорт та свідоцтво про освіту – розриви між наявним та реальним знанням становлять 48%, 43% та 19% відповідно.

Таблиця 3.7.1

Знання про документи та їх наявність, %

Документ		Загалом Хлопці	За статтю		За містом опитування			
			Дівчата	Дніпро-петровськ	Донецьк	Миколаїв	Київ	
Свідоцтво про народження	Знають, що це таке*	88	88	89	98,5	91	82,5	81
	% реальних знань**	48	49	47	51,5	53	52,5	36
	Мають такий документ***	74	71,5	79	82	70	77	67
Ідентифікаційний код****	Знають, що це таке	67	64	73	78	72	71	46,5
	% реальних знань	19	19	19	20	11	32	13
	Мають такий документ	41	40	45	40	45	43	38
Паспорт (довідка про втрату, довідка про звільнення тощо) ****	Знають, що це таке	94	94	94	100	97	93	85
	% реальних знань	51	52	47,5	64	43	56	40
	Мають такий документ	54	50	63	56	68	52	40
Свідоцтво про освіту****	Знають, що це таке	83,5	82	87	88	90	81	75
	% реальних знань	65	63	67,5	74	60	68	56
	Мають такий документ	46	42	56	52	50	43	40

* Показник «знають, що це таке» відображає відсоток тих, хто повідомив про знання того, що означає той чи інший документ. Сюди також входять ті, хто надалі, підтверджуючи свої знання про документ, не зміг пояснити, що це таке, або, пояснюючи, надав неправильну відповідь. Розраховується серед усіх респондентів.

** Показник «% реальних знань» відображає відсоток тих, хто назвав правильну відповідь, пояснюючи, що означає той чи інший документ, і не вагався із відповіддю на запитання. Розраховується серед усіх респондентів.

*** Показник «мають такий документ» розраховано серед усіх; він відображає відсоток всіх підлітків, які повідомили, що мають такий документ, не зважаючи на те, чи реальними є їх знання про нього. Розраховується серед усіх респондентів.

**** Показники щодо ідентифікаційного коду, паспорта та свідоцтва про освіту розраховані серед підлітків від 16 років та старших. Щодо паспорта ми виходимо з віку отримання цього документа згідно з українським законодавством. Ідентифікаційний код можна отримати і раніше паспорта, але ми розраховували показники для цього документа серед 16–19-річних підлітків, оскільки раніше код можуть отримати тільки батьки або офіційні представники підлітка на власний паспорт. Самий ранній вік, коли можна отримати свідоцтво про освіту, – 14 років, проте, враховуючи зміни у кількості класів середньої школи, неоднаковий вік вступу до школи, ми також розраховуємо цей показник для підлітків старших 16 років.

Показники наявності персональних документів більші за реальні знання про них (крім розуміння сутності свідоцтва про освіту – тут знають про документ більше, ніж володіють ним). Наприклад, серед підлітків старших 16 років, ідентифікаційний код мають 41%, а чисельність тих, які надали правильну відповідь відносно призначення цього документа, – 19%. Тільки дещо більше половини опитаних 16–19-річних підлітків (54%) мають паспорт. Хоча перше свідоцтво про освіту мало б бути у 14 років (неповна середня освіта), серед групи респондентів старших 16 років цей документ мали менше половини (46%).

Знання щодо документів покращуються з віком. Серед молодшої вікової групи (10–13 років) правильну відповідь при поясненні сутності свідоцтва про народження зазначили приблизно третина опитаних (35%), а серед старшої вікової групи (18–19 років) – вже 58%. Дівчата, як правило, мають кращі показники відносно наявності особистих документів, ніж хлопці. У регіональному аспекті найбільш критичною є ситуація в м. Києві. Тут кожний третій респондент (33%) не має свідоцтва про народження, а серед старших респондентів (від 16 років) – більше половини не мають паспорта (59%), ідентифікаційного коду (62%) або свідоцтва про освіту (60%). Усі ці показники значно нижчі за середні по чотирьох містах опитування.

У цілому 7% опитаних (9% хлопців та 4% дівчат) не мали жодного з перелічених вище персональних документів. Таких виявилось найбільше в Києві (13%) та Миколаєві (8%), а найменше – в Донецьку (5%) та Дніпропетровську (3%).

Серед тих, хто підтвердив факт наявності тих чи інших документів, не всі мали їх у себе. Свідоцтво про народження в більшості випадків залишалося в батьків, включаючи нерідних, або інших родичів (72%). «На руках» мали цей документ тільки 12% опитаних (табл. 3.7.2). Паспорт та ідентифікаційний код мали у себе 57% та 42% 16–19-річних респондентів. Свідоцтво про освіту залишалося у батьків за словами половини підлітків у віці від 16 років та старших (50%), а у себе цей документ мала чверть опитаних (25%). Приблизно 5–7% повідомили, що мають такі документи, проте не знають, де вони знаходяться. Ще частина респондентів зазначила, що їхні документи перебувають у різноманітних установах: навчальному закладі, міліції, інтернаті тощо. Це здебільшого стосувалося свідоцтва про освіту, 15% залишали цей документ у навчальному або навчально-виховному закладі.

Таблиця 3.7.2

Місцезнаходження документів (серед тих, хто підтвердив факт їх отримання), %

Місцезнаходження	Свідоцтво про народження (N=594)	Ідентифікаційний код* (N=166)	Паспорт (довідка про втрату, звільнення тощо) * (N=217)	Свідоцтво про освіту* (N=185)
У підлітка	12	42	57	25
У батьків, включаючи нерідних, або інших родичів	72	39	25	50
В установах (навчальний заклад, міліція, інтернат)	7	6	6	15
Інше	4	8	5	5
Не знаю	5	5	7	5

* Показники щодо ідентифікаційного коду, паспорта та свідоцтва про освіту розраховані серед підлітків від 16 років та старших.

413 осіб або 51% (49% хлопців та 58% дівчат) повідомили про наявність медичної карти. Серед них тільки 8% мають її у себе; 36% – у батьків, включаючи нерідних, або інших родичів, 46% – в установах; 3% – в інших осіб; 7% – не знають, де вона знаходиться. На обліку в поліклініці за місцем проживання перебувають трохи більше третини респондентів (37% у цілому або 33% хлопців та 45% дівчат). Це означає, що майже дві третини підлітків, які жи-

вуть або працюють на вулиці, перебувають поза межах державного медичного забезпечення. Перебування на обліку у поліклініці та наявність медичної картки зменшувалися з віком. Серед підлітків у віці від 10 до 13 років менш ніж кожний п'ятий (19%) перебував на обліку в районній поліклініці. За містом опитування найнижчі показники щодо наявності медичної карти та реєстрації у поліклініці характеризують підлітків Києва та Миколаєва.

Таблиця 3.7.3

Доступність державного медичного забезпечення: інформація про перебування на обліку в районній поліклініці та наявність медичної картки, %

Соціально-демографічні характеристики		Знання про перебування на обліку в районній поліклініці	Наявність медичної картки
За статтю	Хлопці	33	49
	Дівчата	45	57,5
За віком	10–13 років	19	41
	14–15 років	39	51
	16–17 років	40	57,5
	18–19 років	48	56
За містом опитування	Дніпропетровськ	40	61,5
	Донецьк	41	48
	Миколаїв	33,5	49
	Київ	32	47
Загалом		37	51

Соціальне виключення підлітків, які живуть або працюють на вулиці, із системи державного медичного захисту демонструють дані щодо останнього відвідування поліклініки за місцем проживання. Третина опитаних (34,5%) зазначили, що були в такому закладі більше року тому, а ще 40% взагалі не змогли назвати, коли вони відвідували поліклініку востаннє (табл. 3.7.4).

Таблиця 3.7.4

Розподіл респондентів за часом останнього відвідування районної поліклініки, %

Соціально-демографічні характеристики		Минулого місяця	2–6 місяців тому	7–12 місяців тому	Більше року тому	Важко відповісти
За містом	Дніпропетровськ	0,5	8,5	13,5	32	45,5
	Донецьк	2,5	8	14	41	34
	Миколаїв	8,5	9,5	10	33,5	38,5
	Київ	11	7,5	9,5	32	40
За статтю	Хлопці	4	8	10	37	42
	Дівчата	10	10	16	30	35
За віком	10–13 років	5	9	10	28	49
	14–15 років	2	9	11	37	41,5
	16–17 років	6	8	16	37	33
	18–19 років	9,5	8,5	10	36	35
Загалом		6	8	12	34,5	40

Хлопці більш уразливі в цьому плані, ніж дівчата: серед них більші показники тривалого невідвідування поліклініки (відповідь «більше року тому»). Старші вікові групи респондентів (16–19 років) частіше повідомляли про відвідування поліклініки впродовж минулого року, ніж молодші (10–15 років). Зі зменшенням віку зростала невпевненість у тому, коли підліток востаннє відвідував поліклініку. Наприклад, серед 10–13-річних майже половина (49%) не змогли відповісти на це запитання.

У цілому протягом минулого року до поліклініки зверталися лише чверть опитаних (26%). Іншими словами, три чверті цільової групи перебувають поза межами доступу до регулярного медичного обстеження на базі районних поліклінік. За результатами дослідження найменше звернень до поліклінічних закладів за останній рік серед цільової групи зафіксовано у м. Дніпропетровську – 22,5%, а найбільше у м. Миколаєві – 28%.

Для залучення підлітків груп ризику до системи дружніх медичних та соціальних послуг (клініки дружні до молоді, різні громадські організації, що працюють з підлітками, тощо) важливим є розвиток навичок самостійного звернення за послугами. Поширеність сирітства, включаючи соціальне, серед цільової групи вимагає не тільки знання про те, де можна отримати послуги, а й формування особистої мотивації до їх отримання. За результатами дослідження дещо більше половини (56%) підлітків мають досвід самостійного звернення до організацій з питань отримання медичних або соціальних послуг (53% хлопців та 61% дівчат).

За медичними послугами впродовж життя зверталися 49% опитаних (46% хлопців та 57% дівчат) (табл. 3.7.5). Чверть підлітків (25%) отримували медичну допомогу у 2010 р., а 17% – у 2011 р. Молодші вікові групи підлітків більш уразливі в питанні самостійного звернення за медичними послугами. Якщо серед 10–13-річних приблизно кожний п'ятий (23%) самостійно звертався до якоїсь організації, щоб отримати медичну допомогу, то серед 18–19-річних – таких утричі більше (72%). Мають досвід самостійного звернення у медичні установи впродовж життя більше половини опитаних підлітків у Донецьку (58%) та Києві (54%), тоді як у Дніпропетровську та Миколаєві – близько 42%.

Таблиця 3.7.5

Досвід самостійного звернення за медичними послугами, %

Соціально-демографічні характеристики		Зверталися впродовж життя	Зверталися у 2010 р.	Зверталися у 2011 р.
За містом	Дніпропетровськ	42,5	12,5	13
	Донецьк	58	35	15
	Миколаїв	42,5	19,5	19
	Київ	54	33	22
За статтю	Хлопці	46	22	13
	Дівчата	57	32,5	27
За віком	10–13 років	23	11	7
	14–15 років	41	20	11
	16–17 років	62	30,5	22
	18–19 років	72	39	29
Загалом		49	25	17

Щодо соціальних послуг, то тут показник самостійних звернень упродовж життя значно менший – 33,5% (табл. 3.7.6). Вірогідно, проблема медичного характеру розглядається як більш критична і більше мотивує підлітка шукати допомоги. Як і в минулому випадку, дівчата

більше схильні звертатися за соціальною допомогою, ніж хлопці. Розрив між найстаршою (18–19 років) та наймолодшою (10–13 років) віковою групою відносно самостійних звернень за соціальними послугами впродовж життя становить 35%, тобто перші втричі частіше звертаються за такими послугами. Значно вищий середнього показник самостійних звернень за соціальними послугами впродовж життя у м. Київ (45%).

Таблиця 3.7.6

Досвід самостійного звернення за соціальними послугами, %

Соціально-демографічні характеристики		Зверталися впродовж життя	Зверталися у 2010 р.	Зверталися у 2011 р.
За містом	Дніпропетровськ	23	8,5	17,5
	Донецьк	36	29	26
	Миколаїв	30,5	18,5	23,5
	Київ	45	26	27
За статтю	Хлопці	32	18	21
	Дівчата	37,5	26	28
За віком	10–13 років	18	9	12
	14–15 років	26	13	16
	16–17 років	37	23,5	27
	18–19 років	53	37	39
Загалом		33,5	21	23,5

Для розуміння впливу профілактичних проектів, розроблених для підлітків груп ризику, доцільно дослідити стабільність їх звернень з метою отримання медичної або соціальної допомоги. Наприклад, наскільки у разі надання медичних послуг залучення підлітка було не тільки одиничним вирішенням проблеми, а й впалинуло на його подальшу мотивацію до регулярного медичного огляду і усвідомлення цінності здоров'я. Для цього виокремимо три групи опитаних:

- «Втрачені клієнти»:
 - був випадок самостійного звернення за послугами до 2009 року включно, проте протягом 2010–2011 років таких випадків не було;
 - був випадок самостійного звернення за послугами у 2010 році, проте у 2011 році таких випадків не було.

Розрізнення цих двох груп важливе з точки зору оцінки впливу інтервенційних моделей, які реалізовувалися Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ) у чотирьох містах опитування, починаючи з 2009 року. Міста Миколаїв, Київ та Донецьк розпочали такі моделі у 2009 році, а Дніпропетровськ – у 2010 році. Оскільки вплив проектів на широкий загал цільової групи проявляється через певний час, ми зробили точкою відліку 2010 рік.

- «Вмотивовані клієнти» – мали випадок самостійного звернення за послугами у 2010 році або раніше і продовжували самостійно звертатися у 2011 році.
- «Новачки» – вперше звернулися за послугами у 2011 році.

Група «вмотивованих клієнтів» є набагато більшою серед отримувачів соціальних послуг (50%), тоді як отримування медичних послуг скоріше є епізодичним процесом (рис. 3.7.1). Удвічі менше підлітків (24%) зверталися за медичними послугами впродовж декількох років. Така суттєва різниця між соціальними та медичними послугами певною мірою є індикатором дружності до підлітків. Разом з тим, це також відображає більшу затребуваність соціальної підтримки серед підлітків у порівнянні з медичною допомогою. Більше третини (38%)

опитаних підлітків зверталися за медичною допомогою до 2009 року включно і з того часу більше не проходили медичний огляд. Разом з тим, серед отримувачів медичних послуг після 2010 року більше підлітків стали регулярно отримувати такі послуги (є випадки отримання медичної допомоги у 2011 році), якщо порівнювати з підлітками, які зверталися до 2009 року включно, що може бути результатом реалізованих інтервенцій. Така сама ситуація характеризує отримання соціальних послуг. Групи «новачків», які вперше самостійно звернулися до організацій з метою отримання медичних або соціальних послуг у 2011 році, свідчать про більшу популярність останніх. За результатами дослідження серед загалу тих, хто мав досвід самостійного звернення за послугами, кожний п'ятий підліток (20%) вперше самостійно звернувся за соціальними послугами у 2011 році. У цьому ж році за медичними послугами вперше звернулося 11% респондентів.

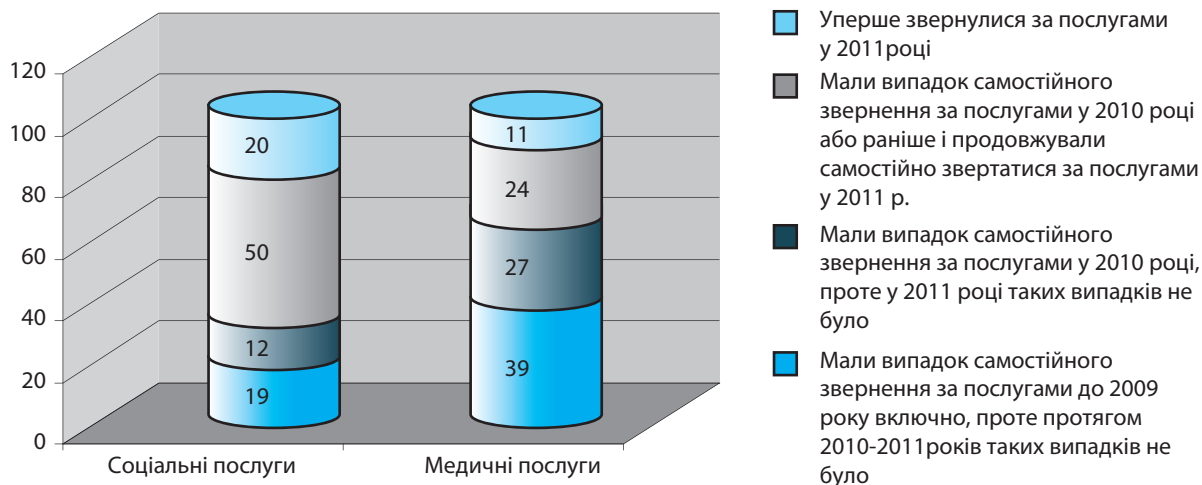


Рис. 3.7.1. Різні групи підлітків, клієнтів організацій, які надають медичні або соціальні послуги, в залежності від наявності чи відсутності повторних звернень впродовж декількох років, % (серед підлітків, які мали досвід самостійного звернення за медичними [N=398] та/або соціальними послугами [N=270])

За рейтингом організацій, до яких підлітки зверталися самостійно, перше місце (як організація, до якої зверталися найчастіше) обіймають поліклініки за місцем проживання (26%), друге місце – релігійні та громадські організації (по 16%) (табл. 3.7.7). До ЦСССДМ зверталось 9% опитаних; до пунктів обміну шприців та анонімного кабінету довіри – по 7%; приблизно стільки ж (6%) проходили діагностику або лікування в диспансерах (наркологічний, шкірно-венерологічний та туберкульозний). Невтішними є дані щодо відвідування центрів профілактики та боротьби зі СНІДом та клінік, дружніх до молоді. Тільки 3% опитаних зверталися до цих установ.

Державні установи, що надають дружні для дітей та молоді послуги, практично не зустрічалися у відповідях підлітків з молодшої вікової групи про свій досвід звернень. Наприклад, про клініку, дружню до молоді, повідомили 5% 18–19-річних підлітків та 1% – 10–13-річних; про ЦСССДМ – 17% 18–19-річних та 2% 10–13-річних. Така ситуація характеризує всі організації – як державні, так і громадські, що є результатом меншої обізнаності молодшої вікової групи про наявні послуги та нижчої мотивації до звернень.

Релігійні організації найчастіше згадували в Києві (29%), громадські – у Миколаєві (22%) та Києві (20%). Майже кожний четвертий (24%) підліток у Києві звертався до ЦСССДМ. Питомо вага звернень до цієї організації була втричі меншою в Донецьку. У Миколаєві лише 2,5% опитаних зверталися до ЦСССДМ, а в Дніпропетровську таких не було взагалі, хоча в місті діє 8 районних ЦСССДМ. Пункт обміну шприців та центр СНІДу найчастіше згадували в Донецьку, кабінет довіри – в Києві, а клініку, дружню до молоді, – в Дніпропетровську.

Таблиця 3.7.7

Рейтинг організацій, які надають медичні та/або соціальні послуги, за питомою вагою до них підлітків груп ризику, %

Організації	Загалом	За містом				За статтю		За віком			
		Дніпропетровськ	Донецьк	Миколаїв	Київ	Хлопці	Дівчата	10-13 років	14-15 років	16-17 років	18-19 років
Поліклініка за місцем проживання	26	15	34	25	31	22,5	35	13	24	33,5	35
Релігійні організації	16	9	9	17	29	15	18	12	15	18,5	18
Громадські організації	16	7,5	14	22	20	15	17,5	9	11	17	26
Центр соціальних служб по роботі з дітьми, сім'єю і молоддю	9	-	7	2,5	24	8	10	2	6	9,5	17
Пункти обміну шприців	7	7,5	15	0,5	5	7	6	2	3	8	15
Анонімний кабінет довіри	7	3,5	5	1	16	6	7,5	2,5	3	8,5	12
Диспансер (наркологічний, шкірно-венерологічний, туберкульозний)	6	6	3	5	9,5	4	10	1	5	7,5	10
Центр профілактики та боротьби зі СНІДом	3	-	8	1,5	3,5	3	5	0,5	1	3,5	8,5
Клініка, дружня до молоді	3	5,5	1	0,5	5	3	4	1	2	4	5
Служба у справах дітей (Служба у справах неповнолітніх)	2,5	-	3	0,5	6	2	3	1	2	3	3,5
Психосоціальний центр	1	-	1,5		2,5	1	2	-	0,5	0,5	3
Інше	2	0,5	1,5	3,5	1,5	1	2,5	1	0,5	2	3,5

Серед відповідей респондентів практично не зустрічаються факти неотримання допомоги в разі звернення до організацій (табл. 3.7.8). За оцінками підлітків, у більшості випадків вони отримали послуги повністю або частково.

Таблиця 3.7.8

Якість наданих медичних та/або соціальних послуг в організаціях за оцінками респондентів, %

Організації	Надана повністю	Надана частково	Не надана	Не зверталися
Поліклініка за місцем проживання	14	11	1	74
Громадські організації	12	4	0	84
Релігійні організації	8	7	0,5	84
Центр соціальних служб по роботі з дітьми, сім'єю і молоддю	7	1	0	91
Анонімний кабінет довіри	6	1	-	93
Пункти обміну шприців	5	2	-	93
Диспансер (наркологічний, шкірно-венерологічний, туберкульозний)	5	1	0	94
Центр профілактики та боротьби зі СНІДом	2,5	1	-	97
Клініка, дружня до молоді	2	1	-	97
Служба у справах дітей (Служба у справах неповнолітніх)	1	1	0	97,5
Психосоціальний центр	1	0	-	99

Для розуміння рівня доступності медико-соціальних послуг для підлітків, які живуть або працюють на вулиці, важливо мати дані щодо їх місця серед загальної молоді підліткового віку, особливо соціалізованих підлітків. З одного боку, це допоможе зрозуміти, наскільки бар'єри в доступі пов'язані саме з віком, а не фактом проживання або роботи на вулиці, а з іншого – продемонструє, які є відмінності між підлітками вулиці та соціалізованими підлітками у доступності послуг.

При аналізі використовуються дані дослідження «Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин – ЕСПАД (ESPAD)»⁶⁰, що проводиться в 35 країнах світу, включаючи Україну, серед 15–16-річних підлітків. В Україні остання хвиля опитування проведена 2011 р. серед 15–17-річних учнів та студентів загальноосвітніх середніх шкіл, ПТНЗ та ВНЗ I–II рівнів акредитації. Для належного порівняння в обох дослідженнях проаналізована однакова вікова група – 15–17-річні підлітки та обрані однакові міста опитування: Дніпропетровськ, Донецьк, Київ і Миколаїв.

На перший погляд, ситуація щодо самостійних звернень відрізняється несуттєво. Питомо вага ініціативних звернень по медичні послуги серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, та загальною учнівською молоддю (соціалізовані підлітки) – дещо більше половини: і серед перших, і серед других принаймні є випадки самостійного звернення за такими послугами хоча б раз у житті – 52% підлітків вулиці та 56% учнівської молоді. В обох групах дівчата частіше зверталися по медичні послуги самостійно, ніж хлопці. Тобто як серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, так і серед соціалізованих підлітків, приблизно половина опитаних стикається з бар'єрами щодо звернень по послуги за власною ініціативою або не мають мотивації до таких звернень.

Разом з тим, якщо розглянути досвід звернень до тих чи інших організацій, що надають медичні або соціальні послуги, учнівська молодь та «підлітки вулиці» суттєво відрізняються. Хоча перше місце у рейтингу звернень в обох групах посідає поліклініка за місцем проживання, серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, до неї звертався удвічі менший відсоток осіб (31% проти 65% серед учнівської молоді) (рис. 3.7.2). Це свідчить про меншу доступність загальної системи медичної допомоги для підлітків вулиці, якінабагато частіше звертаються до недержавних організацій: громадських чи релігійних (майже кожний п'ятий), тоді як серед учнівської молоді клієнтами таких організацій були менше 3% осіб.

Порівняно з учнівською молоддю, підлітки, які живуть або працюють на вулиці, частіше зверталися до центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, диспансерів, кабінетів довіри, пунктів обміну шприців. «Підлітки вулиці» більш поінформовані про послуги зменшення шкоди. Наприклад, серед підлітків-СІН (53 особи), що були опитані в межах дослідження учнівської молоді, 11% (6 осіб) зверталися до пунктів обміну шприців, а серед підлітків-СІН (174 особи), що живуть або працюють на вулиці, втричі більше – 33% (57 осіб). Майже однаково низький рівень відвідування характеризує звернення до клініки дружньої до молоді, в обох групах.

⁶⁰ Більш детально про міжнародне дослідження на сайті www.espad.org



* Дані щодо учнівської молоді розраховані на основі дослідження „Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин – ЕСПАД (ESPAD)”, що проведено в Україні 2011 р. серед 15–17-річних підлітків загальноосвітніх середніх шкіл, ПТНЗ та ВНЗ I–II рівнів акредитації у всіх регіонах України і відображає ситуацію серед соціалізованої молоді. Для належного порівняння рейтингів організацій, куди підлітки зверталися самостійно за медичними або соціальними послугами, в обох дослідженнях проаналізована однакова вікова група – 15–17-річні підлітки та обрані ті ж самі міста опитування: Дніпропетровськ, Донецьк, Київ і Миколаїв.

Рис. 3.7.2. Питома вага респондентів, які самостійно зверталися до організацій, що надають медичні та/або соціальні послуги, серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці (базове дослідження), та учнівської молоді (“ESPAD”), %

За даними якісного дослідження у більшості випадків співробітники організацій/установ ставилися до підлітків добре, були привітні. Оцінюючи якість наданих послуг, 41% підлітків наголосили, що привітне ставлення персоналу було найціннішим для них. Для порівняння – можливість отримання витратних матеріалів (презервативів, шприців тощо) підкреслили лише 11% опитаних. Високу оцінку отримали послуги за методикою «рівний-рівному». Для підлітків груп ризику дуже важливо бачити, що їх насправді розуміють, що з ними працюють люди, котрі мали у свій час такі ж проблеми: *«Те, що вони колишні наркомани і з ними розмовляти можна просто, і вони тебе розуміють»* (хлопець, 18 років, про БО «Хелп», м. Дніпропетровськ). Вагоме значення має аутрич-робота. Як влучно зазначив один із респондентів: *«Мені подобається, що не тільки я ходжу за послугами в організації, але і співробітники приходять до нас в ті місця, де ми знаходимося»* (хлопець, 15 років, м. Миколаїв).

Разом з тим в усіх містах опитування були зафіксовані поодинокі випадки неповаги до підлітків. Наприклад, випадок зневажливого ставлення зафіксовано у Києві: *«Дають прострочені ліки»* (дівчина, 17 років, про МБО «Служба порятунку дітей»). У цілому близько 2% (9 осіб) відчували неповагу до себе.

Більшість скарг пов'язана з неможливістю отримати безкоштовні послуги. У Миколаєві один із респондентів повідомив про вимагання грошей за їжу: *«За те, що попросив поїсти, вони сказали: платіть гроші»* (хлопець, 18 років, про ХБФ «Християнська місія Еммануїл»). У Дніпропетровську нарікали на відсутність безкоштовної медичної допомоги: *«Вимагали бинти, вату, знеболюючі – хлопці купили»* (хлопець, 19 років, про лікарню). Серед інших факторів, що вплинули на формування негативних відгуків про діяльність відповідної організації/установи, можна виділити такі: докучливість релігійних повчань (релігійні організації), неможливість отримання грошей, відсутність реальної допомоги («Багатослів'я», хлопець, 19 років, про ЦСССДМ, м. Миколаїв), відсутність необхідних спеціалістів або послуг (*«Хотілося б, щоб в ній було більше фахівців в одній будівлі, щоб можна було відразу*

перевірити своє здоров'я повністю» (дівчина, 18 років, м. Донецьк)), незручне розташування або графік роботи.

Вагомим бар'єром є страх звернення до організацій через відсутність анонімності, вилучення з вулиці, незбереження конфіденційності інформації тощо. «Це організація, куди страшно йти» (хлопець, 19 років, про Центр профілактики та боротьби зі СНІДом, м. Миколаїв). «Майже впевнений був, що здадуть до міліції» (хлопець, 17 років, м. Київ). «Боявся, що відправлять до притулку» (хлопець, 16 років, м. Донецьк). Між тим, майже 90% почували себе в безпеці, звертаючись до організацій.

Результати дослідження свідчать, що в більшості випадків під час звернень у відповідні організації/установи послуги були надані своєчасно. Із загалу підлітків, які взяли участь у якісному дослідженні, 12% повідомили, що були вимушені чекати. Отже організації/установи в більшості відповідально ставилися до своєї роботи, і спеціалісти завжди були присутні на своїх робочих місцях. Проблема черги та недружнього ставлення більшою мірою характеризує районні поліклініки («Нікому я там не потрібен», хлопець, 19 років, про поліклініку за місцем проживання, м. Дніпропетровськ).

Дві третини підлітків (66%) впевнені у своєму повторному візиті до організацій, куди вони вже зверталися. 86% готові порадити звернутися до цих організацій своїм друзям.

У цілому із загалу звернень до організацій (N=193) більшість були адресовані до медичних (83 звернення або 43%) та громадських організацій/установ (70 звернень, або 36%) (табл. 3.7.9). 22 звернення (11%) припало на релігійні організації, а 18 (9%) – на соціальні служби. За містами опитування є певні відмінності у рейтингу типів організацій. Так, у Дніпропетровську та Києві більшість самостійних звернень підлітків були до медичних організацій, а в Донецьку та Миколаєві – до громадських організацій.

Таблиця 3.7.9

Типи організацій, про які повідомляли підлітки, які мали досвід самостійних звернень за послугами, за містом опитування, абсолютні числа та %
(за результатами якісного дослідження)

Організації	Всього		Дніпропетровськ		Донецьк		Миколаїв		Київ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Медичні заклади	83	43	40	57	20	40	4	15	19	41
Громадські організації	70	36	18	26	23	46	14	52	15	33
Соціальні служби (державні організації)	18	9	-	-	5	10	2	7	11	24
Релігійні організації	22	11	12	17	2	4	7	26	1	2
Загалом	193	100	70	100	50	100	27	100	46	100

П'ять найбільш популярних організацій (за частотою згадувань) у кожному місті наведено у табл. 3.7.10.

Головним каналом отримання інформації про організації/установи та послуги, що вони надають, для підлітків, які проводять більшість часу на вулиці, є їхнє найближче соціальне оточення, тобто знайомі, друзі та статеві партнери, які виступили джерелом інформації в 59% випадків звернень до відповідних організацій/установ. У 26% випадків підлітки дізналися про організацію за переадресацією від персоналу громадських або державних організацій (лікарні, диспансери, міліція, навчальні заклади тощо). Батьки та родичі познайомили підлітка з організацією тільки в 6% випадків.

Таблиця 3.7.10

Топ-5 організацій, про які найчастіше повідомляли підлітки, які мали досвід самостійних звернень за послугами, за містом опитування (за результатами якісного дослідження)

Київ (N=46)*	Миколаїв (N=27)	Донецьк (N=50)	Дніпропетровськ (N=70)
<ul style="list-style-type: none"> Київський міський ЦСССДМ (N=11) Центр «Екстренної допомоги дітям» (N=9) БФ «Карітас-Київ» (N=9) МБО «Служба порятунку» (N=4) Жіночий центр «Право на здоров'я» (N=4) 	<ul style="list-style-type: none"> БФ «Нове століття» (N=11) ХБФ «Християнська місія Еммануїл» (N=5) ГО «Червоний хрест» (N=2) Миколаївський міський ЦСССДМ (N=2) Жіноча консультація (N=2) 	<ul style="list-style-type: none"> ДООС ВІЛ-інфікованим (N=12) Пункт обміну шприців (N=9) ГО «Карітас-Донецьк» (N=5) Донецький міський ЦСССДМ (клуб «Respect») (N=5) ГО «Місто Сонця» (N=5) 	<ul style="list-style-type: none"> Клініка, дружна до молоді (N=15) Районна поліклініка (N=11) БО «Хелп» (N=9) Церква (N=7) Анонімний кабінет довіри (N=5)

* У дужках позначена кількість респондентів у кожному місті (абсолютні числа), які мали досвід самостійних звернень за медико-соціальними послугами та погодилися брати участь у якісному дослідженні. Нижче, де зазначені власне організації, позначена кількість респондентів (абсолютні числа), що згадували ту чи іншу організацію, описуючи свій досвід звернень за послугами.

Таблиця 3.7.11

Джерела отримання інформації про організації, до яких підлітки зверталися самостійно, абсолютні числа (за результатами якісного дослідження)

Джерела інформації	Загалом	Місто опитування				Стать		Вік	
		Дніпропетровськ	Донецьк	Миколаїв	Київ	Хлопці	Дівчата	10-17 років	18-19 років
Знайомі, друзі, статеві партнери	101	23	34	13	31	66	35	61	40
Персонал громадських/державних організацій, які надають послуги	44	23	6	5	10	23	21	22	22
Родичі	11	6	2	2	1	3	8	6	5
Інше	7	4	1	2	0	7	0	1	6
Не знають/не пам'ятають	8	3	0	4	1	6	2	3	5

Найчастіше підлітки звертаються до організацій з метою медичного обслуговування (78 згадувань з 306): потреби в медикаментах, медичних послугах, зокрема тестуванні захворювань та лікуванні від наркозалежності, є яскравими проявами даної потреби (табл. 3.7.12). На другому місці – отримання видаткових матеріалів (презервативи, шприци тощо) (69 згадувань) та гуманітарна допомога (одяг, їжа) (68 згадувань). Приблизно настільки ж затребуваною була інформаційно-консультативна допомога (24 згадування). Часто представники цільової групи зверталися до відповідних організацій/установ з метою задовольнити свої потреби в гігієні (17 згадувань). Ще однією потребою, яка яскраво представлена у дітей вулиць, є потреба в психологічній допомозі (13 згадувань). 11 звернень припало на юридичні послуги: отримання юридичної інформації, консультації та відновлення документів. Крім цього, при зверненні до організацій/установ підлітки також керувалися мотивами підтримання соціальних зв'язків, спілкування з друзями та просто проведення часу (9 згадувань).

Таблиця 3.7.12

Причини звернень до організацій, які надають послуги для підлітків, абсолютні числа, кількість звернень (за результатами якісного дослідження)

Послуги	Загалом	За містом				За статтю		За віком	
		Дніпропетровськ	Донецьк	Миколаїв	Київ	Хлопці	Дівчата	10-17 років	18-19 років
Медичні послуги	78	51	10	5	12	45	33	36	42
Видаткові матеріали (презервативи, шприци тощо)	69	21	34	10	4	50	19	35	34
Гуманітарна допомога	68	6	9	15	38	45	23	53	15
Інформаційно-консультативні послуги	24	4	13	4	3	12	12	9	15
Послуги з гігієни (душ, прання тощо)	17	-	1	2	14	9	8	13	4
Психологічна допомога	13	-	2	7	4	4	9	3	10
Юридичні послуги	11	1	0	4	6	6	5	5	6
Житло, ночівля, притулок	9	4	3	1	1	9	-	4	5
Провести час, відпочити, поспілкуватися	9	-	-	2	7	7	2	6	3
Інше	8	4	1	1	2	6	2	3	5

У Києві та Миколаєві при зверненнях найбільш затребуваною була гуманітарна допомога, у Донецьку – видаткові матеріали, а в Дніпропетровську – медичні послуги. Три головні причини звернень (медичні послуги, видаткові матеріали та гуманітарна допомога) характерні як для хлопців, так і дівчат. Гуманітарна допомога є особливо важливою для молодшої вікової групи, тоді як старші підлітки найчастіше зверталися за медичними послугами.

Успішна реалізація інтервенцій неможлива без розуміння потреб цільової групи. Питання, наскільки наявні послуги відображають реальні потреби підлітків груп ризику, є ключовим у подальшій оптимізації доступу до послуг. За даними кількісного дослідження більше половини цільової групи потребує гуманітарної допомоги (одягу, їжі) (55%), хоча за рейтингом причин звернень до організацій ця потреба займає лише третє місце (табл. 3.7.13). Вірогідним поясненням є недостатня кількість місць, де підліток може отримати таку допомогу, та/або низький рівень обізнаності підлітків про такі місця. 41% потребують матеріальної допомоги родині, щоб вирішити проблему відсутності харчування або необхідного одягу. Більше чверті (28%) бажали би працевлаштуватися, проте не можуть зробити це самостійно. 16% бажали б вилікувати своїх батьків/родичів від наркоманії або алкоголізму і вдвічі менше потребують лікування для себе (8%). Такий низький відсоток затребуваності медичних послуг з боку підлітків більшою мірою пояснюється малою цінністю здоров'я в їхніх уявленнях та низьким рівнем знань про хвороби. Кожний шостий підліток потребує допомоги в отриманні освіти та особистого захисту від людей, які його кривдять.

Допомога в отриманні лікування найбільш актуалізована серед підлітків Дніпропетровська (17,5%). Цей показник удвічі вищий за аналогічний у Києві та більш як у 4 рази вищий за показники Донецька і Миколаєва. Про необхідність захисту від людей, які скривджують, найчастіше повідомляли у Миколаєві (23%) та Донецьку (17%), в інших містах цю потребу відмітило менше 10% опитаних. Допомоги в отриманні гарної освіти та працевлаштуванні більше потребують у Дніпропетровську – 29% та 38,5% підлітків відповідно наголосили на цьому.

Таблиця 3.7.13

Потреби підлітків груп ризику, за їхніми власними оцінками, %

Потреби	За містом				За статтю		За віком				Всього
	Дніпро-петровськ	Донецьк	Миколаїв	Київ	Хлопці	Дівчата	10-13 років	14-15 років	16-17 років	18-19 років	
Купити мені одяг, їжу	59	49	44	67	55	55	66,5	55	48	50	55
Надати матеріальну допомогу моїй сім'ї для придбання одягу, харчування	53,5	49,5	34,5	27	39	46	40	42	37	46	41
Допомогти працевлаштуватися	38,5	24,5	21,5	29	29	27	9	24	36,5	44	28
Вилікувати батьків (родичів, опікунів) від алкоголізму, наркоманії	23,5	23	6,5	11	16,5	15	24	22	11,5	7	16
Допомогти отримати освіту (влаштувати в хорошу школу, вуз, оплатити навчання)	29	12	8	11	13	21	14	15	18	13	15
Захистити мене від інших людей, які кривдять	7	17	23	8	13	15	20	14,5	8,5	12	14
Надати допомогу у працевлаштуванні батьків, щоб батькам вчасно платили зарплату	15	15	4	3,5	10	9	13	10	9	5,5	9
Вилікувати мене, надати матеріальну допомогу для лікування	17,5	4	2,5	7,5	8	8	7	6	8,0	10	8
Влаштувати в гарну прийомну сім'ю	10,5	9	3	5,5	7	7	13	7	5,5	3	7
Влаштувати в хороший інтернат, дитячий будинок	3,5	0,5	2,5	0,5	2	2	2,5	3	0,5	1	2
Інше	23,5	22	10,5	11	16,5	17	14	13	20,5	19	17
Важко відповісти	4	3	2,5	7	4	3	2,5	4	4,5	5,5	4

Проблеми батьків (необхідність лікування, надання матеріальної допомоги сім'ї тощо) більше турбують молодші вікові групи підлітків. Майже половина 18–19-річних підлітків (44%) наголошують на необхідності допомоги в працевлаштуванні. Проблеми з харчуванням та одягом характеризують дві третини (66,5%) підлітків у віці від 10 до 13 років. Майже удвічі більше дівчат (21%), ніж хлопців (13%), бажають отримати допомогу щодо отримання освіти.

Ключові результати до параграфу 3.7

- Серйозним бар'єром доступу до послуг залишається відсутність персональних документів. Серед 16–19-річних підлітків, які згідно з законодавством повинні мати повний перелік документів, паспорт не мають 46%, свідоцтво про освіту – 54%, а ідентифікаційний код – 59%. 7% опитаних у віці від 16 до 19 років (9% хлопців та 4% дівчат) не мають жодного з перелічених вище документів. Проблема погіршується тим, що навіть серед тих, хто має такі документи, вагомою є частка осіб, які не розуміють їх призначення. Тобто наявність документа не обов'язково усуне наявний бар'єр. Це актуалізує необхідність підвищення рівня знань про документи, пояснення їх сутності і необхідності.
- Майже дві третини підлітків, які живуть або працюють на вулиці, перебувають поза межами державного медичного забезпечення. Хоча медичну карту має половина опитаних (51%), на обліку в поліклініці за місцем проживання перебувають 37% підлітків груп ризику. Між тим відсутність реєстрації є не єдиною проблемою. Критичнішим питанням є проблема недружного ставлення в районних поліклініках, про яку наголошувалося

в якісних інтерв'ю. Поєднання цих двох факторів призводить до того, що три чверті цільової групи отримували медичні послуги на базі районних поліклінік більше року тому або взагалі не змогли назвати, коли вони відвідували поліклініку востаннє.

- За результатами дослідження 56% підлітків мають досвід самостійного звернення до організацій за медичними або соціальними послугами впродовж життя. Разом з тим, такі звернення не завжди перетворюються на систематичний догляд за собою внаслідок підвищення цінності здоров'я, а часто є поодинокими випадками вирішення критичних проблем. Мотивація до регулярного отримання послуг краще працює серед отримувачів соціальних послуг, де 50% отримують такі послуги впродовж декількох років. Між тим серед отримувачів медичних послуг таких лише 27%, хоча регулярний медичний огляд є не менш важливим за соціально-психологічну підтримку. Група «епізодичних» клієнтів медичних установ (мають досвід звернень до медичних установ, проте вже більше року не проходили медичний огляд) удвічі перевищує аналогічну групу серед підлітків, які отримували соціальні послуги.
- За рейтингом організацій, до яких підлітки зверталися самостійно, перше місце (як організація, до якої зверталися найчастіше) обіймають поліклініки за місцем проживання (26%), друге місце – релігійні та громадські організації (по 16%). Невтішними є дані щодо відвідування клінік, дружніх до молоді, які спеціалізуються на наданні анонімних, конфіденційних та безкоштовних послуг. Тільки 3% опитаних зверталися до таких клінік. Низький відсоток звернень до ЦСССДМ. Отже державні установи, створені спеціально для надання низькопорогових послуг, залишаються поза увагою цільової групи.
- За даними якісного дослідження дружнє, привітне ставлення персоналу є найбільш цінним в організаціях, які надають послуги підліткам. Саме це формує мотивацію підлітка щодо повторного звернення. Оцінюючи якість наданих послуг, значущість такого ставлення відмітили 41% підлітків, тоді як можливість отримання витратних матеріалів (презервативів, шприців тощо), що відображає матеріальну мотивацію, підкреслили лише 11% опитаних. Серед факторів, що впливають на формування негативних відгуків про діяльність організації/установи, можна виділити такі: докучливість релігійних повчань (релігійні організації), неможливість отримання грошей, відсутність реальної допомоги, відсутність необхідних спеціалістів або послуг, незручні розташування або графік роботи.
- 66% упевнені у своєму повторному візиті до організацій, куди вони вже зверталися. Іншими словами, одна третина підлітків груп ризику є потенційними «втраченими» клієнтами, які, спираючись на отриманий досвід, не зацікавлені в систематичних зверненнях.
- 86% готові порадити своїм друзям звернутися до організацій, де вони отримували послуги.
- Головним каналом отримання інформації про організації/установи та послуги, які вони надають, для підлітків, які проводять більшість часу на вулиці, є їхнє найближче соціальне оточення, тобто знайомі, друзі та статеві партнери, які виступили джерелом інформації у 59% випадків звернень до відповідних організацій/установ. Це актуалізує широке впровадження програм за методикою «рівний-рівному», залучення підлітків до розробки та впровадження інтервенцій та формування мережі лідерів із числа цільової групи. Удвічі менше підлітків дізналися про організації, де можна отримати послуги, за переадресацією від персоналу громадських або державних організацій (лікарні, диспансери, міліція, навчальні заклади тощо).
- Аналіз потреб підлітків свідчить про критичність питання забезпечення фізіологічних потреб у харчуванні, одязі та гігієні. Суттєвим бар'єром є необхідність сплати за надані послуги. Саме тому найбільшою популярністю користуються безкоштовні медичні послуги та гуманітарна допомога.

4. Тенденції змін поведінки та чинники уразливості

Аналізуючи небезпечні поведінкові практики, характерні для «підлітків вулиці» в контексті таких ключових показників, як охоплення профілактичними програмами, знання про шляхи передачі ВІЛ, проходження тесту на ВІЛ та звертання за послугами за власною ініціативою, можна стверджувати, що серед тих респондентів, які мають два та більше ризиків інфікування ВІЛ, тобто практикують поєднані моделі небезпечної поведінки (вживання ін'єкційних наркотиків та надання секс-послуг, незахищений секс та вживання ін'єкційних наркотиків або комерційний секс і з чоловіками серед хлопців-ЧСЧ, а також вживання ін'єкційних наркотиків та надання секс-послуг чоловікам серед хлопців), питома вага «поінформованих» та «включених» у систему надання профілактичних програм та послуг не менша або навіть більша, ніж серед тих, хто має один ризик чи взагалі його не має (див. табл. 4.1).

Так, знання про шляхи передачі ВІЛ і серед тих, хто практикує поєднані ризиковані моделі поведінки, і серед тих, хто має тільки один ризик, є приблизно на одному рівні – в межах 56% щодо передачі інфекції статевим шляхом та в межах 65% щодо передачі ін'єкційним. Причому обізнаність дівчат-ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики, є дещо вищою, ніж серед хлопців-ЧСЧ, які мають два та більше ризиків, що можна пояснити ефективними цільовими моделями (м.Миколаїв), впровадженими під час проекту. Порівняно з іншими групами найменш обізнаними щодо шляхів передачі ВІЛ є підлітки, які не мають ризику (45% – щодо статевого шляху та 52% – щодо ін'єкційного), що потребує посилення профілактичних інформаційних заходів серед загалу уразливих підлітків та ППР.

Щодо отримання безкоштовних шприців або презервативів у ПОШ, соціальних працівників та лікарнях, то хлопці та дівчата з поєднаними ризиками схильні використовувати ці джерела профілактичних засобів в більшій мірі, ніж усі інші: 46% – серед тих, хто має два та більше ризиків, і 34% – серед тих, хто має принаймні один ризик.

Більше половини респондентів серед групи з поєднаними моделями ризикованої поведінки коли-небудь в житті проходили тест на ВІЛ – 57%, що майже в півтора-два рази більше, ніж у інших груп (22% – ті, хто не має ризику, 34% – ті, хто має один ризик, та 39% – ті, хто має принаймні один ризик, пройшли тестування).

На фоні доволі неактивного самостійного звернення за послугами загалом (особливо за медичними) 41% з групи поєднаних ризиків зверталися за ними за власною ініціативою у 2011 році. Для прикладу, лише 24% респондентів, які мають хоча б один ризик, у цьому році звернулися за медичними послугами і 30% за соціальними. Низькі показники звернення і в групі з одним ризиком інфікування ВІЛ (19% за медичними та 27% за соціальними) та в групі, яка поки що цього ризику не має (12% за медичними та 19% за соціальними).

Таким чином, в зону охоплення профілактичними заходами та інтервенціями потрапили підлітки, які мають два та більше ризиків інфікування ВІЛ. З одного боку, це свідчить про ефективність цільових моделей і можливість координації та своєчасного надання допомоги підліткам груп ризику. З іншого боку, враховуючи високий рівень уразливості підлітків, які живуть або працюють на вулиці, їх мінливе становище на межі ризику, доцільно розширювати і залучати нові цільові групи, зокрема хлопців-ЧСЧ та підлітків, які поки що не мають ризику інфікування, але знаходяться за крок до нього.

Таблиця 4.1

Користування окремими профілактичними послугами серед різних груп ПГР

Всього Хлопці	Принаймні 1 ризик (N=338)			Тільки 1 ризик (N=279)			2 та більше ризиків (N=79)			Не мають ризику (N=447)			Серед усіх (N=805)		
	Всього	Хлопці	Дівчата	Всього	Хлопці	Дівчата	Всього	Хлопці	Дівчата	Всього	Хлопці	Дівчата	Всього	Хлопці	Дівчата
Охоплення профілактичними програмами	34	34	33	31	31	29	46	43	50	13	14	11	22	21	24
Знання про шляхи передачі ВІЛ	57	54	61	57	55	60	56	51	65	45	46	42	50	49	53
	63	63	63	62	64	60	65	59	77	52	54	44	56	57	55
Проходили тест на ВІЛ коли-небудь у житті	39	35	47	34	29	41	57	51	69	22	20	28	29	26	39
	24	17	35	19	11	30	41	34	54	12	11	16	17	13	27
Звертання за послугами за власною ініціативою у 2011 році	30	27	34	27	25	29	41	34	54	19	18	20	24	21	28
	36	32	43	32	27	38	53	47	65	23	22	24	29	26	35

* Під ризиком розуміється наявність досвіду вживання ін'єкційних наркотиків, комерційного сексу/сексу в обмін або ЧСЧ-контактів, включаючи комерційні ЧСЧ-контакти. Для дівчат максимальне число ризиків – 2 (комерційний секс та вживання ін'єкційних наркотиків), для хлопців – 4 (вживання ін'єкційних наркотиків, комерційний секс з жінками, комерційний секс з чоловіками, ЧСЧ-контакти).

За час, що минув після проведення базового дослідження серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, була реалізована значна робота щодо профілактики ВІЛ-інфекції, головною метою якої полягала у зменшенні чинників уразливості та формуванні більш безпечної поведінки серед ПГР, зокрема тих, які живуть або працюють на вулиці. Регулярний моніторинг поведінки цільової групи дозволяє оцінити, в якій мірі реалізовані інтервенції вплинули на досягнення мети. Питання щодо часу, необхідного для прояву змін поведінки серед загалу цільової групи, є дискусійним; як правило, вважається доцільним робити такий моніторинг поведінки раз на два-три роки⁶¹. На сьогодні ми маємо тільки дві хвили дослідження, тож ще важко робити висновки про наявність певних сталих трендів. Разом з тим, пояснюючи наявну динаміку, необхідно підкреслити ряд викликів, з якими стикаються дослідники.

По-перше, наявність позитивної динаміки в масштабних поведінкових дослідженнях обумовлюється не тільки успішністю інтервенцій, а й тим, наскільки широким було охоплення цільової групи. Тут необхідно чітко розрізняти дієвість і ефективність інтервенцій⁶². Дієвість відображає результати профілактичних втручань серед клієнтів таких програм, тоді як ефективність – ситуацію в реальному світі, серед загалу представників цільової групи, включаючи тих, які безпосередньо не брали участі в інтервенціях. Більшість оцінок профілактичних проектів ґрунтується саме на виявленні дієвості, коли увага фокусується на поведінкових змінах цільових груп у певний період випробувань інтенсивних, професійних моделей профілактики ВІЛ-інфекції (зазвичай до року). Між тим такі пілотні (пробні) проекти не завжди є життєздатними і навіть за умов збереження їх сталого розвитку не завжди вдається зберігати повний пакет послуг, що може позначитися на зменшенні ефективності інтервенцій. Наприклад, через обмежені можливості аутрич-роботи може зменшуватися рівень поширення інтервенцій та відповідно – ріст безпечної поведінки. Фокусуючись на інтервенційних моделях, які реалізовувалися за підтримки ЮНІСЕФ у Києві, Миколаєві, Дніпропетровську та Донецьку – містах, де проводилося базове дослідження, варто ще раз наголосити на їх інтеграції в існуючу систему надання послуг, отже на час проведення повторного опитування серед «підлітків вулиці» уже 2 роки безперервно проводилася інтенсивна профілактична робота. До того ж на проблемі ВІЛ-профілактики серед ПГР була сфокусована увага багатьох державних та громадських організацій, міжнародних фондів тощо. ПГР були визнані як пріоритетна група в пошуках національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу. Усе це сприяло тому, що профілактичні втручання були не поодинокими актами окремих організацій, а реалізовувалися комплексно.

По-друге, велике значення має, наскільки сталою була робота щодо підтримки змін поведінки на більш безпечну. Наприклад, у США дослідження впливу індивідуальних консультацій серед ЧСЧ спочатку виявили значні поведінкові переваги, зокрема зниження рівня захворюваності на ВІЛ в результаті втручання. Однак після 3 років і 3 місяців користувачі програми істотно не відрізнялися від контрольної групи (яка не отримувала індивідуальне консультування) щодо захворюваності на ВІЛ. Аналіз встановив, що після 12–18 місяців після завершення участі в консультуванні відбулося повернення до ризикованої поведінки.⁶³ Отже існуючі стратегії зміни поведінки, засновані на когнітивно-поведінкових теоріях, які припускають, що люди будуть вживати заходів, щоб уникнути ризиків, якщо вони повністю поінформовані та мотивовані, не працюють за умов несталих втручань. Цей виклик більшою мірою матиме значення в подальшій роботі з ПГР, наслідки якої продемонструють, наскільки вдасться зберегти і розширити активну профілактичну стратегію серед цієї цільової групи в Україні.

⁶¹ Meeting the Behavioural Data Collection Needs of National HIV/AIDS and STD Programmes: A joint IMPACT/FHI/UNAIDS Workshop: Report and Conclusions, 1998. – [Електронний ресурс]. – Доступний з: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub03/meetingbehavdata_en.pdf

⁶² Behavior Change and HIV Prevention: (Re)Considerations for the 21st Century. Global HIV Prevention Working Group, August 2008. – [Електронний ресурс]. – Доступний з: http://www.globalhivprevention.org/pdfs/PWG_behavior%20report_FINAL.pdf

⁶³ Coates, T.J., et al. Inpress. Behavioural science contributions to HIV prevention: Insights from the past and directions for the future. Lancet.

По-третє, слід розуміти, що індивідуальна поведінка часто перебуває під сильним впливом більш широкого кола соціально-економічних та культурних чинників, яких неможливо уникнути повністю. Наприклад, проблеми бідності, корупції, безробіття, злочинності, стигматизації та дискримінації є системними чинниками уразливості ПГР, подолання яких виходить за межі роботи виключно з цільовою групою.

По-четверте, слід зазначити, що інтервенції, реалізовані впродовж останніх трьох років, більшою мірою були спрямовані на зменшення шкоди і меншою – на ресоціалізацію представників цільової групи. Тобто фіксація фактів щодо покращення ситуації наразі має, скоріше, ґрунтуватися на більшому поширенні практик безпечної відносно ВІЛ-інфікування поведінки, а не зменшенні питомої ваги груп ризику (СІН, ЧСЧ, продаж сексу).

Окрема група викликів пов'язана з методологічними проблемами оцінки динаміки змін. Однією з особливостей аналізу динаміки окремих показників є низька ефективність порівняння відсоткових змін, оскільки різниця показників у відсотках не гарантує наявності реальних відмінностей через різні об'єми вибірок. Крім того, у порівнянні показників наводяться дані щодо статистичної значущості відмінностей. Також необхідно розуміти, наскільки співвідносяться групи, охоплені в межах різних хвиль опитування. За методологією базового дослідження впродовж двох хвиль зберігається статеві структура респондентів (70% хлопців та 30% дівчат). Вікова структура в опитуванні 2011 року дещо змінюється через встановлення квот для належного порівняння різних вікових груп та здійснення аналізу в межах окремої квоти. Між тим квотування не суттєво змінило віковий розподіл. Порівняно з 2008 роком, у 2011 році група підлітків у віці до 14 років включно більша на 2%, 15–17-річних підлітків стало менше на 5%, а 18–19-річних – більше на 7%. Разом з тим, підлітки, які брали участь у дослідженні 2011 року, є більш «прихованими», про що свідчить показник наявності досвіду перебування в притулку. Якщо у 2008 році через притулки пройшло більше половини опитаних (57%), то у 2011 році таких виявилось значно менше – 29%. Між тим така «прихованість» не передбачає априорі відсутності доступу до послуг у цілому, а, скоріше, свідчить про низьке охоплення мережею державної системи виховання, тоді як доступність низькопорогових послуг громадських організацій може бути вищою.

Фокусуючись на практиках вживання ін'єкційних наркотиків, варто відзначити збільшення групи СІН (з 15,5 до 22%) у 2011 році, головним чином за рахунок хлопців, що вживають такі наркотики (рис. 4.1). Кількість дівчат-СІН суттєво не змінюється. Збільшується питома вага підлітків, які вперше спробували ін'єкційні наркотики у віці до 15 років (з 45 до 51%), проте така різниця перебуває за межами статистичної значущості.

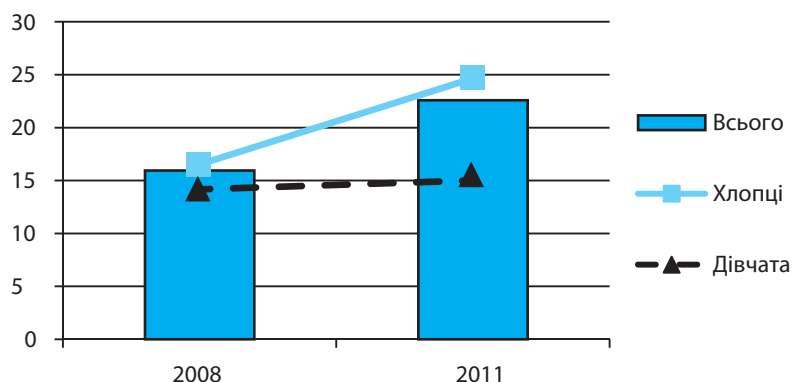


Рис. 4.1. Питома вага осіб, які вживали ін'єкційні наркотики, %

Практики безпечного щодо ВІЛ-інфікування вживання ін'єкційних наркотиків набувають більшого поширення, що узгоджується з аналогічним трендом серед загалу СІН⁶⁴.

⁶⁴ Аналіз факторів, що спричиняють початок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом: аналіз. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: ВПК "ОБНОВА", 2010. – 52 с.

У 2011 році близько половини опитаних (48%) повідомили, що використовували спільний ін'єкційний інструментарій (голка/шприц) протягом останнього місяця, а у 2008 році таких було 61% (рис. 4.2). Разом з тим тест статистичної значущості підкреслює несуттєвість відмінностей у випадку різниці індикаторів щодо використання спільного ін'єкційного інструментарію протягом останніх 30 днів.

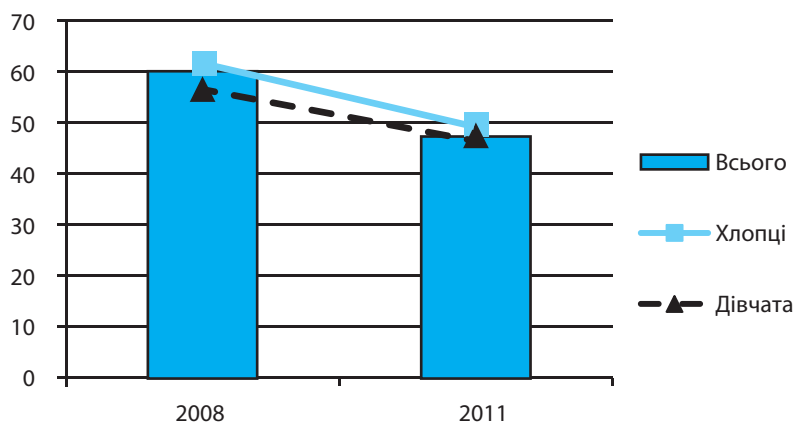


Рис. 4.2. Питома вага осіб, які повідомили про використання спільного ін'єкційного інструментарію (голки/шприца) впродовж останніх 30 днів, % (серед СІН)

Використання стерильного шприца під час останнього вживання ін'єкційного наркотику знижується (з 76 до 63%) (рис. 4.3). Поведінкові дослідження серед загалу СІН навпаки демонструють ріст використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції⁶⁵. Незважаючи на значущість таких відмінностей, динаміку показників відносно практик безпечного щодо ВІЛ-інфікування вживання ін'єкційних наркотиків доцільно розглядати з обережністю через низьку частку змістовних відповідей («Так» або «Ні») та малі об'єми вибірок СІН у цілому. Так, у 2008 році частка незмістовних відповідей («не пам'ятаю» або «відмова від відповіді») складала 31% від загалу підлітків-СІН, які відповіли на це запитання, а у 2011 році – 29%.

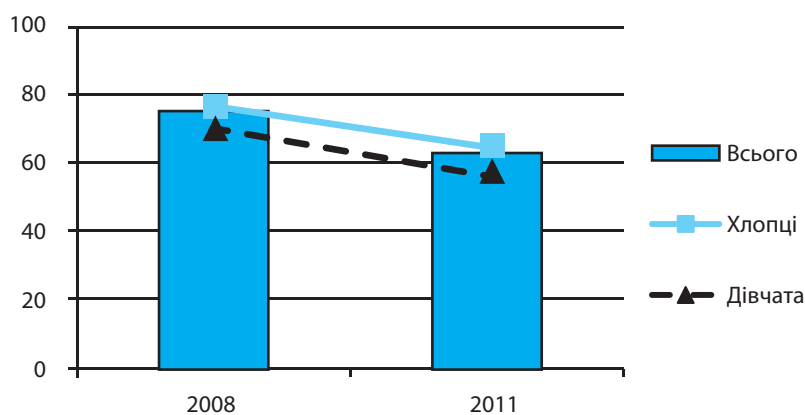


Рис. 4.3. Питома вага осіб, які повідомили про використання стерильного інструментарію (голки/шприца) під час останнього вживання ін'єкційних наркотиків, % (серед СІН)

Практично не змінюється частка тих, які мають статевий досвід, серед загалу хлопців і дівчат, які живуть або працюють на вулиці: 74% у 2008 році та 73% у 2011 році (рис. 4.4). Не має статистично значущої різниці між респондентами, опитаними у межах різних хвиль дослідження, відносно віку сексуального дебюту та кількості статевих партнерів за останній рік.

⁶⁵ ICF "International HIV/AIDS Alliance in Ukraine". Behavior monitoring and HIV-infection prevalence among injection drug users: analytical report based on results of linked survey, Kiev, 2010. – [Електронний ресурс]. – Доступний з: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring/pdf/rep_idu_eng10.pdf

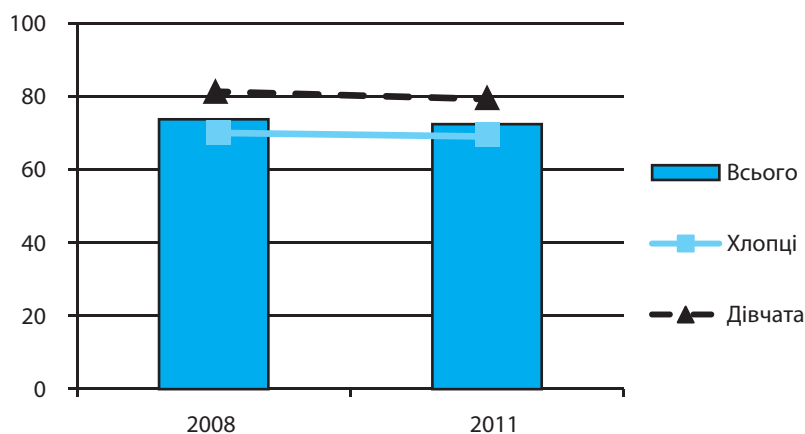


Рис. 4.4. Питома вага осіб, які повідомили про наявність статевого досвіду з особами протилежної статі, %

У межах опитування 2011 року менше підлітків повідомили про наявність досвіду ЧСЧ-контактів (7%) (рис. 4.5). Хоча в першій хвилі дослідження таких підлітків було на 3% більше, різниця порівняно з 2008 роком не є статистично значущою. Аналогічно немає суттєвих відмінностей у середньому віці набуття першого досвіду статевих контактів хлопців з хлопцями/чоловіками. У 2008 році 74% долучилися до таких практик у віці до 15 років, а у 2011 році – 75%. У другій хвилі дослідження більше підлітків-ЧСЧ повідомили про досвід отримання винагороди у вигляді товарів, наркотиків, продуктів тощо за надання сексуальних послуг з хлопцям/чоловікам: 73% у 2011 році та 52% у 2008 році (рис. 4.6). Разом з тим, об’єми обох вибірок є надто малими (менше 50 осіб), що не дозволяє надійно оцінити значущість наявних відмінностей. Саме через цю причину важко визначити тренди в практиках використання презерватива з комерційними та некомерційними партнерами серед підлітків-ЧСЧ, які живуть або працюють на вулиці.

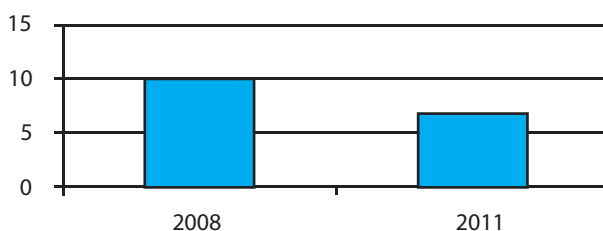


Рис. 4.5. Питома вага ЧСЧ, % (серед опитаних хлопців)

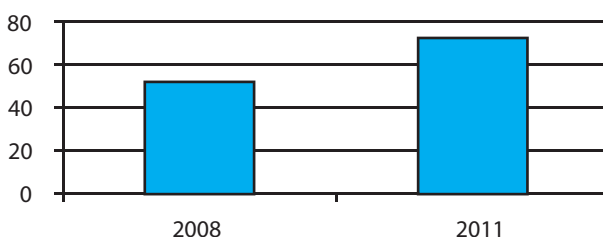


Рис. 4.6. Питома вага ЧСЧ, які надавали сексуальні послуги за винагороду (гроші, їжа, одяг, наркотики, товари) хлопцям/чоловікам, % (серед ЧСЧ)

Ні серед хлопців, ні серед дівчат не зафіксовано статистично значущої різниці в поширенні практик комерційного сексу/сексу за винагороду. В обох хвилях опитування такий досвід мали близько двох третин дівчат та кожний шостий хлопець (не враховуючи хлопців-ЧСЧ) (рис. 4.7). Аналогічно немає відмінностей про середній вік набуття першого такого досвіду та кількість комерційних партнерів за останній рік.

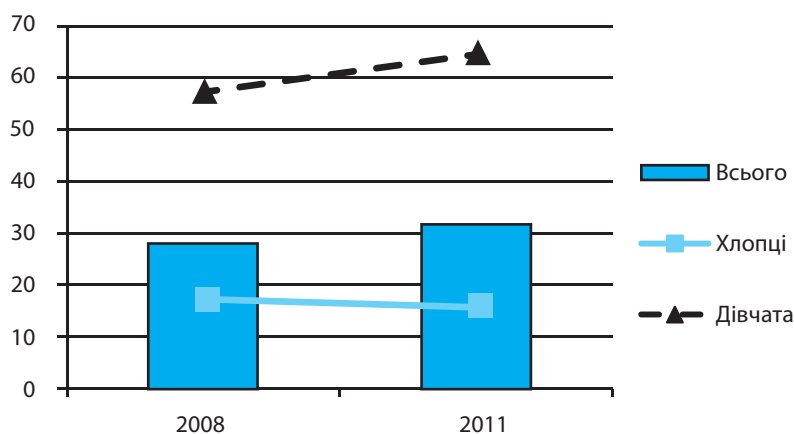


Рис. 4.7. Питома вага осіб, які надавали сексуальні послуги за винагороду (гроші, їжа, одяг, наркотики, товари) особам протилежної статі, % (серед сексуально активних підлітків)

У контексті оцінки ефективності інтервенцій зі зменшення шкоди важливою є оцінка динаміки індикаторів щодо використання презервативів з різними партнерами. Незважаючи на певне збільшення частки хлопців та дівчат, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з комерційним партнером (з 65 до 71%), статистично значущої різниці між цими показниками немає (рис. 4.8). Мала частка хлопців, які практикували такі контакти, не дозволяє надійно оцінити наявну динаміку в цій групі. Разом з тим, за останні три роки більш як вдвічі (з 10 до 23%) збільшується частка підлітків, які завжди використовували презервативи під час статевих контактів з комерційними партнерами впродовж останніх 12 місяців (різниця значуща на рівні 1%) (рис. 4.9). Хоча частка осіб, які практикують безпечний з точки зору ВІЛ-інфікування комерційний секс або секс в обмін, залишається низькою, наявна динаміка, яка характеризує як хлопців, так і дівчат, свідчить про успішність профілактичних втручань серед цільової групи.

Показник щодо використання презерватива під час останнього статевого контакту з випадковим партнером практично не змінюється: як серед хлопців, так і серед дівчат менше половини опитаних використовували презерватив упродовж обох хвиль дослідження (47% у 2008 році та 40% у 2011 році, відмінності не є статистично значущими) (рис. 4.10). Абсолютно протилежною є динаміка постійного використання презерватива з випадковими партнерами за статтю (рис. 4.11). Хлопців, які завжди використовували презерватив з такими партнерами впродовж останнього року, стало на 6% менше у 2011 році порівняно з 2008 роком, а дівчат – на 5% більше. В обох випадках різниця є значущою на рівні 5%. Позитивна динаміка щодо використання презервативів з випадковими партнерами, принаймні серед дівчат, є менш інтенсивною, якщо порівнювати з комерційними партнерами, а отже це питання потребує більшої уваги у подальших інтервенціях.

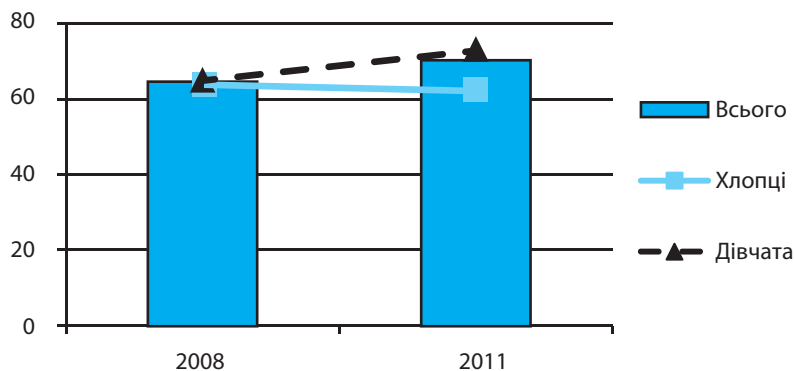


Рис. 4.8. Питома вага осіб, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з комерційним партнером, % (серед осіб, які мали таких партнерів)

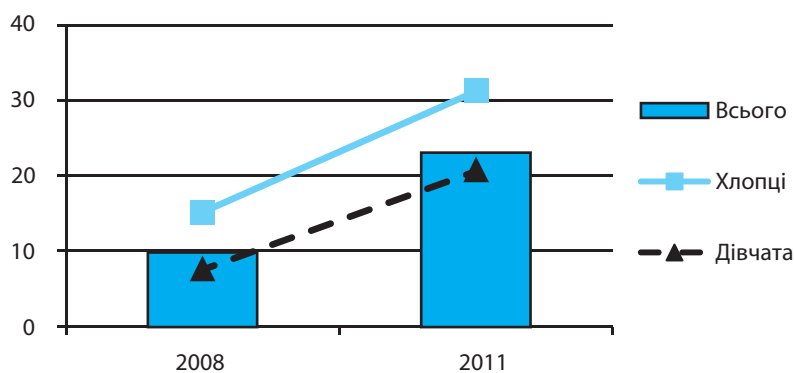


Рис. 4.9. Питома вага осіб, які завжди використовували презерватив під час статевих контактів з комерційними партнерами впродовж останніх 12 місяців, % (серед осіб, які мали таких партнерів)

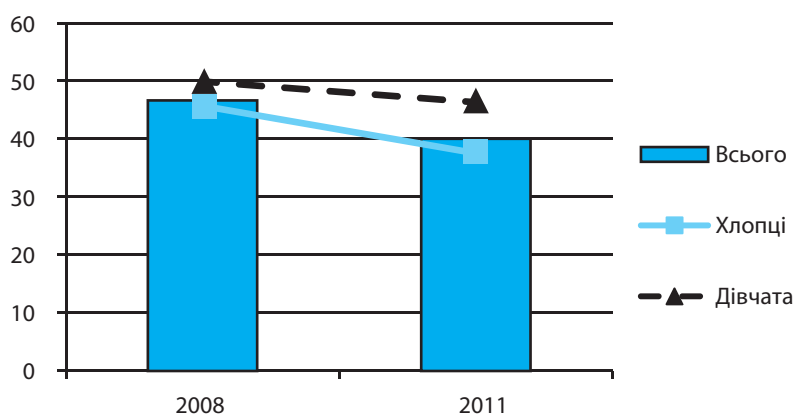


Рис. 4.10. Питома вага осіб, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з випадковим партнером, % (серед осіб, які мали таких партнерів)

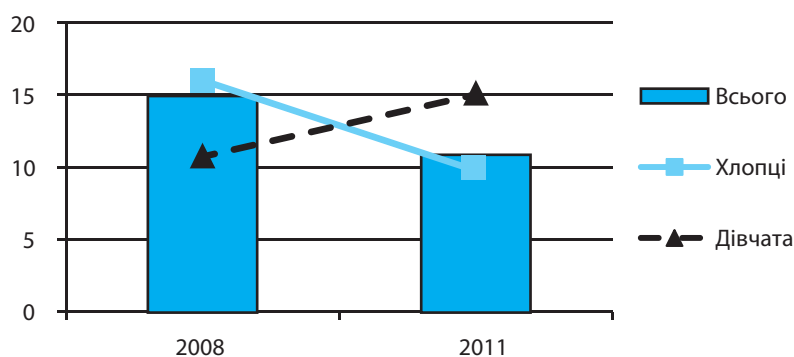


Рис. 4.11. Питома вага осіб, які завжди використовували презерватив під час статевих контактів з випадковими партнерами впродовж останніх 12 місяців, % (серед осіб, які мали таких партнерів)

В опитуванні 2008 року питання щодо використання презерватива під час останнього статевого контакту з постійним партнером ставилося тільки дівчатам. Порівняння результатів двох хвиль опитування свідчить, що дівчат, які використовували презерватив при таких контактах, стало в 1,5 рази менше (з 43 до 28%), і це є статистично значущим (рис. 4.12).

Так само в 1,5 рази (з 12 до 6%) зменшується питома вага підлітків, які завжди використовували презерватив під час статевих контактів з постійними партнерами впродовж останнього року (рис. 4.13). Якщо серед хлопців різниця між показниками 2008 року та 2011 року (регулярне використання презерватива з постійними партнерами) не є статистично значущою, то серед дівчат, де зафіксовано падіння цього показника більш ніж утричі, відмінності значущі – на рівні 5%.

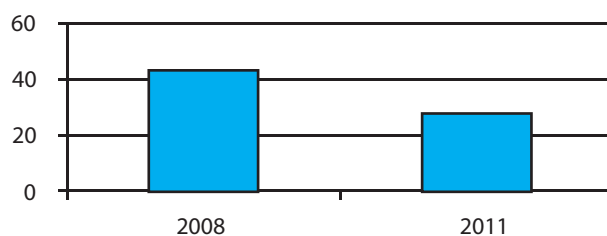


Рис. 4.12. Питома вага дівчат, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з постійним партнером, % (серед осіб, які мали таких партнерів)

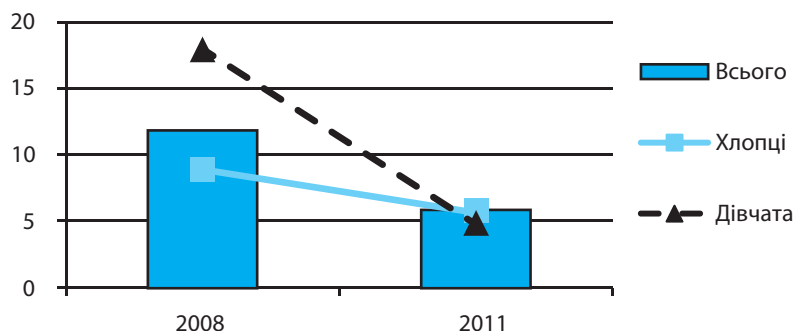


Рис. 4.13. Питома вага осіб, які завжди використовували презерватив під час статевих контактів з постійними партнерами впродовж останніх 30 днів, % (серед осіб, які мали таких партнерів)

Несуттєво змінюються показники знань щодо шляхів профілактики ВІЛ-інфекції. Немає статистично значущої різниці між показниками знань як статевого, так і ін'єкційного шляхів інфікування ВІЛ серед цільової групи впродовж 2008–2011 років (рис. 4.14–4.15). За статтю значущої динаміки також не зафіксовано. У середньому майже половина сексуально активних підлітків не знають про статевий шлях інфікування ВІЛ та близько половини СІН – про ін'єкційний. Також практично не змінюються показники щодо знання про офіційні джерела отримання/придбання презервативів (серед сексуально активних підлітків) та стерильного ін'єкційного інструментарію (серед СІН) (рис. 4.16–4.17). Це свідчить про необхідність посилення інформаційно-просвітницьких послуг серед цільової групи, пошуку нових інноваційних шляхів підвищення знань.

Вагомим результатом проведеної роботи є збільшення на 10% (з 51 до 61%) частки осіб, які знають, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ (рис. 4.18). Майже удвічі (з 12 до 23%) зросла частка підлітків, які протягом останнього року робили тест на ВІЛ та отримали його результат (рис. 4.19). В обох випадках відмінності між показниками різних хвиль дослідження значущі – на рівні 1%. Особливо інтенсивно зросло тестування на ВІЛ серед дівчат. Якщо у 2008 році кожна шоста дівчина робила тест на ВІЛ впродовж останнього року та отримувала його результат, у 2011 році – вже кожна третя.

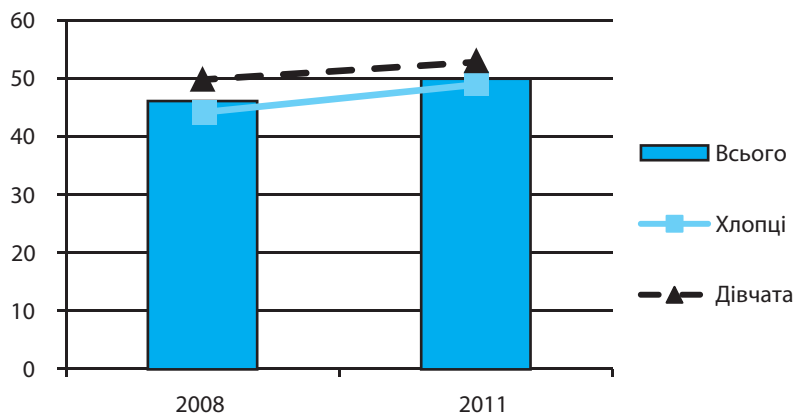


Рис. 4.14. Питома вага осіб, які знають про статевий шлях передачі ВІЛ, %

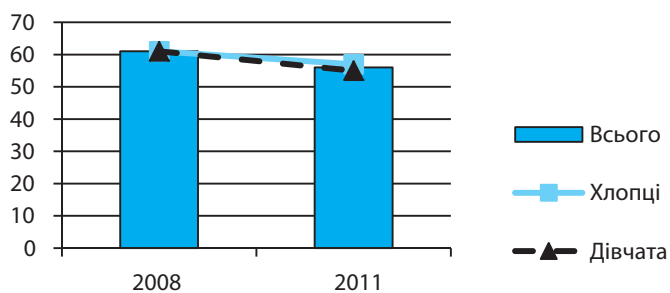


Рис. 4.15. Питома вага осіб, які знають про ін'єкційний шлях передачі ВІЛ, %

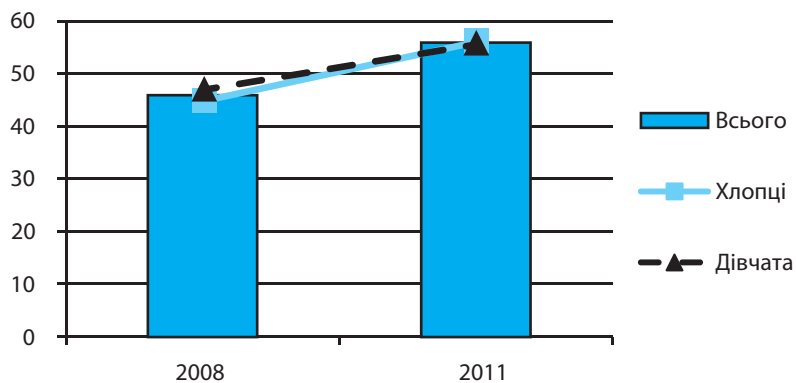


Рис. 4.16. Питома вага осіб, які знають про офіційні джерела придбання/отримання презервативів, % (серед сексуально активних підлітків)

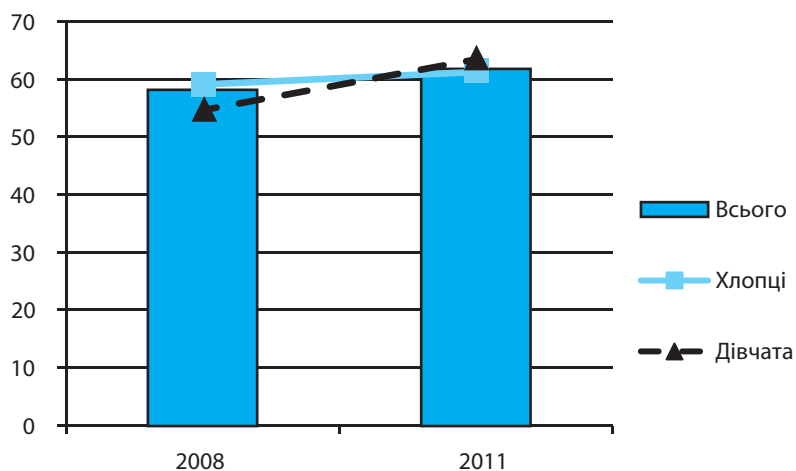


Рис. 4.17. Питома вага осіб, які знають про офіційні джерела придбання /отримання стерильного ін'єкційного інструментарію, % (серед СІН)

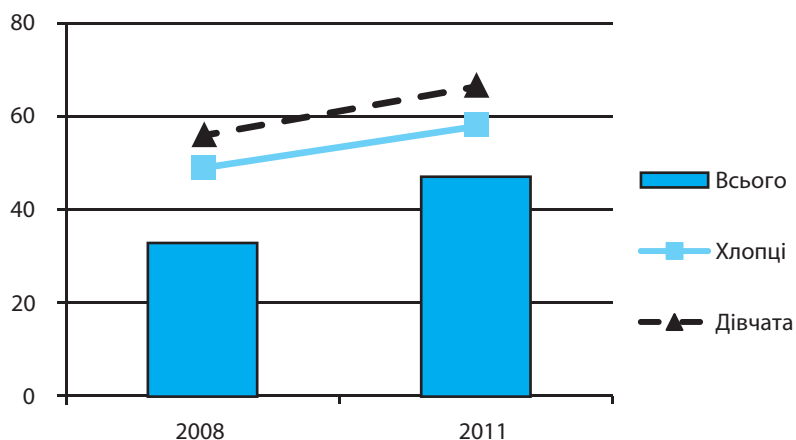


Рис. 4.18. Питома вага осіб, які знають де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ, %

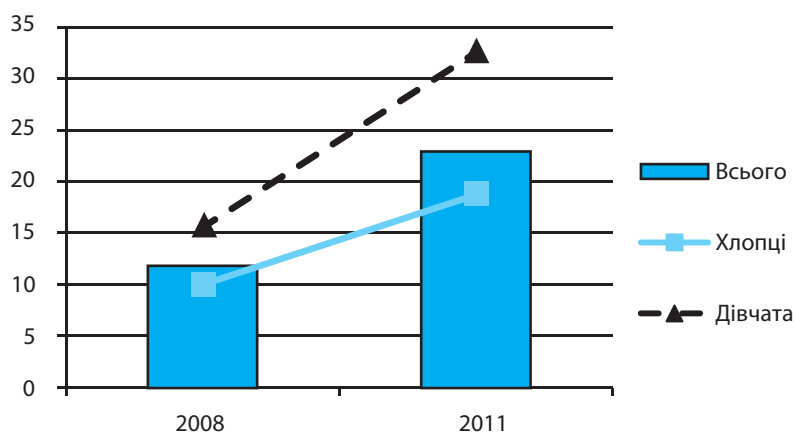


Рис. 4.19. Питома вага осіб, які за останні 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та отримали його результат, %

Разом з тим з 64% до 49% зменшилася питома вага підлітків, які зверталися за медичними послугами впродовж життя, тоді як частка підлітків, які отримували соціальні послуги впродовж життя, суттєво не змінилася (34% у 2008 році та 36% у 2011 році). Із 47% до 26% зменшилася питома вага підлітків, які отримували послуги у поліклініках. Проте послуги клінік, дружніх до молоді, не набули поширення. Навпаки, якщо у 2008 році КДМ принаймні раз у житті відвідував кожен десятий підліток із числа цільової групи, то в 2011 році таких було тільки 3%. Підлітки, які живуть або працюють на вулиці, стали частіше отримувати послуги в громадських організаціях (з 12% до 16%), пунктах обміну шприців (з 2% до 7%), анонімних кабінетах довіри (з 3% до 7%). У ЦСССДМ як у 2008 році, так і в 2011 році отримував послуги кожний десятий підліток.

Ключові результати до розділу 4

Динаміка ключових показників поведінки та чинників уразливості свідчить, що покращення ситуації наразі виражається в більшому поширенні практик безпечної відносно ВІЛ-інфікування поведінки, а не зменшенні питомої ваги груп ризику (СІН, ЧСЧ, продаж сексу) серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці. Це є логічним через відносно нетривалий термін профілактичних втручань та свідчить про ефективність програм зі зменшення шкоди. Так, за останні три роки більш як удвічі (з 10% до 23%) збільшується питома вага підлітків, які завжди використовували презервативи під час статевих контактів з комерційними партнерами впродовж останніх 12 місяців. Разом з тим суттєвих змін у практиці регулярного використання стерильного ін'єкційного інструментарію не зафіксовано.

Динаміка практики використання презерватива свідчить про необхідність посилення профілактичних втручань у формування мотивації до регулярного використання презервативів з постійними та випадковими партнерами, особливо серед дівчат. Розуміння ризику при таких контактах залишається низьким і не змінюється впродовж останніх трьох років.

Проблемним питанням залишається збільшення рівня поінформованості підлітків про шляхи передачі ВІЛ-інфекції. Як у 2008 році, так і 2011 році у середньому близько половини сексуально активних підлітків не знають про статевий шлях інфікування ВІЛ та біля половини СІН – про ін'єкційний. Хоча істотних змін у рівні знань про ВІЛ не було зафіксовано, вагомим результатом проведеної роботи та показником її ефективності є збільшення на 10% питомої ваги осіб, які знають, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ, та на 11% питомої ваги осіб, які протягом останнього року робили тест на ВІЛ та отримали його результат. Збільшення рівня тестувань обумовлюється ростом доступності послуг громадських організацій, анонімних кабінетів довіри.

Рекомендації

Слід акцентувати, що на сьогоднішній день намітилися певні позитивні зрушення у можливості надання послуг підліткам груп ризику завдяки тим здобуткам, які були надбані впродовж проекту:

1. Розробленому та затвердженому «**Національному стратегічному плану дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ, догляду й підтримки дітей і молоді, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу**»;
2. Потужній доказовій базі, зібраній під час базового дослідження 2007–2008 років;
3. Успішності цільових профілактичних моделей різних груп ПГР;
4. Зробленій оцінці чисельності дітей та молоді, які відносяться до груп ризику та результатам повторного дослідження 2011 року.

Але, як уже було неодноразово підкреслено, уразливі підлітки та підлітки груп ризику не є сталою категорією молоді, її межі та склад постійно змінюються та поповнюються, особливо за рахунок наймолодших вікових груп, які, на жаль, не включені в систему надання послуг та мають низький рівень знань щодо ВІЛ/СНІДу, роботи ВІЛ-сервісних організацій та місць, де можна отримати допомогу чи пройти тестування. На фоні цієї ситуації, як свідчать дані повторного дослідження, ризику інфікування залишаються на досить високому рівні: 22% підлітків, які живуть або працюють на вулиці, вживали ін'єкційні наркотики; 65% дівчат залучені до комерційного сексу або «сексу в обмін»; 7% хлопців мали статеві контакти із чоловіками; лише 6% опитаних завжди використовували презерватив з постійними партнерами, 13% – з випадковими, 26,5% – з комерційними партнерами.

Ефективна профілактика ВІЛ-інфікування серед ПГР в цілому та «підлітків вулиці» зокрема можлива лише за умов її інтеграції до більш комплексної системи роботи з даними категоріями дітей та молоді. Тому важливим є ще раз наголосити на доцільності системної концепції профілактичних заходів для уразливих підлітків і ПГР. Такий комплексний підхід передбачає безперервність профілактичних послуг, які відбивають різні рівні уразливості й ризику, а також різні рівні втручання. Схема цієї концепції надана нижче (див. рис. 5.1).

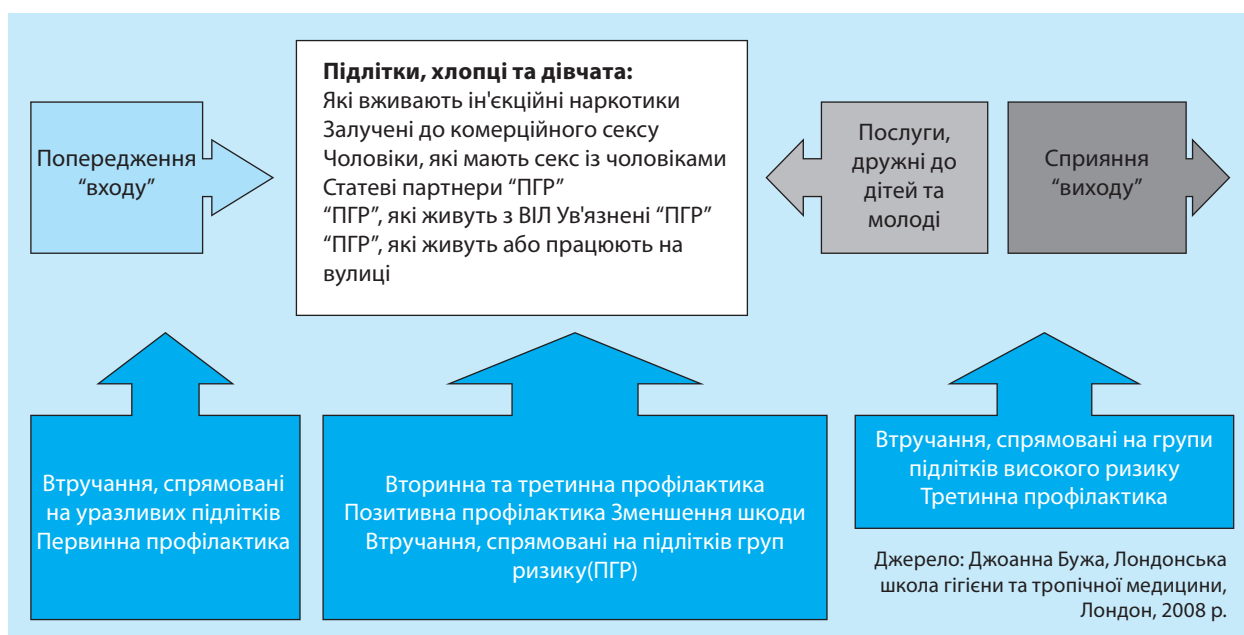


Рис. 5.1. Концепція профілактичних заходів для уразливих підлітків і ПГР

Фокусована первинна профілактика передбачає заходи з попередження переходу від «уразливості» до «ризикованих практик». Ефективна профілактика має на меті зменшити чисельність груп ризику та перекрити канали поповнення цих груп. Звуження каналів «входу» передбачає також роботу з представниками груп ризику, які можуть своєю поведінкою перестати бути чинниками втягування, і навпаки допомогти у формуванні бар'єрів залучення підлітків до ризикованих поведінкових практик.

Для груп ризику необхідні ефективні стратегії зменшення шкоди. Це формування навичок безпечної поведінки, сприяння добровільному консультуванню і тестуванню на ВІЛ, діагностуванню та лікуванню ІПСШ, замісна підтримуюча терапія. Не менш важливим є сприяння «виходу» з груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування. Це, перш за все, програми реабілітації та ресоціалізації.

Зважаючи на це, головними рекомендаціями для надавачів послуг та відповідальних за рішення є:

- **Безперервна та постійна робота з підлітками груп ризику, висока якість наданих послуг з урахуванням віку, психологічних особливостей, потреб підлітків**, адже, як свідчать результати якісного дослідження, «підлітки вулиці» є дуже чутливими до неповаги та неуваги до себе.
- **Розвиток мережі доступних та дружніх до підлітків груп ризику медико-соціальних послуг. Забезпечення надання комплексних послуг та ефективної системи переадресації.** Як свідчать дані базового та повторного досліджень, а також дані якісного дослідження, потреби уразливих підлітків та ПГР є доволі широкими за своїм спектром та потребують комплексного підходу: це і основні потреби (гігієна, безпека, ночівля, харчування, одяг тощо), і специфічні (соціальні, юридичні, охорона здоров'я тощо). Тож завданням надавачів послуг є організація однієї зі стратегій надання комплексних послуг: налагодженої системи переадресації до спеціалістів або системи «єдиного вікна» на принципах «низького порога».
- **Подолання стигматизації, дискримінації та криміналізації уразливих підлітків та ПГР.** Ця рекомендація передбачає проведення комплексної кампанії проти стигматизації, дискримінації та криміналізації на всіх рівнях, а також перегляд системи затримання, переслідування, правового захисту підлітків.
- **Відповідна підготовка кадрів, навчання реальних та потенційних надавачів послуг методами, які застосовуються саме для уразливих підлітків та ПГР, проведення додаткових тренінгів, підтримка стандартів якості в роботі та впровадження позитивного досвіду інших реалізованих профілактичних моделей.**
- **Розвиток мережі вуличних працівників та волонтерів.** Впровадження ефективних механізмів їх заохочення, мотивації, перенавчання та обміну досвідом роботи з ПГР.
- **Розробка та впровадження стратегічних планів дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ на регіональному, а в разі потреби й на місцевому рівнях.** Такі плани дій мають бути орієнтовані на особливості конкретного регіону, його больові точки, на забезпечення координації зусиль всіх зацікавлених сторін.
- **Розробка механізмів та сприятливого законодавства з метою зміцнення та регулювання співпраці між державними та недержавними секторами, узагальнення та поширення успішного досвіду такої співпраці, розширення спектра послуг, які можуть надавати НДО.**

Дослідницький протокол

Повторного дослідження серед дітей та підлітків, які живуть або працюють на вулиці, в межах проекту ЮНІСЕФ «Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику в Україні» – 2011 рік

Передумови

В Україні, де епідемія ВІЛ поширюється швидше, ніж будь-де в Європі, діти та молодь, які практикують небезпечні форми поведінки, стають особливо уразливими до інфікування ВІЛ. Значна частина хлопців від 15–19 років, які офіційно зареєстровані в Україні як інфіковані ВІЛ, заразилися через споживання ін'єкційних наркотиків (65%), більшість дівчат того ж віку заразилися через незахищені гетеросексуальні контакти (89%).⁶⁶

Зібрана протягом 2008–2009 рр. потужна доказова база щодо уразливості підлітків з числа груп ризику та обмеженого доступу до медико-соціальних послуг, в тому числі ВІЛ-профілактики. У тісній співпраці державних, недержавних та міжнародних організацій підготовлено «Національний стратегічний план дій з профілактики ВІЛ серед молоді груп ризику та уразливої до ВІЛ, догляду й підтримки молоді, якої торкнулась проблема ВІЛ-інфекції/СНІДу», затвердженого рішенням Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 26 травня 2010 р. з рекомендаціями регіональним координаційним радам розробити та затвердити відповідні регіональні плани дій.

Проведення повторного дослідження серед дітей та підлітків, які живуть або працюють на вулиці, є важливим кроком для подальшого аналізу ситуації щодо зміни рівня знань про ВІЛ/СНІД, практику ризикованої поведінки, доступу та надання медико-соціальних послуг цільовій групі.

Визначення основних понять⁶⁷

Діти та молодь груп ризику (вікова група 10–19 років) – це діти та молоді люди (дівчата та хлопці), які внаслідок своєї поведінки найбільше наражаються на ризик інфікування ВІЛ, а саме:

- споживають ін'єкційні наркотики з використанням нестерильного ін'єкційного інструментарію;
- практикують незахищені статеві контакти внаслідок сексуальної експлуатації, включно з тими, хто став жертвою торгівлі людьми, та мають незахищений (часто примусовий) секс за винагороду;
- хлопці, які мають незахищений анальний секс із чоловіками, в тому числі за винагороду.

В Україні до представників груп ризику інфікування ВІЛ відносять споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН); жінок, які надають сексуальні послуги на комерційній основі (ЖКС); чоловіків, які практикують секс із чоловіками (ЧСЧ), отже діти та молодь груп ризику – це вікові когорти 10–19-річних серед СІН, ЖКС та ЧСЧ.

Питання етики: При проведенні опитування «дітей вулиці» дослідницька група керуватиметься «Етичними засадами проведення соціальних досліджень серед дітей в Україні»,

⁶⁶ Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – 192 с.

⁶⁷ Homans, H. (2007) Manual on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents, Draft November 2007, UNICEF Regional Office for Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States, Geneva, unpublished.

затвердженими на засіданні Правління Соціологічної Асоціації України (протокол № 7 від 10 грудня 2008 року)⁶⁸.

Методологія дослідження

Мета цього дослідження – повторний збір даних⁶⁹ серед дітей та підлітків, які живуть або працюють на вулиці, віком від 10 до 19 років, які дозволять порівняти індикатори, що описують поведінку, пов'язану з ризиком зараження ВІЛ, поведінкові детермінанти, доступ до існуючих медико-соціальних послуг у сфері ВІЛ.

Цільова група опитування: хлопці та дівчата підліткового віку (від 10 до 19 років)⁷⁰, які живуть або працюють на вулиці.

Критерії відповідності дослідженню:

1. Підлітки обох статей у віці від 10 до 19 років, які проживають, як мінімум 3 місяці на вулиці, не відвідують школу на постійній основі та проводять не менше 50% свого часу на вулиці.
2. Підлітки обох статей у віці від 10 до 19 років, які проживають, як мінімум 3 місяці на вулиці, не мають постійної роботи, не відвідують середні спеціальні та вищі учбові заклади, а також проводять не менше 50% свого часу на вулиці.

Метод дослідження: індивідуальне інтерв'ю за методом «віч-на-віч» за місцем перебування респондента.

Вибіркова сукупність. Для дослідження буде використана районована та мережева вибірка. Вибірка типу «снігова куля» буде використана для охоплення всієї мережі.

Завдання вибіркової сукупності

Місто опитування	Вік	Хлопчики (70%)	Дівчата (30%)	Загальна кіл-ть
Дніпропетровськ	до 14 років	35	15	50
	14–15 років	35	15	50
	16–17 років	35	15	50
	18–19 років	35	15	50
	Всього:	140	60	200
Донецьк	до 14 років	35	15	50
	14–15 років	35	15	50
	16–17 років	35	15	50
	18–19 років	35	15	50
	Всього:	140	60	200
Київ	до 14 років	35	15	50
	14–15 років	35	15	50
	16–17 років	35	15	50
	18–19 років	35	15	50
	Всього:	140	60	200
Миколаїв	до 14 років	35	15	50
	14–15 років	35	15	50
	16–17 років	35	15	50
	18–19 років	35	15	50
	Всього:	140	60	200

⁶⁸ Етичні засади розроблені за підтримки Представництва ЮНІСЕФ в Україні. Вони базуються на дотриманні прав людини, принципів Конвенції ООН про права дитини та Керівних засад з етики Регіонального офісу ЮНІСЕФ для ЦСЄ та СНД (2008). / [Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/ethnic_principles.pdf]

⁶⁹ Попередній збір даних відбувся у 2007 році.

⁷⁰ Вікова група підлітків визначається відповідно до підходів ВООЗ. Згідно із законодавством України підліткова група не виокремлюється, ця вікова група включає дітей (до досягнення 18 років) та молодь (18-19-річні).

Перед розрахунком вибіркової сукупності будуть зібрані «робочі групи» в містах опитування, які будуть складатися з представників ключових організацій-учасників, які надають послуги підліткам груп ризику, а саме:

- громадські організації;
- центри соціальних служб для сімей, дітей та молоді,
- місцеві притулки;
- управління у справах дітей;
- релігійні організації;
- представники наукової спільноти;
- інші зацікавлені сторони.

Організаційні умови забезпечення дослідження

Національна робоча група дослідження:

Формується у складі представників:

- ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка».
- Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ).
- Соціальна служба у справах сім'ї, молоді та спорту.
- Інші зацікавлені сторони.

Засідання робочої групи є відкритим для участі інших зацікавлених сторін з дотриманням принципу прозорості та забезпечення демократичних процедур.

У разі необхідності передбачено додаткове залучення консультантів із окремих питань.

Регіональні робочі групи дослідження:

На рівні міст опитування передбачається координація діяльності між керівником постійної мережі інтерв'юерів УІСД ім. О. Яременка, соціальними службами, громадськими організаціями, що працюють із цільовою групою для:

- узгодження графіку реалізації дослідження;
- визначення місць для проведення опитування.

Основна роль робочої групи:

Після створення робочої групи буде здійснено картування – методику, яка дає можливість визначити райони локалізації підлітків груп ризику, які живуть або працюють на вулиці (у віці 10–19 років). Картування має на меті нанесення на карту міста місць найбільшого скупчення ПГР (вокзали, парки, базари тощо). Інформацію про ці місця можна отримати від працівників громадських організацій, соціальних служб, представників правоохоронних органів та інших осіб та організацій (інформантів), які мають доступ до цільової групи.

Винагорода учасникам:

- Продукти харчування
- Засоби гігієни
- Солодощі
- Чай, кава
- Похід у кафе
- Одяг (панчохи, шкарпетки, носовий платок тощо)

Також дослідницькою групою прийнято рішення роздати інформаційний матеріал з адресами, куди підліток може звернутися у випадку необхідності.

Польові робітники:

У кожному місці проведення дослідження буде визначена група з п'яти інтерв'юерів, які, у свою чергу, будуть підпорядковуватися польовому менеджеру. Інтерв'юери та польові менеджери повторного дослідження будуть набрані з національної мережі Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка. Мережа охоплює всі можливі місця проведення дослідження.

Окрім інтерв'юерів та польових менеджерів, за погодженням з членами робочої групи, буде набрана команда польових робітників з метою підтримки групи дослідників у визначенні можливих місць проведення дослідження. Деякі польові робітники з громадських організацій, ЦСССДМ також можуть пройти тренінг в якості інтерв'юерів. Останні будуть відбиратися особливо уважно через ризик необ'єктивності та обмеженого доступу до більшості соціальних послуг у цільовій групі.

Польова команда (включаючи організатора опитування в місті, інтерв'юерів) буде проінструктована перед початком збору інформації, а також отримає керівництво по проведенню інтерв'ю та польової роботи, в якому зокрема відображено наступне:

- забезпечення загального розуміння таких понять, як підлітки груп ризику, гендерні відмінності, поведінка, пов'язана з ризиком інфікування ВІЛ, поведінкові детермінанти та доступність послуг;
- підходи до розрахунку вибіркової сукупності, які використовуються у дослідженні, та способи здійснення пошуку респондентів, включаючи відповідні етичні та гендерні міркування;
- де проводити інтерв'ю. Місця для проведення інтерв'ю будуть обговорюватися з робочою групою, а також у результаті нанесення на карту;
- як проводити інтерв'ю, включаючи міркування етики та гендерних відмінностей (наприклад, вплив віку, статі та ролі інтерв'юера та польових робітників, а також питання, пов'язані із захистом прав дітей);
- співпраця усередині команди дослідників та робочої групи;
- безпека інтерв'юерів та польових робітників;
- контроль та звітність польових менеджерів;
- надання інформації (потенційним) респондентам про місцеві центри надання послуг;
- керівництво по напряму (потенційних) респондентів у місцеві центри з надання соціальних послуг.

Інструментарій:

Розроблені окремі анкети для хлопців і дівчат. Також передбачений інструментарій для якісного дослідження з метою більш детального вивчення існуючих сервісів та доступу до їх послуг (у випадку, якщо респондент звертався до подібних організацій).

Пілотування інструментарію відбуватиметься у м. Києві, метою якого є:

- Тестування тексту запитань відповідно до різних критеріїв: адекватність, дружність формулювань для підлітків, підказки відповідей, підтримка спогадів минулих подій тощо.
- Тестування процедури пошуку респондентів.
- Тестування підходів до інтерв'ювання (місця для проведення дослідження, вимоги до інтерв'юерів, стимул до участі в інтерв'ю тощо).

Навчання польових працівників:

Проведення тренінгу для інтерв'юерів, який буде організований та проведений УІСД ім. О. Яременка.

Польові працівники (інтерв'юери та соціальні працівники) будуть навчені у містах проведення опитування, а організатори в містах опитування візьмуть участь в тренінгу в м. Києві.

Інтерв'юери та організатори в містах опитування отримають подальший інструктаж з проведення інтерв'ю, етичних принципів для польової роботи.

Аналіз даних:

Для вводу та аналізу буде використане комп'ютерне обладнання з встановленим програмним забезпеченням SPSS.PC.

Дані будуть розподілятися наступним чином:

- вік;
- стать;
- місце перебування;
- ризикова поведінка;
- соціальне оточення;
- чинники впливу.

Ключові індикатори поведінки ПГР в Україні

Для розрахунку індикаторів використані дані базового дослідження підлітків у віці від 10 до 19 років, які живуть або працюють на вулиці, в Україні.

Характеристики вибіркової сукупності та соціально-демографічний профіль цільових груп

Характеристики вибіркової сукупності		Підлітки, які живуть або працюють на вулиці (базове дослідження)
Загальна чисельність вибірки		805 осіб
Розподіл за статтю	Хлопці	70% (565 осіб)
	Дівчата	30% (240 осіб)
Розподіл за віком	До 14 років	36% (289 осіб)
	15-17 років	39% (315 осіб)
	18-19 років	25% (201 особа)

Підлітки, які живуть або працюють на вулиці

Індикатори %	Всього		Хлопці		Дівчата		
	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%	
Поведінка							
Вживання ін'єкційних наркотиків							
% осіб, які повідомили, що вживали ін'єкційні наркотики (N=805, 565 хлопців та 240 дівчат) Знаменник: усі респонденти	22	174	24	138	15	36	
% осіб, які почали споживати ін'єкційні наркотики у віці до 15 років та до 18 років (N=168, 133 хлопця та 35 дівчат)							
Знаменник: кількість осіб, які вживали наркотики ін'єкційним шляхом та повідомили про вік першої спроби вдихання ін'єкційних наркотиків (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)	До 15 років	51	86	50	67	54	19
	До 18 років	99	166	98	131	100	35
% осіб, які повідомили про використання голки, шприца, що вже були використані до цього, протягом останнього місяця (30 днів) (N=125, 98 хлопців та 27 дівчат) Знаменник: усі респонденти-СІН, які відповіли на запитання (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)	48	60	48	47	48	13	
% СІН, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останнього вживання ін'єкційних наркотиків (N=123, 97 хлопців та 26 дівчат) Знаменник: усі респонденти-СІН, які відповіли на запитання (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)	63	78	65	63	58	15	

		Всього		Хлопці		Дівчата	
		%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб
Частота вживання ін'єкційних наркотиків протягом останнього місяця (30 днів) (N=85, 71 хлопців та 14 дівчат) Знаменник: усі респонденти-СН, які відповіли на запитання (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)	Кожного дня або практично щоденно (5-6 разів на тиждень)	13	11	11	8	21	3
	2-4 рази на тиждень	58	49	58	41	58	8
	Щотижнево та рідше	29	25	31	22	21	3
Статеві контакти чоловіків з чоловіками (ЧСЧ)							
% хлопців, які повідомили, що мали анальні статеві контакти з хлопцями/чоловіками (N=565) Знаменник: усі респонденти-хлопці				7	40		
% ЧСЧ, які повідомили, що вперше мали анальні статеві контакти з чоловіками у віці до 15 років та до 18 років (N=40) Знаменник: кількість осіб, які повідомили, що мали анальні статеві контакти з хлопцями/чоловіками, та повідомили про вік першого такого статевого контакту (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)	До 15 років			75	30		
	До 18 років			90	36		
Кількість ЧСЧ-партнерів за останній рік (N=29) Знаменник: кількість осіб, які повідомили, що мали анальні статеві контакти з хлопцями/чоловіками протягом останнього року (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)	1 партнер			38	11		
	2 партнери			17	5		
	3 партнери та більше (максимум 40 партнерів)			45	13		
% ЧСЧ, які повідомили, що мали статеві контакти з чоловіками, від яких одержували винагороду у вигляді грошей, товарів, наркотиків, продуктів харчування, одягу (N=40) Знаменник: кількість осіб, які повідомили, що мали анальні статеві контакти з хлопцями/чоловіками, та відповіли на запитання про комерційний секс/секс в обмін з партнерами-ЧСЧ (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)				73	29		
% ЧСЧ, які повідомили про використання презерватива під час останнього проникаючого статевого контакту з комерційним партнером-чоловіком (N=21) Знаменник: кількість осіб, які повідомили, що мали анальні статеві контакти з хлопцями/чоловіками, та відповіли на запитання про використання презерватива під час останнього комерційного сексу/сексу в обмін з партнером-ЧСЧ (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)				29	6		
% ЧСЧ, які завжди використовують презерватив під час статевих контактів з партнерами-чоловіками протягом останніх 12 місяців (N=40) Знаменник: кількість осіб, які повідомили, що мали анальні статеві контакти з хлопцями/чоловіками, та відповіли на запитання про використання презерватива під час статевих контактів з партнерами-ЧСЧ протягом останніх 12 місяців (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)				5	2		
Секс в обмін/комерційний секс							
% осіб, які повідомили про отримання винагороди (гроші, їжа, одяг, наркотики, товари) від осіб протилежної статі в обмін на надання сексуальних послуг (N=590, 398 хлопців та 192 дівчини) Знаменник: кількість осіб, які повідомили, що мали статеві контакти, та відповіли на запитання про комерційний секс/секс в обмін (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)		32	188	16*	63*	65	125

* Цей показник не включає підлітків-ЧСЧ, які практикували комерційний секс/секс в обмін тільки з чоловіками. У цілому 29 підлітків (або 7% від загалу сексуально активних хлопців) повідомили, що мали такий досвід з чоловіками (ЧСЧ-контакти), 61 хлопець – з жінками (або 15% від загалу сексуально активних хлопців), а 2 хлопці (або 0,5% від загалу сексуально активних хлопців) – і з чоловіками, і з жінками.

		Всього		Хлопці		Дівчата	
		%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб
% осіб, які вперше отримали винагороду (гроші, їжа, одяг, наркотики, товари) за надання сексуальних послуг у віці до 15 років або до 18 років (N=186, 63 хлопців та 123 дівчини) <i>Знаменник: кількість осіб, які повідомили про досвід отримання грошей, наркотиків чи іншої винагороди в обмін на надання сексуальних послуг, та повідомили про вік першого такого досвіду (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)</i>	До 15 років	66	122	63	40	67	82
	До 18 років	100	186	100	63	100	123
Кількість комерційних статевих партнерів протягом останнього року (продаж сексу – дівчата) (N=101) <i>Знаменник: кількість дівчат, які мали комерційних статевих партнерів протягом минулого року та відповіли на запитання про їх кількість (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)</i>	1 партнер					6	6
	2 партнери					13	13
	3-5 партнерів					23	23
	6-10 партнерів					26	26
	11 партнерів та більше (максимум 60 партнерів)					32	33
Кількість комерційних статевих партнерів протягом останнього року (купівля сексу – хлопці) (N=26) <i>Знаменник: кількість хлопців, які мали комерційних статевих партнерів протягом минулого року та відповіли на запитання про їх кількість (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)</i>	1 партнер			50	13		
	2 партнери			31	8		
	3 та більше партнерів (максимум 10 партнерів)			19	5		
% осіб, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту (N=113, 24 хлопця (купівля сексу) та 89 дівчат (продаж сексу)) <i>Знаменник: кількість осіб, які мали комерційних статевих партнерів та відповіли на запитання про використання презерватива під час останнього комерційного сексу (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)</i>		71	80	63	15	73	65
% осіб, які завжди використовували презервативи під час статевих контактів з комерційними партнерами протягом останнього року (12 місяців) (N=132, 26 хлопців (купівля сексу) та 106 дівчат (продаж сексу)) <i>Знаменник: кількість осіб, які мали комерційних статевих партнерів та відповіли на запитання про використання презерватива під час комерційного сексу протягом останнього року (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)</i>		23	30	31	8	21	22
Статевий досвід (серед усіх груп респондентів, незалежно від групи ризику; статевий досвід у ЧСЧ-контактах не враховується)							
% осіб, які повідомили, що мали статеві контакти (N=805, 565 хлопців та 240 дівчат) <i>Знаменник: усі респонденти</i>		73	590	70	398	80	192
% осіб, які повідомили, що вперше мали статеві контакти у віці до 15 років та до 18 років (N=585, 393 хлопці та 192 дівчини) <i>Знаменник: кількість осіб, які повідомили про те, що мали статеві контакти, та про вік першого такого досвіду (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)</i>	До 15 років	80	470	80	314	81	156
	До 18 років	99	582	99	390	100	192
Кількість статевих партнерів за останній рік (12 місяців) (N=563, 377 хлопців та 186 дівчат) <i>Знаменник: кількість осіб, які повідомили про те, що мали статеві контакти протягом останнього року, та відповіли на запитання про кількість статевих партнерів за останній рік (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)</i>	1 партнер	20	115	20	77	20	38
	2 партнери	19	105	23	86	10	19
	3-5 партнерів	31	172	35	130	23	42
	6-10 партнерів	17	95	15	58	20	37
	11 партнерів та більше (максимум 60 партнерів)	13	76	7	26	27	50

		Всього		Хлопці		Дівчата	
		%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб
% осіб, у яких були постійні/випадкові/комерційні партнери протягом останнього року (12 місяців) (N=213, 90 хлопців та 123 дівчини) <i>Знаменник: кількість осіб, які повідомили про те, що мали статеві контакти протягом останнього року</i>	Постійний партнер	36	211	31	123	46	88
	Випадковий партнер	82	485	85	338	77	147
	Комерційний партнер	22	132	7	26	55	106
% осіб, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту (Постійний партнер: N=211, 123 хлопці та 88 дівчат) (Випадковий партнер: N=366, 264 хлопці та 102 дівчини) (Комерційний партнер: N=113, 24 хлопці та 89 дівчат) <i>Знаменник: кількість осіб, які повідомили про те, що мали статеві контакти з відповідними партнерами протягом останнього року, та відповіли на запитання про використання презерватива під час останнього сексу з постійним, випадковим або комерційним партнером (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)</i>	З постійним партнером	23	49	20	24	28	25
	З випадковим партнером	40	145	38	97	47	48
	З комерційним партнером	71	80	63	15	73	65
% осіб, які завжди використовували презерватив протягом останніх 30 днів/останнього року (12 місяців) (Постійний партнер: N=215, 124 хлопці та 91 дівчина) (Випадковий партнер: N=427, 304 хлопці та 123 дівчини) (Комерційний партнер: N=127, 26 хлопці та 101 дівчат) <i>Знаменник: кількість осіб, які повідомили про те, що мали статеві контакти з відповідними партнерами протягом останнього року, та відповіли на запитання про використання презерватива протягом останнього року з постійним, випадковим або комерційним партнером (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)</i>	З постійним партнером (останні 30 днів)	6	12	6	7	5	5
	З випадковим партнером (останні 12 місяців)	11	49	10	30	15	19
	З комерційним партнером (останні 12 місяців)	23	30	31	8	21	22
Групи підвищеного ризику: особи, які практикують більше одного різновиду поведінки ПГР (СІН, продаж сексу, ЧСЧ) серед загалу опитаних (N=805, 565 хлопців та 240 дівчат)							
СІН+продаж сексу (включаючи підлітків-ЧСЧ, які залучені до продажу сексу)		7	57	5	31	11	26
СІН+ЧСЧ				3	15		
ЧСЧ+продаж сексу				5	30		
СІН+ЧСЧ+продаж сексу				3	15		
Чинники ризикованої поведінки							
% осіб, які правильно зазначили шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ* (N=805, 565 хлопців та 240 дівчат) <i>Знаменник: усі, хто відповів на обидва запитання „Чи можна уникнути ВІЛ-інфікування, якщо мати секс тільки з одним постійним (вірним) неінфікованим партнером?“ та „Чи можна знизити ризик ВІЛ-інфікування, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту?“</i>		50	404	49	277	53	127
% осіб, які правильно зазначили шляхи запобігання ін'єкційній передачі ВІЛ (N=805, 565 хлопців та 240 дівчат) <i>Знаменник: усі, хто відповів на запитання „Чи знижує ризик зараження ВІЛ використання стерильних, невикористаних шприців/голок при вживанні ін'єкційних наркотиків?“</i>		56	455	57	323	55	132
% осіб, які знають принаймні одне офіційне джерело отримання/придбання презервативів (знають принаймні одне джерело) (N=590, 398 хлопців та 192 дівчини) <i>Знаменник: усі сексуально активні респонденти</i>		56	330	56	223	56	107
% СІН, які знають офіційні джерела отримання/придбання стерильного ін'єкційного інструментарію (знають принаймні одне джерело) (N=174, 138 хлопців та 36 дівчини) <i>Знаменник: усі респонденти-СІН</i>		62	108	62	85	64	23

*Тут і далі по групах ризику індикатори рівня знань щодо ВІЛ/СНІДу розраховані згідно з рекомендаціями Лондонської школи тропічної медицини: рівень знань щодо статевого шляху інфікування ВІЛ та рівень знань щодо ін'єкційного шляху інфікування ВІЛ.

	Всього		Хлопці		Дівчата	
	%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб
% осіб, які повідомили, що були жертвами сексуального насилля (N=776, 542 хлопців та 234 дівчини) Знаменник: кількість осіб, які відповіли на запитання про сексуальне насилля (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)	22	171	8	42	55	129
% осіб, які повідомили, що були жертвами сексуального насилля протягом останнього року (N=762, 535 хлопців та 227 дівчини) Знаменник: кількість осіб, які відповіли на запитання про сексуальне насилля протягом останнього року (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)	11	87	1	8	35	79
% осіб, які повідомили, що затримувалися міліцією впродовж життя (N=805, 565 хлопців та 240 дівчини) Знаменник: усі респонденти, які відповіли на запитання (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)	68	547	72	407	58	140
% осіб, які повідомили, що мали досвід перебування у спеціальних установах (ізолятор тимчасового тримання, слідчий ізолятор, колонія, в'язниця, приймальник-розподільник, спецрозподільник для бомжів) (N=805, 565 хлопців та 240 дівчини) Знаменник: усі респонденти, які відповіли на запитання (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)	62	497	67	380	49	117
% осіб, які повідомили, що зазнавали фізичного насильства з боку співробітників, органів правопорядку в установах, куди вони потрапляли (ізолятор тимчасового тримання, слідчий ізолятор, колонія, в'язниця, приймальник-розподільник, спецрозподільник для бомжів) (N=497, 380 хлопців та 117 дівчат) Знаменник: усі респонденти, які потрапляли до таких установ (принаймні однієї)	60	298	63	239	50	59
% осіб, які повідомили, що зазнавали сексуального насильства з боку співробітників, органів правопорядку в установах, куди вони потрапляли (ізолятор тимчасового тримання, слідчий ізолятор, колонія, в'язниця, приймальник-розподільник, спецрозподільник для бомжів) (N=497, 380 хлопців та 117 дівчат) Знаменник: усі респонденти, які потрапляли до таких установ (принаймні однієї)	9	44	4	16	24	28
% осіб, які повідомили, що мали досвід перебування в притулку (N=805, 565 хлопців та 240 дівчат) Знаменник: усі респонденти, які відповіли на запитання (не враховуючи відповіді «важко відповісти»/«не пам'ятаю»)	29	230	28	161	29	69
Охоплення профілактичними програмами						
% осіб, які знають, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ (N=805, 565 хлопців та 240 дівчат) Знаменник: усі респонденти	61	489	58	328	67	161
% осіб, які за останні 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та отримали його результат (N=805, 565 хлопців та 240 дівчат) Знаменник: усі респонденти	23	188	19	110	33	78

