



Дівчата-підлітки, залучені до комерційного сексу в Україні: оцінка процесу та результатів впровадження цільової моделі інтервенцій

Дівчата-підлітки, залучені
до комерційного сексу
в Україні: оцінка процесу
та результатів впровадження
цільової моделі інтервенцій

УДК 343.544(477)

Д44

Авторський колектив

Юлія Серeda, канд. соціол. наук
Ольга Балакірева, канд. соціол. наук
Тетяна Бондар, канд. соціол. наук
Олена Сакович
Аня Тельчик

Рецензенти

Л.М. Герасіна, д-р соціол. наук
Ю.І. Яковенко, д-р соціол. наук

Редактор

М.М. Ілляш

Рекомендовано до друку вченою радою Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка (протокол № 3 від 19 серпня 2010 р.)

Підготовлено та видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні в рамках міжнародного проекту «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику в Україні та Південно-Східній Європі»

Координатор програми від ЮНІСЕФ – Олена Сакович

Міжнародний консультант

Джоана Буша, Лондонська школа гігієни та тропічної медицини

Д44 Дівчата-підлітки, залучені до комерційного сексу в Україні: оцінка процесу та результатів впровадження цільової моделі інтервенцій / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – Київ, 2010. – 100 с.

ISBN 978-966-8869-38-9

ББК 67.9(Укр)411

Дану публікацію можна без обмежень цитувати і копіювати з науковою метою за умови посилення на ЮНІСЕФ і УІСД ім. Олександра Яременка.

ISBN 978-966-8869-38-9

© ЮНІСЕФ, 2010

© УІСД ім. Олександра Яременка, 2010

© UNICEF/UKRAINE/2010/G.Pirozzi/WG9P0399

© ВЕРСО 04

Зміст

Подяки	4
Абревіатури	6
Вступ	7
1. Контекст і основа моделі	11
2. Структура інтервенцій	15
3. Моніторинг і оцінка	25
4. Впровадження моделі	29
5. Дослідження клієнтів і персоналу	52
6. Висновки та подальше використання результатів	59
Література	64
Додатки	67
Додаток 1. Функціональні обов'язки персоналу проекту	67
Додаток 2. Протокол дослідження інтервенцій у м. Миколаєві	70
Додаток 3. Моніторингова анкета візиту в організацію	81
Додаток 4. Сценарій індивідуального глибинного інтерв'ю для персоналу в рамках дослідження рівня задоволеності проектом	84
Додаток 5. Анкета клієнта в рамках дослідження рівня задоволеності проектом	87

Подяки

Звіт про результати цільової моделі інтервенцій був підготовлений колективом авторів у рамках міжнародного проекту Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні "Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику в Україні і Південно-Східній Європі" (проект ПГР), який підтримує Уряд Ірландії і проводить Регіональне представництво ЮНІСЕФ у Східній Європі та країнах СНД. При підготовці цього документа значну підтримку і вагомий внесок зробила Лондонська школа гігієни та тропічної медицини (ЛШГТМ), яка є міжнародним партнером проекту.

Серед державних партнерів проекту на національному рівні – Міністерство у справах сім'ї, молоді і спорту України; Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді (ДСССДМ).

Склад дослідницької групи:

- Контактна (відповідальна) особа від ЮНІСЕФ: Олена Сакович, керівник проектів з питань профілактики ВІЛ серед молоді Представництва ЮНІСЕФ в Україні.
- Головні дослідники: Ольга Балакірева, канд. соціол. наук, голова правління; Тетяна Бондар, директор; Юлія Серета, менеджер проектів (УІСД ім. О. Яременка).
- Дослідники-асистенти: Анастасія Рудяченко, Тетяна Мироненко, (УІСД ім. О. Яременка).
- Менеджер відділу збору первинної інформації: Ганна Дмитруха, (УІСД ім. О. Яременка).
- Підготовка масиву даних дослідження: Лідія Романовська, (УІСД ім. О. Яременка).
- Організатор польових робіт з дослідження клієнтів: Валентина Дюкар, Херсон, УІСД ім. О. Яременка.
- Міжнародні консультанти, залучені до дослідження: Джоана Буша, лектор, Центр дослідження населення ЛШГТМ; Аня Тельчик, магістр з питань громадського здоров'я, консультант Представництва ЮНІСЕФ в Україні.

Пілотаж моделі координувала і підтримувала Миколаївська обласна координаційна рада з ВІЛ/СНІДу/ІПСШ і туберкульозу, до складу якої увійшли представники зацікавлених сторін регіонального рівня. Щира подяка всій дослідницькій групі і всім членам координаційної ради за їх внесок у проект.

Окрему подяку висловлюємо команді МБФ "ЮНІТУС", м. Миколаїв за успішну організацію і реалізацію пілотної моделі, зокрема Тетяні Ваненковій, керівнику проекту, Світлані Попеновій, консультанту проекту з МіО; Людмилі Сотниковій, юристу проекту; Ользі Кузьминській, старшому соціальному працівнику проекту; Світлані Єжаловій і Ларисі Павленко, соціальним працівникам проекту; Вікторії Трашкальовій, психологу проекту; Наталії Опполінській, керівнику консультаційного центру "Мама і малюк". Значний внесок у реалізацію проекту зробили регіональні партнери проекту: Світлана Янковська, директор Миколаївського обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ); Григорій Ключко, головний лікар Миколаївського обласного шкірно-венерологічного диспансеру (ОШВД), консультант проекту з соціальної і медичної підтримки проекту; Ірина Кочергіна, головний лікар Миколаївського обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом, консультант з соціальної і медичної підтримки проекту; Галина Усатенко, лікар-дерматовенеролог проекту, Миколаївський обласний шкірно-венерологічний диспансер (ОШВД); Людмила Бузовська, інфекціоніст проекту, Миколаївський обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом; Антоніна Романюк, гінеколог проекту, Миколаївська жіноча консультація № 2.

Активну участь у підготовці, реалізації та оцінці моделі брали підлітки – жінки комерційного сексу (ЖКС). Колектив проекту особливо вдячний всім респондентам за їх довіру. Цей звіт присвячений усім цим дівчатам.

Колектив проекту також висловлює вдячність широкому колу експертів із неурядових організацій України, які підтримували і брали участь у зустрічах, консультаціях, тренінгах, семінарах проекту.

Особливу подяку висловлюємо Наталії Лук'яновій, директору, Ірині Дубініній, заступнику директора і Любові Шнеренко, начальнику відділу по зв'язках із громадськістю і комунікаціях, які представляють Державну соціальну службу для сім'ї, дітей та молоді за їх численні важливі пропозиції в реалізації дослідження і проекту в цілому.

Абревіатури

ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГР	Групи ризику
ГФСТМ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією
ДКТ	Добровільне консультування і тестування на ВІЛ
ДСССДМ	Державна соціальна служба для сім'ї, дітей і молоді
ЖКС	Жінки, які надають комерційні сексуальні послуги
ЗПТ	Замісна підтримуюча терапія
ІОМ	Інформаційно-освітні матеріали
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
ЛШГТМ	Лондонська школа гігієни і тропічної медицини
МВС	Міністерство внутрішніх справ України
МіО	Моніторинг і оцінка
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МОН	Міністерство освіти і науки України
МБФ "ЮНІТУС"	Миколаївський благодійний фонд "ЮНІТУС"
НУО	Неурядова організація
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ОШВД	Обласний шкірно-венерологічний диспансер
ПГР	Підлітки груп ризику
ПДІ-модель	Логічна модель реалізації інтервенцій "Поведінка – Детермінанти – Інтервенції"
ПТНЗ	Професійно-технічний навчальний заклад
СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ТБ	Туберкульоз
УІСД імені О. Яременка	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

Вступ

Характерна риса епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні – низький рівень тестування як серед усього населення, так і груп ризику, багато з яких не охоплені профілактичними програмами і часто характеризуються поведінкою з низькою мотивацією до ведення здорового способу життя через їх маргінальний статус, стигматизацію та дискримінацію, згубні практики тощо. Загально визнано, що офіційна статистика не відображає повної картини поширення епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, зокрема реального числа ВІЛ-інфікованих, тому ці дані слід розглядати з обережністю. Останні оціночні дослідження рівня поширення ВІЛ/СНІДу на початку 2010 р. показують, що в Україні проживає 360 000 ВІЛ-інфікованих людей у віці від 15 років і старше¹. Ці дані відрізняються від офіційної статистики щодо чисельності людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), і стоять на обліку в спеціалізованих медичних установах на початок 2010 р. (101 182 осіб)². Різниця між цими двома показниками свідчить про те, що лише 28% ЛЖВ, пройшли тест і знають про свій ВІЛ-позитивний статус. Продовжують залишатися низькими оціночні показники за рівнем доступності антиретровірусної терапії. Згідно з останніми оцінками у 2009 р. майже 23 000 пацієнтів потребували прийому антиретровірусних препаратів, тоді, як отримувала їх 15 871 особа.

У 2009 р. поширеність ВІЛ в Україні оцінювалася на рівні 1,6% серед дорослого населення у віці від 15 років і старше і продовжувала перебувати в стадії концентрованої епідемії³. Згідно з офіційними даними у 2009 р. щоденно діагноз ВІЛ-інфекція отримували 54 людини, СНІД діагностували у 12 осіб, а 7 – помирали від хвороб, пов'язаних зі СНІДом. Серед офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції на початок 2010 р. 55,1% становили чоловіки і 44,9% – жінки. Розподіл нових випадків ВІЛ-інфекції за віком демонструє, що 19% ВІЛ-позитивних людей – неповнолітні (до 18 років), 11,6% – у віці від 18 до 24 років, 65,2% – у віці від 25 до 49 років, а 4,2% – у віці від 50 років і старше.

Особливо уразливими до ВІЛ залишаються діти і підлітки, які практикують ризикову поведінку, а також стикаються з численними бар'єрами доступу до послуг і профілактичних програм. Високий рівень бідності; поширеність гендерної нерівності серед жінок, випадків експлуатації і торгівлі людьми; зростання наркобізнесу і злочинності; дискримінація маргіналізованих груп; високий рівень корупції; бар'єри в законодавстві, які обмежують доступ неповнолітніх до медичних послуг (наприклад, необхідність згоди батьків щодо тестування); поширеність корупції; зростання числа кризових сімей; низьке фінансування державної системи соціального захисту – все це впливає на уразливість підлітків і збільшує їх ризик ВІЛ-інфікування⁴. Враховуючи численні проблеми, з якими стикаються підлітки груп ризику (ПГР), Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ) у 2007 р. ініціював у семи країнах проект "Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику в Україні і Південно-Східній Європі" з метою мобілізації урядів у питанні винесення ПГР на політичний порядок денний та включення їх до національної стратегії відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу. Протягом багатьох років в офіційній статис-

¹ Ministry of Health of Ukraine, "Ukraine: National Report on Monitoring Progress Towards the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Reporting Period: January 2008–December 2009." Kyiv -2010.

² Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organisation. Fact Sheet. Eastern Europe and Central Asia. Latest epidemiological trends. Geneva, 2009.

³ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organisation. Fact Sheet. Eastern Europe and Central Asia. Latest epidemiological trends. Geneva, 2009.

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.I.C., 2008. – 192 с. – Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/MARA_Report_ukr_druk.pdf.

тиці з ВІЛ/СНІДу в Україні для ПГР не здійснюються окремі виміри. Тільки у 2009 р. в інформаційному бюлетені стосовно епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні вперше включили показник "захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед осіб 15–24 років"⁵. Також у результаті постійної адвокаційної діяльності, ініційованої ЮНІСЕФ, звіти щодо виконання Декларації про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом (UNGASS) 2008 і 2010 рр. надають окремі дані щодо молодшої вікової когорти.

Як складова частина проекту в Україні спочатку були зібрані дані щодо підлітків груп ризику з метою забезпечити базу для розвитку стратегічних планів і проектної діяльності по роботі з підлітками. Процес стратегічного планування, що включив розробку та впровадження стратегічних планів дій стосовно ПГР, зокрема їх інтеграцію в національний план та регіональні програми і плани з ВІЛ/СНІДу, забезпечив платформу для створення п'яти⁶ інноваційних моделей надання послуг ПРГ з урахуванням гендерної, вікової специфіки та дотриманням принципів дружності.

Одним з ключових моментів при реалізації проекту стало питання захисту прав дітей, зокрема ПГР. Оскільки дослідження серед цільової групи проводилося вперше, і в Україні не існувало національних етичних стандартів для здійснення проекту, Регіональний офіс ЮНІСЕФ надав підтримку країнам – учасникам проекту в розробці проекту рекомендацій з етики дослідження. Bazуючись на настановах ЮНІСЕФ "Етичні основи проведення кількісних досліджень серед підлітків з ризиковою поведінкою щодо ВІЛ"⁷, українська дослідницька команда підготувала проект національних етичних принципів. Згодом документ "Етичні принципи проведення соціальних досліджень серед дітей в Україні" був затверджений Комісією з професійної етики Соціологічної асоціації України (2008 р.), а також представлений ключовим зацікавленим сторонам на національному і регіональному рівнях⁸. Що стосується пілотної фази проекту, ратифіковані етичні принципи стали одним з джерел формування внутрішніх етичних протоколів роботи з ПГР на рівні організацій – виконавців моделей.

Пілотні моделі були реалізовані протягом 2009–2010 рр. в чотирьох містах, які характеризуються високим рівнем поширення ВІЛ: у Києві, Миколаєві, Донецьку, Одесі. Процес реалізації кожної моделі супроводжувався поетапним моніторингом і оцінкою (МіО) її ефективності, який здійснював Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка спільно з ЮНІСЕФ і ДССДМ.

Миколаїв було обрано як пілотний регіон для проведення більш глибокої оцінки того, якою мірою розроблені інтервенції відповідають потребам цільової групи з огляду їх доступності, економічної ефективності та адекватності. Вибір базувався на тому факті, що це місто характеризується одним з найвищих рівнів поширеності ВІЛ у віковій групі від

⁵ Стислий огляд стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на 01.01.2010 // ВІЛ-інфекція в Україні: інформ. бюл. / М-во охорони здоров'я України, Укр.центр профілактики і боротьби зі СНІДом, Ін-т епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України. – К., 2010. – № 33.

⁶ Назви моделей: "Впровадження ефективної моделі із забезпечення максимального доступу дівчаток-підлітків груп ризику, залучених до сексуальних послуг за винагороду, до комплексних послуг служб охорони здоров'я, соціальних служб, програм з питань ВІЛ/СНІДу/ІПСШ з урахуванням гендерних особливостей" (МБФ "ЮНІТУС", м. Миколаїв); "Вулична профілактична робота з підлітками груп ризику в контексті проблем ВІЛ/СНІДу за технологією мультидисциплінарних команд" (Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, м. Київ); "Впровадження моделі дружнього ВІЛ-профілактичного втручання шляхом формування неформальних лідерів в оточенні підлітків груп ризику, які споживають ін'єкційні наркотики" (Донецький обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, м. Донецьк); "Профілактика ВІЛ/ІПСШ, послуги підтримки, розробка і 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" в м. Одеса "(ГР "Віра, Надія, Любов", м. Одеса); Профілактика ВІЛ/ІПСШ і розвиток послуг соціальної реабілітації серед наркозалежних підлітків в м. Одеса "(ОБФ "Шлях до дому", м. Одеса).

⁷ Nomans, H. (2007) Guidance. Ethical issues in conducting quantitative research with adolescents engaging in HIV risk behaviour, Draft July 2007, UNICEF CEE/CIS.

⁸ Етичні засади проведення соціальних досліджень серед дітей в Україні [Електронний ресурс] / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2008. – 21 с. – Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/ethnic_principles.pdf.

15 до 24 років⁹. На обліку в Миколаївському центрі СНІДу за станом на 1.01.2010р. зареєстровано 5753 особи, з них 438 – неповнолітні (з установленим діагнозом ВІЛ+ 131 особа). У Миколаєві традиційно один із найвищих показників поширеності ВІЛ-інфекції серед ЖКС (близько 24%)¹⁰. За таких умов надзвичайно важливі інноваційні профілактичні заходи в середовищі ЖКС. Серед цієї групи не здійснюються спостереження за поширеністю ВІЛ-інфекції, випадки інфікування в ній досить складно виділити з числа всіх випадків інфікування статевим шляхом, оскільки не всі представники цієї групи ідентифікують себе як "секс-працівники" і можуть не декларувати співробітникам закладів охорони здоров'я свою "професію/заняття" через страх стигматизації та дискримінації. Втім, дані дозорного епід-нагляду вказують на широку і зростаючу епідемію серед представників саме цієї категорії.

В інтервенційній моделі у м. Миколаєві цільовою групою були обрані підлітки-ЖКС, які більш уразливі і перебувають в умовах більшого ризику ВІЛ-інфікування, ніж дорослі, через низький рівень знань про ВІЛ/ПСС; вони частіше практикують незахищені статеві контакти, менш охоплені профілактичними програмами і стикаються з численними бар'єрами при отриманні послуг (медичний огляд, консультування та ін.). Головним виконавцем моделі став Миколаївський благодійний фонд "ЮНІТУС" (МБФ "ЮНІТУС").

У цьому звіті представлені ключові результати дослідження інтервенцій за 2009 р.: розглядається структура інтервенцій з профілактики ВІЛ серед підлітків-ЖКС, заснована на існуючих відповідних можливостях, визначаються пріоритетні напрями діяльності та надаються рекомендації для посилення системи профілактики. Мета звіту, полягає у презентації досвіду ефективних інтервенцій для підлітків-ЖКС, допомогти зацікавленим сторонам у розумінні того, які компоненти повинні бути впроваджені, що підлягає моніторингу та оцінці. Інформація про становище підлітків-ЖКС в Україні, їх уразливість та ризику представлена в першому розділі звіту. Цілі, завдання та компоненти інтервенцій, що реалізуються в рамках проекту в м. Миколаєві, а також механізм оцінки вкладу, процесу та результатів проекту, висвітлюються у другому і третьому розділах. Четвертий розділ описує "історію" реалізації проекту: реалізовані заходи, наскільки запланований процес відповідав реальному, які труднощі виникли в процесі реалізації моделі і як вони були подолані. Результати зовнішнього моніторингу моделі, що спираються на низку додаткових досліджень серед клієнтів і персоналу, представлені в п'ятому розділі звіту. Останній розділ присвячений висновкам та рекомендаціям, які необхідно враховувати як при продовженні моделі, так і її реплікації. Цільова аудиторія включає широкий спектр груп: від тих, хто надає послуги, до осіб, які приймають рішення, представників ЗМІ.

⁹ Стислий огляд стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на 01.01.2010 // ВІЛ-інфекція в Україні: інформ. бюл. / М-во охорони здоров'я України, Укр.центр профілактики і боротьби зі СНІД/ Ін-т епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України. – К., 2010. – № 33.

¹⁰ Показник "поширеність ВІЛ серед ЖКС" розраховувався за результатами аналізів крові швидкими тестами в 24 областях та АР Крим у 2008 і 2009 рр. Див.звіт Міністерства охорони здоров'я України: "Національний звіт з виконання рішень декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Звітний період: січень 2008 – грудень 2009". – К., 2010.



Кабинет №1

Съ ВИЧ

1. Контекст і основа моделі

Результати оновленої оцінки чисельності груп населення з високим ризиком інфікування ВІЛ у 2009 р., отримані в результаті розрахунків методом нарощування соціальних мереж з урахуванням похибки "соціальної значущості відповіді", продемонстрували, що кількість ЖКС в Україні складає від 65 до 93 тис. осіб¹¹. Оціночна кількість неповнолітніх ЖКС у 2009 р. – приблизно 17 тис. осіб у віці від 15 до 17 років і 3,8 тис. осіб у віці від 14 років і менше. Тобто, за оцінками цього дослідження, близько 26% ЖКС – неповнолітні. Довірчий інтервал, який характеризує оціночне число клієнтів ЖКС в Україні, варіюється від 248 до 322 тис. осіб¹². Що стосується Миколаєва, то рішенням обласної координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 10.07.2009 р. оціночне число ЖКС в регіоні склало 2900 осіб, а число клієнтів – 34 800 осіб. Оцінка кількості ЖКС ускладнюється численними бар'єрами. Незважаючи на корекцію оцінок, які спочатку розраховуються методом нарощування соціальних мереж, істотний вплив на валідність даних продовжує справляти фактор характерної для цієї групи сезонної мобільності; слабкі соціальні зв'язки з іншими ЖКС, "сутенерами" і клієнтами; недосяжність такої частини клієнтів ЖКС, як водії-далекобійники; нещирість відповідей респондентів у зв'язку зі стигматизацією групи тощо. Слід враховувати всі ці фактори при використанні зазначених даних.

В Україні показник поширеності ВІЛ серед ЖКС варіюється від 13,6% до 31,0%¹³. За даними дозорного епідагляду на початок 2010 р. рівень поширеності ВІЛ серед ЖКС в м. Миколаєві склав 24% (довірчий інтервал: 22,24–25,76%)¹⁴.

За даними епідагляду, проведеного в м. Миколаєві у 2007 р., рівень поширеності ВІЛ серед ЖКС віком до 25 років був на рівні 23,5%. Слід враховувати, що вплив соціальних, політичних, культурних та інших факторів (таких як бідність, стигматизація, дискримінація тощо), схожий як серед підлітків-ЖКС, так і старших ЖКС; проте перші володіють меншим доступом до профілактичних послуг, що збільшує їх уразливість і ризик.

У рамках проекту ЮНІСЕФ "Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику в Україні і Південно-Східній Європі" було здійснено:

- вторинний аналіз даних поведінкового дослідження серед ЖКС з метою оцінки факторів поведінки, поширеності ВІЛ та ризиків, у т.ч. серед ПГР-ЖКС у віці 13–19 років (всього було опитано 1602 ЖКС, серед них 281 віком 13–19 років);
- базове дослідження серед дітей і підлітків, які живуть і/або працюють на вулиці (N=805, вік 10–19 років, серед яких опитано 565 хлопчиків і 240 дівчаток), у чотирьох регіонах України (міста Донецьк, Дніпропетровськ, Миколаїв, Київ).

Таблиця 1.1 демонструє ключові результати досліджень серед підлітків-ЖКС і дівчат, які живуть і/або працюють на вулиці. Значній частині представників цих груп характерна поведінка з високим рівнем ризику, а також зіткнення з численними факторами уразливості.

¹¹ Звіт щодо національної оцінки ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на кінець 2009 року. Дата підготовки проекту оцінки: січень 2008 р. Київ, Україна. Підсумкові показники узгодженої оцінки щодо чисельності груп та поширеності ВІЛ станом на кінець 2009 року / Укр.центр профілактики та боротьби зі СНІДом, М-во охорони здоров'я України, Всесвітня організація охорони здоров'я, МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу.

¹² Там само.

¹³ Національний звіт з виконання рішень декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ /СНІДом. Звітний період: січень 2008 – грудень 2009 / М-во охорони здоров'я України. – К., 2010.

¹⁴ Там само.

Таблиця 1.1

**Показники уразливості і ризику серед підлітків-ЖКС
і дівчат, які живуть і/або працюють на вулиці, в Україні, %**

Поведінкове дослідження (2007): підлітки-ЖКС, вік 13–19 років	
Почали надавати сексуальні послуги за винагороду до досягнення 15 років	15 (N=281*)
Використовували презерватив під час останнього статевого контакту...	
... з постійним партнером	25 (N=119)
... з випадковим партнером	51 (N=171)
... з клієнтом	76 (N=281)
Практикували секс без презерватива протягом останніх 30 днів	48 (N=281)
Мали більш ніж 11 клієнтів за минулий робочий тиждень	48 (N=263)
Вживають ін'єкційні наркотики	19 (N=281)

Опитування дітей і підлітків, які живуть і/або працюють на вулиці (2008 р.): дівчатка, вік 10–19 років	
Надавали сексуальні послуги за винагороду	57 (N=240*)
Почали надавати сексуальні послуги за винагороду до досягнення 15 років	57 (N=127)
Завжди використовували презерватив при статевих контактах за останній рік...	
... з постійним партнером	18 (N=78)
... з випадковим партнером	11 (N=126)
... з клієнтом	8 (N=116)
Практикують надання сексуальних послуг за винагороду і вживання ін'єкційних наркотиків	10 (N=240)
Знають про передачу ВІЛ статевим шляхом	50 (N=240)
Знають принаймні одне джерело придбання/отримання презервативів	47 (N=240)
Коли-небудь примушувалися до сексу	52 (N=205)
Стикалися з випадками примусу до сексу за останній рік	37 (N = 198)
Коли-небудь переслідувалися міліцією	58 (N = 240)
Коли-небудь були затримані міліцією або взяті під варту	31 (N = 240)
Мали досвід перебування в притулку для неповнолітніх	44 (N = 240)

*Кількість вибіркової сукупності, осіб

За результатами базового дослідження більше половини дівчаток-підлітків (57%) надавали сексуальні послуги за винагороду. Хоча цих дівчаток скоріше варто розглядати не як працівників комерційного сексу, а як залучених до транзакційного сексу заради виживання. Вони можуть перебувати в ситуації, коли у них немає інших альтернатив для підтримки життєдіяльності, крім надання сексуальних послуг за гроші, заради отримання інших товарів – одягу, їжі, а також отримання наркотиків, алкоголю, сигарет або поліпшення житлових умов – отримання тимчасового притулку.

Спостерігається велика різниця щодо рівня знань старших ЖКС і підлітків-ЖКС про ВІЛ/СНІД, про профілактичні послуги і рівень використання цих послуг. За даними поведінкового дослідження, якщо серед неповнолітніх ЖКС 59% практикували секс без презерватива протягом останнього місяця, то серед дорослих ЖКС таких – 39%. Близько третини

(34%) ЖКС у віці до 18 років протягом останніх 12 місяців проходили тестування на ВІЛ та знають його результат. Серед повнолітніх ЖКС аналогічний показник – 46%.

Більша частина підлітків-ЖКС, які живуть і/або працюють на вулиці, почали практикувати ризикову поведінку до досягнення 15 років. Серед підлітків-ЖКС поширені поведінкові практики, пов'язані з ризиком ВІЛ-інфікування. Значна частина з них залучені в перехресні ризикові практики (вживання ін'єкційних наркотиків та комерційний секс). Результати досліджень також демонструють низький рівень використання підлітками-ЖКС презервативів, що, у свою чергу, різниться залежно від типу статевого партнера (постійний, випадковий або комерційний) і типу статевого контакту (оральний, вагінальний або анальний секс). Підлітки-ЖКС схильні рідше використовувати презервативи з постійними і випадковими партнерами. Рівень охоплення цільової групи профілактичними програмами надто низький для того, щоб забезпечити достатній рівень доступу до послуг зі зміцнення здоров'я та соціальної підтримки (зокрема серед підлітків-ЖКС не розвинені програми консультування за методом "рівний рівному"). Також викликає занепокоєння рівень сексуального та репродуктивного здоров'я дівчаток, які живуть і/або працюють на вулиці, зокрема необхідно звернути особливу увагу на дівчат, які мають дітей (2% за результатами базового дослідження). Ці дівчата стикаються з великою кількістю перешкод на шляху реалізації безпечної поведінки та практик, особливо підлітки-ЖКС, які живуть і/або працюють на вулиці. Їм необхідна окрема увага і профілактика, так само як і їхнім партнерам (комерційним, некомерційним), які до теперішнього часу залишалися поза увагою профілактичних програм.

За результатами дослідження, проведеного серед підлітків, які живуть і/або працюють на вулиці, в Миколаєві 88% з 202 підлітків (142 хлопчики, 60 дівчаток) у віці 10–19 років мають сексуальний досвід; 85% дівчаток надавали сексуальні послуги за винагороду. У табл. 1.2 представлені основні індикатори уразливості та ризику серед дівчаток, які живуть і/або працюють на вулиці, й залучені до надання сексуальних послуг за винагороду.

Таблиця 1.2

Показники уразливості та ризику серед дівчаток, які живуть і/або працюють на вулиці й залучені до надання сексуальних послуг за винагороду в м. Миколаєві, осіб (2008, N=51)

Поведінкові індикатори	
Почали надавати сексуальні послуги за винагороду до досягнення 15 років	17
Використовували презерватив під час останнього статевого контакту...	
... з постійним партнером	17
... з випадковим партнером	30
... з клієнтом	50
Вживають ін'єкційні наркотики	8
Показники уразливості	
Знають про передачу ВІЛ статевим шляхом	25
Знають принаймні одне джерело придбання/отримання презервативів	37
Коли-небудь примушувалися до сексу	19
Стикалися з випадками примусу до сексу за останній рік	19
Коли-небудь переслідувалися міліцією	29
Мають досвід перебування в притулку для неповнолітніх	6

Більшість як державних, так і недержавних організацій, що надають профілактичні послуги, фокусують свою діяльність на тих, кому вже виповнилося 18 років. На підліткову групу робота таких організацій не спрямована, в основному через відсутність юридичних знань стосовно роботи з підлітками. Як і в цілому по Україні, в Миколаєві відсутня система координованої мультисекторальної взаємодії на всіх етапах діяльності серед підлітків груп ризику, а самі вони не були пріоритетною групою в регіональній відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу. Більшість програм ВІЛ-профілактики та послуги зменшення шкоди, соціальні та медичні послуги в регіоні націлені виключно на дорослих споживачів цих послуг.

Результати проведених досліджень свідчать, що значна частина підлітків-ЖКС залучена в ризикову поведінку і є особливо високоуразливою. Серед основних чинників уразливості, які створюють серйозні бар'єри для підлітків у доступі до послуг, – необхідність згоди батьків на отримання таких послуг (здебільшого ПГР живуть без батьків), наявність документів, що засвідчують особу; страх міліції та інституціалізація в установах системи соціального захисту; недоступність послуг унаслідок стигматизації і дискримінації. Це свідчить про потребу в розробці і впровадженні інноваційної моделі профілактичних послуг для підлітків-ЖКС з урахуванням їх гендерних і вікових особливостей та потреб.



2. Структура інтервенцій

Якщо зниження кількості нових випадків ВІЛ-інфікування серед підлітків-ЖКС в результаті зміни поведінки та впливу на низку факторів, які її визначають (на індивідуальному, суспільному рівнях, на рівні постачальників послуг, місцевих органів самоврядування), входило в довгострокові цілі проекту, то в процесі пілотування моделі ми фокусувалися на короткострокових цілях, які включали зміну поведінки, усвідомлення ризику, мотивацію до безпечної сексуальної поведінки з клієнтами, створення сприятливого середовища для підлітків-ЖКС на рівні політики і законодавства, впровадження дружніх до ПГР послуг тощо.

Пілотна модель, з одного боку, ґрунтується на даних про ризики та фактори вразливості, отриманих у ході досліджень, які були наведені вище, а з іншого – відображає концептуальні рамки для заходів щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ПГР, які були розроблені ЮНІСЕФ: поєднання стратегії з розширення доступу до послуг шляхом впровадження програм прямого сервісу з адвокаційною діяльністю і внесенням змін у політику і законодавство.

На рис. 2.1 показана ПДІ-модель ("Поведінка – Детермінанти – Інтервенції")¹⁵, яка була розроблена для підлітків-ЖКС у м. Миколаєві, де визначена оздоровча мета моделі і чинники її досягнення.



Рис. 2.1. ПДІ-модель ("Поведінка – Детермінанти – Інтервенції"), яка впроваджується в м. Миколаєві

¹⁵ Kirby, D. (2004) BDI Logic Models: A Useful Tool for Designing, Strengthening and Evaluating Programmes to Reduce Adolescent Sexual Risk-Taking, Pregnancy, HIV and Other STDs. ETR Associates; Busza, J. (2009) Designing and Evaluating Behaviour Change Interventions. Introduction to Behaviour-Determinants-Intervention logic models. Centre for Population Studies, LSHTM, London.

Інтеграція підлітків-ЖКС у поточну роботу

Як уже було зазначено раніше, головним виконавцем моделі в регіоні став МБФ "ЮНІТУС". На користь вибору цієї організації зіграв значний досвід роботи у сфері надання послуг групам ризику, зокрема ЖКС. Організацією реалізовано більше двадцяти проєктів з профілактики, інформування, догляду та підтримки груп ризику щодо ВІЛ/СНІДу, які реалізуються в м. Миколаєві, Миколаївській області та на національному рівні.

Основна діяльність благодійного фонду пов'язана зі зменшенням ризику інфікування ВІЛ/ПСПШ серед осіб, залучених до секс-бізнесу та їхнього найближчого оточення в Миколаєві та Миколаївській області. Хоча основною цільовою групою є ЖКС та їхні партнери (в т.ч. клієнти), серед клієнтів фонду також є СІН, ЧСЧ, ЛЖВ і перехресні групи ризику (ЖКС-СІН). Крім власних програм профілактики ВІЛ/ПСПШ, МБФ "ЮНІТУС" здійснює інформаційно-просвітницьку діяльність, сприяє попередженню насильства, просуванню гендерної політики, соціального і правового захисту груп ризику на національному та регіональному рівнях. МБФ "ЮНІТУС" активно бере участь в адвокаційній діяльності, співпрацюючи в регіональній координаційній раді з ВІЛ/СНІДу/ТБ. Окремий напрям у роботі фонду – медико-соціальний супровід профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ, догляд та підтримка за ВІЛ-позитивними вагітними і жінками, які народили, а також їхніми дітьми і найближчим оточенням: ведення груп взаємодопомоги; робота дитячої кімнати; профілактика відмов від дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями; оцінка психічного та фізіологічного розвитку дітей; попередження абортів тощо.

МБФ "ЮНІТУС" має гарну матеріальну базу. В розпорядженні фонду – ком'юніті-центр як точка входу клієнтів, мобільна гінекологічна амбулаторія, центр "Мама і малюк" для ВІЛ-позитивних вагітних і породіль. Те, що на базі організації вже діяла модель профілактики ВІЛ/СНІДу для дорослих ЖКС, в якій були передбачені як елементи стратегії зменшення шкоди, так і можливість безкоштовного медичного огляду, тестування та лікування, й стало фундаментом у розширенні пакету інтервенцій для молодшої вікової групи ЖКС з метою покращення їх доступу до послуг з питань профілактики ВІЛ/СНІДу/ПСПШ. Інтеграція підлітків-ЖКС в роботу благодійного фонду відбувалася за всіма напрямками його роботи (блок 2.1).

Блок 2.1

Пакет послуг для клієнтів на базі МБФ "ЮНІТУС"

1. Аутрич-робота.
2. Освітні заняття, розвиток навичок у рамках стратегії зміни поведінки.
3. Інформаційна підтримка (спеціалізовані буклети по ВІЛ, ПСПШ з урахуванням гендерних і вікових особливостей, довідник доступних послуг з профілактики ВІЛ/ПСПШ в м. Миколаєві, періодичні видання – газета і журнал для груп ризику).
4. Послуги зі зменшення шкоди (для тих, хто вживає ін'єкційні наркотики).
5. Медичні послуги: консультування і тестування на ВІЛ (включаючи тестування швидкими тестами), переадресація на лікування, догляд та підтримка, рання діагностика і лікування ПСПШ (включаючи тестування швидкими тестами), послуги з питань репродуктивного здоров'я.
6. Консультаційні послуги психолога, соціального працівника, юриста; культурно-побутові послуги на базі двох консультаційних центрів (при центрі СНІДу та ОШВД).
7. Соціальна підтримка і переадресація в державні і недержавні організації, а також організації – партнери проєкту.
8. Надання витратних матеріалів (презервативи, лубриканти, стерильний ін'єкційний інструментарій, засоби особистої гігієни).
9. Зниження стигми, дискримінації та насильства.

Структура виконавців та ключових партнерів проєкту представлена на рис. 2.2.

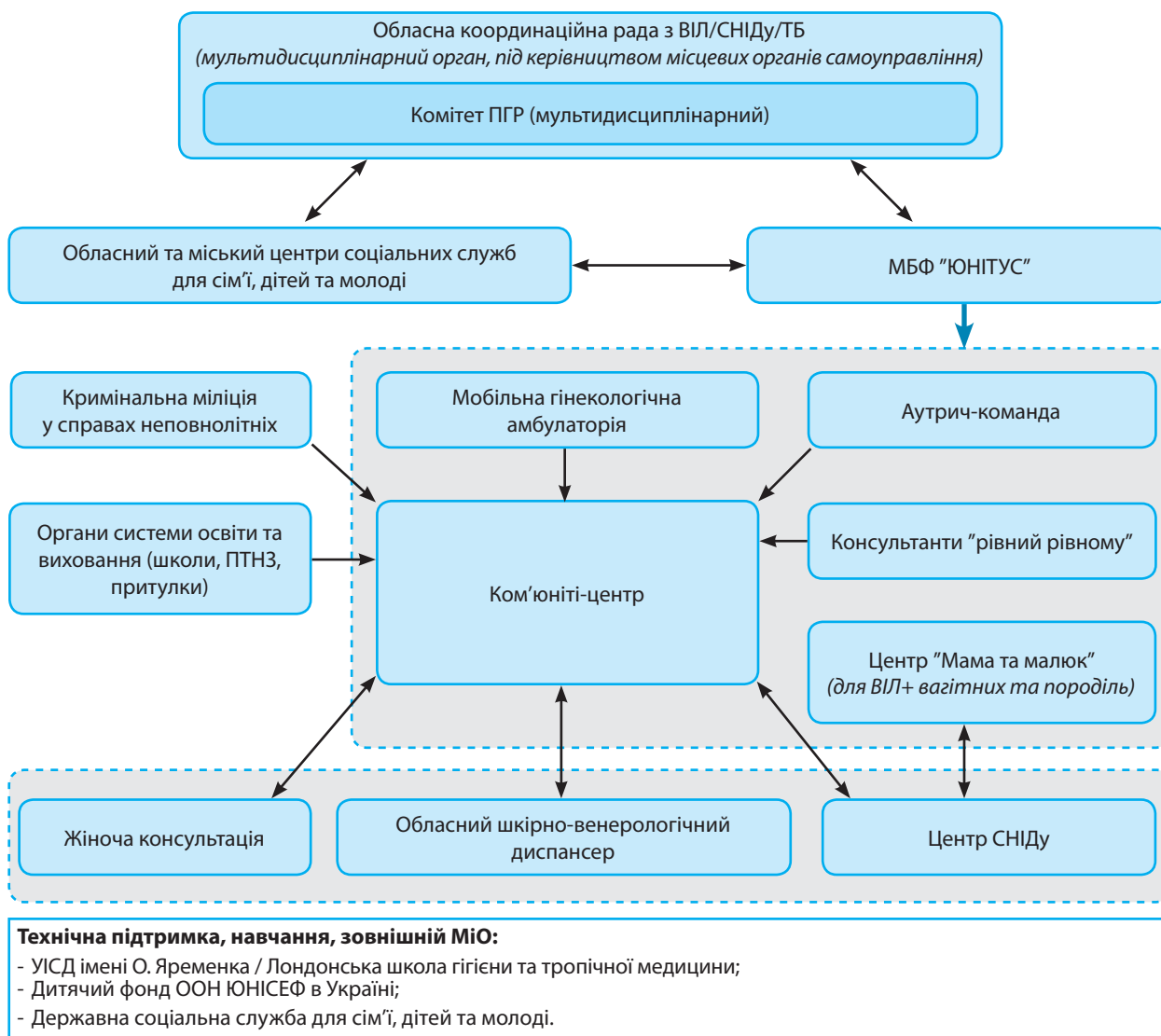


Рис. 2.2. Схема виконавців моделі в м. Миколаїв

На рівні Миколаївської обласної координаційної ради з ВІЛ/СНІДу/ТБ створено комітет з питань роботи з підлітками груп ризику (ПГР) для визначення потреб цільової групи, їх обговорення, узгодження послуг і переадресації до фахівців, прийняття адвокаційних рішень тощо. Співробітники проекту регулярно представляли результати діяльності за проектом на засіданнях координаційної ради та адвокатавали збільшення доступу ПГР до вже наявних програм профілактики з ВІЛ/СНІДу, а також внесення індикаторів стосовно ПГР до регіональної системи МіО.

Оскільки однією з ключових ідей пілотного проекту була його подальша інтеграція в систему державних і недержавних організацій, що надають послуги, МБФ "ЮНІТУС" як головний виконавець проекту тісно співпрацював з Миколаївським обласним і міським ЦСССДМ. Роль центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді полягала в забезпеченні підтримки проекту владними органами; консолідації інтересів (громадських організацій та державних структур); розробці та реалізації спільно з МБФ "ЮНІТУС" адвокаційного плану роботи; внесенні проекту до реєстру обласної програми заходів "Діти Миколаївщини"; наданні матеріально-технічних (приміщень, техніки), інформаційних (ресурсного центру обласного ЦСССДМ) і людських (підготовленого персоналу, тренерів) ресурсів; роботі зі ЗМІ; підтримці життєздатності проекту шляхом його інтеграції в систему обласного ЦСССДМ та внесенні відповідних змін до обласного бюджету.

Усередині МБФ "ЮНІТУС" була створена окрема аутрич-команда з двох осіб для рекрутингу цільової групи. На базі ком'юніті-центру працювали психолог і два соціальні працівники, які надавали послуги тільки підліткам-ЖКС і не працювали зі старшою віковою групою клієнтів. Центр "Мама і малюк" для ВІЛ-позитивних вагітних і породіль, який знаходиться на території центру СНІДу, складався з трьох фахівців (психолога і двох соціальних працівників); тут одночасно надавалися послуги і дорослим, і підліткам. Мобільна гінекологічна амбулаторія не фокусується виключно на роботі з дівчатами-ПГР. Зокрема, в критерії відбору точок доступу не входив облік вікового фактора, маршрут враховував місця скупчення груп ризику в цілому. Однак, вона також була можливою точкою доступу підлітків-ЖКС до проекту через переадресацію.

Основний виконавець моделі, МБФ "ЮНІТУС", використав не тільки власні підрозділи, а й ресурси організацій-партнерів з державного медичного сектора: кабінети при ОШВД, центрі СНІДу та жіночій консультації¹⁶. На базі кабінету при ОШВД ще в першому кварталі роботи проекту почав діяти спеціальний кабінет для ПГР, де клієнти могли отримати не тільки безкоштовне консультування дерматовенеролога, а й пройти тестування на ПСШ та ВІЛ (швидкі і звичайні тести) і в разі потреби отримати безкоштовне лікування. Тестування швидкими тестами можна було пройти і без відвідування медичних закладів – на базі мобільної гінекологічної амбулаторії, яка виступала одночасно інструментом аутрич-роботи та альтернативним місцем медичного огляду, тестування і консультування. Наявність амбулаторії дозволила проводити медичний огляд дівчат, які потребували допомоги, але боялися відвідувати медичні заклади: центр СНІДу або ОШВД.

Ближче до середини терміну реалізації проекту було налагоджено плідну співпрацю з дитячою кімнатою міліції, яка переадресовувала виявлених дівчаток-ЖКС у МБФ "ЮНІТУС" для отримання соціально-психологічних послуг на його базі, оскільки в самій дитячій кімнаті таких фахівців немає. У рамках рекрутингу клієнтів був налагоджений контакт з установами сфери освіти (школами, ПТНЗ), а також притулками та приймальниками-розподільниками. Були підписані угоди про співпрацю.

Основне фінансування реалізації моделі забезпечував Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), при цьому організація-виконавець здійснювала додатковий фандрейзинг коштів із залученням ресурсів місцевої громадськості (постачання витратних матеріалів). В ОШВД для потреб проекту були задіяні ресурси, надані МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні"¹⁷ – медичні препарати для тестування та лікування ПСШ.

Зовнішній МіО проекту здійснювали УІСД імені О. Яременка спільно з ЮНІСЕФ та ДСССДМ. При цьому додаткове консультування та науковий супровід проекту забезпечувала Лондонська школа гігієни та тропічної медицини.

У цілому для реалізації моделі була створена мультисекторальна команда, яка охоплювала як державний, так і недержавний сектор, враховувала різний рівень владних компетенцій, характеризувалася широкою мережею послуг і включала можливість зовнішнього і внутрішнього МіО. Повний перелік функцій усіх партнерів проекту представлений у табл. 2.1.

¹⁶ Жіноча консультація приєдналася до проекту через 3 місяці після початку роботи проекту. Спочатку послуги гінеколога надавалися на базі СНІД-центру, але внаслідок заміни фахівця, було змінено і медичний заклад.

¹⁷ У рамках реалізації програми "Запобігання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні", підтриманої Глобальним фондом з боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Таблиця 2.1

Функції організацій-партнерів проекту в м. Миколаєві

Організація-партнер	Функції
Регіональна координаційна рада з ВІЛ/СНІДу/ТБ	Мультисекторальна координація і співпраця Стратегічне планування Моніторинг і оцінка регіональної відповіді з проблем ПГР Адвокаційний форум
Комітет ПГР (на базі обласної координаційної ради)	Мультисекторальна координація і співпраця Стратегічне планування Моніторинг і оцінка регіональної відповіді з проблем ПГР Адвокаційний форум
Миколаївський обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	Адвокаційна діяльність у співпраці з МБФ "ЮНІТУС" (проведення "круглих столів", тренінгів) Технічна підтримка адвокаційних заходів Робота зі ЗМІ по проблемах ПГР
Організації із захисту прав дітей (кримінальна міліція у справах неповнолітніх, служба у справах дітей)	Переадресація, пункт рекрутингу нових клієнтів
Установи системи освіти (школи, ПТНЗ)	Переадресація, пункт рекрутингу нових клієнтів Місце для проведення інформаційних занять співробітниками МБФ "ЮНІТУС" з проблем профілактики ВІЛ/СНІДу/ІПСШ
Установи системи виховання (притулки)	Переадресація, пункт рекрутингу нових клієнтів Місце для проведення інформаційних занять співробітниками МБФ "ЮНІТУС" з проблем профілактики ВІЛ/СНІДу/ІПСШ
МБФ "ЮНІТУС"	Загальний менеджмент проекту Менеджмент аутрич-роботи, ком'юніті-центру, центру "Мама і малюк", мобільної гінекологічної амбулаторії Внутрішній (рутинний) моніторинг і оцінка моделі
Аутрич-команда	Картування місць скупчення клієнтів і рекрутинг нових клієнтів Надання витратних та інформаційних матеріалів Переадресації в ком'юніті-центр і медичні установи проекту Супровід клієнтів в організації – партнери проекту
Мобільна гінекологічна амбулаторія	Картування місць скупчення клієнтів і рекрутинг нових клієнтів Тестування на ВІЛ/ІПСШ швидкими тестами, консультування Гінекологічний огляд Переадресації в ком'юніті-центр і медичні установи проекту Надання витратних і інформаційних матеріалів
Консультанти "рівний рівному"	Консультування методом "рівний рівному" Сприяння соціальним працівникам у супроводі клієнтів при переадресаціях, допомога в організації заходів на волонтерських засадах Участь в адвокаційній діяльності
Ком'юніті-центр	Безпечне місце Інформаційні і витратні матеріали Тематичні заняття з проблем профілактики ВІЛ/ІПСШ Консультації "рівний рівному" Зменшення шкоди для ЖКС-СІН Індивідуальне і групове консультування (соціальний працівник, психолог) Консультація юриста Розвиток навичок Курси крою та шиття Перукар

Продовження таблиці 2.1

Центр "Мама і малюк" для ВІЛ+ вагітних та породіль	Психологічна підтримка для ВІЛ+ вагітних та породіль, а також їхніх дітей Індивідуальне і групове консультування (соціальний працівник, психолог) Інформаційні і витратні матеріали
Центр СНІДу	ДКТ (швидкі і звичайні тести) Переадресація в інші підструктури проекту (головним чином, медичні установи) Надання інформаційних і витратних матеріалів
Жіноча консультація	Гінекологічний огляд і консультування Переадресація в інші підструктури проекту (головним чином, медичні установи)
Обласний шкірно-венерологічний диспансер	Діагностика і лікування ІПСШ Переадресація в інші підструктури проекту (головним чином, медичні установи) Надання інформаційних і витратних матеріалів
Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ)	Донор Зовнішній моніторинг і оцінка Технічна підтримка і розвиток навичок
Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка / Лондонська школа гігієни і тропічної медицини	Зовнішній моніторинг і оцінка Технічна підтримка і розвиток навичок
Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді	Зовнішній моніторинг і оцінка Технічна підтримка і розвиток навичок
Глобальний фонд	Додаткове фінансування (засоби профілактики, ліки)
Індивідуальні спонсори	Додаткове фінансування (засоби профілактики)

Рекрутинг, переадресація та супровід

За даними вторинного аналізу біоповедінкового дослідження серед ЖКС (2007р.) більше половини дівчаток-підлітків (53%) відзначали, що навчаються в різних навчальних закладах. З огляду на цей факт стратегія рекрутингу орієнтувалася не тільки на вуличні аутрич-маршрути в місцях скупчення ЖКС, а й на регулярну роботу в школах, ПТНЗ, при-тулках. Соціальні працівники та психолог проекту проводили інформаційні заняття з питань репродуктивного здоров'я, профілактики ІПСШ та ВІЛ, використання засобів контрацепції, а також інформували про діяльність МБФ "ЮНІТУС" і надавали свою контактну інформацію. Аутрич-працівники, які спеціалізуються на рекрутингу дівчаток-підлітків, працювали без мобільного автотранспорту (це не було передбачено фінансуванням проекту). Більш широку територію місць концентрації ЖКС охоплювала мобільна амбулаторія. З ходом проекту до рекрутингових пунктів підключилися приймальник-розподільник для неповнолітніх УМВС у Миколаївській області та кримінальна міліція у справах неповнолітніх, служба у справах дітей. Співробітники цих установ інформували соціальних працівників МБФ "ЮНІТУС" у разі виявлення підлітків-ЖКС та надавали можливість проведення первинної консультації, а також інформували про проект. Таким чином, соціальні працівники МБФ "ЮНІТУС" ставали свого роду кураторами таких клієнтів, з одного боку, надаючи їм необхідну соціально-психологічну та/або медичну допомогу, а з іншого, – представляючи їх інтереси в цих установах. У проекті активно застосовувався метод аутрич-роботи "рівний рівному". Соціальні працівники виявляли лідерів-волонтерів серед цільової групи, які в подальшому рекрутували нових клієнтів через свої соціальні мережі.

Між усіма підструктурами, що безпосередньо надавали послуги клієнтам, діяла система переадресації та супроводу, яку координував МБФ "ЮНІТУС". Основний напрям переадресації та супроводу, яку координував МБФ "ЮНІТУС".

сації – від аутич-працівників у ком’юніті-центр, кабінет для ПГР, кабінет гінеколога, кабінет інфекціоніста. Мережа медичних послуг на базі організацій (ОШВД, центр СНІДу, жіноча консультація, мобільна амбулаторія) частково дублювалася. Наприклад, гінекологічний огляд, тестування здійснювалися і в ОШВД, і в центрі СНІДу, і в мобільній амбулаторії, за винятком жіночої консультації. Це, з одного боку, дозволило зменшити навантаження на лікарів, а з іншого – надати клієнтам свободу вибору, які могли вибрати найбільш оптимальний для них варіант. Усі підструктури проекту, що надають послуги клієнтам, використовували єдину анонімну систему кодування, яка дозволяла простежити весь алгоритм переадресації. Нормою організації був обов’язковий фізичний супровід підлітків-ЖКС соціальними працівниками при переадресації в будь-які підструктури проекту. Це дозволяло мінімізувати втрати клієнтів, а також долати внутрішні й зовнішні бар’єри щодо отримання послуг.

Протокол надання послуг включав контакт із соціальним працівником, інформування про проект, про послуги (кабінет ПГР, ком’юніті-центр, роботу лікарів та ін.), що надаються в рамках проектної діяльності, про роботу фонду; анкетування (для включення в проект); надання контактної інформації (візитка), ІОМ, витратних матеріалів; визначення потреб підлітка; домовленість про наступні візити/контакти, супровід, переадресацію. Основні етапи залучення клієнтів представлені на рис. 2.3. Переадресація до медичних установ не була обов’язковою для всіх клієнтів проекту і здійснювалася тільки за наявності запиту на таку послугу з боку клієнтів, хоча в протокол надання послуг соціального працівника входило обов’язкове мотивування клієнтів пройти медичне обстеження.

Широка мережа пунктів медичних послуг дозволила надавати послуги тестування швидкими і звичайними тестами на ВІЛ, сифіліс, гонорею і хламідіоз; робити гінекологічні аналізи, надавати медичні консультації і безкоштовне лікування в амбулаторному чи стаціонарному режимі. Лікар-інфекціоніст також надавала терапевтичну допомогу.

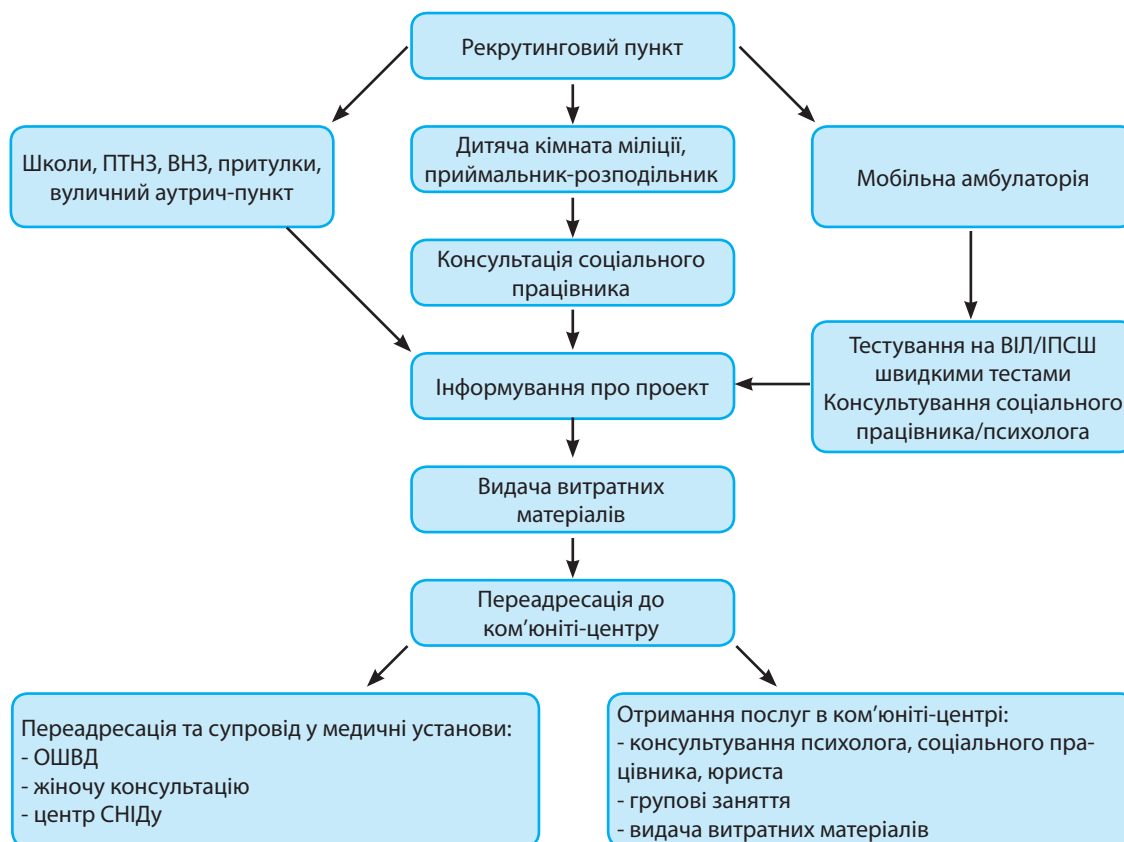


Рис. 2.3. Схема залучення і супроводу клієнта

Соціальні працівники, які працюють на базі ком'юніті-центру, крім консультування, супроводжували дівчаток у всі підструктури проекту, щоб мінімізувати втрати клієнтів при переадресації. Психологічна підтримка здійснювалася за допомогою індивідуальних консультацій, тематичних групових занять (з контрацепції, ІПСШ тощо); проводилося психологічне тестування та психокорекційна робота. Юрист проекту була одночасно задіяна в правовому супроводі проекту та надавала юридичні консультації клієнтам, в основному з правових аспектів медичних послуг та інформувала про права клієнтів при контактах з правоохоронними органами. Крім цього, на базі ком'юніті-центру можна було отримати послуги перукаря, навчитися основам крою та шиття.

Спектр витратних матеріалів включав презервативи, лубриканти, стерильні шприци, спиртові серветки, тести на вагітність (отримані як благодійний внесок від місцевих спонсорів) і гігієнічні прокладки (в рамках фінансування від ЮНІСЕФ). Матеріали використовувалися не стільки як стимул для повторного звернення за послугами, скільки як профілактична допомога. Серед інформаційних матеріалів – періодичні видання МБФ "ЮНІТУС" (газета "Мама і малюк", журнал "Подорожник"), а також набір буклетів ("ВІЛ/СНІД", "ІПСШ", "Небажана вагітність"), розроблених за участю клієнтів проекту (матеріали були протестовані серед дівчаток-ЖКС за допомогою фокус-групового інтерв'ю) з урахуванням особливостей цільової групи. Зусиллями МБФ "ЮНІТУС" також був розроблений і випущений "Довідник послуг", який включив інформацію про всіх сервіс-провайдерів з питань ВІЛ/СНІДу у м. Миколаєві й області із зазначенням їхніх контактних даних. Довідник був розісланий в усі включені організації в електронному вигляді, а для клієнтів проекту інформація була надрукована у вигляді брошури.

У блоці 2.2. представлена комунікаційна стратегія роботи з клієнтами в моделі у м. Миколаєві.

Блок 2.2

Комунікаційна стратегія проекту

- Перший пункт зв'язку: аутрич-працівники/команда мобільної клініки.
- Інформаційні буклети з ВІЛ/СНІДу, ІПСШ та профілактики незапланованої вагітності з урахуванням особливостей підлітків-ЖКС (були розроблені з урахуванням рекомендацій цільової групи).
- Довідник послуг з контактними даними всіх, хто надав послуги у м. Миколаєві та Миколаївській області (розповсюджувався серед постачальників послуг і клієнтів).
- Періодика МБФ "ЮНІТУС" – журнал, орієнтований на ЖКС, і газета, орієнтована на ВІЛ-позитивних вагітних і породіль.
- Індивідуальні інформаційні заняття з розвитку навичок з питань профілактики ВІЛ/СНІДу та ІПСШ (надавалися співробітниками МБФ "ЮНІТУС", партнерами проекту, консультантами за методом "рівний рівному").
- Тематичні інформаційні і учбові заняття для підлітків-ЖКС (проводилися особами які надавали послуги).
- Індивідуальні / групові консультації психолога
- ДКТ (проводилося лікарями).
- Правові та соціальні консультації юриста, соціальних працівників.
- Телефон "гарячої лінії" для ЖКС, включаючи підлітків, на базі ком'юніті-центру (консультації по телефону).
- Використання мобільних телефонів для зв'язку з клієнтами (соціальними працівниками, психологом, юристом, лікарями) і з боку клієнтів для спілкування з персоналом.

Персонал і підготовка

Крім координатора проекту, в реалізації моделі брали участь 11 осіб, з них 8 – безпосередньо надавали послуги клієнтам (рис. 2.4). Більшість фахівців є співробітниками МБФ "ЮНІТУС". Лікарі та консультанти з соціально-медичної підтримки – представники

медичних організацій – партнерів проекту (ОШВД, центру СНІДу, жіночої консультації). Юрист поєднував юридичний супровід проекту (укладення договорів, вирішення інших правових питань) і правові консультації клієнтів. Повний перелік функціональних обов’язків персоналу представлений у Додатку 1.

Додаткова підготовка персоналу щодо оволодіння особливостями роботи з підлітковою аудиторією охоплювала юридичні й етичні аспекти роботи з ПГР, специфіку консультування ПГР, зокрема з боку медичного персоналу. Основні складнощі були пов’язані з дефіцитом фахівців, які могли б провести навчання, оскільки робота з ПГР часто розглядалася як незаконна серед постачальників послуг. Серед залучених у проекті тренерів – фахівці Миколаївського обласного ЦСССДМ, МБФ ”ЮНІТУС”, УІСД імені О. Яременка та ЮНІСЕФ. Частина тренінгів була проведена в першому – другому кварталах на початку проекту. У результаті проміжного дослідження моделі були виявлені прогалини в підготовці фахівців, і фахівці ЮНІСЕФ та УІСД імені О. Яременка провели додаткову підготовку персоналу у третьому – четвертому кварталах з правових та етичних аспектів супроводу ПГР, а також щодо системи ведення випадку – особливостей соціального супроводу клієнта-підлітка і управління попитом. У рамках останніх тренінгів у виконавців моделі в м. Миколаєві була можливість спілкування та обміну досвідом з виконавцями інших пілотних моделей (Києва, Донецька та Одеси). У тренінгах брали участь не тільки фахівці МБФ ”ЮНІТУС”, але й співробітники організацій – партнерів проекту, а також потенційні партнери зі сфери освіти, охорони здоров’я тощо. У четвертому кварталі проекту було проведено тренінг для співробітників правоохоронних органів з метою адвокації антидискримінаційної політики та дружнього ставлення до ПГР. Протягом усього періоду реалізації моделі здійснювалися навчальні та тренінгові заняття для волонтерів проекту в рамках програми підготовки консультантів за методом ”рівний рівному”.

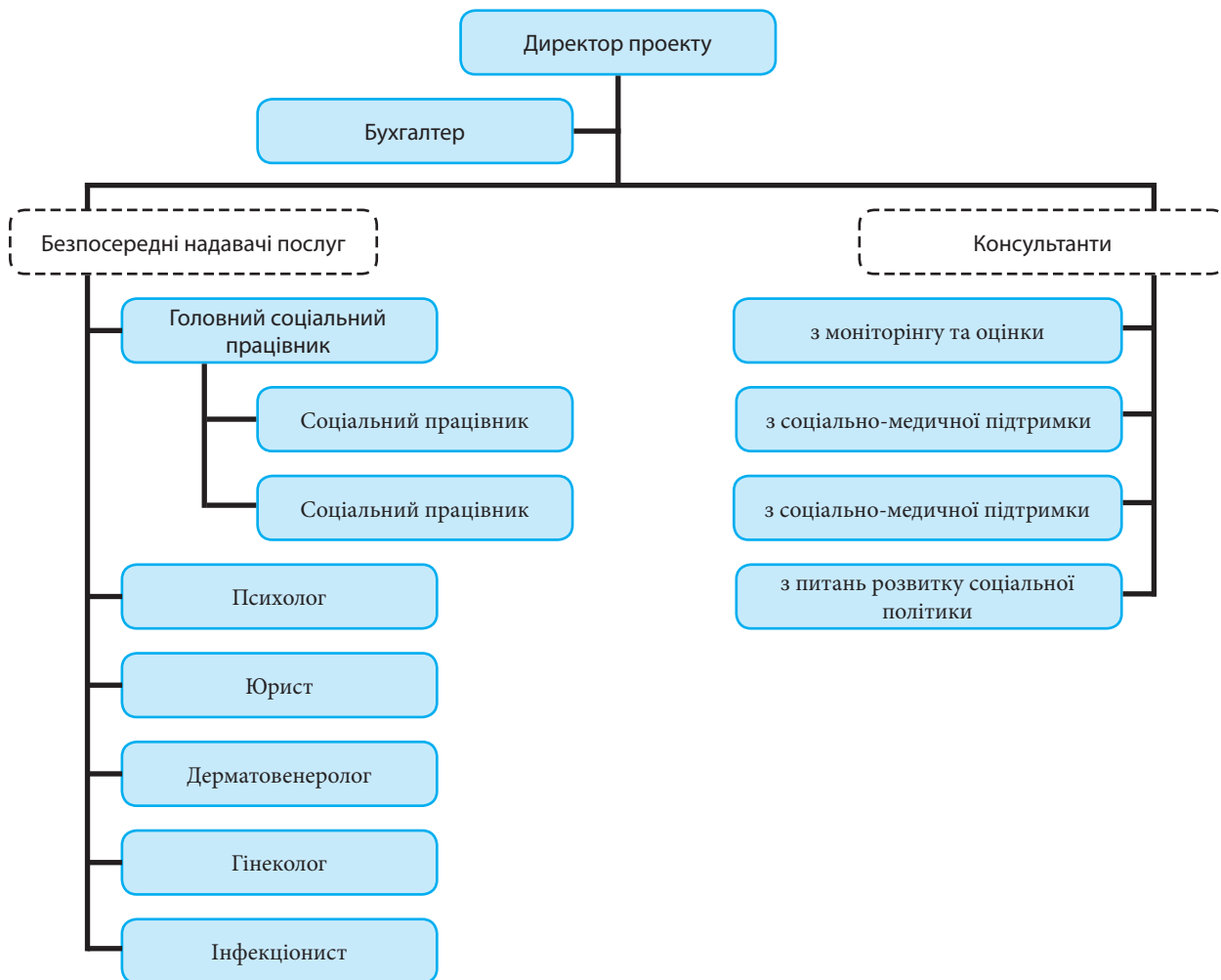


Рис. 2.4. Локальна структура персоналу проекту в м. Миколаєві



3. Моніторинг і оцінка

Оскільки подібна модель впроваджувалася в регіоні і в Україні вперше, важливим моментом став процес її моніторингу та оцінки. Хоча є деякі дані про ефективність заходів з профілактики ВІЛ-інфекції серед ПГР, включаючи підлітків-ЖКС, з інших країн, існує дуже мало фактичних даних про ефективні заходи серед даної цільової групи в Україні. Методологія МіО моделі профілактики, яка впроваджувалася, включала в себе логічну схему "Поведінка – Детермінанти – Інтервенції"¹⁸, а також схему МіО, реалізовану ЮНЕЙДС (рис. 3.1).

Дослідження інтервенцій ґрунтується на детальному аналізі внеску організації, процесу реалізації моделі надання послуг та ключових результатів впровадження моделі. Головна причина того, що дослідження інтервенцій фокусується на вкладі, процесі і результаті, але не включає аналізу наслідків і впливу, – короткі часові рамки дослідження, внаслідок чого неможливо зафіксувати останні компоненти, де необхідна оцінка змін у поведінці на рівні всієї цільової групи, на що треба більш тривалий час (3–5 років). Слід підкреслити, що позитивні зміни можуть бути зафіксовані в майбутньому в процесі біосоціальних досліджень, інших кількісних вимірів, статистикою захворюваності ПСШ і ВІЛ тощо.

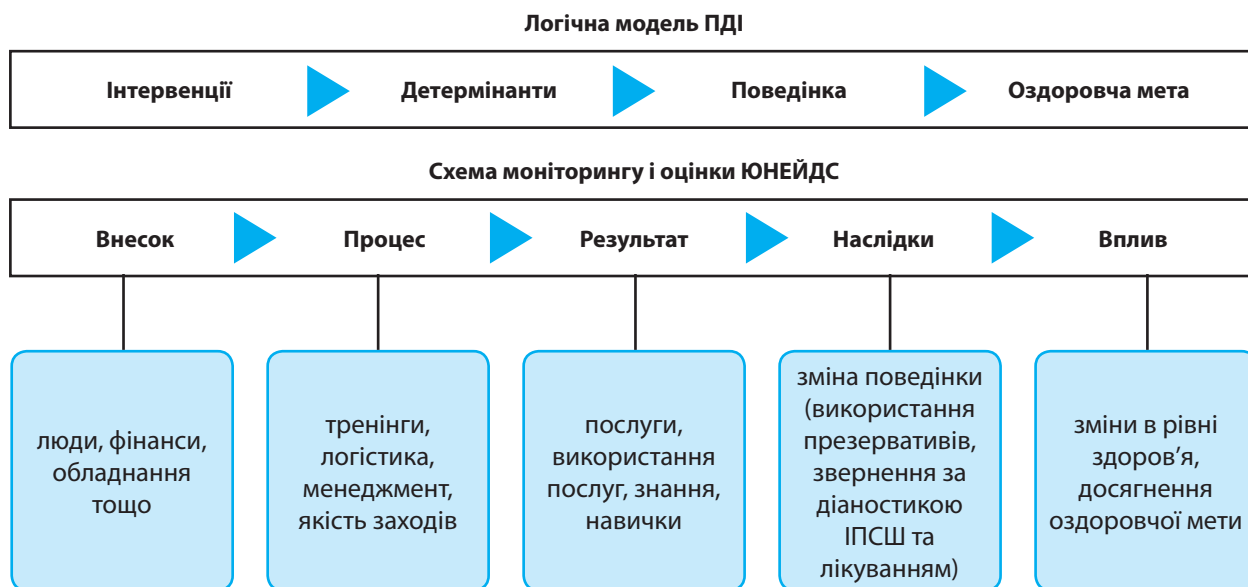


Рис. 3.1. Методологія дослідження інтервенцій

У процесі внутрішнього моніторингу використовувалися дані, отримані на різних стадіях проекту, електронна база даних, поточна статистика охоплення і наданих послуг (база даних на основі Excel, розроблена УІСД імені О. Яременка), анкетування клієнтів (первинна анкета клієнтів). Повний перелік документів для зовнішнього моніторингу та оцінки представлений у блоці 3.1.

¹⁸ ПДІ-модель проекту в м. Миколаїв представлена на рис. 2.1 в розділі 2.

Блок 3.1

Перелік документів для внутрішнього МіО моделі

- Кадрова документація (договори, технічні завдання, посадові інструкції).
- Розклад роботи кабінету ПГР, ком'юніті-центру, консультаційного центру із зазначенням прізвища консультанта і графіка його роботи.
- Графік роботи аутрич-працівників.
- Первинні анкети, особисті історії клієнтів.
- Щоденні відомості про використання витратних матеріалів аутрич-працівниками.
- Звіти співробітників проекту.
- Облікова документація тренінгів, "круглих столів", робочих зустрічей та інших заходів, запланованих у проекті (список учасників, програма заходу, відгуки учасників, робочі матеріали тощо).
- Акти списання витратних матеріалів.
- Відомості консультацій фахівців проекту – дерматовенеролога, психолога, юриста, інфекціоніста, гінеколога.
- Журнал обліку послуг з діагностики і лікування, наданих клієнтам проекту.
- Дані двох хвиль дослідження щодо задоволеності проектом серед клієнтів і персоналу, а також оцінки дружності та професійної компетентності.

Система зовнішнього МіО включала відстеження ключових елементів – внеску, процесу і результатів впровадження моделі – за допомогою проведення моніторингових візитів (один на два місяці), двох хвиль дослідження щодо задоволеності проектом серед клієнтів і персоналу, а також оцінки дружності і професійної компетентності¹⁹. Додатково проводився аналіз вартості проекту (аналіз вартості капітальних і фінансових витрат).

Перелік компонентів, що підлягають зовнішньому МіО, представлений у блоці 3.2.

Блок 3.2

Перелік компонентів, що підлягають зовнішньому МіО

1. **Внесок:** ресурси (фінансові, матеріально-технічні, людські) – готовність проекту в цілому, наявність обладнання, матеріалів, приміщень; систематична база даних клієнтів за соціально-демографічними характеристиками.
2. **Процес:** число клієнтів і їх соціально-демографічні характеристики (зі збором і аналізом даних за віком); частота користування послугами, розподіл клієнтів залежно від користування різними послугами; якість послуг, що надаються.
3. **Результат:** відповідність поставлених завдань і реалізація цих завдань; задоволеність клієнтів отриманими послугами; задоволеність персоналу; знання клієнтів про шляхи передачі ВІЛ/СНІДу і про методи профілактики; мотивація і навички безпечної поведінки; знання клієнтів про послуги, що надаються.

Загальний перелік досліджень, проведених у рамках зовнішнього МіО, що реалізувався УІСД імені О. Яременка спільно з представниками ЮНІСЕФ та ДСССДМ, представлений нижче:

1. Пряме спостереження (за допомогою моніторингових анкет) два рази на місяць під час моніторингових візитів, структуровані інтерв'ю з персоналом і частиною клієнтів.

¹⁹ Оцінка дружності та професійної компетентності як окреме дослідження не була проведено через складнощі у знаходженні національних експертів, які могли б навчити постачальників послуг основним компетенціям, що необхідні для роботи з підлітками-ЖКС; високий рівень недовіри клієнтів до нового персоналу, що й створював бар'єри в проведенні спостереження за процесом надання послуг. Частково питання дружності та професійної компетентності розкриті в процесі моніторингових візитів та досліджень за рівнем задоволеності проектом.

2. Огляд поточної статистики (рутинний моніторинг) щодо 117 підлітків-ЖКС, які скористалися послугами за 12 місяців.
3. Огляд проектної документації (плани роботи, звіти клієнта, фінансова інформація, угоди про партнерство, звіти, протоколи засідань, звіти зовнішніх подій тощо).
4. Збір та аналіз даних про витрати (аналіз вартості).
5. Дослідження персоналу (оцінка рівня задоволеності) – за допомогою фокус-груп після 7 місяців реалізації моделі та індивідуальних глибинних інтерв'ю в кінці проекту з 8 співробітниками, які безпосередньо надавали послуги клієнтам (1 психолог, 2 соціальні працівники, 1 старший соціальний працівник, 1 юрист, 3 лікарі).
6. Дослідження клієнтів (оцінка рівня задоволеності) – за допомогою структурованих інтерв'ю після 7 місяців реалізації проекту (33 клієнти) і в кінці проекту (69 клієнтів). Клієнти здебільшого були опитані в ком'юніті-центрі. Враховуючи позитивний досвід використання мобільних телефонів у роботі з клієнтами, фінальне опитування 32% клієнтів було здійснено по телефону. Дані були проаналізовані за допомогою програми SPSS 13.0.
7. Фокус-групи з інтерв'юерами, співробітниками і клієнтами для оцінки факту використання мобільних телефонів у наданні послуг. Це дослідження було реалізовано тому, що в процесі реалізації проекту було зафіксовано велике значення і потенціал використання мобільних телефонів як інструменту комунікації з клієнтами. Ключові завдання дослідження полягали в аналізі: доступності номерів телефонів персоналу і клієнтів; доступності номерів телефонів найближчого оточення клієнтів; суб'єктів і цілей телефонної комунікації; переваг типу комунікації (дзвінки, смс-повідомлення); періодичність і частота дзвінків; питань, що стосуються оплати телефонного зв'язку; сприйняття консультування по телефону; сприйняття телефонного опитування клієнтів.

Дослідницькі документи та форми для збору даних були розроблені з урахуванням міжнародних керівництв. Усі інструменти були спочатку пропілотовані. В інструментарії також використовувалися національні етичні принципи досліджень серед ПГР, розроблені та затверджені Соціологічною асоціацією України у 2008 р., на основі етичних принципів, запропонованих з боку ЮНІСЕФ.

Для реалізації поставлених завдань зовнішнього МіО було розроблено дослідницький інструментарій, представлений у блоці 3.3.

Перший моніторинговий візит головним чином фокусувався на оцінці внеску команди в реалізацію моделі, а другий і третій візити були присвячені оцінці процесу реалізації. У рамках четвертого моніторингового візиту була проведена робоча зустріч усіх учасників проекту як на регіональному рівні, так і представників донорів, ДСССДМ, дослідницького компонента і міжнародних консультантів. Програма візиту включала роботу з обговорення "внеску" команди, "процесу" і проміжних результатів впровадження моделі, а також проведення міні-тренінгу з аналізу рутинних даних, їх інтерпретації, формування і впровадження рекомендацій від ЛШГТМ. Метою останнього моніторингового візиту стала оцінка результатів усіх етапів реалізації моделі.

Дослідницький інструментарій для зовнішнього МіО

- *Анкети восьми типів для всіх суб'єктів, які беруть участь у реалізації проекту.* Серед них: МБФ "ЮНІТУС", ком'юніті-центр, центр "Мама і малюк", мобільна гінекологічна амбулаторія, медичні установи – кабінет для ПГР при ОШВД, кабінет інфекціоніста при центрі СНІДу, кабінет гінеколога при жіночій консультації №2, обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді.
- *База даних реєстрації клієнтів проекту і послуг, що надаються, включаючи форми звітності (Excel).*
- *Форми оцінки вартості проекту.*
- *Анкета для клієнтів для оцінки рівня задоволеності проектом (включаючи картку послуг для кращого сприйняття сервісів, що надаються організацією), адаптована відповідно до результатів її пілотажу і узгоджена зі всіма членами дослідницької групи, зокрема ЛШГТМ.*
- *Інструментарій сфокусованого групового інтерв'ю для персоналу для оцінки рівня задоволеності проектом (анкета учасника інтерв'ю, оціночна форма щодо рівня задоволеності різними компонентами проекту і план проведення інтерв'ю), адаптований відповідно до результатів пілотажного дослідження і узгоджений зі всіма членами дослідницької групи, зокрема ЛШГТМ.*
- *Дослідницький інструментарій для оцінки факту використання мобільних телефонів у комунікації між різними суб'єктами моделі, що складається з трьох сценаріїв міні-фокус-групових інтерв'ю для персоналу, який надає послуги; клієнтів і інтерв'юєрів, що опитували дівчаток-ЖКС по телефону під час дослідження їх рівня задоволеності проектом.*

4. Впровадження моделі

(Результати оцінки процесу і результатів реалізації моделі)

На етапі внеску

Підготовка до впровадження моделі почалася за місяць до офіційного старту проекту. Всі об'єкти, які надають послуги в межах проекту (МБФ "ЮНІТУС", кабінет ПГР при ОШВД, центр "Мама і малюк" і кабінет при центрі СНІДу, ком'юніті-центр, мобільна амбулаторія) були повністю укомплектовані необхідним обладнанням (телефоном, офісною технікою тощо) і готові до роботи. Повністю був набраний персонал – 14 осіб, складений щомісячний план робіт, плани зі зберігання і розповсюдження інформаційних і витратних матеріалів.

Тоді ж почала працювати аутрич-команда. Було проведено картування "точок доступу" до представників цільової групи (у співпраці з представниками цільової групи). Карта "точок доступу" включала школи, технікуми, ПТНЗ, а також маршрути мобільної гінекологічної амбулаторії в м. Миколаєві. Ранній старт дозволив уже з першого місяця роботи охопити 32 підлітки-ЖКС – майже третину від запланованого числа. Окремо на етапі внеску був розроблений план залучення цільової групи до розробки, реалізації та оцінки проекту, а також адвокаційної діяльності.

Хоча в організації не було прописаного плану із залучення додаткових фінансових ресурсів, МБФ "ЮНІТУС" регулярно здійснював фандрайзинг. Таким чином, було залучено до проекту додаткові ресурси з інших фінансових джерел (поза видатками проекту були придбані презервативи, стерильні шприци, надавалися медичні послуги тощо).

Повний перелік запланованих заходів наведений у табл. 4.1. Усі заплановані заходи були реалізовані відповідно до плану.

На етапі внеску певні проблеми торкнулися кабінету ПГР, який було заплановано відкрити на базі ОШВД. Приміщення було виділено, але потребувало капітального ремонту. Через те, що ні в реалізаторів моделі, ні в самому диспансері коштів на ремонт кабінету не виявилось, було прийнято рішення про його перенесення в інше приміщення, де він і перебував до кінця проекту і продовжує залишатися й зараз. На сьогодні, кабінет повністю укомплектований та відповідає принципам дружнього надання послуг.

Певні труднощі були пов'язані із впровадженням у місцях надання послуг етичного протоколу роботи з цільовою групою, включаючи принципи дружнього надання послуг. Оскільки до впровадження моделі персонал практично не працював з ПГР, такий протокол був відсутній. У результаті на місцях використовувалися неадаптовані принципи клінік, дружніх до молоді, та принципи проведення досліджень серед груп ризику, розроблених ЮНІСЕФ спільно з УІСД імені О. Яременка.

Основною проблемою на даному етапі стала підготовка персоналу. Недостатній рівень знань з підліткової психології і складнощі в дотриманні принципів дружності персоналу спричинили заміну одного з медичних фахівців проекту вже в першому кварталі роботи. Поза тренінговою підготовкою залишилася гінеколог, яка з'явилася вже у другому кварталі проекту (внаслідок заміни фахівця). У процесі реалізації проекту персонал неодноразово наголошував на необхідності проведення додаткових тренінгів зовнішніми фахівцями. Унаслідок відсутності фахівців – сертифікованих тренерів по роботі з ПГР, а також обмеженого

фінансування – такі тренінги були проведені тільки в кінці третього і четвертого кварталів на базі ЮНІСЕФ. У результаті були розроблені інструкції з проведення тренінгів стосовно правових та етичних принципів роботи з ПГР, особливостей ведення випадку та ДКТ.

Частково підготовка здійснювалася на командних робочих зустрічах персоналу. Супервізія²⁰ соціальних працівників і психолога здійснювалася старшим соціальним працівником; медичних співробітників, юриста та інших співробітників – координатором проекту. Була проведена первинна оцінка потреб персоналу.

Механізми та процедури системи переадресації були описані в буклеті ”Довідник послуг”, який через електронну розсилку поширювався серед усіх осіб, надавали послуги у місті та області, включаючи партнерів проекту.

Мультисекторальна команда зі стратегічного планування, яка була раніше створена в процесі дослідження ПГР, згодом була формалізована (як частина місцевої координаційної структури); у пілотному проекті ця структура використовувалася як уже добре функціонуюча. Були підписані домовленості про співпрацю з центром СНІДу, ОШВД, НУО, іншими партнерами, зокрема два тристоронні договори: між МБФ ”ЮНІТУС”, Миколаївським обласним центром СНІДу та Миколаївським ЦСССДМ, а також між МБФ ”ЮНІТУС”, Миколаївським ОШВД та Миколаївським обласним ЦСССДМ. Розроблено спільний адвокаційний план роботи між МБФ ”ЮНІТУС” і МЦСССД.

²⁰ Формування моделі аналізу і компетентного розв’язання проблем у взаємодії з клієнтами. Стандарти соціальної роботи. Основні функції супервізора. Постійна супервізія соціального працівника з боку його керівника. Якість соціальних послуг, її забезпечення.

Таблиця 4.1

План заходів проекту

Заходи	1 КВ.	2 КВ.	3 КВ.	4 КВ.
Розробка і впровадження комплексу первинної документації	x			
Організація і проведення "круглого столу" щодо впровадження моделі	x			
Створення кабінету ПГР на базі ОШВД, ухвалення рішення ОКР з ВІЛ/СНІДу/ТБ	x	x		
Участь у підготовці та проведенні засідань консультативної ради Обласної координаційної ради з ВІЛ/СНІДу/ТБ	x	x	x	x
Розробка, узгодження і включення в список обласних показників МіО показників щодо ПГР (рішення ОКР з ВІЛ/СНІДу/ТБ)	x	x	x	
Організація і проведення трьох навчальних семінарів-тренінгів для додаткової підготовки персоналу	x	x		
Забезпечення діяльності 2 аутрич-працівників, волонтерів за методом "рівний рівному"	x	x	x	x
Надання послуг лікарів – дерматовенеролога, інфекціоніста, гінеколога (первинний медичний огляд, діагностика, консультування, медична допомога)	x	x	x	x
Надання послуг психолога (консультації, психокоректувальні групи, фасилітовані зустрічі ініціативної групи ПГР)	x	x	x	x
Надання послуг юриста (консультації, допомога в оформленні документів для клієнтів проекту)	x	x	x	x
Надання витратних, інформаційних, довідкових матеріалів	x	x	x	x
Надання ДКТ, тестування ВІЛ/ІПСШ	x	x	x	x
Соціальний супровід ПГР, переадресація і направлення в партнерські організації	x	x	x	x
Інформаційний "телефон довіри"	x	x	x	x
Організація і проведення "круглого столу" за підсумками впровадження моделі				x
Підготовка волонтерів з числа ПГР за методом "рівний рівному"	x	x		
Підготовка, макетування, тиражування 3 буклетів (серія "Безпечна поведінка"), проведення фокус-груп з ПГР для тестування буклетів	x	x		
Підготовка (оновлення інформації) і розповсюдження довідника послуг (схеми переадресації) серед організацій	x			
Розповсюдження довідника послуг серед ПГР – клієнтів проекту.	x	x	x	x
Організація і проведення тематичних інформаційно-освітніх занять з профілактики ВІЛ/СНІДу/ІПСШ/ТБ	x	x	x	x
Організація і проведення семінару-тренінгу на базі ОЦСССДМ за участю представників кримінальної міліції, служб МВС		x		
Організація і проведення 2 робочих зустрічей зацікавлених сторін	x		x	
Розміщення статей в ЗМІ	x	x	x	

На етапі процесу

Охоплення та соціально-демографічний профіль клієнтів

У цілому за 11 місяців реалізації моделі було охоплено 117 підлітків-ЖКС (рис. 4.1). Основний рекрутинг клієнтів відбувався в першій половині терміну реалізації проекту.

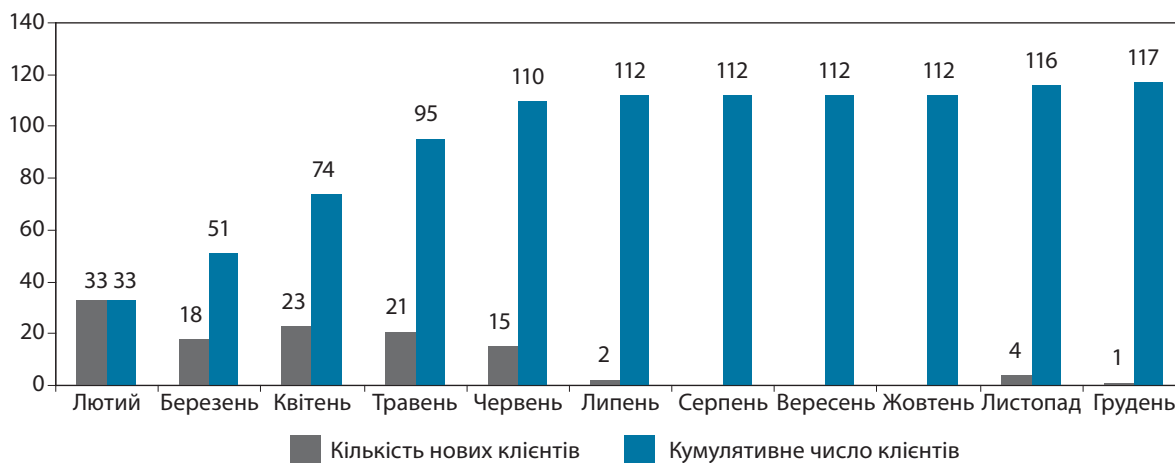


Рис. 4.1. Динаміка охоплення клієнтів за 11 місяців реалізації проекту (2009), осіб

Найбільш успішним рекрутинг був у навчальних закладах (школах, ПТНЗ, інтернатах), звідки рекрутовано 55 осіб (49%) (рис. 4.2).



Рис. 4.2. Пункти рекрутинга клієнтів за 11 місяців реалізації проекту (2009), %

Починаючи з липня, було прийнято рішення призупинити аутрич-роботу в закладах системи освіти і виховання, а також вуличний рекрутинг, оскільки заплановане число клієнтів (100 осіб) було набрано і перевищено. З огляду на обмежені наявні ресурси, в першу чергу людські, збереження колишніх темпів рекрутингу могло призвести до погіршення якості роботи і ризику "вигорання персоналу". Нові клієнти, які з'явилися протягом липня – грудня, прийшли шляхом переадресації з дитячої кімнати міліції та за рекомендаціями консультантів методу "рівний рівному".

Більшість охоплених клієнтів – 17-річні (60%) (рис. 4.3). Більше половини охоплених підлітків-ЖКС (57%) все ще живуть у себе вдома з батьками. Майже третина (29%) знімають квартиру чи проживають зі своїм партнером. 42% дівчаток – напівсироти, а 12% – сироти або не знають про своїх батьків.

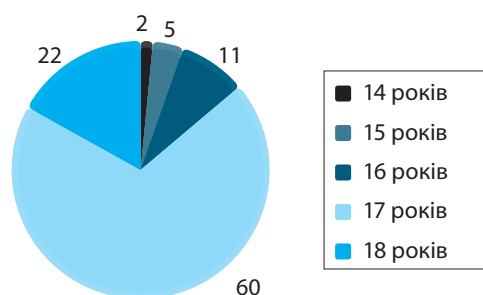


Рис. 4.3. Розподіл клієнтів за віком, %

Майже дві третини (64%) ототожнюють себе з учнями різних навчальних закладів, проте рівень освіти не відповідає віковим стандартам у 75 дівчаток (64%) (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Рівень освіти серед різних вікових груп охоплених клієнтів, осіб

Рівень освіти	Вік, років				
	14	15	16	17	18
Ніколи не відвідувала школу					
Неповна початкова					
Початкова		2	7	21	11
Базова середня	2	3	3	13	7
Повна середня або професійно-технічна		1	3	35	8

18 дівчаток (15%) працюють, а 16 (14%) – не навчаються і не працюють. 28 осіб перебувають на обліку в міліції за заняття проституцією (вони були затримані в місцях надання секс-послуг за винагороду під час рейдів міліції). 7% (8 осіб) були засуджені умовно, інші не притягувалися до суду.

Серед клієнтів, які пройшли тестування на ВІЛ швидкими тестами (53 особи, або 45% від усіх охоплених клієнтів), рівень поширеності ВІЛ становить 8% (4 особи) (рис. 4.4). 46 осіб (38%) були протестовані швидкими тестами на ІПСШ, з них 11 осіб (24%) отримали позитивні результати. Серед цих 11 дівчаток-ЖКС 2 – отримали позитивний тест на сифіліс, 9 – на гонорею і жодна – на наявність хламідій.²¹ Дотестове консультування було проведено з усіма учасницями проекту, тоді як рішення про проходження тестування здійснювалося за ініціативою/згодою підлітка.

Частка ВІЛ-позитивних результатів, отриманих у рамках реалізації проекту в м. Миколаєві, набагато менша аналогічних показників епідагляду Миколаївського центру СНІДу, проведеного у 2007 р. За даними цього дослідження поширеність ВІЛ серед ЖКС молодше 25 років становила 23,5% (26% серед усіх ЖКС).

²¹ У випадках позитивного результату за результатами швидкого тесту на ІПСШ, дівчата перенаправлялися до ОШВД для проведення лабораторного обстеження.

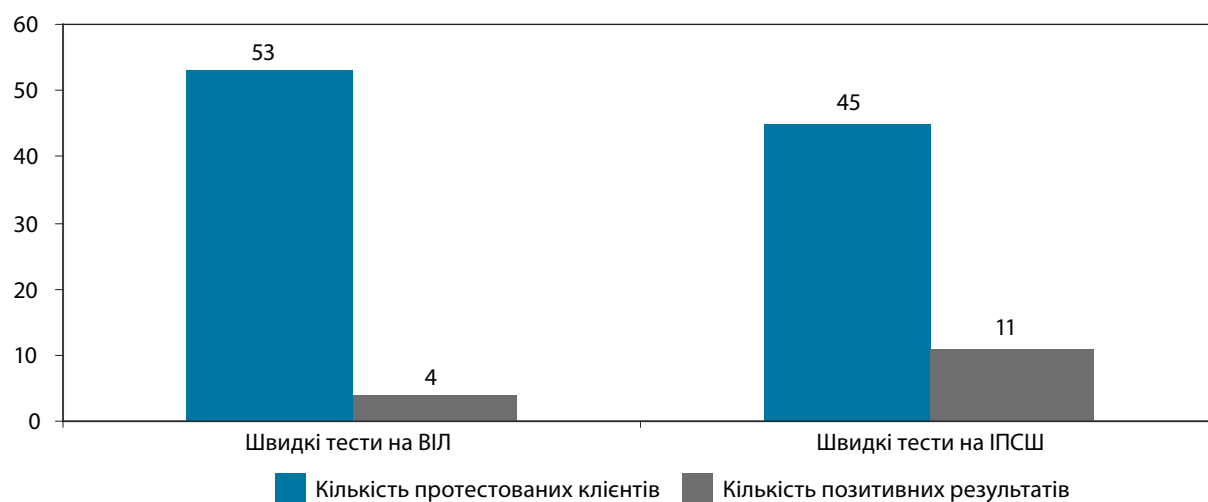


Рис. 4.4. Результати тестувань швидкими тестами на ВІЛ та ІПСШ за 11 місяців реалізації проекту (2009), осіб

Ризикова поведінка

У процесі первинного анкетування ("на вході") 29% (N=30) клієнтів відзначили, що не використовували презерватив під час останнього статевого контакту з випадковим чи комерційним партнером (серед тих, у кого були такі партнери під час останнього статевого контакту, – 105 дівчаток-ЖКС). Більша частина підлітків-ЖКС, які практикували незахищений секс з останнім випадковим/комерційним партнером, – у віці 17–18 років (22 особи), решта 8 осіб – 15–16-річні. Із 13 дівчаток-ЖКС, у яких останній статевий контакт був з постійним партнером, 8 не використовували презерватив. Поведінкові індикатори частково аналізувалися в другій хвилі дослідження клієнтів ("на виході"), зокрема ставилися запитання про категорії статевих партнерів, практики використання презервативів, вживання наркотиків.

Середні значення кількості комерційних статевих партнерів за останній місяць серед опитаних підлітків-ЖКС (N=69) становить 4,7; некомерційних – 1,7. Максимальне число комерційних партнерів за останній місяць – 20, некомерційних – 15. Кожна восьма дівчина-ЖКС не практикувала комерційний секс за останні 30 днів (табл. 4.3). Сюди також увійшли ті клієнтки, які вийшли із секс-бізнесу в ході проекту, але взяли участь в опитуванні. У будь-якому разі, дані показують, що охоплена група не ідентифікує себе як працівниць секс-бізнесу, а, швидше, як залучених у транзакційний секс. Якщо серед охоплених дівчат-підлітків близько третини (31%) мали 2–3 комерційних статевих партнерів за останній місяць, то за даними біоповедінкового дослідження серед ЖКС (2007) 44% підлітків-ЖКС надають послуги 2–3 клієнтам протягом одного робочого дня.

Дослідження клієнтів продемонструвало високий рівень мотивації використання презервативів з клієнтами. 75% (N=40) з тих, хто мав комерційних партнерів протягом останнього місяця, кожного разу використовували презерватив; серед некомерційних партнерів цей показник становить 92% (N=56). Тільки 2 клієнти з 69 опитаних готові не використовувати презерватив за умови додаткової оплати; 12 дівчаток виправдовують небезпечний секс з постійним статевим партнером.

Таблиця 4.3

Розподіл клієнтів залежно від кількості статевих партнерів за останні 30 днів, осіб та %
(дослідження клієнтів, грудень 2009 р.)

Число партнерів за останні 30 днів	Комерційні партнери		Некомерційні партнери	
	N	%	N	%
Не було	8	12	15	22
1 партнер	3	4	29	43
2–3 партнери	21	31	16	24
4–5 партнерів	16	23	5	7
6–7 партнерів	10	14	3	4
8–9 партнерів	6	9		
10 партнерів та більше	5	7		

Більш як третина дівчат (26 осіб, або 37%), які взяли участь у дослідженні, мають досвід вагітності, при цьому 5 осіб були вагітні двічі або тричі. Велика частка з них (18 з 26) робили аборт.

Хоча серед ЖКС характерною практикою є вживання ін'єкційних наркотиків²², в охопленій групі тільки 3 дівчини – СІН. У процесі дослідження клієнтів 2 дівчини відзначили, що вживають неін'єкційні наркотики, а ще 2, що вживали не ін'єкційні наркотики раніше.

За результатами заборів крові (39 випадків за проектний період) і мазків на ІПСШ (55 випадків), здійснених лікарем-дерматовенерологом²³, 39 підлітків-ЖКС пройшли лікування в ОШВД за рахунок коштів Глобального фонду (3 випадки лікування сифілісу, 2 – гонореї; 1 – хламідіозу; 13 – уреаплазмозу; 1 – трихомоніазу; 6 – баквагінозу; 16 – кандидозу; 11 – ендоцервіту; 2 – гострокінцевих кондиллом; 1 – герпесу генітального).

Динаміка отримання послуг

99% охоплених дівчат – постійні клієнти проекту. Тільки одна з підлітків-ЖКС не мала повторних візитів і отримала лише одну послугу. Графік візитів клієнтів у підструктури проекту демонструє значущість ком'юніті-центру (рис. 4.5). Сплеск відвідувань ОШВД у квітні пов'язаний з тим, що в цей момент 10 дівчат проходили лікування ІПСШ, тому зверталися за послугами лікаря-дерматовенеролога 1 раз на 3–4 дні. При цьому їм надавалося консультування лікаря. Що стосується значного зростання числа відвідувань ком'юніті-центру в липні, то цю динаміку викликало проведення першої хвилі дослідження клієнтів, коли вони приходили до центру для участі в інтерв'ю та одночасно отримували послуги на базі центру.

Низька динаміка відвідування центру "Мама і малюк" для ВІЛ+ вагітних і породіль пояснюється малою кількістю таких клієнтів серед підлітків-ЖКС (2 особи за 11 місяців реалізації проекту).

²² За даними вторинного аналізу біоповедінкового дослідження серед ЖКС (2007 р.) 19% підлітків-ЖКС вживають ін'єкційні наркотики. 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.

²³ Частина дівчат зверталися до шкірновенерологічного диспансеру після позитивного результату швидкими тестами на ІПСШ, а частина безпосередньо за проходженням лабораторного обстеження.

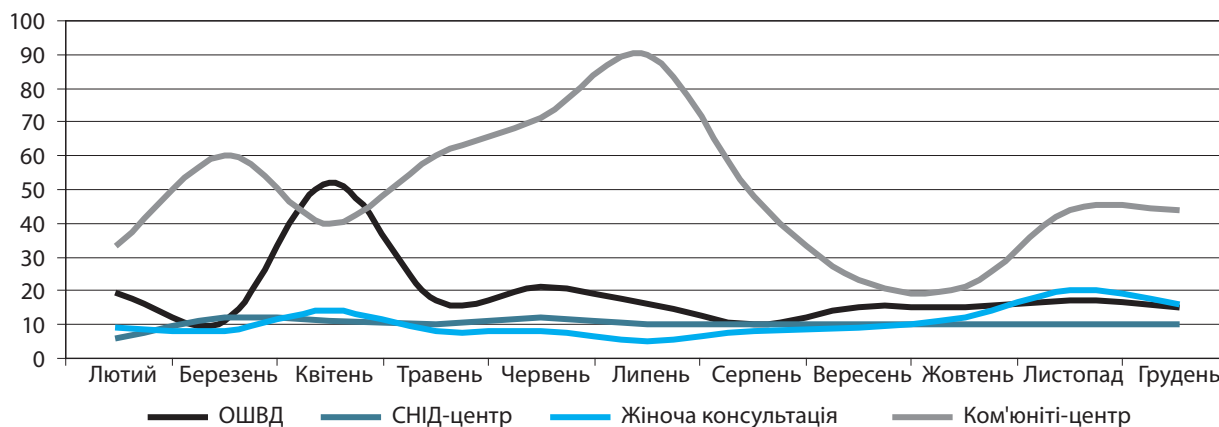


Рис. 4.5. Динаміка відвідування ком'юніті-центру і медичних установ за 11 місяців реалізації проекту (2009), візитів

Пік звернень за послугами припадає на початок проекту (рис. 4.6). У березні кожен клієнт приходив за послугами в середньому більше трьох разів на місяць. Влітку динаміка звернень за послугами істотно знижується, що пов'язане, насамперед, із сезонною міграцією клієнтів у курортні регіони. У жовтні – листопаді знову намічається зростання числа звернень внаслідок повернення підлітків-ЖКС, а також настання періоду офіційного закінчення проекту, про що їх було повідомлено соціальними працівниками.



Рис. 4.6. Середня частота відвідувань одного клієнта на місяць, візитів

Переадресація

Переадресація клієнтів демонструє важливість психологічної і медичної допомоги (рис. 4.7). Популярність ОШВД (переадресація 44 клієнтів) може бути пояснена можливістю безкоштовного лікування, тоді як у жіночій консультації і центрі СНІДу надається тільки діагностика. При цьому жіноча консультація розглядається як безпечніше місце в сприйнятті клієнок. І вони більш охоче погоджуються на огляд гінеколога, ніж інфекціоніста чи дерматовенеролога.

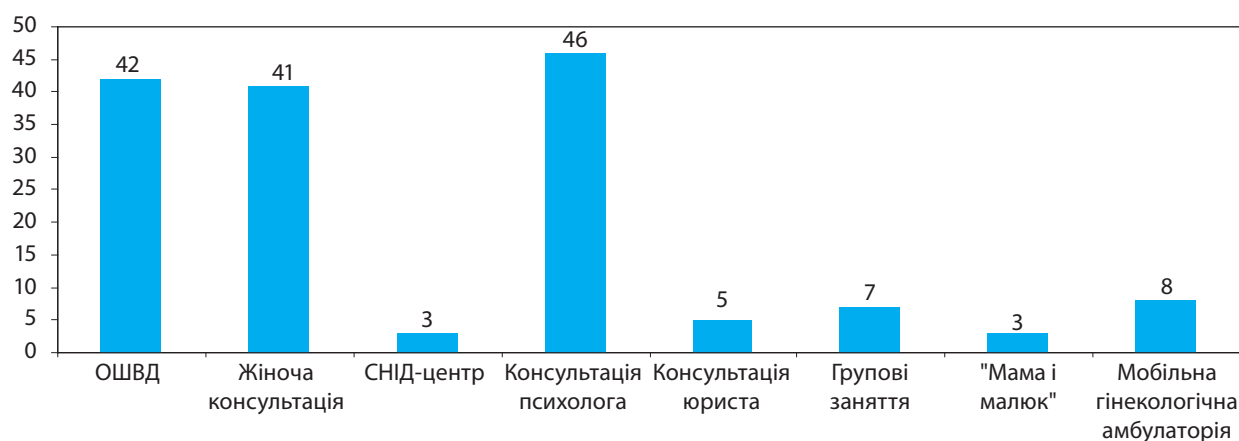


Рис. 4.7. Переадресація підлітків-ЖКС до послуг за 11 місяців реалізації проекту (2009), осіб

Попит на послуги

Сукупне охоплення і кількість наданих послуг показують, що найбільш завантаженими фахівцями в проекті були соціальні працівники, психолог та дерматовенеролог (табл. 4.4). Удвічі більше клієнтів було у дерматовенеролога і гінеколога порівняно з інфекціоністом. При цьому число консультацій інфекціоніста перевищує аналогічний показник гінеколога, що свідчить про наявність постійної групи клієнтів у даного лікаря і більший рівень звернень на одного клієнта. Це, швидше за все, пов'язано з тим, що інфекціоніст додатково надавала терапевтичну допомогу: консультування з простудних, гастроентерологічних питань тощо.

Таблиця 4.4

Загальна кількість наданих послуг і охоплених клієнтів за 11 місяців реалізації моделі (2009), од. і осіб

Лютий – грудень 2009 р.	Число наданих послуг (од.)	Число охоплених клієнтів (осіб)
Послуги:		
Психокорекційна група	55	69
Тематичне заняття	83	57
Ініціативна група	50	29
Консультація дерматовенеролога	193	73
Консультація гінеколога	103	74
Консультація інфекціоніста	112	37
Лікування ІПСШ	51	38
Консультація психолога	259	51
Консультація юриста	58	39
Консультація соціального працівника	1337	117
Телефонні консультації	35	25

Групові заняття більшою мірою користувалися попитом серед 15–16-річних клієнтів (рис. 4.8). Усі дівчата-ЖКС цієї вікової групи хоча б раз брали участь у тематичних групових заняттях.

Рівень попиту на послуги дерматовенеролога збільшується з віком. Зворотна тенденція спостерігається щодо послуг гінеколога та інфекціоніста. Тут велика частота звернень характерна для молодших вікових груп. Роль психологічних консультацій виявилася більш

значуща для старшої вікової групи. Так, серед 15–16-річних клієнтів практично не було повторних звернень до психолога. У віковій групі 17–18 років 1 клієнт у середньому одержував 2–3 послуги психолога за період участі в проекті. Юридичні консультації в основному отримували 16–17-річні клієнти. Як уже було зазначено вище, консультації соціального працівника користувалися найбільшим попитом. При цьому найстарші (18 років) і наймолодші (15 років) клієнти більш активно контактували з соціальними працівниками у порівнянні з 16–17-річними.

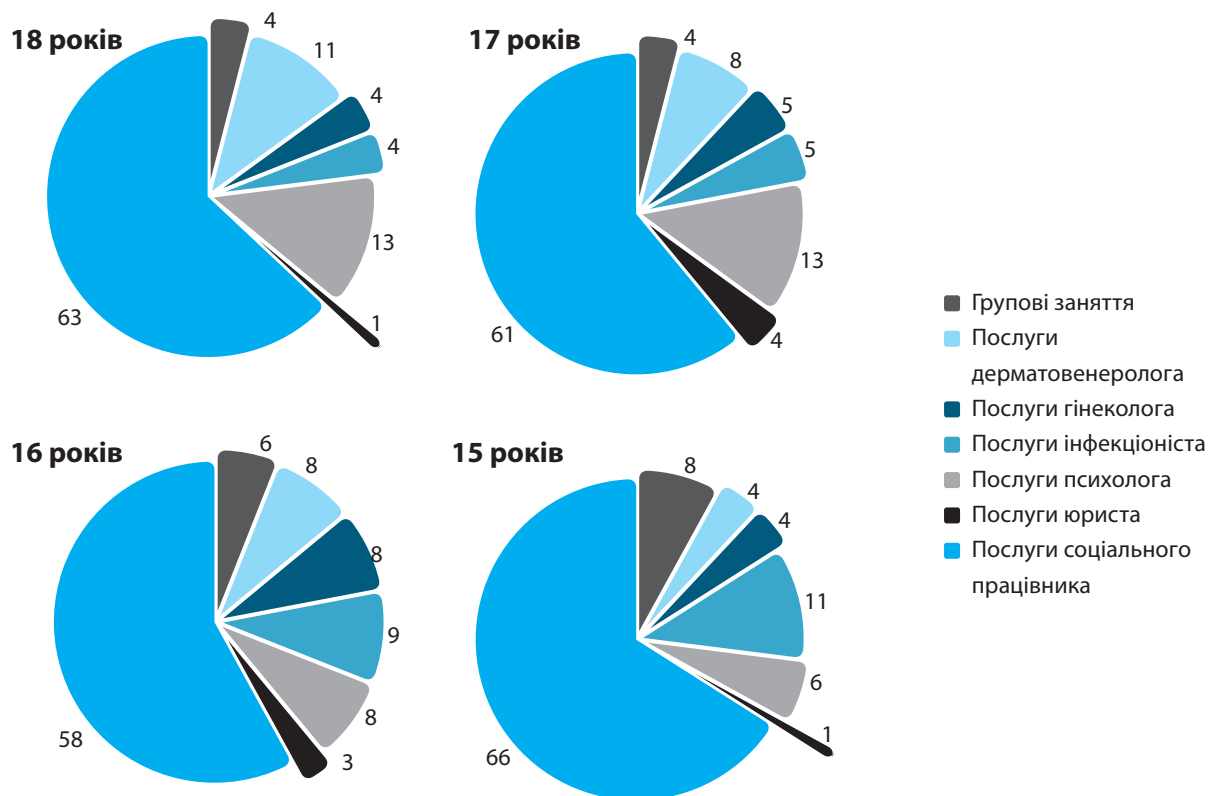


Рис. 4.8. Середнє число отриманих послуг на 1 клієнта за 11 місяців реалізації проекту, за віком, послуг

Теми індивідуального і групового консультування

У ході реалізації проекту індивідуальним консультуванням клієнти користувалися через такі проблемні ситуації: конфлікти з батьками з приводу вживання алкоголю, конфлікти в школі з викладачем з приводу поганої успішності, переживання горя друзів, рішення залишити дім, бойкот однокласників, депресивний стан, злидні і бідність, розгубленість, переживання через майбутній суд. Лікар-дерматовенеролог, головним чином, консультувала з питань профілактики та лікування ІПСШ, статевого життя підлітка, використання контрацепції, клінічних проявів інфекцій. Лікар-гінеколог, крім методів контрацепції, розповідала про репродуктивне здоров'я, навчала навичкам самообстеження молочних залоз, консультувала з приводу порушення менструального циклу, з питань профілактики ІПСШ, дотримання правил гігієни, виношування дитини під час вагітності, огляду в дзеркалах, кольпоскопії. Лікар-інфекціоніст висвітлювала питання, пов'язані з ДКТ, профілактики гепатитів, діагностики гепатитів, туберкульозу, опортуністичних інфекцій. Юридичні консультації найбільше були необхідні з медичних питань (переривання вагітності до 18 років з точки зору законодавства, правомірність проведення ДКТ неповнолітнім) та з цивільних питань (насильство з боку правоохоронних органів, насильство в сім'ї, права підлітка при затриманні, захист прав підлітка в суді законними представниками, оформлення соціальних виплат, допомога у відновленні документів).

Усього в ході проекту було проведено 10 групових інформаційних занять для клієнтів, 10 занять для консультантів за методом "рівний рівному" і 12 психокорекційних груп. Назви, цілі та часовий період цих зустрічей представлені в табл. 4.5–4.7. Усі протоколи та настанови до занять і груп доступні в МБФ "ЮНІТУС".

Теми для занять/груп з клієнтами вибиралися/готувалися залежно від потреб цільової групи, які оцінювалися в ході індивідуального консультування. Проведені тестування та опитування виявили, що дівчатка більшою мірою потребували допомоги у вирішенні конкретних ситуацій і набуття практичних навичок для конструктивного спілкування, реалізації себе в соціумі.

Таблиця 4.5

Групові інформаційні заняття для підлітків-ЖКС

Тема	Мета	Місяць проведення	Число учасників, осіб
Що таке ВІЛ/СНІД та історія походження ВІЛ-інфекції	Проінформувати про те, що таке ВІЛ-інфекція, способи її передачі і профілактики; розвіяти міфи і неточні знання	Лютий	10
Профілактика ВІЛ-інфекції/СНІДУ, опортуністичних інфекцій у молоді	Поліпшити знання про шляхи поширення ВІЛ/СНІД/ІПСШ. Обговорити профілактичні заходи, вибрати прийнятні з них	Березень	13
Профілактика ризикової поведінки в умовах епідемії ВІЛ/СНІДУ.	Дати практичні рекомендації, щоб безпечна сексуальна поведінка стала принциповим життєвим рішенням	Травень	5
		Липень	10
Вживання шкідливих речовин: вплив на організм, шлях до залежності.	Обговорити види залежностей (вживання алкоголю, тютюну, наркотичних речовин) і їх згубний вплив на здоров'я і поведінку	Червень	10
		Серпень	10
Клубна залежність	Обговорити клубну субкультуру в контексті вживання алкоголю і наркотичних речовин, їх впливу на здоров'я і поведінку	Серпень	10
ІПСШ. Шляхи передачі, симптоми захворювання	Проінформувати про види ІПСШ, шляхи поширення і способи профілактики.	Серпень	10
Алкоголь і секс	Розповісти про вплив алкоголю на поведінку: наскільки це згубно для безпечної сексуальної поведінки	Листопад	10
Методи контрацепції	Ознайомити із сучасними методами контрацепції. Дати практичні рекомендації щодо їх використання	Грудень	10

Таблиця 4.6

Психокоректувальні групи для підлітків ЖКС

Тема	Мета	Час проведення	Число учасників, осіб
Шкала депресії. Анкета агресивності для підлітків	Оцінити ступінь агресії ПГР для подальшої корекції	Лютий	5
Методика "Самопочуття – активність – настрої"	З'ясувати, як взаємозв'язані ці три поняття і як на них можна впливати	Березень	5
Я- концепція і самооцінка. Дослідження самооцінки	Дослідження самооцінки для подальшої корекції	Травень	5
Шкала ситуативної і особистої тривожності	Оцінити рівень тривожності ПГР, для корекції	Червень	5
Актуалізація життєвих цілей. Розвиток мотивації до досягнення життєвих цілей.	Навчити вмінню планувати свої справи, ставити реально здійсними цілі і досягати їх	Липень	5
		Вересень	5
Зняття емоційної напруги	Навчити навикам самоконтролю: правильно володіти своїми емоціями, настроєм	Червень	5
Розвиток спостережливості, емпатії і безоціночного прийняття інших людей, здібностей до прогнозування ситуацій	Допомогти кожній учасниці задуматися над тим, які риси характеру необхідно відкоригувати, для успішного досягнення цілей і як це зробити	Липень	5
		Жовтень	5
Підвищення самооцінки в досягненні цілей	Практичні рекомендації щодо підвищення самооцінки як одна з умов успішного розвитку особистості	Вересень	5
Безпечна і відповідальна поведінка	Обговорити психологічні наслідки аборту, чим вони небезпечні для жінки і її майбутнього життя	Грудень	5

Таблиця 4.7

Заняття для консультантів за методом "рівний рівному"

Тема	Мета	Час проведення	Число учасників, осіб
Безпечний секс і ВІЛ: як про це заговорити з партнером	Навчання практичним навикам побудови діалогу зі своїм партнером	Лютий	5
Безпечний секс як любов до себе	Дати практичні рекомендації, щоб безпечний секс став принциповим життєвим рішенням	Березень	5
Засоби контрацепції	Ознайомити із сучасними методами контрацепції	Червень	5
Посткоїтальна профілактика ІПСШ	Навчити, як уникнути ситуацій, пов'язаних з ризиком інфікування ІПСШ; яких заходів безпеки вжити	Червень	5
Захисти себе від насильства!	Навчити, як уникнути ситуацій, пов'язаних з ризиком зґвалтування; яких заходів безпеки вжити; як поводитися в небезпечній ситуації	Липень	5
Поняття стресу і основні прийоми саморегуляції	Пояснити поняття "стрес"; навчити основним прийомам саморегуляції для профілактики стресових ситуацій і запобігання конфліктам. Популяризація здорового способу життя як основного компонента в профілактиці стресу	Серпень	5
Навики конструктивного спілкування	Навчити умінню спілкуватися: слухати і чути. Виробити основні навички конструктивного спілкування для успішної взаємодії в соціумі	Вересень	5
Емоції і їх контроль	Навчити знімати емоційну напругу для досягнення стану розслаблення, зняття міжособових бар'єрів, умінню концентруватися в потрібний момент	Жовтень	5
Розвиток уміння планувати свої справи, ставити реально досяжні цілі і досягати їх	Виявити і обговорити майбутні цілі і знайдені ресурси для їх досягнення. Допомогти кожній учасниці задуматися над тим, які риси характеру необхідно відкоригувати для успішного досягнення цілей	Листопад	5
Розвиток навичок безоціночного сприйняття інших людей	Розвиток практичних навичок безоціночного сприйняття інших людей	Листопад	5

Адвокація і співпраця

У цілому в процесі реалізації моделі було проведено 4 засідання Миколаївської обласної координаційної ради з питань протидії туберкульозу, наркоманії і ВІЛ-інфекції; 2 засідання "круглого столу", спочатку – з метою інформування про старт проекту, і в кінці – для висвітлення його основних результатів; 1 сенсibiliзаційний семінар для представників силових структур з метою зміни ставлення до ПГР. Повний перелік проведених заходів, їх цілі, завдання і кількість учасників наведені в табл. 4.8.

Таблиця 4.8

Перелік заходів, проведених у рамках адвокації і співпраці
(лютий – грудень 2009)

Тема	Дата	Категорія учасників	Кількість учасників, осіб
Засідання Миколаївської обласної координаційної ради (ОКР) з питань ВІЛ/СНІДу/ІПСШ і туберкульозу			
Засідання в м. Миколаєві: "Відкриття кабінету для ПГР на базі ОШВД"	Березень	Члени ОКР, запрошені, учасниці проекту ПГР, ЗМІ	39
Засідання в м. Баштанка: "Звіт про діяльність за проектом: презентація перших результатів моніторингу і оцінки зацікавленим сторонам"	Липень	Члени ОКР, запрошені, ЗМІ	32
Засідання в м. Первомайську: "Внесення індикаторів стосовно ПГР в регіональну систему МіО"	Вересень	Члени ОКР, запрошені, ЗМІ	30
Засідання в м. Миколаєві: "Внесення індикаторів стосовно ПГР в регіональну систему МіО"	Грудень	Члени ОКР, запрошені, ЗМІ	30
"Круглі столи"			
"Круглий стіл" з питань впровадження моделі. Підготовка пропозицій від консультативної ради щодо відкриття кабінету ПГР на базі ОШВД і забезпечення його роботи; розробки обласних показників МіО стосовно ПГР для розгляду на засіданні обласної координаційної ради з ВІЛ/СНІДу/ТБ	Лютий	За участю начальника управління охорони здоров'я ОДА, головного лікаря центру СНІДу, головного лікаря ОШВД, директора МОЦСССДМ, представників недержавних організацій, ЗМІ і релігійних конфесій, ПГР	31
"Круглий стіл" за результатами впровадження моделі. Підбиття підсумків роботи з реалізації моделі проекту	Грудень	За участю начальника управління охорони здоров'я ОДА, головного лікаря центру СНІДу, головного лікаря ОШВД, директора МОЦСССДМ, представників недержавних організацій, ЗМІ	26
Семінар для представників силових структур			
"Зміни ставлення до ПГР" (адвокатські моменти: утиск ПГР з боку міліції, часті рейди, вплив на тінізацію секс-бізнесу, порушення прав ПГР, сприяння доступу ПГР до соціальних і медичних установ, перешкоди на шляху аутрич-працівників)	Жовтень	Представники силових структур (Кримінальна міліція і служби МВС)	10

У рамках міжнародної співпраці старший соціальний працівник проекту на запрошення Білоруської асоціації клубів ЮНЕСКО взяла участь у тренінгу з питань кейс-менеджменту серед підлітків-ЖКС в ролі тренера в рамках обміну досвідом між українськими і білоруськими НУО в м. Мінську.

Інформаційні та витратні матеріали

Перший тираж спеціальних інформаційних матеріалів для ПГР був випущений у першому кварталі, у квітні, і досить швидко розійшовся (табл. 4.9). Брошура "Довідник послуг" була підготовлена за участю і для подальшого використання в роботі всіх провідних ВІЛ-сервісних НУО і ключових державних організацій. Буклети трьох видів для підлітків-ЖКС на тему "Безпечна поведінка" ("ВІЛ/СНІД" – 100 шт.; "ПСП" – 100 шт.; "Небажана вагітність" – 100 шт.) було видано в першому кварталі, додаткові тиражі були додруковані тільки в кінці проекту, в грудні. Спочатку оціночне число буклетів і довідника було визначене невірно, тому через малу кількість виданих матеріалів і відсутність додаткового фінансування практично всю другу половину терміну роботи проекту персонал стикався з браком інформаційних буклетів у місцях надання послуг: у кабінетах клінік, в мобільній амбулаторії, у консультаційних центрах.

Що стосується засобів профілактики (презервативів, лубрикантів, стерильних ін'єкційних інструментаріїв, стерильних серветок тощо), то вони розповсюджувалися відповідно до плану. Серед охоплених підлітків-ЖКС виявився підвищений попит на засоби контрацепції і гігієнічні засоби (прокладки) унаслідок їх високої вартості. У вересні була отримана додаткова партія прокладок, що значно стимулювало споживання. Шприци і спиртові серветки практично не розповсюджувалися, оскільки проект охопив усього 3 дівчинки-СІН. Були випадки, коли шприци використовувалися клієнтами не лише для зниження шкоди, але й для медичних цілей, наприклад, у рамках лікування ПСП. Одна з клієнток брала шприци для свого постійного партнера-СІН.

Таблиця 4.9

Розповсюдження витратних та інформаційних матеріалів, шт.
(лютий – грудень, 2009)

Витратні матеріали	Всього	Лютий – грудень 2009 р.										
		лютий	березень	квітень	травень	червень	липень	серпень	вересень	жовтень	листопад	грудень
Презервативи	5763	304	610	430	486	480	480	480	490	603	620	780
Лубриканти	5763	304	610	430	486	480	480	480	490	603	620	780
Шприци 2 мл	200	0*	55	45	0	0	50	20	30	0	0	0
Шприци 5 мл	200	0	55	45	0	0	50	20	30	0	0	0
Спиртові серветки	400	0	110	90	0	0	100	40	60	0	0	0
Жіночі прокладки***	2763	-**	-	60	60	60	60	60	630	573	620	640
Інформаційні буклети	640	-	-	148	136	92	8	-	16	-	-	240

*"0" означає відсутність попиту з боку клієнтів на дані матеріали.

**"- " означає відсутність матеріалів в організації.

*** Спочатку постачання жіночих прокладок було доволі обмежене, тому було введено ліміт на їх розповсюдження (максимум 60 шт. в місяць). Починаючи з вересня, отримано додаткову кількість жіночих прокладок і ліміт скасовано.

Мобільна комунікація

Враховуючи, що повсякденне використання мобільних телефонів властиве молодіжній субкультури, а також пов'язане з сексуальною поведінкою ЖКС (наприклад, для домовленостей про зустрічі партнерів, залучення клієнтів), застосування цієї технології в Миколаєві стало важливим інструментом профілактики. Для її оцінки було проведено додаткове якісне дослідження серед персоналу, клієнтів і інтерв'юєрів. За даними дослідження користування мобільним телефоном доволі широко практикується серед клієнтів проекту. Так, за спостереженнями персоналу, близько 90% дівчат мають мобільні телефони. Зворотна тенденція серед клієнтів, які живуть в інтернаті (11 осіб): тут наявність мобільних телефонів, скорше, рідкість.

Соціальні працівники – ключова ланка в телефонній комунікації між клієнтами і рештою персоналу. Вони були першими, у кого з'явилися номери клієнтів, оскільки саме вони проводили аутрич-роботу, рекрутинг і відповідно були першими, з ким знайомилися клієнти. Юрист зв'язується з клієнтами по телефону, коли вже йде вирішення певної проблеми, ситуації. Це ж характерно для психолога та лікарів проекту. При первинному рекрутингу клієнта соціальні працівники обов'язково залишали візитки, де вказані всі телефонні контакти проекту, надавали свої особисті номери мобільних телефонів. Вони також пропонували, щоб дівчата надали номери своїх телефонів. Розповідаючи про проект, дівчатам говорили: *”Для того, щоб було зручно з нами зв'язуватися, я залишаю вам свої номери телефонів, ви, якщо можете, залиште свій”* (соціальний працівник проекту). Клієнти вважають за краще залишати свої номери телефонів тим співробітникам, з якими безпосередньо працюють. Як правило, це відбувається при першій або другій зустрічі зі співробітником проекту. При цьому в організації не прийнято обмінюватися номерами телефонів клієнтів серед персоналу, який надає послуги, оскільки це суперечить принципам дружнього ставлення до клієнтів, зокрема дотриманню принципу конфіденційності. Передача номера може відбуватися тільки за згодою клієнта, хоча більш поширена практика, коли соціальний працівник виконує роль менеджера і забезпечує зв'язок клієнта з іншим персоналом (психологом, юристом, лікарями). *”Якщо дівчинка мені потрібна, а я не можу до неї додзвонитися, я кажу соціальним працівникам: мені вона потрібна, знайдіть”* (лікар проекту). Якби не були екстрені ситуації, соціальні працівники вважають за краще самі зв'язуватися з клієнтами на прохання інших фахівців, але не передавати їм наявні номери телефонів клієнтів.

За весь період реалізації моделі не зафіксовано жодної відмови надати свій номер телефону з боку клієнтів. Вони охоче діляться номерами і підтримують контакт за допомогою мобільної комунікації.

Саме через негласні норми заборони обміну номерами клієнтів серед персоналу жоден співробітник проекту не вважає за необхідне створення загальної бази телефонних номерів клієнтів. На думку персоналу, комунікація через соціальних працівників є оптимальним рішенням для дотримання принципу конфіденційності інформації, отриманої від клієнта. Самі клієнти вважають, що їхніми номерами можуть користуватися тільки ті співробітники, яким вони особисто залишали свої контакти. *”Я б не хотіла, щоб мій номер у всіх (співробітників) був. У двох соціальних працівників є мій номер – це вистачає, це ті люди, яким я довіряю”* (клієнт проекту).

Клієнти діляться не лише номерами мобільних телефонів, але й домашніми стаціонарними у разі, якщо мобільний телефон відсутній. Наявність у соціального працівника номерів домашніх телефонів дівчаток-ЖКС дає можливість виходу на найближче оточення: родичів, партнерів, з якими проживають клієнти. Частка стаціонарних телефонів від загального числа номерів становила близько 10%.

У загальній масі охоплених клієнтів їх телефонні номери змінювалися не часто. За словами персоналу, у разі зміни номерів клієнти завжди їх попереджали (особисто, через інших

клієнтів) про це. *”Вони ж беруть і наші номери. Коли виникає проблема, вони знаходять, звідки зателефонувати”* (соціальний працівник проекту). Робочий телефон ком’юніті-центру одночасно є телефоном довіри, але клієнти вважають за краще дзвонити на особисті телефони співробітників проекту, щоб поговорити з конкретною, необхідною їм людиною, ніж дзвонити в центр. *”У нас телефон довіри – це соціальний працівник (його мобільний телефон)”* (клієнт проекту).

Цілі телефонних дзвінків варіюються від телефонного консультування до призначення зустрічей. Якщо дзвінки до соціальних працівників і психолога проекту – стосуються в основному консультації і підтримки зв’язку, то з лікарями клієнти зв’язуються для уточнення часу візиту і коректування вже призначеного лікування в разі потреби. У цілому напрями телефонної комунікації представлені в блоці 4.1.

Блок 4.1

Напрями телефонної комунікації

- 1. В рамках комунікації між клієнтами і персоналом**
 - 1.1. Підтримка контактів (спілкування, поздоровлення зі святами, підтримка під час відсутності клієнтів у місті, наприклад, в умовах літньої міграції)
 - 1.2. Дзвінки-оголошення (про тематичні заняття, зустрічі)
 - 1.3. Дзвінки-уточнення (коли прийти до фахівця, попередження про відміну візиту)
 - 1.4. Контрольні дзвінки (нагадування про лікування, про зустріч з фахівцем)
 - 1.5. Екстрені дзвінки (в разі запізнення на зустріч, конфліктів з найближчим оточенням)
 - 1.6. Телефонне консультування
- 2. В рамках комунікації між персоналом і партнерами проекту (з метою спрощення клієнт-менеджменту)**
- 3. Як інструмент для опитування клієнтів (використовувався в другій хвилі дослідження)**
 - 3.1. Рекрутинг клієнтів по телефону
 - 3.2. Проведення інтерв’ю по телефону

Комунікація між партнерами проекту – регулярна практика. Призначення зустрічей з лікарями, уточнення часу консультацій, елементи супервізії і з’ясування інших внутрішніх робочих моментів – усе це вирішується за допомогою телефонних дзвінків. Регулярна телефонна комунікація була налагоджена з дитячою кімнатою міліції, співробітники якої телефонують соціальним працівникам, щоб дізнатися, яким чином відбувається робота з клієнтами, яких вони переадресували, або розшукати їх у разі потреби.

Оплата послуг телефонного зв’язку по особистих мобільних телефонах не була включена до бюджету проекту, проте це не стало проблемою для персоналу. Клієнти – в основному учні, практично в них усіх один мобільний оператор. У соціальних працівників той же оператор, що й у клієнтів, тому мобільний зв’язок для обох сторін безкоштовний. З психологом і юристом клієнти можуть говорити по телефону соціальних працівників; наприклад, виникали ситуації, якщо соціальний працівник і психолог знаходилися разом в ком’юніті-центрі, психолог мала можливість поговорити з клієнтом по особистому телефону соціального працівника. Працівники, які рідше спілкуються з клієнтами по телефону (лікарі, юрист), – як правило, відповідають на дзвінки підлітків-ЖКС, а не телефонують їм самі, що також не відбивається на їх телефонному бюджеті. Дзвінки з робочого телефону на мобільний оплачуються організацією як в МБФ ”ЮНІТУС”, так і серед медичних партнерів. Телефонна комунікація серед персоналу, в основному, відбувається через особисті мобільні телефони.

Серед клієнтів існує мобільна комунікаційна мережа, головним чином, серед лідерів-волонтерів та інших підлітків-ЖКС. Клієнти не лише спілкуються між собою як друзі, але й

діляться інформацією про проект, наприклад, на зустрічах і заходах, що відбуваються в організації. *”Ми можемо між собою зідзвонитися, якщо довго не бачилися. Тут (у ком’юніті-центрі) і збираємося”* (клієнт проекту).

Телефонне консультування не замінює звичайні консультації *”віч-на-віч”*, а швидше стимулює клієнтів отримувати додаткові послуги і приходити в організацію. *”Велика частка телефонних консультацій – це ситуації, які вимагають негайного рішення або поради, наприклад, при затриманні або емоційних стресах. Телефонні консультації – це ситуації, які потрібно вирішити тут і зараз”* (психолог проекту). Персонал вважає, що телефонні консультації – це додатковий інструмент роботи. При цьому телефонне консультування – це, швидше, інструмент в роботі психолога і соціальних працівників. Через необхідність особистого огляду і складності визначення проблеми тільки за її описом, лікарі не консультують по телефону: *”По телефону дуже складно спілкуватися. Я повинна подивитися”* (лікар проекту). За словами лікарів, клієнти інколи намагаються дізнатися результати аналізу і діагноз по телефону, хоча лікарі завжди попереджають про те, що таке не практикується.

Часовий період дзвінків клієнтів істотно варіюється. Якщо лікарі обмежують дзвінки від клієнтів періодом робочого дня і заздалегідь попереджають про це клієнтів, то для соціальних працівників і психолога проекту таких обмежень немає. Їхні мобільні телефони доступні для клієнтів цілодобово, зокрема й у вихідні дні. *”Увечері вони знають, що завжди можуть подзвонити на наші особисті телефони”* (соціальний працівник) проекту.

На думку цієї частини персоналу, дзвінки в неробочий час неминучі, оскільки критичні ситуації не можуть бути прив’язані до певного періоду часу. Проте дзвінки в неробочий час не завжди виявляються екстремними: *”Коли їм зручно, тоді вони і дзвонять”* (соціальний працівник проекту). Самі клієнти також вважають за нормальне телефонувати соціальним працівникам і психологові в будь-який час: *”Света (соціальний працівник) у нас молода, Віка (психолог) також – можемо і о 12 ночі подзвонити”*. Інше ставлення у клієнтів до медичного персоналу проекту: тут дзвінки в неробочий час – випадки крайньої необхідності, і траплялися дуже рідко. Це пояснюється різним сприйняттям медичного і соціально-психологічного персоналу: якщо до лікарів ставлення швидше як до фахівців, що надають послуги, то до соціальних працівників і психолога – як до друзів. Окрім цього, клієнти схильні вважати лікарів більш завантаженими роботою, оскільки проект – не їх основна, а додаткова робота; тоді як соціальні працівники залучені виключно в один проект. *”У мене є телефон Галини Василівни (лікар проекту), але я не дзвонитиму їй безпосередньо, тільки через соціального працівника. Я чудово знаю, наскільки вона зайнята людина. Я просто ставлю себе на місце пацієнта, який у неї знаходиться. Він на кріслі сидітиме. А тут я наярюватиму”* (клієнт проекту).

У літній сезон телефонна комунікація стала інструментом підтримання зв’язку з клієнтами, значна частина яких тимчасово мігрувала в курортні зони. Соціальні працівники регулярно телефонували клієнтам, щоб дізнатися про місце їх знаходження, коли вони планують повертатися, чи є необхідність у консультаціях. Клієнти, у свою чергу, в основному, дізнавалися про те, коли можна приїхати до лікарів, взяти витратні матеріали.

Телефонне опитування

Як уже було вказано вище, 32% клієнтів було опитано по телефону в рамках дослідження їх рівня задоволеності проектом (останні 68% – на базі ком’юніті-центру). Рекрутинг клієнтів для телефонного опитування здійснювався таким чином: соціальні працівники давали клієнтам, які не могли прийти на інтерв’ю в ком’юніті-центрі, номери телефонів інтерв’юерів, тобто клієнти вже самі вирішували: передзвонити інтерв’юерам чи ні. Для дотримання принципу конфіденційності номерів клієнтів було вирішено не давати їх інтерв’юерам безпосередньо. За словами соціальних працівників, у таких випадках клієнтам залишали право вибору і можливість не розкривати свій номер (дзвонити з *”прихова-*

ного” номера, з чужих телефонів). Самі інтерв’юери вважають, що клієнти не прагнули приховати свій номер. Частково рекрутинг відбувався і за методом ”снігової кулі”: клієнти при особистому інтерв’ю давали номери телефонів інших клієнтів (4–5 разів). Телефонне опитування відбувалось в основному у вечірній час, після 20-ї години. Практика показала, що відповіді по телефону були щирішими, ніж під час інтерв’ю на базі ком’юніті-центру: клієнти охочіше відповідали на запитання, пов’язані з їх ризиковою поведінкою. Слабкою ланкою телефонного опитування став менший рівень його контролю, зокрема, що стосується випадків повторної участі клієнтів. Хоча номери клієнтів, які дзвонили інтерв’юерам, не повторювалися, вони не могли гарантувати, що випадків повторної участі не було. Крім того, поєднання телефонного опитування і опитування за принципом ”віч-на-віч” не виключало ймовірність одночасної участі і в тому, й іншому виді опитування. У даному випадку інтерв’юери переважно поклалися на щирість клієнтів при відповіді на контрольні запитання про участь в інтерв’ю за останній тиждень.

Аналіз вартості проекту

Аналіз вартості – інструмент, що сприяє розумінню функціонування проекту. При цьому оцінка вартості проекту не є засобом контролю над організацією, перевіркою доцільності здійснених витрат. Ця облікова діяльність дає оцінку витрачених і необхідних засобів для організації фінансування інших подібних проектів. Мета даного аналізу – визначення собівартості проекту, що допоможе визначити найбільш прийнятний метод при плануванні і складанні бюджету на продовження проекту, для бюджетів інших проектів, для аргументації політичної і ресурсної підтримки проектів.

Збір даних, у рамках впровадження моделі забезпечення максимального доступу дівчат-підлітків, які надають сексуальні послуги за винагороду, до комплексних послуг служб охорони здоров’я, соціальних служб, програм з ВІЛ/СНІДу/ІПСШ в м. Миколаєві, здійснювався згідно з ”Інструкцією до розрахунку витрат на здійснення стратегії з профілактики ВІЛ/СНІДу”²⁴. Дані щодо вартості були зібрані з використанням методології, яка враховує вартість усіх складових проекту, – як фінансової, так і економічної.

Фінансова вартість – це фактичні витрати на придбання товарів і послуг. А економічна – включає розрахункову вартість товарів і послуг, за якими не здійснюються фінансові операції або коли ціна товару не відображає вартості його продуктивного використання в будь-якому іншому місці. У даному аналізі ми розраховували вартість проекту за дев’ять місяців діяльності (лютий – грудень 2009 р.). Усі дані щодо вартості подано в гривнях і доларах США, згідно з курсом обміну валют за 2009 р., який складав 7,99 грн. за долар²⁵.

Збір даних про фінансову вартість проекту полягав в докладному документуванні поточних і капітальних витрат, використовуючи ряд джерел інформації, таких як:

- фінансова документація проекту;
- звіти про хід реалізації проекту;
- інтерв’ю з керівником проекту;
- інтерв’ю з персоналом проекту.

Економічна вартість була розрахована на основі даних, отриманих у ході інтерв’ю з координатором і бухгалтером проекту.

Усі витрати проекту поділяються на капітальні та поточні (табл. 4.10). Фінансові та економічні витрати подаються окремо.

²⁴ Watts C., Kumaranayake L., Vickerman P., Terris-Prestholt F. HIVTools: A Cost-effectiveness toolkit for HIV prevention / HIVTools: Research Working Paper: LSHTM, 2001.

²⁵ Поточні дані Національного банку України.

Таблиця 4.10

Деталізація статей витрат в ході реалізації проекту в м. Миколаєві

Категорія витрат		
КАПІТАЛЬНІ ВИТРАТИ (предмети, які придбані на термін більше року і які витрачаються протягом цього часу)	Приміщення	<ul style="list-style-type: none"> • Офіс основного виконавця проекту • Складське приміщення ком'юніті-центру • Підлітковий кабінет для дівчаток
	Обладнання	<ul style="list-style-type: none"> • Комп'ютери • Копіювальна техніка • Кондиціонери • Багатофункціональна техніка (принтер разом із факсом та ксерксом)
	Транспортні засоби	<ul style="list-style-type: none"> • Мобільна амбулаторія
	Витрати на початку роботи (проведення підготовчих заходів)	<ul style="list-style-type: none"> • Круглий стіл "Впровадження моделі із забезпечення максимального доступу підлітків груп ризику до комплексних послуг з питань ВІЛ/ІПСШ/ТБ на регіональному рівні" • Тренінг "Законодавчі і етичні проблеми / питання роботи з ПГР у сфері надання послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу/ІПСШ" • Психотерапевтична група • Тематичне заняття для ПГР • Ініціативна група • Тираж робочих матеріалів для "круглого столу" • Тираж робочих матеріалів для семінару-тренінгу
ПОТОЧНІ ВИТРАТИ (предмети (послуги), що витрачаються протягом року і купуються регулярно)	Персонал	<ul style="list-style-type: none"> • Координатор проекту • Бухгалтер проекту • Консультант з моніторингу і оцінки; з юридичних питань • Консультант проекту: з питань розвитку соціальної політики; з питань соціально-медичної підтримки проекту • Психолог-консультант • Керівник групи соціальних працівників, соціальні працівники • Лікар-дерматовенеролог, гінеколог, інфекціоніст • Сертифікований тренер • Перукар (ком'юніті-центру), швачка, охоронець
	Витратні матеріали	<ul style="list-style-type: none"> • Презервативи, стерильні шприци, лубриканти, спиртові серветки • Канцелярське приладдя • Мікрохвильова піч, чайник, холодильник, DVD-програвач, вентилятор • Швейна машинка, оверлок, прасувальна дошка, праска • Умивальник
	Експлуатація і ремонт приміщень	<ul style="list-style-type: none"> • Телефон/факс • Банківські послуги • Кур'єрський зв'язок • Послуги Інтернет
	Інформаційні матеріали	<ul style="list-style-type: none"> • Буклет "Небажана вагітність" • Буклет "ВІЛ/СНІД" • Буклет "ІПСШ" • Брошура "Довідник послуг для ПГР" • Газета "Мама і малюк" • Журнал "Подорожник"

За даними оцінки в м. Миколаєві економічна вартість 9-місячного проекту перевищує фінансову вартість в 1,4 рази (див.табл. 4.11).

Таблиця 4.11

Фінансова і економічна вартість компонентів проекту, UAH і USD

Категорія витрат	Фінансова вартість		Економічна вартість	
	UAH	USD	UAH	USD
Капітальні				
Приміщення	0,0	0,0	33921,6	4293,9
Обладнання	2967,1	375,6	6668,6	844,1
Транспортні засоби	9527,3	1206,0	10653,4	1348,5
Витрати на початку роботи	11210,0	1149,0	11210,0	1149,0
Всього капітальних	23704,4	3000,6	62453,7	7905,5
Поточні				
Персонал	339495,9	42974,2	346495,9	43860,2
Витратні матеріали	8494,2	1075,2	68710,7	8697,5
Експлуатація і ремонт приміщень	4108,5	520,1	4108,5	520,1
Інформаційні матеріали	4990,0	631,6	47530,0	6016,5
Всього поточних	357088,5	405201,0	466845,1	59094,3
Всього витрат	380793,0	48201,6	529298,7	66999,8

Як видно, найбільшу частку в структурі як фінансової, так і економічної вартості проекту займає оплата послуг персоналу (89 і 66% відповідно).

Різниця між фінансовою і економічною вартістю істотна за більшістю категорій витрат (див. табл. 4.12).

Таблиця 4.12

Пояснення різниці між фінансовою та економічною вартістю, за категорією витрат

Приміщення	У рамках проекту оренда приміщення не оплачувалася. Економічна вартість розраховувалася на основі ринкових цін оренди офісних приміщень у м. Миколаєві у 2009 р. і склала 6,4% всієї економічної вартості проекту
Обладнання	Різниця між фінансовою та економічною вартістю полягає в тому, що обладнання сплачено за рахунок інших джерел
Транспортні засоби	Різниця є несуттєвою і складає сплачену оренду транспортного засобу у I кварталі 2009 року МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу"
Витрати на початку роботи	Фінансова та економічна вартості на початку роботи збігаються, тому що матеріали для проведених семінарів, „круглих столів” були вироблені в результаті відкритих тендерів, оплата праці здійснена за ринковими цінами
Персонал	Різниця між фінансовою та економічною вартістю не істотна і обумовлена оплатою праці позаштатних співробітників, які працюють в ком'юніті-центрі (перукар, швачка, охоронець)
Витратні матеріали	Фінансова вартість витратних матеріалів склала лише 4% від економічної, це пояснюється тим, що весь витратний матеріал, який використовувався в проекті, був наданий іншими донорами (в рамках інших проектів) або придбаний приватними особами як гуманітарна допомога. У рамках фінансування ЮНІСЕФ були куплені тільки жіночі гігієнічні прокладки
Експлуатація і ремонт приміщень	Фінансова та економічна вартості збігаються, всі затрати відшкодовані ЮНІСЕФ за ринковими цінами
Інформаційні матеріали	Фінансова вартість інформаційних матеріалів склала 10,5% від економічної, що обумовлене тим, що газета "Мама і малюк", журнал "Подорожник" видані НБФ "ЮНІТУС" за фінансової підтримки МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні"

Поточні витрати (інформаційні матеріали, витратні матеріали, оплата персоналу) як за економічною, так і фінансовою вартістю становлять основну частку (рис. 4.9). Але в структурі економічної вартості їх частка вища, оскільки оплата оренди приміщень здійснювалася МБФ "ЮНІТУС" за рахунок інших проектів.

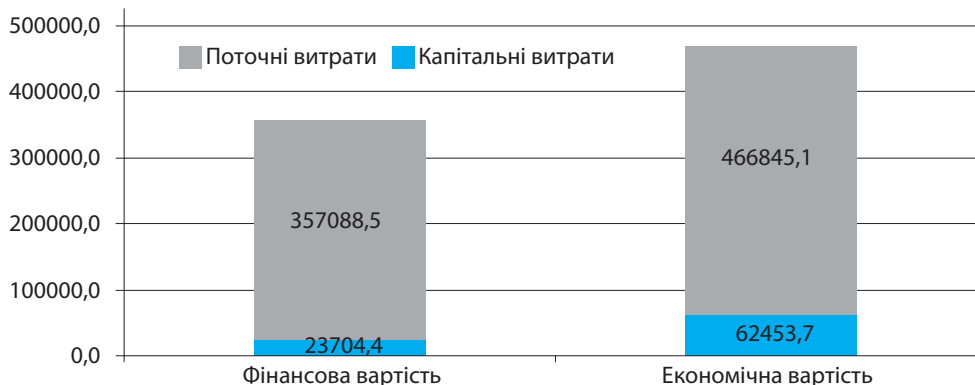


Рис. 4.9. Співвідношення поточних і капітальних витрат у фінансовій і економічній вартості моделі, грн.

У ході аналізу вартості виявлено, що практично три чверті витрат проекту (72%) було покрито за рахунок фінансування ЮНІСЕФ (рис. 4.10), решта витрат була профінансована іншими донорами, в рамках інших проектів²⁶.

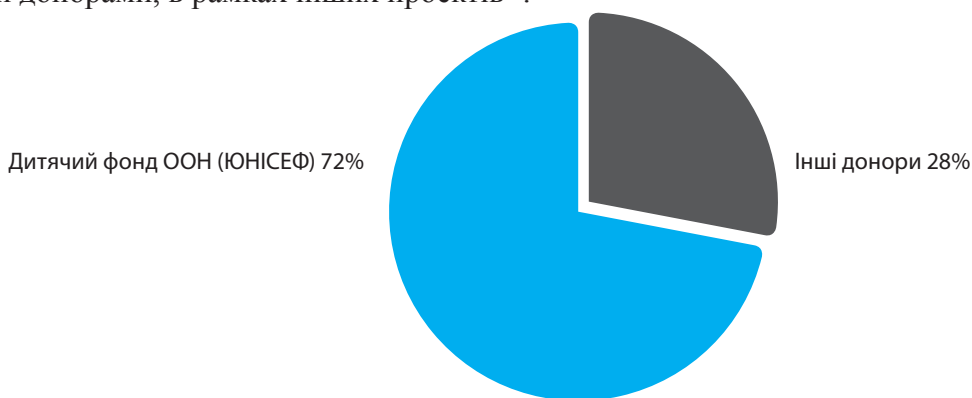


Рис. 4.10. Джерела фінансування моделі, %

За підсумками фінальної оцінки фінансова вартість одного клієнта в місяць у Миколаєві склала 375,5 грн. (\$47), виходячи з 1014 клієнт-місяців за період проекту²⁷.

Витрати на витратні матеріали (презервативи, лубриканти) склали 13% по м. Миколаєву, що обумовлюється віком учасників проекту.

Слід враховувати, що в процесі реалізації моделі практично всі 117 залучених клієнток продовжували отримувати послуги і після завершення пілотування моделі (після 1 січня 2010 р.).

²⁶ Серед донорів – МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні" за рахунок ресурсів Глобального фонду та приватних осіб.

²⁷ На жаль, інформація стосовно аналізу вартості за іншими проектами досить обмежена, тому надаємо дані одного з доступних матеріалів: Згідно з даними оцінки вартості послуг з профілактики ВІЛ серед найуразливіших груп населення середня вартість профілактичних заходів серед представниць секс-бізнесу складає \$177 в Казахстані, \$92 в Киргизстані, \$108 у Таджикистані, \$121 в Узбекистані на одного клієнта за рік. // Оцінка вартості послуг з профілактики ВІЛ серед найбільш уразливих груп населення в країнах Центральної Азії. Звіт підготовлений Ганною Дерябін, заступником регіонального директора JSI Research & Training Institute, Inc., проект ПОТЕНЦІАЛ. – Алматы, 2009. – 36 с. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.caap.info/UserFiles/File/d/2009/20090915/Costing_Excercise_Final_ru.pdf

Вартість однієї послуги на клієнта – 163 грн. (\$20,4). За даними іншої оцінки, проведеної у 2003 р. в м. Одесі²⁸, серед дорослих ЖКС, за 2,5 роки реалізації проекту (період липень 1997 – червень 1999) вартість контакту з однією охопленою ЖКС склала 33,28 грн. (\$20,4). Згідно з ”Розподілом ресурсів за допомогою моделі *Goals* в Україні: розрахунок необхідних ресурсів і забезпечення досягнення цілей у 2009–2013 роках” вартість охоплення працівника комерційного сексу через програми аутріч²⁹ становить \$34 на одну охоплену особу. Отже вартість на одного клієнта проекту по ПГР не є високою.

Результати аналізу свідчать про досить велику різницю між фінансовою та економічною вартістю проектів. Різниця між двома видами вартості проекту, в основному, була за такими видами витрат, як витратні й інформаційні матеріали, оплата оренди приміщень, які покривалися іншими донорами, але використані за проектом ПГР. Поточні витрати склали основну частку проекту: інформаційні, витратні матеріали, оплата персоналу.

Основними проблемами збору даних для аналізу вартості проекту були: закритість інформації по суміжних проектах, які проводить МБФ ”ЮНІТУС”; неможливість відокремити/відділити ряд статей витрат за проектом ПГР від витрат за іншими проектами.

При плануванні наступних кроків впровадження моделі або запуску інших проектів необхідно враховувати отримані результати, у тому числі і після завершення фінансування з боку ЮНІСЕФ. Також аналіз може бути корисний для формування розуміння, наведення аргументів, чому ПГР є пріоритетною групою, яка потребує профілактичних втручань як з боку державних (консультативної ради з профілактики ВІЛ серед ПГР, обласної координаційної ради з ВІЛ/СНІДу/ТБ), так і громадських організацій.

²⁸ Аналіз економічної ефективності проектів з профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні. – К.: Укр. Ін-т соц. дослідж., 2003, 99 с.

²⁹ Включає адміністративні витрати та поточну вартість надання послуг для ЖКС.

5. Дослідження клієнтів і персоналу

Матеріально-технічне забезпечення

Як уже було вказано раніше, в реалізації проекту були задіяні центральний офіс МБФ "ЮНІТУС"; організації на базі МБФ "ЮНІТУС"; центр "Мама і малюк"; медичні установи: кабінет на базі ОШВД, кабінет інфекціоніста на базі центру СНІДу, кабінет гінеколога на базі жіночої консультації № 2; приміщення МОЦСССДМ (як правило, використовуються для проведення робочих зустрічей, тренінгів, "круглих столів"). В цілому, всі приміщення забезпечені меблями та обладнанням.

Основним проблемним чинником у матеріальному забезпеченні проекту є відсутність у ком'юніті-центрі приміщення для індивідуальних консультацій, що ускладнює роботу персоналу і є причиною незадоволення. З іншого боку, неможливість надання всього комплексу послуг на базі одного центру також відбивається на рівні задоволеності проектом: *"Я не можу сказати, що це помилка, але проблема все-таки в тому у нас в проекті була, що це мережа кабінетів. Ми, дійсно, зіткнулися з такою проблемою, що вони знаходяться в одному місці"* (думка персоналу проекту).

За результатами опитування клієнтів, понад 90% з них використовували саме автомобіль МБФ "ЮНІТУС", щоб дістатися до місця отримання послуг, тоді як громадським транспортом користувалася тільки третина. На думку дівчат, чинник наявності машини не є критичним. 93% сказали, що користувалися б послугами організації, навіть якщо у неї не було можливості підвозити клієнтів.

Витратні й інформаційні матеріали

Відгуки про витратні й інформаційні матеріали позитивні як з боку персоналу, так і клієнтів:

"Дуже багато хорошої інформації, дуже багато. І правової, і соціальної, і всякої. Я завжди із задоволенням читала. Там інші фахівці. Прямо такі гарні-гарні поради. Ні, дійсно гарну справу роблять наші дівчата" (лікарка проекту про ІОМ).

"Дорослі перегортали і говорили – для ваших підлітків настільки доступна інформація, самим цікаво читати" (соціальний працівник розповідає думку дорослих ЖКС про ІОМ для підлітків).

"Вони беруть презервативи, презервативи хорошої якості, вони дуже задоволені ними" (соціальний працівник про витратні матеріали).

Задоволеність витратними матеріалами серед клієнтів на рівні 98–99% як у першій, так і в другій хвилі дослідження; задоволеність клієнтів інформаційними матеріалами на рівні 99–100%.

Організація зіткнулася з відсутністю потреби в стерильному ін'єкційному устаткуванні (шприци і спиртові серветки), оскільки серед клієток проекту відсутні підлітки-ЖКС-СІН. Шприци і серветки продовжують залишатися на складі організації.

Персонал проекту висловив побажання щодо розробки додаткових інформаційних матеріалів для клієнтів з прав підлітків-ЖКС і питань особистої гігієни, а також вказував на

необхідність розповсюдження більшої кількості гігієнічних прокладок, які, на їх погляд, є навіть більшим стимулом і мотивом звернення в організацію, ніж презервативи. Презервативи розглядаються як щось належне, що є апріорі.

Менеджмент і супервізія

Мотивація персоналу за наслідками фокус-групових інтерв'ю включає 3 основні складові, представлені у блоці 5.1.

Блок 5.1

Мотивація персоналу

- Соціальна відповідальність за вирішення проблеми:
"Молодь – це наше майбутнє і майбутнє нації. Може, це голосно сказано, проте ця робота мені дуже цікава саме цим" (соціальний працівник).
- Перевірка своїх можливостей як фахівця, професіонала:
"Було цікаво, чи зможу. Тобто, чи вийде" (лікарка проекту).
- Набуття додаткового досвіду, професійних якостей:
"У мене є син. І для того, щоб забезпечити його майбутнє, убезпечити його майбутнє, мені потрібно більше знати. А що може бути краще, як не практичні навички?" (соціальний працівник).
"Це придбання якогось свого особистого досвіду, досвіду як фахівця" (психолог).
- Отримання додаткового доходу, окрім основної заробітної плати (більше характерний для лікарів проекту):
"Якщо мені держава по вищій категорії за дві ділянки платить тисячу п'ятсот гривень... Цей проект – це просто подарунок, чесно Вам кажу. Можу сказати: дякуємо" (лікар).

За результатами дослідження персоналу були виявлені прогалини в загальному менеджменті проекту на рівні його компонентів – Миколаївський обласний ЦСССДМ (непроінформованість персоналу центру про проект) і медичного персоналу (незнання загальної структури проекту і його можливостей). Загальні робочі зустрічі команди проекту відбуваються щотижня, щоп'ятниці, але ці зустрічі не охоплюють медичний персонал.

У результаті фокус-групових інтерв'ю з персоналом, які були проведені в кінці проекту, виявлено, що тільки 2 особи з 8 вважають, що добре розуміють загальну структуру проекту, знають його компоненти і перелік послуг; 6 осіб, швидше, орієнтуються лише у своєму комплексі послуг і мають загальне уявлення про структуру проекту; після першої хвили дослідження повністю орієнтувалася у всіх компонентах моделі тільки 1 особа, 5 – швидше, розуміли загальну структуру проекту і орієнтувалися у своєму комплексі послуг, а 2 взагалі не орієнтувалися в інших компонентах проекту, окрім свого напрямку.

Дослідження персоналу виявило слабку інтегрованість медичного і соціального компонента в проект, що більшою мірою є наслідком наявності додаткового навантаження медичного персоналу (наявність основного робочого місця) і слабкою гнучкістю їх робочого графіка (*"У нас теж обмежена свобода в пересуванні. У них по п'ятницях загальні збори і у нас щоп'ятниці. Я не можу кинути"*).

У персоналу присутня сильна нематеріальна мотивація, що полягає в активній соціальній позиції стосовно вирішення суспільно важливої проблеми і бажанні власного професійного і особистого розвитку. В результаті переважання такої мотивації дуже важливою для персоналу є проектна професійна підготовка. Слід також підкреслити необхідність глибшого інформування персоналу про всі компоненти проекту, його цілі і плани.

Підготовка і професійна компетентність персоналу

Весь персонал проекту має досвід роботи в соціальній сфері, зокрема з групами ризику, але не мав практичного досвіду роботи з підлітковою частиною цільової групи. Слабкою ланкою моделі і чинником незадоволеності персоналу стала відсутність комплексної підготовки до старту проекту через відсутність кваліфікованих фахівців з проблем цільової групи та обмежене фінансування.

У фокус-групових інтерв'ю персонал проекту відзначав корисність зав'язування контактів під час тренінгів з потенційними організаціями-партнерами і можливість обміну досвідом. Для них це було не менш значуще, ніж сама підготовка. З цього боку найбільша задоволеність була зафіксована щодо тренінгу з питань ведення випадку в Одесі, коли в персоналу МБФ "ЮНІТУС" була можливість познайомитися з пілотною моделлю з профілактики ВІЛ/СНІДу серед підлітків-ЖКС, що розробляється в Одесі. *"І що це було добре, те, що були різні представники всіх установ. І лікарі були, і міліція була, і освіта була. Завдяки цьому тренінгу у нас сьогодні з нашим управлінням освіти теплі відносини ... взяли іншу форму дозволу для того, щоб проводити роботу в інтернатах, школах і так далі, щоб це все було офіційно"* (соціальний працівник проекту).

Рівень задоволеності отриманою підготовкою досить високий: 7 з 8 співробітників організацій, що надають послуги, повністю або, швидше, задоволені отриманими в рамках проекту знаннями та навичками. Втім, абсолютно всі фахівці проекту підкреслюють необхідність отримання додаткових знань. Наприклад, лікарі проекту говорять про брак знань стосовно особливостей підліткової психології: *"Ось цей психологічний контакт, ось саме психолого-педагогічний момент, ось цього, звичайно, не вистачає"*. Соціальні працівники хотіли б отримати інформацію *"про взаємодію, приміром, між державними установами"*, юрист – про *"відстоювання їх (дівчаток-ЖКС) інтересів"*. Соціальні працівники підкреслюють, що більшу частину навичок вони отримали в результаті власної самоосвіти і практичного досвіду, але водночас вони хотіли б *"запозичити досвід інших організацій, які, можливо, більш досвідчені, якісь нові шляхи мотивування підлітків на спілкування... практичні напрацювання"*.

Однією з основних проблем у дотриманні професійної компетентності персоналу стало протиріччя між стратегією зменшення шкоди та реабілітацією. Незважаючи на підготовку, контроль і регулярний зовнішній МіО, частина персоналу вважає, що їх головна мета – "рятувати" дівчаток і допомагати їм вийти із секс-бізнесу, а не розвивати навички більш безпечної поведінки. Активне включення в реабілітаційну стратегію за відсутності відповідних ресурсів може сприяти ризику "вигорання" персоналу.

Проектна документація та внутрішній моніторинг

Персонал повністю задоволений проектною документацією, наприклад, із 6 співробітників, які користуються формами звітності фахівця, абсолютно всі оцінили їх позитивно за шкалою задоволеності (оцінки 4–5 за 5-бальною шкалою – швидше або повністю задоволені). Багато в чому це наслідок того, що кожен працівник брав участь у розробці документації і вносив свої рекомендації. Наприклад, лікарі самі розробляли свої форми звітів, зручні для них.

На запитання про поліпшення пакету документації ніяких пропозицій висунуто не було. *"Там настільки повно ми відображаємо. Кожен візит, кожну дівчинку, все, що зроблено, все, що запропоновано, – абсолютно все"* (лікар проекту).

Слід зазначити, що деякі форми документації будуть інтегровані в інші проекти організації, що говорить про їх зручність та якість: *"щоденник, який є зараз, яким користується соціальний працівник за проектом ПГР, з наступного проекту буде впроваджено в дорослий проект"* (соціальний працівник).

Організація процесу надання послуг

Організаційні моменти процесу надання послуг включають в себе такі компоненти: трудове навантаження персоналу та графік робіт, оплата праці, власне пакет послуг, система переадресації, потенціал життєстійкості проекту.

Слід зазначити, що різко негативних оцінок організації праці (зовсім не задоволений і більше не задоволений) немає. Часткову незадоволеність викликає трудове навантаження в рамках проекту, що пов'язано з особливостями впровадження моделі в м. Миколаєві (кожна охоплена дівчинка знаходиться на соціальному супроводі і в разі візиту в інші підсистеми проекту обов'язково супроводжується соціальним працівником, а не просто переадресовується). Графіки робіт з клієнтами плануються тижнями і є досить гнучкими: *"Я підлаштую свій робочий графік, якийсь час викрою. Тому що сьогодні і зараз треба. І тільки ось у такий час вона (дівчина-ЖКС) може"* (соціальний працівник проекту).

На початку проекту на соціальних працівників, крім супроводу, покладалися обов'язки з рекрутингу клієнтів: робота в школах, ПТНЗ; вуличні аутрич-маршрути. Враховуючи чинник міграції клієнтів і меншу інтенсивність появи нових клієнтів у другому півріччі проекту, трудове навантаження психолога і соціальних працівників нормалізувалося. З іншого боку, обов'язковий соціальний супровід, який призводить до надмірного навантаження соціальних працівників, на думку лікарів, є гарантією успішної переадресації і подальших контактів з дівчиною.

"Гінеколог присилає до мене, я присилаю до неї. Це ж все через супровід соціального працівника. Самі вони не ходять. Тільки з соціальним працівником. Тому без проблем" (лікарка проекту).

У цілому система переадресації в більшості випадків не викликає нарікань. Позитивним моментом є підписання договорів про співпрацю і переадресацію з місцевим районним відділенням внутрішніх справ і приймальником-розподільником. Одним з показників наскільки добре працює механізм регулярного зворотного зв'язку з клієнтами є ситуація, пов'язана з першим гінекологом проекту, яка відчувала труднощі в дотриманні дружнього ставлення до клієнтів. МБФ "ЮНІТУС" оперативно вирішив проблему, змінивши лікарку.

Оплата праці викликає часткове незадоволення у 5 з 8 опитаних співробітників. Це переважно соціальний компонент персоналу проекту (соціальні працівники, психолог), який відчуває найбільше трудове навантаження.

Самі підлітки-ЖКС дуже позитивно відгукуються про організацію роботи проекту. Їм не доводиться довго чекати, щоб отримати ту або іншу послугу. Середній час, що витрачається на дорогу до сервіс-провайдера, 15–30 хвилин, а середній час очікування перед отриманням послуги 10–15 хвилин. Клієнтки не вважають цей час за тривалий. З 69 дівчаток тільки одна сказала, що одного дня не отримала послугу, тому що не дочекалася своєї черги. 96% не зазнавали складнощів при отриманні медичних послуг. Пояснення і консультації лікаря були повністю зрозумілі. Тільки 6% клієнтів було складно зрозуміти співробітників організації під час консультування. При цьому складнощі з читанням інформаційних матеріалів відчували/відчувала тільки одна респондентка. Враховуючи різний рівень розвитку дівчаток, можна твердити, що все це свідчить про оптимальну організацію роботи проекту для дівчат-ЖКС. Основні побажання дівчат щодо можливих змін у проекті стосуються активнішої рекламної компанії. І персонал, і клієнти проекту підкреслюють зручність системи організації праці. Для обох сторін існуючі графіки робіт є оптимальними.

У цілому вся система роботи насамперед орієнтована на клієнта: гнучкі графіки роботи, розклад прийому лікарів, обов'язковий соціальний супровід при переадресації, широкий пакет послуг (аж до безкоштовного лікування ІПСШ на базі ОШВД) і так далі. Проте при такій організації роботи основне навантаження падає на плечі соціальних працівників проекту, які не лише надають соціальний супровід, але й здійснюють рекрутинг клієнтів. Кри-

тичними також є навантаження на єдиного психолога проекту. Надалі, за умови розширення кількості клієнтів, вірогідний ризик "вигорання" цієї категорії персоналу.

Клієнти проекту: залучення до проекту і позитивний вплив проекту

За наслідками другої хвилі опитування 95% клієнтів знають інших підлітків-ЖКС, 94% зустрічалися з ними за останній місяць, 75% з цих дівчат були молодші 18 років, а 80% з них уже беруть участь у проекті, що свідчить про охоплення певної групи і необхідність розширення точок доступу та зміни рекрутингової стратегії.

Залучення дівчат до проекту відбувається на всіх етапах реалізації проекту – від оцінки інформаційних матеріалів до підготовки акційних заходів. 66 опитаних дівчаток підтвердили свою участь в оцінці інформаційних матеріалів, а 61 – в організації внутрішніх заходів, свят. При цьому більше 85% дівчат готові запропонувати свою допомогу співробітникам проекту в їх роботі, 84% готові супроводжувати іншу клієнтку до лікаря.

У цілому 94% дівчат-ЖКС сказали, що повністю отримали допомогу в рамках проекту. Близькі показники щодо отримання інформації, яка цікавить, в рамках проекту (93%). Усі опитані дівчата отримували інформацію про ПСШ і ВІЛ, безпечний секс, ризики ін'єкційних наркотиків, а також про організації, що надають послуги з профілактики ВІЛ.

Персонал проекту вважає, що клієнти бажають отримувати послуги: 6 з 8 учасників фокус-групового інтерв'ю вказали, що "повністю" або "швидше задоволені" їх ставленням до клієнтів проекту.

"Вони приходять, вони повністю стають ніби іншими. Самі дівчата говорять: "Ось ви знаєте, я саму себе, – каже, – не впізнаю"" (соціальний працівник проекту).

"Вони відкриті. І, Ви знаєте, невступного разу, вони приходять вже з посмішкою. Перевиховувати їх не треба. Просто допомагати, як себе зберігати, захищати і все. Підказатидесь, але ніколи не командувати і не рекомендувати. Тому що вони завжди відповідають протестом, якщо їм нав'язують ці речі... Інколи йдуть і говорять: "Ми прийдемо тільки до вас"" (лікарка проекту).

Самі клієнтки також підкреслюють позитивні зміни у своєму житті внаслідок участі в проекті. Як правило, ці зміни виражаються в підвищенні рівня знань, збільшенні мотивації до турботи про своє здоров'я, підвищення самооцінки, формування нового кола спілкування, поліпшення взаємин з батьками: *"Я почала більш обдумано до всього ставитися, більше стежу за здоров'ям, я багато знаю про інфекції і можу розповісти про них подругам і своїм молодшим сестрам. У мене тепер є з ким порадитися"* (учасниця проекту).

10 осіб були залучені до підготовки з консультування за методом "рівний рівному"; у другому півріччі проекту вони вже надавали інформаційні послуги у своєму середовищі; допомагали соціальним працівникам у супроводі, організації локальних заходів.

За наслідками другої хвилі дослідження 99% клієнтів були повністю задоволені отримуваними послугами; 100% клієнтів порадили б скористатися послугами проекту своїм ровесникам, а 97% (67 осіб) – вже зробили це. Оцінки підлітків-ЖКС демонструють значний рівень ефективності проекту: високий рівень знань і мотивації до безпечної поведінки; високий рівень довіри до персоналу і високі оцінки задоволеності за всіма компонентами проекту.

Що стосується рівня знань, то за результатами дослідження всі опитані клієнти (N=69) знають про ризик передачі ВІЛ під час статевих контактів; 90% (N=62) знають про передачу ВІЛ внаслідок використання нестерильного ін'єкційного інструментарію; 87% (N=60) знають про передачу ВІЛ від матері до дитини; а 52% (N=36) правильно відповіли на всі питання щодо шляхів передачі ВІЛ і способів захисту. Усі респонденти відзначили, що знають, які послуги профілактики, лікування, догляду і підтримки доступні в місті їх проживання.

Про розвиток навиків і мотивації до здоровішої поведінки свідчить те, що 81% (N=51) вказали, що ні за яких обставин не погодяться не використовувати презерватив з клієнтом; а 99% (N=68) відчують себе упевнено під час переговорів про використання презерватива з комерційним партнером (86% (N=59) – з некомерційним). При цьому за останні 30 днів 13% (N=9) нерегулярно використовували презерватив з комерційними партнерами – серед тих, хто мав таких партнерів (N=68). 22% (N=15) нерегулярно використовували презерватив з некомерційними партнерами – серед тих, хто мав таких партнерів (N=68).

Понад 90% охоплених дівчаток повністю довіряють персоналу проекту. Високий рівень залежності клієнтів від проекту показують такі дані: 88% відзначили, що можуть вирішити свої проблеми, тільки беручи участь у проекті; 69% будуть учасниками проекту навіть в тому разі, коли медичні послуги будуть платними; 96% зацікавлені залишатися в проекті навіть після вирішення своїх проблем.

Задоволеність персоналу проектом (N=8)

За наслідками другої хвилі дослідження середня оцінка задоволеності персоналу проектом становить 4,2 бала (табл. 5.1). У цілому, з липня (перша хвиля дослідження) по грудень (друга хвиля дослідження) за 13 компонентами проекту кількість позитивних оцінок персоналу збільшилася; за 9 – не змінилася, за 3 – зменшилася (задоволеність місцем надання послуг, обладнанням, ставленням до роботи правоохоронних органів).

Таблиця 5.1

Динаміка рівня задоволеності персоналу проектом

Компонент проекту	1-а хвиля дослідження (липень)	2-а хвиля дослідження (листопад)	Динаміка середніх оцінок
	Середня оцінка		
Підготовка в рамках проекту	3,7	3,9	+ 0,2
Матеріально-технічне забезпечення і витратні матеріали	3,9	3,9	0
Проектна документація	4,8	4,7	- 0,1
Організаційні моменти надання послуг	3,9	4	+ 0,1
<i>Трудове навантаження</i>	3	3,9	+ 0,9
<i>Графік роботи</i>	4	4,3	+ 0,3
<i>Набір послуг</i>	4,4	4,3	- 0,1
<i>Оплата праці</i>	3,6	3,1	- 0,5
<i>Система переадресації</i>	4,5	4,8	+ 0,3
Життєздатність проекту	4,4	4,1	- 0,3
Менеджмент і супервізія	4,3	4,7	+ 0,4
Взаємодія з клієнтами	4,1	4,4	+ 0,3
Адвокація	4,2	4,5	+ 0,3
Участь зацікавлених сторін	4	4	0
Задоволеність проектом в цілому	4,1	4,2	+ 0,1

Адвокація і співпраця

Як уже було згадано, адвокаційна діяльність головним чином була пов'язана з участю в засіданнях обласної координаційної ради та управління охорони здоров'я. Зокрема, в рамках таких зустрічей було затверджено рішення про відкриття підліткового кабінету для дівчаток на базі ОШВД, а також підготовлено і прийнято рішенням обласної координаційної ради пропозицію про включення індикаторів для вікової групи до досягнення 18 років в обласну систему МіО в контексті збору і аналізу інформації про групи ризику (вересень, 2009). Адвокаційна діяльність здійснювалася відповідно до спільного плану між МБФ "ЮНІТУС" і МОЦСССДМ, і всі завдання цього плану були виконані.

Часткове незадоволення з боку персоналу знайшло вияв в оцінці взаємодії з притулками і органами системи освіти, що в основному є наслідком їх малої інформованості про проблеми груп ризику і проекти профілактики: *"Вони, дійсно, мало інформовані. І для того, щоб не спотворювати інформацію, для того, щоб не доносити до цих дітей невірну інформацію, вони намагаються, уникати цього. Тобто взагалі не говорити"* (соціальний працівник про співробітників притулків для неповнолітніх). Проте зв'язки між організаціями-партнерами були налагоджені, підписані договори (наприклад, між РВВС, приймльником-розподільником). Організації зацікавлені і охоче йдуть на контакт: *"Вони підтримують, вони зацікавлені... а як притягується? Що ви робите? Невже працює?"* (аутрич-працівник).

Життєздатність проекту і ризику його завершення

Для підтримки життєздатності проекту МБФ "ЮНІТУС" активно співробітничав з МОЦСССДМ, адвокатує внесення бюджету. Також завдяки співпраці з координаційною радою був відкритий кабінет, що постійно діяв, для ПГР, і до списку обласних індикаторів МіО були внесені показники стосовно ПГР. Постійно здійснювався фандрайзинг витратних матеріалів. Проте і персонал, і партнери проекту напередодні його закінчення були серйозно стурбовані його майбутнім. Чи буде продовження проекту, хто буде його виконавцем, чи зможе він надавати послуги вже залученим підліткам-ЖКС? Поки не було відомо про продовження проекту в 2010 р., персонал проекту говорив про ситуацію невизначеності і клієнтам, які активно цікавилися подальшою долею проекту. Таким чином, побоювання передалися і їм.

"Страшно думати про завершення проекту. Думаєш, що буде ось з тими дівчатками, яких ми вже залучили. (...) Я знаю, що багато хто з них запитає: а куди нам далі, що нам робити, а що, ми з вами більше не побачимося? А куди ж нами приходити? Що ми ось 31 грудня прийшли, а з 1 січня вже привіт?" (соціальний працівник проекту).

"Вони все одно нам дзвонитимуть, вони все одно проситимуть про якісь послуги: "А, може, я як зможу до того доктора все-таки піти, там ще обстежуватися?" . А ми не знаємо, чи зможемо ми надавати такі послуги" (лікар проекту).

Незважаючи на такі настрої персоналу, після закінчення проекту більшість його компонентів були збережені і продовжують діяти. 60 неповнолітніх учасниць, які продовжували отримувати послуги і в 2010 р., було включено в проект Альянсу, в рамках якого вікова група була розширена до осіб у віці від 15 років; а ті, хто досяг повноліття, після закінчення проекту були включені в дорослу групу проекту. У рамках проекту вдалося інтегрувати в систему державних медичних послуг і послуги для ПГР: всі лікарі проекту, що працюють в ОШВД, СНІД-центрі і жіночій консультації, продовжують надавати послуги підліткам-ЖКС. З адвокаційних досягнень – внесення показників щодо ПГР в регіональну систему МіО, підняття проблем ПГР у пресі, залучення до адвокаційної діяльності самих підлітків-ЖКС.

У планах на майбутнє МБФ "ЮНІТУС": впровадження нових форм роботи з ПГР і розширення цільової групи; застосування отриманого досвіду на регіональному рівні через підготовку фахівців державних і неурядових організацій, впровадження моделі в Миколаївській області; подальше розширення партнерства державних і неурядових організацій на основі мультисекторальної взаємодії.

6. Висновки та подальше використання результатів

Особливості цільової групи

- Унаслідок фокусування на рекрутингу в школах і ПТНЗ персонал проекту зіткнувся з великою кількістю підлітків, які не є їх цільовою групою, а виокремлення з їх складу ЖКС займало більше часу, ніж вулична аутрич-робота. Проте такий підхід дозволив охопити дівчат-підлітків, які тільки починають залучатися до комерційного сексу і ще не є професійними ЖКС. З іншого боку, проект практично не охопив найбільш закритих ППР: підлітків-ЖКС, які живуть або працюють на вулиці, тих, хто поєднує ризикову поведінку. Якщо надалі така рекрутингова стратегія не буде змінена, ми можемо зіткнутися із ситуацією, що дані майбутнього національного і, як його складової, регіонального епід-нагляду в Миколаївській області не зафіксують яких-небудь значних змін у поведінці серед широкої аудиторії підлітків-ЖКС і не покажуть результати моделі через незначну кількість охоплених клієнтів. Слід зазначити, що високий рівень охоплення підлітків-ЖКС може бути досягнутий тільки в разі активної аутрич-стратегії, але, щоб її постійно підтримувати, необхідні додаткові людські і фінансові ресурси.
- Мала пропорція СІН серед підлітків, залучених у надання сексуальних послуг за винагороду, не відповідає аналогічним тенденціям серед ЖКС, де перетин ризиків характерний для п'ятої частини групи (BSS). Підлітки-ЖКС, швидше, є уразливими стосовно наркоживання: перебувають за крок від нього. З іншого боку, слід враховувати зміни, що відбуваються на наркосцені України: скорочення чисельності СІН і зрушення в бік неін'єкційного способу споживання³⁰.
- Поєднання різних вікових груп ЖКС (дорослих і підлітків) в рамках одного консультативного центру не є ризиком для активнішого залучення підлітків у секс-бізнес, що викликане різними потребами груп. Як показує дослідження персоналу, дорослі ЖКС менш активно відвідують консультативний центр і більше орієнтовані на медичні сервіси, тоді як підлітки-ЖКС більш націлені на соціально-психологічну підтримку; серед дорослих ЖКС більше розвинена внутрішня конкуренція, і вони не зацікавлені в залученні підлітків до секс-бізнесу.

Менеджмент проекту

- При реалізації інтервенцій важливо мати сильного партнера з обладнаною ресурсною базою (наприклад, як ком'юніті-центр в МБФ "ЮНІТУС") і розвиненою мережею послуг. У випадку з Миколаєвом це значно полегшило старт і впровадження пілотної моделі.
- Персонал, який працює з дорослими ЖКС, має недостатньо досвіду і навичок для роботи з підлітковою частиною групи. Зокрема, необхідна додаткова підготовка щодо розуміння особливостей підліткової психології, юридичних особливостей надання послуг підліткам, етичних аспектів і дружнього ставлення. Критично важливим є проведення тренінгів до початку проекту, щоб згодом уникнути проявів "непрофесійної поведінки" і нерозуміння цілей та завдань інтервенцій, що реалізуються.
- У роботі з підлітками-ЖКС соціальні працівники більше піддаються ризику "вигорання", ніж у роботі з дорослими ЖКС. Дослідження в м. Миколаєві показало, що

³⁰ Steffanie, A Strathdee; Jamila K Stockman. Epidemiology of HIV among injecting and non-injecting drug users: current trends and implications for interventions // Current HIV/AIDS reports, Vol. 7. – 2010, pp. 99–106.

персонал моделі орієнтувався на побудову тісних, довірчих відносин з клієнтами при практично повній відсутності особистих меж, на максимальне задоволення потреб і бажань підлітків-ЖКС. Це сприяло формуванню прив'язки до конкретного проекту і персоналу, але не відповідало завданням зняття бар'єрів для самостійного отримання послуг. При цьому труднощі дотримання професійної дистанції, толерантності до ризикової поведінки, емоційна залученість і цілодобова доступність персоналу, побоювання втрати клієнта знижували ефективність загального менеджменту проекту. Формування довіри з боку клієнтів – дуже важливе, але фахівці і клієнти ніколи не повинні ставати "друзями" або "сім'єю". У даному разі корисним є навчання соціальних працівників принципам професійної дистанції і навчання клієнтів пошані особистих меж, самодопомозі.

- У моделі, що реалізується в м. Миколаєві, система ведення клієнта не включала "стратегію виходу". З часом це зменшило ефективність проекту, оскільки вплинуло на збільшення трудового навантаження персоналу і не дозволило здійснювати ротацію клієнтів. Точкою виходу тут не є припинення участі в проекті: клієнтам, як і раніше, доступні всі послуги (витратні матеріали, консультування, тестування), але вони вже не супроводжуються соціальним працівником. У фазі виходу слід використовувати потенціал інших НУО і соціальних служб для подальшого розвитку навичок клієнтів: професійне навчання, програми реабілітації і ресоціалізації, тобто те, що не включене в базовий пакет послуг поточної моделі, але в чому є потреба клієнтів. Важливо розвивати у клієнтів навички самостійності, що до певної міри є результатом установаження професійних меж, завдяки яким вони не стають залежними від фахівців, а залишаються самостійними, автономними індивідами.
- У плануванні роботи з клієнтами-ЖКС слід враховувати чинник їх міграції в літній сезон у курортні регіони. Це позначається не лише на інтенсивності рекрутингу нових клієнтів, але й активності вже залучених. У цей період доцільна зміна стратегії профілактики: активно використовувати телефонну комунікацію для підтримання контакту з клієнтами, консультування.
- Доступ до лікування ВІЛ (антиретровірусна терапія) залишається критичним моментом у реалізації інтервенції серед цієї групи в Україні. Як показало дослідження персоналу, основним бар'єром у доступі стає необхідність постановки на облік, що неможливо за умови відсутності у підлітка документів або відсутності згоди батьків.
- У реалізації моделі дуже важливо використовувати інформаційні і витратні матеріали, орієнтовані на цільову групу, які мають бути доступні в необхідній кількості. Дослідження в Миколаєві продемонструвало високий попит на "Довідник послуг", в якому вміщувалася інформація про всі доступні послуги ППР в місті та області. З іншого боку, було доведено, що розповсюдження таких матеріалів в системі соціальних і медичних установ допомагає сформувати механізм переадресації. Що стосується витратних матеріалів, то гарною ініціативою є розповсюдження жіночих прокладок, які достатньо дорогі в Україні. За наявності можливостей доцільно збільшити число жіночих прокладок, тестів на вагітність і внести дезінфікуючі засоби до пакета витратних матеріалів при подальшій реалізації моделі.
- Для реалізації моделі корисно залучати підлітків-ЖКС на всіх етапах роботи проекту (моніторинг, реалізація і оцінка): для оцінки інформаційних матеріалів, допомоги в соціальному супроводі, підготовки заходів тощо. Це сприяє більш швидкому розвитку навичок самостійності, зняттю бар'єрів і гарантує доступність і адекватність послуг, що надаються.
- Під час навчання і формування групи консультантів за методом "рівний рівному" з числа цільової групи, виникли труднощі з їх ідентифікацією самих себе як рівних іншим підліткам-ЖКС. Багато хто з них пішов із секс-бізнесу і більше не асоціював себе з ЖКС, а швидше із соціальними працівниками на волонтерських засадах. Це сприяло патронажному ставленню до інших підлітків і надалі може призвести до стигматиза-

ції і втрати клієнтів консультантів за методом "рівний рівному". У цих умовах дуже важливим є обов'язкове навчання навичкам дружності в програмах підготовки консультантів за методом "рівний рівному", а також регулярна супервізія роботи таких консультантів³¹.

Використання інноваційних технологій

- 90% підлітків-ЖКС мають особисті мобільні телефони і легко обмінюються своїми номерами з працівниками проекту.
- Комунікація за допомогою мобільних телефонів – ефективний інструмент у профілактиці ВІЛ/СНІДу серед підлітків-ЖКС, зокрема для соціально-психологічного консультування, підтримання контактів, нагадувань, загального менеджменту і рекрутингу клієнтів. Доступність мобільного консультування як інструмента кризового менеджменту в супроводі клієнтів сприяє більш швидкому формуванню довірчих відносин між персоналом і клієнтами, а також стимулює клієнтів отримувати додаткові послуги. Наявність невербальної комунікації – важлива умова взаємодії клієнтів і фахівців. Неможливість спостерігати невербальні реакції клієнтів є основним обмеженням телефонної комунікації.
- Незважаючи на широке розповсюдження інтервенцій за допомогою смс-повідомлень, у м. Миколаєві ця технологія не одержала широкого застосування в основному через відсутність навичок організації розсилок за допомогою комп'ютерних програм і переважання контактів за принципом "телефон–телефон". Потенційний інструмент профілактики в м. Миколаєві – використання Інтернету, зокрема соціальних мереж, які доволі поширені серед підлітків-ЖКС.
- Використання мобільних телефонів при дослідженні рівня задоволеності клієнтів і персоналу (телефонне опитування) дозволяє охопити більш широку групу респондентів. При цьому відсутність прямого контакту з інтерв'юером сприяє більшій відкритості підлітків-ЖКС, коли вони відповідають на "чутливі" запитання.

Аналіз вартості

Оскільки модель у Миколаєві була пілотною та інноваційною, вона з самого початку була більш витратною. Основними факторами оптимізації витрат стали: побудова моделі на основі ресурсної бази проекту для дорослих ЖКС; активний фандрайзинг коштів на витратні матеріали (презервативи, шприци, спиртові серветки); залучення ресурсів державних структур (медичні кабінети, обладнання МОЦСССДМ).

Моніторинг і оцінка

- Високі рівні задоволеності підтверджують, що критично важливим є залучення персоналу в процес розробки проектної документації, як це було реалізовано в Миколаєві.
- Гарною практикою є анонімний ідентифікаційний код, прийнятий для позначення клієнтів у проекті. Корисно адвокатувати впровадження єдиного коду у всьому регіоні для більш ефективного МіО.
- Дані моніторингу та оцінки конкретної моделі повинні бути інтегровані в загальну систему обліку даних, що застосовуються в НУО, щоб була можливість оцінити ефект моделі в тривалій перспективі після закінчення проекту.

³¹ Pathfinder International. HIV Prevention Among Vulnerable Populations: The Pathfinder International Approach. Technical Guidance Series Number 6, Watertown/USA, 2008.

Адвокація та життєздатність

- Дослідження в м. Миколаєві підтверджує тезу про те, що інтервенції для зміни поведінки більш ефективні, якщо вони інтегровані в існуючу систему охорони здоров'я і соціальних послуг, беручи до уваги той факт, що ризик ВІЛ-інфікування пов'язаний з широким полем інших соціальних і пов'язаних зі здоров'ям проблем, з якими стикаються підлітки-ЖКС³². У цьому контексті важливо формувати сильну мережу партнерів з різних сфер, таких як освіта, охорона здоров'я, захист прав дітей, міліція тощо. Ці партнери також стають хорошими зацікавленими учасниками рекрутингу нових клієнтів, оскільки в них не завжди є можливості надавати доброякісну соціально-психологічну та медичну підтримку для ПГР. У процесі побудови такої мережі партнерів важливим є активне інформування їх про проект, зокрема за допомогою залучення різних зацікавлених сторін у процес стратегічного планування моделі та тренінгову підготовку. Це також сприяє подальшому зменшенню бар'єрів доступу ПГР до послуг і розширенню бази даних клієнтів.
- Критично важливою є реалізація мультисекторального підходу в реалізації інтервенції, що проявилось в таких досягненнях: інтеграція підлітків-ЖКС в існуючу систему послуг з профілактики ВІЛ та зменшення шкоди, а також формування дружніх до ПГР послуг.
- Важливу роль відіграють регулярні зустрічі мультисекторальної команди проекту, головне завдання яких – гарантувати, що кожен залучений у процес реалізації моделі повністю розуміє, яким чином відбувається процес, як взаємопов'язані між собою компоненти моделі, включаючи адвокаційну роботу.

Інтервенційна модель у м. Миколаєві є прикладом доброї практики, беручи до уваги її релевантність, ефективність, стійкість і відповідність етичним принципам. Високі рівні задоволення клієнтів, перевищення попиту над пропозицією, розвиток дружнього підходу і прямого доступу до послуг, досягнення в адвокаційній роботі вказують на відповідність моделі локальному соціокультурному контексту. Результати пілотажу сприяли подальшій підтримці проекту місцевою владою і міжнародними донорами, що дозволило зберегти послуги з профілактики ВІЛ серед підлітків-ЖКС, незважаючи на політичну і фінансову кризу (завдяки успішному залученню ресурсів для подальшої роботи з підлітками-ЖКС, інтеграції послуг для ПГР в ОШВД і збереженню ключових інтервенцій для підлітків в рамках основного проекту МБФ "ЮНІТУС").

Слід зазначити, що основні виклики пов'язані з обмеженими можливостями моделі щодо розширення та збільшення її ресурсної бази, випадками порушення прав і складнощами в досягненні змін у політиці та законодавстві; майбутні виклики більшою мірою будуть пов'язані з наданням послуг для підлітків-ЖКС, що не стосуються безпосередньо їх здоров'я, тобто з необхідністю відповіді на їхні соціоекономічні потреби і потреби в захисті.

Стосовно подальшого використання результатів дослідження та реплікації моделі слід враховувати такі рекомендації:

- застосовувати мультисекторальний підхід у плануванні моделі, який, з одного боку, виражається у побудові широкої мережі партнерів з державних та недержавних структур (тобто медичний, соціальний, правозахисний, освітній компоненти тощо), а з іншого – в комбінації роботи з ПГР і адвокаційної діяльності з розширення їх доступу до послуг, зниження рівня їх стигматизації та дискримінації;
- у базовий пакет послуг для ПГР доцільно включати стратегічні компоненти щодо зміни поведінки (інформаційні послуги, освіту та розвиток навичок з профілактики ВІЛ/СНІДу); послуги ДКТ, інші види лікування, догляду та підтримки; діагностика та лікування ІПСШ; консультаційні послуги (соціальна, психологічна і правова підтримка).

³² Jeffrey A. Kelly, Ph.D. Effective Intervention Is Possible in the Inner City: Transmission Rates Can Be Reduced, Even Among the Indigent, Homeless, and Socially Marginalized // August 1996 HIV Newslines. <http://www.thebody.com/content/art12634.html>

Критично важливими є соціально-психологічна підтримка ПГР, а також можливість забезпечення безкоштовного лікування (ІПСШ, антиретровірусна терапія);

- за можливості, інтегрувати систему послуг для клієнтів на одній території, наприклад, на базі клініки, дружньої до молоді, з метою залучення додаткового фінансування, формування комплексу профілактичних послуг на одній території і збільшення часу прийому ПГР до 30 хвилин;
- важливим моментом є попередня підготовка персоналу проекту до його початку стосовно особливостей консультування ПГР, дотримання принципів дружності, профілактики синдрому "вигорання" (особливо щодо встановлення професійних кордонів у стосунках з клієнтами);
- здійснювати регулярний моніторинг соціально-демографічного профілю клієнтів з числа цільової групи з метою охоплення найбільш уразливих підлітків (які живуть на вулиці, які практикують перехресні ризики тощо); це також вимагає запровадження рекрутингової стратегії, в якій одним з основних компонентів буде вулична аутрич-робота та залучення ключових інформаторів з числа цільової групи;
- система "ведення випадку" клієнта повинна включати заходи щодо визначення короткострокових і довгострокових цілей соціального супроводу, а також планування моменту "виходу" клієнта і перехід до самостійного звернення за послугами без допомоги соціального працівника;
- для збільшення числа охоплених клієнтів і зниження ризику їх втрати доцільно використовувати інноваційні технології: комунікацію за допомогою мобільних телефонів (смс-інформування, телефонні консультації тощо), інтернет-технології (соціальні мережі, спеціалізовані веб-сайти з профілактики ВІЛ/ІПСШ тощо);
- розглянути можливість формування мережі лідерів-ПГР (наприклад, у рамках п'яти профілактичних моделей з урахуванням організації спільних заходів, обміном досвідом тощо).

Література

1. Досвід ВІЛ-позитивних жінок до якісних послуг з охорони репродуктивного здоров'я та материнства / Балакірева О.М., Енн Екман, Левцун О.Г. та ін. – К.: Видавництво Раєвського, 2004: 112 С.
2. Етичні засади проведення соціальних досліджень серед дітей в Україні [Електронний ресурс]/ ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2008. – 21 с. – Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/ethnic_principles.pdf.
3. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2009 року [звіт] / Міністерство охорони здоров'я України, [Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом], МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", Всесвітня організація охорони здоров'я [Бюро в Україні], Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу. — К., вересень 2009. — С. 4.
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. Стислий огляд стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на 01.01.2010 // ВІЛ-інфекція в Україні: Інформ. бюл. / Міністерство охорони здоров'я України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом, ДУ "Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського АМН України", Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України.. — К., 2010. — № 33
6. Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом, Міністерство охорони здоров'я України, Всесвітня організація охорони здоров'я, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні, Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (2007). Звіт щодо національної оцінки ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на кінець 2007 року. Дата підготовки проекту оцінки: січень 2008 року Київ, Україна. Підсумкові показники узгодженої оцінки щодо чисельності груп та поширеності ВІЛ станом на кінець 2007 року.
7. Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом, Міністерство охорони здоров'я України, Всесвітня організація охорони здоров'я, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні, Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу. Звіт щодо національної оцінки ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на кінець 2009 року. Дата підготовки проекту оцінки: січень 2008 року Київ, Україна. Підсумкові показники узгодженої оцінки щодо чисельності груп та поширеності ВІЛ станом на кінець 2009 року.
8. Adamchak, S. et al. (2000) A Guide to Monitoring and Evaluating Adolescent Reproductive Health Programmes.FOCUS on Young Adults, Tool Series 5, Июнь 2000, FOCUS on Young Adults, Washington.
9. Busza, J. (2009) Designing and Evaluating Behaviour Change Interventions. Introduction to Behaviour-Determinants-Intervention logic models. Centre for Population Studies LSHTM, London.
10. Cornelius, J.B. and St. Lawrence, J.S. (2009) Receptivity of African American Adolescents to an HIV-Prevention Curriculum Enhanced by Text Messaging. Journal for Specialists in Pediatric Nursing 14, no. 2: 123-131.
11. Family Health International (2000) Monitoring and Evaluating Adolescent Reproductive Health Programmes. Arlington, 2000.

12. Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight Against HIV/AIDS (2006) Rhetoric and Risk. HRAIUFA HIV/AIDS Kiev.
13. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2007) A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. UNAIDS, Geneva.
14. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2007) Practical Guidelines for Intensifying HIV, Prevention: Towards Universal Access. UNAIDS, Geneva.
15. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2009) UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work. UNAIDS, Geneva.
16. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and Asian Development Bank (2007) Costing Guidelines for HIV/AIDS Intervention Strategies. For use in estimating resource needs, scaling-up and strategic planning in the Asia/Pacific region. ADB-UNAIDS Study Series: Tool I, UNAIDS, Geneva.
17. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organisation. (2009) Fact Sheet. Eastern Europe and Central Asia. Latest epidemiological trends. Geneva.
18. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organisation (2009) 2009 AIDS Epidemic Update. Geneva.
19. Kirby, D. (2004) BDI Logic Models: A Useful Tool for Designing, Strengthening and Evaluating Programmes to Reduce Adolescent Sexual Risk-Taking, Pregnancy, HIV and Other STDs. ETR Associates.
20. London School of Hygiene and Tropical Medicine (2009) Research Toolkit: Working Documents for Data Collection amongst Most-at-Risk Adolescents. LSHTM, London.
21. Pathfinder International (2008) HIV Prevention Among Vulnerable Populations: The Pathfinder International Approach. Technical Guidance Series Number 6, Watertown/USA.
22. Pauw I. and Brener, L. (2003) 'You are just whores – you can't be raped': barriers to safer sex practices among women street sex workers in Cape Town, in: Culture, Health & Sexuality, Vol. 5, No. 6, 465-481.
23. Population Services International (2003) Peer Ethnographical Research Study of Female Sex Workers and Male Clients in the Kathmandu Valley. A Qualitative Study. Submitted to by Dean Creer, Kathmandu.
24. United Nations Children's Fund (2009) Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States Region. Humanitarian Action Report 2009. UNICEF, Geneva.
25. United Nations Children's Fund (2009) Developing, Implementing & Evaluating Programmes for Most-At-Risk Adolescents. A guidance document based on the experience and lessons learnt in Central & Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEE/CIS). Draft. Декабрь 2009. Submitted by Anja Teltschik, UNICEF Regional Office for CEE/CIS, Geneva.
26. United Nations Children's Fund (2009) Guidance: Ethical issues in conducting quantitative research with adolescents engaging in HIV risk behaviour. Submitted by Hilary Homans, Irish Aid and UNICEF Regional Office for CEE/CIS, Geneva. Revised with inputs from the Council for International Organisations of Medical Sciences, Geneva.
27. United Nations Children's Fund (2009) Manual on Programming to Prevent HIV in most at-risk adolescents in Central Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. FINAL DRAFT. Submitted by Hilary Homans, Irish Aid and UNICEF Regional Office for CEE/CIS, Geneva.
28. United Nations Population Fund and Inter-Agency Task Team on HIV and Young People (2008) Guidance Brief. HIV Interventions for Most-At-Risk Young People. UNFPA HIV/AIDS Branch, New York.

29. United Nations Population Fund and Inter-Agency Task Team on HIV and Young People (2008) Guidance Brief. Overview of HIV Interventions for Young People. UNFPA HIV/AIDS Branch, New York.
30. United Nations Population Fund and Inter-Agency Task Team on HIV and Young People (2008a) Overview of HIV Interventions for Young People. UNFPA, HIV/AIDS Branch, New York, p. 5.
31. United Nations Population Fund and Inter-Agency Task Team on HIV and Young People (2008b) Guidance Brief. HIV Interventions for Most-At-Risk Young People. UNFPA, HIV/AIDS Branch, New York, p.3.
32. United Nations Population Fund and Inter-Agency Task Team on HIV and Young People (2008c) HIV Interventions in the Health Sector for Young People. UNFPA, HIV/AIDS Branch, New York.
33. World Health Organisation (2006) Preventing HIV in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries. Eds. Ross, D., Dick, B., and Ferguson, J. WHO and Inter-Agency Task Team (IATT) on HIV and Young People, Geneva.
34. World Health Organisation (2009) Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. Version 1.9. April 2009. WHO HIV/AIDS Department, Geneva.
35. World Health Organization (2009) Toolkit for monitoring and evaluation of interventions for sex workers. Geneva.
36. World Health Organization, et al. (2004) Guide to Monitoring and Evaluating National HIV/AIDS Prevention Programmes for Young People. WHO, Geneva.

Додатки

Додаток 1

Функціональні обов'язки персоналу проекту

- Координатор проекту**
(МБФ "ЮНІТУС")
- організація діяльності проекту;
 - забезпечення стратегічного планування проектної діяльності;
 - кадрове забезпечення проектної діяльності;
 - контроль проектної діяльності та використання ресурсів;
 - залучення ресурсів з додаткових джерел;
 - підготовка та участь у щоквартальних засіданнях консультативної ради, обласної координаційної ради з ВІЛ/СНІДу/ТБ;
 - забезпечення публікацій у ЗМІ;
 - аналіз діяльності за проектом, звітів персоналу проекту, поточної роботи кабінету ПГР;
 - здійснення представницьких функцій в органах влади, в координаційних структурах з питань ВІЛ/СНІДу/ІПСШ, державних, неурядових організаціях ВІЛ-сервісних організаціях;
 - забезпечення своєчасних звітів про хід реалізації проекту, підготовка кварталних і річного описових звітів.
- Бухгалтер проекту**
(МБФ "ЮНІТУС")
- ведення фінансової документації; нарахування заробітної плати;
 - підготовка і збір даних для складання і подачі звітів у місцеві органи;
 - контроль за своєчасною і цільовою витратою фінансових коштів бюджету проекту;
 - підготовка і своєчасне надання фінансових звітів.
- Консультант з питань моніторингу і оцінки**
(МБФ "ЮНІТУС")
- розробка, впровадження, збір, використання первинної документації для забезпечення програмної діяльності і виконання заявлених проектних критеріїв, забезпечення моніторингу і оцінки проектної діяльності;
 - ведення бази даних (Sirex Excel);
 - забезпечення логістики проектних заходів;
 - участь у підготовці кварталних і річного описових звітів.
- Консультант з юридичних питань**
(МБФ "ЮНІТУС")
- розробка, ведення кадрової документації і договорів про співпрацю із зацікавленими сторонами (державними і громадськими організаціями);
 - участь у підготовці робочих матеріалів тренінгу: "Законодавчі і етичні проблеми/питання роботи з ПГР у сфері надання послуг з ВІЛ/СНІДу/ІПСШ";
 - надання консультацій і допомога в оформленні документів для клієнтів проекту;
 - своєчасне виконання обов'язків відповідно до договору і заявлених проектних критеріїв;
 - ведення звітних документів, первинної документації.
- Психолог-консультант**
(МБФ "ЮНІТУС")
- ведення первинної проектної документації;
 - надання консультацій клієнтам проекту;
 - забезпечення проведення психокорекційних груп з клієнтами проекту;
 - фасилітування зустрічей ініціативної групи;
 - участь у навчанні персоналу проекту особливостям роботи з цільовою групою;
 - участь у підготовці робочих матеріалів тренінгу: "Комунікації/консультування ПГР";
 - участь у підготовці статей для розміщення в ЗМІ;
 - надання інформації для оцінки впливу проекту на клієнтів (відгуки й історії клієнтів проекту, позитивні результати психологічної і психокоректальної роботи).

- Керівник групи соціальних працівників**
(МБФ "ЮНІТУС")
- організація роботи аутрич-працівників і волонтерів (підготовка графіків роботи, контроль, моніторинг діяльності, участь у роботі проектних маршрутів);
 - забезпечення залучення клієнтів проекту в кабінет ПГР, консультаційні центри, мобільну гінекологічну амбулаторію;
 - забезпечення залучення клієнтів до тестування ВІЛ/ІПСШ;
 - забезпечення залучення клієнтів проекту в ініціативну групу ПГР, в тематичні групи;
 - забезпечення переадресації, надання довідкової інформації клієнтам;
 - організація соціального супроводу клієнтів;
 - забезпечення аутрич-працівників витратними та інформаційними матеріалами, облік і контроль їх використання;
 - ведення звітних документів, первинної документації; аналіз звітної документації соціальних працівників.
- Соціальний працівник**
(2 людини)
(МБФ "ЮНІТУС")
- залучення лідерів-ПГР до волонтерської діяльності, сприяння наданню послуг за методом "рівний рівному", забезпечення стажування волонтерів через спільну роботу на маршрутах, налагодження довірчих стосунків з ПГР;
 - досягнення охоплення клієнтів, у т.ч. через послуги за методом "рівний рівному";
 - надання витратних, інформаційних, довідкових матеріалів клієнтам;
 - залучення клієнтів проекту в кабінет ПГР консультаційні центри, мобільну гінекологічну амбулаторію для надання проектних послуг;
 - залучення клієнтів до тестування ВІЛ/ІПСШ;
 - залучення клієнтів проекту/лідерів ПГР в ініціативну групу ПГР для тематичних занять;
 - переадресація і напрям клієнтів у державні та неурядові організації, що надають послуги ПГР;
 - соціальний супровід клієнтів;
 - ведення звітних документів, первинної документації.
- Консультант проекту питань розвитку соціальної політики**
(МБФ "ЮНІТУС")
- забезпечення з боку КР і ОЦСССДМ взаємодії зацікавлених сторін і координації в реалізації заходів серед ПГР;
 - участь в щоквартальних засіданнях обласної координаційної ради з ВІЛ/СНІДу/ТБ
 - участь в організації семінарів-тренінгів, „круглих столів”, робочих зустрічей;
 - сприяння в підготовці фахівців ОЦСССДМ по роботі із ПГР через проектні заходи;
 - залучення фахівців ОЦСССДМ для участі в організації і проведенні семінарів-тренінгів;
 - участь у підготовці довідника послуг для ПГР;
 - своєчасне виконання обов'язків відповідно до договору і заявлених проектних критеріїв;
 - ведення звітних документів, первинної документації.
- Консультант із соціально медичної підтримки проекту**
(ОШВД)
- створення кабінету ПГР на базі обласного шкірно-венерологічного диспансеру (ОШВД);
 - матеріально-технічне забезпечення роботи кабінету ПГР;
 - сприяння роботі кабінету для ПГР;
 - сприяння діагностиці та лікуванню ІПСШ для ПГР;
 - участь в організації тематичних інформаційно-освітніх занять для ПГР;
 - участь у щоквартальних засіданнях обласної координаційної ради з ВІЛ/СНІДу/ТБ, сприяння ухваленню рішення ОКР щодо створення кабінету ПГР і визначення обласних показників МіО по ПГР.

- Консультант із соціально медичної підтримки проекту (СНІД-центр)**
- сприяння роботі консультаційного центру "Мама і малюк";
 - сприяння наданню послуг гінеколога та інфекціоніста;
 - сприяння тестуванню ВІЛ/ІПСШ і ДКТ;
 - участь в організації тематичних інформаційно-освітніх занять для ПГР;
 - участь у щоквартальних засіданнях обласної координаційної ради з ВІЛ/СНІДу/ТБ, сприяння ухваленню рішення ОКР щодо створення кабінету ПГР і обласних показників МіО по ПГР.
- Лікарі (дермато-венеролог – ОШВД; гінеколог – жіноча консультація; інфекціоніст – СНІД центр)**
- первинний медичний огляд, діагностика, консультування, медична допомога;
 - надання ДКТ, тестування ВІЛ/ІПСШ;
 - направлення до інших спеціалістів;
 - надання клієнтам витратних, інформаційних, довідкових матеріалів;
 - участь у підготовці і проведенні тематичних інформаційно-освітніх занять для ПГР;
 - участь у підготовці публікацій в ЗМІ;
 - участь у підготовці буклетів для ПГР;
 - участь у робочих зустрічах, засіданнях консультаційної ради;
 - своєчасне виконання обов'язків відповідно до договору і заявлених проектних критеріїв;
 - ведення звітних документів, первинної документації.

Протокол дослідження інтервенцій у м. Миколаєві

Обґрунтування актуальності дослідження

Підлітки груп ризику (ПГР), зокрема дівчатка-підлітки, залучені до надання сексуальних послуг за винагороду, є більш уразливими щодо ВІЛ-інфікування, ніж дорослі люди, які входять до групи ризику (у тому числі жінки, залучені до комерційного сексу). ПГР меншою мірою поінформовані про безпечну поведінку і про організації, які надають медико-соціальні послуги, мають обмежений доступ до медичних і соціальних послуг, у тому числі з профілактики ВІЛ. Крім того, варто відзначити фактори ризику, до яких схильні дівчата, залучені до надання сексуальних послуг за винагороду. Більша частина підлітків-ЖКС почали практикувати ризикову поведінку до досягнення 15 років. Серед підлітків-ЖКС поширені поведінкові практики, пов'язані з ризиком ВІЛ-інфікування (зокрема небезпечний секс), а також перехресні ризикові практики (вживання ін'єкційних наркотиків). При цьому дані практики є регулярними. Результати досліджень також демонструють низький рівень використання презервативів, який, у свою чергу, розрізняється залежно від виду статевого партнера підлітків-ЖКС (постійний, випадковий або комерційний партнер) і виду статевого контакту. Підлітки-ЖКС рідше використовують презервативи з постійними і випадковими партнерами, а також при анальному сексі. Спостерігається велика різниця між підлітками і старшими ЖКС у рівні знань про ВІЛ/СНІД, профілактичні послуги і рівні використання цих послуг, що свідчить про серйозні бар'єри доступу, особливо для тих дівчаток, які живуть або працюють на вулиці. Рівень охоплення цільової групи профілактичними програмами дуже низький (зокрема серед підлітків-ЖКС не розвинені програми консультування за методом "рівний рівному") і не може справити істотного впливу на запобігання поширенню епідемії ВІЛ. Також викликає занепокоєння рівень сексуального та репродуктивного здоров'я дівчаток, що живуть або працюють на вулиці, зокрема необхідно акцентувати увагу на дівчатах, які мають дітей (2% за результатами базового дослідження).

Дівчатка стикаються з великою кількістю перешкод на шляху реалізації безпечних поведінки і практик, особливо підлітки-ЖКС, що живуть або працюють на вулиці. Їм необхідна окрема увага і профілактика, як і їх партнерам (комерційним, некомерційним), які до теперішнього часу залишалися поза профілактичними програмами.

На даний момент є дані таких досліджень у рамках проекту ЮНІСЕФ "Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику (ПГР) в Україні і Південно-Східній Європі":

- кількісне дослідження 2007–2008 рр. в п'яти містах України – Миколаєві, Києві, Дніпропетровську, Донецьку і Рівному (як пілотне місто). Усього опитано 843 підлітки (598 хлопчиків і 245 дівчаток), у м. Миколаєві опитано 202 підлітки (142 хлопчики і 60 дівчаток);
- якісне дослідження (у м. Миколаїв, Очаків, Вознесенськ опитано 50 підлітків (23 підлітки-ЖКС, 7 дівчат-СІН, 20 хлопчиків-СІН).
- вторинний аналіз даних поведінкових досліджень серед представників груп високого ризику (СІН, ЖКС, ЧСЧ);
- аналіз зацікавлених сторін (відповідальних за ухвалення рішень, тих, хто надає послуги ПГР, самі ПГР);
- гендерний аналіз, проведений міжнародним експертом з гендерних питань Еін Костіган, зокрема рекомендації щодо впровадження результатів гендерного аналізу в розробку програм для ПГР.

Цільова група дівчаток-підлітків (до 19 років), залучених до сексуальних послуг за винагороду (таких 57% за результатами кількісного та базового дослідження), на даний момент не є пріоритетною групою у відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу. Таким чином, серед даної групи не здійснюється компонент охоплення послугами профілактики ВІЛ/СНІДу. За

даними аналізу зацікавлених сторін, більшість недержавних організацій надають послуги дорослим представникам груп ризику, а не фокусуються на підлітках у силу різних причин (права захисту дітей, реєстрація організації, нестача юридичних знань щодо роботи з підлітками та ін). Тобто охоплення підлітків-ЖКС, включаючи тих, хто живе або працює на вулиці, дуже низький і недостатній. Миколаївський обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді спільно з Миколаївським благодійним фондом "ЮНІТУС"³³ за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), упродовж 2009 року в м. Миколаєві реалізують впровадження моделі щодо забезпечення максимального доступу дівчаток-підлітків груп ризику, залучених до сексуальних послуг за винагороду, до комплексних послуг служб охорони здоров'я, соціальних служб, програм з питань ВІЛ/СНІДу/ІПСШ.

Дана модель передбачає розробку нового підходу до надання послуг дівчаткам, залученим до надання сексуальних послуг за винагороду, поліпшення їх доступу до послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу/ІПСШ. Також необхідне здійснення адвокації на регіональному рівні як однієї зі складових ефективної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу. Крім того, планується низка інших важливих заходів.

Впровадження і підтримка ефективної моделі надання послуг можливі за умови поетапного дослідження внеску на початковому етапі її здійснення, процесу та результатів її реалізації, з внесенням необхідних корективів для підвищення її ефективності в ході дослідження. Дослідження інтервенцій сприяє процесу впровадження моделі, в рамках проекту, дозволяє здійснити моніторинг та оцінку проведених заходів і планувати наступні заходи, враховуючи результати попередніх.

Важливим аспектом впровадження моделі є те, що інтервенції повинні відповідати потребам цільової групи, бути доступними, прийнятними, адекватними потребам дівчаток-підлітків, залучених до надання сексуальних послуг за винагороду, і дружніми по відношенню до них. Дослідження дозволяє отримати інформацію про якість наданих послуг, а саме про професійну компетентність персоналу, який надає послуги, і задоволеність клієнтів отриманими послугами. Це дослідження також дозволяє отримати інформацію про задоволеність персоналу, залученого до проекту.

Мета дослідження:

Аналіз ефективності, факторів, які перешкоджають і сприяють процесу впровадження моделі, розробка рекомендацій для успішної реалізації даного проекту та інших подібних йому проектів (наприклад, в інших регіонах).

Завдання дослідження:

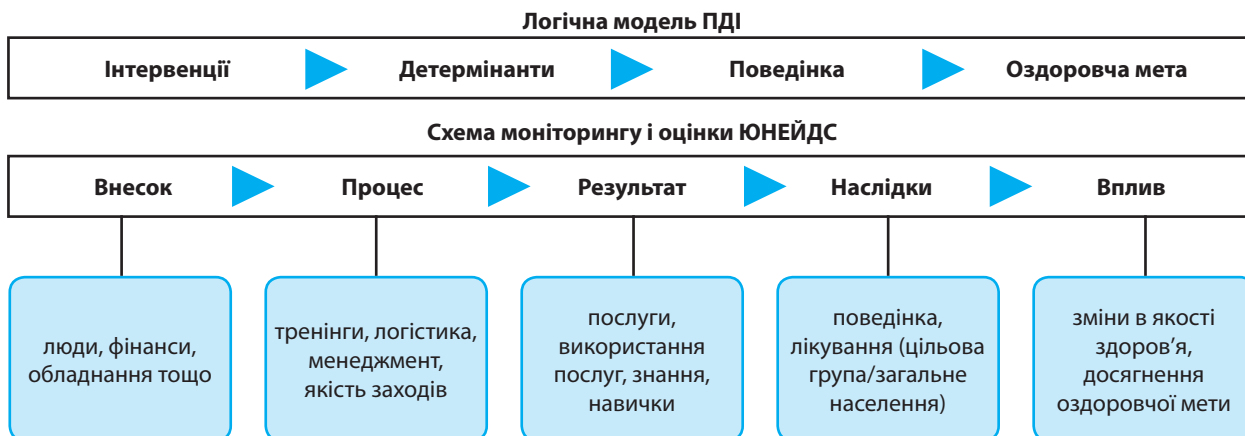
- Моніторинг і оцінка моделі, що впроваджується, надання послуг (відстеження ключових елементів процесу і результатів впровадження моделі – охоплення клієнтів, якість послуг, що надаються, знання і задоволеність клієнтів, задоволеність персоналу).
- Аналіз вартості (як елемент моніторингу) – аналіз вартості поточних капітальних і фінансових витрат.
- Здійснення науково-дослідницького процесу для визначення ефективності запланованих заходів щодо досягнення наміченої мети впровадження моделі надання послуг – зниження поширення ВІЛ/СНІДу серед дівчаток, залучених до надання сексуальних послуг за винагороду.
- Аналіз "отриманих уроків" під час впровадження моделі надання послуг: фактори, що перешкоджали і сприяли здійсненню моделі, способи вирішення виникаючих внутрішніх і зовнішніх проблем тощо.

³³ Партнери проекту – Миколаївський обласний шкірно-венерологічний диспансер та обласний Центр з профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом.

Методологія дослідження інтервенцій

Методологія дослідження впровадженої моделі профілактики включає логічну схему "Поведінка. Детермінанти. Інтервенції" (ПДІ), а також схему моніторингу і оцінки, ЮНЕЙДС, що реалізовується (див. рис. 1.).

МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА



Джерело: ЮНЕЙДС 2000, Національна програма з ВІЛ/СНІД: керівництво з моніторингу та оцінки

Рис. 1. Методологія дослідження інтервенцій

Дизайн оцінки:

Загальний дизайн оцінки обумовлений такими чинниками: 1) контрольна група важко-доступна; 2) рандомізація³⁴ неможлива. Дослідження інтервенцій ґрунтується на детальному аналізі внеску організації, процесу реалізації моделі надання послуг і ключових результатів впровадження моделі. При цьому через декілька років передбачається аналіз наслідків і впливу впровадження моделі при проведенні повторного кількісного дослідження. Повторне дослідження також надасть інформацію про кількість підлітків-ЖКС, залучених до проекту із впровадження моделі максимального доступу, і дозволить проаналізувати рівень знань і навичок безпечної поведінки серед них і через не залучених в проект, таким чином сприяючи отриманню інформації про рівень ефективності моделі.

Головна причина того, що дослідження інтервенцій фокусується на внеску, процесі і результатах, – короткі тимчасові рамки дослідження, через що неможливо зафіксувати наслідки – зміни в поведінці цільової групи, для цього потрібний більш тривалий час.

Дані повторного кількісного дослідження планується порівняти з даними базового кількісного дослідження серед підлітків груп ризику, які живуть або працюють на вулиці. Також будуть використані дані вторинного аналізу, присвяченого підліткам-ЖКС, який здійснювався на основі біоповедінкового дослідження у 2007 р. Таким чином, аналіз результатів впровадження моделі планується провести пізніше на базі даних, але не в рамках даного дослідження інтервенцій.

Моніторинг і оцінка³⁵:

● Внесок ОЦСССДМ і БФ "ЮНІТУС":

1. Ресурси (фінансові, матеріально-технічні, людські) – готовність проекту в цілому, наявність обладнання, матеріалів, приміщень і необхідних механізмів та бази впровадження моделі.
2. Систематична база даних клієнтів за віком і за "точками доступу".

³⁴ Використання випадковості в статистиці чи експерименті.

³⁵ Всі систематичні дані, що стосуються клієнтів (задоволеність одержаними послугами, задоволеність персоналом, знання тощо), планується збирати й аналізувати в контексті вікових і територіальних (залежно від "точок доступу") особливостей з метою врахування даних особливостей у реалізованих профілактичних програмах.

- **Процес:**

1. Число клієнтів та їх соціально-демографічний профіль (із збором і аналізом даних за віком).
2. Частота користування послугами, розподіл клієнтів за користування різними послугами.
3. Якість послуг, що надаються:
 - дружність до ПГР;
 - професійна компетентність тих, хто надає послуги.

- **Результат:**

1. Задоволеність клієнтів наданими послугами.
2. Задоволеність персоналу: а) роль в проекті, б) відповідність поставлених завдань і реалізація цих завдань.
3. Знання клієнтів про шляхи передачі ВІЛ, СНІДу і про методи профілактики.
4. Мотивація і навички безпечної поведінки.
5. Знання клієнтів про послуги, що надаються.

- **Аналіз вартості³⁶:**

Витрати – вартість ресурсів, використаних для надання послуги. Визначення вартості ресурсів: фінансові і економічні витрати.

Фінансові витрати – фактичні витрати на покупку товарів і послуг. Витрати, описуються, виходячи з кількості грошових коштів, витрачених на ресурси, використані при реалізації проекту або наданні послуги.

Економічні витрати – включають розрахункову вартість товарів або послуг, які не вимагають здійснення будь-яких фінансових операцій або якщо ціна не відображає вартість їх ефективного використання.

Класифікація витрат:

Одиноразові витрати:

- Інформаційні матеріали (3 буклети, 1 довідник)

Періодичні витрати:

- Оплата праці учасників проекту (постійні і тимчасово залучені співробітники).
- Транспортні витрати на соціальний супровід ПГР.
- Навчання персоналу: проведення семінарів, тренінгів (4), інформаційно-освітні групи для ПГР.
- Інше.

Зовнішні витрати:

Роздатковий матеріал: прокладки (закупівля ЮНІСЕФ).

Оплата телефону (приблизно % від загальної оплати).

Оренда приміщення (комунальні послуги) (приблизно % від загальної оплати).

³⁶ Керівництво з розрахунку витрат на здійснення стратегій профілактики ВІЛ/СНІДу. Третє видання. Програма з економіки та фінансування охорони здоров'я. Відділ стратегій охорони здоров'я, Лондонська школа гігієни та тропічної медицини. - 2000.

Компоненти дослідження і методи отримання інформації

Компонент дослідження	Метод отримання інформації	Інструментарій збору даних	Графік на 2009 р.	Відповідальні
<p>Внесок організації в проєкт:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Бюджет і фінансові джерела, а також джерела інших (матеріально-технічних) засобів. - Матеріально-технічні ресурси (включаючи обладнання, інфраструктуру, приміщення), система організації впровадження моделі (їх готовність). - Персонал, рівень кваліфікації і підготовки. - Система переадресації. - Забезпечення координації і співпраці між державними структурами і НУО. - Інформованість зацікавлених сторін про проєкт. - Залученість цільової групи. - Адвокація. - Підтримка безперервного функціонування проєкту 	<p>Дослідження Внеску</p> <p>Моніторинговий візит в організацію і місце надання послуг</p> <p>Написання звіту за наслідками візиту в місце надання послуг.</p>	<p>Контрольний список "візиту в організацію" (див. Додаток 3)</p> <p>1. Бюджет</p> <ul style="list-style-type: none"> - Наявність фінансової документації. - Підписаний договір про фінансування з ЮНІСЕФ. - Підписані договори з іншими партнерами про надання засобів <p>2. Матеріально-технічні ресурси</p> <ul style="list-style-type: none"> - легкий доступ до місця надання послуг, дотримання анонімності і конфіденційності, доступ до інформаційних матеріалів; - наявність необхідних приміщень і рівень задовільності їх стану; - наявність необхідного обладнання і рівень задоволеності його станом; - наявність безкоштовних роздаткових матеріалів (презеративів, стерильного ін'єкційного інструментарію, лубрикантів та ін. (включаючи умови їх зберігання і розповсюдження); - наявність транспорту; - наявність 3 інформаційних буклетів (протестованих на фокус-групі з підлітками-ЖКС, брошури "Довідник послуг", періодичних інформаційних матеріалів: газети "Мама і малюк" і журналу "Піддорожник" (включаючи наявність плану розповсюдження серед надавачів послуг і ПТР, а також статистика розповсюдження, якщо процес уже розпочатий); - облік гендерних і вікових особливостей в інформаційно-освітніх матеріалах. <p>3. Первинна документація і внутрішній моніторинг</p> <ul style="list-style-type: none"> - наявність графіка заходів проєкту (в т.ч. наявність робочого плану психокоректувальних груп і інших занять з клієнтами); - наявність комплексу первинної документації проєкту (журналу реєстрації клієнтів, реєстру роздаткових матеріалів, логістичних документів і так далі); - наявність електронної/паперової бази даних; - наявність системи кодування послуг, яка покриває всі послуги в рамках проєкту (+ навчання персоналу даній системі); - наявність протоколів і принципів надання інформаційних, медичних, консультативних послуг, а також послуг переадресації; - наявність етичного протоколу по роботі з цільовою групою; - наявність протоколів з принципами, дружніх до цільової групи; - наявність протоколів і принципів політики безпеки для аутичних працівників; - наявність протоколів і принципів політики дитячої безпеки. 	<p>4. Персонал</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципи рекрутингу персоналу (в т.ч. консультантів за методом "рівний рівному"); - протоколи менеджменту персоналу (організації роботи); протоколи лі супервізії фахівців і волонтерів (в т.ч. консультантів за методом "рівний рівному"); - план зустрічей з персоналом; - кількість залучених фахівців у порівнянні із запланованими; - трудові договори, резюме, робочі плани персоналу; - стаж роботи персоналу з дівчатками-підлітками, залученими до надання сексуальних послуг за винагороду; - досвід роботи з ПТР взагалі; - досвід участі в семінарах, тренінгах, робочих зустрічах по роботі з дівчатками, залучених до надання сексуальних послуг за винагороду; - наявність сертифікованих тренерів і їх кваліфікація; методом "рівний рівному" в додатковій підготовці (включаючи план і процедуру такої підготовки). <p>5. Рекрутинг цільової групи</p> <ul style="list-style-type: none"> - проведене картування місць, "точок доступу" до представників цільової групи (у співпраці з представниками цільової групи), наявність оновлених карт "точок доступу"; - розроблені маршрути для аутичних працівників, вони озброєні з картами "точок доступу". <p>6. Переадресація</p> <ul style="list-style-type: none"> - розроблені механізми системи переадресації (які саме). <p>7. Забезпечення координації і співпраці між державними структурами і НУО</p> <ul style="list-style-type: none"> - проведений перший "круглий стіл" для зацікавлених сторін; - підписані домовленості про співпрацю з центром СНДУ, ОШВД, кримінальною міліцією, НУО, іншими партнерами; - план утилізації методологічної бази: інформаційно-ресурсних центрів, бібліотеки соціального працівника. <p>8. Залученість цільової групи</p> <ul style="list-style-type: none"> - кількість дівчаток, що рекрутують і підготовлених до роботи за методом "рівний рівному"; - проведено 3 заняття: зустрічі ініціативної групи, психокорекційні заняття та інформаційно-освітнє заняття (протоколи, списки учасників). <p>9. Адвокація</p> <ul style="list-style-type: none"> - наявність плану адвокативних заходів <p>10. Підтримка безперервного функціонування проєкту</p> <ul style="list-style-type: none"> - розробляється план мобілізації ресурсів (фандрейзинг) 	<p>1-й тиждень березня</p> <p>УІСД</p>

Компонент дослідження	Метод отримання інформації	Інструментарій збору даних	Відповідальні
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСУ			
Число клієнтів і їх соціально-демографічний профіль (за віком, за розподілом послуг/використанням різних видів послуг, за джерелами отримання інформації про послуги, за охопленням переселення)	Моніторинг і оцінка статистики охоплення клієнтів за мінімумом індикаторів Моніторинг процесу і якості збору даних, ведення бази даних (статистичних форм тощо) Моніторинг охоплення клієнтів за основними соціально-демографічними характеристиками Заповнення анкет "первинного клієнта" при первинному охопленні Рутинний моніторинг частоти користування послугами з мінімумом індикаторів	Статистика охоплення за квартал, розрахунок індикаторів (див. табл. "Індикатори" 1)37 Статистика охоплення. Ведення бази даних клієнтів в Excel. Статистика про використання послуг за квартал. Розрахунок індикаторів (див. табл. "Індикатори")	УІСД
Частота використання послуг моделі	Регістрація візиту клієнта в місці надання послуг (3 лікарі, 2 соціальних працівники, юрист, психолог тощо) Передача даних консультантові з моніторингу і оцінки	1. Регістраційні журнали (щоденники) спеціалістів, які надають послуги (3 лікарі, 2 соціальних працівники, юрист, психолог, аутирич-працівники) Ведеться реєстрація коду віку клієнта, дати візиту і наданих послуг. 2. Зведені форми ведення бази даних по клієнтах і послугах в Excel.	БФ "ЮНІТУС" УІСД
Якість послуг: періодичні дослідження якості і відповідність переліку послуг, що надаються, запланованим, ефективності системи переадресації	Моніторинговий візит в організацію і місця надання послуг (Написання звіту про візит в організацію)	- Див. контрольний список "візиту в організацію" і табл. "Індикатори" (індикатори процесу) - Інструментарію щодо рівня компетентності персоналу - Інструментарію щодо рівня задоволеності клієнтів персоналом - Інструментарію щодо рівня задоволеності клієнтів отримуваними послугами, що надаються	УІСД Представники державної соціальної служби
Дружність до цільової групи з боку спеціалістів	1. Моніторинговий візит в місця надання послуг 2. Включене спостереження за персоналом під час надання таких послуг: - Аутирич - Психологічне консультування - Юридичне консультування - Медичні послуги (неповне спостереження за проведінням медичного огляду)	Див. контрольний список "візиту в організацію" Протокол спостереження, звіт про проведення спостереження Вивчення дотримання принципів, дружніх цільовій групі, під час надання послуги (привітне шанобливе ставлення, відсутність стигматизації, готовність вирішувати проблеми клієнта та ін.)	УІСД Представники державної соціальної служби

37 На базі МБФ «ЮНІТУС» вже розроблена і реалізується комплексна система моніторингу та оцінки, що значно оптимізує збір і аналіз індикаторів. В організації акумулюється інформація про соціально-демографічні характеристики клієнта (ініціали, рік народження, ім'я матері, стать (для кодування); характер зайнятості; рівень освіти; наявності місця проживання; кількості дітей), тестування на ВІЛ/ІПСШ/ТБ, наявність судимості, облік у міліції, використання презервативи під час останнього сексуального контакту, останнього сексуального партнера. Для ЖС-СІН також – про реєстрацію в наркодиспансері, основний наркотик, частоту вживання наркотиків, тривалість вживання наркотиків, використання стерильного інструментарію, способи дезінфекції. А також збирається та аналізується інформація про особисті історії, надані послуги.

Компонент дослідження	Метод отримання інформації	Інструментарій збору даних	Графік на 2009 р.	Відповідальні
Професійна компетентність персоналу проекту	Відвідування місць надання послуг. Інтерв'ю з координатором проекту Спостереження "зовнішнього експерта" – для спостереження роботи соціальних і аутич-працівників, психолога-консультанта. Неповне спостереження лікарів (не включає спостереження проведення медичного огляду)	Див. контрольний список "візиту в організацію" Блок у сценарії інтерв'ю з координатором проекту з питань професійної підготовки персоналу: - тренінгова підготовка по роботі із цільовою групою персоналу, а також консультантів за методом "рівний рівному"; - менеджмент і контроль персоналу, в т.ч. консультантів за методом "рівний рівному". Протокол спостереження експерта, звіт про проведення спостереження. Оцінка компетентності надання професійної послуги персоналом проекту (професіоналізм вибудовування взаємодії з клієнтом, рівень професійних знань, професійні навички вирішення проблеми, рівень компетентності в процедурах консультування).	Раз на квартал	УІСД Представники державної соціальної служби
Стабільність (безпечне функціонування проекту) 1. Мобілізація ресурсів 2. Зовнішні фактори	Моніторинговий візит в організацію. Інтерв'ю з координатором проекту. Документація (журнали, щоденники персоналу, зошит "екстремних ситуацій")	Див. контрольний список "візиту в організацію". Блок у сценарії інтерв'ю з координатором проекту з питань мобілізації ресурсів, процесу фандрайзingu; механізму вирішення "екстремних ситуацій"	Листопад/грудень	УІСД
Адвокація	Моніторинговий візит в організацію. Інтерв'ю з координатором проекту Інтерв'ю з ОЦССДМ План роботи регіональної консультативної ради і ОКР з ВЛ/СНДу	Див. контрольний список "візиту в організацію". Блок у сценарії інтерв'ю з координатором проекту про успіхи і бар'єри здійснення адвокатських заходів, отримані і плановані результати адвокації	Березень/квітень Листопад/грудень	УІСД
ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ				
Задоволеність клієнтів (цільової групи)	Напівавструктуроване інтерв'ю з клієнтами на виході з місця надання послуги (спільно з компонентом "знання клієнтів")	1. Анкета напівавструктурованого інтерв'ю. Оцінка задоволеності послугами, задоволеності роботою консультантів за методом "рівний рівному", вивчення сприйняття бар'єрів доступу до послуг, задоволеності залученням до проекту	Липень/серпень, листопад	УІСД
Задоволеність персоналу	Методи зовнішнього моніторингу 1. Індивідуальні інтерв'ю з учасниками проекту (передбачуваний метод) 2. Інтерв'ю з координатором проекту, консультантом по МІО.	План бесіди з персоналом проекту, що надає послуги, інтерв'ю з координатором проекту, консультантом з питань МІО. Дізнатися думку персоналу, координатора проекту і консультанта з питань МІО про основні чинники (не-) задоволеності персоналу.	Липень/серпень, листопад	УІСД
	Методи внутрішнього моніторингу: 1. Щотижневі робочі зустрічі виконавців проекту. 2. Опис "отриманих уроків" - поточний процес роботи, проблеми, успіхи тощо.	1. Протоколи щотижневих робочих зустрічей; - отримання інформації про поточні проблеми і їх вирішення 2. Щоденники учасників проекту; - отримання інформації про індивідуальні проблеми фахівців при наданні певних послуг, роботі з певними клієнтами.	Збирається впродовж усього проекту	БФ "ЮНІТУС"; учасники проекту
Знання клієнтів	Напівавструктуроване інтерв'ю з клієнтами на виході з місця надання послуги.	Анкета напівавструктурованого інтерв'ю. Оцінка знань, навичок клієнтів про шляхи передачі і профілактики ВПЛ/ПСШ, мотивацію регулярного використання: - презервативів; - лубрикантів; - стерильного ін'єкційного інструментарію (серед ЖКС-СН), профілактика абсцесів; - переконання статевого партнера в необхідності використовувати презерватив.	Липень/серпень, листопад	УІСД
Аналіз вартості	Поточний збір даних щодо ресурсів і витрат. 3. Зведені форми для ведення бази даних в Ехсел.	1. Фінансова документація проекту на етапах внеску процесу і аналізу результатів. 2. Форми для збору даних. 3. Зведені форми для ведення бази даних в Ехсел.	1 раз на квартал	УІСД

Зовнішній моніторинг процесу результатів – опис спеціальних досліджень

Дружність до ПГР
<p>Метод отримання інформації. Включене спостереження за персоналом під час надання таких послуг. Даний метод дозволяє безпосередньо “включитися” в ситуацію надання послуги. У таких послугах, як аутич, психологічне, юридичне консультування, зовнішній спостерігач може взяти на себе роль помічника фахівця, таким чином, його присутність не впливає на процес надання послуги. При цьому роль зовнішнього спостерігача може грати експерт (див. нижче оцінку професійної компетентності), який може сумістити спостереження за дружністю і спостереження за професіоналізмом персоналу проекту. Для того, щоб здійснити оцінку дружності, спостерігач проходить інструктаж щодо принципів дружності ПГР. <i>Медичні послуги</i> (неповне спостереження – спостереження початкового етапу роботи з клієнтом (вітання, розмова на загальні тематики), але не включає спостереження під час медичного огляду для дотримання етичних принципів цієї процедури)</p>
<p>Інструмент збору інформації. Протокол спостереження містить: - показники дотримання принципів, дружніх цільовій групі, під час надання послуги (привітне шанобливе ставлення, відсутність стигматизації, готовність вирішувати проблеми клієнта, дотримання дружнього підходу при роздачі або демонстрації інформаційно-освітніх матеріалів, профілактичних послуг, а також інших профілактичних засобів і так далі). - набір категорій, які описують принципи дружності, у вигляді ряду альтернатив або простих бальних оцінок. Протокол заповнюється відразу після проведення спостереження. Спостерігач також пише звіт про свої враження під час спостереження.</p>
<p>Цільові групи. Персонал проекту, що надає аутич-послуги, психологічне і юридичне консультування, медичні послуги (неповне спостереження).</p>
<p>Вибірка. 8 осіб; психолог (1), соціальний працівник (3), юрист (1), лікарі (3)</p>
<p>Метод аналізу. Групування даних протоколів за різними показниками дружності (щодо різних послуг).</p>
<p>Пілотування інструментів. Протокол спостереження пілотується на пробному спостереженні надання послуги. Протокол включає показники дружності ПГР, наявність яких рекомендується перевіряти в проєктах міжнародними організаціями (ЮНІСЕФ, Альянс).</p>
Професійна компетентність персоналу
<p>Метод збору інформації – спостереження “зовнішнього експерта” є оптимальним методом для аналізу професійної компетентності персоналу, оскільки експерт має досвід професійної діяльності і здатний оцінити діяльність іншого фахівця. Даний метод пропонується для оцінки компетентності надання професійних послуг цільовій групі психологом, юристом, соціальними працівниками, лікарями і консультантами за методом “рівний рівному”³⁸. Крім того, “зовнішній експерт” може оцінити професіоналізм роботи персоналу проекту, який безпосередньо не надає послуги цільовій групі, проте відіграє важливу роль для забезпечення життєздатності проекту, а саме: консультант з питань розвитку соціальної політики, консультанти з соціально-медичної підтримки проекту, консультант з моніторингу та оцінки. У таких послугах, як аутич, психологічне, юридичне консультування спостерігач-експерт може взяти на себе роль помічника фахівця, таким чином, його присутність не впливає на процес надання послуги. Для оцінки професійної компетентності медичних фахівців зовнішній експерт може проводити бесіду з ними по ключових питаннях, які можуть показати професійність лікаря (інтерв’ю з персоналом повинне проходити в індивідуальному порядку, за принципом “віч-на-віч”); крім того, може бути проведений аналіз спеціальної документації, даних медичних аналізів і поставлені діагнози, що також дасть розуміння компетентності в медичних процедурах.</p>
<p>Інструмент збору інформації. Протокол спостереження, включає набір показників експертного спостереження у сфері надання певного виду послуг (узгоджується з експертами).</p>
<p>Цільова група. Персонал проекту, що надає послуги.</p>
<p>Вибірка: всього 12 фахівців: соціальні працівники + старший соціальний працівник (3 особи); психолог; юрист; консультант з питань розвитку соціальної політики; консультант з питань соціально-медичної підтримки проекту (2 особи); консультант з питань МіО; лікарі (інфекціоніст, гінеколог, дерматовенеролог) (3 особи).</p>

³⁸ Інструментарій для вимірювання рівня професійної компетентності персоналу передбачається розробляти для кожної професійної групи: юристів, соціальних працівників та психологів, аутич-працівників, лікарів і консультантів за методом “рівний рівному”.

Метод аналізу. Групування і аналіз даних відповідно до показників професійної компетентності фахівця (щодо конкретних послуг).
Вибір експерта. Вибір експерта у відповідній області (експерти в аутич роботі і психологічному консультуванні також можуть бути вибрані з членів дослідницької команди УІСД, оскільки у деяких з них є відповідний досвід, крім того експертами також виступлять два представники Державних соціальних служб, які є партнерами проекту).
Пілотування інструментів. Експерт бере участь у розробці формалізованої частки протоколу спостереження експерта, вкладаючи в протокол експертне бачення предмета дослідження, тобто професійності надання конкретної послуги.
Задоволеність і знання клієнтів
Метод збору інформації. Напівструктуроване інтерв'ю з клієнтами на виході з місця надання послуги.
Цільові групи: клієнти проекту. У анкеті є запитання-фільтр, який визначає "нових" клієнтів і клієнтів, що вже отримували послуги.
Інструмент збору інформації. Анкета напівструктурованого інтерв'ю. Включає набір запитань щодо задоволеності послугами (зокрема оцінка дружності персоналу), задоволеності роботою консультантів за принципом "рівний рівному", вивчення сприйняття бар'єрів доступу до послуг, задоволеності залученістю в проект; знання клієнтів про способи поширення і профілактики ВІЛ/ІПСШ, вивчення мотивації регулярного використання засобів профілактики.
Вибірка. Клієнти проекту були опитані на виході з п'яти місць надання послуг – ком'юніті-центр і центр "Мама і малюк", БФ "ЮНІТУС", шкірвендиспансер, мобільна гінекологічна амбулаторія, гінекологічний кабінет при центрі СНІДу. Опитування клієнтів протягом 7 днів (по черзі в кожному місці надання послуг).
Метод аналізу. Аналіз бази даних здійснюється в програмному забезпеченні SPSS 6.0. Проводиться розрахунок одновимірних і двовимірних розподілів показників, проводиться розрахунок індикаторів задоволеності і знань клієнтів (див. табл. "індикатори"). Аналіз знань клієнтів порівнюватиметься з даними базового дослідження серед підлітків ЖКС по Миколаєву, які стосуються знань респондентів про ВІЛ/СНІД.
Підготовка польових працівників. Інструктаж з інтерв'юерами під час моніторингового візиту команди УІСД стосовно анкети і етичних принципів опитування респондентів ПГР. Інтерв'юери включені в національну мережу інтерв'юєрів УІСД.
Пілотування інструментів. Проводиться попереднє пілотування анкети з 3 клієнтками різних вікових груп клієнтів (10–14, 15–17 і 18–19 років).
Задоволеність персоналу
Метод збору інформації (передбачуваний). Індивідуальні інтерв'ю з персоналом, що безпосередньо надає послуги цільовій групі. В інтерв'ю може бути забезпечене обговорення тематичних блоків по запитаннях: проблем, що виникають в процесі реалізації проекту, механізму вирішення проблем, чинників, що викликають незадоволення персоналу, досягнень, успіхів проекту, які приносять задоволення персоналу, пропозицій, рекомендацій персоналу щодо поліпшення менеджменту проекту, супервізії тощо.
Інструмент збору інформації. Сценарій індивідуального інтерв'ю.
Цільові групи: персонал проекту, що безпосередньо надає послуги цільовій групі.
Вибірка: соціальні працівники + їх керівник(3); психолог (1); юрист (1); лікарі (3); консультанти за методом "рівний рівному" (2).
Метод аналізу. Розшифровка бесіди, аналіз тексту проводиться в текстовому редакторі Word. Групування й аналітична агрегація даних, виділення кодованих категорій.
Пілотування інструментів. Сценарій інтерв'ю пілотується на 2 міні-інтерв'ю під час другого моніторингового візиту дослідницької команди.

ІНДИКАТОРИ		
Ресурси	Процес	Результат
<p>- Всі об'єкти, що надають послуги в проєкті ("ЮНІТУС", кабінет ПГР при ОШВД, центр "Мама і малюк" і гінекологічний кабінет при центрі СНІДу, ком'юніті-центр, мобільна амбулаторія), укомплектовані необхідним обладнанням (приміщенням, телефоном, офісною технікою і так далі) готові до роботи.</p> <p>- Є плани щодо зберігання і розповсюдження інформаційно-витратних матеріалів.</p> <p>Цільовий індикатор: 3 інформаційних буклети (буклети протестовані на фокус-групі з дівчатками-підлітками) + брошура "Довідник послуг"</p> <p>- Є етичний протокол по роботі з цільовою групою, що впроваджений у місцях надання послуг.</p> <p>- Є протоколи з принципами, дружніми до цільової групи, що впроваджені в місцях надання послуг.</p> <p>- Є план щодо залучення цільової групи до планування, реалізації і оцінки проєкту, а також адвокаційну діяльність.</p> <p>- Є план мобілізації ресурсів, який забезпечить життєздатність проєкту по закінченні пілотної фази (фінансування від ЮНІСЕФ).</p> <p>- Кількість персоналу, найнятого і підготовленого до всіх запланованих заходів.</p> <p>- Розроблені протоколи і процедури менеджменту персоналу (організація роботи), супервізії, зокрема консультантів за методом "рівний рівному".</p> <p>- Оцінені потреби персоналу і консультантів за методом "рівний рівному" в підготовці до роботи.</p> <p>- Розроблена процедура і критерії відбору персоналу на тренінги.</p> <p>Цільові індикатори по персоналу Лікар гінеколог, інфекціоніст, дерматовенеролог (3 особи), психолог (1 особа), юрист (1 особа), соціальні працівники (3 особи, включаючи їх керівника), консультант з соціальної політики (1 особа), консультант з соціально-медичної підтримки (2 особи), консультант з МІО (1 особа), координатор проєкту (1 особа), бухгалтер (1 особа). Сертифіковані тренери – 8 осіб.</p> <p>- Проведене картування "точок доступу" до представників цільової групи (у співпраці з представниками цільової групи). Розроблені маршрути для аутрич-працівників, вони ознайомлені з картами "точок доступу".</p> <p>- Розроблені механізми і процедури системи переадресації.</p> <p>- Кількість дівчаток, що рекрутують в процес підготовки до роботи за методом "рівний рівному" (розподіл за віком).</p> <p>Ключові зацікавлені сторони проінформовані і мобілізують:</p> <p>- підписані домовленості про співпрацю з центром СНІДу, ОШВД, НВО, іншими партнерами.</p> <p>- розроблений план по адвокаційній роботі.</p> <p>Мінімальний набір індикаторів з охоплення і надання послуг:</p> <p>- Кількість і % клієнтів за віком, соціальним статусом, "точками доступу", рівнем освіти.</p> <p>- Кількість і % клієнтів за джерелами отримання інформації про профілактичні послуги.</p> <p>- Кількість і % за наданими послугами.</p> <p>- Кількість і % нових клієнтів (за певний період).</p> <p>- Кількість і % нових випадків переадресації.</p> <p>Цільові індикатори: Кількість дівчаток, що надають сексуальні послуги за винагороду, охоплених проєктом.</p> <p>Кількість ДКТ</p> <p>Кількість швидких тестів на ІПСШ: - швидкий тест на сифіліс - швидкий тест на гонорею - швидкий тест на хламідіоз.</p> <p>Кількість тестів на вагітність.</p> <p>Кількість дівчаток, які надають сексуальні послуги за винагороду, котрі отримали послуги гінеколога.</p> <p>Кількість дівчаток, які надають сексуальні послуги за винагороду, котрі отримали послуги з психологічного догляду і підтримки.</p>	<p>• Кількість проведених заходів (тренінги, адвокація і ін.).</p> <p>• Кількість людей, які взяли участь в заходах.</p> <p>Цільові індикатори Кількість проведених семінарів-тренінгів для персонал. Кількість зустрічей ініціативної групи (в т.ч. для навчання методу "рівний рівному"). Кількість підготовлених волонтерів-консультантів за методом "рівний рівному" з цільової групи. Кількість зустрічей психокоректувальної групи. Кількість тематичних (інформаційно-освітніх) занять.</p> <p>Оцінка тренінгів Кількість учасників, які вважають, що тренінг допоміг їм придбати додаткові знання.</p> <p>• У залежності від заходу, які сфери представляли учасники (якщо захід адвокаційний).</p> <p>• Системи менеджменту проєкту і супервізії персоналу, консультантів за методом "рівний рівному" функціонують.</p> <p>• Персонал проєкту володіє професійною компетентністю.</p> <p>• Інституціоналізовані протоколи принципів, дружніх до ПГР (у центрі СНІД, шкірвендиспансері, мобільній гінекологічній амбулаторії, центрі "Мама і малюк", кабінеті ПГР і на пунктах надання послуг (за потреби)).</p> <p>• Дотримуються принципи дружнього ставлення до клієнта з боку персоналу (принципи конфіденційності, анонімності, шанобливого ставлення).</p> <p>• Кількість проведених семінарів-тренінгів для представників силових структур.</p> <p>• Система переадресації функціонує (кількість нових переадресацій за певний час, звіти керівника соціальних працівників, кількість клієнтів, що повідомили під час інтерв'ювання про отримання послуг переадресації).</p> <p>• Інформаційні матеріали розроблені і розповсюджуються відповідно до плану. Матеріали відображають гендерну і вікову специфіку цільової групи.</p> <p>• Кількість засобів і матеріалів профілактики (презервативи, лубриканти, стерильний ін'єкційний інструментарій, спиртові серветки тощо), розповсюджуються відповідно до плану.</p> <p>• Кількість гігієнічних засобів (прокладки)</p> <p>• У кінці року доступне фінансування проєкту для підтримки його життєздатності принаймні ще рік.</p> <p>• Кількість представників цільової групи, залучених до впровадження і оцінки проєкту (інші представники, окрім консультантів за методом "рівний рівному" – дизагрегація даних за віком).</p> <p>• Ухвалення рішення обласної координаційної ради з ВІЛ/СНІДу і ТБ про відкриття кабінету ПГР на базі ОШВД і про додавання індикаторів по ПГР в перелік обласних індикаторів.</p> <p>• Розміщення статей в засобах масової інформації про цільову групу.</p>	<p>Задоволеність клієнтів</p> <p>• % клієнтів, які оцінюють послуги як гарні.</p> <p>• % клієнтів, які задоволені наданими послугами.</p> <p>• % клієнтів, які можуть порадити послуги своїм ровесникам.</p> <p>- Які є бар'єри в доступі і використанні послуг (прогалини в якості, проблема втрати часу, стигматизація і так далі).</p> <p>Знання клієнтів</p> <p>• Кількість і відсоток клієнтів, які правильно назвали шляхи передачі ВІЛ/ІПСШ і способу захисту.</p> <p>• Кількість і % клієнтів, які вважають себе за уразливих до ризику зараження на ВІЛ-інфекцію/ІПСШ.</p> <p>• Кількість і % клієнтів, які знають, які послуги профілактики, лікування, догляду і підтримки доступні в місці проживання.</p> <p>• Кількість і % клієнтів, які повідомили про доступ до презервативів, лубрикантів, стерильного ін'єкційного інструментарію.</p> <p>• Кількість і % клієнтів, які повідомили, що вони мотивовані і мають навички використання презервативів і відчувають себе впевнено у веденні переговорів про використання презерватива з статевими партнерами – клієнтами і не клієнтами.</p> <p>Задоволеність персоналу</p> <p>• Кількість і % персоналу, задоволеного послугами, що надаються.</p> <p>• Кількість і % персоналу, задоволеного менеджментом проєкту і супервізією.</p> <p>• Кількість і % персоналу, задоволеного отриманою підготовкою (тренінги, семінари).</p> <p>Сприйняття бар'єрів у роботі з надання послуг і позитивних чинників, що впливають на роботу³⁹.</p>

³⁹ Індикатор, що розраховується за результатами внутрішнього рутинного моніторингу та оцінки (дані про користування профілактичними послугами клієнтами).

Дослідницька команда:

Національний рівень	Міжнародний консультант
	Співробітники Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка
	Співробітники ДСССДМ
	Юрист
Регіональний рівень ⁴⁰	Координатор проекту в м. Миколаєві
	Регіональний консультант з моніторингу і оцінки

Етичні аспекти. Впровадження моделі серед дівчаток-підлітків, залучених до надання сексуальних послуг за винагороду, базуватиметься на дотриманні етичних принципів і захищатиме право учасників проекту на анонімність та конфіденційність. Дослідження інтервенцій буде засновано на Проекті керівних принципів з етики проведення досліджень серед хлопчиків і дівчаток ПГР⁴¹, який був розроблений регіональним представництвом ЮНІСЕФ для всіх країн – учасниць проекту ПГР.

Очікувані результати:

- Підготовка технічного звіту за результатами проведення дослідження надання послуг.
- Підготовка матеріалів для аналітичного звіту.

⁴⁰ Регіональна команда має досвід проведення кількісного та якісного компонентів дослідження в рамках проекту. Перед початком дослідження з регіональною командою буде проведений інструктаж з методології та інструментарію збору даних.

⁴¹ Homans, H. (2007) Guidance. Ethical issues in conducting quantitative research with adolescents engaging in HIV risk behaviour, Draft July 2007, UNICEF CEE/CIS.

Моніторингова анкета візиту в організацію

Моніторинг компонентів моделі забезпечення максимального доступу дівчаток-підлітків, залучених до надання сексуальних послуг за винагороду, до комплексних послуг служб охорони здоров'я, соціальних служб, програм з питань ВІЛ/СНІДу/ПСП з урахуванням гендерних особливостей

Метою даного дослідження організаційних компонентів моделі є моніторинг процесу надання послуг. Це дослідження фіксує, наскільки ефективно реалізуються послуги, перевіряє обладнання, засоби, матеріали і продукти за заздалегідь розробленим списком і проводить оцінку функціонування підсистем проекту, включаючи матеріальну інфраструктуру, персонал, стратегію інформації/комунікації/освіти, матеріали, логістику, менеджмент, су-первізію, ведення і облік даних, а також системи переадресації.

Дата моніторингу: _____

Місце моніторингу: _____

Назва і тип організації

Присутні (імена, координати): _____

НАЯВНІСТЬ ВИТРАТНИХ МАТЕРІАЛІВ НА СКЛАДІ І ЇХ ЯКІСТЬ				
Найменування витратного матеріалу	Кількість, що є в наявності в день моніторингу, шт.	Назва (марка)	Термін придатності	Коментарі
1. Презервативи				
2. Стерильні шприци				
3. Лубриканти				
4. Спиртові серветки				
5. Прокладки				
ЗБЕРІГАННЯ ВИТРАТНИХ МАТЕРІАЛІВ		Так	Ні	Коментарі
Матеріали зберігаються в окремому приміщенні		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Матеріали акуратно розкладені на полицях, підписані відповідні назви		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Матеріали зберігаються при необхідній температурі		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Процедури використання матеріалів на місцях (наприклад, видавати першими ті матеріали, які першими були доставлені на склад)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ІНФОРМАЦІЙНІ МАТЕРІАЛИ		Так	Ні	Коментарі
Інформаційно-освітні матеріали				
Буклет "ВІЛ/СНІД: профілактика, діагностика", к-ть: _____ шт.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Буклет "Профілактика, діагностика і лікування захворювань, що передаються статевим шляхом", к-ть: _____ шт.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Буклет "Анатомія, фізіологія і контрацепція", к-ть: _____ шт.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Брошура "Довідник послуг", к-ть: _____ шт.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Інших: _____ шт.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
РАЗОМ: _____ шт.				
Періодичні видання				
Газета "Мама і малюк", к-ть: _____ шт.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Журнал "Подорожник", к-ть: _____ шт.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Враховання гендерних особливостей в інформаційних матеріалах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Враховання вікових особливостей в інформаційних матеріалах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Інформаційно-адвокаційні матеріали (розраховані на осіб, що ухвалюють рішення).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Перелік:			
Інформаційні матеріали розповсюджуються відповідно до плану їх розповсюдження	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Висновок:			
ВЕДЕННЯ ПРОЕКТНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ / БАЗИ ДАНИХ	Так	Ні	Коментарі
Чи були внесені зміни в комплект первинної документації (нові форми, додаткова документація і так далі)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Якщо так, то які:			
Висновок:			
ВНУТРІШНІЙ МОНІТОРИНГ	Так	Ні	Коментарі
Чи були внесені зміни у формат ведення бази даних?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Якщо так, то які:			
Висновок:			
СИСТЕМА ПЕРЕАДРЕСАЦІЇ	Так	Ні	Коментарі
Переадресація здійснюється відповідно до розробленого плану	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Висновок:			
КОНТРОЛЬ ПЕРСОНАЛУ	Так	Ні	Коментарі
Регулярні зустрічі команди проекту Кількість проведених зустрічей ____ число	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Чи здійснювалася перевірка (контроль) персоналу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Яким чином вона здійснювалася?			
Менеджер з персоналу (координатор проекту) володіє інформацією про:			
персонал	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
волонтерів	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
консультантів за методом "рівний рівному"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
стан місць надання послуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
наявність і стан обладнання	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
необхідні засоби для надання послуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
роздавальні і витратні матеріали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
інформаційні матеріали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
фінанси проекту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
логістику проекту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
статистику проекту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Висновок:			
ПЕРСОНАЛ	Так	Ні	Коментарі
Чи змінився первинний склад персоналу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Яким чином?			
Чи залучені консультанти за методом "рівний рівному" з числа дівчаток, що надають сексуальні послуги за винагороду?			
Мобільної амбулаторії	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Аутрич-працівників	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Центрів з наданням медичних послуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ком'юніті-центру	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Консультаційного центру "Мама і малюк"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Висновок:			
ПІДГОТОВКА ПЕРСОНАЛУ, ВОЛОНТЕРІВ	Так	Ні	Коментарі
Проводиться оцінка тренінгів	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
До- і післятренінгове опитування включає питання про:			
освітні завдання тренінгу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
процес комунікації і взаємодії в ході тренінгу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
характеристики тренера	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
зворотній зв'язок від учасників тренінгу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Тренінг за участю представників кримінальної міліції, служб МВС К-ть учасників: _____ осіб. Перерахувати сфери/сектори, які представляють учасники тренінгу (див. списки учасників):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Тренінг "Комунікації/консультування ПГР" К-ть учасників: _____ осіб. Перерахувати сфери/сектори, які представляли учасники тренінгу (див. списки учасників):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Тренінг "ВІЛ, ІПСШ/зниження ризику інфікування" К-ть учасників: _____ осіб. Перерахувати сфери/сектори, які представляли учасники тренінгу (див. списки учасників):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Підготовка ПГР за принципом "рівний рівному" К-ть: ____ осіб., к-ть тренінгів: ____ шт.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Висновок:			
ФІНАНСУВАННЯ І РЕСУРСНА ПІДТРИМКА	Так	Ні	Коментарі
Чи були задіяні додаткове фінансування і ресурси підтримки?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Якщо так, які саме ресурси були задіяні: Організації, які надали ресурси:			
Висновок:			
ЗАЛУЧЕННЯ ЗАЦІКАВЛЕНИХ СТОРІН	Так	Ні	Коментарі
Досягнуті домовленості про співпрацю з кримінальною міліцією у справах неповнолітніх	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Інше:			
Висновок:			
АДВОКАЦІЯ	Так	Ні	Коментарі
Здійснюється адвокаційна робота Які саме заходи:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Висновок:			
ЗАЛУЧЕННЯ ЦІЛЬОВОЇ ГРУПИ	Так	Ні	Коментарі
Залучені члени цільової групи до планування розвитку проекту і його заходів	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У чому полягає їх участь?			
Висновок:			

СЦЕНАРІЙ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ГЛИБИННОГО ІНТЕРВ'Ю ДЛЯ ПЕРСОНАЛУ В РАМКАХ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПРОЕКТОМ

Вступ

Добрий день! Моє ім'я _____! Ви знаєте, що я представляю Український інститут соціальних досліджень імені А. Яременко, який забезпечує науковий супровід проекту. Ми повторно проводимо опитування персоналу, що безпосередньо надає послуги в рамках проекту. Головна мета – оцінити, наскільки комфортно Вам працювалося в рамках проекту, визначити проблеми, бар'єри, що виникають в процесі надання послуг, і знайти шляхи їх подолання. Ми не оцінюємо Вашу діяльність, а досліджуємо можливості її поліпшення надалі.

Спочатку я пропоную Вам заповнити анкету учасника інтерв'ю і форму оцінки різних компонентів проекту. Вся отримана від Вас інформація використовуватиметься в узагальненому вигляді відповідно до принципів анонімності і конфіденційності.

Потім Я поставлю Вам ряд питань. Інтерв'ю записуватиметься на диктофон для приділення більшої уваги бесіді. Ваші відповіді на запитання допоможуть нам краще зрозуміти Ваші потреби, і поліпшити умови Вашої участі в проекті, так само, як і сам проект.

А. Як Ви вважаєте, в чому полягає Ваша професійна мета як учасника проекту?

В. Наскільки Ваші очікування від проекту виправдалися в процесі роботи? З чим це пов'язано, на Ваш погляд?

1. ПІДГОТОВКА ПЕРСОНАЛУ, ПОТРЕБИ В ДОДАТКОВИХ НАВИКАХ І ЗНАННЯХ

- 1.1. Розкажіть, що в наступних тренінгах Вам стало в нагоді в роботі, якщо Ви в них брали участь?
- 1.2. Чи виникали ситуації, коли Вам не вистачало певних знань, навичок роботи? Розкажіть про такі ситуації?

(При обговоренні даних питань пропонується давати відповіді по кожному тренінгу, в якому респондент брав участь)

Назва тренінгу		1.1. ... Згодилося?	1.2. ... Не вистачало?
Тренінг на базі	Тренінг за участю представників кримінальної міліції, служб МВС;		
	Тренінг "ВІЛ, ІПСШ/Зниження ризику інфікування".		
Тренінги на базі ЮНІСЕФ	Тренінг "Законодавчі норми і етичні принципи роботи з ПГР у сфері надання послуг з профілактики ВІЛ-інфекції/ІПСШ"		
	Тренінг "ДКТ"		
	Тренінг "Ведення випадку"		
Інші тематики:			

- 1.3. Які додаткові знання і навички Вам хотілося б отримати насамперед для роботи в проекті?

2. МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ І ВИТРАТНІ МАТЕРІАЛИ

- 2.1. Чи виникали у Вас ситуації, коли клієнти скаржилися на якість витратних матеріалів (презервативи, лубриканти, прокладки і так далі), що надаються в рамках проекту? Які ще проблеми виникали у зв'язку з витратними матеріалами?

- 2.2. Як Ви вважаєте, чого не вистачає інформаційним матеріалам, що надаються в рамках проекту?
- 2.3. Як Ви вважаєте, ті матеріали (витратні й інформаційні), які розповсюджуються серед дівчаток, відповідають їх потребам на всіх етапах надання профілактичних послуг? Якщо ні, то чому?
- 2.4. Чи зможете Ви надавати витратні й інформаційні матеріали клієнткам наступного року? Які саме?

3. ПРОЕКТНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

- 3.1. Чи виникали у Вас складнощі з веденням звітної документації? Наскільки, на Вашу думку, зручною є звітна документація за проектом?
- 3.2. Що Ви зробили б, якби Вас попросили удосконалити звітну документацію?

4. ОРГАНІЗАЦІЙНІ МОМЕНТИ ПРОЦЕСУ НАДАННЯ ПОСЛУГ

- 4.1. Ваш пакет послуг включає медичний, соціально-психологічний компоненти, організацію дозвілля тощо. Як Ви вважаєте, скільки часу має сенс підтримувати активний контакт з клієнтом? Тобто скільки в середньому необхідно часу, щоб навчити дівчаток, куди звертатися за послугами, зняти основні бар'єри і зробити так, щоб вони не потребували постійного соціального супроводу?
- 4.2. Починаючи з літнього періоду, загальна кількість клієнтів залишається стабільною. Нових клієнтів практично немає. Як Ви вважаєте, чи варто відновити активний рекрутинг клієнтів (роботу на вулиці, в школах, ПТУ і так далі) або ж необхідно концентруватися на роботі з уже наявними клієнтами? Поясніть свою точку зору.
- 4.3. (а) Якщо надалі загальна кількість клієнтів, які знаходяться в активному контакті, залишатиметься такою ж, як і цього року, як Ви вважаєте, проекту необхідно збільшувати кількість персоналу? Якого саме? Чому Ви так вважаєте?
(б) А якщо надалі загальна кількість клієнтів, які знаходяться в активному контакті, збільшуватиметься, як Ви вважаєте, проекту необхідно збільшувати кількість персоналу? Якого саме? Чому?
- 4.4. Як Ви вважаєте, оплата Вашої праці в рамках проекту відповідає рівню Вашого трудового навантаження?
- 4.5. Чи будете Ви надавати послуги клієнтам-підліткам наступного року без додаткового фінансування підліткового проекту, тобто працюючи за основною трудовою ставкою?
- 4.6. Розкажіть про Ваше трудове навантаження в проекті. Якою мірою Ви ним задоволені в даний момент? Чи сталися які-небудь зміни у Вашому трудовому навантаженні у зв'язку з відсутністю припливу нових клієнтів протягом останніх 3–4 місяців? Які саме?
- 4.7. Розкажіть про Ваш графік робіт. Який графік робіт є для Вас найбільш зручним? Чому?
- 4.8. Як Ви вважаєте, чи варто розширити спектр Ваших послуг, що надаються клієнтам? Чи є у Вас така можливість наступного року, не враховуючи додаткового фінансування проекту?
- 4.9. Якою мірою Ви задоволені системою внутрішньої переадресації (між компонентами проекту)? Що не працює? Чому?
- 4.10. Чи направляєте Ви дівчаток-клієток в інші організації, що не беруть участь в проекті на партнерських засадах (інші НУО, державні організації)? Якщо так, розкажіть про такі випадки (які організації, за яких умов і так далі).

5. МЕНЕДЖМЕНТ І КОНТРОЛЬ

- 5.1. Розкажіть, будь ласка, про Ваші робочі зустрічі в рамках проекту. Як часто Ви в середньому збираєтеся: а) всією командою проекту, б) за окремим напрямом проекту (соціально-психологічне, медичне і так далі), в) влаштовуєте особисті зустрічі з координатором/керівником напрямку? Що можна було б поліпшити?
- 5.2. Як відбувається оцінка Вашої роботи? Хто оцінює, як часто, яким чином? Як Ви вважаєте, наскільки Вам необхідна така оцінка? Яким чином вона повинна проходити?
- 5.3. Наскільки Ви залучені в процес планування, моніторингу і оцінки проекту загалом? Якою мірою Ви задоволені цим?

6. ВЗАЄМОДІЯ З КЛІЄНТАМИ І ЗАЦІКАВЛЕНИМИ СТОРОНАМИ

- 6.1. Як Ви вважаєте, якою мірою клієнти мотивовані отримувати послуги, готові до співпраці в рамках проекту?
- 6.2. Як Ви вважаєте, після закінчення проекту, наскільки підготовлені клієнти до самостійного отримання необхідних послуг без соціального супроводу? Поясніть Вашу точку зору.
- 6.3. Чи відчуваєте Ви позитивний вплив проекту на клієнтів? Якщо так, в чому це полягає?
- 6.4. Чи залучали Ви клієнтів до участі у Вашій роботі не лише на рівні отримання послуг, наприклад, для планування заходів, їх оцінки тощо? Якщо так, розкажіть про такий досвід. Як Ви вважаєте, таке залучення клієнтів до всіх етапів роботи проекту необхідне? Чому?
- 6.5. Якою Ви бачите подальшу роль лідерів з числа клієнтів, що проходили підготовку за методом "рівний рівному"? Яку допомогу вони могли б надати безпосередньо у Вашому сегменті роботи, і наскільки вони мотивовані її надавати?
- 6.6. Чи виникали у Вас випадки агресії з боку клієнта/близького оточення? Якщо так, що Ви робили?
- 6.7. Наскільки часто перетинаються дорослі клієнти і підлітки при отриманні послуг? Як Ви вважаєте, яким чином краще організувати роботу з дорослими клієнтами і підлітками: обмежити їх контакти в організації чи ні? Чому?
- 6.8. Як, на Вашу думку, ставляться до проекту різні зацікавлені сторони (представники державних і недержавних організацій), з якими Ви стикаєтеся в процесі роботи?
- 6.9. Ви брали участь в адвокаційних заходах в рамках проекту? Наскільки у Вас є можливість показати свій досвід роботи в рамках проекту зацікавленим сторонам?

7. УРОКИ ДЛЯ СЕБЕ

- 7.1. Розкажіть, будь ласка, про Ваш кращий досвід в процесі роботи проекту, який слід було б враховувати і поширювати?
- 7.2. Які Ви можете назвати проблеми, помилки проекту, яких надалі слід було б уникнути?
- 7.3. У чому, на Ваш погляд, полягають основні ризики проекту?
- 7.4. Що, на Ваш погляд, необхідно змінити в проекті насамперед з метою його покращення? Ваші пропозиції та рекомендації.
- 7.5. Як Ви уявляєте майбутнє проекту у Вашій організації наступного року без врахування додаткового фінансування (які компоненти проекту залишаться, що зникне)?
- 7.6. У чому полягає Ваша особиста участь в роботі щодо розширення послуг серед клієнтів віком до 18 років наступного року?

Б. ІНТЕРВ'Ю З КЛІЄНТОМ			
A9	ЧАС ПОЧАТКУ ІНТЕРВ'Ю: _____ [год.] _____ [хв.]		
A10	ЗВІДКИ ТИ ДІЗНАЛАСЯ ПРО ПРОЕКТ? ВІДЗНАЧТЕ ОДИН, НАЙБІЛЬШ ВІДПОВІДНИЙ, ВАРІАНТ ВІДПОВІДІ!	ВІД ДРУЗІВ, ЗНАЙОМИХ	1
		З ТЕЛЕ-, РАДІОПОВІДОМЛЕНЬ, ЗОВНІШНЬОЇ РЕКЛАМИ, ГАЗЕТ, ЖУРНАЛІВ (ЗМІ)	2
		НАПРАВИЛИ З ДЕРЖАВНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ	3
		НАПРАВИЛИ З ІНШОЇ ГРОМАДСЬКОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ	4
		ІНШЕ, вкажіть: _____	5

В. ДОСТУПНІСТЬ ПОСЛУГ				
B1	СКІЛЬКИ ЧАСУ ТОБІ НЕОБХІДНО, ЩОБ ДІСТАТИСЯ ДО МІСЦЯ ОТРИМАННЯ ПОСЛУГИ? _____ [Година] _____ [Хв] (НЕ ЗНАЮ = 99)			
B2	ЯКИМ ЧИНОМ ТИ ДОБИРАЄШСЯ ДО МІСЦЯ ОТРИМАННЯ ПОСЛУГИ? (Відзначте всі відповідні, варіанти відповіді!)	ПІШКИ		1
		ГРОМАДСЬКИМ МІСЬКИМ ТРАНСПОРТОМ (автобус, маршрутне таксі і так далі)		2
		ГРОМАДСЬКИМ ПРИМІСЬКИМ ТРАНСПОРТОМ (автобус, електричка і так далі)		3
		МАШИНОЮ ОРГАНІЗАЦІЇ (МБФ "ЮНІТУС")		4
		ІНШЕ, вкажіть: _____		5
B3	ЯК ТИ ДУМАЄШ, ЯКЩО Б НЕ БУЛО МАШИНИ, ЩОБ ПІДВОЗИТИ КЛІЄНТІВ, КОРИС-ТУВАЛАСЯ Б ТИ ПОСЛУГАМИ ОРГАНІЗАЦІЇ?	ТАК	НІ	Важко відповісти
		1	2	99
B4	СКІЛЬКИ ЧАСУ ТИ ЗАЗВИЧАЙ ЧЕКАЄШ ПЕРЕД ТИМ, ЯК ОТРИМАТИ ПОСЛУГУ? _____ [Година] _____ [Хв.] (НЕ ЧЕКАЮ, ВІДРАЗУ ОТРИМУЮ ПОСЛУГУ = 88) } ПЕРЕХІД ДО ЗАПИТАННЯ B6 (Важко відповісти = 99) }			
B5	ЯК ТИ ВВАЖАЄШ, ТАКИЙ ЧАС ОЧІКУВАННЯ, ДЛЯ ТЕБЕ ЦЕ ДОВГО, НОРМАЛЬНО ЧИ НЕДОВГО?	ДОВГО		1
		НОРМАЛЬНО		2
		НЕДОВГО		3
		ВАЖКО ВІДПОВІСТИ		99
B6	ЧИ СТИКАЛАСЯ ТИ КОЛИ-НЕБУДЬ З ТИМ, ЩО ДОВОДИЛОСЯ ЙТИ, НЕ ОТРИМАВШИ ПОСЛУГУ, ЧЕРЕЗ ТЕ, ЩО ТИ НЕ ДОЧЕКАЛАСЯ СВОЄЇ ЧЕРГИ?	ТАК		1
		НІ		2
		ВАЖКО ВІДПОВІСТИ		99

C4	СКАЖИ. БУДЬ ЛАСКА, ЯК УЧАСНИК ПРОЕКТУ, ЧИ ОТРИМУВАЛА ТИ КОЛИ-НЕБУДЬ ТАКІ ПОСЛУГИ?	НЕ ЗНАЮ ПРО ТАКЕ	НІ	ТАК		C4.1. ЯКЩО РЕСПОНДЕНТ ВІДПОВІВ "ТАК" ТО ЗАПИТАЄТЕ: ЯКОЮ МІРОЮ ТОБІ СПОДОБАЛАСЯ ЦЯ ПОСЛУГА?		
						ЗОВСІМ НЕ СПОДОБАЛАСЯ	НАСКІЛЬКИ СПОДОБАЛАСЯ, НАСТІЛЬКИ І НЕ СПОДОБАЛАСЯ	ДУЖЕ СПОДОБАЛАСЯ
C4.1	ПРОХОДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТЕСТІВ	3	2	1->	C4.1.1	3	2	1
C4.2	ТЕМАТИЧНІ ЗАНЯТТЯ В ГРУПАХ (НАПРИКЛАД, ЩОДО НАВИЧОК БЕЗПЕЧНОЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ, СПОСОБІВ ЗАХИСТУ ВІД ВІЛ ТОЩО)	3	2	1->	C4.1.2	3	2	1
C4.3	ІНДИВІДУАЛЬНІ КОНСУЛЬТАЦІЇ ПСИХОЛОГА	3	2	1->	C4.1.3	3	2	1
C4.4	ПОСЛУГИ ІНФЕКЦІОНІСТА	3	2	1->	C4.1.4	3	2	1
C4.5	ПОСЛУГИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА	3	2	1->	C4.1.5	3	2	1
C4.6	ПОСЛУГИ ГІНЕКОЛОГА	3	2	1->	C4.1.6	3	2	1
C4.7	КОНСУЛЬТАЦІЯ ЮРИСТА	3	2	1->	C4.1.7	3	2	1
C4.8	ТЕЛЕФОННІ КОНСУЛЬТАЦІЇ	3	2	1->	C4.1.8	3	2	1
C4.9	КОНСУЛЬТАЦІЇ БЛИЗЬКОГО ОТОЧЕННЯ (СІМ'Ї, ДРУЗІВ, ПОСТІЙНОГО СТАТЕВОГО ПАРТНЕРА ТОЩО)	3	2	1->	C4.1.9	3	2	1
C4.10	ДОТЕСТОВЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ І ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ	3	2	1->	C4.1.10	3	2	1
C4.11	КОНСУЛЬТУВАННЯ З ПИТАНЬ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ	3	2	1->	C4.1.11	3	2	1
C4.12	ТЕСТУВАННЯ НА ВАГІТНІСТЬ ШВИДКИМИ ТЕСТАМИ	3	2	1->	C4.1.12	3	2	1
C4.13	ІНШЕ, вкажіть: _____	3	2	1->	C4.1.13	3	2	1

C5	ЧИ ОТРИМУВАЛА ТИ БЕЗКОШТОВНО, ЯК УЧАСНИК ПРОЕКТУ, ТАКІ МАТЕРІАЛИ?	НІ	ТАК		C5.1. ЯКЩО РЕСПОНДЕНТ ВІДПОВІВ "ТАК" ТО ЗАПИТАЄТЕ: ОЦІНИ, БУДЬ ЛАСКА, ЯКІСТЬ ЦИХ МАТЕРІАЛІВ?		
					ПОГАНЕ	СЕРЕДНЄ	ХОРОШЕ
C5.1	ПРЕЗЕРВАТИВИ	2	1->	C5.1.1	3	2	1
C5.2	ЛУБРИКАНТИ	2	1->	C5.1.2	3	2	1
C5.3	СТЕРИЛЬНІ ШПРИЦИ	2	1->	C5.1.3	3	2	1
C5.4	СПИРТОВІ СЕРВЕТКИ	2	1->	C5.1.4	3	2	1
C5.5	ЖІНОЧІ ПРОКЛАДКИ	2	1->	C5.1.5	3	2	1
C5.6	ЖУРНАЛ "ПОДОРОЖНИК"	2	1->	C5.1.6	3	2	1
C5.7	БУКЛЕТ "ВІЛ/СНІД"	2	1->	C5.1.7	3	2	1
C5.8	БУКЛЕТ "ІПСШ"	2	1->	C5.1.8	3	2	1

D. ЗНАННЯ ПРО ВІЛ/СНІД /ІПСШ			
		ТАК	НІ
D1	ЧИ ЗНАЄШ ТИ ПРО ІНФЕКЦІЇ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ?	1	2 → D03
D2	(ЯКЩО ТАК) НАЗВИ, БУДЬ ЛАСКА, ВІДОМІ ТОБІ ОЗНАКИ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ (НЕ ЗАЧИТУЙТЕ ПЕРЕЛІК СИМПТОМІВ, ВІДЗНАЧТЕ, НАЗВАНІ РЕСПОНДЕНТОМ; ОБОВ'ЯЗКОВО УТОЧНИТИ: "ЩЕ ЯКІ-НЕБУДЬ СИМПТОМИ?")	ЗГАДАНО	НЕ ЗГАДАНО
D2.1	ГЕНІТАЛЬНЕ СВЕРБІННЯ	1	2
D2.2	НИЮЧИЙ БІЛЬ ВНИЗУ ЖИВОТА	1	2
D2.3	БІЛЬ АБО НЕПРИЄМНІ ВІДЧУТТЯ ПРИ СТАТЕВОМУ КОНТАКТІ	1	2
D2.4	ХВОРОБЛИВЕ (ЖАР І СВЕРБІННЯ) СЕЧОВИПУСКАННЯ	1	2
D2.5	ВИСИП, РАНКИ, ВИРАЗКИ НА СТАТЕВИХ ОРГАНАХ	1	2
D2.6	ВИДІЛЕННЯ ІЗ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ З НЕПРИЄМНИМ ЗАПАХОМ	1	2
D2.7	ВТРАТА ВАГИ	1	2
D2.8	ТРИВАЛИЙ РОЗЛАД ШЛУНКУ (ДІАРЕЯ)	1	2
D2.9	ПІДВИЩЕННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА, ПОГІРШЕННЯ ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ	1	2
D2.10	ІНШЕ, ВКАЖІТЬ: _____	1	2
D3	ЧИ ЗНАЄШ ТИ ПРО ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ?	ТАК	НІ
		1	2 → D05
D4	(ЯКЩО ТАК) НАЗВИ, БУДЬ ЛАСКА, ВІДОМІ ТОБІ ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ (НЕ ЗАЧИТУЙТЕ ПЕРЕЛІК СПОСОБІВ, ВІДЗНАЧТЕ, НАЗВАНІ РЕСПОНДЕНТОМ; ОБОВ'ЯЗКОВО УТОЧНИТИ: "ЩЕ ЯКІ-НЕБУДЬ СПОСОБИ?")	ЗГАДАНО	НЕ ЗГАДАНО
D4.1	СТАТЕВИЙ КОНТАКТ	1	2
D4.2	ЧЕРЕЗ КРОВ	1	2
D4.3	ВИКОРИСТОВУЮЧИ ГОЛКУ ДЛЯ ІН'ЕКЦІЙ, ЯКА ДО ЦЬОГО ВИКОРИСТОВУВАЛАСЯ КИМОСЬ ІНШИМ	1	2
D4.4	ВІД МАТЕРІ ДИТИНИ	1	2
D4.5	ІНШЕ, вкажіть: _____	1	2

D5	НАСКІЛЬКИ ТИ ЗГОДНА З ТАКИМИ ТВЕРДЖЕННЯМИ ВІДНОСНО ВІЛ/СНІД	ТАК	НІ	НЕ ЗНАЮ
D5.1	ВІЛ МОЖНА УНИКНУТИ, ЯКЩО ЗАЙМАТИСЯ СЕКСОМ ЛИШЕ З ОДНИМ НАДІЙНИМ НЕІНФІКОВАНИМ ПАРТНЕРОМ	1	2	3
D5.2	РИЗИК ЗАРАЖЕННЯ ВІЛ МОЖНА ПОНИЗИТИ, ЯКЩО ПРАВИЛЬНО ВИКОРИСТОВУВАТИ ПРЕЗЕРВАТИВ ПІД ЧАС КОЖНОГО СТАТЕВОГО КОНТАКТУ	1	2	3
D5.3	ЛЮДИНА, ЯКА ВИГЛЯДАЄ ЗДОРОВОЮ, МОЖЕ БУТИ ВІЛ-ІНФІКОВАНОЮ	1	2	3
D5.4	ВІЛ МОЖНА ЗАРАЗИТИСЯ ЧЕРЕЗ УКУС КОМАРА	1	2	3
D5.5	ЛЮДИНА МОЖЕ ЗАРАЗИТИСЯ ВІЛ, ЯКЩО ПИТИ ПО ЧЕРЗІ З ОДНІЄЇ СКЛЯНКИ З ВІЛ-ІНФІКОВАНОЮ ЛЮДИНОЮ	1	2	3
D5.6	ЛЮДИНА МОЖЕ ЗАРАЗИТИСЯ ВІЛ ЧЕРЕЗ СПІЛЬНЕ КОРИСТУВАННІ З ВІЛ-ІНФІКОВАНОЮ ЛЮДИНОЮ ТУАЛЕТОМ, БАСЕЙНОМ АБО САУНОЮ	1	2	3
D5.7	ВІЛ МОЖНА ЗАРАЗИТИСЯ, КОРИСТУЮЧИСЬ ШПРИЦЕМ ДЛЯ ІН'ЄКЦІЇ, ЯКИЙ БУВ ВИКОРИСТАНИЙ ІНШОЮ ЛЮДИНОЮ	1	2	3
D5.8	ПРОТИЗАПЛІДНІ ПІГУЛКИ – ЕФЕКТИВНИЙ ЗАХИСТ ВІД ВІЛ	1	2	3
D5.9	ВІЛ МОЖЕ ПЕРЕДАВАТИСЯ ВІД ВІЛ-ІНФІКОВАНОЇ МАТЕРІ ДИТИНИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ І ПРИ ПОЛОГАХ	1	2	3
D5.10	ВІЛ МОЖЕ ПЕРЕДАВАТИСЯ ВІД ВІЛ-ІНФІКОВАНОЇ МАТЕРІ ДИТИНИ ПРИ ГОДУВАННІ ДИТИНИ ГРУДДЮ	1	2	3
D5.11	У ВІЛ-ІНФІКОВАНОЇ ЖІНКИ МОЖЕ НАРОДИТИСЯ НЕІНФІКОВАНА ДИТИНА	1	2	3
D5.12	СНІД – ХВОРОБА, ЯКУ МОЖНА ВИЛІКУВАТИ	1	2	3

D6	ЧИ ВВАЖАЄШ ТИ ДОСТАТНИМИ СВОЇ ЗНАННЯ ПРО ВІЛ?	ТАК	НІ	Важко відповісти
		1	2	99

Е. СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА				
E1	ЗА ОСТАННІХ 30 ДНІВ СКІЛЬКИ СЕРЕД ТВОЇХ СТАТЕВИХ ПАРТНЕРІВ БУЛО...?	К-ТЬ ПАРТНЕРІВ	НЕ БУЛО ПАРТНЕРІВ	Важко відповісти
E1.1	ПАРТНЕРІВ, ВІД ЯКИХ ТИ ОТРИМУВАЛА ВИНАГОРОДУ (ГРОШІ, ЇЖУ, ОДЯГ І так далі.) (КОМЕРЦІЙНІ ПАРТНЕРИ)	_____ ОСІБ	888 → E3	999
E1.2	ПАРТНЕРІВ, ВІД ЯКИХ ТИ НЕ ОТРИМУВАЛА ВИНАГОРОДУ, ВКЛЮЧАЮЧИ ПОСТІЙНОГО ПАРТНЕРА (НЕКОМЕРЦІЙНІ ПАРТНЕРИ), ЯКЩО ВІН Є	_____ ОСІБ	888 → E3	999
E1.3	ВСЬОГО РІЗНИХ СТАТЕВИХ ПАРТНЕРІВ	_____ ОСІБ (СУМА E1.1 І E1.2)	888 → E3	999
E2.1	ЗА ОСТАННІХ 30 ДНІВ ЯК ЧАСТО ТИ ВИКОРИСТОВУВАЛА ПРЕЗЕРВАТИВ З КОМЕРЦІЙНИМИ СТАТЕВИМИ ПАРТНЕРАМИ?	ЗАВЖДИ -----> Y1	1	Y1. ПОДУМАЙ ШЕ РАЗ В ПОДІЯХ ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ. БУЛИ ЛІ ВИПАДОК, КОЛИ ТИ НЕ ВИКОРИСТАЛА ПРЕЗЕРВАТИВ З КОМЕРЦІЙНИМ ПАРТНЕРОМ? 1. ВИКОРИСТОВУВАЛА ПРЕЗЕРВАТИВ КОЖНОГО РАЗУ 2. БУВ ВИПАДОК, КОЛИ НЕ ВИКОРИСТАЛА
		ЧАСТИШЕ, НІЖ У ПОЛОВИНІ ВИПАДКІВ (>50% ВИПАДКІВ)	2	
		У ПОЛОВИНІ ВИПАДКІВ ((50% ВИПАДКІВ)	3	
		РІДШЕ, НІЖ У ПОЛОВИНІ ВИПАДКІВ (<50% ВИПАДКІВ)	4	
		НІКОЛИ	5	
		ВАЖКО ВІДПОВІСТИ	99	
E2.2	ЗА ОСТАННІХ 30 ДНІВ ЯК ЧАСТО ТИ ВИКОРИСТОВУВАЛА ПРЕЗЕРВАТИВ З НЕКОМЕРЦІЙНИМИ СТАТЕВИМИ ПАРТНЕРАМИ?	ЗАВЖДИ -----> Y2	1	Y2. ПОДУМАЙ ШЕ РАЗ В ПОДІЯХ ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ. БУЛИ ЛІ ВИПАДОК, КОЛИ ТИ НЕ ВИКОРИСТАЛА ПРЕЗЕРВАТИВ З НЕКОМЕРЦІЙНИМ ПАРТНЕРОМ? 1. ВИКОРИСТОВУВАЛА ПРЕЗЕРВАТИВ КОЖНОГО РАЗУ 2. БУВ ВИПАДОК, КОЛИ НЕ ВИКОРИСТАЛА
		ЧАСТИШЕ, НІЖ У ПОЛОВИНІ ВИПАДКІВ (>50% ВИПАДКІВ)	2	
		У ПОЛОВИНІ ВИПАДКІВ (50% ВИПАДКІВ)	3	
		РІДШЕ, НІЖ У ПОЛОВИНІ ВИПАДКІВ (<50% ВИПАДКІВ)	4	
		НІКОЛИ	5	
		ВАЖКО ВІДПОВІСТИ	99	
E3	ВКАЖИ ТІ ВИПАДКИ, КОЛИ ТИ ВВАЖАЄШ ЗА МОЖЛИВЕ НЕ ВИКОРИСТОВУВАТИ ПРЕЗЕРВАТИВ ПРИ КОМЕРЦІЙНИХ СТАТЕВИХ КОНТАКТАХ? (ВІДЗНАЧТЕ ВСІ ВІДПОВІДНІ ВАРІАНТИ)	ЗАВЖДИ (НЕ ВВАЖАЮ ЗА ПОТРІБНЕ ВИКОРИСТОВУВАТИ)		1
		З ПОСТІЙНИМ ПАРТНЕРОМ/КЛІЄНТОМ, ЯКОГО Я ДОБРЕ ЗНАЮ І ЯКОМУ ДОВІРЯЮ		2
		ЗА УМОВИ ДОДАТКОВОЇ ОПЛАТИ		3
		ЗА БАЖАННЯМ КЛІЄНТА		4
		НІ ЗА ЯКИХ УМОВ НЕ ПОГОДЖУСЯ НЕ ВИКОРИСТОВУВАТИ		5
		ІНШЕ, вкажіть: _____		6
E4	ЯКЩО СТАТЕВИЙ ПАРТНЕР НАПОЛЯГАТИМЕ НА НЕВИКОРИСТАННІ ПРЕЗЕРВАТИВА, ЧИ СПРОБУЄШ ТИ ПЕРЕКОНАТИ ЙОГО ВСЕ-ТАКИ ВИКОРИСТОВУВАТИ ПРЕЗЕРВАТИВ?	ТАК	НІ	Важко відповісти
E4.1	У ВИПАДКУ З КОМЕРЦІЙНИМ ПАРТНЕРОМ	1	2	9
E4.2	У ВИПАДКУ З НЕКОМЕРЦІЙНИМ ПАРТНЕРОМ	1	2	9
E5	СКІЛЬКИ РАЗІВ ТИ БУЛА ВАГІТНА? _____ (НЕ БУЛА ВАГІТНА = 88 -----> F1)			
E6	СКІЛЬКИ РАЗІВ ТИ РОБИЛА АБОРТ? _____ НЕ РОБИЛА АБОРТ = 88			

F. ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ І НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН					
F1	ЧИ ВЖИВАЛА ТИ АЛКОГОЛЬ ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 30 ДНІВ?		ТАК	НІ	НЕ ПАМ'ЯТАЮ
			1	2→ F3	99→ F3
F2	ЯК ЧАСТО ТИ ВЖИВАЛА АЛКОГОЛЬ ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 30 ДНІВ?		ЩОДНЯ		1
			ОДИН АБО КІЛЬКА РАЗІВ НА ТИЖДЕНЬ		2
			ОДИН АБО КІЛЬКА РАЗІВ НА МІСЯЦЬ		3
			ВАЖКО ВІДПОВІСТИ		99
F3	ЧИ ВЖИВАЛА ТИ КОЛИ-НЕБУДЬ НАРКОТИКИ?		ТАК І ВЖИВАЮ ЗАРАЗ		1
			ВЖИВАЛА РАНІШЕ, ЗАРАЗ НЕ ВЖИВАЮ		2
			НІ		3→ G1
F4	ЧИ ВЖИВАЛА ТИ КОЛИ-НЕБУДЬ НАРКОТИКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ШПРИЦА?		ТАК І ВЖИВАЮ ЗАРАЗ		1
			ВЖИВАЛА РАНІШЕ, ЗАРАЗ НЕ ВЖИВАЮ		2
			НІ		3→ G1
F5	ЯК ЧАСТО ТИ ВЖИВАЛА НАРКОТИКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ШПРИЦА ЗА ОСТАННІ 30 ДНІВ?		ЩОДНЯ		1
			ОДИН АБО КІЛЬКА РАЗІВ НА ТИЖДЕНЬ		2
			ОДИН АБО КІЛЬКА РАЗІВ НА МІСЯЦЬ		3
			НЕ ВЖИВАЛА ЗА ОСТАННІ 30 ДНІВ		88→ G1
			ВАЖКО ВІДПОВІСТИ		99
F6	ЗА ОСТАННІХ 30 ДНІВ ЯК ЧАСТО ТИ ВИКОРИСТОВУВАЛА СПІЛЬНИЙ ІН'ЕКЦІЙНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ (ШПРИЦ, ПОСУД ДЛЯ ПРИГОТУВАННЯ НАРКОТИКА І ТАК ДАЛІ)?	ЗАВЖДИ	1	УЗ. ПОДУМАЙ ЩЕ РАЗ ПРО ПОДІЇ ОСТАНЬОГО МІСЯЦЯ. ЧИ БУЛИ ВИПАДКИ, КОЛИ ТИ ВИКОРИСТОВУВАЛА СПІЛЬНИЙ ІН'ЕКЦІЙНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ? 1. ВИКОРИСТОВУВАЛА СТЕРИЛЬНИЙ ІН'ЕКЦІЙНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ КОЖНОГО РАЗУ 2. БУВ ВИПАДОК, КОЛИ НЕ ВИКОРИСТАЛА	
		ЧАСТІШЕ, НІЖ В ПОЛОВИНІ ВИПАДКІВ (>50% ВИПАДКІВ)	2		
		У ПОЛОВИНІ ВИПАДКІВ (50% ВИПАДКІВ)	3		
		РІДШЕ, НІЖ В ПОЛОВИНІ ВИПАДКІВ (<50% ВИПАДКІВ)	4		
		НІКОЛИ -----> УЗ	5		
		ВАЖКО ВІДПОВІСТИ	99		

Г. ВПЛИВ ПРОЕКТУ	
БУДЬ ЛАСКА, ПОДИВИСЯ НА ЦІ ВИСЛОВЛЮВАННЯ І СКАЖИ, ЯКЕ З НИХ НАЙБІЛЬШ ТОБІ ПІДХОДИТЬ. ОЦІНИ, БУДЬ ЛАСКА, ЗА 10-БАЛЬНОЮ ШКАЛОЮ, ДЕ "1" – ПЕРШИЙ ВИСЛІВ, А "10" – ДРУГЕ.	
G1	<p>У МЕНЕ Є ПРОБЛЕМИ, І ЛИШЕ БЕРУЧИ УЧАСТЬ В ПРОЕКТІ, Я МОЖУ ЇХ ВИРІШИТИ</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: right;">99 = Важко відповісти</p> <p style="text-align: right;">МЕНІ НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО БРАТИ УЧАСТЬ В ПРОЕКТІ, ЩОБ ВИРІШИТИ СВОЇ ПРОБЛЕМИ</p>
G2	<p>ЯКЩО Б В ПРОЕКТІ НЕ МОЖНА БУЛО БЕЗКОШТОВНО ОТРИМАТИ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ (ГІНЕКОЛОГА, ДЕРМАТОЛОГА І так далі), Я Б НЕ ПОЧАЛА БРАТИ УЧАСТЬ У ПРОЕКТІ</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: right;">99 = Важко відповісти</p> <p style="text-align: right;">Я Б БРАЛА УЧАСТЬ У ПРОЕКТІ, НАВІТЬ ЯКЩО Б ТУТ НЕ МОЖНА БУЛО ОТРИМАТИ БЕЗКОШТОВНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ (ГІНЕКОЛОГА, ДЕРМАТОЛОГА, ТОЩО)</p>
G3	<p>ЯК ТІЛЬКИ Я ВИРІШУ СВОЇ ПРОБЛЕМИ, Я БІЛЬШЕ НЕ БРАТИМУ УЧАСТЬ У ПРОЕКТІ</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: right;">99 = Важко відповісти</p> <p style="text-align: right;">Я ПРОДОВЖУВАТИМУ БРАТИ УЧАСТЬ У ПРОЕКТІ НАВІТЬ ПІСЛЯ ВИРІШЕННЯ СВОЇХ ПРОБЛЕМ</p>
G4	<p>ЧИ ЗМІНИЛОСЯ ЩО-НЕБУДЬ У ТВОЄМУ ЖИТТІ ПІСЛЯ УЧАСТІ В ПРОЕКТІ? ЯКЩО ТАК, ТО ЩО САМЕ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Н. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СОЦІАЛЬНІ МЕРЕЖІ	
H1	<p>ПОДУМАЙ, БУДЬ ЛАСКА, ПРО ЛЮДЕЙ, ЯКИХ ТИ ЗНАЄШ (ТИ ЗНАЄШ ЇХ ІМЕНА, І ВОНИ ЗНАЮТЬ ТВОЄ), – ЛЮДЕЙ З ЯКИМИ, МОЖЛИВО, ТИ СПІЛЬНО ПРОЖИВАЄШ, СПІЛКУЄШСЯ; ЛЮДЕЙ ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ТВОЄМУ РАЙОНІ, ІНШИХ РАЙОНАХ МІСТА.</p> <p>СКІЛЬКИ З НИХ БУЛИ ЗАЛУЧЕНІ В НАДАННЯ СЕКСУАЛЬНИХ ПОСЛУГ ЗА ВИНАГОРОДУ (ГРОШІ, ОДЯГ, ЇЖУ І так далі) ЗА ОСТАННІХ 30 ДНІВ?</p> <p>(УЧАСНИКИ ПОВИННІ ОБОВ'ЯЗКОВО ДАТИ ВІДПОВІДЬ НА ЗАПИТАННЯ – НУЛЬ НЕ МОЖЕ БУТИ ВІДПОВІДДЮ)</p> <p style="text-align: right;">КІЛЬКІСТЬ _____</p>
H2	<p>СКІЛЬКИ З НИХ ТИ ЗУСТРІЧАЛА ЗА ОСТАННІЙ МІСЯЦЬ? (УЧАСНИКИ ПОВИННІ ОБОВ'ЯЗКОВО ДАТИ ВІДПОВІДЬ НА ДАНЕ ПИТАННЯ — НУЛЬ НЕ МОЖЕ БУТИ ВІДПОВІДДЮ)</p> <p style="text-align: right;">КІЛЬКІСТЬ _____ (ЦЯ КІЛЬКІСТЬ НЕ ПОВИННА ПЕРЕВИЩУВАТИ КІЛЬКОСТІ В ПОПЕРЕДНЬОМУ ЗАПИТАННІ)</p>
H3	<p>СКІЛЬКИ З НИХ, БУЛИ МОЛОДШІ 18 РОКІВ (НЕ ДОСЯГЛИ ПОВНОЛІТТЯ)? (УЧАСНИКИ ПОВИННІ ОБОВ'ЯЗКОВО ДАТИ ВІДПОВІДЬ НА ДАНЕ ЗАПИТАННЯ — НУЛЬ НЕ МОЖЕ БУТИ ВІДПОВІДДЮ)</p> <p style="text-align: right;">КІЛЬКІСТЬ _____ (ЦЯ КІЛЬКІСТЬ НЕ ПОВИННА ПЕРЕВИЩУВАТИ КІЛЬКОСТІ В ПОПЕРЕДНЬОМУ ЗАПИТАННІ)</p>
H4	<p>СКІЛЬКИ З НИХ УЖЕ БЕРУТЬ УЧАСТЬ У ЦЬОМУ ПРОЕКТІ?</p> <p style="text-align: right;">КІЛЬКІСТЬ _____ (ЦЯ КІЛЬКІСТЬ НЕ ПОВИННА ПЕРЕВИЩУВАТИ КІЛЬКОСТІ В ПОПЕРЕДНЬОМУ ЗАПИТАННІ)</p>

J. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ	
J1	СКІЛЬКИ ТОБІ ПОВНИХ РОКІВ? _____ 99 = В.В
A11	ЧАС ЗАКІНЧЕННЯ ІНТЕРВ'Ю _____ [Година] _____ [Хв]

Аналітичний звіт
**Дівчата-підлітки, залучені до комерційного сексу в Україні:
оцінка процесу та результатів впровадження цільової моделі інтервенцій**

Авторський колектив

Юлія Середя, канд. соціол. наук
Ольга Балакірева, канд. соціол. наук
Тетяна Бондар, канд. соціол. наук
Олена Сакович
Аня Тельчик

Рецензенти

Л.М. Герасіна, д-р соціол. наук
Ю.І. Яковенко, д-р соціол. наук

Редактор

М.М. Ілляш

Міжнародний консультант

Джоана Буша, Лондонська школа гігієни та тропічної медицини

Підписано до друку: 06.12.2010. Формат: 78x100/16

Папір офсетний. Друк офсетний.

Ум. др. арк.: 18,45. Обл-вид. арк.: 22,14

Наклад: 1000 прим.

Надруковано: ТОВ "ВЕРСО 04"
Київ, Желябова, 5А



Державна соціальна служба
для сім'ї, дітей та молоді



УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
СОЦІАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
імені
Олександра Яременка
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ

