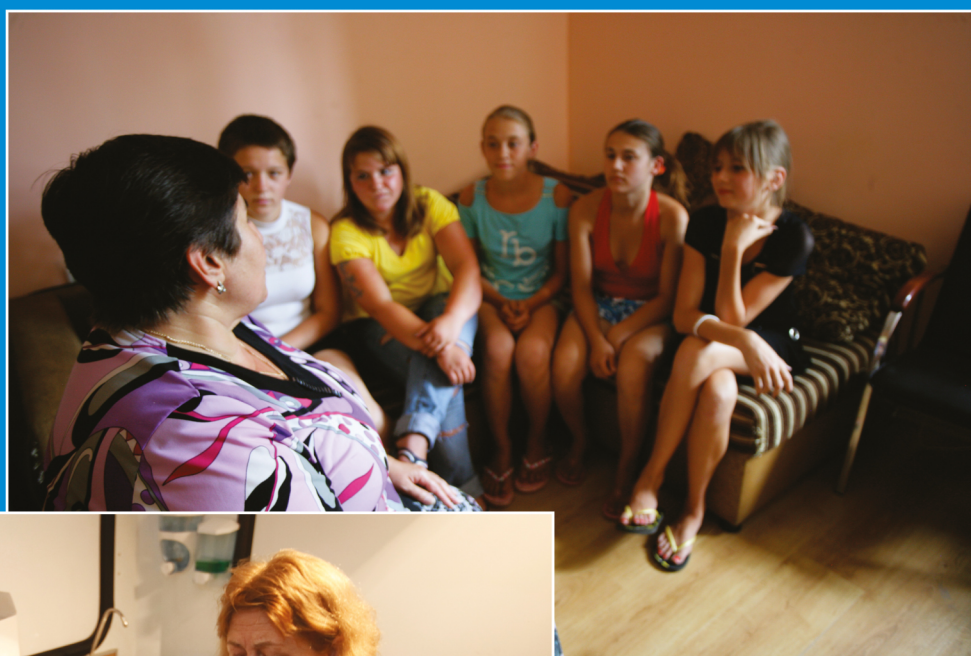




Комплексне дослідження мотивації та доступності ДКТ на ВІЛ для дітей та молоді





Комплексне дослідження мотивації та доступності ДКТ на ВІЛ для дітей та молоді

ББК 55.148(4Укр)
УДК 616.98:578.828ВІЛ]-053.5/.6(477)
К63

Авторський колектив:

Балакірева О. М., канд. соціол. наук,
Бондар Т. В., канд. соціол. наук,
Яцура О. П., канд. філол. наук,
Цвілій О. В.,
Судакова А. В.,
Сакович О. Т.

Рецензенти:

Нізова Н. М., професор, д-р мед. наук,
Ткач І. Я., канд. філос. наук
Сокурянська Л. Г., д-р соціол. наук
Черниш Н. Й., д-р соціол. наук

Редактор:

Ілляш М. М.

*Рекомендовано до друку вченою радою
Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка
(протокол № 1 від 6 березня 2013 р.)*

Створено в рамках проекту «Розбудова потенціалу неурядових організацій з питань профілактики ВІЛ/СНІД, лікування та догляду людей, які живуть з ВІЛ». За фінансової підтримки ЄС. Думки, висловлені у цьому звіті, не обов'язково відображають політику та погляди ЄС та ЮНІСЕФ.

Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ)

01021, Київ, Кловський узвіз, 5
Тел.: +380 44 254 2450, +380 44 254 2439, Факс: +380 44 230 2506
www.unicef.org.ua

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

К63 Комплексне дослідження мотивації та доступності ДКТ на ВІЛ для дітей та молоді : [аналіт. звіт / Балакірева О. М. та ін.] ; ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. — К. : КІС, 2013. — 124 с.

ISBN 978-617-684-062-6

У публікації подано результати дослідження серед підлітків і молоді (онлайнове опитування) та надавачів послуг ДКТ, проведеного у 2012–2013 рр. УІСД ім. О. Яременка, за технічної підтримки ЮНІСЕФ в Україні. Дослідження ґрунтується на методичних рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Цей аналіз містить доказову базу щодо досвіду та окреслює проблемні питання в отриманні послуг ДКТ підлітками, зокрема з груп ризику, надає практичні рекомендації щодо покращення доступу до якісних та комплексних послуг ДКТ дітям і молоді.

Видання може бути корисне для тих, хто працює з дітьми та молоддю, спеціалістам, які працюють у сфері надання послуг ДКТ і підтримки підлітків груп ризику, уразливих до інфікування ВІЛ, активістам молодіжних організацій, батькам і педагогам.

ББК 55.148(4Укр)
УДК 616.98:578.828ВІЛ]-053.5/.6(477)

ISBN 978-617-684-062-6

© ГО «Український інститут соціальних досліджень ім. Олександра Яременка», 2013
© Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), 2013

ЗМІСТ

ПОДЯКИ	5
СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	7
ВСТУП	8
СТИСЛИЙ ОГЛЯД РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	10
МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	15
ХАРАКТЕРИСТИКА УЧАСНИКІВ ОНЛАЙНОВОГО ОПИТУВАННЯ	22
I. НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЩОДО НАДАННЯ ДКТ ПІДЛІТКАМ ГРУП РИЗИКУ	27
1.1. Національне законодавство, що регулює питання надання послуг ДКТ підліткам	27
1.2. Інституції, що залучені до реалізації системи надання послуг ДКТ підліткам, зокрема ПГР, та комплексність цих послуг	30
II. ПОВЕДІНКОВІ РИЗИКОВАНІ ПРАКТИКИ ЩОДО ВІЛ-ІНФІКУВАННЯ	34
III. ПОІНФОРМОВАНІСТЬ ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ З ПИТАНЬ ВІЛ-ІНФІКУВАННЯ	39
IV. ДОСВІД ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ	44
V. ДОТРИМАННЯ ПРИНЦИПІВ ТА УМОВ ДКТ	48
5.1. Вік підлітка	49
5.2. Згода батьків.....	52
5.3. Місце проведення ДКТ	53
5.4. Безплатність послуги	57
5.5. Анонімність	58
5.7. Передтестове консультування	60
5.8. Отримання результатів	63
5.9. Післятестове консультування	65
5.10. Інформування батьків та інших осіб щодо позитивного результату	66
5.11. Переадресація після отримання результатів	68

VI. БАР'ЄРИ ЩОДО НАДАННЯ ПОСЛУГ ДКТ	72
Об'єктивні бар'єри	72
Суб'єктивні бар'єри	72
6.1. Об'єктивні бар'єри	74
6.1.1. <i>Нормативно-правові перепони</i>	74
6.1.2. <i>Підготовка та забезпечення кадрами.</i>	79
6.1.3. <i>Недостатнє фінансування напряму роботи.</i>	81
6.1.4. <i>Організаційний бар'єр.</i>	82
6.1.5. <i>Інформаційно-методичне забезпечення.</i>	83
6.2. Суб'єктивні бар'єри	85
6.2.1. <i>Недостатня поінформованість підлітків</i>	85
6.2.2. <i>Психологічні бар'єри</i>	87
VII. МОТИВИ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ	89
VIII. КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ДОСТУПУ ПІДЛІТКІВ ДО ПОСЛУГ З ДКТ.....	96
IX. НАБУТИЙ ДОСВІД (МЕТОДОЛОГІЧНІ ОБМЕЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ).....	101
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	103
Додаток 1. АНКЕТА ОН-ЛАЙН ОПРОСА ПОДРОСТКОВ В РАМКАХ ИССЛЕДОВАНИЯ «МНЕНИЯ, ОЦЕНКИ И ПРЕДПОЧТЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ОТНОСИТЕЛЬНО ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ»	106
Додаток 2. ПЛАН БЕСЕДЫ ИНТЕРВЬЮЕРА/ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА С ПОДРОСТКАМИ ПЕРЕД ОН-ЛАЙН ОПРОСОМ «ВИЧ-ТЕСТИРОВАНИЕ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ – ВЗГЛЯДЫ И МНЕНИЯ ПОДРОСТКОВ».....	122
Додаток 3. ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ЕКСПЕРТА/НАДАВАЧА ПОСЛУГ НА УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ	123
Додаток 4. ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ПІДЛІТКА НА УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ ..	124

ПОДЯКИ

За організацію та надання допомоги в проведенні дослідження та підготування цієї публікації організатори дослідження висловлюють щиру вдячність ВБФ «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», ВБФ «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій», Фондові Олени Пінчук «АНТИСНІД», Київському міському центрові соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Українській клінічній спеціалізованій дитячій лікарні «Охматдит», відділенню медико-соціальної допомоги підліткам та молоді ДКЛ № 6 Шевченківського р-ну м. Києва, відділенню медичної допомоги підліткам та молоді ЦРП Дніпровського р-ну м. Києва, Центрові медико-соціальної допомоги дітям та молоді «Діалог» Західноукраїнського спеціалізованого дитячого медичного центру, Центрові медико-соціальної допомоги дітям і молоді «Клініка, дружня до молоді» Шосткінської дитячої лікарні, відділенню медичної допомоги підліткам та молоді «Клініка, дружня до молоді» дитячої поліклініки № 2 Комунальної установи «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди», відділенню медико-соціальної допомоги підліткам та молоді «Клініка, дружня до молоді» м. Кролевеця, Міській клінічній лікарні № 21 ім. проф. Є. Г. Попкової (м. Дніпропетровськ), ВГЦ «Волонтер», БФ «Дорога к дому», МБФ «Юнітус», інформаційним ресурсам «Fashion AID» та «Safe Connection»¹, ТОВ «Школа онлайн-Донецьк», сайтові міста Львова 032.ua², БФ «Громадське здоров'я» м. Кривого Рогу, НУО «Дорога життя Дніпро», Дніпропетровській обласній НУО «Надія плюс».

Реалізація цього дослідження стала можливою лише завдяки співпраці широкого кола людей. Передовсім це співробітники ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка», керівники команд інтерв'юерів та інтерв'юери постійної мережі інституту в регіонах – Журавель Т. В. (м. Київ), Кузьмінській О. Є. та Добріновій А. А. (м. Миколаїв та Миколаївська обл.), Вегриян Н. К. (м. Одеса), Ахтямовій А. В. (м. Дніпропетровськ).

Окрема подяка Представництву Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні та щирі слова вдячності Олені Сакович, а також Мешковій Олені Михайлівні, кандидату медичних наук, заступникові генерального директора з організаційно-методичної роботи Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» МОЗ України, заслуженому лікарю України; Романенко Лідії Володимирівні, завідувачу методично-організаційного моніторингового центру НДСЛ «ОХМАТДИТ»; Бахно Олені Василівні, Бабінець Світлані Іванівні, працівникам Департаменту освіти і науки, молоді та спорту Київської міської державної адміністрації за сприяння у проведенні онлайн-опитування у загальноосвітніх школах та інтернатах та особливо керівникам на-

¹ Проекти підтримує Фонд Олени Пінчук «АНТИСНІД» – Fashion AID (<http://www.fashion-aid.in.ua>), Safe Connection (<http://www.antiids.org/ru/projects/infocampaign/9685>).

² <http://www.032.ua/>.

вчальних закладів; Крисову Леоніду Петровичу, головному спеціалістові напряму соціальної роботи з особами з проблемою ВІЛ/СНІДу відділу соціального інспектування та соціальної роботи з сім'ями Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Особлива вдячність експертам, які взяли участь у фокусованих групових дискусіях, глибинних інтерв'ю, експертні думки яких викладені в цьому звіті, та всім тим хлопцям і дівчатам, які стали учасниками дослідження.

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ВБФ	Всеукраїнський благодійний фонд
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	Імуноферментний аналіз
ДКТ	Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію
ЗОШ	Загальноосвітня школа
КДМ	Клініка, дружня до молоді
КУ	Комунальна установа
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
Мінсім'ямолодьспорт	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту
Мінсоцполітики	Міністерство соціальної політики України
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
НУО	Неурядові організації
ПГР	Підлітки груп ризику
СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту, IV стадія ВІЛ-інфекції
ЧСЧ	Чоловіки, що мають секс з чоловіками
УІСД ім. О. Яременка	ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»
УОЗ	Управління охорони здоров'я
ЦРП	Центральна районна поліклініка
ЦСССДМ	Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
ЦСПР	Центр соціально-психологічної реабілітації
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ)
UNAIDS	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу
USAID	Агентство США з міжнародного розвитку
PATH	МО «Програма оптимальних технологій в охороні здоров'я»

ВСТУП

Україна тривалий час залишається лідером з темпів поширення епідемії ВІЛ/СНІДу серед країн Східної Європи і СНД. Особливо уразливі до інфікування ВІЛ діти та молодь, бо саме серед них, як засвідчує низка досліджень³, рівень застосування ризикованих практик вищий, ніж серед дорослих. Станом на 1 січня 2012 р. в Україні оцінна кількість людей, що живуть з ВІЛ, віком від 15 років становить 223 530 осіб, а оцінна поширеність ВІЛ серед дорослого населення віком 15–49 років сягає 0,76 %⁴.

Загрозлива не лише тенденція до абсолютного збільшення кількості людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, але й те, що епідемія вже давно вийшла із середовища споживачів ін'єкційних наркотиків. Гетеросексуальний шлях передачі ВІЛ-інфекції, починаючи з 2008 р., випереджає штучний парентеральний при ін'єкційному введенні наркотичних препаратів.

За даними ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України», під медичним наглядом у закладах, що ведуть облік ВІЛ-інфікованих осіб, на 01.01.2013 р. перебувають 10 065 осіб до 18 років, з них 9262 – діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками. 2012 р. взято під диспансерний нагляд у центри СНІДу 4113 дітей віком 0–18 років, з них 4048 – діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками⁵. Зростає й абсолютна кількість дітей, уражених епідемією. Так, на кінець 2012 р. в Україні зареєстровано 2929 ВІЛ-інфікованих дітей, з них діти віком до 3 років становлять 12,6 %, 4–10 років – 30,7 %, 11–14 років – 37,2 %, 15–17 років – 19,5 %. Кожна з цих категорій неповнолітніх потребує особливої уваги і допомоги, адже майже щодня стикається з багатьма проблемами, які досить складно, а інколи неможливо розв'язати самотужки. Зрозуміло, що соціальний, психологічний, матеріальний добробут цих дітей і молодих людей значною мірою залежить від своєчасної зовнішньої підтримки, уваги і сприяння у розв'язанні їхніх відповідних проблем. На заваді цьому постає не лише недостатньо розвинута мережа закладів надання медичної допомоги та соціальних послуг, а й їхні обмежені можливості через брак коштів.

³ 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; Аналіз факторів, що спричиняють початок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К. : ВПК «ОБНОВА», 2010. – 52 с.; Дівчата-підлітки, залучені до комерційного сексу в Україні: оцінка процесу та результатів впровадження цільової моделі інтервенцій : аналіт. звіт / ЮНІСЕФ; Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2010. – 100 с. – Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Book_JKS_PROM_Web.pdf; Підлітки, які живуть або працюють на вулиці : актуальні акценти для ефективної профілактики ВІЛ (за результатами повторного соціально-поведінкового дослідження) [Електронний ресурс] / ЮНІСЕФ; Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2011. – 116 с. – Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/MARA_WEB.pdf.

⁴ Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДом станом на початок 2012 р. [Електронний ресурс]. – К., 2012. – Режим доступу: <http://www.unaids.org.ua/uk/situation>.

⁵ ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюл. / МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, Ін-т епідеміології та інфекц. хвороб ім. Л. В. Громашевського АМН України, ЦСЕС МОЗ України. – 2012. – № 39. – 35 с.

Неабияку роль відіграє високий рівень самостигматизації дітей і молодих людей, які практикують ризиковану поведінку, острах можливого розголошення їхнього ВІЛ-статусу та подальшої стигматизації і дискримінації серед соціального оточення.

Водночас завдяки політичній прихильності, широкій міжнародній допомозі та плідній співпраці державних і громадських організацій активно розвивається мережа ВІЛ-сервісних організацій та послуг, поступово створюються спеціалізовані медико-соціальні заклади, покликані надавати професійні та дружні послуги саме для дітей і молодих людей, що стали жертвами епідемії.

Як свідчить аналіз низки проведених досліджень, попри те, що проведення ВІЛ-тестування та консультування (ДКТ) – один з першочергових заходів профілактики ВІЛ-інфекції й має важливе значення для своєчасного отримання допомоги і лікування, але рівень доступу підлітків до ДКТ залишається досить низьким. Несвоечасна діагностика спричиняє проблеми в наданні допомоги і лікуванні на пізніх етапах. Забезпечення доступності антиретровірусної терапії (АРТ) і профілактичних заходів та рання діагностика можуть знизити передачу ВІЛ і поліпшити показники здоров'я населення, тим самим зменшуючи підліткову захворюваність і смертність.

Отже, поглиблене вивчення питання стосовно ставлення підлітків до тестування на ВІЛ та консультування особливо актуальне. Результати, отримані за допомогою онлайнового опитування підлітків та молоді (971 респондент віком від 13 до 24 років узяв участь в опитуванні), дають змогу об'єктивно оцінити рівень доступу представників цільової групи до необхідних послуг з ДКТ, з'ясувати досягнення та прогалини в системі ВІЛ-сервісу, орієнтованого саме на дітей і молодь, зокрема з груп ризику, дати відповідь, наскільки наявні послуги з ДКТ дійсно відповідають їхнім потребам та забезпечують захист їхніх прав. Аналіз отриманих даних дозволив з'ясувати основні тенденції в розвитку ВІЛ-сервісу для представників цільової групи; вплив зовнішніх (інституційних, організаційних тощо) та внутрішніх чинників на ефективність соціальних послуг для цільової групи, охарактеризувати їх сталість і перспективи розвитку.

Опитування «Думки, оцінки та уподобання підлітків щодо тестування на ВІЛ та консультування», відбувалося за єдиною методикою та інструментарієм у п'яти країнах – Україні, Азербайджані, Грузії, Молдові та Білорусі. Цей звіт подає результати опитування українських підлітків. Попередні результати цього дослідження були представлені та обговорені у процесі фокусгрупових інтерв'ю з підлітками, зокрема з груп ризику (ПГР), а також з експертами – надавачами послуг ДКТ соціальної та медичної сфер.

Слід зазначити певні обмеження отриманих даних для подальшого використання, адже метод онлайн-опитування не дає статистичних показників, репрезентативних для всієї молоді. Разом з тим дані щодо мотивації та бар'єрів доступу до ДКТ дають змогу впроваджувати ефективну діяльність з профілактики ВІЛ-інфікування серед дітей та молоді, вдосконалювати систему надання послуг на рівні окремих організацій та установ, активізувати структури громадянського суспільства, а також постійно координувати та взаємодіяти всім зацікавленим суб'єктам.

Дані цього дослідження становитимуть інтерес для осіб, які ухвалюють рішення у сфері ВІЛ-сервісу, зокрема співробітників Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики України та установ і закладів, що належать до сфери їхнього управління, працівників установ, закладів, організацій, які надають медико-соціальні послуги, послуги з ДКТ для дітей і молоді, зокрема з груп ризику.

СТИСЛИЙ ОГЛЯД РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

У звіті подано результати дослідження «Думки, оцінки та уподобання підлітків щодо тестування на ВІЛ та консультування» (за методологією ВООЗ), проведеного у 2012–2013 рр. УІСД ім. О. Яременка з метою виявлення потреб у питаннях тестування на ВІЛ, вивчення наявного досвіду та покращення доступу підлітків та молоді до якісних і комплексних послуг ДКТ. У ході цієї аналітичної роботи зібрано доказову базу щодо досвіду та визначено основні проблеми в отриманні послуг ДКТ серед підлітків, розроблено практичні рекомендації та представлено алгоритм дій безпосередньо для надавачів послуг.

Організація дослідження. УІСД ім. О. Яременка (спільно з МОЗ України та ЮНІСЕФ) залучив надавачів послуг ДКТ, що працюють з підлітками, зокрема ПГР, та експертів (усього 49 осіб) для опитування методом глибинних інтерв'ю з метою верифікації результатів опитування дітей і молоді.

Для онлайн-опитування молоді адаптовано інструментарій та виконано його пілотування шляхом проведення групових фокусованих інтерв'ю з представниками цільової групи (залучено 13–24-річних молодих людей, зокрема ПГР), проведено модерацію польового етапу опитування, проаналізовано отримані дані. *Онлайн-опитування молоді проводилося у 2 хвили:* у першу – без визначення додаткових пояснень дітям і молоді (опитано 465 осіб) надавалося право самостійно відповісти на запитання, що розміщувалися на сайтах організацій – надавачів послуг ДКТ і партнерів дослідження; у другу (з урахуванням аналізу результатів першої) – перед опитуванням (506 респондентів) соціальні працівники проводили додаткове роз'яснення.

Характеристики учасників онлайн-опитування. До онлайн-опитування залучено 971 респондент (483 юнаки, 488 дівчат) віком від 13 до 24 років, які мешкають не лише в столиці та обласних центрах, а й у невеликих містах і селах.

Із загального числа опитаних 38,8 % мають неповну середню освіту, 16,4 % – початкову середню освіту, 10,6 % – повну середню, 8,4 % – повну вищу, інші – незакінчену вищу та ПТНЗ на базі неповної середньої освіти. Серед усіх респондентів 65,4 % навчаються, зокрема – це підлітки шкільного віку. Більшу частину серед охоплених опитуванням становлять неодружені респонденти – 87,3 %. Окремо від батьків живуть 36,9 % опитаних.

Обмеження дослідження пов'язані із застосування методу онлайн-опитування за допомогою якого неможливо отримати показники, репрезентативні для всієї молоді, що необхідно враховувати під час інтерпретації результатів.

Дослідженням виявлено різні **ризиковані поведінкові практики**, що застосовує молодь. У віковій групі до 19 років дві третини опитаних (65,3 %, N=622) мали досвід статевих контактів. Майже половина (43,7 %) практикували секс без презерватива з особою іншої статі; мали одного/одну партнера/партнерку – 42,2 % (N=261) за остан-

ні 12 місяців. Частка осіб, які мали від 6 і більше партнерів, становить 10,4 %. Кожний десятий хлопець (9,9 %) вказав, що практикував секс без презерватива з чоловіком/хлопцем. Надавали сексуальні послуги за оплату або винагороду (їжу, одяг, житло, алкоголь, наркотики тощо) 4,3 % усіх опитаних. Сплачували за сексуальні послуги 2,1 % серед хлопців та мали статеві контакти без презерватива з ВІЛ-позитивною особою 0,7 % опитаних. Кумулятивний показник тих, хто є СІН, становить 15,2 %.

Результати дослідження демонструють *різницю у відповідях респондентів за статтю*. З відповідей підлітків у віковій групі до 19 років бачимо, що дівчата частіше наражаються на ризик інфікування ВІЛ: про досвід статевих контактів зазначили 66,3 % опитаних серед дівчат і 64,2 % серед хлопців, практикували секс без презерватива з особою іншої статі 50,2 % опитаних серед дівчат і 37,1 % – серед хлопців.

Дівчата частіше стають жертвами насилля: побутового у сім'ї (13,6 % серед дівчат і 9,3 % серед хлопців), психологічного (12,6 % серед дівчат і 7,6 % серед хлопців), сексуального (7,8 % серед дівчат і 3,6 % серед хлопців).

Майже чверть (22,3 %) респондентів, які перебувають у групі ризику інфікування ВІЛ, проживають без/окремо від батьків. 60,5 % підлітків групи ризику наразі не навчаються та не працюють. Крім того, 5,7 % опитаних зазначили, що вони були жертвами сексуального насилля, 9,6 % – фізичного, 14,4 % зазнали психологічного насилля, 8,3 % – фізичного з боку однолітків, 7,7 % – сексуального, 6,9 % – побутового насилля в сім'ї.

Недостатня поінформованість з питань ВІЛ-інфекції. Респонденти, які відповіли на запитання (N=449), переважно правильно зазначають серед шляхів передачі ВІЛ статевий контакт без презерватива (91,1 %), спільне використання шприців при ін'єкційному споживанні наркотиків (88,6 %), від ВІЛ-інфікованої матері до дитини (72,4 %). Загалом знання щодо шляхів передачі та запобігання статевій передачі ВІЛ демонструють лише чверть респондентів (28,5 %). Частка опитаних серед дівчат, що правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона передається, перевищує частку опитаних серед хлопців (32, % і 24 % відповідно).

Суттєві прогалини виявлено з таких питань: кожний третій (33,9 %) не впевнений, що ВІЛ-інфікована людина може виглядати здоровою; кожний четвертий (23,8 %) не впевнений або заперечує твердження, що єдиний спосіб дізнатися про свій ВІЛ-статус – це тестування з ВІЛ; майже половина (43,6 %) не знає, що результати тестування у статевих партнерів можуть бути як однакові, так і різні.

Результати опитування свідчать, що лише 10,3 % дітей та молоді мають **досвід тестування на ВІЛ**. Переважно це молоді люди старшого віку (серед 20–24-річних і 18–19-річних підлітків майже кожний другий – 45,5 % та 45,9 % відповідно; серед 13-річних – 2,8 %, 14–15-річних – 8,9 %, 16–17-річних – 10,5 %. За даними онлайн-опитування, частка дівчат, які мають досвід тестування ВІЛ, удвічі більша, ніж серед хлопців (відповідно 14,5 % та 7,2 %).

Менш ніж третина (29,8 %) підлітків, яких віднесено до групи високого ризику ВІЛ-інфікування, має досвід тестування на ВІЛ.

Найпоширеніші види тестування (N=191) – забір крові з вени шприцом (останній раз так тестувалися 48,2 % респондентів) та швидкий тест (44 %).

Найпоширенішими **місцями проходження тестування на ВІЛ** учасники онлайн-опитування визначають: поліклініки та лікарні (34,6 %), мобільний пункт тестування (18,3 %), НУО (13,6 %) та центри СНІДу (13,1 %). Кожний п'ятий з опитаних

(19,9 %) зазначив про часову незручність для проходження тестування, необхідність пропустити майже цілий день навчання/роботи для проходження процедури; в основному про це зазначали підлітки молодших вікових груп.

Серед *проблемних питань щодо місць проведення ДКТ на ВІЛ* експерти зазначають: територіальну віддаленість, неспроможність підлітків сплатити за проїзд до місця проведення ДКТ, їхню погану поінформованість про існування закладів тестування, некомплексність (неналагодженість системи «єдиного вікна») у наданні послуги ДКТ, нерозвиненість наявної мережі мобільних пунктів і лабораторій, неналагоджену систему переадресації послуг і соціального супроводу підлітків.

Респонденти зазначили низку *порушень принципів та умов тестування на ВІЛ* підлітків, які трапляються найчастіше.

З числа тих, хто проходив тестування, про неотримання результатів тесту на ВІЛ вказали 6,3 % опитаних (від 14 років і старших), 8,2 % – змушені були приховати свій справжній вік. Лише приблизно в половини опитаних (54,1 %) запитували про їхній вік, а в 17,3 % підлітків – ні. 78,1 % респондентів зазначили, що дозволу батьків у них не вимагали, і 9,2 % зазначили, що такий дозвіл був потрібен (серед них і підлітки старших від 14 років).

Майже кожен п'ятий (17,3 %) дав ствердну відповідь щодо платності тесту на ВІЛ, зокрема спостерігається тенденція до збільшення випадків потреби сплатити за тестування відповідно до віку. Про платність цієї послуги вказували у: поліклініці/лікарні (20 осіб), жіночій консультації (5 осіб), центрі профілактики та боротьби зі СНІДом (3 особи), громадській організації (2 особи), дерматовенерологічному диспансері (5 осіб), військкоматі (1 особа). Серед тих, хто платив за тест, 23,5 % – вже не вчаться, працюють, 21,1 % – навчаються та працюють, 18,8 % – не вчаться та не працюють, 9 % – вчаться, не працюють.

Третина опитаних (33,5 %) респондентів зазначили, що тестування не було анонімне, серед них: 36,8 % (N=64) – учні інтернатів, 34 % – мають окреме помешкання, 29,4 % – мешкають у гуртожитку. З числа тих, хто зазначив про порушення анонімності, 36,1 % – проживають окремо/без батьків.

У відповідях підлітки зазначають як про запиткування їхньої згоди (16,8 %), так і про те, що їх не повідомляють про право відмовитись від проходження тесту на ВІЛ (22,5 %). Найбільший відсоток таких порушень припадає на мешканців притулків для дітей (33,3 %) та інтернатів (у 26,3 % – не запитували згоду і в 31,6% – не попередили про право відмовитись).

Майже кожен третій опитаний (30,4 %) зазначив, що передтестова консультація з ними не була проведена. Зокрема: у поліклініці/лікарні (35 осіб), КДМ (1 особа), жіночій консультації/клініці дородового спостереження (6 осіб), центрі СНІДу (4 особи), кабінеті довіри (2 особи), мобільному пункті тестування (2 особи), наркологічному диспансері (2 особи), дерматовенерологічному диспансері (5 осіб), військкоматі (3 особи), громадській організації (3 особи).

Хоч більшість опитаних, які проходили тестування (66,7 %) зазначили, що бесіду після отримання позитивного результату з ними проводили, все ж частина вказала, що такої бесіди не було. Не всім підліткам запропоновано повідомити батьків про позитивний результат (63,6 %), а лише четвертій частині протестованих (27,3 %). Усі без винятку опитані зазначили, що вони не поділилися інформацією про свій ВІЛ-статус з однокласниками, а поінформували про це родичів.

Серед актуальних проблемних питань у наданні послуг ДКТ експерти також зазначають погану переадресацію послуг ДКТ між надавачами послуг і не налагоджений соціальний супровід.

Дослідження виявило **суб'єктивні та об'єктивні бар'єри** в наданні послуг з ДКТ для підлітків і ПГР. Так, серед об'єктивних бар'єрів є:

- 1) *неузгодженість нормативних актів* та їх невідповідність профільному законодавству, невизначеність ключових термінів «підлітки» та «підлітки груп ризику», проблема в отриманні дозволу на тестування на ВІЛ для підлітків до 14 років, коли батьки/законні представники дитини не встановлені або у разі неможливості залучити їх до процесу ДКТ з певних причин;
- 2) значна частина фахівців професійно не підготовлені до особливостей роботи з підлітками, зокрема ПГР; нестача спеціалістів та їх плинність; недостатня кількість медичного персоналу з відповідними навичками і практичним досвідом для аутичності з дітьми і молоддю груп ризику та для роботи в мобільних амбулаторіях/клініках;
- 3) *нема окремої статті фінансових витрат* на роботу з ПГР;
- 4) нерозвиненість інфраструктури закладів, що надають послуги ДКТ, бо на сьогодні сфера таких послуг ДКТ не покриває всіх потреб;
- 5) *інформаційно-методичне забезпечення* роботи потребує удосконалення та застосування новітніх технічних ресурсів (36,7 % серед опитаних зазначили, що інтернетресурс має містити зрозумілу для підлітків інформацію про можливість та місце тестування на ВІЛ, 23,6 % вказали на можливість наповнення програми для мобільного телефону такою ж інформацією).

Серед суб'єктивних бар'єрів визначено:

- 1) *недостатню поінформованість підлітків*. Більш ніж половина опитаних ніколи не замислювались про необхідність тестування на ВІЛ (59,1 %), третина думають, що в них невеликий ризик інфікування ВІЛ (36,0 %). Майже п'ята частина респондентів не знає, де можна пройти тест (17,2 %); 3,7 % опитаних не знали про можливість тестування без згоди батьків. Водночас лише половина з опитаних дітей та молоді (48 %) вважають за необхідне, щоб ПГР знали про свій ВІЛ-позитивний статус та його наслідки;
- 2) *психологічні бар'єри*: не проходили тестування, бо боялися результату (8,1 %), боялися, що можуть інфікуватися під час проходження тесту (6,7 %), боялися негативної думки оточення (6,1 %), побоювались взяття на медоблік – 3,6 %, що медичні працівники повідомлять батьків (2,8 %). Серед інших побоювань визначено: 3,9 % опитаних вказали, що не проходили тест на ВІЛ, бо за нього потрібно платити, 2 % – у зв'язку з браком документів, а 5,1 % опитаних воліють не знати взагалі, чи є ВІЛ-позитивними.

Мотиви тестування. На думку дітей та молоді, впливовою *формою* може стати *мотивація підлітків при особистому контакті*: на уроці/лекції (15,3 %), завдяки поради друзів (11,7 %) тощо. *Найкращим місцем проведення тесту на ВІЛ* може бути громадська організація (14,1 %), СНІД-центр (41,7 %), кабінет довіри (25,3 %), клініки, дружні до молоді (21,9 %). Кожний четвертий (26,9 %) взагалі не знає, де краще проводити тестування на ВІЛ. Різні думки висловлюють респонденти стосовно розташування місця проходження тесту: 8,0 % опитаних вважають, що воно має бути максимально віддалене, а 24,5 % респондентів – максимально наближене до місця проживання.

Для покращення умов проведення тестування має бути: гарантія, щоб ніхто із знайомих не дізнався (43,6 %), щоб результати тесту доводили до відома батьків тільки зі згоди підлітків (26,4 %), щоб не вимагали документів, які посвідчують особистість (39,4 %), щоб пропонувалося всім підліткам пройти тест на ВІЛ (37,4 %), щоб проводили тестування у зручний для підлітків час (33,9 %).

Серед характеристик самого тесту на ВІЛ, які б сприяли проходженню тестування на ВІЛ у майбутньому: безплатність (42,6 %), надання повідомлень про результат не пізніше ніж через дві години (33,6 %), якщо тест на ВІЛ буде не з крові, а зі слини (29 %), якщо тест буде з крові з пальця, а не з вени (20,6 %).

Впливовим мотивом, на думку третини опитаних, може стати пропонування підліткам тесту на ВІЛ з боку медичних (35,8 %) або соціальних працівників (29,1 %).

Результати дослідження свідчать, що наявна система надання послуг з ДКТ на ВІЛ не покриває всіх потреб підлітків та молоді. Для покращення інформування юнаків і дівчат з питань ВІЛ-інфікування та щодо можливостей ДКТ доцільно активніше використовувати інноваційні сучасні технології (запровадження онлайн-консультування, поширення інформації за допомогою інтернетмереж, мобільних телефонів тощо). Подальшої роз'яснювальної роботи потребують питання стосовно права підлітків старшого віку на тестування на ВІЛ без дозволу батьків, принципу добровільності тестування на ВІЛ та права відмовитися від проходження тесту. Актуальними залишаються питання доступності ДКТ для молодих людей з малих міст і сільської місцевості, забезпечення права на безоплатне тестування, впровадження ефективної системи переадресації послуг (за результатами ДКТ на соціальний супровід тощо). Не менш актуальними в розвитку системи надання послуг ДКТ залишаються й кадрові проблеми: брак спеціалістів, їхня невідповідність до роботи з підлітками, й підлітками груп ризику зокрема, плінність кадрів тощо. Необхідне подальше налагодження взаємодії між соціальними (зокрема НУО) та медичними закладами/організаціями, коли зусиллями цих структур створюється єдина модель надання комплексу послуг ДКТ підліткові.

За підсумками цього комплексного дослідження отримано низку важливих результатів, що стосуються як методологічних питань, так й організаційних аспектів, аналіз яких буде корисний при підготованні майбутніх дослідницьких проєктів. Крім того, усвідомлення цих проблемних місць дозволяє розуміти обмеження інтерпретації та використання отриманих даних.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Методологічний підхід дослідження ґрунтується на дослідженні «The Voices, Values and Preferences of Adolescents on HIV Testing and Counseling» в межах консультацій для розроблення «WHO HTC guidelines for adolescents»⁶ та матеріалах ВООЗ/WHO «Adolescent job aid: a handy desk reference tool for primary level health workers»⁷.

Дослідження виконано з **метою** покращення доступу підлітків до якісних і комплексних послуг ДКТ. За результатами дослідження розроблено практичні рекомендації, алгоритм дій безпосередньо для надавачів послуг.

Завдання дослідження:

1. Вивчення наявного досвіду щодо потреб у питаннях тестування на ВІЛ, проведенні ДКТ, з'ясування аспектів, важливих для підлітків, зокрема з груп ризику.
2. Виявлення основних бар'єрів для проходження ДКТ (нормативних, організаційних, психологічних тощо) підлітками, зокрема з груп ризику.
3. Визначення технічних потреб та умов для покращення доступу до послуг з ДКТ для підлітків, зокрема з груп ризику, та підвищення ефективності консультування як елементу профілактики ВІЛ-інфікування.

Загальна методологія характеризується **комплексним підходом** і базується на використанні різних джерел інформації, а саме:

- 1) кількісних (анонімне онлайн опитування) та якісних (фокусгрупи, глибинні інтерв'ю) методах збору та аналізу даних, отриманих від різних цільових груп:
 - a) учнів загальноосвітніх шкіл, ВНЗ, ПТНЗ;
 - b) підлітків груп ризику;
 - c) підлітків, які мають та не мають досвіду звернення по медико-соціальні послуги (зокрема ДКТ);
 - d) надавачів послуг, зокрема з ДКТ;
 - e) осіб, відповідальних за ухвалення рішень.
- 2) проведення експертного оцінення щодо вивчення думок, оцінок, вподобань і практичного досвіду надавачів послуг.

Для онлайн опитування залучено підлітків і молодь з різних регіонів України, які мешкають у населених пунктах різних типів (обласних центрах, інших містах, селах).

⁶ Презентація «The Voices, Values and Preferences of Adolescents on HIV Testing and Counseling» Consultation for the development of the WHO HTC guidelines for adolescents/ Alice Armstrong, Anke van der Kwaak and Liezel Wolmarans. Royal Tropical Institute (KIT) Amsterdam – докладено у ВООЗ (Женева), лютий 2012 р.

⁷ Adolescent job aid: a handy desk reference tool for primary level health workers. – WHO, 2010. – 180 p. (P. 9, 10) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599962_eng.pdf.

Цільові групи дослідження:

✓ *Підлітки та молодь, зокрема з груп ризику:*

- які мають досвід звернення по соціально-медичні послуги, зокрема ДКТ,
- які не мають досвіду звернення по соціально-медичні послуги, зокрема ДКТ,
- віком 13–24 роки з різних регіонів України (онлайнове опитування).

✓ *Надавачі послуг, які мають досвід надання ДКТ підліткам, зокрема ППР.*

✓ *Експерти з числа:*

- відповідальних за ухвалення рішень (представники МОЗ України, Держслужби з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, Головного управління охорони здоров'я м. Києва);
- тих, хто працює з підлітками, але не надає безпосередньо послуг з ДКТ (підліткові педіатри обласних/міських поліклінік, соціальні педагоги, завучі/заступники директорів з позакласної роботи в ПТНЗ).

Географія дослідження: регіони України. Особлива увага приділена м. Києву, Одеській, Миколаївській, Донецькій областям, що обумовлено впровадженими та реалізованими профілактичними моделями, спрямованими на роботу з підлітками груп ризику, які пропрацьовані в рамках проекту Дитячого фонду ООН «ЮНІСЕФ» протягом 2009–2013 рр.

Підготування та організація дослідження

Розроблення адаптованого інструментарію, зокрема його пілотування (проведено дві фокусгрупи **з підлітками та підлітками груп ризику**), методологічне забезпечення всього циклу дослідницьких робіт виконав ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка». Крім того, УІСД ім. О. Яременка скоординував проведення збору інформації та опрацювання отриманих даних, підготував аналітичний звіт, організував низку робочих зустрічей (фокусгруп) у рамках дослідження. За результатами цієї аналітичної роботи розроблено рекомендації.

У рамках проведення фокусгруп з підлітками скоординовано роботу з місцевими молодіжними громадськими організаціями та центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді для організації проведення цих фокусгруп (табл. 1).

З цією метою, по-перше, сформовано завдання для рекрутингу підлітків для місцевих молодіжних організацій – партнерів дослідження; по-друге, відібрано та навчено модераторів для проведення фокусгруп; по-третє, забезпечено дотримання всіх принципів проведення фокусгрупи (див. нижче «Принципи проведення дослідження»).

УІСД ім. О. Яременка (спільно з МОЗ України та ЮНІСЕФ) залучив надавачів послуг та **експертів** (усього 49 осіб) до опитування методом глибинних інтерв'ю з метою верифікації результатів опитування підлітків та отримання детальної інформації стосовно:

- специфіки взаємодії надавачів послуг з представниками цільової групи;
- умов і характеру надання послуг ДКТ підліткам, з акцентом на підлітках груп ризику, незалежно від їхнього ВІЛ-статусу;
- ключових проблем і перешкод у наданні послуг ДКТ, які б відповідали потребам підлітків;
- якості надання послуг ДКТ підліткам, зокрема ППР.

Вибір учасників інтерв'ю був зорієнтований на тих надавачів послуг ДКТ, що безпосередньо працюють з підлітками, зокрема ППР (табл. 2).

Характеристика учасників фокусгруп

Фокусгрупи з метою пілотування дослідницького інструментарію для онлайнного опитування серед підлітків, зокрема ПГР				
Цільова група – підлітки груп ризику (8 осіб): – віком від 13 до 19 років, – 4 хлопці та 4 дівчини, – 4 мають досвід проходження ДКТ, 4 – ні		Цільова група – учні загальноосвітніх шкіл, студенти першого – другого курсів ВНЗ (10 осіб): – віком від 13 до 19 років, – 5 хлопців та 5 дівчат, – 5 мають досвід проходження ДКТ, 5 – ні		
Фокусгрупи з підлітками, зокрема з ПГР, щодо думок, поглядів і досвіду тестування на ВІЛ				
Місто	м. Київ	м. Біла Церква (Київська обл.)	м. Одеса	м. Южноукраїнськ (Миколаївська обл.)
Кількість учасників	11 осіб	8 осіб	9 осіб	10 осіб
Стать	6 хлопців, 5 дівчат	5 хлопців, 3 дівчини	5 хлопців, 4 дівчини	3 хлопці, 7 дівчат
Вік	15–19 років	15–19 років	15–19 років	16–18 років
Досвід тестування на ВІЛ				
Мають досвід	8 осіб	6 осіб	9 осіб	5 осіб
Не мають досвіду	3 особи	2 особи	-	5 осіб
ВІЛ-статус (серед тих, хто мав досвід тестування)				
ВІЛ+	1 особа	-	1 особа	-
ВІЛ-	6 осіб	8 осіб	8 осіб	3 особи
Відмова відповідати	1 особа	-	-	2 особи

Таблиця 2

Характеристика експертів, які взяли участь в інтерв'ю

	Категорії експертів	ВСЬОГО
Надавачі послуг ДКТ	Медичні працівники ⁸	12
	Соціальні працівники ⁹	9
	Керівники медичних і соціальних організацій/установ ¹⁰	12
Не безпосередні надавачі ДКТ, але працюють з підлітками (переадресація)	Медичні працівники ¹¹	3
	Соціальні педагоги ПТНЗ	1
Представники управлінь охорони здоров'я облдержадміністрації (регіональний рівень)		3
Представники Міністерства охорони здоров'я України, Держслужби з питань протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань (національний рівень)		2
Представники всеукраїнських, міжнародних громадських організацій (національний рівень)		8
ВСЬОГО		49

Опитані експерти мають достатній досвід діяльності в установах і організаціях, що надають послуги ДКТ підліткам (окрім НУО, які в більшості випадків з питань тестування і консультування на ВІЛ працюють з клієнтами старших від 18 років).

⁸ Консультант з ДКТ Центру профілактики та боротьби зі СНІДом, спеціаліст КДМ (лікар-інфекціоніст, спеціаліст з ДКТ), спеціаліст кабінету довіри (медпрацівник).

⁹ Соціальні працівники громадських, молодіжних організацій, спеціалісти міських та районних центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

¹⁰ Керівники (координатори) громадських організацій, відділень медико-соціальної допомоги підліткам і молоді, клінік, дружніх до молоді.

¹¹ Підліткові педіатри обласних/міських поліклінік, медпрацівники центрів здоров'я та ПТНЗ.

Усі учасники інтерв'ю продемонстрували високу зацікавленість і небайдужість до теми дослідження, давали професійні відповіді на запитання інтерв'ю.

Залучені до проведення дослідження партнери у визначених містах (місцеві молодіжні та громадські організації, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді) надавали допомогу при відборі потенційних респондентів, учасників фокусгруп, проводили рекрутинг підлітків для онлайнного опитування, а також технічно забезпечували онлайнне опитування ПГР, надаючи планшети.

Інструментарій дослідження

На основі рекомендованого ВООЗ інструментарію УІСД ім. О. Яременка адаптував та розробив:

- Для надавачів послуг і кожної категорії експертів *сім гайдів для проведення фокусгруп для кожної групи експертів окремо* за такими тематичними блоками:
 - Нормативно-правова база та інформаційні ресурси для проведення ДКТ.
 - Підготовка та контроль спеціалістів з ДКТ, рівень їхньої залученості та досвід надання послуг.
 - Якість та поточні ресурси надання послуг.
 - Потенціал для розширення доступу підлітків до ДКТ та адвокації послуг.
 - Рекомендації щодо внесення змін в систему надання послуг.
- Для підлітків, зокрема ПГР, *гайд для проведення фокусгруп*, який мав такі питання:
 - Думки щодо тестування на ВІЛ та консультивання.
 - Досвід звернення по ДКТ.
 - Причини проходження чи непроходження ДКТ.
 - Думки щодо вдосконалення процедури та змісту ДКТ: як зробити його доступнішим, дружнім та ефективним для підлітків.
 - Питання технології проходження ДКТ: категорії підлітків, для яких рекомендовано ДКТ, конфіденційність, добровільна згода.

Методологія ВООЗ передбачала малюнки, за допомогою яких учасники фокусгруп робили свої презентації, тобто аргументували свою думку щодо того чи іншого запитання чи поняття. Методом «мозкового штурму» модератор стимулював учасників до групової дискусії та впровадження рекомендацій з боку підлітків.

- Інструментарій для онлайнного опитування (додаток 1), що був попередньо пропілотований шляхом двох фокусгруп, мав такі блоки:
 - Соціально-демографічні характеристики.
 - Поведінкові практики респондентів.
 - Знання щодо шляхів передачі ВІЛ/СНІДу.
 - Досвід тестування на ВІЛ, причини, що обумовлюють або перешкоджають проходженню тестування на ВІЛ.
 - Умови та якість дотестового консультивання, тестування та післятестового консультивання за оцінками респондентів, які мали досвід ДКТ.
 - Причини, що могли б зробити послугу з ДКТ доступнішою, дружньою та ефективною для підлітків, зокрема з груп ризику.

Крім того, підліткам, які брали участь у проведенні фокусгруп, а також надавачам послуг та експертам підписували *листи усвідомленої згоди* за визначеною формою (додатки 3 та 4).

Принципи проведення дослідження, якими керувалися та яких дотримувалися інтерв'юери:

- ✓ **Питання етики.** При проведенні опитування дітей дослідницька група керувалася «Етичними засадами проведення соціальних досліджень серед дітей в Україні», затвердженими на засіданні правління Соціологічної асоціації України (протокол № 7 від 10 грудня 2008 року)¹².

ГО «Український інститут соціальних досліджень» отримав схвальний висновок Комісії з професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України щодо етичних норм проведення дослідження серед підлітків.

- ✓ **Орієнтація на результат у майбутньому.** Запропоновані зміни в процес надання послуг ДКТ для підлітків потребує часу і, швидше за все, не дасть безпосередньої користі тим підліткам, які брали участь у фокусгрупах у межах дослідження. За допомогою інформаційних листків та інструкції підлітки знають, що зміни в наданні послуг не входить у компетенцію координаторів проекту. Втім участь у цій активності – це спосіб заявити про свої думки.

- ✓ **Згода на участь в опитуванні.** Свідому згоду дали всі учасники дослідження.

З урахуванням частини 1 статті 11 (Підстави виникнення цивільних прав та обов'язків) Цивільного кодексу України¹³, можна вважати, що навіть діти, які не досягли чотирнадцяти років, мають право на інформацію без згоди батьків або інших законних представників.

Отже, діти віком від чотирнадцяти до вісімнадцяти років мають право на інформацію без згоди батьків або інших законних представників.

Участь у фокусгрупах та інтерв'юванні добровільна, учасники могли відмовитися від неї в будь-який час.

- ✓ **Конфіденційність.** Питання щодо важливості конфіденційності підкреслено в тексті листів інформованої згоди, які респонденти заповнювали та підписували до початку проведення фокусгрупи чи інтерв'ю.

Публічний характер фокусгрупи означав, що конфіденційність не може бути гарантована стовідсотково, про що підлітків попереджено та запевнено, вона використовуватиметься в узагальненому вигляді та не буде розголошення приватної інформації конкретно певної особи. Учасників попередили, що конфіденційність може бути порушена задля вжиття заходів забезпечення захисту дитини координатором чи модератором у випадку отримання інформації щодо загрози життю або безпеці підлітка (наприклад, повідомлення про заподіяння фізичної шкоди). Однак це не відбувалось би без попереднього обговорення з підлітком та його згоди.

Для подальшого дотримання конфіденційності в рамках фокусгрупи учасникам була надана можливість використовувати псевдонім.

Уся інформація, отримана в ході дослідження, зберігалась на захищеному паролем комп'ютері, який був доступний тільки дослідницькій групі. Жодна ідентифікаційна інформація про співробітників або підлітків не використана в звітах.

¹² Етичні засади розроблені за підтримки Представництва ЮНІСЕФ в Україні. Вони базуються на дотриманні прав людини, принципів Конвенції ООН про права дитини та Керівних засад з етики Регіонального офісу ЮНІСЕФ для ЦСЄ та СНД (2008). [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://www.unicef.org/ukraine/ukr/ethnic_principles.pdf].

¹³ Цивільні права та обов'язки виникають із дій осіб, що передбачені актами цивільного законодавства, а також із дій осіб, що не передбачені цими актами, але за аналогією породжують цивільні права та обов'язки.

- ✓ Делікатність, зменшення можливої шкоди. Перед початком проведення фокус-груп учасників поінформовано про можливість виникнення делікатних питань, що стосуються досвіду підлітків проходження ДКТ і які можуть погано вплинути на хід групової дискусії. Отже, учасники мали змогу припинити свою участь у будь-який момент і звернутися до консультанта або бути направленими до відповідних служб соціальної допомоги та підтримки.
- ✓ Винагорода. В рамках цього дослідження окремої винагороди для його учасників не передбачалось, але всім учасникам під час проведення групових дискусій були запропоновані солодощі, напої.
- ✓ Забезпечення якості. Для подолання будь-якої упередженості дослідницької групи чи модератора та забезпечення високої якості дослідження, місцевим соціальним працівникам і працівникам молодіжного центру, які рекрутували учасників, заздалегідь запропоновано ознайомитися зі змістом фокусгрупи та інтерв'ю. Після кожної фокусгрупи до переліку запитань/заходів вносилися деякі зміни для їх уточнення в роботі наступної фокусгрупи.

Модератори заходів були залучені від місцевих партнерів і відібрані на підставі досвіду проведення групових дискусій з підлітками.

Опрацювання та аналіз даних

➤ Фокусгрупи з підлітками та інтерв'ю з експертами:

- розшифрування аудіозаписів;
- для аналізу отриманих даних застосовувалися якісні методи, на основі яких проведено первинний аналіз та узагальнений перелік бар'єрів доступу підлітків до якісних послуг з ДКТ.

➤ Онлайнове опитування:

- для збору даних використовувався сайт Monkey Survey;
- аналіз отриманих даних відбувався кількісними методами за допомогою програми SPSS.PC з можливістю проведення аналізу за цільовими групами, статтю та віком.

Для проведення онлайнового опитування адаптовано інструментарій та виконано його пілотування шляхом проведення групових фокусованих інтерв'ю з представниками молоді, промодеровано польовий етап опитування, проаналізовано отримані дані.

Онлайнове опитування підлітків та молоді проводилося у 2 хвили¹⁴:

- *перша хвиля* опитування відбувалася без визначення додаткових пояснень для підлітків, їм надавалося право самостійно відповісти на запитання, що розміщувалися на сайті опитування;
- *друга хвиля*, з урахуванням аналізу результатів першої, характеризується тим, що перед опитуванням підлітка соціальними працівниками проводилося додаткове роз'яснення щодо шляхів передачі ВІЛ, особливостей тестування та умов, його проведення (додаток 2), з використанням планшетів, що покращило доступ до опитування цільової групи.

¹⁴ Інформація щодо опитування була розміщена на сайтах партнерів (МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, ВГО «Мережа ЛЖВ», ВБО «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій», БФ «Дорога до дому», БФ «ЮНІТУС» та ін.). Для НУО сформульовано завдання з орієнтовною кількістю респондентів – ПГР для участі в опитуванні (орієнтовна кількість – по 40 ПГР як для першої, так і для другої хвиль опитування), а також рекомендацію щодо рівномірного рекрутування респондентів за статтю та віком.

На підставі отриманих даних проведено їх обговорення та узгоджено висновки й рекомендації під час трьох фокусгруп (серед підлітків, підлітків груп ризику та експертів).

Підготовлено узагальнений звіт і рекомендації щодо покращення доступу підлітків та молоді до якісних і комплексних послуг ДКТ, конкретний алгоритм дій для надавачів послуг.

Обмеження дослідження. Обмеження отриманих результатів пов'язане з технологією опитування онлайн та недостатнім рівнем компетентності підлітків та молоді з окремих питань тестування на ВІЛ.

Опитування молоді із застосуванням методу самостійного заповнення анкет у режимі онлайн не дозволяє отримати дані, які репрезентують всю молодіжну когорту (див. табл. 3). Поширення інформації про дослідження відбувалося через сайти громадських організацій та соціальних працівників, які працюють з визначеними цільовими групами. Рекрутинг підлітків відбувався також через ГО, школи-інтернати, підлітків – клієнтів громадських організацій.

Для частини респондентів недостатньо зрозумілі були терміни «тестування на ВІЛ», «позитивний результат», «негативний результат».

Розуміння низки проблемних питань, як методологічних, так і організаційних аспектів дозволили дослідницькій групі врахувати наявні обмеження під час інтерпретації отриманих даних. Детальніше набутий досвід щодо обмежень дослідження описано в розділі IX. *Набутий досвід (методологічні прогалини дослідження).*

ХАРАКТЕРИСТИКА УЧАСНИКІВ ОНЛАЙНОВОГО ОПИТУВАННЯ

Реалізована вибіркова сукупність онлайнного опитування складається з відповідей 971 респондента (зокрема ПГР), з них у першій хвили взяли участь 465 респондентів (187 хлопців та 278 дівчат), у другій хвили – 506 респондентів (296 хлопців та 210 дівчат). До опитування залучалися підлітки та молодь віком від 13 до 24 років з досвідом та без досвіду звернення по медико-соціальні послуги, зокрема ДКТ. Під час другої хвили більше уваги зосереджено на залученні до участі молодших вікових груп. Частка опитаних 13-річних підлітків від загальної чисельності склала 9,4 % (4,1 % – у 1-й хвили та 14,2 % – у 2-й), 14–15-річних – 24,9 % (15,1 % – у 1-й хвили та 34 % – у 2-й), 16–17 річних – 32 % (21,3 % – у 1-й та 41,9 % – у 2-й), 18–19-річних – 12,7 % (18,1 % – 1-й та 7,7 % – у 2-й) і 20–24-річних – 21 % (41,5 % і 2,2 % відповідно). Структура вибірки опитаних за віковими групами відрізняється від загальної структури цільової вікової когорти (див. табл. 3).

Таблиця 3

Структура респондентів онлайнного опитування за віком, осіб та %

Вік	Хвили				ВСЬОГО		Статистичні дані серед населення України, кількість осіб	%
	1-а хвиля		2-а хвиля					
	N	%	N	%	N	%		
13 років	19	4,1	72	14,2	91	9,4	427,3	6,0
14–15 років	70	15,1	172	34,0	242	24,9	941,4	13,2
16–17 років	99	21,3	212	41,9	311	32,0	1027,6	14,4
18–19 років	84	18,1	39	7,7	123	12,7	1180,8	16,5
20–24 роки	193	41,5	11	2,2	204	21,0	3564,4	49,9
Всього	465	100	506	100	971	100	7141,5	100,0

Об'єктивність даних дослідження забезпечувалася залученням до опитування осіб, які мешкають не лише в столиці й обласних центрах, але й інших містах і селах, а також різними каналами рекрутування підлітків та ПГР з різних місць їхнього проживання. Найбільша частка опитаних (43,8 %) проживає у великих містах, 41 % – мешкають в обласних центрах, 6,9 % – мешканці невеликих міст, 4,6 % – тих, що проживають в селі, 3,7 % – у селищах міського типу (табл. 4).

До вибірки потрапили підлітки, молоді люди, які живуть окремо від батьків, – 36,9 % (33,3 % – хлопців і 40,4 % – дівчат) (рис. 1). Серед 13–17-річних це переважно ті, хто проживає в інтернатних закладах, та підлітки, які живуть на вулиці (таких 13-річних підлітків – 53,8 %; 36 % – серед 14–15-річних; 21,2 % – серед 16–17-річних). Серед молоді віком 18–24 роки переважають ті, хто проживає в гуртожитках або розпочали самостійне життя у зв'язку із зміною місця проживання після набуття повноліття (зокрема переїхали до іншого міста для продовження освіти): 42,3 % серед 18–19-річних і 51 % серед 20–24-річних проживають поза родиною.

Структура вибірки респондентів онлайнного опитування за типом поселення, осіб та %

Місце проживання	Хвили				ВСЬОГО	
	1-а хвиля		2-а хвиля		N	%
	N	%	N	%		
Велике місто (>100 тис. мешканців)	188	40,4	237	46,8	425	43,8
Обласний центр	160	34,4	238	47,0	398	41,0
Невелике місто (<100 тис. мешканців)	60	12,9	7	1,4	67	6,9
Селище міського типу	26	5,6	10	2,0	36	3,7
Село	31	6,7	14	2,8	45	4,6
Всього	465	100	506	100	971	100

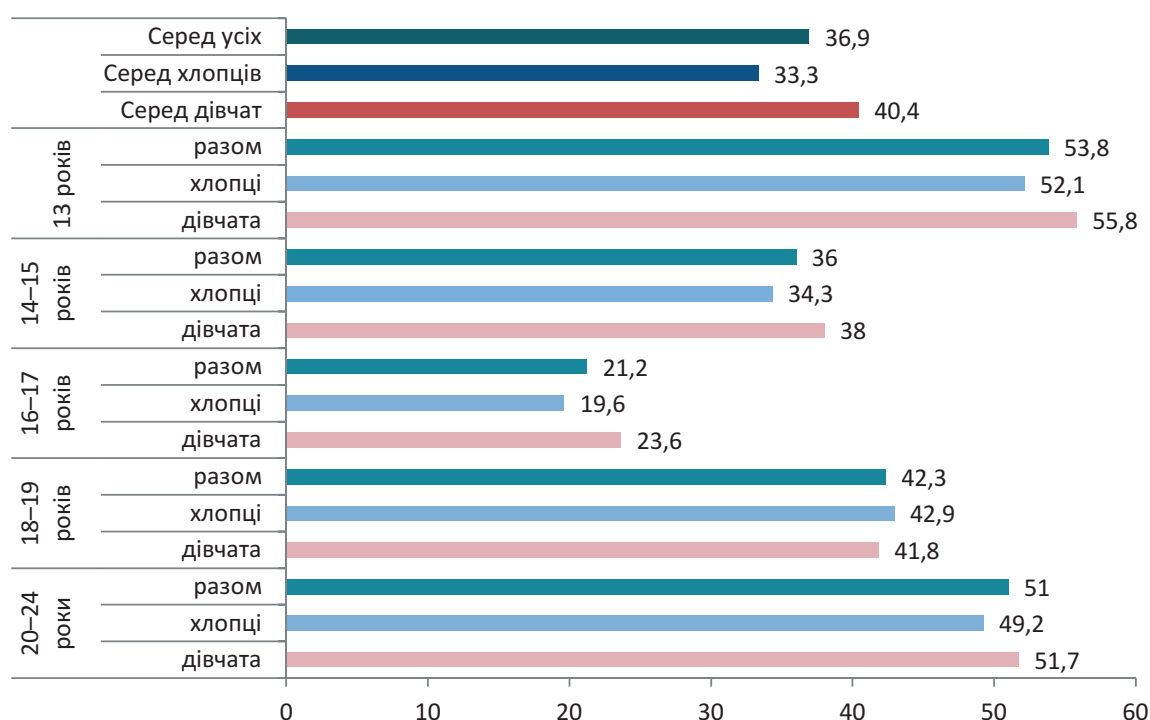


Рис. 1. Питома вага дітей та молоді, які вказали, що живуть окремо від батьків, за статтю та віком, %.

Переважаюча частина опитаних респондентів (68,7 %) проживає у власних або найманих помешканнях (найбільший відсоток припадає на підлітків старшого віку: 81,0 % – серед хлопців і 80,3 % – серед дівчат у віковій групі 16–17 років, 58,9 % – серед хлопців і 74,6 % – серед дівчат у віці 18–19 років, 90,2 % – серед хлопців і 89,5 % – серед дівчат у віці 20–24 роки; 20,5 % проживають в інтернатах (62,5 % – серед хлопців і 72,1 % – серед дівчат у віці 13 років, 44,8 % – серед хлопців і 38,0 % – серед дівчат 14–15 років, 8,7 % – серед хлопців і 10,2 % – серед дівчат 16–17 років, 7,1 % – серед хлопців і 6,0 % – серед дівчат 18–19 років); 8,9 % опитаних мешкають у гуртожитках (зокрема це підлітки старшого віку); 1,1 % – у притулках для дітей (серед 13–16-річних); 0,5 % перебуває більшу частину часу на вулиці; 0,3 % – без певного місця проживання (табл. 5).

**Структура респондентів за умовами проживання,
за статтю та віком, хвилиною опитування, %**

Умови проживання	Серед усіх	Хвили		За статтю		За віком, років									
		1 хвиля	2 хвиля	хлопці	дівчата	13		14-15		16-17		18-19		20-24	
						хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.
Квартира, дім (наймана, власна, батьків або чоловіка/дружини, зокрема неофіційних)	68,7	81,7	56,7	65,8	71,5	35,4	16,3	47,8	57,4	81,0	80,3	58,9	74,6	90,2	89,5
Інтернат	20,5	4,5	35,3	22,8	18,2	62,5	72,1	44,8	38,0	8,7	10,2	7,1	6,0	0	0
Гуртожиток	8,9	10,1	7,7	9,3	8,4	0	4,7	3,7	1,9	9,2	9,4	33,9	19,4	6,6	8,4
Притулок	1,1	2,2	0,2	0,8	1,4	2,1	7,0	1,5	2,8	0,5	0	0	0	0	0
Більшу частину часу на вулиці (горища, підвали тощо)	0,5	1,1	0	0,8	0,2	0	0	2,2	0	0	0	0	0	1,6	0,7
Без певного місця проживання	0,3	0,4	0,2	0,4	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	1,6	0,7

Щодо рівня освіти респондентів отримано такі дані: майже всі мають/мали доступ до освітніх послуг і, залежно від свого віку, здобули або здобувають відповідну освіту (табл. 6). Найбільша частка респондентів має неповну середню освіту – 38,8 % (серед 13-річних – 11,0 %, серед 14–15-річних – 65,7 %, серед 16–17-річних – 55,0 %, серед 18–19-річних – 23,6 %, серед 20–24-річних – 3,9 %), 16,4 % – початкову середню освіту, 10,6 % – повну середню, 8,4 % – повну вищу, 7,8 % – незакінчену вищу, 6,1 % – ПТНЗ на базі неповної середньої освіти тощо.

Таблиця 6

**Структура респондентів за рівнем освіти,
за віком, %**

Освіта	Серед усіх	За віком, років				
		13	14-15	16-17	18-19	20-24
Неповна середня (атестат за 8–9 класів середньої школи)	38,8	11,0	65,7	55,0	23,6	3,9
Початкова середня (4–7 класів середньої школи)	16,4	86,8	27,7	1,6	2,4	2,5
Повна середня освіта (атестат за 10–11 класів середн. школи)	10,6	0	1,2	21,2	22,8	2,9
Повна вища (спеціаліст, магістр)	8,4	0	0	0,6	0,8	38,7
Незакінчена вища	7,8	0	0	2,3	18,7	22,5
ПТНЗ на базі неповної середньої освіти	6,1	0	3,7	10,6	8,9	2,9
Базова вища освіта (бакалавр)	4,5	0	0	1,0	2,4	18,6
Середня професійна (технічна, диплом технікуму, училища)	3,4	0	0	2,6	8,9	6,9
ПТНЗ на базі повної середньої освіти	3,2	0	0,4	4,5	11,4	1,0
Неповна початкова (менше ніж 4 класи середньої школи)	0,7	2,2	1,2	0,6	0	0

Діапазон відповідей щодо рівня зайнятості опитаних говорить про те, що більшість навчається – 65,4 %, переважна більшість серед них – це підлітки шкільного віку (9,2 % серед 13-річних, 88,0 % – серед 14–15-річних, 78,5 % серед 16–17-річних); кожний п'ятий навчається та працює (найбільша частина припадає на опитаних старшого віку: 39 % – серед 18–19-річних і 28,9 % – серед 20–24-річних); 11 % працює, переважно це 20–24-річні – 44,1 %; і 3,9 % – не навчаються і не працюють (табл. 7).

Таблиця 7

Структура респондентів за рівнем зайнятості, за віком, %

	Серед усіх	За віком				
		13 років	14–15 років	16–17 років	18–19 років	20–24 роки
Навчаються, не працюють	65,4	9,2	88,0	78,5	44,7	19,6
Навчаються та працюють	19,7	6,6	8,7	18,3	39,0	28,9
Не навчаються, працюють	11,0	0	0,8	1,9	7,3	44,1
Не навчаються, не працюють	3,9	2,2	2,5	1,3	8,9	7,4

Серед охоплених опитуванням вагому більшість складають неодружені респонденти – 87,3 %; 7,5 % – офіційно не зареєстровані, але живуть разом (серед підлітків старшого віку – 16–24 років – частка серед дівчат перевищує частку серед хлопців майже удвічі); 5,1 % – перебувають в офіційному шлюбі (табл. 8).

Таблиця 8

Структура респондентів за сімейним станом, за статтю та віком, %

Сімейний стан	Серед усіх	За статтю		За віком														
				13 років			14–15 років			16–17 років			18–19 років			20–24 роки		
		хлопці	дівчата	Разом	хлопці	дівчата	Разом	хлопці	дівчата	Разом	хлопці	дівчата	Разом	хлопці	дівчата	Разом	хлопці	дівчата
Неодружений/незаміжня	87,3	93,4	81,4	98,9	97,9	100	97,5	97,0	98,1	95,5	97,3	92,9	86,2	91,1	82,1	58,3	72,1	52,4
Живуть разом, але офіційно не зареєстровані	7,5	4,1	10,9	1,1	2,1	0	1,2	1,5	0,9	4,2	2,2	7,1	12,2	7,1	16,4	20,1	14,8	22,4
Одружений/а	5,1	2,5	7,8	-	-	-	1,2	1,5	0,9	0,3	0,5	0	1,6	1,8	1,5	21,6	13,1	25,2

З метою верифікації отриманих даних, перевірки гіпотез та уточнення низки отриманих суперечливих відповідей за результатами проведеного онлайн-опитування, додатково проведено три фокус-групи: з підлітками, підлітками груп ризику та надавачами послуг.

Фокусгрупи за результатами дослідження¹⁵

Фокусгрупи з підлітками для обговорення отриманих результатів онлайнного опитування		
Цільова група – підлітки груп ризику (10 осіб): – віком від 16 до 20 років, – 4 хлопці та 6 дівчат		Цільова група – підлітки (10 осіб): – віком від 16 до 20 років, – 5 хлопців та 5 дівчат
Досвід тестування на ВІЛ		
Мають досвід	6 осіб	6 осіб
Не мають досвіду	4 особи	4 особи
ВІЛ-статус (серед тих, хто мав досвід тестування)		
ВІЛ+	-	-
ВІЛ-	5 осіб	6 осіб
Відмова відповідати	1 особа	-
Фокусгрупа з експертами – надавачами послуг для обговорення отриманих результатів онлайнного опитування		
Кількість учасників – 6 осіб, залучених до надання послуг підліткам, зокрема ПГР, а саме: – працівники соціальної сфери (керівник НУО, соцпрацівник НУО, психолог КДМ) (3 особи), – працівники медичної сфери (консультант центру СНІДу, спеціаліст КДМ, підлітковий педіатр) (3 особи)		

¹⁵ Усі учасники фокусгруп за результатами проведеного дослідження раніше не були учасниками попередніх фокусгруп і не брали участі в опитуваннях.

I. НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЩОДО НАДАННЯ ДКТ ПІДЛІТКАМ ГРУП РИЗИКУ

«Законодательные аспекты – амые сложные вопросы, с которыми приходится сталкиваться в своей работе». (Надавач послуг, соціальний працівник НУО, м. Миколаїв)

1.1. Національне законодавство, що регулює питання надання послуг ДКТ підліткам

На сьогодні серед спеціалістів, що працюють у сфері надання медико-соціальних послуг, зокрема послуг з ДКТ, досить активно порушуються та обговорюються питання щодо необхідності нормативного узгодження низки питань надання цих послуг підліткам загалом і підліткам груп ризику зокрема.

У цьому розділі використані матеріали «Нормативно-правового огляду щодо профілактики ВІЛ/СНІДу та доступу підлітків, зокрема з груп ризику, до медико-соціальних послуг», який підготовлено в рамках проекту ЮНІСЕФ (наразі матеріал готується до друку).

Загальні положення щодо ДКТ на ВІЛ-інфекцію серед населення базуються на низці законодавчих актів: Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»¹⁶, Законі України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»¹⁷, Законі України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки»¹⁸.

Законом України «Про охорону дитинства» дитині гарантується право на охорону здоров'я, безоплатну кваліфіковану медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, створення безпечних умов для життя і здорового розвитку¹⁹.

Питання надання медичних послуг особам до 18 років з урахуванням особливостей правового статусу цієї категорії й з розподілом на дві вікові групи – молодших

¹⁶ Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

¹⁷ Закон України від 23.12.2010 р. № 2861-VI «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

¹⁸ Закон України від 19.02.2009 р. № 1026-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки».

¹⁹ Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

від 14 років та від 14 до виповнення 18 років – регулюються Цивільним²⁰ і Сімейним²¹ кодексами.

Відповідно до ч. 3 ст. 284 Цивільного кодексу України і ч. 1 ст. 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» медична допомога особі з чотирнадцятирічного віку провадиться за її згодою, а пацієнтові до 14 років надається за згодою його законних представників.

Новою редакцією Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» передбачено *добровільне право на проведення тестування осіб віком від 14 років і старше за наявності усвідомленої інформованої згоди особи, отриманої після надання їй попередньої консультації щодо особливостей тестування, його результатів і можливих наслідків, з дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних, у тому числі даних про стан здоров'я особи. За бажанням особи, яка звернулася до закладу охорони здоров'я для проведення медичного огляду, такий огляд може бути проведений анонімно.*

Відомості про результати медичного огляду, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю (ст. 8 Закону). У разі виявлення ВІЛ-інфекції у неповнолітніх віком до 18 років, працівник закладу охорони здоров'я, в якому проведено медичний огляд, повідомляє про це батьків або інших законних представників зазначених осіб (ст. 9 Закону).

Порядком добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (далі – Порядок ДКТ)²² визначено *мету і завдання ДКТ, основні принципи ДКТ (добровільність, конфіденційність, анонімність, доступність та відсутність дискримінації, достовірність та повнота інформації, професійна та технічна досконалість, мобілізація ресурсів) процедуру консультування, форми та зміст передтестового консультування, вимоги та організаційні питання щодо перед- та післятестового консультування (забезпечення конфіденційності, вимоги до пунктів консультування, до консультантів, загальні вимоги щодо умінь та навичок поведінки консультанта при проведенні перед- та післятестового консультування), перелік організацій та закладів, в яких можуть надаватись послуги ДКТ.*

Порядок ДКТ також визначає *особливості консультування окремих груп клієнтів, зокрема підлітків та представників груп ризику (серед них: споживачів ін'єкційних наркотиків, працівників комерційного сексу, ЧСЧ).*

Крім того, «Методичні рекомендації для медичних працівників щодо надання послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» Держслужби з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань МОЗ України²³ передбачають проведення *тестування на ВІЛ-інфекцію тільки після усвідомленої та добровільної згоди пацієнта.*

Спільним наказом МОЗ і Мінсім'ямолодьспорту про медичне обслуговування дітей у притулках і центрах соціально-психологічної реабілітації затверджено «Схему

²⁰ Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. № 435-IV.

²¹ Сімейний кодекс України від 10.01.2002 р. № 2947-III.

²² Наказ МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

²³ Методичні рекомендації для медичних працівників щодо надання послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію/Державна служба з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань. – К., 2011.

обстеження дітей, які перебувають у закладах соціального захисту, у лікувально-профілактичних закладах»²⁴. Серед обов'язкових обстежень, що мають пройти діти при влаштуванні до цих закладів, є аналіз крові на ВІЛ-інфекцію. Як відомо, до притулків потрапляють діти на час визначення їхніх законних представників та встановлення подальшого місця перебування (інтернатний заклад, опіка/піклування, прийомна сім'я, дитячий будинок сімейного типу тощо); на термін перебування дитини у закладах інтереси дитини представляє керівник вказаного закладу.

У випадках, коли законні представники дитини не встановлені, а їй іще не виповнилося 14 років, ДКТ проводиться з дозволу органів опіки та піклування, що надається за клопотанням служби у справах дітей (ст. 65 Цивільного кодексу України: «До встановлення опіки або піклування і призначення опікуна чи піклувальника опіку або піклування над фізичною особою здійснює відповідний орган опіки та піклування»).

Водночас у нормативно-правових актах не міститься норм щодо дій фахівців у випадку, коли дитина віком до 14 років має законних представників, але залучити їх до процесу ДКТ з певних причин неможливо. Проте Служба у справах дітей, як орган що здійснює заходи щодо захисту їхніх прав, свобод і законних інтересів та веде облік дітей, які опинились у складних життєвих обставинах²⁵, може ініціювати тестування дитини на ВІЛ, маючи офіційне підтвердження від медичного закладу про необхідність такого тестування та загрозу здоров'ю і життю дитини в разі його непроведення.

Відповідно до Інструкції про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям та Типового положення про мультидисциплінарну команду із забезпечення медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям та їхнім сім'ям медичні працівники мають право проводити додаткові обстеження та лікування (у разі потреби) підлітка віком 14 років і старших без обов'язкового залучення батьків та ініціювати обстеження на ВІЛ дитини, коли законні представники виступають проти²⁶. Також передбачено, що *при отриманні позитивних результатів обстеження на ВІЛ-інфекцію у дитини старше чотирнадцяти років рішення про надання інформації щодо її ВІЛ-статусу батькам або законному представнику приймає пацієнт*. Разом з тим, *якщо батьки або інші законні представники звернуться до медичного закладу із запитом щодо стану здоров'я дитини, їм має бути надана уся необхідна інформація*. Таку інформацію медичні працівники мають право не надавати лише в разі, коли йдеться про дитину, віком 14 років і старше у випадках, якщо це може зашкодити інтересам, здоров'ю або подальшому лікуванню дитини. Відповідне рішення міждисциплінарної команди обґрунтовується та вноситься до медичної карти.

Етап діагностики в цьому нормативному акті не розписаний.

Що стосується обстеження на ІПСШ, лікування від наркозалежності, замісної терапії і АРТ, то чинне законодавство України не містить спеціальних норм щодо віку дітей, з якого вони можуть самостійно проводити зазначені процедури. У такому разі слід керуватися загальною нормою – медичне втручання щодо особи, якій виповнилось 14 років, відбувається за її згодою (ст. 284 Цивільного кодексу України). Якщо ди-

²⁴ Наказ Міністерства молоді та спорту, МОЗ України від 28.09.2006 р. № 3297/645 «Про затвердження Порядку медичного обслуговування дітей у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей та схеми обстеження їх у лікувально-профілактичних закладах».

²⁵ Закон України «Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей».

²⁶ Наказ МОЗ, Міносвіти, Міністерства молоді та спорту, Держдепартаменту з питань виконання покарань, Мінпраці від 23.11.2007 р. №740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».

тина не досягла віку 14 років, надання медичної допомоги відбувається на прохання чи за згодою опікуна дитини²⁷.

«Во-первых, каждый день в нашей стране происходят какие-то изменения, и подростки группы риска требуют более пристального внимания, а законодательство наше еще не настолько усовершенствовано. Хотелось бы видеть подвижки в этом направлении» (експерт, медичний працівник, м. Одеса).

Отже, медичний огляд на ВІЛ-інфекцію підлітків віком від 14 років і старших може проходити самостійно, без прохання чи згоди законного представника дитини. Але при цьому допустимо, що такий медичний огляд може також проводитися на прохання чи за згодою законних представників неповнолітніх віком від 14 до 18 років, які мають право бути присутніми при проведенні огляду.

1.2. Інституції, що залучені до реалізації системи надання послуг ДКТ підліткам, зокрема ПГР, та комплексність цих послуг

«Хочется иметь развитую инфраструктуру для подростков, чтобы могло что-то меняться».
(Медичний працівник, національний консультант, міжнародна організація, м. Київ)

Згідно з Порядком ДКТ право проведення медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції та видачі офіційних висновків про його результати надається лише державним і комунальним закладам охорони здоров'я, що мають відповідно обладнані спеціальні лабораторії, акредитовані в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. Ці заклади охорони здоров'я можуть проводити тестування також у мобільних пунктах та амбулаторіях. Окрім медичних закладів, ДКТ (за умови використання швидких тестів) можуть проводити також в неурядових організаціях, зокрема на базі мобільних пунктів і амбулаторій та в центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді²⁸.

Порядком ДКТ встановлено перелік організацій і закладів, в яких можуть надавати послуги ДКТ відповідно до визначених вимог. Але насамперед ці послуги – один з основних видів діяльності мережі кабінетів «Довіра»²⁹. Безпосередньо для підлітків ці послуги надають клініки, дружні до молоді³⁰. Також серед основних функцій ЦСССДМ, спрямованих на надання соціальних послуг з різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу, визначено дотестове та післятестове консультування³¹.

²⁷ Аналіз нормативно-правової бази щодо забезпечення прав дітей і молоді, які живуть та працюють на вулиці, попередження безпритульності й бездоглядності в Україні / Тетяна Бордуніс. – К. : USAID | Проект розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні. – 2011. – С. 50–53.

²⁸ Наказ МОЗ України від 21.12.2010 р. № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення».

²⁹ Наказ МОЗ України від 25.02.2008 р. № 102 «Про функціонування кабінетів «Довіра».

³⁰ Наказ МОЗ України від 14.11.2005 р. № 604 «Про удосконалення організації надання медико-соціальної допомоги дітям та молоді».

³¹ Наказ Міністерства молоді та спорту, МОЗ України від 18.12.2006 р. № 1320/13194 «Про затвердження Порядку взаємодії центрів

• **Центри профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІДом** (далі – центри СНІДу). На сьогодні мережа центрів СНІДу створена та діє в усіх областях України, м.м. Києві та Севастополі. Ці медичні установи вживають заходів, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу серед населення регіону/міста, надають весь комплекс послуг ДКТ і спеціалізовану медичну допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, співпрацюють з органами виконавчої влади, підприємствами, установами та організаціями, об'єднаннями громадян, які реалізують політику у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

• **Клініки, дружні до молоді** (далі – КДМ). Відповідно до положення про заклад, клієнтами КДМ є діти та молодь віком від 10 до 24 років. У КДМ клієнтам надають не лише медичні, а й інформаційні, психологічні, соціальні та юридичні послуги. Послуги ДКТ на ВІЛ – обов'язковий напрям роботи всієї мережі КДМ в Україні. Персонал має необхідну підготовку для роботи з підлітками і проведення ДКТ. Фахівці закладів проходять обов'язкове навчання, яке підтверджується видачею сертифікатів. Супервізія процесу ДКТ відбувається насамперед у межах установи, іноді із залученням спеціалістів СНІД-центрів, представників НУО та міжнародних організацій. Щотри роки КДМ проходять сертифікацію, за планом якої передбачено також проведення ДКТ на ВІЛ та профілактична робота з підлітками: *«Дружественные клиники для данной возрастной категории, которые могут выполнять функции не только лечебные, но и профилактические. К сожалению, их сеть сейчас невелика, не все они являются доступными для самых уязвимых и незащищенных категорий из группы подростков риска и уличных детей»*; *«Опять-таки, лучшего места для ДКТ для подростков среди учреждений, подобных таким клиникам, я на сегодня просто не вижу»* (медичний працівник, національний експерт, міжнародна організація, м. Київ), *«Потому, что я очень довольна клиникой дружественной. У них есть психологи, они всегда анонимы, конфиденциальность, доступность»* (надавач послуг, медичний працівник, м. Київ).

• **Кабинети «Довіра»**. Спеціалісти кабінетів «Довіра» надають послуги з ДКТ, зокрема на базі СНІД-центрів. Серед їхніх клієнтів є також підлітки. Консультують підлітків незалежно від віку, а тестують, починаючи з 14 років. Послуги ДКТ підліткам надають відповідно до норм, визначених законодавством України. *«У нас есть структура. Она работает, это кабинеты «Доверия»... Сейчас их у нас по стране множество, но сказать, что это суперзамечательно и абсолютно везде и всем доступно, пока еще нельзя... Нужно не просто удержать тот уровень, который есть сегодня, а развивать эту сферу... Потому что здесь функция чисто здравоохраненческая – анализы на ВИЧ, на гепатит, даже произведенные в полевых условиях быстрыми тестами, они нуждаются в подтверждении разными тестами. То есть, это должно быть сделано в сертифицированных государственных лабораториях, только так. У нас такие лабораторные анализы может утверждать только лаборатория. Поэтому просто такую услугу передать той же социальной службе – это не было бы правильно. То есть, здесь должна быть такая межведомственная междисциплинарная какая-то программа. И все-таки я склоняюсь к дружественным клиникам»* (медичний працівник, національний експерт, міжнародна організація, м. Київ).

• **Дитячі поліклініки**. Підліткові педіатри працюють з підлітками віком від 14 років. У рамках своєї роботи вони, зокрема, проводять консультування щодо ВІЛ-інфекції як з виїздами в навчальні заклади, так і під час прийняття пацієнтів. Окрім інформа-

соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу».

ції щодо ДКТ, отриманої в ході консультації педіатра, підлітки можуть дізнатися про ДКТ на ВІЛ та заклади, де ці послуги надають, з плакатів на стінах поліклініки. *«Мы консультируем детей со всей области. Но, как правило, в поликлинику такую, консультативную, обращаются с родителями. То есть, это как плановая помощь, изначально»* (медичний працівник, надавач послуг, м. Одеса).

- **Районні поліклініки.** На сьогодні ці медичні установи наймасовіші місця звернення по медичні послуги. У зв'язку з відсутністю як підготовлених спеціалістів, так і необхідних умов для тестування на ВІЛ, працівники районних поліклінік направляють пацієнтів для проходження тесту до центрів СНІДу або кабінетів «Довіра».

- **Дерматовенерологічні диспансери.** Комунальні клінічні лікувально-профілактичні установи – дерматовенерологічні диспансери – надають послуги ДКТ за наявності спеціалістів та умов тестування; в інших випадках спеціалісти цих закладів перенаправляють клієнтів до центрів СНІДу або кабінетів «Довіра».

- **Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді** (далі – ЦСССДМ). Відповідно до Загального положення про ЦСССДМ – це спеціальні заклади, що забезпечують організацію та проведення у відповідній територіальній громаді соціальної роботи із соціально незахищеними категоріями сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги³². Усі ЦСССДМ працюють з підлітками, проте часто вони мають значно менше ресурсів для надання послуг з ДКТ, хоча в Порядку ДКТ ці заклади визначені як такі, що можуть надавати ці послуги.

Крім того, Порядок взаємодії ЦСССДМ із закладами охорони здоров'я щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу³³ визначає функції цих установ, якими передбачено спільну реалізацію заходів, спрямованих на профілактику ВІЛ/СНІДу в Україні, а пунктом 4 визначено завдання ЦСССДМ щодо проведення передтестового та післятестового консультування. *«То же Министерство социальной политики, потому что они те, кто является главной институцией по работе и предоставлению услуг данной категории детей в профилактическом и социальном плане. Если эта функция будет изменена определенным образом с четко выписанными обязанностями, социальными стандартами, правильно оформленной процедурой социального заказа организациям, которые непосредственно работают с этой категорией детей, мы можем рассчитывать на успех»* (медичний працівник, національний експерт, міжнародна організація, м. Київ).

- **Неурядові ВІЛ-сервісні організації** (далі – НУО), діяльність яких пов'язана з наданням послуг ДКТ, задля забезпечення всього комплексу послуг з ДКТ залучають до цієї роботи медичних працівників кабінетів «Довіра», центрів профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІДом, КДМ тощо. Здебільшого представники НУО роблять переадресацію та супровід клієнтів до місць проведення ДКТ; також вони активно залучені до роботи мобільних амбулаторій та аутричроботи.

- **Управління охорони здоров'я** (далі – УОЗ). Відповідно до Положення про їхню діяльність, УОЗ – місцевий орган виконавчої влади, що забезпечує впровадження державної політики в галузі охорони здоров'я, а також несе відповідальність за стан і розвиток галузі. Фахівці, які курують питання педіатрії та охорони материнства і дитин-

³² Постанова Кабінету Міністрів України від 27 серпня 2004 р. № 1126 «Про заходи щодо вдосконалення соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю».

³³ Спільний наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту і Міністерства охорони здоров'я України від 17 листопада 2006 р. № 3925/760 «Про затвердження порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу».

ства на рівні області/міста, досить слабо залучені до налагодження процесу надання послуг з ДКТ. В областях наявні мобільні амбулаторії, на базі яких надається широкий спектр послуг, зокрема ДКТ на ВІЛ.

Отже, на сьогодні в Україні створена досить розвинута мережа закладів, установ і організацій, що координують та забезпечують надання послуг ДКТ на ВІЛ різним категоріям населення.

Таким чином, законодавством України врегульовані питання щодо можливості самостійного отримання послуг ДКТ підлітками, яким виповнилося 14 років. Для проведення їхнього повноцінного обстеження на ВІЛ необхідно передусім створити належні умови, коли ДКТ може відбуватися за будь-якої ситуації, коли проводиться або можлива бесіда щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу як у межах, так і за межами лікувально-профілактичних закладів різних форм власності. Порядок ДКТ визначає, що проведення медичного огляду на ВІЛ та видачу офіційних висновків про його результат надають лише державні та комунальні заклади охорони здоров'я, які мають спеціально обладнані лабораторії.

Результати проведеного дослідження свідчать, що проблема доступності дітей та молоді груп ризику до медико-соціальних послуг, передовсім послуг ДКТ, залишається актуальною. Аналіз доступу цільової групи до цих послуг розглянуто в наступних розділах.

II. ПОВЕДІНКОВІ РИЗИКОВАНІ ПРАКТИКИ ЩОДО ВІЛ-ІНФІКУВАННЯ

«Представляете, если там отдельно – ПГР-ПИН, ПГР-ЖКС, ПГР-МСМ? Там есть особенность возраста... нужно взвешенно к этому подходить. Там есть четко «ПИН» – это особенность. А есть еще подросток. Специалист складывает эти два понятия и все». (Надавач послуг, медичний працівник, м. Київ)

Як відомо, тоді як належність підлітка до групи уразливих щодо інфікування ВІЛ визначається обставинами, у яких перебуває підліток, то належність до груп найвищого ризику щодо інфікування на ВІЛ визначається тільки конкретними ризикованими поведінковими проявами: споживанням наркотичних засобів ін'єкційним шляхом, незахищеними статевими контактами, зокрема внаслідок сексуальної експлуатації, разом з тими, хто став жертвою торгівлі людьми та має незахищений (часто примусовий) секс за винагороду, незахищений анальний секс хлопців з чоловіками, зокрема за винагороду.

Так, серед підлітків, які взяли участь в опитуванні, дві третини (65,3 %) у віковій групі до 19 років **мали досвід статевих контактів** (N=622) впродовж життя: 14,4 % – серед 13-річних, 49,8 % – серед 14–15-річних, 68,0 % – серед 16–17-річних. З віком ці частки зростають: 85,1 % – серед 18–19-річних, 90,8 % – 20–24-річних (рис. 2).

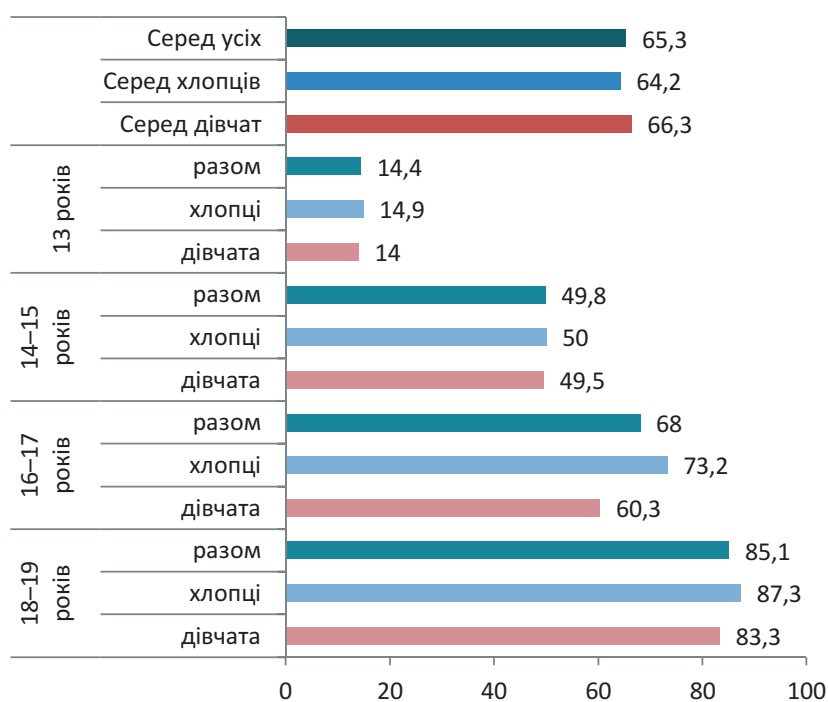


Рис. 2. Досвід статевих контактів, серед респондентів до 19 років, за статтю та віком, %.

Ризикована практика – *незахищений секс*. Майже половина серед усіх опитаних підлітків та молоді (43,7 %) практикували секс без презерватива з особою іншої статі, до того ж частка таких респондентів серед дівчат значно більша, ніж серед хлопців (відповідно 50,2 % та 37,1%), зокрема: 8,8 % – серед 13-річних, 28,5 % – серед 14–15-річних, 40,8 % – серед 16–17-річних підлітків. З віком ці частки зростають: 61,8 % – серед 18–19-річних та 70,6 % – серед 20–24-річних респондентів (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Ризиковані поведінкові практики щодо ВІЛ/СНІДу серед дітей та молоді, за статтю, віком та за хвилиною опитування, %

Мають досвід...	Серед усіх	Хвили		За статтю		За віком, років				
		1 хвиля	2 хвиля	Хл.	Дів.	13	14–15	16–17	18–19	20–24
сексуальних контактів	65,3	76,6	55,0	64,2	66,3	14,4	49,8	68,0	85,1	90,8
сексу без презерватива з особою протилежної статі	43,7	46,4	31,9	37,1	50,2	8,8	28,5	40,8	61,8	70,6
вживання наркотиків ін'єкційним шляхом ³⁴	15,2	14,9	15,4	17,6	12,8	31,6	20,9	10,4	22,0	10,2
сексу без презерватива між чоловіками (серед респондентів чоловічої статі)	9,9	9,3	0,7	9,9	–	14,3	7,6	4,5	8,5	28,0
надання сексуальних послуг за винагороду	4,3	6,2	1,5	3,1	5,5	1,1	4,5	3,9	5,7	5,4
оплати за сексуальні послуги	1,0	0,9	0,9	2,1	0	0	0,4	1,6	1,6	1,0
статевих контактів без презерватива з ВІЛ-позитивною особою	0,7	1,1	0,2	0,6	0,8	0	0	0,3	0	2,9

Майже половина респондентів (42,2 %, N=261) мали одного(у) партнера/партнерку за останні 12 місяців. Частка осіб, які мали *від шести і більше статевого партнерів*, становить 10,4 % (14,2 % – серед хлопців та 6,6 % – серед дівчат).

За даними онлайн-опитування, кожний десятий хлопець (9,9 %) вказав, що практикував секс без презерватива з чоловіком/хлопцем: 14,3 % – серед 13-річних хлопців, 7,6 % – серед 14–15-річних, 4,5 % – серед 16–17-річних, 8,5 % – серед 18–19-річних, 28,0 % – серед 20–24 річних хлопців.

Надавали сексуальні послуги за плату або іншу винагороду (у вигляді їжі, одягу, житла, алкоголю, наркотиків тощо) 4,3 % з усіх опитаних (5,5 % – серед дівчат та 3,1 % – серед хлопців, щодо вікових груп: 1,1 % – серед 13-річних, 4,5 % – серед 14–15-річних, 3,9 % – серед 16–17-річних; для 18–19 та 20–24-річних – 5,7% і 5,4% відповідно).

В окремих випадках респонденти вказали, що сплачували за сексуальні послуги (2,1 % серед хлопців) та мали статеві контакти без презерватива з ВІЛ-позитивною особою – 0,7 % (1,1 % – серед хлопців та 0,2 % – серед дівчат).

Отже, вагома частка дітей та молоді зазначають, що найчастіше практикують статеві контакти без засобів захисту (найвищі показники серед усіх категорій ПГР – див. табл. 2.1), а також *споживання наркотиків ін'єкційним шляхом*: 7,2% опитаних (N=68) мали цю практику багато або декілька разів (8,5 % – серед хлопців та 5,9 % – серед ді-

³⁴ Сума відповідей респондентів на альтернативи: «Так, кілька разів», «Так, багато разів», «Не хочу відповідати»

вчат), ще 8 % (N=76) не захотіли відповісти (9,1 % – серед хлопців та 6,9 % – серед дівчат), що дає підстави віднести їх до групи ризику. Таким чином, кумулятивний показник тих, хто мав досвід споживання ін'єкційних наркотиків, за даними дослідження, становить 15,2 %.

Найвищі показники щодо спроби вживання наркотиків ін'єкційним шляхом мають наймолодші вікові групи підлітків: 31,6 % – серед 13-річних та 20,9 % – серед 14–15-річних.

Інтегрований показник тих, хто наражався на *ризик інфікування ВІЛ* (випадки сексу без презерватива та/або ін'єкційного споживання наркотиків, секс з понад 6 партнерами, секс без презерватива між чоловіками, надання сексуальних послуг за сплату або винагороду)³⁵, становить 15,9 % (N=154). Серед хлопців цей показник дещо вищий, ніж серед дівчат (18 % та 13,7 % відповідно). Вищий за середній показник ризику інфікування ВІЛ серед 14–15-річних підлітків (рис. 3). Серед тих, хто перебуває в групі ризику (N=154), 31,5 % – живуть в офіційно не зареєстрованому шлюбі, 18 % – живуть в офіційному шлюбі, 14,3 % – незаміжні/неодружені. 20 % – мешканці обласного центру, 12,9 % – великого міста, 17,9 % – невеликого міста та 11% – селищ міського типу.

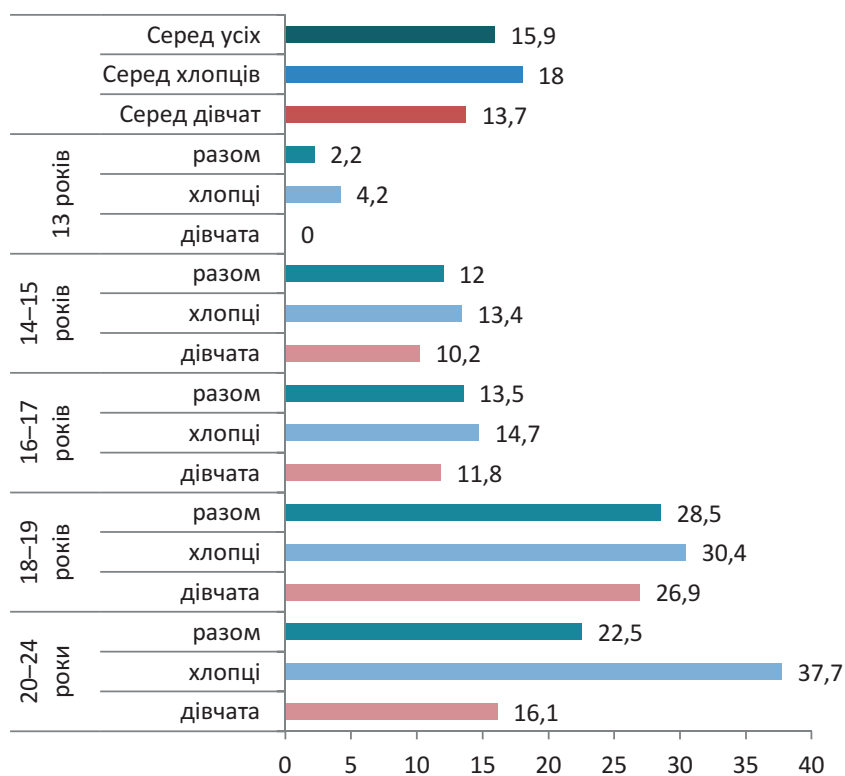


Рис. 3. Інтегрований показник ризику інфікування ВІЛ (випадки незахищеного сексу та/або ін'єкційного споживання наркотиків, секс з понад 6 партнерами, секс без презерватива між чоловіками, надання сексуальних послуг за сплату або іншу винагороду), за статтю та віком, %.

Майже чверть (22,3 %) підлітків, які віднесені до групи ризику інфікування ВІЛ, проживають без/окремо від батьків. Більшість представників цієї групи мешкають у не-

³⁵ Розрахований за допомогою таких запитань: «Скільки статевих партнерів у тебе було за останні 12 місяців?» (відповідь «більше 6 партнерів»), «Чи були в тебе одна або декілька із перерахованих нижче поведінкових практик: «секс без презерватива між особами чоловічої статі» (ствердна відповідь), «надавав(ла) сексуальні послуги за сплату (або винагороду у вигляді їжі, одягу, помешкання, алкоголю, наркотиків)»?» (ствердна відповідь), «Чи вживав/ла ти коли-небудь наркотики ін'єкційним шляхом (за допомогою шприца)?» (відповіді «так, кілька разів», «так, багато разів»), або «Чому ти вирішив здати тест на ВІЛ?» (відповідь «був секс без презерватива та/або ін'єкційне вживання наркотиків»).

прийнятних для проживання умовах: 40 % – більшу частину часу проводять на вулиці (для нічлігу використовують горища, підвали тощо), 66 % – взагалі без конкретного місця проживання; інші проживають у гуртожитку (23,2 %), притулку (18,1 %), інтернаті (12,5 %). У квартирі, домі (найманих чи власних, батьків або неофіційного чоловіка) проживає 15,4 % ПГР.

60,5 % підлітків групи ризику наразі не навчаються та не працюють.

Насилля. Крім того, 5,7 % опитаних підлітків зазначили, що були жертвами сексуального насилля, 9,6 % – жертвами фізичного насилля (табл. 2.2). Кожний сьомий (14,4 %) підліток зазнав психологічного насилля, 8,3 % – фізичного з боку однолітків, 7,7 % – сексуального, 6,9 % – побутового насилля у сім'ї.

Таблиця 2.2

Підлітки та молодь, які потерпали від насилля, за статтю та віком, %

Види насилля	Серед усіх	За статтю		За віком									
		хл.	дів.	13 років		14–15 років		16–17 років		18–19 років		20–24 роки	
				хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.
Побутове у сім'ї	11,5	9,3	13,6	27,7	23,3	10,6	19,0	3,3	12,7	14,8	13,8	5,2	7,2
Психологічне	10,1	7,6	12,6	6,4	9,3	5,3	9,5	5,5	9,5	11,1	10,8	17,2	19,6
Фізичне з боку однолітків	9,6	10,8	8,4	17,0	16,3	12,1	13,3	6,6	4,8	16,7	7,2	10,3	5,8
Сексуальне	5,7	3,6	7,8	4,3	2,3	3,0	8,6	3,3	7,1	1,9	7,7	6,9	9,4

Хлопці більшою мірою потерпали від фізичного насилля з боку підлітків, зокрема це спостерігається з відповідей респондентів старшого віку, де частка серед хлопців перевищує показник серед дівчат майже удвічі: серед 18–19 річних – 16,7 % (серед хлопців) і 7,2 % (серед дівчат); серед 20–24-річних – 10,3 % (серед хлопців) і 5,8 % (серед дівчат). Спостерігається зростання показника постраждалих від психічного насилля в міру дорослішання як серед хлопців, так і серед дівчат.

Питома вага респондентів, які зазнавали побутового насилля, дещо вища серед 14–15-річних (10,6 % – серед хлопців і 19,0 % – серед дівчат) та 18–19-річних (14,8 % – серед хлопців і 13,8 % – серед дівчат; частка серед 16–17-річних дівчат (12,7 %) перевищує показник серед хлопців (3,3 %) майже в чотири рази.

З відповідей респондентів видно, що від фізичного насилля з боку однолітків здебільшого страждали хлопці, зокрема серед підлітків старшого віку майже удвічі частка серед хлопців перевищує частку серед дівчат: серед 18–19-річних – 16,7 % (серед хлопців) і 7,2 % (серед дівчат); серед 20–24-річних – 10,3 % (серед хлопців) і 5,8 % (серед дівчат).

З практичного досвіду експертів, які взяли участь в опитуванні та фокусгрупах, підтверджується, що підлітки, які практикують ризикований стиль поведінки, на сьогодні найпроблемніша категорія. Додатково, майже всі експерти характеризують ці групи як закриті й недоступні: «...если закрытая группа, то мальчики, оказывающие секс-услуги мужчинам. Это очень закрытая группа и труднодоступная» (надавач послуг, керівник проектів НДО, м. Одеса). Така закритість ПГР призводить до несвоєчасного надання їм допомоги, зокрема медичної: «В основном, дети с ПИН. И за медицинской помощью они обращаются только тогда, когда им плохо. Когда хорошо, нет. ЖСБ – опять же появляются при рейдах. Когда узнают о своем статусе, тогда они уже здесь».

МСМ – найбільше закритая група. Вони обстежуються, ходять, вони більше закриті, але більше дисципліновані. Тобто, якщо є проблема, вони звертаються. С цю проблемою вирішують питання. Вони більше до цього відносяться адекватно» (надавач послуг ДКТ, м. Одеса).

Висловлено думку, що останнім часом у тих місцях, де ведеться постійна робота з цільовою групою, системно працюють аутричкоманди, ведеться спілкування з підлітками, спостерігається більша відкритість ПГР до контактів з фахівцями: «...вони значно легше йдуть на контакт».

Експерти вказують на збільшення чисельності груп ризику, зокрема ЧСЧ: «За останні 5 років кількість ЧСЧ збільшилась. Працюю з ними, скільки працюю в ДКТ. Тобто, 10 років. В процентному співвідношенні, збільшилась раз в 10» (консультант з ДКТ СНІД-центру, м. Київ). Але проаналізувати тенденцію до збільшення чисельності хлопців – ЧСЧ за певний період у рамках цього дослідження немає можливості. Такий аналіз може стати завданням для наступних досліджень.

Досить часті випадки потрапляння до цільової групи дитини з будь-якого оточення. По-перше, це підлітки з різних спільнот, об'єднаних різними формами спілкування, навчання, з інших організованих колективів, де дитина може почати практикувати ризиковану поведінку (зокрема, експерти виділяють ПТНЗ, інтернати, притулки для дітей). «К цим групам ризику абсолютно можна віднести і дітей, які в ПТУ займаються, тобто це організовані колективи...»; «було б непогано звернути увагу на учнів ПТУ, більша частина з яких входить в ПГР – це діти після інтернатів, з неповних сімей, сироти, з сімей нарко-, алкозависимих, інваліди, але вони готові ще отримувати інформацію і готові давати відповідь. І було б добре, якщо б мережа послуг ДКТ була доступна для них на їх території» (медичний працівник, національний експерт, м. Київ); «Діти з неповних сімей, діти в інтернатах. Тобто достатньо велика група. Можливо віднести велику кількість підлітків до цієї групи» (надавач послуг, медпрацівник-психолог, м. Київ).

По-друге, не поодинокі випадки потрапляння до груп ризику дітей, які втікають з дому, зокрема підлітків з благополучного оточення: «В цю категорію може потрапити будь-який дитина, навіть, буває, з благополучної сім'ї, але оточення неблагополучне»; «діти з дуже благополучних сімей з фінансовим достатком. Але потім цей фінансовий достаток призводить до прямо протилежного ефекту... якщо це підліток з благополучної сім'ї, але вживає наркотики, або алкогольна залежність, або беспорядкові стосунки незахищені – природно, це група ризику» (національний експерт, консультант міжнародної організації, м. Київ).

Отже, аналіз даних опитування та практичний досвід експертів показує, що ризикованими поведінковими практиками щодо інфікування ВІЛ серед дітей та молоді, залишаються вживання наркотичних засобів ін'єкційним шляхом, незахищені статеві контакти, незахищений анальний секс хлопців з чоловіками.

Це свідчить про необхідність проведення поглибленої роботи з цільовою групою, спрямованої на формування в них навичок здорового способу життя та відповідальності за власне здоров'я; першим кроком має стати активізація діяльності та застосування нових форм роботи, спрямованих на підвищення поінформованості дітей та молоді з питань інфікування ВІЛ/СНІДом.

III. ПОІНФОРМОВАНІСТЬ ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ З ПИТАНЬ ВІЛ-ІНФІКУВАННЯ

«Для начала, когда подросток обращается за любой медицинской помощью, я параллельно, помимо того, что его беспокоит, с какой патологией пришел, – пытаюсь спрашивать его, наводящие вопросы задаю, знает ли он, что такое ВИЧ, как он передается, какими путями. Вот, в таком плане начинаю расспрашивать. И если ребенок ориентирован – я ему могу что-то подсказать. Если есть какие-то вопросы, могу конечно, ответить на эти вопросы».
(Надавач послуг, медичний працівник, м. Київ)

Дані дослідження свідчать про наявний низький рівень поінформованості дітей та молоді стосовно ВІЛ-інфекції/СНІДу та шляхів його передачі.

Респонденти, які відповіли на запитання щодо шляхів передачі ВІЛ (N=449) правильно зазначають такі шляхи, як статевий контакт без презерватива (91,1 %), спільне використання шприців при ін'єкційному вживанні наркотиків (88,6 %), від ВІЛ-інфікованої матері до дитини (72,4 %).

Але наразі привертають до себе увагу й суттєві прогалини в знаннях підлітків та молоді щодо шляхів передачі ВІЛ. Так, кожний третій (33,9 %) не впевнений, що ВІЛ-інфікована людина може виглядати здоровою. Кожний четвертий (23,8 %) не впевнений або заперечує твердження, що єдиний спосіб дізнатися про свій ВІЛ-статус – це тестування на ВІЛ. Майже половина (43,6 %) не знає, що результати тестування у статевих партнерів можуть бути як однакові, так і різні.

Спостерігається краща поінформованість серед дівчат, ніж серед хлопців. Нижчий рівень знань за всіма твердженнями демонструють підлітки серед вікової групи до 19 років, особливо наймолодші респонденти.

Отже, аналіз відповідей підлітків свідчить, що вони переважно розуміють ВІЛ-інфекцію як хворобу, що може передаватися будь-яким шляхом (табл. 3.1).

Таблиця 3.2 дає розподіл відповідей стосовно цих же тверджень респондентів залежно від їхнього проживання (побутових умов) та рівня освіти й зайнятості. Так, спостерігається достатньо високий рівень поінформованості серед групи ризику щодо шляхів передачі ВІЛ, але водночас значна частка із них демонструють невпевненість стосовно того, що єдиний спосіб дізнатися, чи є в людини ВІЛ, – це пройти тестування на ВІЛ (21,1 %), що ззовні здорова людина може бути ВІЛ-інфікованою (29,9 %), що результати тестування у статевих партнерів можуть бути як однакові, так і різні (44,9 %).

**Рівень знань про шляхи передачі ВІЛ/СНІДу,
за статтю та віком, хвилиною опитування, %**

	Серед усіх	Хвили		За статтю		За віком				
		1 хв	2 хв	хлопці	дівчата	13 років	14–15 років	16–17 років	18–19 років	20–24 роки
ВІЛ передається через ...³⁶										
Статевий контакт без презерватива	91,1	93,8	88,7	90,9	91,4	70,3	88,8	95,2	91,9	96,6
Спільне використання шприців при ін'єкційному вживанні наркотиків	88,6	89,0	88,1	85,9	91,2	79,1	86,8	90,2	96,9	88,6
Від ВІЛ-інфікованої матері до дитини	72,4	80,4	65,0	65,8	78,9	45,1	65,3	72,0	79,7	89,2
ВІЛ НЕ передається через ...³⁷										
Рукоштовання	97,4	97,4	97,4	97,3	97,5	90,1	98,8	96,5	99,2	99,5
Спільне вживання їжі з ВІЛ-інфікованою людиною	93,4	94,4	92,5	93,2	93,6	79,1	92,1	94,9	95,9	97,5
Якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	88,7	90,5	87,0	87,6	89,8	68,1	87,2	90,7	95,1	92,6
Спільне користування з ВІЛ-інфікованою людиною туалетом, басейном тощо	86,9	92,3	82,0	85,3	88,5	61,5	83,5	89,7	91,1	95,6
Укуси комарів	85,8	87,7	84,0	83,9	87,7	71,4	87,2	83,3	87,8	93,1
Не знають, що результати тестування у статевих партнерів можуть бути як однакові, так і різні	43,6	31,4	54,8	48,6	38,7	61,1	53,2	46,3	37,2	24,1
Не впевнені або не знають, що ззовні здорова людина може бути ВІЛ-інфікованою	37,7	24,1	42,8	37,7	30,1	70,0	46,0	30,1	25,6	14,1
Не впевнені або відхиляють твердження, що єдиний спосіб дізнатися, чи є в людини ВІЛ, – це пройти тестування на ВІЛ	23,9	17,1	30,0	27,4	20,4	48,9	28,7	25,2	15,7	9,5

³⁶ Правильні відповіді.

³⁷ Правильні відповіді.

Показник «Відсоток молодих людей, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається»³⁸ показано на рис. 4.

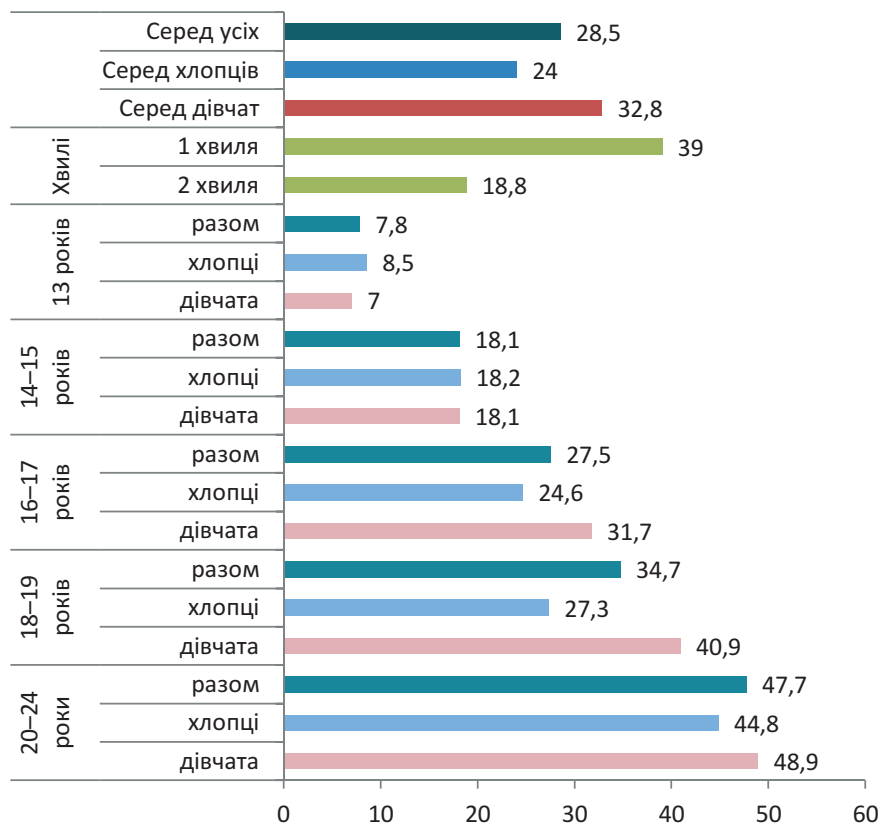


Рис. 4. Питома вага молодих людей, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, за статтю та віком, хвилиною опитування, %.

Найкращий рівень знань щодо шляхів передачі та запобігання статевій передачі ВІЛ демонструють респонденти старшого віку: майже третина серед 16–17-річних (27,5 %) і 18–19-річних (34,7 %) та майже половина серед 20–24-річних (47,7 %). Крім того, взагалі кращу поінформованість з цих питань демонструють дівчата, ніж хлопці: 32,8 % і 24,0 % відповідно.

Зі свого боку експерти, по-перше, також вказують на недостатню обізнаність підлітків (насамперед у сільській місцевості та серед ПГР) щодо проблематики ВІЛ-інфекції та шляхів її передачі, і, як наслідок, неспроможність оцінити ступінь ризикованості своєї поведінки щодо інфікування ВІЛ; по-друге, фахівці висловлюють стурбованість з приводу того, що сьогодні майже нема обмежень у доступі до інформації, застосовуються найрізноманітніші форми та методи інформаційно-просвітницької роботи, а рівень поінформованості підлітків щодо ВІЛ залишається низьким: «Сейчас нет проблем в доступе к информации» (надавач послуг, соціальний працівник НДО, м. Київ); «Самая главная (проблема) – информация, ее нужно донести. Начинаешь спрашивать:

³⁸ Кількість респондентів, які дали правильні відповіді на запитання: «Основний спосіб запобігти інфікуванню ВІЛ – зберігати вірність статевому партнерові» (Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати секс лише з одним вірним неінфікованим партнером?); «Основний спосіб запобігти інфікуванню ВІЛ – постійне правильне використання презерватива» (Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту?); «Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою?»; «Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною?»; «Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне користування туалетом, басейном, сауною з ВІЛ-інфікованою людиною?».

«Ты знаешь, что такое ВИЧ?» – «Да». Начинаешь спрашивать, а они не знают, или знают из каких-то источников совершенно неверную информацию» (надавач послуг, психолог, м. Одеса); «Те, которые в группе риска, – конечно, для них тяжело получить доступ к информации, на мой взгляд. А вообще, у нас сейчас по поводу ВИЧ, ни по одной другой теме нет столько информации, как о ВИЧ-инфекции» (надавач послуг, підлітковий педіатр, м. Київ).

Таблиця 3.2

**Поінформованість респондентів
щодо шляхів передачі ВІЛ/СНІДу
залежно від належності до групи ризику, досвіду тестування
на ВІЛ, проживання (побутових умов), рівня освіти та зайнятості, %**

	Група ризику ³⁹ (15,9%, N=154,)	Тестувались за останні 12 міс. (13%, N=126)	Проживання (побутові умови)					Проживають окремо від батьків (36,9%, N=358)	Рівень освіти та зайнятості			
			Квартира	Гуртожиток	Інтернат	Притулок	На вулиці		Вчаться, не працюють	Вчаться та працюють	Не вчаться, працюють	Не вчаться та не працюють
ВІЛ передається через ...												
Статевий контакт без презерватива	16,1	100	94,8	93,0	79,4	100,0	40,0	88,5	90,2	96,3	92,5	76,3
Спільне використання шприців при ін'єкційному вживанні наркотиків	15,5	96,8	89,2	90,7	86,9	81,8	40,0	91,9	87,6	91,6	94,4	73,7
Від ВІЛ-інфікованої матері до дитини	15,2	91,3	79,2	69,8	52,8	63,6	40,0	67,0	68,8	82,7	86,0	42,1
ВІЛ НЕ передається через⁴⁰												
Рукостискання	13,7	100	98,5	97,7	95,0	81,8	80,0	96,4	97,8	96,3	98,1	94,7
Спільне вживання їжі з ВІЛ-інфікованою людиною	14,0	98,4	95,7	91,9	88,4	63,6	100,0	91,6	92,8	95,3	93,5	94,7
Якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	14,7	93,7	91,8	88,4	80,9	54,5	80,0	86,3	87,4	88,5	95,3	92,1
Спільне користування з ВІЛ-інфікованою людиною туалетом, басейном тощо	14,5	98,4	92,8	81,4	69,8	81,8	100,0	77,7	85,0	92,1	89,7	84,2
Укуси комарів	14,6	88,1	88,9	81,4	78,4	63,6	100,0	81,8	83,8	89,5	91,6	84,2

³⁹ Інтегрований показник, розрахований за допомогою таких запитань: «Скільки статевих партнерів у тебе було за останні 12 місяців?» (відповідь «більше ніж 6 партнерів»), або «Чи були в тебе одна або декілька із перерахованих нижче поведінкових практик: «секс без презерватива між особами чоловічого роду» (ствердна відповідь), «надавав(ла) сексуальні послуги за оплату (або винагороду у вигляді їжі, одягу, помешкання, алкоголю, наркотиків)?» (ствердна відповідь), або «Чи вживав/ла ти коли-небудь наркотики ін'єкційним шляхом (за допомогою шприца)?» (відповіді: «Так, кілька разів», «Так, багато разів»); або «Чому ти вирішив/ла здати тест на ВІЛ?» (відповідь: «Був секс без презерватива та/або ін'єкційне вживання наркотиків»).

⁴⁰ Правильні відповіді.

	Група ризику ³⁹ (15,9%, N=154,)	Тестувались за останні 12 міс. (13%, N=126)	Проживання (побутові умови)					Проживають окремо від батьків (36,9%, N=358)	Рівень освіти та зайнятості			
			Квартира	Гуртожиток	Інтернат	Притулок	На вулиці		ВчатьсЯ, не працюють	ВчатьсЯ та працюють	Не вчатьсЯ, працюють	Не вчатьсЯ та не працюють
Не впевнені або відхиляють твердження, що єдиний спосіб дізнатися, чи є в людини ВІЛ, – це пройти тестування на ВІЛ	12,7	6,3	17,8	37,6	35,0	54,5	50,0	28,0	26,7	18,0	15,2	29,7
Не впевнені або не знають, що ззовні здорова людина може бути ВІЛ-інфікованою	14,0	15,9	24,8	35,3	61,4	54,5	50,0	42,7	39,4	20,1	17,1	59,5
Не знають, що результати тестування у статевих партнерів можуть бути як однакові, так і різні	16,7	38,9	41,2	29,4	58,9	27,3	75,0	41,2	48,0	34,9	26,7	62,2

Аналіз даних дослідження засвідчує недостатній рівень поінформованості дітей і молоді щодо ВІЛ. Отже, постає питання стосовно необхідності додаткового аналізу ефективності проведення інформаційно-просвітницької роботи з питань ВІЛ для дітей та молоді, застосування нових підходів профілактичної роботи та підготування відповідних рекомендацій щодо покращення діяльності в цій сфері.

IV. ДОСВІД ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ

«К сожалению, только некоторые учреждения принимают их так, как им бы хотелось; т.е., понятие «доступность» медицины, все-таки, достаточно ограничено». (Медичний працівник, національний експерт, м. Київ)

За результатами опитування першої хвили (N=465), 32,3 % надали відповідь про проходження тестування на ВІЛ, що викликало сумнів у членів дослідницької команди, соціальних і медичних працівників тощо. Саме це стало ключовою причиною організації окремої бази даних для другої хвили онлайн-опитування. Для розуміння, чому отримано такий значний показник тестування серед молоді, що взяла участь в опитуванні, була проведена низка зустрічей з представниками молоді, на яких виявлено, що підлітки та молодь часто не розділяють поняття тестування на ВІЛ та здачу крові на інші аналізи, плутають цей досвід і дають неправильні відповіді. На підставі цих зустрічей дослідницька команда розробила окремий методологічний коментар для проведення бесіди з респондентами перед опитуванням з метою пояснення, що таке тестування на ВІЛ та які його результати («позитивний» та «негативний» статус) (детальніше див. Розділ IX).

За результатами другої хвили опитування (N=506), показник тестування на ВІЛ серед підлітків та молоді становить 10,3 %. Саме цей показник рекомендовано для подальшого використання⁴¹.

Переважно досвід тестування на ВІЛ мають підлітки старших вікових груп: серед 20–24 річних та 18–19 річних респондентів – майже кожний другий (45,5 % та 45,9 % відповідно). Серед молодших груп такі показники: серед 13-річних – 2,8 %, 14–15-річних – 8,9 %, 16–17-річних – 10,5 % (рис. 5).

Отже, як свідчать самі ж підлітки, досить невелика частка з них має досвід тестування на ВІЛ (рис. 5). Згідно з даними опитування, спостерігається чітка тенденція до збільшення кількості підлітків, які проходять тестування на ВІЛ, зі збільшенням віку. За даними онлайн-опитування серед дівчат, частка тих, хто проходив тестування на ВІЛ, удвічі більша, ніж серед хлопців. Вірогідність такої ситуації підтверджують і фахівці: звернення дівчат майже удвічі перевищують частку звернень серед хлопців,

⁴¹ За даними третього Мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС) (2012–2013 рр.), який проводив ЮНІСЕФ у співпраці з Державною службою статистики України за сприяння Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) та Швейцарської агенції розвитку та співробітництва (SDC), 17,4 % серед дівчат та 18,4 % серед хлопців віком 15–19 років коли-небудь проходили тестування на ВІЛ, 7,1 % серед дівчат та 10,7 % серед хлопців того ж віку пройшли тестування за останні 12 місяців, 6,9 % серед дівчат та 9,9 % серед хлопців пройшли тестування в останні 12 місяців і отримали результат (кількість опитаних дівчат віком 15–19 років – 733 особи, хлопців – 357 осіб). – Попередні дані представлені на круглому столі 25 липня 2013 р. – <http://www.idss.org.ua/stil.html>

що пояснюється, по-перше, страхом дівчат завагітніти, по-друге, розумінням, що вони більше наражаються на ризик ІПСШ.

За результатами другої хвилі опитування, досвід тестування на ВІЛ мали менш ніж третина опитаних, що були віднесені до групи високого ризику ВІЛ-інфікування (хто практикував незахищений секс та/або ін'єкційне вживання наркотиків, секс з шістьма і більше партнерами, секс без презерватива між чоловіками або надавали сексуальні послуги за оплату або іншу винагороду), а саме – 29,8 %. Понад половина з групи ризику (53,3 %) *не проходили тестування на ВІЛ*, решта опитаних або не пам'ятають, або не знають, чи робили вони коли-небудь тест на ВІЛ.

Серед респондентів, які *не практикують ризикованої до ВІЛ-інфікування поведінки*, вказали, що здавали тест на ВІЛ лише 8,2%.

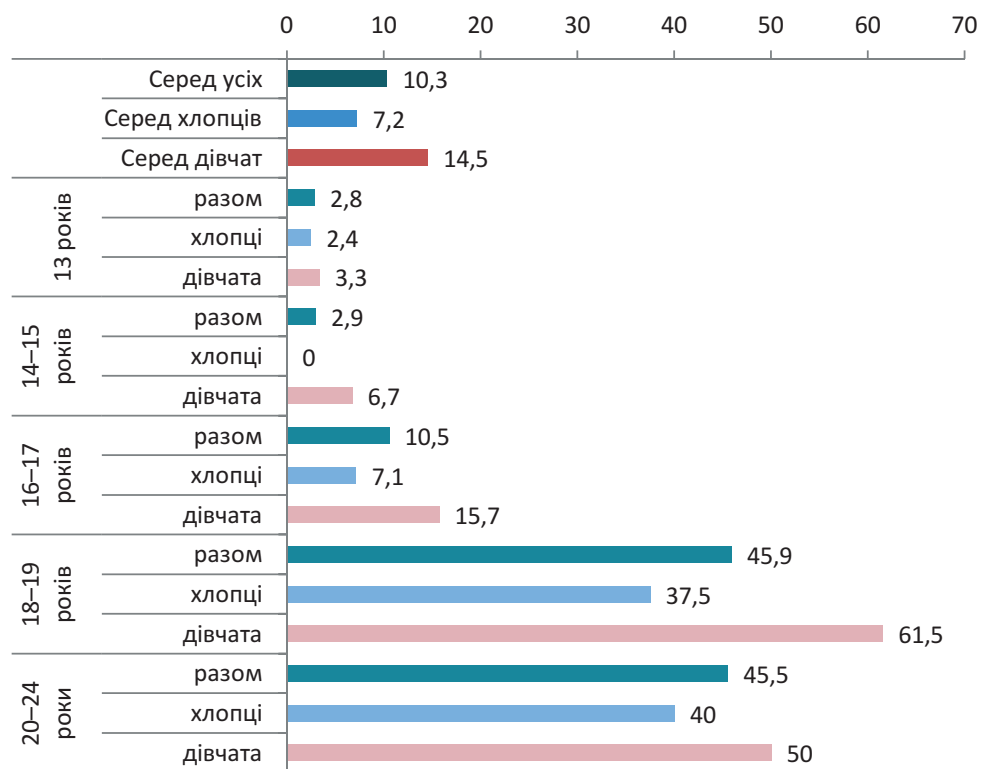


Рис. 5. Досвід тестування на ВІЛ упродовж життя, за статтю та віком, %
(за даними другої хвилі опитування).

Найпоширеніші два види тестування (N=191): забір крові з вени шприцом (останній раз так тестувалися 48,2 % респондентів) та швидкий тест (44 %). Останній вид тестування здебільшого використовують громадські організації, які у своєму розпорядженні мають мобільні амбулаторії.

Серед тих, хто мав досвід тестування на ВІЛ за результатами другої хвилі опитування (N=51), 74,5 % здавали тест на ВІЛ менш ніж рік тому, майже п'ята частина (19,6 %) – 1–3 роки тому, 5,9 % – понад три роки тому.

На рис. 6 показано рівень тестування на ВІЛ за останні 12 місяців серед респондентів другої хвилі. Залежно від віку питома вага ствердних відповідей щодо проведення тесту за вказаний період у молоді старшого віку більша: серед 18–19 річних – 35,9 % (32,0 % – серед хлопців і 42,8 % – серед дівчат), серед 20–24 річних – 36,3 % (40 % – серед

хлопців і 33,3 % – серед дівчат). Слід знову наголосили, що показник серед дівчат майже у два рази вищий, ніж серед хлопців (10,0 % і 5,75 % відповідно), що може свідчити про більшу відповідальність дівчат за власне здоров'я, а також є наслідком сучасної політики тестування. Найнижчий відсоток тестувань спостерігається серед підлітків молодшого віку: серед 13-річних – нульовий показник, серед 14–15-річних – 2,3 %, серед 16–17-річних – 7,5 %. Цей факт незвернення по послуги ДКТ також підтверджують підлітки – учасники фокусгруп, що проводилися за результатами дослідження: «Младшее поколение еще не понимает, ... еще не приходят к нужности этого вопроса» (підлітки – учасники фокусгруп, м. Київ).

Серед підлітків та молоді, які віднесені до групи ризику інфікування ВІЛ, 26,3 % відповіли, що тестувалися протягом останніх 12 місяців.

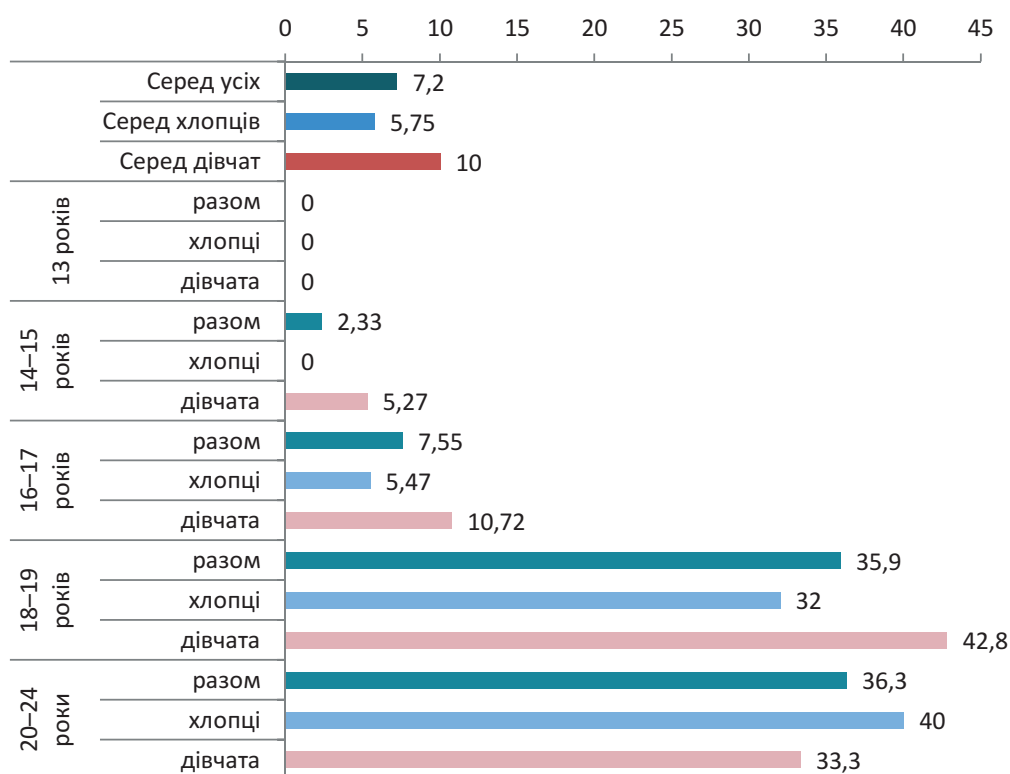


Рис. 6. Досвід тестування на ВІЛ за останні 12 місяців (серед усіх респондентів), за статтю та віком, друга хвиля опитування, %.

Для більшості опитаних останнє тестування на ВІЛ було єдиним фактом у житті (на запитання: «Перед останнім тестом, як часто ти здавав/ла тест на ВІЛ» – відповіли «ніколи» 66,7 %), кожний п'ятий (21,6 %) здавав тест перед цим один раз, 3,9 % – здавали один раз на рік.

За даними експертів, які брали участь в інтерв'юванні, попри загальне декларування про існування в Україні розвинутої мережі закладів і організацій, які надають послуги ДКТ, виокремлюються проблемні питання щодо надання послуг ДКТ, а саме:

- Щодо клінік, дружніх до молоді: лише 50 % мають власний маніпуляційний кабінет і відповідних спеціалістів, що дозволяє надавати послугу ДКТ комплексно, близько 10 % не мають маніпуляційних кабінетів та спеціалістів (спеціаліст однієї з таких КДМ взяв участь у дослідженні); близько 40 % мають такий кабінет на

території лікувального закладу, де вони працюють; найчастіше після дотестового консультування відбувається безпосередній супровід підлітка до цього кабінету для проведення тестування на ВІЛ; працюють на основі договорів зі СНІД-центрами, куди переадресовують клієнтів для проходження тестування. Отже, йдеться про «розірваність» при діставанні послуги ДКТ.

- 2 респонденти дослідження зазначили, що в разі звернення до кабінету «Довіра» підлітка віком до 14 років, клієнта ЦСССДМ або НУО, або який перебуває під супроводом соціального працівника, неповнолітній особі надають повний комплекс послуг ДКТ, не звертаючи уваги на юридичні формальності та не визначаючи, чи має соціальний працівник, який супроводжує підлітка, статус його законного представника. Варто зазначити, що в усіх кабінетах «Довіри», які брали участь у дослідженні, послуги з ДКТ надають комплексно (і консультування, і тестування). Тестування проводять як швидкими тестами, так і шляхом забору крові для підтвердження діагнозу методом швидких тестів чи, в разі необхідності, для видачі довідки про ВІЛ-статус на прохання клієнта. Це зменшує витрати часу клієнтів, бо за один візит можна отримати увесь комплекс ДКТ на ВІЛ.
- Практикується надання послуг з ДКТ підліткам, які перебувають в інтернатних закладах, притулках і приймальниках-розподільниках на основі домовленостей із цими закладами: в такому разі підлітки також приходять по послуги ДКТ у супроводі представника закладу.
- Підліткові педіатри у своїй роботі (2 з 3 опитаних) роблять переадресацію підлітків до КДМ або кабінету «Довіра» для надання їм послуг з ДКТ. У двох поліклініках (1 – серед опитаних і 1 – серед учасників фокусгрупи) педіатри самі надають такі послуги з тестування на базі того ж закладу. Ще один педіатр зазначила, що раніше вони надавали послуги з ДКТ, але у зв'язку зі зменшенням фінансування поліклініки тести на ВІЛ не закуповують. У тих випадках, коли відбувається переадресація, спеціалісти обов'язково з'ясовують для себе, чи звернувся підліток по цю послугу, чи ні. Один зі спеціалістів зазначив, що в результаті переадресації по послугу з ДКТ звертається лише близько 20 % направлених.
- 2 з 3 опитаних спеціалістів зазначили, що існує проблема недостатньої координації з іншими службами, зокрема із соціальною: *вони не знають, до кого зі спеціалістів звертатися, якщо в підлітка під час консультування виявляється соціальна проблема, яку лікар розв'язати не в змозі.*
- ДКТ підлітків, які перебувають у стаціонарній установі (наприклад, інтернаті) або в закладах тимчасового тримання дитини (притулок, центр соціально-психологічної реабілітації, приймальник-розподільник тощо), проводять з ініціативи керівника цієї установи, переважно з виїздом консультанта на місце.

Отже, серед опитаних підлітків та молоді лише десята частина має досвід тестування на ВІЛ. Експерти це пов'язують з наявними проблемами: нема «єдиного вікна» (розірваність) у наданні послуг ДКТ, неможливість надавати їх комплексно на базі одного закладу, не налагоджена система переадресації. Отже, це формує низку додаткових бар'єрів в дістанні послуг ДКТ для дітей та молоді (бар'єри окремо розглянуто в розділі VI), що, своєю чергою, не мотивує підлітків до проходження тестування на ВІЛ та не створює відповідних умов для доступності цих послуг.

V. ДОТРИМАННЯ ПРИНЦИПІВ ТА УМОВ ДКТ

«Абсолютная доступность – это возможность любому человеку в любой точке страны, независимо от административной единицы – большой город или небольшой поселок – бесплатно, анонимно, на качественной системе сдать анализ, получить результат и получить качественную консультацию. Но, к сожалению, этого у нас в стране нет. В больших населенных пунктах, где функционирует центр борьбы и профилактики СПИД – это возможно. Чем дальше мы уходим на периферию, тем менее это качественно». (Медичний працівник, національний експерт, міжнародна організація, м. Київ).

Аналіз даних опитування підлітків та молоді відкриває досить актуальні проблеми. Відповідно до інформації, отриманої за результатами опитування підлітків, виявляється, що досить велика частка фахівців не дотримується визначених принципів та умов ДКТ (табл. 5.1).

«У нас принципы работы – это «доброзичливість», «довіра», «доступність». В том числе, «анонимность», «не засуджуючи» (надавач послуг ДКТ, м. Київ).

Таблиця 5.1

Дотримання принципів та умов тестування, за віком, %

	Серед усіх	За віком				
		13 років	14–15 років	16–17 років	18–19 років	20–24 роки
Тест на ВІЛ НЕ БУВ анонімний	33,5	33,3	31,3	15,4	4,5	36,8
НЕ БУЛА надана передтестова консультація	30,4	20,0	33,3	23,5	30,8	32,6
НЕ отримали післятестове консультування	27,3	0	0	0	0	30,0
НЕ сказали, що у підлітка є право відмовитись від проходження тестування	22,5	33,3	25,0	7,7	9,1	27,6
НЕ питали про вік підлітка	17,3	0	9,5	8,1	25,0	20,4
Тестування на ВІЛ було платне	17,3	0	12,5	7,7	18,2	21,8
НЕ ПИТАЛИ у підлітка дозволу на проведення тестування	16,8	33,3	18,8	7,7	9,1	19,5
Підлітки змушені були приховати свій справжній вік	8,2	0	18,8	6,7	13,0	1,1
Вимагали показати дозвіл батьків на проведення тестування	9,2	0	18,8	0	17,4	1,1
НЕ отримали результатів тестування	6,3	0	18,8	7,7	4,5	5,7

З відповідей респондентів видно, що найчастіші випадки порушення принципів та умов тестування на ВІЛ: не проведена передтестова (30,4 %) й післятестова (27,3 %) консультації, порушувалися права на анонімність (33,5 %), не поінформували про право

відмовитися від проходження тестування (22,5 %), не уточнювали вік отримувача послуг (17,3 %), опитувані повідомляли про оплату тестування (17,3 %), не питали дозволу на проведення тестування (16,8 %).

Водночас 6,3 % опитаних зазначили (в більшості це підлітки від 14 років і старші), що не отримали результатів тестування, 8,2 % – змушені були приховати свій справжній вік, у 9,2 % (у віковій групі від 14 років і старші вимагали дозволу батьків на проведення тестування).

Ці та інші питання дотримання принципів та умов тестування на ВІЛ серед підлітків і ПГР розглянемо нижче.

5.1. Вік підлітка

«Главное, что было достигнуто за эти годы, – это возможность осуществлять фиксирование детей старше 14 лет без опекунов и без взрослых родителей. То есть, ребенок 14 лет, и плюс еще подросток до 19 лет, имеет право полное прийти в кабинет доверия, которые осуществляют это, прийти туда и получить консультацию, сдать свою кровь и получить результат». (Експерт національного рівня, м. Київ)

Як відомо, на сьогодні законодавством України визначено, що підлітки, починаючи з 14 років, мають право на отримання послуги ДКТ самостійно (без залучення батьків/законних представників) і навіть анонімно. Але на цей час наявні розбіжності між базовим законом та чинним Протоколом ДКТ щодо надання послуг неповнолітнім до 18 років на практиці викликає низку суперечностей з цього приводу.

Як показано у вищенаведеній табл. 5.1, фахівці в більшості випадків не уточнюють вік підлітка при наданні послуг ДКТ: більш ніж у половини опитаних (54,1 %) запитували про їхній вік, а в 17,3 % підлітків – ні, отже, майже кожен четвертий згадав, що його віком не цікавилися. Зокрема, такий же відсоток й у віковій категорії підлітків старших від 14 років, які, за даними опитування, частіше звертаються по послуги ДКТ. На нашу думку, уточнення віку отримувача послуг з боку спеціалістів відбувається з двох причин: по-перше, інколи за медичними показниками ПГР досить відстають у своєму фізичному розвитку від своїх однолітків, тому фахівець має уточнити вік підлітка перед наданням послуг; і, по-друге, хоч законом тестування для дітей старших від 14 років дозволяється проводити без дозволу батьків/офіційних представників дитини, у медичних закладах є свої нормативи (інструкції, накази головного лікаря – саме цих нормативів має дотримуватись спеціаліст при наданні послуг), якими дозволено тестування на ВІЛ без згоди батьків для осіб від 18 років (за інформацією учасників фокусгрупи, м. Київ).

На запитання: «Чи довелося тобі приховати свій вік?» 8,2% опитаних дали ствердну відповідь. Водночас, звернемо увагу, що найбільші показники приховування свого віку припадають на вікові категорії 14–15 років (18,8 %) та 18–19 років (13,0 %) – це саме та проблемна вікова шкала, що викликає запитання не тільки в дітей, а й у спеціалістів. Отже, спостерігається ситуація, коли підлітки частково обізнані щодо свого власного права на проходження тестування без дорослого. Але, на жаль, з'ясувати, з яких саме

причин підлітки, хоч і невелика їх частка, але все ж намагаються приховати свій вік, в рамках цього дослідження не вдалося.

Для працівників соціальної сфери – мережі ЦСССДМ відповідно до завдань їхньої діяльності, визначених нормативними документами, *віковий статус підлітка не є бар'єром для отримання їхніх послуг. Щодо 14-річних і старших, ці заклади у своїй роботі дотримуються принципу анонімності, повідомляють батьків лише в тому разі, якщо підліток дав на це згоду. Щодо молодших від 14 років, залучають батьків або інших законних представників.*

На сьогодні в країні є невелика кількість НУО, готових працювати з підлітками, зокрема щодо надання послуг ДКТ. Експерти – представники НУО зазначають, що це пов'язано з додатковою відповідальністю, невизначеністю нормативно-правового регулювання діяльності, потребою в додатковій підготовці кадрів щодо специфіки роботи з цієї віковою категорією. Особливо гостро стоїть проблема щодо наявності організацій, готових працювати з ПГР, молодшими від 14 років, бо для цієї категорії типові для роботи з ПГР проблеми подвоюються.

Представники двох організацій в інтерв'ю заявили, що проект, який вони реалізують, спрямований на роботу з дорослими представниками груп ризику, і, по-перше, *організація категорично не працює з особами, молодшими від 18 років, по-друге, в окремих випадках можуть надати послуги з ДКТ, починаючи з 14 років, бо це дозволено законодавством; але цілеспрямовано з цією категорією не працюють, лише за зверненням.* Відповідно, звітності про кількість підлітків, яким надано послуги, не ведуть, вони ідуть у загальну звітність з розподілом за групами ризику (СІЗО або ПКС). Ще один спеціаліст вказав на те, що вони працюють у СІЗО, зокрема з підлітками, але їхній проект не націлений саме на підлітків.

2 експерти – учасники фокусгрупи (м. Київ) зазначили, що і не слід при наданні послуг ДКТ занадто заглиблюватись у проблему вікових рамок ПГР, бо Протоколом ДКТ передбачено при наданні послуг ДКТ дотримуватись особливостей надання послуг підліткам загалом, а отже, і представникам груп ризику. Отже, ПГР мають право повноцінно отримувати послуги відповідно до норм Протоколу ДКТ.

- *«С 14 лет, были и младше – это единичные случаи; 11–12 лет – с сопровождением были. С 14 лет имеем право без сопровождения»* (консультант з ДКТ, м. Київ);
- *«Есть спорные вопросы. Например, то, что подросток в 14 лет может прийти без родителей и протестироваться на ВИЧ. Это спорная вилка. Кто-то говорит, что по закону нельзя этого делать без опекуна взрослого. Наши настаивают, что он может выбрать специалиста и принимать взвешенное ответственное решение»* (надавач послуг, психолог, м. Одеса).

Як зазначають працівники медичної сфери, нормативні суперечності щодо вікових рамок неповнолітніх все ж таки потребують узгодженості. На практиці залучення батьків або законних представників відбувається при консультуванні дітей молодших від 14 років. Але вже виникає проблема вікового цензу підлітків при безпосередньому тестуванні та подальшому призначенні лікування, бо накази та інструкції головних лікарів медичних закладів базуються на нормативно-правових документах МОЗ України, які, своєю чергою, ще не увідповіднені новій редакції профільного Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

- *«Есть расхождения между нормативной базой и практикой. Дети от 10 до 14 лет, не могут сами получать лечебно-диагностические процедуры. Для этого, нужно*

- только согласие родителей. А после 14 они могут, но все равно согласие нужно и опекуна, и самого ребенка. То есть, нужно четко определить, что же могут дети. Куда они могут обращаться. Нужно обязательно выпускать книги, литературу для специалистов, которые предоставляют им услуги, чтобы он открыл вот эту книжечку и ему было понятно, что все-таки нужно сделать. Даже с юристами выписывали – было очень много этих вопросов... Да, нуждаются в приведении в соответствие различные нормативные документы, по предоставлению подросткам» (національний експерт, медичний працівник, м. Київ);
- «10–14, 14–18 – там только консультирование. Есть уже, возможно, разрешение. Сами могут дать согласие, имеется ввиду. До 14 лет, кроме консультирования, ничего нельзя никому» (національний експерт, медичний працівник, м. Київ);
 - «Клиники, дружественные к молодежи только с 20 до 24, тут нет вопросов. А центр СПИД – там же разные есть. Есть для взрослых, есть для детей. А дети у нас – от 0 до 18 лет» (медичний працівник, національний експерт, міжнародна організація, м. Київ);
 - «У нас есть дети от 0 до 18. Это в рамках. Так же медицинские центры есть детские, есть взрослые. До 18 – детские, с 18 – взрослые. Хотя есть подростковый терапевт. Вроде бы эту специальность еще никто не отменял. Вроде бы официально не совсем это дети. А с другой стороны, они особенные» (медичний працівник, надавач послуг, м. Київ);
 - «10–13-летним меньшая необходимость проведения ДКТ, так как возраст такой, что дети не так подвержены риску ВИЧ-инфицирования, потому что их не так много на улице в таком возрасте... А 14–17 – это наиболее такой возраст, когда дети подвержены желанию экспериментировать, если рядом оказывается неблагоприятное окружение. Это категория, с которой мы больше всего сталкиваемся» (надавач послуг, керівник НДО, м. Одеса).

Отже, наявні суперечності в роботі з підлітками пов'язані, зокрема, з неузгодженістю нормативно-правових актів, які потребують якомога швидшого перегляду та затвердження на державному рівні, підготування відповідних інструкцій та методичних роз'яснень для фахівців галузі, а також проведення додаткового навчання надавачів послуг ДКТ неповнолітнім з урахуванням особливостей усіх вікових груп (до 13 років, 14–15 років, 16–17 років, 18–19 років, 20–24 роки), можливості/неможливості надання послуг ДКТ у присутності батьків/офіційних представників неповнолітньої особи, а також, у разі визначення позитивного результату на ВІЛ, подальшого призначення АРВ-терапії («Идет назначение лечения, АРВ-терапии. Естественно, просто так бесплатное лечение они не могут прописать. И вот люди оттуда нам говорили, что с 14 лет практически нереально назначить такое лечение без опекуна. Тогда человек не имеет право принимать какие-то решения в пользу своего здоровья» (психолог, надавач послуг ДКТ, м. Одеса).

5.2. Згода батьків

«Как правило, они приходят с родителями, в основном это мамы... Мы когда начинаем проводить ДКТ, спрашиваем, на все ли вопросы можете ответить в присутствии мамы или бабушки. Если нет, то мамы выходят за дверь, а с подростком дальше идет беседа. Опять же, те же вопросы, которые более щекотливые, они говорят, когда идет сам осмотр пациента и оформление документации, то в присутствии. Но щекотливые вопросы, – конечно, родители и родственники выходят, все индивидуально с пациентом проговаривается». (Надавач послуг ДКТ, м. Одеса)

Практичний досвід надання медичних послуг неповнолітнім особам має певну специфіку. Так, з аналізу українського законодавства можна дійти висновку, що для надання медичної допомоги дитині необхідно достовірно знати про її вік⁴². Оскільки медичне втручання щодо пацієнтів віком до 14 років відбувається за згодою їхніх законних представників, то надання послуг ДКТ підліткам груп ризику цього віку без згоди їхніх представників заборонено законодавством. При вилученні ПГР з вулиці члени аутичкоманди не зможуть визначити віку дитини, бо при ній зазвичай немає документів, які б його підтверджували. Єдиний випадок, коли медичні представники аутичкоманди можуть надавати медичну допомогу дітям без їхньої особистої згоди або законного представника, – реальна загроза життю дитини. При цих обставинах згода хворої дитини або її представника не потрібна (у кожному окремому випадку лікар визначає сам).

Що стосується підлітків віком до 14 років, то залучення батьків або законних представників підлітка цього вікового проміжку до процесу ДКТ обов'язкове. Саме таких норм і дотримуються фахівці:

- «10–14 лет – там только консультирование. 14–18 – сами могут дать согласие, имеется ввиду. До 14 лет, кроме консультирования, ничего нельзя, никому, ни группам риска, все это одинаково» (медичний працівник, національний експерт, м. Київ);
- «Только консультирование до 12 лет – это с разрешения опекунов, родителей и т.д. А с 14 лет – без проблем» (медичний працівник, надавач послуг, м. Київ);
- «У меня не было прецедентов. Только с согласия ребенка»;
- «Беспризорный ребенок может сам обследоваться. Обязательно социальное сопровождение» (надавач послуг ДКТ, м. Київ).

Але опитування підлітків дає досить суперечливу картину: 78,1 % опитаних респондентів зазначили, що дозволу батьків у них не просили, і 9,2 % зазначили, що такий дозвіл вимагали (табл. 5.2).

⁴² Аналіз нормативно-правової бази щодо забезпечення прав дітей і молоді, які живуть та працюють на вулиці, попередження безпритульності й бездоглядності в Україні / Тетяна Бордуніс. – К. : USAID|Проект розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні, 2001.

**Розподіл відповідей на запитання:
«Чи вимагали від тебе дозвіл батьків на проведення тесту?»,
за статтю та віком, %**

	Серед усіх	За статтю		За віком				
		хлопці	дівчата	13 років	14–15 років	16–17 років	18–19 років	20–24 роки
Так	9,2	6,4	5,1	40,0	23,8	16,2	10,0	1,1
Ні	78,1	74,5	82,7	20,0	52,4	59,5	77,5	94,6
Не пам'ятаю	12,8	19,1	12,2	40,0	23,8	24,3	12,5	4,3

По-перше, не зрозуміло, чому запитували дозвіл батьків для тестування підлітків віком 14 років і старших. По-друге, що стосується дітей 13 років (серед них дещо менше від половини (40 %) згадали, що в них запитували дозвіл батьків, а 40 % зазначили, що не пам'ятають взагалі про цей факт): 20 % підлітків, які зазначили, що їм запропонували тестування без попереднього дозволу батьків, – мешканці притулків для дітей; як відомо, керівник притулку, на час влаштування дитини до цього закладу, є офіційним представником неповнолітнього. Але уточнювального запитання, чи пропонували це тестування підліткам у присутності іншої дорослої особи, що представляє дитину, чи ні, в межах цього дослідження не передбачено.

5.3. Місце проведення ДКТ

«На деле доступность информации и географического месторасположения не «заохочує людину звертатись за цими послугами». (Медичний працівник, національний експерт, м. Київ)

У ході опитування респонденти визначили загальну позицію, що на сьогодні послуги з ДКТ досить доступні для різних категорій населення.

Що стосується підлітків та молоді загалом та ПГР, то, на їхню думку, найпоширеніші місця, де можливо отримати послуги, залишаються поліклініки та лікарні (34,6 %), мобільний пункт тестування (18,3 %), НУО (13,6 %) і центри профілактики та боротьби зі СНІДом (13,1 %).

Але дані тестування за віком дещо різняться: якщо підлітки 13-річного віку діставали послугу переважно на базі традиційних медичних закладів (центрів профілактики та боротьби зі СНІДом – 40 %, поліклінік/лікарень і кабінетів «Довіри» – по 20 %) та в НУО, що працюють з цільовою групою (20 %), то що старший вік, то більший спектр місць проходження тестування вони зазначають – це військкомати (4,7 % – серед підлітків віком 16–19 років), мобільні пункти тестування, жіночі консультації/клініки дородового спостереження/пологові будинки (6,3 % – серед підлітків та молоді віком 14–24 роки), КДМ (4,7 % – серед 16–24-річних), наркологічні (2,6 %) та дерматовенерологічні диспансери (5,8 %) – також серед підлітків старшого віку (табл. 5.3).

Додатково, кожний четвертий опитаний (24,5 %) висловив побажання, щоб установа, де можна пройти тестування, була недалеко від місця проживання.

Місця, де респонденти останнього разу робили тест на ВІЛ, за віком, %

	Серед усіх	За віком				
		13 років	14–15 років	16–17 років	18–19 років	20–24 роки
Поліклініка/лікарня	34,6	20,0	38,1	32,4	33,3	35,9
Мобільний пункт тестування	18,3	0	19,0	23,5	23,1	15,2
Громадська організація	13,6	20,0	23,8	11,8	10,3	13,0
Центр профілактики та боротьби зі СНІДом	13,1	40,0	9,5	5,9	5,1	18,5
Кабінет «Довіри»	7,3	20,0	0	2,9	10,3	8,7
Жіноча консультація/клініка дородового спостереження/пологовий будинок	6,3	0	4,8	2,9	7,7	7,6
Дерматовенерологічний диспансер	5,8	0	4,8	0	2,6	9,8
Військкомат	4,7	0	0	11,8	12,8	0
Клініка, дружня до молоді	4,7	0	0	5,9	2,6	6,5
Наркологічний диспансер	2,6	0	4,8	5,9	0	2,2

Кожний п'ятий (19,9 %) з опитаних зазначив про часову незручність для проходження тестування, тобто вони були вимушені пропустити майже цілий день навчання/роботи для проходження процедури, серед молодших груп питома вага таких підлітків найбільша (рис. 7). Зі свого боку, учасники фокусгруп, за результатами дослідження, як підтверджують факт віддаленості місця тестування і необхідності з цією метою пропустити день навчання, так і наголошують на існуванні непоодиноких випадків маніпулювання проходженням процедури тесту задля прогулу навчання.

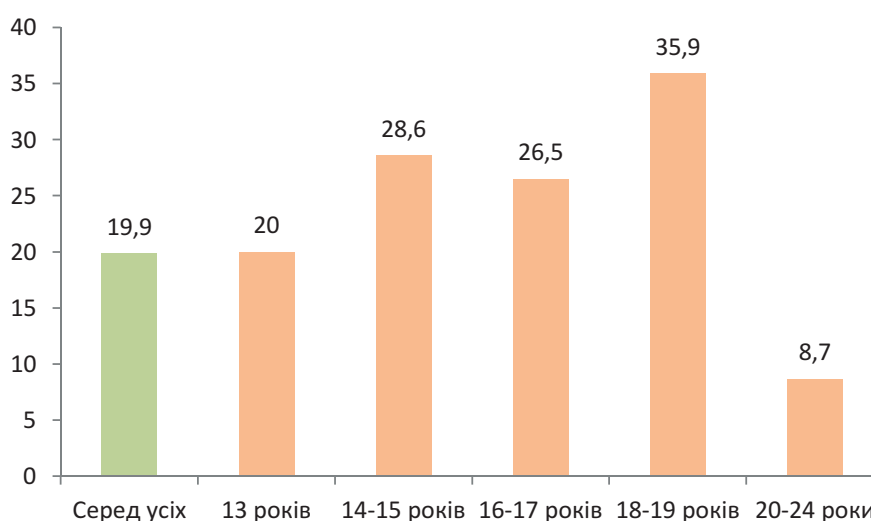


Рис. 7. Питома вага підлітків та молоді, які змушені були пропустити день навчання/роботи задля тестування на ВІЛ, за віком, %.

Водночас надавачам послуг, по зможі, слід звернути увагу на часи роботи закладів та зробити їх прийнятнішими для цільової групи.

Одночасно експерти та надавачі послуг визначили такі проблемні питання щодо місць тестування:

- 1. Територіальна віддаленість місця проведення ДКТ (зокрема для сільської місцевості).** Територіальна віддаленість КДМ та кабінетів «Довіри» як у невели-

ких містах і селах, так і від центру у великому місті, де дістатися до закладу з іншого кінця міста буває непросто. Адже це спричиняє додаткові проблеми, що пов'язані з оплатою проїзду до місця проведення ДКТ.

Дитячі поліклініки, з одного боку, – найдоступніші медичні заклади, зокрема територіально, з іншого – не всі поліклініки мають змогу надати послугу з ДКТ на ВІЛ комплексно. Інші зроблять переадресацію. Інформацію щодо місця, де можна отримати таку послугу, підлітку надають у повному обсязі. Дитячі педіатри працюють з підлітками всіх груп.

2. Неспроможність підлітків сплатити за проїзд до місця проведення ДКТ. Спеціаліст кабінету «Довіри» зазначив про потребу в компенсації проїзду підліткам до місця дістання послуг ДКТ, бо брак коштів створює додаткові перешкоди.

3. Погана поінформованість ПГР про існування закладів, що надають такі послуги. Найчастіше інформують підлітків про заклади, де надають послуги ДКТ, працівники цих закладів під час профілактичної роботи на базі навчальних закладів або аутричроботи, поширення інформаційно-просвітницьких матеріалів.

4. Брак комплексності («розірваність») у наданні послуги ДКТ.

4.1. Нема маніпуляційних кабінетів майже в половині КДМ України, нестача спеціалістів не дозволить надавати послугу ДКТ комплексно. В основному фахівці працюють на основі договорів зі СНІД-центрами, куди переадресовують клієнтів для проходження тестування.

4.2. 2 з 6 опитаних працівників КДМ, де проводилось інтерв'ювання, мають швидкі тести на ВІЛ (як можна зрозуміти з відповідей респондентів, ці тести надають КДМ у рамках проектів НУО), 4 з 6 надають послуги ДКТ комплексно, використовуючи ІФА. Решта 2 або роблять лише забір крові, яку потім направляють у лабораторію для аналізу, або просто перенаправляють клієнта для тестування до іншого медичного закладу.

Отже, для здачі крові підлітки мають звертатися до іншої установи та повернутися ще раз по результат і післятестову консультацію. Як відомо, не всі з підлітків достатньо вмотивовані з'ясувати свій ВІЛ-статус, тому певна частина клієнтів внаслідок розриву в часі та місці перебування за результатами тестування не з'являється.

4.3. ДКТ неповнолітніх, які перебувають або тимчасово влаштовані до стаціонарних установ (інтернату, притулку для дітей, центру соціально-психологічної реабілітації дітей, кризового центру, приймальника-розподільника тощо), проводять за ініціативою керівника цієї установи, переважно з виїздом консультанта на місце. Наявні проблема щодо невідповідності працівників закладів до цієї роботи та недосконалість системи збереження інформації про стан здоров'я дитини.

5. Нинішня мережа закладів не покриває всіх потреб. Так, наприклад, про наявність усього однієї КДМ у м. Миколаєві зазначив експерт: *«Одна из областей, в которых все-таки достаточно высокие показатели ВИЧ. Вот там клиника одна, на город Николаев, которая вообще не занимается группами риска. Мы уже несколько раз там были с предложениями даже помочь и финансово, в том числе, для того, чтобы создать клинику по работе с группами риска. Потому что контингента там достаточно много. Там работает проект, благотворительная организация. Они сами там организовались. Но, тем не менее, нет... Потому, что это действительно довольно большая работа, очень специфическая: это и помещение, какое учреждение, как организовать и кто этим будет заниматься,*

яким образом организовать эту работу») (медичний працівник, національний експерт, м. Київ).

6. Необхідність розширювати мережу діяльності мобільних пунктів і лабораторій. Під час опитування наголошувалося на ефективності використання мобільних пунктів для надання послуг ДКТ для ПГР, бо такі підлітки самі по послуги не з'являються, тому слід, по змозі, наближатися до місць їхнього перебування та супроводжувати їх. «Увеличить количество мобильных лабораторий, время работы, количество кабинетов» (надавач послуг, медичний працівник, м. Київ).
7. Не налагоджена система переадресації послуг. Два з трьох опитаних підліткових педіатрів переадресовують підлітків до КДМ або кабінету «Довіри» з метою дистанції ними послуг з ДКТ. Один педіатр сам надає такі послуги, тестування відбувається в тому ж закладі. У разі переадресації спеціалісти обов'язково з'ясовують, чи звернувся підліток по цю послугу, чи ні. Один зі спеціалістів зазначив, що по послугу з ДКТ звертається лише близько 20 % переадресованих.
8. Не пропрацьовано механізм соціального супроводу ПГР. Брак супроводу до місць проведення тестування також призводить до втрати клієнтів: підліток здає кров на аналіз, по результат не з'являється – такі ситуації системні. Якщо послуги ДКТ надавали анонімно, особливо «дитині вулиці», знайти потім цього клієнта практично нереально.

Два з трьох спеціалістів зазначили проблему недостатньої координації з іншими службами, зокрема із соціальною: «Вони не знають, до кого зі спеціалістів звертатися, якщо у підлітка під час консультування виявляється соціальна проблема, яку лікар вирішити не в змозі».

«Категория молодежи должна иметь свою нишу в сфере здравоохранения в виде специальных клиник для молодежи, подразделений, я бы сказала, в сфере здравоохранения с таким межведомственным акцентом, где там может быть социальная служба и служба по делам детей присутствовать в виде партнерских четко установленных обязанностей и функций» (медичний працівник, національний експерт, міжнародна організація, м. Київ).

«У нас нет инфраструктуры надлежащей в нашей стране. Мне кажется, у нас нет понимания, что эта категория населения нуждается в специальных, особых услугах и что все это нуждается в поступающих международных деньгах» (медичний працівник, надавач послуг, м. Київ)

Отже, як надавачі, так і отримувачі послуг, зазначають про важливість створення умов для наближення комплексу послуг ДКТ до місць перебування цільових груп, перегляду розкладу роботи інституцій, які надають ці послуги, та покращення системи переадресації й соціального супроводу дітей і молоді для дистанції послуг з консультування й тестування на ВІЛ.

5.4. Безплатність послуги

«Ну, в правах все одинаковы – по закону. Другое дело, платные это услуги или бесплатные. Поэтому, если деньги есть – есть платные услуги, то есть, минимально. То, где будет платно, – естественно, ребенок с улицы не может себе позволить. Это уже будет препятствием. Все завязано на деньгах. Точно так же, как вот говорят – качество оказания медицинской помощи. Тот ребенок, что с улицы – да, на скорую помощь все это есть, но для главного обследования и профилактики уже средств не хватает».
(Надавач послуг, медичний працівник, м. Київ)

Порядком ДКТ визначена можливість проводити тестування на ВІЛ всім організаціям/установам (лабораторіям) на території України незалежно від відомчого підпорядкування та форм власності, що роблять на безоплатній основі тестування на серологічні маркери вірусу імунодефіциту людини, зокрема швидкими тестами⁴³.

Але, на жаль, результати дослідження свідчать про наявність досить непоодиноких випадків вимагання оплати за обстеження на ВІЛ неповнолітніх та ПГР.

Так, на запитання: «Чи був тест на ВІЛ платним?» – майже кожен п'ятий (17,3 %) дав ствердну відповідь і 7,9 % відповіли, що не пам'ятають.

Крім того, судячи з відповідей респондентів, спостерігається тенденція до збільшення випадків необхідності сплатити за тестування відповідно до віку: 12,5 % серед 14–15-річних респондентів, 7,7 % – серед респондентів 16–17-річного віку, і відповідно 18,2 % – серед 18–19-річних та 21,8 % – серед 20–24-річних (табл. 5.1); тобто що старші підлітки, які звертаються по послуги, то частіше говориться про платність послуги.

Відповіді респондентів, де їм пропонували платні послуги з тестування на ВІЛ, розподілилися так: поліклініка/лікарня (20 осіб), жіноча консультація (5 осіб), центр профілактики та боротьби зі СНІДом (3 особи), громадська організація (2 особи), дерматовенерологічний диспансер (5 осіб), військкомат (1 особа).

Серед тих, хто платив за тест (N= 33), 19,3 % – мешкають у квартирі, домі (власній чи найманій, батьків чи неофіційних чоловіка/дружини), 15,8 % – проживають в інтернаті, 5,9% – у гуртожитку.

З них 23,5 % – вже не вчаться, працюють, 21,1 % – вчаться та працюють, 18,8 % – не вчаться та не працюють, 9 % – вчаться, не працюють.

Різні думки висловлювали й експерти, які брали участь у дослідженні: якщо задекларовано надання безплатної послуги ДКТ, то, на думку практиків, надавачів послуг, необхідно поширювати інформацію серед цільових груп про можливість отримання послуги безплатно та забезпечити цю безплатність.

- «...для всего этого многих усилий и денег не нужно» (медичний працівник, національний експерт, м. Київ);
- «Она и так приемлема, бесплатна, есть специальные центры, где она предоставляется. Просто предоставляют информацию в сами очаги распространения» (надавач послуг, медпрацівник-психолог, м. Київ);

⁴³ Наказ МОЗ України від 21.12.2010 р. № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення».

- «... пока не будет нормальной нормативной базы, пока мы не сможем нормально своих детей класть в стационары, ...лечить бесплатно препаратами, ...а не простыми лекарствами, которые стоят небольших денег. Меня, например, это волнует очень и давно» (надавач послуг, медичний працівник, м. Донецьк).

Наявні випадки вимагання оплати за тестування на ВІЛ – порушення принципу безплатності послуги ДКТ. Отже, до всіх лікувальних закладів України має бути доведено положення про неприпустимість вимагати у неповнолітніх, особливо ПГР, оплати за надання медичних послуг з консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію.

5.5. Анонімність

«Очень часто бывает такая проблема с анонимностью: «Вы никому не расскажете? Никто не узнает?» – Для них это очень важно». (Медичний працівник, надавач послуг, м. Донецьк)

Законодавство України гарантує доступність, якість, ефективність медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, зокрема анонімного, з наданням попередньої та наступної консультативної допомоги, а також забезпечення такого медичного огляду для обстежуваної особи та персоналу, який його проводить.

За даними опитування серед підлітків та молоді, порушення права клієнта на анонімність тестування на ВІЛ допускалися в кожному третьому випадку.

Так, третина респондентів (33,5 %, N=64) з числа тих, хто відповів на запитання, зазначили, що тестування не було анонімне (30,8 % – серед хлопців та 34,9 % – серед дівчат) (табл. 5.1). Вказали на порушення принципу анонімності 33,3 % серед 13-річних, 31,3 % – 14–15-річних, 15,4 % – 16–17-річних, 4,5 % – 18–19-річних і найвищий відсоток – 36,8 % – серед 20–24-річних респондентів.

Серед тих, хто зазначив, що тестування на ВІЛ не було анонімне, 36,8 % – учні інтернатів, 34 % – мають окреме помешкання (у квартирі, домі, власному чи найманому, тощо), 29,4 % – мешкають у гуртожитку. При цьому 36,1 % – проживають окремо/без батьків.

Експерти, які взяли участь у дослідженні, вказують на обов'язкове дотримання принципу анонімності як на головну вимогу до тестування.

- «У нас таких случаев не было, потому что чаще всего приходят подростки сами. Родителей это как бы не касается» (надавач послуг, медпрацівник-психолог, м. Київ);
- «На анонимность, доступность, бесплатность – акцент»; «Раньше был страх, недоверие, боялись, что это будет неконфиденциально. Сейчас таких страхов нет. Потому что дети поняли, что могут сами прийти и все сделать» (надавач послуг ДКТ, м. Одеса).

Зазначимо, що оскільки методологією дослідження передбачено опитування експертів, які переважно працюють з цільовою групою, то зазвичай це ті спеціалісти, які в межах своєї діяльності та діяльності закладів/установ, де вони працюють, забезпечу-

ють дотримання принципу анонімності. Про практику стосовно дотримання принципу анонімності інших установ і організацій, які працюють у цій сфері, вони знати не можуть.

Тож результати аналізу відповідей надавачів послуг, експертів і підлітків різняться.

Отже, всім причетним до надання послуг ДКТ установам і організаціям слід вжити заходів з метою недопущення порушення принципу анонімності тестування на ВІЛ.

5.6. Згода та право підлітка на відмову

Для проведення повноцінного обстеження дитини на ВІЛ необхідно насамперед створити належні умови для нього. Але експерти зазначають, що в окремих випадках, може бути виявлена проблемність у дотриманні принципу добровільності.

1. Питання щодо можливості медичного огляду неповнолітніх віком до 14 років на прохання їхніх батьків/законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду, нормативно визначено. При цьому не розглядається можливість незгоди на такий огляд з боку самого неповнолітнього.
2. Неприйнятною може бути ситуація, коли підліток уже досяг 14 років і має право на самостійне дістання послуг ДКТ, а його проти волі примушують пройти тестування на ВІЛ. У такому разі дуже важливо, щоб підліткові в доступній формі була донесена інформація про необхідність тестування або іншого обстеження та шляхом мотивації отримана його згода на тестування.
 - *«Молодой человек, с позитивным ВИЧ-статусом. Мотивировали, чтобы посетил нас, сдал анализ на первое ИФА. Предлагали сопровождение, встречу, план-схему. Все объясняли, все риски, все последствия. Подросток, живущий на улице. К сожалению, на консультацию не явился»* (консультант з ДКТ, м. Київ).
 - *«Обычно, часто. Предлагают тестирование. Но, в большей степени, процентов 80 % отказываются тестироваться»* (надавач послуг, медпрацівник-психолог, м. Київ).
 - *«И чаще всего, они, как правило, решают сами. Придет он дальше, выйдет ли он из этой ситуации, или нет. А в большинстве, конечно, решает его окружение. Если мы ему помогли, да, мы все рассказали, но он попадает обратно в ту же самую среду, в те же самые условия, и это все теряется»* (надавач послуг, підлітковий педіатр, м. Київ).

Отже, з досвіду експертів вагома частка підлітків відмовляється від проходження тесту на ВІЛ.

З відповідей підлітків бачимо (табл. 5.4): хоч у більшості з них запитують про згоду (66,5 %) та повідомляють про право відмовитись від проходження тесту на ВІЛ (59,2 %), все ж спостерігається ситуація, коли це не враховується. Так, за свідченням підлітків та молоді, у 16,8 % опитаних не запитували згоди на проходження тесту, а у 22,5 % – не згадали про право відмовитись від проходження тесту.

**Дотримання принципів згоди та права підлітка на відмову від тестування,
за статтю, віком, побутовими умовами, %**

	Серед усіх	За статтю		За віком					Проживання (побутові умови)				
		хлопці	дівчата	13 років	14–15 років	16–17 років	18–19 років	20–24 роки	Квартира	Гуртожиток	Інтернат	Притулок	На вулиці
НЕ запитували згоди на проведення тесту	16,8	18,5	15,9	20,0	14,3	11,8	15,4	19,6	16,0	11,8	26,3	33,3	0
НЕ попередили про право відмовитись від проходження тесту	22,5	20,0	23,8	20,0	19,0	20,6	12,8	28,3	22,0	11,8	31,6	33,3	0

Найбільший відсоток тих, у кого не запитували згоди та яких не інформували про право відмовитись від тестування, серед мешканців притулків для дітей (третина опитаних цієї категорії – 33,3 %), інтернатів (у 26,3 % з них не запитували згоди й у 31,6 % – не попередили про право відмовитись).

Отже, тестування для виявлення ВІЛ-інфекції для неповнолітньої особи може бути проведене тільки після усвідомленої та добровільної згоди пацієнта. Це означає, що підліткові надано зрозумілою для нього мовою в доступній формі достатньо інформації, він зрозумів позитивні та негативні наслідки у разі виявлення свого ВІЛ-статусу, дав письмово підтверджену згоду на проходження тестування або відмовився від нього чи відклав своє рішення щодо його проходження без будь-якого примусу. Тиск або примушення до проходження тестування неприпустимі. Добровільність передбачає також, що нема примусу до ухвалення рішення стосовно зміни ризикованої поведінки особою, яка звернулась по послуги ДКТ.

5.7. Передтестове консультування

«Для любого подраздела группы риска, по идее, нужно тогда отдельно прописывать эту процедуру предтестового консультирования. Потому что каждая из них имеет нюансы». (Надавач послуг, медпрацівник-психолог, м. Київ)

Передтестове консультування – невіддільний та обов’язковий складник процесу ДКТ.

Загалом кожний третій з опитаних (30,4 %) визначив, що передтестова консультація з ним не була проведена, не надано ані усної, ані письмової інформації перед тестуванням на ВІЛ, серед них: 20,0 % – серед підлітків 13-річного віку, 33,3 % – 14–15-річного, 23,5 % – 16–17-річного, 30,8 % – 18–19-річного і 32,6 % – 20–24-річного віку (рис. 8).

Послугу з передтестового консультування не надано: у поліклініці/лікарні (35 осіб), КДМ (1 особа), жіночій консультації/клініці дородового спостереження (6 осіб), центрі СНІДу (4 особи), кабінеті довіри (2 особи), мобільному пункті тестування (2 осо-

би), наркологічному диспансері (2 особи), дерматовенерологічному диспансері (5 осіб), військкоматі (3 особи), громадській організації (3 особи).

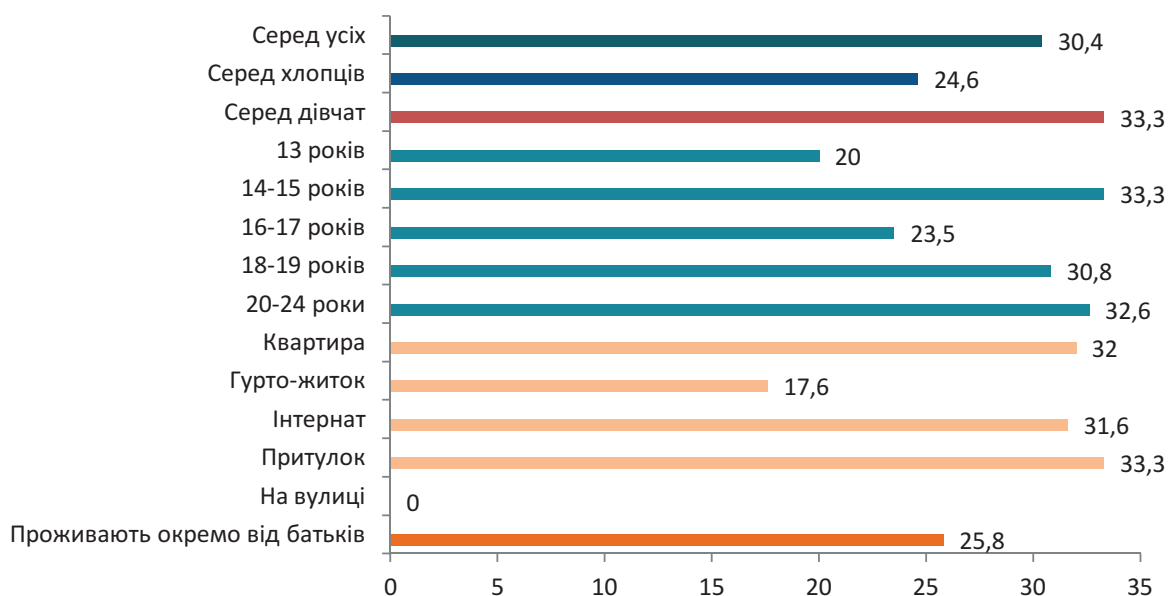


Рис. 8. Питома вага респондентів, які не отримали передтестове консультування (серед тих, хто мав досвід тестування), за статтю, віком, умовами проживання, %.

Уточнювальних запитань стосовно того, з яких причин передтестове консультування майже третині підлітків не проведено, в рамках дослідження не ставлено.

Крім того, дизайн варіантів відповідей не передбачав можливості обрати кілька варіантів відповідей щодо змісту інформації, яка була отримана під час передтестового консультування.

Експерти зазначили, що останнім часом підготовлено достатню кількість спеціалістів як медичної, так і соціальної сфери, які проводять дотестове консультування. Водночас фахівці стверджують, що найрезультативніші ті випадки, коли до- і післятестове консультування проводить один спеціаліст, який веде цього клієнта.

Крім того, у відповідях експертів визначено низку недоліків у проведенні дотестового консультування.

- Найчастіше експерти ставили питання щодо необхідності перегляду та удосконалення механізму надання послуг ДКТ працівниками НУО (починаючи з проведення передтестового консультування та подальшого аналізу крові), бо НУО не мають як технічних можливостей для тестування, так і кадрових (здебільшого вони залучають фахівців з медичних закладів): «Ну, мы за них не отвечаем. Но они должны обучаться. Что значит, они будут проводить ДКТ? ДКТ – это три вопроса. Первый – провести консультирование, чтобы он согласился сдать кровь. Потом – он сдает эту кровь. Где общественная организация будет сдавать эту кровь?» (медичний консультант, національний експерт, м. Київ).

Отже, на думку експертів, по-перше, основним завданням ВІЛ-сервісних НУО має бути робота із забезпечення доступу до цільової групи та мотивації їх до дістання послуг з ДКТ; по-друге, має бути врегульовано питання щодо ліцензування діяльності НУО, які надають послуги ДКТ.

- Нестача у Протоколі ДКТ чітко визначеного переліку груп підлітків та молоді, яким пропонують послуги ДКТ та з якими проводять консультування, ускладнює роботу надавачів послуг: *«Если у него не было вообще половых контактов, то смысл ему предлагать ДКТ? Разве что, если есть прямые причины. Возможно, употребление наркотических средств»* (надавач послуг, медпрацівник-психолог, м. Київ); *«Если подросток ведет половую жизнь, употребляет инъекционные наркотики, то обязательно будет предложено»* (психолог, надавач послуг ДКТ, м. Одеса).
- Неготовність фахівців проводити дотестове консультування з ПГР, враховуючи їхні особливості⁴⁴.
- Надавачі послуг вказують на наявність, хоч і не часто, неприйнятних умов для проведення дотестового консультування загалом підлітків та ПГР (існування черг, обмеженість часу для спілкування з підлітком тощо): *«У нас нормально проводится это все. Здесь максимально дается информация доктором, насколько это возможно. Опять же, все зависит от дня, очереди. Если у нас есть несколько нюансов, что если много людей, то подгоняют врача. Но это редко. В основном, если проводится ДКТ, то нужно максимум внимания уделить этому человеку, объяснить и разъяснить, а не быстро. В этих ситуациях ДКТ проходит медленно, занимает много времени, потому что информацию нужно донести. Как он с ней поступит – это уже его право. Но донести надо»*.
- *«Мы проводим ДКТ всем при желании. Любому человеку, который обратился за помощью и хочет обследоваться на ВИЧ, всем проводится консультирование»* (надавач послуг ДКТ, м. Одеса).
- До проведення дотестового консультування слід активніше залучати фахівців гарячої лінії «телефону довіри».

Отже, у відповідях дітей та молоді зазначено про наявність випадків непроведення передтестового консультування – обов'язкового компоненту послуг ДКТ.

Окреслені експертами проблемні питання у проведенні передтестового консультування (нормативна невизначеність переліку груп підлітків та молоді, яким пропонують послуги з консультування і тестування на ВІЛ; неготовність фахівців проводити дотестове консультування для цільової групи; нема ліцензування діяльності НУО, які працюють у сфері надання послуг ДКТ; неприйнятність умов для проведення дотестового консультування підлітків та ПГР) спричиняють додаткові перешкоди на шляху до дістання повного комплексу послуг підлітками, зокрема й ПГР.

⁴⁴ 3 лютого 2012 року, відповідно до наказу Державної соціальної служби з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань МОЗ України робоча група з питань консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію розробляє нову редакцію проекту Порядку ДКТ. Передбачається, що нова редакція Порядку буде увідповіднена профільному законодавству.

5.8. Отримання результатів

«Немножечко они к себе безалаберно относятся. Некоторые приходят в депрессивном состоянии, как-то пытаешься потом вывести их из этого. А некоторые все на смех поднимают и серьезно к этому абсолютно не относятся. Некоторые узнают о своем статусе... обследовали, можно поставить на учет, можно оказать помощь, все сделать для блага, но он узнал о своем результате, развернулся, ушел и больше не приходил. Спрашивала социальных работников – видите, встречаете – да, он себя неплохо чувствует, но никуда не обращается.» (Надавач послуг ДКТ, м. Одеса)

Відомості про результати медичного огляду, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю, тому передача таких відомостей дозволяється тільки особі, якої вони стосуються⁴⁵.

Майже однотайно експерти зазначають про несерйозне ставлення самих підлітків до свого здоров'я та їхнє нерозуміння проблем, що пов'язані з поширенням ВІЛ в їхньому оточенні. Крім того, фахівці зазначають, що самостійно підлітки майже не повертаються по результати, тобто йдеться про їхню слабку мотивацію. Значно частіше по результати приходять ті, кого супроводжували батьки, соціальні працівники, фахівці закладів тимчасового перебування для дітей та молоді, аутричпрацівники.

Опитані, в значній більшості (90,6 %) зазначають, що отримали результати проведеного тесту, 6,3 % – не отримали, 3,1 % – не пам'ятають про цей факт. Серед тих респондентів, кому проводили тестування на ВІЛ за допомогою швидкого тесту, 96,4 % отримали його результат.

Отримані у першу хвилю (N=465) опитування показники щодо результатів тестування (7,8% вказали на ВІЛ-позитивний статус), також викликали сумніви дослідницької команди, соціальних і медичних працівників тощо. Це стало однією з ключових причин організації окремої бази даних для другої хвилі онлайн-опитування. З метою розуміння отриманих даних була проведена низка зустрічей з представниками молоді, на яких виявлено, що підлітки та молодь часто не розуміють суті термінів «позитивний результат» та «негативний результат», до того ж не завжди відрізняють тестування на ВІЛ та здачу крові на інші аналізи. На підставі цих зустрічей дослідницька команда розробила окремий методологічний коментар для проведення бесіди з респондентами перед опитуванням з метою пояснення, що таке тестування на ВІЛ та які його результати («позитивний» та «негативний» статуси) (детальніше див. Розділ IX). Отже, для використання запропоновано результати другої хвилі, коли дослідники впевнені в достатньому рівні компетентності наданих відповідей щодо результатів тестування на ВІЛ.

За результатами другої хвилі опитування (N=506) серед опитаних підлітків, які мали досвід тестування на ВІЛ, 2,3 % отримали позитивний результат, 93,2 % – негативний та 4,5 % відмовились відповісти. Дівчата зазначили, що отримали пере-

⁴⁵ Наказ МОЗ України від 21.12.2010 р. № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення».

важно ВІЛ-негативний результат, тоді як 11,1 % юнаків віком 18–19 років отримали ВІЛ-позитивний результат тестування (табл. 5.5).

Серед підлітків та молоді групи ризику, які проходили тестування на ВІЛ (відповіли на запитання 45 осіб), позитивний статус мають 7,7 %, негативний – 92,3 %.

Таблиця 5.5

**Результати тестування на ВІЛ (серед тих, хто мав досвід тестування),
за статтю, друга хвиля опитування, %**

	Серед усіх	За статтю	
		хлопці	дівчата
ВІЛ-позитивний	2,2	5,6	0
ВІЛ-негативний	93,3	83,3	100
Не хочу говорити	4,4	11,1	0

Щодо терміну очікування результату тесту, то 42,2 % зазначили, що отримали результат менш ніж через 2 години, 28,9 % – менш як через 1 тиждень, 15,6 % – за 2 тижні, 13,3 % – за 2 тижні та більше.

Серед причин того, чому підлітки не з'явилися по результат свого тесту, найменша частка припадає на недовіру закладові – 8,3 %, забули або були зайняті – 16,7 %, чверть опитаних вказали на проблему, що пов'язана з проїздом, – 25% і більш ніж половина (58,3 %) вказали, що з інших причин. Серед причин, чому не отримали результатів тестування на ВІЛ, учасники фокус-груп зазначають такі: *«не видаються, оскільки потрібен для звітності», «якщо хтось хворий, того примусово везуть до лікарні і заставляють там лежати», «сказали, що якщо будуть проблеми – вони повідомлять», «Один раз отримала, другий раз здавала в лікарні, коли й усі інші аналізи. Сказали, що результат прийде через 2 тижні, до того часу мене вже виписали і я поїхала з міста», «мені не сказали».*

Серед респондентів, які проходили тестування, 6,3 % (N=12) не отримали результатів: 5 осіб віком 14–15 років, 2 особи віком 16–17 років, 1 – віком 18–19 років, 5 – віком 20–24 роки. Серед них: 7 осіб проживають з батьками, 5 осіб проживають окремо від батьків, 9 – у квартирі/ домі, власній або найманій, 2 – у гуртожитку, 1 – в інтернаті; 4 особи – мешканці невеликого міста, 5 – обласних центрів, 3 – великого міста.

З тих, хто не з'явився по результати тестування, 15,5 % не отримали попередньої усної чи письмової інформації (передтестове консультування).

Суттєвих зв'язків між показниками рівня зайнятості та неотриманням результату тестування в межах дослідження не виявлено.

Отже, єпоодинокі випадки неотримання результатів тестування на ВІЛ-інфекцію, пов'язані передусім з неусвідомленістю підлітками ризиків, що виникають у зв'язку з інфікуванням на ВІЛ, а також з проблемою проїзду до місця отримання результатів тесту; і найменша частка респондентів (8,3 %) пов'язують це з недовірою до закладів.

- *«Сегодня пообещал одно, а завтра не пришел на встречу с социальным работником, необязательность такая. Это зачастую повышенная самоуверенность, они не боятся ничего, не переживают за свое здоровье, мотивировать таких детей очень сложно»* (надавач послуг, медпрацівник-психолог, м. Київ).

5.9. Післятестове консультування

«Но и дальше тоже не продуманно. Если подросток получает результат, который требует дальнейшего вмешательства, лечения, обследования, то дальше уже требуются его документы. Вот эта часть не прописана в законе, то, что он дальше может сам, определяться с более серьезными медицинскими вмешательствами». (Медичний працівник, надавач послуг ДКТ, м. Київ)

Післятестове консультування проводять медики, психологи, отримавши перед цим результати тестування підлітка, зокрема з лабораторії.

Хоча, за даними опитування, більшість респондентів, які проходили тестування на ВІЛ (66,7 %), зазначили, що бесіду після отримання позитивного результату з ними проводили, все ж частина (N=3) вказала, що такої бесіди не було (2 хлопці та 1 дівчина віком 20–24 роки). Не дістали післятестового консультування в лікарні.

Серед питань, обговорених у ході бесіди одразу після отримання результатів, опитувані відзначають: підтримували психологічно – 36,4 %, говорили про важливість здорового способу життя – 36,4 %, говорили про лікування та можливу психологічну підтримку – 54,5 %, говорили про те, як жити з ВІЛ, – 45,5 %, як запобігти передачу ВІЛ іншим людям – 36,4 %, де можна отримати презервативи – 27,3 %, де можна отримати психосоціальну підтримку – 54,5 %.

Аналіз правового поля та досвід роботи надавачів послуг з ДКТ дозволяють зробити висновок, що післятестове консультування, зокрема повідомлення позитивного результату тесту, також дещо відрізняється залежно від віку:

- 18–19 років – результати тестування нікому, крім підлітка, не повідомляють;
- 14–17 років – у разі підтвердження ВІЛ-позитивного статусу підлітка варто мотивувати до розкриття свого статусу батькам/законним представникам або значущим дорослим, проте без його згоди залучати їх не можна;
- 10–13 років – результати тестування в обов'язковому порядку повідомляють батькам/законним представникам підлітка.

5.10. Інформування батьків та інших осіб щодо позитивного результату

«Что касается подростков, очень много нюансов по поводу того, кому мы должны сообщать о результате тестирования? Имеем ли мы право сообщать, не имеем? Есть ли нюансы, исключения из правил? Если нужно поставить ребенка на учет, а у него нет документов, что для этого можно сделать? Есть ли органы или службы, которые могут помочь ребенку в сопровождении или в том, чтобы дать ему документы, хотя бы временные, чтобы можно было поставить на учет ребенка и дать ему необходимые препараты?» (Надавач послуг ДКТ, м. Київ)

Результат тестування дитини, яка ще не досягла віку 14 років, доводиться до відома батьків або інших його законних представників. Про позитивний результат тестування в ході післятестового консультування підлітка, якому виповнилося 14 років, мотивують повідомити про результат батьків чи когось зі своїх близьких.

У разі виявлення позитивного результату в ПГР (зокрема того, який живе та працює на вулиці, втікає з дому, проживає в асоціалній родині тощо) виникає низка проблем, бо необхідні документи для взяття на облік цього підлітка. За наявності документів, з досвіду консультантів, залучення батьків та повідомлення їх цієї інформації не обов'язкове.

Результати дослідження вказують на те, що не всім підліткам запропоновано повідомити батьків про позитивний результат (63,6 %), лише четвертій частині протестованих (27,3 %) це рекомендували.

Усі респонденти (N=7), які не повідомили про результат батьків, проживають у квартирі/будинку; з них 28,6 % – проживають з батьками, 71,4 % – мешкають окремо від батьків.

Місця, де підліткам не запропонували повідомити батьків: НУО, наркологічний диспансер, лікарня/поліклініка, центр профілактики та боротьби зі СНІДом.

Водночас респондентизначили, що вони поділилися результатами тестування зі статевим партнером – 66,7 %, другом/подругою – 66,7 %, батьками – 44,4 %, соціальним працівником – 44,4 %, медичним працівником (не тим, що проводив тестування) – 22,2% та 22,2% – братом/ сестрою (рис. 9).

Усі без винятку (100 %) опитаних зазначили, що вони:

- не поділилися інформацією про свій ВІЛ-статус з однокласниками, тобто побоювання щодо розголошення діагнозу ВІЛ у навчальному закладі залишається найвищим;
- поділилися з іншими родичами, але чи дійсно вони поінформували родичів, у рамках дослідження не з'ясувалися.

Про неготовність підлітків та молоді одразу розповідати близьким про свій ВІЛ-позитивний статус свідчать дані: 77,8 % повідомили про свій ВІЛ-позитивний статус менш ніж за місяць, і майже четверта частина з них (22,2 %) – більш ніж за рік.

Серед причин, що стоять на заваді інформуванню батьків або близьких людей, опитувані визначають: побоювання, що про ВІЛ-статус дізнається оточення, – 72,7 %; спочатку хотіли б справитися з цим самі – 18,2 %; нема з ким поділитися – 18,2 %; інші причини – 18,2 %.



Рис. 9. Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Кому ти сказав(ла) про результати свого тесту?» – серед тих, хто повідомив результати тесту, % (Сума не дорівнює 100% через те, що респондент міг обрати декілька варіантів відповіді).

Так, бачимо, що не всі підлітки та молодь з ВІЛ-позитивним статусом інформують близьких їм людей про свій діагноз. Тобто на сьогодні для фахівців соціальної сфери постає питання щодо необхідності покращення роботи із соціальним оточенням ВІЛ-позитивних підлітків і ПГР.

Зі свого боку експерти зазначають, що у своїй роботі вони зазвичай дотримуються вимог щодо інформування батьків або найближчого оточення ВІЛ-позитивного підлітка.

Так, про діагноз ВІЛ у підлітка віком від 14 років і старшого інформують його особисто, а також пропонують сказати про це комусь із близьких, у деяких випадках рекомендують прийти з кимось із дорослих або знайомих.

Повідомлення про ВІЛ-статус дитини віком до 14 років відбувається у присутності батьків або іншої дорослої людини, яка приходить з неповнолітнім по результат.

Як зазначають експерти, непорозуміння і суперечності з цього приводу виникають переважно у тих випадках, коли підлітки тимчасово влаштовані в заклади соціального спрямування, живуть і працюють на вулиці, втікають із сімей, вживають наркотичні засоби ін'єкційним шляхом тощо. Інформувати близьких про ВІЛ-статус підлітка або ПГР з такого оточення доволі проблематично. У цих випадках, вказують експерти, пріоритетну роль має відігравати соціальний працівник, який має забезпечувати постійний соціальний супровід такої дитини та її родини.

Крім того, всі експерти, які взяли участь у фокусгрупі (м. Київ), однотайно висловили позицію, що підтверджується їхнім досвідом, – ні в якому разі, ні за яких обставин не можна допустити інформування про ВІЛ-статус підлітка працівника (навіть медичного) навчального закладу, де навчається дитина. Оскільки саме в навчальних закладах спостерігається найбільша стигматизація і дискримінація стосовно ВІЛ-позитивних дітей.

- «*Есть проблема, целая система раскрытия диагноза, если он положительный. То есть, это все не совсем просто так. Все равно какие-то организационные мероприятия проводят для того, чтобы пришли с родителями, а не самостоятельно*» (медичний працівник, національний консультант, м. Київ);

- «То есть, до 14 лет, мы имеем право сообщать опекунам. После 14 лет – не имеем» (медичний працівник, надавач послуг ДКТ, м. Київ);
- «Можно брать соцработника как опекуна, вопросов здесь нет. Главное, чтобы потом этим человеком занимался соцработник, я говорю про «детей улиц» (медичний працівник, надавач послуг ДКТ, м. Одеса).

Отже, у питанні щодо інформування про свій ВІЛ-статус більшість опитаних підлітків та молоді переважно зазначає про особисті побоювання як щодо розкриття свого ВІЛ-статусу близьким, так і того, що про діагноз дізнається оточення. Тобто психологічний бар'єр залишається найскладнішою перешкодою в системі надання послуг ДКТ дітям і молоді, зокрема з груп ризику, та в роботі з соціальним оточенням цільової групи.

5.11. Переадресація після отримання результатів

«Если клиника работает как положено – по стандартам и так далее, то у них четко есть система переадресации. Если это обычное учреждение, то нет вообще никакой переадресации. Они сказали – можешь пойти туда-то или туда. В клиниках все четко. Они же работают со всеми, знают к кому конкретно. Даже за ручку могут отвести, потом два раза позвонят – пришел или не пришел..., весь путь прослеживался. Собственно, они и создавались для того, чтобы оказать помощь подросткам, которые приходят в обычное учреждение медицинское. Конечно, много препятствий». (Медичний працівник, національний консультант, м. Київ)

На основі інформації, отриманої від експертів, з'ясовано загальну ситуацію щодо переадресації послуг ДКТ надавачами послуг.

Так, на сьогодні близько 10 % КДМ не мають маніпуляційних кабінетів і спеціалістів (одна з таких КДМ взяла участь у дослідженні). В основному вони працюють на основі договорів зі СНІД-центрами, куди переадресовують клієнтів для проходження тестування.

Не всі поліклініки мають змогу надати послугу з ДКТ на ВІЛ. У більшості випадків працівники цих закладів роблять переадресацію. Інформацію щодо місця, де можна отримати таку послугу, підліткові надають у повному обсязі. Два з трьох опитаних підліткових педіатрів роблять переадресацію підлітків до КДМ або кабінету «Довіри» з метою дістання в них послуг з ДКТ. У тих випадках, коли відбувається переадресація, спеціалісти обов'язково з'ясовують, чи звернувся підліток по цю послугу, чи ні. Один зі спеціалістів зазначив, що по послугу з ДКТ звертається лише близько 20 % переадресованих.

Спеціалісти ЦСССДМ визнають супровід підлітків, що відбувається в процесі переадресації послуг з ДКТ, як недостатній. Майже всі фахівці відзначають такі питання:

- проблематичність подальшого обстеження підлітка, насамперед ППР, для підтвердження діагнозу і поставлення на облік унаслідок браку наступності послуг між фахівцями медичних і соціальних служб;

- чинний механізм перенаправлення клієнта в межах медичного закладу частіше не має виходу на співпрацю з фахівцями соціальної сфери: подальший супровід не відбувається;
 - не налагоджено процес супроводу підлітків; супровід підлітка у процесі переадресації його від іншого закладу (соціального, навчального) можливий представником цього закладу, проте присутнім під час консультації та тестування цей представник бути не повинен, хіба що підліток сам виявляє таке бажання;
 - якщо тестування не проводять, то спеціалісти обмежуються дотестовим консультуванням та переадресовують до медичного закладу для проходження тестування і післятестового консультування.
- *«Вот мы девочек направляем в «Право на здоровье» – это благотворительная организация. В социальные центры, чаще всего, это на Довженко, 2, в центр СПИ-Да»* (надавач послуг, медпрацівник-психолог, м. Київ);
 - *«И допустим, ты уже перенаправляешь – теряется этот ребенок. Перенаправляешь сюда – он идет сюда. Здесь, я думаю, не потеряют, если сам не потеряется. Но, в то же время, он от нас уже теряется. Хотя мы работаем в тесном контакте с клиникой, дружественной к молодежи. Мы информацию получаем обратную потом»;*
 - *«...с теми же правоохранительными органами – чтобы как-то брались на учет эти дети, чтобы дальше какое-то было сопровождение. Оно прописано, в принципе, законодательно. Но, реально – этого, к сожалению, нет»;*
 - *«...я очень довольна клиникой дружественной... у нас тесный контакт существует. Если я их сюда направляю, то подростку обязательно перезванивают, спрашивают, дальнейшие какие были действия, когда он ушел»* (надавач послуг, підлітковий педіатр, м. Київ);
 - *«Я не могу так сказать. У нас переадресация четкая, оказание медицинской помощи четкое, немножечко проблема – что нет своей лаборатории в общеклиническом обследовании. Мы используем лаборатории поликлиник городских»* (надавач послуг ДКТ, м. Одеса).

Зі свого боку підлітки зазначають, що після отримання результатів їм дали направлення на дістання інших видів допомоги.

Так, лише 9,8 % від загалу опитаних вказали, що їм надали направлення на дістання інших видів допомоги після отримання результатів, ще 23,7 % – не пам'ятають.

Їх перенаправляли до центрів профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом – 29,4 %, до КДМ – 23,5 %, дерматовенерологічного диспансеру – 23,5 %, груп взаємодопомоги – 17,6 %, надали телефон «гарячої лінії» для консультації – 11,8 %, наркологічного диспансеру – 5,9 % і до клініки дородового нагляду – 5,9 % (рис. 10).

Водночас підлітки та молодь зазначають, що в основному їм лише надали адресу і телефон установи, куди рекомендовано звернутись по додаткову допомогу (58,8 %), соціальний працівник супроводжував 41,2 % випадків, про призначену зустріч згадали лише 11,8 % опитаних.

Отже, на сьогодні система переадресації послуг між фахівцями медичної та соціальної сфери не спрацьовує. Тому в країні має бути розроблений та запроваджений на всіх рівнях дієвий механізм перенаправлення клієнта, зокрема неповнолітнього, з його соціальним супроводом.



Рис. 10. Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Куди тебе перенаправили після повідомлення результатів тесту? (можлива більш ніж одна відповідь)» (серед тих, кого перенаправляли), % (за даними онлайн-опитування).

- «Хотелось бы больше работы с социальными службами, потому что отправляешь ребенка, а он исчезает. У всех наших сотрудников такая основная проблема – что с ними делать дальше, потому что если он с родителями – это одно, а если он сбегает? К нам приходят дети из, мягко говоря, неблагополучных семей. Ну да, поговорили, объяснила, провела с ними дотестовое консультирование, а дальше что?» (психолог, надавач послуг, м. Одеса).

Отже, неузгодженість нормативних актів щодо вікового цензу отримувачів послуг ДКТ, зокрема підлітків та ПГР, спричиняє низку непорозумінь з боку фахівців, які надають ці послуги. У першу чергу ці непорозуміння виникають у випадках вимоги дістання дозволу батьків на тестування на ВІЛ для підлітків до 14 років, коли батьки/законні представники дитини не встановлені, а також у разі неможливості залучення батьків/законних представників до процесу ДКТ з певних причин.

Дослідження підтвердило дотримання принципу надання послуг з консультивання та тестування на ВІЛ як «дружності»: серед опитаних підлітків не було скарг на зневажливе або зверхнє ставлення до них з боку надавачів послуг, на розголошення ВІЛ-статусу. Досить малий відсоток опитаних з числа тих, хто мав досвід тестування на ВІЛ, вказав на недовіру до закладу, в якому проведено тестування (8,3 %), на протидію недовірі до навчального закладу, де проблеми стигматизації і дискримінації стосовно дітей з ВІЛ-статусом залишаються актуальними (про що зазначено як експертами під час фокус-групи, так і у відповідях підлітків щодо причин небажання інформувати про свій ВІЛ-статус).

Проте результати дослідження демонструють досить суперечливі результати щодо дотримання принципів добровільності, анонімності й безплатності послуги ДКТ.

Хоч надавачі послуг з консультивання та тестування на ВІЛ-інфекцію для підлітків здебільшого дотримуються у своїй роботі головних принципів ДКТ, все ж спостерігається низка порушень. Так, майже п'ята частина опитаних, які мали досвід тестування на ВІЛ, вказали, що в них не запитували дозволу на проведення тесту (16,8 %) і не поінформували про право відмовитись від тестування (22,5 %), вимагали сплати за

тест (17,3 %), і 33,5 % зазначили, що тестування не надавали анонімно. Досить разючий той факт, що кожний третій зазначив, що з ним не провели передтестової консультації (30,4 %), а 30 % з числа опитаних протестованих 20–24-річних респондентів не дістали післятестової консультації.

Окрім того, дослідження виявило низку недоліків, на які необхідно реагувати: як експерти, так і опитані підлітки вказали на значну віддаленість місць проходження тестування, незручний час прийняття клієнтів, необхідність тривалого очікування при дістанні послуг ДКТ, брак «єдиного вікна», системи переадресації послуг та соціального супроводу клієнта тощо.

Отже, зазначені проблеми потребують вжиття невідкладних заходів з боку надавачів послуг ДКТ, спрямованих на виправлення ситуації.

VI. БАР'ЄРИ ЩОДО НАДАННЯ ПОСЛУГ ДКТ

Аналіз чинних практик щодо доступу до послуг з ДКТ для підлітків та ПГР виявляє чимало суб'єктивних та об'єктивних бар'єрів.

Об'єктивні бар'єри

Пріоритетна на шляху до удосконалення системи надання послуг ДКТ цільовій групі проблема браку чітко визначеної на національному рівні політики щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в дитячому та молодіжному середовищах, зокрема не сфокусовано діяльності в цьому напрямі на такій цільовій групі, як підлітки груп ризику. І як наслідок – нескоординованість дій серед надавачів послуг на місцях.

Великою перешкодою залишаються брак професійної підготовки у значної частини фахівців щодо особливостей роботи з підлітками, зокрема ПГР; нестача кадрів та їхню плинність; нестача медичного персоналу з відповідними навичками і практичним досвідом для аутричроботи з дітьми і молоддю груп ризику та для роботи в мобільних амбулаторіях/клініках.

Проблемою для дістання послуг з консультування і тестування є також і незручний для підлітків графік роботи медичних закладів, що проводять тестування на ВІЛ. Немає «єдиного вікна» при наданні послуг ДКТ: у визначених Порядком ДКТ установах і організаціях, передусім соціальних, і в більшості медичних закладів отримати весь комплекс послуг з ДКТ, разом з результатом тестування, в ході одного візиту неможливо.

На сьогодні немає окремого фінансування цього напрямку роботи.

В країні діє незначна кількість НУО, що працюють у сфері надання послуг ДКТ на ВІЛ, чиї послуги орієнтовані на підлітків. Водночас зміст послуг, які надають НУО, цілком залежить від визначених донорами пріоритетів, які рідко поширюються на підлітків.

Розрізненість та епізодичність інформаційно-методичної роботи, недостатнє використання новітніх інформаційних технологій не сприяють підвищенню поінформованості підлітків з питань ДКТ на ВІЛ.

Суб'єктивні бар'єри

Недостатня поінформованість підлітків, по-перше, щодо проблематики ВІЛ-інфекції/СНІДу, по-друге, стосовно можливостей і умов дістання послуги з консультування та тестування на ВІЛ (насамперед це стосується сільської місцевості та ПГР, бо саме для цих груп залишається на сьогодні найбільша проблема доступності цих послуг) перешкоджає їхньому особистому зверненню по послуги.

Цілу низку проблем у системі надання послуг ДКТ спричиняє психологічний бар'єр, що пов'язаний як з побоюваннями отримувачів послуг дізнатися про власний діагноз ВІЛ, так і зі страхом розголошення ВІЛ-статусу в оточенні підлітка.

Фінансова неспроможність дітей і молоді сплатити за проїзд до місця проведення тестування (зокрема для підлітків із сільської місцевості), а інколи й за тестування на ВІЛ (непоодинокі випадки вимагання з підлітків оплати за тестування).

Брак документів також призупиняє дістання підлітками послуг ДКТ.

У ниці питань твердження опитаних підлітків збігаються із висловленими раніше позиціями експертів щодо наявних бар'єрів в дістанні комплексу послуг (табл. 6.1).

Таблиця 6.1.

**Розподіл відповідей респондентів на запитання:
«Чому ти не здавав тест на ВІЛ?» –
за статтю, віком, належністю до групи ризику, %**

	Серед усіх	За статтю		За віком					Серед підлітків групи ризику ⁴⁶
		хлопці	дівчата	13 років	14–15 років	16–17 років	18–19 років	20–24 роки	
Ніколи не замислювалися над цим	59,1	59,8	53,8	70,4	68,3	54,1	53,7	48,5	11,3
Вважають, що в них невеликий ризик інфікування	36,0	35,0	36,9	35,2	30,6	36,8	38,8	43,3	9,9
Не знають, де можуть пройти тестування	17,2	12,0	22,5	14,1	13,4	18,2	14,9	25,8	6,3
Боялися результату	8,1	8,5	17,5	2,8	3,2	9,1	14,9	14,4	19,2
Боялися, що можуть інфікуватися під час проходження тесту	6,7	6,8	10,6	2,8	2,7	7,7	10,4	12,4	13,9
Боялися негативної думки оточення	6,1	3,4	9,4	0,0	5,9	7,3	6,0	8,2	25,6
Бажають не знати, навіть якщо інфіковані	5,1	5,1	5,0	4,2	4,3	6,8	6,0	3,1	36,6
За тест потрібно було платити гроші	3,9	4,3	8,8	2,8	1,1	1,8	9,0	11,3	20,0
Боялися, що їх поставлять на облік в медустанові	3,6	2,6	6,3	1,4	2,7	4,1	7,5	3,1	39,1
Думали, що не зможуть пройти тест без згоди батьків	3,7	1,7	3,1	5,6	7,0	2,7	1,5	0,0	8,3
Думали, що без згоди батьків неповнолітнім тест не проводять	3,7	5,1	1,9	2,8	7,0	2,7	4,5	0,0	8,3
Страх, що медпрацівники можуть повідомити батьків про результати	2,8	2,6	4,4	1,4	0,5	4,5	4,5	3,1	38,8
Не мають документів, що засвідчують особистість	2,0	5,1	1,9	0,0	2,7	1,8	3,0	2,1	23,0

⁴⁶ 10 Інтегрований показник, розрахований за допомогою таких запитань: «Скільки статевих партнерів у тебе було за останні 12 місяців?» (відповідь: «Більш ніж 6 партнерів»), або «Чи були в тебе одна або декілька із перерахованих нижче поведінкових практик – секс без презерватива між особами чоловічої статі?» (ствердна відповідь), або «Чи були в тебе одна або декілька із перерахованих нижче поведінкових практик – надавав(ла) сексуальні послуги за оплату (або винагороду у вигляді їжі, одягу, помешкання, алкоголю, наркотиків)?» (ствердна відповідь), або «Чи вживав/ла ти коли-небудь наркотики ін'єкційним шляхом (за допомогою шприца)?» (відповіді: «Так, кілька разів», «Так, багато разів»), або «Чому ти вирішив/ла здати тест на ВІЛ?» (відповідь: «Був секс без презерватива та/або ін'єкційне вживання наркотиків»).

6.1. Об'єктивні бар'єри

6.1.1. Нормативно-правові перепони

«Недостаточно лишь хорошего знания законодательной базы для обеспечения должного уровня качества. Законодательная и нормативная база очерчивает правовое поле, в котором может работать специалист, чувствуя себя безопасно с точки зрения тех или иных санкций, которые к нему, возможно, могут быть применены. А качество обеспечивает самим знанием и отношением. Этого пока у нас не хватает». (Національний експерт, медичний працівник, м. Одеса)

Практично досвід та аналіз результатів дослідження з вищезазначених питань свідчить про існування низки суперечностей та неузгодженостей в нормативних актах, що потребує їх подальшого опрацювання на рівні міністерств та інших центральних органів виконавчої влади з метою внесення необхідних змін.

Окрім того, за інформацією респондентів – фахівців соціальної сфери, як ЦСССДМ, так і НУО, нормативно-правові бар'єри щодо надання послуг підліткам, особливо ПГР, найскладніші, бо постають такі питання:

- а) брак документів та законних представників;
 - б) неможливість підтвердити діагноз, бо ці підлітки не з'являються по результати;
 - в) неможливість поставити на облік, почати лікування без наявності документів.
- На відновлення документів іде занадто багато часу, а медичної допомоги підліток може потребувати терміново. Респонденти згадували навіть фатальні наслідки такої бюрократії;
- г) суперечливість та неузгодженість різних нормативно-правових актів між собою.
- Отже, на сьогодні є низка питань, які потребують нормативного врегулювання.

- Брак чітко визначеної державної політики щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в підлітковому середовищі та серед ПГР і, як наслідок:
 - брак механізмів контролю за виконанням державних програм і заходів, зокрема завдань Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр. та Національного стратегічного плану дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ, догляду й підтримки дітей та молоді, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу⁴⁷. В останньому документі всі заходи плану, зокрема і щодо ДКТ, фокусувалися саме на ПГР. Проте з реорганізацією Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, а також і Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді – державного органу, що був підпорядкований Мінсім'ямолодьспорту⁴⁸ – подальша доля зазначеного плану не визначена: хто правонаступник та виконавець вписаних заходів – незрозуміло;

⁴⁷ Національний стратегічний план дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ, догляду й підтримки дітей та молоді, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, затверджений Національною радою з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції СНІДу 25.05.2010 р.

⁴⁸ Указ Президента України «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» від 9.12.2010 р. № 1085.

- нескоординованість дій спеціалістів як на рівні центральних органів виконавчої влади, так і на місцевому рівні. Не визначено відповідального на державному рівні і, відповідно, підпорядкованих йому на місцевому рівні органів виконавчої влади, відповідальних за координацію діяльності в цій сфері. «...что касается несовершеннолетних – должны быть четкие инструкции, на уровне государства. Создают временные документы для региона было бы не совсем правильно, потому что все-таки если нет юридического сопровождения на всеукраинском уровне, достаточно сложно работать в регионе» (надавач послуг, соціальний працівник, м. Київ).
- Нормативно не означено термінів «підліток», «підліток групи ризику»;
 - «В украинском законодательстве отсутствует такое понятие, как «подросток». В Рекомендациях ВООЗ, в международных актах есть такое понятие. А в Украине понятие «подросток» вообще отсутствует» (національний експерт, м. Київ);
 - «Такого понятия, как «подросток» в законодательстве нет» (надавач послуг, соціальний працівник, м. Маріуполь);
 - «Подростки группы риска – это определение, которое не соответствует понятийной базе украинского законодательства. В украинском законодательстве такого понятия нет. У нас есть определение детей, которые попали в кризисные жизненные обстоятельства: детей беспризорных, бездомных. Поэтому тут есть некоторое несовпадение в лексике, в дефинициях, которые употребляем мы в международных организациях и которые есть в украинской сфере употребления этих терминов» (медичний працівник, експерт міжнародної організації, НДО, м. Київ);
- Порядок ДКТ не увідповіднений новій редакції профільного закону. Порядок ДКТ передбачає можливість медичного огляду неповнолітніх віком до 18 років на прохання їхніх батьків/законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду), що спричиняє порушення принципу добровільності й конфіденційності;
 - «На данный момент, протокол предоставления услуг по ДКТ, который и был, и на данный момент времени не пересмотрен в связи с новым законодательством, которое лоббировали многие сотрудники и продвигали идею о возможности самостоятельного прохождения ДКТ без родителей, с 14 лет»;
 - «Был проанализирован Гражданский кодекс, правовые вопросы, медицинские, и ввели в Закон по ВИЧ/СПИДу снижение возраста с 14 лет, но он пока не отражен. И вот эта коллизия предоставляет лазейку тем, кто не хочет работать и не хочет предоставлять услуги» (представник всеукраїнської організації, національний тренер з ДКТ, м. Київ);
 - «Некоторые противоречия: положения в актах Гражданского кодекса Украины, определенные статьи – 284, 286, 301 и статья 40 закона о врачебной тайне. Именно тут противоречия по возрасту. Если говорится о том, что ребенок с 14 лет имеет право выбирать сам себе врача и знать о том, какое ему лечение будет назначаться. То в других положениях указывается, что необходимо сообщить, при выявлении диагноза или заболевания, родителям. То есть видим противоречие вот в этих законах» (надавач послуг, соціальний працівник, м. Київ);

- *«Есть нюансы, которые можно решить, но получается, что один закон это разрешает, а два других запрещают. И вот этот разрез мешает, почему у нас трудности и возникают»* (надавач послуг, медичний працівник, м. Одеса).
- Не врегульовано питання щодо вікових категорій отримувачів послуг ДКТ (дітей, підлітків, молоді), їхніх прав; зокрема залишається не розв'язаним питання щодо правового статусу підлітка до досягнення 14 років, який не дозволяє діставати послуги самостійно. При проведенні обстеження на ВІЛ-інфекцію підлітків груп ризику з числа тих, хто живе і працює на вулиці, не враховується їхня думка, ігнорується положення закону про обов'язковість дістання згоди на обстеження від законного представника дитини або самої дитини.

Аналіз національного законодавства показав, що можливості дістання послуг з ДКТ у підлітків залежать насамперед від віку. На сьогодні підлітки, починаючи з 14 років, можуть діставати ці послуги самостійно (без залучення батьків/законних представників) і навіть анонімно. Водночас до досягнення підлітком 14-річного віку обов'язкова згода батьків/законних представників на проведення ДКТ на ВІЛ.

- *«Не були до кінця зрозумілі юридичні механізми того, як законно працювати із неповнолітніми особами, із якого саме віку; чи отримувати дозвіл, де саме»* (національний експерт, ВГО, м. Київ);
- *«...особенно для подростков, потому что они в любом случае обязаны получить лечебно-диагностическую помощь только при наличии согласия родителей. Если это консультативная, то здесь не нужно никаких согласий»* (медичний працівник, експерт національного рівня, м. Київ);
- *«Прежде всего, это реформа по 14 годам, там не все так ясно и просто»* (медичний працівник, експерт національного рівня, НДО, м. Київ);
- *«Есть спорные вопросы. Например, то, что подросток в 14 лет может прийти без родителей и протестироваться на ВИЧ. Это спорная вилка. Кто-то говорит, что по закону нельзя этого делать без опекуна, взрослого. Наши настаивают, что он может выбирать специалиста и принимать взвешенное ответственное решение. То есть, здесь вот странно»* (надавач послуг, психолог, м. Одеса).
- У Порядку ДКТ нема такої категорії, як «підлітки груп ризику»; нема особливостей консультування підлітків, які практикують ризиковану поведінку, притаманну представникам груп ризику, враховуючи вікові особливості, особливості соціального статусу та поведінкові практики, а також особливості консультування цієї категорії клієнтів.
 - *«Сьогодні є потреба, і це вже озвучувалося на міжнародних конференціях неодноразово, що необхідно ... створити якийсь документ, який би регламентував особливості надання послуг саме підліткам. Бо це особлива група, це вже не діти, але ще не дорослі»* (національний експерт, медичний працівник, м. Київ);
 - *«...у групп риска, как и у остальных других – это несоответствие законодательства тем потребностями, в которых они нуждаются: например, лечебных, диагностических мероприятий»* (національний експерт, медичний працівник, м. Київ).

Порядок надання медичної допомоги дітям і молоді груп ризику, які живуть та працюють на вулиці, перебувають у закладах їх тимчасового утримання, не врегульований

нормативними актами, а це порушення прав дитини. Працівники закладів тимчасового утримання дітей зазвичай необізнані про:

- а) права дитини на дістання медичної допомоги, зокрема обстеження на ВІЛ-інфекцію;
 - б) заборону розголошення інформації про стан здоров'я дитини, тому часті випадки порушень прав дітей працівниками закладів тимчасового утримання дітей.
 - *«Очень сложные нормативно-правовые барьеры существуют по работе с несовершеннолетними ЖКС, МСМ»* (надавач послуг, соціальний працівник м. Київ).
- Порушення прав неповнолітньої особи при медичному огляді на ВІЛ у закладах тимчасового перебування підлітків. Зазвичай працівники цих установ не обізнані про права неповнолітніх.
1. Відповідно до схеми, передбаченої Порядком медичного обслуговування дітей у притулках для дітей служби у справах дітей, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей та схеми обстеження їх у лікувально-профілактичних закладах⁴⁹, діти, які перебувають у закладах соціального захисту і в лікувально-профілактичних закладах, підлягають лабораторному обстеженню, яке передбачає, серед іншого, аналіз крові на ВІЛ-інфекцію. Після проведення медичного огляду інформацію про його результати обов'язково доводять до відома педагогічного персоналу цього закладу.
 2. Інструкція про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям⁵⁰ передбачає, що при отриманні позитивних результатів обстеження на ВІЛ-інфекцію у дитини старшої від чотирнадцяти років рішення про надання інформації щодо її ВІЛ-статусу батькам або законному представникові ухвалює пацієнт. Разом з тим, якщо батьки або інші законні представники звернуться до медичного закладу із запитом щодо стану здоров'я дитини, їм має бути надана вся необхідна інформація. Таку інформацію (згідно з цією ж інструкцією) медичні працівники мають право не надавати лише в разі, коли йдеться про дитину віком 14 років і старшу «у випадках, якщо це може зашкодити інтересам, здоров'ю або подальшому лікуванню дитини. Відповідне рішення міждисциплінарної команди обґрунтовується та вноситься до медичної карти».
 3. Механізм передання даних щодо тестування на ВІЛ, а також подальші результати обстежень, лікування тощо не містить чітких рекомендацій щодо того, хто, яким чином, в якій формі, на яких правових підставах, умовах тощо передає інформацію (зокрема й у неповному обсязі).
- Потребує перегляду та внесення змін і доповнень стосовно ДКТ наказ МОЗ, Міносвіти, Мінсім'ямолодьспорту, Держдепартаменту з питань виконання покарань, Мінпраці від 23.11.2007 р. №740/1030/4154/321/614а *«Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей»*.

⁴⁹ Наказ Мінсім'ямолодьспорту і МОЗ України від 28.09.2006 № 3297/645 «Про затвердження Порядку медичного обслуговування дітей у притулку для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей та схеми обстеження їх у лікувально-профілактичних закладах».

⁵⁰ Наказ МОЗ, МОН, Мінсім'ямолодьспорту, Держдепартаменту з питань виконання покарань, Мінсоцполітики України від 23.11.2007 № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».

– «Многие нормативно-правовые документы, особенно ведомственные, противоречат один другому. Необходима четкость, ясность, какой-то новый анализ, потому что появились новые нормативные документы на уровне Украины. Во всяком случае, все то, что можно делать с подростками, которые являются несовершеннолетними и химически зависимыми. Необходимы изменения в существующих. Например, берем межведомственный № 740 приказ – 4 министерства и департамент по исполнению наказаний...» (надавач послуг, соціальний працівник, м. Київ).

• Нема чіткого механізму взаємозв'язку/переадресації послуг між установами, закладами і організаціями соціальної сфери та закладами охорони здоров'я щодо надання послуг ДКТ.

Не поодинокі випадки, пов'язані з необхідністю залучати службу у справах дітей для дотримання формальностей (передусім це пов'язано з отриманням офіційного дозволу на проходження тестування на ВІЛ дитини, якій ще не виповнилося 14 років) із залученням законних представників для ПГР.

Не досконала також процедура збереження інформації, що надана неповнолітніми клієнтами соціальним працівникам.

Отже, на підставі проаналізованого, вважаємо за доцільне зазначити, що ми поділяємо позицію, передбачену в новій редакції проекту Порядку ДКТ: **«Під час консультування підлітків слід враховувати їхні вікові особливості (загострення окремих рис характеру; підліткові поведінкові реакції, насамперед уникання та спротив впливу дорослих; несформованість мотиваційної та емоційно-вольової сфери; часта зміна емоційних станів; низька здатність прогнозувати наслідки своєї поведінки) та соціально-психологічні характеристики (наявність і ступінь соціально-педагогічної занедбаності; несформованість розуміння цінності здоров'я; брак навичок звернення по допомогу та формулювання запиту; низька обізнаність з питань здоров'я та поведінкових ризиків), а також рівень їхнього інтелектуального розвитку. Відповідно, варто використовувати максимально доступну лексику та уникати незрозумілої для підлітків термінології або надавати детальні пояснення у разі її використання. Представники цієї вікової категорії можуть бути серед усіх груп населення, які звертаються для дістання послуг ДКТ, тому під час їх консультування необхідно враховувати рекомендації відповідних розділів цього Порядку, водночас пам'ятаючи про наявні вікові особливості».**

6.1.2. Підготовка та забезпечення кадрами

«Дети – это личность, но в силу своего возраста, они не могут до конца осознать ситуацию и принять решение. Тут необходимо, чтобы рядом был человек, который не будет непосредственно принимать решение за ребенка, а поможет ему выбрать правильное направление, которое не принесет ему вреда от последствий». (Керівник проектів НДО, м. Одеса)

- Підготовка кадрів.

1. Відповідно до Порядку ДКТ консультанти мають пройти спеціалізоване навчання, проте він вимог до навчання та перелік установ, що мають право його проводити, не визначає. За даними Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань МОЗ України, на сьогодні затверджено і впроваджено низку навчальних програм: курс тематичного вдосконалення для лікарів з питань проведення ДКТ на ВІЛ та дистанційний курс тематичного вдосконалення для педіатрів і сімейних лікарів «Надання медико-соціальних послуг підліткам та молоді» (питанням ДКТ відведено 8 годин, що становить п'яту частину курсу) при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика; курс тематичного удосконалення в рамках післядипломної освіти щодо основ консультування і тестування на ВІЛ на базі Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Додатково для медиків та соціальних працівників є можливість пройти тренінги з ДКТ за програмами, погодженими з МОЗ України, що проводяться за підтримки міжнародних організацій – Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні (далі – Альянс з ВІЛ/СНІДу), ЮНІСЕФ, РАТН.

Але процедури отримання сертифіката консультанта з ДКТ, закріпленої на рівні нормативно-правового акта, немає.

2. Значна частка фахівців, залучених до дослідження, проходили спеціалізоване сертифіковане навчання щодо особливостей роботи з підлітками, зокрема ПГР, на базі Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, а також тренінги, що проводилися за підтримки Альянсу з ВІЛ/СНІД та РАТН.
3. Фахівці на достатньому рівні обізнані та керуються у своїй роботі нормами Протоколу ДКТ та методичними рекомендаціями, підготовленими за підтримки Альянсу з ВІЛ/СНІД та ЮНІСЕФ. Але майже половина респондентів плуталася у відповідях щодо віку «дитини» та «підлітка».
4. Близько третини національних експертів вважають кадри НУО недостатньо професійними, пов'язуючи це з недостатньою освітою, значною плінністю кадрів, зокрема навчених, внаслідок нестабільності фінансування. Водночас опитування показує, що з 12 опитаних фахівців НУО лише 2 не були знайомі з Протоколом ДКТ, 10 – проходили навчання та мають відповідний сертифікат консультанта ДКТ, 7 – щодо підлітків та ПГР за результатами тренінгів Альянсу з ВІЛ/СНІД, ЮНІСЕФ та РАТН. Без наявності такого сертифіката послуги з ДКТ фахівці не надають, а проводять менеджмент проектів. Значна частина менеджерів теж має такі сертифікати про проходження навчання.

Одиниці згадували, що керуються у своїй роботі посібниками Альянсу як додатковими матеріалами щодо проведення ДКТ.

- Кадрове забезпечення установ і організацій, що надають послуги ДКТ.

Неукомплектованість кадрами, зокрема юристами, медсестрами і соціальними працівниками, фахівці визначають як одну з головних проблем у доступності послуг з ДКТ. Також нерозв'язаними залишаються питання реформи медичної галузі, зокрема розподілу функцій між педіатрами та сімейними лікарями. Фахівці вказують на те, що вже після проведення цієї реформи можна буде чітко розподілити обов'язки між медиками, також щодо консультування на тему ВІЛ-інфекції.

Майже всі експерти вказали на нестачу кадрів. Під час особистих інтерв'ю та фокусгруп фахівці зазначали недоукомплектованість закладів спеціалістами, що призводить до виникнення черг. Крім того, велика кількість спеціалістів – надавачів послуг ДКТ, зокрема лікарі, працює на умовах часткової зайнятості (не щодня і не повний день), тому клієнтам необхідно записувалися на прийняття заздалегідь. Приймальний час лікарів не завжди прийнятний для клієнтів.

Існує систематична плинність кадрів, що спричиняє потребу в постійному навчанні нових спеціалістів. Це впливає на якість роботи, зокрема і на якість послуг.

Неодноразово фахівці зазначали про потребу в додаткових посадах аутричпрацівників для розширення мережі та чисельності мобільних пунктів, бо саме ці пункти максимально наближені до клієнтів, що особливо актуально для ПГР.

Більшість спеціалістів медичної сфери не мають відповідної підготовки для роботи в аутричкоманді, щоб працювати з ПГР та в мобільній амбулаторії.

Респонденти – фахівці НУО, характеризуючи наявність кадрових проблем, недостатню кількість спеціалістів та поганий рівень їхньої підготовки, зазначили, що готові взяти участь у всіх можливих навчальних заходах з метою підвищення свого професійного рівня.

- Недостатня поінформованість фахівців у нормативно-правовій сфері, зокрема щодо надання послуг ДКТ цільовій групі.
 - «Я так думаю, что юридических знаний не хватает» (медичний працівник, м. Київ);
 - «Всех знаний не хватает. Вот полностью я не владею всеми нормативными документами, чтобы сказать, какой номер приказа, что и как» (надавач послуг, медичний працівник, м.Одеса);
 - «Законодательной очень мало информации, именно юридической. Мы не знаем все статьи» (надавач послуг, соціальний працівник НДО, м.Київ);
 - «А вот нюансы по подросткам, по детям, конечно, именно в этом плане, лучше имеют дополнительные знания» (надавач послуг, медичний працівник, м. Миколаїв);
 - «Плохо осведомлена. Поскольку мы не работаем с подростками и я не изучаю законодательные документы по работе с подростками. Я не работаю с этой категорией, поэтому я такими данными не обладаю» (надавач послуг ДКТ, медичний працівник, м. Маріуполь).

Нема відповідних інструкцій для фахівців з ДКТ для надання послуг дитині до 14 років, яка має законних представників, але залучити їх до процесу ДКТ з певних причин неможливо.

«Мы юридически не защищены. И мы не имеем полной информации о работе именно с подростками. Это связано с тем, что у меня на руках нет закона, который гласит о том, что я занимаюсь подростками только в присутствии родителей. Я, в основном, работаю с подростками без присутствия родителей» (надавач послуг, медпрацівник, м. Миколаїв);

«Навіть такий факт, що у нас протокол надання антивірусної терапії звучить для дорослих та підлітків, тобто ми виписуємо підходи до підлітків такі самі, як і для дорослих. Тут повинно бути дещо інакше» (національний експерт, медичний працівник, м. Київ).

- Нема координації між фахівцями при наданні послуг ДКТ.

Майже кожен другий експерт назвав бар'єром брак координації між медичними та соціальними службами: тепер, унаслідок реформування соціальної служби, спільна робота медичних закладів і ЦСССДМ не координується централізовано та ведеться лише на місцевому рівні із системою ЦСССДМ. Проте нестача чіткої політики на національному рівні ускладнює процес укладання договорів про співпрацю центрів з медичними закладами, які проводять ДКТ на ВІЛ.

За даними експертів – представників НУО, на сьогодні в Україні більшість НУО, які працюють у сфері надання послуг ДКТ, працюють з клієнтами, починаючи з 18 років, що також створює додатковий бар'єр, бо саме НУО у своїй діяльності наближеніші до груп ризику.

Висловлюючи свою думку щодо дістання послуг ДКТ, підлітки доволі високо оцінюють дружність персоналу – понад третина (37,4 %) оцінюють їх ставлення як «хороше», ще 31,6 % – як «відмінне».

Жоден з експертів не запропонував залучати до цієї роботи додатковий кадровий потенціал – фахівців із соціальної роботи (нагадаємо, що з липня 2012 р. зусиллями Міністерства соціальної політики України на регіони виділено додатковий кадровий потенціал – 12 тисяч фахівців із соціальної роботи; адже саме на цих фахівців покладається завдання працювати в громаді з сім'ями, дітьми та молоддю, які опинилися у складних життєвих обставинах, найуразливішими дітьми, проводити профілактичну роботу серед них). Це свідчить або про недовіру до щойно створеного інституту соціальних працівників, або про недостатню поінформованість фахівців, передовсім соціальної сфери, щодо можливості використання наявного державного кадрового потенціалу. Отже, вважаємо за доцільне ***за умови проходження відповідного навчання долучити до роботи з надання послуг ДКТ новостворений державний ресурс – соціальних працівників.***

6.1.3. Недостатнє фінансування напряму роботи

По-перше, експерти вказують на нестачу окремої статті фінансових витрат на роботу з ПГР.

«Хотелось бы решить вопрос в отношении финансирования тех услуг, которые предоставляются подросткам группы риска... на эту группу подростков необходимо было бы выделить какую-то особую статью, потому что они нуждаются и в обследовании, и в лечении. И порой это те подростки, которые не имеют средств для того,

чтобы оплатить какие-то услуги. Да, те услуги, которые у нас: и консультативные, и те, что мы можем предоставить, они бесплатные, но в случае переадресации или где-то необходимо за пределами поликлиники обследование такого подростка... не мешало бы дополнительное финансирование ... на эту группу, конечно, хотелось бы...» (надавач послуг, медичний працівник, м. Одеса).

По-друге, фінансування цього напряму роботи відбувається не в достатніх обсягах на всіх рівнях. Взагалі не передбачені статті витрат на проїзд соціального працівника та неповнолітнього під час його транспортування до відповідного закладу.

По-третє, на сьогодні нема гарантій, що підлітки діставатимуть такі послуги після припинення фінансування з боку міжнародних фондів.

Крім того, як одну з важливих проблем фахівці зазначають недостатність швидких тестів.

- «Кое-что нужно делать, потому что эта категория населения нуждается в специфических услугах, которые подкреплены финансированием соответствующим» (медичний працівник, національний експерт, міжнародна організація, м. Київ).
- «Улучшить финансирование».
- «Если бы нам давали быстрые тесты для проведения объемного ДКТ, как требуется по Протоколу: дотестовое консультирование, тестирование, посттестовое консультирование... С нашими ресурсами мы делаем только консультирование... Набранную кровь нужно везти в лабораторию, а это финансовые сложности... И подростку легче обратиться туда, где он получит все в полном объеме. Мы пока перенаправляем в ближайший СПИД-центр» (надавач послуг, НДО, м. Миколаїв).
- «Ну, в принципе, работают у нас нормально учреждения медицинские. Главное, его туда привезти. Транспорта не хватает».
- «... или их место расположения, совершенно не способствуют тому, чтобы к ним обращались (національний експерт, представник міжнародної організації, м. Київ).

6.1.4. Організаційний бар'єр

Досить багато фахівців соціальної сфери, які взяли участь у дослідженні (як НУО, так і ЦСССДМ), вказали на наявність організаційних бар'єрів.

Насамперед спеціалісти вказують на поганий розвиток інфраструктури закладів, які надають послуги ДКТ, бо на сьогодні галузь щодо реалізації послуг ДКТ не покриває всіх потреб.

- «Барьеры – это, прежде всего, неразвитость инфраструктуры услуг для данной возрастной категории» (національний експерт, медичний працівник).

Більшість експертів вказували на брак комплексного підходу в наданні послуг ДКТ, наявність «розірваності» при консультуванні й тестуванні підлітків. Тобто нема «єдиного вікна» в наданні послуг ДКТ.

Наголошується, що на сьогодні в країні не достатня кількість організацій, готових надавати послуги підліткам.

Також згадується про нестачу приміщень для індивідуального консультування під час ДКТ.

Незручний для підлітків графік роботи медичних закладів: коли це стосується тестування, можна пройти переважно лише в першій половині дня – у час перебування підлітка на навчанні. Підліток хоче отримати послуги з ДКТ конфіденційно або навіть анонімно, але якщо буде відсутній у навчальному закладі, це може стати відомо його оточенню і викличе небажані для нього питання. Також відзначають, що під час консультування підлітків бракує гендерного підходу.

6.1.5. Інформаційно-методичне забезпечення

«Для того, чтобы преподнести информацию – нужно иметь эту возможность. Можно разработать очень много информации, получить её откуда-то и собрать. Но, донести её до масс, оказывается очень проблематично. Если это реклама – то это дорого, то есть, денег на это нет. Если это, например, буклеты – опять, их же нужно напечатать, распространить. Поэтому, главные барьеры здесь – отсутствие финансирования на информационную работу со стороны учреждений здравоохранения». (Медичний працівник, національний експерт, м. Київ)

Аналіз відповідей експертів дозволяє визначити низку проблемних питань в інформаційно-методичному забезпеченні роботи, спрямованої на поширення інформації в середовищі дітей та молоді щодо доступу до послуг ДКТ.

1. Заклади, що надають послуги ДКТ, одночасно з медичними, психологічними, соціальними та правовими надають й інформаційні послуги.

Акцентувалась увага на тому, що інформаційно-профілактичну роботу медики ведуть на громадських засадах (як додаткове навантаження до основної роботи) і на базі навчальних закладів. Це призводить до розрізненості та епізодичності цієї роботи.

Наголошували на недостатній обізнаності підлітків щодо діяльності КДМ – інституції, де найлегше отримати необхідні їм послуги, зокрема без документів:

- *«Барьеры, я считаю, – это низкая осведомленность этих подростков групп риска о наличии дружественных клиник, которые могут предоставлять эти услуги информационного характера»;*
- *«Для нас главный барьер – информационный. Чем больше информации имели бы подростки, тем активнее обращались бы в сеть дружественных клиник»;* *«Больше давать информации, в том числе группе риска, о наличии дружественных клиник для молодежи в городе Киеве и их местонахождении»* (надавач послуг, медичний працівник КДМ, м. Київ);
- *«Информационный барьер. То есть, качество нужной, правильной информации. От качества, то есть как мы предоставляем подросткам информацию, они будут готовы либо не готовы прийти в ту же КДМ и обследоваться, если существуют какие-то проблемы»* (надавач послуг, інфекціоніст, м. Суми).

Разом з тим дещо виправити цю ситуацію могла б належна координація такої роботи, але її немає.

- *«Но нет организаций, которые предоставляют информацию, которая охватила бы большую часть нашего населения, именно подростков и молодежи»* (надавач послуг, медпрацівник-психолог, м. Київ).

2. Не в повному обсязі використовуються сучасні інформаційні технології для поширення інформації для підлітків (інтернет, зокрема соціальні мережі, онлайн-нове консультування); так, хоч уже широко підлітки користуються інтернетом, цей ресурс недостатньо застосовується для поширення інформації щодо ВІЛ та ДКТ. Насправді, за словами експертів, на сьогодні це оптимальний канал для донесення інформації підліткової аудиторії. Інтернетом користуються навіть ПГР, вони нерідко ночують в інтернетклубах.

Крім того, один з надавачів послуг запропонував створити інтернетаутрич для спілкування з підлітками та скайпконсультування.

- *«Если информация доступна как в Интернете, на сайтах. Очень часто говорят, что есть возможность тестирования, говорят, где это можно сделать. Проблем нет, главное – захотеть»* (психолог, надавач ДКТ, м. Одеса);
 - *«они посещают интернет-клубы, то, мы обсуждали даже это, нужно сделать интернет-аутрич, чтобы социальный работник, который общается в социальных сетях по данной ситуации, приглашал бы в центры, даже в дальнейшем возможно сделать скайп-консультирование. Это наши такие планы. Потому что Интернет сейчас – это все»* (надавач послуг, керівник проектів НУО, м. Одеса).
3. Зазвичай у недостатньому обсязі використовуються можливості державних ЗМІ, насамперед телебачення, ресурс місцевих радіо- і телеканалів майже зовсім не використовується.
 - *«Информирование – это телевидение; газеты вряд ли читают, но телевизор смотрят»* (психолог, надавач ДКТ, м. Одеса);
 - *«И телевидение, и работа социальных работников, и, как говорится, сарафанное радио от подростка к подростку. Кто-то где-то услышал и посоветовал»* (надавач послуг ДКТ, м. Одеса);
 - *«Еще больше информации по тому же телевидению, чтобы они знали, что это такое, как это делается, что в этом ничего страшного нет, что это для их здоровья, и что чем раньше узнаешь свой статус, тем лучше будет тебе, они должны это четко понимать»* (надавач послуг, психолог, м. Одеса).
 4. Фахівці вказують на постійну потребу в роздаткових матеріалах під час інформаційно-просвітницької роботи з підлітками, зменшення останнім часом кількості соціальної реклами на білбордах.
 5. Переважна частина опитаних національних експертів вказали, що нема на національному рівні інформаційної кампанії саме для підлітків; натомість є загальна інформаційна кампанія з профілактики ВІЛ серед широких кіл молоді. Складники такої кампанії – різноманітні акції «Не дай СНІДу шанс»: це концерти, розповсюдження різноманітних брошур, інтернет, соціальна реклама.
 - *«Клиники, конечно, сами распространяют. Во-первых, у них у всех есть все равно буклеты. У них есть информация, кто-то пишет, кто-то выступает по телевидению, СМИ. Тем более, у них есть такой стандарт, седьмой, о профилактической работе, в которой обязательно критерием является наличие, разработка информационных буклетов, распространение, участие в СМИ...»*.
 - *«Нет организаций, которые предоставляют информацию, которая охватила бы большую часть нашего населения, именно подростков и молодежи»* (надавач послуг, медичний працівник КДМ, м. Київ).

- «Я даже не знаю, насколько больше. Потому, что плакаты у нас висят везде. Наши специалисты в обязательном порядке говорят, что есть такая возможность. Говорят, где и как это можно сделать. Мы обвешаны информацией. Куда больше? Разве что на лоб клеить специалистам» (надавач послуг, мед-працівник-психолог, м. Київ).

Серед іншого підлітками запропоновано використовувати певні прийнятні для їхньої вікової категорії ресурси; так, задля мотивації до проходження тестування іншими підлітками 36,7 % від загалу опитаних зазначили, що інтернетресурс має містити зрозумілу для підлітків інформацію про можливість тестування на ВІЛ і про те, де його можна пройти; 23,6 % – вказали на можливість наповнення програми для мобільного телефона такою ж інформацією.

Також підлітки вказали, що, крім загалом інтернету, можна застосовувати соціальні мережі та проводити онлайн-консультування; вуличні акції для молоді повинні містити яскраву, зрозумілу для різних вікових груп підлітків рекламу і флешмоби (рекомендації фокусгруп). Також інформація має бути подана в цікавому для підлітків форматі, наприклад через повчальні історії з життя підлітків у вигляді коміксів тощо.

Доцільно зазначити, що доступ до інтернету мають 91,8 % опитаних підлітків, з них кожний другий користується ним понад дві години на день (53,6 %). 94,8 % – мають мобільний телефон (56,8 % – звичайний, 43,2 % – смартфон).

Значну більшість опитаних становили підлітки та молодь переважно з великих міст та обласних центрів: 78,8 % – у першу хвилю і 93,8 % – у другу. Отже, відповіді респондентів щодо розширення можливості інформування щодо ВІЛ за допомогою інтернеткомунікацій та мобільних телефонів засвідчують переважно інтереси лише міських підлітків. **Таким чином, недоступність до інформаційно-методичних ресурсів дітей і молоді сільської місцевості створює додатковий бар'єр до розширення їхньої поінформованості, а також і подальшого отримання послуг ДКТ на ВІЛ.**

6.2. Суб'єктивні бар'єри

6.2.1. Недостатня поінформованість підлітків

«... подростки, которые практически, очень мало осведомлены; из всех – 0,1%, который осведомлен, где, что он может получить, на что имеет право». (Медичний працівник, національний експерт, м. Київ)

У розділі III розглянуто питання щодо поганої поінформованості підлітків та ПГР з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та шляхів його розповсюдження.

Усі опитані фахівці вказують на наявність інформаційних бар'єрів для підлітків на шляху до дістання послуг з ДКТ: «Просто отсутствие информации о необходимости проведения процедуры тестирования на ВИЧ. Как правило, они все считают, что их это не касается» (медичний працівник, національний експерт, м. Київ).

Інформаційні перешкоди щодо дістання послуг з ДКТ, за словами більшості фахівців, існують, але вони не визначальні, бо, при бажанні, можна отримати необхідну ін-

формацію. Підліток, який хоче пройти тестування на ВІЛ, може дізнатися про місце надання такої послуг з інтернету, від друзів, під час заходів з профілактики, які медики проводять у навчальних закладах. Проблемою може бути усвідомлення підлітком своїх ризиків і потреби в обстеженні – тобто йдеться про мотивацію цільових груп до проходження тестування на ВІЛ.

Водночас опитані фахівці вказали на наявність інформаційних бар'єрів для підлітків, зокрема ПГР, особливо в сільській місцевості. В організації, що цілеспрямовано спеціалізується на роботі серед ПГР, зазначили, що часто такі пацієнти навіть не вміють читати, тому інформацію для них необхідно подавати в картинках. Підлітки, які вміють читати, теж краще сприймають інформацію, подану у вигляді коміксів.

- «*Но нет организаций, которые предоставляют информацию, которая охватила бы большую часть нашего населения, именно подростков и молодежи*» (надавач послуг, медпрацівник-психолог, м. Київ);
- «*Другое дело – доступность этой услуги и наличие информации – насколько подросток может быть осведомлен, куда он может обратиться*» (національний експерт, представник міжнародної організації, м. Київ).

Слід звернути увагу (табл. 6.1), що понад половина опитаних відповідають, що ніколи не замислювались про необхідність тестування на ВІЛ (59,1 %); зокрема, це стосується підлітків молодшого віку, бо у відповідях респондентів старшого віку спостерігається відсотково тенденція до поступового зменшення цього показника: 70,4 % – серед 13-річних, 68,3 % – серед 14–15-річних, 54,1 % – серед 16–17-річних, 53,7 % – серед 18–19-річних, 48,5 % – серед 20–24-річних.

Третина респондентів думають, що мають невеликий ризик інфікування ВІЛ (36,0 %).

Майже п'ята частина учасників опитування не знає, де можна пройти тест (17,2 %). Водночас серед дівчат частка тих, хто не знає де можна пройти тест, удвічі перевищує цей показник серед хлопців (22,5 % і 12,0 % відповідно), а найвищий показник серед опитаних з цього питання припадає на респондентів найстаршого віку – 20–24 років (25,8 %).

Також 3,7 % підлітків не знали, що зможуть пройти тест без згоди батьків: 5,6 % – серед 13-річних, 7,0 % – 14–15-річних, 2,7 % – 16–17-річних, 1,5 % – 18–19-річних.

Вважають за необхідне, щоб ПГР знали про свій ВІЛ-позитивний статус та його наслідки, 48 % підлітків.

Також під час фокусгруп доволі часто підлітки говорили про страх того, що дізнаються батьки, побоювання самого ВІЛ-статусу і його наслідків, забору крові, а також платності послуги.

Доволі суперечливі дані щодо планування проходження тестування на ВІЛ у майбутньому (N=188), підлітки не мають стійкої мотивації: третина не планує взагалі (28,5 %), 42,1 % – не знають.

Отже, погана поінформованість у середовищі підлітків і ПГР щодо принципів надання послуг ДКТ не мотивує представників цільової групи до проходження тестування на ВІЛ та спричиняє додаткові проблеми, пов'язані насамперед із побоюваннями стигматизації та дискримінації щодо них.

Таким чином, надавачам послуг слід активізувати свою діяльність, спрямовану на поширення інформації серед підлітків і ПГР про можливість та обов'язкове дотримання принципів ДКТ при їх наданні.

6.2.2. Психологічні бар'єри

Як свідчить аналіз даних опитування як підлітків, так і експертів, психологічні бар'єри для дітей та молоді залишаються найбільшою проблемою, що заважає діставати комплекс послуг ДКТ на ВІЛ.

Побоювання, пов'язані з розкриттям ВІЛ-статусу. Взагалі звертатися до медичних закладів, щоб отримати послуги з тестування на ВІЛ, підлітки не наважуються через страх дізнатися про свій ВІЛ-статус, розголос результатів обстеження на ВІЛ, а також зміст консультування (передусім це стосується підлітків, які практикують секс з чоловіками – у більшості випадків вони приховують факт таких стосунків).

По-перше, 8,1 % опитаних не проходили тестування, бо боялися результату. Показник побоювання серед дівчат майже вдвічі перевищує показник серед хлопців: 17,5 % і 8,5 % відповідно. Крім того, з віком, відсоток тих, хто боїться отримати результат зростає: 2,8 % – серед 13-річних, 3,2 % – серед 14–15-річних, 9,1 % – серед 16–17-річних, 14,9 % – серед 18–19-річних і 14,4 % – серед 20–24-річних.

По-друге, боялися, що можуть інфікуватися під час проходження тесту, 6,7% підлітків, які не проходили тестування (6,8 % – серед хлопців і 10,6 % – серед дівчат), що також свідчить про їхню погану поінформованість про роботу закладів, які проводять тестування на ВІЛ. Серед них 74,4 % – проживають у квартирі, домі, 16,3 % – у гуртожитку, 9,3 % – в інтернаті. 79,1 % – проживають з батьками. Крім того, 7,5 % – це ті, яких віднесено до групи ризику, 6,6 % – ні.

По-третє, 6,1 % серед підлітків, які не проходили тестування боялися негативної думки оточення, частка таких серед відповідей дівчат (9,4 %) утричі перевищує цей показник серед хлопців (3,4 %). З них 53,8 % – проживають без батьків. Більш ніж половина (56,4 %) проживають в квартирі, домі, майже чверть (23,1 %) – в інтернаті, 17,9 % – у гуртожитку, 2,6 % – у притулку. 56,4 % – живуть у великому місті, 41,0 % – в обласному центрі, 2,6 % – в невеликому місті. Серед підлітків груп ризику цей показник становить 14,9 %.

Крім того, респонденти зазначають побоювання, пов'язані з поставленням на медоблік – 3,6 %; що медичні працівники можуть повідомити батьків – 2,8 %. А 5,1 % опитаних воліють не знати взагалі, що вони ВІЛ-позитивні (табл. 6.1).

Побоювання щодо необхідності сплачувати за тестування. Як і в підрозділі 5.4, де порушується питання щодо недотримання права на безоплатне тестування на ВІЛ, підлітки додатково визначають це проблемне питання серед бар'єрів, що стоять на заваді проходженню тесту.

Так, 3,9 % опитаних зазначили, що вони не здавали тест на ВІЛ, бо за нього потрібно було платити гроші (табл. 6.1). Зокрема, про цю перешкоду згадувалось у відповідях хлопців удвічі рідше (4,3 %), ніж дівчат (8,8 %). Крім того, з відповідей респондентів за віком це частіше ставало також на заваді підліткам старшого віку: 2,8 % – серед 13-річних, 1,1 % – 14–15-річних, 1,8 % – 16–17-річних, 9,0 % – 18–19-річних, 11,3 % – серед 20–24-річних респондентів.

Отже, тенденція щодо твердження про вимагання сплати за тест на ВІЛ спостерігається як серед тих, хто все ж здобув досвід такого тестування (див. підрозділ 5.4, де також зазначалося про більшу частоту вимог сплати за тест залежно від віку), так і серед тих, хто відмовився проходити тест.

Таким чином, перераховані підлітками бар'єри в дістанні послуг ДКТ, пов'язані, зокрема, з поганою поінформованістю самих дітей і молоді стосовно можливості діставати комплекс медико-соціальних послуг щодо ВІЛ анонімно і безплатно, з побоюванням як дізнатися про свій діагноз, так і розголосу діагнозу ВІЛ серед оточення.

Нема документів. Найнижчий показник у відповідях підлітків щодо проблем – нема документів, – 2 % (це стосується переважно підлітків старшого віку).

Отже, наявна погана поінформованість підлітків щодо можливості анонімно-го тестування на ВІЛ.

Фахівці ж, зі свого боку, вказують на цей бар'єр уже тоді, коли йдеться про взяття на облік та призначення АРВ-терапії. *«Оформление тех же документов. Если документы в другом месте, надо какие-то средства, чтобы ребенка отправить туда. Как правило, их нет. То есть, должно быть в смету введено, расходы социального работника на транспортировку ребенка. То есть, на билет соцработнику, ребенку и соцработнику обратно»* (медичний працівник, консультант з ДКТ, м. Київ).

VII. МОТИВИ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ

«Главное, чтобы пришел мотивированный клиент. А с подростками это сложно, они априори не такие».
(Медичний працівник, надавач послуг, м. Київ)

Дані опитування підлітків та молоді свідчать, що лише близько половини (46,9 %) опитаних (44,7 % – серед хлопців і 52 % – серед дівчат) тестувались, бо хотіли дізнатися про свій ВІЛ-статус. А от 23,5% респондентів були змотивовані тим, що мали секс без презерватива і/чи вживання ін'єкційних наркотиків. 15,3 % дізналися про важливість тестування на уроці (або лекціях), частина опитаних були вимушені протестуватись, бо результат тесту був необхідний для подання документів (для візи, для вступу у ВНЗ).

У відповідях ППР виділяються майже ті ж самі групи: так, найбільшу частку становлять ті, у кого були випадки сексу без презерватива і/чи вживання ін'єкційних наркотиків – 29,9 %, які хотіли знати свій ВІЛ-статус – 25,3 %. Найменший відсоток становлять ті, хто робив татування, пірсинг – 2,6 % і кому необхідно було для подання документів до ВНЗ та для оформлення візи – 2,6 %, перед вступом в шлюб – 1,3 %, а також перед зачаттям дитини – 0,6 % (табл. 7.1).

Слід звернути увагу на те, що залишається достатньо впливовим чинником мотивація підлітків при особистому контакті: так, 15,3 % підлітків та молоді зазначили, що дізналися про важливість тестування на уроці/лекції, а 11,7 % – порадили друзі (у цьому випадку порада результативніша для підлітків старшого віку).

Тоді як 11,7 % були змотивовані для проходження тесту на ВІЛ завдяки пораді друзів (табл. 7.1), доволі велику мотивацію демонструють підлітки та молодь, які відповіли, що порекомендували б пройти тестування на ВІЛ своїм друзям та знайомим, – 62,8 %, зокрема серед дівчат цей показник більший, ніж серед хлопців (рис. 11).

Крім того, спостерігається той факт, що старший вік підлітків, то більше вони демонструють бажання порекомендувати друзям і знайомим пройти тестування на ВІЛ: так, серед 13-річних про таку готовність зазначила третина опитаних – 37,8 %, майже половини 14–15-річних – 55,9 %, серед 16–17-річних – 62,2 %, 18–19-річних – 69,8 %, 20–24 річних – 79,4 %.

Отже, готовність підлітків рекомендувати своїм друзям і знайомим пройти тестування на ВІЛ, пов'язана з тим, що вони в цілому вище середнього оцінюють послуги з тестування і консультування на ВІЛ (табл. 7.2).

Кожний четвертий (26,9%) взагалі не знає, де краще проходити тестування на ВІЛ, водночас доволі важливий показник – частка респондентів, які вважають, що найкращим місцем для проведення тесту на ВІЛ для підлітків може бути громадська організація (14,1 %). Серед інших зазначених місць є: СНІД-центр (41,7 %), кабінет «Довіра» (25,3 %), клініки, дружні до молоді (21,9 %).

Мотиви тестування на ВІЛ
(розподіл відповідей на запитання:
«Чому ти вирішив(ла) здати тест на ВІЛ?»),
за статтю, віком, належністю до групи ризику, %

	Серед усіх	За статтю		За віком					Серед підлітків групи ризику ⁵¹
		хлопці	дівчата	13 років	14–15 років	16–17 років	18–19 років	20–24 роки	
Хотіли знати свій ВІЛ-статус	46,9	44,7	52,0	80,0	23,8	54,1	40,0	50,5	25,3
Був секс без презерватива і/чи вживання ін'єкційних наркотиків	23,5	31,9	26,5	0,0	14,3	21,6	30,0	24,7	29,9
Дізналися про важливість тестування на уроці/лекції	15,3	8,5	16,3	40,0	0,0	32,4	15,0	10,8	7,1
Необхідно для подання документів до ВНЗ, для оформлення візи	15,3	17,0	11,2	20,0	23,8	16,2	25,0	8,6	2,6
Порада друзів	11,7	23,4	6,1	0,0	23,8	18,9	10,0	7,5	9,1
Після отриманої із ЗМІ інформації	9,7	6,4	10,2	20,0	4,8	13,5	10,0	8,6	5,2
Пропозиція статевого партнера	5,1	14,9	1,0	0,0	9,5	8,1	2,5	4,3	4,5
Перед зачаттям дитини	5,1	0,0	8,2	0,0	0,0	0,0	5,0	8,6	0,6
Перед вступом у шлюб	3,1	2,1	5,1	0,0	4,8	0,0	0,0	5,4	1,3
Татування, пірсинг	2,0	2,1	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	2,6

Таблиця 7.2

Оцінення підлітками та молоддю послуг
з тестування і консультування на ВІЛ, середні оцінки,
(за результатами онлайн-опитування)

Характеристики тестування на ВІЛ	Середні оцінки *		Серед усіх
	1 хвиля	2 хвиля	
Збереження таємниці результатів	3,26	3,16	3,21
Забір крові для тестування	3,03	2,86	2,95
Дружність персоналу	3,07	2,84	2,95
Бесіда після тестування	2,60	2,49	2,75
Відокремленість приміщення	2,80	2,70	2,75
Швидкість повідомлення результатів	2,79	2,63	2,71
Бесіда перед тестуванням	2,69	2,50	2,59

* За чотирибальною шкалою, де «2 – незадовільно», «3 – задовільно», «4 – добре», «5 – відмінно». Що вищий показник, то краща оцінка характеристики тестування на ВІЛ.

⁵¹ Інтегрований показник, розрахований за допомогою таких запитань: «Скільки статевих партнерів у тебе було за останні 12 місяців?» (відповідь: «Більш ніж 6 партнерів»), або «Чи були в тебе одна або декілька із перерахованих нижче поведінкових практик: секс без презерватива між особами чоловічої статі?» (ствердна відповідь), або «надавав(ла) сексуальні послуги за сплату (або винагороду у вигляді їжі, одягу, помешкання, алкоголю, наркотиків)?» (ствердна відповідь), або «Чи вживав/ла ти коли-небудь наркотики ін'єкційним шляхом (за допомогою шприца)?» (відповіді: «Так, кілька разів», «Так, багато разів»), або «Чому ти вирішив/ла здати тест на ВІЛ?» (відповідь: «Був секс без презерватива та/або ін'єкційне вживання наркотиків»).

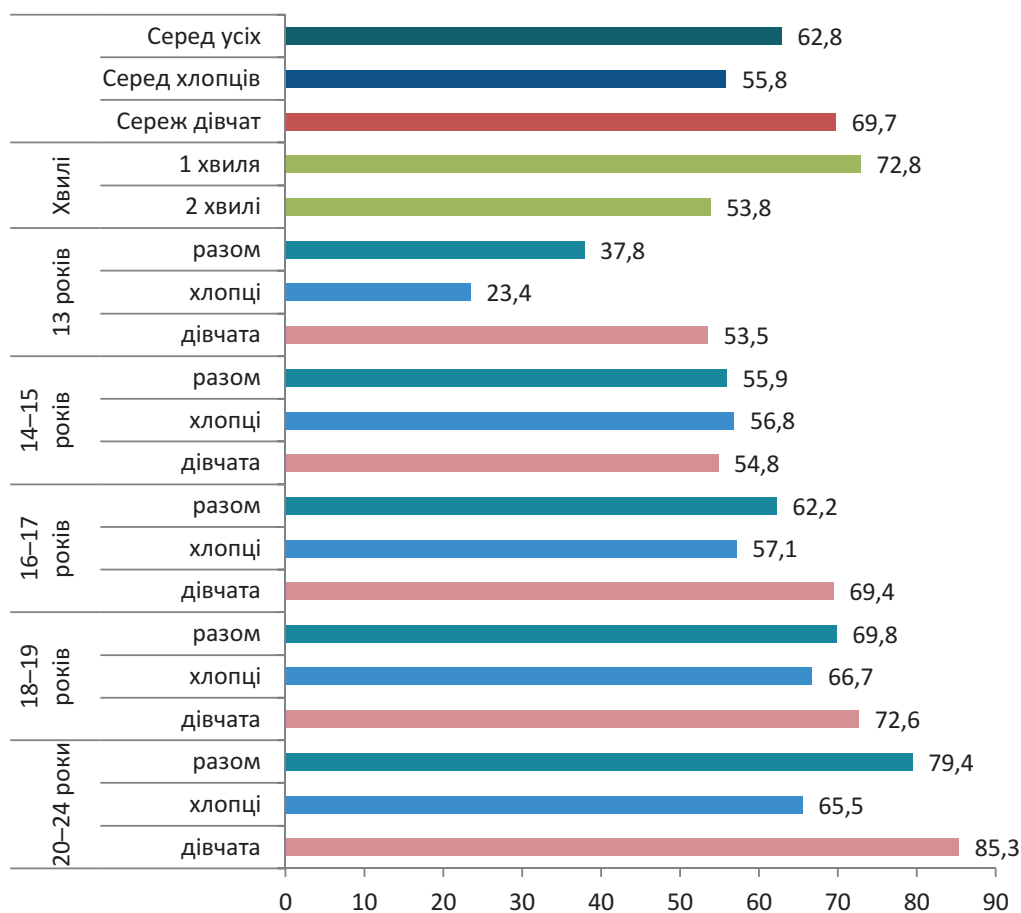


Рис. 11. Питома вага підлітків, які б порекомендували своїм друзям та знайомим пройти тестування на ВІЛ, за статтю та віком, хвилиєю опитування, %.

Місця, які підлітки та молодь визначають як найкращі для проведення тестування (відрізняються від відповідей респондентів щодо місць останнього тестування – див. у підрозділі 5.3) можуть стати додатковим мотивом для дістання послуг ДКТ цільовою групою.

Додатково, аналіз опитування підлітків та молоді дозволяє виділити за їхніми рекомендаціями можливі мотиви, які б сприяли проходженню тестування на ВІЛ (за рангом, табл. 7.3).

Як бачимо, найвпливовішим мотивом могла б стати інформація, що від тесту на ВІЛ залежить збереження здоров'я і, можливо, здоров'я рідних та близьких – 44,8 %; майже третина опитаних вказує, що мотивом може стати той факт, коли людина дізнається, що статевий партнер вживав(є) ін'єкційні наркотики – 27,9 %; п'ята частина (24,0 %) вказує на випадковий секс без презерватива.

Окрім цього, покращити умови проведення тестування могли б ще такі фактори, представлені у табл. 7.4.

Таблиця 7.3.

**Мотиви, які могли б сприяти проходженню тестування на ВІЛ,
за статтю та віком, %**

	Серед усіх	За статтю		За віком									
		хл.	дів.	13 років		14–15 років		16–17 років		18–19 років		20–24 роки	
				хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.
Інформація, що від тесту на ВІЛ залежить збереження мого здоров'я і, можливо, здоров'я моїх рідних та близьких	44,8	41,1	48,4	34,0	32,6	44,7	52,4	36,8	42,6	33,3	60,0	60,4	50,4
Якщо дізнаюсь, що мій статевий партнер вживав(є) ін'єкційні наркотики	27,9	20,4	35,4	4,3	4,7	12,1	27,2	24,1	40,2	15,7	43,3	47,2	43,6
Випадковий секс без презерватива	24,0	20,4	27,5	10,6	4,7	13,6	15,5	24,7	32,0	15,7	28,3	35,8	39,8
Перебороти страх перед можливим результатом тесту	22,2	19,0	25,4	14,9	16,3	14,4	21,4	23,6	28,7	13,7	25,0	24,5	28,6
Якщо дізнаюсь, що мій статевий партнер зраджував мені	22,0	15,5	28,4	4,3	2,3	8,3	15,5	17,2	26,2	9,8	28,3	43,4	48,9
Мотиваційний пакет, подарунки	16,1	19,9	12,4	40,4	23,3	24,2	21,4	13,8	10,7	13,7	8,3	17,0	5,3
Якщо почну відносини з новим статевим партнером	15,6	13,6	17,6	6,4	2,3	9,8	8,7	12,6	22,1	11,8	18,3	34,0	24,8

Таблиця 7.4.

**Мотиви, які могли б покращити умови проведення тестування,
за статтю та віком, %**

	Серед усіх	За статтю		За віком									
		хл.	дів.	13 років		14–15 років		16–17 років		18–19 років		20–24 роки	
				хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.
Гарантувати, що ніхто з моїх знайомих не дізнається	43,6	39,2	47,9	29,8	20,9	39,4	41,7	40,2	48,4	21,6	41,7	60,4	63,9
Не вимагати документів, які посвідчують особу	39,4	35,7	43,2	17,0	20,9	32,8	31,1	39,1	54,1	35,3	46,7	50,9	48,1
Всім підліткам пропонувати пройти тест на ВІЛ	37,4	30,6	44,0	25,5	34,9	31,8	35,9	26,4	38,5	25,5	26,7	50,9	57,1
Проводити тестування у зручний для підлітків час	33,9	29,8	38,0	17,0	30,2	25,8	28,2	32,2	35,2	17,6	36,7	54,7	51,1
Результати тесту доводити до відома батьків тільки зі згоди підлітків	26,4	21,4	31,2	6,4	16,3	16,7	21,4	25,9	40,2	15,7	28,3	37,7	39,8

Отже, й у цьому аспекті наголошено побоювання підлітків щодо недотримання принципів ДКТ на ВІЛ: 43,6 % зазначили, що мотивом для проходження тесту може стати гарантія, що ніхто зі знайомих про це не дізнається, і 26,4 % (показник серед дівчат у будь-якому віці вищий, ніж серед хлопців) вказують на важливість гарантування того, що результати тесту можуть бути доведені до відома батьків тільки зі згоди підлітків.

На думку останніх, також можуть посилити мотивацію невимаганням документів, які посвідчують особу (39,4 %), пропонування всім підліткам пройти тест на ВІЛ (37,4 %), а також проведення тестування у зручний для підлітків час (33,9 %).

Також у своїх відповідях респонденти рекомендують такі характеристики самого тесту на ВІЛ, які б сприяли проходженню тестування на ВІЛ у майбутньому, зокрема безплатність тесту (42,6%), що може змотивувати підлітків проходити тестування на ВІЛ. Окрім цього, спрощення самої процедури тестування сприятиме його проходженню підлітками: адже 33,6 % опитаних вказують на необхідність надання відповіді про результат протягом двох годин (спостережено, що підлітки старшого віку більше дотримуються цієї позиції, ніж молодші), 29 % – якщо тест на ВІЛ буде не з крові, а зі слини, а п'ята частина – 20,6 % – якщо тест буде з крові з пальця, а не з вени (в останніх двох питаннях частки відповідей серед дівчат перевищують частки серед хлопців) (табл. 7.5).

Таблиця 7.5.

**Характеристики тесту на ВІЛ,
які сприяли б проходженню тестування на ВІЛ у майбутньому,
за статтю та віком, %**

	Серед усіх	За статтю		За віком									
		хл.	дів.	13 років		14–15 років		16–17 років		18–19 років		20–24 роки	
				хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.
Якщо тест на ВІЛ буде безплатний	42,6	38,1	47,1	29,8	25,6	36,4	35,0	36,8	44,3	33,3	51,7	58,5	63,9
Якщо результати тестування будуть повідомлені протягом двох годин	33,6	27,8	39,3	12,8	14,0	18,2	29,1	30,5	39,3	31,4	45,0	52,8	52,6
Якщо тест на ВІЛ буде не з крові, а зі слини	29,2	26,7	31,7	29,8	34,9	32,6	37,9	22,4	33,6	21,6	30,0	28,3	24,8
Якщо тест на ВІЛ буде з крові з пальця, а не з вени	20,6	18,6	22,6	14,9	20,9	18,9	15,5	15,5	24,6	15,7	10,0	34,0	32,3

Мотивацією підлітків проходити тестування на ВІЛ (за рангом) може стати ще такий фактор: майже половина (47,7 %) опитаних вважає за необхідне, щоб підлітки з ризикованою поведінкою знали, що це важливо, і не боялися тесту. При цьому спостерігається тенденція до збільшення цього показника серед підлітків старшого віку – тобто є усвідомлення важливості такого тестування. Також впливовим мотивом, на думку третини опитаних підлітків, може стати пропонування тесту на ВІЛ усім підліткам, як з боку медпрацівників (35,8 %), так і з боку соцпрацівників (29,1 %) (табл. 7.6).

Різні думки висловлюють респонденти стосовно віддаленості/наближеності місця проходження тесту від місця проживання: так, майже третина опитаних вважає-

ють за доцільне, щоб заклад, де можна пройти тест на ВІЛ, містився неподалік від місця проживання (24,5 %), менша частка (8,0 %) – щоб заклад був подалі від місця проживання.

Мотивація підлітків на проходження тестування на ВІЛ, серед тих, хто має ризик інфікування ВІЛ, і тих, хто його не має, представлена у таблиці 7.7.

Таблиця 7.6.

**Мотивація підлітків проходити тестування на ВІЛ,
за статтю та віком, %**

	Серед усіх	За статтю		За віком									
		хл.	дів.	13 років		14–15 років		16–17 років		18–19 років		20–24 роки	
				хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.
Щоб підлітки з ризикованою поведінкою знали, що це важливо, і не боялися тесту	47,7	35,4	59,9	14,9	32,6	33,3	49,5	32,2	53,3	37,3	68,3	67,9	78,9
Інтернетресурс зі зрозумілою для підлітків інформацією про тест на ВІЛ і де його можна пройти	36,7	30,4	43,0	27,7	14,0	30,3	30,1	25,3	36,9	31,4	46,7	49,1	66,2
Щоб медпрацівники пропонували тест на ВІЛ усім підліткам	35,8	28,4	43,2	21,3	23,3	25,8	36,9	28,7	41,0	19,6	40,0	49,1	57,9
Щоб соцпрацівники пропонували тест на ВІЛ усім підліткам, з якими вони працюють	29,1	20,1	38,0	10,6	18,6	15,2	30,1	19,0	28,7	19,6	43,3	45,3	56,4
Щоб заклад, де можна пройти тест на ВІЛ, містився неподалік від місця проживання	24,5	23,0	26,0	6,4	20,9	19,7	18,4	25,3	30,3	29,4	23,3	32,1	30,8
Мати додаток для мобільного телефона з інформацією про тест на ВІЛ і де його можна пройти	23,6	21,2	26,0	27,7	18,6	20,5	25,2	15,5	15,6	11,8	33,3	45,3	35,3
Щоб заклад, де можна пройти тест на ВІЛ, був подалі від місця проживання	8,0	5,5	10,4	6,4	7,0	6,8	11,7	1,7	9,8	5,9	8,3	13,2	12,0

**Мотивація підлітків на проходження тестування на ВІЛ,
серед тих, хто має або немає ризик інфікування ВІЛ, %**

	Серед тих, хто не має ризику інфікування ВІЛ (84,1 %, N=817)	Серед тих, хто має ризик інфікування ВІЛ ⁵² (15,9 %, N=154)
Щоб підлітки з ризикованою поведінкою знали, що це важливо, і не боялися тесту	47,5	49,0
Щоб медпрацівники пропонували тест на ВІЛ усім підліткам	36,6	32,0
Інтернетресурс зі зрозумілою для підлітків інформацією про тест на ВІЛ і де його можна пройти	36,6	37,4
Щоб соцпрацівники пропонували тест на ВІЛ усім підліткам, з якими вони працюють	28,1	34,0
Щоб заклад, де можна пройти тест на ВІЛ, містився неподалік від місця проживання	25,6	19,0
Мати додаток для мобільного телефона з інформацією про тест на ВІЛ і де його можна пройти	23,3	25,9
Щоб заклад, де можна пройти тест на ВІЛ, був подалі від місця проживання	7,5	10,2

Отже, з відповідей респондентів видно, що для підлітків важливо, щоб місце проведення тестування було неподалік від місця їхнього проживання, а для ПГР, навпаки, подалі. Для підлітків у цілому важливу роль у зверненні по послуги ДКТ відіграють медичні працівники, а ПГР більшу довіру виявляють до фахівців соціальної сфери.

Щодо інформаційних ресурсів, уподобання респондентів також відрізняються: якщо загалом підлітки частіше зазначають важливість впровадження інтернетресурсу, то ПГР – додатків до мобільного телефона.

Отже, в роботі, спрямованій на підвищення мотивації підлітків, зокрема ПГР, тестуватися на ВІЛ, необхідно враховувати уподобання цільової групи.

Працівникам медичних установ усіх форм власності необхідно активізувати свою роботу з мотивування підлітків проходити тестування на ВІЛ.

Фахівцям соціальної сфери, зокрема працівникам аутричкоманд, консультантам мобільних амбулаторій, слід проводити системну роботу з мотивування ПГР проходити тестування на ВІЛ.

Крім того, для ПГР необхідно розробити, впровадити та поширити програми для мобільних телефонів з інформацією про важливість тестування, про місця, де його можна пройти.

⁵² Інтегрований показник, розрахований за допомогою таких запитань: «Скільки статевих партнерів у тебе було за останні 12 місяців?» (відповідь: «Більш ніж 6 партнерів»), або «Чи були в тебе одна або декілька із перерахованих нижче поведінкових практик: секс без презерватива між особами чоловічої статі?» (ствердна відповідь), або «Надавав(ла) сексуальні послуги за сплату (або винагороду у вигляді їжі, одягу, помешкання, алкоголю, наркотиків)?» (ствердна відповідь), або «Чи вживав/ла ти коли-небудь наркотики ін'єкційним шляхом (за допомогою шприца)?» (відповіді: «Так, кілька разів», «Так, багато разів»), або «Чому ти вирішив/ла здати тест на ВІЛ?» (відповідь: «Був секс без презерватива та/або ін'єкційне вживання наркотиків»).

VIII. КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ДОСТУПУ ПІДЛІТКІВ ДО ПОСЛУГ З ДКТ

Результати дослідження дозволяють стверджувати про функціонування в Україні розгалуженої системи, орієнтованої на індивідуальні потреби отримувачів послуг ДКТ, зокрема дітей та молоді. На сьогодні мережа організацій, що надає послуги ДКТ, поєднує державні та недержавні установи: центри профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІДом, клініки, дружні до молоді, кабінети «Довіра», дитячі поліклініки, ЦСССДМ, ВІЛ-сервісні НУО, мобільні амбулаторії тощо.

Упродовж останніх років в Україні у розвитку системи надання послуг для цільової групи спостерігається низка позитивних тенденцій, які забезпечують головне, – покращення доступу різних категорій дітей та молоді, уразливих щодо інфікування ВІЛ, до дружніх і якісних медико-соціальних послуг.

За даними дослідження можна зробити висновок, що процедури медичного огляду неповнолітніх з метою виявлення ВІЛ-інфекції прописані в законодавстві та відповідають загальноєвропейським стандартам. Водночас ідеться про розширення мережі установ і організацій, що працюють у сфері надання послуг ДКТ і, відповідно, поступово збільшується задоволення попиту на ці послуги. Так, на сьогодні в Україні створено та діє понад 700 кабінетів «Довіра» і 104 КДМ. З метою наближення послуг до клієнта, забезпечення належної якості інформаційно-просвітницької та консультативної роботи з групами ризику створена і діє мережа мобільних амбулаторій та аутричкоманд з роботи з підлітками і молоддю груп ризику, бо саме ця категорія на сьогодні залишається найуразливішою до ВІЛ-інфікування (результати дослідження свідчать, що 68,6 % опитаних підлітків практикували секс без презерватива, 7,2 % – вживали наркотики ін'єкційним шляхом, 6,8 % – надавали сексуальні послуги за винагороду/оплату, 9,9 % хлопців надавали сексуальні послуги чоловікам, 5,7 % – були жертвами сексуального насилля тощо).

Поряд із цим опитані підлітки переважно відзначають позитивні тенденції в наданні послуг ДКТ, що проявляється в дружності й доброзичливості персоналу, приділенні достатньої уваги кожному клієнтові та якості їх обслуговування співробітниками установ і організацій, що надають послуги ДКТ.

З метою системного навчання фахівців – надавачів послуг ДКТ на сьогодні розроблено та ухвалено низку навчальних програм з підготовки спеціалістів. Проводиться підготовка кадрів на всіх рівнях: як на базі державних навчальних закладів в рамках програм підвищення кваліфікації, так і за підтримки міжнародних донорських організацій.

Але, як свідчить досвід, наявна система надання послуг з ДКТ на ВІЛ не покриває всіх потреб.

Обмежений доступ представників цільової групи до подібних послуг у поєднанні з недостатньою поінформованістю дітей і молоді щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу взагалі, пов'язаних з ним проблем і щодо можливості отримати комплекс послуг з консультування і тестування на ВІЛ, може сприяти подальшому поширенню ВІЛ-інфекції в дитячому та молодіжному середовищах, стати перешкодою для цих молодих людей у їхньому повноцінному розвитку. Так, досить низький рівень знань опитаних щодо шляхів передачі ВІЛ, 33,9 % підлітків не обізнані з питань загального вигляду ВІЛ-інфікованої людини, 23,8 % респондентів не впевнені або заперечують твердження, що єдиний спосіб дізнатися свій ВІЛ-статус – це тестування на ВІЛ, майже половина (43,6 %) не знає, що результати тестування у статевих партнерів можуть бути як однакові, так і різні. Здебільшого надавачі послуг визнають, що на сьогодні інформаційних і наглядових матеріалів з питань ВІЛ, шляхів запобігання поширенню інфекції серед населення та мотивування діставати послуги з консультування та тестування на ВІЛ достатньо; потрібно використовувати новітні інформаційні технології, якими активніше користуються підлітки, – інтернет, флешмоби, програми до мобільних телефонів тощо.

Нормативні неузгодженості та невідповідність низки нормативно-правових актів профільному закону ще й досі залишається проблемним питанням у наданні послуг ДКТ підліткам без згоди батьків/офіційних представників. Ця колізія призводить до низки порушень з боку надавачів послуг. Адже є приклади вимагання дозволу батьків на тестування на ВІЛ у підлітків старшого віку. Залишаються проблемними питання щодо тестування на ВІЛ підлітків, яких влаштовано до соціальних установ тимчасового перебування (притулків, закладів соціально-психологічної реабілітації тощо).

Не поодинокі випадки недотримання принципу добровільності тестування на ВІЛ: так, у 16,8 % опитаних не запитували дозволу на тестування, а 22,5 % підлітків не поінформовано щодо їхнього права відмовитися від проходження тесту.

Отримані дані засвідчують наявні об'єктивні й суб'єктивні причини, з яких підлітки не звертаються по послуги ДКТ. Так, серед об'єктивних визначають неприйнятний час роботи надавачів послуг, наявність черг.

Серед суб'єктивних експерти зазначають несерйозне ставлення підлітків до власного здоров'я, небажання знати про власний ВІЛ-статус, брак документів тощо.

Залишається проблемним питання доступу підлітків із віддалених районів та сіл до комплексу послуг ДКТ, ставлення громади цих територій залишається поки що нетолерантним, а інколи – дискримінаційним, що ставить низку психологічних бар'єрів. Тому актуальними залишаються інформаційні заходи з формування толерантної громадської думки щодо цільової групи.

Зазначені причини демонструють, що обмеження в доступі до послуг ДКТ підлітків супроводжується як психологічними, так і фінансовими проблемами. Суттєвою перешкодою для дістання низки соціальних послуг залишається високий рівень побоювань: побоювання дізнатися про свій ВІЛ-статус (8,1 % респондентів), розголошення ВІЛ-статусу, негативної думки оточення (6,1 %). Серед фінансових – це, по-перше, неприйнятне розташування місць проведення тестування та неможливість сплатити за проїзд до установ і закладів, що надають послуги ДКТ (зокрема для жителів сільської місцевості); по-друге, не поодинокі приклади вимагання у підлітків оплати за проходження тесту на ВІЛ (17,3 % підлітків, які проходили тестування, зазначили, що тест на ВІЛ для них був платний).

Крім того, на тлі обмеження обсягів державного фінансування залишається вагомим залежність від міжнародних джерел фінансування, бо переважна частина послуг, що надають НУО, та робота мобільних амбулаторій відбувається завдяки програмі «Підтримка профілактики ВІЛ і СНІДу, лікування та догляду для найуразливіших груп населення в Україні», за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією. Подальша їхня сталість залишається невизначеною.

Дослідженням з'ясовано, що непропрацьованими на сьогодні залишається система переадресації послуг ДКТ і соціальний супровід, що призводить до недостатньої результативності комплексу цих послуг.

Аналіз чинних нормативно-правових підстав і практичного досвіду надавачів послуг ДКТ на ВІЛ-інфекцію для підлітків та ПГР дозволяють сформулювати:

- поетапні дії фахівців медико-соціальної сфери з надання підліткам послуг ДКТ (табл. 5.6);
- алгоритм надання послуг ДКТ підліткам, зокрема з груп ризику (рис. 11)⁵³.

Не менш актуальними в розвитку системи надання послуг ДКТ залишаються й кадрові проблеми. Так, опитані експерти вказують на нестачу кадрів, непідготовленість спеціалістів для роботи з цільовою групою – підлітками в цілому і підлітками груп ризику зокрема, постійна плинність кадрів та необхідність постійного навчання нових фахівців, робота значної кількості спеціалістів – надавачів послуг ДКТ на непостійній основі, що призводить до черг та обмеження часу для роботи з клієнтом.

Тому ми пропонуємо враховувати можливість залучення до послуг ДКТ додаткового кадрового потенціалу – фахівців із соціальної роботи, основне завдання яких – виявлення та запобігання негативним проявам у дитячому середовищі. Спільна робота з новоствореним у державі інститутом фахівців соціальної роботи може стати дієвим інструментом у виявленні підлітків, уразливих до ВІЛ, та допомога їм у своєчасному дістанні послуг ДКТ. Робота такої великої команди соціальних працівників буде ефективніша при умові проведення спеціалізованих навчальних заходів із залученням до їх проведення спеціалістів з відповідним практичним досвідом ВІЛ-сервісу, зокрема працівників інституцій та організацій, що реалізують систему надання послуг ДКТ, та комплексності цих послуг.

Необхідне подальше налагодження взаємодії між соціальними (зокрема НУО) та медичними закладами/організаціями, коли зусиллями цих структур створюється єдина модель надання комплексу послуг ДКТ підліткам. Дослідження виявило такі приклади, але поки що на рівні окремих випадків.

Невизначеність результатів реформи системи охорони здоров'я, брак координації дій на центральному рівні ускладнює розвиток і зміцнення системи медико-соціальних послуг на місцевому рівні також, передовсім дітям і молоді, уразливим до ВІЛ.

Також дослідження ряд виявило низку можливостей, які доцільно зміцнювати та розвивати: запровадження онлайн-консультування, поширення інформації за допомогою інтернетмереж, мобільних телефонів тощо.

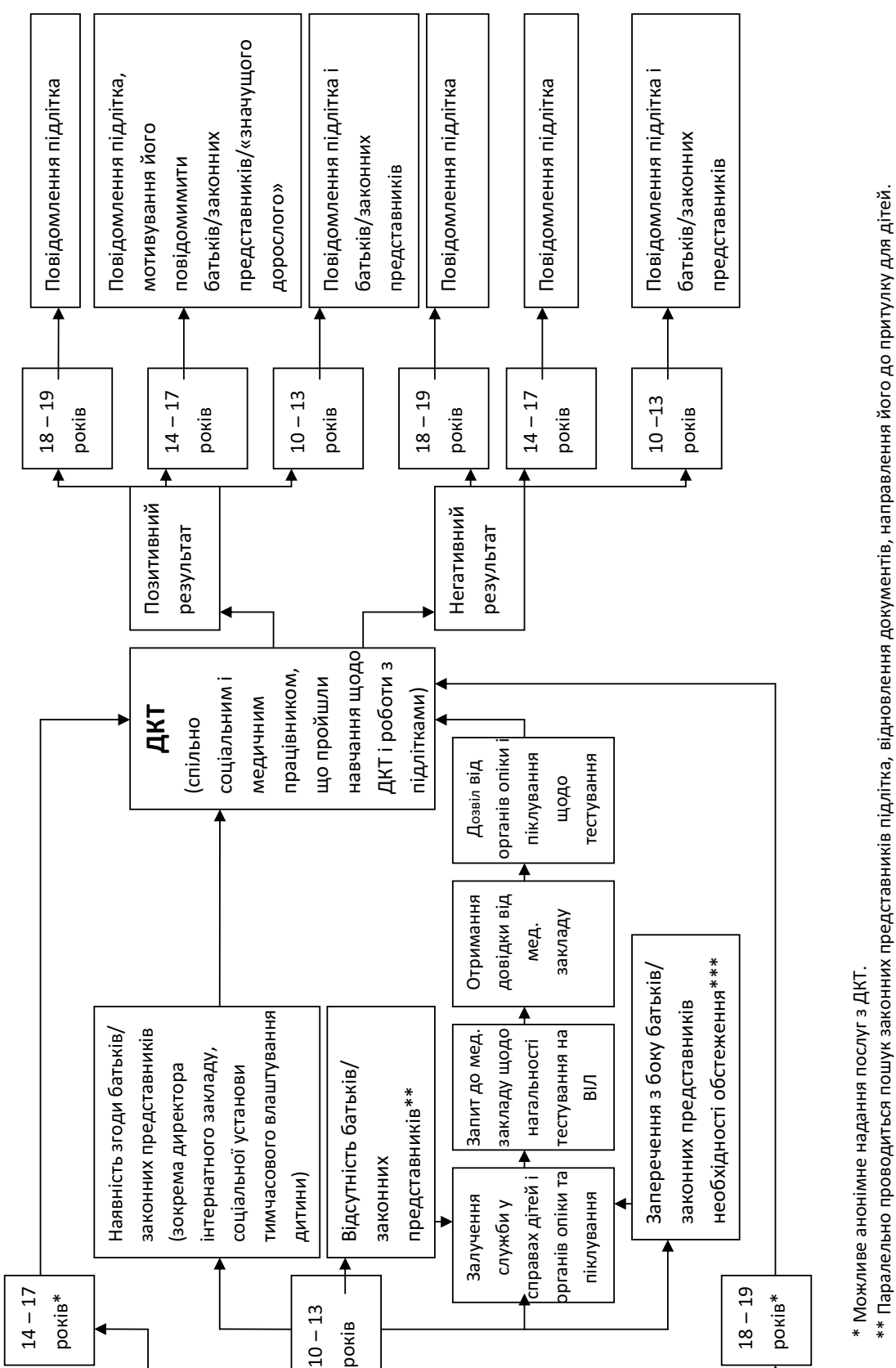
На цей час триває робота над новою редакцією Порядку ДКТ. Важливо щоб у зазначеному документі знайшли належний відбиток особливості надання послуг ДКТ підліткам та ПГР.

⁵³ У цьому звіті, в контексті цього аналізу необхідно звертатися до двох документів: «Нормативно-правовий огляд щодо профілактики ВІЛ/СНІДу та доступу підлітків, зокрема з груп ризику, до медико-соціальних послуг» та «Огляд національного законодавства та наявних практик щодо правил проведення консультування і тестування на ВІЛ для підлітків, зокрема з груп ризику», підготовлених в рамках проєктів ЮНІСЕФ (наразі матеріали готуються до друку).

Поетапність дій фахівців з надання послуг ДКТ для підлітків

	Форми залучення	Надання послуг ДКТ (дотестове консультування та тестування) – залежить від віку підлітка	Післятестове консультування, зокрема повідомлення результату
Для медичних працівників	<ul style="list-style-type: none"> самостійне звернення підлітка до медичної установи по послуги з ДКТ чи інші послуги (можливе пере-направлення фахівцями в межах одного медичного закладу); звернення батьків чи інших законних представників підлітка (або особи, що її замінює); переадресація підлітка від іншого закладу: медичного, соціального, навчального (можливий супровід підлітка представником цього закладу, проте під час консультації та тестування присутність цього представника не обов'язкова, якщо нема бажання самого підлітка); мотивування підлітків до distantня послуг з ДКТ в ході аутричроботи (робота в мобільних амбулаторіях, пунктах, в місцях скупчення підлітків, зокрема і в навчальних закладах). 	<ul style="list-style-type: none"> підлітки віком 14–19 років мають право на самостійне, зокрема анонімне, проходження ДКТ; для дітей віком 10–13 років необхідно залучати їхніх законних представників – це має бути їхній запит, письмова згода або безпосередня присутність 	<ul style="list-style-type: none"> про результати тестування підлітків віком 18–19 років нікого, крім підлітка, не повідомляють; у разі підтвердження ВІЛ-позитивного статусу підлітка віком 14–17 років варто мотивувати до розкриття свого статусу батькам/законним представникам або впливовим (значущим для підлітка) дорослим, проте без його згоди залучати їх не можна; про результати тестування на ВІЛ для дітей віком 10–13 років в обов'язковому порядку повідомляють батьків/законних представників підлітка.
Для працівників соціальної сфери	<ul style="list-style-type: none"> мотивування підлітків до distantня послуг з ДКТ в ході аутричроботи (робота в мобільних амбулаторіях, пунктах, в місцях скупчення підлітків, зокрема і в навчальних закладах). 	<ul style="list-style-type: none"> підлітки віком 14–19 років мають право на самостійне, зокрема анонімне, проходження ДКТ; для дітей віком 10–13 років необхідно залучати їхніх законних представників – це має бути їхній запит, письмова згода або безпосередня присутність 	<ul style="list-style-type: none"> про результати тестування на ВІЛ осіб віком 18–19 років нікого, крім підлітка, не повідомляють; підлітків віком 14–17 років, у разі підтвердження їхнього ВІЛ-позитивного статусу, варто мотивувати до розкриття свого статусу батькам/законним представникам або впливовим (значущим для підлітка дорослим), проте без його згоди залучати їх не можна; про результати тестування дітей віком 10–13 років в обов'язковому порядку повідомляють батьків/законних представників підлітка.
Примітки	<p>а) У разі, коли законні представники дитини не встановлені, для того щоб забезпечити підліткові можливості пройти ДКТ, залучається служба у справах дітей, яка подає клопотання до органів опіки і піклування (тимчасово мають статус законного представника дитини та можуть дати дозвіл на проведення ДКТ для підлітка). Одночасно соціальна служба/організація спільно зі службою у справах дітей проводять пошук законних представників підлітка, відновлення документів, направлення його до притулку для дітей служби у справах дітей.</p> <p>б) Коли дитина до 14 років має законних представників, але залучити їх до процесу ДКТ з певних причин неможливо (вони виявляють байдужість щодо стану здоров'я дитини або свідомо виступають проти обстеження на ВІЛ), також необхідно звертатися до служби у справах дітей, яка залучає органи опіки та піклування та може ініціювати тестування дитини на ВІЛ. Для цього надсилається запит про необхідність такого тестування та загрозу здоров'ю і життю дитини. Після отримання відповідного офіційного підтвердження (довідки) від медичного закладу служба у справах дітей ініціює вилучення дитини від законних представників спільно з представниками органів внутрішніх справ та проводить ДКТ на основі запису органів опіки та піклування.</p>		

- самостійне звернення підлітків;
- звернення батьків підлітків (за умови згоди самого підлітка);
- направлення підлітка ішнім закладом (соціальним, навчальним, медичним);
- залучення до підлітків до ДКТ:



* Можливе анонічне надання послуг з ДКТ.

** Паралельно проводиться пошук законних представників підлітка, відновлення документів, направлення його до притулку для дітей.

*** Паралельно з батьками/законними представниками проводиться відповідну роботу служба у справах дітей (у разі встановлення загрози життю та здоров'ю дитини ініціюється вилучення дитини спільно з представниками органів внутрішніх справ).

Рис. 12. Алгоритм надання послуг ДКТ підліткам і ППР

ІХ. НАБУТИЙ ДОСВІД (МЕТОДОЛОГІЧНІ ОБМЕЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ)

За підсумками цього комплексного дослідження здобуто низку важливих результатів, що стосуються як методологічних питань, так й організаційних аспектів, аналіз яких буде корисним при підготованні до майбутніх дослідницьких проектів. Крім того, усвідомлення цих проблемних місць дозволяє розуміти обмеження інтерпретації та використання отриманих даних.

1. Цим дослідженням, по-перше, була визначена дуже широка цільова група – підлітки від 13 до 24 років; онлайнове опитування для них проведено за єдиним інструментарієм. Підсумки дослідження дозволяють стверджувати, що бажано було б обрати інший підхід, враховуючи особливості віку: для молодшої групи запропонувати короткий та легший варіант, а складнішу анкету з більшою кількістю запитань щодо ризикованих практик пропонувати тим, кому виповнилося 18 років. Для вікової групи 13–14 років доцільно було б передбачити «переходи» та пропуск для відповідей на низку запитань, що стосуються ризикованих поведінкових практик.
2. По-друге, помилковим, на погляд дослідників, було використання запитання щодо гомосексуальних відносин для всієї когорти опитаних. На жаль, інструментарій не передбачав окремого запитання щодо сексуального досвіду хлопців з чоловіками/хлопцями, а відповідь про цю ризиковану поведінку надавалася як вибір із переліку зазначених ризикованих практик. Такий підхід також містить ризик, що респонденти могли дати неадекватні/невідверті відповіді у запропонованому варіанті.

Запитання, які стосуються гомосексуальних стосунків, мають міститися в окремому блоці запитань, перехід на які матимуть лише хлопці. Дизайн онлайнного опитування дозволяє забезпечити, щоб на цей блок респонденти жіночої статі не відповідали.

3. Необхідність проведення другої хвилі опитування в Україні була викликана тим, що отримані проміжні результати стосовно досвіду тестування на ВІЛ викликали недовіру дослідників, медичних і соціальних працівників.

Для верифікації зазначених показників були проведені групові дискусії з підлітками, в ході яких була підтверджена гіпотеза про недостатній рівень компетентності респондентів. По-перше, це нерозуміння частиною підлітків та молоді різниці між загальним забором крові та тестуванням крові на ВІЛ. По-друге, високі показники ВІЛ-позитивних підлітків стали також наслідком нечіткого розуміння, що таке «позитивний» та «негативний» результати тесту. Доволі часто «позитивний» сприймається підлітками як «хороший», «вдалий», «бажаний» тощо.

Для отримання компетентніших відповідей учасників опитування задля забезпечення надійних показників стосовно досвіду тестування на ВІЛ та рівня позитивних ре-

зультатів тестування дослідницька команда за участю представників молоді розробила рекомендації для соціальних працівників, представників громадських організацій, молодіжних активістів, які заохочували підлітків та молодь до участі в онлайн-опитуванні. Ці матеріали містили інформацію про особливості тестування на ВІЛ та пояснення термінів «позитивний результат» й «негативний результат», а також рекомендовану форму донесення цієї інформації перед проведенням опитування, залученням до участі. Під час другої хвили опитування ці рекомендації були використані.

4. Інструментарієм не передбачено уточнювальні запитання. Так, наприклад, у рамках дослідження неможливо було з'ясувати:
 - Чи пропонували 13-річним підліткам, яким запропоновано тестування без присутності батьків, пройти його у присутності іншої дорослої особи, що представляє інтереси дитини?
 - З яких причин підлітки намагаються приховати свій вік при зверненні по послугу ДКТ?
 - З яких причин передтестове консультування не проведено майже третині підлітків?
5. Дизайн варіантів відповідей щодо проведення передтестового консультування не передбачав можливості обрати кілька варіантів відповідей, хоча зміст запитання це припускає.
6. Під час самостійного онлайн-опитування підлітки (на відміну від інтерв'ю віч-на-віч, коли інтерв'юер має змогу поставити уточнювальне запитання) часто використовують опцію «не знаю», «важко відповісти». Тому в майбутньому при розробленні шкал для онлайн-запитальника слід враховувати можливість вибору конкретних відповідей із запропонованого переліку та уникати варіантів ухилення від відповіді.
7. Серед організаційних здобутків слід зазначити позитивний досвід проведення онлайн-опитування за допомогою планшетів, що значно полегшило роботу дослідників, а саме в доступі до підлітків, а особливо підлітків груп ризику.
8. Більшість опитаних склали підлітки з великих міст та обласних центрів (78,8 % – у першу хвилю і 93,8 % – у другу). Це необхідно враховувати при інтерпретації отриманих результатів. Наприклад, відповіді учасників щодо розширення інформування стосовно ВІЛ за допомогою інтернеткомунікацій відбивають переважно інтереси міських підлітків, а не сільських.
9. Інструментарієм передбачено недостатньо інформації для виокремлення підлітків, що належать до групи ризику щодо ВІЛ-інфікування. Зокрема, бракувало запитання про користування послугами ВІЛ-сервісних громадських організацій, охоплення цільовими сфокусованими профілактичними програмами, щодо каналів залучення до участі в опитуванні. Метод опитування та інструментарій не дозволяли виокремити тих, хто був рекрутований як представник ПГР.
10. Для подальших досліджень бажано було б розробити стандартні індикатори для оцінення послуг ДКТ для підлітків та молоді.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ЛІТЕРАТУРА

1. Аналіз нормативно-правової бази щодо забезпечення прав дітей і молоді, які живуть та працюють на вулиці, попередження безпритульності й бездоглядності в Україні / Тетяна Бордуніс. – К. : USAID|Проект розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні, 2001. – 88 с.
2. Етичні засади, розроблені за підтримки Представництва ЮНІСЕФ в Україні. Вони базуються на дотриманні прав людини, принципів Конвенції ООН про права дитини та Керівних засад з етики Регіонального офісу ЮНІСЕФ для ЦСЄ та СНД (2008). [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.unicef.org/ukraine/ukr/ethnic_principles.pdf].
3. Інструктивно-методичні матеріали щодо роботи центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з дітьми та молоддю груп ризику / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар. – К. : USAID/Проект розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні, 2012. – 100 с.
4. ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюл. – 2012. – № 39.
5. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДом станом на початок 2012 р. [Електронний ресурс]. – К., 2012. – Режим доступу : <http://www.unaids.org.ua/uk/situation>.
6. Подростки груп ризику к інфіцированню ВІЧ : Книга для тренера : учебно-методическое пособие / Аноприенко Е. В., Журавель Т. В., Пархоменко Ж. В. – К. : ПЦ «Фолиант», 2012. – 252 с.
7. Огляд національного законодавства та існуючих практик щодо правил проведення консультивання і тестування на ВІЛ для підлітків, у тому числі підлітків груп ризику: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ; Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К. : Версо 04, 2013.
8. Подростки груп ризику к інфіцированню ВІЧ : Книга для участника : учеб.-метод. пособие / Аноприенко Е. В., Журавель Т. В., Пархоменко Ж. В. – К. : ПЦ «Фолиант», 2012. – 228 с.
9. Nomans, H. (2007) Manual on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents, Draft November 2007, UNICEF Regional Office for Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States, Geneva, unpublished.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ АКТИ

1. Конституція України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР.
2. Сімейний кодекс України від 10.01.2000 р. № 2947-III.
3. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. № 435-IV.

4. Закон України від 12.12.1991 р. № 1973 – XII «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення».
5. Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я».
6. Закон України «Про соціальні послуги» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/966-15>.
7. Закон України від 05.03.2009 р. № 1065-VI «Про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року».
8. Закон України від 19.02.2009 р. № 1026-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки».
9. Закон України «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні».
10. Закон України від 23.12.2010 р. № 2861-VI «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».
11. Указ Президента України «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» від 9.12.2010 р. №1085.
12. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.08.2004 р. № 1126 «Про заходи щодо вдосконалення соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю».
13. Національний стратегічний план дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ, догляду й підтримки дітей та молоді, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, затверджений протокольним рішенням Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 26.05.2010 р.
14. Наказ МОЗ України від 12.12.2002 р. № 465 «Про удосконалення організації медичної допомоги дітям підліткового віку».
15. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».
16. Наказ МОЗ України від 14.11.2005 р. № 604 «Про удосконалення організації надання медико-соціальної допомоги дітям та молоді».
17. Наказ Мінсім'ямолодьспорту, МОЗ України від 28.09.2006 р. № 3297/645 «Про затвердження Порядку медичного обслуговування дітей у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей та схеми обстеження їх у лікувально-профілактичних закладах».
18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.10.2006 р. № 658 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків».
19. Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту і Міністерства охорони здоров'я України від 17.11.2006 р. № 3925/760 «Про затвердження порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу».
20. Наказ Мінсім'ямолодьспорту, МОЗ України від 18.12.2006 р. № 1320/13194 «Про затвердження Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу».

21. Наказ Мінсім'ямолодьспорту і МОЗ України від 28.09.2006 р. № 3297/645 «Про затвердження Порядку медичного обслуговування дітей у притулку для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей та схеми обстеження їх у лікувально-профілактичних закладах».
22. Наказ МОЗ, МОН, Мінсім'ямолодьспорту, Держдепартаменту з питань виконання покарань, Мінсоцполітики України від 23.11.2007 р. № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».
23. Наказ МОЗ України від 25.02.2008 р. № 102 «Про функціонування кабінетів «Довіра».
24. Наказ МОЗ України від 21.12.2010 р. № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення».
25. Методичні рекомендації для медичних працівників щодо надання послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію / Державна служба з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань. – К., 2011.

Анкета он-лайн опроса подростков в рамках исследования «Мнения, оценки и предпочтения подростков относительно тестирования на ВИЧ и консультирование»

Введение

Детский Фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) совместно с партнерскими организациями проводит исследование, направленное на изучение практик тестирования на ВИЧ среди подростков. В рамках этого исследования изучаются взгляды, мнения и опыт подростков по вопросам тестирования на ВИЧ.

Мы приглашаем тебя принять участие в данном исследовании. Если ты согласишься принять участие, то это займет около 10 минут твоего времени на заполнение анонимной анкеты. В анкету включены вопросы касающиеся твоих взглядов и, возможно, личного опыта связанного с тестом на ВИЧ. Также мы просим тебя указать некоторую общую информацию о себе (например, пол, возраст, уровень образования, поведенческие практики) для того, чтобы мы могли точно описать общие черты подростков, принявших участие в опросе. Для обеспечения анонимности мы не собираем информации, которая могла бы идентифицировать твою личность (дата рождения, фамилия, имя, адрес).

Ты можешь принять участие в исследовании с собственного компьютера с доступом к Интернету, либо компьютера исследователя. При этом твои ответы будут полностью анонимны и исследователь не сможет идентифицировать твою личность и твои ответы. Твои ответы будут храниться в строгой конфиденциальности.

Участие в этом опросе не предполагает рисков или неудобств. Твое участие является добровольным. Если вопрос вызывает у тебя дискомфорт – ты можешь выйти из исследования.

Твои ответы будут способствовать лучшему пониманию проблем связанных с тестированием на ВИЧ среди подростков и разработке рекомендаций направленных на улучшение доступности и качества услуг по тестированию на ВИЧ среди подростков.

Мы искренне тебе благодарны за согласие принять участие в данном исследовании.

Информированное согласие подростков на участие в исследовании

- Я проинформирован(а) об исследовании под названием «ВИЧ-тестирование и консультирование – взгляды и мнения подростков»
- Я понимаю, что исследование является конфиденциальным и анонимным
- Я понимаю, что мои мнения и опыт помогут улучшить процедуру тестирования на ВИЧ среди подростков
- Я понимаю, что я принимаю участие в этом опросе добровольно
- Я понимаю, что я могу отказаться от участия в исследовании
- Я понимаю, что я могу отказаться отвечать на любые вопросы

1. Согласен ли ты, как участник опроса, с этим заявлением?

- Да
 Нет

Краткая информация о тебе

На этой странице тебе будут заданы вопросы, которые помогут нам лучше понять твои основные характеристики

2. Укажи, пожалуйста, свой возраст:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 21 |
| <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 22 |
| <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 23 |
| <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 24 |

***3. Укажи, пожалуйста, свой пол:**

- Мужской
 Женский

4. Семейное положение:

- Замужем (женат)
 Холост (не замужем)
 Живем вместе, но не расписаны

5. В какой стране ты живешь?

Страна _____

Если другая страна, пожалуйста, укажи _____

6. Ты являешься жителем:

- Областного центра
 Большого города (>100 тыс. жителей)
 Небольшого города (<100 тыс. жителей)
 Поселка городского типа
 Села

7. В каких бытовых условиях ты проживаешь?

- Квартира, дом (съемная, собственная, родителей или гражданского мужа)
 Общежитие
 Интернат
 Приют
 Большую часть времени на улице (чердаки, подвалы и т.д.)
 Без определенного места жительства

Пожалуйста, укажи, где именно на улице _____

8. Проживаешь ли ты вместе с родителями?

- Да
- Нет

9. Учишься ли ты в настоящее время (в школе, техникуме, училище, университете, институте)?

- Да
- Нет

10. Какого максимального уровня образования ты уже достиг?

- Неполное начальное (менее 4 классов средней школы)
- Начальное среднее (4–7 классов средней школы)
- Неполное среднее (аттестат за 8–9 классов средней школы)
- ПТУ на базе неполного среднего образования
- Полное среднее образование (аттестат за 10–11 классов средней школы)
- ПТУ на базе полного среднего образования
- Дополнительное обучение на базе полного среднего образования (профессиональные общеобразовательные курсы и т.д.)
- Среднее профессиональное (техническое – диплом техникума, училища, колледжа)
- Базовое высшее образование (бакалавр)
- Неоконченное высшее
- Полное высшее (специалист, магистр)

11. Работаешь ли ты?

- Да, официально
- Да, не официально
- Нет

12. Как ты проводишь досуг? (выбери все, что подходит)

- Читаю книги, занимаюсь спортом, музыкой
- Смотрю телевизор
- Сажу в Интернете
- Хожу на дискотеки, вечеринки, ночные клубы
- Там, где я живу, почти нет мест для досуга подростков
- Другое

Пожалуйста, уточни, что именно _____

13. Как часто ты ходишь на дискотеки, вечеринки, в ночные клубы?

- 1 раз в неделю и чаще
- 1 раз в месяц
- Несколько раз в году
- Почти никогда
- Вообще не хожу

Пожалуйста, укажи, как часто _____

14. У тебя есть доступ к Интернету?

- Да
- Нет

15. Сколько часов в день ты пользуешься Интернетом?

- < 1 часа
- 1–2 часа
- > 2 часов

16. Ты общаешься с друзьями и знакомыми в социальных сетях (Фейсбук, ВКонтакте, Одноклассники, Твиттер и др.)?

- Да
- Нет

17. У тебя есть мобильный телефон?

- Да
- Нет

18. Какой тип твоего мобильного телефона?

- Смартфон (Самсунг, НТС, iPhone и др.)
- Обычный мобильный телефон (не смартфон)

Основные знания о ВИЧ/СПИДе

19. ВИЧ инфекция может передаваться: (выбери ответы, которые ты считаешь правильными)

- При половом контакте без презерватива
- При совместном использовании шприцев при инъекционном употреблении наркотиков
- От ВИЧ-инфицированной матери ребенку
- При рукопожатии
- При совместном употреблении пищи с ВИЧ-инфицированным человеком
- При укусах комаров
- При совместном пользовании туалетом, бассейном, сауной с ВИЧ-инфицированным человеком
- Если пить по очереди из одного стакана с ВИЧ-инфицированным человеком

20. На твой взгляд, внешне здоровый человек может быть ВИЧ-инфицированным?

- Да
- Нет
- Не уверен(а)

21. Согласен(а) ли ты с тем, что единственный способ узнать есть у человека ВИЧ или нет, – это пройти тестирование на ВИЧ?

- Да
- Нет
- Не уверен(а)

- 22. Результаты тестирования на ВИЧ у половых партнеров могут быть:**
- Одинаковые (оба партнера положительные или оба партнера отрицательные)
 - Разные (один партнер положительный, другой отрицательный)
 - Возможны все перечисленные варианты
- 23. Основные способы предупреждения заражения ВИЧ: (выбери наиболее правильные ответы)**
- Постоянное правильное использование презерватива
 - Избегать инъекционного (с помощью шприца) употребления наркотиков
 - Сохранять верность половому партнеру
 - Отсрочить начало половой жизни
 - Не наносить татуировок и пирсинга в несертифицированных центрах
 - Если у беременной ВИЧ, принимать лекарства для предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку

Основные поведенческие характеристики

- 24. Были ли у тебя половые контакты (может быть любой вид секса – вагинальный, оральный, анальный)?**
- Да
 - Нет
- 25. Сколько половых партнеров было у тебя за последние 12 месяцев?**
- 1
 - 2
 - 3–5
 - 6–10
 - 11 и больше
 - за последний год (12 месяцев) половых партнеров не было
- 26. Были ли у тебя когда-либо одна или несколько из перечисленных ниже поведенческих практик?**
- Секс без презерватива с лицом противоположного пола
 - Секс без презерватива между лицами мужского пола
 - Оказывал(а) сексуальные услуги за плату (или вознаграждение в виде еды, одежды, места жительства, алкоголя, наркотиков и др.)
 - Оплачивал(а) сексуальные услуги
 - Половые контакты без презерватива с ВИЧ-позитивным человеком
 - Ничего из перечисленного
- 27. Был(а) ли ты жертвой насилия?**
- Сексуальное насилие
 - Физическое насилие со стороны сверстников
 - Бытовое насилие в семье
 - Психическое насилие
 - Насилию не подвергался (не подвергалась)

28. Употреблял(а) ли ты когда-либо наркотики инъекционным путем (с помощью шприца)?

- Да, несколько раз
- Да, много раз
- Нет
- Не хочу отвечать

29. За последние 12 месяцев был ли у тебя опыт общения с представителем нижеперечисленных профессий? (возможно более одного ответа)

- Медицинский работник (врач, медсестра, акушерка)
- Социальный работник центра социальной службы/сотрудник общественной организации
- Сотрудник молодежной организации
- Сотрудник службы по делам детей и несовершеннолетних
- Полицейский/милиционер
- Никто из перечисленных

Информация о тестировании на ВИЧ

30. Сдавал(а) ли ты когда-нибудь тест на ВИЧ?

- Да
- Нет
- Не помню
- Не знаю

Твой опыт тестирования

31. Что остановило тебя от тестирования в прошлом? (Возможно более одного ответа)

- Я никогда над этим не задумывался(ась)
- Я считаю, что у меня очень малый риск быть инфицированным(ой) ВИЧ
- Даже если у меня есть ВИЧ, я предпочитаю этого не знать
- Я думал, что без согласия родителей, не смогу пройти тест
- Мне сказали, что без согласия родителей, несовершеннолетним тест не проводят
- Отсутствие документов удостоверяющих мою личность (паспорт и др.)
- Мне было страшно, что меня поставят на учет в медучреждении
- Боюсь, что во время теста меня могут заразить
- Мне неизвестно, где можно пройти тест
- За тест нужно было платить деньги
- Страх перед тем, что будет, если тест покажет, что у меня есть ВИЧ
- Опасение негативного мнения окружающих и друзей, если они узнают, что я сдаю тест на ВИЧ
- Опасение, что медработники могут проинформировать родителей о результатах теста
- Другое

Пожалуйста, укажите, что именно _____

32. Планируешь ли ты сдать тест на ВИЧ сейчас или в ближайшем будущем?

- Да
- Нет
- Не знаю

Твой опыт тестирования

Следующие вопросы относятся к твоему последнему тесту на ВИЧ

33. Почему ты решил(а) сдать тест на ВИЧ?

- Был секс без презерватива и/или инъекционное употребление наркотиков
- Хотел(а) знать свой ВИЧ статус
- После информации, полученной из СМИ, Интернета
- Узнал о важности тестирования на уроке/лекции
- Предложение полового партнера
- Совет друга/подруги
- Нанесение тату, пирсинга
- Перед вступлением в брак
- Перед зачатием ребенка
- Мне это было нужно для подачи документов на учебу, работу, визу и др.
- Другое

Пожалуйста, укажи, что именно _____

34. Когда ты сдавал(а) тест на ВИЧ в последний раз?

- менее 1 года тому назад
- 1–3 года тому назад
- более 3 лет тому назад

35. В каком возрасте ты сдавал(а) последний тест на ВИЧ?

- младше 15 лет
- 15–18 лет
- 19–24 года

36. Спрашивали ли у тебя возраст перед проведением теста?

- Да
- Нет
- Не помню

37. Пришлось ли тебе скрыть своей настоящий возраст, чтобы пройти тест на ВИЧ?

- Да
- Нет
- Не помню

38. Требовали ли у тебя показать согласие родителей на проведение теста?

- Да
- Нет
- Не помню

39. Перед последним тестом, как часто ты сдавал(а) тест на ВИЧ?

- Никогда
- Только один раз
- Один раз в году
- Другое

Пожалуйста, укажи, как часто _____

40. Кто предложил тебе сдать тест на ВИЧ?

- Было предложено медицинским работником
- Было предложено социальным работником или сотрудником общественной организации
- Тест был проведен по моей собственной инициативе

Другое _____

Описание места проведения теста

41. Где ты сдавал(а) тест на ВИЧ?

- Поликлиника/больница
- Клиника дружественная к молодежи
- Женская консультация/клиника дородового наблюдения/роддом
- Центр по борьбе и профилактике СПИДа
- Кабинет доверия
- Общественная организация
- Мобильный пункт тестирования
- Наркологический диспансер
- Дерматовенерологический диспансер
- Военкомат
- Другое

42. Легко ли тебе было найти место, где можно сдать тест на ВИЧ?

Доступность места проведения теста

Очень трудно

Трудно

Легко

Очень легко

43. Потребовалось ли тебе пропустить целый день учебы/работы для того, чтобы сдать тест?

- Да
- Нет
- Не помню

44. Сколько у тебя заняло времени на то, чтобы добраться к месту проведения теста?
- менее 20 минут
 - 21–40 минут
 - 41–60 минут
 - более 60 минут
 - не помню

45. Был ли тест на ВИЧ платным?
- Да
 - Нет
 - Не помню

46. Был ли тест анонимным (т.е. тебя не просили назвать свою фамилию, имя, адрес)?
- Да
 - Нет
 - Не знаю
 - Не помню

47. Укажи, пожалуйста, степень важности для тебя анонимности теста (чтобы твои фамилия, имя, адрес не были зарегистрированы)

Степень важности анонимности твоего теста

Совсем не важно

Не очень важно

Важно

Очень важно

48. Спрашивали ли у тебя согласия на проведение теста?
- Да
 - Нет
 - Не уверен
 - Не помню

49. Предупредили ли тебя, что у тебя есть право отказаться от прохождения теста?
- Да
 - Нет
 - Не уверен
 - Не помню

50. Была ли тебе предоставлена устная или письменная информация перед сдачей теста на ВИЧ?
- Да
 - Нет
 - Не помню

Информация о тесте и способе проведения теста

51. Каково было содержание предоставленной информации?

- Когда прийти за результатами теста
- Как будет проводиться тестирование
- Как может передаваться ВИЧ
- Как защитить себя от ВИЧ
- Что делать при позитивном результате теста
- Где можно получить презервативы
- Где можно получить чистые шприцы
- Не помню
- Другое

Пожалуйста, укажи, что именно _____

52. Какова, на твой взгляд, ценность предоставленной информации?

Ценность полученной информации

Бесполезная

Ничего нового

Отчасти полезная

Очень полезная

53. Каким способом проводилось последнее тестирование на ВИЧ?

- Быстрый тест с кровью из пальца
- Быстрый тест со слюной
- Забор крови из вены шприцем
- Не помню
- Другое

Пожалуйста, укажи, что именно _____

54. Получил(а) ли ты результаты проведенного теста на ВИЧ?

- Да
- Нет
- Не помню

Получение результатов теста

55. Что помешало тебе получить результаты теста?

- Боялся узнать, что у меня может быть ВИЧ
- Забыл, был слишком занят, мне это не важно
- Далеко ехать
- Я не доверяю учреждению, в котором было проведено тестирование
- Другое

Пожалуйста, укажи, что именно _____

Время ожидания результатов теста

56. Как долго ты ожидал результатов теста?

- менее 2 часов
- менее 1 недели
- менее 2 недель
- 2 недели и более

Результаты теста

57. Каков был результат тестирования?

- ВИЧ-положительный
- ВИЧ-отрицательный
- Я не хочу говорить

Послетестовое консультирование

58. Проводилась ли с тобой беседа после получения положительного результата теста на ВИЧ?

- Да
- Нет
- Не помню

Качество послетестового консультирования

59. О чем с тобой говорили сразу после получения положительного теста на ВИЧ?

- Меня поддержали психологически
- О важности здорового образа жизни
- О лечении и возможной психологической поддержке
- Как жить с ВИЧ
- Как предупредить передачу ВИЧ другим людям
- Где можно получить презервативы
- Где можно получить чистые шприцы
- Где можно получить психосоциальную поддержку
- Другое

Пожалуйста, укажи, что именно _____

60. Как ты оцениваешь качество предоставленной тебе поддержки сразу после получения положительного теста на ВИЧ?

Качество поддержки

Очень плохое

Удовлетворительное

Хорошее

Очень хорошее

Информирование родителей

61. Предлагали ли тебе сообщить родителям о положительном тесте на ВИЧ?

- Да
- Нет
- Не помню

Сообщение о результатах теста другим людям

62. Поделился(ась) ли ты с кем-то результатом своего теста?

- Да
- Нет

Информация о людях, кому сообщили результат

63. Кому ты сказал(а) о результате своего теста? (возможно более одного ответа)

- Друг/подруга
- Одноклассник
- Половой партнер
- Родители
- Брат, сестра
- Другие родственники
- Социальный работник
- Медработник, отличный от того, кто проводил тестирование
- Другое

Пожалуйста, укажи, кто именно _____

64. Сколько прошло времени прежде, чем ты поделился(ась) с кем-либо своим результатом?

- Менее 1 месяца
- Менее 1 года
- Более 1 года

65. Что помешало тебе сказать о положительном тесте на ВИЧ другим людям? (возможно более одного ответа)

- Страх, если о моем позитивном ВИЧ статусе узнают все окружающие
- Сначала хочу справиться с этим результатом сам(а)
- Не с кем поделиться
- Другое

Пожалуйста, укажи, что именно _____

66. Дали ли тебе направление на получение других видов помощи после получения результатов теста?

- Не помню
- Да
- Нет

Перенаправление для получения другой помощи и оценка качества тестирования

67. Куда тебя перенаправили после сообщения результатов теста? (возможно более одного ответа)

- Центр по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом
- Группа взаимопомощи
- Мне дали телефон «горячей» линии
- В клинику, дружественную к молодежи
- Наркологический диспансер
- Дерматовенерологический диспансер
- Клиника дородового наблюдения
- Другое

Пожалуйста, укажи, что именно

68. Как происходило перенаправление в другое учреждение?

- Мне были даны адрес и телефон учреждения
- Для меня была назначена встреча
- Меня сопровождал социальный работник
- Другое

Пожалуйста, сформулируй _____

69. Как ты оцениваешь качество тестирования на ВИЧ: (ответь, пожалуйста, по каждой ниже приведенной характеристике)

	Плохо	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично
Забор крови для теста	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Беседа перед тестом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Беседа после теста	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Скорость сообщения результатов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сохранения тайны результатов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Уединенность помещения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Дружественность персонала	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Рекомендовал(а) бы ты пройти тест на ВИЧ своим друзьям и знакомым?

- Да
- Нет

Почему ты не рекомендуешь пройти тест другим людям

71. Почему ты не будешь рекомендовать тестирование на ВИЧ своим друзьям и знакомым? (возможно более одного ответа)

- Это меня не касается, пусть каждый заботится сам о своем здоровье
- Пусть об этом позаботятся медработники
- Я думаю, что мои друзья здоровы и не имеют риска ВИЧ
- Меня могут неправильно понять, ведь в моем окружении вопросы о ВИЧ и СПИДе не принято обсуждать

- Они могут подумать, что я ВИЧ-инфицированный и начнут меня избегать
 - Я не хочу, чтобы они испытали такой же стресс, как и я, когда мне пришлось пройти тест на ВИЧ
 - Я столкнулся с плохим отношением персонала в учреждении, где проводилось тестирование
 - Учреждение, где проводилось тестирование, не смогло сохранить тайну результатов теста
 - Мне кажется, что тест стоит слишком много денег
 - Другое
- Пожалуйста, сформулируй _____

Каким бы ты хотел(а) видеть тестирование на ВИЧ

72. Что побудило или что могло бы способствовать тому, чтобы ты сдал(а) тест на ВИЧ? (возможно более одного ответа)

- Преодоление страха перед возможными результатами теста
 - Информация, что от теста на ВИЧ зависит сохранение моего здоровья и, возможно, здоровья моих родных и близких
 - Если начну отношения с новым половым партнером
 - Случайный секс без презерватива
 - Если узнаю, что половой партнер мне изменял
 - Если узнаю, что мой половой партнер употреблял(ет) инъекционные наркотики
 - Мотивационный пакет, подарки (продукты, карточки для мобильного телефона и др.)
 - Не знаю
 - Другое
- Пожалуйста, укажи, что именно _____

73. Где лучше всего было бы проводить тест на ВИЧ? (возможно несколько ответов)

- В СПИД центре
- В кабинете доверия
- В клинике, дружественной к молодежи
- В кабинете семейного врача
- В женской консультации
- В наркологическом диспансере
- В дерматовенерологическом диспансере
- В общественной организации
- Не знаю
- Другое

Пожалуйста, укажи, что именно _____

74. Что, по-твоему, могло бы улучшить условия проведения теста?

- Не требовать документов удостоверяющих личность (паспорт и т.д.)
- Проводить тест в удобное для подростков время
- Гарантировать, что никто из моих знакомых не узнает о результатах теста
- Результаты теста сообщать родителям только с согласия подростка
- Всем подросткам предлагать пройти тест на ВИЧ
- Не знаю
- Другое

Пожалуйста, укажи, что именно _____

***75. Какие характеристики самого теста на ВИЧ могли бы способствовать твоему выбору в пользу прохождения теста в будущем? (возможно несколько ответов)**

- Если тест на ВИЧ будет бесплатным
- Если результаты теста на ВИЧ будут сообщены не позже чем через 2 часа
- Если тест на ВИЧ будет не с кровью, а со слюной
- Если тест на ВИЧ будет с кровью из пальца, а не из вены
- Не знаю
- Другое

Пожалуйста, укажи, что именно _____

76. Чтобы ты посоветовал(а) для мотивации других подростков пройти тест на ВИЧ? (возможно несколько ответов)

- Чтобы учреждение, где можно сдать тест на ВИЧ, было неподалеку от места жительства
- Чтобы учреждение, где можно сдать тест на ВИЧ, было подальше от места жительства
- Чтобы подростки с рискованным поведением знали, что это важно и не боялись теста
- Чтобы медработники предлагали тест на ВИЧ всем подросткам
- Чтобы социальные работники рекомендовали тест на ВИЧ всем подросткам, с которыми они работают
- Интернет-ресурс с понятной для подростков информацией о тесте на ВИЧ и где его можно пройти
- Иметь приложение для мобильного телефона с информацией о тесте и где его можно пройти
- Не знаю
- Другое

Пожалуйста, укажи, что именно _____

Ваши предложения

77. Есть ли у тебя дополнительные комментарии или пожелания, которыми ты хотел(а) бы поделиться?

Благодарим тебя за участие в исследовании! Мы с удовольствием поделимся с тобой его результатами и материалами для подростков, которые будут разработаны на основе полученных данных. Напиши нам письмо по адресу stopaids.unicef@gmail.com, указав в графе темы письма «подростки-тестирование». Возможно, ты сможешь найти ответы на некоторые вопросы о ВИЧ и почему важно пройти тест на ВИЧ на веб-сайте www.stop-aids.net, который был разработан ЮНИСЕФ для будущих родителей.

План беседы интервьюера/ социального работника с подростками перед он-лайн опросом «ВИЧ-тестирование и консультирование – взгляды и мнения подростков»

- *Обязательно проводится перед он-лайн-опросом индивидуально или в группе.*
- *Важно: подростки часто путают тестирование крови и тестирование на ВИЧ.*
- *Если организации есть дополнительные буклеты, раздаточные, информационные материалы на эту тему – поделитесь, пожалуйста, ими с подростком.*

1) Существует множество видов тестирования крови: общий на состояние здоровья, на гемоглобин, на сахар в крови, на наличие различных инфекций, в том числе на инфекции, которые передаются половым путем, на гепатиты (болезнь печени), анализ на пищевую непереносимость, аллергическую реакцию и другие.

Также есть анализ, который определяет вирус иммунодефицита человека – тестирование крови на ВИЧ.

! Мы поговорим с тобой о тестировании крови на антитела к ВИЧ.

Когда ты будешь отвечать на вопросы, ты должен/а знать, что не любой анализ крови – это тест на ВИЧ. Анализы крови берут часто, а тестирование на ВИЧ – делают только в том случае, если есть показания или если ты специально изъявил(а) желание его пройти. Когда ты будешь проходить опрос, помни это и старайся не путать. В этом опросе нам важно поговорить с тобой именно о тестировании крови на ВИЧ.

2) Ты знаешь, что такое ВИЧ/СПИД? На всякий случай напомним тебе:

ВИЧ – это вирус иммунодефицита человека. Когда человек заражается ВИЧ, вирус начинает разрушать иммунную систему, которая отвечает за защиту организма перед болезнями.

СПИД – синдром приобретенного иммунного дефицита последней стадии. При ослаблении иммунной системы человек становится уязвимым для различных болезней, особенно инфекционных.

ВИЧ – это необычный вирус. Человек может быть инфицирован много лет, при этом может казаться абсолютно здоровым и в то же время передавать вирус другим. Если человек инфицирован, это еще не значит, что у него сразу разовьется СПИД.

Таким образом, следует знать, что:

- можно получить ВИЧ, даже не подозревая этого;
- можно передать ВИЧ другим, не зная об этом.

3) Результат теста может быть «отрицательным» или «положительным».

Мы привыкли, что «положительный» – значит «хороший», но в случае с ВИЧ – результат со знаком «+» означает, что в крови есть вирус. «Отрицательный» – антитела к ВИЧ не обнаружены. Это значит, что человек не заражен ВИЧ или заражен, но антител недостаточно для их определения.

Когда ты будешь заполнять анкету, помни и об этом.

Если у тебя есть вопросы, можешь задать их мне сейчас, или если возникнут сомнения во время самого опроса, не стесняйся также уточнять их у меня.

Интервьюер, уточните, возникли ли у подростка вопросы. Приступайте к опросу. Удачной работы! Спасибо!

Інформована згода експерта/надавача послуг на участь у дослідженні

Дата: _____ 2012 р.

Добрий день, я працюю від імені Українського інституту соціальних досліджень імені О. Яременка, який за технічної підтримки Дитячого фонду ООН «ЮНІСЕФ» реалізує проект «Нормативно-правові огляди з ПГР і бар'єрів доступу до послуг, збір стратегічної інформації та розвиток аналітичної роботи стосовно ризиків, уразливості і факторів, що впливають на зміни в поширенні ВІЛ-інфекції, та поведінкових практик серед ПГР». Мета дослідження – вивчити погляд підлітків на ВІЛ-тестування і консультування (за методологією Всесвітньої організації охорони здоров'я). В рамках цього проекту, ми будемо проводити фокусгрупи та онлайн-опитування, щоб дізнатися думку підлітків. Так само ми хотіли б почути **думки експертів та надавачів послуг**, які беруть участь у наданні допомоги і координації послуг, що використовують підлітки.

Вам пропонується розглянути можливість бути учасником цього дослідження, яке проводитиметься віч-на-віч та складатиметься з низки питань, що потребують приблизно однієї години Вашого часу. Інтерв'ю буде охоплювати теми, що стосуються Ваших думок і досвіду ДКТ, поточної здатності забезпечувати ДКТ і передбачуваних змін у медичних послугах, необхідних для кращої підтримки підлітків з ДКТ. Всі інтерв'ю проводитимуться в окремій кімнаті.

Все, що Ви скажете на інтерв'ю буде **строго конфіденційне**. Ваше ім'я не буде використовуватися в будь-яких звітах. Участь в інтерв'ю безплатна. Ваша участь у цьому інтерв'ю **добровільна**. Якщо вирішите брати участь, то можете змінити своє рішення в будь-який момент. У разі Вашої відмови не буде ніяких штрафів.

На основі результатів, отриманих під час інтерв'ю, фокусгруп з підлітками та онлайн-опитування, будуть розроблені рекомендації щодо подальшого розвитку послуг для підлітків з тестування на ВІЛ.

Це інтерв'ю схвалила Комісія з професійної етики Соціологічної асоціації України.

Якщо у Вас є питання або Ви не впевнені стосовно чогось про інтерв'ю, то можете зв'язатися з нами: ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка», м. Київ, вул. Панааса Мирного, 26, оф. 101, тел. (044) 501-50-75.

Згода надавача послуг. Так, я хочу взяти участь у цьому інтерв'ю.

Я, _____, був повідомлений про інтерв'ю, яке має назву: «**Думки, оцінки та уподобання підлітків щодо тестування на ВІЛ та консультування**».

- Мене повідомили про цілі та завдання цього інтерв'ю та я розумію їх.
- Мені дали змогу поставити запитання про інтерв'ю і я отримав чіткі відповіді на них.
- Я розумію, що моя участь у цьому інтерв'ю добровільна.
- Я розумію, що все, що я скажу, буде збережене в таємниці і що моє ім'я не буде використане у будь-яких звітах.
- Я розумію, що якщо маю будь-які питання або сумніви про інтерв'ю, то можу зв'язатися з координатором у будь-який час.
- Я розумію, що якщо маю будь-які питання або сумніви з приводу моїх прав як учасника інтерв'ю, або якщо не впевнений про інтерв'ю або координаторів, то можу звертатися:

Підпис учасника

Дата

Підпис інтерв'юера

Дата

Інформована згода підлітка на участь у дослідженні

Дата: _____ 2012 р.

Добрий день, я працюю від імені Українського інституту соціальних досліджень імені О. Яременка, який за технічної підтримки Дитячого фонду ООН «ЮНІСЕФ» реалізує проект «Нормативно-правові огляди з ПГР і бар'єрів доступу до послуг, збір стратегічної інформації та розвиток аналітичної роботи стосовно ризиків, уразливості та факторів, що впливають на зміни в поширенні ВІЛ-інфекції, та поведінкових практик серед ПГР». Мета дослідження – вивчити погляди підлітків на ВІЛ-тестування і консультування (за методологією Всесвітньої організації охорони здоров'я). Ми хотіли б поговорити з 20 підлітками віком від 15 до 19 років.

Вам пропонується розглянути можливість бути **учасником фокусгрупи**. Якщо Ви бажаєте взяти в цьому участь, то витратите другу половину дня або ранок з групою близько **8–10 інших підлітків**. Фокусгрупа буде залучена до заходів та обговорення і проходитиме в громадській організації або молодіжному центрі. **Для участі у фокусгрупі Ви не повинні були проходити тест на ВІЛ раніше** – ми просто хотіли б почути Вашу думку про тестування на ВІЛ і консультування та послуги.

Участь у цій фокусгрупі – це тільки Ваше рішення. Якщо Ви візьмете участь, то можете змінити своє рішення в будь-який момент. Ви можете вирішити, якою інформацією Ви хотіли б поділитися. Ніхто не засудить Вас, якщо не захочете брати участі, якщо вирішите зупинитися або якщо відмовитися відповісти на кілька запитань.

Проведення цієї фокусгрупи буде строго конфіденційне. Ваше ім'я не буде використовуватися в будь-яких звітах, Ви можете навіть взяти собі псевдонім, щоб представити себе. Проте, якщо хтось говоритиме щось, що змусить мене піклуватися про Вашу безпеку, наприклад, хтось заподіює Вам фізичної шкоди, можливо, мені доведеться поговорити з кимось про це, але я цього не робитиму без обговорення ситуації насамперед з Вами особисто.

Можливо, Ви знаєте деяких підлітків у групі, але ми просимо Вас захистити їхню конфіденційність, як вони повинні захистити Вашу. На жаль, ми не можемо гарантувати цього, і тому просимо Вас **не розголошувати Вашої конфіденційної або особистої інформації**.

На основі результатів, отриманих під час інтерв'ю, фокусгруп з підлітками та онлайнного опитування, будуть розроблені рекомендації щодо подальшого розвитку послуг для підлітків з тестування на ВІЛ. Однак важливо відзначити, що ми не відповідаємо за зміни в місцевих службах, але участь у цій фокусгрупі гарантуватиме, що Ваші думки будуть почуті.

Участь у фокусгрупі безплатна, але Ви отримаєте кошти на покриття витрат на проїзд. На фокусгрупі ми запропонуємо Вам закуски та деякі напої.

Цю фокусгрупу схвалила Комісія з професійної етики Соціологічної асоціації України.

Якщо у Вас є питання або Ви не впевнені стосовно чогось про фокусгрупу, то можете зв'язатися з нами: ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка», м. Київ, вул. Панаса Мирного, 26, оф. 101, тел. (044) 501–50–75.

Згода підлітка. Так, я хочу взяти участь у цій фокусгрупі.

Я, _____, був повідомлений про фокусгрупу, яка має назву: **Думки, оцінки та уподобання підлітків щодо тестування на ВІЛ та консультування**

- Мені пояснили цілі та завдання фокусгрупи та я розумію їх.
- Мені дали змогу поставити запитання про фокусгрупу і я отримав чіткі відповіді на них.
- Я розумію, що моя участь у цій фокусгрупі добровільна.
- Я розумію, що можу змінити своє рішення взяти участь у фокусгрупі та ніхто не засудить мене.
- Я розумію, що не повинен відповідати на будь-які питання, якщо я цього не хочу.
- Я розумію, що все, що скажу, буде збережене в таємниці, і що моє ім'я не буде використане у будь-яких звітах.
- Я розумію, що якщо маю будь-які питання або сумніви щодо фокусгрупи, то можу зв'язатися з координатором у будь-який час.
- Я розумію, що якщо маю будь-які питання або сумніви з приводу моїх прав як учасника фокусгрупи, або не впевнений щодо фокусгрупи або координаторів, то можу звертатися:

Підпис учасника

Дата

Підпис модератора
або соціального працівника

Дата