



**АДВОКАЦІЙНИЙ ДОКУМЕНТ**

# **Підлітки груп ризику в Україні: виклики та час дій**

**Уразливість до ВІЛ-інфікування та необхідність посилення відповіді**

Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику – один з пріоритетів відповіді на епідемію ВІЛ-інфікування в Україні

АДВОКАЦІЙНИЙ ДОКУМЕНТ

# Підлітки груп ризику в Україні: виклики та час дій

Уразливість до ВІЛ-інфікування  
та необхідність посилення відповіді

УДК 316.346.32-053.6:177](477)

ББК 60.54(4Укр)

ПЗ2

**Авторський колектив**

Ольга Балакірева, канд. соціол. наук

Тетяна Бондар, канд. соціол. наук

Яна Сазонова

Олена Сакович

**За редакцією**

канд. соціол. наук О.М. Балакіревої

**Рецензенти**

Л.М. Герасіна, д-р соціол. наук

М.О. Шульга, д-р соціол. наук

**Редактор**

М.М. Ілляш

Рекомендовано до друку вченою радою  
Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка  
(протокол № 5 від 29.11.2010 р.)

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

Координатор програми від ЮНІСЕФ – Олена Сакович

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

Дану публікацію можна без обмеження цитувати та копіювати з науковою метою за умови посилання на ЮНІСЕФ та УІСД ім. О. Яременка.

ISBN 978-966-8869-44-0

© Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка, 2011

© Представництво Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, 2011

© Ольга Балакірева, канд. соціол. наук; Тетяна Бондар, канд. соціол. наук;  
Яна Сазонова; Олена Сакович

© Дизайн, верстка – Версо 04, 2011

## Зміст

Подяки .....	4
Абревіатури .....	5
Понятійний апарат.....	6
Передмова .....	7
<b>Розділ 1. Хто такі підлітки груп ризику та яка їх кількість в Україні .....</b>	<b>10</b>
Визначення підліткового віку .....	10
Критерії виокремлення підлітків груп ризику (ПГР) .....	11
Оцінка чисельності дітей та молоді вікової групи 10–19 років, які відносяться до груп ризику ...	12
<b>Розділ 2. Чинники уразливості ПГР до ВІЛ-інфікування та потреби цієї групи .....</b>	<b>16</b>
Соціально-економічне становище .....	18
Ризиковані поведінкові практики .....	19
Рівень знань та сприйняття власного ризику ВІЛ-інфікування .....	20
Наявність та доступність послуг з профілактики ВІЛ .....	21
Потреби підлітків, які знаходяться в ризику ВІЛ-інфікування .....	22
<b>Розділ 3. Державна політика та суспільний потенціал щодо надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп ризику .....</b>	<b>24</b>
<b>Розділ 4. Досвід впровадження цільових моделей з профілактики ВІЛ серед ПГР в окремих містах України .....</b>	<b>32</b>
Модель «Забезпечення максимального доступу дівчат-підлітків, залучених до надання сексуальних послуг за винагороду, до комплексних послуг служби охорони здоров'я, соціальних служб, програм з питань ВІЛ/СНІДу/ІПСШ» (м. Миколаїв) .....	34
Модель «Вулична профілактична робота з підлітками груп ризику в контексті проблем ВІЛ/СНІДу за технологією мультидисциплінарних команд» (м. Київ) .....	38
Модель «Впровадження «дружнього» ВІЛ-профілактичного втручання через формування неформальних лідерів в осередку підлітків груп ризику, які споживають ін'єкційні наркотики» (м. Донецьк) .....	42
Модель «Профілактика ВІЛ/ІПСШ, послуги підтримки, розробка та адаптація методики роботи з реабілітації неповнолітніх дівчаток, постраждалих від насильства, в т. ч. сексуального, або залучених до надання сексуальних послуг за методом «one-stop-shop» (м. Одеса) .....	45
Модель «Профілактика ВІЛ/ІПСШ і розвиток послуг соціальної реабілітації серед наркозалежних підлітків» (м. Одеса) .....	47
<b>Розділ 5. Важливі уроки .....</b>	<b>50</b>
<b>Діяти заради майбутнього (замість післямови).....</b>	<b>55</b>

## Подяки

Документ підготовлено колективом українських авторів у рамках міжнародного проекту Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику в Україні та Південно-Східній Європі» (проект ПГР), який підтримує Уряд Ірландії та проводить Регіональне представництво ЮНІСЕФ у Східній Європі та країнах СНД. Важливий внесок та підтримку в підготовці цього документа надала Лондонська школа гігієни та тропічної медицини (ЛШГТМ), що є міжнародним партнером проекту ПГР.

Головними партнерами проекту ПГР в Україні є Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту України та Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді (ДСССДМ). Висловлюємо їм особливу подяку за надання проекту вагової підтримки, зокрема за взяття на себе головної ролі у визнанні цільових груп проекту як пріоритетних груп у контексті профілактики ВІЛ та розбудові партнерства з ЮНІСЕФ та іншими зацікавленими сторонами в Україні з питань поліпшення роботи з цими групами.

### Склад дослідницької групи

**Контактна (відповідальна) особа від ЮНІСЕФ:** Олена Сакович, керівник проектів з питань профілактики ВІЛ серед молоді Представництва ЮНІСЕФ в Україні.

**Керівник дослідницької групи:** Аня Тельчик, магістр з питань суспільного здоров'я, консультант Представництва ЮНІСЕФ в Україні.

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

### Національні консультанти

**Аналіз гендерної ситуації:** Лариса Магдюк, консультант УІСД імені Олександра Яременка.

**Огляд політики та законодавства:** Михайло Буроменський, д-р юрид. наук, професор і Володимир Стешенко, канд. юрид. наук.

**Координація діяльності з розробки «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/СНІДу»:** Ольга Цвілій.

**Реалізацію проекту на всіх етапах координували та підтримували координаційні ради, до складу яких увійшли представники зацікавлених сторін національного та регіонального рівнів.**

**Учасники дослідження та інші особи, які приділили час та доклали зусиль до реалізації проекту:** майже 1600 українських хлопців та дівчат – підлітків віком від 10 до 19 років (включно), які є особливо уразливими та знаходяться в зоні ризику інфікування ВІЛ, взяли активну участь у дослідженні. Колектив проекту особливо вдячний усім респондентам за бажання зробити свій внесок у дослідження, за їх довіру та відкриту розповідь про своє життя. Отримана інформація про поведінку таких підлітків та чинники, які на неї впливають, про користування послугами дає можливість планувати та розробляти для них адекватні профілактичні інтервенції. Цей звіт присвячено всім цим хлопцям та дівчатам.

Колектив проекту ПГР також вдячний широкому колу експертів з усіх недержавних організацій України, які або підтримували, або брали участь у дослідженні та/або в інтерв'ю, зустрічах, консультаціях, тренінгах, семінарах з розробки стратегічного плану дій, впровадженні пілотних проектів в окремих містах та інших подіях.

Особливу подяку висловлюємо Наталії Лук'яновій, директору ДСССДМ, Ірині Дубиніній, заступнику директора, Олені Святюк, начальнику відділу соціального обслуговування та реабілітації ДСССДМ за їх численні важливі пропозиції та внесок у дослідження та проект.

Колектив проекту ПГР висловлює також щирю подяку Ірландському фонду допомоги (Irish Aid) за фінансову підтримку проекту.

## Абревіатури

<b>ВІЛ</b>	Вірус імунодефіциту людини
<b>ДКТ</b>	Добровільне консультування й тестування на ВІЛ
<b>ДСССДМ</b>	Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді
<b>ЖКС</b>	Жінки, які надають комерційні сексуальні послуги
<b>ІПСШ</b>	Інфекції, що передаються статевим шляхом
<b>КМДА</b>	Київська міська державна адміністрація
<b>МДК</b>	Мультидисциплінарна команда
<b>МОЗ</b>	Міністерство охорони здоров'я України
<b>Мінсім'ямолодьспорт</b>	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту <sup>1</sup>
<b>Мін'юст</b>	Міністерство юстиції України
<b>НДО</b>	Недержавна організація
<b>ОШВД</b>	Обласний шкірно-венерологічний диспансер
<b>ПАР</b>	Психоактивні речовини
<b>ПГР</b>	Підлітки груп ризику
<b>ПДІ-модель</b>	Логічна модель реалізації інтервенцій «Поведінка. Детермінанти. Інтервенції»
<b>СІН</b>	Споживач ін'єкційних наркотиків
<b>СНІД</b>	Синдром набутого імунодефіциту
<b>Центр СНІДу</b>	Центр профілактики і боротьби зі СНІДом
<b>ЦСССДМ</b>	Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
<b>ЧСЧ</b>	Чоловіки, які практикують секс із чоловіками
<b>УІСД імені О. Яременка</b>	ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»
<b>ЮНІСЕФ</b>	Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ)

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

## Понятійний апарат

**Адвокація** – діяльність організацій із захисту і представництва власних інтересів та інтересів своїх клієнтів у публічній сфері.

**Важливість зацікавленої сторони** – в даному випадку характеризує, наскільки зацікавлена сторона (організація або особа) приймає цілі розвитку сфери профілактики ВІЛ/СНІДу серед ПГР, чи є зацікавлена сторона важливою для впровадження та реалізації діяльності з профілактики ВІЛ серед ПГР, а також чи має для цього можливості та ресурси.

**Відповідальні за прийняття рішень** – зацікавлені сторони, які мають повноваження державної влади приймати рішення у сфері профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІДом.

**ВІЛ-сервісна організація** – медична, соціальна чи будь-яка інша організація чи служба, що активно займається профілактикою ВІЛ/СНІДу, лікуванням чи підтримкою людей, уражених епідемією.

**Вплив зацікавленої сторони** – в даному випадку характеризує силу впливу зацікавленої сторони на розвиток сфери профілактики ВІЛ/СНІДу серед ПГР, залежить від позиції зацікавленої сторони, яку вона займає в ієрархії економічних, соціальних, політичних та інших відносин.

**Зацікавлена сторона** – соціальний інститут, установа, організація, юридична або фізична особа, які за своїм статусом, позицією, сферою діяльності, інтересами і функціями входять в певне поле соціальних взаємодій, у даному випадку – в поле взаємодій щодо профілактики ВІЛ/СНІДу серед підлітків груп ризику.

**Інтереси зацікавленої сторони** – те, що мотивує, стимулює включатися в певну сферу діяльності, в даному випадку – у сферу профілактики ВІЛ/СНІДу серед підлітків груп ризику.

**Центр (відділення, кабінет) медико-соціальної допомоги дітям і молоді «Клініка, дружня до молоді»** – це структурний підрозділ закладу охорони здоров'я, який надає медико-соціальну допомогу дітям та молоді на основі дружнього до них підходу, рекомендованого Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ). Усі послуги надаються клієнтам цих закладів на принципах добровільності, доброзичливості, доступності, конфіденційності, анонімності та неосудливого підходу до відвідувача.

**Надавачі послуг** – ті, хто надає чи планує надавати послуги підліткам груп ризику.

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

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

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

**Уразливі підлітки** – ті, які наражаються на ситуативний ризик і знаходяться в одному кроці від ризикованої поведінки. Уразливою до ризику ВІЛ-інфікування групою є діти та молодь, які живуть або працюють на вулиці. Серед них, за результатами різноманітних досліджень, є представники всіх трьох груп ризику (СІН, ЖКС, ЧСЧ), а також ті, які поєднують ризиковану поведінку та водночас належать до кількох груп ризику або наражаються на ситуативний ризик (перебувають за крок від ризикованої поведінки).

**Фандрайзинг** – способи (прийоми, інструменти) залучення коштів, джерел фінансування для некомерційної, соціально значимої діяльності.

**Функції зацікавленої сторони** – те, що сторона зобов'язана і покликана робити в певній сфері діяльності, в даному випадку – у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу серед підлітків груп ризику.

## Передмова

Епідемія ВІЛ стала одним з найнебезпечніших чинників, які негативно впливають на розвиток особистості та суспільства, зумовлюючи зниження середньої тривалості життя, збільшення попиту на медичні послуги, загострення проблем бідності та соціальної нерівності. Боротьба з нею стає одним з пріоритетних завдань держави в галузі охорони здоров'я населення. Успішна реалізація цього завдання потребує належного нормативно-правового забезпечення і послідовної та прозорої державної політики.

На сьогоднішній день існує чимало перешкод для отримання медико-соціальних послуг з профілактики ВІЛ, зокрема для уразливих підлітків та підлітків груп ризику, – від юридичних бар'єрів, фактів дискримінації, слабо розвинутої мережі надавачів послуг до браку серед цих груп дітей та молоді моделей поведінки, спрямованих на здоровий спосіб життя. Багато профілактичних програм для груп ризику (ГР) не враховують гендерних та вікових особливостей, а можливі точки доступу для профілактики ВІЛ серед ГР не використовуються достатньою мірою, наприклад, заклади первинної ланки охорони здоров'я, аптеки та послуги репродуктивного й статевого здоров'я<sup>2</sup>.

Незважаючи на значне збільшення кількості програм профілактики, які реалізуються переважно за підтримки чинного гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, масштаби епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні залишаються на високому рівні. За оцінками національних експертів, поширеність ВІЛ серед дорослого населення (віком 15–49 років) становить 1,1%<sup>3</sup>. Статистичні дані показують, що епідемія не обминає дітей та молодь. При цьому найбільшою мірою потерпають діти та молодь з уразливих груп населення. Основною ланкою поширення епідемії є СН, які використовують небезпечні методи ін'єкції, а також молоді люди, які практикують незахищені статеві контакти.

Соціологічні дослідження в Україні показують, що середній вік молодих людей, які потрапляють до групи ризику, продовжує знижуватися. Небезпечні практики ін'єкційного вживання та незахищені статеві практики набувають значного поширення серед груп ризику все молодшого віку, а послуги з протидії ВІЛ охоплюють в основному групи ризику старше 18 років і для підлітків є практично недоступними. Інформація про випадки ВІЛ-інфікування дітей 10–14 років у групах ризику є досить обмежена, не систематизується для виявлення тенденцій в залежності від віку, статі та інших особливостей. Для більшості дітей і молодих людей з груп ризику в Україні недоступні послуги з профілактики ВІЛ, лікування, а також послуги всебічної підтримки.

Як і всі громадяни України, діти та молодь повинні мати право на доброякісні послуги, можливість брати участь у плануванні та здійсненні програм, а також право на отримання інформації. Оскільки більшість із них ще діти, вони потребують комплексного підходу та особливого захисту.

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

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

<sup>2</sup> Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт (оригінал англійською мовою, січень 2009 року).

<sup>3</sup> ВІЛ-інфекція в Україні: Інформ. бюл. / МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІДом, Ін-т епідеміології та інфекц. хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, ЦЕСЕС МОЗ України. – 2010. – № 34. – 41 с.



Вибір таких завдань зумовлений тим, що на початку реалізації проекту в Україні було відносно мало відомо про уразливих підлітків та ПГР, що перешкоджало плануванню та розробці програм, а також знижувало ефективність профілактичної роботи у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу для цих груп населення. Уразливі підлітки (хлопці і дівчата) та ПГР до 2006 року не визнавалися в Україні групами, які потребують особливої уваги: ані в Концепції стратегії дій Уряду, спрямованої на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2011 року, ані в Національній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки ці групи не були визначені, а отже не надано підстав для розробки відповіді на загрозу ВІЛ/СНІДу серед них. Відповідним чином, національні звіти про ВІЛ/СНІД, такі як Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань ВІЛ/СНІДу (ССГАООН)<sup>4</sup>, який був опублікований на початку 2006 року, або національні звіти про наглядові поведінкові дослідження в групах ризику, опубліковані в період з 2004-го по 2007 рік, не містять жодних даних про уразливих підлітків та ПГР. Наприкінці 2006 року уразливих підлітків та ПГР було визнано пріоритетними групами для національної відповіді на загрозу ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні<sup>5</sup>. Це було відображено в таких нормативно-правових документах, як Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року<sup>6</sup> та Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, що була затверджена у 2009 році.

За період, упродовж якого в Україні реалізується проект ЮНІСЕФ «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику в Україні та Південно-Східній Європі» (з 2007 року), намітились певні тенденції до покращення епідеміологічної ситуації серед молоді та споживачів ін'єкційних наркотиків зі стажем споживання до двох років. Одним з найбільш вагомих досягнень реалізації проекту ПГР стала розробка та затвердження<sup>7</sup> 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/СНІДу. Національний стратегічний план дій розроблено міжгалузеву робочою групою, яка була створена та діяла при Міністерстві у справах сім'ї, молоді та спорту за технічної підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ).

Мета даної публікації – привернути увагу всіх зацікавлених сторін та довести, що підлітки груп ризику повинні бути пріоритетною групою для відповіді країни на епідемію ВІЛ. Для аргументів використані найбільш вагомі здобутки досліджень з вивчення поведінкових практик ПГР, їх потреб та особливостей, а також практики надання цілеспрямованих послуг з профілактики ВІЛ серед ПГР у рамках проекту ЮНІСЕФ. Більш детальний аналіз результатів проекту можна знайти у виданнях, підготовлених у процесі реалізації проекту (список видань та електронних ресурсів див. інформ. вставка 1).

Уразливі підлітки та ПГР належать до соціальних груп, які потребують особливої уваги в межах заходів проти ВІЛ/СНІДу в Україні. Вони, як і всі громадяни України, мають право на високоякісні послуги, можливість участі в плануванні та здійсненні медико-соціальних програм, а також право на інформацію. Але більшість з них ще діти, і вони мають право на особливий захист. Усі причетні до проблеми мають розуміти, що потреби уразливих підлітків та ПГР різного віку мають свою специфіку, оскільки підлітки перебувають на різних стадіях розвитку особистості та в різних соціальних умовах. Зазвичай вони перебувають у складних соціально-економічних умовах та мають обмежений доступ до інформації й послуг. Саме тому надзвичайно важливо усвідомити масштаб проблеми з метою впровадження адекватних профілактичних заходів, необхідних для подолання епідемії ВІЛ у цій групі.

<sup>4</sup> Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна/ М-во охорони здоров'я України, Нац. координац. рада з ВІЛ/СНІДу та туберкульозу, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», ЮНЕЙДС в Україні. Звітний період: січень 2003 – грудень 2005. – К., 2006.

<sup>5</sup> У тому числі й завдяки зусиллям Представництва ЮНІСЕФ в Україні, підготовці та публікації аналітичного звіту «Діти й молодь, які живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні», 2006, ЮНІСЕФ/МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід».

<sup>6</sup> Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року. – К., 2006. (Звіт було підготовлено міжсекторальною робочою групою з питань універсального доступу; документ ґрунтується на результатах трьох національних консультативних нарад і підготовлений за підтримки Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС)).

<sup>7</sup> Затверджений засіданням Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 26 травня 2010 р.

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

- Буроменський М.В. Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування: аналітичний огляд [Електронний ресурс] / М.В. Буроменський, В.М. Стешенко. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2008. – Режим доступу: [http://www.unicef.org/ukraine/ukr/media\\_10621.html](http://www.unicef.org/ukraine/ukr/media_10621.html).
- Етичні засади проведення соціальних досліджень серед дітей в Україні, затвердж. на засіданні Правління Соціологічної асоціації України (Протокол № 7 від 10 грудня 2008 р.).
- «Наявність та доступність послуг з профілактики ВІЛ для підлітків груп високого ризику» [Електронний ресурс] / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2008. – 63 с. – Режим доступу: <http://www.uisr.org.ua/>
- Аналіз зацікавлених сторін та компетентності організацій, які надають або планують надавати послуги підліткам груп ризику [Електронний ресурс] / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2008. – 236 с. – Режим доступу: <http://www.uisr.org.ua/>
- Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – 192 с.
- 7 тематичних буклетів:
  - «Правовий статус дітей та молоді від 10 до досягнення 18 років у контексті доступу до ВІЛ-послуг»;
  - «Бар'єри доступу до послуг з профілактики ВІЛ для дівчат і хлопців груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування»;
  - «Ризики ВІЛ-інфікування підлітків, які живуть або працюють на вулиці»;
  - «Ризики ВІЛ-інфікування підлітків, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом»;
  - «Гендерні особливості роботи з підлітками груп високого ризику – розбудова консенсусу щодо важливості гендерних питань у профілактиці ВІЛ серед підлітків груп ризику»;
  - «Ризики ВІЛ-інфікування дівчат-підлітків, залучених до надання комерційних сексуальних послуг за винагороду чи внаслідок експлуатації»;
  - «Ризики ВІЛ-інфікування хлопців-підлітків, залучених до одностатевих сексуальних стосунків».
- Буклет «Аналіз даних моніторингу поведінки СІН, ЖКС, ЧСЧ серед підліткової вікової підгрупи».
- Аналіз факторів, що спричиняють початок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: ВПК «ОБНОВА», 2010. – 52 с.
- Дівчата-підлітки, залучені до комерційного сексу в Україні: оцінка процесу та результатів впровадження цільової моделі інтервенцій: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2010. – 100 с.
- Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: досвід впровадження цільових моделей в Україні / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2010. – 90 с.
- Оцінка чисельності дітей та молоді вікової групи 10–19 років, що відносяться до груп ризику [Електронний ресурс] / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2010. – 40 с. – Режим доступу: <http://www.unicef.org/ukraine/ukr/>

## Хто такі підлітки груп ризику та яка їх кількість в Україні



### Визначення підліткового віку

Особливості підліткового віку найбільш істотно виражені віковими межами, які характеризуються такими назвами: «перехідний», «переломний», «важкий», «критичний». Основний зміст цього періоду – перехід від дитинства до дорослості – обумовлює специфічні особливості всіх сторін психосоціального розвитку особистості: фізичної, розумової, моральної, соціальної тощо. Основним протиріччям цього віку вважають прагнення бути дорослими і разом з тим – відсутність соціального досвіду, невідповідність між фізичною і соціальною зрілістю. Це призводить до неусталеності в поведінці підлітка, боротьби між його різними спонукальними мотивами та прагненнями. Для підлітка характерні: реакція емансипації (тип поведінки, за допомогою якої підліток хоче вийти з-під опіки дорослих); реакція захоплення (захоплення в цей період дуже різноманітні: інтелектуально-естетичні, фізкультурно-спортивні, азартні, лідерські тощо); реакція групування з ровесниками (бажання належати до певної групи); реакція відмови (пасивно-оборонний тип реакції).

Більшість вчених, які досліджують специфічні особливості підлітковості, вважають однією з головних тенденцій цього етапу онтогенезу зниження інтенсивності та значущості спілкування з батьками і взагалі з усіма старшими за віком і зростання значущості спілкування зі своїми однолітками. Саме групи однолітків, або так звані «peer group», стають центром не тільки емоційного тяжіння, але й тим соціальним середовищем, де підліток може найбільш повно реалізувати себе, виконуючи нові соціальні ролі, відмінні від тих, що він має в сімейній структурі.

Поняття «**підліток**» і «**підлітковий**» вживаються в деяких нормативно-правових актах (зокрема, в наказах МОЗ України). Однак жоден нормативно-правовий акт вітчизняного законодавства **не містить** юридичного визначення понять «підліток», «підлітковий» і не визначає їх співвідношення із спорідненим поняттям «дитина». Слід зазначити, що вітчизняна **практика** розуміє під «**підлітками**» дітей у віці від 10 до досягнення 18 років, а за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) поняття «**підлітки**» охоплює вікову групу від 10 до 19 років включно.

Таким чином, коли ми говоримо про «**підлітків**», у юридичному сенсі **слід керуватися** поняттями «**дитина**» або «**молода людина**».

© UNICEF/UKRAINE 2010/16, Prozi/WG3/0603

## Хто такі «діти» і «молодь» згідно із законодавством України

**Дитина** – це особа віком до 18 років (повноліття), якщо згідно із законом, застосовуваним до неї, вона не набуває прав повнолітньої раніше.

**Джерела:** стаття 1 Закону України «Про охорону дитинства» від 26.04.2001 р. № 2402-III;  
стаття 1 Конвенції про права дитини від 20.11.1989 р. (набула чинності для України 27 вересня 1991 р.).

Особа **до досягнення** нею **повноліття** має правовий статус **дитини**. При цьому законодавство розрізняє правовий статус дітей за критерієм досягнення **14-річного віку**:

- **До досягнення 14 років** дитина вважається **малолітньою** (такі особи мають часткову цивільну дієздатність);
- **від 14 до досягнення 18 років** дитина вважається **неповнолітньою** (мають неповну цивільну дієздатність);

**Джерело:** стаття 6 Сімейного кодексу України.

**Молодь, молоді громадяни** – громадяни України віком від 14 до 35 років.

**Джерело:** стаття 1 Закону України «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні» від 05.02.1993 р. № 2998-XII.

## Критерії виокремлення підлітків груп ризику (ПГР)

Отже, підлітковий вік – пора, коли відбуваються фізичні та фізіологічні зміни, формуються уявлення, особисті інтереси, пошук та випробовування «чогось нового», постає бажання бути незалежним від своєї сім'ї. Пізнання нового важливе для набуття досвіду життєвих випробувань, але іноді хлопці та дівчата вдаються до таких експериментів, що стають для них шкідливими і небезпечними, тобто долучаються до ризикованих поведінкових практик.

**Підлітки груп ризику** (вікова група 10–19 років) – це діти та молоді люди, які внаслідок своєї поведінки найбільше наражаються на ризик інфікування ВІЛ<sup>8</sup>:

- дівчата та хлопці, які споживають наркотики ін'єкційним шляхом та використовують для ін'єкцій нестерильний інструментарій;
- хлопці та дівчата, які мають незахищені статеві контакти внаслідок сексуальної експлуатації, включно з тими, хто став жертвою торгівлі людьми та має незахищений (часто примусовий) секс за винагороду;
- хлопці, які мають незахищений анальний секс з чоловіками, в тому числі за винагороду.

Хлопці та дівчата груп ризику не є ізольованою групою населення. Внаслідок того, що вони мають найвищий рівень уразливості та ризику інфікування ВІЛ, їхні статеві партнери також перебувають у ситуації високого ризику інфікування. Крім того, є група хлопців і дівчат підліткового віку, які перебувають за крок до ризикованої поведінки. Це так звані «уразливі підлітки», які живуть у ситуативному ризику. Підлітки, які живуть на вулиці, вживають неін'єкційні наркотики, входять до вуличної групи, члени якої вже вживають ін'єкційні наркотики, розглядаються як уразливі підлітки, тому що вони, як показує дослідження, знаходяться в ситуації підвищеного ризику, котра ініціює ін'єкційне споживання наркотиків.

**Уразливі підлітки** – ті, які наражаються на ситуативний ризик і знаходяться в одному кроці від ризикованої поведінки. Уразливою до ризику ВІЛ-інфікування групою вважаємо дітей та молодь, які живуть та/або працюють на вулиці. Серед них, за результатами різноманітних досліджень<sup>9</sup>, є представники всіх трьох груп ризику, а також ті, які поєднують ризиковану поведінку та водночас належать до кількох груп ризику або наражаються на ситуативний ризик (перебувають за крок від ризикованої поведінки).

<sup>8</sup> Homans, H. (2007) Manual on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents, Draft November 2007, UNICEF Regional Office for Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States, Geneva, unpublished.

<sup>9</sup> Результати досліджень див.:

- Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – 192 с.
- Буроменський М.В. Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування: аналітичний огляд [Електронний ресурс] / М.В. Буроменський, В.М. Стешенко. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2008. – Режим доступу: [http://www.unicef.org/ukraine/ukr/media\\_10621.htm](http://www.unicef.org/ukraine/ukr/media_10621.htm)
- 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.

Отже, підлітки груп ризику та їх статеві партнери, а також уразливі підлітки мають бути віднесені до категорії підлітків, які потребують сфокусованих програм з профілактики ВІЛ-інфікування. Представники цих підліткових груп проживають у кризових сім'ях або на вулиці; перебувають у притулках для неповнолітніх та установах тимчасового догляду за дітьми, а також у виправних закладах, центрах психосоціальної та наркотичної реабілітації. Крім того, їх можна знайти і в різних навчальних закладах, серед найманих працівників окремих установ, які надають робочі місця особам після досягнення 15 років. Дослідження свідчать, що уразливі підлітки та ПГР в Україні доволі часто заходять до аптек, проводять час на ринках, в інтернет-клубах та інших місцях, де можна купити психоактивні препарати та наркотики<sup>10</sup>. Значно рідше вони звертаються за послугами до клінік, дружніх до молоді, та ВІЛ-сервісних громадських організацій.

Для програм профілактики ВІЛ серед дітей та підлітків, які потребують таких програм, пропонуємо використання широкого тлумачення ПГР:

- це діти та молодь серед СІН, ЖКС, ЧСЧ;
- це діти та молодь, які знаходяться на етапі «входу» до груп СІН, ЖКС, ЧСЧ.

## Оцінка чисельності дітей та молоді вікової групи 10–19 років, які відносяться до груп ризику

Серед бар'єрів ефективного планування – відсутність узгоджених оцінок щодо кількості підлітків груп ризику (вікова група 10–19 років) на національному та місцевому рівнях. З метою подолання цієї проблеми в рамках проекту ЮНІСЕФ «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику в Україні та Південно-Східній Європі» у 2010 році ГО «Українським інститутом соціальних досліджень імені Олександра Яременка» було здійснено таку оцінку<sup>11</sup>. В цьому документі стисло подані її основні результати.

### ОЦІНОЧНА ЧИСЕЛЬНІСТЬ ПІДЛІТКІВ-СІН В УКРАЇНІ

Таблиця 1.1

Зведені дані щодо розрахованих оцінок кількості підлітків-СІН віком 14–19 років

Розрахунок оціночної чисельності підлітків-СІН на основі показників:					
Оцінка чисельності підлітків-СІН на основі показника охоплення програмами профілактики (база даних Syrex)	Оцінка на базі даних щодо співвідношення підліткової групи до загальної кількості СІН			Оцінка на базі даних щодо госпіталізації	Оцінка на базі даних опитування учнівської молоді щодо вживання ін'єкційних наркотиків. Макс. оцінка
	Мін. оцінка	Макс. оцінка	Оцінка, рекомендована для планування охоплення групи профілактичними програмами		
49964	26680	41760	33640	4415	31323
З урахуванням внеску вікової підгрупи 10–13 років та округленням даних (внесок – 1%)					
50,5 тис.	27 тис.	42,2 тис.	34 тис.	4,5 тис.	31,6 тис.

<sup>10</sup> Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіз. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – С. 26.

<sup>11</sup> Загальна методологія – комплексний підхід, використання різних джерел інформації, проведення вторинного аналізу наявної інформації та здійснення експертної оцінки. Застосовані методи статистичного аналізу, апроксимації даних (на основі інтерполяції-екстраполяції), логічного обґрунтування, коефіцієнтів, триангуляція та валідизація результатів під час аналізу отриманих результатів.

### Обмеження щодо використання отриманих оцінок:

- існування бар'єрів щодо звернення підлітків груп ризику за послугами (оціночна чисельність на основі показника госпіталізації – недооцінена);
- до вибірки дослідження учнівської молоді потрапила переважно «благополучна» молодь (неповна картина нарковживання серед підлітків);
- недооцінка «дітей вулиці» через те, що ця категорія практично зовсім не звертається по медичні чи соціальні послуги, тому і не реєструється як клієнти в жодній медичній чи соціальній установі/організації.



Проведений аналіз дає підстави вважати, що оціночна чисельність СІН є значною: 50 000 осіб (хлопців-СІН – 35 тис., а дівчат-СІН – 15 тис. осіб)

## ОЦІНОЧНА ЧИСЕЛЬНІСТЬ ПІДЛІТКІВ-ЖКС В УКРАЇНІ

Таблиця 1.2

Зведені дані щодо розрахованих оцінок кількості підлітків-ЖКС віком 14–19 років

Розраховані оцінки чисельності підлітків-ЖКС на основі різних підходів:			
Оцінка чисельності підлітків-ЖКС на рівні країни на основі показника охоплення програмами профілактики (база даних Syrex)	Оцінка на базі даних щодо співвідношення підліткової групи ЖКС до загальної кількості ЖКС		
	Мін. оцінка	Макс. оцінка	Оцінка, рекомендована для планування охоплення групи профілактичними послугами
7685	10400	14880	10990

### Обмеження щодо використання отриманих оцінок:

- громадські організації не орієнтовані на роботу з неповнолітніми (а тим більше на групу віком 10–13 років) (серед бар'єрів – побоювання кримінальної відповідальності за залучення неповнолітніх до надання секс-послуг);
- високий рівень мобільності та «тимчасова зайнятість у секс-бізнесі» підліткової групи дівчат;
- у більшості випадків методика опитувань не орієнтована на опитування неповнолітніх, що значно ускладнює виявлення реальної кількості неповнолітніх дівчат, залучених до цього бізнесу;
- аудиторія дівчат, залучених до сексуальних послуг на комерційній основі, стає молодшою за віком (здійснені розрахунки недооцінюють підліткову групу ЖКС, значна частина залишається прихованою).



Отримані дані дають підстави вважати, що оціночна чисельність підлітків-ЖКС становить 15 000 осіб

Зведені дані щодо розрахованих оцінок кількості підлітків-ЧСЧ віком 14–19 років

Розраховані оцінки чисельності підлітків-ЧСЧ на основі різних підходів:				
Оцінка чисельності підлітків-ЧСЧ на основі показника охоплення програмами профілактики (база даних Syrex)	Оцінка на базі даних щодо співвідношення підліткової групи ЧСЧ до загальної кількості ЧСЧ			Оцінка в 1,5% від сексуально активної частини юнаків разом з внеском за рахунок маргіналізованої частини юнаків
	Мін. оцінка	Макс. оцінка	Середнє значення	
5652	9975	22365	16170	12355 + 4000 = 16355

### Обмеження щодо використання отриманих оцінок:

- ЧСЧ-сервісні організації не орієнтовані на роботу з підлітковою групою, їх орієнтир – старші 18 років, (вирішено: не брати до уваги при визначенні кількості підлітків-ЧСЧ оцінку з використанням бази даних «Syrax» у 5652 осіб).
- відсутня будь-яка статистика щодо даної цільової групи з державних установ (соціальні служби, притулки тощо).
- недооціненою є група дітей та підлітків-хлопців, які живуть і/або працюють на вулиці, представники цієї групи не входять до кола потенційних клієнтів ЧСЧ-сервісних організацій, отже їх оціночна кількість має бути додана до оцінок, отриманих за допомогою коефіцієнтів.



Проведений аналіз свідчить, що оціночна чисельність підлітків-ЧСЧ становить приблизно 20 000 осіб

### УЗАГАЛЬНЕНА ОЦІНКА ЧИСЕЛЬНОСТІ ПІДЛІТКІВ ГРУП РИЗИКУ В УКРАЇНІ

Проведений аналіз щодо окремих категорій підлітків груп ризику свідчить про значну чисельність цієї вікової групи серед загалу груп ризику в Україні: чисельність підлітків-СІН – 50 000 осіб (35 тис. хлопців та 15 тис. дівчат), чисельність підлітків-ЧСЧ – 20 000 осіб, чисельність підлітків-ЖКС – 15 000 осіб.

Отримані оцінки не обмежуються лише визначенням кількісних показників підліткової групи серед СІН, ЖКС та ЧСЧ (див. табл. 1.4), а визначають чисельність більш широкої підліткової групи, включаючи тих підлітків, які не ідентифікують себе з групами ризику, але можуть практикувати ризиковану до ВІЛ-інфікування поведінку (уразливі підлітки).

Підсумовуючи отримані оцінки по трьох цільових групах ризику, отримуємо **узагальнену оцінку щодо кількості ПГР в Україні** (див. табл. 1.5), яка **становить 85 тис. осіб, або 1602 ПГР на 100 тис. населення.**

## Узагальнення кількісних оцінок підлітків груп ризику

Групи ризику	За даними біоповедінкового дослідження, 2009		Узгоджена оцінка чисельності ПГР (у широкому розумінні) віком 10–19 років
	Питома вага підліткової групи віком 14–19 років серед груп ризику, %	Обсяг підліткової групи віком 14–19 років серед груп ризику (інтервальні та рекомендовані для використання значення) на базі узгодженої оцінки чисельності груп ризику, 2009 р., осіб	
СІН	9%	26680–41760 (33640)	50000 (33000 хлопців та 15000 дівчат)
ЖКС	16%	10400–14880 (10990)	15000
ЧСЧ	10,5%	9975–22365 (16170)	20000

## Загальна оцінка чисельності підлітків груп ризику в Україні

	Оціночна кількість 10–19 років, осіб	Загальна когорта 10–19 років, осіб	Оціночна кількість ПГР на 100 тис.
ПГР	85000	5306900	1602 ПГР на 100 тис. підлітків (1,6%)
В тому числі:			
ПРГ-хлопці	55000	2718200	203 особи на 100 тис. підлітків-хлопців (2%)
ПГР-дівчата	30000	2588700	1159 особи на 100 тис. підлітків-дівчат (1,2%)

Отримані оцінки чисельності ПГР були узгоджені з зацікавленими сторонами, до яких увійшли представники державних, міжнародних та недержавних установ та організацій, а саме: ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України», Державна соціальна служба у справах сім'ї, дітей та молоді, Центр моніторингу та оцінки виконання програмних заходів Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», Проект розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні, що фінансується USAID, ЮНІСЕФ, ВООЗ, ГО «Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка», UNAIDS, Гей-форум України, «Міжрегіональний центр ЛГБТ-досліджень Донбас-СоцПроект».

Результати оцінки чисельності дітей та молоді груп ризику (вікова група 10–19 років) свідчать про значну кількість підлітків груп ризику серед всієї підліткової групи в Україні (1602 ПГР на 100 тис. підлітків) та можуть бути використані в декількох напрямках діяльності, спрямованої на подолання епідемії ВІЛ/СНІДу, зокрема для ефективного планування, реалізації та оцінки програм зменшення шкоди, розвитку ВІЛ-сервісних організацій<sup>12</sup> та розширення спектра послуг центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, в тому числі для:

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

<sup>12</sup> Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції / Балакірева О. М., Варбан М.Ю., Довбах Г.В. [та ін.]; МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». – К.: 2008. – С. 22–23.



## Розділ 2

### Чинники уразливості ПГР до ВІЛ-інфікування та потреби цієї групи



© UNICEF/UKRAINE/2010/G.Prozzi/01173

Існує багато факторів, які можуть впливати на ступінь уразливості та ризику поведінки хлопців і дівчат підліткового віку (див. інформ. вставка 2.1). Під дією цих факторів хлопець або дівчина можуть залучитися до ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки, не маючи можливості уникнути цієї поведінки або захиститися від значної шкоди чи сексуальної експлуатації. До таких факторів входять медичні та біологічні питання, наприклад, підвищена уразливість до ВІЛ підлітка, який вже вражений інфекцією, що передається статевим шляхом. Також існують політичні, культурні та законодавчі фактори, що впливають на уразливість та ризику серед підлітків, наприклад, релігійні та культурні норми, що формують ставлення до представників груп соціальної ексклюзії (виключення). До них слід віднести, передусім, стан системи соціального забезпечення та соціального захисту; політику та законодавче поле, які забезпечують доступ або створюють бар'єри для отримання послуг. Соціальне середовище проживання визначає численні соціально-економічні фактори, які впливають на уразливість та ступінь ризику. Так, доступ до послуг профілактики та підтримки обмежують негативний вплив належності до маргіналізованої або соціально ізольованої групи, тиску норм однолітків, сімейних конфліктів, дискримінації тощо. Ці та інші фактори можуть негативно впливати на поведінку молодої людини, а також на її особисте сприйняття ризику, рівень знань і навичок, зокрема щодо шляхів і засобів зменшення ризику та профілактики ВІЛ-інфекції.

Ризик підвищується за рахунок того, що різні форми уразливості молодих людей накладаються (бідність, брак та недоступність ВІЛ-сервісних послуг, вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, небезпечна сексуальна поведінка тощо).

Огляд ключових факторів, що впливають на рівень уразливості та ризику серед хлопців та дівчат підліткового віку

Медичні та біологічні фактори	Політичні, культурні та законодавчі фактори	Соціально-економічні фактори та фактори середовища	Особисті фактори
<p>Жіноча чи чоловіча стать</p> <p>Наявність ІПСШ</p> <p>Тип вірусу</p> <p>Стадія інфекції</p>	<p>Політика та законодавство</p> <p>Культурні та релігійні норми, ставлення, очікування</p> <p>Рівні політичної та економічної стабільності, зростання</p> <p>Система соціального забезпечення</p> <p>Глибина розриву між бідними та багатими</p> <p>Рівень солідарності між поколіннями в межах суспільства</p>	<p>Рівні бідності, безробіття, злочинності та насильства в громаді</p> <p>Якість послуг, інформації, програм та способів проведення вільного часу в громаді</p> <p>Життя в місті чи життя в селі</p> <p>Норми, стереотипи, соціальні мережі, значущі тиски</p> <p>Рівні стигматизації, дискримінації та порушення прав людини</p> <p>Наркотична ситуація</p> <p>Рівні мобільності та міграції</p>	<p>Сприйняття та усвідомлення ризику</p> <p>Навички</p> <p>Знання</p> <p>Поведінка</p>

*Джерело: Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: нові прогнози / УІСД, British Council Ukraine, DFID. – К., 2003. – С. 48.*

## Соціально-економічне становище

В Україні багато підлітків зростає в умовах та середовищі, які не можуть забезпечити їм захист та соціально-економічну стабільність. Вони потерпають від негативних наслідків тривалої політичної нестабільності; від політики та законодавства, які не сприяють створенню необхідних умов і розвитку доступних соціальних послуг; від соціально-економічних негараздів, які найбільш болісно позначаються на сім'ях з дітьми та жінках; від малоспроможних системи охорони здоров'я та соціального сектору; від загрози стати жертвою торгівлі людьми, сексуальної та трудової експлуатації; від легкодоступності алкоголю, хімічних речовин та наркотиків; від успадкованої з радянських часів практики утримувати сиріт та дітей, позбавлених батьківської опіки, у спеціальних державних установах; від приналежності до маргінальних соціальних груп українського суспільства, виключених із суспільного життя<sup>13</sup>.

### Дані проведених досліджень свідчать зокрема про:

- **відсутність належного батьківського піклування:** 15% – сироти та 44% – напівсироти (живі батько чи мати), кожний п'ятий (18%) не знає, чи живі його батьки<sup>14</sup>;
- **відсутність житла, придатного для життя:** основним місцем проживання підлітків за останні три місяці перед опитуванням були вулиця та залізничні вокзали або автовокзали (36%), майже чверть опитаних (23%) проживає в тимчасовому, не пристосованому до проживання місці<sup>15</sup>;
- **невідповідність рівня освіти віку «дітей вулиці»:** 4% опитаних дітей та підлітків ніколи не відвідували школу (найбільше таких представників серед молодшої вікової групи (10–14 років)<sup>16</sup>;
- **відсутність зайнятості**<sup>17</sup>, особливо серед підліткових груп СІН та ЖКС (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Питома вага підлітків груп ризику, які не навчаються і не працюють, %

	2007 рік	2008 рік	2009 рік
Підлітки-СІН	27	43	39
Підлітки-ЖКС	34	48	38
Підлітки-ЧСЧ	12	–	27

<sup>13</sup> Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – С. 10

<sup>14</sup> Там само. – С. 68.

<sup>15</sup> Там само. – С. 69.

<sup>16</sup> Там само. – С. 115.

<sup>17</sup> Дані вторинного аналізу біоповедінкових досліджень, проведених на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні» за кошти Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом, малярією:

- «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків та жінок, які надають сексуальні послуги за плату», «Моніторинг поведінки чоловіків, які мають секс із чоловіками» проводились ГО «Українським інститутом соціальних досліджень імені Олександра Яременка», 2007 р.
- «Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату» проведене Київським міжнародним інститутом соціології; «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків» проведене Центром соціологічних та політичних досліджень «СОЦІС-ЦСПД», 2008 р.
- «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків та їх статевих партнерів як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» проведене ГО «Українським інститутом соціальних досліджень імені Олександра Яременка»; «Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату та їх клієнтів як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» проведене Київським міжнародним інститутом соціології; «Моніторинг поведінки чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» проведене Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України, 2009 р.

## Ризиковані поведінкові практики

Вторинний аналіз даних біоповедінкових досліджень (2007, 2008, 2009 рр.) став доказовою базою наявності серед ПГР небезпечних ризикованих практик (вживання ін'єкційних наркотиків та ранні статеві стосунки, в тому числі незахищені).

- Раннє залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом створює додаткові ризики погіршення стану здоров'я (див. рис. 2.1).

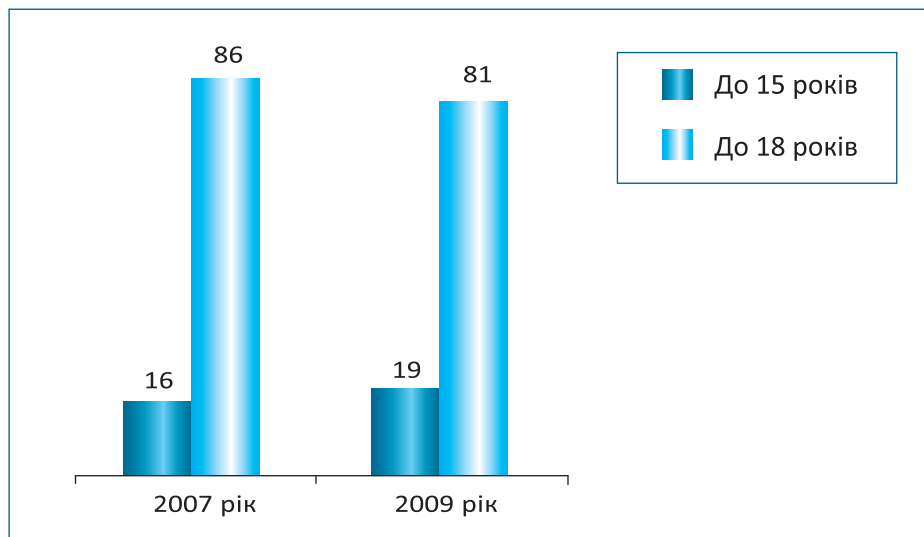


Рис. 2.1. Вік початку вживання ін'єкційних наркотиків серед підлітків-СІН, %

- Спільний ін'єкційний інструментарій використовували 13% (2009 р.) підлітків-СІН до 19 років (включно), серед старших від 20 років та старше – 8%. Слід звернути увагу, що дівчата мають більш високий ризик через використання спільного інструментарію (19% у 2009 р.).
- Ранній початок статевого життя підвищує рівень інфікування ВІЛ. Статеві контакти до досягнення 15 років мали:
  - майже третина підлітків-СІН (2007 р. – 33%, 2008 р. – 24%, 2009 р. – 31%);
  - близько половини дівчат-ЖКС (2007 р. – 50%, 2008 р. – 45%, 2009 р. – 41%);
  - більше половини хлопців-ЧСЧ (2009 р. – 59%).
- Більше половини статевих контактів з випадковими та комерційними партнерами (за винагороду) є небезпечними з точки зору інфікування ВІЛ, оскільки відбуваються без використання презерватива. Крім того, для підлітків груп ризику характерним є накладання ризикованих практик, а саме залучення СІН та ЧСЧ до комерційних послуг та поширення ін'єкційного вживання наркотиків серед ЖКС.
- Дві третини дівчат, залучених до надання секс-послуг за винагороду (підлітків-ЖКС), мали більше 5 комерційних партнерів, а половина – більше 10 комерційних партнерів за останній робочий тиждень.
- Підлітки-ЧСЧ практикують небезпечні статеві стосунки: часта зміна статевих партнерів, кожний дев'ятий протягом останніх 30 днів мав комерційного статевих партнера, більше чверті комерційних контактів відбуваються без використання презервативів.

## Рівень знань та сприйняття власного ризику ВІЛ-інфікування

Незважаючи на певне підвищення рівня знань про шляхи передачі ВІЛ та шляхи запобігання інфікуванню, загальний рівень обізнаності щодо передачі ВІЛ статевим шляхом є недостатнім, особливо серед підлітків з числа СІН та ЖКС (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Знання статевого та ін'єкційного шляхів передачі ВІЛ-інфекції серед ПГР<sup>18</sup>, %

	Правильно визначають шляхи запобігання ВІЛ-інфекції...					
	Статевим шляхом			Ін'єкційним шляхом		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Підлітки-СІН	58	63	76	91	96	98
Підлітки-ЖКС	83	-	82	96	90	92
Підлітки-ЧСЧ	74	-	91	92	-	96

Показник рівня знань щодо шляхів передачі ВІЛ, розрахований за системою національних показників<sup>19</sup>, свідчить про недостатній рівень знань щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції серед ПГР, особливо серед тих, які живуть і/або працюють на вулиці (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Показник рівня знань щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції, %

Цільова група	Вік	Рік дослідження	Показник	Вік	Рік дослідження	Показник
СІН	13–17 років	2007	33,0% (N=91)	14–17 років	2009	45,2% (N=155)
ЧСЧ	15–17 років	2007	28,8% (N=59)	15–17 років	2009	61,9% (N=63)
ЖКС	13–17 років	2007	28,1% (N=96)	14–17 років	2009	44,7% (N=76)
«Діти вулиці»				10–17 років	2008	13,7% (N=656)

Незважаючи на високий рівень небезпечної щодо ВІЛ поведінки та низький рівень знань щодо шляхів передачі ВІЛ, визнання можливості інфікуватися ВІЛ не є характерним для ПГР. Навіть серед ПГР, яким характерні такі ризиковані практики, як використання нестерильного ін'єкційного інструментарію або невикористання презерватива, не мають чіткої уяви, що така поведінка може призвести до зараження ВІЛ (табл. 2.4).

<sup>18</sup> Буклет «Аналіз даних моніторингу поведінки СІН, ЖКС, ЧСЧ серед підліткової вікової підгрупи».

<sup>19</sup> Відсоток представників груп ризику, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається (див. Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції / Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Довбах Г.В. [та ін.]; МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». – К., 2008. – 96 с.).

Оцінка особистого ризику ВІЛ-інфікування серед підлітків груп ризику<sup>20</sup>, %

	СІН				ЖКС			ЧСЧ	
	Серед их, хто не використовував стерильний інструментарій під час останньої ін'єкції		Серед тих, хто не використовував презерватив під час останнього статевого контакту		Серед тих, хто не використовував презерватив під час останнього статевого контакту			Серед тих, хто не використовував презерватив під час останнього статевого контакту	
	2007 рік (N=150)	2009 рік (N=104)	2007 рік (N=54)	2009 рік (N=41)	2007 рік (N=67)	2008 рік (N=21)	2009 рік (N=51)	2007 рік (N=139)	2009 рік (N=84)
Дуже реальний	17	27	18	45	20	33	10	34	23
Можливий	24	28	31	36	37	14	24	21	28
Малоймовірний	27	39	13	11	18	19	14	23	38
Мені це абсолютно не загрожує	19	3	16	4	10	15	31	9	9
Важко відповісти	12	3	22	4	13	14	21	12	1
Інше	1	0	0	0	2	5	0	1	1

Зважаючи на отримані дані, ВІЛ-профілактична робота серед підлітків груп ризику має бути комплексною для формування навичок безпечної поведінки, підвищення рівня знань щодо шляхів передачі ВІЛ та стійкого уявлення того, що не використання презерватива та стерильного інструментарію може призвести до ВІЛ-інфікування.

## Наявність та доступність послуг з профілактики ВІЛ

Дані біоповедінкових досліджень свідчать про високий рівень ризикованої поведінки щодо ВІЛ-інфікування, однак значна кількість ПГР продовжує залишатися поза увагою профілактичних програм (рис. 2.2).

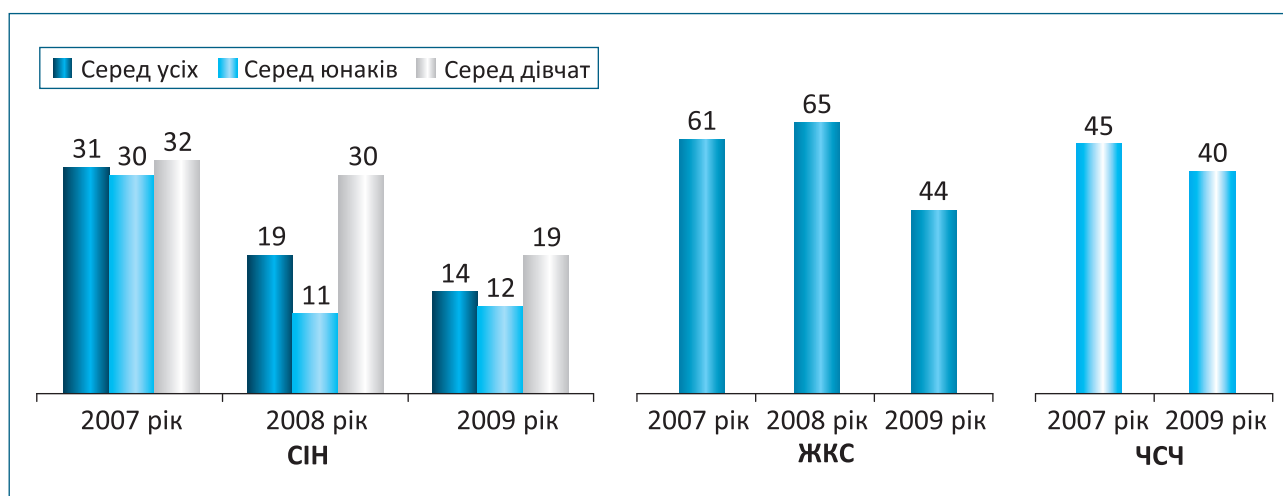


Рис. 2.2. Частка ПГР, охоплених профілактичними послугами, %

<sup>20</sup> Розрахунок питомої ваги підлітків проводився з використанням «важелів», розрахованих за допомогою програми RDSAT. Абсолютні числа подані за незваженим масивом.

Результати якісного дослідження в рамках проекту дозволили виявити основні бар'єри щодо звернення підлітків груп ризику за послугами:

Об'єктивні бар'єри	Суб'єктивні бар'єри
<p><b>Формалізований характер умов надання послуг</b> (присутність батьків, наявність медичної картки, прописки):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>«У поліклініку не ходжу, там сказали, що потрібно приходити з мамою, крім того у мене немає картки» (ЖКС, 14 років).</li> <li>«У лікарні до якого лікаря йти, я не знаю... там без карток не приймають» (хлопець-СІН, 14 років).</li> </ul> <p><b>Платність послуг</b> (діагностика та лікування):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>«Скрізь потрібні тільки гроші, прописка, документи» (ЖКС, 14 років).</li> </ul> <p><b>Територіальна віддаленість</b> (для сільської місцевості).</p> <p><b>Брак інформації про місцезнаходження послуг та умови користування ними:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>«Напевно, якби я знав, де і хто і які послуги надає, може і звернувся б» (хлопець-СІН, 17 років).</li> <li>«Ніяких соціальних працівників я не знаю і не знаю, де вони знаходяться» (хлопець-СІН, 16 років).</li> </ul>	<p><b>Нерозуміння, як послуги можуть їм допомогти:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>«Даремно тільки час витратити, все одно не допоможуть» (хлопець-СІН, 14 років).</li> </ul> <p><b>Невіра в те, що хтось захоче допомагати:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>«Ми нікому не довіряємо» (хлопець-СІН, 16 років).</li> </ul> <p><b>Побоювання, що звернення за послугою призведе до примусового направлення в такі служби як міліція, притулок чи реабілітаційний центр:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>«Нікуди я не звертаюся, тому що можуть забрати в притулок, а там я вже був, більше не хочу. Тут воля, свобода» (хлопець-СІН, 14 років).</li> <li>«Я не знаю, де ці служби, за якою адресою і що там роблять. А раптом вони в «ментовку» нас відвезуть?» (ЖКС, 15 років).</li> </ul> <p><b>Соромливість, відсутність досвіду отримання будь-яких послуг.</b></p> <p><b>Негативний досвід звернення за послугами</b> та від перебування у таких службах як міліція, притулок чи реабілітаційний центр (примусовість, неконфіденційність, відсутність емоційної підтримки, емпатії, негативне ставлення персоналу, який надає послуги).</p>

Отже, для досягнення більш високого рівня охоплення профілактичними програмами підлітків груп ризику перед надавачами послуг стоїть обов'язкове завдання подолання бар'єрів звернень ПГР за послугами. Надавачі та потенційні надавачі послуг повинні мати відповідну підготовку щодо методів роботи, орієнтованих на особливо уразливих підлітків і підлітків груп ризику. Позитивні приклади від самих представників груп ризику, допомога за принципом «рівний – рівному» також є важливою складовою профілактичних послуг для даної цільової групи.

## Потреби підлітків, які знаходяться в ризику ВІЛ-інфікування

За результатами якісного дослідження виявлено, що потреби підлітків груп ризику виходять за межі послуг, які надаються програмами зменшення шкоди. Переважна більшість дітей та молодих людей мають потребу в нормалізації життєвих та сімейних обставин, у відновленні або отриманні документів, житла, у здобутті освіти, в інформації, у медичних послугах та в психологічній підтримці. Хоча й не всі з цих потреб однаковою мірою визнаються та усвідомлюються самими підлітками. Найбільше вирізняються:

### 1. Проблеми, пов'язані із залежністю від наркотиків (підлітки-СІН)

- Відносно послуг, які є для них необхідними: «Я б хотіла дізнатись, як можна позбутися від залежності» (дівчина-СІН, 17 років);
- Приклади невдалих власних спроб або своїх друзів чи знайомих позбутися залежності: «Особисто в мене є декілька прикладів доросліших товаришів; вони звертались туди, але ніякого зиску це не дало, продовжують вживати. Одночасно і ходять в поліклініку, і колються – це марна трата часу, грошей, здоров'я» (хлопець-СІН, 17 років).

## 2. Потреби в інформації

Брак інформації про організації, які займаються профілактикою та надають соціальні послуги: «...Спочатку не знав, потім друг порадив, він був у лікарні, приніс матеріали з телефонами, я не розумію, чому це приховують від нас» (хлопець-СІН, 16 років).

## 3. Медичні потреби

За медичною допомогою підлітки звертаються лише у виняткових випадках, надаючи перевагу самолікуванню або користуючись порадами «знаючих» людей зі своєї компанії. Існує негативний досвід звернень за медичними послугами: «В лікарні я не йду, туди брудних не пускають. Не хочу, щоб вигнали... В лікарні навіть не слухають, а більше нікуди... Ставлення не як до людини, а не зрозуміло до кого, скотське ставлення...» (хлопець-СІН, 14 років).



У разі погіршення здоров'я респонденти вдаються до самолікування або йдуть за порадою до друзів та знайомих, і тільки невелика частина опитаних звертається за кваліфікованою допомогою до фахівців.

## 4. Освітні потреби

У більшості випадків, освіта не відповідає реальному віку ПГР, особливо це стосується дітей та молоді, які живуть і/або працюють на вулиці.



Відсутність документів та спосіб життя дітей та молоді, які живуть і/або працюють на вулиці, спричиняють низьку ймовірність продовження ними навчання.

## 5. Потреби, пов'язані з нормалізацією сімейної та життєвої ситуації

«Батько на зоні, від матері я втік, вона мене біла... І матір я ненавиджу... Я живу не один. Нас семеро. Живемо в підвалі. Вони – моя сім'я...» (хлопець-СІН, 14 років).

Більшість респондентів мріють змінити життєві обставини: «У мене плани, як і у всіх нормальних людей: сім'я, робота, діти...», «Хочу, щоб була дружина нормальна, не кололася, не пила, щоб дитина була і квартира, робота, щоб міг їх забезпечити...».

## 6. Психологічна допомога

Підлітки груп ризику визнають потребу в психологічній допомозі з боку інших осіб: «психологічна допомога, щоб могли вислухати» (дівчина-СІН, 17 років), «з психологами, щоб перемогти страх перед діагнозом» (дівчина-СІН, 17 років).

## 7. Потреби в юридичній допомозі

У підлітків груп ризику виникають проблеми з документами, що засвідчують особу, а звідси і виникають потреби, пов'язані з отриманням документів (паспорт, реєстрація, довідка з навчального закладу тощо).

Отже, профілактичні послуги для хлопців і дівчат груп ризику повинні бути комплексними та орієнтуватися на їхні потреби. У більшості випадків виникає необхідність перенаправлення (переадресації) підлітків до інших установ чи організацій для вирішення їхніх нагальних потреб.

Доцільно інтегрувати послуги з профілактики ВІЛ-інфікування до спектра інших послуг в тих організаціях, які працюють з уразливими групами дітей та молоді. Разом з тим, надання послуг підліткам мають бути інтегровані в діяльність ВІЛ-сервісних організацій, які працюють з групами високого ризику. При цьому особливості потреб підлітків груп ризику мають бути враховані.



## Розділ 3

### Державна політика та суспільний потенціал щодо надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп ризику



На рівні декларування правове забезпечення доступу до соціальних послуг неповнолітніх та молоді, які належать до груп ризику, виглядає практично ідеальним. Однак, законодавство не визначає реальних механізмів доступу юнаків та дівчат, зокрема, з груп ризику до медико-соціальних послуг. По-перше, не вказано, як саме вони можуть дізнатися про існуючі соціальні послуги; по-друге – як зробити наявні послуги прийнятними для підлітків; по-третє – політика протидії епідемії ВІЛ-інфікування більшою мірою орієнтована на роботу з тими, хто вже потрапив до груп ризику, але не приділяється достатньо уваги попередженню «входження» до груп ризику та підтримці «виходу» з груп ризику (ресоціалізації або повернення у суспільство).



Надання соціальних послуг дітям та молоді базується на Конституції України та здійснюється у порядку, визначеному законодавством України. Перелік соціальних послуг, опис їх змісту та якості зазначаються в Державному класифікаторі соціальних стандартів та нормативів, що затверджується Кабінетом Міністрів України і публікується в засобах масової інформації відповідними центральними органами виконавчої влади.

Згідно із Законом України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» дітям та молоді мають надаватися такі види соціальної допомоги:

- соціальний супровід (ст. 9);
- соціальна профілактика (ст. 10);
- соціальна реабілітація (ст. 11);
- соціальне інспектування (ст. 12).

Державною програмою «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року<sup>21</sup> з метою покращення ситуації, що склалася щодо репродуктивного здоров'я нації, серед іншого, заплановано:

- внесення змін до законодавства про охорону здоров'я щодо застосування засобів та методів запобігання незапланованій вагітності та добровільного обстеження на ВІЛ-інфекцію для осіб віком старше 14 років стосовно приведення його у відповідність із ст. 284 Цивільного кодексу України;
- розроблення системи просвітницької роботи для дітей, підлітків та молоді з питань здорового способу життя, планування сім'ї та профілактики інфекцій, які передаються статевим шляхом, і ВІЛ: видання відповідної літератури, створення радіопередач, телесеріалів, соціальної реклами, запровадження скриньок запитань-відповідей в навчальних закладах;
- створення в мережі Інтернет-сайта для батьків, дітей та молоді за тематикою статевого виховання з постійною інформаційною підтримкою;
- розроблення та впровадження протоколу з діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, відповідно до рекомендацій ВООЗ.

«Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» серед основних завдань визначає посилення профілактичних заходів серед представників груп ризику (споживачів ін'єкційних наркотиків; осіб, які утримуються в установах відбування покарань; звільнених від відбування покарань; осіб, які займаються проституцією; мігрантів; безпритульних та бездомних громадян, передусім дітей, у тому числі із сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, тощо)<sup>22</sup>.

На основі наявної бази доказів, сформованої за результатами численних соціологічних досліджень, проведених у рамках проекту ЮНІСЕФ, аналізу законодавства, а також існуючих практик здійснення профілактичної роботи серед дітей та молоді груп ризику, було розроблено **«Національний стратегічний план дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ, догляду й підтримки дітей і молоді, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу»**<sup>23</sup>, затвердженого рішенням Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 26 травня 2010 р.

<sup>21</sup> Затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. №1849 //Офіційний вісник України. – 2007. – №1. – Ст. 35.

<sup>22</sup> Закон України «Про затвердження «Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» від 19 лютого 2009 року № 1026-VI. – [Електронний ресурс]. – <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1026-17>

<sup>23</sup> Затверджений наказом Міністерством сім'ї, молоді та спорту від 30.07.2010 р. № 2533.

Пріоритетними цілями, на досягнення яких спрямовано «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», визначено:

- зниження темпів приросту нових випадків інфікування ВІЛ у цільових групах;
- поліпшення якості життя ВІЛ-позитивних дітей та молоді та тих, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу.

Важливими стратегічними завданнями, відповідно до визначених пріоритетних цілей, є:

- підвищення серед представників цільових груп рівня дотримання безпечної поведінки;
- використання послуг відповідно до отриманих знань.

Це, у свою чергу, сприятиме збільшенню кількості представників дітей та молоді, уразливих до ВІЛ, та груп ризику, охоплених послугами, зменшенню кількості представників цільових груп, які вживають ін'єкційні наркотики з використанням нестерильного обладнання і практикують незахищений гетеро- та гомосексуальний секс.

Основою успішної роботи з профілактики ВІЛ/СНІДу серед ПГР є **міжвідомча та міжсекторальна взаємодія зацікавлених сторін**, які надають або планують надавати послуги дітям та молоді з груп ризику. Зокрема, порядок взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді<sup>24</sup> передбачає обов'язковим для закладів охорони здоров'я надання медичної допомоги дітям та молоді на основі принципів дружнього підходу до молоді. Взаємодія повинна проводитись у всіх сферах діяльності зацікавлених сторін: плануванні, організації, підготовці, впровадженні, моніторингу, оцінці.

Незважаючи на наявність позитивних прикладів спільної роботи медичних закладів, соціальних служб, громадських організацій та правоохоронних органів, у сфері міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії відсутня усталена система та ефективні механізми співпраці. Існуючий механізм мультисекторальної взаємодії з ВІЛ/СНІДу не фокусується на ПГР як на цільовій групі. Відсутня зацікавленість з боку осіб, які приймають рішення, щодо розвитку втручань спрямованих на ПГР, зокрема профілактики ВІЛ/СНІДу. З боку держави відсутня регулярна фінансова підтримка громадських організацій, які працюють з ПГР. Існують серйозні прогалини в діючій системі послуг для ПГР через те, що вона не охоплює всього спектра послуг і надавачів послуг, які могли б задовольнити множинні потреби цільової групи. Серед бар'єрів взаємодії найбільш гострими є відсутність знань законодавчих можливостей та процедур взаємодії, діалогу зацікавлених сторін, відсутність механізмів інформаційного обміну, орієнтованість співробітників організацій на вузьковідомчі інтереси.

Аналіз **діяльності та потенціалу державних та недержавних організацій**, які працюють, мають або планують працювати з уразливими підлітками та ПГР (див. інформ. вставка 3.2) дозволяє зробити висновки, що державні організації можуть мінімізувати структурні та соціокультурні ризики за рахунок механізму державної підтримки, законодавства, проте при цьому відповідальні за прийняття рішень повинні бути зацікавлені в посиленні такої діяльності. Недержавні організації можуть мінімізувати свої структурні ризики за рахунок своєї гнучкості і встановлення взаємодії з новими міжнародними організаціями.

Для українського суспільства важливим є відхід від патерналістських орієнтацій, розвиток інституту соціального замовлення, формування громадянського суспільства та усвідомлення ролі недержавного сектору в сфері надання послуг.

<sup>24</sup>Затверджений наказом Міністерства молоді та спорту, МОЗ від 17.04.2006 р. № 1209/228, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 17 травня 2006 р. за № 567/12441.

Аналіз сильних і слабких сторін, можливостей та ризиків державних і недержавних організацій, які надають або планують надавати послуги ПГР<sup>25</sup>

	Державні організації	Недержавні організації
Сильні сторони	<p><b>Особисті:</b> досвід роботи, оптимізм, гуманізм, духовність.</p> <p><b>Професійні:</b> підготовка фахівців за бюджетний рахунок, стабільні кадри.</p> <p><b>Матеріально-технічні:</b> достатня інформаційна база, наявність клієнтської бази та методичної літератури.</p> <p><b>Нормативні:</b> мають право надавати послуги згідно нормативної бази.</p> <p><b>Структурні:</b> отримують державні кошти та розпоряджаються стабільним бюджетним фінансуванням</p>	<p><b>Особисті:</b> ентузіазм, особиста зацікавленість, ініціатива, оптимізм.</p> <p><b>Професійні:</b> вміння перебудуватися і використовувати новий досвід, можливість легко встановлювати партнерські і донорські відносини.</p> <p><b>Матеріально-технічні:</b> наявність клієнтської бази.</p> <p><b>Структурні:</b> діють поза бюрократичною системою. ПГР більше довіряють і більш відкриті, тому що НДО не зобов'язані застосовувати до них законодавчі заходи</p>
Слабкі сторони	<p><b>Професійні:</b> недостатність навичок у плануванні, прийнятті та розподілі бюджету, брак досвіду і додаткової підготовки до безпосередньої роботи з ПГР у сфері ВІЛ.</p> <p><b>Матеріально-технічні:</b> погане технічне забезпечення, недостатня оплата праці співробітників.</p> <p><b>Нормативні:</b> обмежені рамками законодавства, (наприклад, змушені відмовляти в послугах ПГР без прописки (реєстрації)).</p> <p><b>Структурні:</b> відсутня досконала система переадресації цільової групи до надавачів послуг різних секторів, не запроваджено ефективний і адекватний підходи до переадресації, «ведення клієнта»</p>	<p><b>Професійні:</b> поширеність синдрому «вигорання»; повноваження фахівців обмежені, (наприклад, юридичні).</p> <p><b>Нормативні:</b> діяльність не завжди легітимна, відсутня система легітимації.</p> <p><b>Структурні:</b> залежність від донорів, відсутність стабільного бюджетного фінансування, соціального замовлення; необхідної системи переадресації цільової групи до послуг постачальників різних секторів, не запроваджено ефективний і адекватний підходи до переадресації, «ведення клієнта»</p>
Можливостей	<p><b>Нормативні:</b> більш ефективне використання легітимних важелів впливу на ситуацію.</p> <p><b>Структурні:</b> збільшення стабільного фінансування, підтримки, замовлення і захисту з боку держави</p>	<p><b>Особисті:</b> можливість підвищення результативності роботи внаслідок особистої мотивованості співробітників.</p> <p><b>Професійні:</b> можливість надання адресної допомоги, впровадження інновацій у надання послуг для ПГР, використання довірчих відносин з ПГР для розширення клієнтської бази, застосування методу «рівний – рівному» тощо</p>
Ризики	<p><b>Соціокультурні:</b> інформаційний вакуум ПГР, стигматизація ПГР з боку громадськості та ЗМІ.</p> <p><b>Політичні:</b> відсутність особистої зацікавленості відповідальних за прийняття рішень осіб, постійна зміна керівних осіб є ризиком для планування та адвокації</p>	
	<p><b>Нормативні:</b> Неадекватність законодавчої бази потребам у наданні та розширенні послуг ПГР.</p> <p><b>Структурні:</b> негативний вплив на ПГР «чорного ринку» і кримінальних структур</p>	<p><b>Структурні:</b> залежність від донорів, відсутність соціального замовлення, ризики переривання послуг, втрата клієнтів і робочих місць</p>

<sup>25</sup> Аналіз зацікавлених сторін та компетентності організацій, які надають або планують надавати послуги підліткам груп ризику [Електронний ресурс] / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2008. – 236 с. – Режим доступу: <http://www.uisr.org.ua/>

Безпосередня реалізація державної політики у сфері соціальної підтримки дітей та підлітків, а також профілактики ВІЛ серед ПГР здійснюється на рівні окремих організацій, які працюють з визначеними групами (див. інформ. вставка 3.3).

### Маємо констатувати, що:

#### ПІДЛІТКИ ГРУП РИЗИКУ НЕ Є ПРІОРИТЕТНОЮ ГРУПОЮ У ВІДПОВІДІ НА ВІЛ/СНІД:

- 1) організації (як державні, так і недержавні) практично не мають у статутних документах мети «робота з профілактики ВІЛ/СНІДу серед ПГР»;
- 2) в організаціях переважають повнолітні клієнти (як державних, так і недержавних); при цьому окремі недержавні організації орієнтовані на залучення нових клієнтів з груп ПГР;
- 3) у своїй діяльності тільки декілька організацій (медичні та ВІЛ-сервісні) розробляли проекти нових послуг для ПГР, проте планують розробляти нові послуги для різних груп ПГР (в основному, СН та «дітей вулиці») за наявності ресурсів.

#### Основними бар'єрами для впровадження ВІЛ-профілактичних послуг, орієнтованих на ПГР, є:

1. Відсутність спеціалістів, які пройшли спеціальне навчання та можуть працювати з ПГР, знають їх особливості, психологію, потреби тощо.
2. Відсутність стійкої мотивації та зацікавленості в наданні послуг саме цій групі як серед надавачів послуг, так і серед донорів.

#### У результаті аналізу послуг, що надаються різними організаціями, можна відзначити, що особливості ПГР в послугах враховуються вкрай обмежено:

- **Інформаційні послуги.** Інформаційні матеріали щодо попередження ризикованої поведінки не фокусуються конкретно на ПГР.
- **Соціально-медичні.** Не фокусовані для ПГР послуги, недостатньо фахівців, які б спеціалізувалися на наданні послуг ПГР.
- **Соціально-педагогічні.** Державні організації працюють з неповнолітніми, однак не завжди враховують особливості різних груп ризику, в т.ч. не розвинений гендерний підхід. Не вистачає соціальних гуртожитків; соціально-педагогічні послуги сімейного типу не розвинені. Недержавні організації можуть надавати послуги невеликій кількості ПГР, проте враховують особливості груп ризику, з урахуванням гендерного підходу. Існує проблема забезпечення підлітків житлом після закінчення терміну перебування в організаціях, які надають соціально-педагогічні послуги.
- **Юридичні.** Відсутність або недостатній рівень правових знань у сфері захисту дітей та молоді, у сфері ВІЛ/СНІДу серед надавачів послуг; відсутнє юридичне визначення терміну «підліток», фактично немає законодавчих актів та нормативів, що регулюють роботу з ПГР.
- **Соціально-економічні.** Надавані соціально-економічні послуги вирішують сьогоденні проблеми і задовольняють потреби ПГР в харчуванні та одязі, проте більш серйозні проблеми (житлові, освітні, підготовка до працевлаштування тощо) внаслідок браку фінансування та відсутності законодавчої бази не вирішуються.

Постає проблема задекларованої політики щодо надання соціальних послуг, дієвого моніторингу її реалізації, використання результатів моніторингу та оцінки для стратегічного планування.

Однією з нагальних потреб є підвищення рівня правової культури державних службовців, медичних, соціальних працівників, представників громадських організацій, працівників правоохоронних органів та суспільства в цілому, зокрема щодо прав дітей на інформацію та на отримання медичних послуг; з нормативно-правових аспектів проблем ВІЛ-інфекції, юридичної відповідальності, прав та обов'язків медичних і соціальних працівників, прав ЛЖВ, прав неповнолітніх, у тому числі на анонімне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію. Важливо довести до відома всіх зацікавлених сторін право працівників (волонтерів) громадських організацій на видачу презервативів та обмін шприців особам віком від 14 до досягнення 18 років, які цього потребують внаслідок ризикованої поведінки.

## Огляд організації за діяльністю її надавачів послуг ПГР

	Наявні ресурси надавачів послуг	Рекомендації
Інформаційна та матеріальна інфраструктура	Існуюча матеріально-технічна інфраструктура недостатня для розширення охоплення клієнтів, забезпечення повного пакета послуг для ПГР (не вистачає приміщень, транспорту, засобів особистої гігієни, роздаткового матеріалу)	Розробити і здійснити спільну стратегію мобілізації ресурсів і залучення додаткових коштів, необхідне збільшення фінансування державних організацій з державного бюджету і створення соціального замовлення для недержавних організацій
Фінансовий менеджмент	Фінансування НДО засноване на системі грантів, що посилює залежність від донорів і ускладнює міжсекторальне фінансове планування. НДО не мають навичок залучення додаткових фінансових коштів і не підтримуються соціальним замовленням з боку держави. Фінансування державних організацій з боку держави не враховує фінансових потреб на місцях, бюджетні показники «спускаються зверху, а не розраховуються знизу»	Розвиток сфери фандрайзингу (підготовка фахівців, обмін досвідом тощо). Стандартизація ведення фінансової звітності для обох секторів
Залучення ПГР в роботу організації	У діяльність організацій залучені екс-ПГР як волонтери і консультанти за методом «рівний – рівному». Не здійснюється розвиток потенціалу, навичок, знань самих ПГР для їх залучення в різні види діяльності організації	Посилити потенціал ПГР – підвищити їх мотивацію, розвивати навички, залучати їх на всіх етапах діяльності організації – планування, надання послуг, моніторинг та оцінка
Моніторинг і оцінка	Не існує єдиної для всіх організацій схеми збирання інформації про клієнта-ПГР, немає єдиного центру збору інформації та моніторингу за ПГР	Узгодити та інтегрувати базові індикатори моніторингу і оцінки з ПГР в регіональні системи МіО у сфері ВІЛ/СНІДу для того, щоб забезпечити систематичний збір стандартного мінімуму інформації про хлопчиків і дівчат-ПГР. Дана потреба також посилюється необхідністю формування доказової бази даних для відповідальних за прийняття рішень, а також даних, які ляжуть в основу планування та розробки програм з проблем ПГР
Адвокація	Здійснюється (нерегулярно і несистематично) обмеженою кількістю організацій, не має єдиної стратегії адвокації	Проводити регулярну цільову адвокацію, що базується на взаємодії зацікавлених сторін, спільної мобілізації ресурсів (наприклад, зв'язки зі ЗМІ)

<sup>26</sup>Аналіз зацікавлених сторін та компетентності організацій, які надають або планують надавати послуги підліткам груп ризику [Електронний ресурс] / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2008. – 236 с. – Режим доступу: <http://www.uisr.org.ua/>

## Досвід створення Національної та регіональних консультативних рад з проекту ПГР

Із самого початку реалізації проекту ЮНІСЕФ відстоювання інтересів підлітків та необхідність невідкладного спрямування діяльності на профілактику ВІЛ серед цієї категорії обговорювалися на зустрічах зацікавлених сторін як національного, так і регіонального рівнів. Головними партнерами з боку державних структур у цій діяльності стали Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту та Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді. У 2007 році була створена міжсекторальна «Робоча група з профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки дітей груп ризику» з метою поліпшення координації діяльності, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом і «дітьми груп ризику». Вона також діяла як Національна координаційна рада з проекту ПГР. Її спільно очолювали представники Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту і ЮНІСЕФ. У межах цього органу було проведено кілька зустрічей у 2007 та 2008 роках. Наприкінці травня 2008 року Міжвідомча комісія з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства при Кабінеті Міністрів України<sup>27</sup> офіційно затвердила створення цієї Робочої групи як офіційної підгрупи Комісії.

У процесі реалізації проекту в трьох охоплених ним регіонах регіональні координаційні ради (комітети) з питань ПГР стали офіційними підгрупами обласних та (або) міських координаційних рад з питань ВІЛ/СНІДу та туберкульозу. Одним з важливих принципів роботи регіональних координаційних рад є взаємодія з ПГР та уразливими підлітками, особливо стосовно залучення їх до участі в робочих зустрічах та обговореннях результатів за допомогою групових фокусованих та глибинних інтерв'ю.

Національна та регіональні координаційні ради складаються з представників державних та недержавних (у тому числі й релігійних) організацій та установ, які працюють у сфері ВІЛ/СНІДу та (або) з дітьми й молоддю. До участі в роботі залучалися представники уразливих груп та колишні ПГР. Зокрема, до складу рад входять повноважні представники урядових організацій, соціальних служб, служб захисту дітей, відповідних закладів догляду за дітьми (наприклад, притулків), кримінальної міліції у справах неповнолітніх, місцевих центрів СНІДу, інших медичних закладів. У координаційних радах представлені також юридичні служби, галузь освіти, регіональні та (або) міські координаційні ради з питань ВІЛ/СНІДу та туберкульозу.

### Головні завдання координаційних рад:

- консультування та орієнтування команди проекту ПГР щодо всіх заходів, пов'язаних із проектом;
- надання представникам цільової групи (уразливі підлітки та ПГР) можливості брати активну участь в обговоренні, плануванні, моніторингу, виконанні заходів та оцінці результатів проекту ПГР, а також можливість створити механізм їх майбутнього залучення до планування й програмування;
- позитивно впливати на місцеву громаду щодо визнання нею проблеми та її відповіді на потреби уразливих підлітків та ПГР.

## Подолання стигматизації та дискримінації щодо підлітків груп ризику

У 2008 році в рамках проекту було підготовлено та затверджено Соціологічною асоціацією України «Етичні засади проведення соціальних досліджень серед дітей в Україні».

Підписані в рамках моделі договори про співпрацю з різними партнерами передбачали, що надання послуг базуватиметься на принципах дружності, доброзичливості та толерантності.

Питання необхідності впровадження дружніх підходів до надання послуг та рекрутингу клієнтів виносилися на обговорення під час робочих зустрічей, засідань координаційних рад у містах, де реалізовувались моделі профілактичних втручань щодо ПГР.

Для надавачів послуг проведено низку тренінгів з питань нормативно-правової бази та етичних принципів роботи з підлітками та підлітками груп ризику зокрема.

<sup>27</sup> «Міжвідомча комісія з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства» була створена за розпорядженням Кабінету Міністрів України від 3 серпня 2000 р. № 1200 з метою координації діяльності в Україні, що спрямована на дітей. Комісія відповідає за координацію державної політики та законодавства у сфері захисту дітей у взаємодії з надавачами послуг, науковими установами, органами місцевого самоврядування та громадами. У комісії присутні представники Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту України (президія комісії), Міністерства охорони здоров'я України (представник колегії), Міністерства освіти та науки України та Верховної Ради, голова Національної ради федерації дитячих організацій в Україні, представник Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, представники Секретаріату Президента, представник ЮНІСЕФ в Україні та інші члени Комісії, що має збиратися не рідше, ніж раз на три місяці.

Важливою подією став розгляд 20 січня 2011 року Комітетом ООН з прав дитини звіту України щодо відповідності законів та їх практичного застосування Конвенції ООН про права дитини. Напередодні офіційних слухань у Женеві (18 січня 2011 року) на адресу українського Омбудсмена, голів профільних парламентських комітетів та МЗС України було направлено звернення, під яким підписалися Міжнародна асоціація зменшення шкоди, Євразійська мережа зменшення шкоди, Канадська правова мережа з ВІЛ/СНІДу, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні та Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ, з рекомендаціями щодо внесення необхідних змін до вітчизняного законодавства з ВІЛ/СНІДу з метою приведення політики та методів роботи в цій сфері у відповідність з міжнародними стандартами з метою задоволення потреб найбільш уразливих груп дітей та підлітків у контексті проблем ВІЛ/СНІДу, наркоспоживання та комерційного сексу<sup>28</sup>.

Рекомендації Комісії ООН були оприлюднені невдовзі після вступу в дію 15 січня 2011 року нової редакції Закону України про ВІЛ/СНІД, згідно з якими «держава гарантує забезпечення запобігання поширенню ВІЛ-інфекції за допомогою програм зменшення шкоди, що, серед іншого, передбачають використання замісної підтримувальної терапії для осіб, які страждають на наркотичну залежність, та створення умов для заміни використаних ін'єкційних голків і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією». Нова редакція Закону остаточно вирішила проблему недоступності добровільного консультування та тестування на ВІЛ для неповнолітніх осіб віком від 14 років за їх власною згодою<sup>29</sup>.

Комітет рекомендував відповідальним державним органам у партнерстві з громадськими організаціями розробити комплексну стратегію дій з розв'язання надзвичайно важливої проблеми вживання наркотиків серед дітей та молоді та застосувати низку заходів, відповідно Конвенції, а саме<sup>30</sup>:

- розвивати практику надання спеціалізованих послуг для дітей та молоді з лікування наркозалежності та зменшення шкоди, базуючись на нещодавніх прогресивних змінах у законодавстві у сфері ВІЛ/СНІДу та успішних пілотних програмах, ініційованих ЮНІСЕФ;
- забезпечити, щоб положення норм кримінального права не перешкоджали доступу до даних послуг, та внесення змін до законів, що криміналізують дітей за зберігання наркотиків з метою особистого вживання;
- забезпечити навчання у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу медичного персоналу та правоохоронних органів, які працюють з дітьми груп ризику, та попереджати жорстоке поводження представників правоохоронних органів з дітьми груп ризику, забезпечивши розслідування таких випадків та відповідне покарання;
- забезпечити ефективне виконання Національної програми з протидії ВІЛ/СНІДу на 2009–2013 роки та Національної стратегії з профілактики ВІЛ серед дітей та молоді груп ризику, надавши відповідне фінансування та необхідні ресурси;
- вжити всіх необхідних заходів для виконання Закону України в частині профілактики ВІЛ/СНІДу та соціального захисту з особливим фокусом на повазі та дотриманні прав дітей та молоді, уражених ВІЛ/СНІДом, або тих, які належать до груп ризику, включаючи «дітей вулиці» та дітей, які вживають наркотики та алкоголь, забезпечивши доступ до конфіденційних та дружніх послуг для молоді;
- інтенсифікувати інформаційно-освітні кампанії з питань ВІЛ/СНІДу та інших ІПСШ, цільовою групою яких є діти, молодь та загальне населення;
- розробити національну стратегію з профілактики ВІЛ, підтримки та соціальної реінтеграції «дітей вулиці»;
- збільшити кількість та якість притулків та соціально-психологічних реабілітаційних центрів для «дітей вулиці»;
- забезпечити «дітей вулиці» необхідним харчуванням, одягом, житловими умовами, медичними послугами та навчанням, включаючи професійно-технічне навчання та тренінги з навчання життєвим навичкам з метою забезпечення їх повноцінного розвитку.

<sup>28</sup> <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/news/index.htm>

<sup>29</sup> Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 23.12.2010 № 2861-VI. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2861-17>

<sup>30</sup> Повний текст оцінки та рекомендації Комітету ООН: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/co/CRC.C.UKR.CO.4.doc>



## Розділ 4

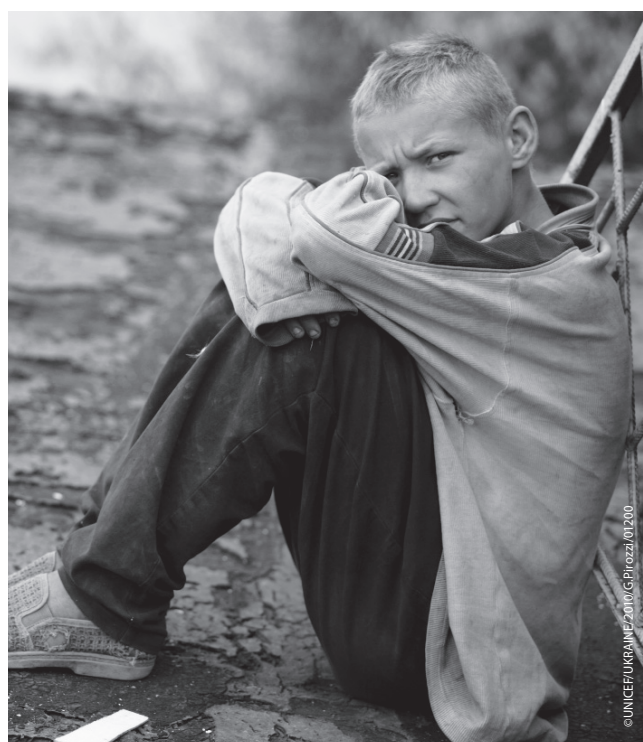
### Досвід впровадження цільових моделей з профілактики ВІЛ серед ПГР в окремих містах України



*«Я стала обережніша зі своїми статевими партнерами. Я стала завжди використовувати презервативи. Я впевнена в своєму здоров'ї та завжди можу звернутися за консультацією та тестуванням, а також поговорити про все... Життя не закінчилося, й надалі все буде добре»*

*(з інтерв'ю з дівчиною 17 років, учасницею проекту для дівчат-ЖКС в м. Миколаєві).*

Аналіз особливостей та потреб різних груп підлітків, які наражаються на ризик інфікування ВІЛ, переконливо доводить необхідність широкого впровадження цільових профілактичних втручань орієнтованих як на ПГР, так і на більш широке коло хлопців та дівчат, яких відносять до групи уразливих підлітків. У цьому розділі наводяться стислий опис та ключові результати пілотування моделей надання послуг для ПГР протягом 2009–2010 років (див. інформ. вставка 4.1) у чотирьох містах України (Київ, Миколаїв, Донецьк, Одеса), які характеризуються високим рівнем поширення ВІЛ.



### Цільові моделі з профілактики ВІЛ серед підлітків груп ризику

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

Розробка та пілотування моделей базувалися на результатах проведених досліджень, що допомогли встановити основні характеристики підлітків груп ризику, визначити головні підходи до надання послуг та їх особливості, чинники впливу на зміну поведінки, проблеми, з якими ПГР стикаються у повсякденному житті, бар'єри на шляху доступу до соціальних, медичних, інформаційних, юридичних та інших видів послуг. Отримані дані під час семінарів на місцевому та національному рівнях зі стратегічного планування за участю міжсекторальних команд спеціалістів допомогли визначити основні цільові групи та потреби ПГР для реалізації моделей профілактичних втручань.

У кожному місті з врахуванням особливостей ситуації серед ПГР було прийнято рішення щодо цільової групи проектів втручання, спектра профілактичних втручань, моделі побудови роботи та кола організацій, які залучатимуться для її реалізації та надання інших послуг.

Процес реалізації кожної моделі супроводжувався комплексним моніторингом (внутрішнім та зовнішнім). Поетапний зовнішній моніторинг і оцінку ефективності моделей здійснювала дослідницька група ГО «Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка», за участю Державної соціальної служби у справах сім'ї, дітей та молоді. Процес внутрішнього моніторингу здійснювався координатором проекту. Команди, що реалізовували моделі, під час спеціального навчального семінару-тренінгу, що передував впровадженню пілотних моделей, були навчені проведенню моніторингу та оцінки, аналізу проміжних результатів (проміжної оцінки) та їх використанню для корегування поточної діяльності. Для здійснення моніторингу та оцінки кожної із моделей дослідницькою групою був розроблений протокол з моніторингу та оцінки процесу впровадження моделей зменшення ризику поширення ВІЛ/СНІДу серед підлітків груп ризику<sup>31</sup>.

<sup>31</sup>Більш детальна інформація про реалізацію моделей профілактики ВІЛ/СНІДу/ІПСШ серед підлітків груп ризику, її результати викладені в окремих аналітичних звітах (див. Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: досвід впровадження цільових моделей в Україні / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2010. – 90 с. – Режим доступу: <http://www.unicef.org/ukraine/ukr/> та 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/>)

## Модель «Забезпечення максимального доступу дівчат-підлітків, залучених до надання сексуальних послуг за винагороду, до комплексних послуг служби охорони здоров'я, соціальних служб, програм з питань ВІЛ/СНІДу/ІПСШ» (м. Миколаїв)



### Опис моделі

Незважаючи на результати національних біоповедінкових досліджень щодо більш високого ризику зараження та вразливості підлітків-ЖКС у порівнянні з дорослим ЖКС, ця цільова група залишалася поза увагою відповіді України на епідемію ВІЛ/СНІДу. Миколаїв було обрано як майданчик для експериментального втручання для досягнення і забезпечення комплексного пакета послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу для підлітків-ЖКС. Вибір цього міста, по-перше, зумовлювався одним з найвищих в Україні показником поширеності ВІЛ серед ЖКС (майже 24%)<sup>32</sup>; по-друге – фактом поширеності ризикованої поведінки серед підліткової когорти ЖКС (67% практикували незахищений секс під час останнього статевого контакту; 16% вживають ін'єкційні наркотики)<sup>33</sup>.

**Основним виконавцем моделі** став МБФ «ЮНІТУС» – організація, яка має великий досвід роботи у сфері надання послуг групам ризику, зокрема на її базі діяла профілактична модель для дорослих ЖКС, що стала фундаментом для розширення пакета інтервенцій серед підлітків-ЖКС у віці 14–19 років.

**Період реалізації моделі:** лютий – жовтень 2009 року.

**Перелік послуг.** Модель для підлітків-ЖКС включала надання різноманітних послуг з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу й адвокаційну роботу. На базі ком'юніті-центру для підлітків-ЖКС пропонувалися групові та індивідуальні консультації соціальних працівників, психолога та юриста; освітні заняття, розвиток навичок у рамках стратегії зміни поведінки; послуги зі зменшення шкоди для тих, хто вживає ін'єкційні наркотики; надання витратних матеріалів (презервативи, лубриканти, засоби особистої гігієни). Консультаційний центр «Мама і маля» надавав послуги для ВІЛ-позитивних вагітних і породіль. Медичні послуги, включаючи діагностику та лікування ІПСШ і ВІЛ, надавалися партнерами проекту: ОШВД, центром СНІДу та жіночою консультацією. Інформаційна підтримка включала спеціалізовані буклети про ВІЛ/ІПСШ з урахуванням гендерних і вікових особливостей, довідник доступних послуг з профілактики ВІЛ/ІПСШ в м. Миколаєві, періодичні видання – газета і журнал для груп ризику.

Залучення дівчат-ЖКС до проекту забезпечувала вулична аутрич-команда, мобільна гінекологічна амбулаторія, а також підготовлені консультанти за методом «рівний – рівному» із числа представників цільової групи. Команда проекту активно співпрацювала з представниками дитячої кімнати міліції, а також закладами освіти і виховання, що є пунктами переадресації виявлених дівчат-ЖКС у МБФ «ЮНІТУС». Адвокаційна робота здійснювалася у співпраці з Миколаївським обласним ЦСССДМ. Загальна схема виконавців моделі зображена на рис. 4.1.

Між усіма підструктурами, що безпосередньо надавали послуги клієнтам, діяла система переадресації та супроводу, яку координував МБФ «ЮНІТУС». Основний напрям переадресації – від аутрич-працівників до ком'юніті-центру, кабінету для ПГР, гінеколога, інфекціоніста. Обов'язковим був фізичний супровід підлітків-ЖКС соціальними працівниками при переадресації в будь-які підструктури проекту (міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, заклади охорони здоров'я, неурядові організації), що дозволяло мінімізувати втрати клієнтів, а також долати внутрішні й зовнішні бар'єри щодо отримання послуг. Усі підструктури проекту, що надають послуги клієнтам, використовували єдину анонімну систему кодування, яка дозволяла простежити весь алгоритм переадресації.

<sup>32</sup>Національний звіт з виконання рішень декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2008 – грудень 2009. – К., 2010.

<sup>33</sup>За даними базового дослідження серед підлітків, які живуть і/або працюють на вулиці, здійсненого ЮНІСЕФ у 2008 р. у межах проекту «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику в Україні та Південно-Східній Європі»; у м. Миколаєві опитано 202 ПГР, серед яких 51 респондент – підлітки-ЖКС.

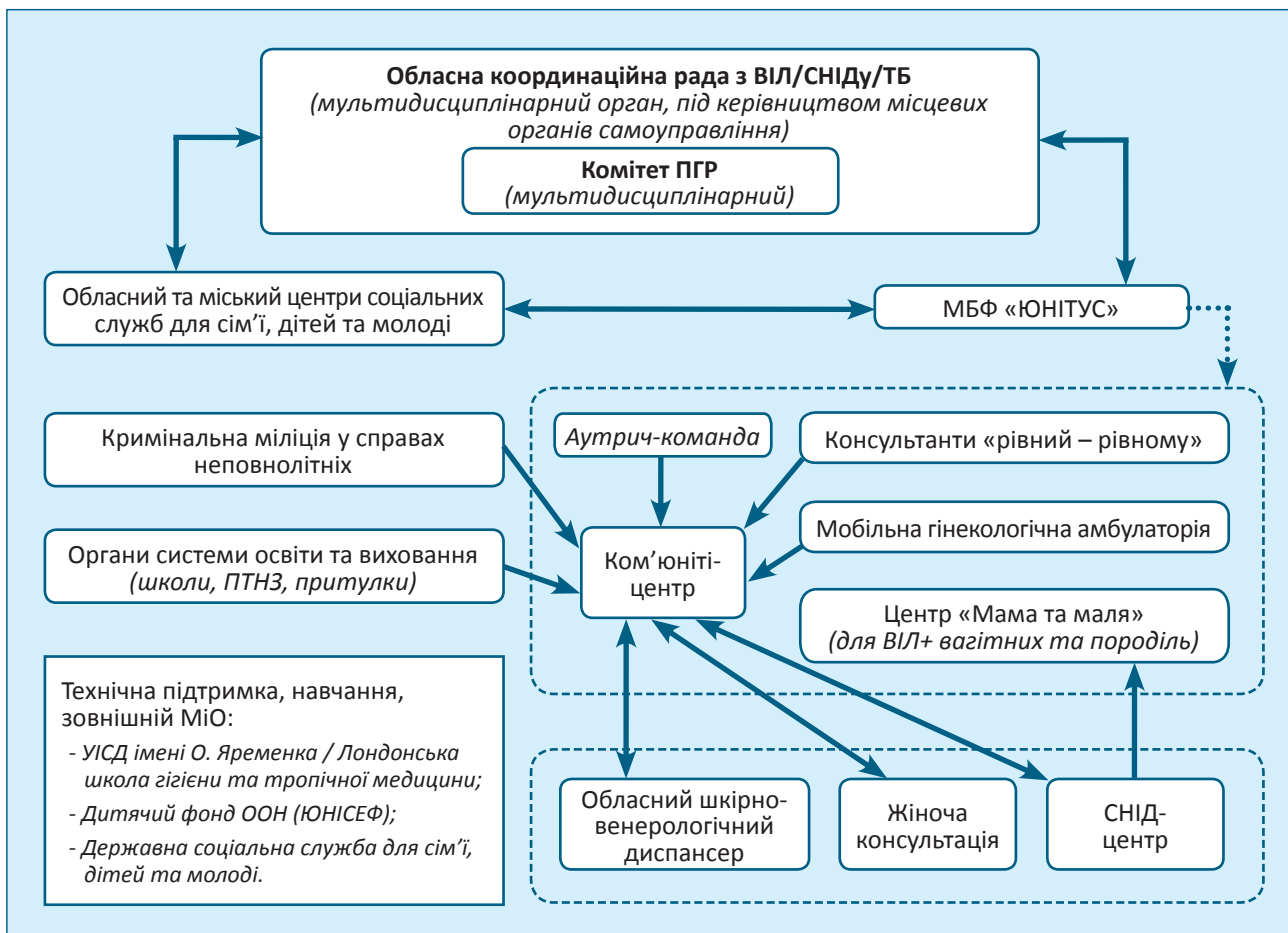


Рис. 4.1. Схема виконавців моделі в м. Миколаєві

#### Результати реалізації моделі

- Створено механізм координації і співпраці між державними структурами та громадськими організаціями щодо відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу серед ПГР, зокрема підлітків-ЖКС, у м. Миколаєві та Миколаївській області та забезпечено його реалізацію на базі роботи комітету з питань ПГР при Миколаївській обласній координаційній раді з ВІЛ/СНІДу/ТБ.
- Підлітки-ЖКС визнані цільовою групою в регіональній відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу у Миколаєві: до списку обласних індикаторів з МіО були внесені показники стосовно цієї групи ризику.
- Підготовлено персонал для надання дружніх недискримінаційних послуг для підлітків-ЖКС з профілактики ВІЛ/СНІДу; тренінгова підготовка була проведена як для персоналу МБФ «ЮНІТУС» (соціальні працівники, психолог, юрист), так і партнерів проекту: медичних фахівців, представників органів міліції, закладів освіти та виховання.
- Забезпечено безпечне середовище на базі ком'юніті-центру МБФ «ЮНІТУС» як точка входу підлітків-ЖКС із широким переліком низькопорогових послуг.
- Розроблена і впроваджена система переадресації підлітків-ЖКС до послуг проекту та партнерських організацій у м. Миколаєві.
- Медичні послуги з діагностики та лікування ВІЛ/ІПСШ для підлітків-ЖКС інтегровано в державні медичні заклади: ОШВД, СНІД-центр, жіночу консультацію.
- Протягом 11 місяців реалізації моделі вдалося залучити 117 підлітків-ЖКС; команда проекту МБФ «ЮНІТУС» планувала рекрутувати 100 підлітків-ЖКС за 11 місяців проекту, але ця кількість була перевищена вже після п'яти місяців реалізації моделі.
- Зафіксовано зростання рівня знань залучених підлітків-ЖКС щодо ВІЛ/СНІДу, а також підвищення мотивації до пошуку послуг. Всі клієнти повідомили, що будуть рекомендувати проект своїм одноліткам.
- Підготовлено 10 консультантів «рівний – рівному» серед підлітків-ЖКС.



## Життєздатність моделі

Після закінчення проекту більшість його компонентів були збережені і продовжують діяти. 60 неповнолітніх учасниць продовжують отримувати послуги в межах основного проекту МБФ «ЮНІТУС» для ЖКС, який фінансується Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІДу в Україні; команді проекту вдалося розширити вікову когорту цільової групи до осіб у віці від 15 років. Безкоштовні медичні послуги для ПГР (діагностика та лікування ВІД/ІПСШ) вдалося інтегрувати в систему державних медичних установ: всі лікарі проекту, які працюють в ОШВД, СНІД-центрі і жіночій консультації, продовжують надавати послуги підліткам-ЖКС. На базі ОШВД відкрито постійно діючий кабінет для ПГР, де надає дружні послуги лікар-дерматолог (консультування, діагностика та лікування ВІЛ/ІПСШ). Життєздатність моделі в соціально-політичному контексті забезпечують адвокаційні досягнення – визнання підлітків-ЖКС як цільової групи у боротьбі з ВІЛ/СНІДом на місцевому та обласному рівнях; внесення показників щодо ПГР (зокрема підлітків-ЖКС) в обласну систему МіО, порушення проблем ПГР у пресі, залучення до адвокаційної діяльності самих підлітків-ЖКС.

У планах на майбутнє МБФ «ЮНІТУС»: залучення нових груп ПГР; застосування отриманого досвіду на місцевому рівні через підготовку фахівців державних і недержавних організацій, впровадження моделі в районах Миколаївської області; подальше розширення партнерства державних і недержавних організацій на основі мультисекторальної взаємодії – для цього розроблено спеціальний план з фандрайзингу.



## Отримані уроки

- Під час реалізації інтервенцій важливо мати сильного партнера з хорошою ресурсною базою (наприклад, як ком'юніті-центр в МБФ «ЮНІТУС») і розвиненою мережею послуг (це значно полегшило старт і впровадження пілотної моделі).
- Інтервенції для зміни поведінки більш ефективні, якщо вони інтегровані в існуючу систему охорони здоров'я і соціальних послуг, беручи до уваги той факт, що ризик ВІЛ-інфікування пов'язаний з широким полем інших соціальних і пов'язаних зі здоров'ям проблем, з якими стикаються підлітки-ЖКС. У цьому контексті важливо формувати сильну мережу партнерів з різних сфер, таких як освіта, охорона здоров'я, захист прав дітей, міліція тощо.
- Важливим є систематичний моніторинг та оцінка моделі, що дозволяє забезпечити гнучкість її корекції в процесі реалізації та підвищення її ефективності (які категорії цільової групи залишаються недосяжними, яким чином може бути змінена рекрутингова система, ступінь навантаження персоналу тощо).
- Для персоналу моделі необхідна додаткова підготовка щодо розуміння особливостей підліткової психології, юридичних аспектів надання послуг підліткам, етичних аспектів і дружнього ставлення.
- Поєднання різних вікових груп ЖКС (дорослих і підлітків) в рамках одного консультаційного центру не є ризиком для активнішого залучення підлітків у секс-бізнес, що викликане різними потребами груп та сильною внутрішньою конкуренцією в середовищі цільової групи.
- Соціальні працівники, які працюють з підлітками, більше піддаються ризику «вигорання», ніж у роботі з дорослими ЖКС, через тісні, довірчі відносини з дівчатами – клієнтами проекту з орієнтацією на максимальне задоволення потреб підлітків-ЖКС.
- Під час навчання і формування групи консультантів за методом «рівний – рівному» з числа цільової групи, виникли труднощі з їх ідентифікацією самих себе як рівних іншим підліткам-ЖКС. Це сприяло патронажному ставленню до інших підлітків і надалі може призвести до стигматизації і втрати консультантами за методом «рівний – рівному» своїх клієнтів. У цих умовах дуже важливим є обов'язкове навчання навичкам дружності в програмах підготовки консультантів за методом «рівний – рівному», а також регулярна супервізія роботи таких консультантів.
- Система ведення клієнта повинна передбачати «стратегію виходу», задля збереження ефективності проекту. У фазі виходу слід використовувати потенціал інших НДО і центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, спрямований на подальший розвиток навичок клієнтів: професійне навчання, програми реабілітації і ресоціалізації, тобто те, що не включено в базовий пакет послуг поточної моделі, але в чому є потреба клієнтів.

- 90% підлітків-ЖКС мають особисті мобільні телефони і легко обмінюються своїми номерами з працівниками проекту; це робить комунікацію за допомогою мобільних телефонів ефективним інструментом у профілактиці ВІЛ/СНІДу серед підлітків-ЖКС, зокрема для соціально-психологічного консультування, підтримання контактів, нагадувань, загального менеджменту і рекрутингу клієнтів.
- У плануванні роботи з клієнтами-ЖКС слід враховувати чинник міграції в літній сезон у курортні регіони. Це позначається не лише на інтенсивності рекрутингу нових клієнтів, але й активності вже залучених. У цей період доцільна зміна стратегії профілактики: активно використовувати телефонну комунікацію для підтримання контакту з клієнтами, консультування.
- У реалізації моделі дуже важливо використовувати інформаційні і витратні матеріали, орієнтовані на цільову групу, які мають бути доступні в необхідній кількості.
- Для реалізації моделі корисно залучати підлітків-ЖКС на всіх етапах роботи проекту (моніторинг, реалізація і оцінка): для оцінки інформаційних матеріалів, допомоги в соціальному супроводі, підготовки заходів тощо. Це сприяє швидшому розвитку навичок самостійності, зняттю бар'єрів і гарантує доступність і адекватність послуг, що надаються.

### Фактори успіху

Інтервенційна модель у м. Миколаєві є прикладом успішної практики, беручи до уваги її релевантність, ефективність, стійкість і відповідність етичним принципам. Високі показники рівня задоволеності клієнтів від проекту, перевищення попиту над пропозицією, розвиток дружнього підходу і прямого доступу до послуг, досягнення в адвокаційній роботі вказують на відповідність моделі місцевому соціокультурному контексту. Наявність доказової бази щодо потреб дівчат з числа ЖКС, проведена підготовча робота до початку проекту, а також активна адвокаційна діяльність сприяли підтримці проекту місцевою владою і міжнародними донорами, що дозволило зберегти послуги з профілактики ВІЛ серед підлітків-ЖКС, незважаючи на політичну і фінансову кризу (завдяки успішному залученню ресурсів для подальшої роботи з підлітками-ЖКС, інтеграції послуг для ПГР в ОШВД і збереженню ключових інтервенцій для підлітків в рамках основного проекту МБФ «ЮНІТУС»).

*«Стала більш грамотною щодо поширення інфекцій статевим шляхом. Відкрила себе як лідера, як особистість. Мої знання цих проблем допомагають іншим. Хочу бути працівником проекту, і щоб більше було таких проектів» (з інтерв'ю з дівчиною-учасницею проекту, 17 років).*

*«Легше стало на душі. Я можу ділитися своїми проблемами і думками зі співробітниками проекту, а раніше я завжди мовчала про це. Я тепер вже не сама» (з інтерв'ю з дівчиною-учасницею проекту, 16 років).*

Більш детальна інформація про цю модель профілактики ВІЛ/СНІДу/ІПСШ серед дівчат-ЖКС та її результати викладена в окремому аналітичному звіті (див. «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/>).

## Модель «Вулична профілактична робота з підлітками груп ризику в контексті проблем ВІЛ/СНІДу за технологією мультидисциплінарних команд» (м. Київ)

### Опис моделі

Модель передбачала покращення доступу підлітків груп ризику до послуг з питань ВІЛ/СНІДу/ІПСШ, розвиток системи переадресації, здійснення адвокаційної діяльності і ряду інших важливих заходів. Унікальність моделі полягає в мультидисциплінарному підході, а також співробітництві державних структур та недержавного сектора (рис. 4.2).

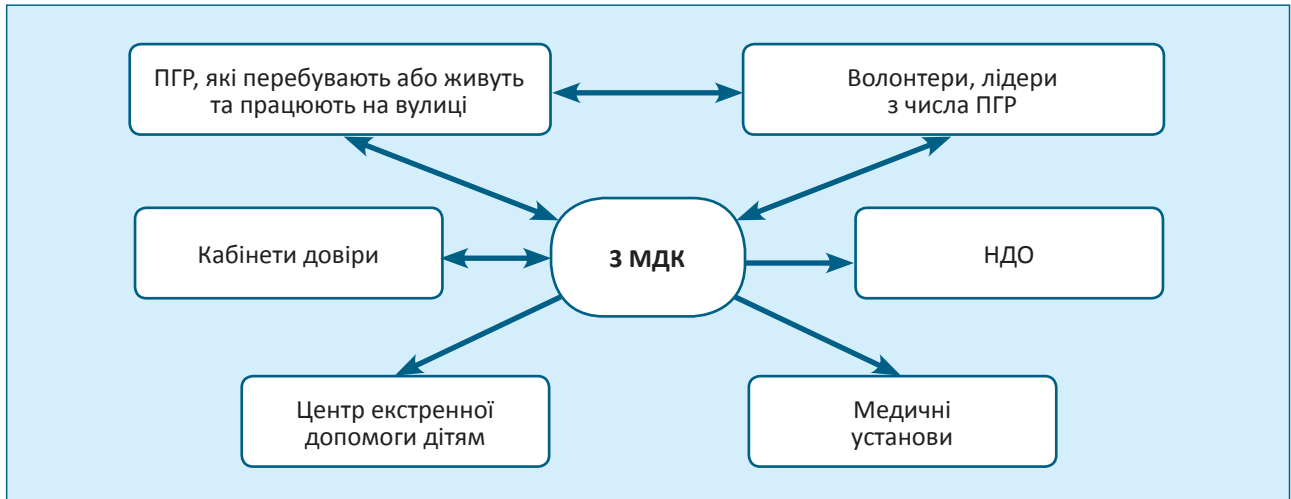


Рис. 4.2. Схема моделі вуличної профілактичної роботи з підлітками груп ризику від 14 до 19 років

**Основний виконавець** – Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

**Термін реалізації моделі:** лютий – грудень 2009 року.

**Цільові групи проекту** – підлітки груп ризику від 14 до 19 років:

- які живуть та працюють на вулиці;
- які мають незахищені статеві контакти;
- які живуть з ВІЛ/СНІДом;
- хімічно залежні, у першу чергу споживачі ін'єкційних наркотиків, а також їх статеві партнери;
- дівчата, які надають комерційні сексуальні послуги;
- хлопці, які надають комерційні сексуальні послуги;
- хлопці, які практикують секс із чоловіками;
- з неблагополучних (кризових) родин, які більшість свого часу проводять на вулиці.

Для реалізації моделі обрано мультидисциплінарний підхід, зумовлений комплексними потребами цільової групи; необхідністю отримання інформаційних послуг від широкого кола спеціалістів: соціального працівника, психолога, атрич-працівника; можливістю встановлення довірчих стосунків із цільовою групою та проникнення в цільову групу для покращення процесу рекрутингу.

**Перелік послуг** в рамках моделі: послуги МДК в межах вуличного простору, надання послуг ДКТ в кабінетах довіри, переадресація до організацій-партнерів та отримання послуг.

## Результати реалізації моделі

Реалізована модель сприяла зниженню ризику інфікування ВІЛ, хворобами, що передаються статевим шляхом, серед підлітків, які практикують ризиковану поведінку шляхом проведення системного вуличного інформування, консультування, добровільного тестування на ВІЛ з використанням технології мобільних мультидисциплінарних вуличних команд (МДК), забезпечила здійснення соціального супроводу підлітків з позитивним результатом тестування на ВІЛ до спеціалізованих центрів, у першу чергу міських комунальних установ «Київський міський правобережний центр для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді» та «Київський міський лівобережний центр для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді».

За період реалізації моделі клієнтами стали 1131 підліток із числа груп ризику (див. табл. 4.1).

Таблиця 4.1

### Охоплення цільової групи послугами проекту, осіб

Стать	Кількість клієнтів
Хлопці	660
Дівчата	470
Вік	
14 років	33
15–17 років	497
18–19 років	598
<b>Всього</b>	<b>1131</b>

Послугами ДКТ було охоплено 685 осіб (див. табл. 4.2).

Таблиця 4.2

### Кількість клієнтів, охоплених послугами ДКТ, осіб

Кабінет довіри	Кількість клієнтів
КД, вул. Висоцького	256
КД, вул. Відпочинку	225
КД, вул. Трьохсвятительська	204
<b>Всього</b>	<b>685</b>

У результаті тестувань було виявлено і поставлено на облік у центрі СНІДу 8 підлітків із ВІЛ-позитивним статусом, їх супровід здійснює КМЦСССДМ. Також ці підлітки отримали соціально-психологічні та низькопорогові послуги від фахівців у київських правобережному та лівобережному центрах для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді (консультування щодо правил життя після встановлення ВІЛ-інфекції, консультування дискордантних пар, бесіда на безпечність поведінки, надання притулку, їжі, одягу тощо).

## Отримані уроки

- 1. Підготовчий етап.** Під час планування процесу реалізації моделі важливо виділити цільову групу, яку можна буде підтримувати в рамках моделі та забезпечити визначеним переліком послуг. Проблемність моделі в Києві полягала в тому, що було виділено дуже багато цільових груп, різноманітність потреб яких не можна вдовольнити в рамках одного проекту, силами залученого персоналу та за відсутності налагодженої системи переадресації та соціального супроводу.
- 2. Навчання персоналу.** Успішній реалізації моделі сприяло залучення фахівців, які вже мали досвід роботи з цільовою групою або реалізації подібних проектів. Але всі фахівці, навіть ті, які мали досвід, потребують додаткового навчання перед стартом роботи для освоєння особливостей роботи в рамках конкретної моделі.



**3. Кадрова стабільність.** Необхідним є забезпечення постійного складу персоналу. У разі зміни персоналу моделі та залучення нових спеціалістів необхідно проводити для них додаткове навчання.

**4. Спектр послуг для ПГР.** Задовольнити потреби підлітка з групи ризику за допомогою моделі можливо лише за умов удосконалення та розширення спектра послуг для ПГР та їхніх сімей, надання базових послуг (їжа, одяг, гігієна, притулок) особливо для підлітків, які живуть або працюють на вулиці, опрацювання алгоритмів консультування та соціально-медичного супроводу підлітків, залучення їх до роботи дружніх клінік, інших спеціалізованих медичних установ.

#### **5. Рекрутинг клієнтів:**

- Постійна співпраця членів команди з клієнтами, а особливо з їх лідерами дозволяє визначити перспективні точки для вуличної роботи, відстежувати та своєчасно реагувати на процес міграції цільової групи.
- Більш контактними підлітками та більш мотивованими до участі в проекті є ті, які вже декілька років перебувають на вулиці. Підлітки, у яких не були зруйновані зв'язки з батьками, виступають проти інформування своїх батьків або родичів про свою участь у проекті або про послуги, що їм надаються.
- Протягом усіх місяців роботи в проекті найменш представленою виявилися молодша вікова група (особливо 14-річні). Причиною такого охоплення цільових груп стало завищення власного віку, тобто представники цільової групи схильні вказувати, що вони є більш старшими, ніж це є насправді. Однією з причин такого завищення є страх бути відправленими до притулку для неповнолітніх.

#### **6. Переадресація:**

- Необхідним компонентом у процесі реалізації моделі є фізичний супровід клієнта представником персоналу до переадресованої організації. Неврахування цієї умови під час переадресації призводить до втрат клієнтів.
- Проект засвідчив необхідність постійного та нормативно-правового супроводу клієнтів, котрі отримали позитивний результат швидкого тесту на ВІЛ, для підтвердження їх ВІЛ-статусу та подальшого надання необхідних послуг.



#### **Життєздатність моделі**

У межах реалізації моделі вдалося об'єднати зусилля соціальних служб, медичних установ та громадських організацій щодо надання послуг ПГР та створення стійкого розуміння, що підліткова група із числа груп ризику є однією із пріоритетних груп для роботи щодо подолання епідемії ВІЛ в регіоні. Модель у м. Києві була здійснена із залученням ресурсів, що були в наявності в КЦСССДМ та в організаціях-партнерах. Для доповнення моделі додатковими складовими, розширення спектра послуг та заходів у рамках моделі доцільно вести активний фандрайзинг.

Ще одним досягненням стала домовленість з дитячим інфекційним відділенням (вул. Богатирська, 32), яке може надавати послуги з діагностики ІПСШ неповнолітнім клієнтам без документів на безкоштовній основі за наявності направлення від КЦСССДМ або від іншої організації, яка бере на себе відповідальність за клієнта. Проте на практиці медичні установи в Україні не надають безкоштовних послуг з лікування через платність медикаментів, що використовуються під час лікування, тому процес лікування після позитивної діагностики захворювань залишається неврегульованим.

Одним з результатів співпраці міжнародних організацій та державних інституцій в Україні став наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 29.12.2009 р. № 4568 «Про затвердження Типового положення «Про мультидисциплінарну вуличну команду соціальної роботи з дітьми та молоддю груп ризику».

Для підтримки нормативно-правової роботи з ПГР та підвищення рівня їх звернення за послугами було прийнято на регіональному рівні спільного наказу Головного управління охорони здоров'я КМДА, Головного управління освіти науки КМДА, Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Служби у справах дітей «Про створення єдиного вільного вікна в забезпеченні діагностики, лікування, медичного та соціального супроводу підлітків груп ризику в контексті проблем ВІЛ-інфекції, хвороб, що передаються статевим шляхом».

Поширення досвіду роботи з ПГР може стати можливим внаслідок залучення до діалогу відповідальних за прийняття рішень, широкого кола надавачів послуг з профілактики ВІЛ, лобіювання інтересів та потреб підлітків груп ризику – і це один із найбільш значних стратегічних викликів проекту.

Впровадження моделі дозволило виявити слабкі місця та проблеми, подолання яких є необхідним для поширення досвіду роботи з ПГР. У першу чергу, це:

- створення інфраструктури цілодобових центрів соціальної підтримки, які могли б надавати базові послуги для ПГР (їжа, одяг, послуги з гігієни, притулок), центрів реабілітації та ресоціалізації підлітків груп ризику;
- затвердження стандартів профілактичної роботи з підлітками груп ризику, стандартів супроводу ВІЛ-позитивних підлітків, які живуть та працюють на вулиці;
- подолання міжвідомчих бар'єрів у здійсненні профілактичної роботи з підлітками груп ризику;
- вирішення проблем платності послуг, у першу чергу, діагностики венеричних захворювань та їх лікування;
- створення єдиних етичних принципів в роботі з підлітками, стандартів здійснення переадресації;
- створення чітких стандартів та забезпечення фізичного супроводу клієнта. Бар'єром до здійснення постійного супроводу є обмежені людські та матеріальні ресурси МДК, а також часта відмова клієнтів від супроводу (причини: недовіра, бажання бути незалежним);
- посилення потреби в розширенні сфери послуг проекту через те, що подібних проектів, спрямованих на вирішення підліткових проблем, практично немає;
- регулярне залучення всіх членів команди до процесу планування діяльності в рамках моделі, оцінки і моніторингу, адвокаційних заходів.

#### Фактори успіху

Мультидисциплінарний підхід ефективний для українських реалій та є одним із найкращих підходів для налагодження контактів із цільовою групою та вдалого рекрутингу.

Попередній досвід організацій-учасників дозволив забезпечити доступ до цільових груп, а проведені попередні дослідження – краще розуміти спектр потреб різних груп підлітків.

Супровід ВІЛ-позитивних дітей є великим здобутком моделі, через те що в Україні «для категорії «діти вулиці», дітей груп ризику не існує процедур доступу до діагностування та лікування без згоди батьків чи опікунів (загальна практика: відмова в наданні послуг без батьків чи опікунів)»<sup>34</sup>.

Нормативно-правова регламентація процесу супроводу ВІЛ-позитивних підлітків та тих підлітків, які потребують медичних послуг за відсутності батьків або опікунів, створення цілодобових центрів, які можуть задовольнити базові потреби підлітків (одяг, харчування, притулок тощо), сприятиме успішній реалізації подібних моделей. Крім того, актуалізована потреба в методичному забезпеченні практики переадресації, узагальненні наявного досвіду технології переадресації. Важливим є запровадження єдиної системи реєстрації клієнтів та стандартизованих баз даних клієнтів різних сервісів на рівні конкретних населених пунктів, покращення системи соціального супроводу та переадресації.

*«Викупив би великий будинок й зібрав би всіх проблемних підлітків... і створив би такі умови, де б усі служби працювали, а проблеми кудись зникали» (хлопець, 18 років).*

*«Стала розуміти, що життя прекрасне, що не все втрачено» (дівчина, 18 років).*

*«... витягають нас з трясовини» (хлопець, 19 років).*

Більш детальна інформація про цю модель «**Профілактика ВІЛ/ІПСШ і розвиток послуг соціальної реабілітації серед наркозалежних підлітків**» викладена в окремому аналітичному звіті (див. Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: досвід впровадження цільових моделей в Україні / ЮНІСЕФ, Укр. Ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: Версо 04, 2010. – 88 с. – Режим доступу: <http://www.unicef.org/ukraine/ukr/>).

<sup>34</sup> «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 травня 2010 р.

## Модель «Впровадження «дружнього» ВІЛ-профілактичного втручання через формування неформальних лідерів в осередку підлітків груп ризику, які споживають ін'єкційні наркотики» (м. Донецьк)

### Опис моделі

У рамках проекту ПГР у грудні 2008 року на засіданні Обласної координаційної ради визначено статус ПГР та прийнято рішення щодо пілотування моделі «Впровадження «дружнього» ВІЛ-профілактичного втручання через формування неформальних лідерів в осередку підлітків груп ризику, які споживають ін'єкційні наркотики» у м. Донецьку.

**Основний виконавець моделі** – Донецький обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Пілотування моделі здійснювалося спільно з Донецьким міським центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, з державними та недержавними організаціями-партнерами за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні (схему моделі представлено на рис. 4.3).

**Термін реалізації моделі:** вересень 2009 року – травень 2010 року.

**Цільова група.** Модель передбачала надання ВІЛ-профілактичних послуг для підлітків-СІН та підлітків-споживачів психоактивних речовин (14–19 років).

Рекрутинг клієнтів здійснювався в умовах вуличного простору аутрич-командою – колишніми СІН, із залученням лідерів із числа клієнтів моделі для встановлення довірчих відносин із цільовою групою. Для визначення спектра необхідних послуг для клієнтів, проведення індивідуальних та групових соціально-психологічних консультацій був створений консультаційний пункт «RESPECT» для підлітків-СІН та споживачів ПАР на базі Донецького міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

**Перелік послуг.** Реалізація моделі включала надання інформаційних послуг, проведення індивідуальних та групових психологічних та соціальних консультацій, надання медичних, психологічних та юридичних послуг клієнтам для зниження ризику інфікуватися ВІЛ.

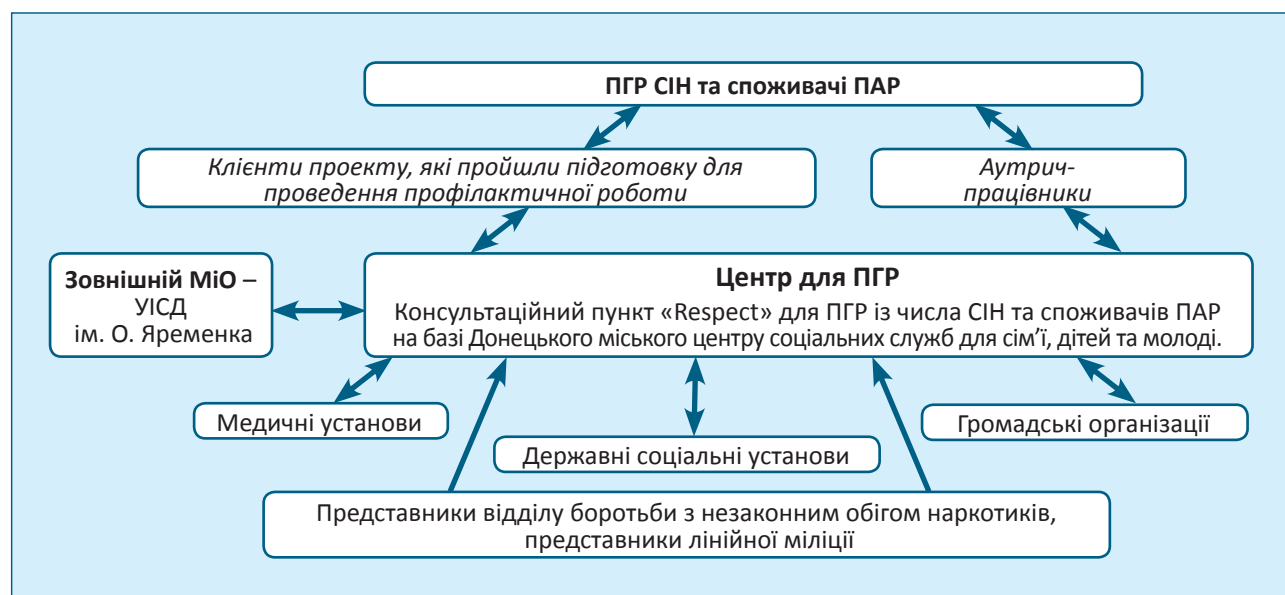


Рис. 4.3. Схема моделі «Впровадження «дружнього» ВІЛ-профілактичного втручання через формування неформальних лідерів в осередку підлітків груп ризику, які споживають ін'єкційні наркотики»

### Результати реалізації моделі

За час реалізації моделі стало можливим охопити ВІЛ-профілактичними послугами 455 підлітків (з них 162 підлітки-СІН та 293 підлітки – споживачі ПАР). Серед клієнтів моделі переважали СІН та споживачі ПАР чоловічої статі та більш старшої вікової групи (17–19 років) (табл. 4.3.)

## Охоплення цільової групи послугами проекту, осіб

Стать	Кількість клієнтів-СІН	Кількість клієнтів споживачів ПАР	Разом
Хлопці	109	177	286
Дівчата	53	116	169
Вік			
14 років	5	24	29
15 років	10	45	55
16 років	31	51	82
17 років	37	73	110
18 років	42	52	94
19 років	37	48	85

У рамках моделі із числа клієнтів були відібрані найбільш активні та мотивовані представники – «лідери» для навчання та участі в аутрич-роботі та інших складових моделі. Усього в рамках моделі було підготовлено 26 клієнтів (з них 10 – підлітки-СІН та 16 – підлітки споживачі ПАР).

Для проведення первинної профілактики ВІЛ було залучено волонтерів. Усього в межах моделі було підготовлено 18 волонтерів, більшість із них – студенти професійно-технічних училищ та учні ЗОШ, 2 волонтери – представники БФ «Милість». Залучення волонтерів до реалізації моделі було необхідним для проведення профілактичної роботи в навчальних закладах та в шкільних літніх таборах для ПГР.

За час реалізації моделі були підготовлені та набули досвід у роботі з ПГР 14 спеціалістів та 7 аутрич-працівників, були налагоджені тісні стосунки в плані співпраці з неурядовими організаціями та медичними установами, реабілітаційними центрами. Тому після завершення офіційної реалізації моделі та завершення фінансування персонал моделі продовжує надавати послуги клієнтам у заданому обсязі згідно з виробленими стандартами надання послуг та системою переадресації.



## Отримані уроки

- 1. Підготовчий етап.** Впроваджена модель довела необхідність передбачення часу на підготовчий етап: планування бюджету, навантаження персоналу, підписання договорів про співробітництво з іншими надавачами послуг, організація процесу супроводу клієнтів, пошуку додаткових коштів, навчання персоналу.
- 2. Кадрова стабільність.** Для ефективної реалізації моделі була важлива кадрова стійкість, мотивування до участі в реалізації моделі, вироблення системи та механізмів узгодження навантаження на основному місці роботи у зв'язку із участю в моделі. У разі виникнення заміни персоналу є необхідність розробки чіткого плану підготовки нових спеціалістів за короткий термін.
- 3. Навчання персоналу.** Істотний вплив на покращення процесу надання послуг справили навчання персоналу моделі та обмін досвідом між спеціалістами, які реалізують схожі моделі.
- 4. Участь представників ПГР.** Одним із факторів успіху стало залучення клієнтів до процесу планування заходів моделі, що дозволило забезпечити відповідність між потребами клієнтів та наданими послугами.
- 5. Гнучкість моделі та корегування діяльності.** Можливість коректувати проектну пропозицію для покращення умов реалізації моделі, реагування на рекомендації персоналу та представників МіО, реагування на зміни в потребах клієнтів, розширення цільової групи та спектра послуг мають бути закладені в принцип гнучкості, особливо для маловивчених та слабо структурованих груп ПГР. Для вчасного реагування на необхідність змін у процесі реалізації моделі найбільш дієвим інструментом є проведення зовнішнього та внутрішнього моніторингу та оцінки проекту.
- 6. Фандрайзинг.** Необхідність постійного залучення додаткових коштів для покращення ефективності реалізації моделі.



## Життєздатність моделі

Модель була реалізована завдяки координації всіх її складових Донецьким обласним центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та за допомогою залучення максимального кола партнерів із числа громадських організацій, медичних установ, реабілітаційних центрів, соціальних установ, що дозволило об'єднати в роботі з ПГР зусилля державного та недержавного сектору та надати послуги, базуючись на дружній основі. Звітність про успішну реалізацію моделі здійснювалася на обласному та міському рівнях під час участі представників персоналу моделі в координаційних радах, робочих зустрічах, що дозволило розширити коло зацікавлених сторін та партнерів у рамках реалізованої моделі.

Підлітки із числа груп ризику були визначені як одна із пріоритетних груп на міському та обласному рівнях на шляху подолання епідемії ВІЛ-інфекції.

Модель була здійснена із залученням ресурсів, що були наявні в ДЦСССДМ та в організаціях-партнерах. Додаткове обладнання було надано Дитячим фондом ООН (ЮНІСФ).

### Для поширення досвіду впровадженої моделі необхідно:

- посилити компонент переадресації, а саме забезпечити фізичний супровід клієнтів або віднайти інші дієві способи стимулювання підлітків звертатися за послугами в інші установи. Система переадресації, що використовувалася під час реалізації моделі повністю базувалась на підходах, що були опрацьовані центрами соціальних служб для сімей, дітей та молоді. Перевага переадресації – ведення чіткого контролю за тими підлітками, які були переадресовані та звернулися за послугами;
- створити інфраструктуру цілодобових центрів соціальної підтримки, які могли б надавати базові послуги для ПГР (їжа, одяг, послуги з гігієни, притулок), центрів реабілітації та ресоціалізації підлітків груп ризику;
- регулярно залучати клієнтів до процесу планування заходів та спектра послуг для забезпечення їх відповідності потребам клієнтів.



## Фактори успіху

Для інформування всіх партнерів моделі про хід її реалізації, отримання зворотного зв'язку щодо наданих послуг клієнтам, вирішення проблемних моментів проводились регулярні робочі зустрічі за участю персоналу моделі та представників усіх основних партнерів.

Залучення до аутич-роботи колишніх-СІН, а також участь самих клієнтів дозволили покращити процес рекрутингу, встановити довірливі відносини із цільовою групою.

Персоналом моделі була створена дружня атмосфера під час надання послуг підліткам-СІН та споживачам ПАР, що сприяло мотивації клієнтів до участі в моделі та поширенню власного позитивного досвіду отримання послуг серед інших представників цільової групи.

Успішність реалізації моделі є поштовхом для розширення роботи з ПГР на дружній основі не тільки в Донецьку, але і в інших містах області. Так, досвід консультативного пункту «Respect» уже переймають міста Маріуполь, Шахтарськ, Краматорськ. До 2014 р. під керівництвом ДОЦСССДМ заплановано поширення досвіду роботи в усіх міських центрах для сім'ї, дітей та молоді Донецької області.

Відпрацьована модель довела ефективність та можливість надання послуг підліткам груп ризику, а саме споживачам ін'єкційних наркотиків та психоактивних речовин, за допомогою описаного підходу. Головною перевагою даної моделі стало залучення до числа аутич-працівників колишніх СІН, що допомогло налагодженню контактів із цільовою групою та рекрутингу клієнтів.

*«Тут люди з любов'ю ставляться до тебе. Вони тебе поважають. Коли я приходжу сюди, в мені ніби відразу прокидається моя внутрішня людина. Самооцінка підвищується. Я себе відчуваю особистістю тут»*

*(з інтерв'ю з хлопцем-СІН, 18 років, клієнтом моделі).*

Більш детальна інформація про цю модель «Профілактика ВІЛ/ІПСШ і розвиток послуг соціальної реабілітації серед наркозалежних підлітків» викладена в окремому аналітичному звіті (див. Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: досвід впровадження цільових моделей в Україні / ЮНІСФ, Укр. Ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: Версо 04, 2010. – 88 с. – Режим доступу: <http://www.unicef.org/ukraine/ukr/>).

## Модель «Профілактика ВІЛ/ІПСШ, послуги підтримки, розробка та адаптація методики роботи з реабілітації неповнолітніх дівчаток, постраждалих від насильства, в т. ч. сексуального, або залучених до надання сексуальних послуг за методом «one-stop-shop» (м. Одеса)

### Опис моделі

Для пілотної апробації роботи з дівчатами-підлітками груп ризику в липні 2009 року громадським рухом «Віра. Надія. Любов» спільно з державними та недержавними організаціями-партнерами за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) була запущена модель «Профілактика ВІЛ/ІПСШ, послуги підтримки, розробка та адаптація методики роботи з реабілітації неповнолітніх дівчаток, постраждалих від насильства, в т.ч. сексуального, або залучених до надання сексуальних послуг, за методом «one-stop-shop» (м. Одеса) (рис. 4.4).

**Термін реалізації моделі:** липень 2009 року – березень 2010 року.

**Основний виконавець моделі:** громадський рух «Віра. Надія. Любов».

**Цільова група:** дівчата-підлітки, постраждали від насильства, в т.ч. сексуального, або залучені до надання сексуальних послуг.

**Перелік послуг:** на базі Центру соціально-психологічної реабілітації «Софія» дівчата-учасниці моделі могли пройти курс реабілітації та отримати повний пакет психокорекційних, медико-соціальних, соціально-побутових та юридичних (допомога в оформленні документів) послуг.



Рис 4.4. Перелік організацій-партнерів, що були залучені до реалізації моделі «Профілактика ВІЛ/ІПСШ, послуг підтримки, розробка та адаптація методики роботи з реабілітації неповнолітніх дівчаток, постраждалих від насильства, в т.ч. сексуального, або залучених до надання сексуальних послуг за методом «one-stop-shop» (м. Одеса)

### Результати реалізації моделі

У рамках моделі розроблено та адаптовано методики ведення соціально-психологічної реабілітаційної роботи з дівчатами-підлітками із числа цільової групи моделі, розширено практичну базу з профілактики ризикованої поведінки та формування життєвих навичок у неповнолітніх.

За час реалізації моделі курс реабілітації в Центрі «Софія» на базі ГР «Віра. Надія. Любов» пройшли 36 дівчаток-підлітків та отримали доступ до послуг з профілактики ВІЛ, медичних, соціальних та психологічних послуг.

За час реалізації моделі пройшли навчання та набули досвід у роботі з цільовою групою 9 спеціалістів Центру «Софія» та спеціалісти організацій-партнерів із числа державних та недержавних установ щодо законодавчих, психологічних, етичних особливостей роботи для створення дружніх недискримінаційних послуг та ставлення до цільової групи.



#### Отримані уроки

**1. Розширення терміну надання послуг.** Курс реабілітації для дівчат-учасниць моделі в 2 місяці є недостатнім для надання психокорекційних послуг.

**2. Залучення дівчат-учасниць** необхідно здійснювати в процесі планування та проведення заходів у рамках проекту для розробки інформаційно-освітніх матеріалів.

**3. Оцінка задоволеності клієнтів.** Дослідження задоволеності учасників проекту довело складність цільової групи та налагодження контакту з нею. Дівчата, які перебувають у центрі і тільки почали курс реабілітації досить ворожо сприймають чіткий розпорядок дня, що має бути обов'язковим у центрі. Вимоги персоналу більшістю дівчат сприймаються як посягання на їхню особисту свободу та незалежність.

**4. Адвокація.** Реалізована модель довела необхідність вироблення адвокаційної стратегії із залученням зацікавлених сторін, проведення заходів для покращення процесу надання послуг цільовій групі відповідно до її потреб. Адвокаційна діяльність повинна включати елементи фандрайзингу, в першу чергу, – для фінансування проекту на більш тривалий термін.



#### Життєздатність моделі

Життєздатність проекту забезпечує ГР «Віра. Надія. Любов» при підтримці постійного партнера «Geneva Global Philanthropy», керівництвом організації регулярно ведеться фандрайзинг.

Під час поширення досвіду впровадження моделі надання послуг дівчатам-підліткам, які постраждали від насильства, в т.ч. сексуального, або залучених до надання сексуальних послуг, важливим є посилення координації діяльності між державним та недержавним секторами, більш активне залучення спеціалістів ЦСССДМ та інших установ/організацій до надання послуг та адвокації діяльності.



#### Фактори успіху

Головним фактором успіху при реалізації моделі став багаторічний досвід спеціалістів з надання послуг, у тому числі і підліткової групі та наявність відповідного матеріально-технічного оснащення Центру «Софія».

Запропонований підхід доводить свою затребуваність серед цільової групи через можливість отримати низькопорогові послуги (притулок на 2 місяці, одяг, їжа тощо). Перевагою такого підходу до надання послуг підліткам є те що вони можуть отримати всі необхідні їм послуги в одному місці: в центрі є можливість отримати інформаційні, медичні, соціальні, психологічні, побутові та юридичні послуги. Важливо зауважити, що така модель послуг для переважної більшості дівчат є проміжним етапом ресоціалізації. З одного боку, цей нетривалий період перебування в центрі реабілітації є вкрай потрібним для представників цільової групи. З іншого, подальший період їх життя після виходу з такого центру потребує професійного соціального супроводу, допомоги у вирішенні широкого кола питань організації самостійного життя.

*«Я отримала досить багато нової інформації, навчилася зачіски робити дівчатам,.. практикувалася на них. Навчилася швидко писати диктанти, спочатку повільно, а потім швидше... Прибирати, готувати навчилася...»  
(з тексту інтерв'ю з дівчиною-учасницею проекту, 13 років).*

*«Я не хочу йти по підвалах, спати там... курити, пити, нюхати клей – я цього не хочу. Просто хочу довіри»  
(з тексту інтерв'ю з дівчинкою-учасницею проекту, 13 років).*

Більш детальна інформація про цю модель «Профілактика ВІЛ/ІПСШ і розвиток послуг соціальної реабілітації серед наркозалежних підлітків» викладена в окремому аналітичному звіті (див. Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: досвід впровадження цільових моделей в Україні / ЮНІСЕФ, Укр. Ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: Версо 04, 2010. – 88 с. – Режим доступу: <http://www.unicef.org/ukraine/ukr/>).

## Модель «Профілактика ВІЛ/ІПСШ і розвиток послуг соціальної реабілітації серед наркозалежних підлітків» (м. Одеса)

### Опис моделі

**Суть моделі:** створення соціально-психологічного центру наркологічної допомоги дітям і підліткам на базі дитячого відділення Одеського обласного наркологічного диспансеру як цілісна система психологічних, виховних, оздоровчих, освітніх, соціальних, правових заходів, спрямованих на особисту реадaptaцію наркологічних хворих, їх ресоціалізацію та реінтеграцію в суспільство за умови відмови від вживання психоактивних речовин (див. рис. 4.5).

**Організація-виконавець моделі:** ОБФ «Шлях до дому».

**Цільова група моделі:** неповнолітні-пацієнти обласного наркологічного диспансеру, які знаходяться на стаціонарному лікуванні.

### Перелік отриманих послуг в рамках моделі:

- консультативна допомога та правова підтримка батьків з питань наркозалежності дітей та підлітків;
- психологічна допомога;
- соціальний супровід дітей та молоді до та після виходу з центру.

**Термін реалізації моделі** в межах проекту ЮНІСЕФ: червень 2009 – січень 2010 рр.



Рис. 4.5. Схема взаємодії партнерів, залучених до реалізації моделі





### Результати реалізації моделі

- Знижено рівень поширення ВІЛ/ІПСШ серед наркозалежних підлітків, які перебувають на медичній реабілітації, шляхом надання інформаційно-освітніх послуг та соціально-психологічного супроводу на базі соціально-психологічного центру допомоги дітям і підліткам при обласному наркологічному диспансері.
- **Охоплення клієнтів.** 152 дитини та підлітки отримали консультації психолога (з них 63 – перенаправлені на стаціонарне лікування); 56 підлітків пройшли повний курс медичної, соціально-психологічної реабілітації, отримали юридичну допомогу (встановлення особи, отримання та відновлення документів, розшук близьких родичів, сприяння в позбавленні батьківських прав, вирішення проблем у стосунках із законом (як правило, пов'язаних із притягненням до відповідальності за зберігання та розповсюдження наркотичних засобів тощо), а також інформаційно-освітні послуги. 7 дітей та підлітків, з числа перенаправлених на стаціонарне лікування, не пройшли повний курс через порушення режиму – залишали центр і поверталися по кілька разів (4 підлітки), 2 підлітки пішли з центру і не повернулися.



### Життєздатність моделі

Життєздатність моделі можна підтримувати за рахунок залучення до роботи державних установ, що опікуються дітьми та підлітками, та постійного фандрайзингу.



### Отримані уроки

**1. Підготовчий етап та навчання персоналу.** Підготовка та навчання персоналу повинні передувати старту роботи проекту. Головним акцентом мають бути особливості підліткової психології (особливості мотивування, консультування) та етичні принципи роботи.

**2. Залучення клієнтів.** На всіх етапах реалізації проекту необхідне залучення клієнтів для оцінки інформаційних матеріалів, допомоги в супроводі інших підлітків до лікарів, допомоги в підготовці акцій.

**3. Отримання інформації про клієнтів.** При перших контактах із персоналом клієнти соромляться давати всю правдиву інформацію про себе через недовіру фахівцям, тому інформація, що записана в первинній анкеті, має бути уточнена після встановлення довірчих відносин.

**4. Фандрайзинг.** Регулярне залучення додаткових коштів для вдосконалення діяльності в рамках моделі, зважаючи на зміни потреб клієнтів; для реабілітації підлітків важливим є соціальний компонент, тому до надання послуг підліткам необхідно залучати соціального працівника, психолога, педагогів, що необхідно враховувати під час планування проекту.

**5. Залучений персонал** впровадив толерантне ставлення та дружню атмосферу до клієнтів як основу для надання будь-яких послуг.



### Основні ризики

- Термін соціальної реабілітації дітей та підлітків у межах моделі не може обмежуватися в часі через те, що не дає можливості завершити повною мірою психокорекційну та соціальну складові роботи із дітьми та підлітками.
- Реалізація моделі потребує стабільного фінансування та підтримки з боку осіб, які приймають рішення, для продовження та впровадження роботи в інших установах та організаціях.
- Залучений персонал виказував побоювання щодо переадресації своїх клієнтів до інших установ, зважаючи на те, що не всі фахівці закладів, які надають медико-соціальні послуги, підготовлені до роботи з підлітками, які потребують особливого дружнього підходу, та розуміють психологічні особливості дітей і підлітків.

## Фактори успіху

- Залучено до діалогу державні та недержавні організації, що працюють з цільовою групою, а також державні центри допомоги дітям і підліткам груп ризику, управління охорони здоров'я міської ради.
- Адвокаційна діяльність з питань розвитку медико-соціальних та ВІЛ-профілактичних послуг для підлітків груп ризику (ПГР) дозволила інтегрувати цю роботу в практику державних та недержавних організацій.
- Поширено досвід, набутий в роботі з цільовою групою.
- Розвинено соціально-психологічний компонент в реабілітацію наркозалежних підлітків, що сприятиме формуванню соціальних навичок ПГР.
- Сформовано розуміння безпечної поведінки ПГР щодо ВІЛ та ІПСШ.
- Реалізована модель показала можливість ефективної роботи дитячого відділення при наркологічному диспансері, виявила гостру необхідність для підлітків-СН отримувати послуги з реабілітації.
- Опитування персоналу та клієнтів моделі довели високий рівень задоволеності послугами, що були отримані в рамках моделі.

*«Хочу вивчитися, зробити собі паспорт, отримати якусь освіту, піти десь працювати, створити свою сім'ю. Це і все» (з інтерв'ю з хлопцем 14 років, клієнтом моделі).*

*«... Я вже не хочу ні курити, ні пити, хочу змінити своє життя, щоб було як раніше...» (з інтерв'ю з хлопцем 18 років, клієнтом моделі).*

Більш детальна інформація про цю модель **«Профілактика ВІЛ/ІПСШ і розвиток послуг соціальної реабілітації серед наркозалежних підлітків»** викладена в окремому аналітичному звіті (див. Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: досвід впровадження цільових моделей в Україні / ЮНІСЕФ, Укр. Ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: Версо 04, 2010. – 88 с. – Режим доступу: <http://www.unicef.org/ukraine/ukr/>).

## Розділ 5

### Важливі уроки



© UNICEF/UKRAINE/2010/G.Prozzi/WG90731

Для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в підлітковому середовищі та поширення набутого досвіду важливо врахувати отримані уроки, запобігти помилкам, усунути бар'єри. Результати діяльності в межах проекту ЮНІСЕФ, постійний моніторинг (внутрішній та зовнішній компоненти) та оцінка процесу реалізації моделей, обговорення досягнутих результатів з командами виконавців дозволили узагальнити отримані уроки, які є важливими для впровадження та розширення роботи з різними групами уразливих підлітків та підлітків груп ризику.

Для розширення роботи з підлітками груп ризику в контексті профілактики ВІЛ доцільним було доведення основних результатів різних етапів проекту для ініціювання масштабного обговорення проблем, пов'язаних з профілактикою ВІЛ серед ПГР, формування стійкого розуміння роботи з ПГР як з однією із пріоритетних груп до осіб, які приймають рішення, спонукання їх та надавачів послуг до активних дій у цьому напрямі. За час реалізації проекту основними партнерами проекту було організовано та проведено низку «круглих столів», робочих зустрічей із зацікавленими сторонами. Найбільш вагомими результатами роботи висвітлювалися в ЗМІ тощо.

Важливим компонентом став процес стратегічного планування діяльності з профілактики ВІЛ-інфікування серед ПГР, який було реалізовано спочатку на рівні окремих областей та міст, а потім – на національному. Результатами цього процесу стали поглиблення методологічної основи для профілактики ВІЛ серед ПГР, а саме оцінки можливостей надання ВІЛ-профілактичних послуг на місцях, визначення основних виконавців, які могли б бути залученими до надання послуг ПГР, виокремлення основних цільових груп серед ПГР (на рівні кожного регіону з врахуванням регіональних особливостей), існування достатньої кількості організацій – надавачів послуг, які згодні працювати з цією цільовою групою, та пріоритетності тієї чи іншої групи для конкретного регіону. Стратегічне планування також сприяло поглибленню партнерства та співробітництва між надавачами послуг, які представляють державні та недержавні організації та установи, у сфері профілактики ВІЛ саме серед підліткової групи ризику.

Основні результати діяльності в межах проекту ЮНІСЕФ висвітлювалися на міжнародних та національних конференціях.

Зокрема, у 2008 році на Четвертій національній конференції «Розбудова національної системи моніторингу та оцінки заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні» було ініційовано роботу секції присвяченої уразливим підліткам та молоді «Моніторинг в групі молоді, найбільш уразливої до ВІЛ», де представлено презентації, що висвітлювали діяльність в рамках проекту:

- «Оцінка ризику ВІЛ-інфікування серед дітей та підлітків, які живуть та працюють на вулиці»;
- «Показники моніторингу підлітків груп ризику: методичні аспекти, наявні результати та виклики для програм профілактики»;
- «Особливості поведінки дівчат-підлітків, які залучені до комерційного сексу».

У 2010 році на «Національній науково-практичній конференції з питань ВІЛ-інфекції та СНІДу» (МОЗ України) були порушені питання необхідності включення підліткової групи до програм зменшення шкоди як найбільш ефективної програми з профілактики ВІЛ («Включення підлітків-СІН до існуючих програм зменшення шкоди», усна презентація, секція «Профілактика СІН: 15 років зменшення шкоди в Україні»), висвітлені останні результати діяльності в проекті («Ефективність проектів ВІЛ-профілактики серед підлітків груп ризику (ПГР) в Україні», усна презентація, секція «Ефективність профілактичних програм для підлітків для груп ризику, уразливих дітей та молоді»), вказана необхідність поглиблювати первинну профілактику серед учнівської молоді для попередження переходу цієї категорії підлітків до ризикованих щодо ВІЛ практик поведінки («Охоплення учнівської молоді програмами первинної профілактики ВІЛ та основні джерела отримання інформації», усна презентація, секція «Первинна профілактика ВІЛ-інфекції, її місце та роль в досягненні цілей універсального доступу»). Обговорення актуальності роботи з підлітками груп ризику відбулося також на секції «Методи та підходи моніторингу та оцінки профілактики, догляду та підтримки».

Результати проекту, зокрема дані кількісного та якісного досліджень серед ПГР, дані вторинного аналізу біоповедінкових досліджень, результати інтервенційного дослідження та дослідження моніторингу та оцінки, що базувалися на аналізі реалізованих пілотних моделей ВІЛ-профілактичних втручань, стали темами для обговорення на найбільш масштабних міжнародних конференціях 2010 року: на Міжнародній конференції з питань зменшення шкоди (IHRA) – Англія, Ліверпуль (квітень)<sup>35</sup> та на XVIII Міжнародній конференції зі СНІДу (AIDS 2010) – Австрія, Відень, (липень)<sup>36</sup>.

Ключові висновки та отримані уроки стосуються розвитку діяльності з профілактики ВІЛ-інфікування серед уразливих підлітків та підлітків груп ризику на рівні національної політики, регіональних програм, а також реалізації конкретних проектів на рівні громади чи населеного пункту. Важливими є уроки, які стосуються різних аспектів процесу впровадження моделей з профілактики ВІЛ-інфікування серед ПГР.

**1 Урок Адвокаційний супровід.** Отже, перший урок стосується важливості адвокаційних заходів. Для забезпечення стабільного процесу надання послуг необхідне **вироблення адвокаційної стратегії** із залученням зацікавлених сторін. Проведена адвокаційна діяльність під час впровадження моделей свідчить, що окремі акції (презентація проекту, результатів, прес-конференція тощо) можуть бути недостатніми для просування інтересів цільової групи, а лише допоможуть поширити інформацію, тобто стануть, скоріше, лише рекламою. Важливо, щоб **адвокаційні заходи проводилися регулярно та фокусовано**. Враховуючи цільові групи, мету та завдання проектної діяльності, адвокаційна діяльність планується з орієнтацією на ті структури та організації, які причетні до роботи з окремими цільовими групами або можуть сприяти впровадженню та розвитку необхідних для ПГР програм, у тому числі й на окремих осіб, які приймають рішення, і представників ПГР, якщо це не порушує етичні принципи роботи з ними. Також ці адвокаційні заходи на певних етапах повинні включати елементи фандрайзингу.

<sup>35</sup> 5 постерних презентацій: «Process evaluation of a harm reduction model for adolescent female sex workers in Ukraine», «HIV risk and vulnerability among non-injecting sexual partners of injecting drug users in Ukraine», «Using the age of initiation of injecting drug use to advocate with service providers in Ukraine to start working with young IDUs», «A model of reducing harm among adolescents living and working on the streets in Kyiv, Ukraine», «Social and behavioral research as a basis for implementing effective methods of HIV prevention among Most-at-Risk Adolescents».

<sup>36</sup> Усна презентація «Service Access Barriers in Ukraine Seen through the Eyes of Adolescent Injecting Drug Users and Female Sex Workers – Using the Results of a Quality Study in the Design of Targeted HIV Preparation Interventions», постерна презентація «Evidence for the Inclusion of Most-At-Risk Adolescents (MARAs) in the National AIDS Response in Ukraine», електронна презентація «Adolescent female sex workers in Ukraine: results of a targeted intervention model».

**2 Урок Другий висновок та урок** стосуються **підготовчого етапу до початку** впровадження інтервенцій. Перш ніж планувати діяльність з профілактики ВІЛ серед ПГР, доцільно проаналізувати наявну інформацию, якщо це необхідно – провести додаткові дослідження, **зібрати доказову базу та визначити потенційних партнерів**. Це забезпечить від помилок при плануванні та дозволить відповісти на потреби цільових груп.

Розробка та обґрунтування національного плану стратегічних дій, розробка та реалізація пілотних моделей базувалася на даних низки соціологічних досліджень серед підлітків груп ризику та надавачів послуг, а також на даних офіційної статистики. Ці дані було використано для визначення основних ризикованих поведінкових практик, притаманних ПГР, та основних потреб різних груп підлітків, які необхідно враховувати при наданні послуг. До процесу розробки підходів до надання послуг були залучені спеціалісти, які в подальшому і реалізовували моделі.

**3 Урок Третій урок стосується початкового етапу**, що передує основній діяльності з надання послуг цільовим групам підлітків.

В окремих випадках початковий етап як певний термін часу, коли основна діяльність ще не розпочата і коли здійснюється фокусована підготовка персоналу (особливо у випадках, коли цільовими групами є групи ПГР з їх особливими потребами та специфікою соціально-психологічного стану), формується колектив виконавців проекту, узгоджується чіткий план реалізації проекту, графік надання послуг, уточнюється стратегія рекрутингу потенційних клієнтів та вирішуються інші питання, не передбачені. І це створює ризик, що розпочата діяльність потребуватиме суттєвої корекції, буде розбудовуватися «на ходу» та перебудовуватися, розвиватися під впливом ситуації, без достатнього стратегічного бачення.

Висновок – **початковий етап має бути запланований** на перший місяць реалізації проекту. За цей час необхідно підписати договори про співробітництво з партнерами, провести необхідне навчання персоналу, здійснити картування для ефективного рекрутингу цільових груп. Для скоординованої діяльності важливим є вироблення чіткого плану реалізації проекту з повним переліком усіх заходів та видів діяльності, що передбачається, а також визначенням відповідальності організацій-партнерів і функцій кожного окремого спеціаліста і члена команди проекту. Мають бути заплановані заходи з внутрішнього моніторингу та проміжної оцінки ходу реалізації проекту. Необхідно узгодити між партнерами систему обліку клієнтів та послуг, обмін інформацією, систему переадресації. Ще одним завданням на цьому етапі є забезпечення політичної підтримки проекту, для чого можна використовувати наявні координаційні структури (міжвідомчі координаційні ради, робочі групи тощо).

**4 Урок Робота з персоналом** ведеться протягом усього періоду реалізації проекту й передбачає навчання, формування командного стилю роботи, мотивування та забезпечення кадрової стабільності.

Навчання персоналу. Ключові моменти, які слід враховувати при організації підготовки: початковий рівень освіти і кваліфікація співробітників; підготовка повинна передувати початку роботи, де центральним акцентом мають бути особливості підліткової психології (особливості мотивування, консультування) та етичні принципи роботи з дітьми та підлітками, з групами ризику; навчальні заходи повинні об'єднувати різні зацікавлені сторони для подальшого налагодження контактів; вдалим є об'єднання тренінгів з обміном практичним досвідом між близькими профілактичними моделями (відвідування підструктур проекту, як це було в тренінгах на базі ЮНІСЕФ). Істотний вплив на покращення процесу надання послуг мало навчання персоналу моделі, що було організовано ЮНІСЕФ та включало два види тренінгів щодо ДКТ та введення випадку. Одним із найбільш позитивних моментів стало об'єднання в межах цих тренінгів команд із різних регіонів (міста Київ, Донецьк, Одеса, Миколаїв), що посприяло обміну досвідом та покращенню процесу надання послуг в рамках моделей.

Українським виявилися регулярні (щомісячні) зустрічі персоналу. Через відсутність робочих зустрічей виникає незрозуміння окремими членами команди деяких компонентів моделі та обов'язків інших членів команди. Такі зустрічі допомагають сформувати командний, комплексний підхід до надання послуг підліткам, підвищують ефективність переадресації. Необхідним є однакове розуміння всіма членами команди підходів до надання послуг і забезпечення єдиної системи роботи, в іншому разі це призводить до надання різної інформації цільовій групі.

Кадрова стабільність. Необхідним є забезпечення постійного складу персоналу. Під час зміни персоналу моделі та залучення нових спеціалістів необхідна розробка чіткого плану підготовки нових спеціалістів за короткий термін та проведення для них додаткового навчання. Для забезпечення ефективності реалізації моделі і кадрової стійкості потрібні мотивування до участі в реалізації моделі, вироблення системи та механізмів узгодження навантаження на основному місці роботи у зв'язку з участю в реалізації моделі.

**5 Урок Рекрутинг потенційних клієнтів** необхідно не тільки *ретельно спланувати*, а й проводити на постійній основі *протягом усього часу* діяльності з надання послуг.

Постійна співпраця членів команди з клієнтами, а особливо з їх лідерами дозволяє визначити перспективні точки для вуличної роботи, відстежувати та своєчасно реагувати на процес міграції цільової групи. Більш контактними підлітками та більш мотивованими до участі в проекті були підлітки, які перебувають у більш складних життєвих обставинах (наприклад, уже декілька років перебувають на вулиці). Успішність рекрутингу та утримання підлітків у проекті залежать від дотримання етичних принципів та адекватної відповіді на інтереси й потреби кожного. Підлітки, в яких не були зруйновані зв'язки з батьками, виступають проти інформування своїх батьків або родичів про свої ризиковані практики, про участь у проекті або про послуги, що їм надаються. У разі відсутності попереднього досвіду рекрутингу цільової групи аутич-працівникам знадобиться час на встановлення контакту із цільовою групою та відпрацювання маршрутів аутич-роботи. Прискорення цього процесу потребує тісної співпраці з тими організаціями та окремими особистостями, які мають «вхід» до цільових груп, користуються довірою. Виявлення лідерів з числа ПГР, їх навчання та мотивування створює «місток» з ПГР і дозволяє здійснювати рекрутинг потенційних клієнтів проекту протягом усього часу.

**6 Урок Система переадресацій.** Досвід реалізації моделей засвідчив, що в роботі з підлітковою групою потрібне підсилення процесу переадресації для забезпечення фізичного супроводу клієнтів до іншої організації/установи з метою отримання послуг. Такий супровід вимагає додаткових людських та фінансових ресурсів, але дозволить не втратити клієнта та забезпечити його максимальною кількістю необхідних йому послуг. Отже, необхідним компонентом у процесі реалізації моделі є *фізичний супровід клієнта* представником персоналу до переадресованої організації. Неврахування цієї умови під час переадресації призводить до втрат клієнтів.

**7 Урок Потреби підлітків груп ризику значно перевищують пакет послуг з профілактики ВІЛ-інфікування.** Надання послуг у рамках моделі повинно максимально задовольняти потреби клієнтів-підлітків.

Особливості кожної групи підлітків означають, що може виникати потреба в розширенні переліку послуг та збільшенні терміну надання послуг. Наприклад, двох місяців для реабілітації дівчат, які постраждали від насилля, в тому числі сексуального, або були певний час залучені до надання сексуальних послуг (проект у м. Одесі), недостатньо. І після курсу стаціонарної програми необхідний супровід дівчат амбулаторними програмами. Програма реабілітації має орієнтуватися на індивідуальні потреби дівчат та передбачати варіативність у тривалості. Реалізованим моделям у містах Києві та Донецьку бракувало низькопорогових послуг, які б могли задовольнити базові потреби цільової групи (їжа, одяг, притулок тощо). Також моделі показали недоліки в наданні медичних послуг на безкоштовній основі, реабілітації від нарко- та інших видів залежності та відсутність нормативно-правового супроводу іногородніх підлітків з ВІЛ-позитивним статусом або батьків чи опікунів.

Найбільш невирішеним залишається надання освітніх послуг. З огляду на те, що серед клієнтів моделі переважна більшість не відвідують школу або інші навчальні заклади, необхідно винайти механізм повернення цих підлітків до навчання, вироблення серед цільової групи стійкого уявлення необхідності та важливості отримання освіти, а також запропонувати систему «шкіл вирівнювання знань» поза межами стандартних програм навчальних закладів з метою ліквідації пробілів конкретних тематичних знань.

**8 Урок Гнучкість проектної діяльності.** У пілотних моделях під час їх впровадження відбувалося корегування, яке стосувалося розширення цільової групи, зміни маршрутів аутич-працівників, що не було прописано в проектній пропозиції, але позитивно вплинуло на охоплення клієнтів. Тому можливість коректувати проектну пропозицію для покращення умов реалізації моделі, реагування на рекомендації персоналу та висновків за результатами моніторингових досліджень, реагування на зміни в потребах клієнтів, розширення цільової групи та спектра послуг мають бути закладені в принцип гнучкості, *особливо для маловивчених та слабо структурованих груп підлітків груп ризику*. Для вчасного реагування на необхідність змін у процесі реалізації моделі найбільш дієвим інструментом є проведення зовнішнього та внутрішнього моніторингу та оцінки проекту. Уточнення мети, цільової групи, компонентів моделі та індикаторів МіО слід проводити з урахуванням напрацьованого досвіду команди протягом першого кварталу роботи.

Розширення спектра послуг. Задовольнити потреби підлітка з групи ризику можна лише за умов невідкладного та постійного вдосконалення й розширення спектра послуг для ПГР та їхніх сімей, надання базових послуг (їжа, одяг, гігієна, притулок), особливо для підлітків, які живуть або працюють на вулиці, опрацювання алгоритмів консультування та соціально-медичного супроводу підлітків, залучення їх до роботи дружніх клінік, інших спеціалізованих медичних установ.

**9 Урок Фінансування та матеріально-технічні ресурси.** Обов'язковим є процес пошуку додаткових ресурсів для покращення та розширення діяльності в рамках моделі. Під час реалізації моделі додаткові ресурси допомогли забезпечити модель необхідними приміщеннями для надання послуг, роздатковими та інформаційними матеріалами, оплатою мобільного зв'язку, транспортом тощо. Пошук та залучення додаткових коштів є важливим для вдосконалення діяльності в рамках моделі, зважаючи на зміни потреб клієнтів та широкий спектр потреб ПГР.

При формуванні бюджету в проектній пропозиції необхідно враховувати середньостатистичний або прогнозований показник інфляції.

**10 Урок Залучення представників цільових груп ПГР.** Для забезпечення відповідності наданих послуг потребам клієнта необхідною умовою було залучення підлітка до оцінки якості наданих йому послуг та планування діяльності в рамках моделі. На різних етапах реалізації пілотних моделей позитивний вплив мало активне залучення клієнтів до процесу планування та проведення заходів у рамках проекту, до розробки інформаційно-освітніх матеріалів, допомоги в супроводі інших підлітків до партнерських організацій, допомоги в підготовці акцій тощо.

**11 Урок Нормативно-правовий супровід роботи з ПГР.** Набутий досвід засвідчив необхідність налагодженого нормативно-правового супроводу роботи з підлітками. Така потреба виникає при наданні окремих послуг клієнтам, наприклад, якщо малолітній підліток отримав позитивний результат швидкого тесту на ВІЛ, для підтвердження ВІЛ-статусу та надання необхідних послуг. У перспективі продовження реалізації подібних моделей доцільною є розробка підходів до надання послуг для підлітків груп ризику у віці від 10 до досягнення 14 років, через те що ця група залишається найбільш важкодоступною та найменш охопленою профілактичними послугами, що потребує також нормативно-правового врегулювання надання послуг на принципах анонімності та конфіденційності.

**12 Урок Планування моніторингу та оцінки.** Планування та проведення внутрішнього моніторингу в процесі реалізації проекту є важливим інструментом ефективного реалізації моделей і своєчасного корегування діяльності та вдосконалення пакета послуг. Ведення бази даних клієнтів та послуг дозволяє відстежувати процес рекрутингу, користування послугами та мати інформацію про характеристики, структуру і потреби клієнтів, відстежити результативність системи перенаправлень до інших організацій для надання конкретних послуг. Зовнішній моніторинг та оцінка можуть забезпечити оцінку задоволеності клієнтів та персоналу, визначення потреб та потенціалу персоналу. Своєчасне планування системи моніторингу дозволяє узгодити цей компонент з планами діяльності в межах самого проекту. Доцільним є використання накопичених методик для сучасних технологій здійснення моніторингу та оцінки. Досвід опитування клієнтів окремих проектів (зокрема дівчат, які залучені до надання комерційних сексуальних послуг) довів можливість використання мобільних телефонів для проведення індивідуальних інтерв'ю. Важливим є індивідуальний підхід до співробітників проектів при оцінці їх задоволеності, що означає пріоритет методу індивідуальних глибинних інтерв'ю над методом фокус-груп.

Здійснені узагальнення та структурування отриманих уроків за результатами реалізації проекту ЮНІСЕФ можна доповнити переліком бар'єрів та нагальних викликів.

Найбільш гострими є політична нестабільність; стигматизація та дискримінація груп високого ризику ВІЛ-інфікування (СІН, ЖКС, ЧСЧ), порушення прав людини (які набувають ще більш негативного забарвлення стосовно груп малолітніх та неповнолітніх); відсутність традиції державного замовлення послуг громадським організаціям, що означає нестабільність фінансової підтримки та складність довгострокового планування діяльності; неготовність спеціалістів системи охорони здоров'я надавати послуги дітям, особливо з груп ризику; нерозвинута мережа сервісів для ПГР, зокрема центрів реабілітації, центрів денного перебування, соціальних гуртожитків; відсутність у діяльності з протидії епідемії ВІЛ-інфікування особливої уваги до підліткової когорти груп ризику (СІН, ЖКС та ЧСЧ).

## Діяти заради майбутнього

(замість післямови)

«... Коли тобі надають допомогу ...»  
(дівчина, 17 років)

Якщо озирнутися та оцінити спільні дії кількох останніх років, ті зусилля, що були спрямовані на забезпечення доступу до медико-соціальних послуг для підлітків, які перебувають в складних життєвих умовах, то можна сказати, що зроблено немало. І усміхнені обличчя хлопців та дівчат, які сьогодні мають надію, мають допомогу, мають підтримку, вселяють надію та оптимізм.

Але якщо усвідомити, як багато дітей та молодих людей виключені з повноцінного суспільного життя, чесно визнати низький рівень охоплення ПГР послугами, визнати слабкість державної системи соціальної підтримки, брак ресурсів та підготовлених професійних кадрів, то стає зрозумілим, який складний шлях розбудови спроможності українського суспільства щодо забезпечення прав кожної людини, кожної дитини ще необхідно здолати.

### Інформаційна вставка 6.1

#### Національні орієнтири України

- **Цільовий показник охоплення профілактичними послугами дітей та підлітків груп ризику**, запропонований Дорожньою картою розширення універсального доступу до профілактик ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року – **60%**<sup>37</sup>.
- **Очікуваний результат виконання Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, – охоплення медичними послугами з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу 60% представників груп ризику (СІН, ЖКС, ЧСЧ)**<sup>38</sup>.

Впровадження ефективної діяльності з профілактики ВІЛ-інфікування серед уразливих підлітків та підлітків груп ризику вимагає змін на рівні державної політики, вдосконалення системи надання послуг на рівні окремих організацій та установ, активізації структур громадянського суспільства, а також постійної координації та взаємодії всіх зацікавлених суб'єктів.

Інформаційно-освітні кампанії, відкрите обговорення проблем у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфікування потрібні для формування толерантного ставлення до проблеми, до представників груп ризику, до людей, які живуть з ВІЛ.

Комплексні заходи з адвокатування особливих потреб дітей та молодих людей необхідні для мобілізації всіх зацікавлених сторін та об'єднання зусиль різних фахівців.

Удосконалення також потребують зміст та якість послуг для ПГР. Необхідними складовими для вдосконалення ВІЛ-профілактичних послуг є:

- Орієнтованість профілактичних послуг на потреби хлопців і дівчат груп ризику та їх комплексність. ВІЛ-профілактичні послуги доцільно комплексно інтегрувати в інші послуги, що надаються цій групі з метою забезпечення безперервності догляду.
- Наявність відповідної підготовки надавачів та потенційних надавачів послуг методам, орієнтованим на особливо уразливих підлітків і підлітків груп ризику.
- Наявність позитивних прикладів від самих представників груп ризику, допомога за принципом «рівний – рівному», що є важливою складовою профілактичних послуг для ПГР.

<sup>37</sup> Дорожня карта розширення універсального доступу до профілактик ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року. – Квітень 2006. – С. 17.

<sup>38</sup> «Концепція Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки», схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21 травня 2008 р. № 728-р.



- Спрямованість профілактичних заходів на підлітків, які включають такі складові: інформування, освіта, розвиток навичок і консультування в рамках стратегії комунікації змін поведінки; доступність презервативів, послуг зі зменшення шкоди; доступність широкого кола медико-соціальних послуг, лікування, догляду та підтримки, ДКТ, своєчасна діагностика та лікування ІПСШ.

Запорукою успішності кожного окремого заходу є участь самих дітей та молоді в процесах обговорення, прийняття рішень, планування та оцінки, що дозволить максимально врахувати потреби, зорієнтуватися на очікування підлітків, а також задіяти їх власний потенціал.

Профілактика ВІЛ-інфікування серед підліткових груп має бути інтегрованою, але фокусованою. Інтегрованість означає, що забезпечення доступу дітей та підлітків до ВІЛ-сервісних послуг стає складовою діяльності всіх організацій та установ, які надають відповідні послуги. Фокусованість означає, що ці послуги відповідають потребам цільових груп, враховують їх вікові, гендерні та психологічні особливості.

Практика свідчить, що усвідомлення важливості роботи з ПГР, бажання конкретних організацій та наявність необхідних ресурсів (фінансових, матеріально-технічних та людських) дозволяють впроваджувати та розвивати ефективні ВІЛ-сервісні послуги для підлітків груп ризику.

Окрему увагу доцільно зосередити на діяльності із запобігання поповненню груп ризику, що означає соціальну підтримку кризових сімей, соціальну допомогу дітям, які опинилися в складних життєвих обставинах, індивідуальний підхід до кожної дитини, кожної молодої людини, небайдужість суспільства та кожного громадянина.

За умов досить чисельної групи підлітків, які вже практикують ризиковану поведінку, актуальним стає підтримка їх «виходу», створення умов ресоціалізації, допомога у вирішенні всього спектра соціальних та соціально-психологічних проблем, які постають на заваді поверненню до повноцінного суспільного життя.

Тільки спільні зусилля зможуть забезпечити необхідну підтримку дітям та молодим людям, які перебувають у ризику ВІЛ-інфікування. Кожний підліток має право відчувати себе повноправним членом суспільства та не потерпати від соціальної ізоляції та осуду. Для цього необхідно визнання суспільством актуальності цієї проблеми, формування більш глибокого розуміння наявних потреб різних груп дітей та молоді, а також розбудова ефективної системи захисту їхніх прав.



© UNICEF/UKRAINE/2010/G.Pirozzi/WG99801



© UNICEF/UKRAINE/2010/G.Pirozzi/WG99054



Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ)  
Представництво в Україні  
01021, Київ,  
Кловський узвіз, 5  
Тел.: +380 44 254 24 50  
Факс: +380 44 230 25 06  
[www.unicef.org.ua](http://www.unicef.org.ua)

Український інститут соціальних досліджень  
імені Олександра Яременка  
01011, Київ, Панаса Мирного, 26,  
блок А, оф. 211, 310  
Тел.: +380 44 501 50 76, +380 50 310 80 16  
Факс: +380 44 501 50 75  
[www.uisr.org.ua](http://www.uisr.org.ua)