

**ПІДЛІТКИ ГРУП РИЗИКУ:
доказова база для посилення відповіді
на епідемію ВІЛ в Україні**

Київ 2008

ББК 55.148(4УКР)+60.56В(4УКР)

П 32

Авторський колектив:

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

Розрахунок і обробка даних опитування

Лідія Романовська.

Рецензенти:

Л.Г. Сокурянська, д-р соціол. наук;
Н.Й. Черниш, д-р соціол. наук;
Н.Л. Лук'янова

*Рекомендовано до друку вченою радою Українського інституту соціальних досліджень
імені Олександра Яременка (протокол № 4 від 24 листопада 2008 р.)*

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

Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні:
П 32 аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – 192 с.

ISBN 978-966-2141-25-2

У звіті подано основні висновки за результатами досліджень, які проводили ЮНІСЕФ і його партнери в рамках проекту «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику в Україні та Південно-Східній Європі» впродовж 2007–2008 років. Звіт узагальнює доказову базу щодо уразливих підлітків та підлітків груп ризику в контексті потреб країни у плануванні та програмуванні відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу, а також аналізує поточні зусилля з розвитку національної системи моніторингу і оцінки з ВІЛ/СНІДу. Крім того, у звіті представлено рекомендації щодо розроблення та посилення заходів із профілактики ВІЛ-інфекції серед уразливих підлітків та підлітків груп ризику.

ББК 55.148(4УКР)+60.56В(4УКР)

Думки, висловлені у цьому звіті, не обов'язково відображають політику та погляди
Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту.

ISBN 978-966-2141-25-2

© ЮНІСЕФ, 2008

© УІСД ім. Олександра Яременка, 2008

© UNICEF/2008/UKR/01191-Pirozzi,
фото на обкл.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	5
ПОДЯКИ	6
АБРЕВІАТУРИ	8
СТИСЛИЙ ОГЛЯД	10
А. Загальна інформація	10
Б. Дослідження	13
В. Результати та обговорення	14
Г. Рекомендації	21
ВСТУП	24
1. ПІДҐРУНТЯ ПРОБЛЕМИ	30
1.1. Фактори уразливості та ризику	30
1.2. Огляд політики та законодавства	35
1.3. Стратегічне планування та програмування	38
1.4. Захворюваність і поширеність ВІЛ	40
1.5. Профілактичні та супровідні послуги, пов'язані з ВІЛ/СНІДом	42
1.6. Інтереси та взаємодія між зацікавленими сторонами	45
2. ДОСЛІДЖЕННЯ	49
2.1. Кабінетне дослідження	49
2.2. Огляд політики та законодавства	49
2.3. Аналіз гендерної ситуації	50
2.4. Вторинний аналіз і базове дослідження	50
2.4.1. Вторинний аналіз	51
2.4.2. Базове дослідження	52
2.4.2.1. Критерії зарахування до цільової групи дослідження	52
2.4.2.2. Відбір пунктів для дослідження	53
2.4.2.3. Мета дослідження	54
2.4.2.4. Відбір і робота на місцях	54
2.4.2.5. Інструментарій дослідження та аналіз даних	55
2.4.2.6. Етичні питання	56
2.4.2.7. Переваги та обмеження базового дослідження	57
2.4.2.8. Здобутий досвід	58

2.5. Аналіз зацікавлених сторін і оцінка потреб	61
2.5.1. Мета й завдання	61
2.5.2. Основні етапи й методи	61
2.5.3. Переваги, обмеження та здобутий досвід	62
3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	63
3.1. Соціально-демографічні характеристики	63
3.2. Ризикована та безпечна поведінка ПГР	72
3.2.1. Статева поведінка	72
3.3. Чинники впливу на залучення до ризикованих практик	95
3.4. Рівень доступності профілактичних послуг	102
4. ОБГОВОРЕННЯ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ	109
4.1. Розуміння масштабів проблеми	109
4.2. Урахування впливу соціально-демографічних характеристик і соціального статусу	109
4.2.1. Гендер	110
4.2.2. Вік	111
4.2.3. Соціальний статус	113
4.2.3.1. Сімейний стан	113
4.2.3.2. Мобільність та національність	113
4.2.3.3. Умови місця проживання	114
4.2.3.4. Рівень освіти та зайнятість	114
4.2.3.5. Статус сироти	115
4.2.3.6. Досвід затримання або переслідування	116
4.3. Окремі ризики та моделі ризикованої поведінки уразливих підлітків і ПГР	116
4.4. Детермінанти поведінки та чинники уразливості	125
4.5. Рекомендації	127
5. ПОДАЛЬШЕ ВИКОРИСТАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	145
ДОДАТОК 1. Організації, що мали брати та взяли участь у регіональних координаційних радах (РКР)	146
ДОДАТОК 2. Проект ЮНІСЕФ «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику (ПГР) в Україні та Південно-Східній Європі»	150
ДОДАТОК 3. Дослідницький протокол Базове дослідження (2007–2008 рр.) Проект ЮНІСЕФ: «Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику (ПГР) в Україні й Південно-Східній Європі»	167
ДОДАТОК 4. Перелік змінних спеціального дослідження дітей і підлітків, що живуть або працюють на вулиці	181
ДОДАТОК 5. Додаткова література	188

ПЕРЕДМОВА

Попередження випадків інфікування вірусом імунодефіциту людини – ключове завдання стратегії, що має на меті зупинити епідемію ВІЛ, яка на сьогодні в Україні концентрується в групах ризику, а саме: в групах споживачів ін'єкційних наркотиків, дітей-сиріт, безпритульних, неповнолітніх, що утримуються в установах Державної кримінально-виконавчої служби та у спеціалізованих закладах, дітей та підлітків із сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах; осіб, що надають платні сексуальні послуги, тощо.

Новою Загальнодержавною цільовою програмою забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки передбачається охопити профілактичними заходами не менше 60% представників груп ризику. Для досягнення цієї мети, окрім скоординованої комплексної роботи багатьох міністерств, відомств, організацій і просто небайдужих людей, необхідно якомога повніше знати причини та фактори, що сприяють поширенню інфекції в цих групах, особливості поведінки їх представників, які бар'єри заважають їм одержати необхідну інформацію чи послуги, які ресурси та втручання необхідні для зупинення епідемії ВІЛ, особливо в групах дітей та підлітків високого ризику.

Згідно з Програмою співробітництва Уряду України та Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) на 2006–2010 роки, Уряд та ЮНІСЕФ домовилися приділити особливу увагу питанням роботи з підлітками груп ризику, насамперед через створення відповідної доказової бази, збір та аналіз даних, необхідних для розвитку програмної діяльності у сфері роботи з підлітками.

Представлений Вашій увазі звіт узагальнює результати дослідження українських фахівців, яке було проведено за підтримки Дитячого фонду ООН і яке надає достовірну інформацію щодо факторів уразливості підлітків перед епідемією ВІЛ, щодо ризикованої поведінки дітей та підлітків, які живуть або працюють на вулиці. У звіті також міститься огляд політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування, представлені соціально-демографічні характеристики групи.

Матеріали звіту стануть у нагоді фахівцям, практикам та тим, хто розробляє політику й приймає рішення з відповідної проблеми.

Кондратюк Т.В.,
заступник Міністра у справах сім'ї, молоді та спорту

ПОДЯКИ

Цей документ підготував колектив 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 підготуванні цього документу надала Лондонська школа гігієни та тропічної медицини (ЛШГТМ), що є міжнародним партнером проекту ПГР.

Головними партнерами проекту ПГР в Україні є Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту та Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді (ДСССДМ). Їм висловлюємо особливу подяку за надання проектів вагомої підтримки, зокрема за взяття на себе головної ролі у визнанні цільових груп проекту (як пріоритетних 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

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 УІСД імені Олександра Яременка; Тетяна Бондар, директор УІСД імені Олександра Яременка.

Дослідники-асистенти: Олександра Ненько, Юлія Середа, Анастасія Денисюк, УІСД імені Олександра Яременка; Лідія Романовська, програміст УІСД імені Олександра Яременка.

Менеджери сектору збору первинної інформації: Олександр Бондар, Анна Дмитруха, УІСД імені Олександра Яременка.

Організатори польових робіт: Олена Дзюба, Дніпропетровськ; Ігор Чернін та Олена Кліменко, Донецьк; Анна Рябова та Ольга Кузмінська, Миколаїв; Леонід Крисов, Київ.

Міжнародні консультанти, залучені до дослідження: Джоана Буша, лектор Центру дослідження населення, ЛШГТМ; Ейн Костіган, консультант з питань гендеру Регіонального представництва ЮНІСЕФ.

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.

Дослідження координували та підтримували координаційні ради, до складу яких входили представники зацікавлених сторін національного та регіонального рівнів на всіх етапах проведення дослідження.

Висловлюємо щирі подяку всій дослідницькій групі та всім членам координаційних рад національного та регіонального рівнів за їх внесок у дослідження.

Особливо вдячні регіональним координаторам проекту ПГР за їх плідну працю та постійне сприяння діяльності регіональних координаційних рад: Ірині Кабат та Олені Білоконь, Дніпропетровськ; Юрію Балаболці та Людмилі Буркаль, Донецьк; Світлані Янковській, Миколаїв; Валерію Танцюрі та Леоніду Крісову, Київ.

Учасники дослідження та інші особи, які приділили час і зусилля для здійснення проекту

Майже 1600 українських хлопців та дівчат – підлітків віком від 10 до 19 років, які є особливо уразливими та знаходяться в ризику інфікування ВІЛ, взяли активну участь у дослідженні. Колектив проекту ПГР особливо вдячний усім респондентам за бажання долучитися та зробити свій внесок у дослідження, за їх довіру та щире розповідь про своє життя. Отримана інформація про поведінку таких підлітків та чинники, які на неї впливають, про користування послугами дає змогу планувати та розробляти для них відповідні профілактичні втручання. Цей звіт присвячено всім цим хлопцям і дівчатам.

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 розроблення стратегічного плану дій та інших подіях. Цей перелік можна ще продовжувати, і колектив проекту ПГР вдячний усім учасникам за їх цінний внесок.

Особливу подяку висловлюємо Наталії Лук'яновій, директору ДСССДМ, Ірині Дубиніній, заступнику директора ДСССДМ, та Ірині Пінчук, экс-заступнику директора ДСССДМ за їх численні важливі пропозиції та внесок у дослідження та проект.

Колектив проекту ПГР висловлює також щире подяку Фонду ірландської допомоги (Irish Aid) за фінансову підтримку проекту.

АБРЕВІАТУРИ

АМР США	Агентство США з міжнародного розвитку
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГФСТМ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією
ДКТ	Добровільне консультування й тестування на ВІЛ
ДСССДМ	Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді
ЄС	Європейський Союз
ЖКС	Жінки, які надають комерційні сексуальні послуги
ЗПТ	Замісна підтримувальна терапія
ІВС	Інститут відкритого суспільства
ІОК	Інформація, освіта і комунікація
ІПЕК	Міжнародна програма з викорінення найгірших форм дитячої праці
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ІТТ	Ізолятори тимчасового тримання
КЗП	Комунікація зі змін поведінки
КПД	Конвенція про права дитини
ЛГБТ	Лесбійки, геї, бісексуали і транссексуали (спільноти)
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
ЛШГТМ	Лондонська школа гігієни та тропічної медицини
МВС	Міністерство внутрішніх справ України
МіО	Моніторинг і оцінка
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МОМ	Міжнародна організація з міграції
МОН	Міністерство освіти і науки України
МОП	Міжнародна організація праці
Мінсім'ямолодьспорт	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту
Мін'юст	Міністерство юстиції України
НДО	Недержавна організація
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПВМД	Передача (ВІЛ) від матері дитині
ПГР	Підлітки груп ризику
ПНД	Поведінкове наглядове дослідження
ППВМД	Профілактика передачі (ВІЛ) від матері дитині
ПРООН	Програма розвитку ООН
ПТНЗ	Професійно-технічний навчальний заклад

РО	Релігійні організації
РВВС	Районний відділ внутрішніх справ
СБ	Світовий банк
СВОТ	Сильні сторони, слабкі сторони, можливості, ризики (аналіз)
СІЗО	Слідчий ізолятор
СЕЦА	Східна Європа та Центральна Азія
СІН	Споживач ін'єкційних наркотиків
СНІД	Синдром набутого імунodefіциту
ССГАООН	Спеціальна сесія Генеральної асамблеї ООН із питань ВІЛ/СНІДу
ТБ	Туберкульоз
УВКБ ООН	Управління Верховного Комісара ООН у справах біженців
УІСД	Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка
УНЗ ООН	Управління ООН з наркотиків та злочинності
ЦСЕ/СНД	Центральна та Східна Європа і Співдружність Незалежних Держав
ЦСССДМ	Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
ЧСЧ	Чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд ООН
ФНООН	Фонд народонаселення ООН

СТИСЛИЙ ОГЛЯД

А. Загальна інформація

Підлітковий вік – це час підвищеної уразливості, що зумовлено багатьма фізіологічними та фізичними змінами, впливом однолітків та непереборним бажанням експериментувати тоді, коли відчуття особистості, впевненість у собі, знання та життєві навички ще тільки формуються. У такий період сприятлива та дружня атмосфера, позитивні стосунки з батьками або іншими дорослими, активна участь у громадському житті є одними з головних факторів утримання підлітків від поведінки, яка може їм зашкодити або призвести до потрапляння в ситуації експлуатації, ризику, неспроможності захистити себе.

В Україні багато підлітків зростає в умовах та середовищі, які не можуть забезпечити їм цей захист. 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 найбільшніше відбиваються 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 і наркотиків; від успадкованої з радянських часів практики утримувати сиріт та дітей, позбавлених батьківської опіки, у спеціальних державних установах; від належності до маргінальних соціальних груп українського суспільства, вилучених із суспільного життя.

Усі ці чинники можуть створити ситуації, в яких хлопці та дівчата підліткового віку починають практикувати ризиковану поведінку, часто наслідуючи інших. Така поведінка пов'язана з проживанням, роботою або перебуванням на вулиці протягом більшої частини часу, раннім статевим життям та частою зміною статевих партнерів, залученням до вживання ін'єкційних або неін'єкційних наркотиків. У країні, де епідемія ВІЛ розповсюджується швидше, ніж будь-де в Європі, такі підлітки стають особливо уразливими до ВІЛ-інфікування. Його ризик зростає, коли підлітки починають практикувати ризикованішу поведінку, зокрема небезпечне вживання ін'єкційних наркотиків або незахищений секс з ВІЛ-інфікованим партнером; ризик стає ще більшим, коли партнерів багато, підлітків залучають до трансакційного сексу¹, сексуальної експлуатації або примусового сексу.

В Україні групи уразливих підлітків та ПГР, зокрема ПГР, які живуть із ВІЛ, доволі часто змішуються. Їх можна знайти в різному оточенні, наприклад, у кризових сім'ях, на вулиці, у приймальниках-розподільниках для неповнолітніх, інших установах для дітей, зокрема виправних, а також у школах-інтернатах.

Життя та робота на вулиці створюють особливий ризик для хлопців та дівчат підліткового віку. Якісний аналіз показує, наприклад, що підлітки часто живуть або проводять час у групах, де поширені моделі поведінки, які значно збільшують для них ризик ВІЛ-інфікування. Соціальні зв'язки та тиск з боку однолітків вочевидь мають великий вплив на ініціювання поведінки високого ступеня ризику серед підлітків вулиці. Крім того, вуличне середовище підвищує ризик насильства, експлуатації, знущань та втягування у злочинні дії. Останні можуть призвести до переслідування з боку правоохоронних органів, що в свою чергу, в разі ув'язнення, збільшує ризик ВІЛ-інфікування. При цьому брак належної політики та законодавчої бази обмежує можливості захисту прав. До того ж, негативне ставлення та дискримінація з боку прямих надавачів послуг, а також жорстокі рейди міліції викликають страх та недовіру, знеохочують підлітків шукати допомогу та мотивують ПГР уникати контактів та ховатися в місцях, де до них важко дістатися.

¹ «Трансакційний секс» – це термін, який у цьому випадку найкраще характеризує становище хлопців та дівчат підліткового віку, яких можуть примусити до сексу або які можуть опинитися в ситуації, коли вони не мають іншої альтернативи, крім обміну (трансакції) сексу на гроші заради виживання, на товари (зокрема, наркотики) або на поліпшення умов життя.

У з'ясуванні ступеня поширеності ВІЛ та рівня ВІЛ-інфікування серед ПГР офіційна статистика мало чим може допомогти, оскільки рівень тестування на ВІЛ серед цих соціальних груп є дуже низьким і навряд чи відбиває реальну картину. Дані вторинного аналізу результатів дослідження підлітків, які вживають ін'єкційні наркотики (СІН), та жінок, що займаються комерційним сексом (ЖКС), віком від 13 до 19 років, за результатами епідеміологічного нагляду серед ПГР, що реалізував у 2006 році Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом, а також дані про чоловіків, які практикують секс із чоловіками (ЧСЧ), віком від 15 до 24 років з біоповедінкового дослідження, здійсненого серед ЧСЧ у 2007 році за фінансової підтримки Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФСТМ), між іншим, показують, що поширеність ВІЛ серед хлопців і дівчат-ПГР, можливо, є значно більшою, ніж свідчить офіційна статистика. Майже 40% дівчат-СІН та 30% хлопців-СІН, 11% підлітків-ЖКС та 5% юнаків-ЧСЧ отримали позитивний результат тестування на ВІЛ, за даними досліджень 2006 та 2007 років.

Більшість хлопців від 15 до 19 років, які офіційно зареєстровані в Україні як ВІЛ-інфіковані, заразилися на ВІЛ-інфекцію через споживання ін'єкційних наркотиків (65%); більшість дівчат того ж віку заразилися ВІЛ через незахищені гетеросексуальні стосунки (89%).

Соціальна політика в Україні стосовно житла, зайнятості та виплат соціального забезпечення не відповідає складності соціальних і психологічних проблем та питань охорони здоров'я ПГР, на які вони наражаються через занедбаність, насильство, нестатки та/або травми й захворювання. Сектори охорони здоров'я та соціальний в Україні належно не фінансують, вони не мають належної політичної підтримки та політичних пріоритетів. Це призвело до нестачі кадрів для впровадження необхідних заходів та поганого стану медичних установ. Крім того, жорстка централізація і надмірна спеціалізація послуг профілактики та лікування, теперішня вертикальна структура надання послуг і численні бар'єри доступу – все це ще більше ускладнює ситуацію з наданням ПГР навіть мінімального пакета висококваліфікованих послуг. Альтернативні місця доступу до ВІЛ-профілактичних послуг, такі як аптеки, належно не використовують, заходи з профілактики ВІЛ недостатньо інтегровано в послуги системи охорони здоров'я, соціального, освітнього та юридичного секторів, а також в державну систему охорони та догляду за дитиною. У висновках зовнішньої оцінки національних заходів протидії ВІЛ/СНІДу, здійсненої у 2007–2008 роках в Україні, також наголошено, що нинішній рівень, обсяги, якість профілактики та лікування ВІЛ, а також допомоги та підтримки ПГР занадто низькі та не спроможні вплинути на епідемію ВІЛ.

З іншого боку, «Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки»² в Україні ставить амбітну мету – охопити ВІЛ-профілактичними заходами 60% «груп ризику, враховуючи ПГР, а саме сиріт, безпритульних дітей, дітей, позбавлених волі, дітей з кризових сімей, працівників комерційного сексу, чоловіків, що практикують секс з чоловіками, мігрантів та інші подібні групи». Але як цього досягти – не відомо, оскільки Програма поки не дає чіткої відповіді на це питання.

У той час як більшість ВІЛ-профілактичних заходів та послуг зі зменшення шкоди, що надають недержавні організації групам ризику, були спрямовані головним чином на доросле населення та споживачів наркотиків, державні організації взагалі не були залучені до забезпечення надання достатніх обсягів профілактичних послуг ПГР. Крім того, влада надає дуже незначну фінансову підтримку на профілактичні заходи для цієї соціальної групи, за винятком молодих в'язнів та СІН. До того ж, вжито дуже мало заходів, спрямованих на зменшення та подолання стигматизації, дискримінації та порушення прав, хоча ці явища є серйозними факторами ризику для ПГР. Серйозне занепокоєння викликає і те, що тоді, як уряд збільшує фінансування програм ресоціалізації та психологічної реабілітації молоді, належних програм реабілітації споживачів наркотиків аж ніяк не досить, а законодавство створює для неповнолітніх бар'єри в доступі до програм замісної терапії, попри те, що це один з найважливіших ВІЛ-профілактичних заходів для СІН.

² 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 N 1026-VI. (Див. www.zakon.rada.gov.ua)

Однією з головних перешкод, яка значною мірою гальмує планування та складання програм для цих груп в Україні, а також відповідних профілактичних заходів, є те, що насправді до цього часу порівняно мало було відомо про ПГР. Нестача свідчень та інформації також можуть пояснити брак уваги урядовців, дослідників та надавачів послуг до ПГР та до їх ролі у поширенні епідемії ВІЛ.

Існує низка проблем, які заважають збиранню та використанню даних про ПГР. Найважливіша з них така: вікова категорія «підлітки» не є юридичною віковою категорією в Україні, що створює серйозні перешкоди у плануванні та складанні програм для вікової групи від 10 до 19 років та пояснює, чому національні звіти досі не враховують цю вікову категорію. До критичних проблем належать також такі:

- ▶ Немає централізованої національної системи моніторингу і оцінки, а також підрозділу, який відповідав би за систематичне збирання, оброблення, аналіз та розповсюдження даних моніторингу і оцінки з різних джерел і секторів стосовно ПГР.
- ▶ Бракує національних та регіональних прогностичних показників чисельності різних груп ПГР, які склали б інтегральний індикатор для розрахунку охоплення програмами, а також для прогнозування ресурсів та планування чисельності персоналу.
- ▶ Немає систематичного та однорідного розподілу даних соціологічних досліджень, опитувань та біоповедінкових досліджень за віком, статтю, регіоном, ризикованою поведінкою та соціальними групами, що заважає надійно та цілеспрямовано планувати заходи, а також здійснювати стандартизований аналіз за віком.
- ▶ Занадто мала вибірка опитувань біоповедінкових досліджень в Україні до 2007 року не дозволяє провести вторинний аналіз даних за хлопцями та дівчатами підліткового віку загалом та за регіонами; немає національних узгоджених індикаторів щодо ПГР, а також не встановлено мінімальний набір даних, які повинні збирати надавачі послуг будь-якої форми власності та галузі.
- ▶ Недостатні якісні дані про ПГР залишають багато білих плям у розумінні їхніх соціальних і статевих стосунків, їх соціального статусу, ставлення до пошуку допомоги та чинників, що впливають на поведінку; немає надійних даних для складання програм через обмеженість досліджень профілактичних заходів в Україні.

Починаючи з 2005 року, багато зусиль в Україні докладено до вдосконалення національної системи моніторингу й оцінки з ВІЛ/СНІДу та розв'язання питань, про які йшлося вище. Але прогрес у цьому напрямі йде повільно. 2006 року, з огляду на численні проблеми, з якими стикаються хлопці та дівчата-ПГР, Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ) розпочав у низці країн нову програму «Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику в Україні та Південно-Східній Європі» (проект ПГР) за підтримки Уряду Ірландії, щоб допомогти країнам регіону в їх намаганнях посилити заходи проти ВІЛ/СНІДу та допомогти хлопцям і дівчатам-ПГР. Україна – одна із семи країн, які беруть участь у цьому проекті.

До стратегій, використовуваних в рамках проекту ПГР, належать створення бази даних щодо ПГР та забезпечення кадрами національної системи моніторингу і оцінки (МіО) в цій сфері; оцінка законодавчих бар'єрів і розроблення політики та рекомендацій стосовно законодавчих та етичних аспектів профілактики ВІЛ серед ПГР; підтримка процесу стратегічного планування на національному та регіональному рівнях для заповнення прогалів у стратегічних планах дій щодо ПГР; зміцнення кадрової бази державних та недержавних організацій для складання програм та надання високоякісних послуг на основі потреб ПГР з урахуванням погодженого основного пакета цілеспрямованих заходів і моделей надання послуг, а також здійснених та оцінених пілотних проектів.

Основними національними партнерами проекту ЮНІСЕФ стосовно ПГР в Україні є Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту, Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді, Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка. Крім того, команда проекту ЮНІСЕФ забезпечує участь і керує заходами проекту з боку основних зацікавлених сторін через співпрацю з національними та регіональними міжгалузевими дорадчими комітетами, які зв'язані з координаційними центрами, та залучаючи представників ПГР до участі у проектних і дослідницьких заходах.

Б. Дослідження

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

1. Комплексне кабінетне дослідження даних стосовно ПГР в Україні та соціальних послуг для них.
2. Аналіз політики та законодавства з огляду на бар'єри для доступу до послуг.
3. Аналіз гендерних особливостей.
4. Вторинний аналіз даних про підлітків-СІН, -ЖКС та -ЧСЧ на основі біоповедінкових досліджень 2007 року (вторинний аналіз).
5. Базове дослідження серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, у Києві, Миколаєві, Дніпропетровську та Донецьку. У рамках дослідження проведено групові фокусовані інтерв'ю з хлопцями та дівчатами-ПГР у кожному місті для обговорення попередніх результатів дослідження.
6. Аналіз зацікавлених у роботі з ПГР сторін у чотирьох містах проекту як основи для розроблення відповідного плану зміцнення кадрового потенціалу в кожному місті та для моніторингу і оцінки ефективності такого плану.

Команді проекту ЮНІСЕФ допомогла в розробленні, проведенні та аналізі результатів базового дослідження, а також вторинного аналізу даних досліджень 2007 року Лондонська школа гігієни та тропічної медицини (ЛШГТМ)³. Рішення скористатися такою стратегією дослідження базувалося на розумінні, що епідемія ВІЛ в Україні охопила молоде покоління, а це надає реальну можливість ужити відповідних заходів серед ПГР, знижуючи таким чином наслідки епідемії та запобігти новим випадкам ВІЛ-інфікування серед цих соціальних груп. Одна з головних цілей дослідження також полягала в розрахунку погоджених основних індикаторів для хлопців та дівчат-ПГР (див. дод. 2 з переліком українських індикаторів), які описують ризиковану поведінку з огляду на ВІЛ-інфікування, перехресні ризиковані моделі поведінки, сексуальний досвід, детермінанти та уразливість поведінки, користування послугами (як база для розрахунку охоплення послугами) у кожній із семи країн – учасниць цього проекту ЮНІСЕФ. Очікується, що ці індикатори слугуватимуть орієнтирами для майбутніх досліджень серед хлопців та дівчат-ПГР.

Під час вивчення дослідницька група набула значного досвіду. Наприклад, важливість міжгалузевого співробітництва та координації, які допомагають створити не тільки сприятливу та дружню атмосферу для проведення делікатного базового дослідження, а й забезпечити можливості для вільного спілкування, залучення ПГР до співпраці, для проведення аналізу зацікавлених сторін, для створення мережі надавачів послуг, започаткування процесу міжгалузевого стратегічного планування заходів, спрямованих на ПГР у кожному регіоні. Далі протягом дослідження стало очевидним, що кадрові ресурси для охоплення заходами цієї соціальної групи є все ще дуже обмеженими в Україні і що можливості та обсяги державних послуг з догляду за дитиною занадто лімітовані та недостатні для задоволення численних потреб.

Є багато питань стосовно захисту дитини, які необхідно було врахувати під час проведення дослідження серед ПГР. Проте, коли команда спеціалістів у 2007 році планувала дослідження, не було національних етичних стандартів для здійснення дослідження та складання програми для цієї соціальної групи. Регіональний офіс ЮНІСЕФ надав підтримку семи країнам – учасницям проекту в розробленні проекту рекомендацій з етики, з якими були ознайомлені ключові зацікавлені сторони на національному та регіональному рівнях. Соціологічна асоціація України розглянула ці рекомендації на черговому засіданні правління і 9 грудня 2008 р. затвердила документ, де були викладені на-

³ ЛШГТМ підписала контракт з Регіональним офісом ЮНІСЕФ для надання допомоги у здійсненні базового дослідження серед уразливих підлітків та ПГР у семи країнах, де впроваджують проект ПГР за підтримки ЮНІСЕФ.

ціональні етичні принципи для досліджень серед уразливих підлітків та ПГР. Застосовуючи етичні рекомендації ЮНІСЕФ, команда дослідників дуже уважно розглянула потребу цільових соціальних груп у додатковому догляді⁴, встановивши належні партнерські відносини із соціальними службами та недержавними надавачами послуг через дорадчі комітети для визначення цих потреб, їх обговорення, погодження послуг та переадресації до спеціалістів, надаючи опитувачу, повноваження направляти підлітків у відповідні служби або вживати за потреби, негайних заходів.

В. Результати та обговорення

У табл. С.1 подано інформацію щодо характеристик вибірок вторинного аналізу та базового дослідження, а також статевий і віковий розподіл респондентів.

Таблиця С.1

Характеристика вибіркової сукупності базового дослідження та вторинного аналізу даних

Вторинний аналіз	Підлітки-СІН	Підлітки-ЖКС	Підлітки-ЧСЧ
Вся вибірка	259	281	212
Вікова група	13–19 років	13–19 років	15–19 років
Стать	66% хлопчиків (170) 34% дівчат (89) Співвідношення = 2:1		
Базове дослідження	Підлітки вулиці		
Вся вибірка	805		
Вікові групи	10–14 років = 38%	15–17 років = 44%	18–19 років = 18%
Стать	70% хлопчиків (565)	30% дівчат (240)	Співвідношення = 2:1

Зведені дані та розгляд основних результатів вторинного аналізу та базового дослідження – у табл. С.2.

Таблиця С.2

Основні результати та висновки базового дослідження і вторинного аналізу даних

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ	ВИСНОВКИ
1. РОЗУМІННЯ ОБСЯГУ ПРОБЛЕМИ	
<p>Вторинний аналіз: Підлітки-ЖКС = 18% загальної вибірки ЖКС базового дослідження 2007 р. Підлітки-СІН = 6% загальної вибірки СІН базового дослідження 2007 р. Юнаки-ЧСЧ = 12% загальної вибірки ЧСЧ базового дослідження 2007 р.</p> <p>Базове дослідження: 15,5% підлітків, які живуть або працюють на вулиці, повідомили, що вживали ін'єкційні наркотики протягом життя; 10% хлопців повідомили, що практикували секс з чоловіками протягом життя; 28% підлітків повідомили, що протягом життя отримували гроші, подарунки або наркотики в обмін на секс (17% хлопців, 57% дівчат).</p>	<p>В Україні на цьому етапі немає національних і регіональних прогнозних показників чисельності ПГР. Між іншим, надзвичайно важливо оцінити обсяг проблеми для прогнозування масштабів профілактичних заходів, необхідних для впливу на епідемію ВІЛ в Україні.</p> <p>Дослідження показує, що чисельність ПГР є значною, а отже, є нагальна потреба звернути увагу на хлопців і дівчат цих соціальних груп ризику в ВІЛ-профілактичних програмах і заходах в Україні.</p>

⁴ «Потреба в додатковому догляді» означає в цьому контексті потребу в терміновій медичній допомозі дитині або її порятунок, якщо вона опинилася в гострій небезпеці.

2. ВРАХУВАННЯ ВПЛИВУ СОЦІОДЕМОГРАФІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК (окремі свідчення)**Гендер**

Вторинний аналіз. 22% дівчат-СІН та 35% хлопців-СІН постійно використовували презервативи зі своїм постійним партнером протягом останнього року.

Вік

Вторинний аналіз. Використання презервативів з клієнтами було значно нижчим серед підлітків-ЖКС віком від 13 до 17 років (41%), ніж серед ЖКС віком від 18 до 19 років (57%). Молодші ЖКС також повідомили про більшу кількість анальних статевих контактів з клієнтами (72% віком від 13 до 17 років), ніж старші ЖКС (57% віком від 18 до 19 років).

Базове дослідження. Дослідження показало чітку тенденцію, пов'язану з віком. Молодші вікові групи рідше повідомляють про вживання наркотиків протягом життя, а респонденти 18–19 років у 6,7 разу більше споживали ін'єкційні наркотики протягом життя, ніж підлітки віком від 10 до 14 років. Вік також пов'язаний з меншим рівнем використання презервативів дівчатами, що живуть або працюють на вулиці, віком від 10 до 14 років.

Сімейний стан

Вторинний аналіз. Більшість хлопців та дівчат-ПГР неодружені, невелика кількість респондентів (20% дівчат-СІН, 11% хлопців-СІН, 13% підлітків-ЖКС та 10% юнаків-ЧСЧ) повідомляють, що живуть із статевим партнером, але без оформлення офіційного шлюбу.

Мобільність

Базове дослідження. Майже половина підлітків, що живуть або працюють на вулиці, повідомили, що вони приїхали з інших міст і регіонів України до місця теперішнього проживання. 58% підлітків, що живуть або працюють на вулиці, старших 16 років, не мають паспорта чи іншого документа, який містить інформацію про реєстрацію.

Умови проживання

Базове дослідження. 20% підлітків, що живуть або працюють на вулиці, повідомили, що ночують удома. Багато мешкає зі своїми бабусями та дідусями.

Рівень освіти та зайнятості

Базове дослідження. Більшість 18–19-річних підлітків (86%), що живуть або працюють на вулиці, повідомляють, що не мають середньої освіти, яка є обов'язковою в Україні. 4% респондентів повідомили, що ніколи не відвідували школи.

Дослідження демонструє, що стать і відповідні гендерні особливості та взаємозв'язки, вік та різниця в соціальному статусі серед ПГР впливають на їхні потреби, поведінку, стосунки тощо. Особливу увагу необхідно приділяти молодшим за віком групам ПГР, з огляду на те, що ризикована поведінка починається рано і значно частіше у підлітків, ніж дорослих. Це можна пояснити меншим рівнем знань, навичок, упевненості в собі, низьким рівнем охоплення профілактичними послугами.

Іншою причиною пріоритетності ПГР є те, що чим підлітки молодші, тим уразливіші вони до ВІЛ-інфікування, але ймовірність того, що вони загрожені тривалий час, мала, і це дає можливість раніше розпочати профілактичні заходи.

Дані підкреслюють важливість розуміння поведінки ПГР та охоплення їх профілактичними заходами, оскільки існує вищий ризик щодо початку ризикованої поведінки та ВІЛ-інфікування; врахування бар'єрів для доступу підлітків, що мігрують, до послуг (наприклад, реєстрації); врахування невідповідності між фактичним віком та рівнем освіти, особливо серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці; врахування несприятливого економічного становища ПГР, особливо підлітків-ЖКС, підлітків, що живуть або працюють на вулиці, а ночують вдома, оскільки постає серйозне питання про спроможність їхніх піклувальників дбати про них та про місцезнаходження їхніх батьків, а також функціонування системи захисту дитини та інші важливі відмінності, виявлені у цьому дослідженні (див. звіт).

<p>Статус сироти</p> <p>Базове дослідження. Майже 44% підлітків, що живуть або працюють на вулиці, повідомили, що вони не мають одного з батьків, одна третина є круглими сиротами або не знають, чи живі їхні батьки.</p>	
<p>3. ОСОБИСТІ РИЗИКИ ТА РИЗИКОВАНА ПОВЕДІНКА ПГР</p>	
<p>3.1. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВТОРИННОГО АНАЛІЗУ ДАНИХ ПРО ПІДЛІТКІВ-СІН, -ЖКС ТА -ЧСЧ</p>	
<p>Сексуальний досвід</p> <p>Більше 80% підлітків-СІН повідомили, що мали досвід сексу (вагінального, орального, анального) протягом життя. Кількість статевих партнерів серед тих, хто повідомив про сексуальний досвід протягом життя, коливалася протягом останніх 12 місяців; майже половина повідомили про три та більше статевих партнерів за останні три місяці.</p> <p>Примітка: 66% юнаків-ЧСЧ мали проникаючі контакти в активній ролі, а 65,5% – у пасивній ролі протягом останніх 6 місяців. Також 71% юнаків-ЧСЧ повідомили, що протягом життя мали гетеросексуальні стосунки; 53% мали такі стосунки за останні 6 місяців, з них 23% мали понад 3 гетеросексуальних партнерів.</p> <p>За останній рік 99% підлітків-ЖКС мали вагінальні статеві контакти, 94% – оральні, а 62% – анальні статеві контакти. Підлітки-ЖКС повідомили, що мали в середньому 3 комерційних партнерів в день та 15 за тиждень. Крім того, майже половина повідомили, що мають постійного та/або випадкового(-их) партнерів.</p>	<p>Більшість хлопців та дівчат-ПГР мають сексуальний досвід. Кількість статевих партнерів є порівняно високою для цієї вікової групи. Необхідно враховувати всі типи статевих партнерів (постійні, випадкові та комерційні). Треба зазначити, що більшість юнаків-ЧСЧ повідомляють про гетеросексуальний досвід. Це вимагає подальшого дослідження.</p>
<p>Початок ризикованої поведінки до досягнення 15 років</p> <p>15,5% підлітків-СІН, які коли-небудь уживали ін'єкційні наркотики, повідомили, що спробували це ще до досягнення 15 років, а 33% повідомили про сексуальний дебют до досягнення цього віку.</p> <p>Серед підлітків-ЖКС 50% повідомили, що почали займатися сексом до досягнення 15 років. За результатами дослідження, підлітки-ЖКС в середньому отримували перший досвід комерційного сексу у 16 років (найменший вік становив 12 років). Загалом 15% підлітків-ЖКС почали надавати сексуальні послуги до досягнення 15 років.</p>	<p>Значна частина підлітків-СІН, ЖКС та ЧСЧ почали ризиковано поводитись до досягнення 15 років.</p>
<p>Ризикова поведінка</p> <p>Більше 80% підлітків повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останнього вживання наркотиків. Проте 30% підлітків-СІН повідомили про спільне використання голки протягом останнього місяця, а майже дві третини – з більш ніж трьома партнерами. Одна третина повідомили про щоденне вживання ін'єкційних наркотиків, ще одна третина мали таку практику від 2 до 6 разів на тиждень.</p>	

<p>86% дівчат-СІН, залучених до комерційного сексу, повідомили, що використовували презерватив під час останнього статевого контакту. Проте рівень постійного використання презервативів є дуже низьким – тільки 33%. Рівень використання презервативів з випадковим партнером навіть ще нижчий – 27%, а найнижчий рівень – з постійним партнером (22%). Рівень постійного використання презервативів серед хлопців-СІН досить високий з комерційними партнерами, проте дуже низький – з постійними та випадковими партнерами.</p> <p>Примітка: рівень постійного використання презервативів з клієнтами (52%) є трохи вищим серед підлітків-ЖКС, ніж СІН. Проте з 62% підлітків-ЖКС, які повідомили про секс з клієнтом, тільки половина зазначили, що використовують презервативи. Так само, як серед підлітків-СІН, рівень використання презервативів з постійними партнерами серед підлітків-ЖКС є дуже низьким (25%).</p> <p>Було неможливо порівняти рівень використання презервативів серед юнаків-ЧСЧ з іншими ПГР, оскільки в дослідженні ЧСЧ 2007 року такий показник не фіксували.</p>	<p>Поведінка, яка збільшує для підлітків ризик ВІЛ-інфікування, є доволі поширеною (зокрема, незахищений секс) серед підлітків-СІН, ЖКС та ЧСЧ. Ті, хто практикує цю поведінку, роблять це часто. Зусилля треба спрямувати на заходи для зміни поведінки стосовно постійного використання презервативів серед хлопців та дівчат-ПГР, зокрема з постійними та випадковими партнерами, а також серед підлітків-СІН та ЖКС, які займаються анальним сексом.</p>
<p>Перехресна ризикована поведінка</p> <p>3% хлопців-СІН та 25% дівчат-СІН повідомили про трансакційний секс (вагінальний та анальний). Крім того, 5% хлопців та дівчат-СІН повідомили, що купували секс (здебільшого хлопці). Дані, наведені вище в цій таблиці, показують, що значна частка підлітків-СІН займаються незахищеним сексом, подвоюючи ризик ВІЛ-інфікування. Використання ін'єкційних наркотиків є поширеним серед підлітків-ЖКС (19%), але менш поширеним серед юнаків-ЧСЧ (1,4%). Треба зазначити, що 14% юнаків-ЧСЧ повідомили про трансакційний секс.</p>	<p>Перехресна ризикована поведінка є дуже розповсюдженою серед підлітків-СІН, ЖКС та ЧСЧ. Особливу увагу необхідно приділити підліткам-СІН.</p>
<p>Охоплення послугами та їх використання</p> <p>В той час як, наприклад, майже 80% хлопців та дівчат-СІН знають, де можна пройти тестування на ВІЛ, тільки 14% респондентів повідомили, що пройшли тест на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свій результат. Також, хоча більше 80% підлітків-СІН повідомили про офіційні джерела отримання презервативів, тільки 47% отримали презервативи протягом останнього місяця. Так само 71% юнаків-ЧСЧ знають місця добровільного консультування та тестування на ВІЛ, проте тільки 24% сказали, що пройшли тест на ВІЛ і знають свій результат.</p>	<p>Існує величезний розрив між правильними знаннями ПГР про ВІЛ/СНІД, про наявність ВІЛ-профілактичних послуг та отриманням цих послуг, що вказує на існування серйозних бар'єрів доступу до послуг.</p>
<p>Лише 30% підлітків-СІН повідомили, що були охоплені ВІЛ-профілактичними програмами за останні 2 місяці. Для порівняння: 61% підлітків-ЖКС та 45% юнаків-ЧСЧ повідомили, що були залучені до таких програм. Крім того, тільки 28% підлітків-ЖКС повідомили, що брали участь у заходах за принципом «рівний – рівному».</p>	<p>Рівень охоплення ВІЛ-профілактичними програмами є занадто низьким для суттєвого впливу на епідемію ВІЛ серед підлітків-СІН та ЧСЧ. Заходи на основі наявного досвіду, такі як програми «рівний – рівному», для хлопців та дівчат-ПГР є недостатньо розвинутими.</p>

3.2. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ БАЗОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СЕРЕД ХЛОПЦІВ ТА ДІВЧАТ, ЩО ЖИВУТЬ АБО ПРАЦЮЮТЬ НА ВУЛИЦІ

<p>Сексуальний досвід та початок ризикованої поведінки</p> <p>15,5% підлітків, що живуть або працюють на вулиці, повідомили, що мали досвід вживання ін'єкційних наркотиків протягом життя, половина з них – ще до досягнення 15 років.</p> <p>Більшість підлітків, що живуть або працюють на вулиці, повідомили, що мали секс протягом життя, з них 76% зазначили, що розпочали статеві стосунки до досягнення 15 років. 75% повідомили, що мають випадкових статевих партнерів, тільки 37% мають постійних партнерів. Комерційних статевих партнерів мають 56% дівчат та 11% хлопців.</p> <p>60% дівчат повідомляють, що почали продавати сексуальні послуги до досягнення 15 років.</p>	<p>Частина хлопців та дівчат-ПГР, що живуть або працюють на вулиці та спілкуються з уразливими підлітками, є значною. Це збільшує ймовірність раннього початку ризикованої поведінки серед уразливих підлітків під впливом однолітків, статевих зв'язків тощо.</p> <p>Частина хлопців та дівчат-ПГР, що живуть або працюють на вулиці та починають практикувати ризиковану поведінку до 15 років, є високою. Необхідно розглядати різні типи статевих партнерів.</p>
<p>Моделі ризикованої поведінки</p> <p>Незахищений секс</p> <p>Рівень використання презервативів серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці, зазвичай дуже низький. Тільки 12% від усіх опитаних повідомили, що завжди використовували презервативи з постійним партнером протягом останнього року, 15% – з випадковим партнером та 10% – з комерційним партнером.</p> <p>57% дівчат і 17% хлопців, залучених до комерційного сексу, повідомили, що постійно використовували презервативи зі своїми клієнтами протягом останнього року (8% зазначили, що вони «завжди» використовували презервативи, а 11% – що вони ніколи цього не робили). Кількість комерційних партнерів за останній рік була порівняно невеликою – 54% повідомили про менше 6 партнерів (16%) або більше 10 (38%) партнерів.</p> <p>10% хлопців, що живуть або працюють на вулиці, повідомили про досвід анального сексу, а 74% – про досвід анального сексу до досягнення 15 років. Більше половини хлопців, що живуть або працюють на вулиці, які повідомили про анальний секс, зазначили також залучення до трансакційного сексу. Рівень використання презервативів також низький. Тільки 4% хлопців-ЧСЧ повідомили про постійне використання презервативів за останній рік, 39% – про використання презервативів з останнім комерційним клієнтом, а 36% – з останнім некомерційним партнером.</p> <p>Іншим індикатором дуже низького загального рівня використання презервативів є вагітність та рівень поширення інфекцій, які передаються статевим шляхом, серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці. 18% дівчат повідомляють, що</p>	<p>Ризикована поведінка є дуже поширеною серед ПГР, що живуть або працюють на вулиці. Їх сексуальне та репродуктивне здоров'я викликає велику стурбованість, і особливу увагу необхідно приділити ПГР, які мають дітей (2% сукупної вибірки).</p> <p>Поточні послуги зменшення шкоди в Україні не дозволяють справитися з ризиками ВІЛ-інфікування, які поширені в середовищі споживачів наркотиків, а саме поширеність купівлі та використання вже наповнених шприців серед підлітків-СІН, молодших 18 років. Вони не мають доступу до замісної терапії в Україні навіть за наявності ВІЛ-профілактичних заходів на основі передання досвіду. Через нестачу таких програм їх доступ до відповідних програм з психосоціальної реабілітації наркозалежних дуже обмежений, що практично ставить ПГР у безвихідне становище.</p> <p>Базове дослідження хлопців-ЧСЧ, що живуть або працюють на вулиці, показує, що їх сексуальна практика не є вираженням гомосексуальної природи, а швидше формою трансакційного сексу, наприклад, щоб вижити на вулиці. Це має наслідки для планування та складання програм ВІЛ-профілактики, коли необхідно враховувати, що ці хлопці не належать до гомосексуального середовища, на яке можуть бути націлені профілактичні заходи, а знаходяться в іншому оточенні.</p>

<p>були вагітні протягом життя, а 68% з них робили аборт. Значна частина підлітків, що живуть або працюють на вулиці, мають захворювання, що передаються статевим шляхом: 27% дівчат та 15% хлопців повідомляють про відповідні симптоми.</p> <p>Небезпечна практика вживання ін'єкційних наркотиків</p> <p>Більше 60% підлітків-СІН, що живуть або працюють на вулиці, повідомили, що користувалися спільною голкою протягом останнього місяця, хоча 76% зазначають, що останнього разу використовували стерильний інструментарій.</p>	
<p>Перехресна ризикована поведінка</p> <p>10% дівчат-СІН та 3% хлопців-СІН повідомили, що продавали сексуальні послуги; 1% хлопців-СІН-ЧСЧ також повідомили, що надають комерційні сексуальні послуги.</p>	<p>Перехресна ризикована поведінка є вельми поширеною серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці. Особливо ризикують підлітки-СІН, а можливо, і хлопці-ЧСЧ (це потребує подальшого дослідження).</p>
<p>Знання про ВІЛ/СНІД, охоплення послугами та їх отримання</p> <p>Менше 50% підлітків, що живуть або працюють на вулиці, правильно відповіли на запитання про статевий шлях передачі ВІЛ та визначили формальні пункти отримання презервативів, а трохи більше 50% – місця добровільного консультування та тестування на ВІЛ, обміну голки. Тільки 12% повідомили, що пройшли тест на ВІЛ та знають свій результат. Крім того, серед тих, хто повідомив про симптоми інфекцій, що передаються статевим шляхом, 47% не шукали професійної допомоги, а займалися самолікуванням.</p>	<p>Спостережено дуже низький рівень обізнаності серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці, про ВІЛ/СНІД та про відповідні профілактичні послуги в поєднанні з дуже низькими рівнями використання та охоплення послугами.</p> <p>Дослідження також показало багато напрямів, які необхідно вдосконалити щодо обсягу та якості⁵ наявних послуг.</p>
<p>Детермінанти поведінки та уразливості</p> <p>Більше 50% дівчат та 11% хлопців, що живуть або працюють на вулиці, повідомили про примус до сексу протягом життя. За останній рік 37% дівчат та 7% хлопців стикалися з примусом до статевих контактів.</p> <p>83% хлопців та 58% дівчат, що живуть або працюють на вулиці, повідомили про наявність досвіду переслідування або затримання міліцією, а 8% хлопців та 2% дівчат повідомили про досвід перебування в установах з виконання покарань (в'язницях, колоніях) протягом життя.</p> <p>57% підлітків, які живуть або працюють на вулиці, мали досвід перебування в притулках для неповнолітніх; 49% – у дитячих кімнатах міліції (57% хлопців та 31% дівчат); 33% – у ІТТ (38% хлопців та 19% дівчат); 11% – у СІЗО (13% хлопців та 7% дівчат); а 8% хлопців та 2% дівчат – в установах з виконання покарань.</p>	<p>Підлітки, які живуть або працюють на вулиці, наражаються на цілу низку факторів ризику, оскільки живуть в особливо ризикованій та несприятливій атмосфері, де вони потрапляють у ситуації, коли не можуть себе захистити, – від фізичного насилля до неможливості реалізації безпечної статевої поведінки. Такі місця, як пенітенціарні заклади, значно збільшують ризик для підлітків щодо ВІЛ-інфікування (це стосується не тільки підлітків, які живуть або працюють на вулиці). Повідомлялося про випадки грубого порушення прав (фізичне та сексуальне насильство) в усіх установах та закладах, зазначених в анкеті дослідження, що підкреслює нагальну необхідність зміцнити правоохоронні механізми для захисту прав дітей та підлітків і демонстрації абсолютної нетерпимості до порушників. Особливу увагу необхідно приділити протидії фізичному насильству</p>

⁵ Якість послуг у цьому контексті означає рівноправність, доступність, прийнятність, відповідність та ефективність послуг та охоплення ними.

<p>Про окремі випадки фізичного та сексуального насильства повідомляли у всіх закладах, у які протягом життя потрапляли підлітки, що живуть або працюють на вулиці.</p>	<p>з боку представників правоохоронних органів, працівників дитячих притулків для неповнолітніх та виправних закладів, а також з боку однолітків та інших.</p> <p>Той факт, що більше половини підлітків, які живуть або працюють на вулиці, повідомляють про досвід перебування в тимчасових притулках, свідчить про необхідність переглянути відповідність державної системи догляду за ПГР, особливо з огляду на наявність альтернативних коротко- та довготривалих можливостей перебування, а також переглянути систему фінансування, яка повинна базуватися на конкретних потребах.</p>
<p>4. ВРАХУВАННЯ ВЗАЄМОЗАЛЕЖНОСТІ МІЖ РИЗИКОВАНОЮ ПОВЕДІНКОЮ, СОЦІОДЕМОГРАФІЧНИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ТА ІНШИМИ ЗМІННИМИ</p>	
<p>З аналізу ЛШГТМ⁶ вставновлено взаємозалежність між ризиком використання ін'єкційних наркотиків та досвідом вживання неін'єкційних наркотиків упродовж життя підлітками, що живуть або працюють на вулиці, а також більшу ймовірність того, що старші за віком респонденти вживають наркотики протягом життя. Крім того, була продемонстрована залежність між ризиком незахищеного сексу та молодшим віком; постійним (дівчата) або випадковим партнером (обидві статі); юнаками-ЧСЧ та досвідом вживання інгалянтів упродовж життя (обидві статі). Вік, постійний партнер і досвід вживання інгалянтів протягом життя є загально визначеними факторами ризику, які визначають необхідність використання презервативів.</p>	<p>Взаємозалежності, хоча і потребують подальшого дослідження, підкреслюють необхідність розробки профілактичних заходів з урахуванням соціальних та статевих зв'язків хлопців та дівчат-ПГР, особливо для тих, хто вживає неін'єкційні наркотики (запобігання початку вживання ін'єкційних), та статевих партнерів дівчат, хлопців-ПГР, які мають подвійний ризик – ВІЛ-інфікування та початок вживання ін'єкційних наркотиків.</p>
<p>5. ПОДОЛАННЯ БАР'ЄРІВ ДЛЯ ЗАКРІПЛЕННЯ ЗАХИСНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА БЕЗПЕЧНИХ ПРАКТИК</p>	
<p>Дослідження також виявило, що дівчата-підлітки з ризикованою статевою поведінкою, особливо ті, що зазнають сексуальної експлуатації та живуть на вулиці, стикаються з особливо високими бар'єрами, що заважають закріпленню безпечної статевої поведінки, наприклад, роль постійних статевих партнерів, яку вони відіграють у використанні презерватива, високі рівні перехресної ризикованої поведінки (комерційний секс та вживання ін'єкційних наркотиків); широкий досвід примусу до сексу за різних обставин; брак захисту та підтримки з боку міліції, насильство з боку працівників правоохоронних органів; обмежений доступ до відповідних медичних послуг та недорозвинутість альтернативних пунктів для отримання профілактичних засобів (аптеки, центри сексуального та репродуктивного здоров'я).</p>	<p>Дівчата наражаються на багато бар'єрів, що заважають закріпленню захисної поведінки та безпечних практик, особливо підлітки-ЖКС, які живуть або працюють на вулиці. Вони, а також їх статеві партнери (комерційні та некомерційні), не охоплені профілактичними заходами, потребують особливої уваги. Такі заходи є критично важливими, і це підкреслюють результати роботи у фокус-групах з хлопцями, які живуть або працюють на вулиці, та дані дослідження серед підлітків-СІН, залучених до комерційного сексу, які зазначили, що використання презервативів, головним чином, залежить від клієнта.</p>

⁶ ЛШГТМ здійснила окремі аналізи даних базового дослідження, зосереджений на регіональних відмінностях та мультіваріаційному аналізі.

6. ВРАХУВАННЯ РЕГІОНАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ**Базове дослідження.**

Аналіз ЛШГТМ виявив значні відмінності в практиці незахищеного сексу (незалежно від типу партнера) в різних містах (у Миколаєві спостережено найвищі показники незахищеного сексу) та у використанні презервативів (найвищі показники в Києві) серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці. Аналіз, який провела команда спеціалістів ЮНІСЕФ, демонструє важливі відмінності стосовно умов проживання. У Дніпропетровську (28%) та Донецьку (24%) більше вуличних підлітків повідомляють, що ночують удома, ніж в інших двох містах; у Києві кожний четвертий підліток (29%) живе у тимчасових, не пристосованих для життя умовах (наприклад, у покинутих будинках). Необхідні подальші дослідження для перевірки цих значних відмінностей за містами та визначення їх причини, тому що віковий розподіл за містами не є послідовним, і це може означати, що результати є просто випадковими через особливості проведення дослідження.

Результати регіонального аналізу даних базового дослідження показують, що можуть існувати значні регіональні відмінності. Необхідно провести подальше дослідження. Результати подальшого дослідження дозволять розробити профілактичні заходи з урахуванням окремих потреб кожного міста та регіону.

Г. Рекомендації

Перелік рекомендацій, наведений нижче, є стислим викладом основних рекомендацій цього звіту. Зважаючи на важливість предмета дослідження, з боку українського уряду необхідні:

1. Зменшення законодавчо-нормативних бар'єрів у наданні послуг та доступі до них для закріплення безпечних моделей поведінки. Це потребує державної підтримки щодо здійснення ВІЛ-профілактичних заходів для ППР; удосконалення керування заходами та впровадження законодавства (наприклад, антидискримінаційної політики та політики абсолютної толерантності) на всіх рівнях; змін у законодавчій базі в напрямі юридичного затвердження вікової категорії підлітків в Україні; скасування юридичних суперечностей щодо медичних послуг для дітей, старших 14 років, без дозволу їхніх законних представників; розроблення та надання чинності законодавчо-нормативним актам, які підтримують процес стратегічного планування; подальших заходів для ВІЛ-позитивних ППР; надання інформації про ВІЛ-інфікування соціальним працівникам; доступу до заходів замісної терапії для підлітків тощо. Водночас необхідно здійснити ефективну реформу державної системи догляду за сиротами та дітьми, позбавленими батьківської опіки, в напрямі створення альтернативних можливостей коротко- та довготривалого догляду за ними з урахуванням їхніх потреб у разі неможливості їх повернення до сімей. Це вимагає також перерозподілу ресурсів від відповідних закладів до ширшої системи профілактичних послуг та догляду на базі громади.
2. Координація та міжвідомчий підхід до надання профілактичних послуг для ППР і забезпечення механізмів їх залучення до процесу прийняття рішень, планування, складання програм, здійснення моніторингу і оцінки.
3. Розроблення, погодження із зацікавленими сторонами, а також нагляд над упровадженням та моніторингом стратегічних планів профілактичних заходів для ППР на національному та регіональному рівнях у 2009–2013 роках на основі Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки та відповідних політичних рішень. Потрібне збільшення цільових коштів державного бюджету для розширення обсягів профілактичних послуг для ППР щодо подолання

ВІЛ-інфекції та надання місцевим органам влади необхідної фінансової підтримки у розв'язанні термінових завдань.

4. Подолання недоліків нинішньої системи моніторингу і оцінки на національному, галузевому та регіональному рівнях, забезпечення інтеграції ПГР в усі рівні відповідних систем моніторингу і оцінки. Це потребуватиме постійних допоміжних заходів, наприклад, систематичної деталізації біологічних даних та даних з поведінки за віком та використання стандартизованої системи вікового розподілу; розрахунків та погодження національних і регіональних прогнозних показників чисельності ПГР; стандартизації збору даних серед надавачів послуг з узгодженням мінімального набору даних для такого збору, незалежно від форми власності надавачів послуг тощо. Відповідно слід зміцнити кадрове забезпечення системи моніторингу і оцінки.
5. Забезпечення подальшого розвитку бази даних стосовно ПГР як основи для планування та розроблення програм, наприклад, складаючи міжгалузеві плани досліджень на національному та регіональному рівнях у співпраці із зацікавленими сторонами, при цьому приділяючи особливу увагу поведінковим дослідженням і моніторингу й оцінці надання профілактичних послуг, асигнуванню та розподілу відповідних коштів, враховуючи потреби операційних досліджень, а також усунення «білих плям» у дослідженнях, зокрема якісних. Відповідно слід зміцнити кадрове забезпечення досліджень.
6. Погодження національної концепції профілактичних заходів для ПГР. Запропонована концепція (див. звіт) передбачає безперервність профілактичних послуг, які відбивають різні рівні уразливості та ризиків ПГР, а також різні рівні втручання. Запропонована концепція профілактики заснована на розумінні того, що профілактичний підхід з метою впливу на розвиток епідемії ВІЛ в Україні має спрямувати зусилля, можливості та ресурси на тих підлітків, які перебувають у ризику ВІЛ-інфікування, а також на тих, хто є особливо уразливим до ВІЛ-інфікування, та тих, хто живе з ВІЛ. Якщо не охопити ці групи ризику належними профілактичними заходами та заходами із зменшення шкоди, ВІЛ продовжуватиме швидко та невпинно поширюватися серед населення. Особливу увагу необхідно приділити підліткам, що живуть або працюють на вулиці, тим, хто мав досвід перебування у місцях позбавлення волі, та підліткам із перехресними моделями ризикованої поведінки, які піддають себе підвищеному ризику ВІЛ-інфікування.

Впровадження цієї концепції потребуватиме стратегії втручань з метою зміни поведінки, яку слід спрямувати на ПГР, врахування всіх профілактичних проектів, програм і послуг для цієї соціальної групи. Це потребуватиме добре скоординованої системи розроблення інформаційних і навчальних матеріалів, їх розповсюдження; закупівлі, постачання, розподілу та реклами профілактичних товарів і засобів, а також комплексного підходу до профілактики ВІЛ та захворювань, що передаються статевим шляхом, який передбачає поєднання методів та моделей профілактики, націлених на ПГР, їхніх статевих партнерів і зв'язки, враховуючи інформацію та навчання за принципом «рівний – рівному», та через залучення авторитетних лідерів і професіоналів водночас із навчанням навичкам (наприклад, як домовитися про використання презерватива) та консультуванням (індивідуальним консультуванням, консультуванням у малих групах та для пар). Заходи повинні враховувати особливості віку, гендеру, соціального статусу, соціальної групи, ризикованої поведінки та оточення і проводитись у місцях, де підлітки практикують ризиковану поведінку (робота на місцях). Надалі їх треба поєднувати з цільовими стратегіями щодо зменшення стигматизації і дискримінації та правозахисною діяльністю.

7. Зменшення дискримінації та стигматизації ПГР. Посилення толерантності є пріоритетним напрямом *Концепції стратегії дій Уряду, спрямованої на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки.* Проте програма передбачає малі кошти для такого складного та обсяжного завдання, що ставить питання про налаштованість та бажання Уряду України розв'язувати ці проблеми. З огляду на це, рекомендовано зробити пріоритетним завдання розвитку та введення комплексної кампанії проти стигматизації та дискримінації у партнерстві з зацікавленими громадами та недержавними організаціями; переглянути систему позбавлення волі, утримання під вартою,

громадський захист та умовне звільнення підлітків на поруки з метою створення дружнього до молоді середовища та зарахування ВІЛ-профілактичних заходів у цю систему; захистити дітей, потерпілих від насильства та переслідування, швидко та належно покарати винних.

8. Адаптація послуг профілактики, лікування, догляду та підтримки до потреб ПГР. Це потребуватиме впровадження комплексних навчальних і пояснювальних програм для державних та недержавних надавачів послуг і тих, хто приймає рішення. У подальшому це означає впровадження та підтримку стандартів якості послуг, розроблення матеріалів для здійснення заходів, включення профілактики ВІЛ як основного компонента в систему послуг клієнт/пацієнт та функціонування системи переадресації до інших спеціалістів. До всіх послуг, дружніх до молоді, слід віднести послуги на місцях, враховуючи небажання ПГР самостійно звертатися по допомогу. Запропоновано перелік принципів, дружніх до молоді, для надавачів послуг (див. звіт).
9. Впровадження основного пакета профілактичних заходів на основі результатів емпіричних даних щодо ПГР. З урахуванням значних відставань і низького рівня охоплення профілактичними послугами щодо ВІЛ/СНІДу в Україні, основні зусилля необхідно спрямувати на швидке розповсюдження профілактичних послуг, особливо в місцевостях, найураженіших епідемією ВІЛ. Необхідно використовувати всі наявні пункти доступу до послуг профілактики проти ВІЛ/СНІДу. Це потребує продовження подальшого впровадження профілактичних програм у закладах догляду за дитиною, ІТТ та виховних колоніях для неповнолітніх. Необхідно більше використовувати нетрадиційні місця доступу до профілактичних послуг, такі, наприклад, як аптеки. Оскільки досліджень з питань профілактики ВІЛ/СНІДу серед ПГР в Україні було мало, рекомендуємо вивчити досвід профілактики в інших країнах, особливо сусідніх, до початку складання програм.
10. Продовження профілактичних заходів. Одним із шляхів продовження профілактичних заходів є ширше залучення до їх проведення державних соціальних служб. Надзвичайно важливу роль у профілактиці ВІЛ в Україні відіграють НДО, тому інший шлях – це розроблення механізмів та сприятливого законодавчого середовища для укладання угод з НДО щодо надання послуг, щоб зменшити залежність від донорського фінансування, а також визначити та зареєструвати послуги, які надають НДО, з урахуванням механізмів, що дозволяють це зробити.

Дослідження виправдане тільки тоді, коли його результати слугують досягненню поставленої мети. В рамках цього проекту створено надійну базу даних щодо ПГР, до якої входять результати базового дослідження та перелік основних індикаторів. Крім того, ЮНІСЕФ ініціював процес стратегічного планування профілактичних заходів на національному та регіональному рівнях. Це забезпечить стратегічну базу для оперативного планування на рівні надавачів послуг, зміцнення кадрового потенціалу, мобілізацію ресурсів та впровадження інноваційних моделей. Державна соціальна служба відіграє в цьому процесі провідну роль за підтримки Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту. Є надія, що цей процес стане початком здійснення таких заходів з боку всіх органів влади України в напрямі задоволення потреб у профілактиці однієї з найуразливіших груп ризику, яка до цього часу значною мірою залишалася поза увагою ВІЛ-профілактичних програм, а також у напрямі перерозподілу обмежених ресурсів, що виділяються на підтримку та впровадження ефективних моделей профілактики.

ВСТУП

Підлітковий вік – це пора, коли людина зростає та стає незалежною від своєї сім'ї. Це час, коли відбувається багато фізичних і фізіологічних змін, формуються уявлення, особисті інтереси та поведінка, а також випробовується щось нове. Пізнання нового важливе для набуття життєвого досвіду, але іноді хлопці та дівчата вдаються до таких експериментів, що стають для них шкідливими і небезпечними, тобто долучаються до ризикованих поведінкових практик.

Одним із найбільших ризиків, якому піддаються сьогодні хлопці та дівчата в Україні, є ризик інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), що спричиняє синдром набутого імунодефіциту (СНІД).

Найризикованішими щодо враження ВІЛ-інфекцію є такі поведінкові практики хлопців і дівчат підліткового⁷ віку:

- ▶ споживання ін'єкційних наркотиків з використанням нестерильного ін'єкційного інструментарію;
- ▶ небезпечний⁸ анальний, вагінальний чи оральний секс із ВІЛ-інфікованим партнером (як гетеросексуальний, так і секс між чоловіками);
- ▶ численні небезпечні статеві контакти з ВІЛ-інфікованим партнером, часто пов'язані з комерційним або трансакційним сексом⁹.

Хлопців і дівчат підліткового віку, для яких характерні такі види поведінки, означають як «підлітків груп ризику» (ПГР)¹⁰.

Існує багато можливих факторів, які впливають на ступінь уразливості та ризику поведінки хлопців і дівчат підліткового віку (див. табл. 1). Під їх дією хлопець або дівчина можуть залучитися до ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки, не маючи змоги захиститися від значної шкоди чи сексуальної експлуатації, у разі неможливості домовитися з партнером про безпечніший секс чи невикористання стерильного ін'єкційного інструментарію тощо¹¹. До таких факторів належать, зокрема, медичні та біологічні, наприклад, підвищена уразливість до ВІЛ підлітка, що вже вражений інфекцією, яка передається статевим шляхом. Також існують політичні, культурні та законодавчі чинники, що впливають на уразливість та ризики підлітків, наприклад, релігійні та культурні норми, що формують ставлення людей до маргіналізованих груп. До них слід віднести передусім стан соціальної системи забезпечення, рівень охоплення та якість підтримки тих груп людей, що найбільше її потребують; політику та закони, що створюють перешкоди наданню та отриманню послуг. На рівні громади існують численні соціально-економічні та середовищні фактори, що підвищують уразливість та ризики. Так, доступ до послуг профілактики та підтримки обмежують чинники: належність до маргіналізованої або соціально ізольованої групи, бідність, гендерна нерівність, тиск норм однолітків¹², родинні конфлікти чи кризи, місцевий наркобізнес, поширеність торгівлі людьми, експлуатація дітей та їх передання до спеціальних закладів, рівень безпритульності серед підлітків, поширеність та якість¹³, а також скоординованість послуг усередині громади. Усі ці фактори, а також багато інших, можуть негативно впливати на поведінку індивіда, а також на його особисте

⁷ Згідно з означенням ВООЗ, підлітки – це молоді люди у віці від 10 до досягнення 20 років.

⁸ «Небезпечний» вжито у значенні «без постійного та належного використання високоякісного презерватива».

⁹ «Трансакційний секс» вживається тут як поняття, що найкраще відбиває такі ситуації, в які потрапляють українські хлопці та дівчата підліткового віку: примушення до сексу або секс за винагороду як єдиний шлях отримати гроші на прожиття або продукти, зокрема наркотики, або поліпшити умови свого життя.

¹⁰ Nomans, H. (2007) *Manual on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents*, Draft November 2007, UNICEF Regional Office for Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States, Geneva, unpublished.

¹¹ Там само.

¹² Там само.

¹³ Під «якістю» тут слід розуміти доступність, прийнятність, відповідність, ефективність та цінову доступність послуг, а також охоплення послугами (див. попередній документ).

сприйняття ризику, його усвідомлення та рівень знань і навичок, наприклад, щодо шляхів і засобів зменшення ризику та профілактики ВІЛ-інфекції.

Таблиця 1

Огляд ключових факторів, що впливають на рівень уразливості та ризику серед хлопців та дівчат підліткового віку¹⁴

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

Дослідження показує, що коли хлопці чи дівчата підліткового віку долучаються до якогось виду ризикованої поведінки, то існує висока ймовірність, що вони схилитимуться до інших видів такої поведінки (ризиковані поведінки, що поєднуються). У деяких випадках підліток вдається до ризикованої поведінки задля виживання, в інших випадках це зумовлюється попередньою ризикованою поведінкою, наприклад, вживанням наркотиків¹⁵.

До того, ж хлопці та дівчата груп ризику не ізольовані серед населення. Внаслідок того, що вони мають найвищий рівень уразливості та ризику інфікування ВІЛ, їхні статеві партнери також перебувають у ситуації високого ризику інфікування (див. рис. 1).

Крім того, є група хлопців і дівчат підліткового віку, які перебувають за крок від ризикованої поведінки. Це так звані «уразливі підлітки», що живуть у ситуативному ризику. Підлітків, які живуть на вулиці, вживають неін'єкційні наркотики, входять до вуличної групи, члени якої вже вживають

¹⁴ Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: нові прогнози / УІСД, British Council Ukraine, DFIDK, – 2003. – С. 48.

¹⁵ WHO (2002) *Broadening the horizon: Balancing protection and risk for adolescents*, Department of Adolescent Health and Development, Geneva.

ін'єкційні наркотики, розглядають як уразливих, тому що, як показує дослідження, є підвищений ризик їхнього залучення до ін'єкційного споживання наркотиків¹⁶.

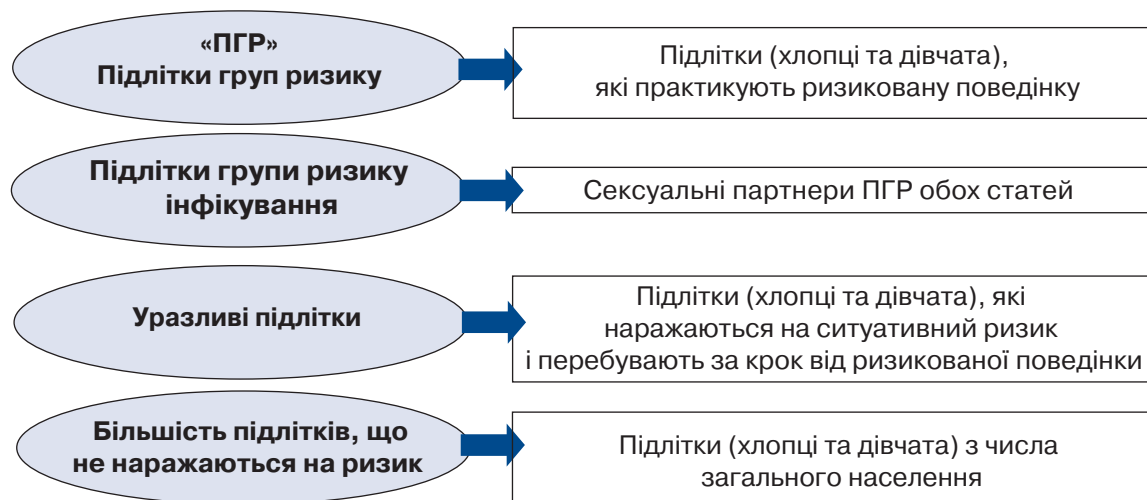


Рис 1. Різні рівні уразливості та ризику серед підлітків¹⁷

ПГР, їхні статеві партнери та уразливі підлітки зазвичай перебувають в одних і тих самих групах. Як показує дослідження, їх можна знайти в різних середовищах, зокрема, вони живуть у кризових родинях або на вулиці; перебувають у притулках для неповнолітніх і подібних установах тимчасового догляду за дітьми, а також у виправних закладах, центрах психосоціальної та наркотичної реабілітації. Крім того, їх можна знайти і в усіх типах шкіл та установ, що надають робочі місця особам після досягнення 16 років. Соціологічні дослідження підтверджують, 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 наркотики¹⁸.

Існують різні захисні фактори, які можуть стабілізувати та знизити рівень уразливості та ризиків¹⁹ серед підлітків: довірливі стосунки з батьками або дорослими в громаді, що можуть позитивно впливати на підлітка, благополучне середовище в школі, добре розвинуті життєві навички та впевненість у собі, духовні вірування, активне залучення до суспільного життя²⁰.

Дотепер в Україні було відносно мало відомо про уразливих підлітків та ПГР, що перешкоджало плануванню та розробленню програм, а також знижувало ефективність профілактичної відповіді на загрозу ВІЛ/СНІДу цим групам населення. Прогалини в доказовій базі та інформації призвели до того, що відповідальні за прийняття рішень, дослідники та надавачі послуг не приділяли уваги цим категоріям хлопців і дівчат та не враховували їх роль у поширенні епідемії ВІЛ. Наприклад, уразливих підлітків (хлопців і дівчат) та ПГР до 2006 року не визнавали в Україні групами, які потребують особливої уваги: ані в *Концепції стратегії дії Уряду, спрямованих 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 розроблення відповіді на загрозу ВІЛ/СНІДу серед

¹⁶ Чинники впливу та запобігання початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом / ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС та УІСД. – К., 2006.

¹⁷ Див.: рис. 1 у: Diane Widdus *Accelerating HIV Prevention Programming with and for Most-at Risk Adolescents*, UNICEF New York, 2nd TSG (Technical Support Group) Global Consultation 27-30 November 2007 in Hanoi. Title of the presentation: *Accelerating HIV Prevention Programming with and for Most-at Risk Adolescents*.

¹⁸ Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом / ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС та УІСД. – К., 2006; Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». –К., 2006.

¹⁹ Nomans, H. (2007) *Manual on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents*, Draft November 2007, UNICEF Regional Office for Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States, Geneva, unpublished.

²⁰ Там само.

них. Відповідно, 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)²¹, який був опублікований на початку 2006 року, або національні звіти про наглядові поведінкові дослідження у групах ризику, опубліковані в період з 2004 по 2007 рік, не містять жодних даних про уразливих підлітків та ПГР.

Ситуація почала змінюватися наприкінці 2006 року, коли уразливі підлітки та ПГР були вперше офіційно визнані як пріоритетні групи для національної відповіді на загрозу ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні, що було відбито в національній *Дорожній карті щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року*²² (надалі – «Дорожня карта»). Однак найважливішим є визнання їх як пріоритетних груп населення щодо профілактики ВІЛ-інфекції у Концепції «Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки»²³ та Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки», що була затверджена у 2009 році²⁴. Ці документи визначають такі «групи ризику»: споживачі ін'єкційних наркотиків; діти-сироти, безпритульні, неповнолітні, що утримуються в установах Державної кримінально-виконавчої служби та в спеціалізованих закладах, діти та підлітки з сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах; звільнені з місць позбавлення волі; особи, що надають платні сексуальні послуги; чоловіки, що мають статеві стосунки з чоловіками, мігранти тощо.

2006 року уразливих підлітків та ПГР офіційно визнано пріоритетними групами для національної відповіді на загрозу ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні державою та іншими зацікавленими сторонами національного рівня.

Паралельно з першим офіційним визнанням категорії уразливих підлітків і ПГР в Україні 2006 року Регіональне представництво ЮНІСЕФ у Центральній Європі та СНД продовжувало посилювати свою діяльність у сфері профілактики ВІЛ серед юнаків і дівчат груп ризику і, за підтримки Уряду Ірландії, почало виконання міжнаціональної програми «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику в Україні та Південно-Східній Європі» (проект ПГР), в якому Україна є однією з пріоритетних країн.

Головні національні партнери проекту ПГР в Україні – Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту, Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді та Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка. Крім того, команда проекту залучає до діяльності основні зацікавлені сторони національного рівня, застосовуючи координаційний механізм. До травня 2008 року цим механізмом була неофіційна «Робоча група з профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки дітей груп ризику». Її створила міжсекторальна група 2007 року, щоб поліпшити координацію діяльності, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом і «дітьми груп ризику». Вона також діяла як Національна координаційна рада з проекту ПГР. Її спільно очолювали представники Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту і ЮНІСЕФ. У межах цього органу було проведено кілька зустрічей у 2007 та 2008 роках. Наприкінці травня 2008 року Міжвідомча комісія з питань охорони здоров'я, материнства

²¹ 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.

²² *Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року.* – К., 2006. (Звіт підготувала міжсекторальна робоча група з питань універсального доступу; документ ґрунтується на результатах трьох національних консультативних нарад і підготовлений за підтримки Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС)).

²³ *Концепція Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр.:* постанова Кабінету Міністрів України від 21 травня 2008 року № 728-р.

²⁴ 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. (Див. www.zakon.rada.gov.ua)

та дитинства при Кабінеті Міністрів України²⁵ офіційно затвердила створення цієї Робочої групи як офіційної підгрупи Комісії. Однак з того часу жодної зустрічі не було проведено за ініціативою держави.

На регіональному рівні таких механізмів координації не було. Як наслідок, команда проекту ПГР створила регіональні координаційні ради, аналогічні до ради на національному рівні, в усіх регіонах, де виконували проект. Потім ці ради налагодили взаємодію з регіональними та (або) міськими координаційними радами з питань ВІЛ/СНІДу та туберкульозу. У трьох з чотирьох регіонів проекту ПГР регіональні координаційні ради на цей час стали офіційними підгрупами регіональних 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 залучення їх до участі у робочих зустрічах та до обговорення результатів за допомогою групових фокусованих та глибинних інтерв'ю.

Національна та регіональні координаційні ради складаються з представників недержавних і релігійних організацій (НДО та РО), які працюють у сфері ВІЛ/СНІДу та (або) з дітьми й молоддю. Деякі з цих представників – колишні ПГР. Крім того, до складу рад входять повноважні представники державних організацій та установ, зокрема 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 (див. дод. 1 стосовно запланованого та дійсного переліку представників консультативних рад).

Головні завдання координаційних рад:

- ▶ консультувати та орієнтувати команду проекту ПГР з усіх заходів, пов'язаних з проектом;
- ▶ надавати представникам цільової групи (уразливим підліткам і ПГР) можливість брати активну участь в обговоренні, плануванні, моніторингу, виконанні 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.

Кожна з рад має узгоджене технічне завдання.

У табл. 2 подано огляд цілей проекту ПГР, що здійснюваного за підтримки ЮНІСЕФ, а також його очікуваних результатів в Україні.

²⁵ «Міжвідомча комісія з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства» була створена за розпорядженням Кабінету Міністрів України від 3 серпня 2000 р. № 1200 для координації в Україні діяльності, 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 України у справах сім'ї, молоді та спорту (президія комісії), Міністерства охорони здоров'я України (представник колеги), Міністерства освіти та науки України та Верховної Ради, голова Національної ради федерації дитячих організацій в Україні, Уповноважений 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.

Таблиця 2

Завдання проекту ПГР і його очікувані результати в Україні

Основні завдання	Очікувані результати
1. Зміцнити базу знань про хлопців і дівчат-ПГР, підвищити ефективність національної системи моніторингу й оцінки.	Міцна доказова база щодо ПГР
2. Оцінити законодавчі перешкоди та розробити політику врегулювання правових і етичних аспектів профілактики ВІЛ серед хлопців і дівчат ПГР. 3. Налагодити партнерство й співробітництво з національними та міжнародними зацікавленими сторонами.	Розширена політика та правова основа захисного середовища для хлопців і дівчат груп ризику
4. Підвищити компетентність держави та НДО щодо планування й надання хлопцям і дівчатам-ПГР високоякісних послуг, що відповідають їх потребам. 5. Розробити норми та стандарти з профілактики ВІЛ і послуги підтримки для хлопців і дівчат-ПГР.	Підвищена компетентність Встановлені норми та стандарти
6. Забезпечити широкий доступ хлопців і дівчат-ПГР до цільових послуг в обраних регіонах України для зменшення серед них ризикованих поведінкових практик.	Стратегічний план дій для хлопців і дівчат ПГР, зокрема базовий пакет цільових втручань і моделей надання послуг; виконані та оцінені пілотні проекти
7. Вносити своєчасні виправлення, використовувати передовий досвід, фіксувати отримані уроки.	Задokumentовані результати моніторингу, оцінки та дослідження втручань

У цьому звіті подано основні висновки за результатами досліджень, які проводили ЮНІСЕФ і його партнери за проектом «Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику в Україні» впродовж 2007–2008 років. Звіт узагальнює доказову базу щодо уразливих підлітків та ПГР стосовно потреб країни в плануванні та програмуванні відповіді у сфері ВІЛ/СНІДу, а також аналізує нинішні зусилля з розвитку національної системи моніторингу і оцінки з ВІЛ/СНІДу. Крім того, у звіті представлені рекомендації щодо розроблення та посилення заходів з профілактики ВІЛ-інфекції серед уразливих підлітків та ПГР на базі можливостей, які існують, визначені пріоритетні групи та не задоволені потреби.

1. ПІДҐРУНТЯ ПРОБЛЕМИ

В Україні за станом на 01.01.2008 року налічувалося 5 616 683 хлопців і дівчат віком від 10 до 19 років, що становить 12,1% від загальної чисельності населення України²⁶. Хоча узгоджених даних щодо чисельності груп уразливих підлітків і ПГР на національному або регіональних рівнях немає, аналіз ситуації та наявних статистичних даних свідчить про те, що ця чисельність є значною і що ці підлітки наражаються у своєму житті на широке коло чинників уразливості та ризику.

Плануванню та розробленню програм на всіх рівнях перешкоджає брак узгоджених даних щодо чисельності груп уразливих підлітків та ПГР на національному або регіональних рівнях.

1.1. Фактори уразливості та ризику

Україна залишається однією з найбідніших країн європейського регіону: протягом останніх 7 років рівень бідності коливається в межах 28%²⁷. Як і в багатьох інших країнах, біднішими частіше є багатодітні сім'ї, неповні сім'ї, жінки та неповнолітні. Хоча рівень безробіття в Україні протягом останніх п'яти років зменшувався (не враховуючи останній «кризовий» рік), безробіття серед молоді траплялося частіше, ніж серед решти працездатних²⁸. Багато з тих, хто не має роботи в країні, – молоді люди, які вперше шукають роботу. Проблема безробіття серед молоді посилюється високою плінністю працездатних та значною часткою нетривалої зайнятості. Безробітними частіше є молоді жінки, ніж молоді чоловіки²⁹.

Бідність і безробіття можуть створювати ситуації, в яких і хлопці, і дівчата, але особливо дівчата³⁰, схильються до сексу за винагороду, або до комерційного сексу (як засобу забезпечити прожиття). Уразливість дівчат посилюється через поширеність гендерної нерівності, пов'язаної з сексуальною і репродуктивною функціями, можливостями освіти і зайнятості та нестачею в Україні дієвих програм розширення прав³¹.

Уразливість дівчат посилюється через поширеність гендерної нерівності в Україні.

На національному рівні немає консенсусу щодо оцінки кількості неповнолітніх працівників комерційного сексу в країні, але дані соціологічних досліджень в Україні та Східній Європі засвідчують значний відсоток неповнолітніх жінок, що надають сексуальні послуги за плату та працюють на українських вулицях³². Звіт Інституту «Відкрите суспільство» про ринок секс-роботи, виданий у 2005 році, також засвідчує, що значна кількість осіб, зайнятих комерційним сексом у східноєвропейському регіоні, має дітей, більшість яких живуть у бідності, наражаються на стигматизацію та

²⁶ Державний комітет статистики України: Статистика на 01.01.2008, див.: <http://www.ukrstat.gov.ua>.

²⁷ Звіт про науково-дослідну роботу «Механізм мінімізації соціальних ризиків у суспільстві у контексті соціальної безпеки держави» / за ред. Є.М. Лібанової. – К., 2007 (не видано)..

²⁸ World Bank (2007) Development and the Next Generation. World Development Report 2007, Washington D.C., see: <http://www.worldbank.org/wdr2007>

²⁹ International Labour Organisation (2006) *Global Employment Trends for Youth*, Geneva

³⁰ *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006.

³¹ UNAIDS (2007) *Conference Room Paper on Assessing Gender Equality and Equity as Critical Elements in National Responses to HIV: Cambodia, Honduras and Ukraine*. Presentation of policy guidance to address gender issues. 20th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, Geneva, Switzerland, 25–27 June 2007, Geneva.

³² ECPAT International and Ukrainian Institute of Social Research (2003) *The situation of children in Ukraine and their vulnerability to commercial sexual exploitation*, Kiev; див. також: Open Society Institute (OSI) and Central and Eastern European Harm Reduction Network (2005) *Sex Work, HIV/AIDS, and Human Rights*, Central and Eastern European Harm Reduction Network, Lithuania.

соціальну дискримінацію, якщо про статус їхніх матерів відомо; крім того, ймовірність залучитися до поведінки, пов'язаної з ризиком інфікування ВІЛ, у них вища за середню³³.

Водночас соціально-економічні наслідки перехідного етапу в українському суспільстві сильно зачепили і чоловіків. Слідуючи поширеним стереотипам, наприклад, що чоловіки вважаються «краще обізнаними та досвідченішими в сексі», ніж жінки, що чоловіки «мають більше статевих партнерів, домінують над жінками, не виказують емоцій, не просять допомоги»³⁴, що вживати алкоголь – це «по-чоловічому», як стверджує реклама; багато чоловіків, особливо молодих, обирають ризиковану поведінку як стратегію подолання проблем. Це призвело до значного зростання різниці між жіночою та чоловічою середньою тривалістю життя (62,5 року – серед чоловіків, 74,2 року – серед жінок). Чоловіки в Україні вмирають у середньому на 12 років раніше за жінок, а більшість домогосподарств очолюють жінки (49%)³⁵. Стереотипи «чоловічої поведінки» можуть також пояснювати те, що рівень смертності серед українських хлопців у віці від 15 до досягнення 18 років з 2003 року в два рази вищий, ніж серед дівчат того ж віку³⁶.

Уразливість хлопців до інфікування ВІЛ в Україні збільшується під впливом поширених стереотипів стосовно чоловічої поведінки. Рівень смертності серед хлопців підліткового віку в два рази вищий, ніж серед дівчат того ж віку.

Крім цього, існує фактор статевих стосунків між чоловіками, до яких в Україні поширене стигматизоване ставлення, що змушує багатьох хлопців і чоловіків приховувати свою сексуальну орієнтацію, зокрема в шлюбах, що підвищує уразливість та ризик ВІЛ-інфікування для них самих і для їхніх дружин³⁷.

Розмір соціальної допомоги в країні все ще нижчий за офіційний прожитковий мінімум, через що підтримка найнужденніших є недостатньою³⁸. 2005 року 2,6 млн. дітей та підлітків в Україні жили у сім'ях з доходом, нижчим за прожитковий мінімум. За підсумками 2006 р., у державних соціальних службах було зареєстровано 113 681 «сім'ю у складних життєвих обставинах»³⁹, що є одним з ключових факторів уразливості⁴⁰. На 1 липня 2008 року в державних соціальних службах

³³ OSI and Central and Eastern European Harm Reduction Network (2005) *Sex Work, HIV/AIDS, and Human Rights*, Central and Eastern European Harm Reduction Network, Lithuania

³⁴ Rivers, K., Aggleton, P. (1999) *Men and the HIV Epidemic, Gender and the HIV Epidemic*, New York: Програма розвитку ООН (ПРООН) з ВІЛ

³⁵ Державний комітет статистики України: Статистика на 01.01.2008, див.: <http://www.ukrstat.gov.ua>.

³⁶ Цитується за: Моїсеєнко Р. О. (2008) Сучасний стан охорони здоров'я дітей та підлітків: потреби, пріоритети та виклики: матеріали виступу начальника управління материнства, дитинства Міністерства охорони здоров'я України на середньостроковому огляді співпраці Уряду України та ЮНІСЕФ в м. Київ 1 листопада 2008 р.

³⁷ Засновано на аналізі результатів біоповедінкового дослідження серед чоловіків, що мають статеві стосунки з чоловіками в Україні за 2007 р., див.: Балакірева О. М. *Моніторинг поведінки чоловіків, які практикують секс із чоловіками: аналітичний звіт за результатами опитування 2007 року / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні»*. – К., 2008; Інтерв'ю зі Святославом Шереметом, президентом Гей-форуму в Україні, 2007 р.; Голубая книга. Положение геев и лесбиянок в Украине / Региональный информационный и правозащитный Центр для геев и лесбиянок «Наш мир». – К., 2006.

³⁸ Національний звіт про втілення рішень кінцевого документу Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань дітей / Держ. ін-т розвитку сім'ї та молоді, М-во України у справах сім'ї, молоді та спорту – К., 2007; Національний план дій щодо дітей, який ґрунтується на підсумковому документі Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН «Світ, сприятливий для дітей». – К., 2007.

³⁹ Виникнення «сім'ї в складних життєвих обставинах» зазвичай спричиняється складними фінансовими проблемами в сім'ї, що ведуть до появи інших проблем, наприклад, розриву у відносинах між батьками або залучення одного з батьків у небезпечні та нелегальні дії; загальний розрив або відсутність спілкування між батьками та дітьми, що призводить до нестачі емоційної підтримки у сім'ї; нещасні випадки, такі як тяжкі захворювання чи смерть одного з членів сім'ї, які сім'я не може подолати сама, а соціальні служби не надають їй достатньої підтримки; трудова міграція одного чи обох батьків, внаслідок чого діти залишаються бездоглядні на довгий проміжок часу; домашнє насильство; зловживання психотропними речовинами та наркотиками, включаючи алкоголь, унаслідок чого дитина залишається без належної турботи.

⁴⁰ Національний звіт про втілення рішень кінцевого документу Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань дітей / Держ. ін-т розвитку сім'ї та молоді, Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту. – К., 2007; План дій «Світ, сприятливий для дітей» – К., 2007.

були зареєстровані 61 419 сімей, що опинилися в складних життєвих обставинах, у яких проживає 122 983 дітей⁴¹.

Більшість цих сімей потрапило в такі обставини внаслідок обмеженої дієздатності одного з батьків або дитини (21,9%), унаслідок серйозних проблем у стосунках між членами сім'ї (19,4%), унаслідок вживання алкоголю, психоактивних речовин або наркотиків одним із членів сім'ї (18,4%), унаслідок безробіття членів сім'ї (13,5%), сирітства (10,5%), насильства в сім'ї (2,7%), ув'язнення (2,6%) або міграції члена сім'ї (1,3%), а також унаслідок інфекції ВІЛ (0,8%), у 7,1% сімей існує водночас декілька проблем⁴².

Відмова, недостатність уваги та жорстоке поводження з дітьми та підлітками також є серйозними факторами уразливості та ризику в Україні, бо через це діти та підлітки живуть у небезпечному середовищі. Наприклад, кількість сімей, які були зареєстровані й одержали у 2006 році послуги запобігання відмові від дітей, становила 23 069 із сукупною кількістю 48 432 дітей у цих сім'ях⁴³. За I півріччя 2008 р. офіційні попередження з причин домашнього насильства та жорстокого поводження з жінками і дітьми були видані в Україні 73,2 тис. осіб⁴⁴. Домашнє насильство вважають в Україні однією з основних причин, через яку діти та підлітки втікають з дому та починають долучатися до ризикованих видів поведінки⁴⁵. За 6 місяців 2008 року у МВС надійшло 2223 повідомлення про зникнення дітей, але менше 5% батьків змогли розшукати своїх дітей⁴⁶.

Домашнє насильство та криза в родині стають головними причинами, через які діти та підлітки втікають із дому та долучаються до ризикованих видів поведінки для розв'язання своїх проблем.

Іншим показником того, що підлітки живуть у небезпечному середовищі, є різке підвищення рівня смертності серед підлітків унаслідок нещасних випадків. У 2007 році майже 63% підлітків, померлих у віці від 15 до 18 років, умерли внаслідок різноманітних випадків травмування та отруєння.

2007 року через 95 державних тимчасових притулків в Україні пройшли 20 593 дитини та підлітки, з яких 11 324 (майже 55%) були підібрані з вулиць⁴⁷. Офіційних даних про загальну кількість юнаків і дівчат, які живуть або працюють на вулиці, немає. Вуличне середовище особливо небезпечне, тому що наражає безпритульних підлітків на сексуальну та трудову експлуатацію і насильство, а також на поведінку, що пов'язана з ризиком інфікування ВІЛ⁴⁸. Багато з них випадає з системи освітніх, медичних і соціальних послуг⁴⁹.

Кількість дітей та підлітків обох статей, позбавлених батьківської опіки та поміщених у спеціалізовані заклади, залишається в Україні великою. За станом на 10.03.2008 р. кількість сиріт – дітей і підлітків, позбавлених батьківської опіки, складала 101 354 особи, до того ж більшість із них

⁴¹ Виступ Міністра України у справах сім'ї, молоді та спорту Юрія Павленка на Всеукраїнській нараді з питань соціальної підтримки сім'ї // джерело: http://www.kmu.gov.ua/sport/control/uk/publish/article?jsessionid=BD14295B9A81656801A-602B039CE6F61?art_id=99659&cat_id=99860.

⁴² Там само.

⁴³ Національний звіт про втілення рішень підсумкового документа Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань дітей / Держ. ін-т розвитку сім'ї та молоді, М-во України у справах сім'ї, молоді та спорту. – К., 2007; План дій «Світ, сприятливий для дітей» – К., 2007.

⁴⁴ Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту: статистика за I півріччя 2008 р., див.: <http://www.kmu.gov.ua>.

⁴⁵ *UN Human Rights Committee (28 November 2006) Eighty-eighth session, Geneva 16 October-3 November 2006, International Covenant on Civil and Political Rights, Consideration of Reports submitted by States Parties under Article 40 of the Covenant, Concluding Observations of the Human Rights Committee on Ukraine.*

⁴⁶ Міністерство внутрішніх справ України: статистика за I півріччя 2008 року, див.: <http://mvs.gov.ua>.

⁴⁷ Дані надані Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту в березні 2007 року.

⁴⁸ Kissing, D.M., et al. (2007) HIV seroprevalence in street youth St Petersburg, Russia, in: *AIDS 2007, Vol 21 No 17*, pp. 2333–2340; *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід». – К., 2006.

⁴⁹ *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід». – К., 2006.

проживала в спеціалізованих закладах⁵⁰. Проживання в спеціалізованих закладах (інституціоналізація) саме по собі може бути фактором уразливості, тому що в Україні недостатня кількість установ з догляду за дітьми мають змогу надавати індивідуальний та інтенсивний догляд і підтримку, які особливо потрібні уразливим підліткам та ПГР. Через це підлітки та молоді люди виходять із закладу, не маючи необхідних навичок для розв'язання життєвих проблем, та особливо ризикують стати жертвами торгівлі людьми, трудової чи сексуальної експлуатації⁵¹. Охоплення альтернативними варіантами догляду, наприклад доглядом на сімейній основі, залишається недостатнім⁵²; не поширеною є практика зменшення випадків інституціоналізації на користь спроб реінтеграції дітей у їхні родини, де це можливо⁵³.

Кількість дітей та підлітків обох статей, позбавлених батьківської опіки та поміщених у спеціалізовані заклади, залишається в Україні великою. Дослідження показує, що інституціоналізація може бути фактором уразливості, наприклад, підвищити ризик підлітка стати жертвою торгівлі людьми, трудової чи сексуальної експлуатації.

Хлопці та дівчата, які живуть з ВІЛ/СНІДом або хворобою, пов'язаною зі СНІДом, або ті, кого особисто торкнулася проблема СНІДу (наприклад, стали сиротами через СНІД), стикаються з аналогічними проблемами під час інституціоналізації, не говорячи вже про тавро, яке їм доводиться нести в стінах установи та поза нею⁵⁴. Ті, хто залишається в сім'ях вдома, не лише психологічно страждають, а й часто не мають стабільного дбайливого догляду, зазнають економічних труднощів, проходять через втрату спадщини, стигматизацію, дискримінацію та ізоляцію⁵⁵. Згідно з результатами дослідження соціально-економічного впливу, опублікованого 2006 року⁵⁶, кількість дітей в Україні, які стали сиротами через СНІД, і дітей, уражених ВІЛ/СНІДом, продовжує зростати.

Кількість дітей в Україні, які стали сиротами через СНІД, і дітей, уражених ВІЛ/СНІДом, продовжує зростати.

В Україні одна з найбільших у Європі кількість ув'язнених. За даними Державного департаменту України з питань виконання покарань, за станом на 1 жовтня 2006 року в місцях утримання під вартою перебувало 1500 підлітків, 8000 підлітків були зареєстровані в кримінально-виконавчій інспекції (засуджені без позбавлення волі), а 2500 перебували у виправних закладах з позбавлення волі (виховні колонії тощо). В останній з цих категорій більшість підлітків були віком від 16 до 19 років (72%); понад третина до засудження не відвідували школу; більше половини були з неповних сімей; 21% становили сироти; 8% раніше навчалися в спеціальних навчальних закладах. Саме установи утримання під вартою та в'язниці є додатковим фактором уразливості до ВІЛ, тому що ймовірність передачі ВІЛ збільшується через залучення до споживання ін'єкційних наркотиків або анальний секс (як примусовий, так і за згодою)⁵⁷.

⁵⁰ Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту: статистика за станом на 10.03.2008 р., див.: <http://www.kmu.gov.ua>.

⁵¹ UNICEF, et al. (2005) *Trafficking in Ukraine. An Assessment of Current Responses*, Kiev; Соціальні та психологічні потреби дітей, які виховуються в інтернатних закладах: знання, ставлення, поведінка, практика діяльності: результати дослідження серед фахівців соціальної сфери та дітей-вихованців інтернатних закладів / Київський міжнар. ін-т соціології: за сприяння ЮНІСЕФ. – К.: Компанія Лік, 2006.

⁵² Gudbransson, M. (2004) *Children in institutions: prevention and alternative care. Final report*, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17 – 19 May 2004.

⁵³ Bilson, A. and Carter, R. (2008) *Strategy development for the reform of the state care system for children deprived of parental care living in state institutions*. A report for UNICEF Ukraine, June 2008.

⁵⁴ UNICEF (2007) *Prevention of HIV Infection in Infants: Documenting and Learning from the Ukraine Experience*, Kiev.

⁵⁵ UNAIDS, UNICEF, et al. (2004) *The Framework For The Protection, Care And Support Of Orphans And Vulnerable Children Living In A World With HIV/AIDS*, July 2004, Geneva.

⁵⁶ World Bank, et al. (2006) *Socioeconomic impact of HIV/AIDS in Ukraine*, 2006.

⁵⁷ UNAIDS (2005) *Intensifying HIV Prevention*, Geneva; and: Leinikki, P. (2007) Draft Summary Report, Technical Issue: 1.1.3 Prisoners and 2.6.4 State Penitentiary Department, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007-2008), неопубліковане.

Крім того, Україна – держава транзиту, місце витоку та проходження різних міграційних потоків, серед яких значну кількість становлять нелегальні мігранти⁵⁸. Якісне дослідження серед дітей трудових мігрантів⁵⁹ віком від 12 до 17 років показує, що дуже багато з цих хлопців і дівчат мають психологічні проблеми, а частина з них вдається до ризикованої поведінки через недостатній догляд та підтримку з боку їхніх тимчасових опікунів, навчальних закладів та (або) соціальних служб. Крім того, в Україні поширюється торгівля людьми; значна більшість жертв цієї торгівлі – молоді жінки, яких продають з метою сексуальної експлуатації, що підвищує ризик їх ураження ВІЛ-інфекцією⁶⁰.

Чисельність мобільних груп населення в країні також значна. Одна з найбільших таких груп – роми, і факти свідчать, що значна кількість дітей з ромських сімей працює на вулицях, заробляючи на прожиток⁶¹. Крім ромів, є також інші мобільні категорії населення, наприклад, водії вантажних автомобілів і моряки, багато з яких – молоді люди, які користуються комерційними сексуальними послугами⁶².

Переміщення та статус біженця також можуть посилювати уразливість підлітків до ВІЛ, однак кількість таких осіб в Україні відносно мала, і факти говорять, що їх уразливість щодо ВІЛ поки що не вища, ніж в усього населення країни в цілому⁶³.

Фактори, які збільшують уразливість та ризик інфікування ВІЛ серед підлітків: поширеність споживання алкоголю та легкий доступ до нього, поширеність психоактивних речовин і наркотиків; велика кількість випадків торгівлі людьми; ув'язнення; вимушене життя або робота на вулиці; міграція одного або обох батьків; належність до мобільної або маргіналізованої групи населення.

Ще один суттєвий фактор уразливості – поширеність споживання в Україні алкоголю, психоактивних речовин і наркотиків, відносно дешевих та легко доступних для всіх вікових груп. Нинішня ситуація в країні характерна значним зростанням рівня споживання психоактивних речовин і наркотиків⁶⁴. Дані різних установ свідчать, що більшість споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) – чоловіки⁶⁵. На основі результатів поведінкових досліджень, проведених в Україні протягом останніх років, зроблено розрахунки, за якими молоді люди віком до 25 років можуть становити від 42 до 58% споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні⁶⁶. Беручи за знаменник узгоджену в національному масштабі оцінку розміру популяції СІН в Україні за 2007 рік (від 325 до 425 тис.)⁶⁷, можна сказати, що від 136 500 (нижня межа) до 246 500 (верхня межа) споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні можуть бути молодшими 25 років.

⁵⁸ Прибиткова И., Громов Ю. *Миграционные тенденции 2004–2006 годов в странах Седеркопингского процесса*. Европейская комиссия. – К., 2007.

⁵⁹ *Проблеми дітей трудових мігрантів: аналіз ситуації*. Міжнародний жіночий правозахисний центр «Ла Страда – Україна», Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка. – К., 2007.

⁶⁰ International Organisation of Migration (2006) *Needs Assessment for Reintegration Assistances For Trafficked Males*, Kiev.

⁶¹ UNICEF, et al. (2005) *Trafficking in Ukraine. An Assessment of Current Responses*, Kiev.

⁶² Araujo I. and Roberts-Hatcher J. (2007) Draft Summary Report, Technical Issue 1.1.5.2 Migrants and Mobile Populations, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007-2008), неопубліковане.

⁶³ Homans H. (2007) Draft Summary Report, Technical Issue 1.1.5 Refugees and asylum seekers in Ukraine, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007-2008), неопубліковане.

⁶⁴ *Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом* / ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС, УІСД. – К., 2006.

⁶⁵ *Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу* / ЮНІСЕФ, Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України, ЮНЕЙДС. – К., 2005.

⁶⁶ *Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом* / ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС, УІСД. – К., 2006.

⁶⁷ *ВІЛ-інфекція в Україні: Інформ. бюл. № 25* / Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом, Всесвітня організація охорони здоров'я та ін. – К., 2007.

За приблизними розрахунками, в Україні налічується від 136 500 (нижня межа) до 246 500 (верхня межа) споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні, які можуть бути молодшими 25 років (за даними дослідження з оцінки чисельності СН, проведеного у 2007 р.)

Вік початку споживання ін'єкційних наркотиків в Україні, за оцінками, становить у середньому близько 18 років, однак спостерігається тенденція до його зменшення. У більшості випадків першої ін'єкції передують споживання неін'єкційних наркотиків, і для більшості СН, молодших 18 років, перша ін'єкція є незапланованою подією. Лише деякі з цих неповнолітніх самі купують і готують собі першу ін'єкцію. Наявність чоловіка (дружини) або статевого партнера, який більш-менш регулярно вживає ін'єкційні наркотики та алкоголь, є фактором ризику щодо початку споживання наркотиків дівчатами (хлопцями) та молодими жінками (чоловіками)⁶⁸.

Наявність чоловіка (дружини) або статевого партнера, який більш-менш регулярно вживає ін'єкційні наркотики та алкоголь, є фактором ризику щодо початку споживання наркотиків дівчатами (хлопцями) та молодими жінками (чоловіками).

Варто також зазначити, що багато споживачів ін'єкційних наркотиків мають середню освіту або ще навчаються в школі⁶⁹.

Підлітки, батьки яких зловживають алкоголем або споживають психоактивні речовини чи наркотики, легко можуть почати сприймати таку поведінку як «нормальну». В Україні є певні докази того, що для дітей тих батьків, які зловживають алкоголем, характерний вищий ризик почати споживання алкоголю та наркотиків, ніж для їхніх однолітків, які не мають таких батьків, особливо якщо немає захисного та підтримчого середовища, наприклад, у соціально та економічно депресивних районах країни⁷⁰.

Україна, до того ж, продовжує зберігати високі темпи поширення ІПСШ, які збільшують ймовірність передачі ВІЛ статевим шляхом. Дані дають підставу вважати, що ПГР уразливіші до ІПСШ, ніж їх однолітки в цілому⁷¹. Проте уразливі підлітки та ПГР, зокрема хлопці, в Україні недостатньо охоплені послугами репродуктивного та сексуального здоров'я, і лише небагато з дружніх до молоді клінік надають консультаційні послуги з профілактики та лікування ІПСШ для ПГР⁷².

1.2. Огляд політики та законодавства

У контексті ефективної протидії епідемії важливим є аналіз законодавства України та стану політики з питань надання медико-соціальних послуг дітям та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування. Зважаючи на повну правоздатність 18–19-річних молодих людей, актуальним є огляд законодавства та політики щодо вікової групи від 10 до 18 років, коли діти та молоді люди мають обмежену правоздатність, що може стати (або стає) одним із бар'єрів щодо отримання доброякісних медичних та соціальних послуг.

⁶⁸ Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом / ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС, УІСД. – К., 2006.

⁶⁹ Там само.

⁷⁰ Там само.

⁷¹ Національний звіт із виконання рішень Декларації про віданність справі боротьби з ВІЛ / СНІДом. Україна. Звітний період: січень 2006 р. – грудень 2007 р. / Міністерство охорони здоров'я України. – К., 2008.; *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід». – К., 2006; Nomans H. (2006) UNICEF Guidance on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents, Second draft, UNICEF Regional Office for Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States, Geneva, unpublished.

⁷² Основано на результатах обговорень з офісами ЮНІСЕФ та Фонду народонаселення ООН (ФН ООН) в Україні, липень 2007 року.

Можна констатувати, що національне законодавство України загалом відповідає положенням міжнародних правових актів універсального характеру. Такий самий висновок можна зробити і про відповідність вітчизняного законодавства документам Ради Європи. Водночас, як свідчить практика, існують певні проблеми, пов'язані з рівнем правової культури і правової свідомості окремих посадовців, до компетенції яких належить процес прийняття юридично обов'язкових рішень.

Слід зазначити наявність певних суперечностей та розбіжностей в означенні понять «діти» та «молодь» у документах і практичних підходах міжнародних організацій та в законодавстві України. У міжнародних документах використовують поняття «підлітки», до яких відносять вікову групу від 10 до 19 років. В українському законодавстві поняття «підліток» (підлітки) застосовуються, але не означене. Натомість вікову групу до 18 років (до виповнення 18 років) означають як «діти», а вікову групу від 14 до 35 років – як «молодь». Отже, в реаліях України населення віком від 10 до 19 років складається, за законодавством, з двох підгруп: одна – від 10 до 18 років – це категорія «діти» з неповною правоздатністю; друга – 18–19-річні – належать до категорії дорослих з повною правоздатністю. 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 дитину вважають малолітньою (такі особи мають часткову цивільну дієздатність); від 14 до досягнення 18 років дитина вважається неповнолітньою (мають неповну цивільну дієздатність) (ст. 6 Сімейного кодексу України).

З огляду на розвиток системи ДКТ, в Україні актуальним є питання щодо можливості самостійно звернутися та отримати медичні послуги (враховуючи тестування на ВІЛ-інфекцію) дітям віком від 10 до 18 років, особливо тим, які належать до груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування. Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» у ст. 7 встановлює: «Медичний огляд неповнолітніх віком до 18 років і осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, можна проводити на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду». На рівні практичної діяльності цю норму тлумачать по-різному. Серед лікарів-практиків поширеною є думка, що законні представники мають бути обов'язково присутні при проведенні медичного огляду на ВІЛ-інфекцію. Іншими словами, прихильники цієї тези вважають, що діти віком від 14 до 18 років не можуть пройти медичний огляд на ВІЛ-інфекцію без прохання або згоди їхніх законних представників. На цій підставі деякі медичні заклади не приймають неповнолітню дитину для тестування на ВІЛ-інфекцію без супроводу законного представника. Але правильним тлумаченням є таке: присутність законних представників при проведенні медичного огляду на ВІЛ-інфекцію неповнолітніх віком з 14 до 18 років не є обов'язковою. Тобто, неповнолітні діти віком до 18 років, дійсно, можуть бути обстежені на ВІЛ-інфекцію на прохання або за згодою їхніх законних представників, але при цьому неповнолітні особи віком від 14 до 18 років також можуть самостійно звернутися по медичний огляд на ВІЛ-інфекцію. Таке обґрунтування базується на ч. 3 ст. 284 Цивільного кодексу України, відповідно до якої, медичну допомогу 14-річній особі надають за її згодою.

Отже, медичне втручання (одним із методів якого очевидно є медичний огляд на ВІЛ-інфекцію) щодо особи, якій виповнилось 14 років, не потребує обов'язкової згоди або присутності її законного представника.

Тобто, медичний огляд на ВІЛ-інфекцію неповнолітні особи віком від 14 до 18 років можуть проходити самостійно. Але при цьому можна такий медичний огляд також проводити на прохання чи за згодою законних представників неповнолітніх віком від 14 до 18 років, які в такому випадку мають право бути присутніми при його проведенні.

Згідно з чинним законодавством України, діти віком до досягнення 14 років (у тому числі від 10 до 14 років) не можуть проходити медичний огляд самостійно, а лише на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при його проведенні. Однак застосування цього загального правила до ПГР віком до 14 років (враховуючи також осіб від 10 до 14 років), що є предметом нашого дослідження, з об'єктивних причин видається проблематичним. Для таких дітей досить прогнозованою є ситуація, коли законні представники відсутні або не висловлюють (через будь-які причини) прохання або згоду на проведення медичного огляду, або не можуть бути

присутніми під час медичного огляду. Негативні і навіть непоправні наслідки від можливої затримки в часі медичного огляду на ВІЛ-інфекцію таких дітей очевидні. Неврегульованою є ситуація з порядком супроводу дітей віком до 14 років (у тому числі від 10 до 14 років) у разі встановлення позитивного результату тестування на ВІЛ. Чинне законодавство України не передбачає правових підстав для такого супроводу силами недержавних організацій.

У законодавстві України нема норм щодо правового регулювання проходження медичного огляду бездоглядними дітьми віком до 14 років (у випадках неможливості встановлення батьків або опікунів).

Слід звернути увагу на невідповідність положень «Порядку медичного обслуговування дітей у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей» (затвердженого наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту та Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2006 р. № 3297/645) ч. 3 ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» у частині вимоги обов'язкового проведення тестування на ВІЛ. Цей наказ затвердив норму, відповідно до якої, результати медичного обстеження обов'язково доводять до відома педагогічного персоналу цього закладу. Ця норма порушує одночасно два моменти. По-перше, ч. 2 ст. 8 Закону України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» містить формулювання, що відомості передають у «випадках, передбачених законами України», а ми маємо справу з відомчим наказом. По-друге, педагогічні працівники закладів соціального захисту не входять до переліку, передбаченого ч. 2 ст. 8 Закону України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення». Механізм передавання даних не містить чітких рекомендацій стосовно того, хто, як, у якій формі, на яких правових підставах тощо передає інформацію про результати тестування на ВІЛ, а також інформацію про подальші результати обстежень, лікування тощо. Законодавство не визначає подальший порядок дій щодо ВІЛ-інфікованих дітей, а також порядок консультування батьків дітей з ВІЛ-статусом (крім консультування батьків/інших законних представників дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями).

Час підготування цієї публікації збігся з процесом внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення». Чинний закон буде викладений у новій редакції, яка орієнтуватиметься на подолання зазначених невідповідностей.

Доступ до інформації щодо ВІЛ-інфікування та послуг, пов'язаних з ВІЛ, на рівні правового забезпечення не викликає зауважень. Але на рівні країни та на рівні окремих регіонів бракує стратегії інформування населення та окремих груп (зокрема дітей та молоді) щодо ВІЛ-інфікування та послуг, пов'язаних з ВІЛ. Наявні форми інформування побудовані як «пасивні» (коли спитають), немає активної політики поширення інформації щодо шляхів та засобів запобігання ВІЛ-інфікуванню, про заклади, що надають послуги з профілактики, та спектр таких послуг. НДО націлені або на роботу з дорослими представниками груп ризику (СІН, ЖКС, МСМ), або на широкий загаль. Ті, хто працює з групами ризику, не мають достатньої мережі польових працівників, більшою мірою зорієнтовані на надання послуг тим, хто сам звертається по допомогу. Практично немає НДО, які б займалися інформуванням серед дітей та молоді поза межами навчальних закладів.

Доступ до соціальних послуг неповнолітніх, які належать до груп ризику, на рівні декларованого правового забезпечення практично не має зауважень. Однак законодавство не визначає реальних механізмів доступу дітей до соціальних послуг.

Постають такі очевидні проблеми. Перша – як саме категорія дітей, що є предметом нашого дослідження, може дізнатися про наявні соціальні послуги. Друга проблема – як зробити соціальні послуги прийнятними для дітей. Третя проблема – як забезпечити їх ресоціалізацію. Крім того, воєвчидь, наявною є проблема виконання задекларованої політики щодо надання соціальних послуг, дієвого моніторингу її виконання, використання результатів моніторингу і оцінки для стратегічного планування. НДО не націлені на роботу з віковою групою до 18 років, не мають достатньої мере-

жі польових працівників, не мають потенціалу працювати з «неорганізованою» частиною підлітків (поза межами навчальних закладів).

На сьогодні інститут ювенальної юстиції в Україні перебуває у стадії становлення: вітчизняне законодавство не містить систематизованого нормативно-правового акта (закону) про ювенальну юстицію, а чинні правові норми значною мірою розпорошені по багатьох нормативно-правових актах.

1.3. Стратегічне планування та програмування

Чинна політика й законодавство створюють серйозні перешкоди для розвитку послуг і для доступу до них уразливих підлітків та ПГР. Однак, крім цього, є проблема нестачі в Україні національної та місцевих міжсекторальних стратегій та планів дій з профілактики серед цих груп населення, що спричиняє фрагментоване і нескоординоване надання послуг⁷³. Це також пояснює брак уваги до цих груп населення в дослідженнях з проблем ВІЛ, у моніторингу національних заходів боротьби зі СНІДом і в розподілі ресурсів на національному та місцевому рівнях, а також нестачу етичних керівних принципів для дослідження й планування щодо хлопців та дівчат вищезгаданих груп. Крім цього, це можна розглядати як причину того, що нема узгодженого пакета профілактичних послуг для різних підгруп уразливих підлітків та ПГР⁷⁴, а також етичних принципів для проведення досліджень та розроблення програм для уразливих підлітків та ПГР в Україні⁷⁵. Слід зазначити, що Соціологічна асоціація України 9 грудня 2008 р. затвердила перелік національних етичних принципів проведення досліджень серед уразливих підлітків та ПГР, розроблений на основі принципів, які надав Регіональний офіс ЮНІСЕФ у 2007 р.

Хоча в Україні збирають багато даних, що стосуються ВІЛ-інфекції/СНІДу та супутніх питань, є низка проблем, які досі перешкоджають використанню зібраних даних у плануванні та розроблення програм для уразливих підлітків та ПГР⁷⁶:

А. Нема централізованої національної системи моніторингу і оцінки та окремого підрозділу, що відповідав би за ведення національної бази даних і бібліотеки матеріалів з питань ВІЛ/СНІДу, а також за систематичний збір, оброблення, аналіз і розповсюдження даних моніторингу і оцінки з різних джерел і галузей стосовно різних груп населення, зокрема уразливих підлітків та ПГР. Бази даних та звіти можна отримати, тільки індивідуально звертаючись у різні установи⁷⁷, що також спричиняє труднощі в доступі до даних.

Треба зазначити, що протягом 2008 року була не одна спроба створити в Україні єдиний національний центр моніторингу і оцінки з ВІЛ/СНІДу.

Б. До 2008 року в даних, зібраних в межах соціологічних, біологічних і поведінкових досліджень, систематично не виокремлювали молодші вікові групи за статтю, регіоном та категорією, що

⁷³ Teltschik, A. (2007) Draft Summary Report, Technical Issue: 1.1.4 MARA and MARY, Technical area: 1. Prevention / 1.1 Most at-Risk Populations, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007-2008), unpublished.

⁷⁴ Слід зазначити, що «Дорожня карта» містить мінімальний пакет профілактичних послуг для ПГР, а тому він не відповідає особливим потребам різних підгруп уразливих хлопців та дівчат і ПГР та не відбиває впливу на них різних середовищ їх перебування.

⁷⁵ UNICEF (2008) *Desk Research Report. A review of the evidence on HIV/AIDS and most at-risk adolescents (MARA) and young people (MARY) in Ukraine*. Internal Working Document, UNICEF Ukraine, Kiev, unpublished.

⁷⁶ *Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт, варіант «0», червень 2008 року / ЮНЕЙДС.* – К., 2008; Hoppenbrouwer, J. (2007) Draft Summary Report, Technical Issues: 8.1.1–8.1.12 National M&E Plan, National indicators/reporting, Databases and information management, National programme M&E, Oblast and Sectoral M&E, Research, studies and ethics, Data use, GFATM M&E, World Bank M&E and other M&E, Technical area: 8. Monitoring and Evaluation, 8.1 National M&E Systems, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007–2008), unpublished.

⁷⁷ Див.: також: UNICEF (2008) *Desk Research Report. A review of the evidence on HIV/AIDS and most at-risk adolescents (MARA) and young people (MARY) in Ukraine*. Internal Working Document, UNICEF Ukraine, Kiev, unpublished; та: *Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт, варіант «0», червень 2008 року / ЮНЕЙДС.* – К., 2008.

заважало розробити надійні цільові втручання⁷⁸. Розбиття даних, наприклад, за віком, іноді здійснюються деякими організаціями. У національних звітах з ВІЛ/СНІДу переважно подають дані про молодих людей, які не досягли 25 років, або про молодь віком від 15 до 25 років, але підлітків віком від 10 до 20 років не розглядають як окрему групу, що знижує можливе значення звітів у плануванні та розробленні програм для уразливих підлітків і ПГР⁷⁹.

Протягом серпня 2008 року Національна робоча група з моніторингу і оцінки ВІЛ/СНІДу⁸⁰, яку сформувала Національна координаційна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (колишня Національна координаційна рада з ВІЛ/СНІДу) у квітні 2007 року в Україні, вирішила зробити акцент у Національній системі моніторингу і оцінки з ВІЛ/СНІДу, що перебуває в стані розроблення, на систематичній дизагрегації національних даних з ВІЛ/СНІДу. Важливість систематичної дизагрегації даних, як на національному, так і на регіональних рівнях, підкреслює резолюція Четвертої національної конференції «Розбудова національної системи моніторингу і оцінки заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні»⁸¹. Цей аспект також буде взято до уваги в новому переліку керівних принципів з моніторингу і оцінки для регіонального рівня, що розробить Констелла ф'ючерс груп інтернешнл⁸².

- В. Вікова група «підлітки» не має узаконеного статусу в Україні, що створює серйозні перепони для планування та розроблення програм для підлітків віком від 10 до 20 років. Також це пояснює те, що у національних звітах нема сфокусованого аналізу становища цієї вікової категорії.
- Г. Немає національних та регіональних оцінок чисельності різних груп уразливих підлітків та ПГР (не відома пропорція підлітків серед груп ризику, кількість підлітків, що живуть або працюють на вулиці). При цьому ці оцінки є вирішальними для розрахунків при розробленні профілактичної програми, а також для оцінка ресурсів та планування підвищення компетентності⁸³.

Потребу регулярно оцінювати чисельність груп ризику, зокрема ПГР та дітей, що живуть або працюють на вулиці, офіційно підтверджує також резолюція Четвертої національної конференції з моніторингу і оцінки в Україні⁸⁴. Цієї рекомендації дотримується, наприклад, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні в межах проекту Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФСТМ). 2008 року Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу та ГФСТМ започаткували новий проект з оцінки розмірів популяції груп ризику та пропорції підлітків на регіональному рівні.

- Д. До 2007 року вибірки дозорних наглядових досліджень і поведінкових досліджень в Україні були занадто малі для проведення вторинного аналізу даних про підлітків за регіонами.

2007 року Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні, що фінансує дослідження через гранти Глобального фонду, у взаємодії з виконавчою дослідницькою командою Українського інституту соціальних досліджень імені О. Яременка та за фінансової підтримки Констелла ф'ючерс груп інтернешнл вирішив розширити вибірку груп молодшого віку для того, щоб забезпечити можливість вторинного аналізу даних. Крім цього, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу та УІСД імені О. Яремен-

⁷⁸ World Health Organization Regional Office for Europe (2005) European strategy for child and adolescent health and development, Regional Committee for Europe, Fifty-fifth session, Bucharest, Romania, 12–15 September 2005, Copenhagen.

⁷⁹ Національний звіт із виконання рішень Декларації про віданність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна. Звітний період: січень 2006 р. – грудень 2007 р. / М-во охорони здоров'я України. – К., 2008.

⁸⁰ До робочої групи входять представники різних міністерств, дослідницьких установ, міжнародних та двосторонніх організацій, НДО, а також люди, що живуть з ВІЛ. Група працює як відкритий форум для всіх партнерів, що залучені до різних аспектів дослідження, моніторингу і оцінки для організації скоординованого планування, збирання, аналізу та розповсюдження національних даних і даних оперативних досліджень, а також розвитку єдиної системи моніторингу і оцінки; детальніше див., наприклад, вищенаведений документ.

⁸¹ Конференція проходила 24–27 вересня 2008 року в Ялті, Україна. Резолюцію опубліковано за авторством Міністерства охорони здоров'я України, ЮНЕЙДС та Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІДу в Україні.

⁸² Констелла ф'ючерс груп інтернешнл – це міжнародна компанія, що наразі втілює проект розширення компетентності в боротьбі з ВІЛ/СНІДом в Україні, яку фінансує AMP США.

⁸³ UNAIDS (2007) *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*, Geneva.

⁸⁴ Резолюція Четвертої національної конференції «Розбудова національної системи моніторингу і оцінка заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні» / Міністерство охорони здоров'я України, ЮНЕЙДС, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». – Ялта, 2008.

ка 2008 року опублікували керівні принципи моніторингу епідемії ВІЛ в Україні⁸⁵, в яких зроблено наголос на розширенні вибірок (мінімум: n=300) підлітків та на проведенні окремого аналізу даних щодо підлітків, що не досягли 19 років.

Е. Немає погодженого мінімального переліку даних щодо хлопців та дівчат ПГР, які мають збирати надавачі послуг (незалежно від сектора), також немає й переліку погоджених національних і регіональних показників.

Організації різних секторів робили спроби стандартизувати збір даних та узгодити мінімальний перелік даних. Наприклад, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в рамках проекту ГФСТМ розробив систему SYREX для недержавних виконавців гранту, де представлено мінімальний перелік даних стосовно клієнтів, що отримують послуги з профілактики ВІЛ та зниження шкоди. Крім цього, Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді ввела 2008 року нову систему ПІК (Програмно-інформаційний комплекс). Ці системи – вже початок, але Комплексна зовнішня оцінка⁸⁶ національних заходів з протидії СНІДу в Україні (реалізується з 2004 р.), яку проводили наприкінці 2007 року та на початку 2008-го (далі – зовнішня оцінка), показала, що під час використання цих систем виникають проблеми, оскільки вони є внутрішніми засобами організації інформації, а тому не узгоджені з засобами та системами інших секторів або організацій⁸⁷.

Є. Якісних та кількісних даних про уразливих підлітків та ПГР не достатньо, що спричиняє труднощі в розумінні відмінностей між різними підгрупами уразливих підлітків та ПГР, аналізі їхніх соціальних і статевих стосунків, практик здорового способу життя та чинників, що впливають на поведінку.

Ж. Майже не існує програмних даних про уразливих підлітків та ПГР, а також даних досліджень стосовно втручань⁸⁸.

Для того, щоб почати виправляти цю ситуацію та розв'язувати наявні проблеми у рамках проекту ПГР, зараз відбувається процес розроблення стратегій профілактики та планів дій щодо хлопців і дівчат ПГР на національному та регіональному рівнях в Україні. Ця робота ґрунтується на комплексному аналізі становища цих груп підлітків в Україні, зокрема на дослідженні, представленому в цьому звіті.

1.4. Захворюваність і поширеність ВІЛ

За оцінками, наразі в Україні ВІЛ-інфекцією вражено 1,64% населення, або півмільйона осіб віком від 15 до 50 років, що підтверджує те, що в Україні – найсильніша епідемія ВІЛ серед країн Європейського регіону⁸⁹.

Відповідно до реєстрів Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, за станом на 1 січня 2008 року офіційно були зареєстровані як ВІЛ-інфіковані лише 493 підлітки віком від 15 до 18 років та 16 513 молодих людей віком від 18 до 25 років. Однак результати вторинного аналізу

⁸⁵ Балакірева, О. *Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції* / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». – К., 2008.

⁸⁶ *Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні*: зведений звіт, варіант «0», червень 2008 року / ЮНЕЙДС. – К., 2008.

⁸⁷ Hoppenbrouwer, J. (2007) Draft Summary Report, Technical Issues: 8.1.1 – 8.1.12 National M&E Plan, National indicators/reporting, Databases and information management, National programme M&E, Oblast and Sectoral M&E, Research, studies and ethics, Data use, GFATM M&E, World Bank M&E and other M&E, Technical area: 8. Monitoring and Evaluation, 8.1 National M&E Systems, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007–2008), unpublished.

⁸⁸ Див.: також: UNICEF (2008) *Desk Research Report. A review of the evidence on HIV/AIDS and most at-risk adolescents (MARA) and young people (MARY) in Ukraine*. Internal Working Document, UNICEF Ukraine, Kiev, unpublished; *Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні*: зведений звіт, варіант «0», червень 2008 року / ЮНЕЙДС. – К., 2008.

⁸⁹ *Національний звіт із виконання рішень Декларації про віданність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна. Звітний період: січень 2006р. – грудень 2007 р.* / М-во охорони здоров'я України. – К., 2008.

даних⁹⁰ про підлітків-СІН та підлітків-ЖКС віком від 15 до 20 років, отриманих з дозорних наглядових досліджень серед груп ризику (проводив 2006 року Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом), а також даних про ЧСЧ, віком від 15 до 25 років, отриманих під час наглядового біоповедінкового дослідження цієї категорії у 2007 році (див. дані в табл. 1.4.1.), показують, що поширеність ВІЛ серед ПГР обох статей може бути набагато вищою, ніж це демонструє офіційна статистика.

Поширеність ВІЛ серед ПГР обох статей може бути набагато більшою, ніж це демонструє офіційна статистика.

Таблиця 1.4.1

Дозорне наглядове дослідження 2006 року		
Цільова група	Усього перевірено, осіб	% ВІЛ-інфікованих
Дівчата-СІН, від 15 до досягнення 20 років	54	39
Юнаки-СІН, від 15 до досягнення 20 років	116	29
ЖКС, від 15 до досягнення 20 років	99	11
Біоповедінкове наглядове дослідження 2007 року		
Цільова група	Усього перевірено, осіб	% ВІЛ-інфікованих
ЧСЧ, від 15 до досягнення 25 років	137	4

Попри обмеженість офіційного реєстру ВІЛ-інфікованих в Україні та брак достовірних даних про захворюваність, наявні статистичні матеріали чітко показують, що ВІЛ продовжує швидко й невинно поширюватися серед усіх вікових груп. 2007 року частина підлітків віком від 15 до досягнення 20 років серед загальної кількості всіх нових зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ склала 2,8% (серед хлопців – 0,8%, серед дівчат – 5,6%)⁹¹, проте рівень охоплення добровільним консультуванням і тестуванням на ВІЛ (ДКТ) серед цієї вікової групи – дуже низький, тобто, наведені дані можуть не відбивати дійсну ситуацію.

Хоча ВІЛ в Україні продовжує швидко поширюватися, рівень охоплення добровільним консультуванням і тестуванням на ВІЛ (ДКТ) серед уразливих підлітків та ПГР дуже низький, тобто, офіційна статистика може не відбивати дійсну ситуацію.

Хоча епідемія ВІЛ в Україні все ще зосереджена в групах ризику, а передача ВІЛ через споживання ін'єкційних наркотиків залишається головним шляхом передання, ризик генералізованої епідемії продовжує зростати. Кількість ВІЛ-інфікованих жінок дітородного віку в Україні швидко збільшується, зростає і кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями⁹².

Дані Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом за 2007 рік свідчать про те, що більшість офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих юнаків віком від 15 до 20 років заразилися через споживання ін'єкційних наркотиків (65%), тоді як дівчата того ж віку отримали ВІЛ-інфекцію через незахищені гетеросексуальні контакти (89%). Оскільки достатньої інформації про статевих партнерів ВІЛ-позитивних дівчат немає, то сказати, чи отримали ці дівчата ВІЛ від свого статевого

⁹⁰ UNICEF (2008) *Desk Research Report. A review of the evidence on HIV/AIDS and most at-risk adolescents (MARA) and young people (MARY) in Ukraine.* Internal Working Document, UNICEF Ukraine, Kiev, unpublished.

⁹¹ *ВІЛ-інфекція в Україні: Інформ. бюл. № 25 / Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом, Всесвітня організація охорони здоров'я та ін.* – К., 2007; Підсумкові статистичні дані про ВІЛ та серед підлітків віком від 15 до 18 років надані за запитом ЮНІСЕФ у 2007 та 2008 роках (внутрішній робочий документ, Український центр профілактики СНІДу).

⁹² *Національний звіт із виконання рішень Декларації про віданність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна. Звітний період: січень 2006р. – грудень 2007 р. / М-во охорони здоров'я України.* – К., 2008.

партнера-СІН, чи ні, важко. Результати сероконверторного дослідження⁹³, яке зараз проводять в Україні, можливо, дадуть відповідь це питання.

1.5. Профілактичні та інші послуги, пов'язані з ВІЛ/СНІДом

Чинна соціальна політика в Україні стосовно житла, зайнятості та соціального забезпечення не розв'язує тих соціальних, психологічних проблем і проблем здоров'я, з якими стикаються уразливі підлітки та ПГР, а саме нехтування, насильства, позбавлення батьківської опіки та різних травм. Сфера охорони здоров'я та соціальний сектор в Україні отримують недостатнє фінансування, їм бракує політичного керівництва та політичної пріоритетності. На сьогодні вони недостатньо компетентні для відповіді, а багато закладів і установ переживають не найкращі часи⁹⁴. Крім того, надмірна централізація та спеціалізація лікувально-профілактичних служб, вертикальна структура обслуговування, велика кількість перешкод у доступі до послуг – усе це загострює труднощі, що існують навіть у наданні мінімального пакета високоякісних послуг уразливим підліткам і ПГР⁹⁵.

Висновки комплексної зовнішньої оцінки містять докази того, що наявний перелік, охоплення і якість послуг з профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки для ПГР в Україні не достатні, щоб зупинити поширення епідемії ВІЛ⁹⁶.

Наявний перелік, охоплення і якість послуг із профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки для уразливих підлітків і ПГР в Україні не достатні, щоб зупинити поширення епідемії ВІЛ, зокрема державні організації недостатньо залучені до надання послуг.

Хоча в *Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки* поставлена амбітна мета – охопити на національному рівні 60% груп ризику (враховуючи уразливих підлітків і ПГР, а саме «споживачів ін'єкційних наркотиків; дітей-сиріт, безпритульних, неповнолітніх, що знаходяться в установах Державної кримінально-виконавчої служби та у спеціалізованих закладах, дітей та підлітків з сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах; осіб, що надають сексуальні послуги за гроші; чоловіків, що мають статеві стосунки з іншими чоловіками, мігрантів тощо»), державні організації недостатньо залучені до надання послуг, а Уряд дуже слабо фінансує заходи з профілактики ВІЛ-інфекції, окрім фінансування послуг для молодих ув'язнених і молодих СІН.

Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки ставить амбітну мету – охопити на національному рівні 60 відсотків груп ризику.

Охоплення молодих СІН послугами профілактики ВІЛ та консультування суттєво прогресує. Державні соціальні служби для сім'ї, дітей та молоді створили загальнодержавну мережу з 217 пунктів цільового консультування, які підтримують також ініціативи з самопомоги. Оскільки ця

⁹³ Аналіз факторів ризику щодо інфікування ВІЛ, пов'язаних з сексуальними практиками та споживанням ін'єкційних наркотиків: презентація попередніх результатів сероконверторного дослідження в Україні / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». – К., 2008.

⁹⁴ Національний звіт про втілення рішень підсумкового документа Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань дітей / Держ. ін-т розвитку сім'ї та молоді, М-во України у справах сім'ї, молоді та спорту. – К., 2007; План дій «Світ, сприятливий для дітей». – К., 2007; Gudbransson, M. (2004) Children in institutions: prevention and alternative care. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg; Соціальні та психологічні потреби дітей, які виховуються в інтернатних закладах: знання, ставлення, поведінка, практика діяльності: результати дослідження серед фахівців соціальної сфери та дітей-вихованців інтернатних закладів // Київський міжнар. ін-т соціології, за сприяння ЮНІСЕФ. – К.: Компанія «Лік», 2006.

⁹⁵ Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт, варіант «0», червень 2008 року / ЮНЕЙДС. – К., 2008.

⁹⁶ Там само.

послуга переважно розрахована на самостійний прихід клієнта до пункту, то молоді СІН, до яких найважче дістатися та які не шукають шляхів отримати послуги, залишаються поза сферою охоплення⁹⁷.

Профілактика ВІЛ-інфекції в колоніях (для молоді віком від 14 до 23 років) також стала ширшою, але ці послуги не надають однаковою мірою молодим людям у різних колоніях. Крім того, у сфері профілактики ВІЛ не поширені методи «рівний – рівному», недостатньо використовують можливості програм, що передують звільненню; не пропонують послуги зменшення шкоди, навіть з огляду на домінування ризикованої поведінки; недостатньою є кількість програм роботи зі звільненими з колоній, особливо з молоддю з інших регіонів⁹⁸.

Персонал притулків і центрів психосоціальної реабілітації, підпорядкованих державі, докладають зусиль для нарощування знань та навичок з профілактики ВІЛ-інфекції. Іншим закладам і установам догляду за дітьми, зокрема школам-інтернатам, ще треба включити заходи з ВІЛ-профілактики до переліку своїх послуг. Це стосується також послуг соціальної підтримки, які надають «сім'ям у складних обставинах» у межах програми зменшення шкоди, реалізованої державної підтримки.

Крім того, бракує заходів зі зменшення стигматизації, дискримінації і порушень прав; немає політики абсолютної толерантності в службах, що безпосередньо контактують з уразливими підлітками та ПГР, наприклад, у службах охорони здоров'я, освіти, захисту дітей, правоохоронних і судових відомствах⁹⁹.

Сприяння виходу з ризикованих поведінкових практик серед ПГР – тривалий процес, що потребує багато часу й коштів. Держава, збільшуючи інвестиції в програми ресоціалізації та психологічної реабілітації, водночас прийняла законодавство, що перешкоджає неповнолітнім долучатися до програм замісної терапії, попри докази того, що остання – один з найважливіших методів профілактики ВІЛ серед СІН¹⁰⁰. Унаслідок цього виникає основна прогалина у програмах стаціонарної та дистанційної наркологічної реабілітації для хлопців та дівчат підліткового віку в Україні.

Профілактичні втручання, спрямовані на профілактику ВІЛ-інфекції серед СІН, не були до сьогодні втілені в Україні, хоч вони були визнані найважливішими у дослідницькому звіті 2006 року ЮНІСЕФ та ЮНЕЙДС¹⁰¹, який був присвячений вивченню факторів, що впливають на ініціацію у споживання наркотиків ін'єкційним шляхом (особливо серед молоді), та містив стратегії розв'язання цього питання.

Підлітки-ЖКС і юнаки-ЧСЧ не отримують жодних профілактичних послуг від влади. Послуги цим категоріям надають майже винятково недержавні організації. Проте більшість послуг з профілактики ВІЛ-інфекції та зменшення шкоди, до яких можуть отримати доступ підлітки-СІН, підлітки-ЖКС і юнаки-ЧСЧ, розрахована на дорослих і не задовольняє особливі та багатоманітні потреби уразливих підлітків і ПГР.¹⁰² Так, лише невелика кількість організацій пропонує комплексний пакет

⁹⁷ Там само.

⁹⁸ Там само.

⁹⁹ Там само.

¹⁰⁰ Там само; та «Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування»: аналіт. огляд / М. В. Буроменський, В. М. Стещенко. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2008.

¹⁰¹ Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом / ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС, УІСД. – К., 2006.

¹⁰² 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 та Socis-CSPR and International HIV/AIDS Alliance (2006) *Situation analysis. Operational Research. Evaluation of Coverage of IDUs and FSWs with Harm Reduction Programs*, Kiev.

послуг та послуги низького порога на принципах «єдиного вікна»¹⁰³, «ведення випадку» та аутрич-послуг¹⁰⁴.

Майже нема програм профілактики ВІЛ-інфекції для різних груп уразливих підлітків і ПГР, наприклад, неповнолітніх хлопців, які надають комерційні сексуальні послуги, клієнтів-підлітків, що займаються комерційним сексом, або статевиx партнерів ПГР. Не досить розповсюджені і втручання за принципом «рівний – рівному», заходи мобілізації громади, розширення знань і навичок підлітків, якісні програми комунікації з метою зміни поведінки¹⁰⁵.

Крім ВІЛ-сервісних, в Україні є різноманітні інші недержавні та релігійні організації, які надають послуги саме уразливим підліткам, особливо тим, які живуть на вулиці, або мігрантам, біженцям, ромам, жертвам торгівлі людьми за гуманітарними програмами. Як визначено в результаті зовнішньої оцінки, дуже невелика частина організацій надає послуги з профілактики ВІЛ-інфекції та зменшення шкоди для всіх груп клієнтів і для підлітків зокрема, хоча ці організації самі і є важливими місцями доступу до профілактики ВІЛ та інших послуг¹⁰⁶.

Профілактика ВІЛ ще не є пріоритетною сферою системи державного догляду дітей, позбавлених батьківської опіки, а також гуманітарних та інших видів програм. Недостатньо використано можливості альтернативних пунктів надання послуг з профілактики ВІЛ, зокрема, аптек.

Служби ДКТ, охорони материнства та профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері дитині, охорони сексуального та репродуктивного здоров'я можуть стати пунктами доступу для уразливих підлітків і ПГР – до послуг з профілактики ВІЛ-інфекції та ІПСШ, лікування й догляду, але їх ресурси недостатньо використовують. Через причини, які будуть наведені в наступному розділі, доступ для цих груп надзвичайно обмежено¹⁰⁷, а багатьом з перелічених служб ще треба інтегрувати орієнтовані на молодь принципи у свою роботу. Аптеки теж слід розглядати як можливі пункти профілактики ВІЛ-інфекції серед уразливих підлітків та ПГР, тому що аптеки в Україні часто мають приватний статус, постачають підліткам засоби самолікування та профілактики, але одночасно є для підлітків джерелом заборонених препаратів і наркотиків, чому держава повинна запобігати¹⁰⁸.

Що стосується якості послуг, то даних про дієвість програм для уразливих підлітків і ПГР в Україні замало. Наглядові поведінкові дослідження груп ризику, проведені за останні роки, показують, що, хоча покращення знань і захисної поведінки у клієнтів програм досягнуто, ці успіхи більше стосуються вікових груп, що старші 25 років, ніж груп молодшого віку. Це пов'язано з низьким

¹⁰³ Послуги «низького порога», які надають на принципах «єдиного вікна», «ведення випадку» та аутрич-послуги функціонують як послуги з мінімальним рівнем переадресації, тобто відразу задовольняють множинні потреби клієнта, що звернувся по послугу через механізм аутрич-послуг або з власної ініціативи. Такі послуги – соціальні, психологічні, медичні, юридичні та освітні надають інтегровано в одному місці. Крім цього, менеджер повинен розробити з клієнтом індивідуальний план підтримки й догляду та бути поряд з клієнтом чи принаймні бути в курсі того, чи звернувся клієнт до необхідних установ по послуги. Такі послуги вже опрацьовано, див. напр.: 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; WHO (2006) *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*, UNAIDS Inter-Agency Task Team on Young People, WHO Technical Report Series No. 938, Geneva; or: <http://www.effectiveinterventions.org/go/interventions>

¹⁰⁴ *Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт, варіант «0», червень 2008 року* / ЮНЕЙДС. – К., 2008.

¹⁰⁵ Там само.

¹⁰⁶ Там само.

¹⁰⁷ Teltschik, A. (2007) Draft Summary Report, Technical Issue: 1.1.4 MARA and MARY, Technical area: 1. Prevention / 1.1 Most at-Risk Populations, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007-2008), unpublished; and: Thorne, C., and Malyuta, R. (2007) Draft Summary Report, Technical Issue: 1.6.2 PMTCT and 7.1.5 PMTCT epidemiology and surveillance, Technical area: 1. Prevention / 1.2 General Population / 7. Epidemiology, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007-2008), unpublished.

¹⁰⁸ UNICEF (2008) *Desk Research Report. A review of the evidence on HIV/AIDS and most at-risk adolescents (MARA) and young people (MARY) in Ukraine*. Internal Working Document, UNICEF Ukraine, Kiev, unpublished; *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід». – К., 2006.

охопленням послугами осіб віком до 25 років, до того ж, головна причина цього, за твердженнями більшості надавачів послуг, – правові перешкоди, а також недостатні компетентність і досвід роботи й спілкування з уразливими підлітками та ПГР¹⁰⁹.

Як було зазначено в підрозділі 1.2, є низка політичних і законодавчих перешкод доступові до послуг та їх наданню уразливим підліткам та ПГР. Враховуючи результати якісних досліджень, можна перелічити такі перешкоди в розвитку послуг та доступу до них, а саме¹¹⁰:

- ▶ Відповідальні за прийняття рішень і надавачі послуг мають обмежені знання та розуміння особливих потреб у послугах і особливостей ставлення до послуг серед груп ризику, що призводить до прогалин у видах послуг і нестачі технічних, фінансових і кадрових ресурсів для задоволення цих численних потреб.
- ▶ Уразливі підлітки та ПГР докладають замало зусиль для пошуку шляхів покращення свого здоров'я, що може бути пов'язано з недовірою або попереднім негативним досвідом, зокрема внаслідок випадків вимагання хабарів та грошей у пунктах доступу до послуг чи дискримінації. Якісні дані також свідчать, що ці групи шукають доступу до медичних послуг тільки в разі крайньої необхідності і вже після того, як спершу спробують лікуватися самостійно; а також їхні знання про доступні послуги обмежені та залежать від рівня знань однолітків, яким вони довіряють.
- ▶ Недостатність охоплення послугами, особливо поза межами великих міст, змушує уразливих підлітків і ПГР витратити гроші, щоб дістатися місця надання послуг, чого багато з них не можуть або не хочуть робити.
- ▶ Нема належної мережі послуг і системи переадресації до послуг, а також брак системи «ведення випадку» призводить до того, що уразливі підлітки та ПГР можуть «загубитися».

1.6. Інтереси та взаємодія між зацікавленими сторонами

У чотирьох регіонах, де виконувався проект, проаналізували потенціал ключових зацікавлених сторін та оцінку потреб вибіркового надавачів послуг (див. детальніше у підрозділі 2.5 про дослідження та хід його виконання). Зацікавленими сторонами, що були запрошені до участі в дослідженні, виступали насамперед хлопці та дівчата-ПГР, надавачі послуг, що вже надають чи планують надавати послуги ПГР (незалежно від сектору), відповідальні за прийняття рішень та розроблення політики, представники міжнародних організацій і надавачі грантів. Результати аналізу відбивають багато проблем, що вже були зазначені в попередніх розділах цього звіту. Результати не є повними і вичерпними, тому що стосуються тільки чотирьох досліджуваних регіонів, проте вони надають змогу з'ясувати інтереси зацікавлених сторін та дослідити взаємовідносини між ними як на регіональному, так і національному рівні. Результати містять інформацію щодо адекватності доступних послуг для уразливих підлітків і ПГР; щодо рівня навичок та знань персоналу, який безпосередньо надає послуги; щодо головних проблем у задоволенні потреб уразливих підлітків та ПГР; а також щодо сильних та слабких сторін, можливостей та загроз/ризиків (SWOT-аналіз) державних і недержавних надавачів послуг у сфері їх роботи з ПГР (див. табл. 1.6.1).

За отриманими даними, майже всім надавачам послуг бракувало навичок з розроблення організаційних стратегій для роботи з уразливими підлітками та ПГР. Зацікавлені сторони наголошували на тому, що інформаційні, медичні, соціальні та юридичні послуги, які надають у їхньому регіоні, не

¹⁰⁹ Питання обговорене під час групових дискусій з надавачами послуг у рамках проекту ПГР, зокрема 12 червня та 10 серпня 2008 року в м. Києві.

¹¹⁰ *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід». – К., 2006; Попередні результати якісного дослідження (глибинні інтерв'ю та групові фокусовані інтерв'ю), проведені серед хлопців та дівчат-ПГР у Дніпропетровську, Донецьку, Миколаєві та Києві влітку 2008 року в рамках проекту ПГР.

задовольняють належно потреби цих груп. Уразливі підлітки та ПГР не були пріоритетними групами для більшості зацікавлених сторін. Це пояснювалося нестачею цільової політики та чинного законодавства на національному рівні (які на офіційному рівні повинні підтримувати сферу надання послуг), а також тим, що послуги зменшення шкоди та більшість інших послуг щодо ВІЛ-профілактики не охоплюють незареєстрованих дітей, до того ж, уразливі підлітки та ПГР не є пріоритетними групами для більшості міжнародних донорів.

Національні засади роботи з уразливими підлітками та ПГР не передбачають адаптацію послуг зі зменшення шкоди та ВІЛ-профілактики для цієї цільової групи

У ході аналізу було виявлено й інші серйозні бар'єри щодо надання послуг. Наприклад, конфлікти інтересів. Насамперед наголошено на конфліктах між:

- ▶ Відповідальними за прийняття рішень та надавачами послуг.

Зацікавлені сторони, які брали участь у дослідженні, відзначали, що головна риса відповідальних за прийняття рішень – політичні амбіції, їх міркування обмежуються новими виборами, а їх головний інтерес – звітувати про успіхи, а не проблемні сфери, що потребують поліпшення; тоді як в інтересах надавачів послуг – відстежувати та задовольняти потреби своїх клієнтів, підвищувати свою компетентність. Проте для цього необхідні відповідні політика та законодавство, вичерпне цільове фінансування, а також бажання відповідальних за прийняття рішень підтримувати або ініціювати необхідні зміни.

- ▶ Державним та недержавним сектором.

Конфлікти інтересів між цими секторами, як показує аналіз зацікавлених сторін, насамперед пов'язані з нерозв'язаними проблемами. Ці проблеми виникли у сфері ВІЛ-протидії внаслідок того що міжнародні донори надали фінансову та технічну підтримку головним чином громадському секторові, тоді як розбудова та зміцнення державного сектора в цій галузі не значилися серед пріоритетних завдань України впродовж останніх років. Проблеми існують також унаслідок взаємної підозри кожного сектора щодо якості послуг іншого, а також через брак національних стандартів для роботи надавачів послуг незалежно від форми власності. До того ж, все ще немає надійного механізму забезпечення доброякісних недержавних послуг державним фінансуванням.

Напрута між двома секторами часто заважає надійному функціонуванню міжсекторальних систем переадресації. НДО також наголошують, що їм бракує повноважень впливати на прийняття рішень, тому що міжсекторальні механізми координації в основному мають дорадчі функції. Усі надавачі послуг говорили про те, що у них немає можливості вимагати звітності з боку осіб, відповідальних за прийняття рішень, про їх діяльність, що погано позначається на роботі надавачів послуг.

- ▶ Організаціями недержавного сектора.

Нестача механізму державного фінансування та залежність від донорських коштів змушує НДО конкурувати між собою і приховувати фінансову інформацію та плани на майбутнє. Це значною мірою заважає кооперації, а також спільному стратегічному плануванню та розробленню програм. Через це у недержавних надавачів послуг спостерігається брак інформації стосовно діяльності, ресурсів і планів один одного, що було помітно під час дослідження. Слід зазначити, що та ж сама ситуація існує і між НДО та державними установами та організаціями.

- ▶ Кримінальною міліцією у справах неповнолітніх та ПГР.

Силові рейди з метою «прибрати» дітей з вулиці, криміналізація ПГР, випадки серйозного порушення прав з боку працівників міліції призвели до глибокої недовіри підлітків до міліції та до будь-яких інших правоохоронних органів. Це найголовніший бар'єр профілактики ВІЛ і зменшення шкоди, бо через це кількість хлопців та дівчат-ПГР, що ховаються та яких важко знайти, збільшується.

Усі вищенаведені (потенційні) конфлікти інтересів завдають значної шкоди міжсекторальній взаємодії та координації на регіональному рівні, які є рушійними для розвитку профілактичної відповіді на загрозу ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Аналіз зацікавлених сторін виявив також прогалини в інформуванні щодо політичних і законодавчих засад надання послуг уразливим підліткам та ПГР, а також національних керівних засад, за якими національну політику і стратегії інтерпретують та адаптують до регіонального рівня.

Отримані дані також свідчать, що не всі надавачі послуг акцентують свою увагу на уразливих підлітках та ПГР у плануванні, розробленні профілактичних програм та моніторингу і оцінці, а також повністю розуміють значення залучення цієї цільової групи.

Наразі немає формальних механізмів залучення ПГР до роботи надавачів послуг (планування, розробки програм, моніторингу і оцінки).

Варто зазначити, що всі зацікавлені сторони, які взяли участь у дослідженні, підкреслювали важливість поліпшення та посилення кадрових ресурсів. Наприклад, обидва сектори наголошували на відсутності в усіх сферах персоналу, який міг би кваліфіковано працювати з уразливими підлітками та ПГР; підкреслювали нагальну потребу ознайомити безпосередніх надавачів послуг з опрацьованими моделями надання послуг та забезпечити достатнє фінансування тренінгових програм, важливість розбудови сучасної системи менеджменту персоналу, а також необхідність збільшення кількості та підтримки аутистич-працівників і консультантів за принципом «рівний – рівному».

Поряд з потребою розвитку кадрових ресурсів зацікавлені сторони також визначили потребу розроблення, по-перше, єдиної бази даних про клієнтів (нестача якої знижує ефективність і результативність роботи), по-друге, єдиного переліку ключових індикаторів стосовно ПГР, який треба інтегрувати у систему моніторингу і оцінки з ВІЛ/СНІДу на регіональному рівні.

Таблиця 1.6.1 містить підсумки результатів SWOT-аналізу серед державних і недержавних надавачів послуг уразливим підліткам і ПГР. Тут показано, що в багатьох сферах державні та недержавні організації доповнюють одні одних. Крім того, відзначено, що ефективність роботи НДО суттєво залежить від провідної ролі держави та від створення такої політики і законодавства, які належно відповідали б, з одного боку, потребам уразливих підлітків і ПГР, а з іншого – вимогам та стандартам якості роботи НДО.

Ефективність роботи НДО суттєво залежить від провідної ролі держави та від створення такої політики та законодавства, які належно відповідали б потребам цільової групи та стандартам якості надаваних послуг.

АНАЛІЗ КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА ПОТЕНЦІАЛУ НАДАВАЧІВ ПОСЛУГ
Як пом'якшити слабкі сторони можливостями та як мінімізувати ризики сильними сторонами?

Державні організації	Недержавні організації
Сильні сторони	Сильні сторони
<p>Особисті: досвід роботи, оптимізм, гуманізм, духовність.</p> <p>Професійні: підготовка фахівців за рахунок бюджету, стабільні кадри.</p> <p>Матеріально-технічні: наявність інформаційних баз, зокрема клієнтських, наявність методичної літератури.</p> <p>Нормативні: мають право надавати послуги, відповідно до нормативної бази.</p> <p>Структурні: одержують стабільне бюджетне фінансування.</p>	<p>Особисті: ентузіазм, особиста зацікавленість, ініціатива, оптимізм.</p> <p>Професійні: вміння швидко пристосовуватися до нових умов функціонування, використовувати новий досвід, можливість легко встановлювати партнерські відносини, зокрема з донорами.</p> <p>Матеріально-технічні: наявність баз клієнтів.</p> <p>Структурні: діють поза бюрократичною системою; більша довіра з боку ПГР; можуть не виконувати всіх законодавчих вимог щодо цільової групи.</p>
Слабкі сторони	Слабкі сторони
<p>Професійні: нестача навичок у плануванні, прийнятті та розподілі бюджету, нестача досвіду та спеціальної підготовки для безпосередньої роботи з ПГР в межах профілактики ВІЛ.</p> <p>Матеріально-технічні: погане технічне забезпечення, недостатня оплата праці співробітників.</p> <p>Нормативні: обмежені рамками законодавства, наприклад, мусять відмовляти ПГР в послугах без реєстрації.</p>	<p>Професійні: поширеність синдрому «вигорання»; повноваження фахівців НДО, зокрема юридичні, менш широкі, ніж у фахівців державних організацій.</p> <p>Нормативні: діяльність НДО не завжди законна, відсутня система узаконення.</p> <p>Структурні: немає стабільного бюджетного фінансування, залежність від донорів, немає соціального замовлення.</p>
Можливості	Можливості
<p>Нормативні: ефективне використання легітимних важелів впливу на ситуацію.</p> <p>Структурні: збільшення стабільного фінансування, підтримки, соціального замовлення, захисту з боку держави.</p>	<p>Особисті: можливість підвищення результативності роботи внаслідок особистої зацікавленості співробітників.</p> <p>Професійні: можливість надавати адресну допомогу, можливість запроваджувати інновації в процесі надання послуг для ПГР, можливість використовувати довірливі відносини з ПГР для пошуку нових місць доступу, надання послуг за принципом «рівний – рівному» тощо.</p>
Ризики	Ризики
<p>Соціокультурні: інформаційний вакуум щодо ПГР, стигматизація ПГР з боку громадськості та ЗМІ.</p> <p>Політичні: нема особистої зацікавленості відповідальних за прийняття рішень, часті політичні зміни та зміни серед керівництва.</p> <p>Нормативні: неадекватність законодавчої бази потребам цільової групи.</p> <p>Структурні: негативний вплив на ПГР «чорного ринку» і кримінальних структур.</p>	<p>Соціокультурні: інформаційний вакуум щодо ПГР, стигматизація ПГР з боку громадськості та ЗМІ.</p> <p>Політичні: нема особистої зацікавленості осіб, відповідальних за прийняття рішень, трапляються часті політичні зміни та зміни серед керівництва.</p> <p>Структурні: залежність від донорів, немає соціального замовлення, ризики припинення надання послуг, втрати клієнтів і робочих місць внаслідок нестачі фінансування.</p>

2. ДОСЛІДЖЕННЯ

Команда проекту дотримувалася такого дослідницького підходу, який дозволяє розробити доказову базу щодо уразливих підлітків та ПГР в Україні. В межах цього підходу були реалізовані: кабінетне дослідження, огляд політики, законодавства та гендерних питань, а також поведінкові дослідження уразливих підлітків і ПГР, аналіз ключових зацікавлених сторін та оцінку потреб, про що йшлося в попередньому розділі.

У наступних підрозділах висвітлюються різні дослідницькі етапи проекту щодо ПГР.

Розроблення доказової бази уразливих підлітків і ПГР було пов'язане з реалізацією таких дослідницьких завдань:

- 1) кабінетне дослідження;
- 2) огляд політики та законодавства;
- 3) аналіз гендерної ситуації;
- 4) аналіз потенціалу зацікавлених сторін та оцінка потреб щодо підвищення компетентності;
- 5) поведінкове дослідження.

2.1. Кабінетне дослідження

В Україні кабінетне дослідження уразливих підлітків і ПГР в контексті проблеми ВІЛ/СНІДу було проведене 2007 року. Загальна мета полягала у вивченні наявних даних щодо цих груп населення, їх поведінки та чинників, що на неї впливають, визначенні прогалин у знаннях, аналізі основних досягнень, переваг і недоліків національної відповіді на потреби цих груп населення.

Результати кабінетного дослідження були зведені у внутрішній робочий документ. Консультації з першого варіанта цього документа проводилися з партнерами проекту та агенціями ООН. Основні висновки документа у кінцевій редакції подано в цьому звіті. На початку 2008 року документ¹¹¹ надіслано всім партнерам проекту, відповідним агенціям ООН і визначеним національним зацікавленим сторонам.

Проведення кабінетного дослідження ускладнювалося нестачею централізованої національної бази даних і бібліотеки з ВІЛ/СНІДу, зокрема даних та інформації щодо різних груп населення. Серед інших проблем слід зазначити затягування з відповідями окремих зацікавлених сторін на запити щодо необхідних даних і звітів про обстеження, а також недоступність деяких даних і звітів. Останнє було викликано здебільшого тим, що обстеження ще не були закінчені, дані – не проаналізовані, а висновки – офіційно не опубліковані.

2.2. Огляд політики та законодавства

ЮНІСЕФ ініціював проведення комплексного огляду політики та законодавства з заданої проблематики у 2007 році. Мета полягала в тому, щоб вивчити політику та законодавство України щодо розвитку й надання послуг для хлопців і дівчат-ПГР і доступу цих підлітків до послуг, визначити перешкоди та прогалини, розробити пакет рекомендацій стосовно удосконалення й гармонізації національного законодавства з міжнародним правом і політикою. Кабінетне дослідження продемонструвало необхідність такого огляду внаслідок нестачі будь-якої оцінки особливої ситуації ПГР.

¹¹¹ UNICEF (2008) *Desk Research Report. A review of the evidence on HIV/AIDS and most at-risk adolescents (MARA) and young people (MARY) in Ukraine*. Internal Working Document, UNICEF Ukraine, Kiev, unpublished.

Огляд передбачав широке кабінетне дослідження, інтерв'ю з юристами, які працюють у державному та недержавному секторах, та іншими ключовими зацікавленими сторонами, а також проведення двох міжсекторальних «круглих столів» на національному рівні, під час яких були представлені та обговорені результати дослідження. Підсумковий звіт підготовлено та опубліковано у червні 2008 року¹¹².

Головні висновки огляду політики та законодавства наведені у підрозділі 1.2 цього звіту.

2.3. Аналіз гендерної ситуації

Ґрунтуючись на результатах гендерної оцінки *Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки*, опублікованого 2007 року¹¹³ ЮНЕЙДС, за підтримки Представництва ЮНІСЕФ в Україні було проведено цільовий аналіз ситуації з гендерних питань, що стосуються хлопців і дівчат-ПГР; для цього здійснили кабінетне дослідження та провели інтерв'ю з поінформованими особами. Аналіз оснований також на результатах дискусій, які були в гендерних семінарах-тренінгах проекту з відповідальними за прийняття рішень, дослідниками та надавачами послуг в Україні у 2007 та 2008 роках.

Результати аналізу гендерної ситуації ввійшли у цей звіт.

2.4. Вторинний аналіз і базове дослідження

На основі результатів кабінетного дослідження, за підтримки ЛШГТМ¹¹⁴ та у співробітництві з Національною консультативною радою проекту, дослідницька група вирішила поєднати дві стратегії дослідження, щоб дізнатися якнайбільше про ризиковану та захисну поведінку хлопців та дівчат-ПГР:

- 1) вторинний аналіз даних щодо юнаків і дівчат груп ризику, отриманих протягом наглядових поведінкових досліджень¹¹⁵, проведених в Україні 2007 року (надалі – вторинний аналіз даних);
- 2) базове дослідження серед юнаків і дівчат віком від 10 до 19 років, які живуть або працюють на вулиці в Україні (надалі – базове дослідження).

Рішення про використання такої стратегії дослідження пов'язане з «молодіжним» характером епідемії ВІЛ в Україні. Таке дослідження розширить можливості роботи з уразливими підлітками та ПГР і в перспективі сприятиме зменшенню кількості нових випадків інфікування ВІЛ та зниженню рівня епідемії в цих групах¹¹⁶.

Головні завдання вторинного аналізу й кількісного дослідження такі: зміцнити доказову базу щодо уразливих підлітків і ПГР, поглибити розуміння їх поведінки та чинників, що на неї впливають, і через це створити механізми посилення профілактичної діяльності й моніторингу щодо цих груп населення, враховуючи ретельне стратегічне планування та розроблення переліку основних послуг і відповідних моделей втручання. Ще одне завдання полягає у застосуванні отриманих ре-

¹¹² Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування: аналіт. огляд / М. В. Буроменський, В. М. Стешенко. – К.: Укр. Ін-т соц. дослідж., 2008.

¹¹³ UNAIDS (2007) *Conference Room Paper on Assessing Gender Equality and Equity as Critical Elements in National Responses to HIV: Cambodia, Honduras and Ukraine*. Presentation of policy guidance to address gender issues. 20th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, Geneva, Switzerland, 25-27 June 2007, Geneva.

¹¹⁴ ЛШГТМ має договір з ЮНІСЕФ на підтримку проведення кількісного дослідження серед уразливих підлітків-хлопців та дівчат і ПГР у семи країнах – учасниках проекту ПГР.

¹¹⁵ Балакірева О. М. та ін. Моніторинг поведінки чоловіків, які практикують секс із чоловіком: аналіт. звіт за результатами опитування 2007 року / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». – К., 2008; Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків: аналіт. звіт за результатами опитування 2007 року / [Балакірева О. М. та ін.]; МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». – К., 2008; Моніторинг жінок комерційного сексу: аналіт. звіт за результатами опитування 2007 року / [Балакірева О. М. та ін.]; МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». – К., 2008.

¹¹⁶ 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.

зультатів як адвокаційного інструмента¹¹⁷ для створення в Україні сприятливішого середовища для уразливих підлітків і ПГР, розширення їх доступу до послуг та забезпечення дотримання стандартів надання послуг, зокрема етичних принципів.

Головні завдання вторинного аналізу даних поведінкового дослідження 2007 р. і базового дослідження 2008 р.:

- 1) поглибити розуміння поведінки уразливих підлітків та ПГР, чинників, що на неї впливають;
- 2) посилити можливості ВІЛ-профілактики і моніторингу щодо ПГР.

З усіма країнами, які беруть участь у проекті щодо ПГР, узгоджено, які емпіричні дані слід збирати та аналізувати (зокрема, передбачено аналіз за статтю та за віком); це дозволило розрахувати перелік узгоджених основних показників за хлопцями та дівчатами-ПГР (див. дод. 2 – перелік показників в Україні), які описують поведінку, пов'язану з ризиком інфікування ВІЛ, перехресні ризики, сексуальний досвід, чинники, що впливають на поведінку, та фактори уразливості й рівень користування послугами. Ці показники – еталон майбутніх досліджень щодо ПГР. Показники передано для розгляду в Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту; пізніше, 12 червня 2008 року, їх розглянуто на засіданні «круглого столу», який провели Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту спільно з ЮНІСЕФ у Києві, а пізніше узгоджено та оприлюднено.

2.4.1. Вторинний аналіз

Наразі Україна має розвинуту систему біоповедінкових досліджень у сфері ВІЛ/СНІДу. Впродовж останніх років наглядові поведінкові дослідження дедалі більше поєднуються з дослідженнями щодо поширеності ВІЛ-інфекції. Хоча ці дослідження мають деякі слабкі місця, наприклад, їх досі проводили здебільшого в регіонах з відносно високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, не вивчали «групи-містки»¹¹⁸ тощо¹¹⁹. Все ж таки на сьогодні ці дослідження надають найдостовірніші дані, які можна знайти в Україні щодо знань, мотивації, поведінки та чинників, які впливають на поведінку, а також щодо рівня охоплення послугами груп ризику (СІН, ЖКС і, з 2007 року, ЧСЧ), а також таких уразливих груп, як ув'язнені та військовослужбовці¹²⁰.

З огляду на це, дослідницька група вирішила, що не треба проводити додаткове поведінкове дослідження щодо СІН, ЖКС і ЧСЧ підліткового віку в Україні, щоб розрахувати основні показники щодо ПГР. Замість цього дослідницька команда провела вторинний аналіз наявних даних щодо хлопців і дівчат-ПГР віком від 13 (серед ЖКС та СІН) та 15 (серед ЧСЧ) до 19 років на початку 2008 року, використовуючи дані біоповедінкових досліджень, проведених щодо СІН, ЖКС та ЧСЧ у 2007 році.

Дані щодо ключових показників щодо ПГР, отримані в межах проекту, можуть використовуватися як інформаційна база для майбутніх досліджень серед хлопців та дівчат-ПГР в Україні.

Варто зазначити, що це перший випадок проведення вторинного аналізу даних щодо підлітків віком від 13 до 19 років в Україні. Звичайно, не варто забувати про перешкоди, які заважають вико-

¹¹⁷ У рамках проекту ПГР розроблено адвокаційний інструмент з проблем хлопців і дівчат ПГР. За інформацією звертати-ся до Представництва ЮНІСЕФ у Києві.

¹¹⁸ «Групи-містки» – це групи, які водночас пов'язані із загальним населенням і з ПГР: наприклад, одружений водій вантажівки, що купує сексуальні послуги підлітка-ЖКС, належить до групи-містка.

¹¹⁹ Hoppenbrouwer, J. (2007) Draft Summary Report, Technical Issues: 8.1.1-8.1.12 National M&E Plan, National indicators/reporting, Databases and information management, National programme M&E, Oblast and Sectoral M&E, Research, studies and ethics, Data use, GFATM M&E, World Bank M&E and other M&E, Technical area: 8. Monitoring and Evaluation, 8.1 National M&E Systems, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007-2008), unpublished.

¹²⁰ Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт, варіант «0», червень 2008 року / ЮНЕЙДС. – К., 2008.

ристанню цих даних в Україні (вони були перелічені у підрозділі 1.3 цього звіту) і які значно вплинули на дослідницький процес. І ще раз необхідно підкреслити нагальність розв'язання цих проблем для оптимізації проведення майбутніх досліджень, планування та розроблення програм стосовно уразливих підлітків та ПГР.

Отримані результати вторинного аналізу розглянули партнери проекту і ключові зацікавлені сторони, а також широко впровадили. В розділі 3 містяться головні результати вторинного аналізу.

2.4.2. Базове дослідження

Коли дослідницька група звернулася по наявну в Україні доказову базу щодо уразливих підлітків і ПГР, то стало очевидно, що обсяг даних про поведінку, пов'язану з ризиком інфікування ВІЛ, серед цільової групи, зокрема тих підлітків, які живуть або працюють на вулиці, замалий. Однак якісне дослідження¹²¹ щодо груп показує, що вони є досить уразливими та сильно zagrożені щодо інфікування ВІЛ, тоді як рівень користування таких підлітків профілактичними програмами є дуже низьким, хоча загальна чисельність популяції видається значною. Під час 6-го раунду внесення пропозицій до ГФСТМ Україна оцінила кількість популяції «вуличних дітей» віком від 10 до 19 років, які потребують профілактичних щодо ВІЛ послуг, у 115 тис. осіб¹²². Якісне дослідження також демонструє, що підлітки зазвичай живуть або проводять час у групах, де поширена ризикована поведінка щодо інфікування ВІЛ. Соціальне оточення та тиск норм однолітків є ключовими чинниками, що впливають на залучення підлітків, що живуть або працюють на вулиці, до ризикованої поведінки. До того ж, вуличне середовище – це також ризик насильства, експлуатації та злочину. Останнє може призвести до ув'язнення, а отже, й додаткового ризику зараження ВІЛ, тому що через нестачу належної політики та законодавства захист прав ПГР є слабким. Варто додати негативне ставлення та дискримінацію з боку надавачів послуг, особливо медичного сектору, та силові вуличні рейди міліції, які стають причинами страху та недовіри підлітків, що лише посилює небажання отримувати послуги¹²³.

Цю ситуацію розглядала Національна консультативна рада проекту та ЛШГТМ. У результаті команда проекту прийняла рішення про те, що поряд із вторинним аналізом даних, необхідно провести базове дослідження для збору інформації щодо ризикованої поведінки, чинників, які впливають на поведінку, факторів уразливості та користування послугами хлопців і дівчат віком від 10 до 19 років, які живуть або працюють на вулиці, у п'яти дослідницьких пунктах в Україні, що представляють п'ять основних регіонів країни (Схід, Захід, Центр, Південь і Північ).

Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, а також група дослідників, які входять до складу Національної консультативної ради, розглянули протокол базового дослідження (див. дод. 3). Після цього протокол надали для розгляду в Соціологічну асоціацію України щоб отримати схвалення етичних принципів, що й зробили 28 листопада 2007 року.

2.4.2.1. Критерії зарахування до цільової групи дослідження

Цільова група дослідження складалася з підлітків обох статей віком від 10 до 19 років¹²⁴, які живуть або працюють на вулиці. Критерії зарахування були визначені так:

¹²¹ *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід». – К., 2006.

¹²² 6-й раунд пропозицій до Глобального фонду протидії СНІДу, туберкульозу та малярії / КМУ. – К., 2006.

¹²³ LSHTM (2008) *Investigating HIV risk behaviours amongst most at-risk adolescents in Ukraine*, Submitted in partial fulfilment for the award of Master of Science, Demography & Health, University of London by Clea Meynell, September 2008, unpublished; *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006; Goodwin, R., Kozlova, A., Nizharadze, G., Polyakova, G. (2004) *High-risk behaviours and beliefs and knowledge about HIV transmission among school and shelter children in Eastern Europe*. Sex Transm Dis. 2004 Nov;31(11):670 – 5.

¹²⁴ Вжиті означення віку підлітків зроблене згідно з означенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, про що вже зазначалося в цьому звіті. Саме такий віковий інтервал відповідає українській ситуації, коли підлітки та молоді люди, особливо віком від 19 та старші, часто стають членами дитячих груп, що живуть або працюють на вулиці, та сильно впливають на долучення молодших за віком членів групи до ризикованої поведінки. Наприклад, див.: *Діти й молодь*,

1. Підлітки обох статей віком від 10 до 19 років, які знаходяться на вулиці щонайменше три місяці, регулярно не відвідують школу та проводять мінімум 50% свого часу на вулиці.
2. Підлітки обох статей віком від 10 до 19 років, які знаходяться на вулиці щонайменше три місяці, не мають постійної роботи, не відвідують професійно-технічний чи вищий навчальний заклад і проводять мінімум 50% свого часу на вулиці.

Поняття «жити на вулиці» було визначено так:

- а) підлітки обох статей віком від 10 до 19 років, які не мають контактів зі своїми сім'ями, живуть у тимчасових оселях (наприклад, у покинутих будинках) або не мають тимчасової оселі та сплять щоночі в іншому місці;
- б) підлітки обох статей віком від 10 до 19 років, які підтримують контакти зі своїми сім'ями та (або) опікунами, але через бідність або інші причини, наприклад, жорстоке ставлення чи нехтування, проводять мінімум 50% свого часу на вулиці;
- в) підлітки обох статей віком від 10 до 19 років, які перебувають у притулках для неповнолітніх і які до притулку жили на вулиці (див. пункт «а» та «б»)¹²⁵;
- г) підлітки обох статей віком від 10 до 19 років, які офіційно перебувають у державних школах-інтернатах, центрах соціальної реабілітації або інших закладах з догляду за дітьми, але через ту чи іншу причину втекли й зараз живуть на вулиці (див. пункт «а»).

Щоб краще зрозуміти приблизне співвідношення уразливих підлітків та ПГР, припускаючи, що це змішана група, чинник «ризикована поведінка» не використовували як критерій зарахування до дослідження. Критерії зарахування також застосовували до членів соціального оточення підлітка-респондента, якого просили назвати таких членів.

2.4.2.2. Відбір пунктів для дослідження

Для визначення пунктів для дослідження були встановлені критерії відбору, зокрема:

1. Достатня кількість підлітків обох статей віком від 10 до 19 років, які живуть або працюють на вулиці в цьому пункті, що необхідна для отримання належного обсягу вибіркової сукупності.
2. Урахування даних про поширеність ВІЛ-інфекції (від середньої до високої) і тенденції поширеності ВІЛ-інфекції (висхідна) у можливому пункті дослідження.
3. Наявність державних і недержавних організацій, які надають послуги (медичні, соціальні, освітні, юридичні тощо) цим групам населення і які можна розглядати як «утримувачів воріт»¹²⁶,

що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006. Наведений віковий інтервал дещо відрізняється від інтервалу, що вживає ЮНІСЕФ у плануванні та розробленні програм для ПГР, а саме згідно з Конвенцією ООН про права дитини, підлітками вважають осіб віком від 10 до 18 років.

¹²⁵ Є два шляхи потрапляння підлітків до притулків для неповнолітніх: або підлітки приходять туди самостійно, або їх приводять туди уповноважені структури. Згідно з Законом України (20/95-ВР) про «Служби та установи з роботи з неповнолітніми» (ці служби наразі були перейменовані на «Службу захисту дітей»), коли працівники міліції підбирають дітей з вулиці, тобто осіб, яким ще не виповнилося 18 років, повинні повідомити про це до служби захисту дітей. Міліція може передати дитину до притулку для неповнолітніх, якщо у неї нема більше куди йти чи вона не може повернутися до своєї родини, чи вона потребує медичної допомоги, наприклад, у випадку передозування. Після того, як стало відомо про дитину, служба захисту дітей починає роботу з нею та її родиною. За потреби, служба захисту дітей співпрацює з соціальними службами, наприклад, у випадках, коли родина потребує додаткової соціальної підтримки («сім'я в складних життєвих обставинах»). Однак слід зазначити, що досить багато дітей, яких передають до притулків, уникають замкненого середовища та повертаються на вулиці. Детальнішу інформацію див.: *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006.*

¹²⁶ Під «утримувачем воріт» у цьому контексті мається на увазі організація, яка має безпосередній контакт з цільовою групою. Завдяки цьому організація має можливість допомогти в доступі до цільової групи та рекрутувати її членів.

тобто провідників, що забезпечать доступ до групи з метою проведення запланованого дослідження.

4. Чинник економічної ефективності.
5. Інтерес з боку місцевих органів влади до використання результатів дослідження для покращення на рівні міста заходів з профілактики ВІЛ-інфекції серед уразливих підлітків та ПГР.

Після консультацій з партнерами проекту ПГР, надавачами послуг і Національною консультативною радою для кількісного дослідження були відібрані п'ять пунктів:

- 1) м. Київ,
- 2) м. Донецьк,
- 3) м. Дніпропетровськ,
- 4) м. Миколаїв і Миколаївська область,
- 5) м. Рівне і Рівненська область (пілотний пункт).

Місто Рівне і Рівненська область були обрані на прохання ключових зацікавлених сторін, присутніх на консультаціях з членами Національної консультативної ради. Головна причина полягала в тому, щоб якнайкраще відбити стан по всій Україні. За домовленістю, Рівне та Рівненська область були зараховані лише як пілотний пункт, бо наявні дані показали, що кількість підлітків, які живуть або працюють на вулиці, в м. Рівному та Рівненській області дуже мала.

2.4.2.3. Мета дослідження

Головна мета базового дослідження полягала в тому, щоб зібрати дані стосовно ризикованих і безпечних поведінкових практик, чинників, що впливають на ризиковану поведінку і уразливість, факторів користування послугами, та на їх основі розрахувати показники щодо ВІЛ для ПГР, виходячи з переліку основних показників, узгоджених між сімома країнами – учасницями проекту.

2.4.2.4. Відбір і робота на місцях

Було проведено картографування кожного пункту дослідження за допомогою регіональних консультативних рад, щоб визначити та позначити місця, де перебувають та (або) мешкають досліджувані цільові групи, оцінити обсяг сукупності ПГР в конкретних місцях, відзначити основні групи та місця. Під час процесу картографування були визначені пріоритетні місця для втілення або розширення цільових заходів з профілактики ВІЛ, а також оцінка ризиків, враховуючи безпеку дівчат і хлопців та дослідників/інтерв'юерів.

Через брак розрахунків кількості популяції на національному та регіональному рівнях загальну кількість цільової групи (табл. 2.4.2.4.1) для дослідження розраховали на основі наявних статистичних даних Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту за 2005–2006 роки щодо дітей, які перебувають у притулках для неповнолітніх. Більшість дітей перед тим, як потрапити до притулку, жили на вулиці. У 2005 та 2006 роках від 25 до 30% дітей у притулках склали дівчата¹²⁷. Була розроблена перехресна вибірка з чотирьох міст; в цілому кількість опитаних склала 843 підлітки, що живуть або працюють на вулиці (з них 598 хлопців (70%) та 245 дівчат (30%)).¹²⁸

¹²⁷ Статистика щодо дітей, які знаходяться в притулках та психосоціальних реабілітаційних центрах в Україні, за 2005 та 2006 роки. Статистику надав офісу ЮНІСЕФ в Україні у 2007 р. Державний інститут розвитку сім'ї та молоді Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту.

¹²⁸ Аналіз отриманих даних та розрахунки ключових індикаторів (див. дод. 2) здійснювали на вибірковій сукупності 805 підлітків, що живуть або працюють на вулиці, без урахування 38 опитаних в межах пілотажу в Рівненському регіоні, щоб уникнути систематичної похибки.

Таблиця 2.4.2.4.1

Характеристика вибіркової сукупності базового дослідження за регіонами опитування

Місцевість	Запланована кількість	Кількість опитаних
Київ	200 усього: 140 хлопців + 60 дівчат	202: 142 хлопці + 60 дівчат
Донецьк	200 усього: 140 хлопців + 60 дівчат	200: 140 хлопців + 60 дівчат
Дніпропетровськ	200 усього: 140 хлопців + 60 дівчат	201: 141 хлопець + 60 дівчат
Миколаїв, місто/область	200 усього: 140 хлопців + 60 дівчат	202: 142 хлопці + 60 дівчат
Рівне, місто/область	100 усього: 70 хлопців + 30 дівчат	38: 33 хлопці + 5 дівчат
УСЬОГО	900 усього: 630 хлопців + 270 дівчат	843 усього: 598 хлопців + 245 дівчат

Дівчата були додані у вибірку за квотою (30%), яка була побудована на основі наявних статистичних даних про розподіл за статтю серед хлопців і дівчат, які живуть або працюють на вулиці в Україні¹²⁹. Тому розподіл за статтю однаковий для всіх пунктів дослідження, а вибірка, швидше за все, нерепрезентативна.

Для набору необхідної кількості респондентів використовували вибірку за місцем проживання та мережеву вибірку, а для збереження цілісних мереж цільової групи – методику «снігової кулі».

За участь у дослідженні учасники інтерв'ю отримували винагороду. Що саме використовувати як винагороду, розглядали й узгоджували з регіональними консультативними радами, до того ж склад винагороди дещо відрізнявся в різних пунктах дослідження. Це могла бути їжа та (або) теплі шкарпетки (оскільки це була зима), або перелік необхідних служб з інформацією про їх розташування, час роботи тощо.

У кожному пункті дослідження була визначена група з п'яти інтерв'юерів, яких під час роботи контролював супервайзер. Усі вони є членами національної мережі польових дослідників УІСД імені О. Яременка. Групі інтерв'юерів і керівникам дослідження на місцях надавала підтримку група «утримувачів воріт», яка разом з регіональними координаційними радами допомагала дослідницькій групі в процесі картографування та рекрутингу. Для відбору організацій – «утримувачів воріт» були встановлені такі критерії: охоплення цільової сукупності; характеристики клієнтів (вони повинні збігатися з критеріями зарахування до цільової сукупності); безпосереднє надання послуг цільовій сукупності, враховуючи аутич-послуги, послуги денних центрів і аналогічні послуги низького порогу; досвід участі в наукових дослідженнях (необов'язково).

Перед тим, як починати роботу на місцях, вищезгадана група пройшла інструктаж і відповідне підготування, а також отримала вказівки щодо проведення інтерв'ю та роботи на місцях з особливим наголосом на етичних, гендерних питаннях та питаннях безпеки.

2.4.2.5. Інструментарій дослідження та аналіз даних

ЛШГТМ розробила дві стандартизовані анкети – одну для дівчат, іншу для хлопців – на підставі узгодженого переліку основних показників для груп ризику. Ці анкети були адаптовані до місцевого контексту за допомогою консультацій всіх дослідницьких груп, що беруть участь у проекті. Анкети в Україні були підготовлені як українською, так і російською мовами. Дослідницький інструментарій в Україні перевіряли двічі, тому що за умов перекладу він потребував значних змін.

Для введення й аналізу даних використовували 15-у версію програмного забезпечення SPSS. ЛШГТМ надавала допомогу УІСД імені О. Яременка щодо аналізу даних, зокрема було проведено спільний семінар у Києві, а також студентка магістратури ЛШГТМ проаналізувала регіональні відмінності отриманих даних¹³⁰.

¹²⁹ *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006.

¹³⁰ LSHTM (2008) Investigating HIV risk behaviours amongst most at-risk adolescents in Ukraine, Submitted in partial fulfilment for the award of Master of Science, Demography & Health, University of London by Clea Meynell, September 2008, unpublished.

Аналіз даних сфокусовано на двох ризикованих поведінкових практиках: досвід використання наркотиків ін'єкційним шляхом та незахищений секс. Змінні, використані під час аналізу, перелічені в дод. 4.

Відповіді, що підпадали під категорію «немає відповіді/не знаю/не можу згадати», не брали до аналізу, окрім тих випадків, коли респонденти відповідали на питання щодо рівня знань, бо неможливо було дослідити інтенцію їх відповіді. Незараховані відповіді становили менше 10% сукупної вибірки. Практики вживання ін'єкційних наркотиків, так само як і сексуальні практики, аналізували щодо тих респондентів, які мали таких досвід¹³¹.

У статистичному аналізі $p \leq 0,05$ визначено як рівень статистичної значущості. Щоб перевірити рівень значущості результатів для двох підвибірок (наприклад, за статтю), використано U-тест за методом Манна й Вітні, для більшої кількості підвибірок (за віковими групами, містами тощо) застосовано H-тест за методом Крускала и Воліса (обидва тести входять до стандартного пакета SPSS). Статистична значущість p менша за 0,001 ($p < 0,001$) означає, що відмінності є максимально значущими; $p < 0,01$ – дуже значущими; $p \leq 0,05$ – значущими; а $p > 0,05$ – незначущими.

Пілотні дані Рівного та Рівненської області до загального масиву не зараховували, бо загальна кількість цільової сукупності виявилася значно меншою, ніж очікувалося, і в місті, і в області, а також не було достатньої кількості організацій, що надають безпосередні послуги та мають досвід роботи з цією групою населення. Отже, узгоджена кількість цільової сукупності не була опитана, і після попереднього аналізу зібраних в усіх пілотних місцях даних дослідницька команда вирішила не зараховувати дані щодо Рівного до загального аналізу, щоб запобігти виникненню похибки.

Після закінчення базового дослідження були проведені фокус-групи з представниками ПГР, які живуть або працюють на вулиці, для того щоб забезпечити їх подальше залучення до дослідницького процесу та обговорити з ними отримані результати базового дослідження. Результати цих фокус-груп представлено в розділі 4 цього звіту.

2.4.2.6. Етичні питання

До 2008 року в Україні не було національних етичних засад проведення дослідження й планування для хлопців і дівчат-ПГР. У грудні 2008 року Соціологічна асоціація України затвердила національні етичні принципи проведення дослідження серед цих груп, узявши для цього за основу проект принципів, що представив Регіональний офіс ЮНІСЕФ.

2007 року, коли дослідницька команда ЮНІСЕФ розробляла план базового дослідження, в Україні не було національних засад і принципів щодо етики дослідження та планування профілактичних заходів для уразливих підлітків та ПГР. Дослідницька група запропонувала певний етичний підхід та відповідні етичні принципи для дослідників на місцях, узявши для цього за основу *Проект керівних принципів щодо етики проведення кількісних досліджень серед хлопців і дівчат ПГР*¹³² – керівний документ, який спеціально розробило Регіональне представництво ЮНІСЕФ для всіх країн – учасниць проекту ПГР. В адаптованій українській версії для дослідників-польовиків особливо наголошено на питаннях захисту дитинства. Крім того, під час планування дослідження дослідницька група за допомогою консультативних рад і контактних осіб проекту встановила партнерські стосунки з відповідними національними та місцевими органами. Усі процедури, викладені у вищезгаданому документі, що був наданий дослідникам-польовикам, відповідають чинній політиці та законодавству України. Дослідницька група також надала кожному дослідникові поля інформаційний набір, до якого входив перелік місцевих надавачів послуг. Члени дослідницьких команд пройшли вишкіл з питань користування ним і переадресації підлітків до відповідних служб. Призначені контактні особи проекту допомагали забезпечити доступ ПГР до відповідних послуг у певній місцевості.

¹³¹ Там само.

¹³² Homans, H. (2007) *Guidance. Ethical issues in conducting quantitative research with adolescents engaging in HIV risk behaviour*, Draft July 2007, UNICEF CEE/CIS.

План і методику дослідження схвалила з етичного боку Соціологічна асоціація України, про що вже згадувалося вище.

2.4.2.7. Переваги та обмеження базового дослідження

Переваги

Загальний план базового дослідження виявився реальним та відповідним до умов збору даних про ризиковану поведінку, чинники, що впливають на поведінку, чинники уразливості, рівень знань і доступ до послуг підлітків обох статей віком від 10 до 19 років, які живуть або працюють на вулиці.

Проведені індивідуальні інтерв'ю виявились комфортними та корисними як для інтерв'юєрів, так і їх співрозмовників. Наявність двох інтерв'юєрів/дослідників-польовиків, як виявилось, забезпечило відчуття безпеки в інтерв'юєрів і це не сприймали негативно респонденти.

Інтерв'ю проводили в тих місцях, де підлітки жили, ховались, залишалися ночувати або проводили час, де збиралися вдень. Деякі з підлітків, яких набрали «утримувачі воріт», вважали за краще давати інтерв'ю у приміщенні «утримувача воріт» – як правило, безпосереднього надавача послуг. Гнучкість цієї методики, а також принциповий акцент на розширенні аутрич-послуг виявились практичними і, крім того, дозволили інтерв'юерам досягти глибшого розуміння середовища, в якому живуть або працюють хлопці та дівчата.

Ще одна важлива перевага цієї методики полягає в залученні «утримувачів воріт», які надають безпосередні послуги цільовій групі. Їхні знання щодо місцевого середовища, структури громади та наявності послуг, а особливо їх вільний доступ до різних підгруп підлітків, які живуть або працюють на вулиці, та довіра до «утримувачів воріт» з боку членів цих підгруп – усе це суттєво сприяло успіхові дослідження та виявилось оптимальною стратегією для висвітлення делікатних тем та вивчення уразливих підлітків і ПГР.

Також виявилася доречною методика вибірки, що ґрунтувалася на досвіді, накопиченому впродовж кабінетного дослідження цільової групи та її поведінки. Вибірка за методом «снігової кулі» допомогла інтерв'юерам охопити важкодоступні підгрупи та соціальне оточення, в тому числі підлітків, які взагалі не мають контактів з будь-якими службами.

Методи та інструменти дослідження були розроблені відповідно до національної політики й законодавства щодо ВІЛ/СНІДу і сприяли плануванню та розробленню програм для уразливих підлітків і ПГР.

Завдяки дослідженню були поєднані ключові зацікавлені сторони з різних галузей як на національному, так і регіональному рівнях, що сприяло формуванню важливого форуму для налагодження зв'язків, координації та створення нових партнерств.

Обмеження

Враховуючи делікатність дослідження, дослідницька група зіштовхнулася з певними труднощами в наборі інтерв'юєрів, особливо в Рівному. Довелося витратити більше часу, ніж передбачалося, на роботу на місцях, надання підтримки інтерв'юерам, іншим місцевим дослідникам і на їх супервізію.

Також різні проблеми виникали під час рекрутингу цільової групи, що відповідно позначилося на часових межах проведення дослідження. Дослідницька група намагалася краще зрозуміти ці проблеми, тому аналізувала їх з польовими працівниками та з представниками регіональних консультативних рад. У результаті, були визначені такі можливі причини:

1. Зимовий період, як правило, уповільнює дослідження через те, що цільова група проводить більше часу, ніж зазвичай, в теплих схованках або в тимчасових притулках.
2. Усі безпосередні надавачі послуг характеризуються недостатністю навичків аутрич-роботи. Часто аутрич-робота є додатковою до основної роботи, можливо, тому лише незначна частка осіб має належну підготовку в цій галузі; в деяких випадках це призводило до того, що працівники

боялися ходити у схованки парами, як того вимагали керівні принципи дослідження, або опитувати членів цільової групи ввечері.

3. Небажання деяких членів цільової групи розмовляти з дорослими, демонстрація глибокої недовіри, можливо, є результатом негативного досвіду спілкування з дорослими, а також того, що члени цільової групи ще не були охоплені жодними послугами та не мали контактів з працівниками служб підтримки.
4. Страх щодо залучення членів свого соціального оточення для участі в дослідженні (це зазначили члени цільової групи). Час проведення дослідження збігся зі збільшенням кількості вуличних рейдів з боку місцевих органів виконавчої влади, що вірогідно могло бути поясненням страху. Ще один імовірний чинник полягає в тому, що дедалі більшу кількість підлітків, які живуть або працюють на вулиці, «організують» дорослі (швидше за все з кримінальних структур), які, зокрема, надають їм житло. Це також може пояснити помітну різницю між кількістю підлітків на вулицях під час дослідження та рік тому, коли ЮНІСЕФ проводив формувальне дослідження серед «підлітків вулиці» в Києві та Одесі.¹³³ Чи дійсно зменшилася загальна кількість підлітків, які живуть або працюють на вулиці, чи це можна пояснити ускладненням доступу до цільової групи через збільшення рейдів міліції або підвищеною «організованістю» цих груп? Наше дослідження не може дати відповіді на ці запитання.
5. Як і очікувалось, у процесі картографування та рекрутингу була виявлена більша кількість хлопців, ніж дівчат, що спонукало дослідницьку групу запровадити квоту для дівчат.

Дослідження за місцем проживання хоча й було прийнятним для цільової групи та забезпечувало доступ до підгруп, яких важко досягти, однак все ж таки спричиняло певні ризики для дослідників-польовиків. Хоча небагато з них наразилися на небезпечні ситуації, наявність інших членів групи під час інтерв'ю призводила до перерв і відволікань респондентів упродовж бесіди.

2.4.2.8. Здобутий досвід

Основний досвід, здобутий під час проведення дослідження:

- 1) важливо забезпечити міжсекторальну взаємодію та координацію;
- 2) дуже важливо постійно залучати представників цільової групи до дослідницького процесу;
- 3) слід брати до уваги можливі бар'єри дослідження, особливо в питаннях отримання свідомої згоди, захисту дитини та задоволення її можливих потреб у нагляді, запобігання стигматизації та дискримінації цільової групи.

У ході дослідження було здобуто важливий досвід.

Важливість міжсекторальної взаємодії та координації

Роль регіональних консультативних рад у проведенні дослідження є вирішальною не лише тому, що вони добре знайомі зі своєю місцевістю і ситуацією, а й тому, що вони здатні створювати сприятливе середовище та надавати підтримку для такого делікатного дослідження у своїй громаді. Для того, щоб забезпечити конфіденційність дослідження, зокрема результати процесу картографування, та зменшити ризик зловживання отриманими даними, члени регіональних консультативних рад узгодили та підписали технічне завдання, а також лист згоди, де наголошено на дотриманні узгоджених етичних принципів, оснований на *Проекті керівних принципів щодо етики проведення кількісних досліджень серед юнаків і дівчат груп ризику*¹³⁴ (документ розробило Регіональне представництво ЮНІСЕФ).

¹³³ *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006.

¹³⁴ Homans, H. (2007) *Guidance. Ethical issues in conducting quantitative research with adolescents engaging in HIV risk behaviour*, Draft July 2007, UNICEF CEE/CIS.

Під час дослідження активізувалося міжсекторальне співробітництво між членами регіональних консультативних рад, що сприяло створенню міцної бази для подальших заходів в межах проекту ЮНІСЕФ щодо ПГР, тобто для стратегічного планування й розроблення програм для уразливих підлітків і ПГР.

Дублювання дослідницьких робіт, що траплялося, можна було б уникнути, працюючи з регіональними консультативними радами; через зв'язки, налагоджені з координаційними радами з питань ВІЛ/СНІДу, можна було б забезпечити інтегрування доказової бази і заходів з планування та розроблення програм для уразливих підлітків і ПГР у регіональні й національні процеси планування щодо ВІЛ/СНІДу.

Залучення уразливих підлітків та ПГР

Залучення уразливих підлітків і ПГР до процесу розроблення, планування та реалізації дослідження є вирішальним моментом для забезпечення адекватності підходу і використовуваних методів. Водночас дослідження продемонструвало необхідність інституціоналізації механізмів постійного залучення уразливих підлітків і ПГР, зокрема ПГР, які живуть із ВІЛ, у планування й програмування. Так, за результатами дослідження аналогічної цільової групи, проведеного в Росії, уразливих підлітків і ПГР, які живуть або працюють на вулиці, часто вважають «відчуженою групою, що зазнала невдачі у соціальній структурі та не спромоглася запобігти різним сценаріям ризиків». При цьому дослідники і надавачі послуг не помічають, що багато з цих підлітків мають соціальний капітал, є винахідливими, інтегрованими в нові соціальні групи і, можливо, навіть знайшли на вулиці нову сім'ю¹³⁵.

Розуміння можливих перешкод дослідження

Дослідження серед уразливих підлітків і ПГР, які є неповнолітніми, передбачає «подвійну делікатність»: з одного боку – у питаннях щодо їхньої ризикованої поведінки та уразливості, з другого – через їх вік та необхідність дотримання принципів дитячої безпеки. Ще одне актуальне для дослідження питання – перешкоди в доступі цих груп підлітків до послуг, з якими надавачі послуг стикаються у своїй роботі та при розробленні програм. Нижче описані деякі з цих перешкод.

А. Досягнення згоди

Здатність підлітків розуміти ризики та вигоди участі у дослідженні не є високою, наприклад, через низький рівень освіти, брак можливостей для розвитку або стан алкогольного/наркотичного сп'яніння. Багато з підлітків, які живуть або працюють на вулиці, часто вживають різні психоактивні речовини, зокрема наркотики та алкоголь¹³⁶. Це треба було враховувати в плануванні та проведенні дослідження. Так, в деяких випадках потрібно було кілька візитів до схованок або інших місць, щоб досягти поінформованої згоди з респондентом та мати можливість опитати обраних хлопця чи дівчину.

Б. Потреби охорони дитинства та додаткового догляду

Згідно з Законом України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування», будь-яка особа, яка зустріла неповнолітнього, позбавленого батьківського піклування, зобов'язана повідомити про це у відповідні установи. Ці установи треба також інформувати про випадки експлуатації та жорсткого поводження з дітьми. Дослідницька група ретельно дотримувалась цих зобов'язань через співробітництво з контактними особами проекту в національних і регіональних органах влади, а також через залучення таких осіб та інших ключових зацікавлених сторін до консультацій під час проведення зустрічей регіональних координаційних рад. У кожному пункті дослідження налагоджені міцні партнерські відносини, зокрема з соціальними службами та службами у справах дітей. Крім того, спільно з ко-

¹³⁵ Stephenson S. (2001) Street children in Moscow: using and creating social capital, The Editorial Board of The Sociological Review 2001, Malden M.A.

¹³⁶ *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006.

ординаційними радами були розглянуті та визначені можливі потреби цільової групи, а також узгоджені пункти переадресації та перелік послуг; це дало інтерв'юерам змогу адресувати підлітків до відповідних служб або за потреби вживати термінових заходів.

Потреби досліджуваної цільової групи у додатковій допомозі з догляду треба належно врахувати на етапі планування та проведення дослідження, що й було реалізовано в базовому дослідженні. Основні причини цього вказано нижче. По-перше, виникають побоювання щодо загального стану здоров'я хлопця чи дівчини, які можуть бути серйозно хворими та потребувати термінової медичної допомоги. По-друге, буває так, що хлопцю або дівчині загрожує серйозна небезпека, і підлітка треба рятувати. По-третє, під час опитування дослідники стикаються з ситуаціями упередженого ставлення до підлітків, позбавлених навіть базової підтримки. По-четверте, беручи участь у такому делікатному дослідженні, підлітки автоматично ввіряють надію на свій добробут дослідникам¹³⁷. Це значить, що дослідники мають певні зобов'язання щодо допомоги в додатковому догляді за учасниками дослідження, які виходять за межі завдань звичайного дослідження. Як і в ситуації з етичними принципами, принципів врегулювання подібної ситуації на національному рівні в Україні досі не було.

Хоча під час базового дослідження було дуже важливо врахувати потреби досліджуваної цільової групи в такому догляді, не менш важливою була реальна оцінка спроможності такої профілактичної відповіді на місцях та визначення ролі дослідників. Як уже зазначалося вище, «ведення клієнта», системи переадресації та мережі послуг у країні все ще недорозвинені. Крім того, існує багато прогалин у системі надання послуг: надавачі послуг не підготовлені до роботи з підлітками, а в багатьох закладах догляду за дітьми нема можливості для задоволення багатьох специфічних потреб уразливих підлітків і ПГР, тоді як альтернативних варіантів такої підтримки не існує¹³⁸.

В. Стигматизація та дискримінація

Уразливі підлітки та ПГР зазнають різного роду стигматизації та дискримінації всюди, куди б вони не пішли, що зумовлює посилення їхньої недовіри¹³⁹. Медичні працівники ігнорують етичні кодекси, коли підлітків змушують неофіційно платити за медичні послуги або просто відмовляють їм у послугах¹⁴⁰. Кримінальна відповідальність за наявність у людини наркотику або шприца, навіть поблизу пункту обміну голлок¹⁴¹, а також сприйняття СН як «потенційних злочинців», особливо правоохоронними органами, відсутність політики абсолютної толерантності, брак юридичних послуг, дружніх до молоді, – все це створює суттєві бар'єри в доступі цільової групи до послуг і її дослідження, як було зазначено вище.

Також дослідницькій команді доводилося пильнувати, щоб будь-який особливий акцент на цих групах населення не став причиною їх стигматизації та дискримінації в українському суспільстві та в містах проведення дослідження. Дослідницька команда намагалася знизити цей ризик за рахунок якомога тіснішої співпраці з регіональними координаційними радами.

¹³⁷ Participants in the 2006 Georgetown University Workshop on the Ancillary-Care Obligations of Medical Researchers Working in Developing Countries (2008) *The ancillary-care obligations of medical researchers working in developing countries*, in: PLoS Med 5(5): e90. doi:10.1371/journal.pmed.0050090.

¹³⁸ *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006; Gudbransson, M. (2004) *Children in institutions: prevention and alternative care*. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17-19 May 2004, Strasbourg.

¹³⁹ Альтернативний звіт про втілення Факультативного протоколу до Конвенції ООН про права дитини, торгівлю дітьми, дитячу проституцію та дитячу порнографію / Всеукраїнська коаліція недержавних організацій «Об'єднуємося заради дітей», Державний комітет статистики України, Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту. – К., 2006; Human Rights Watch (2006) *Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight against HIV/AIDS*, see: <http://hrw.org/reports/2006/ukraine0306/2.htm>; N Committee on the Rights of The Child (8 June 2007) *Forty-fifth session, Consideration of Reports Submitted by States Parties under Article 12 (1) of the Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on the Sale of Children, Child Prostitution and Child Pornography*, Concluding observations: Ukraine.

¹⁴⁰ *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006

¹⁴¹ Human Rights Watch (2006) *Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight against HIV/AIDS*, see: <http://hrw.org/reports/2006/ukraine0306/2.htm>

2.5. Аналіз зацікавлених сторін і оцінка потреб

2.5.1. Мета й завдання

Одне із загальних завдань дослідження в межах проекту ПГР полягало у створенні міцної бази для стратегічного планування і розроблення програм для уразливих підлітків та ПГР, зокрема, створення переліку основних послуг і моделей втручання. Тому необхідно було не тільки картографувати місця, де збираються, живуть або працюють хлопці та дівчата з цих груп, а й визначати пріоритетні пункти для вжиття та поширення цільових профілактичних заходів. Отже, загальна методологія дослідження містила аналіз зацікавлених сторін і оцінка потреб (потенційних) надавачів послуг для уразливих підлітків і ПГР. Такий аналіз та оцінка пройшли в чотирьох із п'яти пунктів дослідження, тобто у Києві, Донецьку, Дніпропетровську та Миколаєві (у Рівному виникли перешкоди, про які зазначалося вище).

Завдання дослідження полягали в тому, щоб скласти в чотирьох обраних пунктах проекту уявлення про те, хто є зацікавленими сторонами й як вони сприймають становище уразливих підлітків і ПГР; які інтереси та ролі вони мають в процесі реалізації втручань у ці групи; який вплив вони мають на проведення заходів профілактики серед уразливих підлітків і ПГР, наскільки важливими вони є для реалізації цих заходів; яким чином вони пов'язані та співпрацюють між собою; як вони сприймають можливості профілактичної відповіді в своєму регіоні; які політичні, економічні, соціальні та технічні характеристики середовища, в якому вони працюють, і як вони можуть вплинути на профілактичні заходи; які є фактори ризику та уразливості для уразливих підлітків і ПГР в обраних пунктах.

Завдання оцінки потреб (потенційних) надавачів послуг для уразливих підлітків і ПГР полягали в тому, щоб оцінити компетентність і можливості обраного кола (потенційних) надавачів послуг за всіма галузями; визначити потреби та розробити план розбудови компетентності (що є невіддільним компонентом регіонального стратегічного плану дій для уразливих підлітків і ПГР); провести моніторинг і оцінку допоміжних заходів з розширення компетентності, здійснюваних в рамках проекту ПГР та інших проектів, пов'язаних з уразливими підлітками і ПГР у регіоні.

2.5.2. Основні етапи й методи

Аналіз зацікавлених сторін і оцінка потреб є головним чином якісними дослідженнями, попри те, що певні дані, які можна отримати, використовують і як кількісний базис з метою моніторингу прогресу в організаційному розвитку.

Дослідження складалося з таких етапів: картографування зацікавлених сторін у вибраному пункті; оцінка їх інтересів, впливовості та важливості; огляд наявних можливостей (SWOT-аналіз); узгодження між зацікавленими сторонами стратегій, необхідних для стимулювання інтересу та зменшення перешкод на шляху залучення цільової групи, розширення компетентності та розвитку взаємодії; огляд ризиків та інституціональна оцінка відібраних надавачів послуг.

Оскільки для України цей підхід і методика відносно нові, дослідницька група мала розробити власні інструменти на основі міжнародних моделей та міжнародного досвіду, а також аналогічних інструментів дослідження, які були перевірені та застосовувані в контексті ВІЛ/СНІДу щодо аналізу недержавних та державних організацій за кордоном¹⁴². Дослідницька група розробила такі інструменти для аналізу та оцінки: для аналізу зацікавлених сторін – сценарій спільної фокус-групи регіональних координаційних рад, керованої модератором; для оцінки потреб – напівструктуровану

¹⁴² Головні використані джерела: Homans H. (2008) *Capacity assessment tool for organisations working with most at-risk adolescents*, Draft for field testing, January 2008, UNICEF; International HIV/AIDS Alliance (2007) *CBO Capacity Analysis. A toolkit for assessing and building capacities for high quality responses to HIV*, UK; McKinsey & Company (2001) *Effective Capacity Building in Nonprofit Organisations*, Prepared for Venture Philanthropy Partners, Reston, VA; World Health Organization (unknown) Online presentation, 1-2. Stakeholder Analysis, Transforming Health Priorities into Projects, Health Action in Crisis; Schmeer K. and Abt Associates Inc. (1999) *Guidelines for Conducting a Stakeholder Analysis*, Health Reform Tools Series, A Partnership for Health Reform Publication, Bethesda, MD.

анкету поглиблених інтерв'ю з (потенційними) надавачами послуг (перелік цих надавачів був узгоджений з регіональними координаційними радами) для оцінки профілю кожної організації, а також матрицю оцінок для визначення рівня компетентності в різних сферах. Оцінка потреб передбачала розгляд 11 сфер компетентності¹⁴³. Увесь дослідницький інструментарій був випробуваний перед застосуванням його в Україні. Головні результати аналізу зацікавлених сторін та аналізу компетентності наведено в попередніх розділах цього звіту.

2.5.3. Переваги, обмеження та здобутий досвід

Переваги аналізу зацікавлених сторін полягають у тому, що в нього залучено всі ключові зацікавлені сторони досліджуваного регіону; дискусією скеровано на розгляд питань, які рідко відкрито обговорюють в рамках координаційних механізмів, наприклад, щодо конфліктів інтересів, владних відносин, регіональних відмінностей у відповідях на загрози поширення ВІЛ/СНІДу тощо. Головні обмеження цього аналізу полягають у тому, що під час дискусії делікатні питання все ж таки обминають, хоча вони становлять серйозні перешкоди для реалізації втручання.

Ключова проблема оцінки потреб полягає в тому, що багато організацій сприймають це як втручання в їхні внутрішні справи і як інструмент контролю, яким хтось зловживатиме, якщо результати оцінки стануть відомими комусь поза межами дослідницького колективу. Тоді як головна перевага оцінки – спосіб його побудови: акцент на самооцінці та можливостях навчання, що за своєю суттю є інструментом, який у майбутньому може використовувати організація для моніторингу і оцінки свого розвитку.

Як і очікувалося, дослідницька група зіштовхнулася з труднощами в досягненні згоди з (потенційними) надавачами послуг у проведенні глибоких інтерв'ю. З одного боку, респонденти сумнівалися у конфіденційності інтерв'ю і боялися, що отриманою від них інформацією можуть зловжити (що зазначалося вище); з іншого боку, вони розглядали інтерв'ю як спробу контролю їх діяльності, а не загальну оцінку потреб. Деякі не погоджувалися через відносно велику тривалість інтерв'ю.

¹⁴³ Стратегічне планування, фінансовий менеджмент, керівництво, менеджмент персоналу, організаційна інфраструктура, розроблення програм, моніторинг та оцінка, досвід роботи у сфері ВІЛ/СНІДу та в роботі з уразливими підлітками та ПГР, взаємодія з іншими організаціями та установами, адвокація, залучення громади та клієнтів до роботи організації.

3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Як уже зазначалося, дослідницька група вирішила поєднати дві стратегії дослідження: вторинний аналіз даних щодо хлопців і дівчат, отриманих протягом наглядових поведінкових досліджень серед груп ризику, та базове дослідження серед дітей і підлітків, які живуть або працюють на вулиці в Україні (див. підрозділ 2.4). Структура результатів досліджень складається з 4 підрозділів, які містять інформацію про соціально-демографічні характеристики опитаних, різні аспекти ризикованої поведінки (статеву поведінку, споживання наркотиків, перехресні ризиковані практики), чинники уразливості до такої поведінки (рівень знань щодо ВІЛ/СНІДу, примусовий секс тощо) та рівень охоплення профілактичними послугами.

3.1. Соціально-демографічні характеристики

Вторинний аналіз поведінкового дослідження підлітків груп ризику (СІН, ЖКС ТА ЧСЧ)

Проведення поведінкового моніторингу щодо вивчення моделей ризикованої поведінки в середовищі підлітків груп ризику є необхідним для з'ясування справжнього стану щодо поширеності ВІЛ-інфекції, зважаючи на епідемію СНІДу в Україні.

У дослідженні 2007 року «Моніторинг поведінки СІН, ЖКС та ЧСЧ»¹⁴⁴ взяли участь 4143 СІН, з них 256 підлітків з 14 регіонів України, 1602 ЖКС, з них 278 підлітків з 12 обласних центрів України, 1764 ЧСЧ, з них 212 підлітків з 12 обласних центрів України. Вторинний аналіз щодо підлітків (до 19 років) із загальних масивів за результатами опитувань груп ризику (СІН, ЖКС, ЧСЧ) був реалізований у межах проекту ЮНІСЕФ «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику» вперше в Україні. Це стало можливим завдяки спеціальним зусиллям, спрямованим на залучення молодшої вікової групи в дослідження.

Для реалізації вибіркової сукупності були використані методики «снігової кулі» (для ЖКС) та RDS (Respondents Driven Sampling), згідно з якою, вибірку спрямовують і реалізують самі респонденти (СІН та ЧСЧ). Регіони, в яких проводили опитування, представлені в табл. 3.1.1, а розподіл респондентів за статтю – у табл. 3.1.2.

Розподіл респондентів за регіоном опитування

Таблиця 3.1.1

Розподіл підлітків груп ризику за регіоном опитування, осіб

Регіон опитування	Реалізована кількість, осіб		
	Підлітки-СІН, 13–19 років	Підлітки-ЖКС, 13–19 років	Підлітки-ЧСЧ, 15–19 років
АР Крим	24	29	30
Волинська	4	16	24
Дніпропетровська	15	7	
Донецька	31	18	10
Івано-Франківська			15
м. Київ	37	32	24

¹⁴⁴ За фінансової підтримки Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні» в рамках здійснення програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні», яку підтримує Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, та компанії Ф'ючерс груп інтернешнл, проект USAID|Визначення політики з питань здоров'я.

ПІДЛІТКИ ГРУП РИЗИКУ

Кіровоградська	25		
Луганська	17		30
Миколаївська	14	5	21
Одеська	18	18	21
Полтавська	5	7	
Сумська	13	22	
Харківська	27	25	
Херсонська	10	55	27
Черкаська	19	47	10
Кількість ПГР	259	281	212
Розмір загальної вибірки	4143	1602	1764

Структура респондентів за статтю

Таблиця 3.1.2

Розподіл підлітків груп ризику за статтю, осіб та %

	Підлітки-СІН		Підлітки-ЖКС		Підлітки-ЧСЧ	
	Кількість опитаних	%	Кількість опитаних	%	Кількість опитаних	%
Хлопці	170	66			212	100
Дівчата	89	34	281	100		
Всього	259	100	281	100	212	100

Структура респондентів за віком

Мінімальний вік опитаних СІН та ЖКС становить 13 років, опитаних ЧСЧ – 15 років (див. табл. 3.1.3). Під час рекрутингу нижню вікову межу респондентів не встановлювали.

Середній вік загалом опитаних – 18 років (СІН, ЖКС і ЧСЧ). Найбільшу питому вагу в трьох цільових групах (СІН, ЖКС, ЧСЧ) становлять підлітки 18–19 років. Серед 18–19-річних СІН переважають дівчата, які споживають ін'єкційні наркотики.

Таблиця 3.1.3

Розподіл підлітків груп ризику за віком, %

	Підлітки-СІН			Підлітки-ЖКС	Підлітки-ЧСЧ
	Серед усіх	Хлопці	Дівчата		
До 14 років	1	2		1	
15–17 років	34	36	29	33	28
18–19 років	65	62	71	66	72

Структура респондентів за сімейним станом

На момент опитування 2% підлітків-СІН перебували в офіційному шлюбі, але представлені вони переважно дівчатами СІН (5%). Серед підлітків-ЖКС в офіційному шлюбі були 2%. Мають статевого партнера та живуть разом з ним, але в неофіційному шлюбі, 15% підлітків-СІН, 13% підлітків-ЖКС та 10% юнаків-ЧСЧ (див. табл. 3.1.4). Значна більшість опитаних усіх трьох цільових груп ПГР є неодруженими/незаміжними і не проживають разом із статевим партнером: 83% підлітків-СІН, 85% підлітків-ЖКС та 90% юнаків-ЧСЧ.

Таблиця 3.1.4

Розподіл підлітків груп ризику за сімейним станом, %

	Підлітки-СІН			Підлітки-ЖКС	Підлітки-ЧСЧ
	Серед загалу	Хлопці	Дівчата		
Одружений/заміжня	2	1	5	2	
Офіційно неodrужений/незаміжня, але живе разом із сексуальним партнером	15	11	20	13	10
Неodrужений/незаміжня, не живе разом із сексуальним партнером	83	88	75	85	90

Структура респондентів за рівнем освіти

Отримані дані свідчать про доволі низький рівень освіти серед груп ризику. По 17% підлітків-СІН та підлітків-ЖКС, яким на час опитування виповнилося 15 років, не мали базової середньої освіти.

Не здобули повної середньої освіти до свого повноліття по 39% 18–19-річних підлітків-СІН та підлітків-ЖКС.

Рівень освіти ЧСЧ відповідає нормативному рівню освіти, яку здобувають більшість молодих людей України.

Структура респондентів за зайнятістю

Половина опитаних підлітків з груп ризику представлена саме учнівською та студентською молоддю (див. табл. 3.1.5). Серед підлітків-СІН 50% сказали, що вони є учнями загальноосвітніх шкіл, ПТНЗ та студентами вищих навчальних закладів різних рівнів акредитації. У групі ЖКС 53% дівчат зазначили, що навчаються. Серед юнаків-ЧСЧ таких 57%.

Майже третина юнаків-ЧСЧ працюють, тобто мають постійну чи тимчасову роботу (31%). Серед підлітків-СІН працюють 23% опитаних. 13% дівчат, які надають сексуальні послуги за гроші, мають або постійну, або тимчасову роботу.

Таблиця 3.1.5

Розподіл підлітків груп ризику за рівнем зайнятості, %

		Підлітки-СІН		Підлітки-ЖКС		Підлітки-ЧСЧ	
Навчаються	Учні школи	9	50	13	53	8	57
	Учні ПТНЗ	16		13		9	
	Студенти ВНЗ I–II рівнів акредитації	13		13		13	
	Студенти ВНЗ III–IV рівнів акредитації	12		14		27	
Працюють	Мають постійну роботу	7	23	2	13	12	31
	Мають непостійну роботу	16		11		19	
Не навчаються і не працюють	Безробітні	24	27	30	34	11	12
	Займаються домашнім господарством	2		4		1	
	Непрацездатні (інваліди)	1					

Структура респондентів за типом соціальної мобільності

Відповідно до отриманих результатів, підлітки з груп ризику не є соціально мобільними. Як правило, вони є мешканцями тих міст, де народилися і проживають на час опитування (див. табл. 3.1.6).

Таблиця 3.1.6

**Розподіл відповідей підлітків груп ризику на запитання:
«Як давно Ви живете в цьому місті?», %**

		Підлітки-СІН	Підлітки-ЖКС	Підлітки-ЧСЧ
Корінні мешканці	Тут народився(-лася) і живу	84	61	72
Маятникова міграція	Не живу постійно, приїжджаю час від часу	4	9	9
Приїжджі	Живу менше 1 року	2	11	6
	Живу від 1 до 5 років	5	16	9
	Живу від 6 до 10 років	2	2	2
	Живу більше 10 років	3	1	2
		12	30	19

Висновки

- ▶ Частка ППР від загальної вибірки поведінкового дослідження 2007 року становить 6% серед СІН, 18% серед ЖКС, 12% серед ЧСЧ.
- ▶ Серед СІН зберігається статева пропорція хлопців та дівчат: два до одного. Саме хлопці більше залучені до вживання ін'єкційних наркотиків, про що свідчать результати поведінкового опитування серед СІН, проведеного у 2007 р.
- ▶ Середній вік опитаних становить 18 років.
- ▶ 83% підлітків-СІН, 85% підлітків-ЖКС та 90% юнаків-ЧСЧ не обтяжені шлюбними стосунками і не живуть разом зі своїми статевими партнерами. П'ята частина дівчат-СІН (20%) надають перевагу шлюбові без офіційного оформлення із статевим партнером, тоді як серед хлопців-СІН таких 11%.
- ▶ Зайнятість більшості опитаних характерна тим, що вони є учнівською та студентською молоддю. Майже третину опитаних (серед підлітків-СІН – 27%, серед підлітків-ЖКС – 34%) становлять ті, хто не навчається і не працює.
- ▶ Більшість опитаних трьох цільових груп (СІН, ЖКС, ЧСЧ) є корінними мешканцями тих міст, де проходило опитування.

Базове дослідження серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці

Усього було опитано 805 респондентів у чотирьох містах (див. табл. 3.1.7). Рекрутинг для реалізації вибіркової сукупності здійснювали за методикою «снігової кулі»; при формуванні вибірки враховували такі критерії, як місце проживання та соціальної мережа.

Структура респондентів за регіоном опитування

Таблиця 3.1.7

Розподіл підлітків, що живуть або працюють на вулиці, за регіонами опитування, осіб

Міста опитування	Реалізована кількість, осіб
Дніпропетровськ	201
Донецьк	200
Київ	202
Миколаїв	202
Всього	805

Структура респондентів за віком

Найпредставленішою є група підлітків 15–19 років (62%). У м. Миколаєві ця вікова група представлена найбільше (64%), близько половини опитаних вони становлять у Дніпропетровську та Києві (відповідно – 51 та 49%), трохи більше третини (36%) – у Донецьку (див. табл. 3.1.8).

Таблиця 3.1.8

Розподіл підлітків, що живуть або працюють на вулиці, за віковими групами, %

Міста опитування	Вік		
	10–14 років	15–17 років	18–19 років
Дніпропетровськ	27	20	31
Донецьк	31	26	10
Київ	26	24	25
Миколаїв	16	30	34
В цілому по масиву	38	44	18

Структура респондентів за статтю

Серед опитаних підлітків вулиці дівчата склали 30%, що й було передбачено завданням опитування (статевий розподіл дотримано в розрізі міст). Отже, масив даних містить відповіді 240 дівчат та 565 хлопців.

Структура респондентів за місцем народження та національністю

52% опитаних указали, що народилися в тому місті, де проходило опитування, решта 48% народилися в іншому населеному пункті. Більше половини опитаних в усіх містах опитування відзначили, що народилися в обласному центрі (див. табл. 3.1.9). Таку ж тенденцію спостережено в розподілі респондентів за статтю та віком. У Миколаєві найменше (6%) підлітків, які не знають міста чи селища (села) свого народження, а в Києві таких найбільше – 13%. Серед цих підлітків є такі, що приїхали не лише з інших міст, але й з інших країн – Росії, Молдови, Білорусі, Казахстану, Грузії, Чечні (2,5%). Переважна більшість (93%) усе ж таки народилися в Україні. Залишається ще 4%, які не знають навіть країни, де народилися.

Таблиця 3.1.9

Розподіл підлітків, що живуть або працюють на вулиці, за типом поселення, де вони народилися, залежно від міст опитування, %

Населений пункт	Серед загалу	Місто опитування (n=0,163)			
		Дніпропетровськ	Донецьк	Київ	Миколаїв
Обласний центр	62	60	57	60	70
Місто	24	24	31	23	19
Селище міського типу	1	2	2	0	1
Село	4	5	2	4	4
Не знаю місця свого народження	9	9	8	13	6

Українцями себе визнали 68% опитаних підлітків, які живуть або працюють на вулиці, 18% за національністю є росіянами, ще 4% – представниками інших національностей: молдавани, роми, азербайджанці, вірмени, білоруси, греки, євреї, татари, грузини, корейці та чеченці. Ще 10% взагалі не знають своєї національності.

Статус сироти

Більше половини підлітків, що живуть або працюють на вулиці (59%), складають сироти (15%) та напівсироти (живий батько чи мати) (44%) (див. табл. 3.1.10). Майже кожний п'ятий підліток (18%) не знає, чи живі його батьки. Різниця за статтю та віком статистично не значуща.

Таблиця 3.1.10

Розподіл відповідей підлітків, які живуть або працюють на вулиці, на запитання: «Чи живі твої батьки?», %

	Стать ($p=0,501$)		Вік ($p=0,663$)			Серед загалу
	Хлопці	Дівчата	10–14 років	15–17 років	18–19 років	
Живі обоє батьків	22	26	25	24	17	23
Жив(-а) лише батько/мати	42	47	42	46	42	44
Немає обох батьків	16	12	10	15	24	15
Не знаю	20	15	23	15	17	18

Місце проживання підлітків, які живуть або працюють на вулиці

Більшість опитаних (67%) проживає разом із батьками (23% – з обома та 44% – з одним із батьків) (див. табл. 3.1.11). При цьому хлопці частіше, ніж дівчата, так само як і старші респонденти частіше, ніж молодші, проживають окремо від батьків.

Серед тих, хто живе окремо від батьків, 52% підлітків (55% хлопців і 45% дівчат, $p=0,006$) проживають разом з друзями. Статистично значущу різницю спостережено між віковими групами: з друзями здебільшого живуть 15–17-річні респонденти (59%), тоді як серед 10–14-річних та 18–19-річних таких виявилось 46 та 48% відповідно ($p=0,004$).

Загалом з дорослими проживають 41% опитаних: половина серед 10–14-річних (50%), 40% серед 14–15-річних та менше третини (30%) серед 18–19-річних ($p<0,001$), різниця за статтю статистично не значуща.

Таблиця 3.1.11

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

	Стать ($p=0,024$)		Вік ($p=0,043$)			Серед загалу
	Хлопці	Дівчата	10–14 років	15–17 років	18–19 років	
З обома батьками (в т.ч. з нерідними)	22	26	25	24	17	23
З одним з батьків (в т.ч. нерідним(-ою))	42	46	42	46	42	44
Не з батьками	36	28	33	30	41	33

Основним місцем проживання підлітків за останні три місяці перед опитуванням є вулиця та залізничні вокзали або автовокзали (36%), майже чверть опитаних проживає в тимчасовому, не пристосованому для проживання місці, 20% вказали, що живуть удома (квартира, приватний будинок батьків або родичів, переважно бабусі або дідуся (див. рис. 3.1.1).

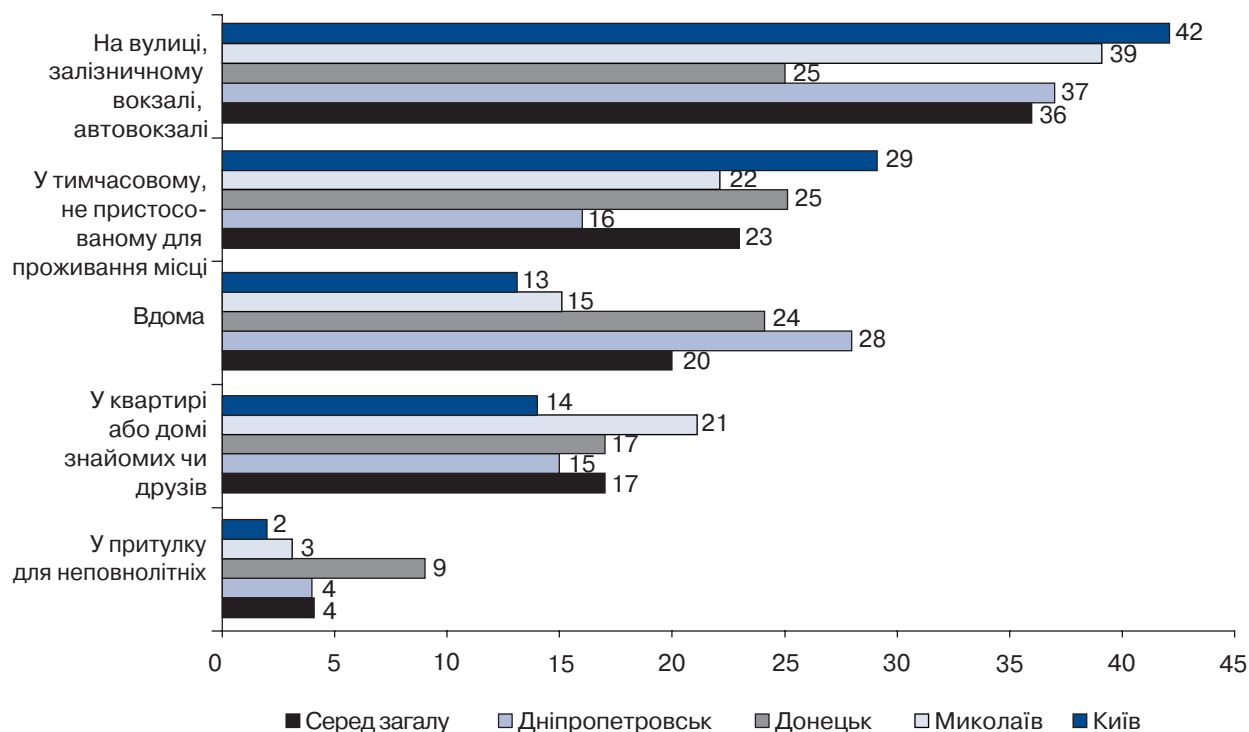


Рис. 3.1.1. Розподіл підлітків, які живуть або працюють на вулиці, за місцем проживання, % ($p=0,003$)

За всіма містами опитування найбільша частина дітей і підлітків проживає на вулиці: від 42% – у Києві до 37% – у Дніпропетровську. Проте в Дніпропетровську та Донецьку порівняно з іншими містами більше дітей та підлітків, що проживають удома (28 та 24% відповідно від загалу опитаних тут). У Києві та Миколаєві респонденти, що проживають удома, склали 13 та 15% відповідно. У Києві більше ніж кожний четвертий підліток (29%) проживає у тимчасовому, не пристосованому для проживання місці, тоді як у Дніпропетровську таких лише 16%.

Структура респондентів за типом міграційної мобільності

За результатами опитування, 48% підлітків приїхали з інших областей України або інших країн СНД, решта 52% є корінними мешканцями міста, де проходило опитування (див. табл. 3.1.12).

Найбільша частина дітей та підлітків, які звідкись приїхали, – у Києві, таких тут 59%. А кожний п'ятий з таких підлітків (22% від загалу опитаних тут) перебуває у Києві понад 3 роки.

За статтю суттєвих відмінностей не виявлено. За віком статистично значущою є відмінність між тривалістю перебування у місті серед підлітків-мігрантів. Так, чверть (25%) від загалу 18–19-річних підлітків перебували у місті опитування понад 3 роки, а серед 10–14-річних таких виявилось 12% ($p<0,05$).

Серед усіх опитаних 14% проживають у місті опитування менше року.

Таблиця 3.1.12

Розподіл відповідей дітей і підлітків, які живуть або працюють на вулиці, на запитання: «Як давно ти знаходишся у цьому місті?», %

	Місто опитування ($p=0,002$)				Стать ($p=0,547$)		Вік ($p=0,087$)			Серед загалу
	Донецьк	Дніпропетровськ	Київ	Миколаїв	Хлопці	Дівчата	10–14 років	15–17 років	18–19 років	
Народився в цьому місті	52,5	56	41	59	51	54	51	52	55	52
Менше року	10	19	15	10	14	13	17	12	11	14
1–3 роки	18	9	21	14	15	17	19	15	9	15
Понад 3 роки	18	15,5	22	17	19	15	12	21	25	18
Не пам'ятаю/не знаю	1,5	0,5	1	0	1	1	1	0	0	1

Структура респондентів за освітнім рівнем

Більшість підлітків, що живуть або працюють на вулиці, не мають відповідного освітнього рівня, який має бути у такому віці. Наприклад, лише 14% 18–19-річних підлітків зазначили, що мають повну середню освіту, половина (52%) має базову середню освіту, яка є обов'язковою, та 28% у цій віковій групі закінчили тільки вісім класів.

4% дітей і підлітків ніколи не відвідували школу (найбільше таких серед наймолодшої вікової групи). Найбільшу питому вагу серед них становлять хлопці та підлітки, які є українцями за національністю.

Серед тих, кому на час опитування виповнилося 18–19 років, 86% не отримали повної середньої освіти, 57% по досягненні 15 років не мають базової середньої освіти (див. табл. 3.1.13).

Найбільша частина 18–19-річних підлітків з повною базовою освітою виявилася у Миколаєві (20%), а найменша – у Дніпропетровську (7%). По досягненні 15 років базову середню освіту отримали 63% опитаних підлітків Дніпропетровська та 17% підлітків Миколаєва. У Києві та Донецьку 28 та 27% 15-річних та старших респондентів відповідно отримали базову середню освіту.

Три чверті опитаних підлітків вулиці зазначили, що взагалі не відвідували будь-який навчальний заклад протягом навчального року, починаючи з вересня 2007 року. Решта 25% відвідували навчальний заклад, але нерегулярно, тобто залучалися до навчання не більше 1–2 днів на тиждень або не кожного тижня й рідше.

Таблиця 3.1.13

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

	Серед загалу	Вік ($p<0,001$)			Місто ($p=0,004$)			
		10–14 років	15–17 років	18–19 років	Донецьк	Дніпропетровськ	Київ	Миколаїв
Ніколи не відвідував (-ла) школу	4	6	2	3	6	4	3	2
1–3 класи	13	30	3	2	16	16	17	5
Початкова	6	10	5	1	6	6	2	10
5–8 класів	50	54	57	28	54	34	52	59
Базова середня	24	-	32	52	16	38	23	18
Повна середня	3	-	1	14	2	2	3	6

Знання про наявність обов'язкових документів

Згідно із законом України, кожна людина повинна мати певний перелік обов'язкових документів, які засвідчують особу: свідоцтво про народження, паспорт громадянина України, копію документа про присвоєння ідентифікаційного номера¹⁴⁵. Розподіл відповідей щодо наявності тих чи інших документів представлено у табл. 3.1.14. Більше половини (58%) по досягненні 16-річного віку не мають паспорта, а кожний другий (53%) не має медичної картки або не знає, де вона знаходиться.

За містами опитування статистично значущих відмінностей не виявлено.

Таблиця 3.1.14

Розподіл ствердних відповідей підлітків, які живуть або працюють на вулиці, на запитання: «Які документи в тебе є?», за віковими групами, %

	Вік			Серед усіх	Статистична значущість (p)
	10–14 років	15–17 років	18–19 років		
Свідоцтво про народження	77	83	72	78	0,010
Ідентифікаційний номер	19	31	54	31	<0,001
Медична картка	39	50	58	47	<0,001
Паспорт (довідка про втрату, довідка про звільнення з місць позбавлення волі тощо)		29 (серед 16–17-річних)	60	42 (серед 16–19-річних)	<0,001
Свідоцтво про освіту, атестат, диплом	0	24	51	20	<0,001
Єдиний квиток (квиток, який видають дітям-сиротам для безкоштовного проїзду в транспорті та пред'явлення за потреби)	4	6	7	6	0,340
Інше (виписка з інтернату, посвідчення чорнобильця)	1	1	2	1	0,331

Висновки

- ▶ Найпредставленішою є група підлітків віком 15–19 років.
- ▶ Статевий розподіл становить 1 до 2: дівчата склали 30%, хлопці – 70%, як і передбачено методологією дослідження.
- ▶ 52% опитаних вказали, що народилися в тому місті, де проходило опитування, решта 48% народилися в іншому населеному пункті, переважно в межах однієї області.
- ▶ 68% опитаних підлітків вказали, що за національністю вони українці, 18% – росіяни, 4% є представниками інших національностей, решта не знають.
- ▶ 59% опитаних складають сироти (15%) та напівсироти (живі батько чи мати) (44%).
- ▶ Основним місцем проживання підлітків за останні три місяці перед опитуванням були вулиця та залізничні вокзали або автовокзали (36%), майже чверть опитаних (23%) проживає у тимчасовому, не пристосованому для проживання місці.
- ▶ 48% підлітків приїхали з інших областей України або інших країн СНД, решта 52% – корінні мешканці міст, де проходило опитування.
- ▶ 4% з опитаних дітей та підлітків ніколи не відвідували школу (найбільше таких серед наймолодшої вікової групи).

- ▶ Значна більшість не має документів про освіту (свідоцтво, атестат, диплом), навіть серед вікової групи старших 15 років.
- ▶ Більше половини (58%) по досягненні 16-річного віку не мають паспорта.
- ▶ Кожний другий (53%) не має медичної картки або не знає, де вона знаходиться.

3.2. Ризикована та безпечна поведінка ПГР

3.2.1. Статева поведінка

Вторинний аналіз поведінкового дослідження підлітків-СІН

Сексуальний досвід

83% від загалу опитаних мають досвід вагінальних, оральних чи анальних статевих контактів (80% хлопців та 90% дівчат, $p=0,018$). Серед 13–17-річних підлітків-СІН сексуальний досвід мали 68% від загалу опитаних тут, а серед 18–19-річних – 91% ($p<0,001$).

Вік сексуального дебюту

Сексуальний дебют до 15 років відбувся у 33% підлітків-СІН, а до набуття повноліття вже 99% респондентів мали статеві контакти. Середній вік початку статевого життя становить 15 років (статистично значущої різниці між хлопцями та дівчатами немає), а серед старших СІН (20 років і більше) – 16 років ($p<0,001$).

Структура статевих партнерів

За структурою статевих партнерів спостережено відмінності за статтю. Половина підлітків-СІН від загалу опитаних (50%) за останні 3 місяці мали постійного статевого партнера. Серед хлопців такого партнера мали 42% опитаних, а серед дівчат – 61% ($p<0,001$).

74% серед хлопців та 57% серед дівчат мали випадкових статевих партнерів ($p<0,001$). Загалом таких статевих партнерів мали 67% сексуально активних респондентів.

Щодо комерційних статевих партнерів, то 5% від загалу опитаних купували сексуальні послуги (6% хлопців та 3% дівчат), а 12% – продавали (3% хлопців та 25% дівчат). За віковим розподілом серед підлітків-СІН, що практикують секс за винагороду, виявилося 26% 14–17-річних та 74% 18–19-річних респондентів.

Кількість статевих партнерів

Постійні партнери

Серед респондентів, які за останні 3 місяці мали постійного статевого партнера, більшість мали одного такого партнера (76%), а кожний п'ятий підліток-СІН (20% серед тих, хто мав такого партнера) – від двох до трьох партнерів (див. табл. 3.2.1.1). Понад 4 партнерів за останні 3 місяці мали 4% респондентів.

Випадкові партнери

Серед тих, хто мав випадкового статевого партнера, одного такого партнера мали 30% опитаних, від 2 до 3 партнерів – 33%, від 4 до 10 партнерів – 32%, а 11 партнерів і більше – 5%.

Таблиця 3.2.1.1

**Розподіл підлітків-СІН за кількістю статевих партнерів за останні 3 місяці, осіб та %
(серед тих, хто мав таких партнерів)**

	Постійні статеві партнери N=96		Комерційні статеві партнери, яким давали винагороду N=9		Комерційні статеві партнери, які давали винагороду N=23		Випадкові статеві партнери N=132	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%	кількість	%
1 партнер	73	76	6		7		39	30
2–3 партнери	19	20					44	33
4–10 партнерів			1		9		42	32
11 та більше партнерів	4	4	2		7		7	5

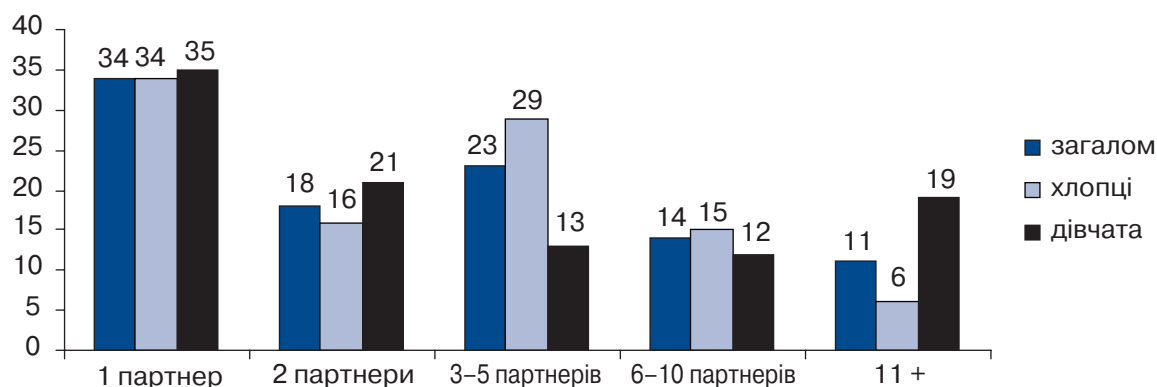
Комерційні партнери

Більшість підлітків-СІН, що купували секс, а таких виявилось 9 осіб, мали від 1 до 3 комерційних партнерів, яким надавали винагороду (6 осіб).

З 23 підлітків-СІН, що надавали сексуальні послуги за винагороду, 9 респондентів мали від 4 до 10 комерційних партнерів, 7 – одного такого партнера, а ще 7 – від 11 та більше таких партнерів.

Загальна кількість статевих партнерів

Загалом більше третини (34%) сексуально активних підлітків-СІН мали одного статевого партнера за останні 3 місяці, а майже кожний п'ятий (18%) – 2 партнерів (див. рис. 3.2.1.1). Близько чверті респондентів (23%) мали від 3 до 5 партнерів, а 14% – від 6 до 10. Наявність 11 та більше статевих партнерів характерна для 11% підлітків-СІН.



**Рис. 3.2.1.1. Кількість статевих партнерів за останні 3 місяці
(серед загалу сексуально активних підлітків-СІН та за статтю ($p=0,089$), $N=196$)**

Велика кількість статевих партнерів за останні 3 місяці характеризує насамперед статеву поведінку дівчат-СІН: 19% серед опитаних сексуально активних дівчат мали 11 та більше статевих партнерів, а серед хлопців-СІН – таких 6% ($p<0,001$).

Велика кількість статевих партнерів серед дівчат є результатом залучення їх до комерційного сексу. Так, серед дівчат, що не залучені до комерційного сексу, понад 11 партнерів за останні 3 місяці мали 2% опитаних, а серед залучених – більше половини опитаних (52%) ($p<0,001$).

Використання презервативів

Під час останнього статевого контакту підлітки-СІН частіше використовували презерватив з комерційним партнером (83% від загалу опитаних відповідно), ніж з постійним партнером (54%) (див. табл. 3.2.1.2).

Показники постійного використання презервативів протягом останнього року суттєво нижчі: 28% від загалу опитаних підлітків-СІН використовували презерватив з постійним партнером (35% хлопців та 22% дівчат), 38% – з випадковим партнером (44% хлопців та 27% дівчат) та 41% – з комерційним партнером (63% хлопців та 33% дівчат). Отже, тенденція щодо частішого використання презервативів з непостійними партнерами спостерігається і в цьому випадку.

44% підлітків-СІН під час останнього контакту не використовували презервативи з постійним партнером через те, що він знижує чуттєвість. З випадковим партнером – через те, що не вважали це необхідним (32%) чи перебували під впливом наркотиків (30%). Щодо комерційних партнерів, то основною причиною невикористання презерватива було бажання партнера (60%).

Таблиця 3.2.1.2

Практика використання презервативів серед підлітків-СІН під час останнього статевого контакту та протягом року, % (серед тих, що мали таких партнерів)

% СІН, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту						
	Кількість	%		Кількість	%	р
з постійним партнером (N =94)	51	54	хлопці	28	57	0,001
			дівчата	23	51	
з випадковим партнером (N =112)	75	67	хлопці	48	64	0,003
			дівчата	27	73	
з комерційним партнером (N = 30)	25	83	хлопці	7	78	0,807
			дівчата	18	86	
% СІН, які завжди використовували презервативи протягом останнього року						
	Кількість	%		Кількість	%	р
з постійним партнером (N =95)	27	28	хлопці	17	35	<0,001
			дівчата	10	22	
з випадковим партнером (N =131)	50	38	хлопці	38	44	<0,001
			дівчата	12	27	
з комерційним партнером (N =29)	12	41	хлопці	5	63	0,531
			дівчата	7	33	

Висновки

- ▶ 83% від загалу опитаних мають досвід вагінальних, оральних чи анальних статевих контактів (80% хлопців та 90% дівчат).
- ▶ Підлітки-СІН у середньому починають статеве життя у 15 років, що на рік раніше, ніж старші СІН. При цьому до 15 років мали сексуальний дебют більше третини опитаних (33%), а до досягнення повнолітнього віку – вже 99%, що свідчить про необхідність раннього впровадження профілактичних програм.
- ▶ Наявність постійного статевого партнера більшою мірою характерна для дівчат-СІН: 61% дівчат мали такого статевого партнера за останні 3 місяці, тоді як серед хлопців – 42%. Зворотна ситуація з випадковими партнерами: близько трьох чвертей (74%) хлопців мали такого партнера, тоді як серед дівчат – 57%. Загалом дівчата-СІН схильні мати більшу кількість статевих партнерів, ніж хлопці-СІН, що пов'язано із залученням до надання послуг комерційного сексу.

- ▶ До продажу сексу залучені 12% підлітків-СІН (25% дівчат та 3% хлопців). Цей показник удвічі вищий, ніж серед старших СІН: 6% СІН від 20 та більше років мають досвід надання сексуальних послуг за винагороду.
- ▶ Підлітки-СІН частіше використовують презервативи з комерційним чи випадковим партнером, ніж постійним: під час останнього статевого контакту з комерційним та випадковим партнером використовували презервативи 83 та 67% відповідно, а з постійним – 54%. Проте такі досить високі відсотки не свідчать про сталість практики захищеного сексу. За останні 3 місяці лише близько третини опитаних (28%) завжди використовували презервативи з постійним партнером, 38% – з випадковим, а 41% – з комерційним.

Вторинний аналіз поведінкового дослідження підлітків-ЖКС

Різновиди комерційного сексу

За останній рік 99% підлітків-ЖКС за винагороду надавали послуги вагінального сексу (різниця за віком не значуща), 94% – послуги орального сексу (різниця за віком не значуща), а 62% – послуги анального сексу (72% 13–17-річних та 57% 18–19-річних дівчат, $p < 0,001$).

Вік сексуального дебюту (комерційний та некомерційний секс)

Середній вік початку статевого життя у цій групі ризику становить 14 років (мінімальний вік – 7 років, а максимальний – 18 років), тоді як отримали перший сексуальний досвід до 15 років, а ще 50% – у 15–17 років.

Середній вік комерційного сексуального дебюту становить 16 років (мінімальний вік – 12 років, а максимальний – 19 років), тоді як серед старших ЖКС (20 років і більше) – 20 років ($p < 0,001$). Більшість респонденток (70%) почали надавати сексуальні послуги у віці 15–17 років, а по 15% опитаних – до 15 років та у 18 років і більше.

Значна більшість підлітків-ЖКС починали надавати сексуальні послуги через рік чи два роки після початку статевого життя (по 32% відповідно). При цьому респондентки, які здобули перший сексуальний досвід до 15 років, починали надавати сексуальні послуги в середньому майже на рік пізніше, ніж ті, що почали статеве життя після 16 років ($p < 0,05$) (див. табл. 3.2.1.3).

Таблиця 3.2.1.3

Середня кількість років між першим сексуальним досвідом і першим комерційним сексом, за різними віковими групами підлітків-ЖКС щодо початку статевого життя, осіб ($p < 0,05$)

Вік першого сексуального досвіду	Середня кількість років між першим сексуальним досвідом та першим комерційним сексом	N	Стандартне відхилення
7–13 років	2,1	50	1,29
14–15 років	1,6	141	1,08
16–17 років	1,2	49	0,85

Кількість статевих партнерів

За останній день

Для статевої поведінки підлітків-ЖКС характерна велика кількість статевих партнерів. За останній день більше третини дівчат (37%) мали від 3 до 5 комерційних статевих партнерів, більше чверті дівчат (26%) – 2 таких партнерів. Одного комерційного партнера за добу мали 24% дівчат (див. рис. 3.2.1.2). Середня кількість комерційних партнерів за добу становить 3 (різницю між підлітками та старшими ЖКС не спостережено).

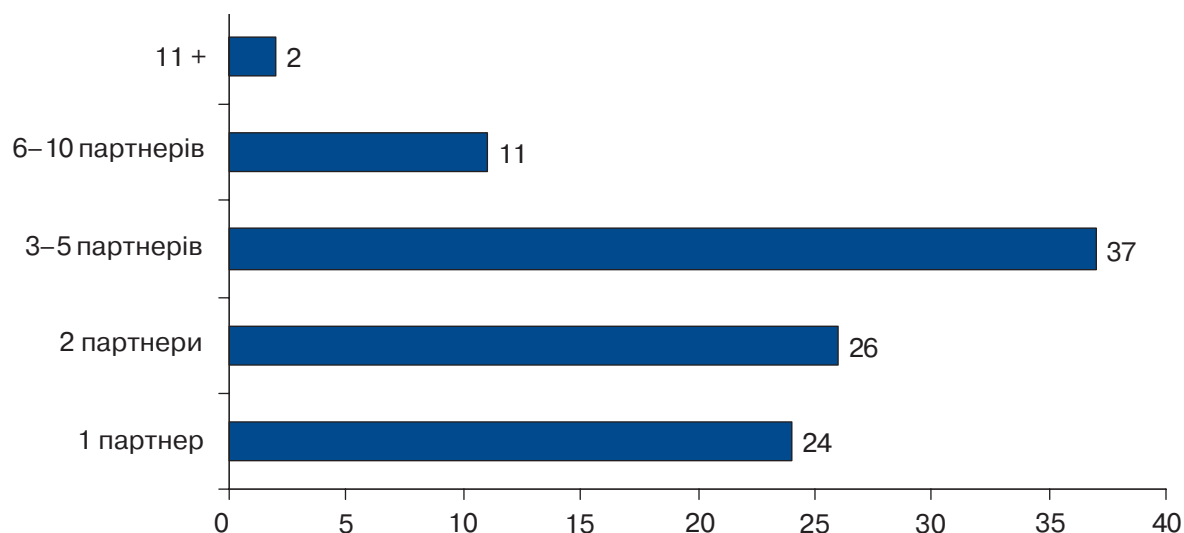


Рис. 3.2.1.2. Розподіл підлітків-ЖКС за кількістю комерційних статевих партнерів за останню робочу добу, %

За останній тиждень

Некомерційних статевих партнерів за останній тиждень мали 57% від загалу опитаних підлітків-ЖКС. Більшість з них (56% серед тих, хто мав таких партнерів) мали одного некомерційного партнера, майже чверть опитаних (23%) – 2 партнерів (див. табл. 3.2.1.4). У середньому підлітки-ЖКС мали одного некомерційного партнера, як і старші ЖКС.

За кількістю комерційних статевих партнерів за останній тиждень відповіді респонденток розподілилися так: від 1 до 5 таких партнерів мали майже чверть (23%) дівчат, від 6 до 10 – майже третина опитаних (29%), від 11 до 20–23% респонденток, а понад 20 – чверть дівчат (25%). Одного комерційного партнера мали 1% дівчат. Середня кількість комерційних статевих партнерів за останній тиждень становить 15, тоді як серед старших ЖКС – 13 ($p < 0,001$).

Протягом останнього тижня близько третини від загалу опитаних (27%) мали від 6 до 10 партнерів *всього*, стільки ж респонденток зазначили, що мали 21 статевий партнер і більше. 26% дівчат зазначили відповідь «11–20 партнерів», а 16% – «3–5 партнерів». Мала кількість статевих партнерів за тиждень – один чи два партнери – характерна для 1 та 3% дівчат відповідно. Середня кількість статевих партнерів становить 16, тоді як серед старших ЖКС – 14 ($p < 0,001$).

Таблиця 3.2.1.4

Розподіл підлітків-ЖКС за кількістю статевих партнерів за останній тиждень, % (серед тих, хто мав таких партнерів)

	Некомерційні статеві партнери N=126	Комерційні статеві партнери N=281	Всього статевих партнерів N=281
1 партнер	56	1	1
2 партнери	23	6	3
3–5 партнерів	18	16	16
6–10 партнерів	3	29	27
11–20 партнерів		23	26
21 партнер та більше		25	27

Використання презервативів

У цій групі ризику респондентки частіше зазначали про використання презерватива з комерційним партнером: 76% від загалу опитаних використовували презерватив під час останнього статевого контакту з таким партнером, тоді як з випадковим і постійним статевим партнером – 51 та 25% відповідно ($p < 0,001$).

За останній місяць приблизно половина опитаних підлітків-ЖКС (52%) завжди використовували презервативи з клієнтами, а решта (48%) мали ризиковані практики щодо їх невикористання (зокрема, 1% дівчат ніколи його не використовували) (див. рис. 3.2.1.3). 13–17-річні дівчата більш загрожені, ніж 18–19-річні: 41% перших та 57% других зазначили, що завжди використовували презервативи з клієнтами за останній місяць ($p < 0,05$). Серед старших ЖКС (20 років і більше) за останній місяць завжди використовували презервативи з клієнтами 62%, а незахищений секс практикували 38% опитаних (зокрема, 1% – ніколи не використовували презервативи).

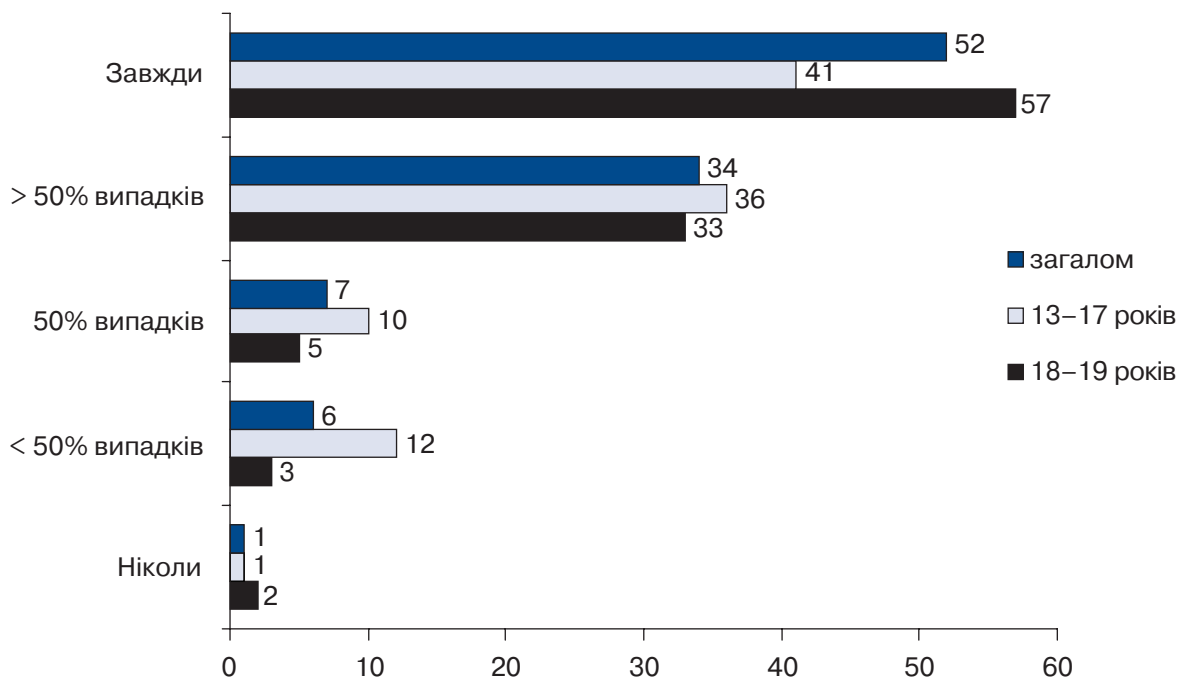


Рис. 3.2.1.3. Розподіл підлітків-ЖКС за відповіддю на запитання: «Як часто Ви використовували презервативи з клієнтами за останній місяць?», % (серед загалу опитаних та за віком ($p=0,012$))

Щодо сталості практики безпечного сексу, то протягом останнього року більшість респонденток (61%) завжди використовували презервативи з клієнтами під час вагінального сексу, половина опитаних (50%) – під час анального сексу, а під час орального сексу – більше третини (37%) підлітків-ЖКС (див. рис. 3.2.1.4). При цьому ніколи не використовували презервативи за останній рік під час вагінального сексу – 1% дівчат, під час анального сексу – 6%, а під час орального сексу – більше третини опитаних дівчат (33%). Серед старших ЖКС (20 років і більше) за останній рік завжди використовували презерватив з клієнтами: під час вагінального сексу – 69%; під час анального сексу – 62%; під час орального сексу – 53%.

За віком відмінності спостережено у використанні презерватива при вагінальних статевих контактах: 52% 13–17-річних та 65% 18–19-річних дівчат завжди використовували презервативи під час вагінального сексу за останній рік ($p < 0,05$).

Вищі показники використання презервативів під час вагінального сексу, ніж анального (61% проти 50% відповідно, $p < 0,05$), очевидно, можна пояснити використанням його переважно з контрацептивними цілями, а не менш низьким рівнем оцінки ризику анального сексу серед підлітків-ЖКС.

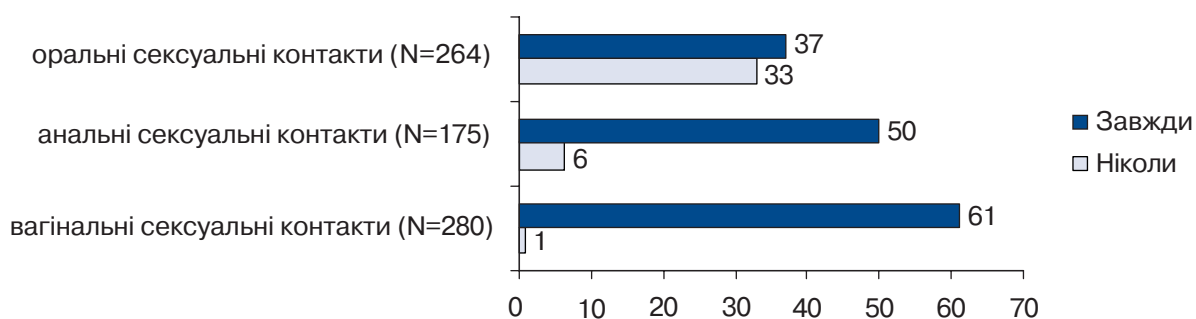


Рис. 3.2.1.4. Розподіл відповідей «завжди» та «ніколи» на запитання: «Як часто за останні 12 місяців Ви використовували презерватив?», за видами статевих контактів, % (серед підлітків-ЖКС, що мали такі статеві контакти)

Серед підлітків-ЖКС більша частина тих, що вважають можливим секс без презерватива за умови додаткової оплати (39% проти 25% серед старших ЖКС, $p < 0,05$). 45% дівчат схвалюють незахищений секс з постійним партнером, якого знають і якому довіряють, серед старших – таких 38% ($p < 0,05$). За жодних умов не вважають можливим секс без презерватива 32% підлітків-ЖКС та 47% старших ЖКС ($p < 0,05$).

Підлітки-ЖКС – уразливіші, ніж старші ЖКС, щодо інфікування через нижчий рівень постійного використання презерватива у всіх різновидах статевих контактів. Можливим поясненням цього є їх менший досвід секс-роботи, а, отже, й нижчий рівень поінформованості щодо безпечних практик та їх необхідності.

Висновки

- ▶ Підлітки-ЖКС раніше починають статеве життя та надання сексуальних послуг за винагороду, ніж старші ЖКС. Середній вік сексуального дебюту становить 14 років, а комерційного сексуального дебюту – 16 років, тоді як серед респонденток старшої вікової групи (від 20 років і більше) середній вік сексуального дебюту – 16 років, а комерційного сексуального дебюту – 20 років.
- ▶ Значна більшість підлітків-ЖКС починали надавати сексуальні послуги через рік чи два роки після початку статевих контактів. Дівчата, які отримали перший сексуальний досвід до 15 років, починали надавати сексуальні послуги в середньому майже на рік пізніше, ніж ті, що почали статеве життя після 16 років.
- ▶ Підлітки-ЖКС характеризуються великою сексуальною активністю. Більше половини (57%) дівчат за останній тиждень мали некомерційних статевих партнерів (постійних чи випадкових). Середня кількість усіх статевих партнерів за останній тиждень становить 16, серед старших ЖКС – 14.
- ▶ Використання презерватива поширеніше в практиці статевих контактів з комерційними та випадковими партнерами, ніж постійними: під час останнього статевих контактів з комерційним партнером використовували презервативи більше трьох чвертей (76%) респондентів, з випадковим – 65%, а постійним – 25%. Суттєво менші показники сталості практики безпечного сексу, підлітки-ЖКС ризикують більше, ніж старші ЖКС. За останній місяць завжди практикували захищений секс з клієнтами трохи більше половини опитаних (51%), тоді як серед старшої вікової групи таких виявилось 62%.
- ▶ За останній рік послуги анального сексу надавали 62% дівчат-ЖКС, з них завжди використовували презервативи у цьому виді сексу – 50% опитаних.

Вторинний аналіз поведінкового дослідження юнаків-ЧСЧ

Анальні статеві контакти юнаків-ЧСЧ з юнаками/чоловіками

Значна більшість (92%) опитаних юнаків-ЧСЧ мали протягом півроку, що передувало опитуванню, оральні контакти, 66% практикували інсертивну (активну) роль при анальному сексі, ще 66% – рецептивну (пасивну) роль при анальному сексі.

Досвід статевих стосунків з жінками мають 71% юнаків-ЧСЧ. За останні шість місяців перед опитуванням 53% юнаків-ЧСЧ мали статевий контакт хоча б з однією жінкою.

Структура партнерів-чоловіків

За шість місяців, що передувало опитуванню, 66% опитаних юнаків-ЧСЧ мали стосунки зі своїм постійним статевим партнером, 77% мали стосунки з випадковими партнерами, а з комерційними партнерами (юнаки-ЧСЧ надавали сексуальні послуги чоловікам або самі платили за отримання сексуальних послуг) мали стосунки 14% респондентів (див. рис. 3.2.1.5).

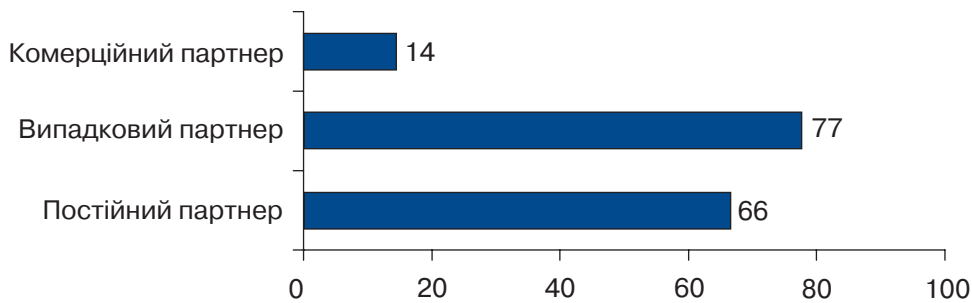


Рис 3.2.1.5. Структура статевих партнерів-чоловіків, %

Кількість партнерів, з якими юнаки-ЧСЧ мали оральні стосунки

Серед тих юнаків-ЧСЧ, хто мав оральні контакти, 84% (N=191) практикували оральний секс з двома або більшою кількістю партнерів, при цьому більше половини (53%) з них мали більше чотирьох партнерів. Отримані дані віддзеркалюють дані опитування дорослого населення серед ЧСЧ (відповідно 80% мали двох і більше партнерів, з якими мали оральні контакти), однак 40% з них мали від 4 до 10 партнерів. Одного партнера мали 20% ЧСЧ, на противагу 16% у юнаків-ЧСЧ.

Кількість партнерів, з якими юнаки-ЧСЧ мали анальні стосунки

Більша частина опитаних мала від 2 до 10 статевих партнерів (43%) як в активній ролі, так і в пасивній (36%) (різниця за віком несуттєва) (див. табл. 3.2.1.5).

Таблиця 3.2.1.5

Розподіл юнаків-ЧСЧ за кількістю статевих партнерів при анальних контактах протягом останніх шести місяців, %

Кількість	В активній ролі (N=207)	В пасивній ролі (N=206)
1 партнер	16	23
2–3 партнери	22	20
4–10 партнерів	21	16
11 і більше партнерів	7	6
Не було партнерів	34	35

Використання презерватива

Із загалу опитаних юнаків-ЧСЧ під час останнього статевого контакту використовували презервативи 72% з постійним партнером, 78% – з випадковим партнером, 75% – з комерційним партнером (див. рис. 3.2.1.6).

Значна більшість юнаків-ЧСЧ зазначили, що використовують презервативи з комерційними, випадковими, постійними партнерами. Але чверть юнаків-ЧСЧ наражає себе на небезпеку інфікування ВІЛ, практикуючи незахищений секс з комерційними та постійними партнерами (25 і 28% відповідно). Причинами невикористання презерватива з різними партнерами є «зниження чуттєвості», «не думав, що це є необхідним», «взагалі про це не думав». З комерційним партнером суттєвою причиною невикористання є наполягання партнера.

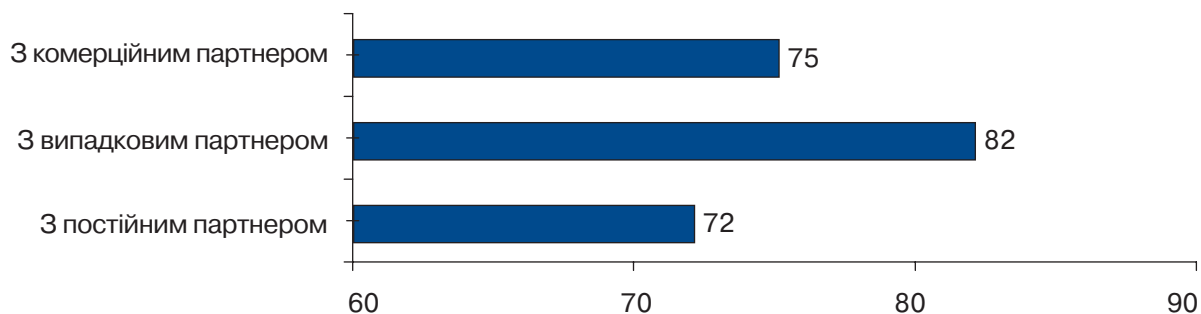


Рис. 3.2.1.6. Використання презерватива юнаками-ЧСЧ під час останнього контакту з різними статевими партнерами, % (серед тих, хто практикує відповідний вид статевих контактів)

Висновки

- ▶ 92% опитаних юнаків-ЧСЧ мали протягом півроку, що передувало опитуванню, оральні контакти, 66% практикували інсертивну (активну) роль під час анального сексу, ще 65,5% – рецептивну (пасивну).
- ▶ 71% юнаків-ЧСЧ мають досвід статевих стосунків з жінками.
- ▶ За останні шість місяців 84% серед тих, хто практикував оральний секс, мали контакти з двома і більше партнерами; 50% серед тих, хто практикував анальний секс (активна роль), мали двох і більше партнерів; 41% серед тих, хто практикував анальний секс (пасивна роль), мали двох і більше партнерів.
- ▶ Щодо партнерів-чоловіків, то 66% опитаних юнаків-ЧСЧ мали стосунки з постійним статевим партнером, 77% мали стосунки з випадковими партнерами за останні 6 місяців.
- ▶ 14% від загалу опитаних становить група подвійного ризику: юнаки-ЧСЧ, що практикують комерційний секс (продають чи купують комерційні послуги).
- ▶ Середня кількість статевих партнерів за останні 6 місяців становить 4–5 чоловіків.
- ▶ 12% використовували презерватив під час останнього орального сексу: 72% – з постійним партнером, 78% – з випадковим партнером, 75% – з комерційним партнером. Проте такі високі показники не свідчать про стабільність безпечної статевої поведінки¹⁴⁶.

Базове дослідження серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці

Сексуальний досвід

74% від загалу підлітків, які живуть або працюють на вулиці, мали сексуальний досвід (70% хлопців та 82% дівчат) (див. табл. 3.2.1.6).

¹⁴⁶ В анкеті поведінкового дослідження серед ЧСЧ не було запитань щодо стабільності безпечної статевої поведінки на зразок: «Як часто Ви використовували презерватив протягом останнього місяця/останніх 3 місяців/останнього року?».

Таблиця 3.2.1.6

**Розподіл сексуально активних підлітків, що живуть або працюють на вулиці,
за статтю, віком та містом проживання, %**

	Стать ($p < 0,001$)		Вік ($p < 0,001$)			Місто ($p < 0,001$)				Серед загалу
	хлопці	дівчата	10–14 років	15–16 років	17–18 років	Дніпро- петровськ	Донецьк	Київ	Миколаїв	
Мають досвід вагінального сексу	70	82	43	90	99	61	66	87	88	74

У молодшій віковій групі (10–14 років) уже майже половина (43%) опитаних мали досвід вагінального сексу.

За регіональним розподілом більше сексуально активних підлітків виявилися серед респондентів Миколаєва та Києва (88% та 87% відповідно).

Досвід анального сексу у гетеросексуальних контактах мають 26% опитаних (21% хлопців та 38% дівчат, $p < 0,001$).

Вік сексуального дебюту

Щодо віку початку статевого життя, то в цій групі характерним є сексуальний дебют у віці до 15 років: уже 76% від загалу опитаних підлітків мали перший статевий контакт до досягнення цього віку. До набуття повноліття сексуальний дебют мали 99% підлітків. Середній вік початку статевого життя – 13 років. За статтю різниця статистично не значуща.

Структура статевих партнерів

За останній рік перед опитуванням 37% від загалу сексуально активних респондентів мали *постійного* партнера (34% серед хлопців та 44% серед дівчат, $p < 0,001$).

80% хлопців та 65% дівчат ($p < 0,001$) мали *випадкового* статевого партнера за останні 12 місяців (загалом 75% респондентів мали такого партнера).

За останній рік 17% хлопців та 57% дівчат були залучені до *комерційного* сексу через купівлю (хлопці) чи продаж (дівчата) сексуальних послуг.

Серед тих, хто мав постійного партнера, 11% респондентів мали постійного партнера, який вживає ін'єкційні наркотики. Серед хлопців постійного партнера СІН мали 8%, а серед дівчат – 16% ($p < 0,001$). Варто зазначити, що серед респондентів, які мали постійного партнера СІН, 79% особисто вживають ін'єкційні наркотики (89% хлопців та 70% дівчат, $p < 0,001$).

Кількість статевих партнерів

Постійний партнер

У більшості хлопців (54%), які за останній рік мали постійних партнерок, була одна така партнерка, у чверті (25%) – дві постійні статеві партнерки (див. табл. 3.2.1.7).

Таблиця 3.2.1.7

Розподіл підлітків, що живуть або працюють на вулиці, за кількістю статевих партнерів залежно від типу партнера, % (серед тих, хто мав таких партнерів)

	постійні партнери (серед хлопців)* N=122	випадкові партнери (p<0,001)			комерційні партнери: продаж сексу (серед дівчат) N=89
		хлопці N=287	дівчата N=110	загалом N=397	
1 партнер	54	19	15	17	8
2 партнери	25	22	26	23	25
3–5 партнерів	16	38	28	36	19
6–10 партнерів	3	13	23	16	18
11 та більше	2	8	8	8	30

* Дівчатам запитання щодо кількості постійних статевих партнерів не ставили.

Випадковий партнер

Серед тих, хто мав випадкового статевого партнера, більше третини (36%) мали від 3 до 5 таких партнерів (38% серед хлопців та 28% серед дівчат). Майже чверть респондентів (23%) мали 2 випадкових партнерів за останній рік. 17% респондентів мали одного випадкового партнера, а 16% – від 6 до 10 таких партнерів.

Комерційний партнер

Дівчата, залучені до комерційного сексу, за останній рік переважно мали більше 11 комерційних партнерів (30% серед дівчат, що мали комерційного партнера). Чверть дівчат (25%) за останній рік надавали сексуальні послуги 2 партнерам. Майже кожна п'ята дівчина (19%) мала від 3 до 5 таких партнерів, а ще 18% дівчат – від 6 до 10. Одного комерційного партнера за останній рік мали 8% дівчат.

Загалом статевих партнерів

За останній рік 1 чи 2 партнерів мали по 20% підлітків, що живуть на вулиці, від загалу сексуально активних респондентів. Близько третини опитаних (31%) мали від 3 до 5 партнерів (див. табл. 3.2.1.8). Майже кожен п'ятий підліток (18%) за останні 12 місяців перед опитуванням мав статеві контакти з 6–10 партнерами, а 11% – з більше ніж 10 партнерами.

Також маємо відмінності у кількості статевих партнерів залежно від статі та віку. Дівчата частіше, ніж хлопці, називали відповідь «6–10 партнерів» чи «понад 10 партнерів» – 20 та 24% серед дівчат зазначили таку кількість, тоді як серед хлопців таких – 17 та 9% відповідно.

Таблиця 3.2.1.8

**Кількість статевих партнерів за останній рік, за віком та за статтю, %
(серед загалу сексуально активних підлітків, що живуть або працюють на вулиці, N=525)**

Серед тих, хто почав сексуальне життя (N=525)	Стать (p=0,001)		Вік (p=0,002)			Серед усіх
	хлопці	дівчата	10–14 років	15–17 років	18–19 років	
1 партнер	20	21	25	17	21	20
2 партнери	21	18	25	21	15	20
3–5 партнерів	33	27	30	35	25	31
6–10 партнерів	17	20	16	17	23	18
11 партнерів та більше	9	14	4	10	16	11

Менша кількість статевих партнерів за рік характерна для молодшої вікової групи (10–14 років), а більша – для старшої (18–19 років). Так, двох партнерів за останній рік мали 25% 10–14-річних підлітків та 15% 18–19-річних, а понад 10 партнерів – 4% 10–14-річних та 16% 18–19-річних.

ЧСЧ

Серед опитаних підлітків, які живуть або працюють на вулиці, зафіксовано 10% таких, що практикували статеві стосунки з чоловіками.

Суттєві відмінності у кількості ЧСЧ спостережено за різними містами опитування ($p < 0,001$). Найбільше ЧСЧ серед респондентів – представників м. Миколаєва (12%), а найменше – м. Донецька (2%). У Києві та Дніпропетровську виявилося 10 та 9% ЧСЧ відповідно.

Досвід анальних статевих контактів з чоловіками до виповнення 15 років мали 74%, до виповнення 18 років мали 96% хлопців вулиці серед тих, хто має досвід таких стосунків.

У 54% хлопців останній анальний секс з хлопцем/чоловіком відбувся протягом останнього місяця перед опитуванням.

За останній перед опитуванням місяць половина опитаних (52%) хлопців вулиці, які мали досвід анальних контактів з чоловіками, вступали в такі стосунки з одним партнером, а 37% – з двома партнерами, 11% мали стосунки з більше ніж трьома партнерами (див. табл. 3.2.1.9).

Таблиця 3.2.1.9**Розподіл опитаних щодо кількості партнерів-чоловіків, %**

За останній місяць перед опитуванням		За останній рік перед опитуванням	
1 партнер	52	1 партнер	44
2 партнери	37	2 партнери	19
3 і більше партнерів	11	3–5 партнерів	20
		6–10 партнерів	12
		Більше 11 партнерів	5

Половина опитаних (52% від загалу ЧСЧ, або 5% від загалу опитаних) хлопців, що мали статеві стосунки з чоловіками протягом останнього року, зазначили, що отримували від чоловіків в обмін на секс винагороду грошима, різними товарами, наркотиками, харчами, одягом.

Під час останнього анального статевих контакту з *комерційним партнером-чоловіком* про використання презерватива повідомили 39% хлопців вулиці, а з *некомерційним партнером-чоловіком* – 36%.

Незалежно від того, чи був партнер-чоловік постійним, випадковим або комерційним, завжди використовували презерватив 4% хлопців, які живуть або працюють на вулиці. За результатами проведених фокус-груп, хлопці зазначали, що презерватив використовували за бажанням клієнта. Інколи *«клієнти купують мінеральну воду, щоб помити статеві органи»* (хлопець, 15 років, Донецьк).

Загалом ЧСЧ-контакти серед хлопців швидше за все є не маніфестацією їх ідентичності, а практикою виживання на вулиці. Клієнтами *«в основному є заможні чоловіки, які на «тачках» під'їжджають»* (хлопець, 15 років, Донецьк). Інколи *«підходять дорослі і пропонують секс, вони пригощають спиртними напоями, іжею, дають грошей»* (хлопець ЧСЧ, 15 років, Миколаїв).

Досвід комерційного сексу

Майже третина (28%) опитаних підлітків, що живуть або працюють на вулиці, мали досвід надання сексуальних послуг за винагороду (гроші, продукти, одяг, наркотики тощо), при цьому 57% дівчат продавали сексуальні послуги, а 17% хлопців купували такі послуги.

Кількість підлітків, залучених до комерційного сексу, відрізняється за містами опитування ($p < 0,001$). Комерційний секс є поширенішим серед підлітків Миколаєва та Києва: 35 та 23% відповідно від загалу опитаних там мали таку практику за останні 12 місяців перед опитуванням. Продавали чи купували сексуальні послуги 13% серед підлітків, опитаних у Дніпропетровську, а 10% – у Донецьку.

Більше половини дівчат (57%), що мають досвід комерційного сексу, почали надавати сексуальні послуги за винагороду до виповнення 15 років, а до досягнення повноліття – вже 95% респонденток. Середній вік початку надання сексуальних послуг за винагороду становить 14 років.

Варто зазначити, що хлопці, які користуються комерційним сексом, не обов'язково рано починали статеве життя. Розподіл хлопців обох груп (залучених та не залучених до комерційного сексу) за середнім віком сексуального дебюту не показав відмінностей (див. табл. 3.2.1.10). У групі дівчат, навпаки, респондентки, не залучені до комерційного сексу, в середньому на рік раніше починали статеве життя, ніж залучені респондентки.

Таблиця 3.2.1.10

Розподіл хлопців та дівчат, що живуть або працюють на вулиці, залучених та не залучених до комерційного сексу, за середнім віком сексуального дебюту, років

	Хлопці		Дівчата (p<0,001)	
	користуються комерційним сексом (N=96)	не користуються комерційним сексом (N=469)	залучені до комерційного сексу (N=137)	не залучені до комерційного сексу (N=103)
Середній вік першого сексуального досвіду	13	13	13	14
N	74	312	128	60
Стандартне відхилення	1,9	1,9	1,6	1,8

Більшість дівчат почали надавати сексуальні послуги в тому ж віці, в якому отримали перший сексуальний досвід (39%) або через рік після цього (34%). У 16% дівчат різниця між першим сексуальним досвідом та першим комерційним сексом становить 2 роки. Решта (11%) почали надавати сексуальні послуги через 3 та більше років після сексуального дебюту.

Дівчата, які живуть на вулиці, підкреслювали, що надання сексуальних послуг – це для них засіб вижити. За результатами фокус-групових досліджень, комерційний секс розглядають як ефективніший засіб заробітку серед дівчат, ніж жебракування чи важка фізична праця. Наприклад, одна із респонденток з м. Миколаєва, 18-річна дівчина стверджує: «Зараз багато дівчат іде цим (комерційний секс) займатися – це гроші». З іншого боку, приймають не тільки грошову винагороду: дівчата надають сексуальні послуги за їжу, наркотики, алкоголь тощо.

Більшість дівчат та хлопців, які брали участь у роботі фокус-груп, стверджували, що надання сексуальних послуг не відбувається час від часу, а є організованим бізнесом. При цьому одні дівчата залучаються до вже сформованих груп під керівництвом «мамочки» чи сутенера, інші організують власні групи.

17-річна дівчина, м. Миколаїв: «Є «тьотки», які запрошують до себе на точку. Ти їй платиш за клієнта і все»;

16-річна дівчина, м. Миколаїв: «Деякі живуть у «тьотки» та їздять з нею, (...) багато об'єднуються в групу та знімають квартиру».

Використання презерватива

Під час останнього статевого контакту підлітки, що живуть або працюють на вулиці, частіше використовували презерватив з комерційним партнером (65% від загалу опитаних), ніж випадковим (47% від загалу опитаних,) (див. табл. 3.2.1.11).

Таблиця 3.2.1.11

**Практика використання презерватива серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці, під час останнього статевого контакту та протягом року, %
(серед тих, що мали таких партнерів)**

% дітей вулиці, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту				% дітей вулиці, які завжди використовували презервативи протягом останнього року			
з постійним партнером (N =74)	43 (серед дівчат)			з постійним партнером (N =204, p=0,001)	12	хлопці	9
з випадковим партнером (N =342, p=0,462)	47	хлопці	46	з випадковим партнером (N =431, p=0,806)	15	дівчата	18
		дівчата	50			хлопці	16
з комерційним партнером (N =128, p<0,001)	65	хлопці	64	з комерційним партнером (N =155, p<0,001)	10	дівчата	11
		дівчата	65			хлопці	15
						дівчата	8

Дівчата частіше, ніж хлопці, завжди використовували презервативи протягом останнього року з постійним партнером: 18% дівчат та 9% хлопців завжди використовували презервативи протягом останнього року. У свою чергу хлопці частіше, ніж дівчата, завжди використовували презервативи з випадковими та комерційними партнерами: 16% хлопців та 11% дівчат завжди використовували презервативи з випадковими партнерами, а 15% хлопців та 8% дівчат – з комерційними партнерами.

Суттєво нижчі показники стабільності безпечного сексу: 12% завжди використовували презервативи протягом останнього року з постійним партнером, 15% – з випадковим, а 10% – з комерційним.

Незахищені статеві контакти більшою мірою характеризують статеву поведінку підлітків м. Миколаєва: за останній рік 91% мали таку практику тут з випадковим партнером; щодо решти міст, то 88% не використовували презервативи під час статевих контактів з випадковим партнером у Києві, 87% – у Донецьку та 70% – у Дніпропетровську (p< 0,001).

Вагітності

Майже кожна п'ята дівчина, яка живе на вулиці, (18% від загалу опитаних дівчат) була вагітною. Значна більшість (55%) випадків вагітності – серед 18–19-річних респонденток. Серед дівчат, які були вагітними, 64% опитаних мали одну вагітність, а майже чверть дівчат (23%) – 2 вагітності. Тричі чи більше були вагітними 13% дівчат.

Аборти

Значна більшість дівчат (68%), що мали досвід вагітності, робили аборт. При цьому серед респонденток молодшої вікової групи (10–14 років) аборт робили всі дівчата, що були вагітними, а серед середньої (15–17 років) та старшої (18–19 років) вікових груп – 69 та 61% дівчат відповідно. Майже дві третини дівчат (63%) від загалу тих, хто робив аборт, робили аборт 1 раз, 17% – двічі, а 20% – тричі чи більше.

Викидні

Майже у половини дівчат (43%), що мали досвід вагітності, були викидні. Серед дівчат, які мали викидні, у 68% таке траплялося раз, у 32% – двічі.

Діти

2% від загалу опитаних дівчат, чи 11% серед тих, що були вагітними, мають дітей.

Наявність симптомів захворювань, що передаються статевим шляхом

Серед загалу опитаних 18% зазначили, що мали такі симптоми. Майже третина дівчат (27%) та 15% хлопців відповіли ствердно на запитання «Чи були у тебе ранки, виразки на статевих органах чи виділення?» ($p < 0,001$). Наявність таких симптомів більшою мірою характерна для старших вікових груп: третина (30%) серед 18–19-річних респондентів мали такі симптоми, тоді як серед 15–17-річних та 10–14-річних таких 19 та 12% відповідно ($p < 0,001$).

Примус до занять сексом в установах¹⁴⁷, до яких потрапляють підлітки, що живуть або працюють на вулиці

Респонденти зазначали випадки примусу до статевих контактів у всіх установах, до яких потрапляють підлітки, що живуть або працюють на вулиці. Проте це швидше за все поодинокі випадки у приймальниках-розподільниках (1 підліток із 161, що потрапляли туди), РВВС (2 підлітки із 44), дитячих кімнатах міліції (3 підлітки з 292) чи закладах виконання покарань (3 підлітки з 24). Навпаки, всі підлітки, що потрапляли до центру обліку бездомних громадян, зазначили про примус до сексу (36 підлітків з 36). Майже кожний 10-й підліток, що потрапляв до ІТТ чи СІЗО, мав досвід примусу до статевих контактів (18 підлітків з 233 та 9 підлітків з 84 відповідно).

Дівчат частіше, ніж хлопців, примушували до сексу в ІТТ (з 18 випадків примусу – 12 дівчат та 2 хлопців) та СІЗО (з 9 випадків примусу – 7 дівчат та 2 хлопців), а хлопців – у центрі обліку бездомних громадян (з 36 випадків примусу – 4 дівчат та 32 хлопців).

Респонденти молодшої вікової групи (10–14 років) частіше, ніж старші респонденти (15–19 років), зазнавали сексуального насилля у притулку для неповнолітніх (з 9 випадків примусу – 7 підлітків 10–14-річного віку та 2 – 15–19-річного). Зі старшими підлітками частіше траплялися випадки примусу до статевих контактів у центрі обліку бездомних громадян (17 – 15–17-річних та 14 – 18–19-річних підлітків з 36 випадків у цій установі).

Висновки

- ▶ Статева поведінка дітей, що живуть або працюють на вулиці, характерна раннім початком статевого життя. Більше трьох чвертей (76%) з тих, хто мав сексуальний досвід, набули його до 15 років. Середній вік сексуального дебюту становить 13 років. Загалом 74% від загалу опитаних дітей є сексуально активними.
- ▶ Статева поведінка більшості дітей, які живуть або працюють на вулиці, не є досить активною. За останній рік більшість опитаних (40%) мали 1–2 статевих партнерів. За категорією статевого партнера переважають випадкові: 75% сексуально активних дітей за останній рік мали випадкового партнера, а більше третини (37%) – постійного.
- ▶ Серед тих, хто мав постійного партнера, 11% респондентів (16% дівчат та 8% хлопців) мали постійного статевого партнера СІН; при цьому дівчата частіше, ніж хлопці, мають таких партнерів. Варто зазначити, що серед цієї групи підлітків більшість (79%) самі вживають ін'єкційні наркотики.
- ▶ Надання хлопцями сексуальних послуг чоловікам не є характерним для підлітків, які живуть або працюють на вулиці. Це трапляється, «коли необхідні гроші» або «коли з дозою проблема (навесні наркотик дорожчає)».
- ▶ 5% хлопців залучені до надання послуг чоловікам, які практикують секс із чоловіками, формуючи таким чином групу подвійного ризику: ЧСЧ, що практикують комерційний секс.
- ▶ За даними фокус-групових інтерв'ю, хлопці, що живуть або працюють на вулиці, за сексуальні послуги отримують від чоловіків гроші, різні товари, наркотики, харчі, одяг.

¹⁴⁷ Інструментарій дослідження не передбачав аналіз з боку кого був здійснений примус до занять сексом, а лише фіксував факт його наявності.

- ▶ За останній перед опитуванням місяць більше половини хлопців (52%) мали одного статевого партнера-чоловіка.
- ▶ 39% підлітків-ЧСЧ використовували презервативи із комерційним партнером, 36% – з некомерційним партнером.
- ▶ 28% опитаних залучені до практики комерційного сексу: 57% дівчат продають, а 17% хлопців купують сексуальні послуги, чим підвищують ризик свого ВІЛ-інфікування.
- ▶ Підлітки, що живуть або працюють на вулиці, переважно практикують незахищений секс. Завжди використовували презервативи протягом останнього року лише 12% опитаних під час статевих контактів з постійним партнером, 15% – з випадковим та 10% – з комерційним.
- ▶ Серед загалу опитаних дівчат майже кожна п'ята (18%) була вагітною. А серед тих дівчат, що були вагітними, 68% робили один чи більше абортів. Симптоми захворювань, що передаються статевим шляхом, мали 18% від загалу опитаних респондентів: 27% – серед дівчат та 15% – серед хлопців.
- ▶ Діти та підлітки, що живуть або працюють на вулиці, зазначали окремі випадки примусу до статевих контактів у всіх державних установах, до яких вони потрапили (приймальниках-розподільниках, притулках, СІЗО тощо), чим ще більше наражаються на ризик.

3.2.2. Вживання ін'єкційних наркотиків

Вторинний аналіз поведінкового дослідження підлітків-СІН

Вік ініціації

До 15 років спробували ін'єкційні наркотики 15,5% опитаних (21% хлопців та 4% дівчат, $p < 0,001$), а до набуття повноліття таких було вже 86% (різниця за статтю не значуща, $p > 0,05$).

Тривалість вживання ін'єкційних наркотиків серед підлітків-СІН для 44% становить менше 1 року, для 31% – від 1 до 2 років (13–24 місяці), 23% підлітків-СІН вживають ін'єкційні наркотики протягом 2–5 років, про досвід вживання ін'єкційних наркотиків більше 5 років повідомили 2% підлітків-СІН (рис. 3.2.2.1).

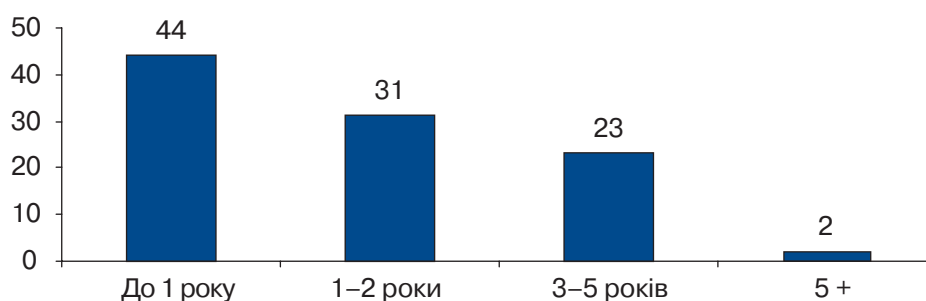


Рис. 3.2.2.1. Тривалість вживання ін'єкційних наркотиків серед підлітків-СІН, %

Частота вживання ін'єкційних наркотиків

Про своє щоденне вживання ін'єкційних наркотиків повідомили 33% підлітків-СІН; 2–6 разів на тиждень ін'єкційні наркотики вживають 33%; раз на тиждень та рідше – 34% (табл. 3.2.2.1). Якщо порівнювати підліткову групу СІН віком 13–19 років з дорослішими СІН (віком 20 років і старшими), то серед старших СІН поширенішою є практика щоденного вживання ін'єкційних наркотиків: 49% з них повідомили, що вживають ін'єкційні наркотики щодня (рис. 3.2.2.2).

Таблиця 3.2.2.1

Частота вживання ін'єкційних наркотиків серед підлітків-СІН протягом останніх 30 днів, %

	За статтю (p=0,013)		За віком (p=0,115)	
	Хлопці, N=165	Дівчата, N=88	13–17 років, N=89	18–19 років, N=164
Щодня та частіше	33	30	30	34
2–6 разів на тиждень	34	32	32	34
1 раз на тиждень та рідше	33	38	38	32

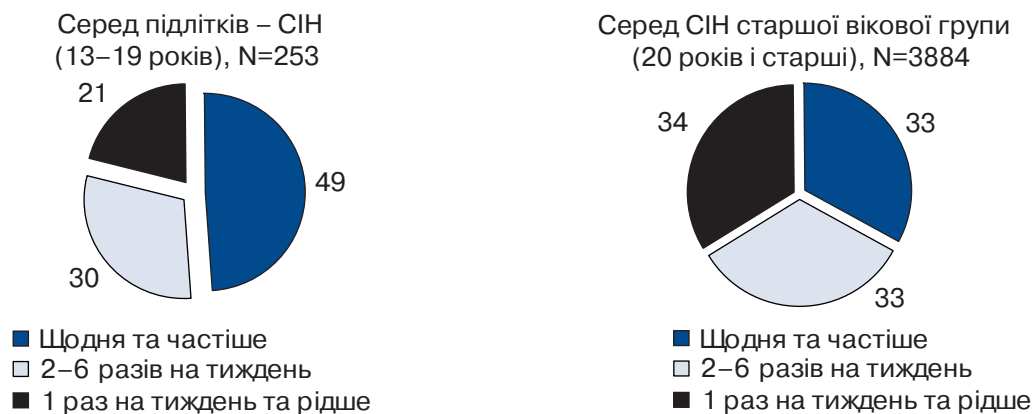


Рис. 3.2.2.2. Частота вживання ін'єкційних наркотиків серед підлітків-СІН та серед дорослих СІН протягом останніх 30 днів, % (p < 0,001)

Ризикова поведінка, пов'язана з вживанням ін'єкційних наркотиків

Спільний ін'єкційний інструментарій протягом останніх 30 днів використовували 30% підлітків-СІН. Понад чотири п'ятих (83%) підлітків-СІН зазначили, що протягом останнього місяця для них характерною була хоча б одна з перерахованих небезпечних практик (рис. 3.2.2.3).

До того ж, серед старших СІН (віком 20 років і старших) спільний ін'єкційний інструментарій протягом останніх 30 днів використовували 24%. Між групою підлітків-СІН 13–19 років та старшою віковою групою СІН (20 років і старших) простежено значні відмінності щодо використання спільного ін'єкційного інструментарію (66% порівняно з 79% відповідно, p<0,001), а також щодо випадків, коли СІН віддавали, позичали або продавали голку або шприц іншій особі після того, як зробили собі ін'єкцію (серед підлітків-СІН 30% зазначили наявність такої практики, тоді як серед СІН старшої вікової групи – 24%, p<0,001).



Рис. 3.2.2.3. Ризиковані поведінкові практики, пов'язані з вживанням наркотиків, протягом останніх 30 днів, %

Використання стерильного ін'єкційного інструментарію (остання ін'єкція)

Під час останньої ін'єкції стерильний інструментарій використовували 81% підлітків-СІН (різниця за статтю статистично не значуща). Серед СІН віком 20 років і старших використовували стерильний інструментарій 87% ($p < 0,05$).

Кількість партнерів, з якими робили спільну ін'єкцію

Серед підлітків-СІН, для яких характерною є практика використання спільного ін'єкційного інструментарію разом з іншими особами, більшість має 3–5 партнерів, з якими вони використовували цей інструментарій протягом останнього місяця. Щоб порівняти: для дорослих СІН більшою мірою характерною є наявність одного (34%) або двох (22%) партнерів, спільно з якими робили ін'єкцію (табл. 3.2.2.2).

Таблиця 3.2.2.2

**Кількість спільних партнерів серед підлітків-СІН протягом останнього місяця, %
($p=0,002$)**

	Підлітки-СІН (13–19 років), N=67	СІН старшого віку (20 років і старше), N=820
1 партнер	21	34
2 партнери	13	22
3–5 партнерів	43	32
6–10 партнерів	18	8
Більше ніж 10 партнерів	5	4

Висновки

- ▶ Серед підлітків-СІН у віці до 15 років спробували ін'єкційні наркотики 15,5%, а до набуття повноліття – 86%.
- ▶ 44% підлітків-СІН вживають ін'єкційні наркотики менше 1 року.
- ▶ Використання спільного інструментарію характерне для третини (30%) підлітків-СІН; серед 20-річних та старших СІН таких менше чверті (24%).
- ▶ Протягом останнього місяця підлітки-СІН здебільшого мали 3–5 партнерів (43%), разом з якими вживали ін'єкційні наркотики, тоді як дорослі СІН (20 років і старші) – переважно 1–2 партнерів (56%).

Вторинний аналіз поведінкового дослідження підлітків-ЖКС

У загальному масиві підлітків-ЖКС група тих, хто вживає ін'єкційні наркотики (підлітки-ЖКС-СІН), складає 19%. За віковим розподілом серед підлітків-ЖКС-СІН – 43% віком 15–17 років та 57% 18–19-річних дівчат.

Частота вживання

Про щоденне вживання ін'єкційних наркотиків повідомили 45% підлітків-ЖКС, які вживали такі наркотики протягом останніх 30 днів, 2–6 разів на тиждень їх вживали 31% підлітків-ЖКС, а один раз на тиждень та рідше – 24% (табл. 3.2.2.3).

Таблиця 3.2.2.3

Частота вживання ін'єкційних наркотиків підлітками-ЖКС протягом останніх 30 днів, %

	Серед підлітків-ЖКС-СІН, N=54
Щодня	45
2–6 разів на тиждень	31
Щотижнево та менше	24

Висновки

- ▶ Майже кожна п'ята ЖКС підліткового віку (19%) зазначила, що мала практику вживання ін'єкційних наркотиків, а майже половина респонденток (45%) повідомили про те, що такі практики є щоденними. Отже, можна виокремити групу подвійного ризику «підлітки-ЖКС-СІН», що поєднують практики незахищеного сексу з ін'єкційним вживанням наркотиків.

Вторинний аналіз поведінкового дослідження юнаків-ЧСЧ

Серед юнаків-ЧСЧ ін'єкційні наркотики вживають 1,4%. А ті, що практикують вживання ін'єкційних наркотиків, у більшості випадків роблять це з частотою раз на тиждень та рідше (2 з 3 юнаків цієї групи).

Висновки

- ▶ Для більшості підлітків-ЧСЧ вживання ін'єкційних наркотиків не є ризиком, адже серед них частина тих, хто вживав ін'єкційні наркотики, є невеликою (1,4%). Це здебільшого епізодичні практики.

Базове дослідження серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці

3 підлітків, які живуть або працюють на вулиці, про наявність досвіду вживання ін'єкційних наркотиків повідомили 15,5% респондентів (табл. 3.2.2.4). З віком збільшується кількість респондентів, у яких є досвід вживання ін'єкційних наркотиків.

Таблиця 3.2.2.4

Досвід вживання ін'єкційних наркотиків серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці (N=805, з них 565 хлопців та 240 дівчат), %

	Серед загалу	За статтю (p=0,364)		За віком (p<0,001)		
		Хлопці	Дівчата	10–14 років	15–17 років	18–19 років
Мають досвід вживання ін'єкційних наркотиків	15,5	16	14	5	19	29

Частка СІН серед дітей і підлітків коливається залежно від міста опитування (p=0,005): від 23% – у Києві до 11% – у Донецьку. У Миколаєві та Дніпропетровську ін'єкційні наркотики вживають 16 та 13% респондентів цих міст відповідно.

Під час проведення фокус-груп у Києві, Дніпропетровську, Донецьку та Миколаєві з'ясовано деякі особливості вживання ін'єкційних наркотиків серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці. У різних групах підлітків складається різне ставлення до вживання ін'єкційних наркотиків та різний ступінь залучення до таких практик.

Так, зокрема, у деяких групах не підтримують, навіть засуджують вживання ін'єкційних наркотиків: «Я впевнений, що вживають, але в нашій компанії це не підтримують» (хлопець, 16 років, м. Дніпропетровськ).

В інших групах вживання ін'єкційних наркотиків – практика, характерна для частини компанії підлітків, які живуть або працюють на вулиці: «Вживають не всі, але в кожній компанії є такі» (учасники фокус-групи, м. Миколаїв); «З 10 осіб компанії 6 точно вживають: 4 хлопці та 2 дівчини» (хлопець, 18 років, м. Київ); «Вживають, можна сказати, що половина нашої компанії вживає наркотики, – хлопців більше, їх 5, і 2 дівчини...» (дівчина, 17 років, м. Київ).

Також є компанії, для яких вживання ін'єкційних наркотиків – не просто характерна практика, а об'єднавчий чинник, що утримує їх разом: «З 12 осіб вживають усі» (хлопець, 19 років, м. Київ); «Ми всі на голці» (хлопець, 17 років, м. Донецьк).

Також простежено тенденцію щодо вікових особливостей підлітків, які живуть або працюють на вулиці та вживають ін'єкційні наркотики. Здебільшого це підлітки старшого віку (18–19 років). Уже у віці 17–18 років практично всі підлітки, які живуть або працюють на вулиці, виявляються так чи інакше пов'язаними з проблемою вживання ін'єкційних наркотиків, здійснюючи такі практики самі або маючи друзів/знайомих СІН.

Піддають себе подвійному ризику 10% дівчат, які надають сексуальні послуги і вживають ін'єкційні наркотики, а також 3% хлопців-ЧСЧ-СІН, а ще 1% складає група потрійного ризику: хлопці-ЧСЧ, що практикують комерційний секс та вживають ін'єкційні наркотики.

Група подвійного ризику «СІН, що практикують комерційний секс» становить 7% у Миколаєві, по 5% – у Києві та Дніпропетровську, 2% – у Донецьку.

Джерела одержання наркотиків

За результатами проведених фокус-груп, кошти на придбання наркотиків для ін'єкційного вживання підлітки, які живуть або працюють на вулиці, заробляють або одержують жебракуючи. Так, наприклад: «Останнім часом працюємо тільки за дозу, навіть на «хавку» не вистачає» (хлопець, 15 років, м. Донецьк); «Наркотики купуємо, не крадемо» (дівчина, 19 років, м. Київ).

Наркотики, які вживають ін'єкційно, як правило, або купують у розповсюджувачів, або виробляють з медичних препаратів, придбаних в аптеці.

Приготування наркотику для споживачів у межах компанії може здійснювати старший або лідер, наповнюють шприци найчастіше зі спільного посуду, до того ж ті особи, які займаються приготуванням наркотику.

Вік ініціації

Серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці та коли-небудь вживали ін'єкційні наркотики, почали вживати їх у віці до 15 років 45% (41% серед хлопців та 56% серед дівчат, $p < 0,001$), у віці до 18 років таких нараховувалося вже 98% (різниця за статтю не значуща).

Середній вік першої спроби ін'єкційного наркотику серед більшості опитаних підлітків, які живуть або працюють на вулиці, складає 15 років.

Частота вживання

Про щоденне вживання ін'єкційних наркотиків з тих, хто вживав їх протягом останніх 30 днів, повідомили 11% підлітків, які живуть або працюють на вулиці, 55% зазначили, що вживають ін'єкційні наркотики 2–6 разів на тиждень, а 34% – щотижнево та рідше (табл. 3.2.2.5).

Таблиця 3.2.2.5

**Частота вживання ін'єкційних наркотиків протягом останніх 30 днів, %
(серед тих, хто вживає ін'єкційні наркотики, N=113)**

	Серед усіх, N=113	За статтю (p=0,340)		За віком (p=0,011)		
		Хлопці, N=80	Дівчата, N=33	10–14 років, N=12	15–17 років, N=65	18–19 років, N=42
Щодня	11	10	13	50	4	12
2–6 разів на тиждень	55	61	40	0	52	68
Щотижнево та рідше	34	29	47	50	44	20

Ризикова поведінка, пов'язана з уживанням ін'єкційних наркотиків

Спільний ін'єкційний інструментарій під час останнього вживання наркотиків серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, використовували 61% (різниця за статтю не значуща). З віком збільшується кількість випадків використання такого інструментарію (рис. 3.2.2.4).

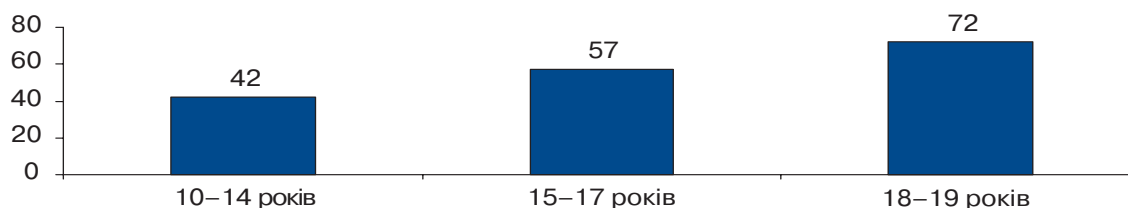


Рис 3.2.2.4. Спільне використання шприца під час останнього вживання, за різними віковими групами, серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці, % (p=0,031)

Більше загрожені порівняно з іншими містами діти та підлітки Донецька та Миколаєва: більш ніж кожний другий(-а) СІН (57 і 52% відповідно), використовував(-ла) спільний ін'єкційний інструментарій протягом останніх 30 днів перед опитуванням. У Дніпропетровську таких виявилось 46%, а в Києві – 37% (p=0,013).

Вживали наркотик, використовуючи шприц після того, як хтось увів у нього наркотик зі свого шприца, 22% респондентів; використовували шприц, наповнений з «робочого» шприца, 37%; наркотик з попередньо наповненого шприца вживали 34%; використовували фільтр або вату, які хтось використовував для відсмоктування наркотику, 17%; а наповнювали шприц наркотиком зі спільного посуду, з якого свій шприц наповнював хтось інший, 47% (табл. 3.2.2.6). Різниця за віком та за статтю статистично не значуща.

Таблиця 3.2.2.6

Небезпечні поведінкові практики протягом останніх 30 днів серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці та вживають ін'єкційні наркотики, %

Небезпечні практики	
Вживання наркотику, використовуючи шприц після того, як хтось увів у нього наркотик зі свого шприца	22
Вживання наркотику, використовуючи шприц, який наповнили з «робочого» шприца	37
Вживання наркотику з попередньо наповненого шприца	34
Використання фільтра або вати, яку хтось використовував для відсмоктування наркотику за допомогою свого шприца/голки	17
Наповнення наркотиком шприца зі спільного посуду, з якого свій шприц наповнював хтось інший	47

Серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, вживають ін'єкційні наркотики та практикують використання спільного інструментарію разом з іншими особами, спільний з одним партнером інструментарій використовували 17%, з двома партнерами – 37%, 34% зазначили, що таких партнерів у них було від 3 до 5, ще 8% говорили про кількість 6–10, а 4% мали більше 10 партнерів (табл. 3.2.2.7).

Таблиця 3.2.2.7

Кількість спільних партнерів протягом останнього місяця (N=24), %

1 партнер	17
2 партнери	37
3–5 партнерів	34
6–10 партнерів	8
Більше ніж 10 партнерів	4

Використання стерильного ін'єкційного інструментарію та інша захисна поведінка

Стерильний ін'єкційний інструментарій під час останнього вживання ін'єкційних наркотиків використовували 76% підлітків, які живуть або працюють на вулиці та коли-небудь вживали ін'єкційні наркотики. Серед хлопців таких нараховується 77%, а серед дівчат 71%.

Офіційні джерела придбання/отримання шприців використовують 42% підлітків, які живуть або працюють на вулиці і вживають ін'єкційні наркотики.

Більшість (69%) підлітків, які живуть або працюють на вулиці та коли-небудь вживали ін'єкційні наркотики, беруть шприци в друзів – споживачів таких наркотиків, більше половини беруть їх там, де вживають наркотики, або купують в аптеці (56% та 55% відповідно), понад чверть (26%) беруть шприци в статевих партнерів, майже кожен п'ятий (18%) підбирає шприци на вулиці або в під'їздах. Також використовували шприци, одержані від друзів, які не вживають ін'єкційні наркотики; шприци, вкрадені в аптеці, лікарні або крамниці; одержані в пунктах обміну шприців від соціального працівника; взяті у членів родин та в лікарнях (рис. 3.2.2.7).



Рис. 3.2.2.7. Місця придбання/одержання для себе шприців/голок підлітками, які живуть або працюють на вулиці та коли-небудь вживали ін'єкційні наркотики, %

Вживання ін'єкційних наркотиків у закладах, до яких потрапляють підлітки, які живуть або працюють на вулиці

Підлітки, які живуть або працюють на вулиці та які потрапляли до спеціальних закладів, повідомляли про випадки вживання ін'єкційних наркотиків у таких закладах (табл. 3.2.2.8).

Таблиця 3.2.2.8

Повідомили про вживання наркотику в різних закладах (серед тих, хто коли-небудь вживав ін'єкційні наркотики та потрапив до закладів), %

	Кількість	%
Спеціальні дитячі заклади		
Притулок для неповнолітніх, N=65	8	12
Дитяча кімната міліції, N=63	4	6
Репресивні заклади		
Колонія, N=10	3	30
В'язниця, N=11	5	46
Слідчий ізолятор (СІЗО), N=39	10	26
Центр обліку бездомних громадян, N=15	3	20
РВВС, N=9	1	11
ІТТ, N=69	6	9
Приймальник-розподільник, N=39	3	8

Так, серед тих, хто перебував у в'язниці, майже половина (46%) тих, хто коли-небудь вживав ін'єкційні наркотики, мали таку практику і там, третина (30%) – серед тих, хто перебував у колоніях, чверть (25%) – у СІЗО, п'ята частина (20%) – у центрах обліку бездомних громадян. Менш поширеними, але все ж таки наявними, подібні практики є також у притулках для неповнолітніх, РВВС, ІТТ, приймальниках-розподільниках та дитячих кімнатах міліції.

Висновки

- ▶ Згідно з результатами дослідження, рівень поширення практик вживання ін'єкційних наркотиків серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, є високим: практично кожен шостий респондент (15,5%) повідомив, що коли-небудь вживав ін'єкційні наркотики.
- ▶ Ініціація першої спроби ін'єкційного наркотику серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, відбувається дуже рано. Так, серед тих, хто говорив про наявність досвіду вживання ін'єкційних наркотиків, у віці до 15 років зробили це вперше 45%, а на час досягнення повноліття таких виявилось вже 98%.
- ▶ Серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, високим є показник використання спільного ін'єкційного інструментарію та небезпечних поведінкових практик, пов'язаних зі вживанням ін'єкційних наркотиків. Так, протягом останнього місяця серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці та вживали ін'єкційні наркотики, більше половини (61%) використовували спільний ін'єкційний інструментарій.
- ▶ Понад дві третини (69%) дітей і підлітків цієї цільової групи беруть ін'єкційний інструментарій у друзів-СІН. Водночас більше половини (55%) опитаних купують його в аптеці.
- ▶ У всіх державних інституціях, до яких потрапляють діти та підлітки, що живуть або працюють на вулиці, зазначено випадки ін'єкційного вживання ними наркотиків. Найпоширенішими такі випадки є у в'язницях та колоніях (46 та 30% відповідно серед тих, хто потрапив до таких установ).
- ▶ 10% дівчат цієї цільової групи, що надають сексуальні послуги, вживають також ін'єкційні наркотики.
- ▶ 3% хлопців-ЧСЧ є також СІН, а 1% становить група потрійного ризику: хлопці-ЧСЧ, що практикують комерційний секс та вживають ін'єкційні наркотики.

3.3. Чинники впливу на залучення до ризикованих практик

У поведінковому дослідженні СІН, ЖКС і ЧСЧ серед загалу чинників впливу на залучення до ризикованих практик проаналізовано рівень поінформованості щодо шляхів передачі та профілактики ВІЛ/СНІДу, а в спеціальному дослідженні підлітків, що живуть або працюють на вулиці, – також контакти з державними установами, до яких вони потрапляють (відділи міліції, притулки, приймальники-розподільники тощо), фізичне насилля в цих установах і примусовий секс.

У поведінковому дослідженні не було спеціального запитання про примусовий секс, проте серед причин невикористання презерватива була альтернатива «я став(-ла) жертвою сексуального насилля». Цей результат наведено тут як мінімальну оцінку кількості жертв сексуального насилля.

Розгляду рівня знань і доступності профілактичних засобів та сервісу для ПГР, що також має вплив на реалізацію ризикованих практик, присвячено підрозділ 3.4.

Вторинний аналіз поведінкового дослідження серед підлітків-СІН, ЖКС і ЧСЧ

Рівень знань щодо ВІЛ/СНІДу

Підлітки-СІН

Підлітки-СІН у своїх відповідях на запитання щодо шляхів передачі ВІЛ/СНІДу демонструють високий рівень знань (табл. 3.3.1).

Так, частка підлітків-СІН, які знають про те, що ВІЛ/СНІДом можна заразитися, користуючись голкою, яку вже використала інша людина, сягає 91%, а тих, хто правильно визначає шляхи передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом, – 68%.

Найбільша кількість правильних відповідей отримана саме на запитання щодо можливості заразитися ВІЛ/СНІДом, користуючись голкою, яку вже використала інша людина. Найменша ж кількість правильних відповідей – на твердження «Ризик ВІЛ-інфікування можна знизити, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту» (66%).

Таблиця 3.3.1

Розподіл правильних відповідей на запитання: «Наскільки Ви згодні з такими твердженнями щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу?», %

	Підлітки-СІН (13–19 років)	Старші СІН (20 років та більше)	Статистична значущість (p)
Вірні твердження			
ВІЛ-інфікування можна уникнути, якщо мати секс лише з одним вірним неінфікованим партнером	75	80	0,040
Ймовірність ВІЛ-інфікування можна знизити, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту	66	75	<0,001
Людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ	74	83	<0,001
ВІЛ-інфекцією можна заразитися, користуючись голкою для ін'єкції, яку вже використала інша людина	91	95	0,002
Невірні твердження			
ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комара	73	83	0,123
Людина може заразитися ВІЛ, якщо питиме по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	72	86	0,069
Людина може заразитися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою особою туалетом, басейном, сауною	74	84	0,030

Про офіційні джерела одержання презервативів знають 81% опитаних підлітків-СІН. 93% серед підлітків-СІН назвали місця, де стерильний інструментарій є доступним.

Підлітки-ЖКС

Підлітки-ЖКС мають високий рівень знань щодо шляхів передачі ВІЛ/СНІДу. Відсоток дівчат, що правильно визначили шляхи статевої передачі ВІЛ, становить 83%, а відсоток тих, що знають про ін'єкційний шлях ВІЛ-інфікування, – 96%.

Найбільшу кількість правильних відповідей отримано щодо тверджень «ВІЛ-інфікування можна знизити, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту» (99% від загалу опитаних) та «ВІЛ-інфекцією можна заразитися, користуючись голкою для ін'єкції, яку використала інша людина» (96%) (див. табл. 3.3.2). Найменша кількість правильних відповідей щодо твердження «Людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ» та «ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комара» (по 59% відповідно).

Порівняно зі старшими ЖКС, показники рівня знань дещо нижчі у молодших: щодо твердження «Людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ» правильно відповіли 59% підлітків-ЖКС та 73% старших ЖКС, а щодо твердження «ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комара» – 59% підлітків-ЖКС та 75% старших ЖКС.

Таблиця 3.3.2

**Розподіл правильних відповідей на запитання:
«Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ-інфекції/СНІДу?», %**

	Підлітки-ЖКС (13–19 років)	Старші ЖКС (20 років та більше)	Статистична значущість (p)
Вірні твердження			
ВІЛ-інфікування можна уникнути, якщо мати секс лише з одним вірним неінфікованим партнером	84	80	0,208
Ймовірність ВІЛ-інфікування можна знизити, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту	99	99	0,001
Людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ	59	73	<0,001
ВІЛ-інфекцією можна заразитися, користуючись голкою для ін'єкції, яку вже використала інша людина	96	97	0,948
Невірні твердження			
ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комара	59	75	0,003
Людина може заразитися ВІЛ, якщо питиме по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	83	87	0,429
Людина може заразитися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою особою туалетом, басейном, сауною	76	84	0,926

Юнаки-ЧСЧ

Аналіз отриманих результатів констатує високий рівень знання юнаків-ЧСЧ про шляхи поширення ВІЛ-інфекції: статевий та через кров людини в разі ін'єкційного вживання наркотичних речовин (90 та 91% відповідно) (див. табл. 3.3.3).

Таблиця 3.3.3

**Розподіл правильних відповідей на запитання:
«Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ-інфекції/СНІДу?», %**

	Підлітки- ЧСЧ (13–19 років)	Старші ЧСЧ (20 років та більше)	Статистична значу- щість (p)
Вірні твердження			
ВІЛ-інфікування можна уникнути, якщо мати секс лише з одним вірним неінфікованим партнером	79	76	0,492
Ймовірність ВІЛ-інфікування можна знизити, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту	90	93	0,159
Людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ	78	83	0,152
ВІЛ-інфекцією можна заразитися, користуючись голкою для ін'єкції, яку використала інша людина	91	93	0,156
Невірні твердження			
ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комара	71	83	0,007
Людина може заразитися ВІЛ, якщо питиме по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	73	83	0,355
Людина може заразитися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою особою туалетом, басейном, сауною	67	77	0,912

Така ж ситуація з дорослими ЧСЧ (по 93%). Відмінності між старшими ЧСЧ та юнаками є лише у відповідях щодо твердження «ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комара».

Примусовий секс як причина невикористання презервативів

Мінімальна оцінка даних щодо залучення до примусового сексу, зроблена на основі відповідей на запитання про причини невикористання презервативів, серед підлітків-СІН складає 2%, серед підлітків-ЖКС – 1% та серед юнаків-ЧСЧ – 1%.

Висновки

- ▶ Відсоток підлітків-СІН, які знають про статевий шлях передачі ВІЛ, становить 68%, а про ін'єкційний – 91%.
- ▶ Відсоток підлітків-ЖКС, що правильно визначили шляхи статевої передачі ВІЛ, становить 83%, а відсоток тих, що знають про ін'єкційний шлях ВІЛ-інфікування, – 96%.
- ▶ Про статевий та ін'єкційний шляхи інфікування ВІЛ/СНІДом знають відповідно 90 та 91% юнаків-ЧСЧ.
- ▶ Мінімальна оцінка даних щодо залучення до примусового сексу, зроблена на основі відповідей на запитання про причини невикористання презервативів, серед підлітків-СІН складає 2%, серед підлітків-ЖКС – 1% та серед юнаків-ЧСЧ – 1%.

Базове дослідження серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці

Рівень знань щодо ВІЛ/СНІДу

Менше половини (46%) підлітків, що живуть, або працюють на вулиці (40% хлопців і 50% дівчат, $p=0,033$), правильно визначають статеві шляхи передачі ВІЛ/СНІДу. Про ін'єкційний шлях передачі ВІЛ знають дещо менше двох третин опитаних (61%) (за статтю відмінностей немає).

Найбільшу кількість правильних відповідей отримано щодо тверджень «ВІЛ-інфікування можна знизити, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту» (63% від загалу опитаних) та «ВІЛ-інфекцією можна заразитися, користуючись голкою для ін'єкції, яку використала інша людина» (61%) (див. табл. 3.3.4).

Найменша кількість правильних відповідей – щодо тверджень «Людина може отримати ВІЛ, якщо питиме по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною» (37%) та «Людина може отримати ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою особою туалетом, басейном, сауною» (39%).

Загалом лише 9% підлітків (різниця за статтю не значуща) дали правильні відповіді на всі твердження стосовно ВІЛ-інфекції/СНІДу. Серед 10–14-річних респондентів усі правильні відповіді назвали 5% опитаних, серед 15–17-річних – 14%, а серед 18–19-річних – 9% ($p < 0,001$).

Таблиця 3.3.4

**Розподіл правильних відповідей на запитання:
«Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ-інфекції/СНІДу?», %**

	Серед загалу опитаних
Вірні твердження	
ВІЛ-інфікування можна уникнути, якщо мати секс лише з одним вірним неінфікованим партнером	55
Ймовірність ВІЛ-інфікування можна знизити, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту	63
Людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ	53
ВІЛ-інфекцією можна заразитися, користуючись голкою для ін'єкції, яку використала інша людина	61
Невірні твердження	
ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комара	41
Людина може заразитися ВІЛ, якщо питиме по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	37
Людина може заразитися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою особою туалетом, басейном, сауною	39

Контакти з правозахисними органами

76% від загалу опитаних щонайменше один раз затримували правозахисні органи (83% хлопців та 58% дівчат, $p < 0,001$). Досвід затримань здебільшого мали респонденти старших вікових груп: 78% 15–17-річних та 85% 18–19-річних коли-небудь затримували правозахисні органи, тоді як серед 10–14-річних таких – 68% ($p < 0,001$).

Частота міліційних затримань чи переслідувань

За останній рік більше чверті (27% від загалу опитаних) підлітків, що живуть або працюють на вулиці, затримували чи переслідували правозахисні органи від 3 до 5 разів (див. табл. 3.3.5.). Один раз чи двічі був затриманий кожний п'ятий респондент (20 та 21% відповідно).

Дівчат рідше, ніж хлопців, затримувала міліція. Наприклад, один випадок затримання за останній рік мали 17% хлопців та 30% дівчат, тоді як від 20 і більше затримань – 13% хлопців та 5% дівчат. За віком статистично значущих відмінностей у практиці затримань не спостережено.

Про наявність досвіду затримання здебільшого зазначали представники Миколаєва: 83% дітей та підлітків мали такий досвід від загалу опитаних, тоді як у Києві, Донецьку та Дніпропетровську – 79, 70 та 58% відповідно ($p < 0,001$).

Таблиця 3.3.5

**Розподіл відповідей підлітків, що живуть або працюють на вулиці, на запитання:
«Скільки разів за останній рік тебе затримувала чи переслідувала міліція?», %
(серед тих, кого затримувала міліція, N=608)**

	Серед загалу тих, кого затримувала міліція N=608	За статтю (p < 0,001)		За віком (p = 0,042)		
		хлопці N=468	дівчата N=140	10–14 років N=206	15–17 років N=275	18–19 років N=127
1 раз	20	17	30	24	19	17
2 рази	21	18	32	22	19	23
3–5 разів	27	29	21	32	25	22
6–10 разів	12	13	9	10	14	10
11–20 разів	9	10	3	4	11	14
21 +	11	13	5	8	12	14

Причини затримань

Підлітків, що живуть або працюють на вулиці, переважно затримували за жебракування або незаконне вторгнення в чужі володіння (61% від загалу опитаних), дрібні крадіжки (45%), під час рейдів (40%) тощо (див. табл. 3.3.6).

Таблиця 3.3.6

**Розподіл відповідей підлітків, що живуть або працюють на вулиці, на запитання:
«Які звинувачення висунули тобі під час затримання?», %
(серед тих, кого затримувала міліція, N=608)**

	Серед загалу тих, кого затримувала міліція, N=608	За статтю (p < 0,001)		За віком (p < 0,001)		
		хлопці, N=468	дівчата, N=140	10–14 років, N=206	15–17 років, N=275	18–19 років, N=127
Жебракування або незаконне вторгнення в чужі володіння	61	64	50	61	65	50
Дрібні крадіжки	45	51	23	46	43	47
Затримання під час облави, не знаю, за що саме	40	40	36	45	34	43
Підозріла поведінка	39	41	31	34	38	48
Злодійство	33	38	16	29	33	40
Хуліганство, розбій	28	33	11	21	30	34
Вживання алкогольних напоїв в громадських місцях	25	28	15	18	27	33
Нанесення тілесних пошкоджень	19	22	8	9	22	29
Вживання наркотиків	15	15	12	8	16	15
Зберігання наркотиків	7	8	4	2	7	15
Проституція	6	1	24	4	7	9
Торгівля наркотиками	3	3	2	3	2	3
Виготовлення наркотиків (надання помешкання для цього тощо)	1	1	2	2	1	2

Хлопців частіше, ніж дівчат, затримували за дрібні крадіжки та злодійство: ці причини затримань назвали 51 та 38% хлопців відповідно та 23 та 16% дівчат. Утричі більше хлопців (33%), ніж дівчат (11%), звинувачували в хуліганстві. Майже кожну четверту (24%) дівчину затримували за проституцію.

Також серед причин затримань спостережено відмінності за віковими групами. Наприклад, за нанесення тілесних пошкоджень затримували 29% 18–19-річних та 22% 15–17-річних підлітків, а серед 10–14-річних – таких 8%.

Установи, до яких потрапляли підлітки, що живуть або працюють на вулиці

Більше половини (57%) підлітків, що живуть або працюють на вулиці, щонайменше одного разу потрапляли до притулку для неповнолітніх, трохи менше половини (49%) – до дитячої кімнати міліції, третина (33%) – до ІТТ, а чверть (25%) – до приймальника-розподільника (див. табл. 3.3.7).

Серед дівчат майже удвічі менше випадків потрапляння до дитячої кімнати міліції (57% хлопців та 31% дівчат потрапляють сюди), ІТТ (38% хлопців та 19% дівчат), СІЗО (13% хлопців та 7% дівчат), а хлопці втричі більше потрапляли до приймальника-розподільника (31% хлопців та 10% дівчат).

Респонденти молодшої вікової групи частіше зазначали, що потрапляли до притулку, ніж повнолітні підлітки: 60% 10–14-річних та 41% 18–19-річних коли-небудь перебували в цій установі. Проте 10–14-річні підлітки значно рідше потрапляли до ІТТ чи СІЗО (17 та 2% 10–14-річних і 58 та 31% 18–19-річних відповідно мали такий досвід).

Таблиця 3.3.7

Розподіл відповідей підлітків, що живуть або працюють на вулиці, на запитання: «Чи потрапляв(-ла) ти коли-небудь до таких установ?», %

	Серед загалу опитаних	За статтю			За віком			
		хлопці	дівчата	p	10–14 років	15–17 років	18–19 років	p
Притулок для неповнолітніх	57	63	44	< 0,001	60	61	41	< 0,001
Дитяча кімната міліції	49	57	31	< 0,001	50	52	40	0,035
ІТТ	33	38	19	< 0,001	17	35	58	< 0,001
Приймальник-розподільник	25	31	10	< 0,001	21	26	28	0,247
СІЗО	11	13	7	0,012	2	10	31	< 0,001
Центр обліку бездомних громадян	6	7	2	0,002	4	5	10	0,016
РВВС (кабінет слідчого)	6	5	8	0,061	2	5	14	< 0,001
Колонія	3	4	1	0,003	1	3	9	< 0,001
Тюрма	3	4	1	0,048	1	1	12	< 0,001

У різних містах суттєво різна кількість підлітків, що потрапляли до притулку: від 70% у Донецьку до 45% у Дніпропетровську; щодо решти міст, то 65% киян і 49% миколаївців серед підлітків, опитаних тут, щонайменше раз у житті перебували в притулку для неповнолітніх ($p < 0,001$).

Фізичне насилля в установах, до яких потрапляють підлітки, що живуть або працюють на вулиці

У всіх установах, до яких потрапляють підлітки, що живуть або працюють на вулиці, мали місце випадки фізичного насилля з боку персоналу цих установ. Так, майже дві третини (65% серед тих, хто потрапив до установи) зазнавали фізичного насилля у СІЗО, а 64% – у РВВС (див. рис. 3.3.1).

З тими, хто потрапляв до в'язниці чи ІТТ, були випадки фізичного насилля – 60 та 59% опитаних відповідно. Значно рідше були випадки фізичного насилля з боку персоналу притулку для неповнолітніх: 16% опитаних зазначили, що мали такий досвід тут.

Дівчата рідше, ніж хлопці, піддавалися фізичному насиллю у приймальнику-розподільнику та притулку для неповнолітніх: 32 та 18% хлопців і 18 та 9% дівчат відповідно зазнавали насилля у цих установах ($p < 0,001$).

У приймальнику-розподільнику зазнавала насилля майже половина повнолітніх підлітків (49%), тоді як серед 10–14-річних таких менше третини (27%) ($p < 0,001$).



Рис. 3.3.1. Розподіл ствердних відповідей підлітків, що живуть або працюють на вулиці, на запитання «Чи стикався(-лася) ти з фізичним насиллям з боку співробітників таких правозахисних установ?», % (серед тих, хто потрапляв до таких установ)

Примус до статевих контактів

Майже чверть опитаних (23% від загалу сексуально активних підлітків) протягом життя примушували до занять сексом (11% хлопців та 52% дівчат, $p < 0,001$), а за останній рік жертвами сексуального насилля стали 15% підлітків (7% хлопців та 37% дівчат, $p < 0,001$). За віком статистично значущих відмінностей не виявлено.

Щодо підлітків-ЧСЧ, які живуть або працюють на вулиці, то з їх загалу (N=54) один респондент примушував до занять сексом свого партнера-чоловіка, а один став жертвою такого сексуального насилля.

Примус до занять сексом в установах, до яких потрапляють підлітки, що живуть або працюють на вулиці

Респонденти зазначали випадки примусу до статевих контактів у всіх установах, до яких потрапляють підлітки, що живуть або працюють на вулиці. Проте це швидше за все одиничні випадки у приймальниках-розподільниках (1 підліток із 161, що потрапляли туди), РВВС (2 підлітки з 44), дитячих кімнатах міліції (3 підлітки з 292) чи в'язницях (3 підлітки з 24). Навпаки, всі підлітки, що потрапляли до центрів обліку бездомних громадян, зазначили про примус до сексу (36 підлітків з 36). Майже кожний 10-й підліток, що потрапляв до ІТТ чи СІЗО, мав досвід примусу до статевих контактів (18 підлітків з 233 та 9 підлітків з 84 відповідно).

Дівчат частіше, ніж хлопців, примушували до сексу в ІТТ (з 14 випадків примусу – 12 дівчат та 2 хлопці) та СІЗО (з 9 випадків примусу – 7 дівчат та 2 хлопці), а хлопців – частіше в центрі обліку бездомних громадян (з 36 випадків примусу – 4 дівчини та 32 хлопці).

Респонденти молодшої вікової групи (10–14 років) частіше, ніж старші респонденти (15–19 років), стикалися з сексуальним насиллям у притулку для неповнолітніх (з 9 випадків – 7 підлітків 10–14-річного віку та 2 підлітки – 15–19-річного віку). Старших підлітків частіше примушували до статевих контактів у центрі обліку бездомних громадян (17 серед 15–17-річних та 14 серед 18–19-річних підлітків з 36 випадків у цій установі).

Висновки

- ▶ Підлітки, що живуть або працюють на вулиці, мають досить низький рівень знань про ВІЛ/СНІД. Лише 9% опитаних дали правильні відповіді на всі твердження про шляхи передачі та профілактики ВІЛ. 46% підлітків (40% хлопців та 50% дівчат) правильно визначають статеві шляхи передачі, а про ін'єкційний шлях передачі ВІЛ знають менше двох третин опитаних (61% (за статтю відмінностей немає).
- ▶ Значну більшість підлітків (76%) щонайменше одного разу затримували правозахисні органи (83% хлопців і 58% дівчат). За останній рік таких виявилось більше чверті (27% від загалу опитаних). При цьому за визначений період підлітків затримували чи переслідували правозахисні органи, як правило, від 3 до 5 разів (27% від загалу опитаних). Причинами затримань чи переслідувань з боку правоохоронних органів найчастіше ставали жебракування або незаконне вторгнення в чужі володіння (61% від загалу опитаних), дрібні крадіжки (45%), рейди (40%) тощо.
- ▶ 23% від загалу сексуально активних підлітків протягом життя примушували до занять сексом (11% хлопців і 52% дівчат).
- ▶ Більше половини (57%) підлітків, що живуть або працюють на вулиці, щонайменше одного разу потрапляли до притулку для неповнолітніх, трохи менше половини (49%) – до дитячої кімнати міліції, третина (33%) – до ІТТ, а чверть (25%) – до приймальника-розподільника. В усіх установах, до яких потрапляють підлітки, що живуть або працюють на вулиці, були випадки фізичного насилля з боку персоналу цих установ та примусу до занять сексом.

3.4. Рівень доступності профілактичних послуг

Вторинний аналіз поведінкового дослідження підлітків-СІН

Знання про офіційні джерела отримання презервативів і стерильного ін'єкційного інструментарію

Серед опитаних підлітків-СІН 93% назвали формальні джерела отримання стерильного ін'єкційного інструментарію, а про формальні джерела отримання презервативів (хоча б одне з них) знають 81% підлітків-СІН. Різниця за статтю та віком не значуща.

Одержання шприців і презервативів

Стерильний ін'єкційний інструментарій протягом останнього місяця в пунктах обміну шприців та в рамках аутрич-проектів одержували 53% підлітків-СІН. У старшій віковій групі цей показник – 70% ($p < 0,001$).

Повідомили, що протягом останнього місяця одержували презервативи від аутрич-працівників або за різними програмами, 47% підлітків-СІН (різниця за статтю не значуща). Є значні відмінності порівняно зі старшою віковою групою СІН, у якій цей показник складає 63% ($p < 0,001$) (табл. 3.4.1).

Таблиця 3.4.1

Одержання підлітками-СІН шприців та презервативів протягом останнього місяця, %

Профілактичні послуги	Усі опитані підлітки-СІН	За статтю	
		Хлопці	Дівчата
Отримували безкоштовно нові шприці ($p < 0,001$)	53	57	45
Отримували безкоштовно презервативи ($p = 0,053$)	47	47	46

Охоплення профілактичними програмами

Щоб оцінити охоплення СІН профілактичними програмами, проаналізуємо низку показників (табл. 3.4.2).

Показник охоплення профілактичними програмами підлітків-СІН складає 31%, а СІН старшого віку значно вищий – 47% ($p < 0,001$).

Протягом останніх 12 місяців до недержавних організацій зверталися за допомогою 94% підлітків-СІН. Цей показник за 30 днів становив 76%. Під час останнього звернення більшості з тих, хто звертався по відповідні послуги, вони були надані повною мірою (86%), послуги були надані не повною мірою у 13% випадків, а про те, що відповідні послуги надані не були, повідомили в 1% випадків.

Таблиця 3.4.2

Охоплення підлітків-СІН профілактичними послугами впродовж останнього року, %

Профілактичні послуги	Усі опитані підлітки-СІН	За статтю		
		Хлопці	Дівчата	p
Охоплення профілактичними програмами	31	30	32	0,809
Зверталися за допомогою до недержавних організацій (за останні 12 місяців)	94	94	93	0,736
Користувалися послугами освітніх програм «рівний – рівному»	37	40	33	0,320
Отримували безкоштовно презервативи	47	47	46	0,053
Отримували безкоштовно нові шприці	53	57	45	0,117
Проходили діагностику інфекцій, що передаються статевим шляхом	27	23	36	0,030

Послугами освітніх програм, побудованих за принципом «рівний – рівному», користувалися 37% опитаних підлітків-СІН (серед хлопців – 40%, а серед дівчат – 33%).

Проходили діагностику інфекцій, що передаються статевим шляхом, 27% підлітків-СІН (23% хлопців та 36% дівчат), у старшій віковій групі СІН таку діагностику проходили 36%, $p < 0,01$.

Консультування та тестування на ВІЛ

77% підлітків-СІН (різниця за статтю не значуща) повідомили, що знають, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ, до того ж, серед СІН старшої вікової групи (20 років і старших) цей показник становить 88% ($p < 0,01$). А проходили тест на ВІЛ і знають його результат 14% підлітків-СІН (різниця за статтю не значуща). Серед СІН старшого віку цей показник – 30% ($p < 0,001$) (табл. 3.4.3).

Таблиця 3.4.3

Проходження консультування та тестування на ВІЛ серед підлітків-СІН, %

Профілактичні послуги	Усі опитані підлітки-СІН
Знають, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ	77
Проходили тест на ВІЛ та знають його результат	14

Висновки

- ▶ Більшість підлітків-СІН знають про офіційні джерела отримання нових шприців (93%) та презервативів (81%). Одержували протягом останнього місяця стерильний ін'єкційний інструментарій та презервативи близько половини підлітків-СІН (47% та 53% відповідно). Вищими є показники користування цими послугами у групі СІН старшого віку.
- ▶ Досить незначна частина підлітків-СІН охоплена профілактичними послугами. Інтегрований показник охоплення підлітків-СІН профілактичними програмами становить 31%.
- ▶ Понад три чверті (77%) опитаних підлітків-СІН знають, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ, проте вже пройшли тест та знають його результат лише 14% опитаних.

Вторинний аналіз поведінкового дослідження підлітків-ЖКС

Охоплення ЖКС профілактичними послугами оцінено за низкою індикаторів: охоплення профілактичними програмами, доступністю презервативів, доступністю консультування та тестування на ВІЛ тощо (див. табл. 3.4.4).

Доступність презервативів

	% ствердних відповідей
Отримували безкоштовно презервативи	66
Зверталися за допомогою у НДО (за останні 12 місяців)	50
Користувалися послугами освітніх програм «рівний – рівному»	28
Проходили діагностику інфекцій, що передаються статевим шляхом	67
Знають, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ	82
Проходили тест на ВІЛ та отримали його результат	41

Серед загалу опитаних підлітків-ЖКС 66% безкоштовно отримували презервативи від недержавних організацій протягом останніх 12 місяців.

Загалом у підлітків-ЖКС високий рівень знань щодо джерел отримання чи придбання презервативів. 99% дівчат знають принаймні одне офіційне джерело отримання презервативів.

Найчастіше підлітки-ЖКС купували презервативи в аптеці (60% від загалу опитаних) чи магазині (54%), і отримували безкоштовно – у пунктах обміну шприців (37%) та від представників недержавних організацій (34%). Майже кожна п'ята дівчина (19%) отримала презерватив у службі роботи з споживачами ін'єкційних наркотиків, а 16% респонденток – у соціального працівника.

Охоплення профілактичними програмами

Показник охоплення підлітків-ЖКС профілактичними програмами за останній рік перед опитуванням становив 61%.

За останні 12 місяців зверталися по допомогу в НДО половина від загалу опитаних підлітків-ЖКС (50%). Серед старших ЖКС таких виявилось 62% ($p < 0,01$). Більшість дівчат (75%), які зверталися до недержавних організацій, зазначили, що отримали необхідні послуги повною мірою.

Понад чверть дівчат (28%) користувалися послугами освітніх програм, здійснюваних за принципом «рівний – рівному». Варто зазначити, що серед старших ЖКС кількість користувачів таких послуг значно вища і становить 40% від загалу опитаних 20-річних та старших ЖКС ($p < 0,001$).

Консультування та тестування на ВІЛ та ІПСШ

Рівень знань щодо послуг консультування та тестування на ВІЛ та їх використання є індикатором цінності здоров'я в середовищі підлітків-ЖКС.

Досить високим є рівень знань щодо установ, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ. Цей показник становить 82% від загалу опитаних дівчат. Серед старших ЖКС цей показник

дещо вищий – 92%. Доступним тестування на ВІЛ вважають 80% підлітків-ЖКС та 89% старших ЖКС ($p < 0,05$).

Серед причин недоступності тестування на ВІЛ у підлітків-ЖКС переважають такі: «незручне розташування установи» (49% від загалу опитаних), «не знаю місцезнаходження установи» (28%), «не маю коштів на тестування» (16%) та «боюся розголошення свого статусу» (16%).

Загалом за останній рік 41% дівчат пройшли тестування на ВІЛ та знають його результат. Серед 13–17-річних дівчат цей показник становить 34%, а серед 18–19-річних – 44% ($p < 0,01$).

За останній рік 67% дівчат проходили діагностику інфекцій, що передаються статевим шляхом. Серед 13–17-річних дівчат таку діагностику пройшли 59% респонденток, а серед 18–19-річних – 71% ($p < 0,001$).

Висновки

- ▶ Для підлітків-ЖКС характерним є високий рівень доступності презервативів. 99% від загалу опитаних знають принаймні одне офіційне джерело отримання чи придбання презервативів. Більше половини (66%) підлітків-ЖКС за останній рік безкоштовно отримували презервативи, тоді як серед старших ЖКС (від 20 років і старших) таких – 73%.
- ▶ 60% підлітків-ЖКС купують презервативи в аптеці.
- ▶ Профілактичними програмами охоплено більше половини опитаних підлітків-ЖКС (61%). Щодо освітніх профілактичних програм за методикою «рівний – рівному», то ними охоплено менше третини дівчат (28%), водночас серед старших ЖКС таких виявилось 40%.
- ▶ За останній рік 67% дівчат-ЖКС проходили діагностику інфекцій, що передаються статевим шляхом, та менше половини (41%) дівчат пройшли тестування на ВІЛ і знають його результат.

Вторинний аналіз поведінкового дослідження юнаків-ЧСЧ

83% опитаних юнаків-ЧСЧ знають принаймні одне офіційне джерело, де можна отримати презервативи.

Охоплення профілактичними програмами

Не менш важливими є профілактичні програми, які охоплюють таку групу ризику щодо ВІЛ-інфікування, як юнаки-ЧСЧ (див. табл. 3.4.5). Рівень охоплення профілактичними послугами становить 45% (серед старших ЧСЧ (20 років і старших) – 51%, $p < 0,01$).

З юнаків-ЧСЧ 72% ніколи не зверталися до недержавних організацій. До освітніх програм, побудованих за принципом «рівний – рівному», протягом останнього року зверталися 29% юнаків-ЧСЧ.

Таблиця 3.4.5

Охоплення профілактичними послугами групи юнаків-ЧСЧ за останні 12 місяців, %

Зверталися за допомогою до недержавних організацій	28
Користувалися послугами освітніх програм «рівний – рівному»	29
Отримували безкоштовно презервативи	54
Проходили діагностику інфекцій, які передаються статевим шляхом	27
Знають де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ	71
Проходили тест на ВІЛ та отримали його результат	24

Знання щодо місця проходження консультування та тестування на ВІЛ серед цієї групи підвищеного ризику досить високе. Майже три чверті юнаків-ЧСЧ (71%) знають про це. Але проходження тесту на ВІЛ не є поширеним у цьому середовищі: 24% за останні 12 місяців перед опитуванням проходили тест на ВІЛ та отримали його результат.

Проходження діагностики інфекцій, які передаються статевим шляхом, також не вельми приваблює юнаків-ЧСЧ – 27% зверталися, щоб зробити тестування.

Висновки

- ▶ Профілактичними програмами охоплено майже половину (45%) юнаків-ЧСЧ.
- ▶ Юнаки-ЧСЧ демонструють досить високий рівень знання щодо консультування та тестування на ВІЛ (71%), проте лише близько чверті хлопців (24%) проходили тестування протягом останнього року.
- ▶ 27% юнаків-ЧСЧ проходили діагностику інфекцій, що передаються статевим шляхом, за останній рік.

Базове дослідження серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці

Знання про джерела отримання презерватива

Підлітки, що живуть або працюють на вулиці, мало проінформовані щодо місць отримання презерватива (або купити, або отримати безкоштовно) – лише 46% знають, де це можливо зробити. Найбільшу частину необізнаних становлять хлопці та підлітки наймолодшої вікової групи (10–14 років).

Знання про джерела отримання стерильного ін'єкційного інструментарію

Із загалу підлітків, які залучені до споживання ін'єкційних наркотиків (15,5% від усіх опитаних цієї категорії), тільки трохи більше половини (58%) знають, де можна придбати або отримати безкоштовно стерильний ін'єкційний інструментарій.

Стратегії лікування захворювань, що передаються статевим шляхом

18% підлітків зазначили, що мали ранки або виразки на статевих органах або виділення. Серед них 47% займалися самолікуванням. 31% респондентів звернулися по допомогу до медичних закладів (пройшли обстеження та лікування), 8% скористалися порадою соціального працівника, лише 1% зателефонували на «телефон довіри». Такі низькі відсотки можна пояснити тим, що цільова група не знає про діяльність як громадських, так і державних організацій, які надають з таких питань допомогу дітям та молоді.

Проте спостережено певні відмінності у виборі стратегій консультування чи лікування за статтю та за віком (див. табл. 3.4.6).

І хлопці (57% з тих, хто мав симптоми у цій групі), і дівчата (34%) надають перевагу самолікуванню. Але дівчата частіше звертаються до соціального працівника (34%), тоді як хлопців, що обирали цю стратегію, виявилось 6%. Серед дівчат більшою популярністю користується лікування у приватній поліклініці (22%). Лише 1% опитаних серед хлопців зверталися до цієї установи. Майже половина хлопців (48%) купували ліки в аптеці, а серед дівчат таких – 2%.

Респонденти молодшої вікової групи (10–14 років) переважно перестають займатися сексом (42%). У середній віковій групі (15–17 років) поширеними є лікування у приватній медичній поліклініці чи в знахаря (по 55% відповідно). Старші підлітки (18–19 років) також часто обирають лікування у знахаря (48%), проте популярними ще є самолікування (39%) та рішення перестати займатися сексом (36%). Старші підлітки частіше звертаються до соціального працівника (27%) чи анонімного кабінету довіри (18%), тоді як серед 15–17-річних таких виявилось по 5% відповідно, а серед 10–14-річних не виявилось взагалі.

Таблиця 3.4.6

Ранговий розподіл респондентів за стратегіями поведінки за наявності симптомів захворювань, що передаються статевим шляхом, за статтю та за віком, % (серед тих, хто мав такі симптоми, N=145)

	Стать (p<0,001)		Вік (p<0,001)		
	Хлопці	Дівчата	10–14 років	15–17 років	18–19 років
1 рангова група (понад 31%)	1. Зайнялися самолікуванням (57%) 2. Купили ліки в аптеці (48%)	1. Зайнялися самолікуванням (34%) 2. Запитали поради у соціального працівника (34%) 3. Пройшли лікування у медичному центрі (33%)	1. Перестали займатися сексом (42%)	1. Звернулися до знахаря з метою лікування (55%) 2. Пройшли лікування у приватній поліклініці (55%)	1. Звернулися до знахаря з метою лікування (48%) 2. Зайнялися самолікуванням (39%) 3. Перестали займатися сексом (36%)
2 рангова група (10-30%)	1. Пройшли лікування у медичному центрі (28%) 2. Перестали займатися сексом (22%)	1. Пройшли лікування у приватній поліклініці (22%) 2. Перестали займатися сексом (11%)	1. Пройшли лікування у медичному центрі (22%) 2. Звернулися до знахаря з метою лікування (22%) 3. Зайнялися самолікуванням (14%)	1. Перестали займатися сексом (29%) 2. Подзвонили на «телефон довіри» (19%)	1. Запитали поради у соціального працівника (27%) 2. Звернулися до анонімного кабінету довіри (18%)
3 рангова група (менше 10%)	1. Запитали поради у соціального працівника (6%) 2. Пройшли лікування у приватній поліклініці (1%) 3. Звернулися до знахаря з метою лікування (1%) 4. Подзвонили на «телефон довіри» (1%)	1. Звернулися до знахаря з метою лікування (9%) 2. Купили ліки в аптеці (2%) 3. Подзвонили на «телефон довіри» (2%) 4. Звернулися до анонімного кабінету довіри (1%)	1. Пройшли лікування у приватній поліклініці (8%) 2. Подзвонили на «телефон довіри» (2%)	1. Зайнялися самолікуванням (5%) 2. Запитали поради у соціального працівника (5%) 3. Звернулися до анонімного кабінету довіри (5%) 4. Пройшли лікування у медичному центрі (1%) 5. Купили ліки в аптеці (1%)	1. Подзвонили на «телефон довіри» (5%) 2. Пройшли лікування у приватній поліклініці (2%)

Охоплення профілактичними програмами

До недержавних організацій по допомогу зверталися 17% опитаних підлітків, що живуть або працюють на вулиці.

Рівень знань про місце проходження консультування та тестування на ВІЛ серед підлітків вулиці досить низький. Половина опитаних цієї категорії (51%) знає, де це можливо зробити, але тільки 10% проходили тест на ВІЛ та отримали його результат за минулі 12 місяців перед опитуванням. При цьому в Донецьку частина тих, що пройшли тестування та отримали його результат, склала 20% від загалу опитаних тут, а в Миколаєві – лише 6%. У Києві та Дніпропетровську робили тест на ВІЛ 13 і 10% респондентів відповідно ($p < 0,001$).

Висновки

- ▶ 46% підлітків, що живуть або працюють на вулиці, знають офіційні джерела придбання чи безкоштовного отримання презервативів, а 58% тих із них, що вживають наркотики ін'єкційно, – офіційні місця отримання стерильного ін'єкційного інструментарію.
- ▶ 18% мали ранки та виразки на статевих органах або виділення, серед них 47% зайнялися самолікуванням.
- ▶ Серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці, зафіксовано низький рівень користування профілактичними програмами. До недержавних організацій по допомогу зверталися 17% респондентів.

Ключові результати дослідження оформлено у вигляді індикаторів з моніторингу і оцінки серед підлітків груп ризику, які стосуються поведінки, факторів ризику та охоплення профілактичними програмами (див. дод. 2).

Наступний розділ присвячено загальному обговоренню результатів, викладених вище, з метою вироблення рекомендацій, спрямованих на визначення ефективних заходів для розвитку профілактичних програм ВІЛ-інфікування серед підлітків груп ризику.

4. ОБГОВОРЕННЯ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Цей розділ присвячено аналізу результатів дослідження, здійсненого в рамках проекту в контексті профілактики ВІЛ-інфікування в Україні. Розглянуто рівень задоволення потреб ПГР, а також визначено засади профілактичних заходів для цих соціальних груп. У розділі подано низку рекомендацій щодо підсилення профілактичних заходів, спрямованих на ПГР в Україні.

4.1. Розуміння масштабів проблеми

Уразливі підлітки та ПГР належать до соціальних груп, які потребують особливої уваги в межах заходів проти ВІЛ/СНІДу в Україні. Як і всі громадяни України, вони мають право на доброякісні послуги, можливість участі у плануванні та здійсненні програм, а також право на інформацію. Оскільки більшість із них ще діти, вони мають право на особливий захист. Крім того, дані, наведені в цьому звіті, демонструють, що потреби уразливих підлітків та ПГР різного віку неоднакові, оскільки підлітки знаходяться на різних стадіях розвитку особистості. Зазвичай вони перебувають під впливом своїх однолітків та сімейних норм; через свій вік та обмежений доступ до інформації і послуг вони не мають достатніх знань та навичок; вони уразливіші до наслідків економічної нестабільності та конфліктів у родині¹⁴⁸. Саме тому надзвичайно важливо усвідомити масштаб проблеми, щоб оцінити обсяги профілактичних заходів, необхідних для подолання епідемії ВІЛ у цій групі. Проте в Україні досі не зроблено розрахунків чисельності уразливих підлітків і ПГР на жодному рівні. Результати вторинного аналізу та базового дослідження стосовно визначення пропорції ПГР до опитаних представників груп ризику (поведінкові дослідження серед СІН, ІКС та МСМ 2007 року) та виміру частки ПГР серед хлопців та дівчат, які живуть або працюють на вулиці, вказують на те, що чисельність ПГР є значною, особливо в регіонах, ураженіших епідемією ВІЛ. Підлітки-ЖКС становлять майже 18% від загальної вибірки ЖКС поведінкового дослідження 2007 року. У вибірці СІН аналогічного дослідження підлітків приблизно 6% від загалу опитаних, а у вибірці ЧСЧ – 12%.

За даними базового дослідження, майже 16% хлопців та дівчат, які живуть та працюють на вулиці, повідомили про досвід вживання ін'єкційних наркотиків принаймні один раз, 10% хлопців мали досвід анального сексу з чоловіками, а 28% повідомили про те, що отримували гроші, подарунки або наркотики в обмін на сексуальні послуги (17% хлопців та 57% дівчат).

Надзвичайно важливим є розрахунок чисельності уразливих підлітків і ПГР для визначення обсягів профілактичних заходів, необхідних для подолання епідемії ВІЛ в Україні, зокрема в цільовій групі.

4.2. Урахування впливу соціально-демографічних характеристик і соціального статусу

Для планування та впровадження відповідних профілактичних заходів, спрямованих на уразливих підлітків і ПГР, надзвичайно важливо враховувати соціально-демографічні характеристики цільових груп, такі як їх стать і відповідні гендерні особливості та взаємозв'язки; вік та різниця у соціальному статусі, їх вплив на соціальні ролі, норми та цінності; їх потреби, очікування, моделі поведінки та розподіл ресурсів¹⁴⁹.

¹⁴⁸ 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.

¹⁴⁹ Там само.

4.2.1. Гендер

Аналіз загальних тенденцій епідемії ВІЛ свідчить про те, що різниця між кількістю чоловіків і жінок, які живуть з ВІЛ, продовжує зменшуватися, і епідемія стає фемінізованою¹⁵⁰. Профілактичні заходи в Україні здебільшого не враховують різні ризики та потреби уразливих підлітків і ПГР¹⁵¹. Зокрема, послуги зі зменшення шкоди переважно спрямовані на дорослих людей, які стали регулярними споживачами наркотиків¹⁵². Це підтвердили результати вторинного аналізу, який показав, що ймовірність потрапляння до профілактичних програм з обміну голок та допомоги за принципом «рівний – рівному» в першу чергу пов'язана з дорослим віком та чоловічою статтю.

Результати вторинного аналізу демонструють різноманітні моделі поведінки уразливих підлітків і ПГР в Україні. Наприклад, дівчата-СІН повідомляють про постійніші статеві контакти, ніж хлопці, а також про ризикованішу поведінку з постійними партнерами, наприклад, низький рівень використання презервативів (22% дівчат-СІН та 35% хлопців-СІН протягом останнього року завжди використовували презервативи зі своїми постійними партнерами). Хлопці-СІН, навпаки, повідомили про більшу кількість випадкових статевих контактів та частіше використання презервативів (44% хлопців-СІН повідомили про постійне використання презервативів з випадковими партнерами протягом останнього року проти 27% дівчат-СІН). Попередні результати дослідження сероконверсії¹⁵³, яке триває в Україні, дають такі самі показники стосовно чоловіків-СІН та випадкових статевих контактів. Інші дослідження¹⁵⁴ демонструють, що в групах ризику рівень використання презервативів з постійним статевим партнером зазвичай нижчий, ніж з випадковим. Це пояснюється низькою самооцінкою ризику серед постійних партнерів, які вважають, що добре знають одне одного та вірять у взаємну вірність¹⁵⁵. Іншою причиною 44% підлітків-СІН назвали «зниження чуттєвості». З випадковим партнером презерватив не використовували 32% підлітків-СІН через те, що не вважали це необхідним, а 30% підлітків перебували під впливом наркотиків.

За даними репрезентативних досліджень 2006 року, хлопці-СІН використовували ін'єкційний наркотик скоріше за власною мотивацією, тоді як дівчата діяли імпульсивно, вживаючи наркотик під впливом статевого партнера та/або алкоголю¹⁵⁶. Крім того, отримані дані підтвердили, що дівчата частіше, ніж хлопці, вживають ін'єкційні наркотики для поліпшення психологічного стану або для стимуляції сексуальної активності, тоді як хлопці вперше пробують наркотик, вважаючи його кращим за алкоголь, і використовують його частіше, ніж дівчата, бо це «круто».

Гендерні дослідження акцентують увагу на тому, що на практики вживання наркотиків частково впливають гендерні норми, поширені в країні, які підтримують ризикованість серед чоловіків як характеристику мужності. З іншого боку, за даними гендерних досліджень, українські дівчата є залежнішими, ніж їх однолітки-чоловіки, та зазвичай заробляють менше від чоловіків, що є однією

¹⁵⁰ Знати епідемію з гендерної точки зору: підлітки груп ризику, ВІЛ та СНІД в Україні / Костіган А.; ЮНІСЕФ. – К., 2008.

¹⁵¹ Teltschik, A. (2007) Draft Summary Report, Technical Issue: 1.1.4 MARA and MARY, Technical area: 1. Prevention / 1.1 Most at-Risk Populations, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007-2008), unpublished.

¹⁵² Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт, варіант «0», червень 2008 року / ЮНЕЙДС. – К., 2008; 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.

¹⁵³ Аналіз факторів ризику щодо інфікування ВІЛ, пов'язаних з сексуальними практиками та споживанням ін'єкційних наркотиків // Презентація попередніх результатів сероконверторного дослідження в Україні / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні. – К., 2008.

¹⁵⁴ Див.: список літератури у роботі: LSHTM (2008) *Investigating HIV risk behaviours amongst most at-risk adolescents in Ukraine*, Submitted in partial fulfilment for the award of Master of Science, Demography & Health, University of London by Clea Meynell, September 2008, unpublished. Перелік літератури наведено у дод. 5 до цього звіту.

¹⁵⁵ LSHTM (2008) *Investigating HIV risk behaviours amongst most at-risk adolescents in Ukraine*, Submitted in partial fulfilment for the award of Master of Science, Demography & Health, University of London by Clea Meynell, September 2008, unpublished.

¹⁵⁶ Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю ін'єкційних наркотиків / ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС, УІСД. – К., 2006.

з багатьох причин, які підштовхують їх продавати сексуальні послуги¹⁵⁷. Дівчата також частіше, ніж хлопці, стають жертвами торгівлі людьми з метою сексуальної експлуатації¹⁵⁸. Результати вторинного аналізу висвітлюють несприятливе економічне становище підлітків-ЖКС. Тільки 13% опитаних дівчат повідомили, що мають роботу (тимчасову або постійну).

Дослідження передбачає, що гендерні норми та стереотипи впливають на використання наркотиків, і що дівчата, скоріше, можуть приймати наркотики під впливом статевого партнера та/або алкоголю.

Потреби підлітків, які живуть або працюють на вулиці, також різні, про що свідчать результати базового дослідження. Однак через недостатню кількість охоплених опитуванням дівчат отримані результати необхідно розглядати обережно.

Дівчата, що живуть або працюють на вулиці, загалом мають більший сексуальний досвід, ніж хлопці. 82% дівчат та 70% хлопців повідомили, що мали сексуальний досвід, до того ж 38% дівчат повідомили про досвід анального сексу (тоді як про наявність такого досвіду повідомили 21% хлопців). Дівчата частіше, ніж хлопці, мали постійних партнерів (44% дівчат проти 34% хлопців) та комерційних партнерів (56% дівчат порівняно з 11% хлопців, що повідомили про досвід комерційного сексу). Це пояснює той факт, що дівчата частіше, ніж хлопці, повідомляють про затримання міліцією за надання комерційних сексуальних послуг, а також про вищі рівні сексуального насильства (52% дівчат та 11% хлопців повідомили, що зазнавали сексуального насильства, а про сексуальне насильство протягом останнього року повідомили 37% дівчат та 7% хлопців). Крім того, більше дівчат, ніж хлопців, повідомили, що мають статевих партнерів-СІН, що додає потенційний ризик початку вживання ін'єкційних наркотиків до високого ризику ВІЛ-інфікування через статеві контакти¹⁵⁹.

Крім того, дані свідчать про те, що хлопці починають статеве життя в молодшому віці, ніж дівчата, та протягом останнього року частіше, ніж дівчата, мали випадкових статевих партнерів (80% хлопців проти 65% дівчат). Також хлопців частіше, ніж дівчат, затримували чи переслідували правоохоронні органи (83% хлопців та 58% дівчат повідомили про такі випадки; 8% хлопців та 2% дівчат повідомили про перебування в установах з виконання покарань). Аналогічні відмінності між хлопцями та дівчатами спостережено 2006 року в діагностичному дослідженні серед дітей та молоді України, що живуть або працюють на вулиці¹⁶⁰.

За результатами базового дослідження, практика вживання ін'єкційних наркотиків поширеніша серед хлопців, які живуть або працюють на вулиці і які, очевидно, рано починають статеве життя та мають більше випадкових статевих партнерів, ніж дівчата.

4.2.2. Вік

Профілактичні заходи повинні враховувати не тільки гендерні особливості, а також вікову специфіку, беручи до уваги різні стадії розвитку хлопців та дівчат у підлітковому віці, а також той факт, що чим молодшими є уразливі підлітки та ПГР, тим вірогідніше, що вони менше часу знаходилися під впливом факторів ризику, а це уможливорює раніші профілактичні втручання.

¹⁵⁷ «Знати епідемію з гендерного боку: підлітки груп ризику, ВІЛ та СНІД в Україні» / А. Костіган; ЮНІСЕФ. – К., 2008, та: UN-AIDS (2007) *Conference Room Paper on Assessing Gender Equality and Equity as Critical Elements in National Responses to HIV: Cambodia, Honduras and Ukraine*. Presentation of policy guidance to address gender issues. 20th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, Geneva, Switzerland, 25-27 June 2007, Geneva.

¹⁵⁸ UNICEF (2008) *Desk Research Report*. A review of the evidence on HIV/AIDS and most at-risk adolescents (MARA) and young people (MARY) in Ukraine. Internal Working Document, UNICEF Ukraine, Kiev, unpublished; та «Знати епідемію з гендерної точки зору: підлітки груп ризику, ВІЛ та СНІД в Україні» / А. Костіган; ЮНІСЕФ. – К., 2008.

¹⁵⁹ *Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю ін'єкційних наркотиків* / ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС, УІСД. – К., 2006.

¹⁶⁰ *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006.

Чим молодшими є уразливі підлітки та ПГР, тим більший ризик ВІЛ-інфікування. Оскільки через їх вік вірогідність впливу на них чинників ризику впродовж тривалого часу дуже мала, це створює канал доступу для ранішого профілактичного втручання.

Наприклад, у базовому дослідженні простежено чітку вікову тенденцію. У молодшій віковій групі виявилось менше підлітків, які протягом життя вживали наркотики. Респонденти віком від 18 до 19 років у 6,7 разу переважали над 10–14-річними підлітками у споживанні ін'єкційних наркотиків упродовж життя. Цю тенденцію можна пояснити тривалішим перебуванням у місцевому середовищі споживання наркотиків¹⁶¹.

Низький рівень використання презервативів також зумовлений віком. Наприклад, серед дівчат 10–14 років, які живуть або працюють на вулиці, що можна пояснити тим, що вони рано зазнають сексуального насильства. Крім того, за даними базового дослідження, чим молодші хлопці та дівчата, тим менше вони обізнані про ВІЛ/СНІД. Наприклад, серед 10–14-річних підлітків тільки 5% змогли правильно відповісти на запитання стосовно ВІЛ/СНІД порівняно з 14% підлітків 15–17 років. Надзвичайно низький рівень знань серед молодших підлітків можна пояснити низьким рівнем охоплення ВІЛ-профілактичними заходами саме цієї вікової групи (10–14 років). Крім того, чим молодшими є респонденти, тим менший сексуальний досвід вони мають (43% підлітків 10–14 років повідомили, що мали досвід вагінальних контактів, серед 15–17-річних таких виявилось 90%, а серед 18–19-річних – практично 100%).

Аналогічні тенденції спостережено за результатами вторинного аналізу. Чим молодші хлопці та дівчата-ПГР, тим менше вони знають про ВІЛ/СНІД, менше користуються послугами та мають менший доступ до профілактичних заходів. Наприклад, рівень використання презервативів значно нижчий серед підлітків-ЖКС віком від 13 до 17 років, ніж серед 18–19-річних (41% та 57%). З віком збільшується впевненість у собі, дівчата набувають більшого досвіду, зокрема через триваліший стаж комерційного сексу, що може пояснювати цю різницю. Молодші підлітки-ЖКС також частіше повідомляють про анальні контакти з клієнтами, ніж старші ЖКС (72% підлітків-ЖКС віком від 13 до 17 років порівняно з 57% 18–19-річних підлітків). Це можна пояснити страхом перед небажаною вагітністю, замовленням такого виду сексу від старших клієнтів або їх впевненістю, що молодші ЖКС швидше зроблять те, чого від них бажають отримати клієнти. Проте необхідні додаткові дослідження для того, щоб висвітлити цю ризиковану модель поведінки серед молодшої групи підлітків.

Порівнюючи підгрупу підлітків з дорослими представниками груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування (СІН, ЖКС, ЧСЧ), варто зазначити, що перші повідомляють про більшу кількість випадків ризикованої поведінки (незахищений секс, небезпечне вживання наркотиків), ніж останні, що можна пояснити нижчим рівнем знань, навичок та впевненості у собі серед підлітків, а також їхнім недостатнім охопленням профілактичними послугами. Наприклад, про готовність надавати сексуальні послуги без презерватива, якщо клієнт заплатить більше, повідомили 39% підлітків-ЖКС порівняно з 25% старших за віком ЖКС. Також 32% підлітків-ЖКС та 47% старших за віком ЖКС підкреслили, що вони ніколи не практикують статеві контакти без презерватива. У цьому випадку більша уразливість підлітків, ймовірно, пов'язана з їх меншим стажем у сексуальному бізнесі та меншим досвідом, а також недостатніми знаннями про ризики анального сексу.

Ці факти підкреслюють нагальну потребу уважнішого ставлення до уразливих підлітків і ПГР під час реалізації профілактичних програм та заходів в Україні, особливо до молодших вікових груп, а також необхідність якомога ранішого профілактичного втручання. Як показують результати дослідження, ризикована поведінка серед молодшої вікової групи починає розвиватися досить рано, а на останніх стадіях дорослішання вона вже остаточно укорінена. Дані також переконують, що чим молодші уразливі підлітки та ПГР, тим більше чинників ризику на них впливає, особливо це стосується дівчат.

¹⁶¹ LSHTM (2008) *Investigating HIV risk behaviours amongst most at-risk adolescents in Ukraine*, Submitted in partial fulfilment for the award of Master of Science, Demography & Health, University of London by Clea Meynell, September 2008, unpublished.

4.2.3. Соціальний статус

У низці досліджень уразливих підлітків і ПГР часто характеризують як однорідні соціальні групи, нехтуючи відмінностями в соціальному статусі як між цими групами, так і між окремими представниками у межах однієї групи, що суттєво впливає на зміст і спрямованість профілактичних програм.

У межах базового дослідження враховували такі чинники, пов'язані з соціальним статусом підлітків, що живуть або працюють на вулиці: рівень мобільності, національність, умови проживання, рівень освіти, зайнятість, наявність або відсутність батьків, досвід затримання або переслідувань з боку правоохоронних органів. У межах вторинного аналізу, ґрунтованого на поведінкових дослідженнях груп ризику у 2007 році, розглянуто такі чинники, як сімейний стан, рівень мобільності, рівень освіти та зайнятість.

4.2.3.1. Сімейний стан

Цілком очевидно, що соціальне оточення та статеві партнери ПГР є середовищем високої загрози ВІЛ-інфікування внаслідок поширення ризикованої поведінки, особливо для споживачів неін'єкційних наркотиків і жінок, які мають статевого партнера-СІН¹⁶². Отже, висновок для надавачів послуг такий: якщо підліток одружений або живе з постійним статевим партнером, це покращує можливість охопити профілактичними заходами його статевого партнера. Це також дає змогу краще вивчити ситуацію щодо груп-містків та найближчого оточення.

Важливо розуміти соціальне оточення та мережу статевих партнерів уразливих підлітків і ПГР; втручатися в них для проведення профілактичних заходів, оскільки ці соціальні групи мають підвищену схильність до ризикованої поведінки, яка може призвести до ВІЛ-інфікування.

Як показує вторинний аналіз, більшість підлітків-СІН (83%), ЖКС (85%) та ЧСЧ (90%) не одружені та не живуть із статевим партнером. Хоча певна частина (20% дівчат-СІН, 11% хлопців-СІН, 13% підлітків-ЖКС та 10% юнаків-ЧСЧ) повідомили, що живуть зі статевим партнером, але не перебувають в офіційному шлюбі. Поведінкове дослідження ЧСЧ (2007 року) не дає змоги визначити стать статевого партнера опитаних юнаків-ЧСЧ. Хоча така інформація була б важливою і цінною. Якщо юнак-ЧСЧ живе із статевим партнером-жінкою, це ставить жінку в ризикованіші умови щодо ВІЛ-інфікування. Крім того, це свідчить про побоюваннями юнаків-ЧСЧ відкрито визнавати свій гомосексуальний або бісексуальний досвід¹⁶³, що перешкоджає цільовим профілактичним втручанням.

Сімейний статус підлітків, що живуть або працюють на вулиці, у базовому дослідженні не визначали, оскільки попередні опитування в Україні серед цієї соціальної групи продемонстрували, що більшість її представників не одружені¹⁶⁴.

4.2.3.2. Мобільність та національність

Кабінетне дослідження, показало що мобільність є потенційним чинником уразливості для уразливих підлітків і ПГР в Україні, особливо для тих, хто не має документів, що посвідчують особу, враховуючи реєстраційну інформацію. Базове дослідження свідчить, що заклади охорони здоров'я та інші служби часто вимагають від підлітків особисті документи перед наданням послуг, що зменшує доступ до них, особливо для підлітків-мігрантів, які, за даними дослідження, зазвичай не мають

¹⁶² Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом / ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС, УІСД. – К., 2006.

¹⁶³ Моніторинг поведінки чоловіків, які практикують секс із чоловіками: аналітичний звіт за результатами опитування / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», Центр соціальної експертизи. – К., 2004.

¹⁶⁴ Див.: Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006; Поступний О.М. та ін. Профілактика наркозалежності серед дітей вулиці в Україні // Профілактика наркотичної залежності: організаційні та методичні аспекти: підсумкові матеріали міжнародного проекту Finart. – Харків, 2002.

місцевої реєстрації та особистих документів (наприклад, 58% підлітків старших 16 років повідомили, що не мають паспорта). Зовнішня оцінка¹⁶⁵ визначила це серйозним бар'єром для доступу.

Вторинний аналіз виявив, що підлітки-СІН, -ЖКС та -ЧСЧ не такі мобільні, як дорослі представники цих груп. Більшість респондентів повідомили, що народилися в місті, де проходило опитування. Підлітки-ЖКС є наймобільнішими серед трьох груп респондентів: 39% повідомили, що приїхали до міста, де зараз мешкають, з інших місць. Загальну мобільність соціальної групи ЖКС підтверджують інші соціологічні дослідження, проведені в Україні¹⁶⁶.

Зовсім інша картина з підлітками, які живуть або працюють на вулиці. Майже половина опитаних у межах базового дослідження повідомили, що вони приїхали з інших міст і регіонів України до місця свого теперішнього проживання. Для цієї соціальної групи характерна сезонна мобільність. Основна міграція, як показують результати опитування, відбувається в межах України, і тільки 2,5% підлітків повідомили, що приїхали в Україну з-за кордону, переважно з сусідніх країн: Росії, Молдови, Білорусі, Грузії, Чечні та Казахстану. Понад 90% опитаних підлітків народилися в Україні. Варто відзначити, що 4% опитаних підлітків не знають країни свого народження.

Підлітки, що живуть або працюють на вулиці, є дуже мобільними. Вони мігрують в основному в межах України. Це ускладнює спостереження за ними та приводить до вилучення з числа тих, кому надають послуги, оскільки медичні установи зазвичай вимагають реєстраційні або особисті документи.

4.2.3.3. Умови місця проживання

У базовому дослідженні розглянуто умови проживання підлітків, що живуть або працюють на вулиці. Той факт, що 20% підлітків повідомили про те, що вони все ще ночують вдома та мешкають переважно з бабусями і дідусями, викликає серйозне питання щодо функціонування соціальної служби та системи захисту дитини в Україні. Результати дослідження демонструють, що бабусі, дідуся та інші родичі, з якими живе підліток, швидше за все не в змозі за підлітком належно доглянути та, здається, не знають, куди звернутися по допомогу та пораду. Крім того, постає питання про місцезнаходження їхніх батьків та спроможність соціальних служб і служб захисту дітей надати необхідну допомогу сім'ям, що перебувають у кризовому стані, а також дітям, які залишилися без батьківської опіки.

20% підлітків, що живуть або працюють на вулиці, повідомили, що ночують удома. Багато живуть з бабусяю та дідусями. Це спричинює серйозне занепокоєння щодо спроможності відповідних послуг, місцезнаходження батьків та функціонування системи захисту дітей.

Згідно з базовим дослідженням, ще 17% опитаних підлітків живуть на квартирах своїх друзів. Важливим висновком є те, що через цих підлітків можна досягти ширшого соціального оточення.

4.2.3.4. Рівень освіти та зайнятість

Брак освіти, неповна освіта, безробіття та нестача постійної зайнятості є серйозними чинниками уразливості для уразливих підлітків і ПГР, що значною мірою впливають на їх життя, здоров'я, розвиток та поведінку.

Рівень освіти серед хлопців і дівчат-ПГР, як свідчить вторинний аналіз, є досить низьким. Мало хто з них має постійну роботу, більше половини ще навчаються в школі, ПТНЗ чи вищому навчаль-

¹⁶⁵ Araujo, I. and Roberts-Hatcher J. (2007) Draft Summary Report, Technical Issue: 1.1.5.2 Migrants and Mobile Populations, Technical area: 1. Prevention / 1.1 Most at-Risk Populations, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007-2008), unpublished.

¹⁶⁶ OSI and Central and Eastern European Harm Reduction Network (2005) *Sex Work, HIV/AIDS, and Human Rights*, Central and Eastern European Harm Reduction Network; *Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю ін'єкційних наркотиків* / ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС, УІСД. – К., 2006.

ному закладі. Юнаки-ЧСЧ мають найвищий рівень освіти, найнижчі рівні безробіття та найвищі рівні зайнятості (постійної та тимчасової).

Хоча факти свідчать про те, що шкільна освіта з погляду формування практичних життєвих навичок і безпечної щодо ВІЛ-інфекції поведінки не є дуже ефективною¹⁶⁷ для хлопців і дівчат-ПГР, які відвідують школу, все ж таки потенційно суттєву роль у профілактиці ВІЛ можуть відігравати як офіційна освіта, так і сектори бізнесу в Україні. Наприклад, вони можуть підтримати зусилля в розширенні доступу до послуг для ПГР, надаючи цільову інформацію про послуги тестування, діагностики, профілактики та підтримки¹⁶⁸ на базі громади своїм учням та працівникам через програми за принципом «рівний – рівному», психологічні та медичні послуги силами своїх працівників, які, за потреби, можуть переадресувати до відповідних служб. Ця діяльність зараз недостатньо розвинута в Україні через нестачу відповідних навчальних програм та обмежені можливості.

Базове дослідження підтвердило, що рівень освіти серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці, є дуже низьким. Більшість 18–19-річних опитаних (86%) повідомили, що не мають закінченої середньої освіти, яка є в Україні обов'язковою. У більшості випадків рівень освіти підлітка не відповідає його віку. Попри високі офіційні показники відвідування школи в Україні¹⁶⁹, більшість підлітків, що живуть або працюють на вулиці, не відвідують школу. 4% підлітків (більшість із них віком від 10 до 14 років) повідомили, що вони ніколи не відвідували школу.

Рівень освіти часто не відповідає віковій уразливих підлітків і ПГР. Необхідно налагодити партнерство між недержавними організаціями, сектором освіти та бізнесу для надання підліткам можливості реінтегруватися в державну систему освіти, знайти роботу та мати доступ до відповідних послуг.

Відставання набутого рівня освіти від нормативного для певного віку серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці, означає, що розвиток та надання профілактичних послуг, а також інформаційні та навчальні матеріали повинні відповідати швидше їх рівню освіти, ніж вікові. Крім того, повинна бути налагоджена тісна співпраця між закладами позашкільної та шкільної освіти, іншими установами, що надають послуги для підлітків, а також сектором бізнесу. Це є вирішальним для реінтеграції в офіційну систему освіти або для надання підліткам можливості працевлаштуватися після належного розв'язання невідкладніших проблем, таких як безпритульність, стан здоров'я та інші¹⁷⁰.

4.2.3.5. Статус сироти

Те, що сироти (зокрема, хворі на СНІД) особливо уразливі до ВІЛ-інфекції, є цілком доведеним фактом¹⁷¹. Майже 44% опитаних підлітків, що живуть або працюють на вулиці, повідомили, що не

¹⁶⁷ 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; and: WHO (2006) *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*, UNAIDS Inter-Agency Task Team on Young People, WHO Technical Report Series No. 938, Geneva.

¹⁶⁸ Costello, J. (2007) Draft Summary Report, Technical Issue: 1.2.3 Workplace, Technical area: 1.2 General Population, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007-2008), unpublished, and: Teltschik, A. (2007) Draft Summary Report, Technical Issue: School-based HIV education: schools 1.2.1.1, PTUs 1.2.1.2 and universities/institutes 1.2.1.3, Technical area: 1.2 General Population, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007-2008), unpublished.

¹⁶⁹ Інформація про країну Українська статистика 2008 р. (оновлено у 2008 р.) / ЮНІСЕФ, див. –http://www.unicef.org/info-country/ukraine_statistics.html#42.

¹⁷⁰ Haldenby, A.M., et al. (2007) *Homelessness and Health in Adolescents*, in: *Qual Health Res 2007*; 17/9; 1232-1244, November 2007, Sage Publications.

¹⁷¹ Richter, L., et al. (2004) *Social and community risk factors that predispose children to risk of HIV infection in South Africa*, International Conference on AIDS (15th: 2004: Bangkok, Thailand), Int Conf AIDS. 2004 Jul 11-16;15; Kang, M., et al. (2008) *Maternal versus paternal orphans and HIV/STI risk among adolescent girls in Zimbabwe*, AIDS Care 2008, vol. 20, no2, pp. 214-217 [4 page(s) (article)] (1/4 p.); Kissin, D.M., et al. (2007) *HIV seroprevalence in street youth, St Petersburg, Russia*, AIDS 2007, 21:2333–2340; UNAIDS, et al. (2004) *The framework for the protection, care and support of orphans and vulnerable children living in a world with HIV and AIDS*, July 2004.

мають одного з батьків, а одна третина – круглі сироти або так звані соціальні сироти, які не знають, де їхні батьки.

Базове дослідження показує, що чисельність сиріт, які не мають одного або обох батьків, та соціальних сиріт є високою серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці.

4.2.3.6. Досвід затримання або переслідування

Як уже підкреслювалося в цьому звіті, затримання або переслідування з боку правоохоронних органів збільшують для підлітка ризик ВІЛ-інфікування. Результати базового дослідження показують, що більшість підлітків, що живуть або працюють на вулиці, затримували або переслідували правоохоронні органи принаймні один раз протягом життя.

4.3. Окремі ризики та моделі ризикованої поведінки уразливих підлітків і ПГР

Результати вторинного аналізу та базового дослідження, описані в цьому звіті, відбивають доволі складну ситуацію в Україні. Ризикована поведінка (незахищений секс та небезпечне вживання ін'єкційних наркотиків) не тільки починається в ранньому віці, а й охоплює досить значну частину хлопців і дівчат підліткового віку, які вже практикують цю поведінку або, ймовірно, переймуть її у найближчому майбутньому внаслідок впливу цілої низки факторів незахищеності та ризику як особистого характеру, так і того, що виникає в умовах соціального середовища. На довершення всього, дослідження показало, що ризикована поведінка поширеніша серед підлітків, ніж серед дорослих з груп ризику, головним чином через низький рівень знань, навичок, упевненості в собі та неналежне охоплення профілактичними заходами. З іншого боку, результати дослідження вказують на те, що чим раніше розпочати профілактичне втручання у цих соціальних групах, тим більше шансів запобігти ризикованій поведінці або шкоді.

Усе це вимагає негайного здійснення запобіжних заходів проти ВІЛ на національному та регіональному рівнях в Україні. Втім, хоча уразливі підлітки та ПГР нагально потребують профілактичного втручання та різних послуг допомоги, підтримки та догляду, існують очевидні відмінності ризиків та захисної поведінки серед різних груп уразливих підлітків і ПГР, що має бути відбито в запобіжних заходах, а також деякі інші питання, які потребують окремої уваги.

Уразливі підлітки та ПГР нагально потребують послуг у зв'язку з ВІЛ. Особливу увагу необхідно приділити:

- 1) взаємозв'язкам між поведінкою, соціодемографічними характеристиками та іншими змінними;
- 2) постійному використанню презервативів, зокрема подоланню бар'єрів щодо впровадження і підтримки безпечної сексуальної практики;
- 3) небезпечній практиці використання ін'єкційних наркотиків;
- 4) хлопцям, що живуть або працюють на вулиці та практикують секс з чоловіками;
- 5) перехресним ризикованим практикам;
- 6) сексуальному та репродуктивному здоров'ю уразливих підлітків та ПГР;
- 7) соціальному оточенню та мережі статевих партнерів;
- 8) попереднім профілактичним заходам;
- 9) профілактиці ВІЛ, захисту дитини та державній системі догляду за дитиною;
- 10) вуличному середовищу;
- 11) використанню послуг, якості послуг та охопленню послугами;
- 12) перешкодам для отримання послуг;
- 13) регіональним відмінностям.

1. Взаємозалежність між ризикованою поведінкою, соціально-демографічними характеристиками та іншими змінними

Окремий аналіз даних, який провела студентка магістерського відділу ЛШГТМ¹⁷², що складається з біваріаційного та мультіваріаційного аналізу¹⁷³, висвітлює можливі взаємозалежності між ризикованою поведінкою, соціально-демографічними характеристиками та різними незалежними змінними. Результати цього аналізу, зокрема, вказують на те, що ризик вживання ін'єкційних наркотиків пов'язаний з досвідом вживання неін'єкційних наркотиків підлітками, що живуть або працюють на вулиці, а також на те, що у старших за віком респондентів більша вірогідність набуття досвіду вживання наркотиків. Інші спостереження також дали подібні результати, хоча думки науковців не збігаються у висвітленні цього питання¹⁷⁴.

Ризик незахищеного сексу, з іншого боку, пов'язують з такими чинниками, як молодший вік, постійний партнер (для жінок), випадковий партнер (для жінок і чоловіків), секс між чоловіками та досвід вживання хлопцями та дівчатами протягом життя хімічних речовин (інгалянтів). Вік, постійний партнер та досвід вживання інгалянтів протягом життя є загальноновизнаними чинниками ризику, які визначають необхідність використання презервативів¹⁷⁵. Аналіз ЛШГТМ також показав, що знання про ВІЛ/СНІД є здебільшого захисним фактором для жінок, а не для чоловіків. Оскільки це суперечить висновкам останніх досліджень, до яких відсилає аналіз ЛШГТМ, необхідно провести додаткові дослідження.

Аналіз ЛШГТМ також виявив взаємозв'язок між чинниками безпечного сексу з випадковими партнерами та наданням сексуальних послуг за гроші (дівчата), між наявністю постійного партнера (хлопці) та використанням презерватива з випадковими партнерами, між досвідом примусу до занять сексом (хлопці) та використанням презервативу. Перше можна пояснити декількома причинами, наприклад, підлітки-ЖКС свідоміші щодо ризику, пов'язаного з незахищеним сексом, та діють відповідно у стосунках з випадковими партнерами; вони частіше домовляються з партнерами про використання презерватива під час статевих контактів; їхні випадкові партнери вимагають використання презерватива, коли дізнаються, що статевий партнер залучений до комерційного сексу. Останнє (взаємозв'язок між примусом до занять сексом та використанням презерватива) полягає в тому, що ймовірність ризикованої поведінки збільшується, якщо в житті були випадки примусу до сексу, що суперечить дослідженню, на яке посилається ЛШГТМ в аналізі¹⁷⁶.

Аналіз ЛШГТМ визначає підлітків-ЧСЧ, -СІН, які живуть або працюють на вулиці, як групу підвищеного ризику щодо ВІЛ-інфікування. Результати свідчать, що хлопці-підлітки, які живуть або працюють на вулиці й повідомляють про досвід статевих стосунків з чоловіками, удвічі більше схильні до вживання ін'єкційних наркотиків, ніж ті, хто не повідомляє про таку практику. Хоча даних досить мало та їх ще треба уважно переглядати, все ж таки цей цікавий висновок свідчить про поєднання ризикованих поведінкових практик, що в сумі з підвищеним ризиком незахищеного сексу серед ЧСЧ робить їх групою високого ризику щодо ВІЛ-інфікування. Аналіз ЛШГТМ надає можливе пояснення ризикованих поведінкових практик, що поєднуються, посилюючись на попередні дослідження, а саме: підлітки-СІН та ЧСЧ ізольовані від суспільства, часто знаходяться за межею нормальних відносин, і це створює умови для перехресної ризикованої поведінки, а також, що в Україні та в інших країнах СІН часто повідомляють, що надають сексуальні послуги за гроші заради фінансування своєї наркотичної залежності.

¹⁷² LSHTM (2008) *Investigating HIV risk behaviours amongst most at-risk adolescents in Ukraine*, Submitted in partial fulfilment for the award of Master of Science, Demography & Health, University of London by Clea Meynell, September 2008, unpublished.

¹⁷³ Такі види аналізу дають можливість знайти можливі зв'язки та відтворити взаємозалежність змінних.

¹⁷⁴ Див.: список літератури у роботі: LSHTM (2008) *Investigating HIV risk behaviours amongst most at-risk adolescents in Ukraine*, Submitted in partial fulfilment for the award of Master of Science, Demography & Health, University of London by Clea Meynell, September 2008, unpublished. Перелік літератури наведено у дод. 5 до цього звіту.

¹⁷⁵ Там само.

¹⁷⁶ Там само.

2. Постійне використання презерватива та бар'єри для впровадження й закріплення практики безпечного сексу

Як свідчать результати вторинного аналізу та базового дослідження, хоча рівень використання презерватива під час останнього статевого контакту серед хлопців і дівчат-ПГР є досить високим, відповіді на запитання щодо постійного використання презерватива свідчать про поширеність практики незахищених статевих стосунків, а відповіді на запитання про використання презерватива під час останнього сексу можуть бути необ'єктивними.

Згідно з результатами вторинного аналізу, серед ПГР особливої уваги стосовно зміни поведінки, наприклад, через пропаганду використання презервативів, потребують хлопці та дівчата-СІН, серед яких рівень постійного використання презервативів є найнижчим, та підлітки-ЖКС, які практикують анальний секс, оскільки, за даними дослідження, рівень використання презерватива для анального сексу серед цієї соціальної групи значно нижчий, ніж для вагінального.

Під час розроблення профілактичної програми необхідно враховувати бар'єри на шляху впровадження та закріплення безпечних сексуальних практик. Наприклад, вторинний аналіз нашттовує на можливі причини небажання юнаків-ЧСЧ використовувати презервативи. Це передусім низький рівень знань про ВІЛ/СНІД та низький рівень сприйняття ризику серед цієї соціальної групи.

Вторинний аналіз та базове дослідження показують, що дівчата-підлітки, які практикують незахищений секс, особливо ті, хто продає секс за гроші та живе на вулиці, мають особливо великі труднощі у впровадженні та дотриманні безпечної статевої поведінки. Головними бар'єрами у цьому є ставлення постійних статевих партнерів до використання презервативів; високі рівні перехресних ризиків (комерційний секс і використання ін'єкційних наркотиків); брак захисту та підтримки з боку правоохоронних органів та випадки насильства; обмежений доступ до відповідних медичних послуг; недостатній розвиток альтернативних центрів для отримання профілактичних засобів, наприклад, аптек і служб підтримки репродуктивного здоров'я.

Інший цікавий результат дослідження: хлопці, які живуть або працюють на вулиці та надають сексуальні послуги чоловікам, зазначили у фокус-групах, що бажання клієнта значною мірою впливає на використання презерватива. Аналогічні бар'єри були визначені у соціальних дослідженнях в інших країнах¹⁷⁷ та у вторинному аналізі відповідей хлопців і дівчат-СІН, де більшість (60%) опитаних повідомляють, що не використовували презервативи, тому що цього не бажали клієнти. Впливу на клієнтів як напряму профілактичної роботи в Україні практично нема.¹⁷⁸

Отримані результати надають матеріал не тільки для впровадження профілактичних заходів, вони є також важливими для національної системи моніторингу і оцінки, оскільки постає питання, наскільки реальну ситуацію надає національний індикатор про використання презерватива під час останнього статевого контакту.

3. Небезпечна поведінка під час вживання ін'єкційних наркотиків

Панівним підходом у питанні зменшення шкоди в Україні сьогодні є обмін голок і шприців для підвищення рівня використання стерильного інструментарію для ін'єкцій у поєднанні з наданням консультацій про безпечну поведінку та користування презервативом. Розглядаючи висновки вторинного аналізу та базового дослідження, важливо відзначити, що хоча цей підхід є центральним та передбачає надання основного пакета послуг, в Україні ще недостатньо уваги приділяють зменшенню ризику ВІЛ-інфікування, пов'язаного, наприклад, з поширеною серед підлітків-СІН практикою купівлі та використання вже наповнених шприців¹⁷⁹. Крім того, недостатню роботу проводять у

¹⁷⁷ Напр., див. посилання на дослідження в: 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.

¹⁷⁸ *Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт, варіант «0»*, червень 2008 року / ЮНЕЙДС. – К., 2008.

¹⁷⁹ Needle, R. (2007) Draft Summary Report, Technical Issue: 1.1.1 Injecting Drug Users, Technical area: 1.1 Most At-Risk Population, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007–2008), unpublished.

соціальному середовищі підлітків-СІН, хоча 64% респондентів повідомляють, що першу ін'єкцію отримали від друга, споживача ін'єкційних наркотиків.

4. Хлопці, що живуть на вулиці та практикують секс з чоловіками

Як засвідчують дані базового дослідження, секс з чоловіками, який практикують хлопці, що живуть або працюють на вулиці, не стільки є проявом їх гомосексуальної природи, скільки формою комерційного сексу, наприклад, щоб забезпечити виживання на вулиці. Це має наслідки для планування заходів і складання програм профілактики: якщо хлопці-підлітки, які надають сексуальні послуги чоловікам, не належать до гомосексуальної громади, то й профілактичні заходи мають бути розраховані не лише на гомосексуальну громаду¹⁸⁰.

5. Перехресні ризиковані практики

Сьогодні профілактичні послуги в Україні недостатньо охоплюють випадки ризикованих поведінкових практик, що поєднуються¹⁸¹. Дані цього звіту надають достатньо прикладів, що такі моделі поведінки поширені серед підлітків-СІН за умови їх сексуальної активності та низьких рівнів використання презервативів, а також серед дівчат-СІН (зайнятих у комерційному сексі), підлітків-ЖКС, СІН та, можливо, серед юнаків-ЧСЧ, СІН.

Варто відзначити той факт, що чинники ризику та уразливості також перехреснюються. Наприклад, використання хімічних речовин і наркотиків часто виступає чинником уразливості для підлітків, які стали безпритульними¹⁸².

6. Сексуальне та репродуктивне здоров'я уразливих підлітків та ПГР

У базовому дослідженні оцінено сексуальне та репродуктивне здоров'я уразливих підлітків і ПГР. За наявними даними, майже кожна п'ята дівчина, що живе на вулиці, принаймні один раз була вагітною. 64% респонденток, які повідомили про вагітність, були вагітні один раз, 23% – два рази та 13% – три рази й більше. Більшість вагітностей переривали абортами (68%). Усі вагітності серед дівчат від 10 до 14 років, очевидно, закінчувалися абортами, а серед дівчат віком від 15 до 17 та від 18 до 19 років цей показник становить 69% та 61% відповідно. Багато дівчат повідомили про те, що в них був викидень.

З усієї вибірки дівчат, які повідомили про вагітність, 11% мають дітей. Це 2% від загальної вибірки дівчат базового дослідження. Зважаючи на умови, в яких молоді матері та їхні діти живуть та виростають, а також підвищений ризик ВІЛ-інфікування серед дітей ЖКС, як уже наголошувалося в цьому звіті, особливу увагу необхідно приділити вагітним дівчатам і матерям-підліткам, які живуть або працюють на вулиці.

Відносно високий рівень вагітності та абортів не дивує, враховуючи низький рівень використання презервативів серед уразливих дівчат і ПГР, які живуть або працюють на вулиці, та загальні високі показники абортів в Україні. Повторні вагітності серед певної кількості дівчат (23% повідомили про дві вагітності, а 13% – про три та більше) і високий рівень абортів свідчать про недостатню ефективність ВІЛ-профілактичних заходів у сфері охорони репродуктивного здоров'я та в клініках, де проводять аборти, серед цієї соціальної групи. Існування потенціалу для поліпшення ситуації у цьому напрямі підкреслювалося в документах зовнішньої оцінки¹⁸³.

¹⁸⁰ LSHTM (2008) *Investigating HIV risk behaviours amongst most at-risk adolescents in Ukraine*, Submitted in partial fulfilment for the award of Master of Science, Demography & Health, University of London by Clea Meynell, September 2008, unpublished.

¹⁸¹ *Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт, варіант «0»*, червень 2008 року / ЮНЕЙДС. – К., 2008.

¹⁸² Mallett, S., et al. (2005) *Young people, drug use and family conflict: Pathways into homelessness*, in: *Journal of Adolescence*, 28, 185-199.

¹⁸³ De Knocke, H. (2007) *Draft Summary Report, Technical Issue: 1.2.7 Sexual & Reproductive Health, Technical area: 1.2 General Population*, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007-2008), unpublished.

Результати базового дослідження також демонструють той факт, що ефективність служб охорони сексуального здоров'я в профілактиці ВІЛ залишається недостатньою, а відповідні послуги не охоплюють достатньою мірою багатьох з тих, чий ризик інфікування ІПСШ та ВІЛ високий, зокрема уразливих підлітків і ПГР. Тільки 31% сексуально активних хлопців і дівчат із симптомами ІПСШ (18% загальної вибірки), повідомили, що вони зверталися за діагностикою та лікуванням до медичних закладів, а 47% повідомили про самолікування (57% хлопців і 34% дівчат).

7. Соціальне оточення ПГР та мережа статевих партнерів

Результати досліджень, представлені в цьому звіті, також демонструють, що статеві партнери-СН, схоже, відіграють вирішальну роль щодо початку вживання дівчатами-ПГР ін'єкційних наркотиків. Проте дослідження щодо ініціації ін'єкційного наркоспоживання 2006 року свідчить¹⁸⁴, що не тільки статеві стосунки, а ще й соціальні відносини та тиск з боку однолітків збільшують для підлітків ризик початку вживання ін'єкційних наркотиків, спільного користування голками та, як наслідок, ВІЛ-інфікування. Це означає, що більше уваги треба приділяти соціальному оточенню та мережі статевих партнерів хлопців і дівчат-СН, хоч би в якому середовищі вони жили, а також профілактичним програмам, зокрема з запобігання початкові ін'єкційного вживання наркотиків, спрямованим на підлітків, яким це загрожує.

Іншим важливим висновком є те, що юнаки-ЧСЧ мають статеві стосунки з дівчатами та молодими жінками. Вторинний аналіз базового дослідження серед юнаків-ЧСЧ не дозволяє встановити, яку роль відіграють жінки в ризикованій поведінці ЧСЧ. Потрібне подальше дослідження цього питання, а також соціального оточення та мережі статевих партнерів юнаків-ЧСЧ, які, як зазначалося вище, повідомляють про досвід комерційного сексу.

8. Раннє втручання

Як уже йшлося вище, профілактичне втручання щодо ІПСШ та ВІЛ необхідно розпочинати раніше, ніж це робиться зараз, щоб визначити уразливих підлітків і ПГР та охопити їх профілактичними заходами на стадії, коли ризикована поведінка ще не розпочалась або розпочалась нещодавно. Це також пов'язано з початком безпритульного життя. Проте до цього часу більшість профілактичних заходів проти ІПСШ та ВІЛ, а також програм зменшення шкоди в Україні націлені головним чином на дорослих; здійснюють вторинні і третинні профілактичні заходи для хлопців- і дівчат-ПГР, які вже тривалий час практикують ризиковану поведінку, тоді як первинні профілактичні потреби уразливих підлітків (тобто втручання на стадії «входу» у статус ПГР) не враховують.

Стосовно уразливих підлітків і ПГР, які живуть або працюють на вулиці, дослідження в США продемонструвало важливість охоплення хлопців та дівчат на перехідних стадіях, коли вони опинилися на вулиці. Це варто робити на початковій стадії, коли переважає стрес, пов'язаний з необхідністю задовольняти основні потреби та переживати почуття аутсайдера, що спонукає підлітка залишити вулицю або пристосуватися до неї за допомогою вуличних ватажків (переважно підлітків, які вже певний час живуть на вулиці та стали лідерами вуличних груп молоді), які навчають новачка правилам виживання. Або втручання можна здійснювати на пізніх стадіях, коли хлопець або дівчина переживають кризу та можуть бути відкритими для допомоги, що приходить ззовні¹⁸⁵. У першому випадку потрібні комплексні послуги, коли спочатку задовольняють головні потреби (здоров'я, харчування, гігієна, безпека тощо), а потім зосереджуються на профілактичних потребах підлітка щодо ВІЛ та на необхідності цілеспрямованої роботи з вуличними ватажками, щоб вивчити можливості залучення їх до добровільної профілактичної роботи за принципом «рівний – рівному» або як волонтерів. В іншому випадку (хлопець або дівчина у стані кризи) надавачі послуг повинні більше дізнатися про спусковий механізм кризи та про ознаки, які підказують, що підлітки переживають кризу.

¹⁸⁴ Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом / ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС, УІСД. – К., 2006.

¹⁸⁵ Auerswald, C.L., and Eyre, S.L. (2002) *Youth homelessness in San Francisco: A life cycle approach*, in: *Social Science & Medicine* 54 (2002) 1497-1512, USA.

9. Профілактика ВІЛ, захист дитини та державна система догляду за дитиною

Профілактичні заходи, спрямовані на задоволення різних і мінливих потреб уразливих підлітків і ПГР в Україні, неможливо планувати або впроваджувати без урахування питань захисту дитини та догляду за нею. Особливо в умовах, коли результати дослідження свідчать про сексуальне та фізичне насильство, яких зазнають уразливі підлітки та ПГР на вулиці, зокрема перебуваючи в притулках для неповнолітніх, колоніях, інших закладах.

Наявних даних недостатньо для визначення масштабів цього серйозного порушення прав і належного захисту підлітків від дискримінації, насильства та експлуатації у відповідних державних установах. Однак навіть наявні дані викликають серйозне занепокоєння стосовно системи захисту та догляду за дитиною в Україні. Це занепокоєння також відчутне у звітах та заявах *Комітету з прав дитини*¹⁸⁶. Порушення цих прав є основними бар'єрами для початку та закріплення безпечної поведінки серед уразливих підлітків і ПГР – не лише серед тих, хто потрапив до відповідних державних закладів, але й серед інших. Результати дослідження демонструють поширену стигматизацію та дискримінацію груп ризику з боку службових осіб в Україні і спонукають уразливих підлітків і ПГР уникати будь-яких послуг державних закладів та йти у мандри. Той факт, що це реальна ситуація в Україні, підтвердили дослідження (див. підрозділ 2.4.2.7) і робота у фокус-групах, проведених з уразливими підлітками та ПГР для обговорення результатів дослідження. Під час дискусії підлітки підкреслили, що жорстокі та численні вуличні рейди змушують їх уникати вулиць та ховатися у місцях, де до них ще важче дістатися.

Крім того, криміналізація споживачів ін'єкційних наркотиків загалом, враховуючи підлітків, у зв'язку зі зберіганням шприців і голوک¹⁸⁷, є все ще бар'єром в Україні для надання послуг із заміни голوک для цієї групи.

До того ж, деякі працівники служби у справах дітей, а також службовці державних установ та організацій у своїх інтерв'ю та коментарях¹⁸⁸ посилаються на підлітків як на «потенційних злочинців», а не як на жертв, якими вони часто є. Таке ставлення, за даними досліджень, часто проявляється в поведінці щодо цих соціальних груп, і не тільки в екстремальних випадках фізичного та сексуального насильства, яке демонструє повну зневагу до підлітків, що є цілком неприпустимим, та вимагає забезпечення і впровадження антидискримінаційної політики не тільки в установах, де безпосередньо надають послуги, але й у практиці затримувач чи переслідувач уразливих підлітків і ПГР. Результати базового дослідження показують, що більшість підлітків, які живуть або працюють на вулиці, мали досвід міліційного затримання або переслідування впродовж життя (76% усіх опитаних, 83% хлопців і 58% дівчат), а кожний п'ятий повідомив про один або два випадки затримання протягом останнього року, здебільшого за скоєння кримінальних та адміністративних порушень з метою виживання, таких, наприклад, як жебрацтво та незаконне вторгнення в чужі володіння (61%), дрібні крадіжки (45%) та іноді просто підозрілу поведінку (39%). Менше випадків затримання сталося за продаж сексуальних послуг (24% дівчат і тільки 1% хлопців), за вживання алкогольних напоїв у громадських місцях (28% хлопців і 15% дівчат), за використання наркотиків (15% хлопців і 12% дівчат), за зберігання наркотиків (8% хлопців та 4% дівчат) та торгівлю наркотиками (3% хлопців і 2% дівчат).

¹⁸⁶ Див.: напр.: *UN Human Rights Committee (28 November 2006) Eighty-eighth session, Geneva 16 October-3 November 2006, International Covenant on Civil and Political Rights, Consideration of Reports submitted by States Parties under Article 40 of the Covenant, Concluding Observations of the Human Rights Committee on Ukraine; All-Ukrainian Coalition of non-government organizations "Unite for Children" (2006) Alternative report on the implementation of the Optional Protocol to the UN Convention on the Rights of the Child, on the Sale of Children, Child Prostitution and Child Pornography, Kiev; or: UN Committee against Torture (21 May 2007) Thirty-eighth session. Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Summary Record of the 765th Meeting held at the Palais Wilson, Geneva, on Tuesday, 8 May 2007. Consideration of reports submitted by States Parties under Article 19 of the Convention. Fifth periodic report of Ukraine.*

¹⁸⁷ Human Rights Watch (2006) *Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight against HIV/AIDS*, див. на сайті: <http://hrw.org/reports/2006/ukraine0306/2.htm>.

¹⁸⁸ Див.: *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006. Відповідні коментарі також надали деякі представники міліції у справах неповнолітніх, управлінь, соціальних служб та установ догляду за дітьми під час процесу стратегічного планування, ініційованого ЮНІСЕФ у місцях здійснення проекту «Підлітки груп підвищеного ризику» у 2008 році.*

Затримання, як уже підкреслювали в цьому звіті, є загально визнаним чинником уразливості та ризику для підлітків. Треба зазначити, що в Україні підлітка можуть утримувати до суду та протягом суду терміном до двох років¹⁸⁹. Останнє рішення організувати у відділах міліції особливі кімнати («зелені кімнати») для затриманих неповнолітніх громадян є позитивним заходом для поліпшення захисту підлітків та для організації роботи правоохоронних органів. Вони можуть стати важливим місцем для надання затриманим інформації з питань профілактики ВІЛ. Важливо зазначити, що працівники міліції останніми роками пройшли тренінги з питань роботи в громадах та відновного правосуддя, а Департамент кримінальної міліції у справах дітей МВС запровадив дружні до молоді підходи на національному рівні, до яких належить відвідування шкіл, організація кампаній проти домашнього насильства та співпраця з громадськими організаціями. Водночас роль міліції у профілактиці ВІЛ, цього важливого компонента комплексної програми первинної та вторинної профілактики для уразливих підлітків і ПГР, враховуючи тих, хто перебуває в ситуації ризику щодо насильства, ще не є чітко визначеною та розвинутою.

Втім не тільки ставлення або поведінка правоохоронних органів та інших державних установ збільшують уразливість та ризик хлопців та дівчат-ПГР щодо ВІЛ-інфікування та становлять серйозну перешкоду для впровадження комплексного підходу до здійснення профілактичних заходів в Україні. Існують інші бар'єри, притаманні українській політиці захисту дитини. Наприклад, згідно з даними аналізу зацікавлених сторін, що викладені в розділі 2.6, існує великий конфлікт між інтересами ПГР, які живуть або працюють на вулиці, та кримінальною міліцією у справах дітей і управліннями роботи з дітьми. Цей конфлікт виникає через інтерес та юридичне зобов'язання останніх двох установ захищати дітей від шкоди та «рятувати» їх від життя на вулиці, тобто забирати з вулиці (якщо необхідно, то силою) та повертати в сім'ї, а якщо це неможливо – влаштовувати у відповідні установи з догляду за дітьми. З іншого боку, інтереси дітей, що живуть або працюють на вулиці, часто є іншими. Багато хто з них втратив довіру до дорослих загалом та до відповідних державних установ, зокрема, вирішивши залишитися на вулиці у вуличній групі, яка заміняє для них родину¹⁹⁰. Насильницьке вилучення дітей з вулиці часто призводить до того, що підлітки втікають з притулків для неповнолітніх. Наприклад, базове дослідження показує, що багато підлітків, що живуть або працюють на вулиці, раніше перебували в притулках для неповнолітніх. Результати дослідження підкреслюють брак альтернативних можливостей для допомоги дітям, які б краще задовольняли їхні потреби і були б прийнятні для них¹⁹¹. Особливо ті, хто вживає хімічні речовини та наркотики, часто знов опиняються на вулиці не тільки через брак належної системи допомоги, але й через недостатнє охоплення стаціонарними та амбулаторними програмами реабілітації для неповнолітніх з профілактики ВІЛ та зменшення шкоди, що є передумовою для їхнього переведення до установ догляду за дітьми.

Роль соціальних послуг і соціальних працівників у зазначеному конфлікті інтересів є також складною. Профілактичний підхід до уразливих підлітків і ПГР чітко демонструє, що пояснювальна робота в поєднанні з підтримкою за принципом «низького порога» та медичних послуг, дружніх до молоді, є ефективним шляхом зменшення ризиків для підлітків, зменшення шкоди та врешті надання їм можливостей виходу зі складної життєвої ситуації¹⁹². Проте цей підхід протилежний вищезгаданому підходові «рятування» дитини, оскільки наголошує не на негайному вилученні дитини з її оточення (це робиться тільки за згодою дитини або якщо їй загрожує гостра небезпека), а спочатку

¹⁸⁹ Див.: Ст. 156 Кримінально-процесуального кодексу України.

¹⁹⁰ Див.: *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006; Stephenson, S. (2001) Street children in Moscow: using and creating social capital, The Editorial Board of The Sociological Review 2001, Malden M.A.

¹⁹¹ Див.: *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006; Gudbransson, M. (2004) Children in institutions: prevention and alternative care. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg.

¹⁹² Див.: WHO (2006) *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*, UNAIDS Inter-Agency Task Team on Young People, WHO Technical Report Series No. 938, Geneva; Homans, H. (2007) *Manual on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents*, Draft November 2007, UNICEF Regional Office for Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States, Geneva, unpublished.

на побудові довірливих стосунків та зменшенні шкоди до того часу, коли дитина буде готова співпрацювати (так довготривалий підхід стає реалістичним) для того, щоб залишити середовище, де вона живе або працює.

Усі ці питання потребують глибшого аналізу та дій, відповідних сучасному станові епідемії ВІЛ-інфікування в Україні, щоб посилити ефективність профілактичних втручань.

10. Вуличне середовище

Уразливі підлітки та ПГР, що живуть або працюють на вулиці, стикаються з особливими проблемами, оскільки, не маючи нормальної домівки та догляду, вони зазнають усіляких випробувань, шкоди для свого розвитку, здоров'я та загального добробуту, опиняються в середовищі, повному непередбачуваних ризиків¹⁹³. Безпритульні дівчата особливо ризикують потрапити в сексуальну експлуатацію, стати жертвами насильства або торгівлі людьми, ось чому це одна з найуразливіших груп вулиці¹⁹⁴. Втім базове дослідження показує, що й деяка кількість безпритульних хлопців також заради виживання на вулиці залучаються до комерційного сексу¹⁹⁵. Як наслідок, ці хлопці та дівчата потрапляють в обставини високого ризику¹⁹⁶. Крім того, базове дослідження підтверджує висновок численних опитувань в Україні¹⁹⁷ про те, що більшість уразливих підлітків і ПГР, що живуть або працюють на вулиці, вживають різні хімічні речовини та наркотики, збільшуючи ймовірність залучення до ризикованішого вживання ін'єкційних наркотиків¹⁹⁸. Базове дослідження також підтверджує низький рівень інформованості про ВІЛ/СНІД серед цієї групи порівняно з іншими ПГР в Україні та дуже низькі рівні безпечної поведінки (сексуальної та споживання ін'єкційних наркотиків).

Дослідження інших країн показують, що ці підлітки у 6–12 разів швидше наражаються на ВІЛ-інфекцію, ніж інші групи підлітків, та швидше заражаються ППСШ, а тому потребують особливої уваги під час профілактичних заходів¹⁹⁹.

11. Використання послуг, якість послуг та охоплення ними

Одним з найвизначальніших результатів вторинного аналізу є виявлення великого розриву серед хлопців і дівчат-ПГР стосовно знань про те, де отримати необхідні послуги, профілактичні засоби та товари (презервативи, стерильні голки та шприци) та як фактично мати до них доступ. Це надзвичайно важливо для того, щоб зрозуміти та усунути бар'єри на шляху доступу, враховуючи багато факторів, які впливають на зміну поведінки. Як уже підкреслювали раніше, заходів для зміни поведінки та відповідні стратегії, які б пронизували всі наявні профілактичні послуги, в Україні нема. Надання базового пакета соціальних послуг для цієї групи населення не досить, щоб змінити поведінку, та не може належно вплинути на фактори уразливості для зміни поведінки, такі як соціальний тиск, мотивація, брак навичок або бар'єри, зокрема гендерні ролі.

¹⁹³ Див.: *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006; Panter-Brick, C. (2002) *Street children, human rights and public health: A critique and future directions*, *Annual Review of Anthropology*, 31, 147–171.

¹⁹⁴ Дослідження за кордоном показують такі ж результати. Див.: Ensign, J., Panke, A. (2002) *Barriers and bridges to care: Voices of homeless female adolescent youth in Seattle, Washington, USA*, *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 25, 166–172.

¹⁹⁵ Дослідження за кордоном показують такі ж результати. Див.: Rew, L., et al. (2002) *Planning a sexual health promotion intervention with homeless adolescents*, *Nursing Research*, 51(3), 168–174.

¹⁹⁶ Див.: Johnson, T. P., et al. (1996) *Self-reported risk factors for AIDS among homeless youth*, *AIDS Education and Prevention*, 8, 308–322.

¹⁹⁷ *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006.

¹⁹⁸ Дослідження за кордоном показують такі ж результати. Див.: Dematteo, B. A., et al. (1999) *Toronto street youth and HIV/AIDS: Prevalence, demographics, and risk*, *Society for Adolescent Medicine*, 25, 358–366; Walters, A. S. (1999) *HIV prevention in street youth*, *Journal of Adolescent Health*, 25, 187–198.

¹⁹⁹ Rotheram-Borus, Song, J., et al. (2003) *Reductions in HIV risk among runaway youth*, *Prevention Science*, 4(3), 173–187; and: Shields, S. A., et al. (2004) *Prevalence and correlates of chlamydia infection in Canadian street youth*, *Society of Adolescent Medicine*, 34, 384–390.

Як показує вторинний аналіз, рівень охоплення профілактичними заходами хлопців та дівчат-СІН надзвичайно низький. Є ще певні відмінності залежно від віку, статі, соціальної групи та ризикованої поведінки. Ймовірність охоплення профілактичними заходами збільшується, наприклад, з віком (31% підлітків-СІН, охоплених послугами соціальних працівників порівняно з 47% дорослих СІН).

Результати вторинного аналізу також демонструють, що послуги для зменшення шкоди (обмін голок, пояснювальна робота за принципом «рівний – рівному») охоплюють менше дівчат-СІН, ніж хлопців, тоді як менше хлопців-СІН, ніж дівчат, повідомляють про проходження тесту на ІПСШ. Підлітки-ЖКС демонструють найвищі рівні тестування на ІПСШ (майже 70%), що можна пояснити вищим рівнем обізнаності цієї соціальної групи, порівняно з іншими. Водночас цей тест пройшли менше однієї третини юнаків-ЧСЧ та підлітків-СІН. Це можна логічно пояснити тим, що більшість підлітків-ЖКС (66%) мають досвід отримання презервативів (вони отримували їх безкоштовно від соціального працівника або в пунктах обміну голок). Дещо менше половини (47%) підлітків-СІН отримували презервативи за останні 12 місяців. Ще варто зазначити, що більше 50% юнаків-ЧСЧ повідомили, що отримали презервативи за останні 12 місяців, хоча менше однієї третини зазначили, що були охоплені профілактичними заходами, а це може означати, що юнаки-ЧСЧ самі купляли більшу частину презервативів.

Крім того, вторинний аналіз показує, що підлітки-ЖКС та юнаки-ЧСЧ менш охоплені профілактичними послугами за принципом «рівний – рівному», ніж підлітки-СІН. Головна причина полягає в тому, що послуги за принципом «рівний – рівному» для підлітків-ЖКС та юнаків-ЧСЧ почали надавати в Україні відносно нещодавно²⁰⁰.

Що стосується тестування на ВІЛ, то хоча практично всі респонденти трьох соціальних груп ПГР повідомили, що знають, куди звертатися, проте менше однієї третини пройшли тестування та знають його результат. Особливо низьким цей відсоток був серед підлітків-СІН, з яких 14% повідомили, що пройшли тест на ВІЛ та знають його результат. Серед причин, чому не пройшли тест, підлітки у фокус-групах називали головним чином незручне розташування центру відповідних послуг (основна причина), брак інформації про розташування центру, відсутність такого центру поблизу громади та страх перед розкриттям інформації про хворобу.

Результати базового дослідження демонструють, що уразливі підлітки та ПГР, що живуть або працюють на вулиці, майже не тестуються на ВІЛ та не знають свого ВІЛ-статусу (знають тільки 12%). Взагалі, як показують дані, серед цільової групи рівень користування послугами є надзвичайно низьким.

Усі ці висновки підкреслюють необхідність швидко розробляти та розширювати масштаби профілактичних послуг, заходів зі зменшення шкоди та зміни моделей поведінки для уразливих підлітків і ПГР з урахуванням відмінностей у статі, віці, належності до соціальної групи, ризикованій поведінці та соціальному статусі.

Даних дослідження недостатньо для остаточних висновків про обсяги та якість послуг, які надають уразливим підліткам і ПГР. Результати дослідження, представлені в цьому звіті, презентують певні дані щодо питань, які стосуються цих соціальних груп, не тільки щодо послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу та зменшення шкоди (наприклад, дані про брак послуг з урахуванням гендерних і вікових особливостей та загального рівня охоплення ними), а й щодо питань надання послуг через виховні та виправні заклади, враховуючи приклади порушення прав (див. попередній підрозділ з профілактики ВІЛ, захисту дитини та державної системи догляду за дитиною для детальнішої інформації), кількість підлітків, які вже перебували у таких закладах та знов повернулися на вулицю, та тих, що перебувають у таких закладах, але більшу частину часу проводять на вулиці.

12. Бар'єри для доступу до послуг

Базове дослідження та вторинний аналіз вказують на різні бар'єри у доступі до послуг для уразливих підлітків і ПГР, такі як домагання з боку працівників міліції (базове дослідження), низький

²⁰⁰ Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт, варіант «0», червень 2008 року / ЮНЕЙДС. – К., 2008.

рівень користування послугами та охоплення ними (обидва дослідження). Результати свідчать про низький рівень сприйняття ризику серед деяких соціальних підгруп (вторинний аналіз) та негативний досвід перебування у відповідних державних установах (базове дослідження), які є причинами уникнення послуг, а також про недостатній розвиток альтернативних профілактичних місць доступу для уразливих підлітків і ПГР, таких, наприклад, як аптеки або медичні заклади з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я. Але, за даними кабінетного дослідження (див. підрозділ 1.5) та огляду політики і законодавства (див. підрозділ 1.2), в Україні набагато більше бар'єрів, враховуючи й ті, що не мають стосунків до надання послуг (такі як криміналізація СН за зберігання шприців та наркотиків, навіть якщо поблизу пункт послуг зі зменшення шкоди)²⁰¹, що вимагає відповідних стратегій для їх зменшення та подолання, оскільки вони продовжують заважати здійсненню профілактичних заходів навіть в умовах швидкого зростання масштабів послуг.

13. Регіональні відмінності

Як уже повідомлялося у цьому звіті, національні вибірки поведінкових досліджень надто малі, що не дозволяє проаналізувати регіональний стан справ, тоді як у базовому дослідженні вибірка кожного польового дослідження дозволяла здійснити аналіз у розрізі міст. Проте віковий розподіл за містами не є послідовним, тобто результати треба розглядати обережно.

Аналіз даних базового дослідження ЛШГТМ свідчить про те, що респонденти з Миколаєва мали більше незахищених статевих контактів зі статевими партнерами різного типу, ніж в інших трьох містах опитування. З іншого боку, підлітки, що живуть або працюють на вулиці в Києві та в деяких випадках у Донецьку, повідомили про високі рівні використання презерватива²⁰². Важко з певністю зазначити, чи це пов'язано з ширшим охопленням профілактичними послугами у Києві та Донецьку, чи це просто випадковий наслідок умов дослідження. Відповідь на це запитання потребує подальших досліджень.

У Дніпропетровську (28%) та Донецьку (24%) значно більше підлітків повідомили, що все ще живуть удома, хоча більшу частину часу проводять на вулиці, у порівнянні з Києвом (13%) та Миколаєвом (15%). Це може бути поясненням того, чому в Києві більше підлітків (кожний четвертий (29%)) повідомляють, що живуть у тимчасовому приміщенні, не пристосованому для життя (наприклад, у покинутому домі), тоді як у Дніпропетровську тільки 16% підлітків повідомили, що живуть у таких умовах. Подальший аналіз показує, що значна частина дівчат-підлітків у Миколаєві (35%) та Києві (23%) залучені до комерційного сексу, тоді як у Дніпропетровську це – 13%, а в Донецьку – 10%. Проте для перевірки цих значних відмінностей необхідно провести додаткові дослідження, які допоможуть визначити їх причини. Результати допоможуть розробити відповідні профілактичні заходи, спрямовані на задоволення конкретних потреб кожного міста або регіону.

4.4. Детермінанти поведінки та чинники уразливості

Кабінетне дослідження, зокрема, виявило різноманітні фактори, які визначають поведінку уразливих підлітків і ПГР в Україні. Оскільки окремі ризики широко представлені в попередніх підрозділах цього звіту, цей розділ зосереджує увагу на медичних та біологічних факторах уразливості, а також на політичних, культурних, законодавчих та соціально-економічних і факторах навколишнього середовища, виявлених під час вторинного аналізу та базового дослідження. Це дозволяє ще раз подивитися на їх наслідки для планування та програмування профілактичних заходів на національному та регіональному рівнях.

²⁰¹ Human Rights Watch (2006) *Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight against HIV/AIDS*, see: <http://hrw.org/reports/2006/ukraine0306/2.htm>.

²⁰² LSHTM (2008) *Investigating HIV risk behaviours amongst most at-risk adolescents in Ukraine*, Submitted in partial fulfilment for the award of Master of Science, Demography & Health, University of London by Clea Meynell, September 2008, unpublished.

Медичні та біологічні фактори уразливості

Результати вторинного аналізу не можуть з'ясувати біологічну сприйнятливість різних груп ПГР до ІПСШ, оскільки в поведінкові дослідження закладали питання тільки щодо тестування на інфекцію та не ставили запитання, чи хворів респондент коли-небудь ІПСШ; базове дослідження містить таке запитання²⁰³. Аналіз відповідей підтверджує висновки інших оцінок, які підкреслюють, що Україна все ще залишається країною з високим рівнем ІПСШ серед підлітків, а це у свою чергу свідчить про значне поширення незахищених статевих стосунків серед цієї соціальної групи²⁰⁴.

Соціально-економічні, політичні, культурні та законодавчі чинники уразливості та чинники навколишнього середовища

Більшість соціально-економічних, політичних, культурних та законодавчих чинників уразливості та чинників навколишнього середовища, які вивчалися під час дослідження, вже згадано в попередніх розділах цього звіту, враховуючи можливий тиск через гендерну нерівноправність, особливо для дівчат-підлітків (підрозділ 1.1); бар'єри для доступу до послуг, створені політикою та законодавством (підрозділ 1.2); брак цілеспрямованої стратегії профілактики на всіх рівнях, а також слабкість системи моніторингу і оцінки ВІЛ/СНІДу (підрозділ 1.3); політику, яка визначає правила переадресації дітей до дитячих закладів, і систему захисту дітей (підрозділи 1.1. та 4.3). Іншими важливими факторами уразливості, відзначеними у цьому дослідженні, є такі:

- ▶ Нема належної житлової політики та альтернативних можливостей для догляду за хлопцями та дівчатами-ПГР, наприклад, через центри допомоги²⁰⁵ або спеціальні тимчасові прийомні сім'ї.
- ▶ Недоступність послуг замісної терапії для підлітків.
- ▶ Децентралізована система фінансування державних соціальних послуг, яка збільшує їх залежність від місцевих, швидше за все політичних, ніж практичних, рішень; вертикальна структура медичної допомоги та інших систем підтримки, яка вимагає надзвичайно високого рівня співпраці та наявності мережі надавачів послуг з різних секторів, а також функціонування системи переадресації до спеціалістів – обидва напрями зараз у зародковому стані в Україні²⁰⁶.

Одним з найпоширеніших факторів уразливості є обмежений доступ та низькі рівні охоплення уразливих підлітків і ПГР належними профілактичними послугами та підтримкою, про що свідчать результати вторинного аналізу та базового дослідження. У цьому звіті (див. підрозділ 4.3) також встановлено, що тиск з боку однолітків відіграє важливу роль у початку ризикованої поведінки, особливо серед підлітків-СІН та підлітків, що живуть або працюють на вулиці. Значний рівень сексуальної експлуатації, принижень з боку міліції та фізичного насильства демонструють незахищеність та байдужість до уразливих підлітків і ПГР, ставить їх в обставини, коли вони не можуть захистити себе від шкоди та не в змозі домовлятися про безпечний секс. Усе це підтверджують дані інших до-

²⁰³ Майже одна третина дівчат та 15% хлопців, що живуть або працюють на вулиці, повідомили про наявність симптомів інфекцій, що передаються статевим шляхом.

²⁰⁴ Національний звіт з виконання рішень Декларації по боротьбі з ВІЛ. Звітний період: січень 2003р. – грудень 2005 р. / М-во охорони здоров'я України. – К., 2006; Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006; 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.

²⁰⁵ Центри допомоги – це безпечні центри для осіб з різними видами проблем і травм. Наприклад, клієнти після ув'язнення, жертви торгівлі людьми або домашнього насильства, клієнти, що видужують від наркотичної залежності. Ці центри пропонують організовану систему проживання та програми підтримки, які допомагають людині пристосуватися до життя в суспільстві. Деякі пропонують середньотривалий догляд та перебування (наприклад, протягом року чи довше, якщо є інші можливості тривалого догляду, зокрема повернення до родини), інші надають тривалу підтримку та перебування, наприклад, уразливим підліткам і ПГР, які позбавлені батьківської опіки і для яких усиновлення не є прийнятним. Додаткову інформацію див. на сайті: http://en.wikipedia.org/wiki/Halfway_house; або <http://www.friendofbills.com/halfway-houses.htm>.

²⁰⁶ Див.: *Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт, варіант «0», червень 2008 року* / ЮНЕЙДС. – К., 2008

сліджень та оцінювань, здійснених в Україні протягом останніх двох років серед уразливих підлітків і ПГР²⁰⁷.

Дослідження показало, що уразливі підлітки та ПГР живуть у незахищеному та байдужому середовищі в Україні, яке ставить їх в умови, коли вони не можуть захистити себе від значної шкоди та домовитися про безпечний секс.

Масштаби примусу ПГР обох статей до сексу неможливо оцінити у межах вторинного аналізу. Треба зазначити, що невеликий відсоток ПГР повідомили, що вони не могли використати презерватив через примус до сексу (2% підлітків-СІН, 1% підлітків-ЖКС та ще 1% юнаків-ЧСЧ). У базовому дослідженні, з іншого боку, примус до сексу оцінено як фактор уразливості та показано, що 23% сексуально активних респондентів стикалися з сексуальним насильством протягом життя. На запитання про досвід сексуального насильства за останні 12 місяців 15% респондентів відповіли позитивно.

Як уже було зазначено раніше та показує базове дослідження, сексуальне та фізичне насильство також наявне у виховних і виправних закладах для підлітків. Результати засвідчують, що такі проблеми можуть бути у в'язницях (3 підлітки з 24, що були ув'язнені, вказали, що зазнавали сексуального насильства); у центрах обліку бездомних громадян (кожний підліток, що потрапляв туди, зазнав сексуального насильства, усього 36 підлітків: 32 хлопці та 4 дівчини); у ІТТ та СІЗО (кожний десятий підліток, який туди потрапляв, повідомив, що зазнав сексуального насильства); та в притулку для неповнолітніх (більше половини (57%) підлітків потрапляли в цю установу протягом життя).

Щодо фізичного насильства, то підлітки відзначили як особливо ризиковані такі заклади: у в'язницях 60% ув'язнених зазнали фізичного насильства з боку персоналу, у СІЗО – 65%, у РВВС – 64%, у центрах обліку бездомних громадян – 55%, у притулках для неповнолітніх – 16%.

4.5. Рекомендації

За результатами дослідження та виходячи із загальних стратегічних засад, зазначених у *Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Загальнодержавній цільовій програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки*, рекомендовано такі заходи для посилення профілактичної діяльності серед уразливих підлітків і ПГР на національному та регіональному рівнях в Україні:

I. Зменшення законодавчих та нормативних бар'єрів щодо надання та доступу до послуг та забезпечення безпечної поведінки

Як свідчать результати дослідження, в Україні ціла низка бар'єрів, які перешкоджають розробленню та впровадженню належних профілактичних заходів та полегшенню доступу до послуг для уразливих підлітків і ПГР, а також забезпеченню їх безпечної поведінки. Ці бар'єри є серйозними факторами уразливості для цих груп, як про це зазначено в підрозділах 1.1 та 1.2 цього звіту. Деякі бар'єри спричинені українською політикою та законодавством, а деякі є результатом недоліків урядування, браком допомоги з боку уряду та політичної стабільності. Наприклад, постійні зміни політики та законодавства в Україні призводять до того, що нема оновленої інформації та рекомендацій для фахівців, які працюють з цими групами, створюють серед них атмосферу невпевненості та занепокоєння (наприклад, стосовно питання, яким чином офіційно розповсюджувати презервативи серед неповнолітніх) та в деяких випадках призводять до відмови від надання послуг.

²⁰⁷ Див.: Human Rights Watch (2006) *Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight against HIV/AIDS*, see: <http://hrw.org/reports/2006/ukraine0306/2.htm>; OSI and Central and Eastern European Harm Reduction Network (2005) *Sex Work, HIV/AIDS, and Human Rights*, Central and Eastern European Harm Reduction Network.

Подальші рекомендації стосуються подолання найсерйозніших бар'єрів:

А. Посилити рівень керування заходами щодо профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні серед уразливих підлітків і ПГР на всіх рівнях²⁰⁸

Б. Подолання законодавчих та юридичних бар'єрів

Згідно з кінцевим звітом про результати аналізу політики та законодавства, який нещодавно опубліковано²⁰⁹, розроблено рекомендації, більшість з яких спрямована на політиків та осіб, які приймають рішення, але які неможливо втілити без широкої підтримки громадськості та самих груп ризику:

- (1) Інтегрувати проблеми уразливих підлітків і ПГР у політику, законодавство та національні і регіональні програми, присвячені дітям та молоді, тобто належно відбивши їх специфічну уразливість, ризики та потреби у відповідних документах, враховуючи потреби, пов'язані з гендерними особливостями. Втілення цієї рекомендації може потребувати проведення тренінгів, що висвітлюють специфіку цих груп, для політиків, осіб, що приймають рішення, та надавачів послуг, особливо тих, хто безпосередньо працює з уразливими підлітками та ПГР²¹⁰, а також постійного оновлення законодавства та внесення змін у нього, проведення інформаційної кампанії для надавачів послуг, багато з яких не знають про легальність послуг з розповсюдження презервативів та обміну голок, що їх надають недержавні організації підліткам.
- (2) Запровадити в Україні міжнародну вікову категорію підлітків від 10 до 19 років як юридично визнану категорію для забезпечення законодавчо-нормативної бази національного й регіонального моніторингу та звітності про заходи, спрямовані на підлітків в Україні.
- (3) Розробити та надати чинності законодавчо-нормативним актам, які забезпечують розроблення, впровадження і моніторинг стратегічних планів дій на всіх рівнях, спрямованих на уразливих підлітків і ПГР (див. комплекс рекомендацій III у цьому підрозділі (4.5) стосовно стратегічного планування).
- (4) Зняти суперечності між чинним (та будь-яким майбутнім) Законом України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» (ч. 4 ст. 7) та Цивільним кодексом України стосовно медичного огляду (враховуючи тестування на ВІЛ) для дітей від 14 до 18 років без згоди та присутності їх законних представників під час огляду. Згідно з ст. 284 Цивільного кодексу України, яка, за результатами оцінки політики та законодавства, має переважну силу перед Законом про ВІЛ/СНІД, надання медичної допомоги будь-якій фізичній особі, яка досягла 14 років, може відбуватися за її згодою.
- (5) Розробити та ввести в дію законодавчо-нормативні акти, які регулюють надання діагностичних та інших медичних послуг (враховуючи аборти) сиротам та дітям, позбавленим батьківського піклування, яким ще не виповнилося 14 років, враховуючи подальші процедури, а також підтримку та догляд за дітьми, які мають ВІЛ-позитивний статус. Крім того, необхідно забезпечити та належно регулювати доступ дітей, залишених без догляду, до програм і можливостей лікування та реабілітації від наркотичної залежності, враховуючи замісну терапію із застосуванням метадону та антиретровірусну терапію. Бажано також взяти до уваги підходи, які застосовують у цьому напрямі інші країни. Ці підходи до профілактики та лікування засновані на фактичних доказах та є ключовими для зменшення шкоди та профілактики ВІЛ-інфекції серед підлітків.
- (6) Скасувати обов'язкове тестування на ВІЛ серед дітей у притулках для неповнолітніх (ухвалене наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту та Міністерства охорони здоров'я

²⁰⁸ Нестачу лідерської ролі держави та недоліки керування широко обговорено в рекомендаціях звіту про зовнішню оцінку національних заходів проти СНІД в Україні. Див.: *Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт, варіант «0», червень 2008 року / ЮНЕЙДС. – К., 2008.*

²⁰⁹ Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування: аналіт. огляд / М. В. Буроменський, В. М. Стешенко. – К.: Укр. Ін-т соц. дослідж., 2008.

²¹⁰ На базі: Costigan, A. (2007) *Know your epidemic in Gender Terms. MARA, HIV and AIDS in Ukraine*, Draft report prepared on 3 October 2007, Dublin, unpublished.

України від 28 вересня 2006 р. (№ 3297/645) та зареєстроване Міністерством юстиції України від 23 жовтня 2006 р. (№ 1136/13010) і замінити його на добровільне тестування відповідно до чинного законодавства (ч. 3 ст. 7 Закону про ВІЛ/СНІД). Надалі це потребує регулювання порядку подальшого лікування та надання відповідних послуг уразливим підліткам і ПГР у притулках для неповнолітніх, що ще не розроблено. У випадках, коли хлопець чи дівчина-ПГР після тестування на ВІЛ втікає з притулку, необхідно забезпечити тісну співпрацю з аутрич-працівниками для того, щоб не втратити зв'язок з дитиною, а також запобігати ситуаціям переривання лікування та догляду за ВІЛ-позитивною дитиною, на які вона має право впродовж життя.

- (7) Згідно з вищезазначеним, слід привести у відповідність ч. 2 ст. 8 Закону про ВІЛ/СНІД та згаданий наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту та Міністерства охорони здоров'я України стосовно «надання інформації педагогічному персоналові (враховуючи соціальних працівників) закладів соціального захисту про результати ВІЛ-тестування дітей, які перебувають у притулках для неповнолітніх». Це вимагатиме розроблення та надання чинності законодавчо-нормативним актам, які регулюють механізми надання інформації стосовно ВІЛ-інфікування, визначаючи перелік відповідальних осіб, підстав для цього, процедур моніторингу відповідності законодавству про конфіденційність тощо.
- (8) Переглянути та вдосконалити механізми моніторингу та розбудови, забезпечити їх відповідність ч. 5 ст. 7 Закону України про ВІЛ/СНІД та наказу «Про добровільне консультування та тестування та ВІЛ-інфекцію» (затвердило МОЗ України від 19 серпня 2005 року № 415 та зареєстровав Мін'юст від 22 листопада 2005 р. № 1404/11684) щодо безкоштовного та конфіденційного ВІЛ-тестування для дітей.
- (9) Запровадити антидискримінаційну політику дотримання прав, наприклад, політику абсолютної толерантності, в усіх організаціях, установах та агенціях, які надають послуги безпосередньо уразливим підліткам і ПГР в Україні, зокрема у сферах охорони здоров'я, освіти та законодавства. Забезпечити для уразливих хлопців та дівчат механізм конфіденційного повідомлення про насильство та інші види порушення прав без ризику помсти з боку порушників, що є однією з причин замовчування таких випадків²¹¹.
- (10) Затвердити та надати етичним принципам на національному рівні для дослідження та складання програм для уразливих підлітків та ПГР, наприклад, на основі принципів, розроблених ЮНІСЕФ²¹². Це потребуватиме проведення національної інформаційної та освітньої кампанії серед дослідників і надавачів безпосередніх послуг. Перші заходи щодо впровадження цих принципів уже були зроблені у межах проекту ПГР під час засідання правління Соціологічної асоціації України 6 листопада 2008 року, де обговорено необхідність дотримання етичних принципів при проведенні соціологічних досліджень серед дітей, взявши за зразок етичні принципи, представлені ЮНІСЕФ. Остаточний документ переглянуто та ухвалено на черговому засіданні правління САУ в грудні 2008 р.

Під час запровадження цих рекомендацій необхідно взяти до уваги таке²¹³:

- (1) Впровадження цих рекомендацій забезпечить відповідність політики та законодавства України міжнародному законодавству та нормативній базі, а саме *Конвенції про права дитини* та *Факультативним протоколам до Конвенції, підписаним Україною*²¹⁴.
- (2) Стане можливим здійснити деякі з рекомендацій у формі пілотних проектів з ретельним моніторингом та оцінкою їх запровадження на національному рівні.

²¹¹ *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006.

²¹² Nomans, H. (2007) *Guidance. Ethical issues in conducting quantitative research with adolescents engaging in HIV risk behaviour*, Draft July 2007, UNICEF CEE/CIS.

²¹³ Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування: аналіт. огляд / М. В. Буроменський, В. М. Стешенко. – К.: Укр. Ін-т соц. дослідж., 2008.

²¹⁴ Див: <http://www.unicef.org/crc/> або <http://www.crin.org>.

В. Реформування державної системи догляду за сиротами та дітьми, позбавленими батьківської опіки

Крім законодавчої, необхідна ефективна реформа державної системи догляду за сиротами та дітьми, позбавленими батьківської опіки, для забезпечення успішного впровадження тривалих ВІЛ-профілактичних заходів для уразливих підлітків і ППР. Звіт, підготовлений ЮНІСЕФ в Україні в червні 2008 року²¹⁵, містить основні складники цієї реформи:

- (1) Консолідація зусиль для повернення дітей у рідні сім'ї у випадках, де це можливо, оскільки більшість сімей знаходяться в скрутному становищі або переживають тимчасову кризу. Мета: уникнути направлення дитини до державної установи.

Це потребуватиме функціонування системи підтримки сімей у кризовому становищі, щоб запобігти необхідності звертатися до державних установ догляду за дитиною. Ця система передбачає низку послуг на базі громади, обсяг яких перевищує послуги, які наразі є в Україні, наприклад, можливість нетривалого догляду за дитиною на період, коли сім'ї надається допомога у подоланні кризи. Запровадження такої нетривалої системи догляду потребує законодавчих змін, оскільки нинішня політика та законодавство України не передбачають можливості нетривалого догляду, попри досвід інших країн, що засвідчує ефективність цього механізму²¹⁶.

Крім того, знадобляться фінансові асигнування та керування ресурсами й послугами на основі оцінки потреб дитини та сім'ї; визначення організації, яка відповідатиме за координацію та здійснення оцінки, забезпечення послугами та контрактами на їх надання; а також розбудова надійної системи моніторингу і оцінки для аналізу процесів та наслідків²¹⁷.

- (2) Там, де неможливо повернути дитину в її сім'ю, слід направити її в альтернативний заклад сімейного типу.

Догляд сімейного типу передбачає тривалий догляд за дитиною у прийомній сім'ї. Така система ще тільки розвивається в Україні. Для прийомних батьків, які беруть до себе уразливих підлітків або ППР, необхідно проводити спеціальні тренінги. Альтернативним підходом є надання допомоги в центрах «Дорога додому» або в подібних організаціях, що пропонують середньо- та довготривалий догляд за хлопцями та дівчатами-ППР, які не можуть бути усиновленими прийомними сім'ями.

Знову ж таки, успішна реформа та підхід у цій сфері означає запровадження альтернативних можливостей сімейного догляду, що також потребує законодавчих змін, особливо для надання таких послуг недержавними організаціями.

Обидва складники передбачають перерозподіл ресурсів серед державних установ для надання профілактичної допомоги на засадах громади та в сім'ях за принципом «гроші ходять за дитиною»²¹⁸, а також встановлення та надання сили стандартам догляду за дитиною²¹⁹. Досвід пострадянських країн свідчить про можливість розроблення профілактичних послуг на засадах громад для швидшого запобігання направленню дитини до державної установи²²⁰.

²¹⁵ Bilson, A. and Carter, R. (2008) *Strategy development for the reform of the state care system for children deprived of parental care living in state institutions*. A report for UNICEF Ukraine, June 2008, unpublished.

²¹⁶ Там само.

²¹⁷ Bilson, A. and Harwin, J. (2003): *Changing minds, policies and lives: improving protection of children in Eastern Europe and Central Asia. Gatekeeping services for vulnerable children and families: A concept paper*, Florence: UNICEF International Child Development Centre. Див.: на сайті: <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/gatekeeping.pdf>.

²¹⁸ Пілотний проект «Гроші ходять за дитиною» проходив у Київській області у 2006–2007 роках як виплата соціальної допомоги дітям-сиротам та дітям, позбавленим батьківської опіки (постанови Кабінету Міністрів України від 6 лютого 2006 р. № 106 та від 31 січня 2007 р. № 81).

²¹⁹ Bilson, A. and Carter, R. (2008) *Strategy development for the reform of the state care system for children deprived of parental care living in state institutions*. A report for UNICEF Ukraine, June 2008, unpublished.

²²⁰ Bilson, A. and Markova, G. (2007) *But you should see their families: Preventing child abandonment and promoting social inclusion in countries in Transition*, in: *Social Work and Social Science Review* Volume 12, Number 3, 2007, pp. 57–78; and: Every Child Consortium (2007) *Development of integrated social services for exposed families and children: Final Report*, 29 March 2007 – 28 September 2007.

II. Офіційне закріплення та зміцнення міжвідомчої координації

Підгрупу з питань профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки дітей груп ризику створено при Міжвідомчій координаційній комісії з питань охорони дитинства Кабінету Міністрів України у травні 2008 р. Ця підгрупа може діяти як координатор для зацікавлених сторін для розвитку взаємодії та поширення досвіду щодо роботи з дітьми груп ризику, але склад комісії досі не затверджено та не проведено жодного засідання.

Отже, необхідно, щоб Уряд України взяв на себе провідну роль у координації заходів, спрямованих на уразливих підлітків і ППР, та зробив Підгрупу з питань профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки дітей груп ризику дієвим механізмом для забезпечення належного планування, складання програм, моніторингу і оцінки національних заходів, спрямованих на уразливих підлітків та ППР²²¹.

На регіональному рівні провідну роль координатора повинні взяти на себе місцеві органи влади та забезпечити (там, де це необхідно) офіційне закріплення регіональних координаційних рад з питань ППР та їх подальшу ефективну роботу.

На обох рівнях треба запровадити механізми для постійного залучення уразливих підлітків і ППР у процеси прийняття рішень, планування, складання програм, моніторингу і оцінки.

III. Розроблення, впровадження стратегічного плану дій та керування цими процесами

Треба використовувати налагоджені механізми координації як засіб для розроблення, погодження та моніторингу міжвідомчих стратегічних планів дій з профілактики ВІЛ та ППСШ серед уразливих підлітків і ППР на національному та регіональному рівнях на період 2009–2013 рр. Для цього необхідно спиратися на нові національні стратегічні засади протидії ВІЛ/СНІДу.

У процесі стратегічного планування на національному та регіональному рівнях групи з планування та координації повинні погодити, розробити, запровадити та здійснити моніторинг:

- ▶ Основних пакетів профілактичних послуг для різних груп уразливих підлітків і ППР²²² й відповідні ефективні моделі надання послуг²²³.

Далі буде запропоновано основний пакет профілактичних послуг та можливі основи профілактичного втручання.

- ▶ Національних стандартів послуг, які встановлюють засади якості та оцінки діяльності надавачів послуг усіх галузей незалежно від форми власності.
- ▶ Плану розбудови кадрового потенціалу. Розбудова потенціалу може потребувати перегляду системи оплати та надбавок для надавачів послуг, які працюють з уразливими підлітками та ППР, для підбору та утримування висококваліфікованого персоналу. Крім того, як економічно доцільний захід, рекомендовано створити мережу національних тренерів і запровадити програму тренінгів у навчальних закладах з відривом та без відриву від виробництва.

Далі висвітлено ключові напрями, які потребують розбудови кадрового потенціалу.

- ▶ Джерел ресурсів та плану їх мобілізації. Для достатнього збільшення масштабів надання профілактичних послуг уразливим підліткам і ППР, щоб забезпечити належний вплив на епідемію ВІЛ, буде необхідне суттєве збільшення цільових фондів. Пошук ресурсів і план їх мобілізації має на меті не тільки залучення донорських фондів і збільшення пропорції регіонального фінансуван-

²²¹ Ця рекомендація була також зарахована до резолюції Четвертої національної конференції «Розбудова національної системи моніторингу і оцінки заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні» / М-во охорони здоров'я України, ЮНЕЙДС, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу України». – Ялта, 2008.

²²² Див.: Nomans, H. (2007) *Manual on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents*, Draft November 2007, UNICEF Regional Office for Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States, Geneva, unpublished.

²²³ Див.: Там само; *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006; WHO (2006) *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*, UNAIDS Inter-Agency Task Team on Young People, WHO Technical Report Series No. 938, Geneva.

ня, але й збільшення частини державного цільового фінансування профілактичних програм для уразливих підлітків і ПГР. Мобілізація ресурсів має забезпечити отримання місцевими урядами необхідної підтримки від держави для розв'язання невідкладних питань та зменшення ризику нестачі фінансування, що негативно вплине на досягнення погоджених національних цілей.

Треба суттєво збільшити державне цільове фінансування профілактичних програм для уразливих підлітків і ПГР та забезпечити отримання місцевими органами влади підтримки, необхідної для розв'язання термінових питань і зменшення ризику неотримання достатнього фінансування, потрібного для впливу на епідемію ВІЛ та на досягнення погоджених масштабів охоплення профілактичними заходами.

Фінансовий план втілення *Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки* передбачає невеликі кошти на тренування працівників соціальних служб для роботи з групами ризику та для реалізації програм підвищення чутливості спеціалістів різного напрямку (дії зі зниження стигматизації та дискримінації не спрямовано на певні групи ризику). У плані не прописано фінансування втручань, спрямованих на уразливих підлітків і ПГР, наприклад, аутрич-роботу на вулицях, попри те, що в плані закладено спеціальні кошти на забезпечення надійності запровадження базового пакета профілактичних послуг для уразливих підлітків і ПГР.

- ▶ Плану адвокації. Механізми міжсекторальної координації, розроблені на національному та регіональному рівнях для уразливих підлітків і ПГР, можуть слугувати платформою координації, розроблення та моніторингу адвокативних втручань і заходів. Для якісної адвокації необхідні вичерпні дані та інші докази, тому вона повинна бути тісно пов'язана з системою моніторингу і оцінки. Вона також потребує послідовності у ставленні громадськості до заходів профілактики ВІЛ-інфекції для того, щоб громадськість могла відігравати роль незалежного спостерігача у взаємодії із засобами масової інформації. Отже, знадобиться програма підготування з адвокації для НДО та ЗМІ.
- ▶ Стратегії втручань. Стратегія втручань для зміни поведінки уразливих підлітків і ПГР червоною лінією проходить крізь увесь проект профілактики ВІЛ, відповідні програми та послуги. Така стратегія потребує:
 1. Добре скоординованої національної та/або регіональної системи розроблення та розповсюдження інформаційних та освітніх матеріалів (інформації про профілактику та послуги, пропагування тестування на ВІЛ та консультування). Для формування такої системи потрібен спільний міжсекторальний підхід для роботи зі ЗМІ та підвищення їх компетентності, а також ініціювання діалогу з громадськістю щодо здоров'я підлітків, їх розвитку, статевої поведінки, чинників уразливості та ризику.
Під час розроблення матеріалів треба брати до уваги невисокий освітній рівень уразливих підлітків і ПГР, особливо тих, хто живе або працює на вулиці (що підтверджують дослідження), тому в підготуванні цих матеріалів для того, щоб забезпечити їх зрозумілість, мають брати участь представники груп ризику.
 2. Добре скоординованої національної та/або регіональної системи закупівлі, постачання, розповсюдження та пропагування засобів з профілактики ВІЛ (наприклад, презервативів), яка забезпечить легкий та безкоштовний доступ до цих засобів уразливих підлітків і ПГР у місцях їх скупчення, а також у місцях розташування пунктів надання послуг, перелік яких треба розширити для забезпечення доступу.
 3. Ефективного підходу до профілактики ВІЛ/ПСС, тобто комбінації методів та моделей втручання, спрямованих на уразливих підлітків і ПГР, їхніх статевоїх партнерів та соціальні мережі. До таких методів та моделей належить інформація та освіта за принципом «рівний – рівному» за допомогою відомих особистостей, спеціалістів, а також розвиток навичок (наприклад, навичок використання презервативів, домовлятися про його використання з статевим партнером) та консультування (індивідуального, парного консультування, а також консультування в малих групах). Втручання повинні враховувати відмінності підліт-

ків за віком, статтю, соціальним статусом, групою ризику, типом ризикованої поведінки та середовищем проживання та втілюватися в місцях, де практикується ризикована поведінка (аутрич-підхід). Ці втручання повинні бути пов'язані з втручаннями, спрямованими на зниження стигматизації та дискримінації уразливих підлітків і ПГР, а також з адвокативними діями. Як показують результати дослідження, особливу увагу у втручаннях з метою зміни поведінки треба приділити пропагуванню постійного використання презервативів з усіма видами статевих партнерів, особливо серед ПГР з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ (підлітки-СІН, юнаки-ЧСЧ, та ЖКС, що займаються анальним сексом).

- ▶ Плану розбудови системи моніторингу і оцінки досліджень. План розбудови системи моніторингу і оцінки досліджень для покращення профілактичної відповіді на проблеми уразливих підлітків і ПГР, орієнтованих на вимірювання прогресу та досягнення узгоджених кінцевих результатів. Такий план повинен містити заходи посилення системи моніторингу і оцінки на національному та регіональному рівнях та закрити прогалини в дослідженнях.

Нижче наведено спеціальні рекомендації з розбудови системи моніторингу і оцінки становища уразливих підлітків і ПГР та доказової бази щодо цих груп.

Для розбудови системи моніторингу і оцінки становища уразливих підлітків і ПГР на національному та регіональному рівнях необхідні:

- ▶ Систематичний розподіл біологічних даних і даних поведінки з проблем ВІЛ/СНІДу та супутніх питань (наприклад, чинників уразливості до ВІЛ) за віком, перевірка розподілу за віком, застосована в національному, секторальному та регіональному моніторингах та звітах для того, щоб забезпечити адекватне відображення групи підлітків, та база для аналізу відмінностей між різними віковими групами²²⁴. Бажаний такий розподіл за віком: 10–14 років, 15–19 років, та 20–24 роки. Слід зазначити, що такий же розподіл рекомендовано у резолюції Четвертої національної конференції з моніторингу і оцінки²²⁵. Крім того, ця рекомендація включена в новий документ з керівними принципами для регіональної системи моніторингу і оцінки.
- ▶ Розрахунок та узгодження сукупної кількості та за регіонами популяцій підлітків-СІН, підлітків-ЖКС, та ЧСЧ та підлітків, що живуть або працюють на вулиці. Встановлені дані мають бути знаменниками під час розрахунків охоплення програмами та прогнозування розвитку епідемії ВІЛ серед цих груп. Встановлені дані необхідні для розрахунків потреб підвищення компетентності та є базою стратегічного планування та програмування²²⁶. Цю рекомендацію також містить вищезазначена резолюція²²⁷ і наразі втілює МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні» в рамках проекту ГФСТМ щодо дорослих груп ризику та ПГР, про що зазначено в підрозділі 2.3 цього звіту.
- ▶ Узгодження національного переліку індикаторів щодо уразливих підлітків і ПГР, заснованих на ключових індикаторах щодо ПГР, розроблених у рамках проекту ПГР (див. дод. 2); розроблення стандартизованого переліку регіональних індикаторів, які дозволяють робити крос-регіональний аналіз. Ключові індикатори щодо уразливих підлітків і ПГР необхідно повністю інтегрувати в національну, регіональну та секторальну системи моніторингу і оцінки та переліки індикаторів в Україні. Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту вже інтегрувало обрані індикатори щодо ПГР у нову секторальну систему організації інформації (Dev Info²²⁸). Ключові

²²⁴ WHO (2004) *National AIDS Programmes. A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people*, Geneva.

²²⁵ Резолюція Четвертої національної конференції «Розбудова національної системи моніторингу і оцінки заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні» / М-во охорони здоров'я України, ЮНЕЙДС, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу України». – Ялта, 2008.

²²⁶ UNAIDS (2007) *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes among Most At Risk Populations*, Geneva

²²⁷ Резолюція Четвертої національної конференції «Розбудова національної системи моніторингу і оцінки заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні».

²²⁸ За детальною інформацією стосовно проекту Dev Info звертатися до Міністерства України у справах сім'ї, дітей та молоді. Інформацію щодо програмного забезпечення див. на сайті: www.devinfo.org.

індикатори щодо уразливих підлітків і ПГР повинні бути приведені у національних, секторальних та регіональних звітах з ВІЛ/СНІДу. На національному рівні це потребує внесення змін у чинну систему звітування з ВІЛ/СНІДу, що наразі основана на індикаторах ССГАООН; так можна буде задовольнити потреби в додатковому звітуванні відповідальних за прийняття рішень та планування, надавачів послуг.

- ▶ Стандартизація збору даних серед надавачів послуг, що працюють з уразливими підлітками та ПГР, узгодження мінімального переліку даних, які мають зібрати надавачі послуг незалежно від форми власності (вік, стать, соціальний статус – комплексна змінна, до якої входить статус сирітства та сімейний статус, мобільність, рівень освіти, статус зайнятості, житлові умови, – ризикована поведінка, новий/повторний клієнт/пацієнт, діагноз, надані послуги, переадресація до інших послуг)²²⁹. Крім цього, необхідно запровадити стандартизований інструментарій збору даних (враховуючи механізми зворотного зв'язку з клієнтом), який потрібно інтегрувати, де можливо, в системи моніторингу і оцінки (наприклад, SYREX, див. підрозділ 1.3). Поряд із цим необхідна координація даних з різних секторів та створення єдиної бази даних, яка, у свою чергу, має бути частиною загальної бази даних з ВІЛ/СНІДу. В деяких областях уже створено центри моніторингу і оцінки, що відповідають за координацію даних і розвиток єдиної бази з ВІЛ/СНІДу, за підтримки проекту, який спонсорує АМР США та яким керує в Україні Констела ф'ючерз.
- ▶ Використання досить великих вибірок (мінімальна вибірка = 300)²³⁰ підлітків віком від 10 до 19 років²³¹ у наглядних біологічних та поведінкових дослідженнях з ВІЛ в Україні для моніторингу біологічних змін і поведінкових впродовж часу. Це стосується проведених наглядних досліджень серед дорослих груп ризику, пацієнтів з наявністю ІПСШ, ув'язнених і військовослужбовців, а також наглядних досліджень, що можуть бути проведені в майбутньому серед груп, уразливіших або найзагроженіших щодо інфікування ВІЛ, наприклад, серед «груп-містків» або мігрантів.
- ▶ Зарахування досить великих регіональних вибірок (мінімальна вибірка для підлітків віком від 10 до 19 років = 300–400, залежно від методів формування вибірки) до наглядних біологічних і поведінкових досліджень в Україні, щоб забезпечити статистично значущий аналіз за регіоном або містом. За результатами регіонального аналізу даних базового дослідження, існують помітні регіональні відмінності. Хоча все ж таки неможливо встановити чи це справжні відмінності, зафіксовані кількісним дослідженням, чи випадкові.
- ▶ Інтегрування наглядового поведінкового дослідження підлітків, що живуть або працюють на вулиці, в національну систему наглядних досліджень з ВІЛ/СНІДу, здійснення досліджень поза базовим кожні три – п'ять років. Цю рекомендацію також містить Резолюція²³².
- ▶ Забезпечення наглядних біоповедінкових досліджень інструментарієм, щоб оцінювати послідовність захисної поведінки (наприклад, використання презерватива) серед усіх ПГР та фокусуватися на ризикованій та захисній поведінці протягом останнього місяця, а не під час останнього разу, коли вона практикувалася. Цей захід також допоможе отримати реальнішу картину ситуації та знизити похибку стосовно питань про ризиковану поведінку, наприклад, протягом останнього статевого контакту. Крім цього, наглядові біоповедінкові дослідження серед юнаків-ЧСЧ повинні відстежувати контакти з партнерами жіночої статі, тому що ця інформація важлива для розроблення програм. Далі запропоновано додати комплексну змінну «соціальний статус» до змінних, застосовуваних у наглядних біоповедінкових дослідженнях для кращого розуміння впливу соціально-демографічних характеристик і чинників уразливості.

²²⁹ Nomans, H. (2007) *Manual on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents*, Draft November 2007, UNICEF Regional Office for Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States, Geneva, unpublished.

²³⁰ Балакірева О. та ін. *Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції* / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». – К., 2008.

²³¹ Там само.; Des Jarlais, D.C., et al. (2001) HIV surveillance among injecting drug users, *AIDS* 2001, 15 (suppl 3): S. 13–22.

²³² Резолюція Четвертої національної конференції «Розбудова національної системи моніторингу і оцінки заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні» / М-во охорони здоров'я України, ЮНЕЙДС, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». – Ялта, 2008.

- ▶ Аналіз компетентності системи моніторингу і оцінки становища уразливих підлітків і ПГР на всіх рівнях. Для цього може знадобитися технічна та методична підтримка. Необхідна також програма підготовки до розрахунку чисельності популяції та індикаторів; аналізу, інтерпретації та презентації даних; створення та керування регіональними системами моніторингу і оцінки як ключового елементу стратегічного керування у сфері ВІЛ/СНІДу; використання системи стандартизованого збору даних.

Продовження розвитку доказової бази щодо уразливих підлітків і ПГР як бази для планування та розроблення програм

Розроблення планів проведення досліджень щодо уразливих підлітків і ПГР на національному та регіональному рівнях є частиною загальних планів проведення досліджень з ВІЛ/СНІДу. У таких планах слід приділяти особливу увагу наглядним поведінковим дослідженням, моніторингу та оцінці надання послуг, розміщенню та розподіленню фінансових фондів, організаційним потребам досліджень.

Рекомендовано:

1. Дослідження, що оцінюють ефективність інноваційних профілактичних втручань і відповідних моделей надання послуг уразливим підліткам і ПГР.
2. Оперативні дослідження стигматизації, дискримінації, насильства та порушення прав²³³, з якими стикаються уразливі підлітки та ПГР в усіх сферах.
3. Якісні дослідження, особливо з таких питань:
 - ▶ Юнаки-ЧСЧ, їх «зовнішні стосунки», соціальне оточення та статеві партнери, про що бракує інформації, важливої для розроблення програм; ПГР, які повідомляють про поведінкові ЧСЧ-практики (які вони, якої вони сексуальної орієнтації, що впливає на їх поведінку)²³⁴. Дослідження продемонструвало, що ПГР, які мали ЧСЧ-практики, не обов'язково ідентифікують себе як гомосексуалістів, але залучаються до статевих стосунків з чоловіками за винагороду. Це означає, що вони не належать до гомосексуальної спільноти та на них не можна спрямовувати відповідні втручання.
 - ▶ Чинники ризику і захисту та поведінкові практики серед підлітків, що знаходяться у притулках для неповнолітніх, центрах психосоціальної реабілітації, місцях утримання та розподілення, живуть в інтернатах або спеціальних школах та перебувають в установах з виконання покарань. В Україні нема достатньої кількості даних про ці середовища, але окремі свідчення державних, недержавних надавачів послуг, а також міжнародних досліджень говорять про те, що підлітки потрапляють у цих середовищах в ситуації уразливості та ризику ВІЛ-інфікування, особливо в установах з виконання покарань²³⁵.
 - ▶ Фактори ризику втягнення в споживання ін'єкційних наркотиків серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці. Дані про це повинні стати відправним пунктом розроблення втручань з метою профілактики залучення до споживання ін'єкційних наркотиків²³⁶.
 - ▶ Перехресна ризикована поведінка хлопців- і дівчат-ПГР, що є вирішальним чинником для спрямування втручань²³⁷.

²³³ UNAIDS (2007): *Conference Room Paper on Assessing Gender Equality and Equity as Critical Elements in National Responses to HIV: Cambodia, Honduras and Ukraine*. Presentation of policy guidance to address gender issues. 20th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, Geneva, Switzerland, 25-27 June 2007, Geneva.

²³⁴ Там само.

²³⁵ Див.: 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.

²³⁶ LSHTM (2008) *Investigating HIV risk behaviours amongst most at-risk adolescents in Ukraine*, Submitted in partial fulfilment for the award of Master of Science, Demography & Health, University of London by Clea Meynell, September 2008, unpublished.

²³⁷ Там само.

- ▶ Підлітки, що продають секс (особливо випадковим партнерам), та їх користування презервативами. Дослідити, хто не використовує презервативи та чому. Результати можуть допомогти пропагуванню презервативів та розробленню втручань, щоб змінити поведінку уразливих підлітків і ПГР, що не залучені до комерційного сексу. Ці дані також можуть стати базою для розроблення втручань за принципом «рівний – рівному» серед підлітків, що залучені до комерційного сексу, та їх однолітків, що не займаються комерційним сексом²³⁸.

Як тільки будуть отримані дані якісного дослідження, їх слід перевірити кількісним дослідженням для розвитку доказової бази²³⁹.

Надалі бажано оцінити та розбудувати компетентність проведення досліджень серед уразливих підлітків і ПГР.

Окрім Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, при розробленні національного стратегічного плану щодо уразливих підлітків і ПГР також треба взяти до уваги інші стратегічні засади, викладені в міжнародних документах, а саме:

- 1) підсумковому документі Генеральної Асамблеї ООН «Світ, сприятливий для дітей»²⁴⁰,
- 2) Конвенції про права дитини та факультативних протоколах до неї, які підписала Україна²⁴¹,
- 3) Загальному зауваженні № 3 «ВІЛ/СНІД та права дитини»²⁴² Комітету сприяння захисту прав дитини.

IV. Погодження національної концепції профілактики серед уразливих підлітків і ПГР

Нижче запропонована концепція профілактичних заходів для уразливих підлітків і ПГР в Україні, розроблена для звіту на основі концепції профілактики для ПГР, запропонованої ЛШГТМ у 2007 р. (див. рис. 4.5.1).

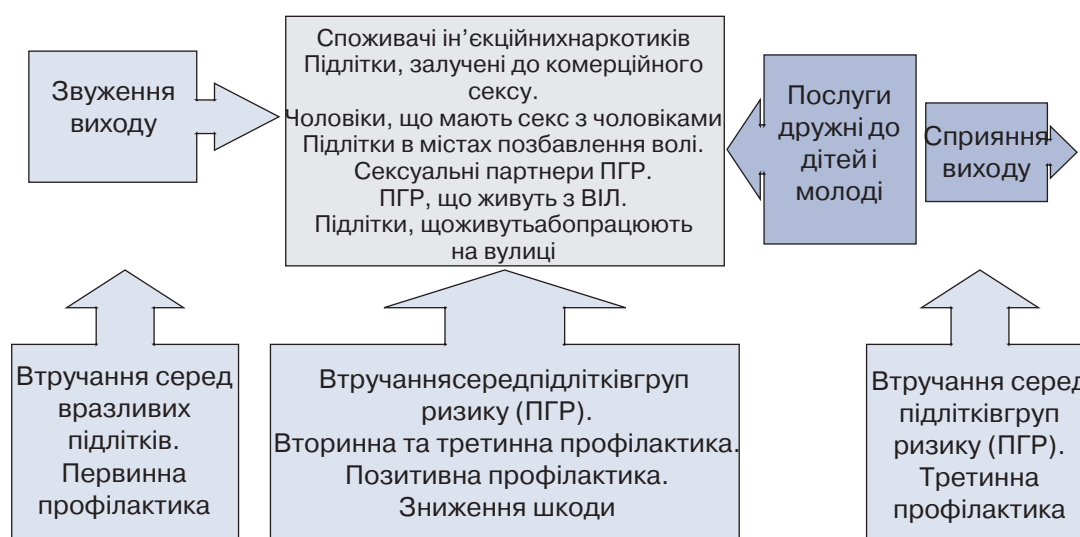


Рис. 4.5.1. Концепція профілактичних заходів для уразливих підлітків і ПГР

²³⁸ Там само.

²³⁹ Там само.

²⁴⁰ Національний звіт про втілення положень підсумкового документа Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань дітей / Держ. ін-т розвитку сім'ї та молоді, М-во України у справах сім'ї, молоді та спорту. – К., 2007; План дій «Світ, сприятливий для дітей» – К., 2007.

²⁴¹ Див.: <http://www.unicef.org/crc/> or <http://www.crin.org>.

²⁴² Див.: <http://www.unhcr.ch/html/menu2/6/crc/doc/comment/hiv.pdf>.

Концепція передбачає безперервність профілактичних послуг (зліва направо), які відбивають різні рівні уразливості й ризику уразливих підлітків і ПГР, а також різні рівні втручання. Варто зазначити, що ця концепція аналогічна до загального підходу в наданні послуг центрами соціальних служб для сімей, дітей та молоді в Україні.

А. Первинна профілактика

Надання безперервних профілактичних послуг уразливим підліткам і ПГР починається з первинної профілактичної допомоги (ліва колонка на рис. 4.5.1). Профілактичні втручання на цьому етапі націлені на зменшення кількості підлітків, які починають залучатися до ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки. Зазвичай, це хлопці та дівчата, які ситуативно опиняються, наприклад, на вулиці або в місцях позбавлення волі. Вони знаходяться в одному кроці від початку ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки. Багато з них товаришують з ПГР, вживають алкоголь, інгалянти, інші хімічні речовини та наркотики, але неін'єкційні. Як свідчать результати базового дослідження, споживання неін'єкційних наркотиків є головним чинником ризику для переходу до вживання ін'єкційних наркотиків, а використання інгалянтів виявилось фактором ризику стосовно незахищеного сексу²⁴³. Отже, варто скористатися можливістю, яка ще існує на цьому етапі, щоб запобігти ризикованій поведінці та зруйнувати її цикл²⁴⁴.

Дослідження показує, що використання неін'єкційних наркотиків є головним чинником ризику для переходу до вживання ін'єкційних наркотиків, тоді як вживання інгалянтів виявляється чинником ризику для незахищеного сексу. Ось чому дуже суттєво використовувати можливості, які ще залишилися, для запобігання ризикованій поведінці серед уразливих підлітків і ПГР.

Оскільки мета первинної профілактики полягає в запобіганні шкоді, заходи переважно зосереджено на психосоціальних підходах до профілактики ВІЛ, а саме на збільшенні знань про ВІЛ/СНІД; на посиленні особистого сприйняття ризику ВІЛ-інфікування; на побудові особистої довіри та навичок справлятися з пережитим стресом або травмою, на профілактиці проти ВІЛ-інфікування та на мотивуванні підлітка до зменшення ризику.

Б. Вторинна, третинна та позитивна профілактика

Хлопці та дівчата, що почали практикувати ризиковану щодо ВІЛ-інфікування поведінку, або мають ВІЛ-позитивний статус, чи знаходяться під підвищеною загрозою ВІЛ-інфікування через незахищені статеві стосунки з хлопцем чи дівчиною-ПГР, потребують уже не тільки заходів з первинної профілактики, а й вторинної чи третинної (середня колонка на рис. 4.5.1).

Вторинна профілактика передбачає заходи, націлені на ранню діагностику, та оцінку, а також заходи, спрямовані на профілактику ризикованої поведінки та ризикованих ситуацій, щоб мінімізувати шкоду, яка може статися без втручання. Це особливо важливо у світлі результатів досліджень, представлених у цьому звіті, які показують, що чим молодшим є підліток, тим більша його уразливість та ризик ВІЛ-інфікування через низький рівень знань, навичок, доступу до послуг тощо.

Третинна профілактика, з іншого боку, націлена на мінімізацію погіршення ситуації після того, як шкоду вже заподіяно, та сприяння виходу з ситуації, якщо це можливо (права колонка на рис. 4.5.1).

Вторинний та третинний профілактичні підходи²⁴⁵ головним чином зосереджені на пропагуванні та посиленні захисної поведінки (використання презервативів, зменшення кількості статевих партнерів та/або ризикованої практики ін'єкцій, звертання по послуги), на сприянні добровільному консультуванню і тестуванню на ВІЛ, діагностуванню та лікуванню ІПСШ. Коли уразливі підлітки

²⁴³ LSHTM (2008) *Investigating HIV risk behaviours amongst most at-risk adolescents in Ukraine*, Submitted in partial fulfilment for the award of Master of Science, Demography & Health, University of London by Clea Meynell, September 2008, unpublished.

²⁴⁴ Для більш детальної інформації див.: www.youthwg.org; або: Gray, R. (2007), *Curbing HIV in Drug-Driven Epidemics Worldwide*, Presentation by Rob Gray, Regional Representative, Population Services International (PSI) in Asia on 6 December 2007.

²⁴⁵ Gudbransson, M. (2004) *Children in institutions: prevention and alternative care. Final report*, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17-19 May 2004, Strasbourg.

та ПГР готові припинити ризиковану поведінку, заходи третинної профілактики зосереджують на тому, щоб допомогти вийти з ситуації. До третинної профілактики ВІЛ входять такі заходи, як замісна підтримуюча терапія для ПГР-СІН, програма «Дорога додому» для ПГР, які повертаються з ув'язнення; програми реабілітації від наркотичної залежності та ресоціалізації або заходи для знаходження альтернативних шляхів забезпечення життя, наприклад, працевлаштування замість занять комерційним сексом²⁴⁶.

Програми реабілітації для підлітків, які вживають алкоголь, розчинники й інші хімічні речовини та наркотики, є особливо важливими, оскільки, як показує дослідження, більшість уразливих підлітків і ПГР залучені до такої поведінки. Такі програми пропонують стратегію виходу та важливу точку входу до профілактики ВІЛ. Ці програми необхідно зв'язати з програмами психосоціальної реабілітації в притулках, денних центрах та інших організаціях підтримки та догляду. В Україні вкрай необхідне широкомасштабне впровадження сучасних безкоштовних програм реабілітації від наркотичної залежності для підлітків²⁴⁷.

Вкрай необхідне широкомасштабне впровадження сучасних безкоштовних програм реабілітації від наркотичної залежності для підлітків, щоб задовольнити наявні потреби.

Сфери освіти та бізнесу також можуть відігравати важливу роль у вторинній та третинній профілактиці, допомагаючи уразливим підліткам і ПГР повернутися до навчання або знайти роботу²⁴⁸. Це може потребувати встановлення нових партнерських зв'язків між державним, недержавним та приватним секторами, як уже зазначено в розділі 4.2.3.4 цього звіту.

Позитивна профілактика (цей термін рідко вживають в Україні) означає надання профілактичних послуг і засобів (презервативів, стерильних шприців тощо) хлопцям та дівчатам підліткового віку, які мають позитивний ВІЛ-статус та чиї статеві партнери та партнери в споживанні ін'єкційних наркотиків сильно загрожені щодо ВІЛ-інфікування. За даними зовнішньої оцінки²⁴⁹, позитивна профілактика залишається значною мірою недорозвинутою в Україні.

Надзвичайно важливо поставити на пріоритетне місце розроблення та впровадження профілактичних програм, спрямованих на підлітків з позитивним ВІЛ-статусом.

В. Надання комплексних послуг

Для всіх цих цілеспрямованих профілактичних заходів дуже важливо забезпечити сприятливе середовище через зменшення чинників уразливості. У цьому напрямі дуже важливо поліпшити доступ до комплексного асортименту послуг підтримки, які задовольняють основні потреби (гігієна, безпека, харчування) та розв'язують окремі проблеми (охорона здоров'я, соціальні, юридичні та інші) уразливих підлітків і ПГР. Якісне дослідження²⁵⁰ серед цих груп свідчить про те, що здоров'я для них не має високої цінності, і вони не дуже ним опікуються, проте задоволення основних потреб для них є важливим.

Практика свідчить, що надання комплексних послуг передбачає або існування системи послуг, дружніх до молоді, системи переадресації до спеціалістів, які об'єднують надто вузькоспеціалізовані та вертикальні системи в Україні, або системи «єдиного вікна» на принципах «низького порога»

²⁴⁶ Там само.

²⁴⁷ Бурлакі Б.Б. Профілактика вживання наркотиків серед молоді: метод. посіб. – К., 2008.

²⁴⁸ Див.: напр.: Barker, G., et al. (1996) Review and Analysis of International Experience with Programs Targeted on At-Risk Youth, The World Bank Group, LASHC Paper Series No. 5, Washington D.C., and: Harrell, A. (1996) Evaluating Programs for Vulnerable Children and Youth, The World Bank Group, LASHC Paper Series No. 3, Washington D.C.

²⁴⁹ Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт, варіант «0», червень 2008 року / ЮНЕЙДС. – К., 2008.

²⁵⁰ Див.: Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід». – К., 2006.

в центрах, куди можна прийти без попередньої домовленості, де працюють соціальні працівники і мінімізована переадресація до спеціалістів²⁵¹. Обидва підходи зараз в Україні в зародковому стані і потребують негайного поширення.

Надання комплексних послуг передбачає або існування системи послуг, дружніх до молоді, та наявності системи переадресації до спеціалістів, або їх треба надавати за принципом «єдиного вікна» для мінімізації потреби у перенаправленні до інших спеціалістів.

Крім того, необхідно запровадити низку інших заходів для створення сприятливого середовища, які не були прописані в запропонованій концепції профілактичних втручань, а саме: заходи, спрямовані на зменшення стигматизації та дискримінації²⁵², розбудову соціального капіталу²⁵³ та вдосконалення законодавства. Вони мають бути тривалими та досягатися зусиллями всього суспільства. Через них не слід нехтувати нинішніми проблемами уразливих підлітків і ПГР²⁵⁴. Враховуючи, що кампанії проти стигматизації та дискримінації є важливими, щоб створити сприятливе середовище для здійснення цілеспрямованих втручань серед уразливих підлітків і ПГР, ці питання розглянуто окремо (див. блок рекомендацій V).

Запропонована у звіті концепція профілактики основана на розумінні того, що профілактичний підхід для підлітків має спрямувати зусилля, можливості та ресурси на хлопців та дівчат підліткового віку, які перебувають під підвищеним ризиком ВІЛ-інфікування, а також на особливо уразливих підлітків та тих, хто має позитивний ВІЛ-статус. Якщо не охопити ці групи відповідними профілактичними заходами та послугами зі зменшення шкоди, ВІЛ продовжуватиме швидко розповсюджуватися серед них, загрожуючи охопити загальне населення. Особливу увагу необхідно приділити хлопцям та дівчатам підліткового віку, що живуть або працюють на вулиці, позбавленим волі та підліткам з перехресною ризикованою поведінкою, а саме юнакам-ЧСЧ-СІН та їхнім статевим партнерам, тобто всім визначеним у дослідженні як групи ризику.

Профілактичний підхід для підлітків, що може вплинути на епідемію ВІЛ в Україні, має спрямувати зусилля, можливості та ресурси на хлопців та дівчат підліткового віку, які перебувають під підвищеним ризиком ВІЛ-інфікування, а також на уразливих підлітків та тих, хто має позитивний ВІЛ-статус. Якщо не охопити ці соціальні групи відповідними профілактичними заходами та послугами зі зменшення шкоди, ВІЛ продовжить швидко поширюватися з ризиком охопити загальне населення.

V. Зменшення стигматизації, дискримінації та криміналізації уразливих підлітків та ПГР

Як показано в підрозділі 4.3, стигматизація, дискримінація та порушення прав уразливих підлітків і ПГР є загальнопоширеними, особливо серед працівників установ та надавачів послуг. Це потребує проведення комплексної кампанії проти стигматизації, дискримінації та криміналізації на всіх рівнях, а також реформування законодавчої системи, а саме запровадження ефективної системи правосуддя у справах неповнолітніх в Україні; перерозподіл та спрямування ресурсів на за-

²⁵¹ Те сам.; 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.

²⁵² 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.

²⁵³ Соціальний капітал» у цьому контексті означає розвиток та зміцнення місцевих громад та соціальної мережі. Згідно з Р. Путнамом (див.: Putnam, R. D. (2000) *Bowling Alone. The collapse and revival of American community*, New York): «Розвиток дитини значною мірою формується соціальним капіталом. Довіра, взаємозв'язки та норми взаємодії у сім'ї дитини, школі, групі однолітків та громаді спричиняють довготривалі впливи на можливості та вибір дитини, на успіхи у навчанні, а, отже, на її поведінку та розвиток» (цит. по Smith, M. K. (2007) 'Social capital', *the encyclopaedia of informal education*, www.infed.org/biblio/social_capital.htm, останнє оновлення 1 жовтня 2008 р.)

²⁵⁴ Busza, J. (2007) *Intervention design. Moving from data to implementation*, Presentation given at a data analysis workshop in Kiev, March 10-13, 2007, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

побігання порушенням; зміцнення програм на базі громад, які допомагають дітям у разі порушення прав, а також дітям, які звільнилися з місць позбавлення волі, тощо.

Концепція стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Загальнодержавна цільова програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки визначають пріоритетом зменшення стигматизації та дискримінації, формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, а також до груп ризику, таких, зокрема, як хлопці та дівчата-ПГР. Заходи (первинні пояснювальні тренінги) перш за все націлені на персонал, який працює в секторі охорони здоров'я, соціальних служб і служб зайнятості, враховуючи тренінги на робочому місці (в умовах різного оточення, сектор охорони здоров'я та соціальний сектор як пріоритетні, а також силові структури). Крім того, програма підкреслює потребу в розробленні юридичних і дорадчих послуг для громадян, представників роботодавців та профспілкових організацій, щоб запобігти через системи звітування та моніторингу випадкам дискримінації. Але на цьому перелік заходів закінчується. До того ж, жодний з перелічених заходів, описаних у програмі, не дістав фінансової підтримки з бюджету. Закладено невеликий бюджет на «формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ або з хворобами, пов'язаними зі СНІДом». Ці невеликі гроші, асигновані на таку величезну та складну справу, ставлять під сумнів серйозність ставлення Уряду України до питань, пов'язаних з грубими порушеннями прав людини, розв'язання яких є критичним для створення сприятливого середовища щодо здійснення заходів, спрямованих на уразливі групи та групи ризику, враховуючи підлітків.

З огляду на зазначене, рекомендуємо:

- ▶ Визнати пріоритетним напрямом підготування та впровадження комплексної кампанії, спрямованої на зменшення стигматизації та дискримінації, а також криміналізації уразливих підлітків і ПГР, із залученням до участі в цій роботі відповідних груп ризику та недержавних організацій. Ключові елементи такої кампанії охоплюють:
 - (а) Постійну та послідовну поінформовану правозахисну діяльність і соціальну мобілізацію з залученням релігійних, культурних та політичних лідерів в Україні.
 - (б) Інтегрування цільових заходів проти ВІЛ у програми та послуги, які надають всім безпосередні надавачі послуг.
 - (в) Запуск програм створення умов для повноцінної участі у житті суспільства груп, що знаходяться в умовах найбільшої загрози ВІЛ-інфікування.
 - (г) Забезпечення уразливим підліткам і ПГР компенсації за порушення їхніх прав²⁵⁵.
- ▶ Переглянути систему затримання, переслідувань, правового захисту та умовного звільнення для підлітків з метою:
 - (а) Зміцнення правоохоронних механізмів антидискримінаційної політики і політики толерантності та збільшення фінансування служб громадського захисту для дітей, які стали жертвами насильства, особливо з боку працівників міліції, та належного покарання винних; забезпечення юридичного захисту на всіх стадіях судочинства уразливих підлітків та ПГР, яких звинувачують у порушенні закону; забезпечення підтримки службам громадського захисту та іншим юридичним службам у визначенні, моніторингу та звітуванні про випадки насильства щодо уразливих підлітків та ПГР²⁵⁶.
 - (б) Створення в ІТТ умов, дружніх до молоді, наприклад, «зелених кімнат», включення профілактики ВІЛ у послуги, що надає кримінальна міліція у справах неповнолітніх.

²⁵⁵ 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.

²⁵⁶ O'Donnel, D., et al. (2008) *Juvenile Justice Assessment: Ukraine (revised draft)*, Draft report based on an assessment mission conducted from 11 to 23 May 2008 in Ukraine (Kiev, Kharkiv), unpublished.

- (в) Інтегрування профілактики ВІЛ у програми умовного звільнення, що потребує зміцнення відповідних служб.

Для послідовного здійснення цих заходів бажано залучити теми профілактики ВІЛ, прав дитини, правосуддя у справах неповнолітніх та інші питання, що стосуються уразливих підлітків і ПГР, у навчальні програми відповідних закладів освіти та інститутів підвищення кваліфікації.

VI. Адаптація послуг профілактики, лікування, догляду та підтримки до потреб уразливих підлітків і ПГР

Як засвідчують матеріали цього звіту, профілактика ВІЛ та зменшення шкоди, а також профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, добровільне консультування та тестування на ВІЛ та ППСШ рідко відповідають особливим потребам уразливих підлітків і ПГР в Україні. Це також стосується загальної системи охорони здоров'я та багатьох інших соціальних, юридичних, професійно-технічних та інших послуг, які надають дітям та молоді в Україні. Навіть клініки, дружні до молоді, ще не пристосувалися до надання допомоги уразливим підліткам і ПГР. Надання цим послугам статусу «дружні до молоді» потребує організації комплексного навчання та пояснювальних програм у процесі розбудови кадрового потенціалу, як це зазначено у блоці рекомендацій II.

За результатами дослідження, особливу увагу необхідно приділити:

1. Тренінгам і підготовці безпосередніх надавачів послуг для уразливих підлітків і ПГР, щоб забезпечити належний рівень послуг для цих груп, особливо у сфері охорони здоров'я, розвитку та ставової поведінки; інформування і консультування з юридичних, етичних питань та питань захисту дитини; інфекцій, що передаються статевим шляхом, та ризикованої поведінки; ефективних профілактичних підходів для роботи з уразливими сім'ями, уразливими підлітками і ПГР²⁵⁷.
2. Зміцненню спроможності соціальних служб та недержавних організацій забезпечити належну підтримку уразливим підліткам і ПГР, які ще живуть з батьками або з іншими родичами (бабусями та дідусями). Це потребує підходу, орієнтованого на клієнта. Ці послуги можуть доповнити психосоціальні консультаційні служби на основі громад, денні центри догляду за уразливими підлітками та ПГР і допомоги їхнім піклувальникам, а також широка мережа центрів короткотривалого перебування для дітей (див. блок рекомендацій I).
3. Розбудові спроможності служб захисту дитини (управлінь у справах дітей, міліції у справах неповнолітніх, районних відділів міліції) виявляти та розпізнавати на якомога ранніших стадіях випадки знущання та домашнього насильства або інші прояви кризи в сім'ях; досягненню відповідності цих послуг потребі зменшити уразливість і ризики щодо інфікування ВІЛ й узгодити їх із наявним переліком послуг з профілактики ВІЛ та підтримки, зарахування їх до системи переадресації та до відповідних програм.

Розробка послуг, дружніх до молоді, потребує впровадження та підтримки стандартів якості у роботі надавачів послуг; розроблення інформаційно-просвітницьких матеріалів з питань профілактики (наприклад, плакатів у кімнатах очікування, інформаційних листівок, кишенькових довідників тощо); внесення ВІЛ-профілактики як важливого компонента в роботу служб для клієнтів/пацієнтів; функціонування системи переадресації до спеціалістів, якщо є потреба в ширшому консультуванні з конкретних питань, та інші послуги²⁵⁸. Надання послуг на місцях повинне бути розбудоване в усіх службах, дружніх до ПГР, як складник служби або в рамках співпраці з соціальними працівниками, з огляду на брак бажання уразливих підлітків і ПГР самим шукати допомогу.

Особливу увагу необхідно приділити подоланню бар'єрів у наданні послуг підліткам-мігрантам, яким допомогу краще надавати в центрі, що працює за принципом «низького порога» та надає широкий спектр комплексних послуг, не вимагаючи документів при наданні допомоги, але в разі необхідності надаючи підтримку в їх оформленні.

²⁵⁷ Homans, H. (2007) Questions for the development of a National Action Plan on MARA, Group work material developed for a strategic planning workshop on MARA in Moldova from 12-13 September 2007, unpublished.

²⁵⁸ Див: www.effectiveinterventions.org

Такі принципи запропоновано додати в роботу служб, дружніх до уразливих підлітків і ПГР²⁵⁹:

- ▶ Толерантність та увага до відмінностей у віці, статі, соціальній групі, ризикованій поведінці та соціальному статусі.
- ▶ Недискримінування.
- ▶ Рівні умови доступу до безкоштовних послуг та профілактичних товарів і засобів.
- ▶ Врахування потреб та принципи активної участі отримувачів послуг.
- ▶ Інтеграція послуг з іншими службами та секторами, забезпечуючи безперервність догляду та відповідні направлення до спеціалістів.
- ▶ Послуги зі зменшення чинників ризику та шкоди, особливо у випадках перехресної ризикованої поведінки, та збільшення захисту.
- ▶ Ефективне охоплення послугами і мотивування уразливих підлітків і ПГР отримувати допомогу.
- ▶ Підготовка до надання послуг, дружніх до уразливих підлітків і ПГР, підтримки підліткового здоров'я та розвитку, консультацій та інформування, наприклад на основі навчального курсу ВООЗ «Орієнтації на програми з питань підліткового здоров'я»²⁵⁹.
- ▶ Гарантія якості (враховуючи дотримання приватності та конфіденційності) – вимог працювати згідно з національними нормами та стандартами, наявність зворотного зв'язку з клієнтом і розбудова ефективних моделей надання послуг.
- ▶ Сталість послуг.

VII. Впровадження базового пакета профілактичних заходів для уразливих підлітків і ПГР

На основі базового пакета ВООЗ із заходів ВІЛ-профілактики, лікування, догляду та підтримки в умовах концентрованої та загальної епідемії ВІЛ²⁶¹, ЮНІСЕФ розробив у 2007 році основний пакет профілактичних заходів для уразливих підлітків і ПГР²⁶², до якого входять:

1. Інформування, освіта, розвиток навичок та консультування як складники комплексної стратегії заходів для зміни поведінки.
2. Реклама та маркетинг презервативів для чоловіків і жінок.
3. Послуги зі зменшення шкоди.
4. Інформаційно-просвітницькі послуги на місцях.
5. Направлення на отримання послуг лікування ВІЛ, інші види лікування, догляду та підтримки.
6. Добровільне консультування та тестування на ВІЛ, включаючи «позитивну» профілактику.
7. Рання діагностика та лікування ППСШ.

Ця модель аналогічна до базового пакета, запропонованого у «Дорожній карті» для підлітків і дітей груп ризику від 10 до 18 років²⁶³, але, крім того, містить послуги з діагностики та лікування

²⁵⁹ З незначними змінами цит. за: 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.

²⁶⁰ WHO et al. (2006) *Orientation programme on adolescent health for health-care providers, Core and Optional Modules*, Geneva, see: www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241591269/en/. Зверніть увагу на те, що модуль по ПГР знаходиться на стадії розробки.

²⁶¹ WHO (2006) *Towards Universal Access by 2010. How WHO is working with countries to scale-up HIV prevention, treatment, care and support*, HIV/AIDS Programme, Geneva.

²⁶² З незначними змінами цит. за: 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.

²⁶³ «Дорожня карта» пропонує мінімальний пакет профілактичних послуг, до яких належать інформація, освіта з питань ВІЛ/СНІДу в початковій та середній школі, консультування з юридичних питань, програми зниження шкоди (з ураху-

ПСШ, а також консультування з широкого спектра питань не тільки юридичних, але й з торгівлі людьми та експлуатації. До моделі також входять заходи зі зміни ризикованої поведінки²⁶⁴.

До початку впровадження основного пакета профілактичних послуг у певній місцевості необхідно розрахувати чисельність цільової групи, позначити на мапі місця збору уразливих підлітків і ПГР, а також переглянути можливості профілактичних заходів, конкретні потреби, чинники уразливості та ризику. Оскільки зібрані показники мають відмінності, останні необхідно розглянути з урахуванням віку, соціального статусу, відмінностей між групами ризику та моделями ризикованої поведінки, гендерних норм, співвідношення сил у групі, рівня доступу уразливих підлітків і ПГР до профілактичних послуг, а також бар'єрів доступу, які необхідно подолати. Цей аналіз надасть дані, які допоможуть спеціалістам з планування визначити пріоритетні групи ризику в області, місті або районі, тобто вирішити, хто є найуразливішим до ВІЛ-інфікування, та відповідно скласти програму.

До початку впровадження основного пакета профілактичних послуг у певній місцевості необхідно прорахувати чисельність цільової соціальної групи; позначити на мапі місця збору уразливих підлітків і ПГР; а також переглянути можливості профілактичних заходів, конкретні потреби, уразливості та ризику уразливих підлітків і ПГР у місцевості. Ці дані допоможуть спеціалістам з планування визначити пріоритети та відповідно складати програми.

З урахуванням значних пробілів та низького рівня охоплення профілактичними послугами з ВІЛ/СНІДу в Україні, основні зусилля необхідно спрямувати на швидке поширення профілактичних послуг, особливо у місцевостях, найураженіших епідемією ВІЛ.

З урахуванням значних відставань та низького рівня охоплення ВІЛ-профілактичними послугами в Україні основні зусилля необхідно спрямувати на швидке розповсюдження профілактичних послуг, особливо у місцевостях, найбільш уражених епідемією ВІЛ.

Крім того, необхідно використовувати всі наявні пункти доступу до послуг профілактики проти ВІЛ/СНІДу. Це потребує продовження подальшого інтегрування профілактичних заходів у діяльність закладів догляду за дитиною, ІТТ, СІЗО та виправних установ для неповнолітніх. Необхідно поширювати нетрадиційні пункти доступу до профілактичних послуг, такі, наприклад, як аптеки, користуючись пілотними схемами, впровадженими в рамках проекту «Схід сонця» за фінансової підтримки АМР США²⁶⁵. За даними базового дослідження, аптеки відіграють важливу роль у забезпеченні ПГР профілактичними товарами та засобами.

Профілактичні послуги для уразливих підлітків і ПГР повинні бути ефективними, вже випробуваними на досвіді. Оскільки досліджень з питань профілактики ВІЛ/СНІДу серед уразливих підлітків і ПГР в Україні було мало, рекомендуємо розглянути ефективні моделі профілактики в інших країнах, особливо сусідніх²⁶⁶, до початку складання програм.

ванням особливостей неповнолітніх дітей) з метою профілактики передачі ВІЛ статевим і нестатевим шляхом та здійснення добровільного консультування та тестування на ВІЛ. Див.: *Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року*: звіт підготувала міжсекторальна робоча група з питань універсального доступу; документ ґрунтується на результатах трьох національних консультативних нарад і підготовлений за підтримки Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДУ (ЮНЕЙДС). – К., 2006.

²⁶⁴ 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.

²⁶⁵ За детальнішою інформацією звертайтеся до київських офісів Програми PATH або МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу».

²⁶⁶ Див.: WHO (2006) *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*, UNAIDS Inter-Agency Task Team on Young People, WHO Technical Report Series No. 938, Geneva; Homans, H. (2007) *Manual on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents*, Draft November 2007, UNICEF Regional Office for Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States, Geneva, unpublished; *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006; Kissing, D.M., et al. (2007) *HIV seroprevalence in street youth St Petersburg, Russia*, in: *AIDS 2007*, Vol 21 No 17, pp. 2333–2340; Stephenson, S. (2001) *Street children in Moscow: using and creating social capital*, The Editorial Board of *The Sociological Review* 2001, Malden M.A.; сайт: www.crin.org.

VIII. Сталість профілактичних заходів

Одним із шляхів підвищення сталості профілактичних заходів є розбудова потенціалу центрів соціальних служб для сімей, дітей та молоді у напрямі надання уразливим підліткам і ПГР профілактичних послуг.

Однак можливості таких центрів обмежені, довіра до державних установ серед соціальних груп є невисокою, а послуги на місцях та комплексні послуги за принципом «низького порога» зазвичай надають недержавні організації. Тому рекомендовано:

Розробити механізми та сприятливе законодавство з метою зміцнення та регулювання співпраці між державним та недержавним секторами в Україні (наприклад, через відповідні механізми налагодження контактів з місцевими органами влади, вибору та реєстрації послуг, які надають НДО²⁶⁷), особливо для постійного фінансування ефективних моделей надання послуг недержавними організаціями, які наразі фактично залежать від донорського фінансування, що ставить під загрозу сталість цих послуг.

У подальшому розширенні спектра послуг, які можуть надавати НДО, необхідно проявити гнучкість з урахуванням механізмів, якими вони можуть для цього скористатися²⁶⁸.

Концепція стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Загальнодержавна цільова програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки передбачають розроблення та впровадження механізмів, які б дозволили недержавним організаціям надавати соціальні послуги людям, які живуть з ВІЛ або хворобами, пов'язаними зі СНІДом, а також групам ризику щодо запобігання інфікуванню на ВІЛ. Ці послуги ще необхідно визначити, але в проекті програми ця діяльність не підкріплена фінансуванням. Крім того, єдиним індикатором моніторингу визначено «кількість законодавчо-правових актів». Отже, залишається незрозумілим, наскільки механізми реалізації забезпечені фінансуванням, яке є необхідним для подальшого здійснення НДО профілактичних заходів.

²⁶⁷ Bilson, A. and Carter, R. (2008) *Strategy development for the reform of the state care system for children deprived of parental care living in state institutions*. A report for UNICEF Ukraine, June 2008, unpublished.

²⁶⁸ Там само.

5. ПОДАЛЬШЕ ВИКОРИСТАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження виправдане тільки тоді, коли його результати широко розповсюджено заради досягнення поставленої мети. Головна мета проекту полягала в зборі даних про уразливих підлітків і ППР, щоб зміцнити доказову базу про ці групи та глибше розуміти їх поведінку, чинники, що впливають на поведінку, та доступ до послуг як основи для планування, розроблення програм та моніторингу здійснення ВІЛ-профілактичних заходів для цих груп в Україні. Ця мета була досягнута. Наразі є комплексна доказова база про уразливих підлітків і ППР в Україні, враховуючи базові дані, які дають додаткову інформацію про їх уразливість та ризик ВІЛ-інфікування. Результати широко розповсюджено та обговорено в Україні, головним чином у рамках національних, регіональних та міжсекторальних зустрічей зацікавлених сторін, а також на міжнародному рівні, на міжнародних конференціях. Розроблено перелік основних індикаторів, та деякі з них уже додані в галузеву інформаційну систему Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту (база даних Dev Info), що зміцнить національний моніторинг. Ключові індикатори щодо хлопців і дівчат-ППР були також представлені на засіданні національної робочої групи з питань моніторингу і оцінки з ВІЛ/СНІДу у серпні 2008 року та стали основою при обговоренні питання національного переліку індикаторів з ВІЛ/СНІДу з урахуванням впливу цих груп ризику на поширення епідемії ВІЛ. Результати, подані в цьому звіті, а також ключові індикатори були представлені на Четвертій міжнародній конференції з моніторингу і оцінки з питань ВІЛ/СНІДу у вересні 2008 року. Резолюція конференції відбиває деякі ключові рекомендації цього звіту.

Надзвичайно важливим є те, що ЮНІСЕФ ініціював та підтримує розроблення стратегічних планів дій щодо профілактики ВІЛ-інфікування серед уразливих підлітків і ППР на національному та регіональному рівнях у співпраці з партнерами проекту ППР на всіх рівнях, реалізуючи одну з ключових рекомендацій цього звіту. Результати процесу стратегічного планування забезпечать стратегічну платформу для оперативного планування на рівні надавачів послуг, розбудови кадрового потенціалу та мобілізації ресурсів, а також для впровадження інноваційних та ефективних моделей надання послуг. Державна соціальна служба за підтримки Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту відіграє у цьому процесі провідну роль. Є надія, що цей процес стане початком активної діяльності Уряду України в напрямі профілактики ВІЛ серед однієї з найзначніших груп ризику, яка до цього часу залишалася поза рамками цієї діяльності, а також у напрямі перерозподілу ресурсів, наданих для підтримки та впровадження ефективних моделей профілактики. Така діяльність стає нагальнішою у світлі безпрецедентної глобальної економічної та фінансової кризи, яка також суттєво вразила країни з перехідною економікою, зокрема Україну, та погіршила обставини з працевлаштуванням, особливо підлітків та молодих людей, а також негативно вплинула на систему охорони здоров'я та систему соціального захисту країни.

ДОДАТОК 1**ОРГАНІЗАЦІЇ, ЩО МАЛИ БРАТИ ТА ВЗЯЛИ УЧАСТЬ У РЕГІОНАЛЬНИХ
КООРДИНАЦІЙНИХ РАДАХ (РКР)****Київ**

№	Назва організації	Планували, що братимуть участь у РКР	Взяли участь у РКР
1	Клініка, дружня до молоді	+	
2	МБО «Служба порятунку дітей»	+	+
3	Недержавна організація «Кроки життя»	+	+
4	Всеукраїнська БО «Час життя плюс»	+	+
5	ГО «Крок за кроком»	+	+
6	Міська служба у справах дітей	+	+
7	Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	+	+
8	Благодійний фонд «Дитяча надія»	+	+
9	БО «Світло в житті»	+	+
10	Київська міська клінічна лікарня № 5	+	+
11	ГО «Дитинство без СНІДу»	+	+

Донецька область

№	Назва організації	Планували, що братимуть участь у РКР	Взяли участь у РКР
1.	Проект «Берегиня» (м. Макіївка)	+	+
2.	Благодійний фонд «Карітас-Донецьк»	+	+
3.	Міська молодіжна недержавна організація «МАРТИН-клуб» (м. Макіївка)	+	+
4.	Центр соціальної реабілітації та адаптації інвалідів дитинства та сиріт «Асоль» (м. Вугледар)	+	+
5.	Молодіжна недержавна організація «Джерело відродження» (м. Торез)	+	+
6.	Молодіжна організація інвалідів дитинства та сиріт «Асоль» (м. Вугледар)	+	+
7.	Благодійний фонд «Пілігрим» (м. Маріуполь)	+	
8.	Центр дитячої реабілітації «Республіка «Пілігрим»» (м. Маріуполь)	+	
9.	Приазовський реабілітаційний центр для дорослих наркоманів «Перетворення»	+	
10.	Релігійна організація «Християнська благодійна місія «Роздай хліб бідним»» (м. Макіївка)	+	
11.	Управління освіти і науки Донецької облдержадміністрації	+	+
12.	Обласний центр здоров'я	+	+
13.	Недержавна організація «Маріупольський союз молоді»	+	+
14.	Дружківський міський ЦСССДМ	+	+
15.	Недержавна організація «Новий день» (м. Краматорськ)	+	+
16.	Обласний центр охорони материнства та дитинства	+	+
17.	Недержавна організація «Здоров'я молоді» (м. Донецьк)	+	+
18.	Дитяча недержавна організація «Союз захоплених» Ясинуватського району	+	+

19.	Регіональне представництво «Альянс з ВІЛ/СНІДу» в Україні	+	+
20.	Представництво програми НРІ	+	+
21.	Служба у справах дітей Донецької облдержадміністрації	+	+
22.	Кримінальна міліція у справах дітей	+	+
23.	Управління громадської безпеки УМВС України в Донецькій області	+	+
24.	Недержавна організація «Горлиця»	+	+
25.	Громадська рада Управління Державного департаменту України з питань виконання покарань у Донецькій області	+	+
26.	Представники депутатів міських рад м. Дружківки та м. Маріуполя	+	+
27.	Обласний центр наркозалежних «Твоя перемога»	+	+
28.	Міська недержавна організація «Твоя перемога» (м. Донецьк)	+	+
29.	Донецька обласна недержавна організація «Статус+»	+	+
30.	Релігійна організація «Церква Христа»	+	+
31.	Регіональне представництво фонду «Благополуччя дітей»	+	+
32.	Донецький міський ЦСССДМ	+	+
33.	Донецький інститут ринку і соціальної політики	+	+
34.	Донецьке обласне товариство Червоного Хреста	+	+
35.	Донецький обласний ЦСССДМ	+	+
36.	Донецький національний університет	+	+
37.	Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом	+	+
38.	Недержавна організація «Союз жінок України Ясинуватського району»	+	+
39.	Загальноосвітня школа № 67 Куйбишевського району м. Донецька	+	+
40.	Обласний центр соціально-психологічної допомоги	+	+
41.	Управління у справах сім'ї та молоді Донецької облдержадміністрації	+	+
42.	Шахтарський районний ЦСССДМ	+	+
43.	Обласний благодійний фонд «Здоров'я нації»	+	+
44.	Амвросіївський районний ЦСССДМ	+	+
45.	Міський центр здоров'я (м. Донецьк)	+	+
46.	Донецьке товариство сприяння ВІЛ-інфікованим	+	+
47.	Недержавна організація «Фундація «Молодь Донбасу»»	+	+
48.	Недержавна організація «Жіноча недержавна організація Старобешівського району»	+	+
49.	Макіївський міський ЦСССДМ	+	+
50.	Благодійний фонд «Добрий пастор»	+	+
51.	Релігійна організація «Слово життя»	+	
52.	Недержавна організація «Союз молодих державних службовців України» (м. Жданівка)	+	+
53.	Інститут судової експертизи обласної центральної клінічної лікарні	+	+
54.	Благодійний фонд «Піклування», обласний шкірно-венерологічний диспансер	+	+
55.	Слов'янський районний ЦСССДМ	+	+

Дніпропетровська область

№	Назва організації	Планували, що братимуть участь у РКР	Взяли участь у РКР
1	ГУМВС України в Дніпропетровській обл. (управління кримінальної міліції; запобігання торгівлі людьми)	+	+
2	Дніпропетровський міський центр денного перебування для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді	+	+
3	Християнська церква «Скала спасіння»		
4	Центр соціально-психологічної реабілітації дітей м. Дніпропетровська	+	+
5	Притулок для неповнолітніх «Барвінок»	+	+
6	Дніпропетровський обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	+	+
7	КЗ «Дніпропетровський обласний центр здоров'я»		
8	Служба у справах дітей Дніпропетровської обласної державної адміністрації	+	+
9	ГО «Дніпровські гуманітарні ініціативи»		+
10	БФ «Діти майбутнього»		
11	Комунальний заклад «Дніпропетровський центр профілактики та боротьби зі СНІДом»	+	
12	Ініціативна група Всеукраїнської благодійної організації ЛЖВ	+	+
13	ГО «Твоя перспектива» (м. Кривий Ріг)	+	+
14	Головне управління охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадмін.	+	+
15	Обласний наркологічний диспансер	+	+
16	Приймальник-розподільник м. Дніпропетровська	+	+
17	Інформаційно-маркетингова компанія «DEF- Group»	+	
18	Дніпропетровське обласне товариство Червоного Хреста	+	
19	Методоб'єднання психологів і соціальних педагогів профтехосвіти в Дніпропетровській області		+
20	МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні»	+	+
21	Управління Державного департаменту України з питань виконання покарань у Дніпропетровській області	+	
22	Обласний шкірно-венерологічний диспансер	+	+
23	Інститут післядипломної педагогічної освіти, кафедра культури здоров'я	+	
24	ГО «Хелп» (м. Дніпропетровськ)	+	+
25	ГО «Алекс» (м. Дніпропетровськ)		+
26	Обласний методичний центр профтехосвіти		+

Миколаївська область

№	Назва організації	Планували, що братимуть участь у РКР	Взяли участь у РКР
1	Миколаївське обласне відділення Всеукраїнської добродійної організації «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»	+	
2	Миколаївська асоціація ВІЛ-інфікованих «Час життя»	+	
3	Миколаївський обласний центр профілактики і лікування хворих СНІДом	+	
4	Миколаївський обласний центр соціальних служб для сім'ї дітей і молоді	+	+
5	Миколаївський обласний центр здоров'я	+	+

6	Миколаївський обласний добродійний фонд «Нове сторіччя»	+	+
7	Миколаївський місцевий благодійний фонд «Орхідея»	+	
8	Миколаївський обласний громадський молодіжний рух «Пенітенціарна ініціатива»	+	+
9	Кримінальна міліція у справах дітей УМВС України в Миколаївській області	+	
10	Миколаївський обласний наркологічний диспансер	+	
11	Миколаївський місцевий добродійний фонд «Християнська місія «Еммануїл»»	+	
12	Миколаївська загальноосвітня школа соціальної реабілітації	+	
13	Миколаївський місцевий благодійний фонд «Юнітус»	+	+
14	Миколаївський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	+	+
15	Міський притулок для неповнолітніх	+	+
16	Регіональний ресурсний центр	+	+
17	Служба у справах дітей Миколаївського міськвиконкому	+	+
18	Управління освіти та науки Миколаївської облдержадміністрації	+	+

ДОДАТОК 2



УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
СОЦІАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
імені
Олександра Яременка



Проект ЮНІСЕФ «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику (ПГР) в Україні та Південно-Східній Європі»

Розрахунки здійснені на базі:

- ▶ Вторинного аналізу даних поведінкових досліджень груп високого ризику (СІН, ЖКС, ЧСЧ), здійснених у 2007 р.: серед груп підліткового віку (до 19 років).
- ▶ Отриманих результатів кількісного опитування дітей та підлітків (хлопців та дівчат 10–19 років), які живуть або працюють на вулиці.

Характеристика вибіркової сукупності	Підлітки, які живуть або працюють на вулиці		Підлітки груп ризику			
			СІН		ЖКС	ЧСЧ
Загальний обсяг вибірки	805		4143 СІН, враховуючи 259 віком 13–19 років		1602 ЖКС, враховуючи 281 віком 13–19 років	1764 ЧСЧ, враховуючи 212 віком 15–19 років
Розподіл за статтю, % (осіб)	хлопці	70 (565)	хлопці	66 (170)		
	дівчата	30 (240)	дівчата	34 (89)		
Розподіл за віком						
до 15	38		1		1	
15–17	44		34		33	28
18 і старші	18		65		66	72

КЛЮЧОВІ ІНДИКАТОРИ

ПІДЛІТКИ, ЯКІ ЖИВУТЬ АБО ПРАЦЮЮТЬ НА ВУЛИЦІ

Індикатор

	Всі		Хлопці		Дівчата	
	%	N	%	N	%	N

ПОВЕДІНКА

Споживання ін'єкційних наркотиків

% осіб, які повідомили, що споживали ін'єкційні наркотики Денормінатор: усі респонденти	15,5	805	16	565	14	240
% осіб, які почали споживати ін'єкційні наркотики у віці до 15 років (до 18 років)						
Денормінатор: кількість тих, хто відповів «так» на запитання «Чи вживав (-ла) ти коли-небудь наркотики за допомогою шприца?», а також відповіли на запитання: «Скільки тобі було років, коли ти вперше спробував (-ла) наркотик за допомогою шприца?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	45		41		56	
Денормінатор: кількість тих, хто відповів «так» на запитання «Чи вживав (-ла) ти коли-небудь наркотики за допомогою шприца?», а також відповіли на обидва запитання «Скільки разів ти вживав (-ла) наркотики, використовуючи шприц/голку, які вже хтось використовував до тебе, за останній місяць?» та «Протягом останніх 30 днів, як часто ти вживав (-ла) наркотик із заздалегідь наповненого шприца?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	98	125	98	92	97	33
% осіб, які повідомили про використання спільного інструментарію (голки для ін'єкції) протягом останнього місяця						
Денормінатор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи вживав (-ла) ти коли-небудь наркотики за допомогою шприца?», а також відповіли на обидва запитання «Скільки разів ти вживав (-ла) наркотики, використовуючи шприц/голку, які вже хтось використовував до тебе, за останній місяць?» та «Протягом останніх 30 днів, як часто ти вживав (-ла) наркотик із заздалегідь наповненого шприца?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	61	92	62	69	57	23
% СНІВ, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останнього вживання ін'єкційних наркотиків						
Денормінатор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи вживав (-ла) ти коли-небудь наркотики за допомогою шприца?», а також відповіли на запитання «Чи використовував (-ла) ти новий/стерильний шприц/голку під час останнього вживання наркотику?» та «Чи вживав (-ла) ти коли-небудь ін'єкційні наркотики, використовуючи шприц після того, як хтось його наповнив?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	76	86	77	62	71	24
Частота споживання ін'єкційних наркотиків протягом останнього місяця						
Денормінатор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи вживав (-ла) ти коли-небудь наркотики за допомогою шприца?», а також відповіли на запитання «Чи використовував (-ла) ти новий/стерильний шприц/голку під час останнього вживання наркотику?» та «Чи вживав (-ла) ти коли-небудь ін'єкційні наркотики, використовуючи шприц після того, як хтось його наповнив?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	11					
Денормінатор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи вживав (-ла) ти коли-небудь наркотики за допомогою шприца?», а також відповіли на запитання «Як часто ти вживав (-ла) наркотики за допомогою шприца протягом останніх 30 днів?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	55	56				
Денормінатор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи вживав (-ла) ти коли-небудь наркотики за допомогою шприца?», а також відповіли на запитання «Як часто ти вживав (-ла) наркотики за допомогою шприца протягом останніх 30 днів?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	34					

Кількість спільних партнерів протягом останнього місяця			
Денормінатор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання: «Чи вживав (-ла) ти коли-небудь наркотики за допомогою шприца?», а також відповіли на запитання «Скільки разів ти вживав (-ла) наркотики, використовуючи шприц/голку, які вже хтось використовував до тебе, за останній місяць?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	1	17	
	2	37	
	3-5	34	24
	6-10	8	
	більше ніж 10	4	
Статеві контакти чоловіків з чоловіками (ЧСЧ)			
% осіб, які повідомили, що мали анальні статеві контакти з чоловіками		10	551
Денормінатор: усі, хто відповів на це запитання.			
% ЧСЧ, які повідомили, що вперше мали анальні статеві контакти з чоловіками у віці до 15 років (до 18 років)		74	54
Денормінатор: кількість хлопців, які відповіли «так» на запитання «Чи був до 15 років у тебе анальний статевий акт?»		96	
кількість ЧСЧ-партнерів за...			
Денормінатор: кількість хлопців, які відповіли «так» на запитання «Чи був у тебе анальний статевий акт?» серед тих, у кого були партнерів-чоловіки, а також відповіли на запитання «Скільки статевих партнерів-чоловіків у тебе було за останній місяць/за останній рік?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	1	52	27
	2	37	
	більше 3	11	
...останній рік			
1		44	
2		19	
3-5		20	41
6-10		12	
більше 10		5	
% ЧСЧ, які повідомили, що мали статеві контакти з чоловіками, від яких одержували винагороду грошима, товарами, наркотиками, харчами, одягом		52	47
Денормінатор: кількість хлопців, які відповіли «так» на запитання «Чи був у тебе анальний статевий акт?», а також відповіли на запитання «Вкажи кількість чоловіків, які давали тобі винагороду грошима, товарами, наркотиками, харчами, одягом в обмін на секс протягом останнього року», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».			
% ЧСЧ, які повідомили про використання презерватива під час останнього проникаючого статевого контакту з комерційним партнером-чоловіком		39	26
Денормінатор: кількість хлопців, які мали статеві контакти з комерційним партнером-чоловіком, а також відповіли на запитання «Чи використовував ти презерватив, коли займався сексом з «платним» партнером останнього разу?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».			

% ЧСЧ, які повідомили про використання презерватива під час останнього проникаючого статевого контакту з некомерційним партнером-чоловіком									
<i>Деномінатор: кількість хлопців, які відповіли «так» на запитання «Чи був у тебе анальний статевий акт?», а також відповіли на запитання «Чи використовував ти презерватив останнього разу, коли у тебе був анальний секс з чоловіком/хлопчиком?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».</i>	36	44							
% ЧСЧ, які завжди використовують презерватив									
<i>Деномінатор: кількість хлопців, які відповіли «так» на запитання «Чи був у тебе анальний статевий акт?», а також відповіли на запитання «Як часто ти використовував презерватив зі своїми партнерами-чоловіками протягом останніх 12 місяців», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».</i>	4	54							
Продаж сексу									
% осіб, які повідомили про отримання грошей, наркотиків чи іншої винагороди за надання сексуальних послуг (вагінальний чи анальний секс)	28	805	17	565	57	240			
<i>Деномінатор: усі респонденти.</i>									
% осіб, які вперше отримали гроші, наркотики чи іншу винагороду за надання сексуальних послуг у віці до 15 років (до 18 років) (серед дівчат)					57	127			
<i>Деномінатор: кількість дівчат, які відповіли «так» на запитання «Чи одержувала ти коли-небудь винагороду за сексуальні послуги?», а також відповіли на запитання про вік першої практики продажу сексу, враховуючи «не знаю» та «немає відповіді».</i>									
Кількість комерційних статевих партнерів протягом останнього року (серед дівчат)					5	23	18	16	38
<i>Деномінатор: кількість дівчат, які відповіли «так» на запитання «Чи одержувала ти коли-небудь винагороду за сексуальні послуги?», а також відповіли на запитання «Скільки різних комерційних статевих партнерів у тебе було протягом останнього року?», враховуючи «не знаю», немає відповіді» та «запитання не ставили».</i>									
% осіб, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту з клієнтом (серед дівчат)									
<i>Деномінатор: кількість дівчат, які відповіли «так» на запитання «Чи одержувала ти коли-небудь винагороду за сексуальні послуги?», серед тих, у кого були комерційні партнери протягом останнього року, а також відповіли на запитання «Чи використовувала ти презерватив останнього разу, коли у тебе був секс з комерційним партнером?», враховуючи «не знаю», немає відповіді» та «запитання не ставили».</i>	64	92							

% осіб, які завжди використовували презервативи під час статевих контактів з клієнтами протягом останнього року (серед дівчат)

Деноніратор: кількість дівчат, які відповіли «так» на запитання «Чи одержувала ти коли-небудь винагороду за сексуальні послуги?», серед тих, у кого були комерційні партнери протягом

останнього року, а також відповіли на запитання «Чи використовувала ти презерватив протягом

останнього року, коли у тебе був секс з комерційним партнером?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».

8

116

Сексуальний досвід (серед усіх груп респондентів, незалежно від групи ризику)

% осіб, які повідомили, що мали статеві контакти (вагінальні/анальні/оральні)
Деноніратор: усі респонденти, які відповіли на це запитання, враховуючи «немає відповіді».

74

796

70

558

82

238

% осіб, які повідомили, що вперше мали статеві контакти у віці до 15 років та до 18 років)

Деноніратор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи був у тебе вагінальний статевий акт?», а також відповіли на запитання про вік першого вагінального статевого акту, враховуючи «немає відповіді» та «не знаю».

76

76

76

386

76

188

Кількість статевих партнерів за останній рік

Деноніратор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи був у тебе вагінальний статевий акт?», серед тих, у кого були статеві партнери протягом останнього року і хто також відповів на запитання «Скільки статевих партнерів у тебе було за останній рік?», враховуючи «не знаю» та «немає відповіді».

20

20

20

364

27

161

% осіб, у яких були постійні/випадкові/комерційні партнери протягом останнього року.

Деноніратор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи був у тебе вагінальний статевий акт?», а також відповіли на запитання «Чи були у тебе вагінальні статеві акти протягом останніх 12 місяців?»

37

34

34

65

65

161

% осіб, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту

Деноніратор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи були у тебе вагінальні статеві акти протягом останніх 12 місяців?», серед тих, у кого коли-небудь були постійні/випадкові/комерційні статеві партнери, а також відповіли на запитання «Чи використовував (-ла) ти презерватив останнього разу, коли у тебе був секс із постійним/випадковим/комерційним партнером?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».

47

342

46

247

50

95

постійний партнер
(питання ставили лише дівчатам)

43

74

74

74

74

74

випадковий партнер
комерційний партнер

65

128

64

36

65

92

% осіб, які завжди використовували презерватив протягом останнього року									
<i>Денормінатор: кількість осіб, які мали вагінальні статеві акти протягом постійний партнер останніх 12 місяців?» та у кого коли-небудь були постійні/випадкові/ (протягом останнього комерційні партнери, які відповіли на запитання «Протягом останнього місяця) року, як часто ти використовував (-ла) презерватив зі своїми випадковий партнер випадковими партнерами?»</i> , враховуючи «не знаю», «немає відповіді» комерційний партнер та «запитання не ставили».	12	204	9	126	18	78			
	15	431	16	305	11	126			
	10	155	15	39	8	116			

Групи підвищеного ризику

% осіб, які практикують більше одного різновиду поведінки ПГР (СІН, продаж сексу, ЧСЧ)									
СІН+продаж сексу (серед дівчат)					10	240			
СІН+ЧСЧ (серед хлопців)			3						
ЧСЧ+продаж сексу (серед хлопців)			5	565					
СІН+ЧСЧ+продаж сексу (серед хлопців)			1						

ЧИННИКИ РИЗИКОВАНОЇ ПОВЕДІНКИ

% осіб, які правильно зазначили шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ*									
<i>Денормінатор: всі, хто відповів на обидва запитання «Чи можна уникнути ВІЛ-інфікування, якщо мати секс тільки з одним постійним (вірним) неінфікованим партнером?» та «Чи можна знизити ризик ВІЛ-інфікування, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту?»</i>	46	805	44	565	50	240			
% осіб, які правильно зазначили шляхи запобігання ін'єкційній передачі ВІЛ									
<i>Денормінатор: всі, хто відповів на запитання «Чи знижує ризик зараження ВІЛ використання стерильних, невикористаних шприців/голок при вживанні ін'єкційних наркотиків?»</i>	61	805	61	565	61	240			
% осіб, які знають принаймні одне офіційне джерело отримання презервативів									
<i>Денормінатор: всі респонденти, які відповіли на запитання про отримання презервативів.</i>	46	805	45	565	47	240			
% СІН, які знають офіційні джерела отримання/придбання стерильного ін'єкційного інструментарію									
<i>Денормінатор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи вживав (-ла) ти коли-небудь наркотик за допомогою шприца?», а також відповіли на запитання про отримання стерильного ін'єкційного інструментарію.</i>	58	125	59	92	54,5	33			

% осіб, які повідомили, що були жертвами сексуального насилля									
<i>Денормінатор: всі, хто відповів на запитання «Чи примушували тебе колись до занять сексом?», враховуючи «немає відповіді».</i>	23	743	11	538	52	205			

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

% осіб, які повідомили, що були жертвами сексуального насилля протягом останнього року								
Деноміратор: всі, хто відповів на запитання «Чи примушували тебе до занять сексом протягом останнього року?», враховуючи «немає відповіді».	15	732	7	534	37	198		
% осіб, які повідомили, що зазнавали насилля від міліції								
Деноміратор: всі, хто відповів на це запитання.	76	805	83	565	58	240		
% осіб, які повідомили, що мали досвід перебування у пенітенціарних установах для молоді.								
Деноміратор: всі, хто відповів на запитання про тюрму чи інші пенітенціарні установи для молоді, враховуючи «немає відповіді».	50	805	58	565	31	240		
% осіб, які повідомили, що мали досвід перебування в притулку								
Деноміратор: усі, хто відповів на запитання «Чи потрапляв (-ла) ти коли-небудь до притулку?», враховуючи «немає відповіді».	57	805	63	565	44	240		

ОХОПЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПРОГРАМАМИ

% осіб, які знають, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ								
Деноміратор: кількість осіб, які відповіли на запитання про місце, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ.	51	805	49	565	56	240		
% осіб, які за останні 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та отримали його результат								
Деноміратор: усі, хто відповів на обидва запитання «Чи здавав (-ла) ти аналізи на ВІЛ/СНІД протягом останніх 12 місяців?» та «Чи отримав (-ла) ти результат свого аналізу», враховуючи «немає відповіді».	12	805	10	565	16	240		

СПОЖИВАЧІ ІН'ЕКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

Індикатор	Всі		Хлопці		Дівчата	
	%	N	%	%	N	%
ПОВЕДІНКА						
Вживання ін'екційних наркотиків						
% осіб, які повідомили, що споживали ін'екційні наркотики	100	259	100	170	100	89
Деноміратор: усі респонденти.						
% осіб, які почали споживати ін'екційні наркотики у віці до 15 років (до 18 років)	15,5	259	21	170	4	89
Деноміратор: всі респонденти.	86		86			
до 15 років						
до 18 років						

% осіб, які повідомили про використання спільного інструментарію (голки для ін'єкції) протягом останнього місяця

Деноніратор: кількість осіб, які відповіли на запитання «Чи вживав (-ла) ти наркотики, використовуючи шприц/голку, які вже хтось використовував до тебе, за останній місяць?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».

% осіб, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останнього вживання ін'єкційних наркотиків

Деноніратор: кількість осіб, які відповіли на запитання «Чи використовував (-ла) ти стерильний ін'єкційний інструментарій під час останньої ін'єкції?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».

Частота споживання ін'єкційних наркотиків протягом останнього місяця

Деноніратор: кількість осіб, які відповіли на запитання «Як часто ти вживав (-ла) наркотики за допомогою шприца протягом останніх 30 днів?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».

Кількість спільних партнерів протягом останнього місяця

Деноніратор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи використовував (-ла) ти спільний ін'єкційний інструментарій під час останньої ін'єкції?» та хто мав таких партнерів, враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».

% осіб, які повідомили, що мали анальні статеві контакти з чоловіками (BSS 2004)

Деноніратор: усі хлопці, які відповіли на це запитання.

Продаж сексу

% осіб, які повідомили про отримання грошей, наркотиків чи іншої винагороди за надання сексуальних послуг (вагінальний чи анальний секс)

Деноніратор: усі респонденти, які відповіли на це запитання.

% осіб, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту з клієнтом (серед дівчат)

Деноніратор: кількість дівчат, які відповіли «так» на запитання «Чи одержувала ти коли-небудь винагороду за сексуальні послуги?», а також відповіли на запитання «Чи використовувала ти презерватив останнього разу, коли у тебе був секс з комерційним партнером?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».

% осіб, які завжди використовували презервативи під час статевих контактів з клієнтами протягом останнього місяця (серед дівчат)

Денормінатор: кількість дівчат, які відповіли «так» на запитання «Чи одержувала ти коли-небудь винагороду за сексуальні послуги?», а також відповіли на запитання «Чи використовувала ти презервативи протягом останнього місяця, коли у тебе був секс з комерційним партнером?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	33	21
--	----	----

Сексуальний досвід (серед усіх груп респондентів, незалежно від групи ризику)

% осіб, які повідомили що мали статеві контакти (вагінальні/анальні/оральні) Денормінатор: усі респонденти, які відповіли на це запитання.	83	259	80	170	90	89
% осіб, які повідомили, що вперше мали статеві контакти у віці до 15 років (до 18 років) Денормінатор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи вступав (-ла) ти коли-небудь у сексуальні стосунки?», а також відповіли на запитання «Скільки тобі було років, коли ти вперше вступив (-ла) у статевий зв'язок?», враховуючи «немає відповіді» та «не знаю».	33	25	46	25	46	78
	99	204	99	126	100	

Кількість статевих партнерів за останні 3 місяці

Денормінатор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи були у тебе статеві контакти протягом останніх 12 місяців?», а також відповіли на запитання «Скільки статевих партнерів у тебе було за останні 3 місяці?», враховуючи «не знаю» та «немає відповіді».	1	34	34	34	35	
	2	18	16	16	21	
	3-5	23	196	29	13	77
	6-10	14	15	15	12	
	більше 10	11	6	6	19	

% осіб, у яких були постійні/випадкові/комерційні партнери протягом останніх 3 місяців

Денормінатор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи були у тебе статеві контакти протягом останніх 12 місяців?» і хто також відповів на запитання «Чи були у тебе статеві контакти з регулярним/випадковим/комерційним партнером протягом останніх 3 місяців», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	50	194	42	118	61	76
	67	193	74	118	57	75
	5	194	6	118	3	76
	12	195	3	118	25	77

% осіб, які повідомили про використання презерватива під час останнього контакту

Денормінатор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи були у тебе статеві контакти протягом останніх 12 місяців?» серед тих, у кого були постійні/випадкові/комерційні статеві партнери протягом останніх 3 місяців, а також відповіли на запитання «Чи використовував/ла ти презерватив востаннє, коли у тебе був секс із постійним/випадковим/комерційним партнером?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставилось».	54	94	57	49	51	45
	67	112	64	75	73	37
	83	30	78	9	86	21

% осіб, які завжди використовували презерватив протягом останнього року									
<i>Деномінатор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи були постійний партнер в тебе статеві контакти протягом останніх 12 місяців?», серед тих, у кого коли-небудь були постійні/випадкові/комерційні партнери протягом останніх 3 місяців, а також відповіли на запитання «Протягом останнього року, як часто ти використовував (-ла) презерватив зі своїми постійними/випадковими/комерційними партнерами?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».</i>	28	95	35	49	22	46			
	38	131	44	86	27	45			
	41	29	63	8	33	21			

Групи підвищеного ризику

% осіб, які практикують більше одного різновиду поведінки ПГР (СІН, продаж сексу, ЧСЧ)
Деномінатор: усі респонденти.

12 195 3 120 25 75

ЧИННИКИ РИЗИКОВАНОЇ ПОВЕДІНКИ

% осіб, які правильно зазначили шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ

Деномінатор: усі, хто відповів на обидва запитання «Чи можна уникнути ВІЛ-інфікування, якщо мати секс тільки з одним постійним (вірним) неінфікованим партнером?» та «Чи можна знизити ризик ВІЛ-інфікування, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту?»

58 259 58 170 60 89

% осіб, які правильно зазначили шляхи запобігання ін'єкційній передачі ВІЛ

Деномінатор: усі, хто відповів на запитання «Чи знижує ризик зараження ВІЛ використання стерильних, невикористаних шприців/голок при вживанні ін'єкційних наркотиків?»

91 259 90 170 91 89

% осіб, які знають принаймні одне офіційне джерело отримання презервативів

Деномінатор: усі респонденти, які мали статеві контакти протягом останніх 12 місяців та відповіли на запитання про отримання презервативів, враховуючи «немає відповіді».

81 200 80 123 82 77

% СІН, які знають офіційні джерела отримання/придбання стерильного ін'єкційного інструментарію

Деномінатор: кількість осіб, які відповіли на запитання про отримання стерильного ін'єкційного інструментарію, враховуючи «немає відповіді».

93 259 94 170 92 89

% осіб, які повідомили, що були жертвами сексуального насилля

(Коментар: не було спеціального запитання про примусовий секс, але серед причин невикористання презерватива є позиція «через примусовий секс». У таблиці представлено цей результат лише для орієнтації як мінімальна оцінка щодо примусового сексу).

2 200 2 123 4 77

ОХОПЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПРОГРАМАМИ

% СІН, які купували/отримували презервативи від аутирич-працівників в рамках спеціальних проєктів тощо (враховуючи специфіку країни) протягом останніх 12 місяців	47	197	47	121	46	76
<i>Деноміратор: усі, хто вступав у статеві контакти протягом останніх 12 місяців і відповіли на це запитання, враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».</i>						
% СІН, які одержували стерильний ін'єкційний інструментарій у пунктах обміну та/або в аутирич-проєктах протягом останніх 12 місяців (враховуючи специфіку країни)	53	257	57	168	45	89
<i>Деноміратор: усі, хто відповів на це запитання, враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».</i>						
% СІН, охоплених програмами профілактики ВІЛ протягом останніх 12 місяців	31	259	30	170	32	89
<i>Деноміратор: усі, хто відповів на це запитання.</i>						
% осіб, які знають, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ	77	259	75	170	80	89
<i>Деноміратор: кількість осіб, які відповіли на запитання про місце, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ, враховуючи «не знаю» та «немає відповіді».</i>						
% осіб, які за останні 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та отримали його результат	14	259	13	170	15	89
<i>Деноміратор: усі, хто відповів на обидва запитання «Чи здавав (-ла) ти аналізи на ВІЛ/СНІД протягом останніх 12 місяців?» та «Чи знаєш ти свій ВІЛ-статус?», враховуючи «немає відповіді».</i>						

ЖІНКИ КОМЕРЦІЙНОГО СЕКСУ

Індикатор	%	N
ПОВЕДІНКА		
Споживання ін'єкційних наркотиків		
% осіб, які повідомили, що споживали ін'єкційні наркотики	19	281
<i>Деноміратор: усі респонденти.</i>		
Частота споживання ін'єкційних наркотиків протягом останнього місяця	45	
<i>Деноміратор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи вживала ти коли-небудь наркотики за допомогою шприца?», а також відповіли на запитання «Як часто ти вживала наркотики за допомогою шприца протягом останніх 30 днів?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».</i>	31	54
	24	
Продаж сексу		
% осіб, які повідомили про отримання грошей, наркотиків чи іншої винагороди за надання сексуальних послуг (вагінальний чи анальний секс)	100	281
<i>Деноміратор: усі респонденти.</i>		

% осіб, які вперше отримали гроші, наркотики чи іншу винагороду за надання сексуальних послуг у віці до 15 років (до 18 років)	15	281
Деноміратор: усі респонденти.	до 15 років до 18 років	85
Кількість комерційних статевих партнерів протягом останнього тижня		
Деноміратор: кількість дівчат, які відповіли на запитання «Протягом останнього тижня скільки різних комерційних партнерів у тебе було?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	1–5 6–10 11–20 більше 20	23 29 23 25
% осіб, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту з клієнтом		
Деноміратор: кількість дівчат, які відповіли на запитання «Чи використовувала ти презерватив останнього разу, коли в тебе був секс з комерційним партнером?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	76	276
% осіб, які завжди використовували презервативи під час статевих контактів з клієнтами протягом останнього місяця		
Деноміратор: кількість дівчат, які відповіли на запитання «Чи використовувала ти презерватив протягом останнього місяця, коли в тебе був секс з комерційним партнером?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	52	267
Сексуальний досвід (серед усіх груп респондентів, незалежно від групи ризику)		
% осіб, які повідомили що мали статеві контакти (вагінальні/анальні/оральні)	100	281
Деноміратор: усі респонденти.		
% осіб, які повідомили, що вперше мали статеві контакти у віці до 15 років (до 18 років)	50	281
Деноміратор: усі респонденти.	до 15 років до 18 років	100
% осіб, які повідомили, що мали некомерційних статевих партнерів протягом останнього тижня		
Деноміратор: кількість дівчат, які відповіли на запитання «Скільки некомерційних партнерів було в тебе протягом останнього тижня?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	57	221
Кількість некомерційних статевих партнерів протягом останнього тижня		
Деноміратор: кількість дівчат, які відповіли на запитання «Скільки некомерційних партнерів було в тебе протягом останнього тижня?», а мали таких партнерів, враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	56 23 18 3	126
	1 2 3–5 більше 5	3

Кількість статевих партнерів протягом останнього тижня			
Деномінатор: кількість дівчат, які відповіли на запитання «Скільки статевих партнерів у тебе було протягом останнього тижня?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	1–5 6–10 11–20 більше 20	20 27 26 27	262
% осіб, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту.			
Деномінатор: кількість осіб, у яких були постійні/випадкові/комерційні статеві партнери, а також відповіли на запитання «Чи використовувала ти презерватив під час останнього статевого контакту з постійним/випадковим/комерційним статевим партнером?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	постійний партнер випадковий партнер комерційний партнер	25 51 76	119 171 267
% осіб, які завжди використовували презерватив протягом останнього року			
Деномінатор: кількість осіб, у яких були оральні/вагінальні/анальні статеві контакти, а також відповіли на запитання «Протягом останнього року під час орального/вагінального/анального сексу чи використовувала ти презервативи?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».	оральний секс вагінальний секс анальний секс	37 61 50	264 280 175

Групи підвищеного ризику

% осіб, які практикують більше одного різновиду поведінки ПГР (СІН+продаж сексу)		19	281
Деномінатор: усі респонденти.			

ЧИННИКИ РИЗИКОВАНОЇ ПОВЕДІНКИ

% осіб, які правильно зазначили шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ			
Деномінатор: всі, хто відповів на обидва запитання «Чи можна уникнути ВІЛ-інфікування, якщо мати секс тільки з одним постійним (вірним) неінфікованим партнером?» та «Чи можна знизити ризик ВІЛ-інфікування, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту?».		83	281
% осіб, які правильно зазначили шляхи запобігання ін'єкційній передачі ВІЛ			
Деномінатор: всі, хто відповів на запитання «Чи знижує ризик зараження ВІЛ використання стерильних, невикористаних шприців/голок при вживанні ін'єкційних наркотиків?».		96	281
% осіб, які знають принаймні одне офіційне джерело отримання презервативів		99	281
Деномінатор: всі респонденти, які відповіли на запитання про отримання презервативів.			
% осіб, які повідомили, що були жертвами сексуального насилля			
(Коментар: не було спеціального запитання про примусовий секс, але серед причин невикористання презерватива є позиція «через примусовий секс». У таблиці представлено цей результат лише для орієнтації як мінімальна оцінка щодо примусового сексу).		1	281

ОХОПЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПРОГРАМАМИ

% ЖКС, які купували/отримували презервативи від аутич-працівників, в рамках спеціальних проєктів тощо (враховуючи специфіку країни) протягом останніх 12 місяців	66	267
<i>Деномінатор: усі, хто відповів на запитання, враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».</i>		
% ЖКС, охоплених програмами профілактики ВІЛ протягом останніх 12 місяців	61	281
<i>Деномінатор: усі, хто відповів на це запитання.</i>		
% осіб, які знають, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ.	82	281
<i>Деномінатор: кількість осіб, які відповіли на запитання про місце, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ, враховуючи «немає відповіді».</i>		
% осіб, які за останні 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та отримали його результат	41	281
<i>Деномінатор: усі, хто відповів на обидва запитання «Чи здавала ти аналізи на ВІЛ/СНІД протягом останніх 12 місяців?» та «Чи знаєш ти свій ВІЛ-статус?», враховуючи «немає відповіді».</i>		

ЧОЛОВІКИ, ЯКІ МАЮТЬ СТАТЕВІ КОНТАКТИ З ЧОЛОВІКАМИ (ЧСЧ)

Індикатор	%	N
ПОВЕДІНКА		
Споживання ін'єкційних наркотиків		
% осіб, які повідомили, що споживали ін'єкційні наркотики	1,4	212
<i>Деномінатор: усі респонденти.</i>		
Частота споживання ін'єкційних наркотиків протягом останнього місяця		
<i>Деномінатор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи вживав ти коли-небудь наркотики за допомогою шприца?», а також відповіли на запитання «Як часто ти вживав наркотики за допомогою шприца протягом останніх 30 днів?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».</i>		
	–	
Щодня	33	3
2–6 разів на тиждень	67	
Щотижнево та менше		
Статеві контакти чоловіків з чоловіками		
% осіб, які повідомили, що мали анальні статеві контакти з чоловіками	100	212
<i>Деномінатор: усі респонденти.</i>		

Кількість партнерів протягом останніх 6 місяців

Деномінатор: кількість хлопців, які мали оральні статеві контакти/проникаючі контакти в пасивній ролі/проникаючі контакти в активній ролі протягом останніх трьох місяців, а також відповіли на запитання «Скільки оральних статевих контактів/проникаючих контактів у пасивній ролі/проникаючих контактів в активній ролі у тебе було протягом останніх 6 місяців?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».

оральний секс		
1	16	
2	21	
3-5	32	190
6-10	15	
більше 10	16	
проникаючі контакти в активній ролі		
1	24	
2	24	
3-5	29	136
6-10	13	
більше 10	10	
проникаючі контакти у пасивній ролі		
1	36	
2	19	
3-5	23	134
6-10	13	
більше 10	9	

% осіб, у яких були постійні/випадкові/комерційні партнери протягом останніх 6 місяців

Деномінатор: кількість осіб, які відповіли на запитання «Скільки постійних/випадкових/комерційних партнерів було у Вас протягом останніх 6 місяців», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».

постійний партнер	66	174
випадковий партнер	77	175
комерційний партнер	14	176

% ЧСЧ, які повідомили про використання презерватива під час останнього проникаючого статевого контакту з комерційним партнером-чоловіком

Деномінатор: кількість хлопців, у яких були комерційні статеві партнери-чоловіки, які також відповіли на запитання «Чи використовували Ви презерватив під час останнього статевого контакту з комерційним партнером-чоловіком?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».

	75	20
--	----	----

% ЧСЧ, які повідомили про використання презерватива під час останнього проникаючого статевого контакту з некомерційним партнером-чоловіком

Денорміатор: кількість хлопців, у яких були некомерційні статеві партнери-чоловіки постійний партнер 72 92
(постійні та/або випадкові партнери), а також відповіли на запитання «Чи використовував ти презерватив під час останнього статевого контакту з постійним/випадковим партнером?», а також використував ти випадковий партнер 82 88
враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».

Продаж сексу

% осіб, які повідомили про отримання грошей, наркотиків чи іншої винагороди за надання сексуальних послуг (вагінальний чи анальний секс)

Коментар: не було спеціального запитання про продаж сексу серед ЧСЧ. У таблиці представлено % ЧСЧ, які мали практики комерційного сексу (продавали або купували сексуальні послуги) протягом останніх 6 місяців, з усіх респондентів. 14 212

Сексуальний досвід (серед усіх груп респондентів, незалежно від групи ризику)

% осіб, які повідомили, що мали статеві контакти (вагінальні/анальні/оральні) 100 212
Денорміатор: усі респонденти.

% осіб, які повідомили, що мали гетеросексуальні контакти

Денорміатор: усі респонденти. 71 212

% осіб, які повідомили, що мали гетеросексуальні контакти протягом останніх 6 місяців

Денорміатор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання «Чи були у тебе гетеросексуальні контакти?», а також відповіли на запитання «Скільки гетеросексуальних контактів ти мав протягом останніх 6 місяців?», враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили». 53 58

Кількість гетеросексуальних контактів протягом останніх 6 місяців

Денорміатор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання: «Чи були у тебе гетеросексуальні контакти?» 1 61
а також відповіли на запитання «Скільки гетеросексуальних контактів ти мав протягом останніх 6 місяців, враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили». 2 16
3-5 13
більше 5 10

% осіб, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту з партнером-жінкою

Денорміатор: кількість осіб, які відповіли «так» на запитання: «Чи були у тебе гетеросексуальні контакти?», а також відповіли на запитання «Чи використовував ти презерватив під час останнього контакту з партнером-жінкою?» 73 33

% осіб, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту з партнером-чоловіком

Денорміатор: кількість осіб, у яких були постійні/випадкові/комерційні партнери і хто також постійним партнером 72 92
відповіли на запитання «Чи використовував ти презерватив під час останнього статевого з випадковим партнером 82 88
контакту з постійним/комерційним/випадковим статевим партнером?», враховуючи «не знаю», з комерційним партнером «немає відповіді» та «запитання не ставили». 75 20

Групи підвищеного ризику

% осіб, які практикують більше, ніж один різновид поведінки ПГР (СІН, продаж сексу, ЧСЧ)
Денормінатор: усі респонденти.

СІН+ЧСЧ	1	
ЧСЧ+продаж сексу	10	212
СІН+ЧСЧ+продаж сексу	-	

ЧИННИКИ РИЗИКОВАНОЇ ПОВЕДІНКИ

% осіб, які правильно зазначили шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ

Денормінатор: всі, хто відповів на обидва запитання «Чи можна уникнути ВІЛ-інфікування, якщо мати секс тільки з одним постійним (вірним) неінфікованим партнером?» та «Чи можна знизити ризик ВІЛ-інфікування, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту?».

74

212

% осіб, як правильно зазначили шляхи запобігання ін'єкційній передачі ВІЛ

Денормінатор: всі, хто відповів на запитання «Чи знижує ризик зараження ВІЛ використання стерильних, невикористаних шприців/голок при вживанні ін'єкційних наркотиків?»

92

212

% осіб, які знають принаймні одне офіційне джерело отримання презервативів.

Денормінатор: всі респонденти, які відповіли на запитання про отримання презервативів.

83

212

% осіб, які повідомили, що були жертвами сексуального насилля

(Коментар: не було спеціального запитання про примусовий секс, але серед причин невикористання презерватива є позиція «через примусовий секс». У таблиці представлено цей результат лише для орієнтації як мінімальна оцінка щодо примусового сексу).

1

212

ОХОПЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПРОГРАМАМИ

% осіб, які купували/отримували презервативи від аутич-працівників, у рамках локальних проєктів тощо (враховуючи специфіку країни) протягом останніх 12 місяців

Денормінатор: усі, хто відповів на це запитання, враховуючи «не знаю», «немає відповіді» та «запитання не ставили».

54

208

% СІН, охоплених програмами профілактики ВІЛ протягом останніх 12 місяців.

Денормінатор: усі, хто відповів на це запитання.

45

212

% осіб, які знають, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ

Денормінатор: кількість осіб, які відповіли на запитання про місце, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ, враховуючи «немає відповіді».

71

212

% осіб, які за останні 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та отримали його результат

Денормінатор: усі, хто відповів на обидва запитання «Чи здавав ти аналізи на ВІЛ/СНІД протягом останніх 12 місяців?» та «Чи знаєш ти свій ВІЛ-статус?», враховуючи «немає відповіді».

24

212

ДОДАТОК 3

Дослідницький протокол Базове дослідження (2007–2008 рр.) Проект ЮНІСЕФ: «Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику (ПГР) в Україні й Південно-Східній Європі»²⁶⁹

Назва дослідження: «Дослідження поведінкових практик, пов'язаних з ризиком ВІЛ-інфікування, факторів уразливості й охоплення різними послугами підлітків (хлопців і дівчат) від 10 до 19 років з груп високого ризику ВІЛ-інфікування в Україні.

Означення підлітків груп ризику (ПГР):

Підлітки, що входять до груп ризику, – це хлопці та дівчата, з найбільшою ймовірністю інфікуватися або передати ВІЛ унаслідок своєї поведінки, зокрема:

- 1) хлопці та дівчата – споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), які використовують нестерильний ін'єкційний інструментарій;
- 2) хлопці, що практикують незахищений анальний секс із чоловіками;
- 3) дівчата та юнаки – працівники секс-бізнесу, що практикують незахищений секс, враховуючи тих, кого продають з метою сексуальної експлуатації, примушують до незахищеного (часто насильницького) сексу з великою кількістю партнерів;
- 4) хлопці, що практикують незахищений секс із жінками секс-бізнесу²⁷⁰.

Передумови

На цей час в Україні маємо одну з найдинамічніших у світі епідемій ВІЛ. Основною рушійною силою поширення епідемії є СІН, що використовують нестерильний інструментарій, а також молоді люди, особливо ті, хто належить до груп ризику щодо інфікування або передачі ВІЛ. На них припадає значна частина всіх нових випадків інфікування ВІЛ²⁷¹. Соціологічні дослідження й результати нагляду за поведінкою таких підлітків в Україні показують, що середній вік молодих людей, які потрапляють до груп ризику, продовжує знижуватися²⁷², особливо серед груп уразливих підлітків (УП)²⁷³. Також поведінка, пов'язана з ризиком інфікування ВІЛ і його поширення серед підлітків, за-

²⁶⁹ Дослідницький протокол передував дослідженню і наводиться у первісному вигляді станом на грудень 2007 року.

²⁷⁰ Homans, H. (2006), *Guidance on Programming to Prevent HIV in Most-at-risk Adolescents*, Second draft, May 2006, UNICEF Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States, Geneva.

²⁷¹ UNAIDS and WHO (December 2005), *AIDS Epidemic Update*, Geneva.

²⁷² UNICEF and UNAIDS (2006), *Risk and Protective Factors in the Initiation of Injecting Drug Use*, Kyiv; Ministry of Health of Ukraine (2006), National Report on the Follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS, Reporting Period: January 2003 – December 2005, Report prepared by the Ministry of Health of Ukraine in collaboration with the National Coordination Council on HIV/AIDS and technical assistance from the International HIV/AIDS Alliance in Ukraine and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) in Ukraine, Kyiv; UNICEF and UNAIDS (2005), *A Review of Work With Injecting Drug Users in Ukraine in the Context of the HIV/AIDS Epidemic*, Kyiv; and: AIDS Foundation East-West and UNICEF (2006), *Children and young people living or working on the streets: the missing face of the HIV epidemic in Ukraine*, Kyiv.

²⁷³ «Уразливість до інфікування ВІЛ пов'язана з такими факторами/детермінантами, через які підлітки долучаються до ризикованих моделей поведінки. Уразливість до інфікування ВІЛ відрізняється від ризику інфікування ВІЛ тим, що в другому випадку юнаки та дівчата вже залучені до ризикованої поведінки. Особливо уразливий підліток – це молода людина, яка не в змозі захистити себе від заподіяння значної шкоди або експлуатації, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією... через певні обставини, наприклад, перебування в колонії для неповнолітніх або життя на вулиці, підліток знаходиться під високим ризиком залучення до ризикової поведінки щодо інфікування ВІЛ, внаслідок чого до таких підлітків потрібно ставитися особливо уважно». «Уразливість до інфікування ВІЛ обумовлена трьома умовами, що можуть поєднуватися: 1) фактори належності до різних груп або субкультур; 2) якість і доступність інформації, послуг і програм; 3) вплив навколишнього соціального середовища». Взято з WHO and DFID (2004) in UNICEF (2006): UNICEF Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States. *Guidance on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents*, Second draft, May 2006; *Guidance on Programming to Prevent HIV in Most-at-risk Adolescents*, Second draft, May 2006, UNICEF Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States, Geneva.

лишається дуже поширеною²⁷⁴, як і небезпечні ін'єкційні й сексуальні практики, а послуги і заходи з протидії ВІЛ охоплюють в основному людей груп ризику віком від 25 років²⁷⁵.

При тому, що Україні інформація про поширення ВІЛ є достатньо відомою, послуги для підлітків груп ризику у віці від 15 до 19 років²⁷⁶, а також інформація про випадки інфікування дітей груп ризику віком від 10 до 14 років залишаються практично недоступними. Таку інформацію не збирають на постійній основі для аналізу даних за віком, статтю тощо²⁷⁷.

Більшості ПГР в Україні не доступні послуги з профілактики ВІЛ, лікування, а також догляду та підтримки²⁷⁸, але, беручи до уваги характер епідемії ВІЛ, що вражає передусім молоде покоління, реальна можливість саме через ПГР забезпечити ефективну профілактику ВІЛ і в такий спосіб сприяти стримуванню епідемії та зменшенню її впливу.

Після консультацій з основними учасниками проекту в Україні²⁷⁹ ЮНІСЕФ вирішив об'єднати **дві стратегії дослідження:**

1. Провести кабінетне дослідження груп ризику в Україні, ґрунтуючись на наявній інформації, враховуючи вторинний аналіз відомостей щодо поведінки, пов'язаної з ризиком інфікування ВІЛ, чинниками, що впливають на поведінку, й чинниками небезпеки, а також доступності послуг для підлітків груп ризику у віці від 10 до 19 років. Дані про підлітків груп ризику будуть узяті із загальної вибірки груп ризику (споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), жінок секс-бізнесу (ЖКС) і чоловіків, що мають секс із чоловіками (ЧСЧ), у віці від 10 до 49 років і старших, яких опитали 2007 року в рамках поведінкового дослідження зазначених вище груп.
2. Провести базове дослідження, щоб вивчити поведінку, пов'язану з ризиком інфікування ВІЛ, чинники, що впливають на поведінку, й чинники небезпеки, а також доступності послуг для хлопців і дівчат, що входять до груп ризику, у віці від 10 до 19 років, які живуть або працюють на вулиці в Україні. Саме цю групу обрано для базового дослідження з таких причин:
 - ▶ Попри те, що в Україні нема офіційної статистики щодо кількості підлітків, які живуть або працюють на вулиці, а також підтверженої кількості представників цієї групи, можна упевнено стверджувати, що їх кількість велика й постійно зростала за останні 17 років. Статистичні дані, опубліковані міністерствами, дослідними інститутами й НДО, кардинально відрізняються між

²⁷⁴ UNICEF and UNAIDS (2006), *Risk and Protective Factors in the Initiation of Injecting Drug Use*, Kyiv; Ministry of Health of Ukraine (2006), *National Report on the Follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS*, Reporting Period: January 2003 – December 2005, Report prepared by the Ministry of Health of Ukraine in collaboration with the National Coordination Council on HIV/AIDS and technical assistance from the International HIV/AIDS Alliance in Ukraine and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) in Ukraine, Kyiv; UNICEF and UNAIDS (2005), *A Review of Work With Injecting Drug Users in Ukraine in the Context of the HIV/AIDS Epidemic*, Kyiv; and: UISR (2008), *Analytical report. Level and trends of tobacco use, the use of alcohol and narcotic substance among young school students in Ukraine*, ESPAD: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Kyiv.

²⁷⁵ Ministry of Health of Ukraine (2006), *National Report on the Follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS*, Reporting Period: January 2003 – December 2005, Report prepared by the Ministry of Health of Ukraine in collaboration with the National Coordination Council on HIV/AIDS and technical assistance from the International HIV/AIDS Alliance in Ukraine and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) in Ukraine, Kyiv.

²⁷⁶ Дані поведінкових досліджень та дозорних наглядових досліджень 2004 та 2007 років / Український центр боротьби зі СНІДом та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», див.: <http://www.aidsalliance.org.ua>.

²⁷⁷ До підлітків груп ризику належать підлітки з різними соціально-демографічними характеристиками, наприклад, підлітки, яких вигнали з дому, які живуть на вулиці, які є дітьми мігрантів або належать до етнічних меншостей, наприклад, ромів (див.: Nomans, H. (2006), *Guidance on Programming to Prevent HIV in Most-at-risk Adolescents*, Second draft, May 2006, UNICEF Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States, Geneva.).

²⁷⁸ Див: *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006; та Ukrainian Government (2006): *Ukraine 6th Round Proposal to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, Kiev. Охоплення ПГР послугами з ВІЛ/СНІДу є меншим за 1%.

²⁷⁹ Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту офіційно підтримує дослідження ЮНІСЕФ, цей протокол розглянула відповідальна особа від Міністерства, долучена до проекту ЮНІСЕФ. Крім цього, в рамках проекту ЮНІСЕФ ініціював створення весною 2007 р. національного дослідницького комітету, який є підгрупою «Робочої групи з профілактики та лікування ВІЛ і підтримки дітей груп ризику» в Україні. Обидві групи очікують офіційного міністерського ухвалення та наразі є неофіційними радниками з питань ВІЛ/СНІДу.

собою та визначають кількість «дітей вулиці» у діапазоні від 30 000–50 000 до 300 000 осіб²⁸⁰. Відповідно до останніх підрахунків однієї з провідних організацій, що працює у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні, кількість «дітей вулиці» у віці від 10 до 19 років, які найбільшою мірою наражаються на ризик інфікування ВІЛ і мають потребу в послугах у цій сфері, визначено в 115 000²⁸¹.

- ▶ Більшість підлітків, що живуть або працюють на вулиці в Україні, не проходили тест на ВІЛ і тому не знають, інфіковані вони чи ні. Кількісні дослідження розкрили багато різних причин, однією з яких є нестача послуг у сфері ВІЛ для цієї категорії населення. Важливими причинами є також недосконалість законодавства та небажання самих дітей отримувати послуги. З іншого боку, дослідження показують, що ця категорія підлітків практикує поведінку, пов'язану з ризиком не лише власного інфікування, а й інфікування ВІЛ інших²⁸². Це підтверджують дані поведінкового дослідження 2004–2006 років в Україні, які показують, що приблизно від 10 до 20% жінок секс-бізнесу, що працюють на вулиці, – це особи віком від 12 до 17 років²⁸³. Дані репрезентативних досліджень серед молодих СІН указують на те, що на вулиці живе набагато більша кількість молодих СІН, ніж СІН старшого віку²⁸⁴.
- ▶ Зараз немає зібраних даних про поширеність інфікування ВІЛ серед цієї категорії населення. Дані реєстрації випадків інфікування ВІЛ серед осіб, які перебувають на обліку в Українському центрі профілактики і боротьби зі СНІДом, указують на те, що серед інфікованих є підлітки-безпритульні, однак цю інформацію не збирають систематично. Офіційні дані про інфікування ВІЛ серед підлітків, що живуть або працюють на вулиці, не є репрезентативними й ґрунтовані переважно на результатах тестів на ВІЛ серед двох невеликих груп цієї категорії – з міст Києва та Одеси. Результати тестування 2005 року показали, що в м. Києві з 25 «дітей вулиці» 5 виявилися ВІЛ-позитивними, що становить 20%, а 2004 року в м. Одесі з 29 підлітків ВІЛ-інфікованими виявилися 20 осіб (69%).
- ▶ Також дані досліджень щодо профілактики ВІЛ²⁸⁵, проведених за останні 3 роки серед підлітків - СІН, ЖКС і ЧСЧ віком від 10 до 19 років в Україні, показують, що загальна кількість підлітків, які живуть із ВІЛ, зростає, а показник поширеності ВІЛ-інфекції серед цієї групи ризику швидше за все перевищує 5%.
- ▶ Результати нагляду та профілактики ВІЛ у 2007 році й результати поведінкових досліджень щодо нагляду за ВІЛ (BSS) у 2007 році забезпечують можливість українській групі дослідників проаналізувати поширення ВІЛ, поведінку, пов'язану з ризиком інфікування ВІЛ, рівень знань про ВІЛ, а також доступність послуг у цій сфері для підлітків груп ризику у віці від 10 до 19 років в Україні. Розміри вибірки дослідження 2007 року²⁸⁶:
 - ▶ СІН у віці від 13 до 19 років = 259 юнаків та дівчат;

²⁸⁰ State Institute for Family and Youth Development/Ministry of Family, Youth and Sports of Ukraine (2007): National Report on implementation of the decisions of the final outcome document of the *Special Session of the UN General Assembly on Children* (2002) and Action Plan "A World Fit for Children", Kiev; Див: *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006; and All-Ukrainian Coalition of non-government organizations "Unite for Children" (2006): Alternative report on the implementation of the *Optional Protocol to the UN Convention on the Rights of the Child, on the Sale of Children, Child Prostitution and Child Pornography*, Kiev.

²⁸¹ Ukrainian Government (2006): Ukraine 6th Round Proposal to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Kiev.

²⁸² AIDS Foundation East-West and UNICEF (2006), *Children and young people living or working on the streets: the missing face of the HIV epidemic in Ukraine*, Kyiv.

²⁸³ *Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна* / Міністерство охорони здоров'я України, Національна координаційна 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.

²⁸⁴ *Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом* / ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС, УІСД. – К., 2006.

²⁸⁵ Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом (дані за 2004–2007 роки).

²⁸⁶ Зверніть увагу, що 2007 року підлітків віком від 10 до 14 років вперше включено до загальної вибірки. У попередні роки досліджували тільки підлітків від 15 до 19 років. Попри те, що деякі підлітки від 12 до 14 років зараховані до дослідження, їх кількість була надто малою, щоб робити будь-які висновки.

- ▶ ЖКС у віці від 13 до 19 років = 282 дівчини;
- ▶ МСМ у віці від 15 до 19 років = 212 юнаків.

Більшість людей в Україні, що живуть з ВІЛ, становлять чоловіки. Однак дані досліджень і розрахунки Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом указують на все більшу фемінізацію епідемії ВІЛ в Україні.

- ▶ Базу для посилення наявних і створення нових програм для підлітків груп ризику в Україні в цей час розробляють. Наприклад, за останні кілька років докладено зусиль за такими напрямками:
 - ▶ послуги в галузі протидії ВІЛ/СНІДу для підлітків груп ризику, а також соціальні і медичні послуги для молоді загалом й для підлітків групи ризику, зокрема²⁸⁷;
 - ▶ пілотні проекти для дітей і підлітків, що живуть або працюють на вулиці, використовуючи як клієнтоорієнтовані підходи, так і спрямовані на зменшення шкоди²⁸⁸;
 - ▶ «підлітків і дітей груп ризику» офіційно визнано основною цільовою групою програм з профілактики ВІЛ/СНІДу²⁸⁹.

Відповідно до результатів соціологічних досліджень²⁹⁰, загальний портрет підлітка, що живе або працює на вулиці, такий:

1. Більшість підлітків, що живуть або працюють на вулицях України, чоловічої статі, молодші 18 років і опинилися на вулиці через низку причин (наприклад, бідність, кризова сім'я, недостатня неформальна або офіційна соціальна підтримка).
2. Ця категорія підлітків загалом надзвичайно мобільна, що ускладнює можливість нагляду. Більшість із них проживає в містах, де народилися, однак певну частину становлять приїжджі з сусідніх країн, а також з інших міст України (сезонні мігранти).
3. Більшість представників цієї категорії підпадає під означення «соціальні сироти»²⁹¹, вони мають низький рівень освіти, проблеми зі здоров'ям, дуже обмежений доступ до медичних, освітніх, юридичних і соціальних послуг. Навіть основні їхні потреби (дах над головою, їжа, одяг і гігієна) не задоволені достатньою мірою.
4. Основним фактором уразливості щодо інфікування ВІЛ для цієї категорії населення є необхідність заробляти на життя, що робить їх жертвами сексуальної або трудової експлуатації, а також кримінальних структур.
5. Багато представників цієї категорії зазнали серйозних травм, враховуючи насильство, жорстоке поводження і/або експлуатацію. Дані дослідження, проведеного в Києві й Одесі 2006 року, свідчать, що уразливість до травмування та насильства респондентів істотно відрізняється за стат-

²⁸⁷ Наприклад, у системі охорони здоров'я України створено мережу клінік, дружніх до молоді, при ЦСССДМ створено мережу інформаційних центрів для молодих наркоспоживачів. Однак підлітки груп ризику рідко відвідують такі клініки та центри, а вони, у свою чергу, не мають програм для роботи з цією категорією населення.

²⁸⁸ Наприклад, створено два нових інформаційних центри, які надають повний спектр послуг для цієї категорії в Україні (див. наприклад, <http://www.doctorsoftheworld.org/projects/ukraine.cfm>).

²⁸⁹ *Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики й лікування ВІЛ/СНІДу в Україні до 2010 року*. – К., 2006. Звіт підготувала міжсекторальна робоча група з питань універсального доступу; документ ґрунтований на результатах трьох національних консультативних нарад і підготовлений за підтримки Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС). *Support in Ukraine by 2010. Report prepared by a Multi-Stakeholder Working Group on Universal Access, based on the results of three national consultations, with technical assistance from the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*, Kyiv.

²⁹⁰ Звіти за результатами моніторингу поведінки різних груп ризику / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», 2004, див.: <http://www.aidsalliance.org.ua>; *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006; звіти за результатами дозорних наглядових досліджень серед груп ризику в Україні / Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом. – К., 2004–2007; All-Ukrainian Coalition of non-government organizations "Unite for Children" (2006): *Alternative report on the implementation of the Optional Protocol to the UN Convention on the Rights of the Child, on the Sale of Children, Child Prostitution and Child Pornography*, Kiev.

²⁹¹ «Соціальні сироти» тут: діти й підлітки, що не є біологічними сиротами, тобто, один або обоє їхніх батьків живі.

тю. Травми або ушкодження фіксують серед хлопців більше, ніж серед дівчат. Хлопців також частіше б'ють, ніж дівчат, вони частіше вживають наркотики, враховуючи ін'єкційні, що, у свою чергу, підвищує ризик випадкових травм у стані наркотичної інтоксикації. Також дослідження показало:

- а. Майже третина підлітків (більшість із яких дівчата) мали досвід сексуальної експлуатації й насильства.
 - б. Дівчата частіше, ніж хлопці, займалися сексом за їжу, гроші, наркотики або іншу винагороду.
 - в. Серед цієї категорії населення переважним видом сексу є гетеросексуальний, хоча деякі хлопці зазначали наявність гомосексуальних контактів із друзями або «клієнтами».
 - г. Більшість респондентів зазначили, що вживали розчини наркотичних речовин та алкоголю. Приблизно третина респондентів вказали, що вживали ін'єкційні наркотики. Близько половини тих, хто вживає ін'єкційні наркотики, робили ін'єкції нестерильним інструментарієм.
 - ґ. Більшість респондентів віком від 15 до 19 років практикують регулярні статеві контакти з частою зміною партнерів, при цьому рівень використання презервативів надзвичайно низький.
6. Підлітки груп ризику віком від 14 до 22 років, що живуть на вулиці, особливо ризикують бути затриманими представниками органів правопорядку з подальшою переадресацією до місць позбавлення волі, особливо за крадіжки, зберігання або перевезення наркотиків (кримінальна відповідальність). Виправні установи залишаються місцями підвищеного ризику для підлітків, особливо це стосується небезпеки інфікування ВІЛ, а також сексуального насильства.

Беручи до уваги численні порушення прав і множинні потреби цієї категорії населення, особливо в таких послугах, як інформування про ризик інфікування ВІЛ, на який наражається підліток, проживаючи на вулиці, було схвалено рішення, що базове дослідження (дослідницька стратегія № 2) сконцентрує увагу на хлопцях і дівчатах ПГР, які живуть або працюють на вулиці, а також зверне увагу на основні фактори схильності до інфікування ВІЛ серед інших груп підлітків, що живуть або працюють на вулиці.

Результати базового дослідження й дані вторинного аналізу (стратегія дослідження №1) слугуватимуть:

- 1) аргументацією для підтвердження необхідності розширення послуг з профілактики ВІЛ для підлітків груп ризику й посилення захисту цих дітей;
- 2) базою для розроблення програм розширення доступу, якості й рівності профілактичних послуг, а також послуг зі зменшення шкоди, спрямованих на підлітків груп ризику;
- 3) інструментом організації громадськості для створення дружнішого середовища для підлітків груп ризику, що допоможе розширити для них доступ до послуг і забезпечити належну їх якість.

«Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики й лікування ВІЛ/СНІДу в Україні до 2010 року» (надалі – «Дорожня карта»), яку розробила у квітні 2006 року робоча група зацікавлених сторін під керівництвом Міністерства охорони здоров'я України та ЮНЕЙДС, визначає основні цілі й завдання, а також дії, які необхідно втілити щодо відповідної категорії населення України. Цю категорію «Дорожня карта» означає так: «Підлітки й діти, що перебувають у групі ризику (враховуючи дітей-сиріт, дітей вулиці, малолітніх злочинців, молодь, що перебуває в спецзакладах, дітей і підлітків з проблемних сімей тощо)». До цього означення входять ПГР, а також уразливі підлітки.

Метою, що поставлена в «Дорожній карті», є охоплення до 2010 року 60% підлітків і дітей груп ризику віком від 10 до 18 років обов'язковим мінімальним пакетом профілактичних послуг, до якого входять:

- ▶ інформування;

- ▶ семінари в молодших і старших класах з питань ВІЛ/СНІДу;
- ▶ юридичні консультації;
- ▶ програми зі зменшення шкоди, розроблені з урахуванням потреб неповнолітніх;
- ▶ засоби профілактики передачі ВІЛ статевим та нестатевим шляхом;
- ▶ добровільне тестування на ВІЛ із подальшою консультацією.

Мінімальний обов'язковий пакет профілактичних послуг повинен відповідати національним стандартам. Схвалені послуги й інформація повинні надаватися на постійній основі й бути «...заснованими на індивідуальному, клієнт-орієнтованому підході, відповідно до потреб цільової групи, що змінюються». Мало того, слід забезпечити інтеграцію профілактики, лікування, інформування й надання послуг у єдине ціле, що забезпечить рівний доступ і дозволить уникнути дискримінації. Для забезпечення рівності в наданні послуг у «Дорожній карті» зазначено: «... варто прийняти етичні стандарти/етичний кодекс на національному рівні для використання всіма медичними й іншими фахівцями, що працюють у програмах профілактики ВІЛ у всіх регіонах».

Що стосується послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, то будуть враховані особливі, залежно від віку й статі, потреби дітей і підлітків груп ризику. Для всіх категорій населення, «Дорожньою картою» визначено загальну мету – досягнення 30% рівня охоплення.

Слід зазначити, що до пакету послуг, визначених «Дорожньою картою», не входить діагностика й лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, і ВІЛ, що передбачено мінімальним пакетом послуг, які описані у проекті «Керівництво ЮНІСЕФ з роботи з підлітками груп ризику» (травень 2006). «Керівництво» також описує програми зі зменшення шкоди, які не входять до списку «Дорожньої карти». Деякі з програм і підходів, згаданих там, уже реалізує Представництво ЮНІСЕФ в Україні. Ці програми містять огляд законодавства, пов'язаного з підлітками груп ризику, з метою забезпечення рівного доступу; зарахування представників підлітків груп ризику (враховуючи тих, які живуть або працюють на вулиці) у національні консультації зі стратегічного планування (наприклад, для розроблення дій щодо профілактики ВІЛ серед підлітків груп ризику); створення мережі для надання орієнтованих на молодь послуг; а також підтримки розроблення Національного плану дій щодо реалізації *Конвенції ООН про права дитини* та її *Факультативних протоколів*.

Дослідження й програми ЮНІСЕФ

Регіональне представництво ЮНІСЕФ у Центральній Європі й СНД за підтримки Ірландського уряду почало роботу з профілактики ВІЛ серед підлітків груп ризику в рамках своєї програми «Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику в Україні й Південно-Східній Європі». Україна визначена пріоритетною країною цього проекту. Значний акцент зроблено на розвитку й забезпеченні даними місцевих дослідницьких організацій, розробленні національних стандартів і норм, а також плануванні на основі попередніх показників (враховуючи моніторинг і оцінку), щоб запровадити дієздатні системи після завершення програми. Очікується, що моделі програм з профілактики ВІЛ для хлопців і дівчат груп ризику будуть дієздатними, а дослідження – проведено відповідно до інноваційних моделей зниження ризику інфікування ВІЛ й розширення можливостей надання послуг.

Цього року ЮНІСЕФ планує вторинний аналіз і базове дослідження, пов'язаних з ризиком інфікування ВІЛ, чинників, що впливають на поведінку й доступність послуг для ППР віком від 10 до 19 років в Україні, враховуючи підлітків, які живуть або працюють на вулиці. Розроблення базового дослідження представлено в цьому протоколі. Результати вторинного аналізу й базового дослідження будуть офіційно представлені на регіональному, національному й міжнародному рівнях. Вони послужать таким цілям:

- ▶ розроблення нової бази даних щодо підлітків груп ризику в Україні;
- ▶ поліпшенню моніторингу й оцінки національних ВІЛ-програм, орієнтованих на підлітків груп ризику;
- ▶ підготовленню якісного дослідження й оцінка профілактичних програм серед підлітків груп ризику;

- ▶ плануванню заходів, описаних у розділі «Передумови», базованих на зібраній інформації (враховуючи моніторинг і оцінку цих заходів).

Як зазначено в розділі «Передумови», ЮНІСЕФ в Україні вже розпочав роботу щодо створення дружньої атмосфери для хлопців і дівчат з підліткової групи ризику, наприклад, через здійснення огляду чинного законодавства в цій сфері.

Категорія населення. Хлопці й дівчата підліткового віку (від 10 до 19 років)²⁹², які живуть або працюють на вулиці.

Критерії відповідності для базового дослідження:

1. Підлітки обох статей віком від 10 до 19 років, які прожили на вулиці щонайменше три місяці, регулярно не відвідують школу та проводять мінімум 50% свого часу на вулиці.
2. Підлітки обох статей віком від 10 до 19 років, які прожили на вулиці щонайменше три місяці, не мають постійної роботи, не відвідують професійно-технічний чи вищий навчальний заклад і проводять мінімум 50% свого часу на вулиці.

Поняття «жити на вулиці» означено так:

- ▶ Підлітки обох статей віком від 10 до 19 років, які не мають контактів зі своїми сім'ями, живуть у тимчасових оселях (наприклад, покинутих будинках) або не мають тимчасової оселі та сплять щоночі в іншому місці.
- ▶ Підлітки обох статей віком від 10 до 19 років, які підтримують контакти зі своїми сім'ями та (або) опікунами, але через бідність або інші причини, наприклад, жорстоке поводження чи нехтування, проводять мінімум 50% днів свого життя, а іноді й ночей, на вулиці.
- ▶ Підлітки обох статей віком від 10 до 19 років, які живуть у тимчасових притулках і які до поміщення у притулок жили на вулиці²⁹³.
- ▶ Підлітки обох статей віком від 10 до 20 років, які офіційно проживають у державних школах-інтернатах, центрах соціальної реабілітації або інших закладах догляду за дітьми, але через ту чи іншу причину втекли й зараз живуть на вулиці (критерій (а)).

Хоча суб'єктами базового дослідження є підлітки груп ризику, які живуть або працюють на вулиці, а також підлітки обох статей, які особливо наражаються на ризик інфікування ВІЛ і живуть або працюють на вулиці, показник «ризикована поведінка» не включено як окремий критерій до списку, наведеного вище.

Критерії відповідності, зазначені вище, також будуть застосовані до будь-кого з членів соціальної мережі підлітка, що підходить під критерії базового дослідження, і вони будуть опитані на предмет надання інформації про членів своєї соціальної мережі.

²⁹² Встановлення віку підлітків зроблено відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, про що вже зазначали в цьому звіті. Саме такий віковий інтервал відповідає українській ситуації, коли підлітки та молоді люди, особливо віком від 19 років та старші, часто стають членами дитячих груп, що живуть або працюють на вулиці, та сильно впливають на залучення молодших за віком членів групи до ризикованої поведінки. Наприклад, див.: Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006. Наведений віковий інтервал дещо відрізняється від інтервалу, що вживає ЮНІСЕФ у плануванні та розробленні програм для ПГР, а саме, згідно з Конвенцією ООН про права дитини, підлітками вважаються особи віком від 10 до 19 років.

²⁹³ У підлітків є два шляхи потрапити до притулку для неповнолітніх: або підлітки приходять туди самостійно, або їх приводять уповноважені структури. Згідно з Законом України (20/95-ВР) про служби та установи з роботи з неповнолітніми (ці служби наразі перейменовано на «служби у справах дітей»), коли міліція підбирає дітей вулиці, тобто осіб, яким ще не виповнилося 18 років, вона повинна повідомити про це служби захисту дітей. Міліція може передати дитину до притулку для неповнолітніх, якщо дитина не має більше куди йти, чи вона не може повернутися до своєї родини, чи вона потребує медичної допомоги, наприклад, у випадку передозування. Після того, як стало відомо про дитину, служба захисту дітей починає роботу з нею та її родиною. У разі потреби служба захисту дітей співпрацює з соціальними службами, наприклад, у випадку, коли родина потребує додаткової соціальної підтримки (сім'я у складних життєвих обставинах). Слід зазначити, що досить багато дітей, яких розміщують у притулках, уникають замкненого середовища та повертаються на вулицю. Див.: *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006.

Міста проведення. Для проведення базового дослідження обрано такі п'ять міст:

- 1) м. Київ,
- 2) м. Донецьк,
- 3) м. Дніпропетровськ,
- 4) м. Миколаїв (можливо, буде додана також область),
- 5) м. Рівне (місто проведення пілотного дослідження).

Чотири основних міста дослідження (1–4) вибрано на основі таких критеріїв:

1. Достатня кількість підлітків віком від 10 до 19 років, які живуть або працюють на вулиці, для отримання необхідного обсягу вибірки.
2. Наявність даних про поширеність ВІЛ-інфекції (середні та високі показники), а також тенденції (підвищення) в потенційному місті проведення дослідження.
3. Наявність державних і недержавних організацій, які надають послуги (у сфері охорони здоров'я, освіти, соціальної роботи, юридичні тощо) для цієї категорії населення і можуть бути «провідниками»²⁹⁴ доступу до цільової групи, щоб провести заплановане дослідження.
4. Фактор економічної ефективності.
5. Інтерес, виявлений місцевими органами влади до використання результатів дослідження, щоб покращити місцеві заходи з профілактики ВІЛ-інфекції серед хлопців і дівчат-ПГР.

Були проведені консультації з провідними національними організаціями з приводу визначення місць проведення дослідження під час засідання «Робочої групи з профілактики й лікування ВІЛ, а також надання послуг у цій сфері для дітей груп ризику», яка була створена навесні 2007 року і зараз є неофіційним радником Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту.

Місто Рівне, що є п'ятим містом проведення дослідження, обрано як додаткове місто, ґрунтуючись на обговореннях з ключовими організаціями в цій сфері, які запропонували ЮНІСЕФ додати Західний регіон для забезпечення репрезентативності ситуації. Однак, беручи до уваги невелику кількість підлітків, що живуть або працюють на вулиці в цьому регіоні, вирішили використати м. Рівне винятково як місто проведення пілотного дослідження.

Мета дослідження. Головна мета базового дослідження полягала в тому, щоб зібрати дані стосовно ризикованих і захисних поведінкових практик, чинників, що впливають на ризиковану поведінку і виникнення уразливості, та користування послугами, на основі яких розрахувати показники щодо ВІЛ для хлопців і дівчат ПГР, ґрунтуючись на переліку основних показників, узгоджених між сімома країнами – учасницями проекту ЮНІСЕФ.

Попри те, що основні індикатори відповідають подібним дослідженням підлітків груп ризику в інших регіонах програми ЮНІСЕФ, слід зазначити, що це базове дослідження в Україні не надасть основних критеріїв для роботи з ПГР загалом, а лише для роботи з ПГР, які живуть або працюють на вулиці.

Основні критерії для ПГР будуть отримані з вторинного аналізу даних поведінкових досліджень щодо ризикованої поведінки, чинників, що впливають на ризиковану поведінку, і надання послуг. Вторинний аналіз проведено 2007 року серед СІН, ЖКС, ЧСЧ у віці від 10 до 24 роки в Україні.

Вибірка. Для базового дослідження буде використана районована та мережева вибірки. Вибірка типу «снігова куля» буде використана для охоплення всієї мережі.

Перед розрахунком вибірки буде зібрана робоча група для проведення вступного «круглого столу» з подальшими робочими зустрічами в кожному місті проведення дослідження. Робоча група буде складатися з представників ключових організацій – учасників проекту, враховуючи:

²⁹⁴ Під «провідником», або «охоронцем воріт» у цьому контексті мається на увазі організація, яка має безпосередній контакт з цільовою групою. Завдяки цьому організація має можливість допомогти в доступі до цільової групи та рекрутувати її членів.

- ▶ недержавні й релігійні організації;
- ▶ державні структури, насамперед центри соціальних служб для сімей, дітей та молоді (ЦСССДМ), представників місцевих притулків і центрів психологічної реабілітації, а також представників служб у справах дітей;
- ▶ департаменти й/або служби обласних адміністрацій з роботи з дітьми;
- ▶ представників регіональних організацій у сфері протидії ВІЛ/СНІДу і туберкульозу;
- ▶ представників наукової громадськості;
- ▶ інші зацікавлені сторони;
- ▶ представників дослідницьких груп, зокрема фахівця з гендерних питань.

Основна роль робочої групи полягає в такому:

1. Керувати дослідницькою групою під час «польових» робіт.
2. Забезпечити можливість представникам громадськості брати активну участь в обговоренні, плануванні дослідження, моніторингу й оцінці польової роботи, а також у зборі даних, так само, як і в обговоренні попередніх результатів.
3. Бути важливим ресурсом для групи дослідників щоб поліпшити їхнє розуміння місцевої ситуації.
4. Позитивно впливати на визнання й сприйняття громадськістю результатів дослідження.

Після створення робочої групи на мапі кожного міста буде нанесено визначені місця, де збирається/проживає цільова група, з метою визначення чисельності цільової групи в цих місцях. Певні члени групи, переважно з організацій, які безпосередньо взаємодіють з цільовою групою (враховуючи ЦСССДМ), а також представники наукової громадськості братимуть участь у визначенні ключових груп підлітків обох статей, враховуючи ПГР, які живуть або працюють на вулиці, і місць їхнього збору в кожному місті проведення дослідження. Під час процесу нанесення на мапу цих місць також будуть встановлені пріоритетні місця для проведення й розширення кількості заходів, а також оцінки послуг у сфері ВІЛ, ІПСШ, соціальних послуг, що буде здійснено одночасно із засіданнями робочої групи, та вивчення можливих небезпечних чинників як для ПГР, так і для дослідників/інтерв'юєрів.

Необхідну кількість респондентів для проведення базового дослідження розраховано на основі статистичних даних, наданих Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту (2005 і 2006 рр.), про дітей, яких утримують школи-інтернати для неповнолітніх.

Область	2005	2006
Дніпропетровська	1907 дітей (враховуючи 1663, які живуть на вулиці)	1739
Донецька	3940 дітей (враховуючи 2170, які живуть на вулиці)	3484
м. Київ	1288 дітей (враховуючи 927, які живуть на вулиці)	976
Миколаївська	748 дітей (враховуючи 624, які живуть на вулиці)	758
Рівненська	390 дітей (враховуючи 196, які живуть на вулиці)	376

Розподіл за віком та статтю за даними 2005 року.

Область	Хлопці				Дівчата			
	Вікові групи				Вікові групи			
	3–6	7–14	15–18	Усього	3–6	7–14	15–18	Усього
Дніпропетровська	167	793	275	1235	146	404	122	672
Донецька	292	1623	706	2621	209	745	365	1319
Миколаївська	64	334	81	479	61	177	31	269
м. Київ	43	548	366	957	30	206	95	331
Рівненська	42	179	68	289	15	51	35	101

Ці дані не відбивають загальну кількість підлітків, які живуть або працюють на вулиці, у кожному місті/регіоні, а також немає перевірених підрахунків населення в кожному місті/регіоні через різні проблеми юридичного, структурного й іншого характеру. Однак наведені показники є єдиними офіційно доступними даними, які слід використати для розрахунку цільової групи. Ці показники були порівняні з розмірами вибірок, які були використані в інших якісних дослідженнях цієї категорії населення України²⁹⁵.

Місто/область	Кількість респондентів
м. Київ	200 усього: 140 хлопців + 60 дівчат
м. Донецьк	200 усього: 140 хлопців + 60 дівчат
м. Дніпропетровськ	200 усього: 140 хлопців + 60 дівчат
м. Миколаїв (Миколаївська область)	200 усього: 140 хлопців + 60 дівчат
м. Рівне (Рівненська область)	100 усього: 70 хлопців + 30 дівчат
Всього	900 усього: 630 хлопців + 270 дівчат

Дівчат зараховано у вибірку з використанням квотної системи, заснованої на даних гендерного розподілу між підлітками, які живуть або працюють на вулиці в Україні. Отримані в результаті гендерного розподілу вибірки можуть не відбивати повною мірою ні склад цільової групи в кожному місці проведення дослідження, ні її соціальну мережу.

Як винагороди учасникам ухвалено використати

- ▶ харчові продукти;
- ▶ засоби гігієни;
- ▶ солодощі;
- ▶ чай, каву;
- ▶ похід у кафе;
- ▶ одяг (шкарпетки, носові хустинки тощо).

Дослідницька група й регіонально-консультативна рада (робоча група) також ухвалили рішення роздати інформаційні матеріали з адресами установ, куди підліток може звернутися, якщо виникне потреба.

Крім того, дослідницька команда обговорить із робочою групою можливість виділення спеціальних талонів на певний набір послуг, що можуть бути додатково роздані респондентам.

Польові працівники. У кожному місті проведення дослідження буде визначена група з п'яти інтерв'юерів, які у свою чергу будуть підпорядковані польовому менеджеру. Інтерв'юерів й польових менеджерів базового дослідження буде набрано з національної мережі Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка. Мережа охоплює всі можливі місця проведення дослідження.

Крім інтерв'юерів і польових менеджерів, за погодженням із членами робочої групи, буде набрана команда польових працівників, щоб підтримувати групи дослідників у визначенні можливих місць проведення дослідження. Певні польові працівники з недержавних організацій, ЦСССДМ можуть також пройти навчання як інтерв'юери. Останні будуть відібрані особливо прискіпливо через ризик необ'єктивності та обмеженого доступу до більшості соціальних послуг цільової групи.

Польова команда (враховуючи польових менеджерів, інтерв'юерів і польових працівників) буде проінструктована й навчена перед початком збору інформації, а також отримає посібник з проведення інтерв'ю й польової роботи, у якому, зокрема, відбито таке:

- ▶ забезпечення загального розуміння таких понять, як підлітки груп ризику, гендерні відмінності, поведінка, пов'язана з ризиком інфікування ВІЛ, детермінанти поведінки й доступність послуг;

²⁹⁵ Див.: *Діти й молодь, що живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні* / ЮНІСЕФ, МБФ «СНІД Фонд Схід – Захід». – К., 2006.

- ▶ підходи до розрахунку вибірки, які будуть використані в дослідженні, і способи здійснення пошуку респондентів, враховуючи відповідні етичні й гендерні відмінності;
- ▶ місця для проведення інтерв'ю (будуть обговорені з робочою групою, а також нанесені на мапу);
- ▶ характер інтерв'ю, враховуючи етичні міркування й гендерні особливості (наприклад, вплив віку, статі й ролі інтерв'юера й польових працівників, а також питання, пов'язані із захистом прав дітей);
- ▶ співробітництво всередині команди дослідників і робочої групи;
- ▶ безпека інтерв'юерів і польових працівників;
- ▶ контроль і звітність польових менеджерів;
- ▶ надання інформації респондентам (потенційним) про місцеві центри надання послуг²⁹⁶;
- ▶ посібник з направлення респондентів (потенційних) у місцеві центри надання соціальних послуг.

Для складання списку зацікавлених організацій, з яких обиратимуть польових працівників, будуть використані такі критерії відбору:

- ▶ охоплення категорії населення;
- ▶ характеристика надаваних послуг: вони повинні відповідати критеріям цільової групи;
- ▶ надання прямих послуг представникам цільової групи, враховуючи виїзд на місця, центри обслуговування тощо;
- ▶ досвід участі в дослідженнях (необов'язково).

Інструментарій. Розроблено окремі запитальники для хлопців та дівчат.

Докладнішу інформацію про проведення опитування цільової групи описано в методичних рекомендаціях.

Пілотування інструментарію. Запитальники для хлопців та дівчат будуть відпілотовані в м. Києві і м. Рівному.

Мета пілотування інструментарію:

- ▶ тестування тексту запитань відповідно до різних критеріїв: адекватність, дружність у формулюванні для підлітків, підказка відповідей, підтримка спогадів про минулі події тощо;
- ▶ тестування процедури пошуку респондентів;
- ▶ тестування підходів до інтерв'ювання (місця для проведення дослідження, вимоги до інтерв'юерів, стимул до участі в інтерв'ю тощо).

Для пілотування інструментарію заплановано опитати 10 підлітків чоловічої статі й 5 підлітків жіночої. Критерії відповідності для пілотування інструментарію:

- 1) див. список критеріїв відповідності в розділі «Категорії населення». Ці критерії відповідності будуть протестовані в межах пілотування інструментарію;
- 2) сексуальний досвід і досвід вживання ін'єкційних наркотиків;
- 3) група також повинна відбивати обрані умови (вулиць, притулок);
- 4) вікові групи: 10–14, 15–17, 18–19.

Навчання польових працівників. Проведення тренінгу для інтерв'юерів: організував і провів Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка; відбувся у Києві 16–17 жовтня 2007 року (2 дні, 25 учасників).

Польові працівники були навчені в містах проведення дослідження, а польові менеджери взяли участь у тренінгу для інтерв'юерів.

²⁹⁶ Список служб буде також обговорено і погоджено з робочою групою.

Як зазначено в розділі «Польові працівники», інтерв'юери, польові працівники й польові менеджери одержать подальший інструктаж з проведення інтерв'ю, з етичними і гендерними положеннями для польової роботи. Також будуть роздані інформаційні пакети для респондентів (потенційних) перед початком збору інформації.

Питання етики. ЮНІСЕФ розробив загальне керівництво з етичних й гендерних питань для проведення досліджень у середовищі підлітків груп ризику, на які й спирається це дослідження.

Грунтуючись на ключових положеннях, українська команда дослідників розробила посібник з етики й гендерних особливостей для інтерв'юерів, польових працівників і польових менеджерів.

Посібник з етики розглядає ключові етичні проблеми в сучасній Україні, особливо в розрізі забезпечення прав дітей. Відповідно до українського законодавства, будь-яка людина, що зустрічається з дитиною без супроводження батьків, зобов'язана довести до відома офіційні органи. Мало того, офіційним органам слід повідомити про випадки знущань і експлуатації дітей. Це буде забезпечено в рамках проекту за допомогою тісного співробітництва з (1) основними учасниками проекту ПГР від Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, (2) національною дослідницькою консультативною радою (робоча група з профілактики й лікування ВІЛ, а також надання послуг у цій сфері для дітей груп ризику), (3) працівниками груп у кожному місці проведення дослідження (враховуючи представників служб захисту прав неповнолітніх), (4) місцевими учасниками від ЦС-ССДМ. Процедури, описані в керівництві, відповідають чинному законодавству.

Так само, як було згадано вище, кожний інтерв'юер і польовий працівник, будуть мати при собі інформаційний пакет для респондентів (потенційних), що міститиме список місцевих центрів з надання соціальних послуг та інструкцію з користування інформаційним пакетом. Представники робочих груп і ЦСССДМ забезпечать безперешкодний доступ до відповідних соціальних послуг для дітей і підлітків.

Аналіз даних. Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка відповідальний за аналіз даних. Керівник команди дослідників і Лондонський інститут гігієни й тропічної медицини нададуть інституту підтримку.

Для введення й аналізу даних буде використано комп'ютер з установленим програмним забезпеченням SPSS.PC. 16.

Дані будуть розподілені за такими характеристиками:

- ▶ вік;
- ▶ стать;
- ▶ місце проживання;
- ▶ ризикована поведінка;
- ▶ соціальне оточення;
- ▶ детермінанти та фактори уразливості.

Необхідні ресурси. Всі необхідні ресурси для базового дослідження надасть Представництво ЮНІСЕФ в Україні.

Контроль за якістю/керівництво проектом

Для контролю за якістю будуть використані такі інструменти:

- ▶ Регіональне представництво ЮНІСЕФ залучило ЛШГТМ як міжнародного консультанта для посилення контролю зібраної інформації й розроблення ефективних програм серед підлітків груп ризику обох статей в Україні й інших країнах;
- ▶ українську команду дослідників, завданням якої є координація, розроблення, здійснення й підготовки до публікації дослідження, сформував шляхом відкритого конкурсу Представництво ЮНІСЕФ в Україні.

До її складу входять:

- ▶ керівник дослідницької групи, що відповідає за всі дослідження на національному рівні й координацію з іншими дослідницькими групами на регіональному рівні, враховуючи взаємодію з ЛШГТМ щодо технічної допомоги. Керівник також відповідає за надання результатів дослідження і є основною контактною особою під час планування, здійснення й аналізу зібраних даних та відповідає за координацію з іншими дослідницькими програмами й проектами в Україні:
 - ▶ проектом ВООЗ «Збір стратегічних даних і розроблення індикаторів послуг у сфері ВІЛ для молодих людей (10–24)». Обидва проекти доповнюють один одного і будуть здійснювані одночасно;
 - ▶ проектом під егідою ЮНЕЙДС «Оцінення національної програми боротьби з ВІЛ/СНІДом в Україні», зосередженим на основних групах ризику й послугах у сфері ВІЛ для дітей і молодих людей.
- ▶ Національна група дослідників з Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка (УІСД) у складі
 - ▶ менеджера базового дослідження;
 - ▶ менеджера якісного дослідження й експерта з питань гендера;
 - ▶ команди дослідників інституту;
 - ▶ групи польових працівників і команди з п'яти інтерв'юерів, а також одного польового менеджера в кожному місті проведення дослідження;
 - ▶ одного юридичного консультанта;
 - ▶ одного перекладача.

Команда дослідників працює разом з керівником, ЛШГТМ, Представництвом ЮНІСЕФ й іншими в процесі розроблення поведінкового дослідження підлітків груп ризику й реалізації всіх компонентів дослідження.

Представництво ЮНІСЕФ в Україні здійснює загальне керівництво командою дослідників, враховуючи керівника команди.

Керівник команди щомісяця доповідає представникам ЮНІСЕФ про хід дослідження. Також будуть регулярні зустрічі між ЮНІСЕФ, керівником групи й групою дослідників. Крім того, будуть регулярні робочі зустрічі між керівником групи й командою дослідників.

Представництво ЮНІСЕФ в Україні узгодило проведення дослідження з Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту. У Міністерстві призначений представник, відповідальний за проект, що підтверджено відповідними документами.

Щоб забезпечити якість даних, інструментарій дослідження буде пропілотований (див. «Пілотування інструментарію»).

Польові працівники й інтерв'юери працюватимуть під безпосереднім керівництвом польових менеджерів і регулярно звітуватимуть перед ними. Польові менеджери надаватимуть регулярні звіти команді дослідників і керівнику команди дослідників. Члени команди дослідників здійснюватимуть візити на місця проведення дослідження для спостереження за роботою польових менеджерів і проведення дослідження в цілому.

ЮНІСЕФ ініціював створення Групи з координації дослідження, що входить до складу Робочої групи з профілактики, лікування ВІЛ, а також надання підтримки дітям груп ризику, яку створили навесні 2007 року основні учасники (державні, недержавні й релігійні організації), що працюють із дітьми в Україні – як на національному, так і на регіональному рівнях. Група з координації дослідження виступає як національний дорадчий орган для всіх досліджень, проваджуваних або запланованих в Україні на тему ВІЛ/СНІДу, з проблем дітей і молоді, враховуючи підлітків груп ризику. Обидві групи усе ще очікують ухвалення з боку Міністерства України у справах сім'ї, молоді та

спорту. До ухвалення рішення вони діють як неофіційні радники. Перша зустріч Групи з координації дослідження відбулася в липні 2007 року, під час якої представлено до обговорення перший проект протоколу для цього дослідження.

На регіональному рівні команда дослідників разом з керівником розпочне польову роботу з проведення «круглих столів» для основних учасників процесу, щоб подати та обговорити заплановані дослідження. Заплановано також проведення робочих зустрічей. Як було згадано в розділі «Вибірка», у кожному місті/регіоні буде створено робочі групи. Вони розширять співробітництво й координацію між ключовими учасниками дослідження на регіональному рівні. Також певні місцеві організації (див. «Польові працівники») будуть залучені до пошуку респондентів, члени цільової групи залучені до дослідження за допомогою робочих груп.

Угоди й консультації з органами влади й громадськістю

Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту висловило однозначну підтримку проведенню цього дослідження й усіх подальших дій. Необхідність додаткових досліджень, особливо серед цільової аудиторії, необхідність розширення покриття, якості й доступності послуг для підлітків груп ризику, а також тих, хто живе й працює на вулиці, передбачено в законодавчих актах:

- ▶ Міжнародні угоди²⁹⁷, зокрема:
 - ▶ Конвенція ООН про права дитини, ратифікована Україною 28 серпня 1991 р.
 - ▶ Загальний Коментар № 3 щодо «ВІЛ/СНІДу і прав дитини», прийнятий Комітетом з прав дитини, листопад 2003 р.
 - ▶ Факультативний протокол до Конвенції ООН про права дитини щодо торгівлі дітьми, дитячої проституції і дитячої порнографії, ратифікований Україною 3 липня 2003 р.
 - ▶ Підсумковий документ Спеціальної сесії в інтересах дітей Генеральної Асамблеї ООН «Світ, сприятливий для дітей», підписаний Україною 10 травня 2002 р.
 - ▶ Декларація ССГАООН, прийнята Україною в 2001 р.
- ▶ Законодавство України, зокрема:
 - ▶ Закони України «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей» і «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування».
 - ▶ «Концепція Державної програми подолання дитячої безпритульності і бездоглядності на 2006–2010 роки» і «Державна програма подолання дитячої безпритульності і бездоглядності на 2006–2010 роки».
 - ▶ Національний звіт з виконання підсумкового документу Спеціальної сесії в інтересах дітей Генеральної Асамблеї ООН «Світ, сприятливий для дітей» (2002) і Загальнодержавна програма «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини», які підготував Державний інститут розвитку сім'ї та молоді при Міністерстві України у справах сім'ї, молоді та спорту (Київ, 2007).

²⁹⁷ Зверніть увагу на те, що міжнародні угоди, які ратифікувала й схвалила Верховна Рада України, стають невід'ємною частиною законодавства України (відповідно до п. 1 ст. 9, Конституції України). У разі конфлікту з іншим місцевим законодавчим актом у п. 2 ст. 19 Акта про Міжнародні угоди України зазначено, що міжнародна угода превалює над національним законодавством.

ДОДАТОК 4

Перелік змінних спеціального дослідження дітей і підлітків, що живуть або працюють на вулиці²⁹⁸

Змінні, що використовувалися в аналізі
Соціально-демографічні характеристики
Місто опитування
Стать
Вік
Де ти в основному жив(-ла) останні 3 місяці?
Чи проводиш ти на вулиці більшу частину свого часу?
Як давно ти живеш на вулиці?
Чи відвідував(-ла) ти школу/інший навчальний заклад у цьому навчальному році?
Де ти народився(-лася)? (Тип поселення)
Де ти народився(-лася)? (Область)
Де ти народився(-лася)? (Країна)
Як давно ти проживаєш у цьому місті?
Де ти жив(-ла) до цього? (Тип поселення)
Де ти жив(-ла) до цього? (Область)
Де ти жив(-ла) до цього? (Країна)
Рівень освіти
Чи жива твоя мати?
Чи живий твій батько?
*Статус сирітства
Чи живеш ти з матір'ю/нерідною матір'ю?
Чи живеш ти з батьком/нерідним батьком?
Чи живеш ти з братом/сестрою?
Чи живеш ти з бабусею/дідусем?
Чи живеш ти з іншими родичами (дядько, тітка тощо)?
Чи живеш ти з дружиною/чоловіком (офіційно зареєстрований шлюб)?
Чи живеш ти з дружиною/чоловіком (незареєстрований шлюб)?
Чи живеш ти з опікуном?
Чи живеш ти з друзями?
Чи живеш ти сам/сама?
Чи живеш ти з іншими людьми?
*Проживаю з друзями
*Проживаю з батьками
*Проживаю з дорослими родичами
Які документи в тебе є? (Свідоцтво про народження)
Які документи в тебе є? (Ідентифікаційний код)
Які документи в тебе є? (Медична картка)
Які документи в тебе є? (Паспорт чи інший документ, що його заміняє)
Які документи в тебе є? (Свідоцтво про освіту, атестат, диплом)
Які документи в тебе є? (Єдиний квиток)
Які документи в тебе є? (Інше)
Національність

²⁹⁸ Символом «*» позначені інтегральні змінні, що побудовані для аналізу.

Вживання алкоголю/наркотиків
Чи вживав(-ла) ти будь-коли алкогольні напої?
Чи вживав(-ла) ти будь-коли інгалятори (клей або інші подібні речовини)?
Чи курив ти будь-коли «травку» (марихуану)?
Чи вживав(-ла) ти будь-коли наркотик без шприца (таблетки, розчин, «компот»)?
Чи вживав(-ла) ти будь-коли наркотик за допомогою шприца?
Чи вживав(-ла) ти будь-коли інші наркотичні речовини?
Скільки тобі було років, коли ти вперше спробував(-ла) ін'єкційний наркотик?
*Ін'єкційний стаж
Коли ти останній раз вживав(-ла) ін'єкційні наркотики?
Як часто ти вживав(-ла) ін'єкційний наркотик протягом останніх 30 днів?
Чи використовував(-ла) ти новий стерильний шприц під час останнього вживання наркотику?
Протягом останніх 30 днів як часто ти вживав(-ла) наркотик, використовуючи шприц після того, як хтось ввів у нього наркотик зі свого шприца?
Протягом останніх 30 днів як часто ти вживав(-ла) наркотик, використовуючи шприц, що наповнили з «робочого» шприца?
Протягом останніх 30 днів як часто ти вживав(-ла) наркотик з попередньо наповненого шприца?
Протягом останніх 30 днів як часто ти використовував(-ла) фільтр чи вату, яку хтось використовував для відсмоктування наркотику за допомогою свого шприца/голки?
Протягом останніх 30 днів як часто ти наповнював(-ла) наркотиком шприц із загальної тари, з якої свій шприц наповнював хтось інший?
Скільки разів ти вживав(-ла) наркотики, використовуючи шприц чи голку, які вже хтось використовував до тебе, за останній місяць?
*Спільне використання шприца/голки
Де ти зазвичай береш для себе голки/шприци? (Купую в аптеці)
Де ти зазвичай береш для себе голки/шприци? (Одержую на пункті обміну шприців)
Де ти зазвичай береш для себе голки/шприци? (Одержую у соціального працівника)
Де ти зазвичай береш для себе голки/шприци? (Краду)
Де ти зазвичай береш для себе голки/шприци? (Одержую в лікарні)
Де ти зазвичай береш для себе голки/шприци? (Там, де й вживаю наркотики)
Де ти зазвичай береш для себе голки/шприци? (Підбираю на вулиці, у під'їзді)
Де ти зазвичай береш для себе голки/шприци? (У друзів – споживачів ін'єкційних наркотиків)
Де ти зазвичай береш для себе голки/шприци? (У друзів, які не вживають ін'єкційні наркотики)
Де ти зазвичай береш для себе голки/шприци? (У сексуального партнера/партнерки)
Де ти зазвичай береш для себе голки/шприци? (У членів моєї родини)
Де ти зазвичай береш для себе голки/шприци? (Інше)
* Знання про офіційні джерела отримання шприців
Сексуальна поведінка
Чи був у тебе вагінальний статевий акт?
Скільки тобі було років, коли у тебе вперше був вагінальний статевий акт?
Скільки всього сексуальних партнерів (постійних, випадкових, комерційних) у тебе було протягом останнього року (12 місяців)?
Коли в тебе востаннє був вагінальний секс?
Чи був у тебе анальний статевий акт (гетеросексуальні контакти)?
Хлопці: чи був у тебе анальний статевий акт з хлопцем/чоловіком?
Хлопці: скільки тобі було років, коли у тебе вперше був анальний статевий акт з хлопчиком/чоловіком?
Хлопці: коли востаннє у тебе був анальний статевий акт з хлопчиком/чоловіком?
Хлопці: скільки сексуальних партнерів-чоловіків у тебе було протягом останнього місяця?

Хлопці: скільки сексуальних партнерів-чоловіків у тебе було протягом останнього року?
Хлопці: чи використовував коли-небудь ти чи будь-хто з твоїх партнерів силу для примушення до сексу?
Хлопці: за останній рік чи використовував ти чи будь-хто з твоїх партнерів-чоловіків силу примушення до сексу?
Хлопці: чи використовував ти презерватив під час останнього анального сексуального контакту з хлопчиком/чоловіком?
Хлопці: вкажи кількість чоловіків, які давали тобі винагороду в обмін на секс протягом року?
Хлопці: чи використовував ти презерватив під час останнього сексуального контакту з комерційним партнером-чоловіком?
Хлопці: як часто ти використовував презерватив під час сексуальних контактів з комерційними партнерами-чоловіками протягом останнього року?
Чи є у тебе постійний сексуальний партнер?
Як давно ти контактуєш із цим партнером?
Як часто за останній місяць ти використовував презерватив з постійним партнером?
Дівчата: чи використовувала ти презерватив під час останнього сексуального контакту з постійним партнером?
Чи вживає твій постійний сексуальний партнер наркотики за допомогою шприца?
Хлопці: скільки постійних сексуальних партнерок у тебе було протягом останнього року?
За останній рік чи був у тебе секс із випадковим сексуальним партнером?
За останній рік скільки різних випадкових сексуальних партнерів у тебе було?
Чи використовував ти презерватив востаннє, коли в тебе був секс із випадковим партнером?
За останній рік як часто ти використовував презерватив зі своїми випадковими партнерами?
За останні 12 місяців чи був у тебе секс за винагороду (гроші, наркотики, інші речі)?
Дівчата: скільки тобі було років, коли ти вперше отримала винагороду за надання сексуальних послуг?
* Стаж комерційного сексу (дівчата)
Коли востаннє у тебе був секс з комерційним партнером?
Дівчата: Скільки різних комерційних сексуальних партнерів у тебе було за останній рік?
Чи використовував(-ла) ти презерватив востаннє, коли в тебе був секс із комерційним партнером?
За останній рік як часто ти використовував(-ла) презерватив зі своїми комерційними партнерами?
Чи одержував(-ла) ти яку-небудь винагороду в обмін на сексуальні послуги? (Гроші)
Чи одержував(-ла) ти яку-небудь винагороду в обмін на сексуальні послуги? (Харчі)
Чи одержував(-ла) ти яку-небудь винагороду в обмін на сексуальні послуги? (Одяг)
Чи одержував(-ла) ти яку-небудь винагороду в обмін на сексуальні послуги? (Наркотики)
Чи одержував(-ла) ти яку-небудь винагороду в обмін на сексуальні послуги? (Речі)
Чи одержував(-ла) ти яку-небудь винагороду в обмін на сексуальні послуги? (Інше)
*Одержували будь-коли винагороду в обмін на сексуальні послуги
Чи примушували тебе до сексу твої сексуальні партнери, попри те, що ти цього не хотів(-ла)? (Протягом життя)
Чи примушували тебе до сексу твої сексуальні партнери, попри те, що ти цього не хотів(-ла)? (Протягом останнього року)
Де ти зазвичай береш презервативи? (Купую в аптеці, магазині, на заправній станції)
Де ти зазвичай береш презервативи? (Купую в кіоску)
Де ти зазвичай береш презервативи? (Отримую в соціального працівника)
Де ти зазвичай береш презервативи? (Краду)
Де ти зазвичай береш презервативи? (Отримую в лікарні)
Де ти зазвичай береш презервативи? (Беру в друзів)
Де ти зазвичай береш презервативи? (Беру в сексуального партнера/партнерки)

ПІДЛІТКИ ГРУП РИЗИКУ

Де ти зазвичай береш презервативи? (Беру в членів моєї сім'ї)
Де ти зазвичай береш презервативи? (Інше)
* Знання про офіційні джерела отримання презервативів
Чи були в тебе ранки, виразки на статевих органах або виділення?
Якщо в тебе були ранки, виразки на статевих органах або виділення, то що ти робив(-ла)? (Пройшов(-ла) обстеження й лікування в державній медичній установі)
Якщо в тебе були ранки, виразки на статевих органах або виділення, то що ти робив(-ла)? (Пройшов(-ла) обстеження й лікування в приватній медичній клініці)
Якщо в тебе були ранки, виразки на статевих органах або виділення, то що ти робив(-ла)? (Купив(-ла) в аптеці ліки і сам(-а) лікувався(-лася))
Якщо в тебе були ранки, виразки на статевих органах або виділення, то що ти робив(-ла)? (Звернувся(-лася) до знахаря з метою обстеження й лікування)
Якщо в тебе були ранки, виразки на статевих органах або виділення, то що ти робив(-ла)? (Зайнявся(-лася) самолікуванням)
Якщо в тебе були ранки, виразки на статевих органах або виділення, то що ти робив(-ла)? (Перестав(-ла) займатися сексом)
Якщо в тебе були ранки, виразки на статевих органах або виділення, то що ти робив(-ла)? (Попросив(-ла) поради у соціального працівника)
Якщо в тебе були ранки, виразки на статевих органах або виділення, то що ти робив(-ла)? (Зателефонував(-ла) на телефон довіри)
Якщо в тебе були ранки, виразки на статевих органах або виділення, то що ти робив(-ла)? (Звернувся(-лася) в анонімний кабінет довіри)
Якщо в тебе були ранки, виразки на статевих органах або виділення, то що ти робив(-ла)? (Інше)
Якщо в тебе були ранки, виразки на статевих органах або виділення, то що ти робив(-ла)? (Нічого не робив(-ла))
Дівчата: чи була ти коли-небудь вагітна?
Дівчата: скільки разів ти була вагітна протягом життя?
Дівчата: чи маєш ти дітей?
Дівчата: скільки в тебе дітей?
Дівчата: чи робила ти аборт?
Дівчата: скільки разів ти робила аборт?
Дівчата: чи був у тебе викидень?
Дівчата: скільки в тебе було викиднів?
Перехресні ризики
* Понад один вид ризикованої поведінки (дівчата)
* Понад один вид ризикованої поведінки (хлопці)
* Комерційний секс протягом останніх 12 місяців + вживання ін'єкційних наркотиків
* Комерційний секс протягом останніх 12 місяців + вживання ін'єкційних наркотиків + ЧСЧ
Чинники ризикованої поведінки та користування медико-соціальними послугами
Чи можна уникнути ВІЛ-інфікування, якщо мати секс тільки з одним постійним (вірним) неінфікованим партнером?
Чи можна знизити ризик ВІЛ-інфікування, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного сексуального контакту?
Чи може людина, яка виглядає здоровою, мати ВІЛ?
Чи можна інфікуватися ВІЛ через укуси комара?
Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною?
Чи можна інфікуватися ВІЛ, користуючись туалетом, басейном, сауною спільно з ВІЛ-інфікованою людиною?
Чи знижує ризик зараження ВІЛ використання стерильних, невикористаних шприців/голок?

*Знання шляхів статевого передача ВІЛ
Чи знаєш ти, де можна отримати результат тесту на ВІЛ/СНІД?
Якщо «так», то вкажи, де саме? (В анонімному кабінеті довіри)
Якщо «так», то вкажи, де саме? (У лікарні)
Якщо «так», то вкажи, де саме? (У центрі профілактики й боротьби зі СНІДом)
Якщо «так», то вкажи, де саме? (У поліклініці)
Якщо «так», то вкажи, де саме? (У жіночій консультації)
Якщо «так», то вкажи, де саме? (У приватного лікаря)
Якщо «так», то вкажи, де саме? (У центрі лікування від наркотичної залежності)
Якщо «так», то вкажи, де саме? (На станції переливання крові)
Якщо «так», то вкажи, де саме? (Інше)
Чи проходив ти тест на ВІЛ/СНІД? (Протягом життя)
Чи проходив ти тест на ВІЛ/СНІД? (Протягом останнього року)
Я не запитую тебе, який результат, але чи отримав(-ла) ти результат свого аналізу?
Де ти здавав(-ла) тест на ВІЛ/СНІД останнього разу? (В анонімному кабінеті довіри)
Де ти здавав(-ла) тест на ВІЛ/СНІД останнього разу? (У лікарні)
Де ти здавав(-ла) тест на ВІЛ/СНІД останнього разу? (У центрі профілактики й боротьби зі СНІДом)
Де ти здавав(-ла) тест на ВІЛ/СНІД останнього разу? (У поліклініці)
Де ти здавав(-ла) тест на ВІЛ/СНІД останнього разу? (У жіночій консультації)
Де ти здавав(-ла) тест на ВІЛ/СНІД останнього разу? (У приватного лікаря)
Де ти здавав(-ла) тест на ВІЛ/СНІД останнього разу? (У центрі лікування від наркотичної залежності)
Де ти здавав(-ла) тест на ВІЛ/СНІД останнього разу? (На станції переливання крові)
Де ти здавав(-ла) тест на ВІЛ/СНІД останнього разу? (Інше)
*Пройшли тест на ВІЛ та отримали його результат за останні 12 місяців
Чи затримували тебе коли-небудь представники органів правопорядку?
Скажи, скільки разів за останній рік, тебе затримувала або переслідувала міліція?
Які обвинувачення були тобі пред'явлені при затриманнях або арештах? (Вживання наркотиків)
Які обвинувачення були тобі пред'явлені при затриманнях або арештах? (Зберігання наркотиків)
Які обвинувачення були тобі пред'явлені при затриманнях або арештах? (Виготовлення наркотиків)
Які обвинувачення були тобі пред'явлені при затриманнях або арештах? (Торгівля наркотиками)
Які обвинувачення були тобі пред'явлені при затриманнях або арештах? (Заняття секс-бізнесом (проституція))
Які обвинувачення були тобі пред'явлені при затриманнях або арештах? (Дрібні крадіжки)
Які обвинувачення були тобі пред'явлені при затриманнях або арештах? (Жебракування або незаконне вторгнення в чужі володіння)
Які обвинувачення були тобі пред'явлені при затриманнях або арештах? (Підозріла поведінка)
Які обвинувачення були тобі пред'явлені при затриманнях або арештах? (Злодійство/крадіжки)
Які обвинувачення були тобі пред'явлені при затриманнях або арештах? (Нанесення тілесних пошкоджень)
Які обвинувачення були тобі пред'явлені при затриманнях або арештах? (Хуліганство/розбій)
Які обвинувачення були тобі пред'явлені при затриманнях або арештах? (Вживання алкогольних напоїв у громадських місцях)
Які обвинувачення були тобі пред'явлені при затриманнях або арештах? (Затримували під час рейду, не знаю, за що саме)
Які обвинувачення були тобі пред'явлені при затриманнях або арештах? (Інші обвинувачення)
Чи потрапляв(-ла) ти в такі установи? (Ізолятор тимчасового тримання)
Чи потрапляв(-ла) ти в такі установи? (Слідчий ізолятор)
Чи потрапляв(-ла) ти в такі установи? (Приймальник-розподільник)

ПІДЛІТКИ ГРУП РИЗИКУ

Чи потрапляв(-ла) ти в такі установи? (Притулок для неповнолітніх)
Чи потрапляв(-ла) ти в такі установи? (Колонія)
Чи потрапляв(-ла) ти в такі установи? (В'язниця)
Чи потрапляв(-ла) ти в такі установи? (Дитяча кімната міліції)
Чи потрапляв(-ла) ти в такі установи? (Центр обліку бездомних громадян)
Чи потрапляв(-ла) ти в такі установи? (Районний відділ внутрішніх справ)
Фізичне насилля, побиття з боку персоналу, працівників органів правопорядку (Ізолятор тимчасового тримання)
Фізичне насилля, побиття з боку персоналу, працівників органів правопорядку (Слідчий ізолятор)
Фізичне насилля, побиття з боку персоналу, працівників органів правопорядку (Приймальник-розподільник)
Фізичне насилля, побиття з боку персоналу, працівників органів правопорядку (Притулок для неповнолітніх)
Фізичне насилля, побиття з боку персоналу, працівників органів правопорядку (Колонія)
Фізичне насилля, побиття з боку персоналу, працівників органів правопорядку (В'язниця)
Фізичне насилля, побиття з боку персоналу, працівників органів правопорядку (Дитяча кімната міліції)
Фізичне насилля, побиття з боку персоналу, працівників органів правопорядку (Центр обліку бездомних громадян)
Фізичне насилля, побиття з боку персоналу, працівників органів правопорядку (Районний відділ внутрішніх справ)
Вживання наркотиків за допомогою шприца (Ізолятор тимчасового тримання)
Вживання наркотиків за допомогою шприца (Слідчий ізолятор)
Вживання наркотиків за допомогою шприца (Приймальник-розподільник)
Вживання наркотиків за допомогою шприца (Притулок для неповнолітніх)
Вживання наркотиків за допомогою шприца (Колонія)
Вживання наркотиків за допомогою шприца (В'язниця)
Вживання наркотиків за допомогою шприца (Дитяча кімната міліції)
Вживання наркотиків за допомогою шприца (Центр обліку бездомних громадян)
Вживання наркотиків за допомогою шприца (Районний відділ внутрішніх справ)
Примушення до занять сексом (Ізолятор тимчасового тримання)
Примушення до занять сексом (Слідчий ізолятор)
Примушення до занять сексом (Приймальник-розподільник)
Примушення до занять сексом (Притулок для неповнолітніх)
Примушення до занять сексом (Колонія)
Примушення до занять сексом (В'язниця)
Примушення до занять сексом (Дитяча кімната міліції)
Примушення до занять сексом (Центр обліку бездомних громадян)
Примушення до занять сексом (Районний відділ внутрішніх справ)
Чи доводилося тобі коли-небудь звертатися в які-небудь організації для отримання медичних послуг? (Протягом життя)
Чи доводилося тобі коли-небудь звертатися в які-небудь організації для отримання медичних послуг? (Протягом останнього року)
Чи доводилося тобі коли-небудь звертатися в які-небудь організації для отримання соціальних послуг? (Протягом життя)
Чи доводилося тобі коли-небудь звертатися в які-небудь організації для отримання соціальних послуг? (Протягом останнього року)
До яких організацій тобі доводилося звертатися? (Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді)
До яких організацій тобі доводилося звертатися? (Клініка, дружня до молоді)
До яких організацій тобі доводилося звертатися? (Недержавна організація)

До яких організацій тобі доводилося звертатися? (Служба у справах дітей)
До яких організацій тобі доводилося звертатися? (Релігійні організації)
До яких організацій тобі доводилося звертатися? (Пункти обміну шприців)
До яких організацій тобі доводилося звертатися? (Центри ресоціалізації наркозалежних)
До яких організацій тобі доводилося звертатися? (Диспансер (наркологічний, шкірно-венерологічний, туберкульозний))
До яких організацій тобі доводилося звертатися? (Анонімний кабінет довіри)
До яких організацій тобі доводилося звертатися? (Поліклініки за місцем проживання)
До яких організацій тобі доводилося звертатися? (Центр профілактики та боротьби зі СНІД)
До яких організацій тобі доводилося звертатися? (Психосоціальний центр)
До яких організацій тобі доводилося звертатися? (Притулки)
В якій мірі була надана допомога? (Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді)
В якій мірі була надана допомога? (Клініка, дружня до молоді)
В якій мірі була надана допомога? (Недержавна організація)
В якій мірі була надана допомога? (Служба у справах дітей)
В якій мірі була надана допомога? (Релігійні організації)
В якій мірі була надана допомога? (Пункти обміну шприців)
В якій мірі була надана допомога? (Центри ресоціалізації наркозалежних)
В якій мірі була надана допомога? (Диспансер (наркологічний, шкірно-венерологічний, туберкульозний))
В якій мірі була надана допомога? (Анонімний кабінет довіри)
В якій мірі була надана допомога? (Поліклініки за місцем проживання)
В якій мірі була надана допомога? (Центр профілактики та боротьби зі СНІД)
В якій мірі була надана допомога? (Психосоціальний центр)
В якій мірі була надана допомога? (Притулки)

ДОДАТОК 5**Додаткова література**

Це перелік літератури, що склала Клія Мейнел, яка додатково проаналізувала дані спеціального дослідження підлітків, що живуть або працюють на вулиці в Україні:

Клія Мейнел. Дослідження поведінки, пов'язаної з ризиком ВІЛ-інфікування, серед підлітків груп ризику в Україні: робота на здобуття ступеню магістра соціології, факультет демографії та здоров'я, Лондонський університет. – Лондон: ЛШГТМ, вересень 2008 р. (не видано)

У звіті перелік літератури з цього дослідження оформлено як додаток, також автори звіту посилаються на висновки К. Мейнел, що можуть виявитися корисними для читача.

1. AFEW. HIV-infection cases reported among Ukrainian citizens by main risk factors. 2007 [updated 2007; cited 21/07/08]; Available from: http://afew.org/russian/statistics/HIVTransmRoutes_UA.htm.
2. AFEW. HIV-infection cases reported among Ukrainian citizens. 2007 [updated 2007; cited 2008 25/07/08]; Available from: <http://afew.org/english/statistics/HIVinUKR.htm>.
3. Amadora-Nolasco F, Albuero RE, Aguilar EJT, Trevathan WR. Knowledge and perception of risk for HIV and condom use among male injecting drug users in Cebu City, Philippines. *Drug and Alcohol Review*. 2002 Jun;21(2):137 – 43.
4. Amirkhanian YA, Kelly JA, Benotsch EG, Somlai AM, Brown KD, Fernandez MI, et al. HIV prevention nongovernmental organizations in Central and Eastern Europe: programs, resources and challenges. *Cent Eur J Public Health*. 2004 Mar;12(1):12-8.
5. Amirkhanian YA, Kelly JA, Kukharsky AA, Borodkina OI, Granskaya JV, Dyatlov RV, et al. Predictors of HIV risk behavior among Russian men who have sex with men: an emerging epidemic. *AIDS*. 2001 Feb 16;15(3):407 – 12.
6. Amirkhanian, YA, Kelly JA, Kabakchieva E, Kirsanova AV, Vassileva S, Takacs J, et al. A randomized social network HIV prevention trial with young men who have sex with men in Russia and Bulgaria. *AIDS*. 2005 Nov 4;19(16):1897 – 905.
7. Atlani L, Carael M, Brunet JB, Frasca T, Chaika N. Social change and HIV in the former USSR: the making of a new epidemic. *Soc Sci Med*. 2000 Jun;50(11):1547 – 56.
8. Attwood L. Chapter 6: Young people, sex and sexual identity. In: Pilkington H, editor. *Gender, Generation and Identity in Contemporary Russia: in contemporary Russia* Routledge; 1996.
9. Bacon O, Lum P, Hahn J, Evans J, Davidson P, Moss A, et al. Commercial sex work and risk of HIV infection among young drug-injecting men who have sex with men in San Francisco. *Sexually Transmitted Diseases*. 2006 Apr;33(4):228 – 34.
10. Baker SA, Morrison DM, Gillmore MR, Schock MD. Sexual Behaviors, Substance Use, and Condom Use in a Sexually-Transmitted Disease Clinic Sample. *Journal of Sex Research*. 1995;32(1):37 – 44.
11. Balakireva O. Risk and Protective Factors in the Initiation of Injecting Drug Use: Analytical Report and Strategy. Paper Preventing the Initiation of Injecting Drug Use among Vulnerable Adolescents and Young People. Kyiv: Olexander Yaremenko Ukrainian Institute for Social Research, UNICEF 2006 Contract No.: Document Number].
12. Barnett T, Whiteside A, Khodakevich L, Kruglov Y, Steshenko V. The HIV/AIDS epidemic in Ukraine: its potential social and economic impact. *Soc Sci Med*. 2000 Nov;51(9):1387 – 403.
13. Barrientos JE, Bozon M, Ortiz E, Arredondo A. HIV prevalence, AIDS knowledge, and condom use among female sex workers in Santiago, Chile. *Cadernos De Saude Publica*. 2007 Aug;23(8):1777 – 84.
14. Booth RE, Kwiatkowski CF, Brewster JT, Sinitsyna L, Dvoryak S. Predictors of HIV sero-status among drug injectors at three Ukraine sites. *AIDS*. 2006 Nov 14;20(17):2217 – 23.
15. Castrucci BC, Martin SL. The association between substance use and risky sexual behaviors among incarcerated adolescents. *Matern Child Health J*. 2002 Mar;6(1):43 – 7.
16. Centre-for-Social-Expertise. A review of work with Injecting drug users in Ukraine in the context of the HIV/AIDS Epidemic. Kyiv: The Institute of Sociology at the National Academy of Science of Ukraine; 2005 Contract No.: Document Number].

17. Chen K, Kandel DB. The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *Am J Public Health*. 1995 Jan;85(1):41 – 7.
18. Clark JL, Caceres CF, Lescano AG, Konda KA, Leon SR, Jones FR, et al. Prevalence of same-sex sexual behavior and associated characteristics among low-income urban males in Peru. *PLoS ONE*. 2007;2(1):e778.
19. Csepe P, Amirkhanian YA, Kelly JA, McAuliffe TL, Mocsonoki L. HIV risk behaviour among gay and bisexual men in Budapest, Hungary. *International Journal of Std & Aids*. 2002 Mar;13(3):192 – 200.
20. Des Jarlais DC, Casriel C, Friedman SR, Rosenblum A. AIDS and the transition to illicit drug injection--results of a randomized trial prevention program. *Br J Addict*. 1992 Mar;87(3):493 – 8.
21. Ennett ST, Federman EB, Bailey SL, Ringwalt CL, Hubbard ML. HIV-risk behaviors associated with homelessness characteristics in youth. *Journal of Adolescent Health*. 1999 Nov;25(5):344 – 53.
22. EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Saint-Maurice: French Institute for Public Health Surveillance; 2007 December 2007 Contract No.: Document Number|.
23. Finlinson HA, Colon HM, Robles RR, Soto M. Sexual identity formation and AIDS prevention: An exploratory study of non-gay-identified Puerto Rican MSM from working class neighborhoods. *Aids and Behavior*. 2006 Sep;10(5):531 – 9.
24. Friedman SR, Flom PL, Kottiri BJ, Neaigus A, Sandoval M, Curtis R, et al. Consistent condom use in the heterosexual relationships of young adults who live in a high-HIV-risk neighbourhood and do not use “hard drugs”. *AIDS Care*. 2001 Jun;13(3):285 – 96.
25. Fuller CM, Vlahov D, Ompad DC, Shah N, Arria A, Strathdee SA. High-risk behaviors associated with transition from illicit non-injection to injection drug use among adolescent and young adult drug users: a case-control study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2002;66(2):189 – 98.
26. Gerber TP, Berman D. Heterogeneous condom use in contemporary Russia. *Studies in Family Planning*. 2008 Mar;39(1):1 – 17.
27. Goodwin R, Kozlova A, Nizharadze G, Polyakova G. High-risk behaviors and beliefs and knowledge about HIV transmission among school and shelter children in Eastern Europe. *Sex Transm Dis*. 2004 Nov;31(11):670 – 5.
28. Gorbach PM, Ryan C, Saphonn V, Detels R. The impact of social, economic and political forces on emerging HIV epidemics. *AIDS*. 2002;16 Suppl 4:S35 – 43.
29. Gyarmathy VA, Neaigus A. Marginalized and socially integrated groups of IDUs in Hungary: potential bridges of HIV infection. *J Urban Health*. 2005 Sep;82(3):Iv101 – Iv12.
30. HRW. Rhetoric and Risk Human Rights Abuses Impeding Ukraine’s Fight against HIV/AIDS. *Human Rights Watch*. 2006 March 2006;Volume 18(No. 2(D)).
31. IHRD. Harm Reduction Developments 2008: Countries with Injection-Driven HIV Epidemics. New York International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute 2008 Contract No.: Document Number|.
32. InternationalHIV/AIDSAlliance/WorldBank. The Socioeconomic Impact of HIV/AIDS in Ukraine. Washington: International HIV/AIDS Alliance / World Bank; 2006 Contract No.: Document Number|.
33. Kelly JA, Amirkhanian YA, McAuliffe TL, Dyatlov RV, Granskaya J, Borodkina OI, et al. HIV risk behavior and risk-related characteristics of young Russian men who exchange sex for money or valuables from other men. *AIDS Educ Prev*. 2001 Apr;13(2):175 – 88.
34. Kral AH, Lorvick J, Ciccarone D, Wenger L, Gee L, Martinez A, et al. HIV prevalence and risk behaviors among men who have sex with men and inject drugs in San Francisco. *J Urban Health*. 2005 Mar;82(1):143 – 150.
35. Lau JTF, Choi KC, Tsui HY, Su X. Associations between stigmatization toward HIV-related vulnerable groups and similar attitudes toward people living with HIV/AIDS: Branches of the same tree? *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*. 2007 Nov;19(10):1230 – 40.
36. Lau JTF, Tsui HY, Siah PC, Zhang KL. A study on female sex workers in southern China (Shenzhen): HIV-related knowledge, condom use and STD history. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*. 2002 Apr;14(2):219 – 33.
37. Longfield K, Astatke H, Smith R, Mcpeak G, Ayers J. Men who have sex with men in Southeastern Europe: Underground and at increased risk for HIV/STIs. *Cult Health Sex*. 2007;9(5):473 – 87.
38. Lowndes CM, Alary M, Platt L. Injection drug use, commercial sex work, and the HIV/STI epidemic in the Russian Federation. *Sexually Transmitted Diseases*. 2003 Jan;30(1):46 – 8.

39. Perngmark P, Celentano DD, Kawichai S. Sexual risks among southern Thai drug injectors. *Aids and Behavior*. 2004 Mar;8(1):63 – 72.
40. Platt L RT, Lowndes, Madden, Sarang, Mikhailova, Renton, Pevzner, Sullivan, Khutorskoy. Impact of Gender and Sex Work on Sexual and Injecting Risk Behaviors and Their Association With HIV Positivity Among Injecting Drug Users in an HIV Epidemic in Togliatti City, Russian Federation. *Sexually Transmitted Diseases*. 2005 October 2005;32(10):605 – 12.
41. Raffaelli M, Koller SH, Reppold CT, Kuschick MB, Krum FMB, Bandeira DR. Gender differences in Brazilian street youth's family circumstances and experiences on the street. *Child Abuse Neglect*. 2000 Nov;24(11):1431 – 41.
42. Raffaelli M. The family situation of street youth in Latin America: A cross-national review. *International Social Work*. 1997 Jan;40(1):89 – &.
43. Rew L, Grady M, Whittaker TA, Bowman K. Interaction of duration of homelessness and gender on adolescent sexual health indicators. *Journal of Nursing Scholarship*. 2008;40(2):109 – 15.
44. Riehman KS, Wechsberg WM, Francis SA, Moore M, Morgan-Lopez A. Discordance in monogamy beliefs, sexual concurrency, and condom use among young adult substance-involved couples: Implications for risk of sexually transmitted infections. *Sexually Transmitted Diseases*. 2006 Nov;33(11):677 – 82.
45. Roy E, Haley N, Leclerc P, Cedras L, Blais L, Boivin JF. Drug injection among street youths in Montreal: Predictors of initiation. *J Urban Health*. 2003 Mar;80(1):92 – 105.
46. Roy E, Nonn E, Haley N. Transition to injection drug use among street youth – A qualitative analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008 Apr 1;94(1-3):19 – 29.
47. Santelli JS, Robin L, Brener ND, Lowry R. Timing of alcohol and other drug use and sexual risk behaviors among unmarried adolescents and young adults. *Fam Plann Perspect*. 2001 Sep-Oct;33(5):200 – 5.
48. Shaboltas AV, Toussova OV, Hoffman IF, Heimer R, Verevchkin SV, Ryder RW, et al. HIV prevalence, sociodemographic, and behavioral correlates and recruitment methods among injection drug users in St. Petersburg, Russia. *J AIDS-Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2006 Apr 15;41(5):657 – 63.
49. Shaw SY, Shah L, Jolly AM, Wylie JL. Determinants of injection drug user (IDU) syringe sharing: the relationship between availability of syringes and risk network member characteristics in Winnipeg, Canada. *Addiction*. 2007 Oct;102(10):1626 – 35.
50. Shrier LA, Pierce JD, Emans SJ, DuRant RH. Gender differences in risk behaviors associated with forced or pressured sex. *Arch Pediat Adol Med*. 1998 Jan;152(1):57 – 63.
51. Simon B. Attitudes towards homosexuality: Levels and psychological correlates among adolescents without and with migration background (former USSR and Turkey). *Zeitschrift Fur Entwicklungspsychologie Und Padagogische Psychologie*. 2008;40(2):87 – 99.
52. Sly DF, Quadagno D, Harrison DF, Eberstein I, Riehman K. The association between substance use, condom use and sexual risk among low-income women. *Family Planning Perspectives*. 1997 May-Jun;29(3):132 – 6.
53. Sly DF, Riehman KS. Substance use, multiple substance use, sexual risk taking and condom use among low income women. *Population Research and Policy Review*. 1999 Apr;18(1-2):1 – 22.
54. Stillman S. Health and nutrition in Eastern Europe and the former Soviet Union during the decade of transition: A review of the literature. *Economics & Human Biology*. 2006;4(1):104 – 46.
55. Stulhofer A, Graham C, Bozicevic I, Kufrin K, Ajdukovic D. HIV/AIDS-related knowledge, attitudes and sexual behaviors as predictors of condom use among young adults in Croatia. *International Family Planning Perspectives*. 2007 Jun;33(2):58 – 65.
56. Takacs J, Amirkhanian YA, Kelly JA, Kirsanova AV, Khoursine RA, Mocsonaki L. “Condoms are reliable but I am not”: A qualitative analysis of AIDS-related beliefs and attitudes of young heterosexual adults in Budapest, Hungary, and St. Petersburg, Russia. *Cent Eur J Public Health*. 2006 Jun;14(2):59 – 66.
57. Tapia-Aguirre V, Arillo-Santillan E, Allen B, Angeles-Llerenas A, Cruz-Valdez A, Lazcano-Ponce E. Associations among condom use, sexual behavior, and knowledge about HIV/AIDS. A study of 13,293 public school students. *Archives of Medical Research*. 2004 Jul-Aug;35(4):334 – 43.
58. Teltschik A, Sakovych O, Balakireva O. Desk Research Report ‘A review of the evidence on HIV/AIDS and most-at-risk adolescents and young people in Ukraine’. In press 2008.

59. Thompson NJ, Potter JS, Sanderson CA, Maibach EW. The relationship of sexual abuse and HIV risk behaviors among heterosexual adult female STD patients. *Child Abuse Neglect*. 1997 Feb;21(2):149 – 56.
60. Todd CS, Alibayeva G, Khakimov MM, Sanchez JL, Bautista CT, Earhart KC. Prevalence and correlates of condom use and HIV testing among female sex workers in Tashkent, Uzbekistan: Implications for HIV transmission. *Aids and Behavior*. 2007 May;11(3):435 – 42.
61. Tompkins CNE, Sheard L, Wright NMJ, Jones L, Howes N. Exchange, deceit, risk and harm: The consequences for women of receiving injections from other drug users. *Drugs-Education Prevention and Policy*. 2006 Jun;13(3):281 – 97.
62. UN. United Nations Highly Concerned: Ukraine's New Draft National AIDS Programme is at Risk. Press Release. 2008 17/04/08.
63. UNAIDS/WHO. Eastern Europe and Central Asia: 2007 AIDS Epidemic Update, Regional Summary. 2008 2008.
64. UNICEF. Children and young people living or working on the streets: the missing face of the HIV epidemic in Ukraine. Kyiv: UNICEF; 2006 Contract No.: Document Number].
65. UNICEF. Information by country, Ukraine statistics. 2008 [updated 2008; cited 2008 21/07/08]; Available from: http://www.unicef.org/infobycountry/ukraine_statistics.html#42.
66. UNICEF. Study Protocol – Ukraine Baseline Study (2007-2008) UNICEF programme: 'Desk research was carried out to ascertain what evidence exists on HIV risk behaviour amongst MARA in Ukraine and South-Eastern Europe'. In press 2007.
67. UNICEF. Young People in Changing Societies. Florence: Innocenti Research Centre; 2000 August 2000 Contract No.: Document Number].
68. UNICEF-Ukraine. Our response: Action on prevention among young people. 2008 [updated 2008; cited 2008 28/08/08]; Available from: http://www.unicef.org/ukraine/activities_4942.html.
69. Upchurch DM, Kusunoki Y. Associations between forced sex, sexual and protective practices, and sexually transmitted diseases among a national sample of adolescent girls. *Women Health Iss*. 2004 May-Jun;14(3):75-84.
70. Van Ameijden EJ, van den Hoek JA, Hartgers C, Coutinho RA. Risk factors for the transition from noninjection to injection drug use and accompanying AIDS risk behavior in a cohort of drug users. *Am J Epidemiol*. 1994 Jun 15;139(12):1153 – 63.
71. van Empelen P, Schaalma HP, Kok G, Jansen MW. Predicting condom use with casual and steady sex partners among drug users. *Health Educ Res*. 2001 Jun;16(3):293 – 305.
72. Villasenor-Sierra A, Caballero-Hoyos R, Hidalgo-San Martin A, Santos-Preciado JI. Objective and subjective knowledge on HIV/AIDS as predictors of condom use in adolescents. *Salud Publica De Mexico*. 2003;45:S73 – S80.
73. WHO/UNAIDS. Epidemiological Factsheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections: Ukraine 2006; 2006 December 2006 Contract No.: Document Number].
74. Wojcicki JM, Malala J. Condom use, power and HIV/AIDS risk: sex-workers bargain for survival in Hillbrow/Joubert Park/Berea, Johannesburg. *Social Science & Medicine*. 2001 Jul;53(1):99-121. McMahon JM, Tortu S, Pouget ER, Hamid R, Neaigus A. Contextual determinants of condom use among female sex exchangers in East Harlem, NYC: An event analysis. *Aids and Behavior*. 2006 Nov;10(6):731 – 41.
75. Woody GE, Donnell D, Seage GR, Metzger D, Marmor M, Koblin BA, et al. Non-injection substance use correlates with risky sex among men having sex with men: data from HIVNET. *Drug Alcohol Depend*. 1999 Feb 1;53(3):197 – 205.
76. Wylie JL, Shah L, Jolly A. Incorporating geographic settings into a social network analysis of injection drug use and bloodborne pathogen prevalence. *Health & Place*. 2007 Sep;13(3):617 – 28.
77. Zekan S, Novotny TE, Begovac J. Unsafe sexual behavior among HIV-infected patients in Croatia, 2006: Prevalence and associated factors. *Aids and Behavior*. 2008 Jul;12(4):S86 – S92.

Наукове видання

**Підлітки груп ризику:
доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні**
Аналітичний звіт

Авторський колектив:

Тельчик Аня;
Балакірева Миколаївна, канд. соціол. наук;
Сакович Олена Трохимівна;
Бондар Тетяна Василівна;
Середа Юлія Валеріївна

Дизайн обкладинки Наталії Мартісової

Комп'ютерна верстка Ольги Саковської

ЮНІСЕФ, 01021 Україна, м. Київ, Кловський узвіз, 5
Тел.: + 380 44 254 2450, факс: + 380 44 230 2506, www.unicef.org.ua

УІСД ім. Олександра Яременка, 01011 Україна, Київ, вул. Панаса Мирного, 26. к. 211
Тел./факс: +380 44 501 50 76, e-mail: uisr@ukrnet.net, <http://www.uisr.org.ua>

Підписано до друку 1.06.2009. Формат 60x84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний. Гарнітура Minion Pro.
Тираж 1000 прим. Ум.-друк. арк. 22,32.

Видавництво «К.І.С.»
04080 Київ–80, а/с 1, тел. (044) 462 52 69, <http://books.dovidka.com.ua>
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів
видавничої справи ДК №677 від 19.11.2001 р.

Віддруковано ТОВ «Дорадо-Друк»
вул. Щорса, 7, м. Сквиря
Київська обл. 09000