

Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: досвід впровадження цільових моделей в Україні

Київ 2011

УДК 303.442.23:[616.98:578.828ВЫЛ-084-053.6](477)

ББК 60.5В(4Укр)+55.148(4Укр)

П 84

**За редакцією
канд. соціол. наук, О.М. Балакіревої**

Авторський колектив
Ольга Балакірева, канд. соціол. наук
Тетяна Бондар, канд. соціол. наук
Олександра Ненько
Яна Сазонова
Олена Сакович
Катерина Смирнова

Рецензенти
Л.М. Герасіна, д-р соціол. наук
М.О. Шульга, д-р соціол. наук

Редактор
М.М. Ілляш

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

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

Координатор програми від ЮНІСЕФ – Олена Сакович

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

ISBN 978-966-8869-41-9

УДК 303.442.23:[616.98:578.828ВЫЛ-084-053.6](477)

ББК 60.5В(4Укр)+55.148(4Укр)

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

ISBN 978-966-8869-41-9

© Український інститут соціальних досліджень
імені Олександра Яременка, 2010

© Представництво Дитячого фонду ООН
(ЮНІСЕФ) в Україні, 2010

© Версо 04, 2010

www.unicef.org.ua

Зміст

Подяки.....	5
Абревіатури.....	6
Вступ.....	7
Методологія дослідження та аналізу	10
Модель ”Вулична профілактична робота з підлітками груп ризику в контексті проблем ВІЛ/СНІДу за технологією мультидисциплінарних команд” (м. Київ).....	13
Актуальність вибору моделі	14
Опис моделі	14
Процес реалізації моделі	17
Результати впровадження моделі	24
Уроки, отримані в ході реалізації моделі	25
Висновки	26
Контакти для додаткової інформації.....	26
Модель ”Впровадження ”дружнього” ВІЛ-профілактичного втручання через формування неформальних лідерів в осередку підлітків груп ризику, які споживають ін’єкційні наркотики” (м. Донецьк).....	27
Актуальність вибору моделі	28
Опис моделі	28
Процес реалізації моделі.....	32
Результати впровадження моделі	38
Уроки, отримані в ході реалізації моделі	41
Висновки	42
Контакти для додаткової інформації.....	42

Модель ”Профілактика ВІЛ/ІПСШ, послуги підтримки, розробка та адаптація методики роботи з реабілітації неповнолітніх дівчаток, постраждалих від насильства, в тому числі сексуального, або залучених до надання сексуальних послуг за методом ”one-stop-shop” (м. Одеса).....	43
Актуальність вибору моделі	44
Опис моделі	44
Процес реалізації моделі.....	45
Результати впровадження моделі	47
Уроки, отримані в ході реалізації моделі	48
Висновки	49
Контакти для додаткової інформації:	49
Модель ”Профілактика ВІЛ/ІПСШ і розвиток послуг соціальної реабілітації серед наркозалежних підлітків” (м. Одеса).....	50
Актуальність вибору моделі	51
Опис моделі	51
Процес реалізації моделі.....	53
Результати впровадження моделі	58
Уроки, отримані в ході реалізації моделі	60
Висновки	60
Контакти для додаткової інформації:	61
Модель ”Забезпечення максимального доступу дівчат-підлітків, залучених до надання сексуальних послуг за винагороду, до комплексних послуг служби охорони здоров’я, соціальних служб, програм з питань ВІЛ/СНІДу/ІПСШ” (м. Миколаїв)	62
Загальні висновки, уроки та подальше використання отриманих результатів.	64
Додаток. Протокол з моніторингу та оцінки процесу впровадження моделі зі зменшення ризику поширення ВІЛ/СНІДу серед підлітків груп ризику	71

Подяки

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

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

Склад дослідницької групи:

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

Головні дослідники: Ольга Балакірєва, канд. соціол. наук, голова правління; Тетяна Бондар, канд. соціол. наук, директор; Олександра Ненько, менеджер проектів; Яна Сазонова, менеджер проектів; Катерина Смирнова, менеджер (УІСД імені Олександра Яременка).

Дослідник-асистент: Анастасія Рудяченко, УІСД імені Олександра Яременка (оцінка вартості моделі в м. Києві).

Менеджер відділу збору первинної інформації: Ганна Дмитруха, УІСД імені Олександра Яременка.

Організатори польових робіт з дослідження клієнтів: Людмила Виноградова (м. Донецьк), Світлана Сіренко (м. Одеса).

Міжнародні консультанти, залучені до дослідження: Джоанна Буша, лектор, Центр дослідження населення ЛШГТМ; Аня Тельчик, магістр з питань громадського здоров'я, консультант Представництва ЮНІСЕФ в Україні.

Окрему подяку висловлюємо команді Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Донецькому обласному і міському центрам соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, громадському руху "Віра. Надія. Любов" (м. Одеса), Одеському благодійному фонду реабілітації та соціальної адаптації осіб без визначеного місця проживання "Шлях до дому" та всім партнерам, які надавали послуги в рамках моделей впровадження інтервенцій з профілактики ВІЛ-інфікування серед підлітків груп ризику.

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

Особливу подяку висловлюємо Наталії Лук'яновій, директору, Ірині Дубініній, заступнику директора і Любові Шнеренко, начальнику відділу по зв'язках із громадськістю і комунікаціях, які представляють Державну соціальну службу для сім'ї, дітей та молоді, за активне сприяння реалізації конкретних моделей з профілактики ВІЛ-інфікування серед підлітків груп ризику і проекту в цілому.

Активну участь у підготовці, реалізації та оцінці моделей брали самі клієнти – підлітки груп ризику. Колектив проекту особливо вдячний усім респондентам за їх довіру. Цей звіт присвячений усім цим клієнтам.

Абревіатури

ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГР	Групи ризику
ГФСТМ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією
ДКТ	Добровільне консультування і тестування на ВІЛ
ДСССДМ	Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді
ДОТСВ+	Донецьке обласне товариство сприяння ВІЛ-інфікованим
ЖКС	Жінки, які надають комерційні сексуальні послуги
ЗПТ	Замісна підтримуюча терапія
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ІОМ	Інформаційно-освітні матеріали
КД	Кабінет довіри
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
ЛШГТМ	Лондонська школа гігієни і тропічної медицини
МБФ "Юнітус"	Миколаївський благодійний фонд "Юнітус"
МВС	Міністерство внутрішніх справ України
МДК	Мультидисциплінарна команда
МіО	Моніторинг і оцінка
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МОН	Міністерство освіти і науки України
МРГ	Міжсекторальна робоча група обласної ради з питань туберкульозу та ВІЛ/СНІДу
НУО	Неурядова організація
ОБФ	Одеський благодійний фонд
ОР	Обласна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ОШВД	Обласний шкірно-венерологічний диспансер
ПГР	Підлітки груп ризику
ПАР	Психоактивні речовини
ПДІ-модель	Логічна модель реалізації інтервенцій "Поведінка – Детермінанти – Інтервенції"
ПТНЗ	Професійно-технічний навчальний заклад
ПОШ	Пункт обміну шприців
Р.І.П	"Розвиток. Ініціатива. Партнерство", Донецька міська молодіжна організація
РКР	Регіональна координаційна рада з питань профілактики ВІЛ серед підлітків груп ризику
СЖО	Складні життєві обставини
СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ТБ	Туберкульоз
УІСД імені О. Яременка	Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка
ЦСССДМ	Центр соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді
ЧСЧ	Чоловіки, які практикують секс із чоловіками
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд ООН

Вступ

Пілотування моделей надання послуг для ПГР у чотирьох містах України здійснювалося в рамках реалізації проекту Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні "Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику в Україні та Південно-Східній Європі". Проект в Україні реалізується з 2007 року. За період, що минув, відповідно до напрямів і складових проектної діяльності проведена така робота:

Таблиця 1

Завдання	Діяльність	Ключові здобутки
<ul style="list-style-type: none"> - Визначити нормативно-правове підґрунтя надання послуг підліткам групи ризику - Проаналізувати наявний стан справ у сфері надання послуг підліткам груп ризику та вивчити вже проведені дослідження в цій сфері, їх результати та здобутки - Зібрати нові дані щодо поведінки і ризику ВІЛ-інфікування серед ПГР для отримання доказової бази для посилення відповіді на епідемію ВІЛ - Визначити етичні принципи надання послуг для підлітків груп ризику - Провести навчання спеціалістів соціальної сфери для підготовки їх до надання послуг ПГР в рамках пілотних моделей 	<ul style="list-style-type: none"> • Кабінетне дослідження з вивчення наявних даних щодо ПГР, їх поведінки та чинників, що на неї впливають, визначення прогалин у знаннях, аналізі основних досягнень, переваг та недоліків національної відповіді на потреби цих груп населення • Аналіз потенціалу ключових зацікавлених сторін та оцінки потреб вибіркового осіб, які надають послуги • Цільовий аналіз ситуації з гендерних питань, що стосується хлопців і дівчат-ПГР • Кількісне та якісне (напівструктуровані інтерв'ю та фокус-групи) опитування підлітків груп ризику¹ • Вторинний аналіз даних поведінкових досліджень 2007, 2008 та 2009 рр. серед підлітків груп ризику – СІН, ЖКС та ЧСЧ² • Семінар по розробці стратегічного плану дій у сфері профілактики ВІЛ серед дітей та молоді груп високого ризику • Тренінг "Гендерні особливості роботи з підлітками груп найвищого ризику" • Тренінг "Законодавчі норми та етичні принципи роботи з підлітками груп ризику у сфері надання послуг з профілактики ВІЛ-інфікування та ІПСШ" • Семінар-тренінг "Розробка планів моніторингу та оцінки для вивчення впливу проектів на здоров'я та поведінку підлітків груп ризику" 	<ul style="list-style-type: none"> • Аналітичний огляд стану політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп ризику³ • Етичні засади проведення соціальних досліджень серед дітей в Україні⁴ • Аналітичний звіт "Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ"⁵ • 7 буклетів за матеріалами здійснених досліджень: <ul style="list-style-type: none"> - "Правовий статус дітей та молоді від 10 до досягнення 18 років у контексті доступу до ВІЛ-послуг"; - "Бар'єри доступу до послуг з профілактики ВІЛ для дівчат і хлопців груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування"; - "Ризики ВІЛ-інфікування підлітків, які живуть або працюють на вулиці"; - "Ризики ВІЛ-інфікування підлітків, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом"; - "Гендерні особливості роботи з підлітками груп високого ризику – розбудова консенсусу щодо важливості гендерних питань у профілактиці ВІЛ серед підлітків груп ризику"; - "Ризики ВІЛ-інфікування дівчат-підлітків, залучених до надання комерційних сексуальних послуг за винагороду чи внаслідок експлуатації"; - "Ризики ВІЛ-інфікування хлопців-підлітків, залучених до одностатевих сексуальних стосунків" • Буклет "Аналіз даних моніторингу поведінки СІН, ЖКС, ЧСЧ серед підліткової вікової підгрупи"

¹ Результати дослідження див.: Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К. : К.І.С., 2008. – 192 с.

² Вторинний аналіз бази даних досліджень зроблений на основі масивів даних поведінкових досліджень серед СІН, ЖКС, ЧСЧ, які проводились на замовлення МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні" в рамках реалізації програми "Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні" за кошти Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом, малярією.

³ Буроменський М.В. Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування: аналітичний огляд [Електронний ресурс] / М.В. Буроменський, В.М. Стешенко. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2008. – Режим доступу : http://www.unicef.org/ukraine/ukr/media_10621.html.

⁴ Етичні засади проведення соціальних досліджень серед дітей в Україні, затвердж. на засіданні Правління Соціологічної асоціації України (Протокол № 7 від 10 грудня 2008 р.).

⁵ Результати дослідження див.: Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К. : К.І.С., 2008. – 192 с.

Отримані дані стали доказовою базою поширеності ризикової поведінки щодо ВІЛ серед підлітків в Україні:

- За результатами вторинного аналізу даних серед підлітків груп ризику:
 - 30% СІН використовували спільний ін'єкційний інструментарій;
 - 22% СІН віддавали, продавали шприц іншому після того, як робили собі ін'єкцію;
 - 58% СІН робили/отримували ін'єкцію з уже наповненого шприца (не знають, яким чином був наповнений);
 - 52% ЖКС використовували завжди презерватив із клієнтом за останні 30 днів (48% – в ризику).
- За результатами базового дослідження серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці:
 - 10% хлопців вулиці мали проникаючий анальний секс з чоловіками, з них 52% – за винагороду;
 - 15,5% підлітків повідомили, що коли-небудь вживали наркотики ін'єкційним шляхом, серед них 45% вперше спробували у віці до 15 років, а на час досягнення повноліття таких виявилось вже 98%;
 - 61% використовували спільний ін'єкційний інструментарій протягом останнього місяця;
 - понад дві третини (69%) дітей та підлітків даної 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, які живуть або працюють на вулиці, відмічено випадки ін'єкційного вживання ними наркотиків. Найбільш поширеними такі випадки є у в'язницях та колоніях (46 та 30% відповідно серед тих, хто потрапляв до таких установ).

Дані якісного дослідження розкривають причини низького рівня отримання медичних, соціальних, інформаційних та інших видів послуг підлітками⁶:

- здоров'я не є цінністю для ПГР;
- приводом для використання медичних послуг є гостра необхідність або небезпека для життя;
- рівень поінформованості підлітків груп ризику щодо існуючих послуг низький;
- відсутність фокусованості послуг на потреби підлітків груп високого ризику;
- ПГР бояться затримання міліцією або направлення у притулки, тому обирають стратегію самопомоги у випадках проблем;
- ПГР не звертаються за допомогою, боячись недружнього ставлення з боку тих, хто надає послуги, частина має досвід такого ставлення або досвід ситуацій, коли порушувалася конфіденційність;
- досвід власний або друзів щодо необхідності сплати за медичні послуги є бар'єром звернення за послугами;
- необхідність пред'являти ідентифікаційні документи для отримання послуг – також бар'єр на шляху звернення ПГР до тих, хто надає медико-соціальні послуги;
- відсутність у ПГР досвіду (власного або друзів чи знайомих) звернення та отримання послуг.

У довгостроковій перспективі проект "Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику в Україні та Південно-Східній Європі" має на меті профілактику та попередження появи нових випадків ВІЛ-інфекції серед хлопчиків та дівчат з числа підлітків групи ризику в Україні через надання адаптованих для ПГР ВІЛ-профілактичних послуг як державними, так і недержавними установами та розвитку співпраці між ними.

Результати дослідницького компонента проекту допомогли встановити основні характеристики підлітків груп ризику, визначити основні підходи до надання послуг та їх види, які

⁶ "Наявність та доступність послуг з профілактики ВІЛ для підлітків груп високого ризику": аналіт. звіт (За результатами якісного дослідження проведеного у 4 регіонах України: м. Київ, Дніпропетровськ, Донецьк, Миколаїв, Очаків та Вознесенськ Миколаївської області)/Балакірева О.М., Бондар Т.В. – К., 2008 р. – 63 с.

здатні впливати на зміну поведінки, проблеми, з якими вони стикаються, бар'єри, які для них існують у доступі до соціальних, медичних, інформаційних, юридичних та інших видів послуг. Отримані дані були обговорені під час семінарів на регіональному та національному рівнях із стратегічного планування за участю міжсекторальних команд спеціалістів, що допомогло визначити основні цільові групи ППР для моделей профілактичних втручань та основні потреби підлітків. На цій основі було розроблено та пропілітовано п'ять моделей надання послуг для ППР у чотирьох містах України:

- "Забезпечення максимального доступу дівчат-підлітків, залучених до надання сексуальних послуг за винагороду, до комплексних послуг служби охорони здоров'я, соціальних служб, програм з питань ВІЛ/СНІДу/ІПСШ" (м. Миколаїв)⁷;
- "Вулична профілактична робота з підлітками груп ризику в контексті проблем ВІЛ/СНІДу за технологією мультидисциплінарних команд" (м. Київ);
- "Впровадження "дружнього" ВІЛ-профілактичного втручання через формування неформальних лідерів в осередку підлітків груп ризику, які споживають ін'єкційні наркотики" (м. Донецьк);
- "Профілактика ВІЛ/ІПСШ і розвиток послуг соціальної реабілітації серед наркозалежних підлітків" (м. Одеса);
- "Профілактика ВІЛ/ІПСШ, послуг підтримки, розробка та адаптація методики роботи з реабілітації неповнолітніх дівчаток, постраждалих від насильства, в т.ч. сексуального, або залучених до надання сексуальних послуг за методом "one-stop-shop"" (м. Одеса).

У даному аналітичному звіті представлені ключові результати пілотування моделей та отримані уроки за 2009–2010 рр. Визначено актуальність кожної моделі, зміст та основні складові, описаний процес реалізації та результати, зроблені основні висновки.

⁷ Дівчата-підлітки, залучені до комерційного сексу в Україні: оцінка процесу та результатів впровадження цільової моделі інтервенцій: аналіт. звіт/ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2010. – 100 с.

Методологія дослідження та аналізу

Пілотні моделі реалізовувалися протягом 2009–2010 рр. в чотирьох містах–учасниках проекту (Київ, Миколаїв, Донецьк, Одеса), які характеризуються високим рівнем поширення ВІЛ. Процес реалізації кожної моделі супроводжувався комплексним моніторингом з компонентами внутрішнього та зовнішнього. Поетапний зовнішній моніторинг і оцінку ефективності моделей здійснювала дослідницька група ГО "Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка", за участю Державної соціальної служби у справах сім'ї, дітей та молоді. До процесу внутрішнього моніторингу залучалися члени кожної з команд, що реалізували моделі. Всі команди були навчені процесу здійснення моніторингу та аналізу проміжних результатів (проміжної оцінки) під час спеціального навчального семінару-тренінгу, що передував впровадженню пілотних моделей.

Для здійснення моніторингу та оцінки кожної з моделей дослідницькою групою був розроблений протокол з моніторингу та оцінки процесу впровадження моделі зменшення ризику поширення ВІЛ/СНІДу серед підлітків груп ризику (див. додаток).

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

Структура компонентів, що підлягають зовнішньому МіО:

1. Внесок: ресурси (фінансові, матеріально-технічні, людські) – готовність проекту в цілому, наявність обладнання, матеріалів, приміщень і необхідних механізмів та бази впровадження моделі; система ведення бази даних клієнтів (за соціально-демографічними характеристиками та отриманими послугами); підбір та навчання персоналу; джерела фінансування; розуміння ознак потенційної цільової групи клієнтів.
2. Процес: кількість клієнтів та їх соціально-демографічний профіль (зі збором і аналізом даних за віком); кількість різних послуг, наданих клієнтам; оцінка якості послуг, які були надані.
3. Результат: задоволеність клієнтів одержаними послугами; задоволеність персоналу: а) роль у проекті, б) відповідність поставлених завдань і реалізації цих завдань; знання клієнтів про шляхи передачі ВІЛ та про методи профілактики; мотивація та навички безпечної поведінки; знання клієнтів про послуги, що надаються.

Усі компоненти діяльності в межах проектів, цільові індикатори та запропоновані показники моніторингу були враховані при підготовці інструментарію для кожної окремої моделі та досліджувались під час моніторингових візитів. Під час перших моніторингових візитів більша увага приділялась індикаторам внеску, під час наступних моніторингових візитів більша увага приділялась індикаторам процесу та результату відповідно до етапів впровадження моделей. Комплексна структура джерел інформації залежно від компонентів проекту та логічної схеми МіО представлена у Таблиці 2. Учасникам проектів була гарантована конфіденційність використання отриманої інформації.

Таблиця 2

Джерела інформації зовнішнього моніторингу і оцінки

Компоненти проекту	Складові логічної схеми моніторингу та оцінки		
	Внесок	Процес	Результат
Ресурси	<ul style="list-style-type: none"> - План проекту - Моніторингові анкети: матеріальна інфраструктура, витратні матеріали (інформаційні та засоби профілактики ВІЛ/СНІДу) 	<ul style="list-style-type: none"> - Дані моніторингових анкет з ресурсів за певний період, а також порівняння отриманих даних з даними, зібраними на початку проекту (внесок) 	
Персонал	<ul style="list-style-type: none"> - План проекту - Моніторингові анкети: підготовка, система супервізії та менеджменту 	<ul style="list-style-type: none"> - Дані моніторингових анкет з персоналу за певний період, а також порівняння отриманих даних з даними зібраними на початку проекту (внесок) - Первинна документація щодо персоналу (журнал роботи, щоденники персоналу, плани і протоколи супервізії, робочі плани тощо) - Аналіз документації тренінгів (програма, список учасників, анкети (вхідні та вихідні) учасників і т.д.) - Бесіда з персоналом 	<ul style="list-style-type: none"> - Групове фокусоване інтерв'ю з персоналом для вимірювання рівня задоволеності персоналу - Індивідуальні глибинні інтерв'ю з персоналом для вимірювання рівня задоволеності персоналу
Цільова група	<ul style="list-style-type: none"> - План проекту - Моніторингові анкети 	<ul style="list-style-type: none"> - Ведення бази даних по клієнтах - Дані моніторингових анкет щодо залучення цільової групи в планування, реалізацію та оцінку проекту - Бесіда з персоналом 	<ul style="list-style-type: none"> - Міні-інтерв'ю з клієнтами про рівень їх задоволеності (у т.ч. дотримання принципів дружності) отриманими послугами, про їх мотивації участі в проекті - Дані "вихідних" анкет клієнтів (рівень знань щодо профілактики ВІЛ, поінформованість про послуги, орієнтації щодо користування послугами)
Послуги	<ul style="list-style-type: none"> - План проекту - Моніторингові анкети 	<ul style="list-style-type: none"> - Ведення бази даних по клієнтах - Дані моніторингових анкет з надання послуг клієнтам - Протоколи принципів надання послуг - Бесіда з персоналом 	
Ведення та облік даних	<ul style="list-style-type: none"> - План проекту - Моніторингові анкети: схема внутрішнього МіО 	<ul style="list-style-type: none"> - Ведення бази даних (по клієнтах та послугах) 	<ul style="list-style-type: none"> - Бази даних
Система переадресації	<ul style="list-style-type: none"> - План проекту - Моніторингові анкети: схема системи переадресації 	<ul style="list-style-type: none"> - Ведення бази даних по переадресації - Дані моніторингових анкет: оцінка системи переадресації персоналом 	
Адавокація, координація	<ul style="list-style-type: none"> - План проекту - Моніторингові анкети 	<ul style="list-style-type: none"> - Дані моніторингових анкет про заходи з адвокації та координації - Плани, протоколи, рішення адвокаційних і координаційних заходів 	<ul style="list-style-type: none"> - Рішення місцевих органів виконавчої влади щодо інституціоналізації відповідних координаційних структур - План адвокаційних заходів
Підтримка життєздатності проекту	<ul style="list-style-type: none"> - План проекту - Моніторингові анкети 	<ul style="list-style-type: none"> - Дані моніторингових анкет з фандрайзингу - План фандрайзингу 	<ul style="list-style-type: none"> - План фандрайзингу

На початку та наприкінці реалізації кожної моделі проводилось опитування залученого персоналу та клієнтів, що дозволило отримати інформацію про якість послуг, що надаються, і задоволеність клієнтів отриманими послугами.

Проміжні результати моніторингу обговорювалися, перш за все, з персоналом та керівниками пілотних моделей. За підсумками таких обговорювань визначалися кроки щодо покращення діяльності, які могли стосуватися рекрутингу потенційних клієнтів, структури та якості надання послуг, залучення нових партнерів, взаємодії команди персоналу, ведення баз даних про клієнтів тощо.

Загальні результати моніторингу надали можливість зробити оцінку ефективності кожної окремої моделі, проаналізувати фактори успішності, наявні бар'єри та шляхи їх подолання, виділити уроки в ході реалізації проєктів з профілактики ВІЛ серед ПГР. Отримані дані моніторингу та оцінки, узагальнені висновки можуть бути корисними для розвитку наявних проєктів, створення нових, розширення спектра послуг з профілактики ВІЛ серед різних цільових груп підлітків та забезпечення доступності таких послуг для ПГР.



©UNICEF/UKRAINE/2010/G.Pirozzi/WG9P0673

©UNICEF/UKRAINE/2010/G.Pirozzi/WG9P0771



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

Актуальність вибору моделі

Підлітки у віці 10–19 років є однією з найбільш уразливих груп щодо можливості ВІЛ-інфікування в Україні, особливо підлітки груп ризику, які фактично не охоплені системними профілактичними послугами, послугами лікування та соціально-медичної підтримки. Було виявлено, що не приділяється акцентованої уваги включенню в систему профілактичної роботи безпритульних, бездоглядних підлітків, підлітків – споживачів наркотиків ін'єкційним шляхом, осіб, які надають комерційні сексуальні послуги, практикують ризикову сексуальну поведінку; фактично існуюча мережа послуг з первинної, вторинної та третинної профілактики не націлена на підлітків. Ще однією із існуючих проблем є відсутність доступу до послуг на принципах анонімності, конфіденційності, дружнього підходу, що спричинило формування недовіри підлітків до діяльності установ та організацій – осіб, які надають послуги, призвело до поширення ВІЛ-інфекції в групах ризику.

Проведене у грудні 2007 – лютому 2008 року в Києві кількісне дослідження ризикових поведінкових практик серед підлітків, які живуть та працюють на вулиці, у віковій категорії від 10 до 19 років зафіксувало такі показники: 97,5% опитаних у Києві дівчат та хлопців вживають алкогольні напої, 85,1% мають досвід токсикоманії, 76% досвід сексуальних стосунків, 19% хлопців купували секс, 69% дівчат продавали секс, 10% опитаних хлопців мали анальний секс з чоловіками, 18% дівчат були вагітними, 15,5% з 201 опитаного підлітка мають досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, 61% з них під час останнього вживання користувалися одним шприцом спільно з іншими. Це свідчить, що поведінка підлітків, які живуть та працюють на вулиці в Києві, є надзвичайно ризиковою щодо можливості інфікування ВІЛ, іншими хворобами, що передаються парентеральним та статевим шляхами.

Кількісні та якісні показники реалізації проекту підтвердили актуальність існуючих проблем.

Опис моделі

Схема реалізованої моделі

Реалізація пілотної моделі – "Вулична профілактична робота з підлітками груп ризику в контексті проблем ВІЛ/СНІДу за технологією мультидисциплінарних команд" була запущена в лютому 2009 року Київським міським центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді спільно з державними та недержавними організаціями-партнерами за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ).

Цілі проекту:

- сприяти зниженню ризику інфікування ВІЛ, хворобами, що передаються статевим шляхом, серед підлітків з ризиковою поведінкою від 14 до 19 років шляхом проведення системного вуличного інформування, консультування, добровільного тестування на ВІЛ з використанням технології мобільних мультидисциплінарних вуличних команд;
- забезпечити здійснення соціального супроводу підлітків з позитивним результатом тестування на ВІЛ до спеціалізованих центрів, у першу чергу міських комунальних установ: "Київського міського правобережного центру для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді" та "Київського міського лівобережного центру для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді".

Цільова група:

Проект розрахований на підлітків віком від 14 до 19 років:

- 1) які живуть та працюють на вулиці;

- 2) які мають незахищені сексуальні контакти;
- 3) які живуть з ВІЛ/СНІДом;
- 4) хімічно залежних, у першу чергу споживачів ін'єкційних наркотиків, а також їх статевих партнерів;
- 5) дівчат, які надають комерційні сексуальні послуги;
- 6) хлопців, які надають комерційні сексуальні послуги;
- 7) хлопців, які практикують секс із чоловіками;
- 8) з неблагополучних (кризових) родин, які більшість свого часу проводять на вулиці.

Для реалізації моделі обрано мультидисциплінарний підхід, зумовлений комплексними потребами цільової групи, такими як:

- відсутність інформації про можливість отримання ВІЛ-профілактичних послуг;
- відсутність позитивного досвіду в отриманні послуг;
- потреба отримання інформаційних послуг безпосередньо в місцях скупчення;
- необхідність отримання інформаційних послуг одразу від декількох спеціалістів: соціального працівника, психолога, аутрич-працівника тощо;
- потреба у переадресації до медичних установ, а саме до кабінетів довіри для тестування та інших організацій, безпосередній супровід клієнтів до цих установ членами мультидисциплінарної команди.

Цей підхід був також обраний для сприяння встановленню довірчих стосунків із цільовою групою та покращення процесу рекрутингу, залучення в ролі клієнтів проекту представників цільової групи, які не є клієнтами жодної із медичних чи соціальних установ.

Схема моделі



Рис. 1. Вулична профілактична робота з підлітками груп ризику від 14 до 19 років

До трьох створених мультидисциплінарних команд (МДК) спеціалістів входили: координатор, соціальні працівники, соціальні педагоги, психологи, аутрич-працівники. Кожна команда створена з урахуванням гендерних особливостей. Мультидисциплінарні команди з профілактичної роботи працювали (у вечірні години) у чітко визначених місцях скупчення ПГР (за даними фокус-груп та картування) не менше трьох разів на тиждень. Алгоритм роботи за технологією мультидисциплінарних команд відповідав етичним принципам роботи з підлітками та мав такі складові: послуги МДК в межах вуличного простору, надання послуг ДКТ в кабінетах довіри, переадресація до організацій-партнерів та отримання послуг.

Функції організацій-учасників моделі

Діяльність мультидисциплінарної команди:

- установа контакту з підлітком (групою підлітків) в умовах вуличного простору (аутрич-працівники, рекрутери з числа рівних);
- інформування підлітка про можливість стати учасником профілактичної програми, його права та їх дотримання членами команди;
- проведення анкетування підлітка (соціальні працівники) для збору первинних даних про клієнтів та надання кожному клієнту коду, що сприяло дотриманню принципів анонімності і забезпеченню конфіденційності;
- надання підлітку інформаційних послуг щодо можливості отримання медичних та соціальних послуг з видачею інформаційних матеріалів (соціальні працівники);
- проведення дотестового консультування з підлітком у салоні мобільного транспортного засобу (вуличний консультант);
- видача підлітку за його добровільною згодою картки учасника міської профілактичної програми, засобів індивідуального захисту (презервативів)⁸;
- забезпечення переадресації підлітка до інших організацій-учасників проекту;
- супровід підлітка до території медичних установ, кабінетів довіри, громадських організацій для отримання необхідних послуг (соціальні працівники);
- мотивування підлітка до підготовки в школі волонтерів для участі в проекті у ролі лідерів, інформаторів або рекрутерів;
- залучення лідерів, інформаторів, рекрутерів до участі в аутрич-роботі

Надання послуг у кабінетах довіри:

- тестування на ВІЛ та отримання послуг післятестового консультування на території кабінету довіри;
- після проведення ДКТ для мотивування клієнта до участі в проекті, видача продуктового набору, про який підліток інформувався мультидисциплінарною командою та що ставало одним із стимулів для проходження тестування;
- проведення (в разі позитивного результату) повторного тестування, мотивація підлітка, у разі наявності батьків, до інформування одного з батьків про позитивний статус (психолог)

Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

- здійснення супроводу підлітка (сім'ї) для постановки на облік у Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом (психолог, соціальні працівники) та до центру екстреної допомоги дітям для отримання інформаційних, психологічних, педагогічних та інших видів послуг (вул. Новодарницька, 26). На облік у Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом за час проекту було поставлено 8 ВІЛ-позитивних підлітків;
- забезпечення переадресації підлітка з ВІЛ-позитивним статусом до комунальних установ: "Київського міського лівобережного центру для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді" та "Київського міського правобережного центру для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді" (соціальні працівники). У цих центрах клієнти могли отримати інформаційні послуги, консультації спеціалістів та діагностичні послуги;
- здійснення соціально-медичного супроводу ВІЛ-позитивного підлітка

Переадресація клієнтів для отримання додаткових послуг в НУО та центрів допомоги дітям

- низькопорогові послуги (проживання в соціальних квартирах, отримання одягу, їжі тощо);
- соціально-психологічні послуги;
- соціально-педагогічні послуги;
- мотивуючі соціально-психологічні послуги для ВІЛ-позитивних підлітків, у тому числі консультації щодо правил життя після встановлення ВІЛ-статусу, необхідності безпечної поведінки (Київський правобережний та лівобережний центри для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді)

Переадресація клієнтів для отримання додаткових послуг до медичних установ

- медичне обстеження та лікування;
- постановка на облік ВІЛ-позитивних підлітків (центр профілактики та боротьби зі СНІДом)

⁸ Внесок громадських організацій, залучених до реалізації проекту.

Для оптимізації роботи всіх партнерів та взаємозв'язку між різними компонентами проекту на ключового виконавця та координатора проекту (КМЦСССДМ) були покладені функції супервізора моделі, обов'язки здійснення адвокаційної діяльності та пошуку додаткових ресурсів для покращення процесу надання послуг у рамках моделі.

Таким чином, у рамках реалізації моделі клієнти були забезпечені базовим пакетом послуг, що включав:

- інформаційні послуги з розповсюдженням тематичних інформаційних матеріалів, адаптованих для підлітків про місця надання послуг, особливості безпечної поведінки в контексті проблем ВІЛ, хвороб, що передаються статевим шляхом;
- індивідуальне та сімейне (за бажанням підлітків) консультування (соціально-психологічне, соціально-педагогічне, соціально-медичне, соціально-правове);
- до- та післятестове консультування в контексті проблем ВІЛ;
- соціально-медичні послуги (тестування на ВІЛ через кабінет довіри Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, видача засобів індивідуальної гігієни, сприяння в діагностиці хвороб, що передаються статевим шляхом, забезпечення взаємодії з медичними установами з питань медичного та соціально-медичного супроводу ПГР);
- соціально-педагогічні послуги (залучення підлітків груп ризику до волонтерського руху, участі в організації та проведенні профілактичних заходів у підлітковому, молодіжному середовищі).

Процес реалізації моделі

Підготовка

1. Інституціональні особливості	Підписані угоди про співпрацю в межах реалізації проекту між Київським міським центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та Київським міським центром профілактики та боротьби зі СНІДом; з громадськими організаціями "Київське міське відділення Всеукраїнської благодійної організації "Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ", "Час життя+", "Світ та добробут" про взаємодію в роботі з підлітками груп ризику
2. Ресурсна база	Важливим фактором здійснення моделі стало те, що, окрім підтримки ЮНІСЕФ, проект матеріально підтримували партнери. Основний партнер проекту – Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом – забезпечив безкоштовну базу кабінетів довіри. Організації-партнери надавали гуманітарну допомогу, роздатковими матеріалами і т.п. Серед підлітків груп ризику та їх соціального оточення продовжують розповсюджуватися адаптовані, спеціально виготовлені в рамках проекту інформаційні матеріали про місця надання безкоштовних медичних, соціальних послуг для підлітків груп ризику, про особливості безпечної поведінки
3. Підбір персоналу	Принциповим питанням стало забезпечення мультидисциплінарності команд, до складу яких були залучені кваліфіковані та досвідчені соціальні, медичні працівники, психологи, представники державних та громадських організацій
4. Підготовка персоналу	Було проведено триденне навчання членів вуличних мобільних мультидисциплінарних команд у складі: консультант-психолог Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом (1 фахівець на 1 команду), вуличний консультант (1 фахівець на 1 команду), соціальні працівники, соціальні педагоги (2 спеціалісти на 1 команду), аутрич-працівники (2 спеціалісти на 1 команду). Тренери були рекомендовані організаціями-партнерами, а також були використані можливості участі персоналу в тренінгах організацій-партнерів (Фонд "Схід-Захід")
5. Рекрутинг цільової групи та реєстрація клієнтів	Для виявлення клієнтів передбачалося проведення анкетування підлітків груп ризику з питань обізнаності щодо ВІЛ/СНІДу та безпечної поведінки, видача картки учасника міської профілактичної програми, спеціально виготовленого довідника про місця надання послуг. Стратегія охоплення клієнтів передбачала розробку та затвердження графіків та маршрутів проведення вуличних профілактичних заходів у місцях скупчення підлітків груп ризику та їх соціального оточення; для цього було проведено картування цих "сайтів" на зустрічі з представниками ПГР (червень)

Діяльність з реалізації моделі

1. Матеріально-ресурсна база

Основним недоліком у компоненті інформаційних послуг стала затримка у виданні "довідника послуг", який повинен був вийти на початку проекту. Співробітники проекту висловлювали думку, що відсутність даного довідника перешкоджала їх ефективній роботі з підлітками, цей довідник потрібен був для інформування про доступні послуги.

2. Охоплення цільової групи

За власним бажанням після дотестового консультування в умовах вуличного мобільного центру отримали картки учасника міської профілактичної програми "АНТИВІЛ" **1131** особа.

Таблиця 3

Охоплення цільової групи послугами проекту

Місяць	Кількість клієнтів
Березень	83
Квітень	88
Травень	58
Червень	50
Серпень	196
Вересень	169
Жовтень	157
Листопад	158
Грудень	172
Стать	
Хлопці	660
Дівчата	470
Вік	
14 років	33
15–17 років	497
18–19 років	598
Всього	1131

Динаміка залучення підлітків до участі в проекті свідчить про підвищення результативності роботи спеціалістів у здійсненні вуличного контактування, певною мірою за рахунок ефективного спілкування з лідерами та поширення інформації про проект у місцях скупчення цільової групи.

Мета охоплення великої кількості клієнтів призвела до зниження можливості глибокої роботи з клієнтами, тобто робота на кількість перешкоджала роботі на якість. Досвід проекту показав, що встановлених на початку проекту високих показників не завжди можна досягнути:

- на кінець проекту клієнтами стали 1131 підліток, хоча заплановане охоплення цільової групи мало становити 2000 респондентів;
- тестування на ВІЛ пройшли 685 клієнтів (з них 8 ВІЛ-позитивних клієнтів поставлені на облік у центрі СНІДу), хоча було заплановано охопити тестуванням більше 1000 підлітків.

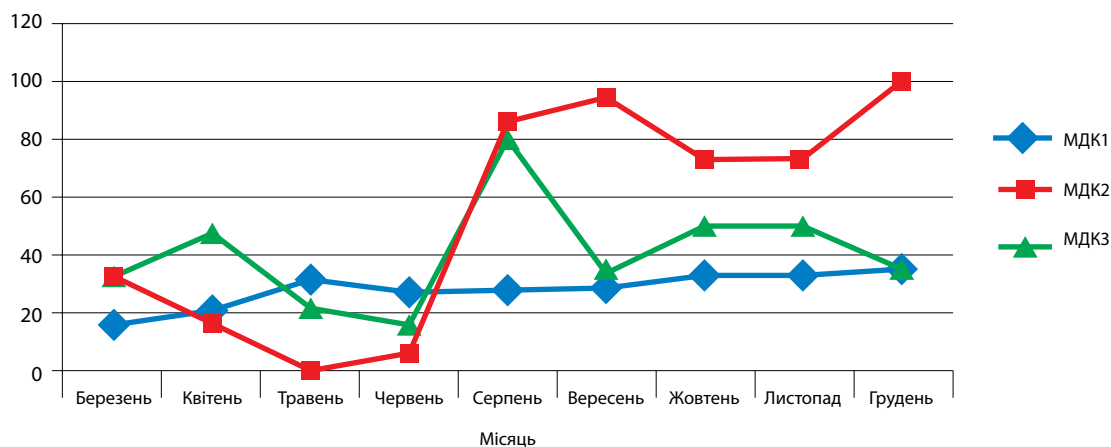


Рис. 2. Динаміка охоплення клієнтів мультидисциплінарної команди, осіб

Робота МДК мала суттєві особливості, залежно від закріплених за ними районів. Основною клієнтською групою команди № 1 стали хімічно залежні підлітки, які живуть і працюють на вулиці, в першу чергу – споживачі ін'єкційних наркотиків. Мотивованими до тестування на ВІЛ та отримання послуг виявилися **344** підлітки, з них **256** дізналися про свій ВІЛ-статус.

Досвід реалізації моделі на рівні окремих районів та мікрорайонів міста свідчить про необхідність запровадження гнучких підходів до організації профілактичної роботи, залежно від специфіки цільових категорій клієнтів.

Крім охоплення клієнтів членами МДК, клієнти рекрутувалися в самих кабінетах довіри, що дало можливість не втратити тих дівчат і хлопців, яких привели на тестування їхні друзі – клієнти проекту. Всього за весь період реалізації проекту послугами ДКТ було охоплено 685 осіб (Таблиця 4). У результаті тестувань було виявлено і поставлено на облік у центрі СНІДу 8 підлітків із ВІЛ-позитивним статусом, їх супровід здійснює КМЦСССДМ. Також ці підлітки отримують соціально-психологічні та низькопорогові послуги від фахівців у київських правобережному та лівобережному центрах для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді (консультування щодо правил життя після встановлення ВІЛ-інфекції, консультування дискордантних пар, бесіда на безпечність поведінки, надання притулку, їжі, одягу тощо). Супровід ВІЛ-позитивних дітей є великим здобутком моделі, через те що в Україні "для категорії "діти вулиці", дітей груп ризику не існує процедур доступу до діагностування та лікування без згоди батьків чи опікунів (загальна практика: відмова в наданні послуг без батьків чи опікунів)"⁹.

Таблиця 4

Кількість клієнтів, охоплених послугами ДКТ

Кабінет довіри	Кількість клієнтів
КД, вул. Висоцького	256
КД, вул. Відпочинку	225
КД, вул. Трьохсвятительська	204
Усього	685

⁹ "Національний стратегічний план дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ, догляду й підтримки дітей та молоді, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу", затверджений на засіданні Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 26 травня 2010 р.

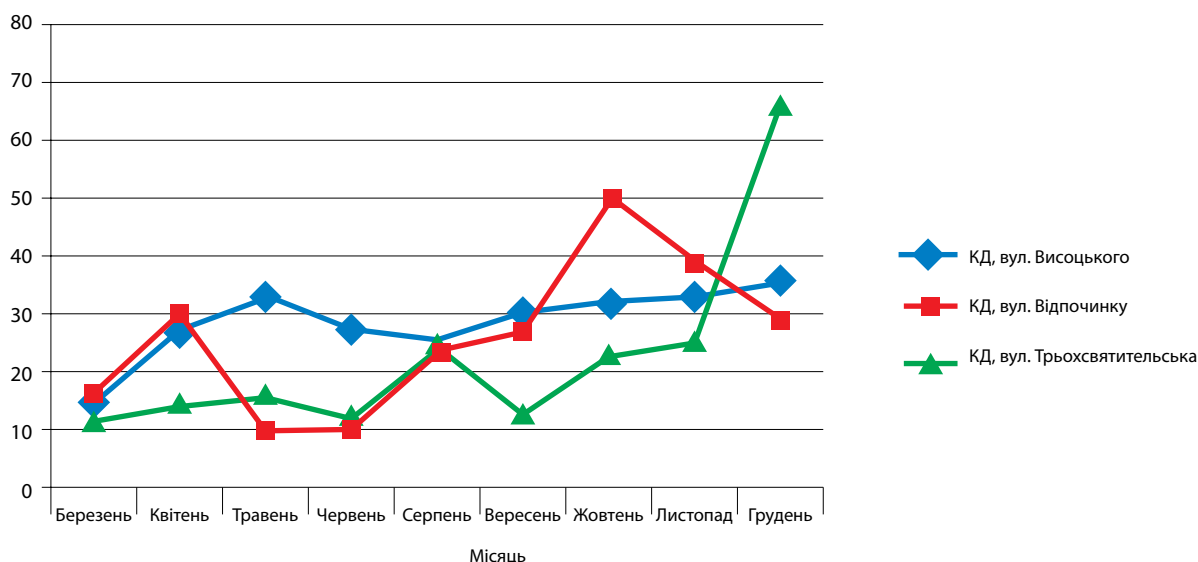


Рис. 3. Динаміка тестувань клієнтів на ВІЛ/СНІД в кабінетах довіри, осіб

Продуктивність роботи КД безпосередньо залежала від охоплення клієнтів мультидисциплінарними командами, їх успіхів у мотивуванні клієнтів пройти тестування, що сприяло відносному підвищенню цільового показника охоплення тестуванням на ВІЛ.

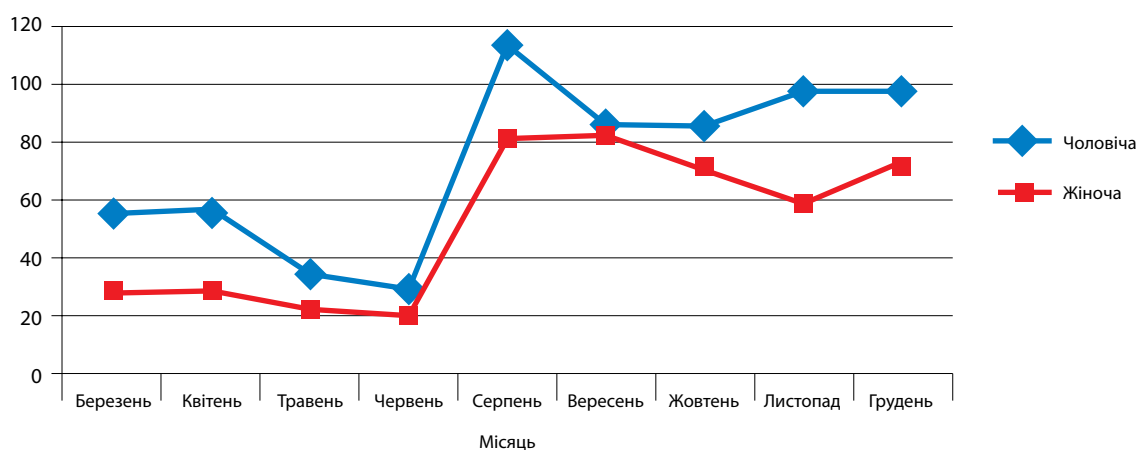


Рис. 4. Динаміка охоплення клієнтів за статтю, осіб

Протягом усіх місяців роботи команди вдалося охопити більше хлопців, ніж дівчат. За свідченням персоналу моделі така динаміка охоплення клієнтів може бути пояснена як більшою представленістю юнаків серед цільових груп моделі, так і можливістю більш легкого налагодження контакту з ними, що обумовлено рівнем їх довіри. Тільки у вересні кількість охоплених підлітків різної статі була рівнозначною. Найбільший розрив в охопленні клієнтів за статтю спостерігався в листопаді.

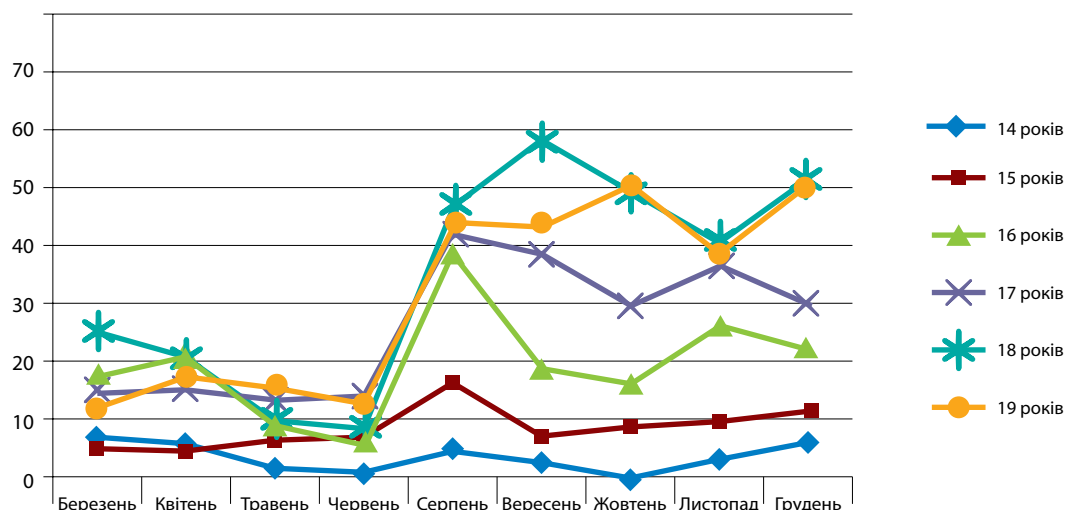


Рис. 5. Динаміка охоплення клієнтів за віком, осіб

Протягом усіх місяців роботи в проекті найменш представлені серед клієнтів молодші вікові групи, особливо 14-річні. На думку команди моделі, одним із факторів такого охоплення цільових груп стало завищення свого власного віку, тобто представники цільової групи схильні вказувати, що вони більш старшими, ніж це є насправді. Однією з причиною такого завищення є страх бути відправленим до притулку для неповнолітніх. Характер динаміки охоплення всіх вікових груп схожий: від стартової позиції в березні криві знижуються до червня, в серпні (після місяця відпочинку персоналу проекту) спостерігається різкий стрибок (крім динаміки охоплення 14–15-річних, яка зменшується щодо інших груп), потім відносний спад. Загалом чергуються спади та підйоми кривих з амплітудою 10 осіб на місяць. Різке падіння після серпня спостерігається тільки в охопленні 16-річних у вересні.

Взаємодія з клієнтами та послуги

У цілому, запланований алгоритм взаємодії з підлітками виявився доцільним та результативним. Підкреслимо деякі отримані уроки стосовно особливостей взаємодії з клієнтами.

Залучення підлітків груп ризику до обговорення та коригування роботи виїзних мобільних мультидисциплінарних команд (червень) дозволило визначити нові перспективні точки для вуличної профілактичної роботи на літній період та потреби в працевлаштуванні підлітків, а особливо – проблемні питання взаємодії між різними мультидисциплінарними командами в роботі з підлітками-мігрантами; повторна зустріч (жовтень) з підлітками виявила необхідність повторних тестувань для хімічно залежних, які практикували ризикову поведінку.

Не раз підлітки, які спочатку не погоджувалися стати клієнтами, пройти тестування на ВІЛ, після досвіду своїх товаришів-"сміливців", давали на це згоду.

Найбільш контактними були ті підлітками, котрі живуть та працюють на вулиці понад 3-5 років. Такі підлітки більш пристосовані до життя у вуличних умовах, краще за інших обізнані про установи та організації, що надають послуги, та легше йдуть на контакт з МДК, стають клієнтами моделі.

МДК стабільно здійснювали соціальний супровід клієнтів до кабінетів довіри, однак супровід до інших послуг (наприклад, у центр СНІДу, центр екстреної допомоги дітям та ін.) залишався проблемним внаслідок обмежених кадрових і матеріальних ресурсів. У кожній команді є приклад "ведення випадку" клієнта, проте ці приклади одиничні. Компонент супроводу клієнтів не був задіяний у моделі в повному обсязі, про це свідчать приклади "втрати клієнтів" (наприклад, клієнт не дійшов до центру СНІДу за наявності позитивних результатів тестування).

Під час роботи персоналом моделі було виявлено, що більшість підлітків, які по кілька років живуть та працюють на вулиці, не мають бажання повертатись у біологічні сім'ї, в рідні регіони та пов'язують своє майбутнє з життям на вулиці. Тому такі компоненти запланованого пакета послуг, як робота з батьками, пошук офіційного працевлаштування не мали суттєвого успіху. Крім того, така послуга, як сімейні консультації для вуличних незареєстрованих сімей, у тому числі і для дискордантних пар, охоче сприймалася в разі необхідності. Проблемним питанням також стала мотивація підлітків, які живуть у родині, але багато часу проводять на вулицях, щодо інформування батьків про наявність проблем, пов'язаних з ризиковою поведінкою та можливістю сімейної підтримки. Така проблема була пов'язана в першу чергу із небажанням самих клієнтів того, щоб соціальні працівники вступали в контакт із їх батьками. Через те що одним із принципів надання послуг клієнтів була конфіденційність, таке бажання клієнтів підтримувалось персоналом моделі.

Складними моментами були взаємодія з клієнтами після тестування на ВІЛ з метою своєчасного отримання результату, робота з ними соціальних працівників після першого ВІЛ-позитивного результату (міграція, невиконання домовленостей про зустрічі, небажання погоджуватись на повторне тестування).

Клієнти, зокрема мотивовані на співпрацю з МДК ПГР-волонтери, не виявили бажання до системного навчання в існуючих школах для волонтерів через негативне ставлення до будь-якої школи, відсутність позитивного досвіду системного навчання, необхідність пошуку засобів до існування. Тому з підлітками проводились несистемні заняття на території Голосіївського РЦСССДМ (вул. Бубнова, 5) та "соціальних квартир" Молодіжного громадського об'єднання "Життя на всі 100%", Благодійного фонду "Карітас" (вул. Микитенка). Одне із занять – "Як шукати роботу та особливості працевлаштування" – відбувалось у Київському міському молодіжному центрі праці. Після нього 4 підлітки зуміли знайти роботу. В реалізованій моделі ПГР-волонтери мали функції рекрутерів та інформаторів, які легко могли вступати в контакт із цільовою групою, розповідати про переваги моделі та мотивувати до участі в ролі клієнта. ПГР-волонтери також інформували команду моделі про зміни в поведінці цільової групи, зміну точок скупчення тощо.

Плідним стало залучення клієнтів ПГР до спортивно-оздоровчих заходів, у спогляданні та проведенні футбольних матчів; але до цих заходів залучалися здебільшого хлопці.

Чітка схема переадресації та соціального супроводу дотримувалася лише у супроводі від МДК до кабінету довіри, далі система не була налагоджена (зокрема, супровід до центру СНІДу) внаслідок обмежених людських і матеріальних ресурсів (наприклад, коштів на експлуатацію транспортного засобу).

Процес підготовки та супервізії персоналу

Варто відзначити, що є бажаною і необхідною більш глибока підготовка членів МДК. Оскільки, склад МДК змінювався, нові їх члени залишилися без відповідної початкової підготовки. За словами членів МДК, тренінги, які були проведені в листопаді, необхідно було б провести на початку проекту. Аналіз задоволеності підготовкою, а також результати моніторингових візитів показали, що одного тренінгу на початку проекту, який поєднує в собі і організаційні, і тематичні питання, недостатньо. Основні тренінги бажано було б провести на початку та в середині проекту, тому що співробітникам, на їхню думку, часто були потрібні в процесі роботи ті знання, які були отримані фактично наприкінці пілотної фази проекту. При цьому важливо відзначити, що співробітники проекту виробили стратегію самоосвіти; координатори МДК грали роль супервайзерів своїх соціальних і аутич-працівників з питань самопідготовки, що позитивно вплинуло на якість підготовки персоналу в рамках моделі.

Бар'єром для повноцінної системи підготовки є відсутність системи підготовки та перепідготовки на національному та регіональному рівнях спеціалістів, які надають послуги підліткам груп ризику.

Організація роботи персоналу в кожній МДК характеризувалася згуртованістю та взаємозамінністю. Координатор МДК був ключовою особою при прийнятті рішень про маршрути та завдання для команди, а також щодо розподілу завдань у своїй команді. Негативним досвідом стала зміна складу однієї з МДК, а також одиничні зміни у складах інших команд.

У процесі здійснення проекту здійснювалася регулярна супервізія МДК і кабінетів довіри з боку відповідального за виконання проекту, у тому числі спільні виїзди на точки. Однак, зважаючи на обмежену кількість часу і велике завантаження персоналу, спільні координуючі зустрічі всього персоналу проекту, а також організацій-партнерів проводилися рідко. Внаслідок цього, як показали результати дослідження персоналу, відчувався певний розрив у поінформованості членів МДК про роботу один одного.

Під час реалізації проекту виникали спірні моменти в питанні маршрутів МДК, що вимагали посилення супервізії та координації компонентів проекту, а саме погодження з основним складом фахівців МДК поточних та перспективних планів роботи МДК, посилення аналізу та моніторингу діяльності МДК.

Варто відзначити, що зовнішній моніторинг виявив потребу виділення окремого спеціаліста, який здійснював би детальну координацію МДК (на жаль, координатор проекту, який повинен виконувати цю роль, мінявся в ході проекту, що і зумовило певні труднощі в координації).

Співпраця із зацікавленими сторонами, адвокація

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

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

У ході реалізації проекту було досягнуто домовленості з дитячим інфекційним відділенням (вул. Богатирська, 32), яке може надавати послуги з діагностики ІПСШ неповнолітнім клієнтам без документів на безкоштовній основі, за наявності направлення від КГЦСССДМ або від іншої організації, яка бере на себе відповідальність за клієнта. Проте на практиці всі медичні установи в сучасній Україні не надають безкоштовних послуг з лікування через платність медикаментів, що використовуються при лікуванні, тому процес лікування після позитивної діагностики захворювань є нерегульованим.

Реалізація інноваційної моделі в обмежені часові терміни виявила і вразливі місця в організації узгодженої роботи з підлітками груп ризику, а саме:

- відсутність інфраструктури цілодобових центрів соціальної підтримки, які могли надавати базові послуги для ПГР (їжу, одяг, послуги з гігієни, притулок), центрів реабілітації та ресоціалізації підлітків груп ризику;
- відсутність стандартів профілактичної роботи з підлітками груп ризику, стандартів супроводу ВІЛ-позитивних підлітків, які живуть та працюють на вулиці;

- наявність міжвідомчих бар'єрів, рівнів відповідальності в здійсненні профілактичної роботи з підлітками груп ризику (без наявності чітких нормативно-правових обґрунтувань такої роботи);
- платність послуг для підлітків груп ризику, в першу чергу послуг діагностики венеричних захворювань та їх лікування;
- відсутність єдиних етичних принципів в роботі з підлітками, стандартів здійснення переадресації.

Результати впровадження моделі

Задоволеність персоналу

У цілому, персонал залишився задоволений трудовим навантаженням, оплатою і графіком роботи. Проте члени МДК не були спочатку попереджені про велику кількість додаткових неоплачуваних виїздів у неробочий час. Крім того, на задоволеності графіком роботи МДК позначалося те, яким чином даний графік узгоджується з графіками роботи інших компонентів проекту і організацій-партнерів. Так, багато співробітників відзначали, що тестування клієнтів необхідно проводити в день їх рекрутингу, але перешкодою був графік роботи кабінетів довіри, що працюють до 18 год., тоді як МДК тільки починають свою аутрич-роботу.

Задоволеність клієнтів

Команді проекту вдалося встановити довірчі зв'язки зі своїми клієнтами. Про це свідчать дані отримані під час дослідження задоволеності клієнтів:

- всі клієнти "повністю довіряють" спеціалістам, які працюють з ними на вулиці;
- 9 із 10 клієнтів "повністю довіряють" психологу з КД;
- 9 із 10 клієнтів "повністю довіряють" медсестрі з КД.

Клієнти були залучені до інформування про місця знаходження інших потенційних клієнтів та до рекрутингу. Однак, мотивація клієнтів на отримання послуг, крім послуг МДК і кабінетів довіри (наприклад, послуг Молодіжного центру зайнятості, школи волонтерів, групи взаємодопомоги, поїздки в літній табір для скаутів тощо), була низькою внаслідок ряду причин. Клієнти не зацікавлені в цих послугах, бо не задоволені їх первинні потреби в їжі і захисті, а також є небажання "старших" у вуличних "тусовках", щоб їх "підопічні" проводили де-небудь час. "Домашні" підлітки, які більшу частину часу проводять на вулиці, не хочуть втягуватися в такі послуги, стверджуючи, що для цього потрібно приділити час і інформувати батьків (наприклад, про свій від'їзд у літній табір). Активне залучення в проект клієнтів утруднене тому, що модель орієнтована на аутрич-роботу і на велике охоплення клієнтів, при якому неможливо працювати з кожним клієнтом постійно.

Життєздатність моделі

- Процес реалізації моделі став свідченням, що для чіткої переадресації та супроводу необхідні чіткі стандарти. За час роботи в рамках моделі були налагоджений процес переадресації від МДК до кабінету довіри. В інші організації-партнери клієнти переадресовувалися, однак без соціального супроводу багато клієнтів не доходили до них (були випадки втрати клієнта, який отримав позитивні результати тестування і не "дійшов" до центру СНІДу). Бар'єром до здійснення постійного соціального супроводу стали обмежені людські та матеріальні ресурси МДК, а також часта відмова клієнтів від супроводу (причини: недовіра, бажання бути незалежним від будь-кого).
- Модель показала, що робота з ПГР вимагає вирішення їхніх комплексних проблем, бо дана група є вкрай вразливою. Так, поліпшувати знання клієнтів про ВІЛ/СНІД без надання їм допомоги у задоволенні їхніх основних потреб (їжа, безпека, гігієна) неможливо. Під-

силює потребу в розширенні сфери послуг проекту і те, що проектів, спрямованих на вирішення підліткових проблем, практично немає.

- Ще одним важливим аспектом для забезпечення життєздатності моделі є регулярне залучення всіх членів команди до процесу планування діяльності в рамках моделі, оцінки і моніторингу, адвокаційних заходів. Але під час реалізації моделі ця вимога не була повністю дотримана. Внаслідок цього виникали проблеми в організації роботи, а також нерозуміння призначення зовнішнього моніторингу та оцінки. Окремі співробітники були залучені до деяких адвокаційних заходів, і це сприяло підвищенню ефективності цих заходів, а також поглибленню знань і досвіду співробітників у сфері роботи з ПГР. Деякі співробітники не розуміли призначення таких компонентів роботи, що позначилося на розумінні завдань проекту.
- Одним з вагомих аргументів щодо важливості взаємодії між фахівцями проекту став той факт, що жоден з них не брав участі у вуличних силових "рейдах"¹⁰, а до 2 команд увійшли спеціалісти, які вже мали досвід успішної реалізації подібних проектів на принципах дружнього та толерантного ставлення до цільової групи. Тому складнощі в контактуванні виникали тільки на нових вуличних точках, які не були відпрацьовані до цього часу.
- Проект порушив проблему і виявив потребу уніфікації етичних принципів роботи з підлітками взагалі та підлітками груп ризику зокрема для різних організацій та установ. До проекту як партнера було залучено релігійну організацію, зокрема її персонал був включений до складу МДК. Існує конфлікт етичних принципів роботи з профілактики з ПГР даної організації і соціальних служб. Виконавець проекту не бачить проблеми, тому що аутич-роботу з ПГР здійснюють не тільки представники релігійної організації, але й інші члени МДК – представники соціальних служб, інших НУО. Навіть усередині команди може існувати негласний поділ на "релігійних" працівників і всіх інших, тому що представники релігійної організації мають власні етичні принципи і цілі роботи. Зокрема, немає єдиної стратегії видачі презервативів, розмов про сексуальну поведінку і т.п.

Уроки, отримані в ході реалізації моделі

1. *Підготовчий етап.*
 - У проекті було виділено дуже багато цільових груп, різноманітність потреб яких не можна вдовольнити в рамках одного проекту, силами залученого персоналу та за відсутності налагодженої системи переадресації та соціального супроводу.
 - Для забезпечення відповідальності між усіма партнерами в реалізації моделі та підвищення рівня їх залученості необхідне підписання офіційних договорів про співпрацю між усіма партнерами.
 - Залучення фахівців, які вже мали досвід роботи з цільовою групою або реалізації подібних проектів, є важливим базисом для успішної реалізації моделі. Але всі фахівці, навіть ті що мали досвід, потребують додаткового навчання перед стартом роботи для освоєння особливостей роботи в рамках конкретної моделі.
2. *Кадрова стабільність.* Необхідним є забезпечення постійного складу персоналу. У разі зміни персоналу моделі та залучення нових спеціалістів необхідно проводити для них додаткове навчання.
3. *Розширення спектра послуг.* Задовольнити потреби підлітка з групи ризику за допомогою моделі можливо лише за умов удосконалення та розширення спектру послуг для ПГР та їхніх сімей, надання базових послуг (їжа, одяг, гігієна, притулок) особливо для підлітків, які живуть або працюють на вулиці, опрацювання алгоритмів консультування та соціально-медичного супроводу підлітків, залучення їх до роботи дружніх клінік, інших спеціалізованих медичних установ.

¹⁰ Обласна кримінальна міліція у справах неповнолітніх щотижнево проводить комплексну оперативно-профілактичну обробку території, тобто рейди. Мета їх – виявити факти вживання наркотичних речовин неповнолітніми, втягування їх в злочинну діяльність, попередження бродяжництва і жебракування, повернення дітей з вулиці.

4. Залучення клієнтів.

- Постійна співпраця членів команди з клієнтами, а особливо з їх лідерами дозволяє визначити перспективні точки для вуличної роботи, відстежувати та своєчасно реагувати на процес міграції цільової групи.
- Більш контактними підлітками та більш мотивованими до участі в проекті були підлітки, які вже декілька років перебувають на вулиці. Підлітки, у яких не були зруйновані зв'язки з батьками, виступають проти інформування своїх батьків або родичів про свою участь у проекті або про послуги, що їм надаються.

5. Переадресація.

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

Висновки

Проект став "першою ластівкою" для м. Києва в налагодженні взаємодії між зацікавленими сторонами, чия діяльність пов'язана із ПГР безпосередньо, а також може потенційно включати ПГР (наприклад, центр профілактики та боротьби зі СНІДом не мав можливості працювати конкретно з ПГР, хоча ця категорія є дуже вразливою до інфікування ВІЛ). Поширення досвіду роботи з ПГР може стати можливим унаслідок залучення до діалогу відповідальних за прийняття рішень, широкого кола осіб, які надають послуги з профілактики ВІЛ, лобювання інтересів та потреб підлітків груп ризику – і це один із найбільш значних стратегічних викликів проекту.

Реалізована модель у м. Києві з надання послуг підліткам групи ризику стала ще одним свідченням необхідності надання послуг та їх гостру потребу для цільової групи. Мультидисциплінарний підхід – ефективний для українських реалій та є одним із найкращих для налагодження контактів із цільовою групою та успішного рекрутингу.

Проект виявив необхідність нормативно-правової регламентації процесу супроводу ВІЛ-позитивних підлітків та тих підлітків, які потребують медичних послуг, за відсутності батьків або опікунів, створення цілодобових центрів, які можуть задовольнити базові потреби підлітків (одяг, харчування, притулок тощо). Крім того, актуалізована потреба у методичному забезпеченні практики переадресації, узагальненні наявного досвіду технології переадресації. Виникає потреба у запровадженні єдиної системи реєстрації клієнтів та стандартизованих баз даних клієнтів різних сервісів на рівні конкретних населених пунктів, що дозволить покращити систему соціального супроводу та переадресації.

Відпілотована модель довела можливість надання послуг за методом мультидисциплінарних команд та поширення цього досвіду серед інших організацій і установ м. Києва та інших міст України з урахуванням отриманих уроків та основних факторів, що перешкождали реалізації моделі.

Контакти для додаткової інформації:

Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

Адреса: 03057, м.Київ, вул. О. Довженка, 2

Тел.: 456-82-28, тел./факс: 458-27-67

Сайт: www.ssm.kiev.ua



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

Актуальність вибору моделі

Дані, що були отримані під час базового дослідження та вторинного аналізу біоповедінкових даних (див. вступ) щодо підлітків груп високого ризику ВІЛ-інфікування, засвідчили про необхідність надання послуг для ПГР у м. Донецьку. Під час стратегічного планування регіональною міжсекторальною та міжвідомчою консультаційною групою, що створено в межах проекту ЮНІСЕФ "Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику", як цільову групу для пілотування моделі в м. Донецьку, було обрано підлітків-СІН.

У 2008 році в м. Донецьку виявлено 1757 дітей схильних до бродяжництва, безпритульності та жебракування, з них 180 підлітків вживали спиртні напої, а 72 – наркотичні та токсичні речовини. У стані сп'яніння неповнолітніми скоєно 46 злочинів. Службами у справах дітей м. Донецька направлено до обласного центру медико-соціальної реабілітації 11 дітей, які вживали алкогольні напої.

Кількість офіційно зареєстрованих в обласному наркологічному диспансері наркозалежних дітей у віці до 18 років – 22 особи у диспансерній групі і 126 осіб у профілактичній групі. За даними Донецького обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді спеціалізована наркологічна допомога дітям в області надається в наркологічних кабінетах центральних районних і міських лікарень, в 11 наркодиспансерах, 7 наркологічних амбулаторіях.

На засіданні міжсекторальної робочої групи обласної ради з питань туберкульозу, ВІЛ/СНІДу (МРГ) у липні 2008 року було визначено статус регіональної консультаційної ради з питань профілактики ВІЛ серед підлітків груп ризику (РКР) – як підгрупи МРГ, до складу якої входять представники 61 державних та недержавних організацій. У серпні 2008 року на засіданні обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (ОР) було розглянуто питання щодо діяльності РКР і проекту "Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику в Україні" (2007–2009 рр.).

Зважаючи на велику кількість підлітків груп ризику, зокрема підлітків-СІН, виникла необхідність у розширенні їх доступу до соціальних послуг та медичної допомоги на основі принципів дружнього підходу, спрямованих на профілактику ВІЛ/СНІДу, інших соціально небезпечних хвороб, удосконалення системи первинної, вторинної, третинної профілактики серед підлітків, які опинилися в складних життєвих обставинах.

Опис моделі

У грудні 2008 році на засіданні ОР визначено статус РКР і прийнято рішення щодо пілотування моделі "Впровадження "дружнього" ВІЛ-профілактичного втручання через формування неформальних лідерів в осередку підлітків груп ризику, які споживають ін'єкційні наркотики" у м. Донецьку. Відповідальність за реалізацію моделі було покладено на Донецький обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Пілотування моделі здійснювалося спільно з Донецьким міським центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, з державними та недержавними організаціями-партнерами за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні (схему моделі представлено на рис. 6). Час реалізації моделі: вересень 2009 року – травень 2010 року.

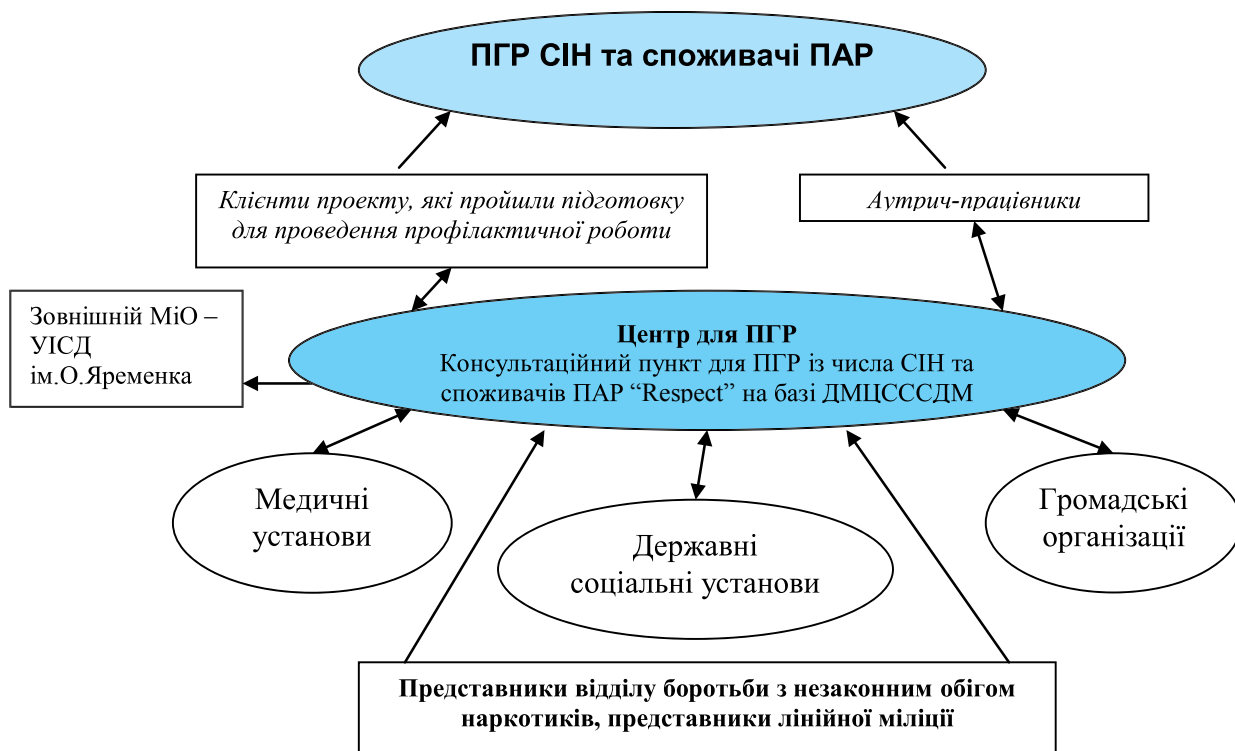


Рис. 6. Схема моделі "Впровадження "дружнього" ВІЛ-профілактичного втручання через формування неформальних лідерів в осередку підлітків груп ризику, які споживають ін'єкційні наркотики"

Мета моделі:

Зниження темпів поширення ВІЛ серед підлітків груп ризику, які споживають наркотики ін'єкційним шляхом, за допомогою впровадження "дружнього" ВІЛ-профілактичного втручання через формування неформальних лідерів в осередку підлітків-СІН.

Цільова група моделі:

Підлітки віком 14–19 років, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним та психоактивні речовини неін'єкційним шляхом (надавати послуги підліткам, які вживають психоактивні речовини було вирішено в ході реалізації моделі у зв'язку з виявленням у цієї категорії потреби в отриманні послуг та визначенням їх як підлітків, які схильні до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом).

Персонал моделі

– Для вуличної роботи були підготовлені 7 аутрич-працівників (2 досвідчених аутрич-працівники (колишніх-СІН), 5 клієнтів Обласного центру ресоціалізації наркозалежної молоді "Твоя перемога", які проходили останню стадію реабілітації від наркозалежності – 4 юнаки та 1 дівчина), які надавали ВІЛ-профілактичні послуги в точках доступу до потенційних клієнтів (точки доступу були визначені на підготовчому до реалізації моделі етапі в межах робочих зустрічей фахівців, які працюють з цільовою групою або мають інформацію про неї). У межах моделі створений консультаційний пункт для клієнтів моделі "Respect", де клієнти могли отримувати інформаційні, соціальні та медичні послуги. У разі необхідності додаткових послуг клієнти переадресовувались до організацій-партнерів:

1. Пункт обміну шприців на базі ГО "Розвиток. Ініціатива. Партнерство".
2. Пункт обміну шприців на базі ГО "Донецького обласного товариства сприяння ВІЛ-інфікованим".

3. Пункт обміну шприців на базі клубу "Світанок".
4. Клініка, дружня до молоді.
5. Донецький міський наркологічний диспансер.
6. Донецький обласний шкірно-венерологічний диспансер.
7. Обласний центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Твоя перемога".
8. БФ "Милість".
9. Обласна фундація "Молодь Донбасу".
10. Поліклініки (лікарні).

Для сприяння реалізації моделі були залучені додаткові партнери:

1. Донецька міська кримінальна міліція у справах дітей, яка при виявленні підлітків із числа СІН або споживачів ПАР переадресовувала їх до консультаційного пункту "Respect", закликала до толерантного та доброзичливого ставлення до підлітків різних інституцій в м. Донецьку та залучала підлітків до активного дозвілля через участь у різноманітних спортивних змаганнях.
2. Донецьке регіональне представництво МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні" мало вплив на реалізацію моделі на адвокаційному рівні шляхом участі в різноманітних зустрічах на міському та обласному рівні та спонуканню громадських організацій, що є партнерами МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", до співпраці в реалізації моделі.

Для більш відкритого доступу до цільової групи до роботи в межах моделі залучалися підлітки із числа колишніх СІН та споживачів ПАР, які після проходження підготовки брали участь в аутрич-роботі. Тобто клієнти проекту після відмови від небезпечної щодо ВІЛ поведінки, проходження додаткового навчання могли стати членом команди та разом із аутрич-працівниками проводити профілактичну роботу, що значно підвищило мотивацію підлітків до участі в моделі.

Для успішної реалізації моделі були задіяні також волонтери, які залучалися до первинної профілактики ВІЛ у професійно-технічних навчальних закладах (ПТНЗ) та в літньому таборі для ПГР на базі загальноосвітніх шкіл. Навчальні заклади, в яких проводилась первинна профілактика, були вибрані не випадково, аутрич-працівники під час роботи у проекті виявили, що серед учнів ПТНЗ є певна кількість представників цільової групи моделі та ще більша кількість учнів, які близькі до початку вживання ін'єкційних наркотиків або психоактивних речовин. Літній табір для ПГР існує вже декілька років у м. Донецьку на базі загальноосвітньої школи Куйбишевського району. Проведення первинної профілактики ВІЛ командою моделі була ініційована керівництвом школи та літнього табору. Під час здійснення зовнішнього моніторингу моделі було виявлено високу мотивацію керівництва школи до такої співпраці в рамках моделі, що на думку вчителів, мало позитивний вплив на вихованців літнього табору.

Алгоритм роботи з підлітками груп ризику в межах моделі мав такі складові:

Аутрич-робота:

- налагодження контакту з підлітком, групою в умовах вуличного простору;
- інформування підлітків про послуги в рамках моделі;
- переадресація до консультаційного пункту "Respect"

Консультаційний пункт "Respect"

- звернення підлітка до соціальних працівників пункту;
- мотивування до участі в моделі;
- заповнення картки клієнта;
- надання інформації про модель;
- надання ВІЛ-профілактичних інформаційних, соціальних послуг (згідно з графіком роботи медичної сестри в пункті надання медичних послуг);
- за потреби клієнта → переадресація до організацій-партнерів (установлення зворотного зв'язку з організаціями-партнерами з метою отримання інформації про клієнтів, які дійшли до запропонованої організації та отримали послуги);
- визначення лідерських якостей у підлітка → мотивування до участі в моделі в ролі лідера → навчання підлітка згідно з програмою підготовки лідерів → участь підлітка в аутрич-роботі

Організації-партнери

- надання послуг клієнтам, переадресованим із консультаційного пункту "Respect", та інформування про це соціальних працівників консультаційного пункту "Respect";
- виявлення серед своїх клієнтів представників цільової групи моделі → надання інформації про наявність моделі і про можливість участі → переадресація до консультаційного пункту "Respect"

Базовий пакет послуг для клієнтів та їхнього оточення передбачав:

- послуги "аутрич" (надаються в польових умовах у місцях скупчення клієнтів):
 - інформаційно-просвітницькі в контексті ВІЛ та доступ до послуг (під час "дружнього" профілактичного втручання в осередки підлітків груп ризику (ПГР);
 - супровід (за бажанням підлітків) до консультаційного пункту з питань профілактики ВІЛ для ПГР (далі "Respect");
- консультаційні (в контексті ВІЛ та мотивування до ВІЛ-профілактичної діяльності);
- освітні (за методикою "рівний рівному" щодо ВІЛ-профілактики);
- набуття навичок ВІЛ-профілактичної роботи та прийняття рішень;
- посередницькі (для отримання специфічних соціальних послуг в інших суб'єктах соціальної роботи: діагностування, лікування, догляд та підтримка, забезпечення презервативами, лубрикантами тощо);
- послуги зі зменшення шкоди (обмін шприців, попередження передозування, інформування – в результаті переадресації до ПОШ, ВІЛ-сервісних громадських організацій);
- психосоціальні (консультування через "Телефон довіри", за методом "рівний рівному" та/або участь у групах самодопомоги, консультування відповідних фахівців (соціальних працівників, психологів), до- і післятестове консультування);
- соціально-економічна допомога (сприяння в доступі до медичних послуг, надання гуманітарної допомоги, представлення соціальних інтересів клієнтів у медичних установах, органах соціального захисту населення, державних установах, органах місцевого самоврядування).

Важливою умовою для створення дружнього середовища та поширення успішного досвіду надання послуг ПГР є адвокаційні заходи, що сприяють зниженню стигматизації та дискримінації через постійну співпрацю із медичними установами, державними та неурядовими організаціями, поширення серед їх персоналу принципів толерантного ставлення до клієнтів проекту та представників груп ризику загалом.

Процес реалізації моделі

Підготовка

1. План роботи	<ul style="list-style-type: none"> • Розроблений чіткий план-графік реалізації моделі, який включав графіки проведення всіх заходів у рамках моделі, що були прописані в проектній пропозиції. • Зроблено картування точок скупчення цільових груп та розроблений план-графік виїздів аутрич-команди на кожну із зазначених точок
2. Офіційне співробітництво в рамках моделі	<ul style="list-style-type: none"> • У рамках розширеного засідання обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу було рекомендовано управлінню освіти та науки облдержадміністрації, Головному управлінню здоров'я облдержадміністрації, обласному центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, неурядовим організаціям області забезпечити міжсекторальну переадресацію підлітків груп ризику та дружній підхід щодо надання їм соціальних та медичних послуг. Дане рішення сприяло залученню необхідної кількості партнерів до реалізації моделі та підписання з ними офіційних договорів про співробітництво. Офіційні договори про співробітництво були підписані з медичними, неурядовими організаціями, правоохоронними органами (повний перелік організацій-партнерів див. стор. 29-30)
3. Додаткові ресурси для реалізації моделі	<ul style="list-style-type: none"> • Окрім ресурсної підтримки ЮНІСЕФ її в ресурсному плані підтримали також інші партнери: приміщення для консультаційного пункту "Respect" було надано Донецьким міським центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, витратні матеріали (презервативи, спиртові серветки, лубриканти) – Донецьке товариство сприяння ВІЛ-інфікованим, програми обміну шприців – усі ПОШ-партнери
4. Підготовка та навчання персоналу	<ul style="list-style-type: none"> • При відборі персоналу головним принципом була наявність досвіду та знань щодо особливостей поведінки цільової групи. • Усі аутрич-працівники пройшли підготовку до роботи в рамках моделі: <ul style="list-style-type: none"> - навчання основним особливостям роботи з ПГР; - засвоєння етичних принципів роботи з ПГР; - вивчення основних особливостей аутрич-роботи; - засвоєння своїх функцій у рамках моделі; - інструктаж з техніки безпеки. • Керівники процесу реалізації моделі (ДОЦСССДМ та ДМЦСССДМ) були учасниками підготовчого етапу до реалізації моделі, брали участь у семінарі зі стратегічного планування, тренінгу щодо ґендерних особливостей, тренінгу щодо законодавчих норм та етичних принципів роботи з підлітками груп ризику, що допомогло їм у проведенні навчання інших членів персоналу
5. Узгодження системи переадресації клієнтів	<ul style="list-style-type: none"> • У рамках робочої зустрічі між основними виконавцями моделі та партнерами була вироблена система переадресації, яка включала обов'язковий зворотний зв'язок, тобто інформування соціальним працівником консультаційного пункту "Respect" спеціаліста, до якого був направлений клієнт для отримання необхідних послуг. У свою чергу спеціаліст, до якого був переадресований клієнт, брав на себе зобов'язання надати інформацію про звернення цього клієнта та про спектр наданих йому послуг. Для зручності організації процесу переадресації був розроблений та узгоджений талон переадресації, який включав назву закладу, що направляє клієнта по послугу, назву закладу, в який направляється клієнт, їх адреси та телефони, посади та прізвища спеціалістів, який переадресовує та до якого переадресовують, ім'я або код клієнта, якому видається талон переадресації. Талон був подвійний, тобто вся вказана інформація заповнювалася 2 рази; перша частина відривалася та залишалася у спеціаліста, який направляє, а інша віддавалася клієнту, та при зверненні цього клієнта по послугу віддавалася спеціалісту, до якого його переадресовували. Така система переадресації в подальшому дозволила мати чіткий контроль над тим, скільки послуг та якої якості послуги отримали клієнти, відстежувати подальшу долю клієнтів, якщо вони не зверталися повторно до консультаційного пункту "Respect"

Діяльність з реалізації моделі

На етапі реалізації моделі діяльність ключових її виконавців та партнерів була спрямована на забезпечення таких компонентів, як охоплення цільової групи та надання повного набору послуг клієнтам, забезпечення необхідної матеріально-ресурсної бази тощо. Така діяльність виявила основні переваги, які можуть стати корисними для інших партнерів та основні недоліки, яких слід буде уникнути під час впровадження подібної моделі в майбутньому.

1. Набір послуг для клієнтів

Основною проблемою у наданні клієнтам усього спектра послуг стала відсутність низькопорогових послуг, таких як умови та засоби для особистої гігієни, харчування, одяг. У рамках моделі клієнти могли випити чай із солодощами, прийшовши до консультаційного пункту "Respect", але інші послуги, такі як отримання необхідного одягу, харчування, послуг особистої гігієни та отримання засобів особистої гігієни, не надавалися. Цю проблему було вирішено в кінці реалізації моделі, коли відбулась домовленість про співробітництво з БФ "Карітас", де на базі центрів денного перебування для підлітків клієнти можуть отримувати ці види послуг. Також можливою була співпраця з інтернативним молодіжним центром, який також має центри денного перебування в рамках проекту "Місто сонця". Важливість включення денного та цілодобового центру перебування до числа партнерів проекту має велике значення, тому що для хлопців та дівчат з ризиковою поведінкою їх базові потреби, такі як притулок, харчування, одяг тощо, мають вирішальне значення, а задоволення цих потреб допомагає налагодити кращий зв'язок з ними та дає можливість проводити роботу з профілактики ВІЛ, надавати інші послуги.

2. Матеріально-ресурсна база

Основною проблемою для реалізації моделі стала відсутність інформаційних матеріалів, розрахованих на підліткову вікову групу. У межах реалізації моделі було розроблено та надруковано два види візиток, які інформували про діяльність з реалізації моделі, місцезнаходження консультаційного пункту "Respect" та види послуг, які можна отримати в рамках моделі. Але інформаційні буклети, спрямовані на профілактику ВІЛ, наркоманії та небезпечної поведінки, були загальними, без врахування вікового та гендерного аспекту. Під час реалізації моделі та опитування клієнтів щодо рівня задоволеності проектом було виявлено необхідність мати інформаційні матеріали, більш зрозумілі підліткам. Тобто під час реалізації моделі важливою складовою мало б стати розповсюдження інформаційно-освітніх матеріалів, спрямованих на профілактику ВІЛ, до процесу розробки яких необхідне залучення підлітків для впевненості, що надана в них інформація є адаптованою для вікової групи та враховує гендерні особливості.

3. Охоплення цільової групи

Охоплення цільової групи впродовж реалізації моделі було нерівномірним. На початку реалізації моделі (серпень – листопад 2009 року) послугами моделі скористалися 35 клієнтів. З грудня місяця охоплення клієнтів значно збільшилось (див. рис. 7).

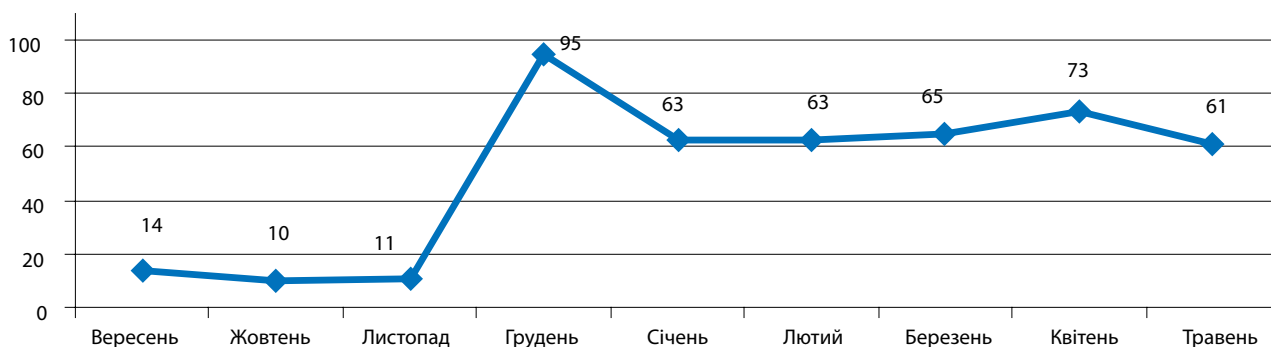


Рис. 7. Кількість клієнтів моделі залежно від місяців реалізації

Основними причинами такого зростання кількості клієнтів стали:

- Розширення цільової групи (було вирішено вважати клієнтами моделі та надавати всі необхідні послуги не тільки підліткам-СІН, але й підліткам, які вживають психоактивні речовини неін'єкційним шляхом, через їх схильність переходити до вживання ін'єкційних наркотиків в майбутньому, а також через небезпечну сексуальну поведінку) (див. рис. 8).
- Розширення графіка роботи консультаційного пункту "Respect" (перейшли на щоденний графік роботи).
- У перші місяці аутрич-робота (рекрутинг) проводилася по всіх районах міста, що призвело до того, що підлітки із віддалених районів не мали стійкої мотивації ставати клієнтами консультаційного пункту "Respect". З грудня аутрич-робота проводилась у місцях найбільшого скупчення цільової групи, не дуже віддалених від консультаційного пункту "Respect".
- Перші місяці стали періодом налагодження контакту з цільовою групою, вироблення довіри та вивчення особливостей роботи з цільовою групою на практиці.
- Поштовхом до більшого охоплення клієнтів стало покращання знань та навичок аутрич-працівників завдяки участі в тренінгах "Технології ведення випадку з різними категоріями підлітків груп ризику до інфікування ВІЛ" (Одеса, Миколаїв). Позитивним моментом тренінгу стали не тільки самі заняття в межах програми, а й обмін досвідом між командами з Києва, Миколаєва та Одеси.

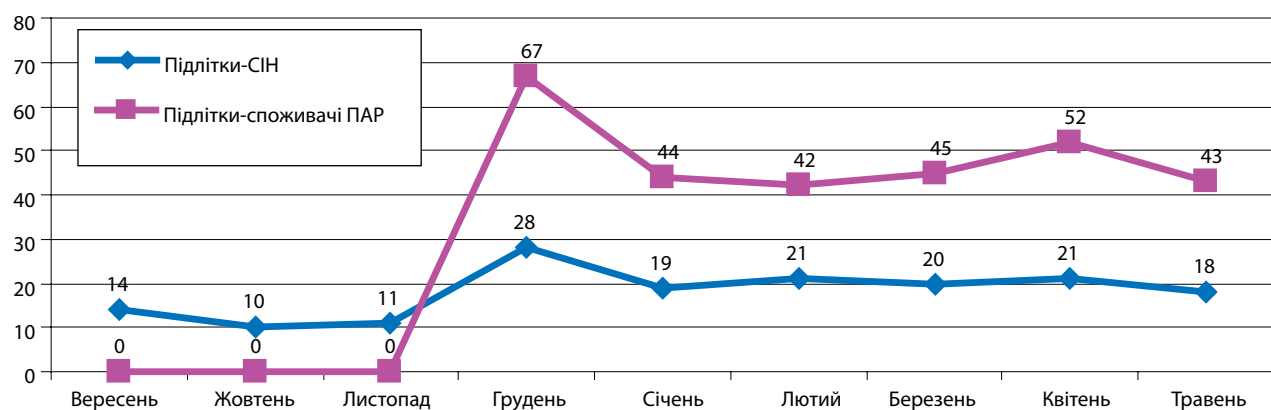


Рис. 8. Кількість клієнтів моделі залежно від способу вживання наркотиків

Упродовж реалізації моделі стало можливим охопити більше клієнтів чоловічої статі (див. рис. 9). На такий розподіл впливав фактор більшої поширеності вживання наркотичних речовин серед юнаків, ніж серед дівчат. Кращому рекрутингу сприяв також той факт, що в аутрич-команді була аутрич-працівник жіночої статі. Клієнти моделі відзначали, що відчували довіру, коли до них підходили члени аутрич-команди, а особливо дівчина. За свідченням багатьох дівчат – клієнтів проекту, вони погодились долучитись до моделі тільки після рекомендації ау-

трич-працівника – дівчини, про це зазначили також деякі хлопці, які вказували про легкість у спілкуванні саме із аутрич-працівником – дівчиною. Тому гендерний аспект у виборі персоналу може мати дуже великий вплив на встановлення контакту з цільовою групою та рекрутинг до числа клієнтів моделі.

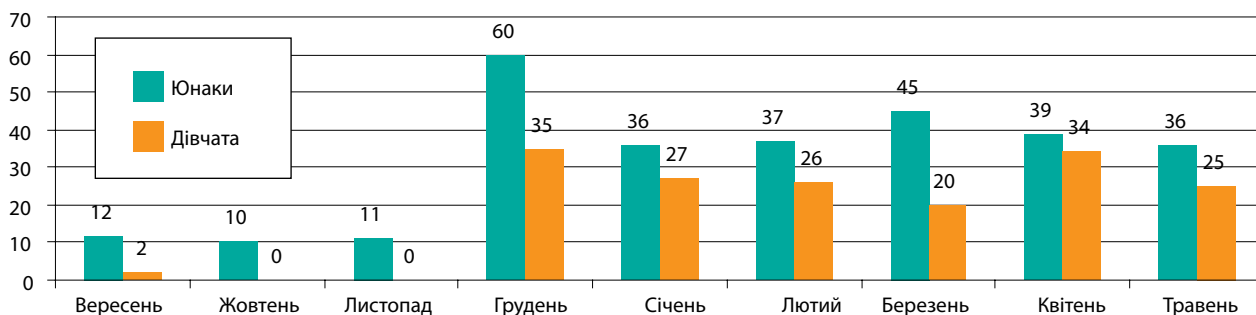


Рис. 9. Кількість клієнтів моделі залежно від статі, осіб

За час реалізації моделі стало можливим охопити послугами в рамках моделі представників усіх вікових категорій цільової групи (див. рис. 10). Більше були представлені підлітки у віці 17 років – 110 осіб, 18 років – 94 особи, 19 років – 85 осіб, 16 років – 82 особи. Найважче рекрутувати та охопити послугами виявилось підлітків 14–15 років (14 років – 29 осіб, 15 років – 55 осіб). За свідченням аутрич-команди причиною меншої кількості звернень представників молодшої вікової групи за послугами стала складність доступу: вони рідше зустрічаються в точках скупчення цільової групи, є більш замкнутими у спілкуванні, рідше виявляють довіру до представників аутрич-команди.

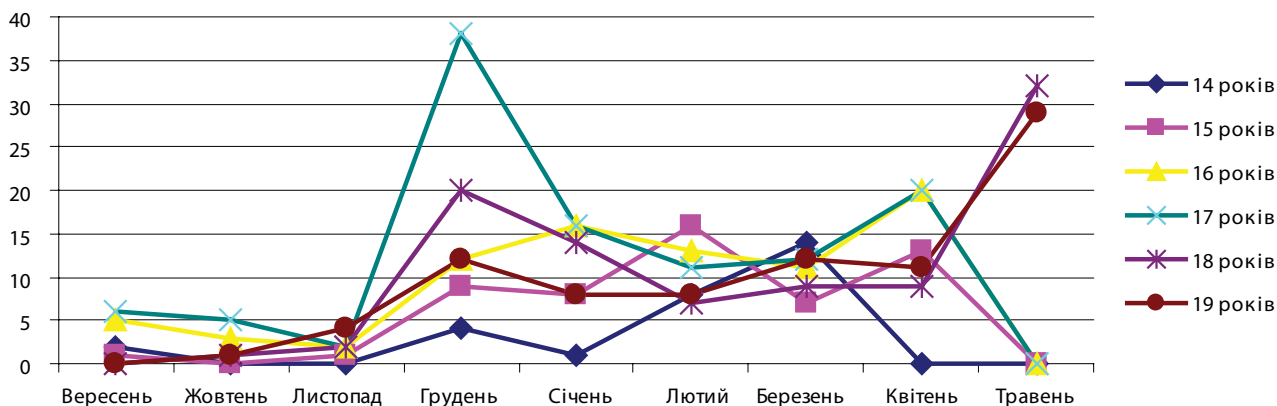


Рис. 10. Кількість клієнтів моделі залежно від віку, осіб

Серед клієнтів проекту переважало одноразове або нетривале отримання послуг в рамках моделі. Повторно звернулися до консультаційного пункту "Respect" 103 клієнти із 455. Основними причинами, які призвели до того, що клієнти не продовжували отримувати послуги в рамках моделі за спостереженням персоналу моделі, були:

- небажання, відсутність мотиву у клієнтів звертатися за послугами через те, що здоров'я не є для них цінністю;
- відсутність низькопорогових послуг, таких як харчування, отримання засобів особистої гігієни та одягу, можливість переночувати;
- незручне розташування консультаційного пункту "Respect": більшість клієнтів – представники інших районів міста, з них 35 – з інших міст області;
- відсутність супроводу клієнтів (транспортного забезпечення для перевезення клієнтів).

Однією із проблем моделі стало доволі віддалене розташування партнерів – осіб, які надають послуги, що ускладнило систему переадресації (див. Таблицю 5). Найбільше звернень переадресованих клієнтів зафіксовано на мобільний ПОШ Донецького обласного товариства сприяння ВІЛ-інфікованим, що було зумовлене графіком роботи мобільного ПОШ – щовівторка мобільна амбулаторія під'їжджала на декілька годин до консультаційного пункту "Respect", і всі клієнти могли отримати послуги. Всього було зафіксовано 12 звернень на мобільний ПОШ, які були протестовані на наявність ВІЛ-інфекції (всі результати виявились негативними).

Таблиця 5

Переадресація клієнтів в рамках моделі

Переадресація:	Кількість переадресованих клієнтів		Кількість клієнтів, які отримали послуги в запропонованих їм організаціях	
	Споживачі ПАР	СІН	Споживачі ПАР	СІН
ПОШ ДОТСВ+	21	14		12
Клініка, дружня до молоді	18	14	2	14
Психолог Донецького центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	1		1	
Медичні заклади		1		1
ПОШ "Розвиток. Ініціатива. Партнерство"		3		3
ПОШ "Світанок"		4		

За свідченням персоналу моделі низький рівень переадресації до організацій партнерів був викликаний особистим небажанням клієнтів звертатися за послугами та продовжувати участь у моделі. Ще однією причиною стало віддалене розташування партнерів від консультаційного пункту "Respect" або від місця проживання клієнтів, тому клієнти не бажали витратити свій час та гроші, щоб добиратися до установи, в яку вони були переадресовані. Зважаючи на такі обставини, при плануванні процесу реалізації моделі та залученні різних партнерів до участі в моделі треба враховувати не тільки мотивацію організації стати партнером або досвід надання послуг та роботи з ПГР, але і зручність розташування тієї чи іншої організації для клієнтів проекту відносно точок скупчення цільової групи.

Підготовка клієнтів проекту із числа колишніх СІН до аутрич-роботи

У рамках моделі з числа клієнтів були відібрані найбільш активні та мотивовані представники для навчання аутрич-роботі та іншим методам профілактики ВІЛ. Усього в рамках моделі було підготовлено 26 клієнтів, які пройшли підготовку до аутрич-роботи, із них 10 – підлітки-СІН. У рамках моделі персонал проекту вважав таких клієнтів "лідерами". Таке звання стало необхідним для мотивування клієнтів до більш глибокого занурення в роботу в рамках моделі, стійкої відмови від ризикової поведінки та спонукання інших відмовитись від ризикової щодо ВІЛ поведінки. Для підготовки в рамках моделі з "лідерами" було проведено 11 занять, які були націлені на навчання з таких питань:

- основні особливості роботи з ПГР;
- етичні принципи роботи з ПГР;
- основні особливості аутрич-роботи;
- функції "лідера" в рамках моделі;
- інструктаж з техніки безпеки.

Після проведення навчання "лідери" були залучені до аутрич-роботи, де вони разом із аутрич-працівниками рекрутували нових клієнтів у точках скупчення цільової групи. Негативним аспектом такої роботи виявилось, що участь в аутрич-роботі сприяла поверненню до колишніх небезпечних практик (2 "лідери").

Спеціалісти, які проводили навчання лідерів, відзначали труднощі в роботі з колишніми СІН через складність утримання їх від повернення до вживання наркотиків. Тому було вирішено проводити мотивуючі інтерв'ю кваліфікованим психологом у рамках подальшої підготовки до аутрич-роботи.

Також для лідерів було проведено 2 навчальних семінари, в яких брали участь аутрич-працівники та провідні спеціалісти з числа партнерів моделі.

Підготовка волонтерів

Для проведення первинної профілактики ВІЛ було залучено волонтерів. Усього в межах моделі було підготовлено 18 волонтерів, більшість із них – студенти професійно-технічних училищ та учні ЗОШ, 2 волонтери – представники БФ "Милість". Залучення волонтерів до реалізації моделі було необхідним для проведення профілактичної роботи в навчальних закладах та в шкільних літніх таборах для ПГР. Серед навчальних закладів були в першу чергу відібрані ПТНЗ, через те що аутрич-працівники та інший персонал моделі впродовж її реалізації виявили, що значна частина рекрутованих у місцях скупчення цільової групи клієнтів є представниками організованої молоді та навчаються в ПТНЗ, що й зумовило спрямування профілактичної роботи на деякі ПТНЗ в м. Донецьку. Шкільний літній табір для ПГР був створений на базі загальноосвітньої школи м. Донецька та працював під час канікул. До табору були залучені не тільки ПГР, а більшою мірою – це були учні, які мали проблеми з навчанням або прояви девіантної поведінки, часті пропуски занять. Серед педагогічного колективу цей табір мав назву "Табір для ПГР", але для дітей він звичайно не мав такої стигматизуючої назви і вважався просто табором літнього відпочинку. Зважаючи на такий склад вихованців табору, до виховного процесу було вирішено залучити саме волонтерів, але інколи проводились зустрічі вихованців із "лідерами" та аутрич-працівниками моделі.

Навчання волонтерів проводилось у приміщенні консультаційного пункту "Respect" із залученням найкращих спеціалістів, які брали участь у реалізації моделі.

Співробітництво та адвокація

У межах моделі для інформування всіх партнерів про хід її реалізації, отримання зворотного зв'язку щодо наданих послуг клієнтам, вирішення проблемних моментів тощо було проведено 11 робочих зустрічей за участю представників усіх основних партнерів.

Для усунення ускладнень або проблемних моментів, які було неможливо подолати на рівні спеціалістів моделі, вирішення таких питань виносилося на розгляд засідань обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (далі ОР). Також на засіданнях ОР представлялися результати реалізації моделі, що сприяло поширенню досвіду роботи з ПГР.

У рамках розширеного засідання ОР у квітні 2010 року було рекомендовано:

1. Регіональному координаторові МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", керівникові міжрегіонального інформаційно-ресурсного центру з питань ВІЛ/СНІДу громадської організації "Союз "Амікус", регіональному представникові "Всеукраїнської мережі ЛЖВ" ініціювати участь ВІЛ-сервісних недержавних організацій в діяльності мультидисциплінарної вуличної команди із соціальної роботи з дітьми і молоддю груп ризику, які створені при міських і районних ЦСССДМ, і забезпечити надання дружніх послуг при переадресації.

2. Директору обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді, регіональному координаторові МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", регіональному представникові "Всеукраїнської мережі ЛЖВ" розробити і надати мінімальний пакет послуг для дітей груп ризику.

Ці заходи допомогли розширити кількість партнерів в рамках моделі, та заручитись їх підтримкою в продовженні роботи з надання послуг ПГР навіть після закінчення терміну реалізації моделі.

Результати впровадження моделі

Задоволеність персоналу моделі

У цілому персонал оцінив свій рівень задоволеності моделлю як дуже високий, але були і деякі зауваження щодо процесу реалізації, тому вдосконалення деяких компонентів допоможе підвищити ефективність роботи персоналу.

Практична діяльність показала, що навчання персоналу до старту реалізації моделі, в першу чергу аутич-працівників, було недостатнє. Усі члени аутич-команди та інші члени персоналу високо оцінили позитивний вплив на їх роботу тренінгів, які були проведені ЮНІСЕФ у листопаді – грудні 2009 року.

Персонал моделі був добре мотивований до роботи з клієнтами, тому більшість відчула деяку невдоволеність від того, що на початку реалізації моделі не вдалося забезпечити достатнього охоплення.

Водночас деякі члени персоналу були дуже задоволені всім ходом реалізації моделі та охопленням клієнтів від самого початку: *"Ну, якщо чесно сказати, я в шоці. Тому що, коли ми планували і розробляли цей проект тут на семінарах, і навіть з урахуванням аналізу чинної ситуації в області, то припускали, що в нас будуть дуже поодинокі клієнти. Тим більше, статистика говорила про те, що у нас дуже мало офіційно зареєстрованих споживачів психоактивних речовин в підлітковому віці. Служба у справах дітей стверджує, що ми вже поборолі безпритульність і бездомність дітей – про це свідчать цифри офіційно зареєстрованих – та коли діти відчували дружнє ставлення до них, розуміння, увагу і те, що не потрібен паспорт, не потрібно офіційних даних, вони почали відкриватися. До того ж, коли побачили і почули аутич-людей, які самі пройшли цей підлітковий бар'єр, пережили труднощі в житті. Це настільки вразило і нас. І з кожним днем діти все більше і більше навіть для себе робили відкриття".*

Під час реалізації моделі у персоналу виникали труднощі через велике навантаження у зв'язку з реалізацією моделі. Через навантаження в рамках основного місця роботи та в рамках моделі в перші місяці роботи (листопад) було замінено координатора реалізації моделі та спеціаліста внутрішнього МіО.

Про велике навантаження в рамках моделі зазначали й інші члени персоналу, але при цьому вказували на свою велику зацікавленість та вмотивованість щодо реалізації моделі: *"В рамках проекту складність, звичайно, в тому, що це вечірній час... Коли працювали два рази на тиждень, було трохи простіше. Але от для експерименту вирішили розширити графік, ми ж піонери – на все готові ... В принципі, директор, звичайно, йде на поступки. Вівторок, четвер я працюю навіть з 11 тут, тобто графік у мене зміщений".*

Реалізація моделі стала стимулом для багатьох членів персоналу для вдосконалення своїх знань та навичок щодо роботи з ПГР, що мало позитивний вплив на підвищення рівня професіоналізму в наданні послуг: *"У рамках проекту я дізналася дуже багато корисного. Починаючи з інформації про наркотики і закінчуючи такою хорошою, правильною організацією*

партнерів по районах міста. Але це знову ж таки, прийшло з часом. По-перше, що стосується роботи з підлітками - нова категорія. Дуже багато нових знань, чимало з'явилося літератури. В Інтернеті знаходиш методичну літературу, яку опрацьовуєш. Для наших фахівців ми проводили семінар. Це величезні навички роботи саме з СІН і споживачами ПАР. Хотілося б звичайно більше ще назвати. Тому що багато, напевно, навичок не буває в роботі. Завжди хочеться досягати чогось більшого".

Також персоналом моделі висловлювалися побоювання щодо довгостроковості моделі та її ступеня завершеності для клієнтів: "У нас немає завершеності проекту. Тобто, наче попрацювали ми з дітьми - все чудово. Вася, ти хороший хлопчик. Напоїли чаєм тебе. Нехай навіть відвезли додому, оскільки з бензином у нас ніби немає проблем. Але ми знаємо, що він залежний або це група ризику. Треба з ним щось робити, а ми його залишили. Ось він відкрився мені, а куди потім його подіти? Реабілітаційний центр у нас працює з дорослою категорією. Ми всі приходили до висновку і на семінарі, і з хлопцями, з волонтерами, і своєю командою, що потрібно реабілітаційний центр для підлітків. Центр, в якому вони зможуть отримувати такі ж послуги, які отримували у нас, регулярно".

Це висловлювання також свідчить про націленість роботи саме на боротьбу із наркозалежністю серед клієнтів, а не на зменшення ризику інфікування ВІЛ. Відмова від вживання наркотиків є довгостроковою метою і не може бути вирішена в рамках пілотної моделі, а повинна бути реалізована за допомогою реабілітаційних центрів та інших установ, що спеціалізуються на цьому. Але те що за допомогою пілотної моделі питання необхідності створення реабілітаційних центрів для неповнолітніх, які мають наркотичну залежність або інші види залежності, виноситься на розгляд, є також одним із здобутків моделі.

Задоволеність клієнтів

Персонал моделі зміг налагодити взаємодію та довірчі стосунки з клієнтами моделі. Найактивніші клієнти були залучені до роботи в рамках моделі, а саме пройшли підготовку та взяли участь в аутрич-роботі. Проведене дослідження щодо рівня задоволеності клієнтів допомогло виявити також деякі недоліки у підготовці: "Ми вийшли на вулицю, працювали біля аптеки, з двома аутрич-працівниками. Мені видали спеціальні анкети. Люди йшли назустріч. По людині можна відразу визначити, чи вживає вона наркотики, чи ні. Я підходила до таких людей, давала анкети" (дівчина, 17 років). Така думка є свідченням деякої стигматизованої оцінки щодо споживачів наркотичних речовин і можливості їх одразу визначити на вулиці. Тому під час підготовки до аутрич-роботи або будь-якої іншої діяльності необхідно приділяти окрему увагу питанням толерантного ставлення до цільової групи та подолання стигматизації.

Опитування клієнтів моделі засвідчило високий рівень задоволеності моделлю:

- "Так, мені подобається. Тут люди з любов'ю ставляться до тебе. Вони тебе поважають. Коли я приходжу сюди, в мені ніби відразу прокидається моя внутрішня людина. Самооцінка підвищується. Тут я себе відчуваю особистістю. І той факт, що мені довіряють, що я можу ходити і розповідати це. Мені це дуже подобається. Приймають мене завжди добре, п'ємо чай, каву, сидимо, розмовляємо на будь-які теми" (дівчина, 18 років).
- "Люди починають рятуватися потихеньку. Приходять молоді люди в реабілітаційний центр, просять про допомогу. Довіряють" (хлопець, 18 років).

Клієнти моделі відзначали дружнє ставлення з боку персоналу:

- "Дружба - все відкрито. Немає закритості. Всі рівні, немає такого, що я вище - ти нижче. Ні. Бесіди в основному будуються як пропозиція - пропозиція" (хлопець, 18 років).
- "Так, мені все подобається, дуже затишно. Доброзичливо завжди. Персонал теж дуже ввічливий, завжди чай, каву, підтримка, розуміння. Багато розмов взагалі

про ті проблеми, які є у людей. Ми багато обговорюємо, куди ми будемо ходити, працювати. Співробітники взагалі прекрасні, соціальний працівник завжди дізнається, як справи, який настрій, завжди запитує, якимось підтримує, і мене повністю це влаштовує. Відчувається, що людина справді хоче допомогти, втішити, поговорити, підтримати" (дівчина, 17 років).

Клієнти моделі виявляли велику зацікавленість до програми підготовки лідерів, відзначали, що вони отримують всю необхідну інформацію в рамках підготовки:

- *"У нас проходять тренінги, різні ігри. Є такі пластикові тести, можна сказати, проходять по колу. За ігровою програмою ми вибираємо правильні відповіді. Склали також на тренінгах портрет аутич-працівника" (дівчина, 17 років).*

Життєздатність моделі

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

Невирішеним залишається питання реабілітації та ресоціалізації наркозалежної молоді віком до 18 років та переадресації її до реабілітаційних центрів. Зараз така співпраця базується на усних домовленостях, але чіткої нормативно-правової основи для перебування підлітків, які не досягли 18 років, немає. Також необхідним є створення центру цілодобового перебування, куди зможуть звернутися клієнти моделі для отримання ночівлі, харчування, одягу, забезпечення умов і можливостей для здійснення особистої гігієни тощо.

Обов'язковим є залучення клієнтів до процесу планування заходів для більшого наближення послуг, що надаються в межах моделі, до потреб клієнтів. У рамках реалізації моделі її персонал постійно обговорював процес реалізації моделі з клієнтами та її складові. Унаслідок таких дискусій консультативний пункт "Respect" вдалося обладнати таким чином, щоб клієнтам у ньому було зручно, встановити найбільш зручний графік аутич-роботи, додати до спектра послуг важливі та необхідні послуги, такі як "телефон довіри", виявити потребу клієнтів в отриманні низькопорогових послуг, таких як харчування, одяг, засоби особистої гігієни тощо. За свідченням персоналу моделі, таке постійне обговорювання призвело до значного зростання рівня довіри до персоналу, підвищило мотивацію участі в моделі серед клієнтів.

У межах моделі були підготовлені та набули досвіду роботи з підлітками груп ризику спеціалісти соціальної роботи, психологи, медичні працівники, аутич-працівники, лідери із числа колишніх СІН та волонтери, які стали кваліфікованими кадрами для продовження роботи в заданому напрямі.

Модель дозволила об'єднати в роботі з ПГР зусилля державного та недержавного секторів та надавати послуги, базуючись на дружній взаємодії.

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

Уроки, отримані в ході реалізації моделі

1. *Підготовчий етап.* При плануванні впровадження моделі не було виділено часу на підготовчий етап, тому планування бюджету, зарплати персоналу, підписання договорів про співробітництво, організація процесу супроводу клієнтів, пошуку додаткових коштів, навчання персоналу моделі відбувалася в перші місяці після старту впровадження моделі. Важливим є врегулювання перелічених пунктів до початку надання послуг клієнтам.
2. *Кадрова стабільність.* Під час впровадження моделі відбулися заміни координатора моделі, спеціаліста з МіО та аутрич-працівників. Для ефективності реалізації моделі необхідним є забезпечення кадрової стійкості, мотивування до участі в реалізації моделі, вироблення системи та механізмів узгодження навантаження на основному місці роботи у зв'язку із участю в моделі. У разі виникнення заміन серед персоналу є необхідність розробки чіткого плану підготовки нових спеціалістів за короткий термін.
3. *Навчання персоналу.* Істотний вплив на покращення процесу надання послуг мало навчання персоналу моделі, що було організовано ЮНІСЕФ та включало два види тренінгів щодо ДКТ та введення випадку. Одним із найбільш позитивних моментів стало об'єднання в межах цих тренінгів команд із різних регіонів (міст Києва, Донецька, Одеси, Миколаєва), що призвело до обміну досвідом та покращення процесу надання послуг в рамках моделі.
4. *Розширення спектра послуг.* Реалізація інноваційної моделі виявила слабкі місця в організації роботи з підлітками групи ризику, а саме відсутність інфраструктури цілодобових центрів соціальної підтримки, реабілітації та ресоціалізації підлітків груп ризику із числа СІН. Але для втілення цих планів необхідні додаткові фінансові ресурси. Про необхідність цілодобових центрів соціальної підтримки, реабілітації та ресоціалізації було зауважено всіма учасниками моделі як персоналом, так і клієнтами моделі.
5. *Навчання лідерів із середовища ПГР.* За браком попереднього досвіду рекрутингу цільової групи аутрич-працівникам знадобилося декілька місяців на встановлення контакту із цільовою групою та відпрацювання маршрутів аутрич-роботи. Виявлення лідерів та їх навчання повинно займати набагато більше часу, ніж це дозволила модель, тому в рамках моделі вдалося провести навчання лише тих ПГР, що були відразу мотивовані до співпраці в рамках моделі без оцінки того, наскільки вони є справжніми лідерами серед цільової групи.
6. *Гнучкість моделі та корегування діяльності.* У пілотній моделі вже під час її впровадження відбувалося корегування, яке стосувалося розширення цільової групи, зміни маршрутів аутрич-працівників, що не було прописано в проектній пропозиції, але позитивно вплинуло на охоплення клієнтів. Тому можливість коректувати проектну пропозицію для покращення умов реалізації моделі, реагування на рекомендації персоналу та представників МіО, реагування на зміни в потребах клієнтів, розширення цільової групи та спектра послуг мають бути закладені в принцип гнучкості, особливо для мало вивчених та слабо структурованих груп підлітків груп ризику. Для вчасного реагування на необхідність змін у процесі реалізації моделі найбільш дієвим інструментом є проведення зовнішнього та внутрішнього моніторингу та оцінки проекту.
7. *Фінансові ресурси.* Необхідність постійного залучення додаткових коштів для підвищення ефективності реалізації моделі.

Висновки

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

Для подальшого впровадження даного підходу в межах проєктів необхідно посилити компонент переадресації, а саме забезпечити фізичний супровід клієнтів або віднайти інші дієві способи стимулювання підлітків звертатися за послугами в інші установи. Система переадресації, що використовувалась під час реалізації моделі повністю базувалась на підходах, що були опрацьовані центрами соціальних служб. Її перевагою є те, що ведеться чіткий контроль за тими підлітками, що були переадресовані та звернулися за послугами.

Посилення також потребує компонент забезпечення клієнтів базовими послугами (їжа, одяг, засоби гігієни, притулок). Під час підготовки до реалізації моделі ці послуги враховані не були, клієнтам надавалася можливість лише випити чай із солодощами, що, за свідченням самих клієнтів, є недостатнім. Усі проєкти, що розраховані на підлітків груп ризику, повинні враховувати спектр базових, низькопорогових послуг, що підвищує мотивацію цільової групи до участі в моделі.

Контакти для додаткової інформації:

Донецький обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

Адреса: 83114, м. Донецьк, вул. Університетська, 82, а/я 449

Тел./ факс: (062) 311-00-20, (062) 311-60-12

e-mail: docssm@dc.ukrtel.net



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

Актуальність вибору моделі

Громадський рух "Віра. Надія. Любов" мав досвід реалізації проектів з надання ВІЛ-профілактичних та реабілітаційних послуг для жінок комерційного сексу або тих, які постраждали від сексуального насильства, старших 18 років. Але існуюча ситуація свідчить, що групою, яка також потребує таких послуг, є підлітки. У середовищі підлітків в Одеській області, які живуть у "проблемних" сім'ях і часто лише самі дбають про себе, вона вкрай складна. За результатами досліджень, які проводилися у 2007 році Одеським обласним управлінням кримінальної міліції у справах дітей:

- кожен третій підліток, який перебуває без нагляду на вулиці, пробував вживати наркотичні речовини, у тому числі ін'єкційним шляхом, причому половина відзначає, що робили це лише з цікавості;
- троє з чотирьох підлітків відзначили, що зазнавали фізичного насильства, і половина відповіла, що зазнавали насильства сексуального;
- також кожна четверта дитина заявила, що регулярно має проблеми з харчуванням і голодує.

Тому профілактика ВІЛ/ІПСШ, надання послуг підтримки, реабілітації є гостро необхідними для підлітків, які практикують ризикову щодо ВІЛ поведінку.

Опис моделі

Для пілотної апробації роботи з дівчатами-підлітками групи ризику в липні 2009 року громадським рухом "Віра. Надія. Любов" спільно з державними та недержавними організаціями-партнерами за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) була запущена модель "Профілактика ВІЛ/ІПСШ, послуги підтримки, розробка та адаптація методики роботи з реабілітації неповнолітніх дівчаток, постраждалих від насильства, в т. ч. сексуального, або залучених до надання сексуальних послуг за методом "one-stop-shop" (м. Одеса) (рис. 11).

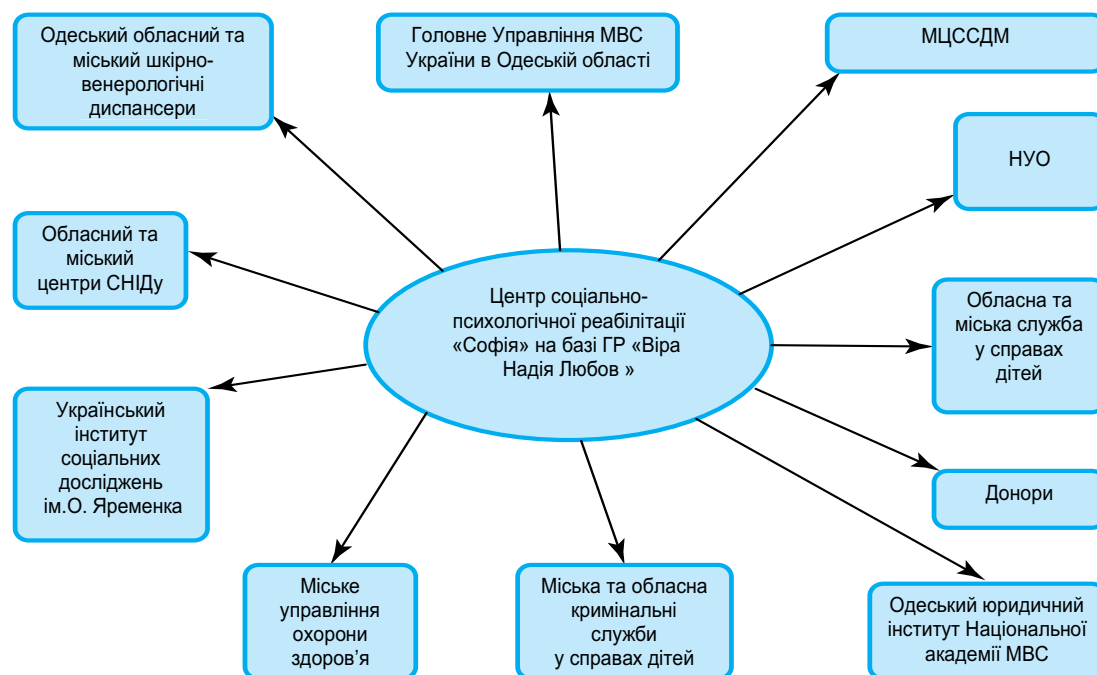


Рис 11. Схема організацій-партнерів, залучених до реалізації моделі "Профілактика ВІЛ/ІПСШ, послуг підтримки, розробка та адаптація методики роботи з реабілітації неповнолітніх дівчаток, постраждалих від насильства, в т.ч. сексуального, або залучених до надання сексуальних послуг, за методом "one-stop-shop" (м. Одеса)

Цільова група: неповнолітні дівчата, які зазнали насильства в тому числі сексуального, або залучені до надання сексуальних послуг

Дівчата–учасниці моделі були забезпечені таким пакетом послуг:

- індивідуальні та групові психологічні заняття;
- заняття психотерапевтичних груп;
- консультації та допомога юриста в оформленні документів;
- консультації нарколога;
- соціально-медичні послуги (тестування на ВІЛ та ІПСШ в Одеському міському центрі СНІДу, забезпечення взаємодії з медичними установами з питань медичного та соціально-медичного супроводу, лікування та сприяння лікуванню виявлених захворювань в амбулаторних умовах партнерських медичних установ, видача засобів особистої гігієни);
- арт-терапія;
- групові розвиваючі ігри;
- заняття з діагностики та корекції психічного стану;
- групові перегляди та обговорення тематичних фільмів;
- читання та дискусія з приводу прочитаних книг;
- уроки етики та естетики;
- навчання соціально необхідним життєвим навичкам (приготування їжі, придбання та утилізації продуктів, ведення домашнього господарства, навички особистої гігієни та безпечної сексуальної поведінки);
- заняття із загальноосвітніх дисциплін (шкільне вирівнювання);
- факультативи за інтересами: основи безпеки життєдіяльності, безпечна сексуальна поведінка, способи контрацепції, розвиток комунікативних навичок;
- надання тематичних інформаційних матеріалів, адаптованих для підлітків, з профілактики ВІЛ/СНІДу/ІПСШ і вживання наркотиків;
- професійне навчання дівчат професіям швачки-мотористки та перукаря, роботі на ПК протягом двох місяців.

Головний виконавець моделі ГР "Віра. Надія. Любов" для оптимізації роботи моделі та створення умов для її життєздатності виконував таку діяльність:

- навчально-методична діяльність та підготовка спеціалістів на основі досвіду роботи центру;
- адвокація щодо забезпечення життєстійкості проекту та розвиток послуг для ПГР;
- формування та адаптація міської "карти" надання соціально-психологічних послуг, спільно з міськими та обласними державними і недержавними організаціями;
- створення науково-методичної бази центру, яка значною мірою полегшить розробку статутної, проектної та методичної документації на підставі подібних установ і організацію профілактичних заходів для підлітків, які зазнали насильства, в т. ч. сексуального, в інших регіонах України.

Процес реалізації моделі

Для реалізації моделі ГР "Віра. Надія. Любов" надав свій центр соціально-психологічної реабілітації "Софія". Важливим чинником здійснення моделі стало те, що окрім підтримки ЮНІСЕФ, проект матеріально підтримували партнери. Основний партнер проекту – "Geneva Global Philanthropy". Організації-партнери надавали підтримку гуманітарною допомогою, роздатковими матеріалами тощо. Таким чином, проекту вдалося поєднати інтереси багатьох організацій, що забезпечило його матеріальну стійкість, зокрема за рахунок стратегії зниження витрат.

Штат персоналу укомплектований відповідно до завдань проекту. Усі співробітники (9 осіб) мають достатній досвід реінтеграційної роботи з жінками, потерпілими від торгівлі людьми, досвід роботи з дітьми вулиць, з неповнолітніми, які скоїли правопорушення. Організація (ГР "Віра. Надія. Любов") також має досвід розробки та втілення інноваційних методів роботи з різними соціально-неадаптованими верствами населення.

Значущим виявилось навчання на тренінгах¹¹, враховуючи специфіку роботи центру соціально-психологічної реабілітації "Софія", дотримання техніки безпеки при роботі з дітьми. Серед тренерів – представники УІСД імені О. Яременка та ЮНІСЕФ. У рамках тренінгів у виконавців моделі також була можливість спілкування та обміну досвідом з виконавцями інших моделей (Києва, Миколаєва, Донецька).

За 9 місяців реалізації моделі курс реабілітації в центрі "Софія" на базі ГР "Віра. Надія. Любов" пройшли 36 дівчаток у віці від 12 до 18 років.

Центр соціально-психологічної реабілітації "Софія" на базі ГР "Віра, Надія, Любов" займає два поверхи. У всіх кімнатах зроблений гарний ремонт, є необхідне обладнання для проходження реабілітації, професійного навчання та проживання дівчат. Матеріально-технічне забезпечення проекту знаходиться в дуже хорошому стані. Є потреба в розширенні території для прогулянок на вулиці, з цього питання ведеться робота.

У центрі у вільному доступі завжди є велика різноманітність інформаційно-освітніх матеріалів, які в разі бажання можна взяти з собою.

Достатня кількість транспорту сприяла процесу організації роботи центру (два легкові автомобілі: "Газель" і мобільна амбулаторія, що є власністю ГР "Віра Надія Любов"). Транспорт був необхідний для покращення та зручності рекрутингу дівчат-учасниць та їх переадресації до організацій-партнерів.

Позитивним моментом для рекрутингу був досвід роботи персоналу з цільовою групою проекту, різними організаціями, службами та медичними закладами. Процес рекрутингу цільової групи був налагоджений. ГР "Віра. Надія. Любов" має багаторічний досвід співпраці з центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із різних районів м. Одеси та Одеської області, що сприяло розгалуженому процесу рекрутування цільової групи. Крім того, до процесу рекрутингу були залучені громадські організації, різні служби, медичні установи, правоохоронні органи (проведення рейдів¹²).

Адвокація та участь зацікавлених сторін

ГР "Віра, Надія, Любов" бере активну участь у засіданнях координаційної ради з питань протидії поширенню СНІДу та наркоманії при Одеській обласній адміністрації та у засіданнях наглядової ради з питань попередження підліткової бездоглядності і безпритульності при ГУ МВС України в Одеській області (щоквартально). Результати впровадження моделі були презентовані на регіональному та міському рівнях.

¹¹ "Законодавчі та етичні проблеми/питання роботи з ППР у сфері надання послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу/ІПСШ" (м. Миколаїв), "Добровільне консультування та тестування" (міста Київ, Миколаїв), "Технології ведення випадку з різними категоріями підлітків груп ризику щодо інфікування ВІЛ" (міста Київ, Миколаїв).

¹² Обласна кримінальна міліція у справах неповнолітніх щотижнево проводить комплексну оперативну-профілактичну обробку території, тобто рейди. Мета їх – виявити факти вживання наркотичних речовин неповнолітніми, втягування їх в злочинну діяльність, попередження бродяжництва і жебракування, повернення дітей з вулиці.

Результати впровадження моделі

Задоволеність персоналу

У результаті анкетування персоналу було виявлено, що рівень задоволеності отриманою підготовкою досить високий, усі дев'ять учасників повністю або скоріше задоволені отриманими в рамках проекту знаннями та навичками. Але необхідно покращити процес обміну інформацією та досвідом між співробітниками, які отримують різний рівень підготовки, беруть участь у різних тренінгах та семінарах. Налагоджений процес обміну такою інформацією дозволить підвищити рівень ефективності в наданні послуг клієнтам.

3 з 9 учасників вважають, що добре знають і розуміють загальну структуру проекту, його окремі компоненти і перелік послуг; 6 – у цілому розуміють загальну структуру проекту, але більше орієнтуються на той комплекс послуг, який надають. Всі учасники проекту розуміли свою роль у проекті та виконували свої обов'язки.

Складнощів з веденням звітної документації у персоналу не виникало.

Серед персоналу не було виявлено негативної оцінки організації праці: всі учасники повністю задоволені трудовим навантаженням та графіком роботи в рамках проекту.

8 з 9 учасників були повністю або скоріше задоволені проектом.

Задоволеність дівчат-учасниць

В індивідуальних інтерв'ю дівчата, які проходили курс реабілітації, зазначили що в цілому всі вони були раді можливості провести два місяці в центрі, де багато різноманітних і цікавих занять, і де деякі з них уперше відчули турботу, домашнє тепло і затишок.

- *"Я отримала дуже багато нової інформації, навчилася робити дівчаткам зачіски, швидко писати, читати російською, українською мовами, прибирати, готувати. Тут усе спокійно, є на кого покластися, якщо тобі щось треба, можеш попросити. Тепер я буду знати, що таке ВІЛ, СНІД, наркотики та інше"* (Дівчина, 12,5 років, з неповної сім'ї, мама страждає алкоголізмом).
- *"... тут добре, тут тепло, тут є їсти, тут можна прати. Що ще потрібно?"* (Дівчина, 17 років).

Дослідження серед учасниць проекту підтвердило також побоювання, що із дівчатами, які довгий час проживали на вулиці або в інших несприятливих умовах, буде важко зразу налагодити контакт. Тому надання послуг та залучення до діяльності, які регламентовані чітким графіком, більшістю дівчат-учасниць проекту сприймаються ворожо або як дуже нудне проведення часу:

Цитати дівчат-учасниць	Коментарі персоналу
<p>Щодо розпорядку дня: <i>"Від нудьги тут можна з розуму зійти, в чотирьох стінах сидиш, тільки один телевізор, дивишся фільми, які вже набридли. Учора цілий день сиділи, сьогодні те ж саме".</i> <i>"Ми до дев'яти годин сидимо, телевізор дивимось, буває малюємо. Загалом з нами мало говорять, ми самі по собі, дивляться тільки, щоб ми не виходили, нікуди не йшли"</i> (Дівчина, 13 років).</p>	<p>Однією з особливостей поведінки представників цільової групи є неприйнятне заперечення проживання за чітко встановленими правилами і розкладом дня. Щодня складається розпорядок дня, який вивішується на дошці оголошень центру. Щоб не перенавантажувати дівчаток бесідами, лекціями і уроками персоналом центру придбаний повний набір науково-популярних відеофільмів кінокомпанії BBC про природу, тваринний світ, з історії, географії, культури і мистецтва. Перегляд відеофільмів чергується із заняттями, що у своїх інтерв'ю підтверджують дівчатка. Згідно з правилами і умовами проживання в центрі – вільний вихід дівчаток без супроводу дорослих заборонений, передбачена одна 2-годинна прогулянка в будні в Московському сквері у вихідні дні – триваліші прогулянки по місту з відвідуванням пам'яток. Практично усі дівчатка не мають навичок "усидливості", і півгодинні уроки або тренінги у них викликають відчуття нудьги і своєрідного протесту. Дівчатам бракує також навичок самоорганізації свого вільного часу.</p>
<p>Щодо довіри персоналу: <i>"Ні. Я ніколи не довіряю, вони один одному все розповідають, я ніколи нічого не розповідаю, якщо щось є у мене, завжди собі пишу у мій зошит, ні з ким не раджуся. Учора знайшли зошит і забрали. Дали психологові, який прочитав, сьогодні прийшов вести зі мною бесіду"</i> (Дівчина, 15 років).</p>	<p>Це був не зошит, а зошит для уроків з української мови, у якому вона демонстративно у присутності інших дівчаток і учителя написала, що їй хочеться померти, і тільки після розмови з психологом їй легшає. Звичайно ж, після цього їй були призначені додаткові індивідуальні бесіди з психологом. В принципі, демонстративна поведінка дівчаток цієї групи цілком зрозуміла, вони вимагають до себе більшої уваги, їм хочеться більшої турботи і розуміння з боку персоналу центру. І кожна дуже ревниво ставиться до будь-яких проявів турботи з боку персоналу до інших дівчаток.</p>

Життєздатність моделі

Реалізація проекту надала можливість стажування на базі центру фахівцям, які працюють у галузі профілактики ВІЛ/ІПСШ з неповнолітніми дівчатами, які зазнали насильства, у тому числі сексуального, або були залучені до надання сексуальних послуг.

У центрі соціально-психологічної реабілітації "Софія" планується проведення навчання принципам роботи з уразливими групами дітей (вуличні діти, малолітні ЖКС, підлітки-СІН тощо), а також методології профілактики наркоманії, токсикоманії, проституції та підліткової злочинності в навчальних закладах (школах, інтернатах, ПТНЗ, ВНЗ, дитячих закладах).

У даний час життєздатність проекту забезпечує ГР "Віра. Надія. Любов" при підтримці постійного партнера "Geneva Global Philanthropy" та інших. Також керівництвом організації регулярно ведеться фандрайзинг.

Уроки, отримані в ході реалізації моделі

1. *Розширення терміну надання послуг.* Двох місяців для реабілітації дівчат, які постраждали від насилля в тому числі сексуального або були певний час залучені до надання сексуальних послуг, недостатньо. І після курсу стаціонарної програми необхідний супровід дівчат амбулаторними програмами. Програма реабілітації має орієнтуватися на індивідуальні потреби дівчат та передбачати варіативність у термінах.
2. *Залучення дівчат-учасниць.* На етапах реалізації проекту позитивний вплив має активне залучення дівчат-учасниць до процесу планування та проведення заходів в рамках проекту, до розробки інформаційно-освітніх матеріалів.
3. *Оцінка задоволеності дівчат-учасниць.* Дослідження задоволеності учасниць проекту довело складність цільової групи та налагодження контакту між нею і персоналом. Дівчата, які перебувають у центрі, і тільки розпочали курс реабілітації, досить вороже сприймають чіткий розпорядок дня, що має бути обов'язковим у центрі. Вимоги персоналу більшістю дівчат сприймаються як посягання на їх свободу та незалежність. Але після певного

часу перебування в центрі відбувається звикання до розпорядку дня центру та формується більш довірливе ставлення до персоналу. Тоді задоволення отриманими послугами змінюється в кращий бік. Тому при роботі з такою цільовою групою треба зважати на сенситивність, уразливість дівчат та необхідність більш делікатного, чутливого підходу в роботі з ними.

4. *Адвокація.* Для забезпечення стабільного процесу надання послуг необхідне вироблення адвокаційної стратегії із залученням зацікавлених сторін, для покращення процесу надання послуг цільовій групі відповідно до їх потреб. Проведена адвокаційна діяльність під час впровадження моделі свідчить, що окрема презентація даних може бути не достатньою для просування інтересів цільової групи, а лише допоможе поширити інформацію про успішні результати, тобто стане успішною рекламою. Важливо, щоб адвокаційні заходи проводились як на регіональному так, і на обласному рівні із залученням зацікавлених сторін, у тому числі і осіб, які приймають рішення.
5. *Фінансові ресурси*
 - Термін від моменту написання проектної пропозиції і до завершення процесу пілотування моделі склав рік. Базова інфляція в Україні у 2009 році склала 14,9%. Тому закладеного проектом бюджету, особливо в останньому кварталі роботи не вистачало. При формуванні бюджету в проектній пропозиції необхідно враховувати середньостатистичний або прогнозований показник інфляції.
 - Адвокаційна діяльність повинна включати елементи фандрайзингу.

Висновки

Модель у м. Одеса на базі ГР "Віра. Надія. Любов" реалізовувалась як один із компонентів діяльності, що проводиться цією організацією вже багато років. Тому в даному описі моделі не приділена велика увага питанням забезпечення матеріально-технічними ресурсами або навчання персоналу через те, що ця громадська організація мала такі ресурси ще до початку реалізації моделі.

Проблемними питанням для моделі залишається короткостроковість перебування дівчат-ПГР у центрі "Софія" та питання їх подальшого супроводу.

Запропонований підхід доводить свою затребуваність серед цільової групи через можливість отримати низькопорогові послуги (притулок на 2 місяці, одяг, їжу тощо). Однією із найбільших переваг такого підходу до надання послуг підліткам, є те що вони можуть отримати всі необхідні їм послуги в одному місці: в центрі у них є можливість отримати інформаційні, медичні, соціальні, психологічні, побутові та юридичні послуги.

Важливо зауважити, що така модель послуг для переважної більшості дівчат є проміжним етапом ресоціалізації. З одного боку, цей нетривалий період перебування у центрі реабілітації є вкрай потрібним для представників цільової групи. З іншого, подальший період їх життя після виходу з такого центру потребує професійного соціального супроводу, допомоги у вирішенні широкого кола питань організації самостійного життя.

Контакти для додаткової інформації:

Громадський рух "Віра. Надія. Любов"

Адреса: 35125, м. Одеса, вул. Успенська, 53

Тел.: (0482) 63-33-39, (048) 799-42-85

Тел./факс: (048) 777-25-17

E-mail: semikop@te.net.ua

©UNICEF/UKRAINE/2010/G.Pirozzi/WG9P9890



**Модель "Профілактика ВІЛ/ІПСШ
і розвиток послуг соціальної
реабілітації серед наркозалежних
підлітків" (м. Одеса)**

Актуальність вибору моделі

Підлітки, які живуть або працюють на вулиці, є групою високого ризику щодо ВІЛ-інфікування через соціальні фактори і ризикову поведінку: вживання ін'єкційних наркотиків, надання сексуальних послуг за винагороду, невикористання презервативів тощо. На момент впровадження моделі в м. Одесі та Одеській області не проводився моніторинг підлітків, які вживають наркотичні речовини, тому їх число невідоме.

За даними підліткового нарколога обласного наркологічного диспансеру за 2009 р. на обліку числяться 311 підлітків, хоча "цю кількість треба помножити декілька разів, щоб цифра наблизилася до дійсності".

У вересні 2008 року, на робочій зустрічі, підбивалися підсумки проекту "Оцінка поширення ВІЛ-інфекції серед дітей та молоді в Одесі". У рамках дослідження було проведено анкетування підлітків груп ризику, яке показало, що близько 60% опитаних дітей та підлітків і 28% дорослих не уявляли, куди можна анонімно звернутися в разі виникнення проблем, пов'язаних із вживанням наркотиків.

На початку 2009 року (до проекту Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні) соціальний патруль ОБФ "Шлях до дому" доставляв дітей і підлітків у дитяче відділення обласного наркологічного диспансеру, з подальшим супроводом та відвідуванням дітей соціальним працівником. Аналіз ефективності проходження лікування, проведений ОБФ "Шлях до дому", показав, що 70% дітей добровільно залишають центр, не завершивши лікування, або на початковому етапі. Причини, через які діти не захотіли продовжувати лікування: 1) нудно, нічим зайнятися; 2) хочеться їсти; 3) вирішили повернутися до друзів; 4) немає доступу до прогулянок.

Було прийнято рішення змінити організацію комплексного лікування цільової групи в центрі, що зробило його більш ефективним. Для цього ОБФ "Шлях до дому" та обласний наркологічний диспансер підписали договір про співпрацю з метою об'єднання зусиль і спільних дій у наданні допомоги підліткам, які потребують лікування від наркотичної залежності.

Опис моделі

ОБФ "Шлях до дому" спільно з Одеським обласним наркологічним диспансером за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) з червня 2009 року впроваджували модель з профілактики ВІЛ/ІПСШ та розвитку послуг соціальної реабілітації серед наркозалежних підлітків у м. Одесі (схема організацій-партнерів представлена на рис. 12).

У рамках моделі створений соціально-психологічний центр наркологічної допомоги дітям і підліткам на базі дитячого відділення Одеського обласного наркологічного диспансеру як цілісна система психологічних, виховних, оздоровчих, освітніх, соціальних, правових заходів, спрямованих на особисту реадaptaцію наркологічних хворих, їх ресоціалізацію та реінтеграцію в суспільство за умови відмови від вживання психоактивних речовин.



Рис.12. Схема організацій-партнерів, залучених до реалізації моделі "Профілактика ВІЛ/ІПСШ і розвиток послуг соціальної реабілітації серед наркозалежних підлітків" (м. Одеса)

Мета моделі: зниження рівня поширення ВІЛ/ІПСШ серед наркозалежних підлітків, які перебувають на медичній реабілітації, шляхом надання інформаційно-освітніх послуг та соціально-психологічного супроводу на базі соціально-психологічного центру допомоги дітям і підліткам при обласному наркологічному диспансері.

Цільова група моделі: неповнолітні, які є пацієнтами обласного наркологічного диспансеру і знаходяться на стаціонарному лікуванні.

Основні напрями діяльності за моделлю:

- Розвиток соціально-психологічного компонента в реабілітації наркозалежних підлітків і сприяння формуванню соціальних навичок ПГР.
- Формування безпечної поведінки ПГР щодо ВІЛ та ІПСШ.
- Поширення досвіду, набутого в роботі з цільовою групою, в Україні.
- Залучення до діалогу громадських та державних організацій, що працюють з цільовою групою, а також державних центрів допомоги дітям і підліткам групи ризику, управління охорони здоров'я міської ради.
- Адвокаційна діяльність з питань розвитку медико-соціальних та ВІЛ-профілактичних послуг для підлітків груп ризику (ПГР) та інтеграція цієї роботи в практику державних та недержавних організацій.

Головні етапи реалізації пілотної моделі:

- Міждисциплінарне ведення випадку командою психологів, соціальних і медичних працівників. Розробка індивідуальної програми та реалізація реабілітаційних заходів (соціально-психологічних, соціально-побутових, соціально-середовищних, соціально-дозвільних).
- Забезпечення інформаційно-освітніх послуг для цільової групи з питань ВІЛ/СНІДу, ІПСШ, наркоманії та інших негативних факторів.
- Здійснення соціального та психологічного супроводу дітей, які опинилися в соціально небезпечній ситуації після завершення лікування.
- Розвиток/посилення підготовки персоналу, волонтерів і залучених спеціалістів моделі.

- Проведення "круглих столів", зустрічей з представниками державних та громадських організацій, ЗМІ з питань формування умов для подальшої роботи моделі.
- Забезпечення поточного аналізу реалізації моделі, внесення необхідних змін, документування досвіду.

Процес реалізації моделі

Підготовка

Підготовчий етап моделі був необхідний для забезпечення передумов впровадження інновацій у наданні послуг наркозалежним підліткам, які перебувають на медичній реабілітації.

1. Залучення партнерів до реалізації моделі

Для реалізації моделі ОБФ "Шлях до дому" (далі організація-виконавець) та обласний наркологічний диспансер підписали договір про співпрацю на предмет об'єднання зусиль і спільних дій у наданні допомоги підліткам, які потребують лікування від наркотичної залежності. У рамках моделі був розширений пакет послуг, до якого увійшли консультації психолога, юриста, соціального працівника, заняття з педагогами та вихователями, спрямовані на особисту адаптацію наркологічних хворих, їх ресоціалізацію та реінтеграцію в суспільство за умови відмови від вживання психоактивних речовин.

До реалізації моделі були залучені й інші партнери:

- Управління охорони здоров'я Одеської міської ради – консультації та допомога в наданні медико-профілактичних послуг з поліпшення стану здоров'я підлітків проекту.
- Служба у справах дітей Одеської міської ради та обласної державної адміністрації – консультації з питань захисту прав дітей, регулярні рейди по точках, де бувають діти вулиць.
- Кримінальна служба у справах дітей Одеської міської ради та обласної державної адміністрації – проведення рейдів, доставка дітей до центру, "повернення з вулиць".
- Одеський міський центр соціальних служб для дітей, сім'ї та молоді – соціальний супровід підлітка після проходження курсу реабілітації; робота з кризовими сім'ями.
- Одеський міський центр профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією та СНІДом – лікар раз на тиждень з мобільною амбулаторією від ОБФ "Шлях до дому" виїжджає до точок (2–3 точки на день), проводить добровільне тестування на ВІЛ/ІПСШ.
- Одеська обласна дитяча шкірно-венерологічна лікарня – лікарня надає дітям кваліфіковану медичну допомогу та харчування. При лікарні був створений медико-соціальний центр "Шлях до дому". Мета: забезпечити доступ бездоглядним та безпритульним дітям, які потрапляють до лікарні, до комплексної соціально-психологічної допомоги, та подальше влаштування дітей, які опинились у соціально небезпечній ситуації, після проходження лікування; зниження кількості випадків самовільного залишення лікарні дітьми, які потребують лікування та госпіталізації та темпів поширення захворювань, які передаються статевим шляхом, дерматологічних інфекційних захворювань.
- Релігійна організація (жіночий монастир) – щоденне надання гарячої їжі.

Між партнерами була узгоджена система супроводу клієнтів моделі, яку курирував ОБФ "Шлях до дому" (виконували соціальні працівники).

2. Матеріально-технічне оснащення моделі

Основне фінансування моделі забезпечував Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), крім того, організація-виконавець здійснювала додатковий фандрайзинг коштів із залученням ресурсів з інших проектів, що дозволило привести матеріально-технічне забезпечення центру у відповідність до потреб цільової групи.

3. Навчання персоналу моделі

Персонал моделі мав попередній досвід роботи з представниками цільової групи, а також пройшов додаткове навчання на тренінгах з огляду на специфіку роботи лікувального закладу, дотримання техніки безпеки при роботі з дітьми. У рамках тренінгів учасники мали можливість обміну досвідом з виконавцями інших моделей – Києва, Миколаєва, Донецька. Також здійснювалася підготовка на командних робочих зустрічах персоналу під час реалізації моделі.

Протягом усього періоду реалізації моделі проводились навчальні та тренінгові заняття для волонтерів проекту в рамках програми підготовки консультантів за принципом "рівний рівному".

4. План впровадження моделі

Персоналом пілотної моделі був розроблений план-графік впровадження моделі, який виступав ключовим інструментарієм та регулярно поновлювався, що дозволило структурувати роботу, організувати процес надання послуг відповідно до термінів та скласти чітку послідовність усіх заходів.

5. Рекрутинг цільової групи і послуги, що надаються

Рекрутинг клієнтів відбувався трьома шляхами: 1) соціальний патруль (аутрич-робота); 2) переадресація підлітків партнерами проекту; 3) самоприхід (підлітки дізнаються про центр від друзів, знайомих, родичів).

У рамках моделі клієнти могли отримати комплексний пакет послуг, який включав:

- міждисциплінарне ведення випадку командою психологів, соціальних і медичних працівників. Розробка індивідуальної програми реалізації медичної та соціальної реабілітації (соціально-побутова, соціально-середовищна адаптація, та організація дозвілля);
- забезпечення цільової групи інформаційно-освітніми послугами з питань профілактики ВІЛ/СНІДу/ІПСШ, наркоманії та інших негативних чинників;
- систему соціального супроводу та переадресації в державні та недержавні організації, а також організації – партнери моделі;
- здійснення соціального та психологічного супроводу дітей, які опинилися в соціально-небезпечній ситуації, після завершення реабілітації;
- забезпечення витратними матеріалами.

ОБФ "Шлях до дому" – організація, яка має значний досвід розвитку медико-соціальної допомоги підліткам груп ризику. ОБФ "Шлях до дому" більш ніж 12 років працює з маргінальними верствами населення, включаючи дорослих безпритульних, споживачів ін'єкційних наркотиків, жінок та "дітей вулиць". На базі ОБФ "Шлях до дому" були створені:

- центр освіти та здоров'я для "дітей вулиць";
- центр обліку, реєстрації і роботи з багатодітними та малозабезпеченими сім'ями;
- ком'юніті-центр та пункт обміну шприців;
- медико-соціальний центр при обласній дитячій шкір-венерологічній лікарні.

ОБФ "Шлях до дому" допомагає "дітям вулиць", споживачам наркотиків, засудженим, дорослим безпритульним повернутися до нормального життя. Також спеціалісти фонду розробили та реалізують унікальні програми профілактики дитячої безпритульності, ВІЛ/СНІДу та наркоманії в Одесі та Одеській області. В ОБФ "Шлях до дому" надають юридичну та правову допомогу, як правило, це встановлення особи, отримання та поновлення документів, пошук близьких (родичів), сприяння в позбавленні батьківських прав, вирішення проблем у стосунках дітей із законом (як правило, це стосується відповідальності за зберігання та розповсюдження наркотичних речовин) і т.д. У центрі освіти та здоров'я та "дітей вулиць" діти проходять реабілітаційні програми, тут їм допомагають відновити фізичне та психологічне здоров'я, позбавитися від залежностей та повернутися до нормального життя. Трудотерапія – один з важливих елементів реабілітаційної програми.

6. Матеріально-технічне забезпечення

У реалізації проекту були задіяні:

- соціально-психологічний центр наркологічної допомоги дітям і підліткам на базі дитячого відділення обласного наркологічного диспансеру, де адміністрацією було виділено одну кімнату. Потім виділили ще одну кімнату для проведення індивідуальних занять з психологом;
- центральний офіс ОБФ "Шлях до дому";
- організації на базі ОБФ "Шлях до дому": дитячий центр; медико-соціальний центр; ком'юніті центр і пункт обміну шприців; центр обліку та реєстрації та роботи з багатодітними та малозабезпеченими сім'ями;
- медичні установи: кабінет інфекціоніста на базі міського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, обласна дитяча шкірно-венерологічна лікарня.

Усі приміщення були забезпечені меблями та обладнанням і відповідали принципам дружності та комфортності для клієнтів моделі. Матеріально-технічне забезпечення відповідало запланованому.

7. Витратні та інформаційні матеріали

Спектр витратних матеріалів включав інформаційно-освітні матеріали (олівці, зошити, пластилін, фарби, ручки – в рамках фінансування від ЮНІСЕФ), засоби особистої гігієни (отримані як благодійний внесок від місцевих аптек), одяг (акція "Допоможи", передає жіночий мистир, проводилися благодійні акції зі збору одягу, приносили місцеві жителі, закупували за рахунок коштів інших проектів).

Розроблено та надруковано інформаційні матеріали, в процесі підготовки яких брали участь клієнти проекту:

- 1) брошура "Отримуй задоволення від життя без наркотиків";
- 2) брошура "Пізнай себе";
- 3) науково-методичний посібник "Методи і форми роботи з наркозалежними підлітками".

Усі інформаційні матеріали були розроблені з урахуванням гендерних та вікових особливостей клієнтів моделі і заповнили вакуум в інформуванні дітей цільової групи стосовно наслідків вживання наркотичних речовин, профілактики наркоманії та пропаганди здорового способу життя. Методичний посібник дозволив поширити досвід і досягнення моделі серед фахівців, які працюють над даною проблемою, особливо практикуючим у віддалених від Одеси місцевостях, тому що в регіонах немає достатнього доступу до нових методик роботи з підлітками групи ризику.

8. Персонал проекту: мотивація, підготовка, менеджмент і супервізія

Штат персоналу (11 осіб) був укомплектований відповідно до завдань моделі. Був підібраний персонал, який мав досвід роботи в соціальній сфері, зокрема з групами ризику. Координатор моделі контролював процес реалізації моделі, кожен співробітник чітко розумів стратегію і завдання реалізації моделі.

Залучений персонал моделі:

- координатор проекту, відповідає за досягнення проектних цілей і забезпечує управління проектом (1 особа);
- юрист – консультування із соціально-правових питань підлітків груп ризику та батьків (1 особа);
- педагог – організація процесу загальноосвітнього навчання (1 особа);
- психолог – виявлення потреб підлітків, складання програм психосоціальної реабілітації, проведення оцінки результатів їх виконання, проведення занять груп самопомоги та міні-тренінгів для цільової групи (1 особа);

- вихователь – забезпечення комфортних умов перебування для дитини, формування навичок гігієни, привчання дітей до навичок самообслуговування, проведення заходів щодо соціально-середовищної орієнтації (3 особи);
- бухгалтер – здійснення оплат відповідно до робочого плану та бюджету проекту, підготовка та узгодження з керівником фінансових звітів (1 особа);
- соціальний працівник – соціальний супровід підлітків (1 особа);
- підлітковий нарколог – основні функції: організаційна, діагностична, консультативна, лікувальна та профілактична (1 особа);
- арт-терапевт – розкриття творчих здібностей підлітків і переключення уваги із соціально негативних моделей до творчо спрямованих (1 особа);
- консультанти за принципом "рівний рівному" (2 особи).

9. Інформаційно-освітня діяльність в рамках моделі

29–30 жовтня 2009 року (смт. Кодима, Одеська область) проведено практичний семінар "Особливості роботи з дітьми груп ризику, що мають наркотичну залежність" для представників обласних і міських притулків, центрів соціальних служб для молоді, міського центру реабілітації (30 учасників). Тема семінару викликала великий інтерес учасників, передусім психологів та вихователів, для яких проблема наркозалежності підлітків, які потрапляють до притулків, особливо актуальна.

Фахівці отримали інформацію про роботу соціально-психологічного центру при наркологічному диспансері, про послуги, які надаються підліткам, котрі мають наркотичну залежність. На семінарі була виявлена потреба в отриманні практичних знань у цій сфері.

Спеціально для моделі був розроблений комплект первинної документації для забезпечення програмної діяльності та моніторингу: кадрова документація (договори, посадові інструкції тощо); графіки роботи працівників, зайнятих у проекті; картки/анкети учасників проекту; форми звітів соціальних працівників, лікарів, психолога та інших спеціалістів; форми облікової документації з проведення проектних заходів (списки учасників, програми заходів, протоколи); відомості списання витратних матеріалів тощо.

Діяльність з реалізації моделі

Охоплення клієнтів

За час реалізації моделі:

- **152** підлітки віком від 12 до 18 років отримали консультації психолога, з них **63** були перенаправлені на стаціонарне лікування.
- **56** підлітків пройшли повний курс медичної, соціально-психологічної реабілітації, отримали юридичну допомогу (встановлення особи, отримання та відновлення документів, розшук близьких родичів, сприяння в позбавленні батьківських прав, вирішення проблем у стосунках із законом (як правило, пов'язаних із притягненням до відповідальності за зберігання та розповсюдження наркотичних засобів тощо), а також інформаційно-освітні послуги.
- **7** підлітків з числа визначених на стаціонарне лікування не пройшли повний курс через:
 - порушення режиму – залишали центр і поверталися по кілька разів (4 підлітки);
 - пішли з центру і не повернулися. Персонал моделі намагається відстежити подальшу долю цих підлітків: 2 продовжують життя на вулиці та не хочуть повертатися до центру, 1 підліток уже помер.

У рамках моделі клієнти могли пройти діагностику та обстеження щодо ВІЛ-інфекції, ІПСШ та інших захворювань (див. рис. 13).



Рис. 13. Кількість обстежень клієнтів моделі, кількість обстежень

З клієнтами моделі проводилися постійні консультації фахівців для забезпечення психологічної, юридичної, педагогічної та інших видів допомоги (див. рис. 14).

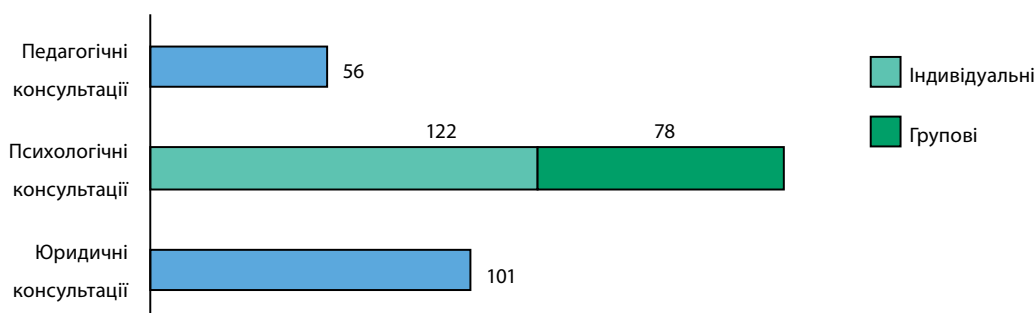


Рис.14. Кількість проведених консультацій персоналом моделі з клієнтами, кількість консультацій

По закінченні лікування і реабілітації жоден з 56 підлітків не повернувся на вулицю (див. рис. 15).

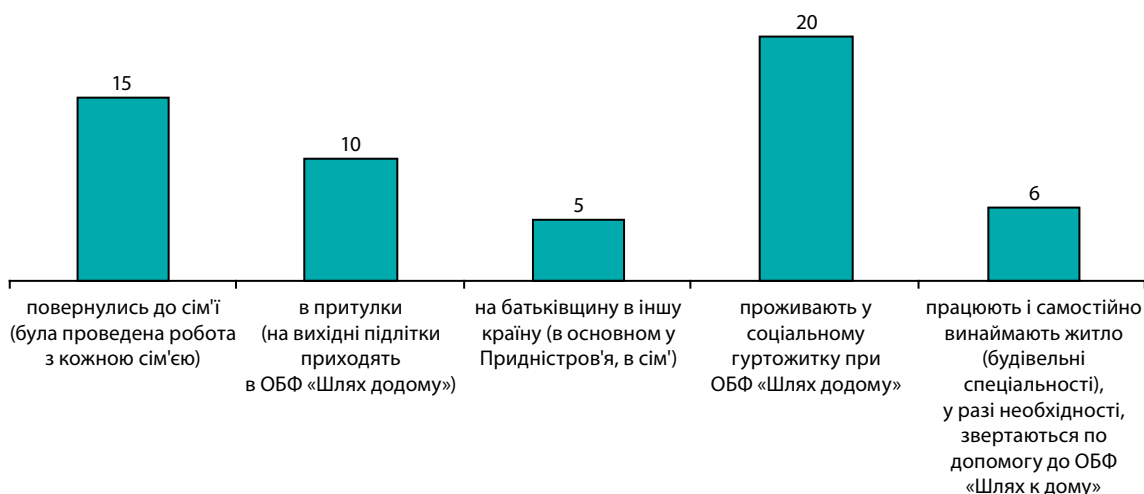


Рис. 15. Місцезнаходження клієнтів моделі після закінчення курсу реабілітації (N = 56)

Наркологом та психологом проекту була надана консультативна допомога батькам, чий діти мають наркотичну залежність, але не живуть на вулиці (5 сімей з м. Одеси).

Прийнято рішення про участь фахівців соціально-психологічного центру в запланованих семінарах, що проводяться службою у справах дітей для працівників обласних притулків.

Протягом семи місяців реалізації проекту вся команда проекту працювала дуже злагоджено. Залучений персонал мав достатній досвід роботи з даною цільовою групою, що неабиякою мірою сприяло успішному ходу впровадження моделі.

Адвокація та участь зацікавлених сторін

Адвокаційна діяльність головним чином пов'язана з участю в засіданнях обласної координаційної ради управління охорони здоров'я, укладено усні домовленості зі службою у справах дітей, кримінальною службою у справах дітей, міським центром СНІДу, обласною дитячою шкірно-венерологічною лікарнею, міським центром соціальних служб для дітей, сім'ї та молоді, управлінням охорони здоров'я, управлінням освіти щодо проведення "круглих столів" та прес-конференцій.

У рамках проекту активно залучалися фахівці міського управління соціального захисту населення, управління охорони здоров'я, освіти, представники преси для забезпечення подальшої діяльності програм соціально-психологічного центру. Адвокаційний план реалізовано відповідно до проектної пропозиції проекту.

Проведено "круглі столи" в рамках моделі:

- "Про концепцію комплексної активної профілактики і реабілітації підлітків груп ризику", розроблену робочою групою для представників освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, шкільних психологів (6 серпня 2009 р., соціально-психологічний центр допомоги дітям і підліткам при обласному наркологічному диспансері);
- "Покращення якості соціальних і психологічних послуг для пацієнтів дитячого стаціонарного відділення наркологічного диспансеру" для представників управлінь освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, психологів та преси (22 грудня 2009 р., соціально-психологічний центр допомоги дітям і підліткам при обласному наркологічному диспансері).

Результати впровадження моделі

Задоволеність персоналу ходом реалізації моделі

У результаті анкетування персоналу було виявлено, що рівень задоволеності отриманою підготовкою досить високий: співробітники організації, які надають послуги, повністю або скоріше задоволені отриманими в рамках проекту знаннями та навичками:

- **8** з 11 учасників вважають, що добре знають і розуміють загальну структуру проекту, його окремі компоненти і перелік послуг;
- **2** учасники в цілому розуміють загальну структуру проекту, але більше орієнтуються в тому комплексі послуг, який надають особисто.

Складнощів з веденням звітної документації у персоналу не виникало. Відгуки про видаткові та інформаційні матеріали позитивні як з боку персоналу, так і клієнтів.

Менеджмент та супервізія персоналу: спільні робочі зустрічі команди проекту проводяться щоп'ятниці.

У персоналу присутня сильна нематеріальна мотивація, яка полягає в активній соціальній позиції стосовно вирішення суспільно важливої проблеми і бажання власного професійного та особистісного розвитку.

"До кожного клієнта підходимо не як до наркозалежного, а як до підлітка, якому необхідна психологічна реабілітація, тому що більшість з дуже неблагополучних сімей. У першу чергу вирішуємо внутрішні проблеми підлітка, які й підштовхнули його до цього" (представник персоналу проекту).

Слід зазначити, що немає негативних оцінок організації праці: всі учасники повністю задоволені трудовим навантаженням та графіком роботи в рамках проекту.

Оплата праці викликає часткову незадоволеність у 3 з 11 опитаних працівників. Співробітники часто купують на свої гроші продукти, якісь дрібниці дітям, які проходять курс реабілітації.

Задоволеність клієнтів моделі

Підлітки, які знаходяться на стаціонарному лікуванні, позитивно відгукуються про організацію роботи в проекті. Їм не доводиться довго чекати, щоб отримати ту чи іншу послугу. Вони задоволені отриманими послугами, і жоден з опитаних підлітків не стикався з випадками неухважного чи зневажливого ставлення до себе з боку співробітників проекту.

Дуже високий рівень довіри підлітків до всього персоналу, який безпосередньо надає послуги. На питання інтерв'ю: **"А в чому проявляється довіра?"**, – один з підлітків відповів:

– *"Арина (психолог проекту) постійно чимось допомагає, якщо якісь проблеми, завжди вислухає, допоможе. Ніколи не було такого, щоб вона щось сказала погане або образила, завжди все зробить"*.

Усі, хто отримував послуги фахівців, повністю довіряли їм. Усе це свідчить про оптимальну організацію роботи проекту для підлітків, які є пацієнтами обласного наркологічного диспансеру.

Самі клієнти також підкреслюють позитивні зміни у своєму житті внаслідок участі в проекті. Як правило, ці зміни виражаються в підвищенні рівня знань, збільшенні мотивації до турботи про своє здоров'я, підвищенні самооцінки і цінності свого життя, формуванні нового кола спілкування, в появі життєвих цілей, поліпшенні взаємин з батьками.

– *"Коли я жив на вулиці, до того, як сюди потрапив, я не думав, що тут є такі люди, які можуть чимось зацікавити, кращим, ніж "бовтанка"¹³. Тут, добре ставляться, у мене якісь інтереси з'явилися. Займаюся арт-терапією, на комп'ютері, в Інтернеті. Аби більше дітей було і вчителів, які б частіше приходили. Я хочу освоїти "Фотошоп", хочу бути дизайнером, трохи виходить, мені всякі уроки "Фотошопу" передали. Я б хотів, щоб учитель був, тому що так, уроками-відео – не так добре зрозуміло, як і що треба робити. Я кинув наркотики, у мене вже немає інтересу до них, з'явилося нове життя, я почав вчитися. Хочу знайти роботу, створити сім'ю. Хочу, щоб продовжили ще цей проект, тому що ми не хочемо знову йти на вулицю, нікуди просто нам іти. Щоб нам дали шанс, щоб ми могли вчитися, далі піти по життю" (хлопець, 18 років, неповна сім'я, з них 10 років жив на вулиці і вживав наркотичні речовини ін'єкційно – "бовтанку")*.

– *"Ось я, наприклад, як прийшов сюди, у мене багато що змінилося... Я вже навіть трохи хочу кинути курити. Зараз пива не п'ю, наркотики не вживаю, нічого. Тут добре ставляться. Всі. Нормальні друзі. Тут я більше клеєм взагалі не дихаю. Я вже говорив, зараз навіть не п'ю нічого. Тут добре вихователі до нас ставляться. Все, що треба, ось звертаємося до нарколога обласного наркологічного диспансеру. Я особисто не хочу взагалі звідси йти. Я хочу, щоб тут були вчителі, ось цей, як його? Тренер щоб був з фізкультури" (хлопець, 14 років, неблагополучна сім'я, більше 6 років жив на вулиці і вживав легкі розчинники, маму бачив останній раз у 2 роки)*.

– *"Я кинув палити, не п'ю, займаюся спортом самостійно, – з одним пацаном, з Ванею, ходимо з ним на вулицю, займаюся. Я вже не хочу ні палити, не пити, хочу змінити своє життя, як раніше все було. Я додому поїду і маму побачу, у мене все зміниться, зроблю паспорт собі, піду на роботу. Але, звичайно, я сюди буду приїжджати в гості..."¹⁴ (хлопчик, 18 років, неблагополучна сім'я, більше 5 років жив на вулиці і вживав легкі розчинники)*.

¹³ Катинон ("бовтанка", мулька") – препарати, які виготовляються з додаванням марганцю з ліків на основі фенілпропаноламіну.

¹⁴ Треба зауважити, що така оцінка участі в моделі показує гарні результати, але це ще не є індикатором впливу моделі на подальшу долю клієнтів. Модель реалізувалась у досить короткі терміни, тому зараз не можна упевнено говорити про подальшу долю клієнтів, а отже і оцінити ефективність впливу моделі.

Життєздатність моделі та основні ризики

Життєздатність моделі підтримує ОБФ "Шлях до дому" шляхом постійного фандрайзингу. Але в персоналу моделі існує побоювання з приводу майбутнього моделі, що викликає стурбованість персоналу, тому що термін у сім місяців не дає можливості завершити повною мірою психокорекційну та соціальну складові роботи з підлітками.

Персоналу вдалося запровадити толерантне ставлення до клієнтів та дружню атмосферу як основу для надання будь-яких послуг у рамках моделі. Але персонал виказує побоювання щодо переадресування своїх клієнтів в інші установи, зважаючи на те, що не всі фахівці закладів, що надають медико-соціальні послуги, підготовлені до роботи з підлітками, які потребують особливого дружнього підходу та розуміння їхніх психологічних особливостей.

Уроки, отримані в ході реалізації моделі

1. *Навчання персоналу.* Ключові моменти, які слід враховувати при організації підготовки: початковий рівень освіти і кваліфікація співробітників; підготовка повинна передувати початку роботи, де центральним акцентом можуть бути особливості підліткової психології (особливості мотивування, консультування) та етичні принципи роботи; навчальні заходи повинні об'єднувати різні зацікавлені сторони для подальшого налагодження контактів; вдалими є об'єднання тренінгів з обміном практичним досвідом між близькими профілактичними моделями (відвідування підструктур проекту, як це було в тренінгах на базі ЮНІСЕФ).
2. *Залучення клієнтів.* На всіх етапах реалізації проекту необхідне залучення клієнтів для оцінки інформаційних матеріалів, допомоги в супроводі інших підлітків до лікарів, допомоги в підготовці акцій тощо.
3. *Отримання інформації про клієнтів.* При перших контактах із персоналом клієнти соромляться давати всю правдиву інформацію про себе через недовіру цим фахівцям, страх порушення конфіденційності інформації, тому інформація, що записана в первинній анкеті, може не зовсім відповідати дійсності. У процесі реабілітації, коли підліток стає більш відкритим і проявляє довіру в ставленні до фахівців, які працюють з ним, необхідно уточнювати інформацію про нього за допомогою анкети клієнта.
4. *Гнучкість проектної пропозиції.* Необхідно передбачити можливість корекції проектної пропозиції в процесі реалізації проекту з урахуванням потреб та рекомендацій клієнтів і персоналу. Уточнення мети, цільової групи, компонентів моделі та індикаторів МіО слід проводити з урахуванням напрацьованого досвіду команди протягом першого кварталу роботи.
5. *Фінансові ресурси.* Необхідне регулярне залучення додаткових коштів для вдосконалення діяльності в рамках моделі, зважаючи на зміни потреб клієнтів.

Висновки

Реалізована модель показала можливість ефективної роботи дитячого відділення при наркологічному диспансері, виявила гостру необхідність для підлітків-СІН отримувати послуги з реабілітації. Опитування персоналу та клієнтів моделі довели високий рівень задоволеності послугами, що були отримані в рамках моделі. Важливою складовою для реабілітації підлітків є соціальний компонент, тому до надання послуг підліткам необхідно залучати соціального працівника, психолога, педагогів. Під час планування проекту треба зважати, що надання таких послуг збільшує вартість проекту.

Відсутність фінансової стабільності існування відділення після завершення фінансування в рамках моделі свідчить про проблему для Одеської області та України в цілому стосовно існування таких спеціалізованих дитячих відділень у наркодиспансерах. Тому підхід щодо надання послуг підліткам-СІН є ефективним і готовим для впровадження, але така діяльність потребує матеріальних ресурсів та підтримки з боку осіб, які приймають рішення, для продовження роботи в рамках моделі та для впровадження роботи в інших установах та організаціях.

Контакти для додаткової інформації:

Одеський благодійний фонд реабілітації та соціальної адаптації осіб без визначеного місця проживання "Шлях до дому"

Адреса: 65011, м. Одеса, вул. Софіївська, 10

Тел.: (048) 777-20-76, (048) 717-31-38

Тел./факс.: (048) 717-89-08

E-mail: office@wayhome.org.ua



©UNICEF/UKRAINE/2010/G.Pirozzi/WG9P0585

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

Інноваційна модель була націлена на гарантування максимального доступу підлітків-ЖКС до комплексного пакета послуг служб охорони здоров'я, соціальних служб, програм з питань ВІЛ/СНІДу/ІПСШ та стала першою подібною моделлю роботи із ЖКС підліткового віку в Україні. Розробка моделі базувалась на даних про високий рівень ризикової поведінки серед підлітків-ЖКС, отриманих у межах дослідження ЮНІСЕФ, зокрема було виявлено поширення випадків невикористання презерватива під час статевих контактів із клієнтами, вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, нижчий рівень знань про шляхи передачі та профілактики ВІЛ/СНІДу у порівнянні з дорослими ЖКС тощо. Місцем впровадження моделі було обрано м. Миколаїв, зважаючи на високий рівень захворюваності на ВІЛ/СНІД серед цільової групи; а основним виконавцем – МБФ "Юнітус" як організацію, що має значний досвід у впровадженні інтервенцій для ЖКС.

Реалізація моделі здійснювалась у 2009 році, і за цей період вдалося залучити 117 підлітків-ЖКС. За час реалізації моделі спеціалістами ГО "Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка" спільно із представниками ДСССДМ, ЮНІСЕФ та міжнародними консультантами проекту здійснювалися моніторингові візити раз на два місяці для вивчення процесу впровадження моделі та оцінки її результатів. Для більш детального розуміння ефективності моделі було проведено ряд додаткових досліджень: оцінку вартості проекту, дослідження рівня задоволеності клієнтів та персоналу моделлю, дослідження щодо мобільної комунікації з клієнтами як складової інтервенцій.

Модель профілактики ВІЛ серед підлітків-ЖКС, що була створена на базі існуючих програм для дорослих ЖКС, включає надання різноманітних послуг з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу й адвокаційну роботу. На базі ком'юніті-центру для підлітків-ЖКС пропонуються групові та індивідуальні консультації соціальних працівників, психолога та юриста. Медичні послуги, включаючи діагностику та лікування ІПСШ і ВІЛ, надаються партнерами проекту: ОШВД, центром СНІДу та жіночою консультацією. Залучення підлітків-ЖКС до проекту забезпечує вулична аутич-команда, мобільна гінекологічна амбулаторія, а також підготовлені консультанти за методом "рівний рівному" із числа цільової групи. Розгорнуто мережу переадресації, що включає послуги державних соціальних служб, закладів охорони здоров'я, неурядових організацій тощо. Команда проекту активно співпрацює з представниками дитячої кімнати міліції, а також закладами освіти і виховання, що є пунктами переадресації виявлених дівчат-ЖКС у МБФ "ЮНІТУС". Мінімальність втрат клієнтів на шляху їх переадресації забезпечує "фізичний" супровід кожного підлітка соціальним працівником.

Попит на послуги, що надавалися, набагато перевищив очікування. Команда проекту МБФ "Юнітус" планувала рекрутувати 100 підлітків-ЖКС за 11 місяців проекту, але це число було перевищено вже після п'яти місяців реалізації моделі. Дослідження рівня задоволеності клієнтів моделлю показало збільшення знань про питання ВІЛ/СНІДу, а також в мотивації щодо пошуку послуг. Всі (N=69) опитані клієнти повідомили, що вони будуть рекомендувати проект для своїх однолітків. Серед основних складнощів реалізації моделі – обмежені можливості ком'юніті-центру для обслуговування значного попиту та необхідність розробки механізму ротації клієнтів.

Більш детальна інформація про цю модель профілактики ВІЛ/СНІДу/ІПСШ серед дівчат-ЖКС та її результати викладена в окремому аналітичному звіті (див. "Дівчата-підлітки, залучені до комерційного сексу в Україні: оцінка процесу та результатів впровадження цільової моделі інтервенцій": аналіт. Звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2010. – 100 с. / <http://www.unicef.org/ukraine/ukr/>).

Загальні висновки, уроки та подальше
використання отриманих результатів

Досвід, набутий під час реалізації проекту "Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику" в окремих містах України, переконливо доводить, що успіх профілактичних програм базується на достовірній, надійній доказовій базі. Проведення комплексного огляду законодавчого поля та реалізації державної політики з питань профілактики ВІЛ-інфікування серед уразливих підлітків та підлітків груп ризику, збір та аналіз даних щодо характеристики та структури цільових груп, особливостей їх поведінки, якісне дослідження наявності та доступності медико-соціальних послуг, оцінка потенціалу ключових партнерів та громадських ВІЛ-сервісних організацій надали ґрунтовну інформаційну базу для визначення потреб цільових груп підлітків та бар'єрів у організації профілактики ВІЛ-інфікування в їхньому середовищі. Отримані знання дозволили об'єднати державні та недержавні структури, які опікуються підлітками груп ризику. Вагомі аргументи допомогли у виборі профілактичних моделей та розробці регіональних планів дій зі зменшення ризику ВІЛ-інфікування серед ПГР. Наявна інформація допомогла прийняти рішення щодо відбору цільових груп у кожному місті, профілактичних моделей, організацій-партнерів для реалізації обраних моделей з профілактики ВІЛ серед обраних цільових груп підлітків.

Пілотування або апробація різних моделей профілактики ВІЛ серед ПГР мало на меті узагальнити результати та уроки, отримані в ході реалізації на рівні окремих моделей, а також запропонувати узагальнені рекомендації щодо поширення напрацьованого досвіду.

За технічної допомоги ЮНІСЕФ було реалізовано п'ять пілотних моделей в чотирьох містах України. Кожна із моделей включала інноваційні для України підходи до надання послуг підліткам груп ризику. Досвід, отриманий під час пілотування моделей може бути поширений серед інших організацій та установ для надання послуг ПГР з урахуванням основних переваг моделей, ресурсних вимог, наявності партнерів та з урахуванням отриманих уроків.

Відпілотовані моделі стали першими повноцінними підходами з надання ВІЛ-профілактичних послуг для підлітків груп ризику на дружній основі із залученням максимально необхідної кількості партнерів. За час надання послуг в рамках моделі клієнтами стали 1795 підлітків груп ризику в 4 містах України (міста Київ, Донецьк, Одеса та Миколаїв).

За підсумками впровадження моделей можна зробити кілька узагальнень щодо чинників їх ефективної реалізації. Успішність проектів залежить від *політичної підтримки* на рівні регіону чи міста, проведення постійних *адвокаційних заходів*, які допомагають формувати *дружнє до проекту і ПГР середовище* та залучати *додаткові ресурси*. Для забезпечення послуг, орієнтованих на потреби ПГР, необхідно сформувати *мультидисциплінарну команду*. Наявна структура організацій, що надають ВІЛ-послуги, потребує *міжсекторальної координації*, об'єднання можливостей державних установ, які надають послуги для дітей і молоді та громадських організацій. Прихованість груп ПГР та складність їх досягнення вимагають *залучення самих підлітків* для поширення інформації про проект і послуги та для рекрутування клієнтів проектів.

Обмеженість терміну реалізації моделей (тривалість не перевищувала 12 місяців) не дозволяє зробити оцінки щодо кількості попереджених випадків ВІЛ-інфікування серед підлітків груп ризику. Але надані ВІЛ-профілактичні послуги, забезпечення доступу ПГР до медико-соціальних послуг, формування дружнього до підлітків середовища, створення позитивного досвіду забезпечення потреб підлітків у довгостроковій перспективі, без сумніву, сприятимуть зменшенню кількості нових випадків ВІЛ в середовищі підлітків високого ризику.

Результати впровадження пілотних моделей довели необхідність, доцільність, актуальність та реалістичність: (а) включення підлітків груп ризику до цільових груп ВІЛ-сервісних організацій; (б) інтеграції послуг з профілактики ВІЛ в наявні пакети послуг для підлітків в центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; (в) інтеграції медичних послуг для підлітків у спеціалізовані медичні заклади.

Для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в підлітковому середовищі важливо поширити набутий досвід, врахувати отримані уроки, запобігти помилкам, усунути бар'єри. Досить часто для оцінки різних проектів використовують показники діяльності та досягнуті результати. Але не менш важливим є вивчення та аналіз процесу реалізації, що дозволяє "вчитися на чужих помилках", передбачувати труднощі та запобігати можливим ускладненням. Здійснені дослідження в межах постійного моніторингу (його внутрішнього та зовнішнього компонентів), аналіз та оцінка процесу реалізації моделей, обговорення досягнутих результатів з командами виконавців дозволили узагальнити отримані уроки, які будуть корисними тим, хто розпочне підготовку та впровадження проектів, спрямованих на різні групи підлітків та, зокрема, підлітків груп ризику.

УРОК 1

Отже, **перший висновок та урок** стосується підготовчого етапу до початку впровадження інтервенцій.

Перш ніж планувати діяльність з профілактики ВІЛ серед ПГР доцільно проаналізувати наявну інформацію, якщо це необхідно – провести додаткові дослідження, зібрати доказову базу та визначити потенційних партнерів. Це убезпечить від помилок при плануванні та дозволить відповісти на потреби цільових груп.

Розробка та реалізація пілотних моделей базувалася на даних соціологічних досліджень серед підлітків груп ризику та даних офіційної статистики, якими володіли організації – виконавці моделі. Ці дані було використано для визначення основних ризикових поведінкових практик, притаманних ПГР, та основних потреб різних груп підлітків, які необхідно враховувати при наданні послуг. До процесу розробки підходів до надання послуг були залучені спеціалісти, які в подальшому і реалізовували моделі.

УРОК 2

Другий урок стосується початкового етапу, що передує основній діяльності з надання послуг.

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

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

Важливими є уроки, які стосуються різних аспектів процесу впровадження моделей.

УРОК 3

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

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

Украй важливим виявились *регулярні (щомісячні) зустрічі персоналу*. Через відсутність робочих зустрічей виникає незрозуміння між окремими членами команди окремих компонентів моделі та розподілення обов'язків між іншими членами команди. Такі зустрічі допомагають сформуванню командний, комплексний підхід до надання послуг підліткам, підвищують ефективність переадресації. Необхідним є однакове розуміння всіма членами команди підходів до надання послуг і забезпечення єдиної системи роботи, в іншому випадку це призводить до надання різної інформації цільовій групі.

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

УРОК 4

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

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

УРОК 5

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

УРОК 6

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

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

УРОК 7

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

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

УРОК 8

Фінансування та матеріально-технічні ресурси. Обов'язковим є процес пошуку додаткових ресурсів для покращення та розширення діяльності в рамках моделі. Під час реалізації моделі додаткові ресурси допомогли забезпечити модель необхідними приміщеннями для надання послуг, роздатковими та інформаційними матеріалами, оплату мобільного зв'язку,

транспорту тощо. Пошук та залучення додаткових коштів є важливим для вдосконалення діяльності в рамках моделі, зважаючи на зміни потреб клієнтів та широкий спектр потреб ПГР.

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

УРОК 9

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

УРОК 10

Нормативно-правовий супровід. Набутий досвід засвідчив необхідність налагодженого нормативно-правового супроводу клієнтів, особливо тих, які отримали позитивний результат швидкого тесту на ВІЛ, для підтвердження їх ВІЛ-статусу та надання необхідних послуг. У перспективі продовження реалізації подібних моделей доцільною є розробка підходів до надання послуг для підлітків груп ризику у віці від 10 до досягнення 14 років, через те що ця група залишається найбільш важкодоступною та найменш охопленою профілактичними послугами, що потребує також нормативно-правового врегулювання надання послуг на принципах анонімності та конфіденційності.

УРОК 11

Адвокація. Для забезпечення стабільного процесу надання послуг необхідне вироблення адвокаційної стратегії із залученням зацікавлених сторін. Проведена адвокаційна діяльність під час впровадження моделей свідчить, що окрема презентація може бути не достатньою для просування інтересів цільової групи, а лише допоможе розповсюдити інформацію про успішні результати, тобто стане успішною рекламою. Важливо, щоб адвокаційні заходи проводилися регулярно та фокусовано (враховуючи мету при роботі з окремими цільовими аудиторіями адвокаційних заходів), із залученням зацікавлених сторін, в тому числі і осіб, які приймають рішення, і представників ПГР, якщо це не порушує етичні принципи роботи з ними. Також ці заходи повинні включати елементи фандрайзингу.

УРОК 12

Здійснення моніторингу та оптимізація методології моніторингу. Планування та проведення внутрішнього моніторингу в процесі реалізації проекту є важливим інструментом ефективної реалізації моделей і своєчасного корегування діяльності та вдосконалення пакета послуг.

Ведення бази даних клієнтів та послуг дозволяє відстежувати процес рекрутингу, користування послугами та мати інформацію про характеристики, структуру і потреби клієнтів. Така база даних може також включати контактну інформацію, доступ до якої має бути обмежений. Підлітки досить часто погоджуються надати номери мобільних телефонів, що є корисним для швидкого контакту з ними. Разом з тим, це потребує уточнення (час від часу) про можливі зміни контактної інформації.

Отримання інформації про клієнтів. При перших контактах із персоналом клієнти соромляться надавати всю правдиву інформацію про себе через недовіру цим фахівцям, боязнь порушення конфіденційності, тому інформація, записана в первинній анкеті, може не зовсім відповідати дійсності. У процесі реабілітації, коли підліток стає більш відкритим і проявляє до-

віру в ставленні до фахівців, які працюють з ним, необхідно уточнювати інформацію про нього і заносити її до бази даних.

Оцінка задоволеності клієнтів. Дослідження задоволеності клієнтів (учасників проекту) довело складність цільових груп та допомогло у налагодженні контакту з ними. Наприклад, важливим був результат першого опитування щодо задоволеності проектом в м. Одесі. Дівчата, які перебували в центрі і щойно почали курс реабілітації, досить ворожо сприймали чіткий розпорядок дня. А вимоги персоналу більшістю дівчат сприймалися як посягання на їх свободу та незалежність. Це було враховано в організації роботи з ними, під час індивідуальних та групових занять.

Оцінка задоволеності персоналу. Цей компонент моніторингу також є важливим з точки зору врахування потенціалу та потреб спеціалістів, які залучені до проекту, надання своєчасної допомоги або додаткового навчання.

Для оптимізації проведення дослідження з моніторингу та оцінки моделей необхідно враховувати такі фактори:

- Важливий фактор співпраці співробітників проекту з координаторами зовнішнього МіО. Успішність дослідження серед клієнтів, які не локалізовані в одному місці та для яких важлива наявність дружнього ставлення, залежить від готовності персоналу домовлятися з клієнтами про інтерв'ю, мотивувати їх до надання інформації. Крім того, важливою є двостороння співпраця та координація дій між персоналом та тими, хто здійснює зовнішній моніторинг, або інтерв'юерами.
- Досвід опитування клієнтів окремих проектів (зокрема дівчат, які залучені до надання комерційних сексуальних послуг) довів можливість використання мобільних телефонів для проведення індивідуальних інтерв'ю. Для практичної реалізації працівниками проекту необхідно отримати згоду підлітків, що їх номер мобільного телефону буде надано інтерв'юерам для проведення опитування.
- Важливим є індивідуальний підхід до співробітників проектів при оцінці їх задоволеності, що означає пріоритет методу індивідуальних глибинних інтерв'ю над методом фокус-груп.
- Кількість зовнішніх моніторингових візитів повинна бути обмежена, чітко спланована та узгоджена з планами діяльності самого проекту, щоб не відривати персонал від роботи та не порушувати звичний режим роботи проекту.

* * *

Здійснені узагальнення та структурування отриманих уроків за результатами впровадження п'яти пілотних моделей з профілактики ВІЛ-інфікування та надання послуг підліткам груп ризику безперечно можна доповнити переліком проблем та бар'єрів.

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

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

Авторський колектив бажає успіхів у розвитку та поширенні проектів, спрямованих на підлітків груп ризику, та висловлює готовність надати всім зацікавленим технічну та методичну підтримку в межах своєї компетенції.

Додаток

Протокол моніторингу та оцінки процесу впровадження моделей зниження ризику поширення ВІЛ/СНІДу серед підлітків груп ризику

Обґрунтування актуальності дослідження

Підлітки груп ризику (ПГР¹⁵) є більш уразливими до ВІЛ-інфікування, ніж дорослі люди, які входять до групи ризику. ПГР, проінформовані меншою мірою про безпечну поведінку, про організації, які надають медико-соціальні послуги, мають обмежений доступ до медичних і соціальних послуг, у тому числі з профілактики ВІЛ. Крім того, слід зазначити, що ПГР починають практикувати ризикову поведінку до досягнення ними 15 років. Найбільш поширеними серед ПГР поведінковими практиками, пов'язаними з ризиком ВІЛ-інфікування, є небезпечний секс і вживання ін'єкційних наркотиків. За результатами вторинного аналізу 25% дівчат-СІН повідомили, що практикували надання сексуальних послуг за винагороду, а 19% дівчат-ЖКС вживають ін'єкційні наркотики. Серед 14% хлопців-ЧСЧ, які за останні 6 місяців практикували комерційний секс, 25% не використовували презерватив під час останнього статевого контакту з комерційним партнером. Результати досліджень демонструють низький рівень використання презервативу як серед дівчат, так і серед хлопчиків (включаючи ЧСЧ-контакти) з усіма видами сексуальних партнерів (постійний, випадковий або комерційний) і типами сексуальних контактів (вагінальний, оральний, анальний). Тільки 12% від загальної кількості підлітків, опитаних у межах базового дослідження, повідомили, що завжди використовували презерватив з постійним партнером протягом останнього року, 15% – з випадковим партнером і 10% – з комерційним партнером. Рівень знань про ВІЛ/СНІД, профілактичні послуги і про рівень використання цих послуг значно нижчий, ніж у представників груп ризику старшої групи, що свідчить про серйозні бар'єри доступу, особливо для тих ПГР, які живуть і працюють на вулиці. Лише 9% підлітків, які живуть або працюють на вулиці, правильно відповіли на всі запитання щодо ВІЛ/СНІДу. Крім того, серед тих "дітей-вулиці", котрі мали симптоми інфекцій, що передаються статевим шляхом, 47% не зверталися по професійну допомогу, а займалися самолікуванням.

Рівень охоплення цільової групи профілактичними програмами надто низький (зокрема серед ПГР практично не реалізуються програми консультування за принципом "рівний рівному"). Викликає занепокоєння рівень сексуального і репродуктивного здоров'я ПГР, зокрема необхідно акцентувати увагу на неповнолітніх матерів з дітьми (за результатами базового дослідження 2% мають дітей). ПГР зіштовхуються з великою кількістю перешкод на шляху реалізації безпечних практик та поведінки, тому їм необхідна окрема увага і профілактика, такою ж мірою як і їхнім партнерам (комерційним, некомерційним), які до теперішнього часу залишились поза профілактичною програмою.

¹⁵ Підлітки, які входять до груп ризику, – це хлопчики і дівчата підліткового віку (від 10 до 19 років), вірогідність зараження або передачі ВІЛ яких унаслідок їх поведінки найбільша, а саме: 1) дівчата та хлопчики, які вживають ін'єкційні наркотики, використовують нестерильний інструментарій; 2) хлопчики, які практикують незахищений проникаючий секс з чоловіками; 3) дівчата і хлопчики – працівники секс-бізнесу, які практикують незахищений секс, включаючи тих, кого продають з метою сексуальної експлуатації, під час якої вони піддаються незахищеному (часто насильницькому) сексу з безліччю партнерів; 4) хлопчики, які практикують незахищений секс з жінками секс-бізнесу. Вікова група підлітків, відповідає визначенню ВООЗ і відображає ситуацію в Україні, де підлітками є молоді люди, у віці 18 або трохи старше, часто є групами дітей, які живуть або працюють на вулиці і сильно впливають на молодших членів групи, а особливо на їх поведінку, пов'язану з ризиком зараження ВІЛ (див.: AFEW/UNICEF (2006): Діти й молодь, які живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні, ЮНІСЕФ Україна, Київ). Це визначення відрізняється від визначення, яке ЮНІСЕФ використовує в програмах ПГР, та включає осіб віком від 10 до 18 років, відповідно до *Конвенції ООН про права дитини*.

На даний момент є дані наступних досліджень, що здійснюються в межах проекту ЮНІСЕФ "Профілактика ВІЛ серед підлітків груп ризику (ПГР) в Україні і Південно-Східній Європі":

- Комплексне кабінетне дослідження щодо ПГР в Україні та аналізу соціальних послуг для них.
- Аналіз політики і законодавства з точки зору бар'єрів доступу до послуг.
- Аналіз гендерних особливостей.
- Вторинний аналіз даних 259 підлітків-СІН, 281 підлітка-ЖКС та 212 підлітків-ЧСЧ на основі біоповедінкових досліджень 2007 року.
- Базове дослідження серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, в Києві, Миколаєві, Дніпропетровську та Донецьку (всього опитано 805 підлітків, у тому числі 565 хлопчиків та 240 дівчат). Додатково було проведено 129 глибинних інтерв'ю з ПГР у містах дослідження з метою обговорення попередніх результатів.
- Аналіз зацікавлених сторін по роботі з ПГР як основа для розробки відповідного плану зміцнення кадрового потенціалу в кожному місті та для моніторингу і оцінки ефективності такого плану. Такий аналіз і оцінка були проведені в Києві, Донецьку, Дніпропетровську і Миколаєві.

За результатами реалізованих досліджень:

- розроблено регіональні моделі для забезпечення максимального доступу цільових груп ПГР до послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу (з урахуванням гендерної та вікової специфіки, а також дотримання принципів дружності при наданні послуг);
- створено регіональні координаційні ради;
- розпочато процес впровадження моделей із забезпечення максимального доступу ПГР до послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, які включені до обласного плану.

Мета дослідження. Збір стандартизованих даних, що відображають внесок, процес і результат впровадження моделей.

У даному дослідженні моніторинг та оцінка будуть програмними, тому що проект концентрується на внеску, процесі та результатах впровадження моделі (див. рис. 1).

Завдання дослідження.

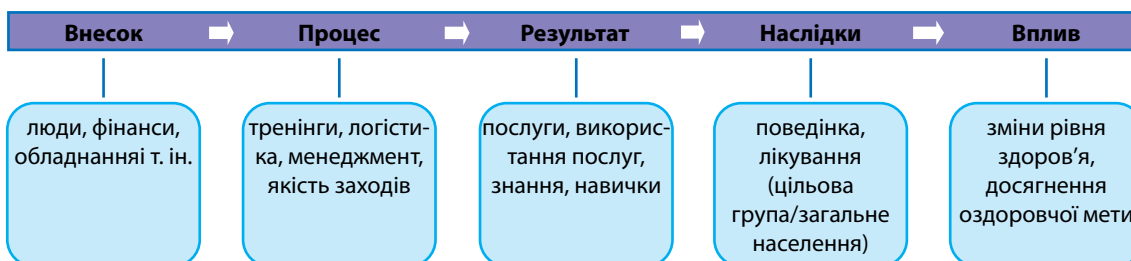
1. Збір даних за основними індикаторами: охоплення клієнтів, кількість послуг, задоволеність клієнтів, задоволеність персоналу і т.д.
2. Оцінити, чи досягнуто заплановані показники.
3. Аналіз "отриманих уроків": фактори, які перешкоджали і які сприяли здійсненню моделі, способи вирішення внутрішніх і зовнішніх проблем, що виникали та шляхи їх вирішення.

МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА

Логічна модель ПДІ



Схема моніторингу і оцінки ЮНЕЙДС



Джерело: ЮНЕЙДС 2000, Національна програма з ВІЛ/СНІДу: керівництво по моніторингу і оцінці

Рис. 1. Концептуальна модель моніторингу і оцінки впровадження моделі¹⁶

Логічна схема зовнішнього і внутрішнього аналізу

Організація		Функції
Зовнішній рівень	Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка	<ul style="list-style-type: none"> Моніторингові візити Опитування клієнтів на виході Бесіда з персоналом
	Державна соціальна служба у справах сім'ї, дітей та молоді	<ul style="list-style-type: none"> Моніторингові візити Бесіда з персоналом
Внутрішній рівень	Регіональний виконавець	<ul style="list-style-type: none"> Ведення проектної інформації Ведення баз даних клієнтів

Дослідницька команда:

Національний рівень	Міжнародний консультант
	Співробітники Українського інституту соціальних досліджень ім. Олександра Яременка
Регіональний рівень ¹⁷	Координатор проекту в місті (області)
	Регіональний консультант з моніторингу і оцінки

Етичні аспекти:

Проведення дослідження з моніторингу і оцінки впровадження моделей серед груп ПГР буде базуватися на дотриманні етичних принципів і захищатиме право учасників проекту на анонімність і конфіденційність.

¹⁶ На цьому етапі моніторингу і оцінки, в межах реалізації моделей, аналізуються "Внесок", "Процес", "Результат".

¹⁷ Регіональна команда має досвід проведення кількісного і якісного компонента дослідження в межах проекту. Перед початком дослідження з регіональною командою буде проведено інструктаж з дотримання методології та інструментарію збору даних.

Індикатори моніторингу і оцінки¹⁸

	ВНЕСОК	ПРОЦЕС	РЕЗУЛЬТАТ
Бюджет	<p>Наявність:</p> <ul style="list-style-type: none"> • підписаного контракту; • форм оцінки вартості запланованих заходів; договорів щодо додаткової матеріально-технічної підтримки, в т.ч. фандрайзинг; • приміщення (власне/орендоване), в т.ч. приміщення для тренінгів 		
Інформаційні матеріали	<ul style="list-style-type: none"> • достатня кількість підготовлених, апробованих матеріалів (на різну тематику), з урахуванням ґендерних та вікових особливостей; • наявність плану розповсюдження матеріалів 	<ul style="list-style-type: none"> • наявність достатньої кількості розповсюджених матеріалів; • кількість розповсюджених матеріалів відповідно до плану матеріалів (на різну тематику), а також чи враховано ґендерні та вікові особливості 	
Персонал (рекрутинг, підготовка, задоволеність)	<ul style="list-style-type: none"> • достатня кількість персоналу для забезпечення усіх компонентів і здійснення усіх заходів проекту; • якісні характеристики персоналу (стаж, досвід, професіоналізм, кваліфікація, особисті якості) 	<ul style="list-style-type: none"> • кількість персоналу, який пройшов підготовку (тренінги, семінари) за окремими тематиками (в т.ч. по роботі з цільовою групою); • дійсна кількість працюючих спеціалістів (за напрямом діяльності) 	<ul style="list-style-type: none"> • плинність/стабільність персоналу
	<ul style="list-style-type: none"> • наявність процедури і критеріїв відбору персоналу на тренінги; • необхідна кількість розроблених програм для тренінгу (в т.ч. з різної тематики); • якісні характеристики розроблених тренінгових програм (ступінь розробленості, автор, наявність ґендерного та вікового компонентів); • оцінка якостей персоналу і консультантів за принципом "рівний рівному"; • наявність протоколів і процедури менеджменту персоналу (організації роботи), супервізії, в тому числі консультантів за методом "рівний рівному" 	<ul style="list-style-type: none"> • кількість і види тренінгів; • здійснюється; • система менеджменту проекту та супервізії персоналу, консультантів за принципом "рівний рівному"; • форми контролю для персоналу за дотриманням принципів, дружніх до цільової групи 	<ul style="list-style-type: none"> • кількість персоналу задоволеного наданими послугами; • кількість персоналу задоволеного своєю роботою в проекті; • кількість персоналу задоволеного своєю підготовкою (тренінги, семінари)

¹⁸ У рамках кожного проекту даний перелік індикаторів буде конкретизований у відповідності до послуг, що надаються організаціями-учасниками (в рамках проектної пропозиції). Організації також можуть вносити у внутрішній моніторинг додаткові індикатори, необхідні для їх цілей. У разі, якщо організація скористається цим правом, необхідно повідомити команду проекту з МОН з метою узгодження із загальною системою індикаторів.

	ВНЕСОК	ПРОЦЕС	РЕЗУЛЬТАТ
Клієнти (рекрутинг, знання і мотивація, задоволеність)	Рекрутинг <ul style="list-style-type: none"> картування для виявлення "точок доступу" до представників цільової групи (у співпраці з представниками цільової групи) наявність маршрутів для аутич-працівників (ознайомлені з картами "точок доступу") 	<ul style="list-style-type: none"> кількість і % клієнтів (за віком і статтю) кількість і % нових клієнтів кількість і % клієнтів за наданими послугами кількість представників цільової груп, задіяних в реалізації та оцінці проекту, в т.ч. кількість і % консультантів за принципом "рівний рівному" (за віком і статтю) 	Задоволеність <ul style="list-style-type: none"> % клієнтів, охоплених в рамках проекту (за статтю та віком) % клієнтів, які задоволені одержуваними послугами % клієнтів, які можуть/готові порадити послуги своїм одноліткам Знання та поведінка <ul style="list-style-type: none"> Кількість клієнтів, які правильно називають шляхи передачі ВІЛ/ІПСШ і способи захисту; Кількість та % клієнтів, які знають, які послуги профілактики, лікування, догляду та підтримки доступні в місці проживання; Кількість та % клієнтів, які користуються послугами проекту; Кількість клієнтів, які пройшли підготовку за принципом "рівний рівному"; Кількість та % клієнтів, які за останні 30 днів: завжди використовували презервативи, завжди використовували стерильний ін'єкційний інструментарій
Переадресація	<ul style="list-style-type: none"> наявність механізмів та процедур системи переадресації; підписано: офіційні домовленості (меморандуми, договори про співробітництво і т.д.) з організаціями та установами, в які здійснюється переадресація (в т.ч. усні домовленості) 	<ul style="list-style-type: none"> кількість нових випадків переадресації за послугами 	
Адвокація, координація, співробітництво	<ul style="list-style-type: none"> ключові зацікавлені сторони (зокрема, обласна координаційна рада з ВІЛ/СНІДу і ТБ) проінформовані про проект і сприяють його реалізації; підписані договори/меморандуми і т.д. про співробітництво, взаємодію; розроблені та впроваджені протоколи принципів дружніх ПГР 	<ul style="list-style-type: none"> проведені зустрічі зацікавлених сторін (кількість учасників, список учасників (включаючи організацію, яку представляють, і займану посаду), протокол зустрічі); проведені адвокаційні заходи (кількість учасників, список учасників (включаючи організацію, які представляють і займану посаду), протокол зустрічі) 	
Внутрішній моніторинг	<ul style="list-style-type: none"> розроблена і впроваджена система кодування клієнтів і послуг; персонал навчений системі кодування клієнтів і послуг 		
Фандрайзинг	<p>наявність плану мобілізації та пошуку ресурсів, який забезпечить життєстійкість проекту по закінченні пілотної фази (фінансування ЮНІСЕФ)</p>		<p>доступне фінансування проекту для підтримки його життєстійкості ще хоча б на один рік (у кінці реалізації проекту)</p>
Отримані уроки			<ul style="list-style-type: none"> бар'єри доступу до послуг та їх використання (проблеми якості послуг, стигматизація і т.д.), які зазначені персоналом/клієнтами; позитивні фактори, що сприяють успішній роботі проекту, зазначені персоналом/клієнтами

Збір інформації, інструментарій і аналіз даних

	ВНЕСОК	ПРОЦЕС	РЕЗУЛЬТАТ	Вар- тість
Період збору інформації	На початку проекту (1 квартал)	1. Внутрішній моніторинг – здійснюють виконавці проекту в регіонах (весь період проекту) 2. Зовнішній моніторинг – УІСД спільно з МЦСССДМ (під час моніторингових візитів)	1. Серпень (міні-інтерв'ю з клієнтами проекту) 2. Листопад – грудень	
Ресурси	План проекту Заповнення Форми №1 "Ресурси"	Спостереження місця надання послуг <ul style="list-style-type: none"> Дані форми № 1 "Ресурси" за певний період, а також порівняння отриманих даних з даними зібраними на початку проекту (внесок) 		Фінансова документація проекту, форми збору даних
Персонал	План проекту Форма №2 "Персонал"	<i>Аналіз первинної документації по персоналу + бесіда з персоналом</i> <ul style="list-style-type: none"> Дані форми № 2 "Персонал" за певний період, а також порівняння отриманих даних з даними зібраними на початку проекту (внесок) Первинна документація по персоналу (журнал роботи, щоденники персоналу, плани і протоколи супервізії, робочі плани і т.д.) Аналіз документації тренінгів (програма, список учасників, анкети (вхідні і вихідні) учасників і т. д.) 	Спостереження роботи персоналу + бесіда з персоналом для вимірювання рівня задоволеності персоналу <ul style="list-style-type: none"> Щоденники персоналу Протоколи робочих зустрічей Анкета задоволеності персоналу 	
Цільова група	Анкета первинного клієнта Форма №3 "Цільова група"	<i>Аналіз даних первинної документації з рекрутингу цільової групи + бесіда з персоналом</i> <ul style="list-style-type: none"> Дані форми № 3 "Цільова група" за певний період, а також порівняння отриманих даних з даними зібраними на початку проекту (внесок) Протоколи залучення цільової групи в планування, реалізацію та оцінку проекту. 	<i>Бесіда з клієнтами про рівень їх задоволеності персоналом (у т.ч. дотримання принципів дружності), отриманими послугами, а також про навички і мотивації щодо безпечної поведінки</i> <ul style="list-style-type: none"> Глибинні міні-інтерв'ю з клієнтами 	
Послуги	План проекту Форма №4 "Послуги, що надаються"	<i>Аналіз даних первинної документації з рекрутингу цільової групи бесіда з персоналом у місцях надання послуг</i> <ul style="list-style-type: none"> Дані форми № 4 "Надані послуги" за певний період, а також порівняння отриманих даних з даними, зібраними на початку проекту (внесок) Журнал роботи Щоденники персоналу Протоколи робочих зустрічей і занять (психокорекційних, інформаційно-освітніх і т.д.) Протоколи принципів надання послуг 		
Адавація, координація	План проекту Форма №5 – "Заходи з адвокації та координації"	<ul style="list-style-type: none"> Дані форми № 5 "Заходи з адвокації та координації" за певний період, а також порівняння отриманих даних з даними, зібраними на початку проекту (внесок) Плани, протоколи адвокаційних і координаційних заходів. 		
Підтримка життєздатності проекту	План проекту Форма №6 – "Фандрайзинг"	<ul style="list-style-type: none"> Дані форми № 6 "Фандрайзинг" за певний період, а також порівняння отриманих даних з даними, зібраними на початку проекту (внесок) План фандрайзингу 		

Зовнішній моніторинг процесу результатів – опис спеціальних досліджень**Задоволеність персоналу**

Метод збору інформації. Міні-інтерв'ю з персоналом, який безпосередньо надає послуги цільовій групі. В інтерв'ю можливе обговорення тематичних блоків з питань: проблем, що виникають у процесі реалізації проекту, та механізмів їх вирішення; факторів, що викликають незадоволеність персоналу; досягнень, успіхів проекту, які приносять задоволення персоналу; пропозицій і рекомендацій персоналу щодо поліпшення менеджменту проекту, супервізії та інших компонентів

Цільові групи: персонал проекту, який безпосередньо надає послуги цільовій групі

Метод аналізу: Розшифровка бесіди, аналіз тексту проводиться в текстовому редакторі Word, складання кодувальних аркушів. Якісний аналіз даних (групування та аналітичне агрегування даних)

Пілотування інструментарію. Сценарій інтерв'ю пілотується у двох міні-інтерв'ю під час другого моніторингового візиту

Задоволеність, знання та поведінка клієнтів

Метод збору інформації. Міні-інтерв'ю з клієнтами на виході в місцях надання послуг

Цільові групи: клієнти проекту. В анкеті розміщено питання-фільтр, яке визначає "нових" клієнтів та клієнтів, котрі вже отримували послуги

Інструмент збору інформації. Анкета міні-інтерв'ю. Включає набір питань щодо задоволеності послугами (у тому числі оцінка дружності персоналу), задоволеності роботою консультантів за принципом "рівний рівному", вивчення сприйняття бар'єрів доступу до послуг, задоволеності залученням у проект; знання клієнтів про способи поширення та профілактики ВІЛ/ІПСШ, вивчення мотивації регулярного використання засобів профілактики

Метод аналізу. Аналіз бази даних здійснюється в програмному забезпеченні SPSS Проводиться розрахунок одновимірних і двовимірних розподілів (у % та абсолютних числах для малих вибірок), проводиться розрахунок індикаторів задоволеності і знань клієнтів

Підготовка польових працівників. Інструктаж з інтерв'юерами під час моніторингового візиту команди УІСД ім. О. Яременка за анкетною, з акцентом на дотриманні етичних принципів опитування респондентів ППР. Інтерв'юери з числа представників національної мережі інтерв'юерів УІСД ім. О. Яременка

Пілотування інструментів. Проводиться попереднє пілотування анкети з трьома клієнтами різних вікових груп (10–14, 15–17 і 18–19 років)

Анкета моніторингового візиту в організацію – учасника діяльності зі зниження ризику поширення ВІЛ серед підлітків груп ризику

Форма 1. "РЕСУРСИ"

ПРИМІЩЕННЯ ТА ТРАНСПОРТ		Так	Ні	Коментарі		
Наявність офісу основного виконавця проекту Оренда/особиста власність (необхідне підкреслити) Кількість кімнат _____ Площа _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Приміщення під склад Оренда/особиста власність Площа _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Транспорт для персоналу проекту		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Телефон Окремий телефонний номер		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Офісне обладнання						
Чи маєте Ви все необхідне устаткування?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<i>Якщо Вам не вистачає обладнання, то якого саме?</i>						
Чи в хорошому стані знаходиться обладнання?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Висновок:						
НАЯВНІСТЬ ВИТРАТНИХ МАТЕРІАЛІВ НА СКЛАДІ ТА ЇХ ЯКІСТЬ						
Назва витратного матеріалу	Доступна кількість на день моніторингу, шт.	Назва (марка)		Термін придатності	Коментарі	
1. Презервативи						
2. Стерильні шприци						
3. Лубриканти						
4. Інше, вкажіть що саме:						
ЗБЕРІГАННЯ ВИТРАТНИХ МАТЕРІАЛІВ				Так	Ні	Коментарі
Матеріали зберігаються в окремому приміщенні				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Матеріали акуратно розкладені на полицях, підписані відповідні назви				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Матеріали зберігаються при необхідній температурі				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Процедури використання матеріалів на місцях (наприклад, видавати першими ті матеріали, які першими були доставлені на склад)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ЛОГІСТИКА						
Розроблено і дотримується схема поставки (закупівлі/отримання) матеріалів		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Розроблено і дотримується схема розповсюдження матеріалів		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Розроблено і дотримується схема збереження матеріалів		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Висновок:				
ІНФОРМАЦІЙНІ МАТЕРІАЛИ				
Інформаційно-освітні матеріали				
1.	_____	_____	шт.	
2.	_____	_____	шт.	
3.	_____	_____	шт.	
4.	_____	_____	шт.	
5.	_____	_____	шт.	
6.	_____	_____	шт.	
РАЗОМ: _____ шт.				
		Так	Ні	Коментарі
Врахування ґендерних особливостей в інформаційних матеріалах		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Врахування вікових особливостей в інформаційних матеріалах		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Інформаційно-адвокаційні матеріали (для осіб, які приймають рішення)				
1.	_____	_____	шт.	
2.	_____	_____	шт.	
3.	_____	_____	шт.	
4.	_____	_____	шт.	
5.	_____	_____	шт.	
6.	_____	_____	шт.	
РАЗОМ: _____ шт.				
План розповсюдження інформаційно-адвокаційних матеріалів упроваджений і дотримується		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Висновок:				

Форма 2. "ПЕРСОНАЛ"

РЕКРУТИНГ	Так	Ні	Коментарі
Розроблена і дотримується процедура та критерії рекрутингу персоналу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Опис:</i>			
Розроблена і дотримується процедура та критерії рекрутингу консультантів за методом "рівний рівному" з числа цільової групи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Опис:</i>			
Є посадові інструкції персоналу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Є резюме персоналу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Подивитися резюме і перевірити наявність досвіду та кваліфікації у персоналу:</i>			
<i>по роботі з цільовою групою</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>по виконанню функцій, які прописані в посадовій інструкції</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Висновок:			
СУПЕРВІЗІЯ	Так	Ні	Коментарі
Регулярні зустрічі команди проекту _____ к-ть /період	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
План перевірки (супервізії) персоналу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
План перевірки (супервізії) консультантів по методу "рівний рівному"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Трудові угоди	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Плани роботи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Графіки робіт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Менеджер з персоналу (координатор проекту) володіє інформацією про:			
персонал	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
волонтерів	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
консультантів за методом "рівний рівному"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
стан місць надання послуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
наявність та стан обладнання	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
необхідні засоби для надання послуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
роздаткові та витратні матеріали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
інформаційні матеріали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
фінанси проекту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
логістику проекту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
статистику проекту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Висновок:			
СТРУКТУРА ПЕРСОНАЛУ	Так	Ні	Коментарі

Координатор проекту ____ осіб. Повний/неповний робочий день (потрібне підкреслити)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Бухгалтер проекту ____ осіб. Повний/неповний робочий день (потрібне підкреслити)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Консультант з моніторингу та оцінки ____ осіб. Повний/неповний робочий день (потрібне підкреслити)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Консультант з юридичних питань ____ осіб. Повний/неповний робочий день (потрібне підкреслити)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Психолог-консультант ____ осіб. Повний/неповний робочий день (потрібне підкреслити)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Керівник групи соціальних робітників ____ осіб. Повний/неповний робочий день (потрібне підкреслити)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Соціальний працівник ____ осіб. Повний/неповний робочий день (потрібне підкреслити)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Консультант проекту з питань розвитку соціальної політики ____ осіб. Повний/неповний робочий день (потрібно підкреслити)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Консультант з соціально-медичної підтримки проекту ____ осіб. Повний/неповний робочий день (потрібне підкреслити)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Лікар-дерматовенеролог ____ осіб. Повний/неповний робочий день (потрібне підкреслити)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Лікар-гінеколог ____ осіб. Повний/неповний робочий день (потрібне підкреслити)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Лікар-інфекціоніст ____ осіб. Повний/неповний робочий день (потрібне підкреслити)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Сертифіковані тренери ____ осіб. Повний/неповний робочий день (потрібне підкреслити)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Співробітник, відповідальний за ЗМІ, співпрацю із громадськістю ____ осіб. Повний/неповний робочий день (потрібне підкреслити)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Співробітник, відповідальний за склад ____ осіб. Повний/неповний робочий день (потрібне підкреслити)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Консультанти з методу "рівний рівному"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Чи є і чи дотримуємось плану роботи з консультантами з методу "рівний рівному"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Висновок:			
ПІДГОТОВКА ПЕРСОНАЛУ, ВОЛОНТЕРІВ	Так	Ні	Коментарі
Були оцінені потреби персоналу в підготовці	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Тренінгова програма враховує потреби персоналу в підготовці	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Розроблена процедура та критерії відбору персоналу на тренінги <i>Опис:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Існує план проведення тренінгів	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Проводиться оцінка тренінгів: <i>Опис:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Тренінг №1 _____ К-ть учасників _____ осіб. <i>Перерахувати сфери/сектори, які представляли учасники тренінгу (див. списки учасників):</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Тренінг №2 _____ К-ть учасників _____ осіб. <i>Перерахувати сфери/сектори, які представляли учасники тренінгу (див. списки учасників):</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Тренінг №3 _____ К-ть учасників _____ осіб. <i>Перерахувати сфери/сектори, які представляли учасники тренінгу (див. списки учасників):</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Тренінг №4 _____ К-ть учасників _____ осіб. <i>Перерахувати сфери/сектори, які представляли учасники тренінгу (див. списки учасників):</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Висновок:			

Форма 3. "ЦІЛЬОВА ГРУПА"

РЕКРУТИНГ ЦІЛЬОВОЇ ГРУПИ	Так	Ні	Коментарі
Сформовані карти "точок доступу" до цільової групи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Аутрич-працівники ознайомлені з картами "точок доступу"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Існує і дотримується план із залучення членів цільової групи до планування, реалізації і оцінки проекту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Висновок:			
ВЕДЕННЯ БАЗИ ДАНИХ ПРО КЛІЄНТІВ	Так	Ні	Коментарі
База даних			
Електронна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Паперова	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Яка інформація про клієнта збирається:</i>			
<i>Яка інформація вводиться в електронну базу даних:</i>			
<i>Яка інформація не вводиться в електронну базу даних:</i>			
<i>Цільові показники:</i>			
К-ть та % нових клієнтів _____			
К-ть представників цільової групи, які залучені в планування, реалізацію та оцінку проекту _____			
К-ть та % консультантів за принципом "рівний рівному" _____			
Висновок:			

Форма 4. "ПОСЛУГИ, ЩО НАДАЮТЬСЯ"

ПРОТОКОЛИ, ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ПОСЛУГ		Так	Ні	Коментарі
Розроблені/впроваджені протоколи принципів, дружніх до ПГР нові/старі, адаптовані (<i>потрібне підкреслити</i>)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>З урахуванням ґендерних особливостей</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>З урахуванням вікових особливостей</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Розроблено/впроваджено протоколи та принципи надання інформаційних послуг нові/старі, адаптовані (<i>потрібне підкреслити</i>)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>З урахуванням ґендерних особливостей</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>З урахуванням вікових особливостей</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Розроблено/впроваджено протоколи та принципи надання консультативних послуг нові/старі, адаптовані (<i>потрібне підкреслити</i>)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>З урахуванням ґендерних особливостей</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>З урахуванням вікових особливостей</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Розроблено/впроваджено протоколи та принципи надання медичних послуг нові/старі, адаптовані (<i>потрібне підкреслити</i>)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>З урахуванням ґендерних особливостей</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>З урахуванням вікових особливостей</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Розроблено/впроваджено протоколи та принципи надання послуг переадресації нові/старі, адаптовані (<i>потрібне підкреслити</i>)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>З урахуванням ґендерних особливостей</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>З урахуванням вікових особливостей</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Розроблено/впроваджено протоколи та принципи політики безпеки для аутич рабiтників нові/старі, адаптовані (<i>потрібне підкреслити</i>)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>З урахуванням ґендерних особливостей</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>З урахуванням вікових особливостей</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Розроблено/впроваджено протоколи та принципи політики дитячої безпеки нові/старі, адаптовані (<i>потрібне підкреслити</i>)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>З урахуванням ґендерних особливостей</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>З урахуванням вікових особливостей</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Висновок:			
СИСТЕМА ПЕРЕАДРЕСАЦІЇ	Так	Ні	
Картування структур, які надають послуги в рамках проекту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Підписані та складені усні офіційні домовленості з організаціями та закладами, які залучаються до процесу переадресації	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Існує чіткий план координації, процедури переадресації до послуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Висновок:			
ПОСЛУГИ	КІЛЬКІСТЬ	%	
кількість послуг з юридичного консультування			
кількість послуг з психологічному консультування			
кількість медичних послуг			
кількість аутич-послуг			
кількість послуг, наданих консультантами за принципом "рівний рівному"			
кількість нових випадків переадресації			
ВСЬОГО			
кількість ДКТ			
кількість швидких тестів на ІПСШ:			
- швидкий тест на сифіліс			
- швидкий тест на гонорею			
- швидкий тест на хламідіоз			
ВСЬОГО			

Форма 5. "ЗАХОДИ З АДВОКАЦІЇ ТА КОРДИАЦІЇ"

КОРДИНАЦІЯ ТА ЗАЛУЧЕННЯ ЗАЦІКАВЛЕНИХ СТОРІН	Так	Ні	Коментарі
Підтримка Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІДу в Україні витратними матеріалами, "тестами"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Досягнуті домовленості про співпрацю з кримінальною міліцією у справах неповнолітніх	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Досягнуті домовленості про співпрацю з організаціями, що надають послуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Інше:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Висновок:			
АДВОКАЦІЯ	Так	Ні	Коментарі
Адвокаційний план є в наявності і дотримується	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Адвокаційні заходи (к-ть учасників, які сторони представляли, тематика заходу):			
<p>РАЗОМ: _____ шт.</p>			
Висновок:			

Форма 6. "ФАНДРАЙЗИНГ"

ФАНДРАЙЗИНГ	Так	Ні	Коментарі
Розроблено та дотримується план фандрайзингу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Схема контролю за використанням ресурсів	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вкажіть заходи, організовані в рамках фандрайзингу (спрямування фінансування, терміни, сторони, що надають підтримку):			
<p>РАЗОМ: _____ шт.</p>			
Висновок:			

