



Фото на обкладинці: © David Gilianders

**ДІТИ Й МОЛОДЬ,
ЯКІ ЖИВУТЬ АБО ПРАЦЮЮТЬ НА ВУЛИЦІ:
ПРИХОВАНЕ ОБЛИЧЧЯ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ В УКРАЇНІ**

**ДІТИ Й МОЛОДЬ,
ЯКІ ЖИВУТЬ АБО ПРАЦЮЮТЬ НА ВУЛИЦІ:
ПРИХОВАНЕ ОБЛИЧЧЯ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ
В УКРАЇНІ**

Київ, 2006

ДІТИ Й МОЛОДЬ, ЯКІ ЖИВУТЬ АБО ПРАЦЮЮТЬ НА ВУЛИЦІ: ПРИХОВАНЕ ОБЛИЧЧЯ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ В УКРАЇНІ

Цей звіт присвячено усім дітям і молоді, які живуть та працюють, і тим, хто передчасно помер, на вулицях в Україні.

Вони забуті, невидимі, занедбані – обличчя у пільмі.

Нехай цей звіт послужить внеском у зростання поінформованості суспільства про життя цих дітей і молоді, а найголовніше – спонукає людей у багатьох секторах суспільства до дій на захист та підтримку цих дітей і молоді та допоможе їм почати краще, щасливіше, здоровіше життя.

Автор звіту: Аня Тельчик (ФРН)

- Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ)
- Міжнародний благодійний фонд “СНІД Фонд Схід-Захід” (AFEW)

ЮНІСЕФ

Україна
01021, Київ
Кловський узвіз, 1
Тел: (380 44) 230-25-14
Факс: (380 44) 230-25-06
e-mail: kiev@unicef.org
Веб-сайт: www.unicef.org

МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід”

Україна
01034, Київ
Ярославів Вал, 21г, кв. 26/4
Тел.: (380 44) 235-88-34
Факс: (380 44) 235-30-01
e-mail: ukraine@afew.org
Веб-сайт: www.afew.org

Думки, висловлені у цьому звіті, не обов’язково відображають політику та погляди ЮНІСЕФ та МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід”.

Видано ЮНІСЕФ

Наклад 1000 примірників

© 2006, ЮНІСЕФ/МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід”

Усі права застережено. Зміст цієї публікації можна вільно використовувати та копіювати для освітніх та інших некомерційних потреб за умови, що будь-яке подібне відтворення робиться з посиланням на ЮНІСЕФ та МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід”.

ПОДЯКИ

Цей документ опубліковано за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід” (*AFEW*), а також завдяки наполегливій роботі **Ані Тельчик (ФРН)**, незалежного консультанта з питань громадського здоров’я і колишнього регіонального директора МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід” у м. Києві на основі початкового дослідження, проведеного **Лідією Матіяшек**, незалежним консультантом НУО, та **Центром соціальних і політичних досліджень “Соціс”** в Україні.

Велика подяка **Віні Лакхумалані**, незалежному консультантові та колишньому раднику з питань соціального розвитку Британської ради в Україні, а також **Девіду Ріветту**, спеціалістові з питань підліткового здоров’я ВООЗ, Бюро ВООЗ в Україні за їхню підтримку та цінні коментарі, які збагатили цей звіт.

Цей звіт був би неможливим також без активного внеску, зусиль і підтримки **650 дітей та молодих людей**, які живуть і працюють на вулицях Києва та Одеси, та тих представників урядових, неурядових і релігійних організацій та агенцій в Україні, які дали інтерв’ю для цього звіту та взяли участь у консультаційній зустрічі, що відбулася 23 жовтня 2006 року в Києві. Щира подяка усім їм.

Фотографію на обкладинці зроблено шотландським фотографом **Девідом Гілландерсом**, який тісно співпрацював із МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід” за проектом захисту дітей вулиці в Україні. Одна з фотографій, зроблених Девідом в Україні, отримала 2005 року перше місце на міжнародному конкурсі ЮНІСЕФ “Фотографія року”. Нині Девід займається суспільними та гуманітарними проектами по всьому світу.

Особистий веб-сайт Девіда Гілландерса: www.davidgillanders.com.

Особлива подяка **Німецькому національному комітету ЮНІСЕФ та Датському фонду боротьби зі СНІДом** за фінансову підтримку цього дослідницького проекту.

ЗМІСТ

Перелік скорочень	6
1. ВСТУП ТА ІСТОРІЯ ПИТАННЯ	7
2. ВИЗНАЧЕННЯ ЦІЛЬОВОЇ ГРУПИ	11
3. ПРИЗНАЧЕННЯ ОЦІНКИ ТА ЗВІТУ	13
4. ХАРАКТЕРИСТИКИ УКРАЇНСЬКИХ ДІТЕЙ І МОЛОДІ, ЯКІ ЖИВУТЬ ТА ПРАЦЮЮТЬ НА ВУЛИЦЯХ В УКРАЇНІ	16
4.1. Розподіл за віком і статтю	16
4.2. Походження	17
4.3. Рівень письменності та освіти	17
4.4. Віра та релігія	19
4.5. Стосунки із сім'ями та опікунами	19
4.6. Стан здоров'я та небезпека для здоров'я	22
4.6.1. Загальні проблеми здоров'я	22
4.6.2. Небезпека жорстокого поводження та експлуатації	25
4.6.3. Епідемія ВІЛ в Україні	32
4.6.4. Зв'язки між уживанням наркотичних речовин, роботою у сфері секс-бізнесу та поширенням ВІЛ в Україні	34
4.6.5. Небезпека вживання наркотичних речовин серед представників цільової групи	36
4.6.6. Статеві контакти та практика цільової групи	41
4.6.7. Інші фактори ризику	43
4.6.8. Обізнаність щодо ризиків	44
4.7. Вуличне життя	48
4.7.1. Причини виходу на вулицю	48
4.7.2. Тривалість перебування на вулиці	50
4.7.3. Стосунки та спілкування всередині "вуличної громади"	52
4.7.4. Заробляння на житті	54
4.7.5. Дозвілля та відпочинок	59
4.7.6. Потреби	61
5. ПРАВА ДІТЕЙ І МОЛОДІ, ЯКІ ЖИВУТЬ АБО ПРАЦЮЮТЬ НА ВУЛИЦЯХ В УКРАЇНІ, ТА КОНЦЕПЦІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОТИДІЇ	66
5.1. Огляд правового поля та державних програм	66
5.2. Обізнаність щодо прав та порушення прав	75
6. ПОСЛУГИ ТА ЗАХОДИ, СПРЯМОВАНІ НА ДІТЕЙ І МОЛОДЬ, ЯКІ ЖИВУТЬ ТА ПРАЦЮЮТЬ НА ВУЛИЦЯХ	78
6.1. Спектр та вертикальний зріз послуг	78
6.2. Якість наданих послуг та проведених заходів	86
6.3. Ставлення та поведінка фахівців під час роботи з цільовою групою	93
6.4. Співробітництво та координація	102

7. ПІДСУМОК І ВИСНОВКИ	108
8. РЕКОМЕНДАЦІЇ	114
Словник термінів	144
Перелік використаної літератури та посилань	155
Додатки	
Додаток І. Перелік партнерів, які взяли участь в опитуванні	173
Додаток ІІ. Перелік учасників та протокол консультаційної зустрічі, яка відбулася у м. Києві 23 жовтня 2006 року з основними зацікавленими сторонами з метою обговорення результатів і рекомендацій проекту звіту	176
Додаток ІІІ. Анкета кількісного опитування, проведеного в містах Києві та Одесі	183
Додаток ІV. Вказівки по глибинних інтерв'ю, проведених в рамках якісного опитування в містах Києві та Одесі	189
Додаток V. Таблиця 13. Стан справ з ратифікацією та прийняттям ключових міжнародних документів та документів ООН із захисту прав дітей та молоді в Україні у 2006 р.	191
Додаток VI. Таблиця 14. Огляд окремих українських законів, постанов та рішень стосовно захисту та підтримки дітей і молоді	192
Додаток VII. Таблиця 15. Огляд основних національних концепцій та програм	194
Додаток VIII. Таблиця 16. Огляд основних організацій та установ, які займаються формуванням політики та забезпеченням виконання законів, розбудовою потенціалу, а також розробкою, фінансуванням та наданням послуг	195
Додаток IX. Таблиця 17. Основні послуги, програми і заклади для дітей та молоді, які живуть та працюють на вулицях в Україні, з точки зору їх доступності, охоплення, ефективності та наявних пробілів	206
Таблиця 18. Основні служби підтримки, заходи та програми, які надаються постачальникам послуг з точки зору їх доступності, охоплення, ефективності та існуючих пробілів	223
Додаток X. Таблиця 19. Окремі міжнародні та вітчизняні зразки передової практики	227
Додаток XI. Таблиця 20. Основні національні показники, розроблені Міжвідомчою оперативною групою з питань сиріт та інших вразливих дітей ЮНЕЙДС у співпраці з широкою коаліцією зацікавлених сторін з метою вимірювання прогресу на державному рівні щодо покращення добробуту сиріт та вразливих дітей	231

Перелік скорочень

АМР	– Агентство США з міжнародного розвитку
ВІЛ	– вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
грн	– українська валюта (гривня)
ГФСТМ	– Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією
ІПСШ	– інфекції, що передаються статевим шляхом
МВС	– Міністерство внутрішніх справ України
МНУО	– міжнародна неурядова організація
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я України
МОН	– Міністерство освіти та науки України
МОП	– Міжнародна організація праці
МСМС	– Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту
НКР	– Національна координаційна рада з питань запобігання поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу
НУО	– неурядова організація
ООН	– Організація Об'єднаних Націй
ПРООН	– Програма розвитку ООН
СІН	– споживачі ін'єкційних наркотиків
СНД	– Співдружність Незалежних Держав
СНІД	– синдром набутого імунодефіциту
“Соціс”	– центр соціальних та політичних досліджень
ССГАООН	– спеціальна сесія Генеральної асамблеї ООН із питань ВІЛ/СНІДу (ССГАООН)
УООНБНЗ	– Управління ООН з боротьби з наркотиками і злочинністю
ЦСССДМ	– Центр(и) соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
ЦСЕ	– Центральна та Східна Європа
ЮНЕЙДС	– Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ	– Дитячий фонд ООН

1. ВСТУП ТА ІСТОРІЯ ПИТАННЯ

“Діти вулиці – це найбільш фізично видимі діти, які живуть або працюють на вулицях та в громадських місцях міст усього світу. Однак, і це парадоксально, вони також належать до найнепомітніших дітей, а тому найважче досягти для життєво необхідних послуг з освіти та охорони здоров’я тощо, і саме цих дітей найскладніше захистити”¹.

Діти та молодь, які живуть або працюють на вулицях, – не нове явище в Україні та країнах Центральної і Східної Європи (ЦСЄ), а також Співдружності Незалежних Держав (СНД). У Радянському Союзі після більшовицького перевороту та громадянської війни у 1920-х роках приблизно сім мільйонів дітей, котрі жили на вулицях і чий батьки пропали безвісти або загинули, було поміщено у дитячі будинки². Радянський режим характеризувався потужною соціальною системою з великою мережею фінансованих державою дитячих закладів інтернатного типу включно. Радянська держава перебрала на себе багато обов’язків батьків, тим самим посиливши їх залежність від державної підтримки та державної інфраструктури. Багато громадян навіть вважали інтернатні заклади кращим місцем для виховання дітей, аніж сім’я³. Певною мірою подібні судження можна й зараз зустріти в Україні. Є батьки, котрі залишають своїх дітей під дверима дитячих будинків або інтернатів, сподіваючись, що ці державні заклади забезпечать кращий догляд, аніж той, що вони можуть дати самі⁴. Радянські дитячі заклади могли стримувати дітей від вулиці через систему суворого контролю та покарання втікачів, однак світова практика довела, що тривале утримання у спеціальних закладах може мати багато негативних наслідків для дітей та молоді, оскільки вони часто виявляються не підготовленими до самостійного життя⁵.

Явище дітей та молоді, які живуть або працюють на вулицях, знову поширилося в Україні після розпаду радянської системи. Реформи, що проводилися в той час, головним чином зосереджувалися на ринковій трансформації економіки, приватизації та створенні відповідного політичного й правового поля. Перехідні процеси залишили систему соціального забезпечення, а також сектор суспільної охорони здоров’я без достатнього фінансування та занедбаними. Наприклад, загальний бюджет соціального захисту дітей становив у 2005 році \$ 660 000⁶. Заходи з реструктуризації систем соціального захисту запроваджувалися надто повільно і без достатнього фінансування. Відсутня була стратегія, а негативні наслідки фундаментальних змін, які сталися у відносинах між українською державою та її громадянами з початку 1990-х, належним чином не долалися, українські громадяни почали отримувати менше державної підтримки і більше відповідати за власний добробут.

Сьогодні багато соціальних служб та служб охорони здоров’я перебувають у плачевному стані, часто-густо вони не в змозі забезпечити навіть ті мінімальні стандарти догляду

й допомоги, які українська держава гарантує своїм громадянам. Соціальна допомога розподіляється нерівномірно, що призводить до недостатньої підтримки саме тих сімей, котрі найбільше цього потребують. Багато дитячих будинків у тяжкому становищі. Часті коштів, виділених для цих будинків, бракує навіть для забезпечення відповідного харчування й одягу дітям та гідних зарплат працівникам закладів⁷.

Перехідні процеси призвели також до виникнення в країні величезного розриву між багатими та бідними⁸. Понад 20% населення України живе у бідності, а 3% – у надзвичайній бідності, тобто живуть менш ніж на \$1 на день⁹. Рівень безробіття високий, і кількість злочинів із зафіксованих у 1980 р. 393 на 100 000 населення зросла до 1162 у 1997 році¹⁰. Кількість неблагополучних сімей також зросла. Спільною причиною всіх цих проблем є матеріальні труднощі в родині, що призводять до виникнення низки інших проблем, передусім у взаєминах між батьками і дітьми, та до того, що хтось із них починає займатися небезпечною чи незаконною діяльністю. Загальне порушення нормального спілкування між батьками та дітьми часто пов'язане з браком емоційної взаємопідтримки у сім'ї та неспроможністю з боку соціальних служб надати адекватну допомогу в разі серйозної хвороби або смерті одного чи більше членів родини, виникнення інших складних проблем. Виїзд одного з батьків на заробітки може стати причиною того, що дитина залишається без догляду протягом тривалого часу або ж зазнає домашнього насильства та жорстокого поводження, або втягується до злочинної діяльності, починає вживати наркотики¹¹. Це негативно позначається на стані здоров'я дітей та молоді. Очікувана тривалість життя при народженні в країні продовжує знижуватися¹², і дві головні епідемії – ВІЛ і туберкульозу – загрожують Україні, підвищуючи і без того високий рівень смертності у державі.

Нереформованість і занепад колишньої радянської системи соціального забезпечення та догляду за дітьми, а також труднощі перехідного періоду справили драматичний вплив на стан сім'ї в Україні. Діти та молоді люди особливо уразливі. За даними Департаменту з усиновлення та захисту прав дитини Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, складна ситуація вдома чи в дитячому закладі є головною причиною того, що тисячі дітей в Україні пішли на вулиці. Явище дітей та молоді, які живуть та працюють на вулицях України, можна пояснити поєднанням цих ситуацій. Відсутність догляду, насильство, психологічні травми та нестатки можуть завдати серйозної шкоди дитині чи молодій людині в період становлення особистості і призвести до фізичних, психологічних, соціальних проблем. Сучасна соціальна політика з питань житла, працевлаштування та соціальних виплат¹³, криміналізація споживачів наркотиків тощо призводять до неспроможності створити захисне середовище для дітей та молоді (ці питання детальніше висвітлено в наступних розділах).

Ситуація, з якою стикаються позбавлені піклування бездоглядні діти та молодь на вулицях, нічим не краща, ніж удома чи в дитячих закладах, з яких вони втекли. На вулиці кожному доводиться боротися за своє виживання та інтегруватися в іншу спільноту – “вуличну”. Матеріальні потреби можуть змусити їх зайнятися антисуспільними, а іноді

й кримінальними видами діяльності. Вони зазнають дискримінації та насильства, а також сексуальної експлуатації, інших негативних факторів, долучаються до вживання алкоголю та наркотиків. Вони, найімовірніше, будуть позбавлені змоги отримання послуг у сфері охорони здоров'я, освіти та соціальної допомоги, зазнаватимуть надзвичайно високого ризику фізичних та психічних проблем, які є не тільки наслідком попередніх обставин, а й прямом пов'язані їхнім життям на вулицях¹⁴.

За офіційною статистикою, чисельність населення України на кінець 2006 року становила майже 47 мільйонів осіб, з яких близько 10 мільйонів молодші від 18 років. Із них приблизно 62 000 дітей постійно мешкають у спеціальних закладах. В Україні немає офіційної статистики щодо загальної кількості (“вихідних даних”) дітей та молоді, котрі живуть та працюють на вулицях, але оцінки, надані урядовими та неурядовими організаціями (тут і далі об'єднаними терміном “надавачі послуг”) чи дослідницькими інститутами, говорять про цифру від 40 000 до 300 000. Останні оцінки чисельності цього прошарку населення, що використовуються як вихідні дані для обчислення того, скільки дітей у віці від 10 до 18 років найімовірніше зазнають впливу ВІЛ і можуть потребувати відповідних послуг, становить 115 000¹⁵. Для двох міст – Києва та Одеси, де проводилося опитування, результати якого використано в цьому звіті, чисельність дітей та молодих людей, котрі живуть та працюють на вулицях, оцінювалася відповідно в 12 000 і 4000 осіб. Однак огляд літератури та досліджень показав, що багато оцінок, зроблених у минулому, були перебільшеними або ж ґрунтувалися на безсистемних оцінках чи підрахунках¹⁶. Тому попередні підрахунки для України в цілому щодо Києва та Одеси необхідно використовувати з обережністю, оскільки серед постачальників послуг немає згоди щодо методу підрахунку чи визначення дітей і молоді, які живуть та працюють на вулицях. Відповідно цей звіт ґрунтується на факті, що справжня вихідна цифра невідома. Оскільки реальний масштаб проблеми не визначено, важко планувати і впроваджувати адекватні національні та регіональні програми її подолання.

Діти та молодь, які живуть і працюють на вулицях міст України, походять із різних місць та країн. Це дуже мобільна група. Спосіб її життя пов'язаний з багатьма ризиками, наражає їх на небезпеку зараження ВІЛ, інфекційними хворобами, які передаються статевим шляхом (ІПСШ), гепатитом В та С, туберкульозом. Український уряд відкрито визнав незадовільність вирішення проблеми надання адекватних освітніх, соціальних послуг та послуг з охорони здоров'я для цієї групи, захисту її від негативного впливу та реінтеграції у суспільство. Однак просування вперед дуже повільне й ускладнюється багатьма вадами, притаманними сучасній системі захисту дітей. Питання, які треба вирішувати, численні й складні. При цьому кількість українських державних програмних документів і національних програм, які стосуються дітей та молоді, визначають спеціальні послуги для тих, хто живе або працює на вулиці, доволі обмежена. Через відсутність відповідної державної системи моніторингу та оцінки майже неможливо визначити результати та вплив програм і проєктів, реалізованих надавачами послуг, котрі працюють із цією цільовою групою. Ефективність національних заходів за останні 16 років можна поставити під сумнів, зважаючи на незаперечний факт, що дане явище набуло масштабу кризи.

Останнім часом було зроблено суттєвий крок у зв'язку із розробленням чотирьох документів та програм. Це “Концепція державної програми” 2006 року (“Державна концепція-2006”) і “Державна програма подолання дитячої безпритульності та бездоглядності на 2006–2011 роки” (“Державна програма подолання дитячої безпритульності та бездоглядності на 2006 рік”). Третій документ – *“Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року”* (“Дорожня карта”); його було розроблено робочою групою у складі багатьох зацікавлених сторін за підтримки Об’єднаної програми ООН із ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) у квітні 2006 року. “Дорожня карта” визначає цю групу як таку, що найбільше зазнає ризику зараження ВІЛ унаслідок впливу як середовища проживання, так і ризикованої поведінки, і наголошує на потребі впровадження базового пакета профілактики ВІЛ та охорони здоров’я для даної категорії¹⁷. Четвертий документ – *“Заявка до Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією”* (“Заявка України до ГФСТМ-2006”), котра включає “дітей вулиці” у віці від 10 до 18 років як одну з основних цільових груп щодо запобігання ВІЛ на 2007–2011 рр¹⁸.

Незважаючи на важливість цих документів і програм, існує багато труднощів щодо їх упровадження, гармонізації та оцінки. У той час як, наприклад, “Заявку України до ГФСТМ-2006” було затверджено і націлено на дітей у приймальниках-розподільниках та державних притулках, “Дорожня карта” все ще не має плану впровадження і має бути інтегрованою у “Національну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки”. “Державна програма подолання дитячої безпритульності та бездоглядності на 2006–2010 роки” не визначає конкретних цілей і не описує заходи втручання, що могли б зменшити ймовірність для дітей та молоді, які потрапляють у ризиковані ситуації, наразитися на ВІЛ та інші інфекційні хвороби (щодо інших обмежень програми див. п’ятий розділ).

2. ВИЗНАЧЕННЯ ЦІЛЬОВОЇ ГРУПИ

Відповідно до українського законодавства неповнолітні – це особи, які не досягли 18 років. Повнолітні особи, які живуть на вулиці, вважаються бездомними дорослими особами без певного місця проживання.

Українська юридична термінологія не має одного закріпленого терміна для дітей і молоді, які живуть та працюють на вулиці (цільова група). Натомість у різних законах та документах використовують такі терміни: “безпритульні діти”, “діти, позбавлені піклування” та “бездоглядні діти”. Відповідно до Закону України 2001 року “Про охорону дитинства”:

1. **Безпритульні діти** – діти, які були покинуті батьками, самі залишили сім’ї або дитячі заклади, де вони виховувалися, і не мають певного місця проживання.
2. **Бездоглядні діти** – діти, не забезпечені сприятливими умовами для фізичного, духовного та інтелектуального розвитку (матеріальне благополуччя сім’ї, належне виховання, догляд та дбайливе ставлення до дитини, здорова моральна атмосфера тощо). Відповідно дитяча бездоглядність – це послаблення чи відсутність нагляду за поведінкою, розвитком, самопочуттям дитини з боку батьків чи осіб, які їх замінюють¹.

“Державна концепція” і “Державна програма подолання дитячої безпритульності та бездоглядності на 2006–2010 роки” говорять про “дітей, позбавлених піклування”, маючи на увазі дітей, якими не опікуються батьки, опікуни чи будь-який дитячий заклад.

Складність із цими визначеннями полягає у тому, що, хоча всі “безпритульні діти” можуть вважатися бездоглядними, не всі бездоглядні діти обов’язково безпритульні, оскільки можуть не жити на вулиці, незважаючи на несприятливі умови вдома чи в дитячому закладі. Крім того, деякі діти, які живуть на вулицях, мають батьків або опікуна, а тому юридично вважаються “дітьми під опікою”, незважаючи на той факт, що особи, котрі несуть юридичну відповідальність за них, не виконують своїх обов’язків.

Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) використовує термін “діти, які живуть або працюють на вулицях”². Для даного звіту термін ЮНІСЕФ було вибрано і трохи змінено на “діти та молодь, які живуть або працюють на вулицях”, аби адекватно відобразити ситуацію в Україні, де молоді люди³, зокрема у віці 19 років і трохи старшому, часто є членами груп дітей, які живуть або працюють на вулицях, і справляють вплив на багатьох молодших членів угруповання.

ЮНІСЕФ також дає таке визначення поняття “діти вулиці”:

1. “Діти, які не підтримують зв’язку із сім’єю, живуть у тимчасових помешканнях (наприклад у покинутих будинках) або не мають постійного місця проживання і кожної ночі сплять у різних місцях.

2. Діти, які підтримують зв'язок із родиною, але через бідність, жорстоке поводження чи інші причини проводять більшість своїх днів, іноді й ночей на вулиці.
3. Діти, які формально мешкають у державних дитячих будинках чи притулках, але з тієї чи іншої причини втекли звідти і зараз живуть на вулиці⁴.

Ці категорії критикували за те, що вони не повністю відображають численні передумови того, чому діти обирають для себе життя на вулиці⁵. Однак, зважаючи на складнощі з українським юридичним визначенням та неадекватністю інших згаданих категорій, критерії ЮНІСЕФ застосовувалися при доборі осіб для проведення інтерв'ю під час опитувань у містах Києві та Одесі, про що йдеться в наступному розділі.

3. ПРИЗНАЧЕННЯ ОЦІНКИ ТА ЗВІТУ

За останні п'ять років проводилося кілька невеликих опитувань цільової групи в Києві, Харкові та інших містах України, а також аналіз політики стосовно цієї цільової групи, а у 2003 році Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту оприлюднило тематичну державну доповідь “Проблеми бездоглядності та безпритульності дітей в Україні”. Проте в жодному з цих документів увага не зосереджується на даній цільовій групі в плані зростаючої епідемії ВІЛ в Україні, незважаючи на високу ймовірність ураження її членів ВІЛ та іншими інфекційним хворобам. Мета даного звіту – заповнити цю прогалину, а також:

- оцінити й розкрити загальні потреби та вимоги цільової групи, зокрема в містах Києві та Одесі;
- визначити передову практику та прогалини у наданні послуг, висвітлити сфери, які насамперед потребують удосконалення, та розширити масштаб послуг, водночас ураховуючи наявні можливості, фінанси та структури в Україні;
- надати рекомендації і визначити принципи для розроблення, впровадження та оцінки комплексної багатогалузевої національної стратегії запобігання, лікування, догляду та підтримки цієї цільової групи в контексті реагування держави на епідемію ВІЛ та зусилля щодо стимулювання здорового способу життя.

У звіті подано результати першого кроку, здійсненого за спільним проектом Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід”, започаткованим у 2005 році і спрямованим на дітей та молодь, які живуть та працюють на вулицях України, у світлі епідемії ВІЛ з урахуванням аналогічних оцінок в інших країнах.

Оцінка для цього звіту проводилася у два етапи. Перший полягав в аналізі ситуації, проведеному ЮНІСЕФ спільно зі МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід”¹, що було здійснено у період між жовтнем 2005 та липнем 2006 року. Він включав структуровані глибинні інтерв'ю та зустрічі з представниками відібраних міжнародних, національних та місцевих надавачів послуг (включаючи релігійні організації). Представники визначалися відповідно до їхньої ролі та відповідальності у формуванні політики й забезпеченні дотримання законів, обстоюванні прав, наданні грантів та в управлінні ними, в подібних дослідженнях та безпосередньому наданні послуг. Було представлено усі відповідні галузі, включаючи соціальну сферу, охорону здоров'я, освіту, право та релігію (див. список учасників інтерв'ювання у додатку І).

Ураховуючи, що більшість опитаних були як державними працівниками, так і представниками недержавних надавачів послуг, термін “надавачі послуг” буде використовуватися у звіті для представлення цілого ряду інформантів з урядових, неурядових та релігійних організацій.

Паралельно з інтерв'ю було проведено кабінетне дослідження, що включало в себе збирання, перегляд та аналіз наявної інформації (результати досліджень, література, веб-

сторінки та інші доступні джерела офіційної статистики). Це допомогло не лише оцінити думки та твердження опитаних надавачів послуг, а й визначити додаткові проблеми та намітити пріоритетні сфери для відповідних національних та регіональних дій. Крім того, проводилися додаткові заходи – конференції, консультаційні збори представників ключових зацікавлених сторін для обговорення попередніх результатів та рекомендацій (список учасників і протокол зустрічі, яка проходила в Києві, наведено у додатку II). Проте було кілька факторів, які звузили можливості аналізу ситуації. Мається на увазі:

- обмежений доступ до зовнішніх та формальних оцінок національних і регіональних ініціатив, які б давали достовірну та надійну інформацію про їхню якість, а також брак показників, орієнтованих на результат і вплив, котрі використовувалися при визначенні успіху та прогресу;
- мала кількість організацій та закладів в Україні, які конкретно працюють із цільовою аудиторією;
- брак вихідних даних та мала кількість деталізованих даних стосовно цільової групи, зокрема на національному рівні, де дані щодо цієї групи поки що включено у загальну статистику про дітей та молодь у “кризових ситуаціях”;
- відсутність репрезентативних та надійних статистичних даних щодо цільової групи стосовно ВІЛ, ІПСШ та інших проблем здоров’я на зразок гепатиту чи туберкульозу;
- відмова деяких надавачів послуг зустрітися з інтерв’юером і поділитися інформацією.

Друга частина оцінки складалася на підставі даних інтерв’ю та анкетних опитувань, проведених МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід” у співпраці з ЮНІСЕФ² протягом періоду з листопада 2005 р. по квітень 2006 року. Конкретна мета опитувань полягала у базовому дослідженні поведінки, ставлення, практики і знань стосовно потреб і вимог дітей та молоді, які живуть та працюють на вулицях Києва й Одеси, ставлення надавачів послуг до цільової групи та доступності й відповідності існуючих служб підтримки для забезпечення поточних потреб здоров’я загалом і статевого здоров’я та ВІЛ і СНІДу зокрема, а також освіти, дозвілля, стигматизації та дискримінації, експлуатації та вживання наркотиків. Іще однією метою опитування було доповнення результатів аналізу ситуації та порівняння поглядів надавачів послуг із поглядами цільової групи.

Анкетне опитування провадилося серед дітей та молоді віком від 10 до 19 років, які живуть і працюють на вулицях Києва та Одеси, шляхом індивідуальних інтерв’ю за стандартизованою, попередньо апробованою анкетною (див. додаток III). У кожному з міст для проведення опитування відбиралося за критеріями ЮНІСЕФ, описаними у другому розділі, по 300 дітей та молодих людей (всього 600 осіб). Дітей та молодь відбирали та частково опитували за допомогою місцевих надавачів послуг. Колектив інтерв’юерів задалегідь пройшов навчання, і обидва міста було поділено на окремі зони для уникнення дублювань. Перед початком інтерв’ю від кожного респондента отримували згоду на його проведення, а також пояснювали принципи анонімності та конфіденційності. Більшість дітей та мо-

лоді опитували у місцях, де вони зазвичай зустрічалися, включаючи станції метро, підземні переходи, супермаркети, мости, залізничні вокзали, руїни будинків, будівельні майданчики, ринки, “схованки”, каналізацію. 10% дітей опитували у міських приймальниках-розподільниках, 6% – в інтернатах і 22% – у психосоціальних реабілітаційних центрах.

Якісне опитування складалося з 25 глибинних інтерв'ю у кожному місті (всього 50) з відібраними дітьми та молоддю (див. методичні рекомендації щодо проведення глибинних інтерв'ю у додатку IV). Інтерв'ю проходили у безпечній та спокійній обстановці. У Києві дітей та молодь опитували у центрах недержавних надавачів послуг “Нове життя” та “Діти вулиць”, а в Одесі – у приміщенні неурядового надавача послуг “Шлях додому”. Особливе значення надавалося тому, щоб респонденти були належним чином підготовлені до інтерв'ю й отримали допомогу психологів та соціальних працівників.

Дані опитування було деталізовано за статтю (дівчата, хлопці), віком (респонденти розбивалися на дві вікові групи: 10–14 років та 15–19 років) і часом, проведеним на вулиці (менше від одного року, від одного до двох років та понад два роки).

Головні обмеження опитування були такими:

- не було змоги забезпечити представницьку вибірку, оскільки вихідні дані були відсутні;
- де це було можливим, дані тестувалися на кореляцію між рівнем поінформованості про ВІЛ та ризикованою поведінкою. Однак через незначну кількість відповідей на деякі запитання не завжди вдавалося провести кореляцію даних за тривалістю часу, проведеного на вулиці, статтю, віком та ризикованою поведінкою;
- опитування не охоплювало дітей та молодь, які живуть або працюють на вулицях, але на момент проведення опитування перебували у приймальниках-розподільниках та пенітенціарних закладах;
- опитування проводилося взимку, а тому доступ до дітей та молоді був обмежений;
- дані надавалися добровільно, а тому могли містити неточності, наприклад, коли дитина чи молода людина відповідає, вважаючи, що саме такої відповіді очікують від неї, або коли намагається приховати щось. Цю упередженість неможливо було виключити з аналізу;
- за умови, що відсоток респондентів у Києві та Одесі значно різнився в плані статі, віку, часу, проведеного на вулиці, ночівлі вдома чи у друзів, залишення школи, наявності когось із батьків, неможливо було представити комбіновані результати по обох містах. Тож відмінності у відсотках пояснюють певні відмінності в результатах по обох містах (про це буде вказано у відповідних розділах);
- не було змоги проаналізувати кількість дітей та молодих людей, охоплених програмами допомоги, оскільки угруповання за віком та статтю були надто малі, щоб робити будь-які достовірні висновки.

4. ХАРАКТЕРИСТИКИ ДІТЕЙ І МОЛОДІ, ЯКІ ЖИВУТЬ ТА ПРАЦЮЮТЬ НА ВУЛИЦЯХ В УКРАЇНІ

4.1. Розподіл за віком і статтю

Опитані надавачі послуг приблизно підраховали, що співвідношення за статевою ознакою серед дітей і молоді, які живуть та працюють на вулицях, є приблизно таким: 70% хлопців і 30% дівчат, а найбільшу групу становлять особи віком від 8 до 14 років. Результати опитування підтвержують ці дані. В обох містах хлопці становили більшу частину респондентів (78% у Києві та 65% в Одесі).

Із метою проведення статистичного аналізу за віком дітей та молоді було зведено у дві групи: “молодші” – віком від 10 до 14 років та “старші” – віком від 15 до 19 років. Молодші становили найбільшу групу респондентів в обох містах: 52 % у Києві та 60 % в Одесі.

Таблиця 1

Віковий розподіл (Київ)

ВІК	КІЛЬКІСТЬ	ВІДСОТОК
10	13	4,5
11	15	5
12	25	8,3
13	49	16,3
14	53	17,7
15	51	17
16	40	13,3
17	25	8,3
18	19	6,3
19	10	3,3
УСЬОГО	300	100

Таблиця 2

Віковий розподіл (Одеса)

ВІК	КІЛЬКІСТЬ	ВІДСОТОК
10	23	7,7
11	21	7,0
12	34	11,3
13	49	16,3
14	53	17,7
15	52	17,3
16	28	9,3
17	21	7,0
18	15	5,0
19	4	1,3
УСЬОГО	300	100

Ці результати також збігаються з результатами, отриманими при проведенні кількісних та якісних досліджень в інших країнах¹.

4.2. Походження

У результаті опитувань надавачів послуг беззаперечно встановлено, що більшість дітей і молоді, які живуть та працюють на вулицях, походять із містечок та сіл, де можливості для працевлаштування обмежені, а економічна ситуація складніша, ніж у великих містах. Опитані підкреслювали, що у деяких випадках діти та молодь навіть із відносно стабільних сімей могли залишати домівки на літо, щоб заробити трохи грошей у великому місті, але втягувалися у “вуличне” життя й не поверталися додому.

Члени цільової групи походять із різних регіонів України, Республіки Молдова та зокрема Придністров'я (здебільшого серед опитаних в Одесі), Російської Федерації та інших колишніх республік Радянського Союзу. Це підтверджено результатами глибинних інтерв'ю, проведених у Києві та Одесі, і даними опитувань представників Київського міського притулку для неповнолітніх, який перебуває у віданні служби у справах неповнолітніх Київської міської державної адміністрації. Ці дані свідчать, що в 2005 році з 1081 дитини, що перебували у притулку, 317 були з Києва, 758 прибули з регіонів України, а шестеро – з інших колишніх республік Радянського Союзу.

Більшість опитаних дітей та молоді, які прибули здалека, повідомили, що подорожували приміськими електропоїздами.

4.3. Рівень письменності та освіти

Загалом рівень письменності в Україні дуже високий (99%)², як і коефіцієнт охоплення початковою освітою (за офіційною статистикою становив у 2005 році 91,8%). Адміністративні дані, зібрані в Україні у 2004 році, свідчать, що 99% школярів досягають п'ятого класу³. Однак дані інтерв'ю з надавачами послуг та результати опитування у Києві й Одесі свідчать, що переважна більшість цільової групи належить до 1% населення України, чий рівень письменності та освіти дуже низький.

Хоча більшість членів цільової групи певний час відвідували школу, дехто з них ніколи не ходив до неї регулярно, середній освітній рівень 16-річних становить 3 класи, а молодших – іще менше. Дехто з опитаних робить припущення, що лише 10% дітей і молоді, які живуть та працюють на вулицях України, мають базові навички читання, письма та лічби, хоча більшість із них відвідували школу від кількох місяців до кількох років, і поодинокими є випадки, коли члени цільової групи були успішними учнями та регулярно ходили до школи. Це переважно діти та молодь, котрі провели мало часу на вулицях або чия ситуація вдома була відносно стабільною. Деякі члени цільової групи отримали шкільні атестати й твердять, що здобули певну освіту. Але це досить сумнівно, оскільки названий респондентами освітній рівень, здебільшого не відповідає їхньому віку.

За результатами опитування значна кількість дітей та молоді цільової групи у Києві (72%) та Одесі (77,9%) мають певний досвід відвідування школи, але не ходили до неї на момент опитування. Менш як одна третина сказали, що досі відвідують школу (25,5% у Києві та 13,4% у Одесі), і лише кілька респондентів (3,7% у Києві та 8,7% в Одесі) ніколи не ходили до школи.

Більшість із опитаних дітей та молоді перестали відвідувати школу на початковому етапі. У Києві 59% залишили школу у віці 11–13 років, а в Одесі 71% припинили навчання у 9–12 років, закінчивши від 2 до 5 класів. Незначна кількість осіб, які пройшли глибинне інтерв'ювання, сказали, що закінчили середню школу.

Таблиця 3

Вік, коли респонденти припинили відвідувати школу (Київ)

ВІК	КІЛЬКІСТЬ	ВІДСОТОК
7	1	0,7
8	10	6,7
9	7	4,7
10	16	10,7
11	23	15,3
12	34	22,7
13	32	21,3
14	17	11,3
15	10	6,7
УСЬОГО	150	100

Таблиця 4

Вік, коли респонденти припинили відвідувати школу (Одеса)

ВІК	КІЛЬКІСТЬ	ВІДСОТОК
6	1	0,5
7	6	3,2
8	12	6,3
9	27	14,2
10	38	20,0
11	39	20,5
12	31	16,3
13	20	10,5
14	14	7,4
15	1	0,5
18	1	0,5
УСЬОГО	190	100

Порівняння з дослідженнями, проведеними в інших країнах, свідчать, що більшість дітей і молоді, які живуть та працюють на вулицях цих країн, також мають низький рівень грамотності й освіти і щонайменше половина з них більше не відвідують школу⁴.

4.4. Віра та релігія

На думку опитаних надавачів послуг, члени цільової групи не відвідують регулярно жодної церкви. Їхні контакти із надавачами послуг із релігійних організацій часто обмежуються допомогою, яка надається добровольцями на вулицях або в притулках, котрими відають ці організації, що може включати і релігійне навчання.

Деякі притулки, котрі фінансуються державними та недержавними надавачами послуг, також стимулюють дітей та молодь відвідувати розташовані поблизу храми, не обов'язково віддаючи перевагу якомусь із них.

Було певне занепокоєння, викликане намаганнями окремих сект здійснювати контроль над дітьми і молоддю, позбавленими батьківського піклування, але це радше окремі випадки, ніж тенденція.

Вірування цільової групи не було предметом опитування, яке проводилося у Києві та Одесі. Однак дехто з опитаних дітей та молоді сказав, що він віруючий, але далі мова про цю тему не йшла.

4.5. Стосунки із сім'ями та опікунами

Згідно з даними опитування надавачів послуг, є випадки, коли один чи обоє батьків представників цільової групи померли або пропали безвісти. Однак більшість дітей і молоді, які живуть та працюють на вулиці, є так званими соціальними сиротами, а не біологічними. Це означає, що один із батьків чи обоє живі, але можуть бути відсутніми вдома, перебувати на заробітках, у в'язниці, хворіти або виявляються нездатними опікуватися власною дитиною, дехто вважається зниклим безвісти. Результати опитування підтверджують це. Наприклад, 69% опитаних дітей та молоді в Києві повідомили, що їхні матері живі, а в Одесі таких було 43%.

На думку багатьох опитаних надавачів послуг, однією з головних причин, що змушують дітей та молодь жити на вулиці, є матеріальні негаразди та складнощі, з якими стикаються їхні батьки стосовно працевлаштування. Батьки або безробітні, або працюють на такій роботі, яка залишає обмаль часу на сім'ю. Останнє особливо актуальне для неповних сімей. Сюди також входить робота в інших частинах України та за кордоном. Усе це означає, що діти залишалися без догляду часто протягом тривалого часу. Крім фінансових труднощів, безробіття може призводити до серйозної депресії, вживання спиртного та наркотиків, стати причиною домашнього насильства у формі словесного, психологічного чи фізичного знущання. Надавачі послуг зазначали, що діти та молодь, якими вони опікуються, переважно зазнавали жорстокого поводження з боку одного або обох батьків, старшого брата чи сестри, вітчима чи мачухи, котрі вважали дитину від першого шлюбу “завадою”. Крім того, називалися такі причини втечі дітей та молоді на вулиці:

- відмова прийняти вітчима чи мачуху, навіть якщо вони добре до них ставляться;

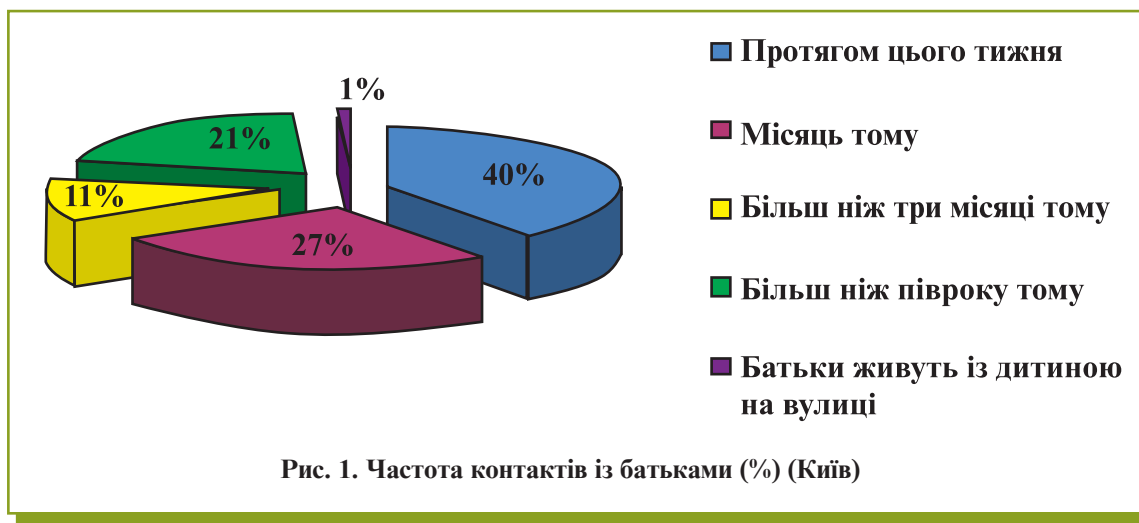
- поява нової дитини в сім'ї, біологічного або зведеного брата чи сестри;
- відмова визнавати авторитет іншого члена сім'ї чи опікуна;
- авторитаризм батьків;
- девіантна поведінка дитини чи молодшої людини;
- взаємне нерозуміння, яке може перейти певну межу навіть у сім'ях із добрими стосунками.

За словами опитаних, у більшості випадків діти та молодь із цільової групи підтримують слабкі або не підтримують жодних контактів зі своїми сім'ями після того, як вийшли на вулицю, хоча дехто підтримує зв'язок із братами й сестрами, родичами чи друзями. Незважаючи на це, багато з опитаних дітей та молодих людей повідомили, що сподіваються колись помиритися зі своєю сім'єю і можуть на короткий час повертатися додому, аби спробувати це зробити. Однак досвід свідчить, що без втручання іззовні та допомоги будь-яка надія на довготривале примирення нереальна, оскільки шаблони поведінки повторюються. Лише близько 10–20% дітей та молоді, що пішли з дому, розшуковуються їхніми родинами. І це підтверджує, що примирення залежить не тільки від бажання дітей та молоді повернутися додому, а й від того, чи хочуть цього батьки. Наголошувалося, що деякі діти та молоді люди ще вважають своїх батьків взірцями для наслідування протягом перших місяців, проведених на вулиці, незважаючи на жорстоке поводження, якого вони могли зазнавати вдома, але згодом починають орієнтуватися на лідерів на вулиці і, можливо, соціальних працівників чи інших дорослих, котрим навчилися довіряти.

В опитуванні частота зустрічей із батьками використовувалася як показник стосунків цільової аудиторії зі своїми батьками, а також для визначення, чи підтримують вони зв'язок з батьками. Загальні результати різняться залежно від міста. У Києві значна частина респондентів сказали, що зустрічалися (50%) або жили (2%) з батьками (що суперечить наведеним вище заявам і оцінкам надавачів послуг), в Одесі лише 14% респондентів повідомили, що зустрічалися або жили (3%) з батьками. З аналізу наявних даних неможливо пояснити таку значну різницю між містами і суперечливість оцінок надавачів послуг. Для цього потрібне додаткове дослідження.

В обох містах незначна кількість опитаних сказали, що взагалі не мають батьків (7% у Києві та 8% у Одесі).

Наведена далі діаграма 1 відображає частоту зустрічей із батьками в Києві. Із неї видно, що контакти з батьками в багатьох респондентів є досить постійними: 40% дітей та молоді бачилися з батьками у певному місці протягом тижня проведення опитування, 27% бачилися з ними близько місяця тому, 11% мали зустріч понад три місяці тому і 21% більше як півроку тому. Незначна кількість (1% респондентів) сказали, що живуть на вулиці разом із своїми безпритульними батьками.



Якщо батьки юридично позбавлені прав, то здебільшого опікуном дитини призначається інший член сім'ї. У рамках проведення оцінки для цього звіту можна назвати лише один випадок, коли хтось із надавачів соціальних послуг, у даному разі директор Центру медико-соціальної допомоги “Відкрите серце” (м. Київ), був призначений опікуном ВІЛ-інфікованої дитини, яка жила на вулиці. Опікунство – це основний інструмент української системи захисту дитини. Іноді опікуни – це старші члени сім'ї, які можуть створювати проблеми, особливо якщо вони приголомшені відповідальністю догляду за дитиною чи молодою людиною із складним характером і не отримують відповідної психологічної підтримки. У поєднанні з іншими факторами це може змусити підопічну дитину чи молоду людину вирішити піти на вулицю.

Трапляються випадки, коли діти та молодь, що стали сиротами через СНІД і самі живуть із ВІЛ, доглядаються призначеними опікунами, які є членами родини і відмовляються вірити, що підопічний – хвора людина, а тому заперечують проти антиретровірусної терапії. За даними державних працівників, опікуни не відповідають за такі дії.

Надавачі послуг в Одесі згадували випадки, коли діти та молоді люди, осиротілі внаслідок СНІДу, не мали належного догляду і підтримки в дитячих будинках, тому й пішли на вулицю. Інші, народжені від ВІЛ-позитивних матерів, змушені були провести багато часу в лікарні (іноді кілька місяців), поки для них не було знайдено місце у дитячому будинку. Це основна проблема в Україні – знайти належних усиновителів чи прийомних батьків для таких дітей, і зусилля у цьому напрямі рідко завершуються успіхом.

Аналіз стосунків членів цільової групи зі своїми сім'ями та опікунами дозволяє виявити не тільки велике їх розмаїття, але й різні психологічні, медичні та інші потреби, які можуть у них виникати. Він також показує особливу вразливість членів цільової групи, які осиротіли внаслідок СНІДу, народилися від ВІЛ-позитивних матерів, живуть із ВІЛ чи хворобами, пов'язаними зі СНІДом, самі або під наглядом опікунів.

4.6. Стан здоров'я та безпека для здоров'я

4.6.1. Загальні проблеми здоров'я

Діти та молодь, які живуть на вулицях у всьому світі, не тільки стикаються з браком життєвих ресурсів, але й мешкають у середовищі, яке часто буває шумним, брудним, насильницьким, небезпечним та байдужим. Як правило, у них обмежений доступ до служб охорони здоров'я, вони часто стають об'єктами насильства, займаються небезпечними видами діяльності, вживають наркотики та інші подібні речовини, стикаються з величезною кількістю ризиків і мають багато проблем зі здоров'ям, досить схожих у багатьох країнах, включаючи респіраторні хвороби та захворювання шлунково-кишкового тракту⁵.

Офіційної статистики про загальний стан здоров'я цільової групи в Україні немає. За даними опитаних надавачів послуг, основними проблемами є респіраторні захворювання та захворювання шлунково-кишкового тракту, інфекційні хвороби – гепатит, туберкульоз, ВІЛ та ПСШ, а також воші та блохи, гінекологічні проблеми, захворювання нирок через зневоднення та переохолодження, хвороби зубів та очей, біль у спині та голові, затримка розвитку. В Україні є лише один спеціалізований медичний заклад для цільової групи – центр медико-соціальної допомоги у Києві, заснований неурядовим надавачем послуг “Відкрите серце”, який діє на базі Київської міської дерматовенерологічної лікарні. Зі 180 дітей та молоді, перевічених там протягом перших шести місяців 2006 року, 12 пройшли лікування від сифілісу, 38 – від корості та 21 – від вошей. За даними неурядового надавача послуг “Шлях додому” (м. Одеса), багато дітей та молоді потерпають більш ніж через одну хворобу. Із 480 членів цільової групи, які пройшли обстеження та лікування, 220 мали гастрит, 130 – бронхіт, 70 – запалення легенів, 380 – коросту, 40 – дерматит, 150 – абсцеси, 100 – фурункули, 450 – затримку фізичного розвитку, 280 – захворювання хребта, 316 – анемію, 415 – астенію, 16 – астму, 26 – розтягнення зв'язок, 8 – гайморит, 62 – герпес, 118 – гепатит, 204 – ларингіт, 224 – захворювання зубів і 32 – гінекологічні проблеми. Надавачі послуг з інших міст України свідчать, що, коли абсцеси та інші серйозні інфекції залишаються без лікування, може розвинути гангрена, і вже зареєстровано окремі випадки ампутації кінцівок у дітей, оскільки поширення хвороби загрожувало їхньому життю.

Під час глибинних інтерв'ю, що проводилися взимку, діти та молодь також говорили про обмороження стоп та біль у ногах, розлади пам'яті та відсутність координації. Дехто повідомив, що проходили лікування від сифілісу, а двоє – що живуть із ВІЛ і мають супутні інфекції, зокрема туберкульоз. Кількість респондентів, які надали такі відповіді, незначна через делікатність запитання і через те, що мало дітей та молоді пройшли тест на ВІЛ чи туберкульоз.

В Україні немає офіційної статистики і щодо кількості дітей та молоді, які хворіють на туберкульоз і пройшли відповідне лікування, з числа тих, що живуть та працюють на вулицях України. Туберкульоз, як і ВІЛ, сягнув в Україні межі епідемії. Вона називається загальною епідемією, тобто поширена і вражає населення України в цілому. За даними “Звіту ВООЗ за 2004 рік про всесвітню боротьбу з туберкульозом – спостереження, планування, фінансування”⁶, приблизна кількість випадків туберкульозу становить 95 на 100 000

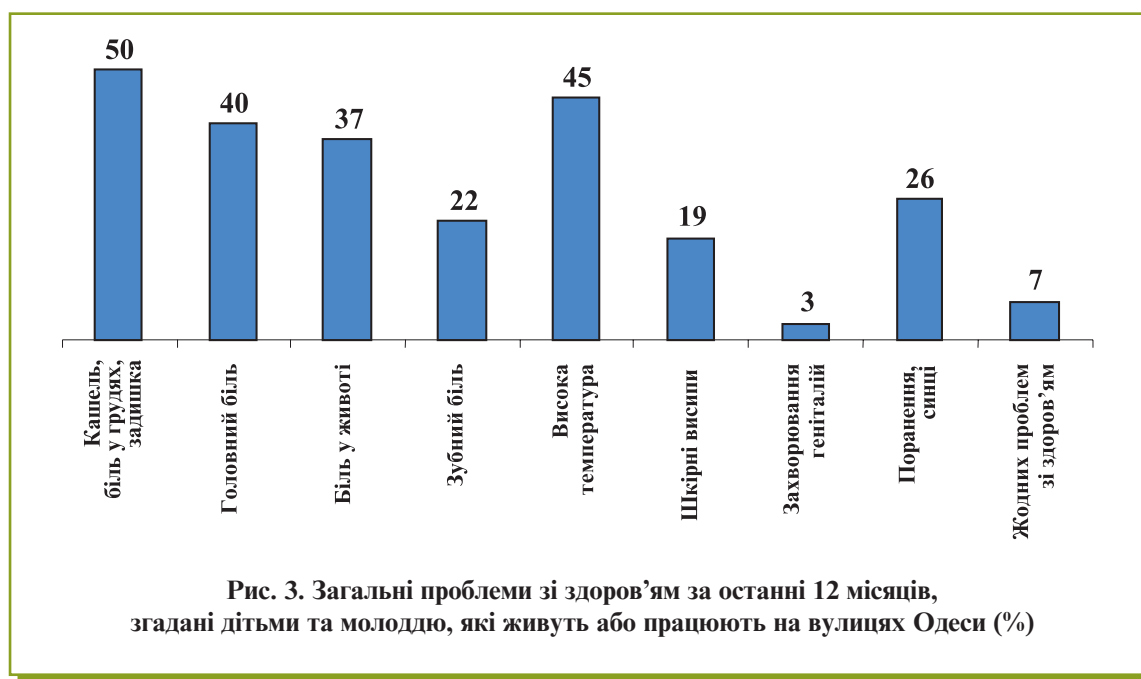
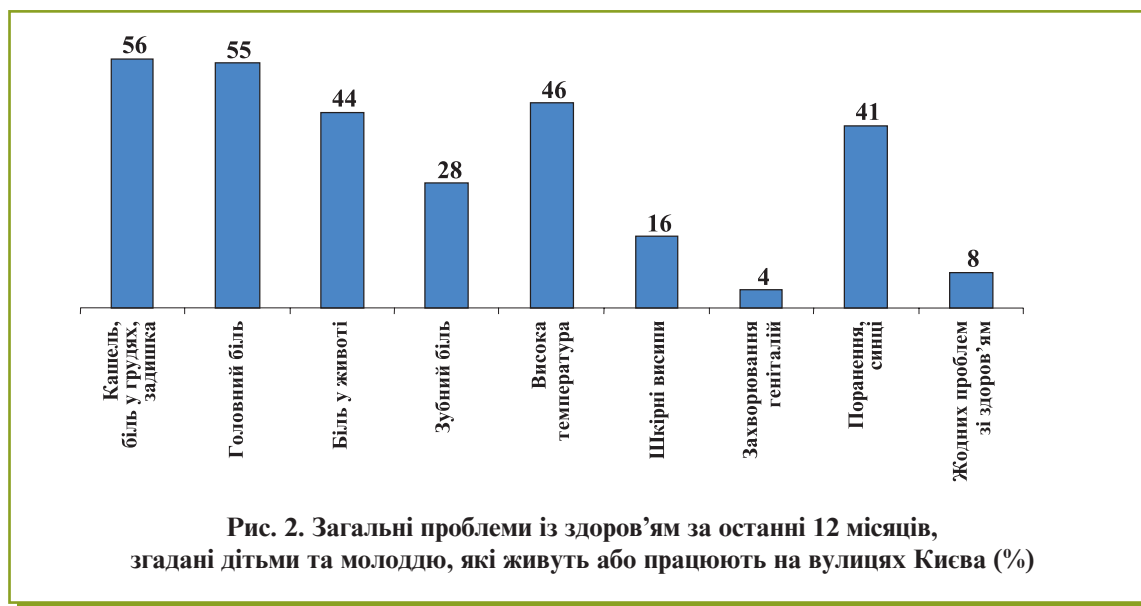
в Україні, й лише в 2002 році було зареєстровано майже 47 000 випадків захворювання. ВІЛ-інфіковані надзвичайно сприйнятливі до туберкульозу, і туберкульозні пацієнти в Україні у десять разів більше схильні мати мультирезистивний туберкульоз⁷, аніж у країнах Західної Європи. За таких обставин брак даних непокоїть особливо гостро.

Також є неофіційна статистика щодо кількості членів цільової групи, котрі мають ІПСШ чи лікувалися від них. За даними надавачів послуг, лише незначна кількість членів цільової групи пройшли тести на ВІЛ, головним чином через юридичні перепони, пов'язані зі згодою батьків чи опікуна (див. п'ятий розділ).

Опитані надавачі послуг вважають, що багато проблем із здоров'ям цільової групи викликано низькою гігієною та поганим харчуванням, наслідками травм, уживанням наркотиків та інших речовин, незахищеного сексу, нещасних випадків чи побиття. Вони сказали, що більшість дітей та підлітків, котрі звертаються до них по послуги, потерпають через депресію й іноді важко змусити їх висловити свої думки. Часто депресія починається, коли діти вперше залишають свою родину, оскільки можуть відчувати тугу через розлуку, та й власну провину, навіть якщо з ними жорстоко поводитися. Почуття провини може йти від переживань за батьків, котрі хворі, пиячать або вживають наркотики. Діти та молодь часто відчують, що повинні були залишитися вдома і доглядати батьків, або гадають, що вони егоїстичні через втечу з дому. Депресію також може бути викликано відчуттям покинутості батьками, особливо коли дитина чи молода людина були всиновлені. Депресія, а також уживання наркотичних речовин та спиртного можуть призводити до фізичної агресії щодо інших і навіть щодо себе, про що свідчать шрами на руках деяких дітей і молодих людей, з якими спілкувались інтерв'юєри під час проведення опитування в Києві та Одесі. Однак надавачі послуг також зазначили, що більшість членів цільової групи не мають наміру шкодити собі, а самогубства та передозування є поодинокими, адже саме інстинкт виживання у дітей та молоді – це те, що привело їх на вулицю. Не всі погодились з цією думкою, і дехто наголосив на амбівалентності між інстинктом виживання, з одного боку, та поведінкою, спрямованою на самознищення чи завдання шкоди, з іншого, називаючи це “повільним і несвідомим самогубством”. Хоча згадані спостереження суб'єктивні, а тому мають сприйматися з засторогою, проте вони підкреслюють потребу в подальшому дослідженні цієї проблеми, особливо тому, що немає офіційної статистики щодо завдання шкоди самому собі шляхом спроби самогубства чи передозування серед членів цільової групи, аби підтвердити наведені судження.

Діти та молодь, які брали участь в опитуванні в Києві та Одесі, повідомили, що мали цілий ряд симптомів, пов'язаних із згаданими вище хворобами. Протягом останніх 12 місяців у них найбільше спостерігалися проблеми з органами дихання (56% усіх респондентів у Києві та 50% в Одесі); у Києві також часто говорили про тілесні ушкодження та синці (41% у Києві порівняно із 26% в Одесі); згадували біль у животі (44% у Києві і 37% в Одесі), головний біль (55% у Києві та 40% в Одесі), високу температуру (46% у Києві і 45% в Одесі) з подальшим зубним болем (28% у Києві і 22% в Одесі), шкірні висипи (16% у Києві і 19% в Одесі) та захворювання геніталій (4% у Києві і 3% в Одесі). Лише 8%

опитаних дітей та молодих людей у Києві та 7% в Одесі відповіли, що не мали проблем зі здоров'ям протягом останнього року.



Дані опитування також аналізувалися за статтю, віковою групою і часом, проведеним на вулиці. Значні відмінності спостерігалися між дівчатами і хлопцями щодо поширення респіраторних захворювань, поранень та синців. 59% респондентів чоловічої статі у Києві скаржились на кашель, задишку та біль у грудях порівняно із 45% респондентів жіночої статі. Той факт, що респонденти чоловічої статі у Києві (46%) та Одесі (33%) повідомили про більшу кількість випадків поранень і синців, аніж у респондентів жіночої статі (20% у Києві та 12% в Одесі), можна пов'язати із даними, наведеними далі у цьому звіті, які свідчать,

що респонденти чоловічої статі частіше зазнають побиття і частіше вживають алкоголю та наркотичні речовини, збільшуючи ризик випадкових поранень у стані інтоксикації.

Закономірним є взаємозв'язок між кількістю повідомлень про проблеми із здоров'ям та віком респондентів. Старші респонденти в обох містах мали набагато більше цих проблем, ніж молодші. Це можна пов'язати з набагато вищим рівнем обізнаності старших, що підтверджується, наприклад, даними стосовно ВІЛ-поінформованості у підрозділі 4.6.8 цього розділу.

При аналізі зв'язку між кількістю повідомлень про проблемами із здоров'ям та тривалістю часу, проведеного на вулиці, в Києві значні розбіжності стосувалися лише шкірних висипів: їх мали 12% членів цільової групи, які прожили на вулицях менше від року, і 23%, тих, хто прожив понад рік. В Одесі різниця була менш помітною. Випадки проблем зі здоров'ям є частішими серед дітей та молоді, що прожили на вулиці від року до двох, аніж у тих, хто провів менше від 12 місяців, зокрема це стосувалося захворювань дихальних шляхів, високої температури, болю в животі та захворювань геніталій. При цьому кількість опитаних дітей та молоді, які повідомили про відсутність проблем зі здоров'ям, становила 10,9% серед тих, хто провів на вулиці менше від року, тоді як серед тих, хто перебував там від одного до двох років, становила 5,8%.

Таблиця 5

Зв'язок між проблемами здоров'я за останні 12 місяців і тривалістю часу, проведеного на вулиці (%) (Одеса)

ПРОБЛЕМИ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ	ТРИВАЛІСТЬ ЧАСУ, ПРОВЕДЕНОГО НА ВУЛИЦІ	
	0–12 місяців N = 119	1–2 роки N = 120
Кашель, біль у грудях, задишка	42	49,2
Висока температура	37	48,3
Головний біль	46,2	30,8
Біль у животі	26,9	42,5
Поранення, синці	30,3	18,3
Зубний біль	16,8	25,8
Шкірні висипи	15,1	21,7
Захворювання геніталій	0,8	2,5
Жодних проблем зі здоров'ям	10,9	5,8

4.6.2. Небезпека жорстокого поводження та експлуатації

Багато дітей та молоді залишають свої домівки, аби врятуватися від жорстокого поводження та експлуатації. Однак, живучи та працюючи на вулиці, вони здебільшого також зазнають жорстокого поводження. За даними опитаних надавачів послуг, в Україні жорстоке поводження виявляється в різноманітних формах: словесне, психологічне, фізич-

не, статеве насильство, а також трудова та сексуальна експлуатація. Серед правопорушників – батьки, вітчими і мачухи, брати і сестри, інші діти та молодь, які живуть та працюють на вулицях, у дитячих будинках чи притулках, працедавці, ватажки кримінальних угруповань, мешканці будинків, де можуть перебувати діти та молодь, власники магазинів та випадкові зустрічні люди на вулиці. Під час ситуаційного аналізу траплялися звинувачення у словесному, психологічному, а в деяких випадках фізичному знущанні з боку працівників притулків та співробітників правоохоронних органів.

Жорстоке поводження в усіх його формах справляє негативний вплив на фізичне та психічне здоров'я дітей і молоді. Окрім відомих фактів, наведених надавачами послуг, та даних, повідомлених самими дітьми та молоддю в містах Києві та Одесі, немає інших надійних офіційних, статистичних даних про жорстоке поводження з цією цільовою групою в Україні. Таке поводження переважно замовчується. За даними опитаних надавачів послуг, для цього існує багато причин, включаючи брак доступу до відповідних служб та юридичної допомоги, а також зневіру цільової групи у більшості державних надавачів послуг. Факти, повідомлені надавачами послуг, та дані, повідомлені опитуваними дітьми та молоддю, викликають значне занепокоєння стосовно жорстокого поводження та експлуатації членів цієї цільової групи та захисту їхніх прав.

Глибинні інтерв'ю показують, наприклад, що сексуальна експлуатація та насильство є відносно поширеним явищем у середовищі цільової групи. У Києві 21% опитаних дітей та молоді і 32,5% в Одесі повідомили, що зазнавали сексуального насильства чи експлуатації протягом останніх шести місяців, більшість із них дівчата та молоді жінки. Потрібне подальше дослідження, аби дізнатися більше про чинники сексуального насильства й експлуатації, оскільки про них дуже рідко говорять.

19-річна жінка в Одесі: “Був один випадок у 2001 році, коли мене примусила (мати) переспати з ним (якимось чоловіком). Я сказала, що не хочу спати з ним... Мати хотіла, щоб він дав їй пляшку горілки. Вона сиділа у кухні. Я спала. Він розбудив мене і почав розбещувати. Ситуація була такою, що грошей не було, а матері треба випити. Вона випила ту пляшку. Чоловік пішов. Я поплакала певний час... Вона нічого мені не казала. Вона просто не розмовляла зі мною три або чотири дні. Вона напивалася... приходила додому п'яна...”

Інтерв'юер: “Це вперше, коли у вас був подібний контакт?”

Жінка: “Так.”

Інтерв'юер: “Презерватив використовувався?”

Жінка: “Ні. Я не пам'ятаю, чи використовувався презерватив”.

Інтерв'юер: “А після цього у вас були інші статеві контакти?”

Жінка: “Ні, не було”.

14-річна дівчинка у Києві: “Хтось одного разу намагався мене зґвалтувати. Це був товстий незнайомець. Мене врятував... (ім'я хлопця); він (хлопець) ось тут. Я не хочу це згадувати”.

13-річна дівчинка в Одесі: “Були спроби мене зґвалтувати, але мені якимось чином удавалося вислизати. Я не хочу цього, і це мені не подобається. Я бачила, як зґвалтували мою подругу, і не хочу цього”.

Стосовно інших форм фізичного насильства, то найпоширенішими були побиття. У Києві 53% та в Одесі 47% опитаних дітей і молоді повідомили, що їх били протягом останніх шести місяців. У ролі основного чинника фізичного насильства вони назвали інших членів цільової групи (32% в Києві та 26% в Одесі). Співробітники правоохоронних органів посідають друге місце: 17% респондентів у Києві і 21% в Одесі стверджували, що представники місцевої міліції били їх. Крім того, 10% дітей та молоді в Києві повідомили, що протягом останніх шість місяців їх били батьки (2% в Одесі). Цю значну різницю між двома містами може бути пов'язано з тим фактом, що респонденти у Києві частіше контактували з батьками, ніж респонденти в Одесі.

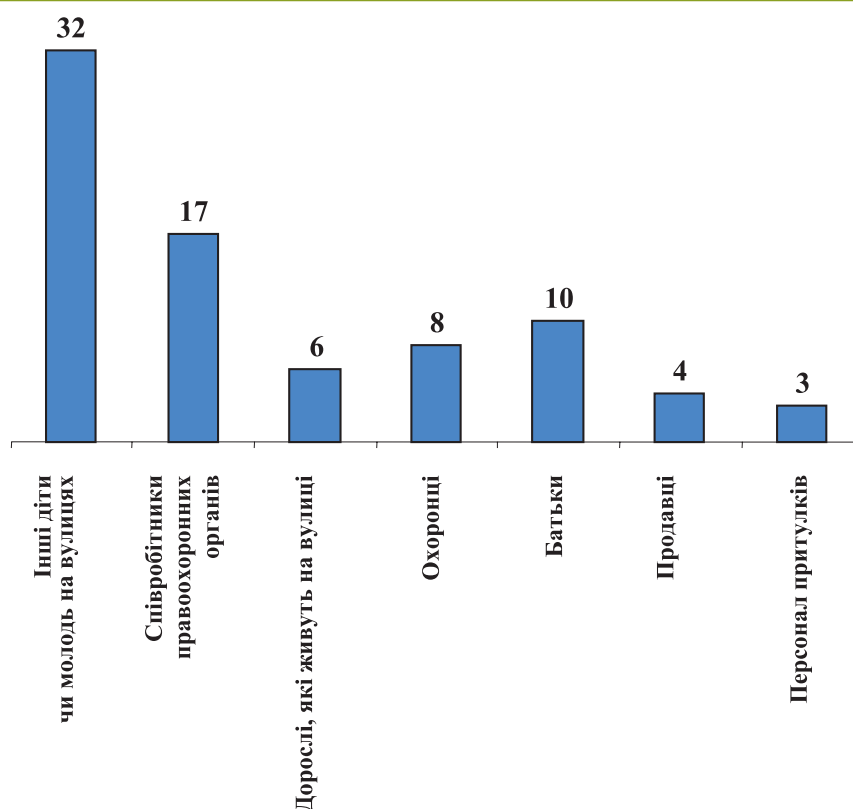


Рис. 4. Люди, які, за словами опитаних дітей та молоді, били їх протягом останніх шести місяців (%) (м Київ)

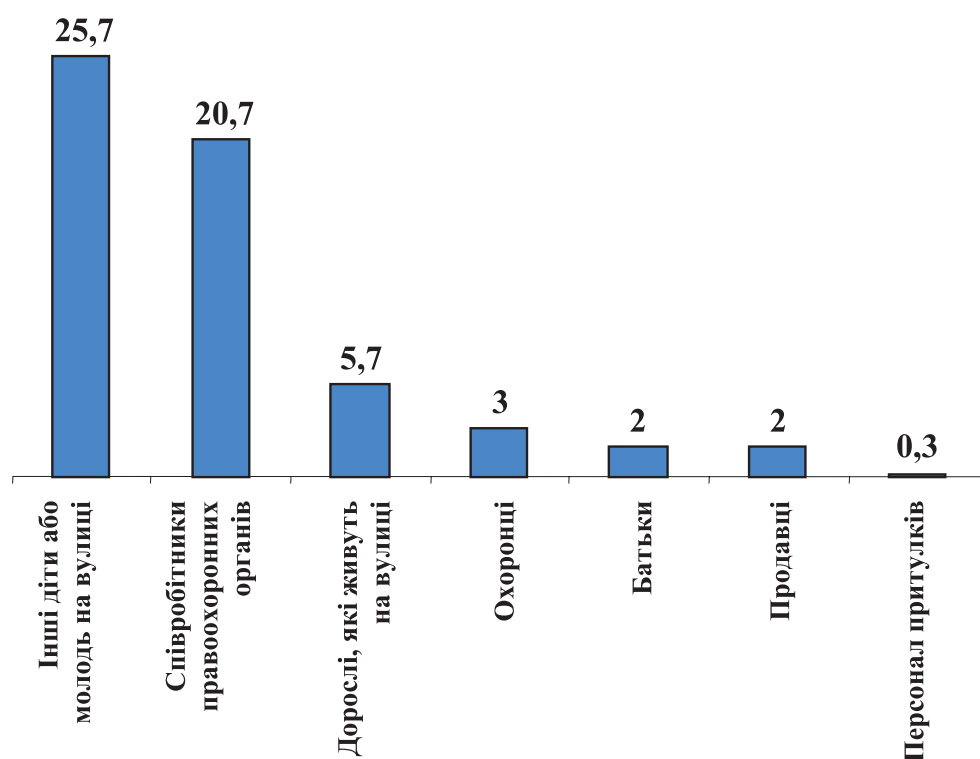


Рис. 5. Люди, які, за словами опитаних дітей та молоді, били їх протягом останніх шести місяців (%) (м. Одеса)

Існує значна різниця у відповідях на запитання стосовно побиття співробітниками правоохоронних органів залежно від віку респондентів. Старші повідомили, що зазнавали більше насильства з боку представників міліції (26% у Києві та 28% в Одесі), ніж молодші (10% у Києві та 16% в Одесі). Молодші (34% в Києві та 31% в Одесі) вказали, що зазнавали більше насильства від інших членів цільової групи, ніж старші (30% в Києві та 18% в Одесі).

Таблиця 6

Залежність між чинниками побиття та віковою групою дітей та молоді (%) (м. Київ)

ОСОБИ, ЯКІ БИЛИ ДІТЕЙ (ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ ШЕСТИ МІСЯЦІВ)	ВІКОВА ГРУПА	
	молодші, 10–14 років	старші, 15–19 років
Інші діти та молоді люди, які живуть або працюють на вулицях	33,5	29,7
Співробітники правоохоронних органів	9,7	25,5
Дорослі, які живуть на вулиці	3,9	8,3
Батьки	12,3	6,9
Продавці	4,5	3,4
Охоронці	7,7	8,3
Персонал притулків	1,9	4,1

Таблиця 7

**Залежність між джерелами побиття
та віковою групою дітей та молоді (%) (м. Одеса)**

ОСОБИ, ЯКІ БИЛИ ДІТЕЙ (ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ ШЕСТИ МІСЯЦІВ)	ВІКОВА ГРУПА	
	молодші, 10–14 років	старші, 15–19 років
Інші діти та молоді люди, які живуть або працюють на вулицях	30,6	18,3
Співробітники правоохоронних органів	15,6	28,3
Дорослі, які живуть на вулиці	4,4	7,5
Батьки	2,2	1,7
Продавці	2,2	1,7
Охоронці	1,7	5
Персонал притулків	0,6	0

Тривалість часу, який діти та молодь провели на вулицях, також впливає на рівень фізичного насилля. У той час як із боку батьків його проявів стає менше, зростає їх кількість із боку співробітників правоохоронних органів. Із тих членів цільової групи, які прожили менше від року на вулицях, зазначили, що були побиті співробітниками правоохоронних органів, 12% в Києві та 19% в Одесі порівняно із 24% і 30% відповідно з тих, хто прожив на вулицях більше від року. Зібрані дані не прояснюють причин таких відмінностей.

Під час глибинних інтерв'ю в Одесі інтерв'юєри намагалися з'ясувати причини, чому співробітники правоохоронних органів били членів цільової групи. Опитані діти та молоді люди казали, наприклад, що їх били за крадіжки і участь у бійках. Дехто згадував, що в тому була їхня провина і їх били “не просто так”. Інші казали, що їх били для отримання інформації про інших членів цільової групи, які могли займатися крадіжками чи вживати наркотики, або вибивали визнання з дитини чи молодої людини щодо вживання наркотичних речовин тощо. Також згадувалося побиття заради “розваги”, або через “садизм”, або через те, що вони сиділи у недозволеному місці, або ходили в брудному одязі.

Один респондент сказав, що платив певні гроші співробітникам правоохоронних органів, аби вони залишили його в спокої, а кілька дівчат повідомили, що їм удавалося позбутися докучань, коли вони “просили змилюватися”. Окрім повідомлень про побиття, опитані давали детальні описи того, як співробітники правоохоронних органів застосовували до них тортури. Детальніше про це говориться у підрозділах 5.2 і 6.3.

Крім фізичного, словесного та психологічного знущань, яких діти та молоді люди знають від рук інших дітей, молоді та дорослих, результати ситуативного аналізу показують, що їх експлуатували на різних роботах. Вони особливо уразливі до цієї форми насильства. У деяких випадках діти та молодь, саме намагаючись уникнути трудової експлуатації, тікають на вулицю. Цей тип експлуатації переважно зустрічається таких сферах, як вулична торгівля, сільськогосподарські роботи, будівництво, сексуальні послуги та торгівля наркотиками й людьми⁸. Діти та молодь із сільських районів більше схильні допомагати своїм сім'ям, ніж міські, декого примушують працювати їхні сім'ї,

хоча значна частина зацікавлена заробляти свої власні гроші. Більше від половини їх старші від 15 років⁹.

Члени цільової групи також ризикують стати об'єктами торгівлі людьми і бути проданими за межі країни. Однак в Україні торгівля дітьми вважається менш поширеною, ніж дорослими (за даними Міжнародної організації праці, в Україні¹⁰ 10% всіх жертв торгівлі людьми, котрим пощастило повернутися додому, мають вік від 12 до 18 років). Такі випадки важко задокументувати¹¹, оскільки прикордонникам часто складно визначити, які діти стали жертвами торгівлі, а також тому, що повідомлення про факти зникнення дітей з'являються рідко.

Офіційної статистики щодо кількості дітей і молоді, які живуть та працюють на вулицях в Україні і потерпіли через торгівлю людьми, немає, однак український уряд визнав торгівлю людьми серйозною проблемою¹². Серед жертв торгівлі більшість – це дівчатка, хоча іноді трапляються й хлопчики. Дітьми торгують задля їх використання у сфері секс-послуг як дешевої робочої сили, як наркокур'єрів, для жебракування і дрібних злочинів¹³. Під час глибинних інтерв'ю в Одесі один хлопчик назвав випадок торгівлі людьми. Одному з його знайомих запропонували роботу, забрали з міста і зрештою змусили збирати металобрухт на сміттєзвалищі без їжі та платні.

Діти – жертви торгівлі часто виявляються обдуреними, а бідність їхніх батьків використовується як засіб тиску на них. Дві групи серед дітей та молоді вважаються найбільш уразливими щодо торгівлі людьми – це ті, хто втік з дитячих будинків¹⁴, і діти, чий батьки працюють за кордоном. Є дані, що циганські родини віддають своїх дітей у найми для жебракування на вулицях чи кишенькових крадіжок в інших країнах СНД¹⁵. Торгівля людьми в будь-якій формі може травмувати дітей та молодь і справити значний вплив на їхнє фізичне та психічне здоров'я.

Беручи до уваги специфічність теми організованої злочинності, дітей та молодь у Києві та Одесі просили лише зазначати свої контакти зі злочинним світом під час глибинного опитування. Опитані в Києві наголосили, що контакти зі злочинним світом завжди безпосередньо пов'язані із “зароблянням грошей”. Вони зокрема зазначали, що займалися колективним пограбуванням п'яних осіб із метою заволодіння грошима чи мобільними телефонами. Мобільні телефони продаються, і, хоча про це відкрито не говорилося в інтерв'ю, було очевидно, що деякі діти та молоді люди є однією з ланок ланцюжка викрадення та продажу мобільних телефонів, що перетворилися на добре налагоджену справу.

Інтерв'юер: “...де ти береш гроші? Як ти їх отримуєш?”

11-річний хлопчик у Києві: “Я можу просити милостину... (або) хтось може купити мені, скажімо, хот-дог. Я вкраду його гроші. Я візьму їх для себе. Я візьму їх ненавмисне. Чи, можливо, я заберу їх у п'яного, який проходитьиме повз мене. Я звалю його і заберу гроші”.

Інтерв'юер: “Ти можеш звалити його сам?”





Хлопець: “Сам – ні. Ну, я не можу зробити це сам. Я роблю це, коли нас двоє. Коли беру свою групу, то кажу одному з них збити його”.

Інтерв'юер: “Отже – вони слухаються тебе? Ти можеш віддавати своїм хлопцям накази?”

Хлопець: “Я не можу наказувати їм. Вони захищають мене. Вони старші за мене”.

Інтерв'юер: “І скільки грошей таким чином можна зібрати?”

Хлопець: “Усі, що в нього є... Іноді ми залишаємо трохи. Але ми забираємо мобільний телефон”.

Інтерв'юер: “І що ви робите з мобільним телефоном?”

Хлопець: “Збагрюємо його”.

Інтерв'юер: “Що це значить?”

Хлопець: “Ми продаємо його”.

Інтерв'юер: “А ви вже знали, кому його треба нести?”

Хлопець: “Таких людей багато”.

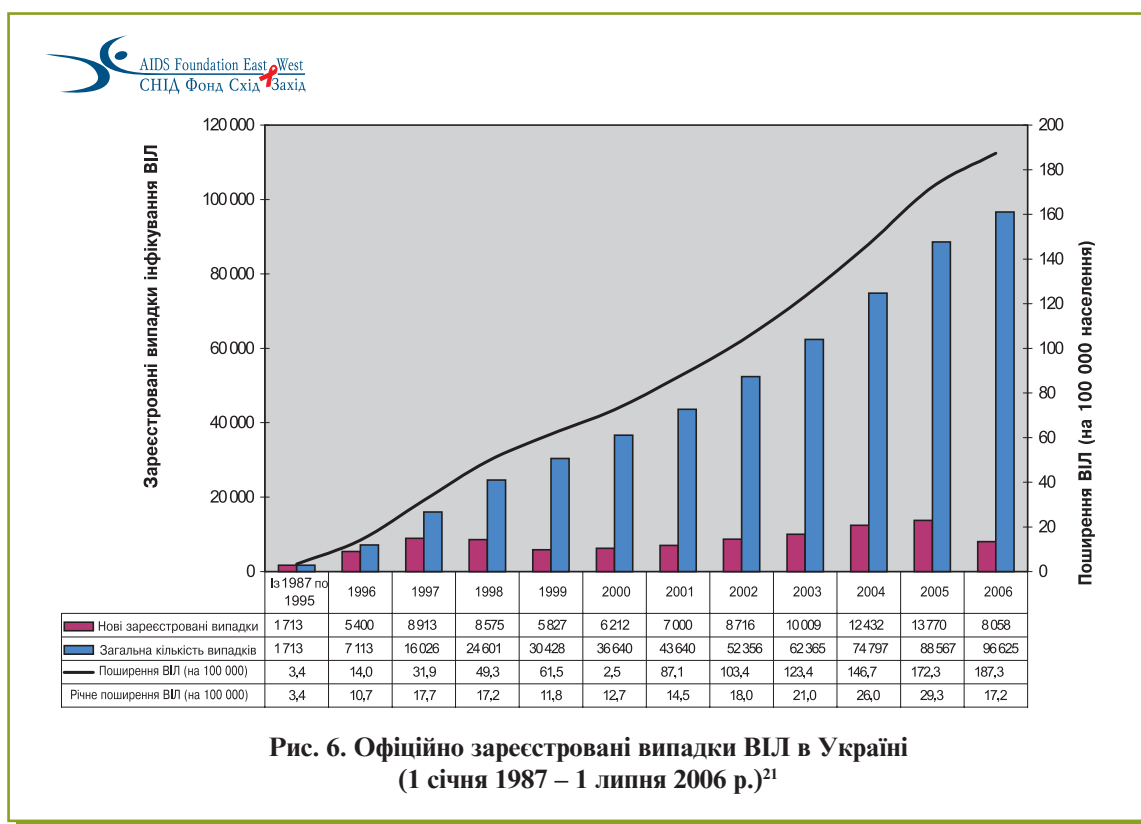
Працівник приймальника-розподільника для неповнолітніх у Києві, який перебуває у віданні Міністерства внутрішніх справ (МВС), сказав, що основні причини, через які члени цільової групи починають займатися незаконною діяльністю, – це примус старших членів їхньої групи, потреба заробляти на життя, а іноді збудження, яке вони відчують при цьому. В Одесі 13-річна дівчинка розповіла інтерв'юеру, як дорослі намагалися використати її для кримінальних потреб, але співробітники правоохоронних органів допомогли їй та її друзям.

13-річна дівчинка в Одесі: “Із нас знущалися і дуже били. Два чоловіки – вони хотіли, щоб ми пішли в їх компанії, залякуючи всіх, кого ми зустрічали, – скажімо, вихоплювали сумочку... вони (двоє чоловіків) приходили і забирали (крадене), і били всіх. Ми пішли в місцевий відділ внутрішніх справ і поскаржилися на це. (Співробітники міліції сказали) “Ми розберемося з цим, розберемося”. Їх (двох злочинців) забрали туди і щось сказали; вони більше до нас не чіплялися”.

За словами багатьох дітей та молодих людей, які пройшли глибинне опитування, ризик бути експлуатованим, розбещеним чи навіть викраденим залежить від самовладання конкретної дитини чи молодого людини. Чим упевненіші вони, тим менша ймовірність, що це станеться. Хоча в цьому твердженні є своя правда, дана заява показує, наскільки діти та молоді люди недооцінюють небезпеку, на яку вони наражаються на вулиці. Заняття кримінальною діяльністю також значно посилює ризик отримати пошкодження чи зашкодити іншим або бути пійманим співробітниками правоохоронних органів і взятими під варту, що в кінцевому підсумку може зашкодити їх фізичному та психічному здоров'ю.

4.6.3. Епідемія ВІЛ в Україні

Україна – одна з європейських держав із найвищим рівнем поширення ВІЛ-інфекції. За оцінками експертів, рівень поширення ВІЛ серед дорослого населення країни становить 1,46%, або 344 000 людей віком від 15 до 49 років живуть із ВІЛ¹⁶. Станом на 1 липня 2006 року було діагностовано 96 625 осіб, які живуть із ВІЛ, порівняно із 36 640 у 2000 році¹⁷. Прогнозований рівень поширення ВІЛ серед груп населення, які найімовірніше зазнають ризику інфікування, перевищує 5%¹⁸. За таких оцінок, ВІЛ-епідемія в Україні все ще класифікується як “концентрована¹⁹ епідемія”²⁰.



Групи населення, які найімовірніше зазнають впливу ВІЛ у даний час, – це найбільш “маргіналізовані” групи, тобто споживачі ін’єкційних наркотиків, секс-працівники, чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками, та молодь, яка веде небезпечний спосіб життя і живе у небезпечних умовах, як цільова група цього дослідження. У той час як протягом останніх двох років в Україні проводилися ВІЛ-дослідження стосовно споживачів ін’єкційних наркотиків, секс-працівників та чоловіків, які мають секс із чоловіками, цільову групу не було включено у дозорні епідеміологічні нагляди²².

Жінки та діти також дедалі стають групою найбільше ураженою ВІЛ-епідемією. У 2001 році 38,2% всіх нових зареєстрованих випадків ВІЛ в Україні були серед жінок, а в 2005 році це співвідношення зросло до 41,6%²³. У 2006 році 10 978 випадків ВІЛ-інфекції було зареєстровано серед дітей, з яких 98% народилися від ВІЛ-позитивних матерів²⁴. Наявні дані не є деталізованими. Так само відсутні оцінки щодо категорії “діти й молодь, які

живуть та працюють на вулицях”. Тому неможливо дізнатися, скільки з них могли жити з ВІЛ або хворобою, супутньою СНІДу. Однак із 25 дітей, які живуть на вулицях Києва і пройшли перевірку на ВІЛ у 2005 р., п’ятеро були визнані ВІЛ-позитивними (20%), а з 29 дітей, перевірених в Одесі, 20 виявилися ВІЛ-позитивними (69%). У поєднанні з багатьма факторами ризику, про які йтиметься в наступних розділах, це може стати індикатором того, що поширеність ВІЛ серед цільової аудиторії може бути відносно високою, хоча для підтвердження такого припущення потрібне додаткове дослідження.

Крім дітей та молоді, які вже живуть із ВІЛ, постійно збільшується кількість осиротілих внаслідок СНІДу. За деякими оцінками робиться припущення, що до 2014 р. близько 47 000 дітей стануть сиротами внаслідок СНІДу²⁵.

Епідемія ВІЛ в Україні продовжує поширюватися з небезпечною швидкістю, незважаючи на зусилля надавачів послуг та міжнародних донорів. Регіони, які зазнали найбільшого враження ВІЛ, – південь та схід України (на даний час дві третини випадків ВІЛ зареєстровано там)²⁶, але епідемія також швидко поширюється за межами цих регіонів.

Епідемія ВІЛ зростає найбільш значною мірою внаслідок поширення ВІЛ серед СІН (59% усіх випадків)²⁷. Частка передачі ВІЛ статевим шляхом зростає і пов’язана переважно з передачею ВІЛ від СІН до їхніх статевих партнерів, багато з яких не вживають наркотики ін’єкційно. Рівень ВІЛ серед СІН, досліджений у тринадцяти містах України за допомогою епідеміологічного спостереження у 2005 році, коливався від 9,6% у Сумах до 66,4% в Миколаєві. В Одесі 41,3% та в Києві 48,8% СІН є ВІЛ-позитивними²⁸.

Дані щодо поширення ВІЛ серед жінок – працівниць секс-бізнесу відомі з епідеміологічного спостереження 2004 року і коливаються від 8% у м. Києві до 32% у Миколаєві²⁹. В Одесі 27% перевірених жінок – секс-працівниць виявилися ВІЛ-позитивними. Дані свідчать, що обидві ці групи характеризуються поведінкою, яка наражає їх на високий ризик зараження ВІЛ.

Крім цих двох груп та чоловіків, які мають секс із чоловіками, епідемія ВІЛ найбільше вражає молодь. В Україні 25% людей із ВІЛ молодші від 20 років, а з недавно зареєстрованих випадків у 2005 р. 58,5% мали вік до 30 років³⁰. Існує чотири основні фактори, що сприяють цьому. Перший – ранній вік, коли відбувається перший статевий контакт, та значна кількість статевих партнерів. Відповідно до поведінкового дослідження, проведеного серед молоді у 2004 р.³¹, середній вік першого статевого контакту в Україні становить 17 років. 67% опитаної міської молоді та 62% сільської були сексуально активними у віці від 15 до 24 років. Серед тих, хто повідомив про статеві контакти з нерегулярними партнерами за останні 12 місяців, 32% були з міст і 31% – із сільської місцевості.

Другий фактор – високий рівень незахищеного сексу, про що свідчать рівень абортів серед дівчат та жінок у віці 15–44 років³² та високий рівень ІПСШ. Україна досі має четвертий, найвищий рівень сифілісу серед дітей та молоді у віці від 15 до 19 років у ЦСЄ та СНД³³. Рівень поширення сифілісу серед дітей стабільно зростає³⁴ із 1990 до 2003 року.

Серед хлопчиків віком від 0 до 14 років він становив 0,14 на 100 000 населення у 1990 р. і 2,72 на 100 000 населення у 2003 році.

Ще два фактори – споживання ін'єкційних наркотиків та секс-бізнес. Із числа приблизно 560 000 споживачів наркотиків в Україні 20% не досягли 19 років³⁵. Половина з усіх СІН починають уживати наркотики до 24 років. Але факти свідчать, що в Україні вік, коли починається вживання наркотичних речовин, знижується до 13–15 років³⁶. СІН у віці від 15 до 19 нині становлять 32,3% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб в Україні³⁷. Серед залученими до сексуальної експлуатації жінок секс-бізнесу в Україні від 10 до 20% є неповнолітніми³⁸.

4.6.4. Зв'язки між уживанням наркотичних речовин, роботою у сфері секс-бізнесу та поширенням ВІЛ в Україні

Щоб краще зрозуміти ступінь ризику, якого цільова група в Україні, котра займається вживанням наркотиків чи інших речовин або секс-бізнесом, зазнає щодо зараження інфекційними хворобами на зразок ВІЛ, у цьому пункті дається підсумок ключових результатів глибокого аналізу ситуації з уживанням наркотиків, секс-роботою та ВІЛ в Україні, проведеного у 2005 році ЮНІСЕФ та ЮНЕЙДС³⁹.

Більшість споживачів наркотичних речовин в Україні – чоловіки⁴⁰. Обидва міста (Київ та Одеса), включені в опитування для цього звіту, входять до числа тих, де зафіксовано найбільше випадків уживання наркотиків у країні⁴¹. Дані, надані медичними установами та МВС, свідчать, що рівень уживання наркотичних речовин продовжує зростати в Україні⁴² також серед молоді віком від 13 до 15 років⁴³.

Сучасна “наркотична сцена” в Україні є “оптимальною”, оскільки наркотики та речовини доступні на всій території держави⁴⁴. Більшість наркотиків купуються на вулиці, ринках чи в аптеках⁴⁵. Багато наркотиків відносно дешеві. Наприклад, одна доза ширки (поширений опіат домашнього виготовлення) коштує від 8 до 12 грн. (приблизно від 1,58 до \$ 2,38). Більшість споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) витрачають від 40 до 100 грн. (приблизно \$ 7,92–19,80) на день на наркотики⁴⁶. Картина відрізняється від аналогічної в інших країнах тим, що наркотики та наркотичні речовини отримують переважно в обмін на приготування, перепродаж чи транспортування їх або сексуальні послуги⁴⁷. Більшість споживачів наркотиків та наркотичних речовин вживають їх групами⁴⁸, і через високий рівень стигматизації в Україні наркосцена є прихованою та складною для вивчення⁴⁹.

Спектр наркотичних речовин, доступних для немедичного використання в Україні⁵⁰, значно розширився за останні роки. Похідні конопель та опіати домашнього приготування залишаються найпопулярнішими наркотиками. Стимулянти домашнього приготування на основі дешевих та легкодоступних ліків типу “Ефекту”, трайфед, колдакт, колдрекс та інших особливо популярні серед юних споживачів ін'єкційних наркотиків⁵¹. Дослідження в інших країнах свідчать, що багато дітей та молоді, які живуть та працюють на вулицях, також використовують розчинники⁵², які вдихають чи “внюхують” через ніс

або рот. Вони особливо зручні для цільової групи, оскільки зменшують фізичний та емоційний біль, знижують апетит, а також викликають сонливість.

Можливі наслідки вживання наркотиків та наркотичних речовин добре відомі та становлять небезпеку виникнення залежності, психічних та емоційних розладів, різних проблем зі здоров'ям та ризик випадкової смерті або поранення через втрату координації рухів.

Основні фактори ризику щодо ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків такі⁵³:

- поширена звичка серед груп СІН використовувати один шприц кілька разів, тим самим ризикуючи використати заражений ін'єкційний інструмент;
- іноді проводиться чистка шприців, але вона здебільшого обмежується полосканням кип'яченою водою або водою з-під крана, що недостатньо для стерилізації шприца;
- дослідження поведінки СІН свідчать, що вони переважно ведуть активне статеве життя, а ті, хто вживає амфетаміни, практикують незахищений секс частіше за інших;
- коли діти чи молодь уперше долучаються до наркотиків, хтось інший робить їм ін'єкцію. Тому в них немає контролю над якістю наркотика і стерильністю інструментарію;
- СІН здебільшого не зберігають шприци через страх бути затриманими співробітниками правоохоронних органів за зберігання наркотиків, що є кримінальним злочином за українськими законами (див. п'ятий розділ);
- молоді СІН майже завжди не в змозі забезпечити стерильність шприців, які продаються наповненими наркотиками, і переважно менш поінформовані, ніж СІН зі стажем, про ризики і доступні запобіжні заходи.

У 2004 році Український центр з профілактики та боротьби зі СНІДом констатував, що половина ВІЛ-позитивних дітей віком 13–14 років уживали наркотики від року до двох – здебільшого ширку. Близько 5% зареєстрованих дітей сказали, що вони бездомні⁵⁴, а 75% усіх ВІЛ-позитивних СІН були дітьми і походили з кризових сімей⁵⁵. За даними Українського центру з профілактики та боротьби зі СНІДом, тривалість життя цих дітей надзвичайно низька, а основні причини смерті – хвороби, пов'язані зі СНІДом, та передозування наркотиків⁵⁶.

Як було підкреслено вище, існує тісний зв'язок між секс-роботою та ін'єкційним споживанням наркотиків в Україні. Згідно з даними опитування 2004 року, 20% жінок-СІН та 1,5% чоловіків надавали сексуальні послуги в обмін на гроші чи наркотики. Рівень ВІЛ-інфекції серед жінок-СІН, котрі надають сексуальні послуги, був майже у п'ятеро вищий, ніж серед тих, хто не вживає наркотиків (38,6% порівняно із 8,3%)⁵⁷. Як багато СІН, секс-працівники часто поводять так, що наражаються на ризик зараження ВІЛ, ІПСШ, туберкульозом та гепатитом В і С та іншими хворобами. Основні фактори ризику⁵⁸:

- статеві стосунки зі споживачами ін'єкційних наркотиків;
- вживання ін'єкційних наркотиків;

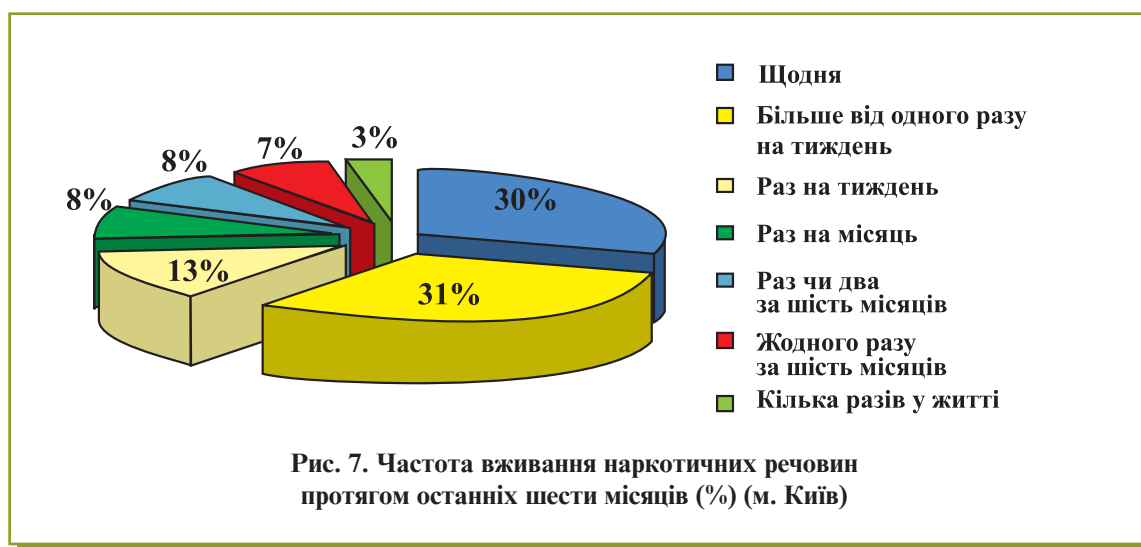
- незахищений секс (добровільно чи з примусу), що зокрема поширено серед секс-працівників, які надають найдешевші послуги або обмінюють секс на наркотики;
- широка практика придбання низькоякісних, дешевих чи прострочених презервативів.

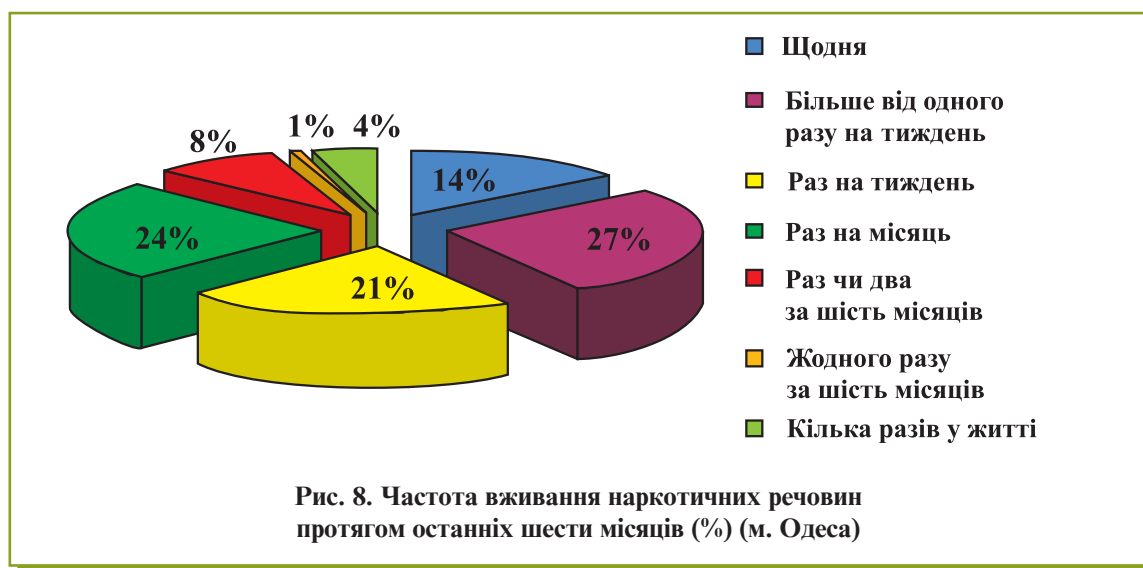
За даними МВС за 2003 р., в Україні налічувалося 150 000 жінок, які займаються секс-бізнесом, і кількість їх зростає. Хоча діти та молодь, залучені до сексуальної експлуатації, не підпадають під широку категорію “секс-працівників” у цьому звіті, ризики, з якими вони стикаються під час сексуальної експлуатації, часто є ідентичними.

Діти та молодь, які живуть або працюють на вулицях в Україні, стикаються з усіма факторами ризику, наведеними вище. Ризик наразитися на ВІЛ, ІПСШ, туберкульоз, гепатит та інші інфекції у них навіть вищий, ніж в інших “маргіналізованих” груп. Життя та робота на вулиці ставлять їх у позицію надзвичайної уразливості. Вони йдуть на вулицю у відповідь на невдачі своїх сімей та служб захисту дітей⁵⁹, і шукають підтримки та захисту передусім у своїх ровесників, які живуть у тій самій ситуації, що ще збільшує ймовірність виникнення ризикованої поведінки. Тому вони становлять надзвичайну важливу групу в плані запобігання переходу ВІЛ до загального населення.

4.6.5. Небезпека вживання наркотичних речовин серед представників цільової групи

Опитування в Києві та Одесі частково підтверджує результати глибинного аналізу, проведеного у 2005 р. ЮНІСЕФ та ЮНЕЙДС, (див. пункт 4.6.4.). З опитаних дітей у Києві 76% та в Одесі 94% відповіли ствердно, коли їх спитали, чи перебували вони коли-небудь у стані інтоксикації або “кайфували” від уживання якогось стимулянта. Частота вживання наркотиків та наркотичних речовин за останні шість місяців підтверджує дуже високий рівень вживання наркотиків та речовин серед даної цільової групи.





З опитаних дітей 30% у Києві та 14% в Одесі повідомили, що вживали наркотичні речовини щодня протягом останніх шести місяців. У Києві 31% та в Одесі 62% робили це кілька разів на тиждень, а 13% у Києві та 21% в Одесі вживали наркотики та наркотичні речовини раз на тиждень. 24% в Одесі та 8% у Києві повідомили, що вживали наркотики раз на місяць, а 13% в Одесі та 15% у Києві відповіли, що не вживали наркотики та наркотичні речовини взагалі протягом останніх шести місяців або ж робили це раз чи двічі.

Опитані діти та молодь уживають цілий ряд наркотичних речовин, тож між Києвом та Одесою є відмінності щодо виду та форми наркотичних речовин, які беруть найчастіше. У Києві діти та молодь назвали спиртне (49%) як найуживаніший наркотик, за ним ідуть клей (39%) і “трава” (тобто марихуана) (22%); і лише 8% сказали, що вживали ін’єкційні наркотики. Респонденти в Одесі сказали, що найчастіше вживали клей (43%), за ним спиртне (27%), ін’єкційні наркотики (17%) й таблетки (10%). Оскільки це не є представницьким дослідженням, відмінності можуть бути випадковими. Також опитування не розкрило, які типи розчинників, окрім клею, можуть уживатися. Оскільки в Україні є цілий ряд легкодоступних розчинників, потрібне подальше дослідження.

За даними опитаних постачальників послуг, уживання наркотиків та спиртного вельми поширене серед членів цільової групи, адже це не лише дає їм змогу втекти від реальності, але й слугує засобом відпочинку та посвячення певних груп. Клей вважається найбільш доступним для дітей та молоді будь-якого віку (наприклад у будь-якому магазині канцтоварів). Це також підтверджується опитуванням, проведеним у Харкові (результати було оприлюднено у 2002 році)⁶⁰, в якому 60,4% опитаних дітей, які живуть на вулиці, визнали вживання наркотиків, і клей серед них був найпопулярнішим. Головними причинами вживання клею, названими дітьми в цьому опитуванні, були вплив інших людей (58,4%), цікавість (48,7%) та відсутність будь-якої іншої діяльності (8,8%).

Різновид та форма вживаних наркотичних речовин різняться залежно від тривалості часу, проведеного на вулицях, вікової групи та статі. Дані опитування в Києві свідчать, що

чим довше діти та молодь жили на вулиці, тим вищим було вживання наркотиків та наркотичних речовин. Удихання клею у 1,5 раза вище серед тих, хто прожив на вулиці понад рік, уживання таблеток – у чотири рази, а ін'єкційних наркотиків – у 5,9 раза. Однак дані з Одеси показують менш чітку картину. Як і в Києві, вживання більшості наркотичних речовин і наркотиків зростає після того, як діти та молодь провели на вулиці понад один рік, за винятком клею, споживання якого спадає. Після двох років на вулиці три форми споживання домінують в Одесі: ін'єкційні наркотики, таблетки і “траву”. Ураховуючи незначний розмір вибірки і брак інших опитувань, неможливо дати будь-яке достовірне пояснення цій різниці. Корисним може бути подальший аналіз, аби зрозуміти, як тривалість часу, проведеного на вулицях, впливає зокрема на вживання ін'єкційних наркотиків серед цільової групи.

Відношення між споживанням різних наркотиків та наркотичних речовин і віковою групою респондентів свідчить, що загалом споживання зростає в міру дорослішання споживачів. Є лише одна відмінність, яка стосується клею. Тоді як у Києві старші (43%) більше, ніж молодші (35%), вживають клей, в Одесі вживання клею спостерігалось більше молодшими (59%), ніж старшими (29%). За словами опитаних надавачів послуг, ін'єкційне вживання наркотиків починається на вулицях рано – у 15–16 років.

Глибинні інтерв'ю проливають деяке додаткове світло на вживання наркотиків та наркотичних речовин серед цільової групи в Києві та Одесі. Удихання клею дуже поширене, оскільки прийнятне для дітей і молоді як за ціною, так і за наявності у різних магазинах канцтоварів, що зазначали надавачі послуг. Діти та молодь використовують різні марки клею – приміром, “Вінтер”, “Квінтол”, “Нарил”, “Бутоприн”, “Моноліт”, “Супермомент” і “Момент-1”. Опитані у Києві сказали, що переважно вдихають клей, оскільки так заведено у їхній групі, а ще тому, що хочуть мати галюцинації (тобто яскраві видива в стані інтоксикації), і тому, що вживання клею слугує заміником їжі, бо може пригнічувати апетит і допомагає перестати думати про їжу. Дехто сказав, що, коли постає вибір між тим, що купити – їжу або клей, вони швидше беруть клей.

В Одесі опитані діти та молодь зазначили такі причини, чому вони припинили вживання клею, коли подорослішали:

- вдихання клею – це не “доросла”, “плебейська” звичка;
- наркотичний ефект від клею поступово зникає;
- респонденти перейшли на ін'єкційні наркотики;
- у світлі проблем із здоров'ям респонденти більше не можуть уживати клей.

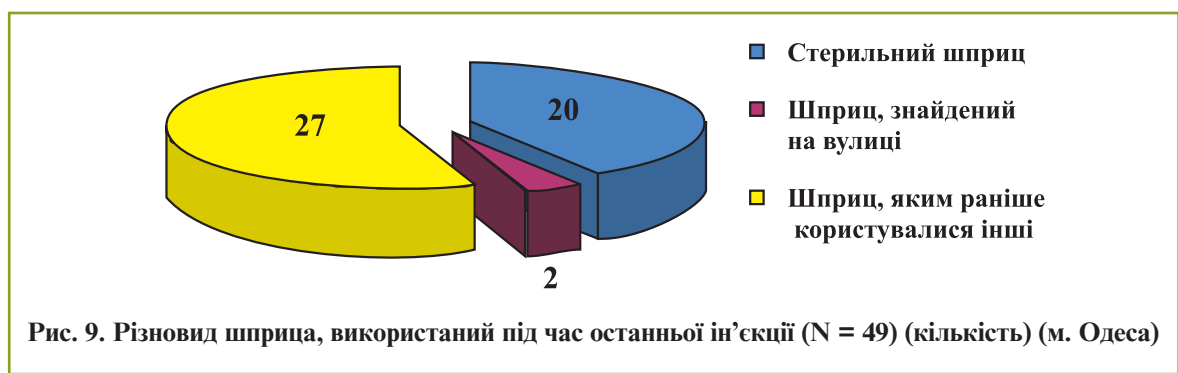
Відношення між уживанням наркотичних речовин і статтю респондентів свідчить, що може бути різниця у перевагах хлопців та дівчат. У Києві 44% та в Одесі 54% респондентів чоловічої статі віддають перевагу вдиханню клею, а жіночої – 22% та 35%. Більше того, в Одесі існує досить помітна різниця у кількості респондентів жіночої і чоловічої статі, які вживають ін'єкційні наркотики: 19,6% хлопців порівняно із 10,4% дівчат, а також у вживанні спиртного: 47% хлопців проти 25% дівчат. У Києві курять “траву” теж більше хлопці (25%), ніж дівчата (12%).

Взаємозв'язок частоти вживання наркотиків та наркотичних речовин зі статтю респондентів в Одесі свідчить, що дівчата (50%) вживають наркотичні речовини рідше, ніж хлопці (68%).

Глибинні інтерв'ю показали, що куріння цигарок дуже поширене серед цільової групи. Усі опитані у Києві сказали, що курять, багато з них – від однієї до трьох пачок на день.

Для того, щоб визначити рівень ризику дітей та молоді, які вживають ін'єкційні наркотики, опитування оцінювало стерильність інвентарю та способи, якими наркотики вводять, у глибинних інтерв'ю обговорювалося, де і наскільки легко можна придбати наркотичні речовини, які наркотичні речовини найчастіше колють, чому респонденти почали колоти наркотики і чи хотіли б вони зупинитися. В обох містах кількість тих, хто заявив про ін'єкційне вживання наркотиків, незначна, і тому результати необхідно розглядати з засторогою.

У Києві 13 із 44 респондентів, котрі колють наркотики, повідомили, що роблять це нестерильним інструментарієм, а 23 з 44 сказали, що полоскали шприц перед ін'єкцією, хоча незрозуміло чим. В Одесі 29 із 49 респондентів використовували нестерильний інструментарій під час останньої ін'єкції.



За даними одного із спеціалістів зі зменшення шкоди з Київського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Київський ЦСССДМ), через вельми поширене застосування заражених шприців і голок та використання нестерильного ін'єкційного інструментарію і розчинів члени цільової групи можуть заразитися ВІЛ чи гепатитом протягом кількох місяців від початку ін'єкцій.

Під час глибинних інтерв'ю в Одесі респонденти згадували, що основна причина використання нестерильного ін'єкційного інвентарю – це їхня “довіра до партнера, в якого вони позичили шприц”, та відсутність стерильного інвентарю.

16-річна дівчина в Одесі: “Були випадки, коли ми кололися однією голкою. Просто у нас не було іншої. Ми довіряємо одне одному, що в нас немає інфекції. Ми знаємо одне одного тривалий час”.





Інтерв'юер: “Але ви знаєте, що ВІЛ може передаватися через нестерильну голку?”

Дівчина: “Я завжди ділилася голкою з однією людиною. Я довіряла їй”.

Основні наркотики, що їх опитані діти та молодь колють собі, включають речовини домашнього виготовлення з ліків, які легко придбати в аптеці, типу колдакту, колдрексу чи “Ефекту”. Вони також повідомили про придбання пігулок на зразок кетанову, трамадолу, теофедрину, трамадину в місцевих аптеках і підкреслили, що продавці ніколи не відмовляли їм.

18-річний хлопець в Одесі: “Я намагаюся робити якомога менше ін'єкцій – приблизно п'ять разів на день”.

Інтерв'юер: “Скільки ти витрачаєш на це на тиждень?”

Юнак: “Приблизно 100 грн. (близько \$19,80)”.

Інтерв'юер: “А важко дістати це?”

Юнак: “Ні. В аптеці”.

Інтерв'юер: “Вам колись відмовляли у продажу цього?”

Юнак: “У деяких випадках у них не було нічого. Але коли було, то ніколи не відмовляли”.

Інтерв'юер: “Але ж вони знали, навіщо ви купуєте це?”

Юнак: “Так, знали”.

Надавачі послуг також сказали, що діти та молодь здебільшого отримують наркотики на вулиці, на відкритих базарах, у барах, дискотеках, нічних клубах та парках. Вони часто посилюють ризик отримання інфекції, коли обмінюють секс на наркотики.

Іншою ризикованою практикою, згаданою опитуваними, є “посвячення”: перша ін'єкція, зроблена іншою, переважно старшою дитиною чи молодою людиною з використанням брудного шприца.

Коли їх запитували, чи припинили б вони вживання наркотиків, то деякі діти та молодь у Києві й Одесі сказали, що припинили б уживання, якби їхнє здоров'я було серйозно підірване. Одні хочуть кинути, але думають, що фізично це неможливо, а інші, навпаки, наголосили, що мають достатньо сили волі кинути будь-коли, або сказали, що не мають наркотичної залежності.

Надавачі послуг наголосили, що, хоча діти й молодь кажуть, що знають про ризик, пов'язаний з ін'єкційними наркотиками, багато їхніх знань є чутками, які вони підхопили на вулиці, або помилковою інформацією, переданою з уст в уста. Дехто гадає, що їм кажуть лише про страшну статистику, повідомляють перебільшені факти, які майже не стосуються їх. Інші казали інтерв'юерам, що не переймаються небезпеками, адже жи-

вуть сьогоднішнім днем, а довготривалі небезпеки неважливі для них. Їх турбує лише те, де взяти наступну “дозу”.

Усі СІН, які пройшли глибинне опитування, сказали, що почали курити цигарки, потім перейшли на клей і таблетки, а закінчили ін’єкціями наркотиків. Вони також наголосили, що змішування спиртного з таблетками та ін’єкціями є поширеною практикою. Основні причини, чому почали колоти наркотики, – “цікавість”, “спробувати все”, “через безвихідь” і “сподівання зняти напруження”, що узгоджується із заявами надавачів послуг, які сказали, що основним поштовхом до вживання наркотичних речовин серед членів цільової групи є депресія, тиск однолітків, пошук нових гострих відчуттів і пригод та втеча від реальності.

Багато опитаних дітей та молоді, які вживають ін’єкційні наркотики, сказали, що не вірили, коли починали, що у них розвинеться залежність.

4.6.6. Статеві контакти та практика цільової групи

Опитування також оцінювало статеві контакти та звички дітей і молоді.

Таблиця 8

Статеві контакти та вікова група респондентів (%) (м. Київ)

ВІКОВА ГРУПА	ВИ КОЛИ-НЕБУДЬ МАЛИ СТАТЕВІ ЗВ’ЯЗКИ?		
	Так	Ні	Немає відповіді
10–14 років (молодші)	18,1	75,5	6,5
15–19 років (старші)	69,7	28,3	2,1
УСЬОГО	43	52,7	4,3

Таблиця 9

Статеві контакти та вікова група респондентів (%) (м. Одеса)

ВІКОВА ГРУПА	ВИ КОЛИ-НЕБУДЬ МАЛИ СТАТЕВІ ЗВ’ЯЗКИ?		
	Так	Ні	Немає відповіді
10–14 років (молодші)	21,7	77,2	1,1
15–19 років (старші)	89,2	8,3	2,5
УСЬОГО	48,7	49,7	1,7

Загалом трохи менше від половини дітей та молоді в обох містах повідомляють про статеві контакти. Як можна було очікувати, старші казали про вищий рівень статевих контактів, аніж молодші. Аналіз лише за статтю показав відмінності в Одесі, де респонденти жіночої статі (57,5%) більше були зайняті сексуальною діяльністю, аніж чоловіки

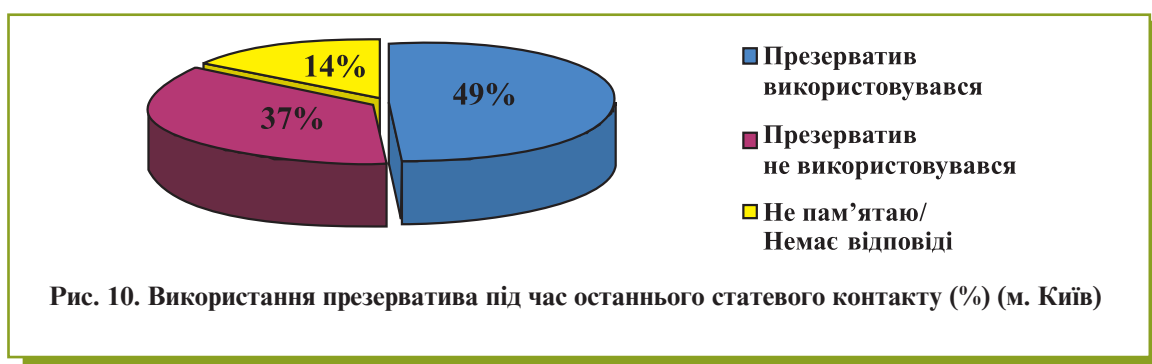
(43,8%), що можна пов'язати з тим фактом, що велика кількість дівчат повідомляли про сексуальну експлуатацію (див. дані далі у цьому розділі, а також у пункті 4.7.4).

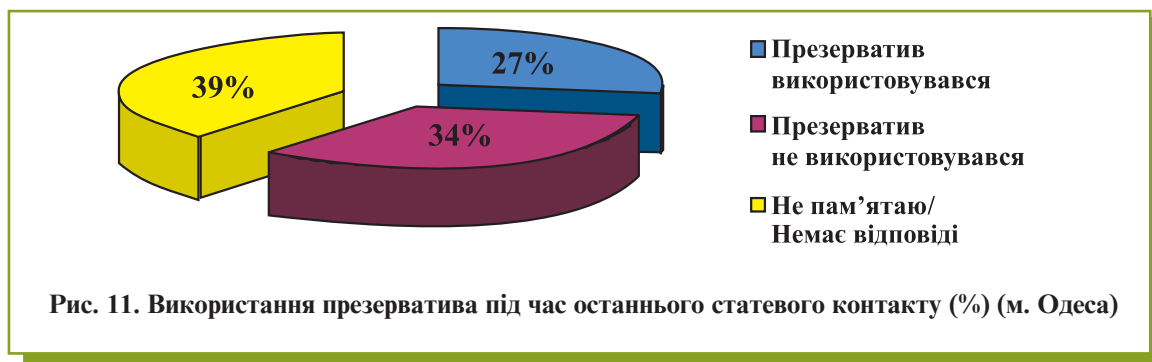
Частота статевих контактів у Києві відносно висока: 28% опитаних повідомили, що мають статеві стосунки більше від одного разу на тиждень, 17% – раз на тиждень, 19% – раз на місяць і 20% – менше від одного разу на місяць. 16% сказали, що не мали жодних статевих стосунків протягом останніх шести місяців. Аналіз за тривалістю часу, проведеного на вулиці, і віку не був можливим для даних по Києву. Аналіз даних з Одеси щодо частоти контактів, вікової групи та статі свідчить, що тут старші теж практикують секс частіше за менших, а дівчата – частіше за хлопців. Зокрема, кількість старших, котрі повідомили про заняття сексом більше від одного разу на тиждень, майже в 10 разів більша за кількість молодших, а кількість респондентів жіночої статі, які практикують секс майже щодня, у 2,7 раза вища, аніж кількість респондентів чоловічої статі.

Глибинні інтерв'ю виявили, що статеве життя цільової групи починається у ранньому віці і відбувається із частими змінами партнера. 11-річний хлопчик повідомив, що час від часу одна дівчина приходить до їхнього “сховку”, щоб мати статевий зв'язок із кимось із хлопців. Більше дітей та молоді повідомило про контакти серед членів їхньої власної групи.

За даними опитаних надавачів послуг, секс часто використовується у вигляді відпочинку та формування зв'язків. Домінантним типом сексу є гетеросексуальний, особливо серед дівчат, хоча деякі хлопці говорили про гомосексуальні контакти серед друзів або з “клієнтами”, що свідчить про їх залучення до сексуальної експлуатації. Оскільки немає офіційної статистики щодо цього питання, корисним буде додаткове дослідження.

Використання презерватива під час останнього статевого контакту відчутно варіювалося між дітьми та молоддю, опитаними в обох містах.





В обох містах більш ніж третина респондентів не використовували презерватив під час останнього статевого зв'язку. Однак у Києві кількість дітей та молоді, які заявили про використання презерватива, становить майже 50%, тоді як в Одесі – лише 27%.

Респондентів, які заявили про статеві контакти, також спитали, чи отримували вони їжу, гроші або інші подарунки в обмін на сексуальні послуги, аби дізнатися, наскільки сильно вони зазнають сексуальної експлуатації. У Києві 18% визнали, що отримували винагороду за статеві послуги, і 39% – в Одесі. Через різну загальну кількість відповідей на різні запитання ці цифри відрізняються від тих, які наведено у пункті 4.7.4. Відмінності також пов'язано з тим фактом, що діти та молодь не завжди відповідають на такі делікатні запитання чесно.

Аналіз даних по Одесі показав, що респонденти-дівчата значно частіше мали стосунок до сексуальної експлуатації (77%) порівняно із 11,4% респондентів-хлопців.

4.6.7. Інші фактори ризику

Інші фактори, які збільшують ризик зараження інфекційною хворобою, що згадувалися надавачами послуг, – це навмисне самопошкодження на зразок порізів на певних частинах тіла (здебільшого рука) та обмін кров'ю з другом (кровне братання). Глибинні інтерв'ю, проведені в Києві та Одесі, показали, що таке відбувається, але досить рідко (наприклад, лише шестеро з 25 дітей та молодих людей, опитаних в Одесі, “браталися” таким чином у минулому). Дехто з опитаних (четверо в Одесі) ніколи навіть не чули про таке, а багато старших говорили про це як про “традицію” серед молодших, що припиняється, коли діти стають старшими.

Під час глибинних інтерв'ю дітей та молоді також запитували стосовно татуювань із використанням нестерильного обладнання. Дехто казав, що робив собі татуювання нестерильними голками, тоді як інші чітко розуміли небезпеку.

13-річна дівчинка в Одесі: “Я збиралася зробити татуювання, і мені хотіли зробити дуже великий малюнок. Тоді подруга – моя сестра прийшла, здійняла галас і заборонила це. Вона сказала: “Це брудні голки, і мені не потрібні ці проблеми”.

4.6.8. Обізнаність щодо ризику

Загалом населення України має відносно невисокий рівень обізнаності щодо питань, пов'язаних із ВІЛ, і зокрема дуже мало точної інформації про шляхи передачі ВІЛ. У 2004 році лише 14% молоді у віці 15–24 років могли правильно визначити шляхи запобігання ВІЛ і відхилили основні хибні думки щодо передачі ВІЛ⁶¹. У той час, як більшість знає, що незахищений секс та ін'єкція наркотиків нестерильним інструментом можуть призвести до зараження ВІЛ, 52% досі вірять, що ВІЛ може передаватися через укуси комара. Обізнаність щодо ВІЛ у пенітенціарному закладі відрізняється від обізнаності загального населення, оскільки члени цільової групи іноді потрапляють під варту чи до пенітенціарного закладу для неповнолітніх. В опитуванні, проведеному у 2004 р.⁶², де 86% опитаних в'язнів були молодші від 40 років і репродуктивного віку, 39% правильно визначили методи запобігання передачі ВІЛ. Число відносно невелике через те, що, хоч більшість в'язнів і знали про ризик, пов'язаний із незахищеним сексом та ін'єкціями наркотиків нестерильним інструментарієм, 58% все ще вважали, що ВІЛ передається через укуси комара, а 70% – що ВІЛ передається через їжу.

Згідно з інформацією, отриманою від надавачів послуг, розуміння безпечного сексу цільовою групою є досить специфічним і відчутно відрізняється від реальності. І коли розуміння безпечного сексу мінімальне серед членів цільової групи, то, відповідно, практика безпечного сексу є мало важливою в очах опитуваних. Навіть ті діти та молодь, котрі кажуть, що практикують те, що вони називають безпечним сексом, часто помиляються. Наприклад, один соціальний працівник, який працює у Київському міському ЦСССДМ, пояснив, що деякі хлопці повністю розуміли важливість застосування презерватива, аби запобігти передачі ІПСШ та ВІЛ, але не знали, як правильно ним користуватися. Більшість дітей та молоді можуть придбати собі презерватив на зібрані гроші, але, за словами опитаних, контрацепція в їхніх очах не займає пріоритетного місця. Навіть купуючи презервативи, вони вибирають найдешевші марки, які не завжди забезпечують належний захист. Діти та молодь також схильні вірити, що люди, яких вони знають, не можуть бути носіями хвороби, тому із ними мають незахищений секс.

Стосовно контрацепції та небажаних вагітностей опитані надавачі послуг сказали, що цільова група здебільшого обізнана із потребою контрацепції, однак не обов'язково знайома із доступними її різновидами. Вони також наголосили, що цільова група не застосовує контрацепцію регулярно.

Причина – обмежена доступність безкоштовної контрацепції в Україні, брак занепокоєння цим у цільовій групі та небажання витратити на це гроші. Однак опитані зазначили, що випадки вагітності й народження дітей серед дівчат і молодих жінок, які живуть на вулиці, досить рідкісні. Вони припускають, що деякі вагітності закінчуються спонтанними абортами (на зразок викидня) через їхній спосіб життя, погане харчування та інфекційні хвороби. За словами одного надавача послуг з Одеси, вагітності, які тривають повний термін, закінчуються передачею дитини на всиновлення, навіть якщо молоді матері спо-

чатку хочуть залишити немовля, але усвідомлюють, що не мають реальних варіантів забезпечувати себе й дитину.

Опитані наголосили, що більша частина інформації про ІПСШ серед членів цільової групи ґрунтується на міфі. Вони здебільшого не знайомі із симптомами і приходять лікуватися у плачевному стані. Навіть ті, хто прагне одужати, залишають установу, тількино їм стає легше, а тому не завжди до кінця виліковуються. До того ж вони часто вважають себе “невразливими”. Деякі надавачі послуг розповідали, що, навіть коли вони брали дитину чи молоду людину на похорон їхнього друга, ті знаходили пояснення смерті цієї людини, але не вірили, що таке може статися з ними теж.

Дехто з опитаних припускав, що семеро із десятих дітей чи молодих людей не знають про ВІЛ, а ті, хто знають, зазвичай отримали знання через особистий досвід, наприклад члена родини або ВІЛ-інфікованого товариша. Звичайно, це не означає, що вони не обізнані щодо існування ВІЛ. Швидше це означає, що вони знають трохи більше, ніж просто назву захворювання, але не можуть розрізнити ВІЛ та СНІД, до кінця не розуміють способи передачі ВІЛ і не усвідомлюють важливості перевірки на ВІЛ та лікування в разі потреби. За словами опитаних, набагато більше представників цільової групи обізнані щодо деяких ІПСШ та їхніх симптомів, бо зазвичай знають когось, хто заразився, або ж самі проходили лікування.

У Києві та Одесі більшість опитаних дітей та молоді знали, що СНІД – це хвороба (79% у Києві та 56% в Одесі).

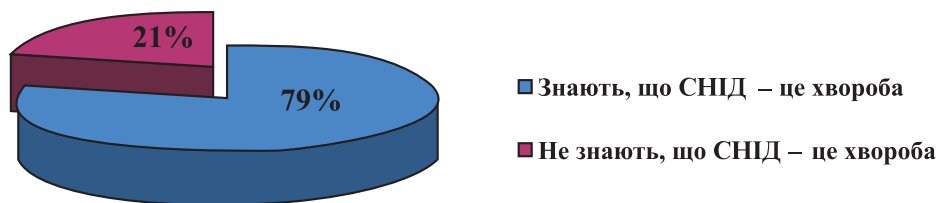


Рис. 12. Частина респондентів, які обізнані щодо того, що СНІД – це хвороба (%) (м. Київ)

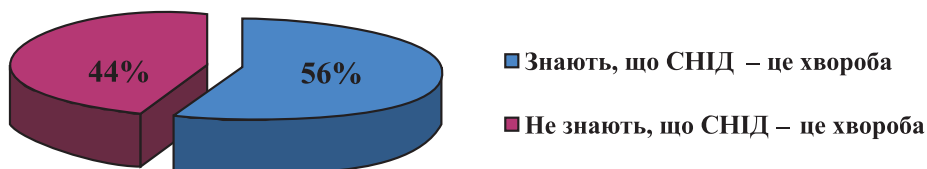


Рис. 13. Частина респондентів, які обізнані щодо того, що СНІД – це хвороба (%) (м. Одеса)

Рівень обізнаності щодо ВІЛ/СНІДу прямо залежав від віку респондентів. Молодші були менш поінформовані (65% у Києві та 49% в Одесі), аніж старші (94% у Києві та 66% в Одесі).

Тих дітей та молодих людей, які правильно відповіли, що СНІД – це хвороба, запитали про основні шляхи передачі ВІЛ. Респонденти в Одесі знали менше про передачу ВІЛ, аніж у Києві. У Києві 59% респондентів були обізнані щодо ризику зараження через незахищений секс порівняно із 41% у Одесі. У Києві 49% знали про ризик, пов'язаний з ін'єкційними наркотиками і нестерильним інвентарем, в Одесі – 36%. А про ризик вертикальної передачі (від матері до дитини) у Києві було відомо 15% порівняно із 9% в Одесі. Загальна частка дітей та молоді, котрі обізнані щодо основних шляхів передачі ВІЛ (незахищений секс та використання нестерильного інструментарію) становила 43% усіх респондентів у Києві та 33% в Одесі.

Можна встановити зв'язок між основними способами передачі ВІЛ та віковою групою респондентів у Києві. Серед молодших обізнаність про передачу ВІЛ через нестерильний інструментарій чи секс без використання презерватива була набагато нижчою, аніж серед старших. Різниця між віковими групами менш помітна стосовно вертикальної передачі, це може бути наслідком загального браку знань серед них про цей шлях.

Було проаналізовано й дані щодо співвідношення між рівнем обізнаності та статтю респондентів, а також часом, проведеним на вулицях, проте ніякого статистично помітного взаємозв'язку не виявлено. Це можна пояснити малою кількістю дівчат та юнаків, які дали відповідь на запитання.

Щоб оцінити, чи вплинув рівень обізнаності про способи передачі ВІЛ на використання презервативів, було встановлено зв'язок між цими двома змінними, але аналіз по Києву не виявив ніякого помітного взаємозв'язку. В Одесі різниця між групами дітей та молоді, які знали, що СНІД є хворобою, і тими, хто не знав, показала, що 46% обізнаних використовували презервативи під час останнього статевого контакту порівняно із 14% тих, хто не знав. Те, що таке знання не обов'язково автоматично призводить до змін у поведінці, можна побачити з глибинних інтерв'ю, під час яких кілька респондентів, котрі були обізнані щодо небезпеки зараження ВІЛ унаслідок незахищеного сексу, сказали, що не використовують презервативи, оскільки вірять, що їхній партнер не є ВІЛ-позитивним.

19-річний хлопець в Одесі: “(Можна заразитися)... різними способами – через кров, шприц, через якусь дівчину”.

Інтерв'юер: “А ти захищаєшся?”

Юнак: “А навіщо? Ті дівчата такі, що я не думаю, аби вони мали щось подібне... (Я мав секс) із презервативами”.

Інтерв'юер: “То ти не захищаєшся?”

Юнак: “Ні. Тоді ми не захищалися. Та дівчина постійно жила з нами. Зараз ми її вигнали, бо бачили, як вона ходить з іншими кентами (хлопцями або чоловіками)”.

Відповіді, отримані під час глибинних інтерв'ю, проведених у Києві, демонструють, скільки ще може існувати помилкових суджень щодо ВІЛ у цьому прошарку населення.

Інтерв'юер: “Через що передається ВІЛ?”

17-річний хлопець у Києві: “Звичайно, я знаю. Через кров, через фільтр цигарки, через спітнілі руки. Треба користуватися презервативом. Через поцілунки”.

18-річна жінка у Києві: “Можна підхопити хворобу через повітря”.

13-річний хлопчик у Києві: “Я заражусь, якщо багато куритиму, ходитиму у брудному одязі, якщо підберу з землі недокурки”.

Інтерв'юер: “Ти знаєш, що таке ВІЛ та СНІД?”

18-річний хлопець у Києві: “Ну, так... ну... коли... ну, я не знаю... Це сифіліс, так... Так?.. Через що він передається?.. Наприклад... через рот... можливо, через поцілунок... передається? Це передається через шприц... колешся і передаєш комусь іншому... (сміється) Передається через секс...”

Проте була незначна частина респондентів глибинного опитування, котрі цілком достатньо знали про ВІЛ та інші інфекції. Вони сказали, що раніше отримували інформацію щодо цього від соціальних служб.

17-річний хлопець в Києві у відповідь на запитання про способи передачі ВІЛ: “Я бачив (відео)касети в притулку... про цей СНІД, про наркотики; я подумав, що зрештою клей краще, бо коли я вколюся раз або двічі, і це буде шприц, попередньо використаний кимось, тоді можна підхопити хворобу”.

Опитування також дало змогу оцінити, скільки дітей та молоді перевірялося на ВІЛ. Загалом 18% опитаних у Києві і 13% в Одесі коли-небудь перевірялися на ВІЛ. У Києві 13% з тих, хто перевірявся, знали результат тесту, відповідно із 12% – в Одесі. Серед дітей та молоді, обізнаних щодо ВІЛ як хворобу, 23% пройшли перевірку в Києві і 24% в Одесі.

Відомості від надавачів послуг свідчать, що лише небагато дітей та молодих людей, котрі перевірялися на ВІЛ, у даний час проходять антиретровірусну терапію в Україні. Щоправда, точних цифр немає, оскільки дані, зібрані центрами СНІДу, не деталізовано.

Вік респондентів також впливає на те, чи перевірялися вони на ВІЛ. 41% старших у Києві та Одесі пройшли перевірку на ВІЛ, тоді як лише 14% молодших у Києві та 9% в Одесі пройшли аналогічну процедуру.

Інший фактор, що впливає на ВІЛ-тестування, – тривалість часу, проведеного дітьми та молоддю на вулицях. На ВІЛ перевірялося більше тих, хто прожив довше від року на

вулицях (32% у Києві та 27% в Одесі), аніж тих, хто прожив менше від року (16% в Києві та 18% в Одесі). Ці результати можна пояснити тим фактом, що діти та молодь, які довше прожили на вулиці, схильні поводитися більш ризиковано (наприклад, вони частіше вживають ін'єкційні наркотики за допомогою нестерильного інструменту, див. пункт 4.6.5), мають більше проблем зі здоров'ям (див. пункт 4.6.1) і можуть мати більше контактів з медичними та іншими службами, що збільшує їхній шанс пройти тест на ВІЛ.

Стать дітей та молоді на результати опитування не впливає.

Результати дозорного епідеміологічного нагляду серед молоді, проведеного у 2004 році⁶³ в цілому ряді міст України, свідчать, що лише 5% молоді віком від 15 до 24 років пройшли добровільне тестування на ВІЛ і консультації протягом 12 місяців в Україні та знали результати своїх перевірок. Того ж року інше дозорне дослідження щодо СІН засвідчило, що більший відсоток молоді, яка має ризиковану поведінку, аніж решта ровесників, проходить перевірку на ВІЛ (наприклад, 23% СІН, молодших від 25 років, перевірялися протягом останніх 12 місяців, та 30% СІН, старших від 25 років)⁶⁴.

4.7. Вуличне життя

4.7.1. Причини виходу на вулицю

Існує цілий ряд проблем, котрі змушують дітей та молодь залишати свої домівки або заклади і йти жити та працювати на вулицю. За даними опитаних надавачів послуг, причина номер один – це проблеми у сім'ї, тоді як втечу зі спеціальних дитячих закладів переважно пов'язано з поганим поведінням або бажанням вирватися з обмеженого середовища.

Як уже було зазначено у пункті 4.5, проблеми всередині родини можуть посилюватися вживанням наркотичних речовин, перебуванням батьків у в'язниці чи їх заняттям секс-бізнесом або кримінальною діяльністю, дітьми і молоддю, залишеними на опіку інших членів родини, тоді як батьки перебувають на заробітках, і зрештою позбавленням батьків їхніх прав. Найчастіше такі проблеми, як уживання спиртного, побиття, ув'язнення чи смерть когось із батьків та втрата житла, поєднуються. Будь-яка з них може спричинити іншу, формуючи “зачароване коло”, з якого дитина чи молода людина намагається вирватися через втечу на вулицю.

Опитані казали, що іноді звичайне нерозуміння між дитиною чи молодою людиною і батьками або опікуном може вирости до значних розмірів і змусити молодшого втекти з дому на вулицю.

Опитані також наголосили, що низькі зарплати вчителів, соціальних працівників та інших, хто працює з сім'ями та молоддю, спричиняють високу ротацію кадрів і перевантаження тих, хто залишається. Це, в свою чергу, призводить до порушення спілкування між батьками і вчителями чи соціальними працівниками, а тому потенційні

проблеми родини, дитини або молодої людини не вирішуються вчасно, що зрештою може вилитися у втечу з дому. Респонденти далі назвали ще одну з вагомих проблем – брак позашкільних різновидів діяльності для дітей та молоді, що залишає їх незайнятими і часто бездоглядними.

Дослідження в інших частинах світу доводять, що основні причини, через які діти та молодь ідуть на вулицю, – сімейні проблеми, особливо фінансові та соціальні, вживання наркотичних речовин, конфлікти з законом, проблеми зі здоров'ям батьків, погане ставлення до дитини або молодої людини⁶⁵. В опитуванні серед дітей, які живуть на вулицях Харкова⁶⁶, що було опубліковане у 2002 році, 30,8% респондентів сказали, що втекли після побиття батьками; 28,3% основною причиною назвали надмірне вживання спиртного батьками; 26,4% залишили дім через вплив братів чи сестер.

Опитування, проведене у Києві та Одесі, дає схожі результати. Причина номер один, вказана під час глибинних інтерв'ю, – проблеми всередині сім'ї (так званий фактор поштовху), далі – тиск братів чи сестер або бажання приєднатися до друзів (так званий фактор тяжіння).

13-річна дівчинка в Одесі: “Усі, кого я зустрічала, питали мене: “...скажи, чому діти йдуть на вулицю?” Я продовжувала шукати відповідь до цього часу і знайшла її. Вони хочуть приєднатися до друзів (однолітків), це основна причина...”

Усі опитані діти та молоді люди походять зі складних сімей, де один або обоє батьків вживали спиртне чи наркотики, де насильство, особливо фізичне, постійно виявлялося з боку п'яного батька чи матері, вітчима або мачухи, когось із родичів, де хтось із батьків був у в'язниці або виникали проблеми з мачухою чи вітчимом.

11-річний хлопчик у Києві: “Тато п'є. Я пішов із дому через тата. Він був брутальний зі мною, і всі були брутальні. Він лається. Річ не в лайці, а в тому, що він також б'є. Він бив мене просто так”.

13-річна дівчинка в Одесі: “Мати та батько розлучені. Мати залишила мене, коли мені було шість. У шість років з'явилася мачуха, а в десять я пішла з дому. Батько почав пити. Він часто приковував мене ланцюгом. А мачуха (*сміється*) налаштовувала батька проти мене. Вона все казала, що мені треба піти”.

Жоден з опитаних дітей чи молодих людей не хотів повертатися додому. Такий результат відрізняється від результатів опитування у Харкові, де 72,5% опитаних дітей сказали, що хотіли б жити з батьками, незважаючи на проблеми вдома, а також різняться з поглядами і досвідом надавачів послуг, які наголошували, що більшість дітей та молоді хотіли б повернутися додому.

Одна з багатьох трагедій, які діти та молодь зазнають у своєму житті, – смерть батька чи матері. У Києві 27% дітей втратили матір і 31% – батька, в Одесі майже 36% лишилися без матері і 33% – без батька. Чимало опитаних не знали, чи жива їхня мати (13% у Києві та 22% у Одесі) або батько (21% у Києві і 40% у Одесі), або не схотіли відповідати на це запитання. Втрата батька чи матері може бути глибоко дестабілізуючим фактором для всієї родини.

17-річна дівчина у Києві: “Коли моя мама померла, я не хотіла вчитися чи робити щось інше... Мій брат – він першим почав залишатися поза сім’єю. Він сказав, що на вулиці добре – ніхто не кричить на тебе... Коли мати померла, батько іноді кричав на мене, бо я могла плакати. Він не дозволяв мені гратися... А він (брат) сказав: “Ніхто на тебе не кричить на вулиці...” Я почала залишатися з ним... Тепер мені все одно, що каже батько... Мати любила мене більше, ніж будь-хто. Я ніколи б не пішла на вулицю, якби не померла мати”.

Інша причина втечі на вулицю – бідність сім’ї чи втрата житла, зокрема внаслідок шахрайства із продажем квартир в Україні, що також кілька разів згадувалося надавачами послуг.

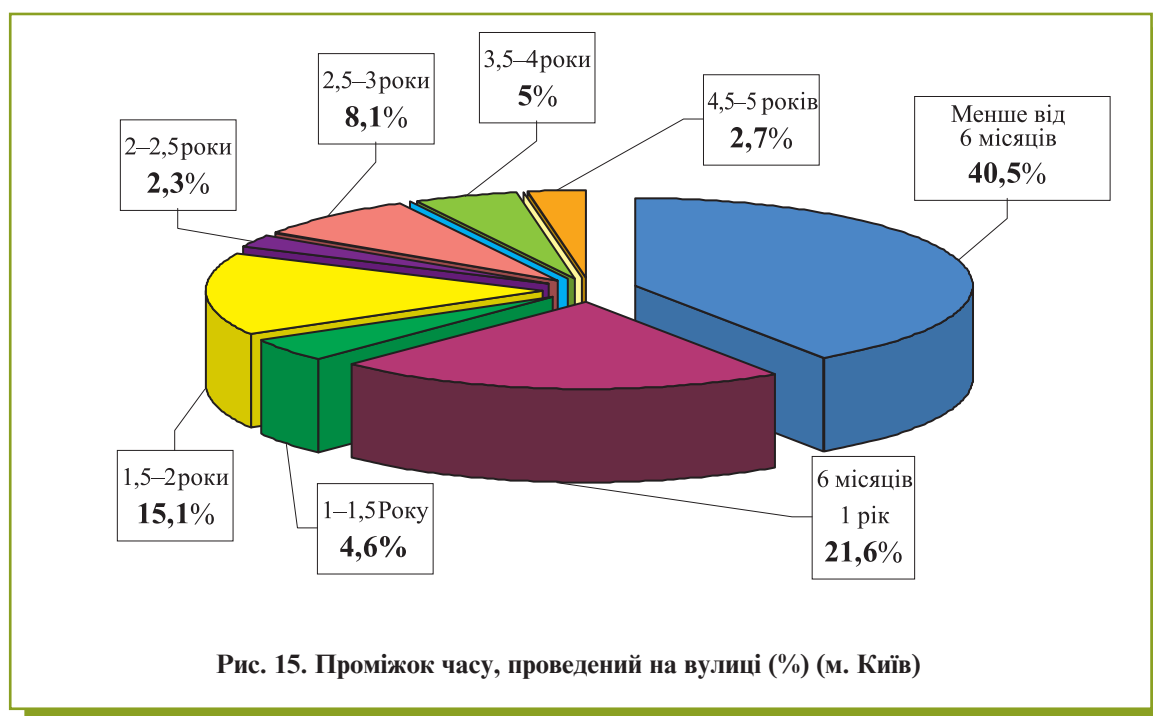
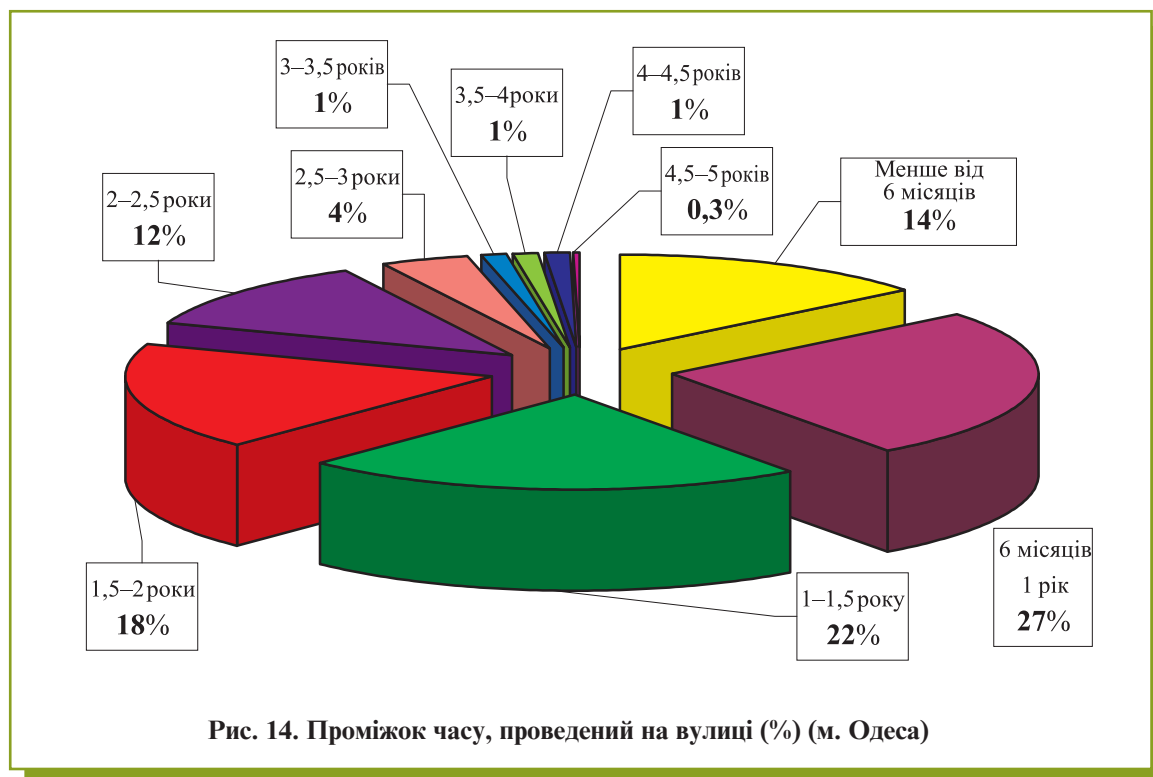
19-річний хлопець у Києві: “Ну, брат матері, коротше, він хотів продати квартиру або поміняти на однокімнатну... Через брокерів ми обміняли її на однокімнатну, а через три місяці компанія сказала, що там живуть люди, – коли ми купували квартиру...”

4.7.2. Тривалість часу, проведеного на вулиці

Тривалість часу, протягом якого діти та молодь живуть або працюють на вулицях, варіюється. За словами надавачів послуг, дехто проводить більшість часу на вулиці, але йде додому щодня або періодично, щоб поспати чи змінити одяг. Також є ті, хто виживають від двох до шести місяців, а потім хочуть пройти програму ресоціалізації, аби залишити вулицю. Надавачі послуг зазначили, що після шести місяців цей варіант стає менш імовірним, оскільки діти та молодь звикають до смаку свободи і незалежності на вулицях, виробляють новий спосіб життя та мають коло нових друзів. Деякі діти та молоді люди не йдуть із вулиці через те, що продовжують життя там уже як дорослі або ж їхнє життя призвело до ранньої смерті чи кримінальної діяльності. Однак немає статистики чи іншої інформації щодо кількості дітей і молодих людей, які залишаються на вулиці до повноліття, та стосовно їхнього життя після повноліття. Також немає статистики щодо кількості дітей чи молодих людей, які щороку помирають на вулицях України.

Результати опитування та наступні діаграми (рис. 14 і 15) свідчать, що більшість дітей та молоді, опитаних у Києві (62,1%), прожили на вулиці менше від року на момент опитуван-

ня, а більша частина їх (40,5%) – менше від шести місяців. В Одесі більшість опитаних дітей та молоді прожили понад рік на вулицях на момент опитування (40% – від одного до двох років, 19,3% – до п'яти років) і 41% прожили менше від року (з них лише 14% прожили на вулицях менше від шести місяців). Було б корисним провести додаткове дослідження, щоб краще зрозуміти ці значні відмінності між двома містами і виявити їх причини.



4.7.3. Стосунки та спілкування всередині “вуличної громади”

За даними опитаних надавачів послуг діти та молодь, які живуть на вулиці, здебільшого мешкають групами від 7 до 15 осіб. Результати опитування у Молдові та в інших країнах підтверджують ці відомості⁶⁷. Проте діти та молодь, опитані в Одесі, наголосили, що їхні групи зазвичай менші й складаються з 3–5 осіб, але можуть досягати і 15–20 осіб, у більшості випадків розмір групи визначається розміром “сховку”. Також є небагато “одинаків”. Один респондент в Одесі сказав, що тримається подалі від інших, тому що не хоче бути втягнутим у “погане товариство”.

Опитані також повідомили, що групи мають власні структури та ієрархії, які дають дітям та молоді відчуття приналежності та захищеності, а ті, хто сильніший, часто виступають у ролі взірців для наслідування, незважаючи на те, що старші часто експлуатують молодших та знущаються з них в обмін на гарантію “безпеки”. Це також підтверджується опитуваннями, проведеними в інших країнах⁶⁸, та глибинними інтерв'ю в Києві й Одесі. Діти та молодь живуть в оточенні, де “виживає сильніший”, у світі, де переважають “закони сили” та “право сильного”.

Інтерв'юер: “А ви чули про когось, хто змушує дітей вулиці на зразок вас виконувати якусь роботу? Або робити щось?”

17-річна дівчина в Києві: “Звичайно; як і майже скрізь... Нас змушують просити милостину і збирати гроші для них... або приносити їм їжу... Усе, що вони скажуть, має виконуватися. Іноді... приходять чоловіки... і живуть із ними... менші і старші там. Вони там разом, як наша компанія... друзі – гуляють разом... Мій брат сильніший за мене; але він повинен бути сильніший за мене – справді, він же хлопець... Я не можу дати здачі... він б'є мене і водночас кричить... Я не можу дати здачі... Він каже мені: “Іди проси та збирай гроші... якщо не назбираєш стільки-то грошей... не принесеш стільки-то... тобі буде кінець”. І тому мені доводиться випрошувати гроші для нього...”

Більшість дітей та молоді також згадували, що друг або член їхнього товариства навчив їх уживати наркотики й наркотичні речовини. Одна респондентка сказала, що її змусили зробити укол. Інша підкреслила, що багато залежить від лідера групи. Вона потрапила в групу, де лідер захищав її членів від уживання наркотиків та наркотичних речовин. Перехід однієї дівчини до іншої групи призвів до того, що вона почала вживати спиртне та курити.

Згідно з досвідом надавачів послуг, групи часто утворюються на основі того, чи вживають у них наркотики, чи ні та які саме. Іноді поділ іде за статтю, хоча багато груп включають і хлопців, і дівчат. Іноді потрібен час, аби новачка прийняли у члени. Спілкування серед членів групи досить відкрите. Інформація на вулицях переважно передається через “вуличну пошту”, з уст в уста, або від осіб, які пропонують допомогу на вулицях та у місцях, де збираються люди.

Результати глибинних опитувань у Києві та Одесі підкреслюють, що діти та молодь на вулицях спілкуються здебільшого з такими самими дітьми та молоддю (“рівними” або “ровесниками”). На запитання стосовно того, чи мають вони справжніх друзів, дехто відповів, що вважає другом будь-кого, хто живе з ними у “сховку”. Інші висловлювалися конкретніше про поняття дружби, називаючи другом лише одну особу або нікого, кажучи, що мають лише “приятелів”, “знайомих”, але не друзів.

Інтерв'юер: “У тебе є друзі?”

13-річна дівчинка з Одеси: “Лише одна людина. Бо вона ніколи не залишить у скрутний час. Це перше... Вона ніколи не залишить мене у важкий час і ніколи не засмутить мене. Навпаки, завжди підтримує мене. І саме тому я вважаю її подругою... Їй також тринадцять”.

Опитані наголошували, що групи не обов'язково стабільні. Діти та молодь можуть переходити з одних груп в інші або через внутрішні конфлікти, або через сезонну мобільність. За словами дітей та молоді в Одесі, останнє також може руйнувати стосунки, збільшуючи відчуття самотності, а також підштовхуючи до вживання наркотичних речовин. Вони схильні довіряти одне одному більше, ніж комусь іншому, частково тому, що мають спільне минуле та проблеми, і частково через те, що у своєму виживанні залежать одне від одного. Іноді виникають конфлікти між групами стосовно території чи місць “роботи” їхніх членів, але немає відомостей про “вуличні банди” та “вуличні війни”, як це буває в інших країнах.

Вірність у дружбі в групі високо поціновується. Здебільшого дітей та молодь, які приєднуються до нової групи, піддають “перевірці” її члени. Було вказано, що така “перевірка” складається переважно із “фальшивого звинувачення” дитини чи молодої людини, внаслідок чого вона може бути покарана дорослими за щось, зроблене іншим членом групи. Якщо дитина або молода людина не “проговориться” нападникам, значить їй можна довіряти і прийняти до групи.

13-річна дівчинка в Одесі: “Необхідно заробити авторитет. Спочатку, так, мене “підставили” – належним чином перевірили, щоб побачити, яка я. Зі мною грали брудні жарти, а потім звальювали все на мене. Це був їхній спосіб перевірити, чи не виявлюся я розмазною (зрадником). Але жодного разу не ходила до тьоті... чи дядька... або... Ось як я заробила собі авторитет. І навіть зараз приходять вуличні дорослі – і вони не чіпляються до мене, бо знають, що я за людина...”

У глибинних інтерв'ю діти та молодь також посилялися на здатність захистити себе індивідуально чи колективно. Вони згадували випадки, коли разом помстилися комусь, хто скривдив їх. Респонденти заявляли, що навіть дорослі іноді боялися їх.

15-річний хлопець в Києві: “Я ходив до туалету пити воду – і хтось сварився на матір нашого друга. Вона працювала там у туалеті, а він був продавцем, який орендував місце на ринку. Він був дебелим чоловіком і завжди сікався до нас. Якимось ми зібралися разом і дали йому по голові. Декому з нас також перепало, але тепер він боїться нас”.

4.7.4. Заробляння на життя

Діти та молодь, які живуть на вулиці, повинні знайти спосіб заробити на життя. За словами опитаних надавачів послуг, вони можуть заробляти від 100 до 150 грн. на день (приблизно \$19,80 – 29,70), виконуючи різні роботи на кшталт допомоги на ринку, миття машин, роздавання листівок або продажу газет. Ряд дітей та молодих людей також займаються жебрацтвом, крадіжками, наданням сексуальних послуг в обмін на їжу, гроші, наркотики чи спиртне. Зібрані таким чином кошти іноді перевищують зарплату працівників на законних роботах. У поєднанні з тим фактом, що законна робота урізає свободу, отриману на вулиці, мотивація для членів цільової групи почати професійно-технічне навчання або шукати легальну роботу не є привабливою.

Як висвітлено у пункті 4.6.2, члени цільової групи не завжди працюють добровільно на конкретній роботі, часто зазнають експлуатації⁶⁹.

Опитування, проведене в Києві та Одесі, також оцінювало джерела прибутків цільової групи. Опитані згадували багато способів, якими вони одержують гроші: збирають металобрухт, зокрема мідь, яку часто можна знайти на звалищах; працюють підсобними робітниками на будовах, штукатурками і малярами (отримуючи близько 20 грн. (\$4) чи більше на день), час від часу вантажниками або носіями на залізничному вокзалі (заробляючи близько 30–40 грн. (\$6–8) на день); продають газети і досить рідко прибирають вулиці, копають і рубають дрова, заробляючи близько 20 грн. (\$4) або більше на день, а також збирають пляшки, продають горішки, займаються сезонною роботою у сільській місцевості тощо.

Однак багато респондентів сказали, що не працюють регулярно. Через цілий ряд причин або вони кидають роботу, або їх звільняють. У деяких випадках їм не давали зарплати.

14-річний хлопець у Києві: “Іноді я беру гроші у тих, кого попрошу. Якимось, пам’ятаю, знайшов 100 гривень (близько \$ 20); іноді я беру трохи грошей у матері. Іноді вона дає мені гроші – вона отримує гроші для нас і дає мені трохи. Але зараз вона нічого мені не дає. Зі своєї останньої пенсії вона дала мені тільки 10 грн. (близько \$2), а братові – 100 гривень плюс дещо. Іноді люди просять принести їм води.





Я маю знайому в кіоску. Я приношу їй відра з водою, і вона каже мені: “Що тобі дати – гроші чи пиріжок?” Коли я кажу: “Гроші”, вона питає: “Скільки?” Я кажу їй, і вона дає мені. У ресторані те ж саме. Або я можу забирати рештки чогось – тістечок, гранатів, випічки ... У мене багато знайомих”.

Деякі способи здобування грошей включають незаконну діяльність. За гіпотезою фахівців, заробляння на життя є великою проблемою для цільової групи і може змусити її порушувати закони. Глибинне інтерв'ю дає бачення різних незаконних способів отримання грошей на зразок зламування кіосків, відбирання у пішоходів грошей силою та погрозами, пограбування квартир чи автомобілів через вікна, кишенькові крадіжки, викрадення їжі та різних речей у кіосках і торговельних точках на ринках, групові напади на комп'ютерні клуби, пограбування п'яних осіб, про що вже згадувалося раніше.

Кишеньковими крадіжками діти та молодь можуть заробляти від 5 до 200 гривень (близько \$1–39,60) щодня. Дехто з респондентів, котрі досі підтримували зв'язок з батьками, зізнався, що іноді крав речі з дому, а інші казали, що жертвами пограбування часто бувають іноземці, які обмінюють гроші чи дають милостину дітям або молоді. Два респонденти описали ситуації, коли вони пообіцяли надати сексуальні послуги і втекли вночі, пограбувавши “клієнта”.

Глибинні опитування показали, що дівчата та молоді жінки не так активно залучені до важкої чи пов'язаної з ризиком роботи. Багато респондентів казали, що хлопці зазвичай забезпечують гроші та їжу, а дівчата тримають житло в порядку. Такі заяви відображають загальні стереотипи.

Респонденти також наголосили, що дівчат і молодих жінок частіше втягнуто в сексуальну експлуатацію, ніж хлопців або чоловіків.

Інтерв'юер: “Хтось із дорослих робив тобі пропозицію на вулиці? Можливо, за гроші?”

13-річна дівчинка в Одесі: “Так. Багато разів. Різні чоловіки... Одного разу це була жінка”.

За даними опитування, найпоширенішим способом здобути гроші є жебракування (47% дітей та молоді в Києві та 73% в Одесі). В іншому плані ситуація в цих містах дещо різниться. У Києві 35% дітей та молоді сказали, що мають роботу, 26% визнали, що крадуть, а більша частина інших повідомили, що отримують допомогу від притулків (20%), друзів (17%) або родичів (16%). В Одесі, крім жебракування, основними способами здобути кошти на життя є допомога від друзів (39%), крадіжки (26%) та робота (22%), тоді як допомога від притулків чи родини відіграє досить малу роль (6% та 3% відповідно). Те, що в Києві більше дітей та молоді отримують допомогу, може бути пов'язано з більшою кількістю дітей та молоді, які підтримують контакт із батьками.

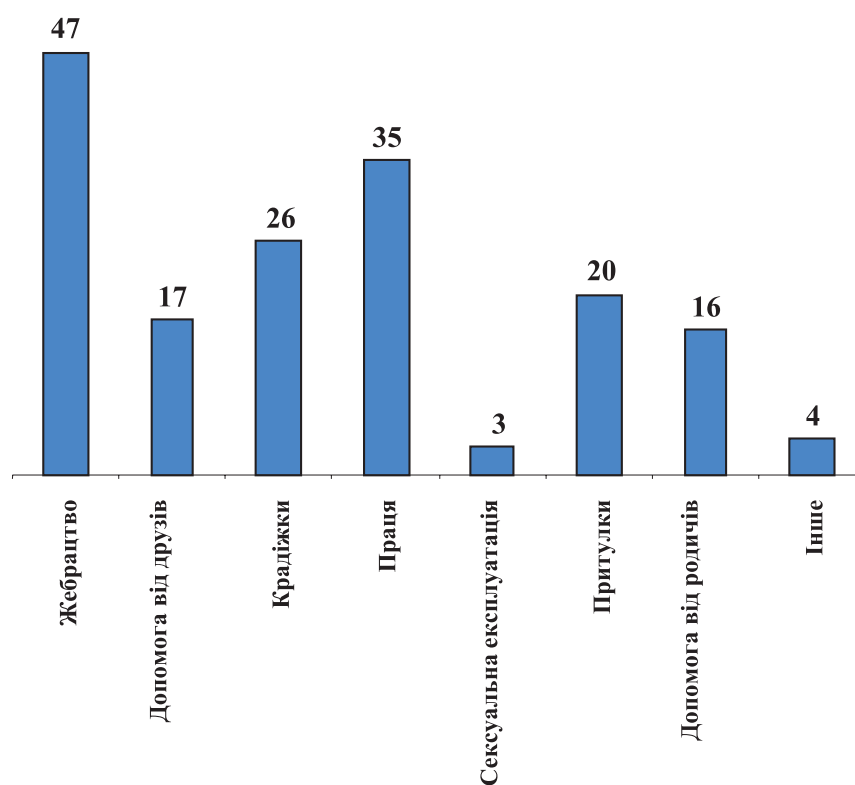


Рис. 16. Способи здобування грошей (%) (м. Київ)

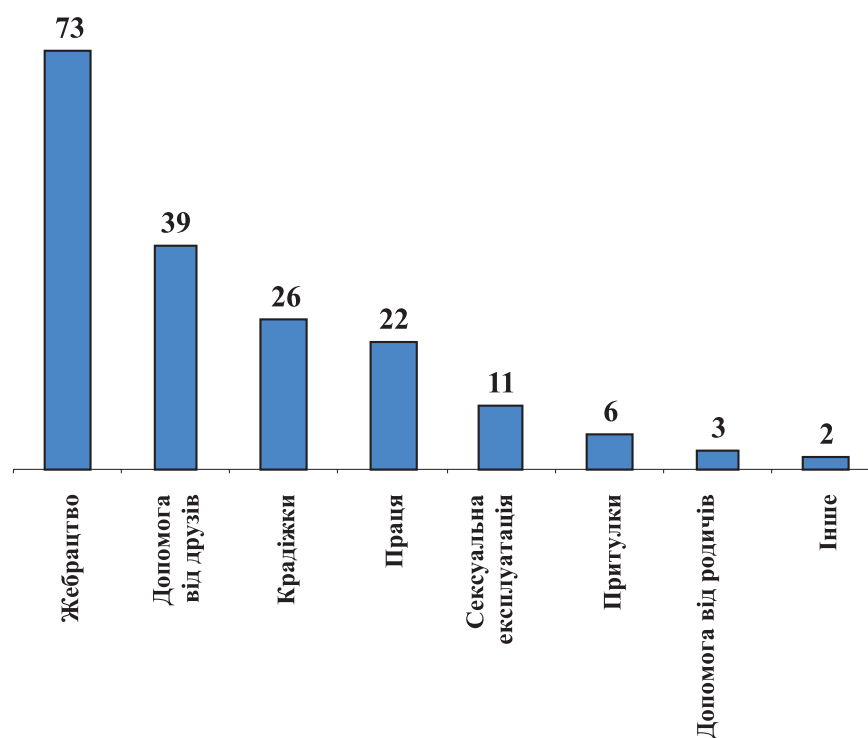


Рис. 17. Способи здобування грошей(%) (м. Одеса)

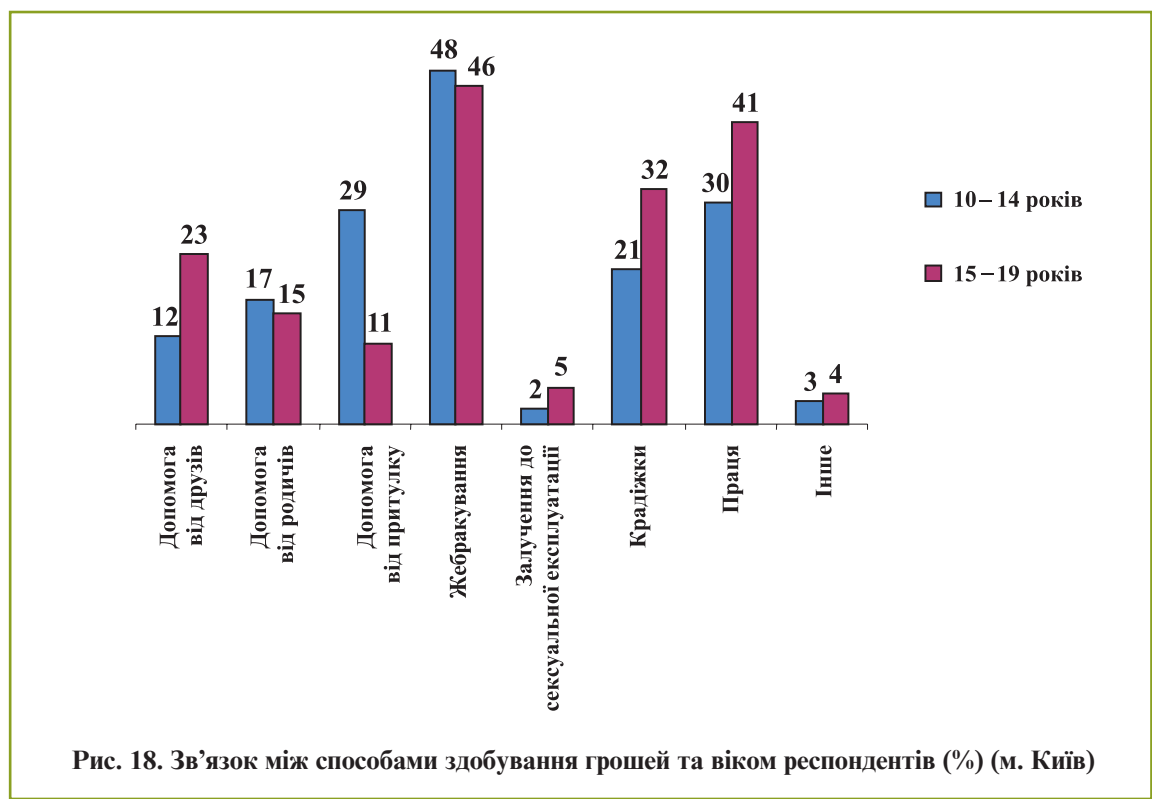
В обох містах діти та молодь також визнали, що залучалися до сексуальної експлуатації, і, як видно з попередніх цифр, кількість випадків була значно вищою в Одесі (11%), аніж у Києві (3%).

Дані про способи заробляння цільової групи на життя в Україні відповідають результатам дослідження, проведеного у 1999 році в Молдові⁷⁰, але відрізняються від інших країн, де домінують нерегулярні роботи на зразок миття машин чи копання у смітті⁷¹.

Аналіз даних опитування за статтю показує, що може бути зв'язок між способами заробляння на життя та статтю респондентів. Респонденти-хлопці (51% в Києві та 75% в Одесі) частіше жебракують, аніж дівчата (34% в Києві і 68% в Одесі). Однак респонденти жіночої статі у Києві частіше отримують допомогу від родичів (31% дівчат порівняно із 12% хлопців), притулків (29% проти 8%), а в Одесі також і від друзів (50% респондентів-дівчат порівняно із 33% хлопців). Аналіз даних не дає пояснення цим результатам, що може бути пов'язано з поведінкою під час пошуку допомоги чи ставленням до хлопців і дівчат. Для пояснення цієї різниці може знадобитися додаткове дослідження.

Більше респондентів жіночої статі (9,8% дівчат порівняно з 1,3% хлопців у Києві та 29,2% дівчат порівняно із 1,5% хлопців у Одесі) заявили про сексуальну експлуатацію, тоді як праця та крадіжки частіше використовуються респондентами чоловічої статі в обох містах (праця: 41% хлопців проти 15% дівчат у Києві і 26% хлопців проти 16% дівчат в Одесі; крадіжки: 28,5% хлопців проти 18,5% дівчат у Києві і 31% хлопців проти 16% дівчат у Одесі).

Вікова група також є чинником того, як діти або молодь заробляють на життя. Знову ж таки очевидними стають відмінності між двома містами.



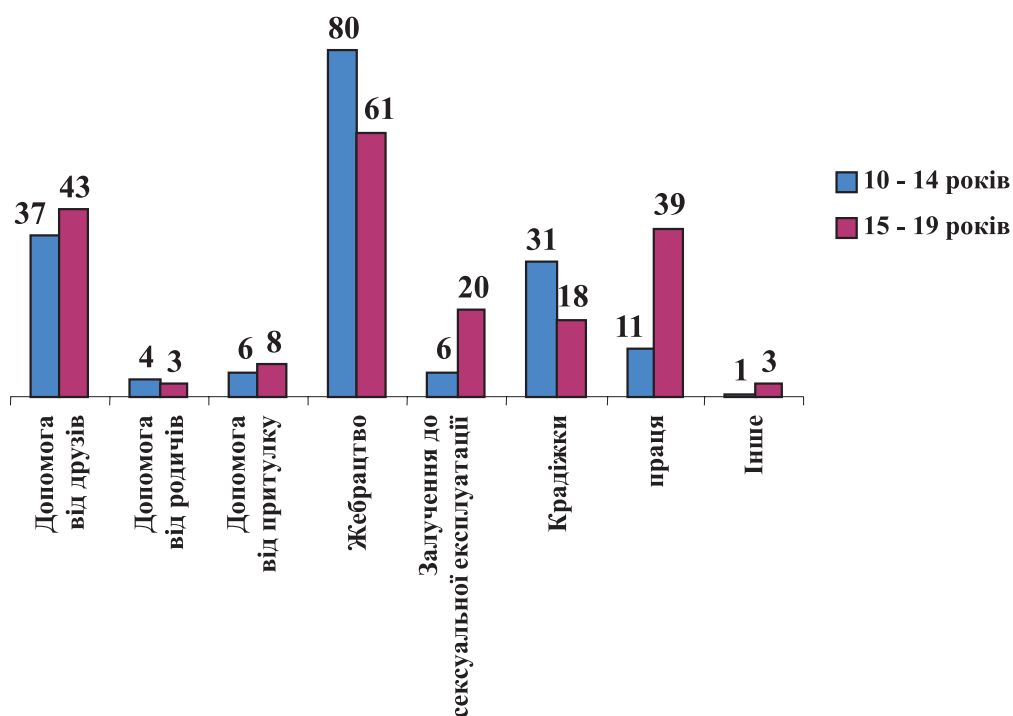


Рис. 19. Зв'язок між способами заробляння на життя та віком респондентів (%) (м. Одеса)

У Києві 29% молодших порівняно із 11% старших отримують допомогу від притулків. Старші (32%) практикують крадіжки більше, ніж молодші (21%), і отримують більше допомоги від друзів (23%), аніж молодші (12%). В Одесі молодші більше займаються жебрацтвом, аніж старші (80% порівняно з 61%), крадіжки також більше є прерогативою молодших, аніж старших (31% проти 18%). Однаково в обох містах старші частіше мають роботу, аніж молодші (41% проти 30% у Києві та 39% проти 11% в Одесі).

Глибинні інтерв'ю в Одесі та Києві показали, що дехто зі старших вважає жебрацтво вигіднішим для молодших, аніж для старших, оскільки дорослі більше “жаліють” їх, і можна зібрати значніші суми. Також дехто зі старших сказав, що їм соромно жебракувати.

Інтерв'юер: “Ти стидаєшся просити гроші?”

17-річний хлопець у Києві: “Я не можу навіть собі це уявити... Я боявся, що хтось із родичів чи сусідів можуть мене побачити й розповісти (іншим про це), поки я ще жив вдома”.

19-річна жінка в Києві: “В минулому я жебракувала, але зараз я доросла, і ніхто мені нічого не дасть. Зараз ніхто не дає, кажуть: “Іди працюй”.

Взаємозв'язок способів заробляння на життя зі статтю та віком в обох містах чітко демонструє, що із зростанням віку також іде значне зростання кількості дівчат-респон-

дентів, які повідомили про сексуальну експлуатацію: наприклад, від 13% серед молодших до 52% серед старших в Одесі. Однак незначний розмір вибірки жіночої групи не дає змоги зробити чіткі висновки.

За даними, зібраними знову ж таки в Одесі, респонденти-хлопці в групі молодших переважно просять милостину (82%), тоді як 31% отримують допомогу від друзів, а 33% крадуть. Респонденти-хлопці в старшій групі більше заробляють на життя працею (45% старших порівняно із 14% молодших).

Тривалість часу, проведеного на вулиці, також може впливати на способи заробляння на життя. Проте дані були непевними, а тому тут їх не представлено. Єдиний достовірний висновок, який можна зробити: кількох дітей та молодих людей, які працюють та займаються нелегальною діяльністю, зростає разом із тривалістю перебування на вулиці.

За даними глибинних інтерв'ю, діти та молодь витрачають зароблені гроші здебільшого на їжу, наркотики й наркотичні речовини або відвідування комп'ютерного клубу. Дехто зі старших підкреслив, що намагався орендувати квартиру, жити з чиясь сім'єю і платити оренду або займати вільну кімнату.

4.7.5. Дозвілля та відпочинок

Опитані надавачі послуг сказали, що, крім уживання наркотичних речовин, сексу, діти та молодь, які живуть на вулиці, люблять грати в автомати, відвідувати комп'ютерні та інші клуби, а також концерти під відкритим небом. За деякими оцінками діти та молодь витрачають до 70% свого прибутку на гральні автомати, адже гроші “відносно легко заробляються і легко витрачаються”.

Глибинні інтерв'ю в Києві та Одесі підтвердили, що одним із улюблених способів представників цільової групи проводити дозвілля є ігри в автомати чи комп'ютерні ігри у клубах. Респонденти визнали, що витрачали великі гроші на це. Оскільки тарифи у комп'ютерних клубах значно нижчі вночі, діти та молодь частіше відвідували їх увечері, аніж удень. Вони також відвідують заклади та інші місця, де їм пропонуються різні види діяльності, наприклад комп'ютерні класи, відео і телебачення, рукоділля, пошиття одягу, робота з деревом, малювання та інші види діяльності.

У глибинних інтерв'ю діти та молодь згадали ці види дозвілля кілька разів як “цікавіший спосіб” провести свій час на вулиці. Дехто з опитаних, які підтримують зв'язок із центрами денного перебування та центрами психосоціальної реабілітації, мали відносно організований розпорядок дня включно з навчанням у школі чи в центрі. Багато опитаних також відвідували літній табір відпочинку та навчання, а переважна більшість сказали, що хотіли б знову поїхати в такий табір.

Судячи з опису “типового дня”, даного дітьми і молоддю в Києві та Одесі, у світлі години доби вони здебільшого здобувають гроші, “вештаються”, спілкуються одне з одним, ходять вулицями і час від часу відвідують місце отримання допомоги. Дозвілля скла-

дається переважно з “гуляння”, “куріння”, “нюхання клею” та ігор: футболу, гральних автоматів чи комп’ютерних розваг. Місця, де діти та молодь “гуляють”, – це залізничні й автобусні станції, підземні переходи та ринки. В Одесі діти та молодь до того ж вишукують місця, відвідувані туристами, зокрема іноземцями. Однією з причин цього є можливість заробити більше на життя, виконуючи роботи, пов’язані із сезоном відпочинку, просячи милостину, пропонуючи секс-послуги чи вчиняючи кишенькові крадіжки.

14-річний хлопець у Києві: “Іноді я гуляю з певною метою; іноді, коли нема чого робити, я збираю пляшки. Я встаю о дванадцятій, йду та трохи жебракую. Я йду... на годину. Я йду туди поїсти. Я приходжу сюди. Я їду на лівий берег. Пізніше ввечері я повертаюсь із лівого берега. Я гуляю, гуляю. Там є соціальна служба для всіх людей у Києві. Там можна постригтися, поїсти і помитися безкоштовно. Я йду туди. У будь-якому разі тут нема чого робити. Там я можу з кимось поспілкуватися, безкоштовно поїсти. Там можна подивитися телевизор. Там пропонують різні послуги”.

Уночі опитані сплять у різних місцях, де знаходять тепло, або “вдома”. Дехто з дітей та молоді досить активні й уночі через те, що їм або нема де спати, або надто холодно, або ж вони заробляють на життя. Улітку вони можуть проводити ночі у товаристві під відкритим небом. Більшість сказали, що вночі вони “спочатку бояться”, часто споживають спиртне і курять цигарки, аби захиститися від холоду або позбутися страхів. Вони “зігріваються”, і їм “стає веселіше”.

13-річна дівчинка в Одесі: “Ми були разом тому, що так безпечніше, і ми менше боялися. Коли ми спали біля моря, ми дуже боялися, що хтось уб’є нас чи ще щось”.

Як було згадано раніше у пункті 4.2, багато дітей та молоді, які живуть на вулицях України, дуже мобільні. За даними опитаних надавачів послуг, вони переміщуються через страх перед рейдами міліції, яка може допровадити їх до дитячих закладів, або через те, що їхні помешкання було закрито чи знищено. Вони також відчують прагнення до пригод, яке штовхає їх досліджувати нові місця або переміщуватися туди, де може бути більше ресурсів. Сезонна мобільність також поширена – діти та молодь їдуть у тепліші місцевості, коли температура ускладнює вуличне життя, або ж їдуть у туристичні місця, де можна здобути більше грошей на життя. За приблизними оцінками Київського міського ЦСССДМ, 79% дітей та молоді, які живуть на вулицях Києва, походять з інших регіонів країни і збираються у столиці, де, на їхню думку, шанси заробити більші через вищий рівень життя населення (особливо це стосується зимових місяців).

4.7.6. Потреби

Проводилося кілька опитувань серед членів цільової групи в Україні з метою оцінки їхніх потреб та вимог. За даними надавача послуг “Карітас Україна”, діти та молодь, яких вони обслуговують, пріоритизують свої потреби таким чином:

- 1) їжа;
- 2) одяг;
- 3) наркотичні речовини та наркотики;
- 4) гігієна.

Однак аналіз ситуації свідчить, що потреби, які є менш нагальними, на зразок освіти та роботи, також високо цінуються.

Опитані надавачі послуг повідомили, що діти та молодь, які живуть на вулиці, зазвичай здобувають їжу шляхом жебракування чи крадіжок на ринках, в обмін на разову роботу або через безкоштовні їдальні чи гуманітарні програми, за якими роздають їжу на вулицях. Опитані діти й молодь наголосили, що у більшості випадків їжа, яку вони отримують, холодна і не завжди доброї якості, що згодом виливається у проблеми зі шлунково-кишковим трактом.

За словами опитаних, добре помешкання також трапляється рідко. Лише незначна кількість дітей та молоді, що проводять більшість свого часу на вулицях, насправді сплять удома. Більшість часто сплять у холодних, брудних та небезпечних місцях. Дехто час від часу спить у притулках, особливо коли погана погода. Є навіть діти та молодь, котрі не пам’ятають, що таке спати у ліжку. Наприклад, директор недержавного надавача послуг “Асперн”, який мав притулок у Києві, казав про восьмирічну дівчинку, яка прийшла, щоб провести ніч, і не вставала цілий день. Коли її спитали, чому вона не встає з ліжка, чи вона не хвора, дівчинка відповіла, що ніколи раніше не спала в ліжку і боялася, що, коли вона встане, ліжко буде віддано комусь іншому.

Одяг найчастіше отримується від гуманітарних організацій, через пожертви від людей на вулиці, час від часу з дому, через крадіжки і зрідка купується за гроші, здобуті шляхом жебракування та крадіжок. Опитані розповідали, що часом просто знаходили одяг у смітті. Тож одяг на них часто не того розміру, рваний, не відповідає сезону. Гігієна займає низьке місце у списку пріоритетів членів цільової групи не тільки через брак доступу до відповідних місць, але й тому, що багато з них не були навчені азів гігієни й не розуміють її важливості. Це призводить до багатьох проблем зі здоров’ям, зокрема до поширення інфекційних хвороб. У багатьох місцях, де діти та молодь живуть, немає не тільки гарячої, але ніякої води взагалі. Туалетів немає теж, отож доводиться користуватися територією неподалік від “сховку”.

Результати опитування у Києві та Одесі підтверджують, що умови життя цільової групи не відповідають найелементарнішим базовим стандартам, а основні потреби у їжі, житлі, одязі, охороні здоров’я та освіті не забезпечуються.

Таблиця 10

Місця, де ночують діти та молодь, які живуть на вулицях (%) (м. Київ)

	Удома	У центрі психосоціальної реабілітації	У приймальнику-розподільнику	У сховку на вулиці	На вулиці	Інше
Найчастіше місце ночівлі	14,8	18	8,1	40,4	3,7	15
Останнє місце ночівлі	10,4	17,8	11,7	39,9	4,7	15,4

Таблиця 11

Місця, де ночують діти та молодь, які живуть на вулицях (%) (м. Одеса)

	Удома	У центрі психосоціальної реабілітації	У приймальнику-розподільнику	У сховку на вулиці	На вулиці	Інше
Найчастіше місце ночівлі	2,7	10,7	4	78	2,7	2
Останнє місце ночівлі	1,3	7,3	2,7	83,3	3	2,3

Більшість респондентів сказали, що сплять у “сховках” на вулиці (40% у Києві та 78% в Одесі сплять там часто, а 40% у Києві та 83% в Одесі ночували там останнього разу). Друге місце, де діти та молодь найчастіше сплять, – центри психосоціальної реабілітації, дім (у Києві) чи приймальники-розподільники. Інші місця ночівлі для більшості – це квартири друзів, комп’ютерні клуби, школи-інтернати, пішохідні переходи та торговельні центри.

Ситуація досить схожа на ситуацію в інших країнах, зокрема Росії, де 47% дітей та молоді, які відвідують місцевий центр допомоги, сплять у “сховках”⁷².

Глибинні інтерв’ю також показали, що діти та молодь здебільшого намагаються зробити свої “сховки” максимально зручними, обладнують їх старими матрасами (які зазвичай знаходять на смітниках), ковдрами й картонними ящиками. Однак, зазначили респонденти, досить часто працівники муніципальних служб чи співробітники правоохоронних органів руйнують їхні “сховки”.

14-річний хлопець у Києві: “Я мав нещастя загубити свої речі. Раніше я жив на вентиляційній решітці, там і тримав деякі речі. Ремонтники прийшли, і всі речі кудись зникли. Там були спальний мішок та ковдра”.

Глибинні інтерв’ю підтвердили, що одяг є ще одним важливим аспектом щоденного життя цільової групи. Діти та молодь самі перуть свій одяг у підвалах та каналізації чи у центрах допомоги. Новий одяг їм дають у центрах допомоги, або це роблять незнайомі люди, або ж його крадуть. Узимку найбільшою проблемою є взуття. Багато опитаних дітей та молоді скаржилися на свої ноги, які німіють від холоду, і просили теплі речі в інтерв’ю-

ерів (73% респондентів просили тепле взуття). У рамках кількісного опитування інтерв'юерів також просили повідомляти, скільки дітей та молодих людей носили відповідний зимовий одяг. За їх даними, в Одесі лише 35% були належним чином одягнені, тобто мали теплу куртку, зимові черевики та теплу шапку. Більшість із них належали до старшої групи (15–19 років).

Їжа – надзвичайно важливе і дуже нагальне питання для цільової групи. Але, здається, її можна досить легко дістати, оскільки в обох містах більшість опитаних дітей та молоді їли принаймні одну гарячу страву на день до опитування (63% у Києві та 60% в Одесі), хоча результати опитування засвідчили, що така їжа нерегулярна. Дехто з членів цільової групи постійно ходить у благодійні організації та безкоштовні їдальні, організовані церквами. Багато хто користується тим, що дорослі на ринках або в місцях жебракування дають поїсти чи попити.

11-річний хлопчик у Києві: “В... (назва місця) мене годують знайомі продавці. Вони дають мені хліб, сало з часником”.

Інтерв'юер: “А вони тобі дають першу страву – якийсь суп?”

Хлопець: “Атож, дають. Це постійно відбувається. Коли я хочу поїсти, вони мені дають. Вони самі пропонують щодня: “Ти хочеш їсти, хочеш?”

11-річний хлопчик в Одесі: “Авжеж, я раніше платив (за їжу); але потім зустрів дядька... він сказав, що заплатить, і я їв безкоштовно. Я вештався і просив дрібні гроші, а він спитав: “Ти хочеш їсти?” Він узяв мене до їдальні та нагодував. І, крім того... (ім'я іншої дитини) був знайомий із цим дядьком”.

Молодші діти часто згадували допомогу від дорослих в отриманні їжі, тоді як старші та молодь не згадували про це, оскільки їм доводилося самим активно шукати їжу. Але все одно старші діти та молодь були краще нагодовані, аніж діти з молодшої групи (70% порівняно із 51%).

Погане харчування ослаблює дітей та молодь фізично і може негативно впливати на їхні розумові здібності, зокрема на здатність навчатися. За даними звіту ЮНІСЕФ “*Становище дітей у світі, 2006 рік*”⁷³, “...ті, хто не закінчує молодшу школу, мають менше шансів оволодіти письмом, лічбою та розвинути пізнавальні навички, які поліпшують їх перспективи заробляти достатньо грошей, коли вони стануть дорослими...”

Інтерв'юери також запитували в дітей та молоді, якої допомоги вони потребують у даний час. У Києві 26% респондентів просили їжу, 18% – одяг, 15% – допомоги в закінченні освіти чи віднайденні роботи, 11% – клей і цигарки, 9% – гроші, 9% – житло, 5% – медичну допомогу, а 4% – іграшки чи солодощі. В Одесі 73% підлітків просили теплий одяг, 50% – їжу, 13% – житло, 10% – медичну допомогу, 10% – індивідуальні засоби захисту на

зразок презервативів та стерильних голок, 5% – товари гігієни і 3% – допомоги у віднайденні батьків. Окремі респонденти в Одесі просили також свічки, гроші, ковдру, матрас, допомоги в пошуку роботи або в отриманні офіційних документів, зокрема молоді люди 16–19 років просили паспорт. Ця проблема особливо нагальна для тих, хто приїхав із Росії чи Молдови. У більшості свідоцтва про народження чи освіту загублено, а це не дає дітям та молоді змоги отримати доступ до багатьох освітніх і медичних служб, знайти регулярну роботу.

Дані опитування свідчать, що потреби, названі опитаними дітьми та молоддю, майже всі безпосередньо пов'язані із забезпеченням виживання та відносною безпекою на вулицях.

Серед опитаних надавачів послуг не було згоди щодо того, яким члени цільової групи бачать своє майбутнє. Дехто казав, що більшість дітей та молоді живуть лише сьогоднішнім днем і мало переймаються майбутнім. Однак інші (зокрема персонал притулків) згадували, що їхні підопічні часто уявляли себе у майбутньому, де у них є робота, сім'я та стабільне життя. Одним із головних висновків фокусних груп, проведених благодійним фондом “Шлях додому” серед дітей та молоді, які живуть на вулицях Одеси, було те, що більшість із них вважає, що помре на вулиці.

У глибинних інтерв'ю в Києві та Одесі дітей та молодь також запитували про їхні плани на майбутнє. У Києві представники старшої групи сподівалися знайти роботу, отримати належну освіту й здобути професію.

Інтерв'юер: “То яку роботу ти хотів бимати?”

14-річний хлопець у Києві: “Я не знаю; яку вдається знайти”.

Інтерв'юер: “А що тобі подобається, що ти вмієш робити?”

Хлопець: “Коли я їхав до Києва, то не збирався працювати. Я збирався грабувати п'яних, вломлюватися у магазинчики – будь-що, аби тільки не працювати. Я думав: “Ви дурні, то й працюйте. А я розумний: я красти у когось і матиму гроші”. Я чув таку пісню: “Коли ти маєш три тисячі в кишені, то суму як не було”. Сьогодні крадіжками грошей не зробиш. Я знаю, що багато заробити неможливо. Настав час щось мені робити. Я шукатиму роботу”.

18-річний хлопець у Києві: “Я хочу піти на роботу, навіть якщо (доведеться почати) з малої роботи. Я знаю людей, які починали з малого, а тепер вони успішні. Вони працюють... а тепер він може класти плитку, хоча ніколи не вчився цього; у нього просто виходить. А начальник бачить це і не думає, що він... (робітник без кваліфікації), а навпаки, (кваліфікований) робітник, і платить йому більше... Я не знав, як робити це; цьому треба вчитися. Я просто знаю людину. Якби я був сам, то були б серйозні проблеми. Чоловік каже мені: “Не роби так, треба робити так і так”, – і я розумію це. Тепер





я можу дещо робити на комп'ютері. Раніше я любив комп'ютер через ігри. Але тепер мені подобаються серйозні програми, а не лише ігри”.

Респонденти чоловічої статі в обох містах мріють стати електриком, слюсарем, водієм фургонів, вантажником, спортсменом, зварювальником, маляром, пожежником чи муляром, а респонденти жіночої статі казали, що переважно хочуть бути перукарем чи продавцем. Лише кілька респонденток мріють стати юристом, журналістом чи дизайнером.

16-річна дівчина в Одесі: “Я хочу бути прокурором. Мені просто подобається, не знаю чому. Закінчити навчання... Я закінчу освіту. Я візьму документи зі школи. Мені казали, що з паспортом у мене є право там навчатися...”

Одна дівчина сказала, що хоче бути співачкою, а багато дівчат говорили про бажання “мати гарний вигляд”. Чимало дітей та молоді твердили, що не мають планів на майбутнє живуть в основному “сьогоднішнім днем”. Респондентам у групі молодших було важко відповісти на запитання про їхні майбутні плани, але цим вони не відрізняються від більшості дітей, які живуть удома. Деякі діти та молоді люди казали, що хотіли б мати те, чого їм бракувало в дитинстві: великий багатий дім, безпеку, машину, хорошу родину та шановану роботу. Інші хотіли б поїхати за кордон у місце, де, на їхню думку, життя піде інакше, де вони зможуть досягти успіху.

13-річний хлопець в Одесі: “Я хочу жити нормально, працювати. По-перше, хочу, щоб мені зараз було 19, і мати паспорт у руках. По-друге, хочу мати дві квартири, дві машини, жінку – ні, жінку потім, – і охоронця. Третє бажання: хай моє життя буде легким. Ну, так, щоб я працював, вірив у Бога, платив частину зарплати на пенсію, вчився, здобував професію – бізнесмена чи менеджера або щось подібне”.

5. ПРАВА ДІТЕЙ І МОЛОДІ, ЯКІ ЖИВУТЬ АБО ПРАЦЮЮТЬ НА ВУЛИЦЯХ В УКРАЇНІ, ТА КОНЦЕПЦІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОТИДІЇ

5.1. Огляд правового поля та державних програм

Український уряд ратифікував цілий ряд міжнародних конвенцій та конвенцій ООН, протоколів, декларацій та резолюцій на захист прав дітей і молоді, включаючи тих, хто живе з ВІЛ. Таблиця 13 у додатку V містить огляд статусу ратифікації та прийняття у 2006 році деяких найважливіших документів. Відповідно до них український уряд взяв на себе зобов'язання захищати цілий спектр прав українських дітей та молоді. Серед цих прав:

- відсутність будь-якої дискримінації;
- усі дії стосовно дітей мають головним чином враховувати найкращі інтереси дитини;
- право на захист та догляд, необхідне для добробуту дитини, беручи до уваги права та обов'язки батьків і опікунів. Сюди входить захист від усіх форм фізичного чи психічного насильства, знущання чи поранення, бездоглядності чи недбалого ставлення, поганого поводження чи експлуатації (зокрема сексуальної та економічної), торгівлі людьми, продажу та викрадення дітей і т. ін. Для цього необхідно створити відповідні соціальні програми (запобігання, підтримки, догляду тощо);
- заклади, які здійснюють догляд та надають послуги дітям, повинні відповідати стандартам (зокрема у плані безпеки, охорони здоров'я, кількості та придатності персоналу, нагляду тощо);
- діти, тимчасово або постійно позбавлені свого сімейного оточення, мають бути особливо захищеними (передусім забезпечення належної альтернативи догляду за ними).

Багато з цих міжнародних документів є основою для сьогоденного законодавства в Україні, яке стосується дітей та молоді, включаючи тих, які живуть із ВІЛ. У таблиці 14 додатку VI подано огляд деяких з основних українських законів, постанов та указів щодо захисту дітей та молоді, особливо тих, котрі найімовірніше наражаються на небезпеку зараження ВІЛ та іншими інфекційними хворобами.

В Україні багато законів та інших юридичних документів стосуються дітей та молоді, які є “безпритульними”, “бездоглядними” або походять із “неблагополучних сімей”, в тому числі й тих, які живуть та працюють на вулицях. Деякі з них більш релевантні до цієї оцінки, тож мають прямий стосунок до питань, які розглядаються у цьому звіті і згадуватимуться особливо.

Існує Конституція України, яка визначає права всіх громадян України і гарантує право рівності попри расу, колір шкіри, національну, етнічну чи соціальну приналежність, економічний статус, стан здоров'я, місце проживання, мову та будь-яку іншу обставину, а також право на освіту, працю та медичне обслуговування.

Закон “Про охорону дитинства” підкреслює високий пріоритет, який надано захисту прав дітей на життя, охорону здоров’я, освіту, соціальне забезпечення та комплексний розвиток. Зокрема держава гарантує усім дітям доступ до кваліфікованої медичної допомоги у державних та комунальних медичних закладах, безпечних та належних санітарних умов життя, достатнього харчування та формування навичок здорового способу життя. Цей закон також дає визначення концепції “безпритульних” дітей, як описано у другому розділі. Відповідальність за надання підтримки таким дітям покладається на державні установи на загальнодержавному і місцевому рівнях, а також на будь-кого, кому “відомі діти, які не перебувають під опікою якихось опікунів”. Відповідно до статей закону ці діти мають тимчасово розміщуватися у притулках, доки відповідні органи визначать, слід їх повернути додому або ж доправити до дитячого будинку, державної школи-інтернату, будинку сімейного типу чи до прийомної сім’ї в очікуванні наступних дій (можливо, всиновлення). Протягом цього періоду діти мають бути забезпечені медичною, юридичною та психологічною допомогою, освітніми можливостями та послугами соціального забезпечення. Цей законодавчий акт відповідає багатьом міжнародним нормам, хоча більше зосереджується на симптомах “безпритульності” та на тому, щоб забрати дітей та молодь із вулиць, і менше на причинах “безпритульності”, особливо на первинному запобіганні та підтримці осіб, які здійснюють опіку та догляд (поміж інших батьки, опікуни). Більше того, закон має стратегічну та декларативну природу, тому було розроблено ряд нормативних документів, аби забезпечити рекомендації для впровадження його в життя.

Закон “Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування” відносить усіх “безпритульних дітей” до групи “дітей, позбавлених батьківської опіки”. У документі немає положень, які б відображали той факт, що “безпритульні діти” переважно живуть та працюють на вулицях і є дуже мобільними. Хоча стаття 17 чітко говорить, що Міністерство охорони здоров’я та служби, які надають допомогу дітям, разом визначають “комплекс індивідуалізованої психологічної, реабілітаційної та корекційної допомоги” і для дітей у “надзвичайних обставинах”, а також забезпечують “загальну медичну допомогу, піврічні медичні перевірки та будь-які медичні процедури включно з госпіталізацією, як зазначено у статті 34”, проте описання механізмів того, як ця допомога має досягати дітей та молоді, які живуть та працюють на вулиці, відсутні.

Закон “Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей” також визначає концепцію “безпритульних дітей” у статті 2 як “дітей, які змушені залишити свою сім’ю або дитячий заклад, де вони перебували, або пішли зі своєї власної волі й не мають певного місця проживання”, і відокремлює їх від більш загальної категорії дітей, позбавлених батьківського піклування. Стаття 5 підтверджує права безпритульних громадян та дітей на медичний догляд, а також соціальну та юридичну допомогу. У розділі II висвітлюється процес реєстрації “безпритульних дітей” службами у справах дітей і визначається, що така реєстрація має бути добровільною з боку дітей. Розділ IV, стаття 15 визначають типи притулків, доступних для “безпритульних дітей”, зокрема

притулки для неповнолітніх і центри психологічної реабілітації, які підпорядковані службі у справах дітей. Цей закон установлює деякі з основних механізмів підтримки таких дітей, хоча все ще ґрунтується на думці, що їх слід забрати з вулиці, зареєструвати (добровільно), забезпечити необхідною документацією та передати під належну опіку. Закон належним чином не зважає на той факт, що багато дітей та молоді тікають із дитячих закладів, не враховує труднощі, пов'язані з отриманням необхідної документації, брак адекватних закладів і час, який може знадобитися, щоб переконати дитину чи молоду особу покинути своє життя на вулиці.

Закон “Про соціальну роботу з дітьми та молоддю” визначає деякі з основних підходів і послуг, які мають пропонуватися дітям та молоді, що живуть на вулицях, включаючи програми допомоги разом із соціальною реабілітацією, які повинні здійснювати служби з роботи з неповнолітніми та ЦСССДМ, систематичне відстеження та нагляд за дітьми і молоддю, що перебувають у складних життєвих ситуаціях, систематичні та різноманітні втручання для вирішення життєвих проблем, підтримку та поліпшення їхнього соціального статусу й умов проживання. Соціальний супровід та реабілітація мають включати соціальні, медичні, психологічні, юридичні, інформаційні, фінансові та інші послуги. Допомога має також надаватися дітям і молоді, що потерпіли від насильства та знуцання або інших надзвичайних ситуацій (наприклад торгівлі людьми). У розпорядженні, виданому міністрами у справах сім’ї, молоді та спорту й охорони здоров’я, “Про затвердження Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров’я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді” сказано, що ЦСССДМ повинні надавати соціальні послуги, націлені на пропаганду здорового способу життя, запобігання ІПСШ та ВІЛ, збереження репродуктивного здоров’я та підготовку до батьківства, розвиток відповідальної поведінки у статевих та особистісних стосунках, забезпечення психологічної допомоги та направлення до медичних служб. Згадуються “Клініки, дружні до молоді”, де діти та молоді люди можуть отримати діагноз і лікування, превентивний догляд щодо ІПСШ та ВІЛ, догляд щодо репродуктивного здоров’я. Відповідно до закону та указу послуги, надані “Клініками, дружніми до молоді”, мають бути доступні для всіх дітей та молодих людей. Однак, за даними ЮНІСЕФ, більшість цих послуг не досягають дітей і молоді, які живуть на вулиці, оскільки приваблюють здебільшого тих, хто активно шукає медичних послуг. Те ж саме справедливе для багатьох інших послуг, перелічених у Законі та указі. Іншим обмеженням Закону є те, що він посиляється переважно на послуги, які надаються через ЦСССДМ або інші служби, що перебувають у віданні державних надавачів послуг. Спеціалізовані послуги, які мають надаватися через ЦСССДМ, окремо виписано в наказі №14 МСМС від 4 лютого 2002 року, де затверджуються психологічна допомога через “Телефонну лінію довіри”, центри соціальної реабілітації дітей та молоді з “функціональними дефіцитами”, служби працевлаштування молоді, мобільні консультативні служби соціальної роботи у сільській та гірській місцевостях, консультативні пункти для СІН (так звана “Довіра”) та соціальні послуги для молоді, яка перебуває у приймальниках-розподільниках і в пенітенціарних закладах.

У Законі “Про соціальні послуги” поняття “соціальний працівник” дається разом із такими термінами, як “соціальні послуги”, “соціальна допомога”, “соціальні центри” та “тимчасові притулки для неповнолітніх і дорослих”. Закон важливий, оскільки в ньому згадуються соціальні послуги, котрі надаються “будь-якою формою власності, а також індивідуумами”, наприклад недержавними та релігійними організаціями. Сироти та “зубожіла молодь” названі у числі бенефіціарів цілого ряду описаних соціальних послуг, подібних до тих, що викладено у Законі “Про соціальну роботу з дітьми та молоддю”. Цей Закон також забезпечує юридичну основу для ліцензування соціальних послуг і створює можливість надання фінансової підтримки з боку держави на конкурентній основі недержавним надавачам послуг. Однак він не дає чіткого визначення поняття “фінансової підтримки”, і, хоча й наголошує на важливості співробітництва між усіма сторонами, механізм такого співробітництва не визначає¹.

У Законі перелічено стандарти та норми, які застосовуються до всіх “суб’єктів соціальної роботи”. У ньому викладено керівні положення з надання соціальних послуг дітям та молоді, включаючи методи, які мають використовуватися. Але деякі зі стандартів та норм мало б бути переглянуто, зважаючи на підходи, підкріплені доказами, та зразки передової практики в Україні й за кордоном. Закон також не встановлює чітких стандартів послуг, які надаються неурядовими та релігійними організаціями, а впровадження закону перешкоджає браку комплексної системи моніторингу та оцінки на основі кількісних і якісних показників.

Закон “Про благодійництво та благодійні організації” гарантує підтримку певного переліку благодійних заходів, але залишає невиписаним співробітництво між державними та недержавними надавачами послуг у рамках спільної діяльності².

Цілий ряд законів, указів та інших юридичних документів в Україні стосується прав людей, котрі живуть із ВІЛ, прав їхніх сімей, а також захисту населення від ВІЛ. Перший закон було прийнято у 1991 році, а в 1998 – видано новий. На жаль, у жодному з них не приділено уваги дітям і молоді, які живуть та працюють на вулицях, як групі, що найімовірніше наражається на небезпеку зараження ВІЛ.

Закон 1991 року “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” в принципі відповідає усім міжнародним нормам і рекомендаціям ВООЗ стосовно ВІЛ та СНІДу, але він мав обмежений вплив на хід розвитку епідемії ВІЛ, оскільки існує багато перешкод на шляху його реалізації. Одним з основних стримувальних факторів, який у даний час обмежує доступ цільової групи до послуг, пов’язаних із ВІЛ, є необхідність згоди батьків. Стаття 12 Постанови “Про затвердження Типового положення про центр для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді”, прийнятої Кабінетом Міністрів України 15 лютого 2006 року, зазначає, що прийняття до центру СНІДу має затверджуватися директором закладу на підставі прохання батьків, або опікуна дитини чи молодої особи, або ж самої особи, якщо вона вже не вважається неповнолітньою. Дитина повинна мати посвідчення особи та медичне направилення. Діти та молодь, які живуть на вулицях, здебільшого не мають документів

і не обов'язково підтримують контакт із живими батьками чи опікуном, тож вони автоматично виключаються з послуг, які надаються центрами СНІДу та іншими подібними установами. Ця постанова суперечить Закону України “Про охорону дитинства”, який гарантує безкоштовне медичне обслуговування всім дітям в усіх державних установах. На практиці деякі заклади приймають дітей та молодь без документів, але вони швидше є винятком. В іншому документі “Про вдосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію” Міністерством охорони здоров'я зафіксовано повні процедури тестування, а також питання щодо батьківської згоди на проведення тесту на ВІЛ. Крім того, є інформація про положення Цивільного кодексу України стосовно віку, коли молода особа може пройти тестування без згоди батьків. Особи здебільшого вважаються неповнолітніми, якщо вони не досягли 18 років, однак є виняткові обставини. Наприклад, у розділі II, статті 32 сказано, що особа віком від 14 до 18 років ще вважається неповнолітньою, але має певні права. Стаття 284 говорить, що це включає право вибирати лікаря та методи лікування відповідно до його рекомендацій. Медична допомога особі, котра досягла 14 років, може надаватися лише за її згоди. Стаття 34, розділ II також твердить, що неповнолітня особа, яка юридично одружена, автоматично набуває всіх прав і зберігає ці права, навіть якщо шлюб розірвано. Стаття 35 говорить, що повні права може бути надано особі 16 років або старшій, котра легально працює, значиться як мати чи батько дитини або займається приватним підприємництвом. Однак стаття 285 встановлює, що батьки (прийомні), опікуни чи вихователі мають право отримувати інформацію про стан здоров'я дитини або особи, що перебуває під опікою. Хоча це не суперечить вищесказаному, у реальному житті ця стаття часто тлумачиться як іще одна обов'язкова вимога залучення когось із батьків чи опікуна до процесу надання послуги. Усі наведені винятки суперечать статті 7 Закону “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”, яка говорить, що будь-хто у віці до 18 років повинен мати згоду батьків чи опікуна на проходження тесту на ВІЛ. Розв'язання цієї суперечності є важливим для визначення доступності добровільної перевірки на ВІЛ, консультування, запобігання та лікування для дітей і молоді, які живуть на вулицях.

Новий Кримінальний кодекс України, прийнятий у 2001 році, регулює торгівлю неповнолітніми та вживання наркотиків і наркотичних речовин, а також сексуальну роботу та сексуальну експлуатацію неповнолітніх. Стаття 149 кодексу визначає “торгівлю особами або іншу незаконну угоду щодо передачі особи” як злочин проти волі, честі та гідності людини, включаючи дітей. Норми, які стосуються торгівлі людьми, точно відображають міжнародні норми. Основними проблемами залишаються координація діяльності різних надавачів послуг, достатнє фінансування для впровадження заходів щодо застосування закону, а також чіткі часові рамки та звітність відповідних установ³.

Надання сексуальних послуг більше не карається як “злочин”, як це було раніше в Україні, а підпадає під застосування адміністративних заходів на зразок штрафу. Сексуальна експлуатація неповнолітнього або залучення дорослої людини до виконання сексуальної роботи залишається злочином і має каратися відповідним чином. Хоча декримі-

налізація осіб, які зазнавали сексуальної експлуатації, стала важливим кроком, все одно потрібний буде час, аби змінити ставлення суспільства та співробітників правоохоронних органів до секс-працівників і малолітніх, що зазнали сексуальної експлуатації. Не менш потрібний час і на те, щоб повідомити дітям та молоді, які живуть на вулиці, про цю зміну в Законі й стимулювати їх, аби приходили і шукали юридичної допомоги в разі сексуальної експлуатації.

Статті 314 та 316 Кримінального кодексу стосуються запобігання незаконному обороту наркотиків. Кодекс не встановлює кримінальної відповідальності за вживання наркотиків, але за їх “продаж, перевезення та зберігання” навіть без наміру продавати її встановлено, а це означає, що кожен споживач наркотиків (включаючи дітей та молодь, які живуть на вулицях і вживають наркотики) порушує закон, адже неможливо вживати наркотики без виробництва, придбання, транспортування та зберігання їх навіть протягом короткого часу⁴. Для особи, зареєстрованої як споживач наркотиків, закривається доступ до певних професій та отримання водійського посвідчення. Крім того, споживач наркотиків повинен відвідувати наркаореабілітаційний заклад. Щодо дітей та молоді, які вживають наркотики, останнє навряд чи важливо, зважаючи на те, що в даний час існує дуже мало наркаореабілітаційних закладів в Україні, котрі приймають дітей та молодь на лікування.

Крім законів, указів та інших юридичних документів, існує цілий ряд відповідних урядових концептуальних документів, а також державних та національних програм для вирішення питань стосовно дітей та молоді, котрі ведуть ризикований спосіб життя і живуть у ризикованих ситуаціях. У таблиці 15 додатку VII подано огляд основних державних та національних програм і концептуальних документів, що стосуються питання, порушеного у цьому звіті.

Із 2003 по 2005 роки діяльність щодо дітей та молоді, які живуть на вулицях в Україні, регулювала “Державна програма запобігання дитячій бездоглядності на 2003–2005 роки”. Проте виявилось неможливим установити, чи провадилася колись формальна оцінка її результатів та впливу. Однак опитані надавачі послуг наголосили, що реалізація цієї програми ускладнювалася, оскільки вона конфліктувала з іншими національними програмами, спрямованими на дітей у кризових ситуаціях, і дублювала їхню роботу. Також залишалося місце для різних тлумачень того, як і хто повинен вирішувати певні питання, що, за словами надавачів послуг, призвело до ситуації, коли “кожен сподівався, що хтось інший відповідатиме за впровадження певних пунктів, і зрештою ніхто не брав на себе відповідальності”. Фінансові потреби та джерела фінансування не було чітко зазначено, а тому в багатьох випадках брак фінансів заважав реалізації програми. Остання ж не враховувала важливості реагування на індивідуальні потреби кожної дитини та поліпшення конкретної ситуації, вона швидше зосереджувалася на проблемі в цілому, що було підходом часів Радянського Союзу. Опитані також заявили, що Програма не змогла прояснити розмежування відповідальності між урядовими та неурядовими організаціями.

7 грудня 2005 року Кабінет Міністрів України затвердив “Концепцію державної програми” та “Державну програму подолання дитячої безпритульності та бездоглядності на 2006–2011 роки”. Основні завдання цієї Програми:

- а) зменшення кількості безпритульних дітей, позбавлених опіки, на 50%;
- б) розроблення необхідної юридичної та фінансової бази для подолання безпритульності;
- в) розроблення ефективних форм роботи для запобігання дитячій безпритульності, виявлення сімей, де діти зазнають жорстокого поводження, і захист таких дітей;
- г) запровадження нових форм соціальної допомоги дітям у різних небезпечних ситуаціях;
- д) розроблення бази даних з інформацією про дітей-сиріт та безпритульних дітей;
- е) захист прав дітей-сиріт, безпритульних дітей та людей, які хочуть усиновити дітей;
- ж) організація мережі закладів соціального догляду для дітей та поліпшення якості роботи таких закладів;
- з) забезпечення підготовки та перепідготовки працівників закладів соціального догляду для дітей;
- и) вдосконалення нормативної та юридичної бази соціального захисту дітей.

Відповідає за загальне виконання та координацію Програми Міністерство у справах сім’ї, молоді та спорту (МСМС). Окрім зменшення кількості “безпритульних” та “бездоглядних” дітей, Програма зокрема передбачає скорочення тривалості часу, який діти проводять на вулицях і залишаються “бездоглядними”. Основні принципи та цінності, які лежать в основі Програми, узгоджуються з міжнародними конвенціями, переліченими у цьому розділі. Є надія пришвидшити реструктуризацію сучасної системи догляду за дітьми шляхом розроблення цілого спектра форм догляду сімейного типу (зокрема для дітей, молодших від 10 років), розформування колосальної системи закладів інтернатного типу, а також через реорганізацію сучасних притулків у центри психосоціальної реабілітації. Також є намір надавати більше підтримки сім’ям у кризовому стані, щоб запобігти залишенню домівки дітьми та молоддю. Провідною думкою є те, що діти мають зростати у сімейному оточенні для отримання належного виховання та підтримки і що їм потрібні приклади для наслідування, аби будувати власні сім’ї, коли стануть дорослими. В іншому разі діти з неблагополучних родин, які зростають на вулиці або у спеціальних закладах, матимуть значні складнощі при створенні власних сімей.

Хоча ця Програма і включає цільову групу, вона переважно зосереджується на дітях, які вже перебувають у системі догляду за ними. Програма також не вирішує безпосередньо питання ВІЛ та ризикованої поведінки й факторів ризику в середовищі дитини та молоді людини. Незважаючи на активне зосередження на питаннях прав дітей, Концепція та Програма не визначають, які послуги необхідно надавати дітям і молоді, що потребують негайної допомоги, а також не порушують питання, як здійснюватиметься фінансу-

вання й управління процесом переходу та реструктуризації, як вирішуватимуться основні соціально-економічні передумови нинішньої ситуації.

За словами заступника директора Державного ЦСССДМ, вже йдуть дискусії щодо подальшої реструктуризації системи опіки та догляду за дітьми й розвитку додаткових послуг на зразок “дитячих сіл”⁵. **Оскільки Концепція та Програма набули чинності нещодавно, надто рано оцінювати, який вплив вони матимуть на поточну ситуацію, зокрема для цільової групи. Проте ясно, що Концепція та Програма потребуватимуть гармонізації з іншими державними та національними програмами з метою уникнення дублювання зусиль і розвитку паралельних структур. Також необхідно заповнити наявні прогалини в Програмі (див. восьмий розділ), щоб забезпечити комплексний національний підхід до питання.**

Іще один новий підхід, який уряд України зараз застосовує щодо догляду за дітьми, котрі перебувають під опікою, викладено у постанові, прийнятій Кабінетом Міністрів України щодо “Експерименту з призначення і виплати державної соціальної допомоги на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які перебувають під опікою (піклуванням) або у відповідних закладах, за принципом “гроші ходять за дитиною”. Ідея, яка стоїть за цим принципом, чітка й однозначна: щоб забезпечити отримання дітьми максимуму державних субсидій, виділених для них, кошти мають супроводжувати дитину незалежно від того, де вона перебуває у системі, замість того щоб кошти йшли через установи. Цей підхід мав успіх у багатьох країнах Західної Європи. Але, хоча дана Постанова стосується важливого питання, вона має реалізовуватися за обставин, які вже склалися, коли отримання пристойного та доступного житла є проблемою навіть для звичайних громадян України. А це означає, що варіанти для членів цільової групи щодо отримання житла і довготривалого помешкання все ще дуже обмежені.

Провідний спеціаліст Київського міського ЦСССДМ наголосив, що до 2006 року на жодному рівні не було жодної загальної стратегії вирішення питання запобігання ВІЛ та ІПСШ серед членів цільової групи. У 2002 році Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації на 2002–2011 рр.” констатувала, що “зростаюча летальність соціально небезпечних хвороб, зокрема туберкульозу, ВІЛ і СНІДу та інфекцій, які передаються статевим шляхом, є важливою проблемою” і що необхідно стимулювати здоровий спосіб життя. Стосовно захисту дітей та молоді від ВІЛ у цілому Україна зобов’язалася досягти відповідно до рішень спеціальної сесії Генеральної асамблеї ООН з питань ВІЛ/СНІДу (ССГАООН) до 2010 року таких цілей⁶: 95% молоді буде поінформовано про ВІЛ, поширення ВІЛ серед молоді буде зменшено на 25%, а передачу ВІЛ від матері до дитини буде зменшено на 50%. Звіти ССГАООН за 2005 та 2006 рік, опубліковані для України, засвідчують, що попереду ще багато роботи. Наприклад, у 2004 році лише 14% молодих людей могли правильно визначити способи запобігання статевої передачі ВІЛ та відкинути основні хибні судження про передачу ВІЛ. Це значить, що Україна не досягла мети у 90%, поставленої ССГАООН на 2005 рік⁷.

Загальну стратегію боротьби зі СНІДом під назвою “Концепція стратегії дій уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2011 року”, було прийнято Кабінетом Міністрів 4 березня 2004 року. Стратегічний підхід визначено у “Національній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 рр”. Обидва документи зосереджуються на запобіганні ВІЛ, формуванні безпечної поведінки та розширенні доступу до лікування, допомоги й догляду. Програма сприяє багатогалузевому підходу, але, незважаючи на те, що вона охоплює більшість важливих сфер, які потребують уваги, їй бракує узгодженості, і вона не визначає конкретні кроки вирішення проблем, а також тих, хто повинен цим займатися. У більшості випадків відсутнє чітке джерело фінансування діяльності, а без конкретно визначених коштів надавачі послуг не мають чіткого орієнтиру і мають меншу відповідальність. Додаткова проблема, яка стоїть на шляху впровадження цієї Програми, – невідповідність між реальними потребами та наявністю й розподілом коштів. За даними представника Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, дана Програма не відповідає на питання, як інші програми, що нині фінансуються міжнародними донорами, фінансуватимуться в майбутньому, після закінчення надходження коштів від міжнародних донорів. Це особливо стосується програм антиретровірусної терапії, з огляду на те, що кількість людей, які потребують її, зростатиме в наступні роки. Наприклад, за даними Українського центру з профілактики і боротьби зі СНІДом, станом на серпень 2006 року 447 дітей в Україні проходили антиретровірусну терапію, на яку з державного бюджету виділялося менш ніж 10%. В інтерв'ю з надавачами послуг наголошувалося, що з-поміж тих дітей лише двоє чи троє раніше жили на вулиці.

Програма слабо охоплює питання поширення ВІЛ/СНІДу серед дітей та молоді. Жоден із конкретних заходів, який стосується, наприклад, послуг дітям, осиротілим унаслідок СНІДу, конкретних заходів, які слід застосовувати щодо дітей та молоді з ризикованою поведінкою, антиретровірусної та замісної терапії для дітей та молоді, збільшення доступу до освіти, якісного медичного обслуговування і соціальних послуг (спільні проблеми більшості ВІЛ-інфікованих дітей та молоді в Україні, за словами представників “Всеукраїнської мережі людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом”), а також потреба збирання деталізованих даних щодо різних груп дітей і молоді, не висвітлено у програмі, а також належним чином не регулюється.

Галузеву програму щодо запобігання ВІЛ, лікування та догляду за людьми, які живуть із ВІЛ у системі кримінального судочинства, на 2004–2008 рр. було розроблено у квітні 2004 року. Установа, яка відповідає за її реалізацію, – Державний департамент у питаннях виконання покарань. Як і більшості програм, цій також бракує відповідного фінансування та регулювання щодо співробітництва з неурядовими надавачами послуг, зокрема стосовно подальшого супроводу пацієнтів, які потребують антиретровірусної терапії, що прибувають до системи кримінального судочинства або залишають її.

Лише з розроблення “Дорожньої карти”⁸ та “Заявки України до ГФСТМ 2006”⁹, згаданих у першому розділі, дітей та молодь, які живуть на вулиці, було визнано групою, чия

поведінка спричиняє високий ризик зараження ВІЛ, а тому потребує реагування на національному рівні. “Дорожня карта”, наприклад, говорить про “підлітків та дітей у небезпеці (включно з дітьми-сиротами, дітьми вулиці, неповнолітніми особами в приймальниках-розподільниках, молоддю у спеціальних закладах, дітьми та підлітками, які живуть у проблемних сім’ях, тощо)” як про основну групу для заходів, пов’язаних із ВІЛ. До 2010 року 60% членів цієї групи мають бути охоплені “конкретним мінімальним набором профілактичних послуг” і “мінімальним набором багатосторонніх послуг із догляду та підтримки”. До 2010 року антиретровірусна терапія має охопити 50 000 осіб усіх категорій пацієнтів. Однак не ясно, чи будь-яких членів цільової групи буде включено до програми лікування, особливо з огляду на їхні умови проживання та проблеми із дотримання режиму лікування. Також не згадується про їх доступ до замісної терапії. У той же час, хоча даний документ є революційним, визнаючи цю групу дітей та молоді як об’єкт, чий проблеми необхідно вирішувати на національному рівні, йому бракує конкретного плану дій, визначення механізмів його реалізації, чітких обов’язків та показників моніторингу, і сам він поки що офіційно не затверджений.

5.2. Обізнаність щодо прав та порушення прав

У той час, як права дітей та молоді в Україні є широкими і в більшості сфер відповідають міжнародним нормам, огляд того, як ці права виконуються щодо цільової групи, свідчить, що в усіх аспектах вони жорстко порушуються. Наприклад, фізичне та психічне здоров’я дітей і молоді, що живуть та працюють на вулиці, не захищене, багато хто з них стикається з різними формами фізичного та психічного насильства, відсутністю догляду та поганим ставленням, завданням фізичної шкоди, знущанням, ба навіть тортурами (див. четвертий розділ, пункт 4.6.2). Крім доказів тортур, поданих опитаними дітьми та молоддю в Києві й Одесі, є докази, повідомлені Європейською комісією в Україні, яка посилалася у своєму “Національному звіті-2004”¹⁰ на щорічний звіт державного омбудсмена у питаннях захисту прав людини у 2002 році про ситуацію з правами людини в державі. Омбудсмен зареєстрував звернення 12 000 громадян у 2001 році стосовно тортур та поганого поводження, найчастіше у контексті проведення допитів із метою отримання вимушеного “зінання” або у пенітенціарних установах. Згадувався “Європейський комітет у питаннях запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню”, який переймався цими питаннями, зокрема стосовно утримання в приймальниках-розподільниках в Україні. Комітет здійснював візити до України у 1998, 1999, 2000 та 2002 роках і оприлюднив свої звіти у жовтні 2002 року та у грудні 2004-го. Звіт 2002 року стосувався методів поганого поводження, що включали тортури на зразок опіків на шкірі (див. шостий розділ, пункт 6.3 щодо такого ж самого звинувачення, зробленого 13-річною дівчинкою з Одеси), задушення шляхом надягання пластикового кулька на голову заарештованій особі, а також побиття¹¹.

Багато дітей та молоді, які живуть або працюють на вулицях, зазнавали експлуатації (сексуальної чи економічної). Також є повідомлення від них про торгівлю, продаж та

викрадення (див. четвертий розділ, пункт 4.6.2). Як буде видно з наступних розділів, діти і молодь вулиці зазнають також дискримінації, мають дуже обмежений доступ до належних освітніх, медичних та соціальних послуг. Багато закладів, які здійснюють догляд за дітьми та надають соціальні послуги, не відповідають стандартам, наприклад у плані кількості та кваліфікації їхнього персоналу. Існує мало високоякісних програм, націлених на забезпечення потреб цільової групи в Україні, і через брак підтримки дехто з цих дітей та молодих людей помирає на вулиці.

Серед інших прав людини, які досить часто порушуються, – право на місце проживання, право на роботу та право на навчання. Як згадувалось у попередньому розділі (пункт 4.7.1), часто законне право дітей та молоді на успадкування житла порушується тими, хто спекулює на продажу належних їм квартир. Опитані надавачі послуг наголосили, що це особливо стосується дітей та молоді, чії батьки померли, або дітей, які провели значний час у дитячих будинках, а після виходу з них дізналися, що їхні батьки чи родичі продали житло. Наприклад, в Одесі у 2004 році було розглянуто 1863 заяви та прохання стосовно порушення прав дітей на житло, із них 77 було прийнято і 68 передано до суду. У 127 випадках незаконному продажу житла дитини можна було запобігти¹².

Члени цільової групи, які вживають ін'єкційні наркотики, можуть наражатися на порушення своїх громадянських прав, що є частим явищем серед споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні. Найпоширенішими порушеннями є:

- обшуки та допити без достатніх юридичних підстав із боку працівників правоохоронних органів, включаючи досить поширену практику тортур;
- порушення прав при спробі отримати доступ до медичного обслуговування, що спричиняє велику недовіру до медичного персоналу (сюди належать відмови надати послуги, нездатність відповісти на дзвінки про швидку допомогу, розголошення конфіденційної інформації, часто викликане страхом перед ін'єкціями серед медичного персоналу);
- відмова соціальних працівників призначити допомогу для догляду за дитиною чи інші види соціальної допомоги самотнім матерям, які вживають ін'єкційні наркотики;
- публічна стигматизація та дискримінація;
- дискримінація на робочому місці аж до звільнення, відмова взяти на роботу тощо¹³.

У світлі повідомленого опитаними надавачами послуг обізнаність цільової групи щодо своїх прав є відносно низькою, а те, що її члени знають, здебільшого передається з уст в уста або було почуто під час презентацій у центрах допомоги чи притулках.

Проблема в тому, що навіть ті діти, які певною мірою обізнані щодо своїх прав, не знають, куди звернутися по юридичну підтримку, або ж слабко вірять у те, що їхні права буде забезпечено чи захищено, беручи до уваги високий рівень корупції в Україні¹⁴. Опитані надавачі послуг також зазначили, що діти та молоді люди іноді бояться наслідків, з якими вони можуть стикнутися при спробі привернути увагу органів влади до порушен-

ня своїх прав, особливо якщо кримінальні елементи чи співробітники правоохоронних органів відповідають за таке порушення. До того ж діти та молодь із слабкими навичками писемності неспроможні заповнити навіть основні форми для отримання допомоги. Хоча юридична допомога формально доступна, від клієнта (у даному разі дитини чи молодої людини, яка живе на вулиці) вимагається сумлінно вести справу або мати зацікавленого юрисконсульта. За словами опитаних, обидва “сценарії” є швидше винятком, аніж правилом в Україні.

Не всі опитані погодилися з потребою підвищувати інформованість цільової групи про її права. Дехто, переважно в урядових структурах, наголошував, що “діти та молодь надто юні, щоб скористатися своїми правами”, і що “вони не завжди розуміють, що є кращим для них”. Ці опитані вважають, що уряд повинен взяти на себе відповідальність за дітей і молодь цільової групи, якщо їхні батьки не в змозі цього зробити, але таку відповідальність не слід плутати з правами дитини. Зокрема вони доводили, що, враховуючи сучасну епідеміологічну ситуацію зі СНІДом та туберкульозом в Україні, цих дітей має бути забрано з вулиці, якщо треба, із застосуванням сили, аби вони не заразили ще більшу кількість людей. Однак є багато інших респондентів, зокрема серед недержавних надавачів послуг, які категорично не згодні з таким підходом, оскільки їхній досвід свідчить, що діти та молодь, догляд за якими було встановлено силоміць, втікали знову на вулицю за першої ж нагоди. Крім того, в разі застосування примусу вони рідко намагаються дотримуватися обмежень, які встановлено у дитячих закладах, і можуть відмовитися брати участь у програмах реабілітації.

6. ПОСЛУГИ ТА ЗАХОДИ, СПРЯМОВАНІ НА ДІТЕЙ І МОЛОДЬ, ЯКІ ЖИВУТЬ АБО ПРАЦЮЮТЬ НА ВУЛИЦЯХ

6.1. Спектр та вертикальний зріз послуг

Відповідно до законодавства України цільова група повинна мати доступ до широкого кола профілактичних, юридичних, психологічних, лікувальних та допоміжних служб, включаючи медичні, соціальні, освітні, професійно-технічні, юридичні, психологічні послуги (див. попередній розділ). Однак складанням повного переліку послуг, які надаються цільовій групі, ніхто не займався, і сьогодні відсутня комплексна база даних про наявність цих послуг в Україні. ЦСССДМ мають внутрішню систему, але, за даними деяких їхніх представників, вона містить неповні записи, зокрема коли йдеться про послуги неурядових надавачів та організацій релігійного спрямування.

У таблиці 16 додатку VIII подано перелік надавачів послуг та агенцій із зазначенням тих, хто займається виробленням політики і забезпеченням виконання законів, і тих, хто розробляє послуги, фінансує та надає їх, включаючи ті структури, мета яких – розвивати потенціал надавачів послуг у державі. Організації поділено на міжнародних та вітчизняних надавачів послуг, а також на урядові та неурядові організації. Оскільки складання переліку послуг не входить до сфери цього дослідження, список може бути й неповним. Проте він ілюструє спектр організацій та надавачів послуг, які мають стосунок до теми, і спектр наявних послуг.

Загалом існує чотири міністерства, один державний департамент і один державний центр, які займаються формуванням політики, забезпеченням виконання законів, надаванням послуг та здійсненням нагляду в усьому, що стосується цільової групи. Загальна відповідальність лежить на Міністерстві України у справах сім'ї, молоді та спорту, яке узгоджує діяльність інших міністерств у цій сфері. Станом на серпень 2006 року МСМС здійснювало нагляд за національною мережею, що складається із 96 притулків, 22 центрів психосоціальної реабілітації та служб довіри (які іноді базуються у притулках), 267 дитячих будинків, 256 прийомних сімей та 181 дитячого будинку сімейного типу, більшість з яких управляється органами місцевої влади. Більшість послуг із догляду за дітьми нині інтегровано під егідою МСМС, що стало відчутним позитивним кроком у вдосконаленні національної координації та вточненні ролей і обов'язків серед різних організацій.

Роль Міністерства освіти та науки зосереджено на освіті дітей і молоді, включаючи тематичну освіту з важливих питань, які стосуються здорового способу життя та запобігання ВІЛ/СНІДу, уживанню наркотиків та наркотичних речовин у школах та інших освітніх закладах. Міністерство здійснює нагляд за загальнонаціональною мережею шкіл зі спеціальними школами та школами-інтернатами включно.

Державний ЦСССДМ здійснює нагляд за діяльністю широкої мережі регіональних та місцевих ЦСССДМ по всій Україні. Ці центри переважно займаються реалізацією со-

ціальних послуг, викладених у законах, а також державних та національних програмах (див. попередній розділ). Вони підтримують дітей, поки ті перебувають у дитячих закладах, в сім'ях усиновителів та будинках сімейного типу, а також допомагають тим дітям, які виходять із-під догляду спеціального закладу, щоб реінтегруватися в суспільство. Вони підтримують молодих матерів, сім'ї у кризовій ситуації та осіб, котрі звільнилися з місць позбавлення волі, а також працюють над запобіганням безпритульності, насильству та злочинності. Крім того, вони надають соціальну підтримку ВІЛ-інфікованим людям та молодим СІН за допомогою мережі послуг зі зменшення шкоди. Окремий напрям роботи центрів – навчання та освіта добровольців і студентів соціального спрямування, а також соціальна реклама.

Міністерство охорони здоров'я відповідає за всі медичні установи для населення України, а також за мережу послуг, пов'язаних із ВІЛ, що надаються місцевими центрами СНІДу та іншими закладами по всій території України.

МВС в основному відповідає за малолітніх правопорушників та приймальники-розподільники для неповнолітніх, за рейди, під час яких дітей та молодь забирають із вулиць і повертають додому, передають до приймальників-розподільників чи в притулки. Державний департамент із питань виконання покарань відповідає за пенітенціарні установи для малолітніх та всі послуги, які надаються в їхніх рамках.

Оскільки система врядування в Україні децентралізована, існують різноманітні управління на рівні обласних та міських адміністрацій, які відповідають за надання послуг дітям та молоді, а також Державний департамент з усиновлення та захисту прав дитини й Департамент молодіжної політики. Цільовою групою здебільшого займається Державний департамент з усиновлення та захисту прав дитини, який працює з сім'ями у кризових ситуаціях, реагує на заяви громадян і відповідає за захист прав дітей на житло, майно і т. д.

У недержавному та релігійному секторах є цілий ряд організацій, які надають широкий спектр послуг дітям та молоді, але більша частина цих послуг досягає лише незначного відсотка цільової аудиторії. У таблиці 16 додатку VIII також міститься подано деяких послуг, які не досягають цільової групи в цілому, хоча можливі для цієї категорії, а тому їх включено до списку. Неурядові та релігійні організації, які надають послуги, роблять це переважно як доповнення до тих, що пропонуються українською державою і місцевими адміністраціями, заповнюючи наявні прогалини. Спектр послуг, які надаються недержавними та релігійними організаціями:

- допомога сім'ям у кризових ситуаціях;
- телефонні лінії довіри;
- допомога малозабезпеченим (часто включає забезпечення продуктами) та програми "рівний – рівному";
- центри догляду і центри денного перебування;
- притулки;
- психосоціальні реабілітаційні центри;

- послуги щодо реабілітації для СІН та профілактики вживання наркотиків;
- медична допомога;
- юридична допомога;
- програми профілактики ВІЛ та зменшення шкоди, а також підтримка ВІЛ-інфікованих дітей та молоді;
- табори та інші оздоровчі заходи;
- позашкільні програми та заходи;
- програми для шкіл і профтехучилищ;
- програми реінтеграції та напівсамостійного проживання;
- підтримка дітей та молоді у пенітенціарних установах для неповнолітніх;
- навчальні програми для фахівців у різних галузях;
- програми захисту, зокрема прав дітей;
- підвищення поінформованості;
- програми мобілізації громад.

Також існують різноманітні нові послуги в Україні. Наприклад, в Києві та Одесі неурядові надавачі послуг планують створити центр невідкладної допомоги для підтримки дітей та молоді, котрі зазнали домашнього насильства чи іншого жорстокого поводження, і дім-гуртожиток, де надавалися б тимчасове житло та соціальна допомога, включаючи юридичну консультацію та допомогу в пошуках роботи, для молоді у кризових ситуаціях, яка вже пройшла початкову психосоціальну реабілітацію.

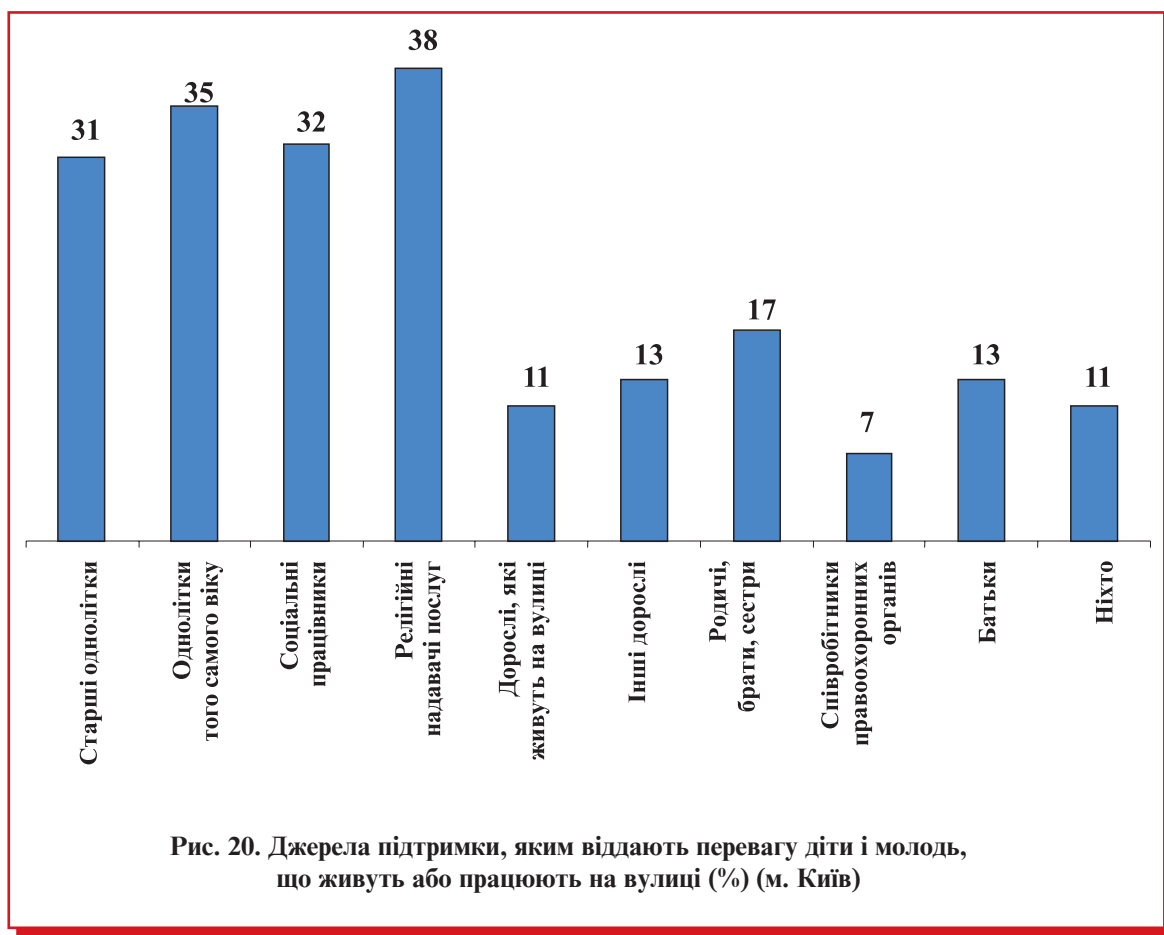
Крім того, є різноманітні міжнародні недержавні та релігійні організації, що надають послуги, виділяють фінанси, управляють грантами чи здійснюють програми підтримки для цільової групи, зазвичай разом з українськими партнерами. Програми, які вони впроваджують в Україні, зокрема зосереджуються на таких напрямках:

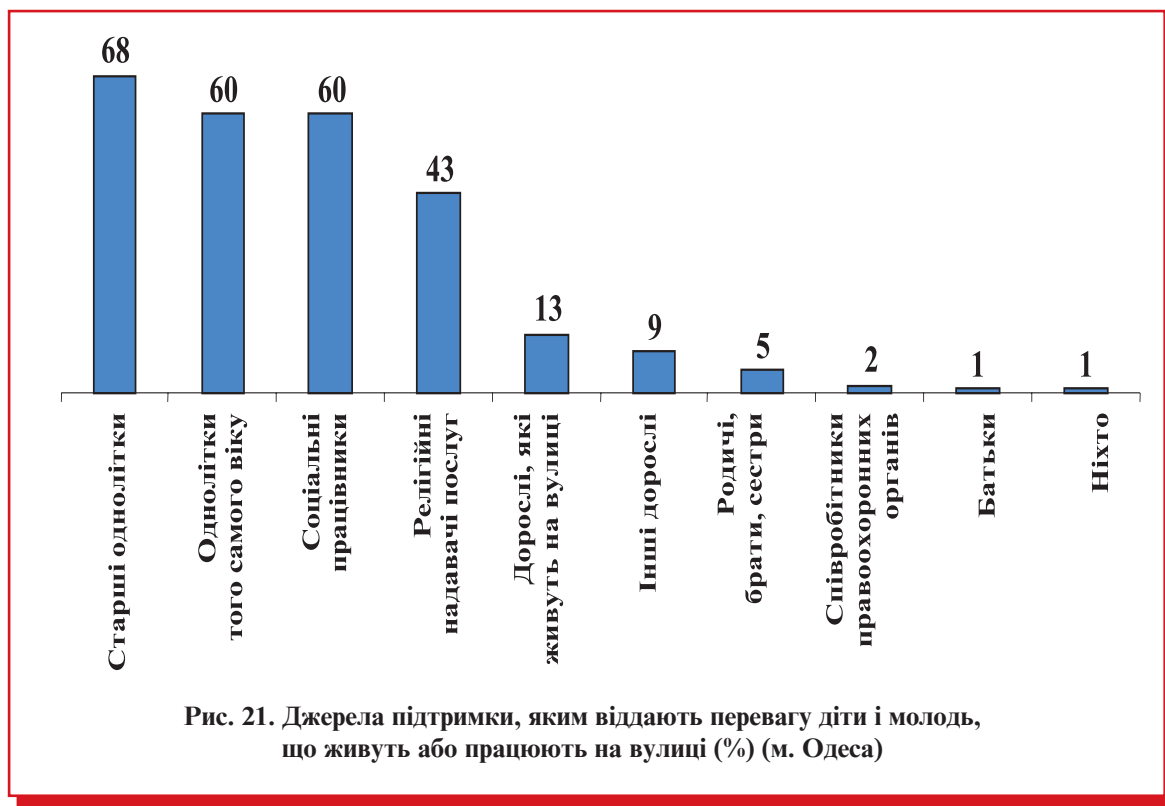
- розроблення політики;
- атестація фахівців, які працюють у даній сфері;
- розроблення навчального та інформаційного матеріалу;
- дослідження поведінки та епідеміологічної ситуації;
- розроблення системи виховання у будинках сімейного типу та у прийомних сім'ях;
- підвищення поінформованості громадськості та робота із ЗМІ;
- програми профілактики, пропаганди здоров'я, догляду, підтримки та лікування в таких сферах, як ВІЛ/СНІД, туберкульоз, репродуктивне здоров'я тощо;
- розвиток мереж служб та інтегрованих послуг;
- підтримка механізмів національної та місцевої координації;
- деякі безпосередні послуги, зокрема у сфері гуманітарної допомоги на зразок їжі, житла та одягу.

За даними опитаних надавачів послуг, переваги цільової групи в плані користування послугами залежать здебільшого від того, державним чи недержавним є їх надавач і наскільки привабливими чи обмеженими вони є. За словами опитаних,

члени цільової групи швидше підуть до притулку чи пункту медичної допомоги, влаштованого недержавним надавачем послуг, оскільки з острахом ставляться до державних установ і побоюються бути направленими до дитячого будинку чи школи-інтернату. Причини, через які вони йдуть до будь-яких організацій, включають нагальну потребу в притулку, їжі, одязі, медичній допомозі, стрижці, душі, пранні та відпочинку. Чим більше рекреаційних заходів у закладі і чим він привабливіший, тим імовірніше діти та молодь регулярно повертатимуться сюди або навіть погодяться залишитися тут. Діти та молодь, які жили на вулиці протягом певного часу, віддають перевагу центрам денного перебування та притулкам, які не обмежують їхньої свободи. На думку опитаних, дитячі будинки мають тенденцію бути більш регламентованими, а тому привабливіші для дітей молодшого віку, які ще можуть відчувати потребу бути доглянутими.

Результати опитування у Києві та Одесі ілюструють сприйняття цільовою групою різних послуг, які надаються їй.





Згідно з даними, респонденти в Києві отримують допомогу головним чином від релігійних організацій, що надають послуги (38%); далі йдуть інші члени їхньої групи, які можуть бути старші за них (31%) або одного віку (35%); соціальні працівники урядових та неурядових надавачів послуг (32%). Набагато менше допомоги отримують від родичів, батьків, дорослих, які живуть на вулиці, та ін. Співробітники правоохоронних органів також згадувалися (7%). 11% респондентів сказали, що не отримували допомоги ні від кого.

Картина в Одесі трохи відрізняється. Там найбільша кількість респондентів отримували допомогу від інших дітей та молоді, що живуть на вулиці, які або старші за них (68%), або одного віку (60%); далі йшли соціальні працівники (60%) та релігійні організації (43%). Загальний високий відсоток діаграми в Одесі пояснюється тим, що респонденти називали більш ніж одну групу людей, від яких вони отримували допомогу, і робили це частіше. Варто зазначити, що дорослих, які живуть на вулиці, також було згадано (13%) як таких, що допомагали цільовій групі в Одесі, тоді як допомога від решти груп була незначною. На відміну від Києва, майже всі діти та молоді люди, опитані в Одесі, отримують деяку допомогу. Лише 1% сказали, що їм ніхто не допомагав.

Майже третина дітей та молоді, опитаних у Києві (33%) та в Одесі (38%), раніше отримували допомогу у формі догляду в дитячих будинках. За результатами глибинних інтерв'ю, більшість дітей та молоді, які раніше жили у державних дитячих установах, втекли звідти. Головні причини втечі – побиття старшими дітьми та молоддю, нудьга й “потяг до друзів” на вулицях, брак волі (їх “замикали”) та психологічний тиск і фізичне приниження з боку персоналу.

13-річний хлопець у Києві: “Я залишився б в інтернаті, якби там була нормальна повага до дітей”.

Інтерв'юер: “Учителі тебе не поважали?”

Хлопець: “Та ні, старші діти”.

19-річний хлопець в Одесі: “Наприклад у... (назва інтернату). Там директор застосовує такі речі, що... правда... (директор) не має права бити дітей – менших... (директор) просто дає копняків ногами і так далі; то як можна утриматися, аби не сказати щось... (директорові) у відповідь, якщо... (директор) просто приходить до вас і сильно б'є, а також лається – каже багато речей про вас і починає ображати ваших батьків. Багатьох дітей це дуже зачіпає; це сімейні справи; яке право... (директор) має говорити щось образливе про ваших батьків? Просто багато людей кажуть, що ти будеш таким самим (як твої батьки)... У багатьох інтернатах навпаки, замість цього вони повинні дарувати дитині надію, що “ти виростеш і будеш нормальним” і таке інше, але вони, навпаки, пригнічують тебе. Напевне, це моя головна причина (втечі)”.

Як заявили опитані надавачі послуг, імовірність того, що дитина чи молода людина втече із державного закладу, варіюється. Протягом перших двох тижнів вони можуть утекти, бо усвідомлюють, що мають проблеми, які треба вирішувати, а минулий досвід навчив їх, що треба тікати з-під тиску. Вони також тікають, коли усвідомлюють, що треба серйозно постаратися, аби змінити своє життя. В іншому разі вони зазвичай перебувають там три-чотири місяці, спостерігаючи за всіма правилами.

Для того, щоб оцінити обслуговування, яке діти та молодь отримують від медичних установ, респондентів, котрі повідомили про наявність медичних проблем за минулі 12 місяців, попросили вказати, чи перебували вони під контролем лікаря протягом цього періоду¹.

Незважаючи на велику кількість заявлених проблем зі здоров'ям серед членів цільової групи в Києві та Одесі, не всі з них відвідували медичні установи, коли хворіли протягом останніх 12 місяців. Цифри у двох містах відрізняються. У Києві лише 40% опитаних дітей та молоді повідомили, що не відвідували медичних установ, коли хворіли протягом останніх 12 місяців, тоді як в Одесі ця цифра становила 70%. Дані не дають змоги подальшого аналізу цієї помітної різниці, проте було б корисним провести додаткове дослідження, аби дізнатися, чому діти та молодь в Одесі менше звертаються по медичну допомогу, аніж у Києві.

Із тих, хто отримав медичну допомогу, 48% в Києві та 14% в Одесі були в лікарні, 12% в Києві та 16% в Одесі пішли до шкірвендиспансерів. На запитання про ефективність ліку-

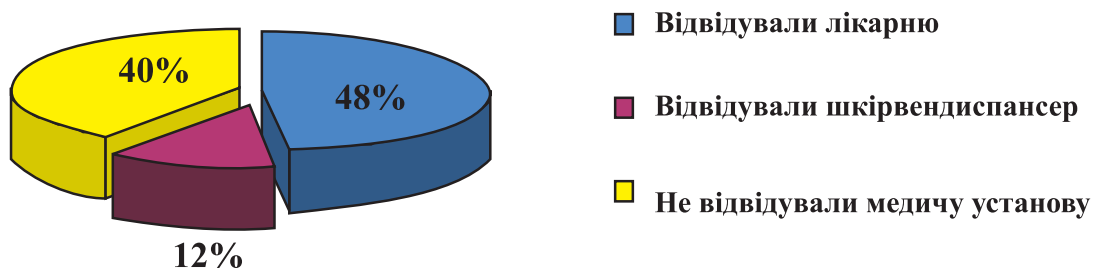


Рис. 22. Відвідування медичних закладів за останні 12 місяців (%) (м. Київ)

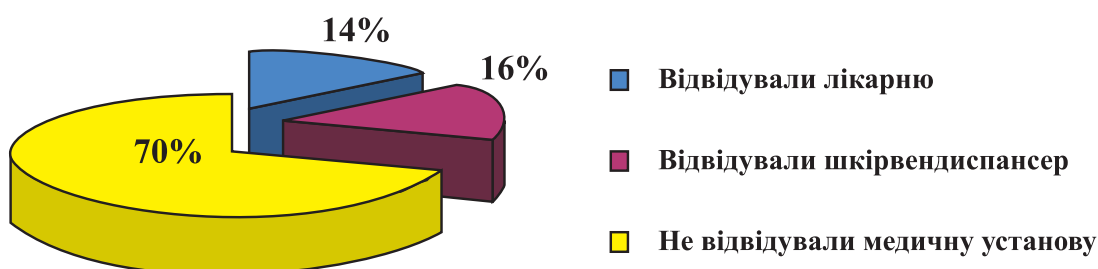


Рис. 23. Відвідування медичних закладів за останні 12 місяців (%) (м. Одеса)

вання 68% респондентів у Києві та дві третини в Одесі відповіли, що воно допомогло. Однак глибинні інтерв'ю виявили, що більшість дітей та молоді при прийомі ліків за терапевтичними призначеннями змішували їх зі спиртним і продовжували вживати інші речовини та наркотики, що ставить під сумнів ефективність лікування.

У той час, як аналіз даних по Києву не виявляє будь-якого взаємозв'язку із віковою групою респондентів, статтю та тривалістю часу, проведеного на вулиці, дані по Одесі можна проаналізувати відповідно до вікових груп. Основний висновок: частка респондентів, які пройшли лікування у шкірвендиспансері, більша серед старших (26%), аніж серед молодших (лише 9%). Це можна пояснити тим фактом, що старші мають статеві зв'язки частіше, аніж молодші (четвертий розділ, пункт 4.6.6), а це, беручи до уваги високий рівень незахищеного сексу у вуличному середовищі, може наразити їх на ризик отримання інфекційної хвороби типу ІПСШ або ВІЛ.

Під час глибинних інтерв'ю респонденти повідомили, що рідко самостійно зверталися по медичну допомогу. Дуже часто вони вибирали самолікування або ж просто не звертали увагу на проблеми зі здоров'ям. До випадків, коли опитані діти та молодь згадували самолікування, вони включали отруєння, шкірні висипи та бронхіт. Діти та молодь розповіли, що здебільшого відвідували медичну установу:

- коли сторонній перехожій на вулиці бачив, що дитині чи молодій людині погано, і викликав швидку допомогу або сам відвозив дитину до лікарні на таксі;
- коли міліція чи патруль розуміли, що дитина потребує допомоги, і направляли її до медичної установи;
- коли діти чи молоді люди розуміли, що хтось поруч потребує медичної допомоги, і викликали швидку;
- коли дітей і молодь відвідували соціальні працівники чи добровольці або самі члени груп відвідували одну із служб підтримки, а ті направляли їх до медичних закладів для діагностики та лікування або хворі проходили діагностику та лікування на базі самого пункту.

Інтерв'юер: “А ти прийшов до лікарні самостійно чи тебе туди привели?”

13-річний хлопчик в Одесі: “Не сам. Я просто лежав крижем, із закоченими очима, відчував біль і нічого не міг зробити. Підійшов чоловік і спитав, у чому річ. Я ледве міг прошепотіти йому. Він витяг свій мобільний телефон і зробив дзвінок. Вони приїхали і забрали мене. Він заплатив за мене гроші і поїхав. Вони сказали йому, що сума достатня”.

Діти та молоді люди також повідомляли, що переважно зверталися до медичних установ у крайньому разі та в екстремальних ситуаціях, таких як переломи кісток, абсцеси, передозування чи спроба самогубства. У деяких випадках серйозні поранення проходять непоміченими і можуть викликати смерть дитини або молодої людини.

19-річний хлопець в Одесі: “Найпершим, хто помер, був... Він коловся по три-п'ять разів на день. Сталося так: спочатку він пішов дістати «Ефект», він хотів повернутися і замішати його якомога швидше, аби прийняти дозу. Він поспішав і не помітив, що там був двосторонній рух; це було неподалік від... – ми там жили у схованці. Машина вдарила його у таз, а він продовжував іти; все було добре, а потім він не міг більше ходити в туалет по малому. Після цього почався набряк. Потім він не міг справляти нужду по великому. Потім ми побачили, що його живіт став схожим на живіт жінки на сьомому місяці вагітності. Він перестав колотися, ніхто йому не давав (наркотиків); протягом трьох днів він помер через те, що не міг ходити в туалет”.

Більшість опитаних дітей та молоді були добре обізнані щодо місць, куди вони можуть звернутися по медичну допомогу.

Під час інтерв'ю надавачі послуг згадали ще одне джерело медичної допомоги, яке не було виявлене під час опитування, – “найближча аптека”, де діти та молодь можуть легко отримати пораду і ліки.

6.2. Якість наданих послуг та проведених заходів

Є багато “...дітей, які в даний час недосяжні для законів, бюджетів, програм, досліджень та часто урядів, організацій і окремих осіб, що намагаються забезпечити їхні права. Ці діти не тільки ізольовані від важливих медичних послуг, освіти, безпечної питної води та пристойних санітарних умов у даний час, але, швидше за все, стикнуться з ізоляцією від повної участі в житті суспільства, будучи вже дорослими. Багато хто з них потерпає через порушення захисту їхніх прав, що підвищує ризик їх ізоляції та робить їх насправді невидимими”².

“Ізоляція цих дітей або будь-яких інших дітей від послуг, захисту і можливостей, які по праву їхні, є неприпустимою”³.

Діти та молодь, які працюють або живуть на вулицях, є найбільшим викликом для надавачів послуг, оскільки вони отримують мало захисту і їх надзвичайно важко досягти та вести подальший супровід⁴. “Конвенція ООН про права дитини”, ратифікована Україною у 1991 році, забезпечує стратегічну основу для держав щодо забезпечення якості послуг на захист та підтримку дітей. У статті 3 документа наголошується, що надані послуги “мають відповідати стандартам, установленим компетентними органами, зокрема у сфері безпеки, охорони здоров’я стосовно кількості та придатності персоналу, а також правильного догляду”. У ній також визнається, що “здатність держави насправді забезпечити необхідний рівень захисту пов’язана з економічною ситуацією держави”⁵. Звідси стаття 4, в якій визначено, що “держави-сторони вживають усіх необхідних заходів, максимальних у межах наявних у них ресурсів, а за потреби – в межах міжнародного співробітництва”.

Для того, щоб український уряд, зокрема Міністерство України у справах сім’ї, молоді та спорту, міг повною мірою контролювати, регулювати, відстежувати та оцінювати реалізацію прав і високоякісних послуг для уразливих дітей та молоді, включаючи тих, які живуть та працюють на вулицях країни, потрібне буде адекватне фінансування, а також наявність належного спектра допоміжних механізмів та інструментів, включаючи керівну політику, багатогалузеву стратегію та план заходів, набір національних стандартів послуг і стандартизовану систему звітів для всіх надавачів послуг, а також комплексну систему моніторингу та оцінки.

Незважаючи на те, що розроблено різноманітні державні програми, розраховані на різні категорії дітей і молоді, в Україні відсутні єдиний державний програмний документ, багатогалузева стратегія або ж план заходів для спрямовування, відстеження та оцінки діяльності, яка провадиться.

Існують національні стандарти надання соціальних послуг, викладені в українському законодавстві та численних програмах, але ці стандарти могли б бути вищими і враховувати більше нових фактів та передову практику як в Україні, так і за її межами, зокре-

ма того, що стосується послуг, які надаються “сім’ям у кризових ситуаціях” і цільовій групі. Проте навіть існуючі стандарти належним чином не впроваджуються серед надавачів послуг, а зважаючи на те, що жоден набір послуг не було визначено для дітей та молоді різних ступенів ризику, ці стандарти не забезпечують адекватних високоякісних послуг для такої специфічної категорії громадян країни.

Звичайно, коли складно та неекономічно вимірювати вплив заходів, які проводяться однією організацією, ще важче оцінювати вплив національної програми. Але робити це необхідно, причому робити через однакові проміжки часу, а вимірювання має проводитися на основі погодженого набору національних показників для уразливих дітей та молоді, які теж іще треба розробити в Україні. Система звітування державних надавачів послуг існує, але показники, які використовуються для моніторингу та звітування за послуги й іншу діяльність, що стосуються цільової групи, недостатні для забезпечення чи оцінки якості здійснених послуг і заходів, зокрема щодо їх результативності. Огляд веб-сайтів різних надавачів послуг в Україні показує, наприклад, що надавачі послуг у більшості випадків збирають та подають дані на вході та виході – скажімо, кількість і тип послуг, наданих за певний рік. Дехто звітує за кількома показниками результатів (наприклад кількість дітей та молоді, що повернулися до своїх сімей), але огляд дав змогу встановити лише двох неурядових надавачів послуг, які дають конкретну інформацію про результати, включаючи поліпшення загального розвитку дітей, яких вони обслуговують.

Міжнародні донори, які підтримують проекти у цій сфері, зазвичай мають чіткі керівні принципи, що вимагають від партнера-реалізатора відстеження та оцінки заходів за проектом. Іноді вони використовують зовнішніх оцінювачів для визначення ефективності діяльності. Однак, ураховуючи той факт, що кількість оцінювальних звітів, які публікуються та розповсюджуються, надто мала, видається неможливим оцінити в рамках цього звіту, скільки заходів, що фінансуються донорами, є успішними нині або були в минулому.

Офіційні звіти й огляди ситуації у цільовій групі та навколо неї, які оприлюднювалися протягом останніх п’яти років в Україні, не дають жодної глибинної оцінки наданих послуг і проведених заходів. Здебільшого вони лише вказують на загальні проблеми, що стосуються впровадження державних, національних або місцевих програм. Брак планів реалізації та механізмів реалізації національних і державних програм може бути однією із головних причин цього.

На сьогоднішній день немає загального фінансування (національного, місцевого, міжнародного), призначеного безпосередньо для надання послуг членам цільової групи. Не проводилося жодних комплексних аналізів донорів та їхніх витрат, а внаслідок цього, та ще в поєднанні із браком вихідних деталізованих даних, належна оцінка охоплення і фінансування потреб цільової групи, про яку йдеться в даному звіті, відповідно, гальмується.

Український уряд відкрито визнає, що країна стикнулася із кризовою ситуацією щодо дітей і молоді, які працюють та живуть на вулицях, і сімей у проблемних ситуаціях, навіть якщо йому може бути невідомо увесь обсяг цих проблем і те, наскільки добре працюють нада-

вачі послуг. Було достатньо представлено доказів і проведено дискусій на тему прогалин у послугах та слабого охоплення ними найуразливіших верств населення, порушення прав дітей та потреби провести реформу сучасної системи догляду за дітьми. Тому Президент В.А. Ющенко оголосив здоров'я і добробут дітей національним пріоритетом та проголосив 2006 рік “Роком прав дітей” в Україні. У листопаді 2005 року Президент особисто зустрівся з представниками всіх сфер послуг для дітей на форумі, присвяченому відкритому обговоренню питань охорони дитинства. Це обговорення продовжилося подальшими консультаціями між Міністерством у справах сім'ї, молоді та спорту і відібраними надавачами послуг, визначенням деяких основних проблемних сфер, повторним визначенням підходів, складанням плану поступової реконструкції системи догляду та опіки за дітьми в Україні, а також розробленням нової “Державної концепції-2006” та “Державної програми подолання дитячої безпритульності та бездоглядності 2006 р.”. Деякі з основних сильних та слабких складників цих документів обговорено у п'ятому розділі.

У таблицях 17 та 18 додатку ІХ подано огляд ключових соціальних та інших послуг, програм, закладів та заходів в Україні для цільової групи (таблиця 17), а також надавачів послуг (таблиця 18) із погляду їх якості. “Якість” у цьому звіті включає перш за все рівень доступності послуг, ефективність послуги, охоплення та існуючі прогалини у послугах. Таблиці також демонструють зразки передової практики в Україні. Вони відібрані за результатами інтерв'ю з надавачами послуг та проведеними кабінетними дослідженнями.

Глибинний аналіз якості послуг не входив у сферу оцінок для цього звіту. Тим не менш, докази, надані цільовою групою, жорстоке поводження, насильство та погане ставлення, описані нею, численні незабезпечені потреби, низький рівень освіти та обізнаності щодо ВІЛ, високі рівні факторів ризику та загальний низький рівень здоров'я, про що йшлося у четвертому розділі, а також порушення прав, описані в п'ятому розділі, ясно показують, що заходи та послуги, які надаються, загалом недостатні, а в деяких випадках навіть неефективні у забезпеченні багатьох потреб дітей і молоді, що живуть та працюють на вулиці.

Проте за словами 19-річного юнака, опитаного в Одесі (їх наведено нижче), пропонується допомога часто цінується, і створення середовища, сприятливого для здоров'я, може значною мірою збільшити шанси дитини чи молоді особи щодо прийняття рішення змінити свою подальшу долю.

“Більшість часу я жив із хлопцем у каналізаційному колекторі, і от він прийшов та сказав: “...є місце, де можна поїсти, посидіти безкоштовно, зігрітися”, – бо вже була зима. Було холодно. Він сказав: “Там ти почуєш про Бога і таке інше, але ти можеш поїсти, там є місце помитися та змінити одяг”. І от коли я пішов туди, ми пішли туди... (назва вулиці), до інших... (людей). Я почав ходити туди... Спочатку я ходив туди лише поїсти. Мені вже було 17, 18, і я вирішив припинити займатися вуличними крадіжками, тому що багато хлопців було затримано, а багато перебувало під наглядом,





багато було ув'язнено, і я просто сказав собі: ні, я не робитиму таких речей. І я пішов до цих віруючих, ми поспілкувалися і дуже швидко знайшли спільну мову... і вони навіть дали мені роботу...”

Те, що ці члени цільової групи, котрі стали об'єктом заходів профілактики ВІЛ у центрах соціальних послуг (див. четвертий розділ), могли дати правильні відповіді на запитання стосовно способів передачі ВІЛ, свідчить, що цільові програми профілактики можуть дати відчутні результати.

Далі подано підсумок та головний висновок із результатів, представлених у двох таблицях додатку IX.

Незважаючи на брак вихідних даних для членів цільової групи в Україні, огляд наявних доступних та ефективних послуг на основі фактичних доказів свідчить, що охоплення більшості послуг є надто малим, аби адекватно забезпечити їхні потреби. Можуть бути певні винятки, якщо ми подивимося на кількість притулків і програм гуманітарної допомоги, які надають їжу та різні предмети першої потреба, але загалом масштаб послуг має збільшуватися, зокрема тих, що націлено на зменшення небезпечної поведінки і створення середовища, сприятливого для здоров'я. Про це свідчать дані охоплення послугами, що наводяться у *“Заявці України до ГФСТМ 2006”*, які показують, що сучасні послуги із запобігання ВІЛ, лікування та догляду і підтримки охоплюють лише 26% споживачів ін'єкційних наркотиків, 9,4% жінок секс-бізнесу, 7,9% ув'язнених, 1,3% чоловіків, які мають секс із чоловіками, 18,5% ВІЛ-інфікованих людей, які потребують догляду і підтримки, і 0% “дітей вулиці”⁶. Щодо охоплення “дітей вулиці”, то дані неповні, оскільки є різноманітні надавачі послуг в Україні, котрі працюють із цільовою групою (див. таблиці 17 і 18 у додатку IX) і надають послуги з профілактики ВІЛ, догляду і підтримки. Але стосовно загальної потреби не можна не погодитися, що охоплення послугами незначне.

У даний час усе ще існує дисбаланс між фокусом тих, хто визначає політику, і надавачами послуг на зменшення та знищення “симптомів” (таких, як щоденні потреби дітей та молоді) проблеми та відносно слабкою увагою, яка приділяється основоположним причинам (особливо соціальним, економічним та юридичним питанням, які стосуються зокрема підтримки сімей та опікунів), головним чином тому, що вони вважають, що не мають ані можливості, ані досвіду в обстоюванні інтересів, ані сил вирішити ці питання.

Більше того, здається, існує невідповідність між послугами, які зосереджено на підтримці дітей та молоді, що вже живуть та працюють на вулицях, і тими, які забезпечують широку профілактику та програми підтримки “сімей у кризовому стані”, осіб, що здійснюють опіку і догляд, а також дітей та молоді у небезпечних ситуаціях (включаючи осиротілих унаслідок СНІДу і тих, хто живе з ВІЛ-позитивним батьком чи матір'ю або має хворобу, пов'язану із СНІДом, а також тих, хто сам ВІЛ-позитивний).

Явні прогалини можна побачити у сфері первинної профілактики на зразок навчання батьків та позашкільної діяльності, у програмі запобігання насильству, а також вторинної

і третинної профілактики, як у програмах зменшення шкоди й програмах запобігання ВІЛ та ІПСШ. Ще одну велику прогалину виявлено у психіатричних послугах та психосоціальному консультуванні й підтримці, що надавалися дітям та молоді, які працюють або живуть на вулицях, у притулках, приймальниках-розподільниках та у пенітенціарних закладах, а також персоналу, який працює з ними. Це особливо непокоїть, зважаючи на високий рівень психічних і психологічних проблем, що їх мають діти та молодь, які працюють або живуть на вулицях, а також беручи до уваги численні травми, яких вони зазнали (див. четвертий розділ), і значну ротацію персоналу через перевантаження на роботі.

Опитаний персонал, зокрема працівники державних організацій, також часто нагадували про потребу у високих та безпечних стандартах на їхньому робочому місці й доступі до засобів захисту, а також говорили про потребу відповідної зарплати та інших стимулів.

Під час інтерв'ю представники різних державних надавачів послуг на зразок ЦСССДМ визнали, що вони не озброєні належним чином, щоб упоратися з проблемами, які стоять перед цільовою групою, включаючи такі, як ВІЛ. Це підтвердили інші надавачі послуг, які сказали, що офіційна статистика про те, як добре вирішується ситуація, може бути оманливою. Наприклад, направлення не повинні вважатися наданням послуги, тому що без ретельного моніторингу й оцінки вони не мають сенсу для дітей та молоді, які знов і знов тікають на вулицю. Статистика, що показує кількість дітей та молоді, яких повернули додому, може створити враження, що ситуація змінилася на краще, хоча насправді багато з них іще більше травмуються кожного разу, коли їх відсилають назад після проходження психосоціальної реабілітації. Поміж організацій, які працюють із цими дітьми та молоддю, чути багато нарікань на те, що вони не мають достатніх потужностей, персоналу, часу, аби належним чином оцінити та надати допомогу кожному індивідууму. Чимало надавачів послуг наголошували на недостатньому навчанні до початку і в процесі надання послуг, а також на брак достатньої кваліфікації персоналу для роботи з цільовою групою. Інші вважають, що наявні ресурси надто розпорошені і за відсутності координації виявляються неефективними.

Діти та молодь, які жили у дитячих будинках і школах-інтернатах протягом тривалого часу, здебільшого не підготовлені для самостійного життя, коли настає час залишити стіни закладу. У даний час в Україні недостатньою є кількість місць альтернативного догляду на зразок прийомних сімей чи будинків сімейного типу, а також бракує відповідних програм реінтеграції. За даними начальника Державного департаменту з усиновлення та захисту прав дитини МСМС, офіційна статистика свідчить, що одна особа із семи, які залишають дитячі будинки, робить спробу вчинити самогубство через цілковиту безнадію. “Державна програма подолання дитячої безпритульності та бездоглядності 2006 р.” передбачає зростання кількості альтернативних послуг та реструктуризацію або розформування деяких із існуючих установ із догляду за дітьми типу шкіл-інтернатів. Проте одна з найбільших проблем, з якою неминуче стикнеться Україна у цьому плані, – як керувати процесом, як доглядати дітей та молодь у закладах під час їх реструктури-

зації у той час, коли немає достатньої кількості альтернативних служб, і як мобілізувати достатню кількість ресурсів для розширення альтернативних служб. Програма не дає відповіді на ці запитання.

Іще однією з найважливіших сфер, яка потребує вдосконалення, є система правосуддя у справах неповнолітніх – її необхідно реформувати для того, щоб краще відобразити особливості справ, які стосуються цільової групи, і допомогти прискорити розгляд справ її членів, аби ті не застрягали у клініках, тимчасових притулках чи приймальниках-розподільниках довше, ніж це реально потрібно.

Діти та молодь, які перебувають у приймальниках-розподільниках або ув'язнені, також можуть стикатися із додатковим ризиком у приймальниках-розподільниках чи пенітенціарних установах, зокрема через значний вплив інфекційних хвороб у закладах (детальніше це описано в наступному розділі).

Стигматизація та дискримінація членів цільової групи залишаються головними перешкодами при доступі до адекватних медичних та освітніх послуг. Інші перешкоди – це питання, які стосуються згоди батьків, необхідності офіційних документів, неофіційної плати за послуги, а також відсутності бажання дітей і молоді вулиць зберегти своє здоров'я (див. також четвертий та п'ятий розділи). Доступ, про який ідеться, додатково обмежено і тим, що деякі надавачі послуг та фахівці, переважно ті, хто працює у системі первинної медичної допомоги, в аптеках та службі швидкої допомоги, належним чином не долучені до програм національного реагування, хоча їх потенційно можна розглядати як “провідників” доступу до цієї цільової групи. До числа таких “провідників” також входять власники й персонал комп'ютерних клубів. Але поки що комп'ютерні клуби дозволяють членам цільової групи використовувати свої приміщення як притулки на ніч і не обмежують доступ неповнолітніх до порнографічних і насильницьких інтернет-сайтів та ігор. Аптеки вільно продають членам цільової групи і неповнолітнім узагалі законні препарати, які легко можуть бути перетворені на наркотики, хоча добре розуміють можливість такого використання цих препаратів і майже не роблять зусиль щодо пропаганди здорового способу життя серед таких клієнтів і допомоги їм у запобіганні інфекційним хворобам на зразок ВІЛ, ІПСШ й туберкульозу. Тож доводиться очікувати, поки мине відносно багато часу й нарешті ці “провідники” схочуть підтримати національні зусилля. Це ще одна сфера, де законодавство не застосовується належним чином, а покарання за порушення закону (на зразок штрафів) недостатньо ефективні, щоб змінити усталену практику.

Зараз засоби масової інформації в Україні лише мінімально залучено до пропаганди здорового способу життя, і поки що вплив соціальних кампаній ЗМІ обмежений. Одна з причин такого становища полягає в тому, що соціальні рекламні кампанії досі залежні від бажання телебачення, радіо та інших засобів масової інформації розміщувати їхню рекламу безоплатно або за дуже зниженими ставками. Зважаючи на те, що ЗМІ – це бізнес, соціальна реклама надто рідко з'являється на телеекранах у прайм-тайм чи розміщується у найдоступніших місцях у міських та сільських місцевостях. Крім того, кам-

панії щодо пропаганди здорового способу життя запускаються разом із масовою рекламою товарів на зразок тютюну й спиртного, що можуть завдавати шкоду здоров'ю. Тим часом реклама часто супроводжується повідомленнями, що ці товари можуть збільшувати потенцію, іноді навіть демонструють кількох потенційних сексуальних партнерів, у той самий час нехтуючи пов'язаним із цим ризиком. Незважаючи на доведений факт, що реклама і ЗМІ можуть упливати на психіку людей і формувати громадську думку, досі немає заборони на такі потенційно небезпечні дії.

Небезпечна поведінка, зокрема вживання наркотичних речовин, є головною проблемою в цільовій групі, оскільки ця звичка не дає членам групи змоги отримати доступ до великої кількості служб підтримки. Детоксикації недостатньо, щоб підготувати їх до повторної інтеграції у суспільство або до життя в дитячому закладі чи будинку сімейного типу; а доступ до наркореабілітаційних програм для цільової групи і для дітей та молоді взагалі майже відсутній в Україні. Навіть доступ до служб детоксикації може обмежуватися, зокрема для неповнолітніх, а доступ до замісної терапії, наявної нині тільки у кількох пілотних програмах для ВІЛ-інфікованих в Україні, залишається нереальним для ВІЛ-інфікованих членів цільової групи. Це означає, що їм відмовлено у засобі, який би допоміг їм дотримуватися антиретровірусної терапії.

Відсутні дані про кількість членів цільової групи, які живуть у сільській місцевості, але інформація, що надійшла від надавачів послуг, свідчить, що кількість ця менша, ніж у містах, але може різко зростати протягом літніх місяців через наявність сезонної роботи. Служби у сільських районах іще обмеженіші, ніж у міських, оскільки є менше місцевих надавачів послуг, а міські служби не мають достатньо транспортних засобів, аби виїздити до членів цільової групи, які живуть або працюють у сільській місцевості.

Брак доступу до достатньої інформації та деталізованих даних, на яких можна засновувати рішення, – ще одна значна перешкода для планування та надання адекватних послуг. А той факт, що сучасне законодавство не дозволяє проводити обмін даними між різними надавачами послуг, особливо між державним та недержавним сектором, є ще однією перешкодою, яка не дає змоги ефективно стежити за членами цільової групи й належним чином забезпечувати їхні потреби.

Більшість існуючих служб не мають достатнього фінансування або їхня сталість постійно перебуває під питанням, особливо коли вони залежать переважно від міжнародних донорів, – це стосується передусім неурядових та релігійних організацій, які надають послуги.

До того ж значна конкуренція за обмежені ресурси між багатьма неурядовими надавачами послуг ускладнює спільні дії (див. щостий розділ, пункт 6.4).

Окрім фінансування, більшості служб бракує людських ресурсів, аби дійти до всіх тих, хто потребує допомоги. Тож чимало надавачів послуг згадували про брак підготовки та перепідготовки кадрів для набуття необхідної кваліфікації тими, хто працює із цією цільовою групою.

Прогалини існують також в інтеграції послуг, зокрема між первинним і вторинним рівнями допомоги, а також між педіатрією та дорослою медициною⁷, що призводить до випадків, коли діти та молодь губляться у системі або ж ніхто не хоче брати на себе відповідальність за них.

Порівняння з глибинними інтерв'ю, проведеними для “World Bank Group” щодо послуг, які надаються 10–19-річним дітям і молоді, що працюють та живуть на вулицях в інших країнах світу, усередині та наприкінці 1990-х⁸, свідчить, що в певний момент усі ці країни стикнулися з дуже схожими проблемами, які нині відчуває на собі Україна: відносно низький рівень охоплення послугами, мала кількість оцінок результатів та впливу роботи, а також економічна ефективність та вигідність проектів, брак фінансових і людських ресурсів, обмежене залучення громадського та приватного секторів, обмежена доступність до наявних відповідних медичних, освітніх послуг і послуг із працевлаштування для цільової групи. Тому життєво важливо вивчити міжнародний досвід та практику і враховувати їх при вирішенні питань якості послуг і прогалин у їх наданні.

6.3. Ставлення та поведінка фахівців при роботі з цільовою групою

За Конституцією України відсутність дискримінації – це право кожного українського громадянина. Стаття 2 “Конвенції ООН про права дитини” також наголошує, що захист від дискримінації – обов’язок держави. Крім того, стаття 19 конвенції підкреслює, що “країни-учасниці вживають усіх належних заходів для захисту дитини від усіх форм фізичного та психологічного насильства, жорстокого поводження чи травмування, відсутності догляду чи недбалого ставлення, експлуатації, включаючи сексуальне знущення, коли вона перебуває під опікою батьків, опікунів чи будь-якої особи, яка здійснює догляд за дитиною”. Але, як уже зазначалося у п’ятому розділі цього звіту, права часто порушуються, коли справа стосується членів цільової групи, а ставлення та поведінка багатьох людей в українському суспільстві щодо цих дітей та молоді бувають надзвичайно негативними.

Звичайне ставлення та поведінка досить сильно варіюються від індивідуума до індивідуума і від організації до організації. На противагу випадкам стигматизації, дискримінації, експлуатації та жорстокого поводження, є багато прикладів співчуття, неогоїстичної підтримки та відданості, навіть поза рамками робочого дня. Результати інтерв'ю з надавачами послуг свідчать, що іноді в одній особі можна побачити прояви позитивного і негативного ставлення до цільової групи.

Доскіпливий аналіз переконливо доводить, що для того, аби негативне ставлення конкретної людини вилилося у згубну поведінку на роботі, мають бути певні фактори, зазвичай пов’язані з особистістю, біографією, середовищем. Однак жодне з цих пояснень не може слугувати виправданням порушень прав іншої людини, що про них заявляли більшість дітей та молоді, з якими було проведено інтерв'ю під час опитування у містах Києві та Одесі (див. четвертий та п’ятий розділи). Порушники мають обов’язково бути

покарані у судовому порядку, особливо тому, що більшість випадків ніколи не доводяться до відома влади через причини, названі у четвертому та п'ятому розділах, і насамперед через дуже обмежений доступ дітей та молоді до юридичної підтримки, їхній слабкий “голос” в українському суспільстві та острах створити ще більше проблем для себе, якщо вони повідомлять про інцидент.

Наведена нижче таблиця, складена за даними надавачів послуг, є систематизованим переліком основних позитивних та негативних характеристик дітей і молоді, які живуть на вулицях в Україні.

Таблиця 12

**Основні позитивні та негативні характеристики цільової групи
за даними опитаних надавачів послуг**

Позитивні характеристики	Негативні характеристики
• розуміння потреби допомагати одне одному; • самостійність та самодостатність; • пристосовуваність; • творчий підхід; • екстравертність; • здатність заробляти гроші та планувати витрати.	• схильні знати більше про свої права, аніж про обов'язки і вважають, що уряд зобов'язаний їх підтримувати; • більшість займається незаконною та кримінальною діяльністю; • є діти та молоді люди, які навчилися “використовувати” організації, котрі надають допомогу, аби підтримувати своє життя на вулиці.

Ставлення самих опитаних до членів цільової групи теж було різним. Серед них багато тих, хто почуває співчуття до дітей та молоді, бачить у кожному особистість із такими самими правами, як і будь-який український громадянин, але з огляду на обставини потребує індивідуальної підтримки в контексті того, що є кращим, тобто менш шкідливим для конкретної людини. Однак були критики такого підходу, які висловлювати стурбованість тим, що надання підтримки дітям та молоді на вулицях, замість того щоб забрати їх звідти, є недостатнім для захисту їх від шкоди, оскільки вони залишаються у тому ж самому небезпечному становищі.

Інші висловлювали занепокоєння стосовно дітей та молоді, котрі стають небезпекою для суспільства і самих себе через свої численні проблеми зі здоров'ям та ризиковану поведінку.

Деякі опитані зазначили, що чимало дітей та молоді, які живуть на вулиці, відмовляються від запропонованої їм медичної допомоги. Це занепокоєння часто підкріплювалося переконанням, що найкраще якомога швидше забрати дитину чи молоду людину з вулиці додому або в дитячий чи медичний заклад (коли треба, то й із застосуванням сили) і утримувати під наглядом чи лікувати стільки, скільки треба для оздоровлення чи реабілітації. Досить часто висловлюється і впевненість, що ці діти та молоді люди не можуть приймати виважених рішень, особливо якщо вживають наркотики, а тому тимчасове обмеження їхніх прав є законним. Однак водночас звучали й думки про потребу поважати цих дітей та молодь, аби вони навчилися поважати самі себе. Такий підхід піддавали

сумніву інші, наголошуючи, що додаткове застосування сили лише більше травмує дітей та молодь, часто-густо підриває профілактичні заходи та заважає зменшенню шкоди.

Занепокоєння загрозою для суспільства, яку несуть такі діти та молодь, було підкріплено проханнями запровадити обов'язкове ВІЛ-тестування для членів цільової групи, щоб запобігти поширенню хвороби серед населення і забезпечити отримання самими дітьми своєчасного лікування й догляду, яких вони потребують. Деякі опитані зайшли так далеко, що пропонували не допускати ВІЛ-позитивних осіб до спеціалізованих шкіл, – ці побоювання є втіленням страху багатьох батьків в Україні.

Під час глибинних інтерв'ю в Києві та Одесі ВІЛ-позитивні діти розповідали, що, коли одна дитина в їхній групі померла від СНІДу, працівники правоохоронних органів наказали решті пройти тест на ВІЛ. Ось так цей респондент дізнався, що має ВІЛ. Інший хлопчик сказав, що йому запропонували гроші для проходження перевірки на ВІЛ, і так він дізнався про свій статус. Обидва випадки є явним порушенням прав дітей і свідчать, що досить багато фахівців підтримують обов'язковість перевірки на ВІЛ для цільової групи.

Деякі опитані висловлювали також занепокоєння щодо власної безпеки та здоров'я, зважаючи на брак відповідних заходів безпеки та охорони здоров'я на роботі, а також обмежений доступ до належних засобів захисту (приміром, рукавичок для оброблення ран).

Дехто з опитаних не ставиться до цих дітей і молодих людей як до повноправних особистостей, а дивиться на них, як на “безнадійні випадки”, групу людей, чия доля вже визначена і незмінна, зважаючи на їхню “генетичну” схильність до злочинного життя, вживання наркотиків і спиртного через проблеми батьків. Насильне взяття їх із вулиці, замикання і проведення реабілітації видаються найкращим підходом, на думку людей із такою позицією.

Як видно, загалом підходи різняться, хоча більшість опитаних сповнені співчуття до членів цільової групи. Але були державні працівники, чиє ставлення до них є швидше “прокурорським”, аніж “адвокатським”. Ця амбівалентність та різниця у ставленні досить чітко простежуються в законах, державних і національних програмах із захисту дітей (див. п'ятий розділ).

Однак треба наголосити, що із визнанням Президентом України дітей та молоді національним пріоритетом у 2006 році, діями МСМС та початком розроблення нової структури національного реагування, де повністю визнається проблема, що зрештою призвело до відкритого обговорення питання, зроблено перший крок у напрямі вдосконалення не тільки послуг, але й фахівців, які працюють із цільовою групою.

Коли було поставлено запитання: “Хто ці люди, що дискримінують дітей і молодь, які живуть та працюють на вулицях України?” опитані надавачі послуг зазначили, що українське суспільство в цілому та місцеві громади безпосередньо відповідають за значне поширення стигматизації та дискримінації щодо “маргіналізованих” груп. Багато людей вбачають у СІН тільки “порушників громадського порядку” та “небезпечних злочинців”⁹. На

підтвердження цього опитані навели чимало прикладів, скажімо, про мешканців квартир, які ставляться зі зневагою до дітей та молодих людей, що живуть у їхньому будинку, і які хотіли б очистити підвали та під'їзди, або про громади, які обурювалися наявністю дитячих будинків чи шкіл-інтернатів поблизу і скаржилися керівництву й органам місцевої влади.

Опитані вважали, що загалом українці тримаються осторонь дітей через те, як ті вдягаються і поводяться. Начальник Управління у справах дітей МСМС підкреслила, що в цілому громади швидше відіграють роль “прокурора”, аніж “адвоката”. Таке ставлення досі можна спостерігати й серед деяких її колег, про що говорилося вище у цьому розділі.

Також згадувалася стигматизація в школах та обурення власників магазинів і ресторанів, які не хочуть, аби члени цільової групи просили милостину перед їхніми закладами.

Під час опитування в Києві та Одесі дітей і молодь також запитували про ставлення до них із боку вчителів, лікарів, міліції, продавців та охоронників. Майже відсутні були скарги на вчителів і лише небагато скарг на однокласників – переважно від дівчат, які вважали, що ними обурювалися через їхній одяг та походження, називали словом “бомжара”. Дівчата почувалися глибоко приниженими та скривдженими таким епітетом. Один респондент сказав, що він та його друзі були атаковані у підвалі “домашняками”, тобто дітьми, які живуть удома і перебувають під батьківською опікою і які побили їх “просто, щоб показати”, бо вони не розуміють “безпритульності”.

Також нечастими були скарги на охоронців та продавців. Один респондент зазнав поганого ставлення з боку працедавця, який був проти найму його на роботу, проте, коли познайомилися ближче, попросив вибачення за першу реакцію.

Звичайно, є й приклади позитивного досвіду, коли надавачі послуг намагаються поліпшити ставлення людей до членів цільової групи. Наприклад, дехто активно залучає місцеві громади до своїх соціальних заходів або пропонує інтегровані послуги (зокрема професійно-технічне навчання) дітям та молоді взагалі, включаючи й тих, хто живе або працює на вулицях.

Щодо ставлення директорів шкіл та вчителів до членів цільової групи, опитані сказали, що діти та молодь дуже рідко відвідують школу, а коли роблять це, то до них не дуже добре ставляться інші діти та вчителі через низький рівень їхніх знань та манеру вдягатися. Хоча дехто з надавачів послуг має угоди з місцевими школами і деякі діти відвідують ці навчальні заклади, у багатьох випадках вчителі й добровольці приходять працювати з учнями у приміщенні надавача. Здебільшого це робиться тому, що вік учнів рідко відповідає рівневі їх освіти, а це спричиняє психологічні проблеми, які школи не завжди готові вирішити. Крім того, за даними “Всеукраїнської мережі людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом”, було чимало випадків, коли дитині чи молодій людині з ВІЛ відмовляли у навчанні через протести з боку батьків, які боялися, що їхні діти наражатимуться на небезпеку під час перебування в одному класі з ВІЛ-позитивним учнем. Тому цілком вірогідне припущення, що будь-яка ВІЛ-позитивна дитина чи молода людина, яка живе на вулиці, може зазнати подібної дискримінації.

Стигматизація та дискримінація людей із ВІЛ досі ще доволі поширені в Україні. За даними двох національних опитувань, проведених у 2004 році серед молоді у віці 15–24 років і дорослих у віці 25–49 років, які базувалися на репрезентативній вибірці основних соціальних та демографічних характеристик, рівень терпимості серед молоді до ВІЛ-позитивних людей становить близько 0%, а серед дорослих – близько 2%. Тобто майже ніхто не дав позитивної відповіді на запитання, які стосувалися стигматизації та дискримінації. Лише коли питання стосувалося догляду за ВІЛ-позитивним членом родини, відповіді були в основному позитивні¹⁰.

Як підкреслювали опитані, деякі діти стикаються з подвійними, а в деяких випадках із численними стигмами, оскільки живуть на вулиці, можуть уживати наркотики, напевно, мають стосунок до сексуальної експлуатації й на додачу серйозні інфекційні захворювання типу ВІЛ або туберкульозу.

Що стосується ставлення членів цільової групи до надавачів послуг, то останні сказали, що діти й молодь, які живуть на вулиці, найбільше бояться медичних закладів, тому що очікують поганого ставлення, відмови у належному лікуванні (особливо коли немає офіційних документів) або тому що не хочуть бути переданими до дитячих закладів. Дискримінація у системі медичного обслуговування може бути коренем дискримінації на всіх інших рівнях, констатували представники Українського центру СНІДу та “Всеукраїнської мережі людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом”, зокрема у випадку ВІЛ-позитивної дитини чи молодої особи: адже тільки-но в лікарні або в клініці, де пацієнт проходить перевірку, порушено конфіденційність щодо цього, новина про статус поширюється швидко, особливо в сільській місцевості, і це може викликати непередбачені хвилі істерії у школі, на роботі та в громаді.

Дані кількісного опитування засвідчили, що у той час як 63% респондентів у Києві знову відвідали б того самого лікаря, в Одесі лише 35% з них повернулися б до своїх лікарів. Під час глибинних інтерв'ю повідомлялося про різні випадки, коли діти або молоді люди відчували, що у відвіданих закладах медичний персонал погано до них ставиться. Однак це не завжди так. Респонденти називали відсутність грошей, щоб оплатити лікування, та брак офіційних документів причинами відмови у лікуванні або поганого ставлення медичного персоналу. Наприклад, два респонденти, в яких було поламано ноги, сказали, що лікарі не хотіли накладати гіпс через відсутність грошей та документів. Подібні випадки разом із тим фактом, що члени цільової групи зазвичай звертаються по медичну допомогу лише в крайньому разі, можуть певною мірою пояснити результати опитування. Однак ці дані та інформація не пояснюють витоків значної різниці між двома містами, а тому корисно було б провести додаткове дослідження.

Інші звіти та оцінки підкреслюють, що молодь, особливо споживачі наркотиків та наркотичних речовин, висловлює загальну стурбованість медичними послугами¹¹ тому, що вони не вірять у лікування та результати тестів, зважаючи на загальний низький рівень якості медичних послуг в Україні, та бояться негативного ставлення деяких лікарів до молоді або ж бояться дізнатися про поганий результат перевірки. Діти й молодь, які живуть та працю-

ють на вулицях і вживають ін'єкційні наркотики, мають ВІЛ-позитивний статус або зайняті в секс-експлуатації, ризикують отримати відмову у допомозі та лікуванні з боку медичних служб. Міжнародна неурядова організація “Human Rights Watch” заявила у звіті, оприлюдненому в березні 2006 року¹², що надавачі медичних послуг проявляють дискримінацію до цих груп. Одним відмовляли у доступі, других виписували, тільки-но ставав відомим їхній ВІЛ-статус, третім не надавали належного медичного догляду. За даними звіту, бригади швидкої допомоги в Україні зокрема відмовляються транспортувати ВІЛ-позитивних людей та СІН. Інша перешкода і одна з причин, чому споживачі наркотиків часто не звертаються по медичну допомогу чи лікування від наркозалежності, – офіційна реєстрація СІН закладами й установами охорони здоров'я та наркологічними службами на зразок наркологічних центрів, які обмінюються даними з міліцією.

Діти та молодь, які брали участь у глибинних інтерв'ю в Одесі та Києві, переконані, що найпоширеніша причина упередженого ставлення до них – їх зовнішній вигляд, і більшість вважають це цілком природним, навіть намагаються виглядати охайно, незважаючи на умови, в яких живуть.

19-річний хлопець в Одесі: “Я завжди гуляю чистим і охайним... Я стежу за собою. І коли хтось скаже мені брутальні речі, то я його вдарю. Або спочатку я його налаю... і коли побачу, що треба вдарити, то зроблю це. В іншому разі... спочатку, коли ми ходили в магазини, навіть коли я був брудний на роботі... ну, це може статися лише вночі, коли я ходжу в підвал чи інше місце... спочатку вони дивилися так (несхвально), але згодом... очевидно... я не знаю... через жалість чи щось інше... У денний час я охайний, коли йду туди. Зрештою, вони навіть позичили мені гроші, і все було добре”.

Діти й молодь, які живуть та працюють на вулиці, повідомляють також про упереджене ставлення всередині своїх груп і про боротьбу, щоб уникнути перетворення на “опущеного”.

19-річний хлопець в Одесі: “Ну, є деякі конкретні особливості життя на вулиці. Наприклад, дехто може сказати образливе слово, якого ти не заслуговуєш, типу “гомик” чи “засранець” або щось інше, так? У такому разі ти повинен одразу дати йому стусана – вдарити його, захистити свою гідність чи щось інше. Якщо ти не постоїш за себе, всі тебе ганятимуть. Ось що таке вуличне життя!”

Більшість скарг від дітей та молоді, які пройшли глибинне інтерв'ю, стосувалися ставлення з боку працівників правоохоронних органів, хоча деякі діти та молоді люди сказали, що мають добрі стосунки з ними, що ті демонстрували справжнє співчуття і навіть допомагали. Однак чимало респондентів повідомили про погане поводження і навіть тортури, добре відомі багатьом споживачам наркотиків¹³ і досі поширені в Україні¹⁴.

Коли членів цільової групи запитували про причини тортур, вони відповідали, що головна мета – отримання інформації про злочини інших людей або ж намагання “повісити” нерозкрити справу на того, хто під вартою. Респонденти також заявляли, що сам уже їхній зовнішній вигляд міг викликати агресію у працівників правоохоронних органів.

Інтерв'юер: “Яке ставлення міліції до вас?”

13-річна дівчинка в Одесі: “Добре”.

Інтерв'юер: “Але тебе хоч раз били у міліцейському відділенні?”

Дівчина: “Одного разу... Так, мене побили, щоб я настукала на мою подругу. А я мовчала... Вони гасили цигарки об мою руку. Вони брали клейку стрічку, наклеювали на мене і зривали. Били мене палицею. Змушували присідати сотні разів. Якщо ти не присідатимеш, тебе битимуть ногами”.

Інтерв'юер: “А які у тебе стосунки з міліцією?”

18-річна дівчина у Києві: “Усе добре. Вони знають, що я не краду. Вони перевіряють відбитки пальців. Вони затримують вас і обшукують; якщо ти нічого не крадеш, якщо ти чистий, вони тебе відпускають. Деякі міліціонери погані. Вони можуть написати у своїх документах, що ти вкрав це й те і замкнути тебе. Але деякі нормальні, розуміють”.

18-річний хлопець у Києві: “Іноді доводиться залазити на стілець, і тобі кажуть закручувати лампочку – і ти робиш так, бо якщо не зробиш, то стане ще гірше. Потім тебе збивають, і ти падаєш. Вони б'ють ногами і руками. Одного разу два моїх ребра було пошкоджено. Я був у лікарні тривалий час. Щоправда, у мене немає тих медичних свідоцтв. Я хотів би мати медичні свідоцтва. Я боюсь подавати в суд, бо живу на вулиці, і якщо подам справу до суду, то, зрештою, я живу на вулиці, вони мене десь перестрінуть, і все може обернутися набагато гірше”.

13-річний хлопець у Києві повідомив, що він та його однолітки іноді використовуються працівниками правоохоронних органів для власних цілей: наприклад, звільнити підземний перехід від п'яниці. Натомість їм дозволяли залишити собі частину грошей, які вони взяли у чоловіка. Інший респондент зазначив, що багато дітей і молодих людей, які живуть та працюють на вулицях Одеси, потрапляють в облаву перед тим, як до міста приїжджає якийсь високопосадовець.

У звіті “Human Rights Watch”, опублікованому в березні 2006 року¹⁵, також згадується негативне ставлення з боку працівників правоохоронних органів в Україні зокрема до СІН та секс-працівників. У звіті зазначається, що, хоча міліція має законне право контролювати незаконне зберігання наркотиків та секс-роботу, трапляються випадки, коли споживачі

наркотиків та секс-працівники, які беруть участь у програмах зменшення шкоди або профілактики ВІЛ, навіть коли до них підходили соціальні працівники, затримувалися міліцією, і тим самим підривалися державні зусилля забезпечити цим групам (котрі зазнають найбільшого ризику ВІЛ-інфікування) доступ до профілактичної інформації та засобів захисту. Це призводило до того, що деякі люди уникали служб на зразок пунктів обміну шприців. Інша практика правоохоронних органів – слідкувати за аптеками, де багато дітей та підлітків, які живуть та працюють на вулицях, купують шприци та медикаменти. Зараз багато програм зменшення шкоди та профілактики ВІЛ укладають угоди з місцевою міліцією, зважаючи на сумний досвід, про який ідеться.

У звіті також розглядається питання поганого поведіння та тортур. Основна причина, через яку працівники правоохоронних органів вистежують наркоспоживачів, секс-працівників і, очевидно, дітей та молодь, які живуть або працюють на вулицях, – так звані хибні стимули на зразок потреби заповнювати регулярні “плани роботи” та “квоти арештів”. Успішність роботи міліції досі переважно вимірюється кількістю арештів та розкритих злочинів, тим самим створюється стимул вибивати “зізнання”, а також заарештовувати тих, хто є легкою здобиччю через участь у незаконній діяльності на зразок “уживання” наркотиків (зберігання, перевезення) та відсутність офіційних документів (конкретна проблема цільової групи).

Немає досліджень чи звітів про становище членів цільової групи у приймальниках-розподільниках та пенітенціарних установах в Україні і про ставлення до них працівників правоохоронних органів у цих закладах. Є лише загальна статистика. Проте звіти про загальну ситуацію можуть пролити трохи світла й на те, з якими ризиками стикаються діти та молодь після їх затримання та ув’язнення.

За даними Державного департаменту з питань виконання покарань, станом на 1 жовтня 2006 року в колоніях для дітей та молоді віком від 14 до 22 років перебувало 2292 вихованців чоловічої статі і 132 – жіночої. Більшість із них була віком 16–18 років (72%). 53% були ув’язнені за крадіжку, 28% – за пограбування чи напад, 6% – завдання тяжких тілесних пошкоджень іншим і 4% – навмисне вбивство. Більшу частину дітей (69%) було засуджено раніше, але не було ув’язнено. Більш ніж третина вихованців колоній (37%) ніколи не ходили до школи, 52% походять із неповних сімей, 21% – сироти і 8% навчалися у спеціальних школах. Державний департамент із питань виконання покарань наголосив, що кожного року близько 30 дітей та молодих людей, які не вміють читати і писати, потрапляють за ґрати.

Немає деталізованих даних щодо кількості ВІЛ-інфікованих дітей та молоді в колоніях або кількості членів цільової групи, що перебувають там. Проте відомо, що поширення ВІЛ у виправних установах України є досить високим. Згідно з “Заявкою України до ГФСТМ 2006”¹⁶, у 2006 році було зареєстровано понад 4 400 випадків зараження ВІЛ та 132 особи із СНІДом. Ураховуючи, що кількість ув’язнених становить в Україні близько 160 000 осіб, рівень поширення ВІЛ становить 2,7%, але через те, що перевірка на ВІЛ є добровільною, робиться припущення, що справжня цифра набагато більша.

Донедавна доступ до антиретровірусної терапії в місцях утримання під вартою та відбування ув'язнення був відсутнім і, незважаючи на те, що є прогрес, цей доступ і досі надзвичайно малий, особливо для малолітніх. Крім ВІЛ, у виправних закладах дуже поширений туберкульоз.

У закладах мало психологів, які можуть надавати достатню допомогу ВІЛ-позитивним ув'язненим або затриманим. У шостому розділі й таблиці 17 додатку IX висвітлюється брак адекватної соціальної допомоги для неповнолітніх. Відсутня офіційна статистика щодо кількості осіб, які утримуються під вартою, а також ув'язнених, котрі вживають ін'єкційні наркотики у самих закладах. За даними опитаних надавачів послуг, також відомі випадки зґвалтування та побиття серед ув'язнених, зокрема малолітніх, але їх достатнім чином не досліджено. У звіті “Human Rights Watch” за 2005 рік підкреслюється, що тортури й погане поводження продовжують бути проблемою у в'язницях України¹⁷. Згідно з цим звітом уповноважений із захисту прав людини в Україні робить припущення, що працівники правоохоронних органів застосовують тортури приблизно до 30% усіх узятих під варту, а це виливається в постійні фізичні травми та навіть смерть. У більшості випадків діяння зловмисників не розслідуються і не переслідуються у судовому порядку. У звіті також говориться, що умови у в'язницях і далі лишаються поганими, оскільки заклади переповнено (Україна має один із найвищих рівнів ув'язнення в Європі), а в'язні не мають достатнього доступу до їжі, належних санітарних умов, медичного обслуговування. Проте, за даними кількох надавачів послуг, в українських колоніях для неповнолітніх протягом останніх років відбулося значне поліпшення. Європейський комітет із питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню навіть знайшов зразкові умови під час свого візиту до приймальника-розподільника у Житомирі. Умови проживання та освіти й зони відпочинку відповідали стандартам, а також проводилися програми освітніх, рекреаційних та соціальних заходів, включаючи психологічну підтримку¹⁸. Державний департамент із питань виконання покарань визнає важливість комплексних програм реабілітації та реінтеграції для неповнолітніх і тісного співробітництва з іншими надавачами послуг. Неурядові організації починають дедалі більше надавати рекреаційні та соціальні послуги у колоніях для неповнолітніх. Департамент працює над розробленням стратегії щодо реформування приймальників-розподільників та пенітенціарних установ для неповнолітніх із метою перетворення їх більше на освітньо-педагогічні реабілітаційні та реінтеграційні центри.

Окрім ризиків, на які діти та молодь можуть наражатись у приймальниках-розподільниках і пенітенціарних установах, існують ризики, пов'язані з ув'язненням одного з їхніх батьків, про що йшлося у четвертому розділі. Діти також народжуються від матерів у в'язницях. Під час кабінетного аналізу та інтерв'ю не було виявлено досліджень на цю тему, і лише факти, надані опитаними, про життя цих дітей свідчать, що дехто з них ризикує на певному етапі свого життя потрапити на вулицю чи навіть до в'язниці. Ці діти зазнають надзвичайного напруження і психологічних травм навіть у небагатьох в'язницях, де мати може тримати дитину до трирічного віку і їй дозволяється спілкуватися з дитиною (щоправда, лише кілька годин на день).

Окрім згаданих “маргіналізованих” груп, в Україні існує ще одна група, чи, швидше, громада, яка зазнає надзвичайної стигматизації та дискримінації, ізольована соціально, політично, економічно і навіть географічно, але яка, з іншого боку, становить одну із найчисельніших і найуразливіших меншин Європи¹⁹, – це громада циганів, або ромів. За Гівелом²⁰, загальна чисельність ромів у нашій країні перевищує 48 000 осіб (перепис України 2001 р.), але керівники громади твердять, що їх понад 80 000. Роми живуть на території всієї держави, але найбільше у Донецькому, Дніпропетровському, Карпатському, Миколаївському та Одеському регіонах. Результати круглого столу, проведеного у Києві 5 листопада 2003 року на тему “Розвиток громад та поліпшення соціальних умов для ромів в Україні”, свідчать, що роми загалом бідні й зазнають дискримінації та расизму. Їх виключено з участі у державних органах, і вони мають чимало проблем зі здоров’ям, зокрема із туберкульозом, репродуктивним здоров’ям тощо. Дослідження цієї громади у Східній та Центральній Європі свідчать, що велика кількість циганських дітей та молоді працюють на вулицях через загальне зубожіння цієї громади. Батьки можуть примушувати їх жебракувати на вулицях або навіть “продавати” у сусідні країни та злочинцям, котрі примушують дітей жебракувати, красти тощо²¹.

Незважаючи на проведення глибинних досліджень у сусідніх державах, громада ромів в Україні практично не була предметом оцінок чи глибинного дослідження. Проте, переглядаючи фактичні дані із сусідніх країн, можна припустити, що становище ромів в Україні схоже і характеризується сезонною роботою, яка часто заважає регулярній освіті для дітей та молоді²², великою залежністю від соціальної допомоги²³, браком доступу до базового медичного обслуговування, а також браком інформації про медичні проблеми²⁴, низькою обізнаністю щодо питань охорони здоров’я²⁵, що зокрема створює ризик для дітей та молоді. Рівень народжуваності дітей у цій групі вищий, аніж в основного населення²⁶, однак значний рівень дитячої смертності й загальна коротка тривалість життя порівняно із основним населенням створюють групу молодого населення, де практично відсутня контрацепція і чоловіки рідко користуються презервативами. За звітом ПРООН щодо ромів у Східній та Центральній Європі, який було оприлюднено у 2002 році, саме це в поєднанні із бідністю та дискримінацією змусило деякого з ромів зайнятися торгівлею наркотиками, їх споживанням та секс-бізнесом, а все разом створює надзвичайний ризик зараження ВІЛ, гепатитом С і В та ІПСШ для всієї цієї громади, включаючи дітей та молодь²⁷.

6.4. Співробітництво та координація

Існують координаційні органи на національному, регіональному, місцевому та районному рівнях, які займаються вирішенням цілого спектра питань, включаючи питання дітей та молоді, ВІЛ та СНІДу. Нижче описані координаційні органи, які найбільше пов’язано з вирішенням проблем, висвітлених у цьому звіті.

Міжвідомчу комісію з питань охорони дитинства було створено Кабінетом Міністрів України 3 серпня 2000 року. Вона відповідає за надання підтримки та координацію

державної політики із захисту дитини серед державних управлінь і готує пропозиції для реалізації міжнародних конвенцій та декларацій, ратифікованих Україною, таких як *“Конвенція ООН про права дитини”*.

До функцій Комісії також належать захист прав і свобод дітей, підготовка проектів законів, інших нормативних актів та державних програм з охорони дитинства у співробітництві з надавачами послуг, науковими інститутами, органами місцевої влади та громадами. Вона також відповідає за організацію та участь у міжнародних конференціях і консультаціях щодо соціального та матеріального стану дітей. Комісія готує щорічні урядові звіти про становище дітей в Україні, додаючи перелік заходів, пропонує для поліпшення ситуації. До комісії входять представники Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту (голова комісії), Міністерства охорони здоров'я (заступник голови), Міністерства освіти та науки, парламенту, голова Національної ради Федерації дитячих організацій України, уповноважений Верховної Ради України з прав людини, представники Секретаріату Президента, представництва ЮНІСЕФ в Україні та інші. Комісія проводить засідання принаймні раз на квартал.

Інший важливий орган – Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу (НКР), яка включає секретаріат та шість комітетів, а також координаційні ради у кожному регіоні України (створена у травні 2005 року). Станом на серпень 2006 р. НКР мала 17 членів, кожен з яких представляв ключовий орган, який працює у сфері подолання ВІЛ та СНІДу в Україні. Урядові представники мають у НКР більшість – 50% плюс один голос. Головна мета ради – координувати національні зусилля щодо подолання ВІЛ/СНІДу в державі та реалізації єдиної політики у сфері ВІЛ²⁸. НКР має такі комітети: 1) лікування та догляд, 2) робота із уразливими групами, 3) здоровий спосіб життя (пропаганда здоров'я), 4) стратегічне планування, бюджет, моніторинг та оцінка, 5) права людини, 6) регіональна політика.

Комітет із питань подолання ВІЛ/СНІДу та інших соціально небезпечних хвороб, який було створено як державний орган у структурі МОЗ у травні 2006 року, працює у партнерстві з НКР для координування діяльності урядових органів у сфері ВІЛ та СНІДу та інших соціально небезпечних хвороб. НКР також співпрацює з іншими національними радами, такими як Національна рада з туберкульозу та Національна координаційна рада з боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України²⁹. Статут НКР визначив, що виконання центральними та місцевими органами виконавчої влади рішень НКР повинно бути обов'язковим, однак Міністерство юстиції України постановило, що цю статтю має бути переглянуто, оскільки вона суперечить іншим законам та інструкціям³⁰. Крім того, уряд України вирішив у 2006 р. створити ще урядовий багатогалузевий комітет із питань ВІЛ/СНІДу й реформувати НКР із метою розширення сфери її компетенції, включивши до неї туберкульоз та питання, пов'язані із уживанням наркотиків. Однак голову цього комітету не було призначено, тому він досі не функціонує.

Також існує тематична група ООН з питань ВІЛ/СНІДу, яка координує діяльність у цій сфері і часто використовується ООН та неурядовими організаціями як форум для обговорення своїх думок.

Інші національні координаційні органи – Міжвідомча координаційна рада з питань протидії торгівлі людьми, яка є постійним дорадчим органом при Кабінеті Міністрів України, та Комітет із питань контролю за лікарськими засобами при МОЗ, який провадить міжнародну співпрацю у сфері наркотичних препаратів.

Поки що лише два з низки діючих національних координаційних органів мають потенціал для вирішення питань цільової групи – Міжвідомча комісія з питань охорони дитинства та НКР з його Комітетом із роботи з уразливими групами, включаючи профілактику, – і можуть конкретно працювати над питаннями, що стосуються груп, які найбільше зазнають впливу ВІЛ. Але Міжвідомча комісія з питань охорони дитинства – головним чином багатогалузева урядова комісія, і внесок із боку неурядових та релігійних надавачів послуг є обмеженим, а Комітет із роботи з уразливими групами, включаючи профілактику, досі ще не займався проблемами цього прошарку населення.

Такий стан справ плюс брак деталізованих даних щодо цієї групи й те, що законодавство часто включає її до ширшої категорії дітей та молоді, породжує ситуацію, коли можна спокійно зробити припущення, що наявна (або та, яка повинна бути) координація дій відомств та надавачів послуг далека від ідеалу.

Згідно із спостереженням деяких опитаних надавачів послуг, які особисто беруть участь у роботі координаційних рад чи комітетів на регіональному або міському рівні, співробітництво і координація на цих рівнях у деяких випадках є ефективнішими й цілеспрямованішими, ніж на загальнонаціональному. Наприклад, багато респондентів в Одесі сказали, що їх Регіональна координаційна рада з питань ВІЛ/СНІДу є ефективною, тому що переробила Національну програму ВІЛ/СНІДу, аби конкретизувати її. Тим часом, за даними місцевих надавачів послуг, Міська координаційна рада з питань ВІЛ/СНІДу в Одесі не функціонувала взагалі; а коли у 2006 році змінився міський уряд, була навіть тимчасово анульована.

Окрім юридично створених органів, ряд недержавних надавачів послуг сформував більш чи менш офіційні альянси для координації своєї діяльності, на зразок тих, що були організовані у 2005 році в Києві надавачами послуг, котрі працюють із дітьми та молоддю у кризових ситуаціях, включаючи тих, хто живе або працює на вулиці. Коаліцію ВІЛ-сервісних організацій було створено у 2004 році як альянс, що підтримує консолідацію понад 50 неурядових надавачів у сфері ВІЛ-послуг із 20 регіонів України, – вони працюють у сфері запобігання, зменшення шкоди та забезпечення догляду і підтримки людей, які живуть із ВІЛ³¹.

Співробітництво між неурядовими надавачами послуг часто є узгодженішим і конкретнішим, аніж серед урядових організацій. Однак здебільшого бракує механізму координації та співробітництва на місцевому рівні, а також існує потужна конкуренція між неурядовими надавачами послуг за обмежене міжнародне та національне фінансування діяльності, а це шкодить можливості робити спільну справу.

Стратегії донорів не завжди відповідають державним і національним програмам, іноді через брак узгодженої національної та соціальної політики. Так само, як деякі державні та національні програми, деякі донорські програми не беруть належним чином до уваги справжні

потреби населення через брак офіційних даних або ж тому, що цільова(і) група(и) відповідних надавачів послуг було залишено поза процесом розробки стратегії та програм. Тому програми й проекти, фінансовані донорами, не завжди дають очікуваний результат у вирішенні існуючої проблеми. Тривалість та об'єми фінансування від донорів обмежені, так само як і категорії витрат, що фінансуються. Немає гарантії, що після завершення певного проекту чи програми з відчутними результатами фінансування буде продовжено, повторено або ж програми чи проект триватимуть і далі, а це становить загрозу стабільності послуг, підвищує ризик того, що недержавні надавачі послуг зосередяться на циклах планування, які стосуються окремих проектів і програм, замість стратегічного планування.

До того ж більшість місцевих неурядових надавачів послуг стоять перед дилемою: “допомогати і робити добро” чи забезпечити фінансування, аби гарантувати підтримку своїх можливостей, функціональності та стосунків із клієнтами. Сталість залишається основним критерієм для недержавних надавачів послуг. Більшість їх надто залежать від міжнародного фінансування, а коли закінчуються кошти за програмою, немає жодних гарантій, що держава продовжить фінансувати навіть ефективні програми. Незважаючи на юридичну можливість для держави профінансувати послуги недержавних надавачів послуг, у даний час зовсім мало тих, хто отримує державні кошти. Крім того, це фінансування дуже обмежене і не завжди покриває всі накладні витрати та витрати на персонал, пов'язані із фінансованою діяльністю. Багато опитаних недержавних надавачів послуг наголосили, що вони майже повністю виключені із процесу прийняття рішень і що ці процеси непрозорі.

Загалом опитані повідомили про різні рівні співробітництва між надавачами послуг. Через брак фінансування і людських ресурсів, особливо у соціальному секторі та секторі охорони здоров'я, вважається, що урядовці швидше виконують роль посередника, аніж повноцінного партнера, тож співробітництво часто обмежується невтручанням або наданням лише адміністративної підтримки. Навпаки, міністерства, такі як МОЗ та МСМС, дедалі більше консультуються з неурядовими та релігійними організаціями, що надають послуги.

Результати інтерв'ю засвідчили, що багато державних працівників, зокрема на місцевому рівні, та недержавних надавачів послуг досі ставляться одне до одного з певною недовірою. Брак взаємодії між державними і недержавними надавачами послуг в Україні та багатьох інших колишніх республіках Радянського Союзу має довгу історію з багатьма упередженнями і стереотипами³². Дехто з опитаних із державного сектору висловили занепокоєння тим, що неурядові надавачі послуг не діляться з ними інформацією про розміри та призначення отриманих міжнародних грантів, не приймають пропозиції спільної реалізації програм, отримують зарплати удвічі чи утричі вищі від тих, які існують у державній системі, не завжди можуть і хочуть демонструвати результати своєї роботи, але ставлять дуже високі вимоги до уряду щодо надання безоплатних приміщень. З іншого боку, деякі недержавні надавачі послуг казали, що державні надавачі також не хочуть ділитися з ними будь-якою бюджетною інформацією, лишають їх поза процесом прийняття рішень і планування, тримаються за “старі ідеї” й розглядають цільову групу швидше як “прикру заваду”, аніж людей, які потребують підтримки та допомоги. Хоча таке “взаємозвинувачен-

ня” й не поширене у різних сферах, воно не допомагає вирішувати існуючі проблеми. Багато надавачів послуг, навпаки, активно прагнуть співпрацювати одне з одним, щоб найкращим чином використати обмежені ресурси та потенціал, який вони мають.

Багато структур внутрішнього співробітництва є й серед державних надавачів послуг на зразок ЦСССДМ та інших, створених для координації діяльності й забезпечення платформи для обміну досвідом. Проте директор одного з державних реабілітаційних центрів під час інтерв'ю згадав, що, крім формальних зустрічей, де збираються представники різних державних служб для звітування про свою діяльність, протягом останніх більш ніж 10 років, коли він відвідував подібні зібрання, не відбулося жодного реального обговорення для обміну досвідом.

Більшість законів припускають міжвідомче співробітництво та координацію діяльності, але для більшості країн це залишається великою складністю, тому що в них також існує змагання між міністерствами за державне фінансування і різні, часто конфліктуючі сфери компетентності. Останнє може бути проілюстроване напруженням, що виникло між МОЗ та МОН стосовно затвердження матеріалів із медичних питань. У той час, як до компетенції МОЗ належить оцінка змісту медичних питань, МОН оцінює найприйнятніший спосіб донесення медичної інформації до дітей. Хоча це й видається досить легким питанням, але міжвідомче тертя може відтягнути запровадження заходів на місяці.

Ось приклади інших зусиль щодо координації діяльності:

- співробітництво між різними надавачами послуг і місцевими школами та медичними установами з метою надання цільовій групі доступу до освітніх та медичних послуг;
- співробітництво серед надавачів послуг у різних місцях для відновлення втрачених паспортів та інших юридичних документів для членів цільової групи або у сфері реєстрації за місцем проживання та відновлення батьківських прав споживачів ін'єкційних наркотиків³³;
- Київський міський ЦСССДМ активно співпрацює з різними міжнародними та місцевими надавачами послуг із метою уникнення дублювання зусиль і забезпечення спільної реалізації соціальних програм у громаді, зокрема у сфері зменшення шкоди та запобігання ВІЛ³⁴;
- національна багатогалузева робоча група за підтримки ЮНЕЙДС розробила *“Дорожню карту”* для забезпечення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та допомоги до 2010 року (вона також охоплює дітей і молодь, що живуть на вулиці);
- група недержавних надавачів послуг, що працюють у сфері ВІЛ/СНІДу в Одесі, в даний час розробляє спільну стратегію та план її реалізації для забезпечення кращих результатів роботи.

Звичайно, існує набагато більше подібних прикладів, але всі їх неможливо вмістити в один звіт. Проте, незважаючи на численні зусилля, координація та співробітництво були названі майже всіма опитаними надавачами послуг, а також літературними джерелами,

однією з основних сфер, що потребують удосконалення. Стосовно цільової групи, то співробітництву й координації бракує:

- конкретної зосередженості координаційних органів та комітетів на уразливих дітях і молоді, які ведуть ризикований спосіб життя, включаючи цільову групу;
- систематичного, координованого на національному рівні, багатогалузевого підходу до діяльності (стратегії);
- ефективного механізму координування діяльності різних міністерств та координаційних органів, які займаються питаннями, що стосуються цільової групи (наркотики, сексуальна експлуатація, торгівля людьми, діти та молодь у системі кримінального судочинства, ВІЛ та СНІД, туберкульоз і т. ін.);
- національних норм та правил стосовно механізму координації, особливо між організаціями з різних секторів;
- чітких директив, інструкцій та відкритих тендерів із фінансування недержавних та релігійних організацій, які надають послуги, включаючи гарантії державного фінансування в разі, якщо пілотний проект завершиться успішно в рамках державної або національної програми, а разом із тим і міжнародне фінансування, аби захистити надавача послуг та його клієнтів;
- стратегії для кращої координації діяльності та розпорядження ресурсами державних і міжнародних донорів, які переважно фінансують неурядові та релігійні організації, що надають послуги, і багато пілотних проектів;
- удосконаленого, багатогалузевого співробітництва на місцевому рівні, включаючи зокрема соціальний, освітній сектори і сектор охорони здоров'я, правоохоронні органи та основних представників приватного сектору (місцеві підприємства з аптеками та комп'ютерними клубами включно) та керівників місцевої громади;
- форуму, який дав би змогу проводити обмін досвідом та інформацією, а також збирання та поширення передової практики, підкріпленої доказами, що стосуються цільової групи;
- національного органу, відповідального за збирання, аналіз та поширення інформації та даних щодо цільової групи, стимулювання створення національних звітів, моніторингу й оцінки стратегії, яка охоплює всіх надавачів послуг, що працюють із цільовою аудиторією. Національна стратегія та план реалізації мають включати кількісні (внески, процеси, результат), а також якісні (результат, вплив) показники, які дадуть змогу здійснювати оцінку, зокрема, охоплення та економічної ефективності запроваджених удосконалень.

Ефективність існуючого співробітництва та механізмів координації критикувалася більшістю опитаних надавачів послуг. Один із них навіть зазначив, що існує достатньо координаційних груп, круглих столів, конференцій та подібних заходів, але їм бракує конкретних результатів, вони схильні обговорювати одні й ті ж самі питання знов і знов. Це означає брак структури та чіткого розпорядку діяльності, а також неефективність багатьох існуючих координаційних органів.

7. ПІДСУМОК І ВИСНОВКИ

Цей звіт ґрунтується на результатах ситуаційного аналізу, проведеного ЮНІСЕФ у співробітництві із МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід” за допомогою кабінетного дослідження, інтерв’ю з надавачами послуг, участі у відповідних конференціях або консультаціях із зацікавленими сторонами й опитування серед дітей і молоді, які живуть або працюють на вулицях Києва й Одеси. Аналіз та опитування проводилися у період між осінню 2005 р. і раннім літом 2006-го. Головна мета – оглянути й проаналізувати ситуацію у світлі поширення ВІЛ в Україні, оцінити та представити потреби і вимоги даної цільової групи, виявити передову практику та прогалини у наданні послуг, а також висвітлити сфери, які слід удосконалювати, і напрями розширення національних зусиль з урахуванням потенціалу, фінансів та структури.

Опитування, що охоплювало дітей та молодь віком 10–19 років, складалося із кількісної частини, де за основу було взято вибірку з 600 дітей та молоді (300 у кожному місті), та якісної частини, де за основу бралася вибірка з 50 дітей та молоді (25 у кожному місті). Опитування мало на меті вивчити й оцінити поведінку, ставлення, звички та знання додатково до потреб і вимог цільової групи в Києві та Одесі, ставлення надавачів послуг до цільової аудиторії, а також наявність і відповідність існуючих послуг для забезпечення потреб членів цільової групи щодо здоров’я загалом і статевого зокрема, питань ВІЛ та СНІДу, освітньої та дозвільної діяльності, упередженого ставлення до них і дискримінації, експлуатації й уживання наркотичних речовин. Опитування було проведене з метою доповнення результатів ситуаційного аналізу і порівняння поглядів опитаних надавачів послуг та дітей і молоді. Ситуаційний аналіз та опитування були обмежені здебільшого через лімітований доступ до інформаційних джерел і брак вихідних даних, що унеможливлювало проведення репрезентативного опитування.

Ураховуючи те, що українське законодавство використовує кілька термінів для визначення цільової групи, у цьому звіті використано визначення, запроваджене ЮНІСЕФ, – “діти й молодь, які живуть або працюють на вулицях”. Молодих людей віком 19 років було включено у визначення та дослідження з урахуванням того, що багато з них є членами груп дітей, які живуть або працюють на вулицях України.

Негативні наслідки системи соціального забезпечення колишнього Радянського Союзу та соціально-економічні труднощі перехідного процесу в Україні після розпаду СРСР справили жорсткий вплив на сім’ї і є великою загрозою для дітей та молоді в плані небезпечних ситуацій, в які вони можуть потрапити, та небезпечної поведінки, яку вони можуть використовувати як “механізм подолання проблем”. В Україні явище дітей і молоді, які живуть або працюють на вулицях, виникло на початку 1990-х рр. як прямий наслідок згаданих перетворень.

Думка, що держава відповідає за благополуччя її громадян, досі превалює в українському суспільстві, і це ускладнило пристосування людей до сучасної ситуації. Роль держави

змінилася, і багато державних секторів, зокрема охорона здоров'я та соціальний, надто ослаблені, щоб забезпечити зростаючі потреби та вимоги громадян, особливо перед загрозою епідемії ВІЛ/СНІДу і туберкульозу.

За результатами опитування, проведеного в Києві та Одесі, які порівнювалися з опитуваннями, проведеними в інших країнах світу, більша частина членів цільової групи у цих двох містах мають вік 10–15 років, чоловічу стать, прожили на вулиці менше від двох років і сплять головним чином у “сховках” на вулицях. Діти та молодь здебільшого мають низький рівень освіти й залишили школу, коли перейшли жити на вулицю. Багато “вуличних” дітей та молоді в Києві й Одесі походять з інших регіонів України та сусідніх країн. Це дуже мобільна група, що ускладнює їх відстеження. Більшість із них опиняються на вулиці через поєднання різних факторів із проблемами в сім'ї та зубожінням, помноженим на брак позитивного й сприятливого середовища у громадах, де вони проживають. Досить багато респондентів повідомили про обманне позбавлення їх права на житло, коли помирав хтось із батьків або сім'я хотіла змінити місце проживання.

Усі опитані повідомляли про численні проблеми зі здоров'ям, які збільшуються з віком та часом, проведеним на вулицях. Основні категорії цих негараздів включають проблеми органів дихання та шлункового-кишкового тракту, інфекційні хвороби на зразок гепатиту, туберкульозу, ВІЛ, ІПСШ, тілесні пошкодження та синці, затримку розвитку, проблеми психіки, а також шкірні висипи, коросту і абсцеси. Хлопці та молоді чоловіки повідомляли про тілесні пошкодження й синці частіше, ніж дівчата та молоді жінки. Здається, це пов'язано з більшим ризиком бути побитими, а також більшим уживанням наркотичних речовин, що підвищує ймовірність випадкової смерті чи поранення через утрату координації. Більшість дітей та молоді покладаються на самолікування і зовсім мало звертаються по медичне лікування, переважно в крайньому разі. Офіційна статистика щодо проблем здоров'я даної цільової групи відсутня.

Як свідчать результати опитування, деякі члени цільової групи й досі підтримують контакт із рідним домом, але більша частина їх – “соціальні сироти”. Наприклад, 60% дітей та молоді, опитаних у Києві, повідомили, що їхні матері досі жива, як і 43% респондентів в Одесі.

На певному етапі життя всі діти та молоді люди, що брали участь в опитуванні, в тій чи іншій формі зазнали серйозної психологічної травми на зразок насильства, жорстокого поводження, статевої або трудової експлуатації. Хлопці та молоді люди переважно розповідали про те, що зазнали насильства, особливо побиття й навіть тортур. Представники молодшої групи казали, що їх часто б'ють однолітки на вулиці або батьки. Старша група, багато представників якої довго жили на вулиці, повідомляла більше про побиття з боку співробітників правоохоронних органів (вони посідають друге місце серед тих, хто б'є представників цільової групи в обох містах, де проводилося опитування). Дівчата та жінки повідомляли про сексуальне насильство набагато частіше за хлопців і чоловіків.

Основні джерела прибутку цільової групи – жебракування, допомога з боку інших осіб та крадіжки. Старші діти та молодь нерідко займаються кримінальною діяльністю і роб-

лять це тим частіше, чим довше живуть на вулицях, хоча й нерегулярно. Опитані хлопці та молоді чоловіки займалися кримінальною діяльністю на зразок крадіжок частіше за дівчат і жінок. Вони також частіше працюють, аніж дівчата та жінки. Чимало старших дітей і молоді визнали потребу в шкільній освіті та професійно-технічному навчанні для отримання доступу до регулярної роботи.

Окрім багатьох факторів ризику, присутніх у їх оточенні, члени групи й самі ведуть небезпечний спосіб життя. Досить багато дівчат та молодих жінок, наприклад, повідомили про сексуальну експлуатацію. Майже всі представники цільової групи курять та п'ють спиртне. Уживання наркотиків і наркотичних речовин здебільшого починається з розчинників на зразок клею, але з часом "споживач" дедалі більше переходить на вживання ін'єкційних наркотиків і дуже часто використовує поєднання наркотичних речовин. Опитані хлопці та молоді чоловіки повідомили про більше використання наркотичних речовин, аніж дівчата. Перші ін'єкції рідко контролюються дітьми чи молодими людьми – роблять їх старші колеги. Наркотичні речовини легко придбати, особливо в аптеках, а також на вулицях. Вельми поширене позичання шприців та нестерильного інструментарію. Сексуальні контакти в цій групі також починаються раніше, ніж серед їхніх однолітків, причому більшість членів груп не використовує регулярно презервативів, часто змінює партнерів. Група також удається до інших форм ризикованої поведінки: татування з використанням нестерильного обладнання та "кровне братання", хоча це менш поширене, ніж уживання наркотиків за допомогою нестерильного інструментарію.

Рівень обізнаності щодо ризику низький. Чимало опитаних говорили про "віру" в те, що їхні товариші по вулиці чисті, як одну з причин позичання шприців, які могли бути заражені, або випадків незахищеного сексу.

Поінформованість про такі хвороби, як ВІЛ/СНІД чи ІПСШ, та способи їх передачі також низька, існує багато міфів і хибних поглядів. Учасники опитування, які отримали належну профілактичну інформацію, здебільшого знали більше за тих, хто не потрапив під дію запобіжних програм. Однак знання не обов'язково призводило до зміни поведінки. Свідченням цього є те, що в Одесі лише 46% з-поміж тих, хто знав про ризик, пов'язаний із незахищеним сексом, використовували презерватив під час останнього статевого контакту. Інша проблема – багато хто не знає, як правильно використовувати презерватив. Молодші діти знають менше, ніж старші діти чи молодь. Те ж саме стосується й перевірки на ВІЛ. Більша кількість старших дітей та молоді і тих, хто вже провів на вулиці понад рік, пройшли перевірку на ВІЛ порівняно з молодшими й тими, хто прожив на вулиці менше від року.

Більшість інформації ця група отримує при спілкуванні, на масових молодіжних зібраннях та через соціальних працівників і програми допомоги.

Переглядаючи результати опитування, зокрема щодо кількості СІН та дітей і молоді, яких експлуатують задля сексу, і порівнюючи їх із результатами інших досліджень, можна сказати, що кількість дітей та молодих людей у найбільш ризикованих ситуаціях, тобто в умовах проживання та роботи на вулиці, експлуатації задля сексу, участі у кримі-

нальній діяльності, вживання ін'єкційних наркотиків, є відносно невеликою, навіть незначною. Але, якщо вважати дітей у найбільш ризикованих ситуаціях “верхівкою айсберга”¹, кількість тих, хто наражається на ризик тому, що живе у бідному середовищі, або зазнає насильства чи знуцання вдома або в дитячому закладі, або ж залишив школу чи ризикує це зробити, мають друзів, котрі вживають наркотики або наркотичні речовини, видається високою.

Вуличне життя в Україні характеризується законами “сили і влади”. Старші діти та молодь часто водночас “захищають” та експлуатують молодших і намагаються бути груповими лідерами. Опитані діти й молодь казали, що проводять “вільний час” переважно у комп’ютерних клубах, салонах гральних автоматів, гуляючи вулицями чи беручи участь у рекреаційних заходах, які пропонують соціальні служби.

Результати дослідження чітко показують, що ні основні, ні інші, більш спеціалізовані потреби цільової аудиторії, включаючи їжу, одяг, проживання, медичне обслуговування та освіту, не забезпечуються.

Доступ до служб підтримки, зокрема освіти, охорони здоров’я та медичного лікування, дуже обмежений. Для цього є багато причин, і головні – відсутність офіційних документів у дітей та молоді, брак ясності щодо згоди батьків чи опікуна, платний характер більшості медичних послуг, а також небажання членів цільової групи звертатися по допомогу здебільшого через негативний досвід стосунків із дорослими. Інші проблеми із доступом до необхідної допомоги виникають у зв’язку з дуже повільним юридичним оформленням офіційних документів та рішень відносно місця перебування дитини чи молодої людини.

Деякі діти та молоді люди мріють про краще майбутнє, для багатьох важко будувати плани на майбутнє, а досить багато очікують, що знайдуть свій кінець на вулиці. Навмисне самоушкодження видається досить поширеним явищем, але немає офіційної статистики відносно кількості дітей і молоді, які живуть або працюють на вулицях, котрі вчинили самогубство чи передозували наркотики.

Більшість опитаних членів цільової групи повідомляли про отримання допомоги переважно з боку релігійних організацій, що надають послуги, соціальних працівників, однітоків та родичів. Дівчата й молоді жінки частіше казали, що отримували більше допомоги від надавачів послуг, родини та родичів, аніж хлопці та молоді чоловіки.

Якість послуг досить значно різниться. Загалом вона низька. Більшість послуг досягають лише невеликої кількості представників цільової групи. Багато послуг, спрямованих на дітей і молодь, не було розроблено з урахуванням потреб цієї конкретної групи, а тому до них важко отримати доступ. Зокрема служби, які діють у сфері ВІЛ, туберкульозу, ППСШ, повинні активніше працювати і включати цю групу до списку своїх клієнтів.

Діти та молодь, які вживають наркотичні речовини, ізольовані від більшої частини існуючих послуг із психосоціальної реабілітації, надання житла та домашнього догляду.

Ураховуючи незначну кількість центрів наркологічної реабілітації, можна сказати, що особи, які вживають наркотичні речовини, є найбільш ізольованими з усіх дітей і молодих людей, які живуть або працюють на вулицях в Україні.

Окрім того, багато послуг недержавних надавачів послуг страждають через недостатнє фінансування, тоді як державні служби зазвичай не тільки недофінансовані, але й страждають через брак кваліфікованого персоналу.

Найбільші прогалини існують у профілактичних послугах для дітей та молоді, які походять із сімей у кризовій ситуації та живуть у небезпечних середовищах, а також у нарко-реабілітаційних послугах, у сфері психічної та психологічної допомоги для тих, хто живе на вулиці.

Також не існує єдиних стандартів, отож через брак національного моніторингу та системи оцінки й узгодженого набору національних показників впливу та результативності важко оцінити, наскільки ефективними є послуги й загальнонаціональні заходи. Є досить багато свідчень з України та інших країн, що зокрема стосуються дитячих закладів інтернатного типу, які переконують, що такі види послуг не дуже ефективні. Наприклад, третина опитаних дітей та молоді в обох містах мали досвід життя у дитячих будинках, і багато з них звідти тікали знову й знову з різних причин (побиття іншими дітьми, “нудьга” чи жорстоке словесне й фізичне поводження з боку персоналу).

Співробітництво та координація служб можуть бути вдосконалені на всіх рівнях. Зроблено багато зусиль, однак брак єдиного координаційного механізму та відповідної стратегії щодо вирішення проблем дітей і молоді, які живуть у небезпечних обставинах і ведуть небезпечний спосіб життя, знижує їх ефективність.

Передача відповідальності за більшість послуг, пов’язаних із доглядом за дітьми, у відання Міністерства України у справах сім’ї, молоді та спорту стала великим позитивним кроком у напрямі централізації національної координації послуг, які надаються дітям та молоді. Проте, щоб забезпечити Міністерство адекватною інформацією для планування діяльності і прийняття рішень, необхідно провести додаткові дослідження. Міністерство також потребує комплексної системи для управління, керування, відстеження та оцінки якості послуг, які надаються, і здійснення нагляду за захистом прав дітей і молоді. Головна складність – управління процесом переходу від системи догляду за дітьми, яка характеризується переважно доглядом за місцем проживання (дитячі будинки, школи-інтернати), до системи сімейного і комунального типу. Сьогодні існує небагато офіційних партнерських стосунків на національному та місцевому рівнях у плані комплементарного фінансування та участі в забезпеченні того, щоб плани, викладені у “Державній програмі подолання дитячої безпритульності та бездоглядності на 2006–2010 роки”, могли належним чином виконуватися, контролюватися та фінансуватися.

Ставлення серед фахівців до цільової групи є різним. У той час, як дедалі більше людей вбачає в них особистості із повноцінними правами, яким треба дати “голос” і не направляти силоміць під опіку, досі існує значна кількість фахівців, зокрема і в державному

секторі, які розглядають цих дітей та молодих людей переважно як “злочинців” або групу, що необхідно силоміць забрати з вулиць заради їх власного блага та захисту суспільства (наприклад, обмеження поширення ВІЛ).

Стигматизація і дискримінація цієї групи досить поширені в українському суспільстві, а дискусії на цю тему в громадянських осередках та засобах масової інформації надто нечисленні, щоб змінити картину.

Розбудова потенціалу фрагментарна і не підкріплена організаційною базою. Донині мало соціальних працівників, які мають кваліфікацію для роботи із цільовою групою в Україні, враховуючи, що це відносно нова професія, а міжпредметна підготовка є нечастим явищем, так само як і програми стажування.

Права дітей і молоді, які живуть або працюють на вулицях, постійно порушуються, їх часто штовхають на шлях злочину, особливо коли вони вживають наркотики та наркотичні речовини, замість того щоб надати їм захист від експлуатації та завдання шкоди своєму організму.

У даний момент через велику кількість законів, державних і національних програм, які тим або іншим чином стосуються дітей та молоді взагалі, а деякі зокрема тих, хто живе або працює на вулицях, надавачам послуг важко розібратися, на що саме ці діти та молоді мають право. Діти не перебувають у центрі державної політики, а також різних національних програм. Окрім того, контроль за виконанням законів слабкий, і, незважаючи на наявність певних послуг із юридичної підтримки, цільова група часто надто налякана, щоб виступати на свій захист, особливо коли співробітники правоохоронних органів чи персонал дитячих закладів догляду та опіки порушує їхні права.

У той час, як політична стабільність тільки-но починає поволі повертатися в Україну, нещодавні зусилля Президента України та Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту в співпраці з іншими міністерствами, які раніше відповідали за послуги для дітей і молоді, та недержавними й релігійними організаціями, що надають послуги, вселяють надію, що новий, дружній до дітей політичний курс матиме розвиток і в перспективі приведе до результатів, які стануть відчутними для дітей і молоді, які живуть або працюють на вулицях.

8. РЕКОМЕНДАЦІЇ

В Україні, як і в більшості країн світу, державні ресурси є обмеженими, а розмаїття потреб населення – значним. Через це слід створити вичерпне обґрунтування для розвитку національного вирішення питання – плану дій, що в деяких сферах відходитиме від усталеної практики й традиційних позицій. Ці дії мають включати політику і стратегії, які конкретно зосереджуються на цільовій групі, а також бути спрямовані на інвестиції у відносно малий прошарок населення порівняно з іншими пріоритетними сферами та більшими групами населення. Для широкого розуміння й сприйняття цієї потреби життєво необхідно у майбутньому сформувати активну інституційну та політичну поінформованість щодо неї.

У вступі до цього звіту було висвітлено деякі демографічні, соціальні та медичні проблеми, з якими стикнулася українська держава. Багато з них чинять дедалі більший тиск на ринок праці, а також на соціальні служби та служби охорони здоров'я в Україні. Існує кліше, хоча й правдиве, що сьогоднішні діти та молодь становлять майбутнє держави та робочу силу завтрашнього дня. Тому дуже важливо забезпечити набуття ними необхідних навичок та характеристик для повної участі й функціонування у сучасному суспільстві, отримання прибутку і кар'єрного зростання, яке є необхідним для гарантії їх власного добробуту, а також добробуту суспільства і прийдешніх поколінь. Існують і інші причини інвестування у групу, яка зазнає впливу багатьох факторів ризику. Серед найвагоміших – запобігання поширенню інфекційних хвороб типу ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та гепатиту серед основного населення, зменшення насильства й злочинності, кількості ув'язнених неповнолітніх, боротьба із бідністю (одна з восьми “Цілей розвитку тисячоліття”), посилення “соціального капіталу” (сімейного оточення, громадських мереж та позитивних зразків для наслідування), забезпечення збереження прав людини й соціальної справедливості¹.

“Здоровий розвиток дітей не тільки гарантує збереження їх власного благополуччя, але й виступає найкращою запорукою майбутнього миру, процвітання та безпеки, які є головними Цілями розвитку тисячоліття².

Звіт ЮНІСЕФ “*Становище дітей у світі, 2006 рік*” дає широкий опис основних стратегій національних заходів щодо захисту дітей³:

- посилення догляду та опіки дітей, потенціалу сімей і громад;
- зацікавленість уряду в захисті дітей шляхом забезпечення бюджетної підтримки й політики соціального забезпечення, спрямованих на дітей, які зазнають найбільшої небезпеки;
- усунення криміналізації дітей, судове переслідування осіб, які вчиняють злочини проти дітей;
- залучення засобів масової інформації за ініціативи громадянського суспільства для відкритого обговорення ставлення, упереджень, переконань та досвіду, які спричиняють або стимулюють жорстоке поводження з дітьми;

- прозоре звітування, відстеження та огляд випадків знущання й експлуатації.

“Ключ до розбудови позитивного середовища – відповідальність: усі члени суспільства можуть зробити внесок у те, аби запобігти занедбаності цих дітей”⁴.

У той час, як чинні закони, особливо “Державна концепція-2006” і “Державна програма подолання дитячої безпритульності та бездоглядності”, демонструють явну зацікавленість українського уряду в захисті дітей, посиленні потенціалу сім’ї у плані догляду й захисту власних дітей, забезпеченні необхідної юридичної та фінансової бази, досі залишається робота, яку треба виконати, аби не допустити криміналізації дітей та молоді, що вживають наркотики, а також забезпечити переслідування у судовому порядку осіб, які скоїли злочини проти дітей, включаючи тих, хто працює в органах правопорядку та установах із догляду за дітьми, запровадити прозору систему звітування про випадки знущань та експлуатації.

Проте є ще й цілий ряд важливих проблем, які у Програмі не згадуються. Передусім це:

- зробити дітей центральним елементом державної політики та процесу прийняття рішень в Україні, що гарантувало б поліпшення добробуту й можливостей розвитку дітей завдяки державним програмам;
- розширити розуміння особами, відповідальними за формування політики, надавачами послуг та широкою громадськістю конкретних потреб, ризиків і вразливих місць цільової групи, включаючи небезпеку зараження такими хворобами, як ВІЛ, туберкульоз та ІПСШ;
- поступово збільшувати обсяги якісних послуг та спектр і доступність основних та специфічних послуг для цільової групи;
- забезпечити безкоштовне надання всіх послуг цільовій аудиторії у певних місцях;
- посилювати залучення організацій-“провідників” (див. шостий розділ, пункт 6.2), громад та приватного сектору до національних заходів із вирішення проблеми та їх підтримку.

Однак перелічені додаткові цілі стикаються з деякими ключовими бар’єрами, що стоять на шляху успішного виконання Програми. Із метою подолання цих та інших бар’єрів задля успішного досягнення поставленої мети в повному обсязі розроблено пакет стратегічних рекомендацій, який подано нижче.

Слід зазначити, що дані рекомендації не є національною багатогалузевою стратегією чи планом дій для широкомасштабних національних заходів для допомоги уразливим дітям та молоді. Натомість їх представлено як потенційну структуру із висвітленням основних стратегічних сфер, що потребують уваги.

Основна аудиторія для цих рекомендацій – Міністерство України у справах сім’ї, молоді та спорту, оскільки саме воно загалом відповідає за діяльність, пов’язану із уразливими

дітьми та молоддю, за координування діяльності інших міністерств і державних відомств у цій сфері. Однак пропонуване буде корисним і для місцевих адміністрацій, відповідальних за реалізацію національних заходів на місцевому рівні, і для надавачів послуг.

При цьому слід наголосити, що, зважаючи на потребу в багатогалузевому національному вирішенні проблеми, розроблення, реалізація та оцінки такого рішення потребують активного внеску всіх секторів на всіх рівнях.

Рекомендації подано у порядку їх важливості:

1. Політика та законодавство.
2. Координація та співробітництво.
3. Стратегічне планування та мобілізація ресурсів.
4. Розбудова потенціалу:
 - а) планування;
 - б) навчання;
 - в) управління;
5. Стандарти послуг та їх спектр.

Під кожною рекомендацією зазначено, чи стосується вона національного рівня (тобто Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту й усіх релевантних державних установ), місцевого рівня (тобто місцевої адміністрації) або ж рівня надавачів послуг (наприклад лише недержавних надавачів послуг).

Політика й законодавство: дитина в центрі процесу формування політики

Чимало українських законів та підзаконних актів щодо захисту й підтримки дітей і “сімей у кризовому стані” становлять значну проблему, коли справа доходить до розшифрування, що саме вони вправі отримувати, що є “найкращим” для дитини або молодої людини та які механізми існують для забезпечення доступу до цих послуг і привілеїв.

Рекомендація 1 (національний рівень)

Перегляд усього існуючого законодавства стосовно сімейного права та прав дітей із метою гармонізації та, можливо, нового формулювання законодавства на основі “Конвенції ООН про права дитини”, передової вітчизняної і міжнародної практики та принципів винесення інтересів дитини на перше місце у законодавчому процесі та національній політиці, а також забезпечення уразливих дітей і молоді та “сімей у кризовому стані” доступом до високоякісних послуг у сфері профілактики, лікування, догляду та підтримки.

Брак чітко вираженої політики у соціальній сфері та сфері охорони здоров'я з акцентом на сім'ю та дитину, а також слабе охоплення й роздробленість існуючих послуг тісно пов'язані між собою, а тому зрозуміла потреба гармонізації чинної політики та законів⁵.

Відповідно до “Кінцевого звіту: діти у закладах: профілактика та альтернативна опіка”, який було затверджено Європейським комітетом соціальної взаємодії у травні 2004 р.⁶, ефективна система захисту дітей – це ключ до реалізації успішних програм втручання. Існують різні моделі переконань, які лежать в основі систем охорони дитини. Як видно з шостого розділу, пункт 3, дві конфліктуючі моделі, що існують в Україні, відбилися навіть у національній політиці (п'ятий розділ) і мають бути гармонізовані. З одного боку, в Україні є люди, зокрема державні службовці, які підтримують модель “порятунку дитини”, мета якої – “врятувати” дитину від будь-якої очевидної небезпеки й зосередитися більше на послугах поза домівкою, а з другого боку, є прибічники (на зразок керівника Державного департаменту з усиновлення та захисту прав дитини МСМС) моделі “підтримки сім'ї”, яка домінує у Західній Європі й відображена у “Державній програмі подолання дитячої безпритульності та бездоглядності-2006”. Ця модель зосереджується на роботі у співпраці з сім'ями та іншими особами, які здійснюють догляд, на зразок опікунів, аби дозволити їм належним чином виконувати свої функції та брати на себе відповідальність за виховання дитини чи молодшої особи. Вона також обмежує роль держави, зводячи її до підтримки органів місцевої влади та надавачів послуг у розбудові мережі підтримки, роблячи наголос на залученні недержавних, релігійних надавачів послуг і приватного сектору до комунальних програм⁷.

Чинні закони та політика мають бути переглянуті в розрізі їх наслідків для захисту дитини і з метою усунення перешкод для доступу дітей і молоді, які живуть у небезпечному середовищі та мають ризиковану поведінку, а також сімей у кризовій ситуації до цільових високоякісних послуг і отримання адекватної допомоги. Існуючі юридичні перешкоди частково пов'язані з такими факторами:

- вік та обставини, за яких діти та молодь можуть отримувати доступ до служб підтримки без згоди батьків чи опікуна;
- відсутність універсального та безкоштовного доступу до послуг. Стосовно ВІЛ-позитивних дітей і молоді сюди входить доступ до конфіденційного і добровільного ВІЛ-тестування, антиретровірусної терапії, лікування опортуністичних інфекцій, а також до замінної терапії для активних споживачів наркотиків, аби полегшити їм дотримання умов лікування;
- рівень соціальної допомоги, яка надається зокрема неповним сім'ям та сім'ям у кризовій ситуації;
- тривалі юридичні процеси при вирішенні питання про розміщення дитини або видачу нових документів;
- брак можливостей погодинного працевлаштування для цієї групи дітей та молоді, які часто не в змозі працювати повний робочий день через свій вік, стан здоров'я або участь у програмах реабілітації;

- дискримінація у системі охорони здоров'я, школах, на роботі та в системі правосуддя у справах неповнолітніх або в інших сферах, особливо за справжнім чи гаданим ВІЛ-статусом⁸;
- політика у житловій сфері та законодавство, яке захищає майнові права дітей і молоді на житло, особливо в разі смерті батьків, та на інші майнові об'єкти;
- постійне фінансування з боку держави для ефективних послуг, які надаються неурядових та релігійних організацій, які послуги надають;
- норми, які заважають обміну інформацією між надавачами послуг, зокрема надавачами послуг із різних секторів (див. шостий розділ, пункт 6.2).

Найбільші перешкоди на шляху реалізації прав цільової групи в Україні – брак адекватного механізму застосування законів та ставлення цілого ряду державних службовців (див. шостий розділ, пункт 6.3), які дивляться на цих дітей та молодь як на “злочинців” і “безнадійні випадки” та ігнорують той факт, що члени цільової групи не тільки мають права, але й часто психологічно травмовані, зазнають експлуатації та заслуговують на таку ж саму повагу та юридичну допомогу, як і будь-який інший громадянин України. У “Державній програмі подолання дитячої безпритульності та бездоглядності-2006 р.” не зовсім чітко говориться про те, як застосовуватимуться закони для захисту прав цієї групи і провадитиметься переслідування в законному порядку тих, хто порушує ці права. Проте це виходить набагато далі за коло обов'язків Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту і потребує зацікавленості уряду на всіх рівнях починаючи з глибинного перегляду правової системи, як і рекомендовано.

Рекомендація 2

(національний та місцевий рівні)

Активізація застосування законів щодо захисту дітей таким чином:

1. Цільові інформаційні та освітні кампанії стосовно прав уразливих дітей та молоді й небезпек, на які вони наражаються.
2. Розроблення та впровадження політики нетерпимості до порушень прав в усіх секторах і установах, які безпосередньо працюють із дітьми та молоддю.
3. Зростаючий державний контроль за: а) рекламою (потенційно) шкідливих способів життя та товарів; б) комп'ютерними клубами, які надають неповнолітнім доступ до шкідливої інформації; в) аптеками, які продають потенційно шкідливі медичні препарати неповнолітнім.
4. Збільшення доступу дітей і молоді та їхніх представників до служб, відповідальних за реєстрацію й вирішення питань порушення прав.

Гармонізація та пристосування національної політики й законодавства – це тривалий процес, і необхідно розуміти, що, незважаючи на бажання вдосконалити систему застосування законів та забезпечити безпеку й захист усіх громадян України, ще буде

велика кількість порушень прав, які залишаються непоміченими та непокараними. Вони спричинятимуть психологічні травми дітей та молоді, недовіру до дорослих, страх перед державою, яка повинна захищати їх, та застосування небезпечної поведінки, аби втекти від цієї похмурої реальності. Тому уразливі діти й молоді люди на зразок цільової групи повинні бути обізнані щодо своїх прав та місць надання юридичної допомоги. Проте іноді треба багато часу, щоб повірити комусь, тож не можна сподіватися, що надання юридичної допомоги у кожній соціальній службі одразу й кардинально збільшить кількість тих, хто хоче виступити і вказати на порушника закону, особливо якщо це – державний працівник у тій самій місцевості. Основна відповідальність за забезпечення захисту цих дітей та молоді лежить на державі, і не тільки тоді, коли вони вдома чи в дитячому закладі і перебувають у небезпечній ситуації, але й коли живуть на вулиці.

СПІВРОБІТНИЦТВО ТА КООРДИНАЦІЯ

Рекомендація 1

(національний та місцевий рівні)

Оцінка існуючих координаційних механізмів та структур, що пов'язані з охороною здоров'я та розвитком дітей і молоді, з перспективою створення багатогалузевого координаційного механізму на національному та місцевому рівнях, роль якого полягатиме у вирішенні питань найбільш уразливих дітей і молоді, зокрема тих, хто живе та працює на вулиці.

Як показано у шостому розділі, пункт 6.4, слід багато зробити для вдосконалення співробітництва й координації діяльності у різних секторах. Хоча зручним видається створення додаткової координаційної структури, коли кілька таких уже існують, необхідно подумати про погодження єдиного національного механізму, який зосередиться конкретно на питаннях уразливих дітей та молоді й використовуватиметься для розроблення національної багатогалузевої стратегії та плану дій із реалізації широкої програми дій. Два координаційні органи, коротко описані у шостому розділі, пункт 6.4, – Міжвідомча комісія із питань охорони дитинства та Комітет НКР із роботи з уразливими групами, включаючи профілактику, – видаються найкращим місцем, де можна дійти згоди щодо придатного національного механізму для конкретного вирішення потреб найбільш уразливих дітей та молодих людей. Ураховуючи широкий багатогалузевий характер комітету НКР та заплановані зміни у членстві НКР, а саме активніше включення приватного сектору та розгляд питань, пов'язаних із туберкульозом і наркотиками, цей комітет міг би підтримувати Міжвідомчу комісію з питань охорони дитинства у розробленні національної багатогалузевої стратегії та плану дій.

Схожий механізм має бути створено на місцевому рівні, аби координувати, розробляти та впроваджувати розширені багатогалузеві місцеві заходи й стратегію. Вони повинні ґрунтуватися на національній структурі та перегляді існуючих процесів і координаційних механізмів діалогу, а також на залученні неурядових та релігійних організацій, що надають послуги, до планування, прийняття рішень та оцінки місцевих заходів із надання допомоги.

Рекомендація 2

(місцевий рівень)

Розвиток та мобілізація громад у сільській та міській місцевості для активної участі у розробленні, фінансуванні та реалізації місцевих планів дій із надання допомоги й вирішення питань найуразливіших дітей та молоді, зокрема тих, хто живе та працює на вулиці.

Цього можна досягти за допомогою таких стратегій:

1. Підвищення поінформованості та розбудова потенціалу органів місцевої влади у сфері планування, моніторингу та оцінки на основі визначення місцевих потреб і виявлення уразливих дітей та молоді, сімей та громад, а також співпраця з недержавними та релігійними надавачами послуг для розбудови потенціалу місцевого персоналу й розширення або розвитку альтернативних послуг.
2. Мобілізація впливових керівників громади та місцевих засобів масової інформації для задоволення потреб уразливих дітей та молоді й розвитку їхньої поінформованості про небезпеки, з якими вони стикаються, і подолання стигматизації та дискримінації.
3. Організація заходів зі створення безпечного середовища для більш відкритого обговорення членами громади “заборонених” тем на зразок ВІЛ, домашнього насильства, вживання наркотиків тощо.
4. Цілеспрямована робота з уразливими дітьми та молоддю у дві стадії з метою уникнення подальшої стигматизації та дискримінації: а) географічне спрямування на райони, де сім’ї та громади найбільше потребують допомоги; б) в межах цих районів вихід на окремих людей і сім’ї, які найбільше потерпають і потребують допомоги⁹.

У деяких громадах України місцеві неурядові та релігійні організації, що надають послуги, вже мають підтримку з боку приватних осіб, місцевих церков та підприємств. Ці зв’язки надзвичайно важливі не лише в плані фінансової підтримки, але й у тому, що стосується допомоги щодо працевлаштування або послуг у натуральній формі на зразок пожертвувань часу чи місця. Головний елемент забезпечення такої підтримки – вміння зацікавити перевагами діяльності на основі задокументованих результатів.

Громадські багатогалузеві програми співпраці також виявляються дуже успішними¹⁰. Однак без “керуючого справами” місцевої мережі надавачів послуг або “організації-па-

расолі”, яка може мати доступ до всіх необхідних ресурсів, наявних як у самій громаді, так і в різних організаціях, важко скористатися потенціалом економії за рахунок зростання масштабів.

Рекомендація 3

(рівень надавача послуг)

Перегляд координаційних механізмів у недержавному та релігійному секторах на місцевому рівні з метою формування галузевої стратегії та вироблення плану дій для розширення підтримки й фінансування з боку органів місцевої влади і донорів, а також для розвитку економічно вигідних та обґрунтованих послуг, які надаються у даній галузі.

Діючий координаційний механізм недержавного та релігійного секторів також сприятиме координації донорської програми на місцевому рівні і більшій прозорості щодо розподілу ресурсів і коштів.

Досвід роботи у сфері ВІЛ/СНІДу показує, що чим сильніше співробітництво та координація серед неурядових і релігійних організацій, що надають послуги, і чим тісніше вони об’єднуються в захисті та обстоюванні своїх інтересів, тим вища ймовірність того, що їхній голос буде почуто державою.

Рекомендація 4

(національний та місцевий рівні)

Активізація участі представників цільової групи¹¹ у процесі прийняття рішень та координаційних механізмах, які стосуються їх, а також їхнього здоров’я, розвитку, виховання та захисту.

Постійно зростає потреба почути голос цільової групи й зокрема голос тих, хто сам є добрим зразком для наслідування, – адже їм удалося змінити своє життя. Однак для цього необхідно у стратегічному плані передбачити допомогу членам цільової групи в озвученні їхніх потреб, досвіду та проблем. Наприклад, цього можна досягти через запрошення та надання допомоги представникам цільової групи для регулярної участі в національних і регіональних координаційних механізмах. Або наслідувати приклад Міністерства України у справах сім’ї, молоді та спорту, яке у співпраці з неурядовою організацією “Дебати” й за підтримки ЮНІСЕФ продемонструвало результативну практику прийняття рішень через реалізацію проектів, що дають змогу молоді, включаючи членів цільової групи, які живуть у закладах, у сільській місцевості, мають ВІЛ-позитивний статус, споживачів ін’єкційних наркотиків та працівників секс-бізнесу, висловити свої погляди стосовно ВІЛ

та споріднених проблем у процесі громадських слухань і дебатів. Учасників цих заходів також запрошували для перегляду Національної програми ВІЛ/СНІДу під час консультацій в окремих регіонах. Результати й рекомендації було представлено органами центрального державного управління через Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту на IX Міжнародній конференції з ВІЛ/СНІДу в Бангкоку (Таїланд).

Рекомендація 5

(національний та місцевий рівні)

Для підтримки постійного поточного огляду надавачів послуг усіх секторів рекомендовано створити й підтримувати національну базу даних надавачів послуг, а також розробити компендіум¹² відкритого доступу для підтримки розбудови мереж та підвищення ефективності вирішення питань.

Наявність бази даних та інформації про кількість надавачів послуг та їхню діяльність на національному й місцевому рівнях може також слугувати підвалиною для розвитку мережі надавачів послуг (мета “Державної програми подолання дитячої безпритульності та бездоглядності-2006”) та вдосконалення системи напрямів на регіональному рівні.

Опитані також запропонували розробити вичерпний компендіум із законодавства, ресурсів та соціальних послуг, які стосуються цільової групи. Він також включав би питання, які стосуються охорони здоров'я (вживання наркотичних речовин, поширення ВІЛ, ІПСШ тощо), що дало б змогу поєднувати, координувати та систематизувати послуги в “континуумі послуг”, оскільки більшість організацій мають обмежений набір послуг. Компендіум може в майбутньому забезпечувати рекомендації, куди варто направляти дітей та молодь, замість того щоб відпускати клієнтів, вирішивши лише частину їхніх проблем.

СТРАТЕГІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ ТА МОБІЛІЗАЦІЯ РЕСУРСІВ

Ініціатива щодо об'єднання всіх дитячих закладів та програм допомоги під егідою Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту – перший корисний крок на шляху вточнення та вдосконалення стратегічного планування. Стратегічне планування – безперервний процес, який починається з аналізу та огляду ситуації і продовжується формуванням цілей, стратегій їх досягнення та плану дій щодо реалізації стратегій. Стратегії та плани дій мають зосереджуватися на ключових сферах і заходах на зразок правової реформи, розвитку потенціалу та розроблення стандартів послуг і поліпшення їхньої якості, вдосконалення організаційної структури, мобілізації ресурсів, моніторингу та оцінки. Мобілізація ресурсів, а також моніторинг і оцінка – невід'ємні складники стратегічного планування, вони забезпечують можливість реалізації стратегії та плану дій на основі погодженого переліку показників.

Наприкінці кожного циклу стратегічного планування та з метою безперервного його вдосконалення процес має оцінюватися з урахуванням його ефективності в плані, скажімо, залучення всіх секторів та членів цільової групи, а також засобів, використаних для проведення консультацій, планування тощо.

Рекомендація 1

(національний рівень)

Із метою розроблення національної консолідованої та багатогалузевої стратегії і плану дій щодо вирішення питань уразливих дітей і молоді, зокрема тих, хто живе та працює на вулиці, рекомендовано, аби Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту запровадило та координувало цикл багатогалузевого стратегічного планування. Стратегія та план дій мають передбачати ключові заходи (такі, як розбудова потенціалу, розроблення національних стандартів послуг, моніторинг та оцінка) і визначати сферу відповідальності кожної із зацікавлених сторін у тому, що стосується реалізації, моніторингу та оцінки цих дій.

(регіональний рівень)

Національна стратегія має підкріплюватися інформацією та вихідними даними з місцевого рівня. Місцеві адміністрації повинні сприяти здійсненню розробленої стратегії та координувати аналогічний процес на своєму рівні з метою створення місцевої консолідованої багатогалузевої стратегії та плану дій на основі національної.

Для того, щоб оцінити справжні потреби, належним чином спланувати послуги та провести моніторинг здійснення 50-відсоткового скорочення кількості дітей та молоді, які живуть на вулиці (основна мета “Державної програми подолання дитячої безпритульності і бездоглядності-2006”), та інших поставлених цілей, необхідно визначити вихідні дані. У таблиці 19 додатку X подано практичний приклад успішного досягнення консенсусу та спільної оцінки.

Процес стратегічного планування має включати й приватний сектор, вітчизняних та міжнародних донорів, аби забезпечити їм змогу долучитися до плану дій, бути поінформованими про потреби та заплановану діяльність і враховувати їх у рамках своїх власних стратегій та програм розвитку. Також має забезпечуватися можливість спільних обговорень щодо комплементарного фінансування із цих джерел з метою реалізації стратегії.

У рамках процесу стратегічного планування необхідно також розглянути можливості об’єднання ресурсів з іншими секторами та досягти домовленостей щодо спільних дій із такими секторами, як охорона здоров’я (ВІЛ/СНІД і туберкульоз) та система правосуддя у справах неповнолітніх, щоб уникнути дублювання зусиль.

Крок 1.1

У рамках державного процесу стратегічного планування рекомендовано проводити аналіз поточних витрат для надання послуг, а також порівняльний аналіз послуг, наданих різними організаціями. Після цього можна визначатися з оптимальними стратегіями поліпшення якості послуг.

Зокрема місцеві адміністрації та недержавні й релігійні надавачі послуг повинні проводити аналіз ефективності витрат та економічної ефективності сучасної системи державних закладів догляду за дітьми.

Дослідження необхідне, аби порівняти витрати в різних моделях надання послуг, наприклад вартість надання інтегрованих чи окремих послуг. Це також потрібно для підтвердження важливості більших інвестицій у певну сферу, зокрема збільшення суми, яка має інвестуватися у профілактику замість лікувальних чи реабілітаційних заходів.

Експериментальні психологи й автори різноманітних досліджень неодноразово вказували на важливість захисних факторів і спеціальної допомоги у дитинстві та ранньому підлітковому віці, оскільки середовище значно впливає на майбутню поведінку, життєві вибори та спосіб життя, особливо щодо небезпечної поведінки та небезпечних ситуацій, згаданих вище¹³. Багато досліджень розкривають важливість більшого інвестування в профілактику, аніж у лікування, тому що лікування здебільшого виявляється складним у такому ранньому віці, тривалим та дорогим, незважаючи на надзвичайну його важливість, коли шкоду вже заподіяно. Вартість антинаркотичного лікування, лікування інфекційних хвороб типу ВІЛ/СНІДу, ба навіть вартість ув’язнення та інших реабілітаційних про-

грам зазвичай висока і в більшості випадків вища за вартість профілактики та програми пропаганди здоров'я¹⁴. Це означає, що інвестування в останню може допомогти послабити шкоду, викликану несприятливим середовищем удома і запобігти небезпечній поведінці та діям, які завдають шкоду організму й можуть призвести до того, що дитина або молода людина опиниться на вулиці¹⁵.

Крок 1.2

У рамках процесу стратегічного планування необхідно провести огляд існуючих національних та місцевих цілей до того, як ставити реалістичні десятирічні цілі щодо охоплення послугами та їхньої якості для цільової групи. Цілі мають охоплювати такі питання, як надання послуг для дітей та молоді, що перебувають у прийомних сім'ях або повернулися до батьківського дому, доступ до лікування, сталий контакт та супровідні послуги для цільової групи після виходу з-під інституційної опіки та із закладів закритого типу тощо.

Незважаючи на брак вихідних даних, результати, подані в цьому звіті, свідчать про потребу збільшення охоплення цільової групи, а також сімей у кризовій ситуації високоякісними послугами щодо запобігання, лікування, медичного догляду та підтримки. Проте “Державна програма подолання дитячої безпритульності та бездоглядності на 2006–2010 рр.” не ставить будь-якої мети щодо розширення масштабу національних заходів у цьому плані. Окрім того, як згадувалося раніше, спочатку необхідно визначити точку відліку, на ґрунті якої основні зацікавлені сторони можуть розраховувати й погоджувати цілі. Нереально очікувати, що прогрес буде швидким, а цілі можуть бути високими протягом перших років, зважаючи на наявність багатьох бар'єрів на шляху масштабування послуг. До перепон належать зокрема потреба в реструктуризації існуючої служби догляду за дітьми й розбудова потенціалу, щоб отримати запас кадрів, які зможуть забезпечити надання нових високоякісних послуг.

Крок 1.3

Додержання міжнародних принципів та методології скорочення кількості систем інституційного догляду за дітьми й молоддю та паралельний розвиток в Україні систем догляду сімейного типу необхідно перетворити на єдиний плановий і систематичний процес з узгодженими часовими межами та структурованим інструментом моніторингу й оцінки, очолюваний Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту за підтримки міжнародних експертів та інтегрований у національний стратегічний план дій.

Визначення цілей щодо масштабного розширення послуг означатиме перегляд діючих послуг і розширення їхнього спектра для адекватного задоволення існуючих потреб і забезпечення альтернативи догляду інтернатного типу, що є ще однією метою “Державної програми подолання дитячої безпритульності та бездоглядності на 2006–2010 рр.”. Це одна з найскладніших проблем для України, оскільки державні заходи мають спиратися на точне знання того, скільком сім’ям можна допомогти належно виконувати свою роль у вихованні дітей, забезпечивши при цьому наявність ефективного механізму втручання, аби підтримати сім’ї з урахуванням “найкращих інтересів дитини”¹⁶.

Існує багато аргументів проти дитячих закладів опіки інтернатного типу, які протягом тривалого часу вважалися оптимальним розв’язанням проблеми не лише в колишньому Радянському Союзі, а й в усій Європі. Хоча було відомо, що ці установи мають вади й часто густо справляють як короткостроковий, так і довгостроковий негативний вплив на здоров’я та розвиток дітей і молоді, наприклад у тому, що стосується соціальної ізоляції, додаткових ризиків і стигматизації. Дослідження у багатьох країнах підтвердили ці спостереження¹⁷. У розділі 6.2 наводяться дані української статистики щодо спроб учинити самогубство тими, хто вийшов зі стін дитячих будинків. Це є ще одним додатковим доказом того, що дитячі заклади такого типу не можуть належно підготувати своїх вихованців до самостійного життя в суспільстві. Це також перешкоджає здоровому розвитку громад.

“Кінцевий звіт. Діти у закладах: профілактика та альтернативна опіка”, підготовлений ‘Working Group at Risk and in Care’ і затверджений Європейським комітетом соціальної взаємодії на своєму 12-му засіданні у Страсбурзі в травні 2004 року, свідчить, що у більшості держав Західної Європи малі дитячі будинки сімейного типу, поєднані із системою виховання у прийомних сім’ях та усиновленням, дедалі більше витісняють великі заклади¹⁸. Цей процес триває й досі, він повільний і нерівномірний, незважаючи на значний прогрес.

Рекомендація 2

(національний та місцевий рівні)

Із метою задоволення нагальних потреб та захисту дітей та молоді, які живуть або працюють на вулиці в даний час, необхідно скласти багатогалузевий план термінових дій. Він має розроблятися Міністерством України у справах сім’ї, молоді та спорту в співпраці й консультуванні з міжнародними та вітчизняними надавачами послуг на всіх рівнях, а також із міжнародними й вітчизняними донорами та представниками приватного сектору. План має зосереджуватися зокрема на поширенні доступу до існуючих аут-річ послуг, соціальних служб, центрів денного перебування, програм зменшення шкоди, та на розвитку цих послуг на національному рівні з використанням додаткових ресурсів, які можна зробити доступними протягом короткого терміну.

Ця рекомендація ґрунтується на результатах зустрічі в Києві 23 жовтня 2006 року, під час якої було підкреслено, що багато дітей і молоді, які живуть та працюють на вулиці, в даний час мають зовсім мало користі від більшої частини рекомендацій, викладених у цьому звіті, або ж отримують її лише через певний час.

Після складання плану дій у надзвичайній ситуації він має стати невід’ємною частиною багатогалузевої національної стратегії.

Рекомендація 3

(національний та місцевий рівні)

Мобілізувати додаткові ресурси для запровадження довгострокових національних заходів, а також розвитку й поширення високоякісних послуг таким шляхом:

- 1. Розроблення та запровадження національної багатогалузевої стратегії мобілізації ресурсів.**
- 2. Посилення багатогалузевого партнерства за допомогою рекомендованих національних і місцевих координаційних механізмів.**
- 3. Під керівництвом Міністерства України у справах сім’ї, молоді та спорту й за підтримки національного координаційного механізму лобіювати цільовий¹⁹ та функціональний²⁰ бюджети послуг, які надаються найуразливішим дітям та молоді і сім’ям у кризовій ситуації.**

Розроблення, моніторинг та оцінка нових і наявних послуг, масштабне розширення національних заходів та управління всім процесом – це потребує коштів, яких на даний час немає ні в державному, ні в місцевому бюджетах. Тому надзвичайно важливо врахувати фінансові можливості та включити стратегію мобілізації ресурсів і план дій до національної та місцевої стратегій. Не можна залишити збирання додаткових коштів, потрібних для розширення та вдосконалення послуг, у віданні окремих організацій та місцевих адміністрацій.

Зокрема слід зацікавити у фінансуванні та підтримці послуг, які надаються цільовій групі, приватний сектор. Це можуть бути фонди, підприємства та приватні особи. Українські організації мають різний досвід залучення фінансування із приватних джерел, і поряд із невдалими спробами є приклади успішної практики на зразок Благодійного фонду “Україна-3000”, очолюваного першою леді України пані Катериною Ющенко, або “Фонду Анти-СНІД”, очолюваного пані Оленою Франчук. Обидві ці організації опікувалися закладами та службами, які працюють із ВІЛ-позитивними дітьми або дітьми, які живуть на вулиці, і добивалися підтримки від українських спонсорів, наприклад для ремонту дитячих закладів.

Спільне державне та приватне партнерство у багатьох країнах світу²¹ довело свою спроможність адекватно забезпечувати потреби цільової аудиторії, використовуючи переваги обох сторін. Однак досі лишаються відкритими питання щодо цих форм співробітництва

(див. шостий розділ, пункт 6.4), а щодо регулювання такого типу партнерства в Україні, то необхідно з'ясувати цей момент, перш ніж розпочинати роботу в цьому напрямі.

Також необхідно буде продовжувати надсилати заявки міжнародним та вітчизняним донорам про взаємодоповнювальне фінансування для реалізації широкомасштабних національних заходів. Досвід показує, що в Україні, як і в багатьох інших державах, ці донори віддають перевагу фінансуванню профілактики та здійсненню догляду й допомоги коштом громади, аніж великих закладів типу дитячих будинків та інтернатів. Останні, хоча й зробили багато у плані здійснення догляду за дітьми та молоддю, виявляються надто дорогими і відокремлюють своїх вихованців від їхніх громад, часто збільшуючи їхню залежність від державної підтримки та структур соціального забезпечення протягом досить тривалого часу після залишення ними закладів²².

Регулярні зустрічі з донорами можуть бути корисним інструментом не лише в плані збирання додаткових коштів, але й для вивірення та стандартизації вимог щодо звітування, моніторингу й оцінки. Багато з опитаних надавачів послуг, зокрема з недержавного сектору, вважали, що витрачають надто багато часу на складання звітів, особливо коли проект фінансується більш ніж одним донором і кожен має свої власні строки та стандарти.

Для недержавних надавачів послуг диверсифікація фінансування для підтримки їх роботи є важливою в плані довгострокового виживання. Великі й більш усталені програми підтримки та надавачі послуг майже всі покладаються на поєднання приватного та державного фінансування або ж знайшли одне чи більше постійних джерел фінансування²³.

У таблиці 19 додатку X подано деякі переконливі приклади з практики недержавних надавачів послуг щодо залучення альтернативних джерел прибутку та урядів, які створювали прибутки для соціального сектору.

Рекомендація 4

(місцевий рівень та рівень надавачів послуг)

Механізми “соціального контракту”, які використовуються місцевими адміністраціями для наймання неурядових надавачів послуг із метою надання соціальних послуг, слід спільно переглянути та посилити в рамках рекомендованого місцевого координаційного механізму, враховуючи при цьому:

- 1. Відповідність рівня фінансування, зважаючи на важливу роль, яку відіграє недержавний сектор у наданні профілактичних послуг, охороні здоров'я та підтримці цільової групи.**
- 2. Прозорість процесу прийняття рішень та моніторинг і оцінку виділених ресурсів та їх розподілу.**

На регіональному рівні багато недержавних надавачів послуг наголосили на потребі розширити можливості та фінансування “соціальних контрактів” із боку місцевих адміністрацій, а також гарантувати залучення останніх до прозорішого процесу прийняття рішень.

Рекомендація 5

(національний та місцевий рівні)

За допомогою рекомендованого національного координативного механізму провести перегляд наявних даних щодо цільової групи та процесу збирання, аналізу й поширення даних із метою:

- 1) створення стандартизованої методології збирання даних для всіх надавачів послуг;**
- 2) розроблення системи національних показників моніторингу та оцінки;**
- 3) розроблення стандартизованого процесу моніторингу та оцінки надання послуг, виділення та розподілу коштів;**
- 4) узгодження позицій щодо систематичного процесу, за допомогою якого відповідна інформація поширюватиметься на національному та місцевому рівнях і оцінюватися тими, хто відповідає за прийняття рішень, та надавачами послуг.**

Донині в Україні відсутня адекватна національна система моніторингу та оцінки. У межах концепції “Національної програми боротьби з ВІЛ/СНІДом” передбачено розроблення такої системи. Було розроблено комплексну стратегію та план дій, і прогрес очевидний. Наприклад, 2006 року було офіційно затверджено перелік національних моніторингових показників для ВІЛ і СНІДу. Схожу систему, без дублювання існуючих та запланованих структур, слід було б створити для систематичного збирання й аналізу даних та інформації щодо дітей та молоді в Україні. Конкретну увагу має бути приділено тим, хто найбільше підпадає під дію факторів ризику, включаючи цільову групу. Перший крок у цьому напрямі зроблено Міністерством України у справах сім’ї, молоді та спорту, яке планує розробити базу даних “безпритульних дітей” та “дітей-сиріт”. Однак цієї бази буде недостатньо, щоб забезпечувати прийняття рішень і стратегічне планування в майбутньому.

У 2003 році Міжвідомча оперативна група з питань сиріт та інших уразливих дітей ЮНЕЙДС²⁴ у співпраці з широкою коаліцією зацікавлених сторін розробила основний набір показників для вимірювання на національному рівні прогресу щодо поліпшення здоров’я сиріт та уразливих дітей, який можна взяти за основу при створенні наборів національних показників для цільової групи²⁵ (для ознайомлення з цими показниками див. таблицю 20 додатку XI).

Також у національному масштабі треба систематично збирати й аналізувати дані щодо якості послуг, включаючи наявні ресурси, проміжні та кінцеві результати, дані щодо по-

ведінки, ставлення, знань та звичок членів цільової групи, кількість надавачів послуг і перелік послуг, які надаються, дані щодо наявних, запланованих та витрачених фінансів.

Окрім того, слід розробити стратегію поширення зібраних матеріалів, аби гарантувати, що надавачі послуг в Україні на всіх рівнях мають доступ до даних та інформації, необхідних для прийняття рішень, планування, моніторингу й оцінки послуг.

РОЗБУДОВА ПОТЕНЦІАЛУ

I. Планування

Рекомендація 1

(національний та місцевий рівні)

У рамках процесу стратегічного планування слід розробити національну багатогалузеву стратегію та план розбудови потенціалу на основі оцінки професійної компетенції та навчальних потреб включно з приблизною оцінкою кількості осіб для проходження навчання.

II. Навчання

Рекомендація 1

(національний рівень)

Відповідні органи державної влади, відповідальні за освіту та навчання студентів і фахівців у галузях охорони здоров'я, соціальній, правовій та освітній, повинні гарантувати, що освітні програми, включаючи програми підвищення кваліфікації, містять базові та повні елементи, які розвивають навички, ставлення та знання, необхідні для роботи з уразливими дітьми та молоддю, включаючи цільову групу.

У плані зміни ставлення навчальні програми часто приносять лише обмежений успіх, особливо коли стигми та страхи мають досить глибоке коріння, як у випадку цільової групи. В інтерв'ю начальник Державного департаменту з усиновлення та захисту прав дитини Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту наголосила на потребі почати з роботи з державними службовцями, які відповідають за прийняття рішень та вироблення політики, аби змінити хід їхніх думок, концептуалізацію проблем і, якщо потрібно, навіть словник. Інша група фахівців, яка потребує таких змін, – судді, співробітники правоохоронних органів, службовці та співробітники виправних установ. Комп-

лексний проект під назвою “Посилення прав дитини в Гватемалі” може слугувати цікавим прикладом для України. Мета цього проекту – провести навчання національної служби цивільної поліції стосовно дітей та їхнього захисту й інтегрувати цей предмет у навчальний план Академії поліції Гватемали. Проект ставить за мету посилити співробітництво з надавачами послуг, тим самим змінюючи ставлення, зменшуючи стигматизацію та дискримінацію, пропагуючи нетерпимість до поліцейського свавілля та невпинне скорочення кількості його випадків²⁶. Подібну акцію, але значно меншу за масштабом, було розпочато в Одесі, де при наркологічному диспансері було створено навчальний центр для співробітників правоохоронних органів і фахівців у галузі освіти з метою пропаганди нових методик роботи з молодими СІН та профілактичної роботи серед дітей і молоді²⁷.

Рекомендація 2

(національний рівень)

Згідно з настановами ЮНЕЙДС щодо відповіді на концентровану епідемію ВІЛ навчальні програми мають зосереджуватися на надавачах послуг, які найбільше працюють із цільовою групою. Необхідно розробити рекомендації для навчальних центрів, які проводять заняття із такими надавачами послуг. Де це можливо, слід проводити міжгалузеве навчання. Відповідальність за координацію такого навчання має лежати на головному надавачеві навчальних послуг, вибраному, наприклад, Міністерством України у справах сім’ї, молоді та спорту та МОН.

Багатофункціональні колективи вже працюють у багатьох психосоціальних та медико-соціальних реабілітаційних центрах і центрах СНІДу, надаючи своїм клієнтам комплексний набір послуг. Такі колективи були б також корисними для дитячих закладів інтернатного типу, де на цей момент доступ, наприклад, до психологічної допомоги часто дуже обмежений (див. розділ 6.2 і таблицю 17 додатку IX).

Окрім того, в Україні існує особлива потреба у підвищенні кваліфікації та збільшенні загальної кількості досвідчених соціальних працівників для роботи з найбільш уразливими дітьми та молоддю і сім’ями у кризовій ситуації. Соціальний працівник – і досі відносно нова професія в Україні. У державі обмежена кількість висококваліфікованих соціальних працівників, а також випускників вузів відповідного профілю. У той час як багато університетів проводять початкову профпідготовку та навчання соціальних працівників за місцем роботи на зразок педагогічних та політехнічних вузів і факультетів, не всі їхні навчальні плани належним чином охоплюють релевантні теми, зокрема ті, що стосуються психічного здоров’я, ВІЛ/СНІДу, ІПСШ і туберкульозу. Наприклад, лише нещодавно було розроблено комплексний навчальний план щодо ВІЛ/СНІДу разом із суміжними темами. Зараз його інтегровано у навчальний план школи соціальної роботи Києво-Могилянської академії²⁸.

Окрім того, навчання має бути спрямовано на потенційних “провідників”, а саме:

- 1) персонал закладів первинної медичної допомоги, включаючи сільські місцевості, куди може звернутися дитина чи молода людина, що живе та працює на вулиці;
- 2) дільничні медсестри та медсестри-педіатри, які можуть мати доступ до сімей у кризовій ситуації і відігравати важливу роль у ранньому виявленні та оцінці ситуації;
- 3) служби швидкої допомоги, куди діти та молодь іноді телефонують у надзвичайних випадках;
- 4) власники та працівники комп’ютерних клубів, які часто відвідують члени цільової групи;
- 5) працівники аптек – головні постачальники шприців та багатьох препаратів, які використовуються для ін’єкцій. Зараз в Україні близько 11 000 аптек різної форми власності. Першими, з якими слід працювати, є найшвидше державні (наприклад ті, що в комунальній власності) – вони становлять майже 40% усіх аптек України, або ті, що належать приватним товариствам і становлять іще 37% аптек країни.

Оскільки в Україні існує багато національних, міжнародних, недержавних та приватних навчальних закладів, які провадять навчання часто за дуже схожими програмами, важливо забезпечити уникнення дублювання зусиль та консолідацію навчання в межах існуючих освітніх структур.

Рекомендація 3 (національний рівень)

Слід провести перегляд існуючих навчальних матеріалів, аби забезпечити інтеграцію міжнародних стандартів та кращого досвіду в розроблення українських освітніх і навчальних матеріалів про цільову групу.

Що стосується навчальних матеріалів, то існує велике розмаїття перевірених та запроваджених навчальних посібників, які було конкретно розроблено щодо цільової групи, факторів ризику й питання охорони здоров’я передусім стосовно вживання наркотиків, статевого та репродуктивного здоров’я, ВІЛ та ІПСШ. Управління психічного здоров’я та наркотичної залежності ВООЗ у Женеві створило набір із десяти навчальних модулів щодо цільової групи²⁹. Інші корисні публікації, навчальні матеріали та посібники можна знайти на веб-сайтах різних значних надавачів послуг, які працюють із цільовою групою в усіх частинах світу³⁰.

Рекомендація 4

(національний рівень)

Для збирання інформації та обміну передовою практикою і міжнародним досвідом слід створити національний навчальний форум.

Такий форум може бути інтегровано в існуючий навчальний та інформаційний центр, і він може існувати у вигляді, наприклад, (електронного) інформаційного бюлетеня.

III. Управління кадрами

Рекомендація 1

(рівень надавачів послуг)

Наведені нижче елементи мають стати невід'ємною частиною стратегій управління кадрами на рівні надавачів послуг³¹:

- 1) набір та утримання кваліфікованого й зацікавленого персоналу з урахуванням таких особистих якостей, як творчий підхід, винахідливість, наполегливість, емоційне тепло, неупереджене ставлення тощо;
- 2) пропонування регулярних оцінок роботи з планами підвищення кваліфікації та вихідними співбесідами включно;
- 3) забезпечення психосоціальної підтримки персоналу й за потреби перегляд норм навантаження, щоб запобігти “перегорянню” на роботі й знизити рівень плинності кадрів;
- 4) забезпечення високого рівня безпеки та охорони здоров'я на роботі й доступу до запобіжних засобів;
- 5) інформування персоналу про результати оцінки служби, щоб працівники відчували свою причетність до успіхів організації.

Рекомендація 2

(національний, місцевий рівні
та рівень надавачів послуг)

Слід провести ретельний перегляд системи виплат і матеріального заохочення персоналу надавачів послуг, які працюють із цільовою групою у державному та недержавному секторах. З огляду на високу пріоритетність вирішення проблем даної цільової групи слід створити програми заохочення, аби гарантувати набір та перепідготовку висококваліфікованого персоналу.

Як видно з попереднього розділу та додатку IX, персоналові не тільки бракує належної підготовки у багатьох сферах, але і будь-яких заохочень. У середньому працівники мають дуже низькі зарплати, значне навантаження на роботі, помножене на високий рівень стресовості, обмежений доступ до психосоціальної допомоги і в більшості випадків навіть відсутність доступу до засобів захисту, вже не кажучи про додаткові пільги типу медичної страховки. Через низькі зарплати надавачам послуг важко залучити кваліфікований та досвідчений персонал. Окрім того, така робота вважається малопrestiжною в Україні. Тому необхідно: створити нові програми стимулювання, щоб зарплати належним чином відображали продуктивність, знання та кваліфікацію працівників, а персонал був захищеним на робочому місці за допомогою адекватних заходів безпеки, виробити заходи для запобігання синдрому “перегорання” на роботі, а також передбачити персональні плани підвищення кваліфікації. Знову ж таки, це питання не може бути вирішено тільки одним міністерством, воно потребує уваги з боку уряду та зацікавленості у забезпеченні конкурентоспроможної заробітної плати.

Окрім того, видається неприйнятним, що державні працівники іноді заробляють удвічі або втричі менше від своїх колег, які працюють на недержавних надавачів послуг, незважаючи на однаковий освітній рівень та кваліфікацію. В Україні певною мірою відбувається “відтік умів” від державних до недержавних надавачів послуг, зокрема тих, що фінансуються міжнародними донорами, що може створити проблеми у довгостроковій перспективі, оскільки постійно зростаюча кількість підготовлених соціальних працівників і психологів приєднуватиметься до недержавного сектору, залишаючи державний без кваліфікованого персоналу.

Рекомендація 3

(національний рівень та рівень надавачів послуг)

Організаціям і персоналу, особливо неурядовим надавачам послуг, необхідно запропонувати навчання ділового управління та стратегічного планування з метою поліпшення професіоналізму та розбудови потенціалу.

Неурядовій організації це допоможе зменшити ризик стати надто залежною від однієї центральної особи – здебільшого засновника організації й залишити молодший персонал невідповідним та нездатним замінити цю особу в разі відсутності чи зміни керівництва.

СТАНДАРТИ Й СПЕКТР ПОСЛУГ

Рекомендація 1 (національний рівень)

Створення узгоджених та затверджених національних стандартів надання освітніх, медичних та соціальних послуг цільовій групі, а також запровадження процесу акредитації послуг, який включатиме програми навчання на робочому місці з метою забезпечення надання стандартизованих послуг та підвищення кваліфікації персоналу. Окрім того, рекомендовано переглянути та підвищити національні стандарти охорони здоров'я і безпеки на робочому місці у тих установах, які надають послуги цільовій групі.

Як свідчать факти, стандарти послуг варіюють від програми до програми. Треба узгодити якість наданих послуг і прагнути до вищих стандартів, застосовувати ефективні методи управління, включаючи засоби оцінювання. Багато опитаних надавачів послуг вимагали, щоб усі надавачі послуг пройшли ліцензування й акредитацію, особливо для того, щоб не дати волонтерам, які діють за найкращими мотивами, зробити більше шкоди, аніж добра, хоча така система ще не існує. Система акредитації має бути прозорою. Наприклад, перелік критеріїв акредитації має бути доступний широкому загалу.

Під час консультаційної зустрічі 23 жовтня 2006 року надавачі послуг порушили питання про те, що в Україні немає адекватного механізму здійснення моніторингу та нагляду за роботою закладів із догляду за дітьми та роботи, що проводиться із “сім'ями у кризовій ситуації”. Тому видається доцільним переглянути ці механізми в рамках процесу розроблення акредитації послуг.

Рекомендація 2 (національний рівень)

Треба визначити базовий пакет послуг для цільової групи так, щоб надавачі знали, які послуги вони повинні надавати, і основні методи та процеси, які слід використовувати при їх наданні. Надавачі послуг та представники цільової групи мають бути залучені до процесу розроблення базового пакета послуг (як складника національних стандартів послуг), що має забезпечити потреби цільової групи.

Ані Державна програма подолання дитячої безпритульності та бездоглядності на 2006 р., ані будь-які інші закони та державні чи національні програми, описані й проаналізовані у п'ятому розділі, не дають визначення базового пакета послуг для цільової групи. Вони лише забезпечують концепцію соціальних та інших послуг для дітей і молоді взагалі. Визначення такого пакета допомогло б сфокусувати та узгодити сучасну діяльність і послужило б основою для розроблення державної багатогалузевої стратегії та плану дій. Визначення базового пакета послуг також рекомендовано відносно профілактики ВІЛ/СНІДу, медичних послуг для цієї цільової групи, зазначених у *“Дорожній карті”*³².

Базовий пакет послуг має вирішувати “континуум ризиків” через “континуум догляду”. “Континуум ризиків” означає, що діти та молоді люди стикаються з різними ризиками на різних стадіях свого життя і в різній обстановці. Баркер і Фонте виділяють три категорії “континууму ризиків”, з яким стикаються діти та молодь³³:

- 1) первинні ризики (небезпеки) включають загальні фактори ризику, такі як бідність, імовірність залишення школи і втрати зв'язків із сім'єю та громадою та інші подібні ситуації (середовищні, сімейні, соціальні фактори), що можуть загрожувати здоровому розвитку й успішній інтеграції у суспільство. На цьому етапі ризики ще не виявляються у формі небезпечної поведінки;
- 2) специфічні фактори, такі як залишення школи, спілкування з групою однолітків, які ведуть небезпечний спосіб життя, високий рівень стресу вдома (наси́льство чи жорстоке поводження) становлять вторинні ризики. Ступінь зв'язку із сім'ями, громадами та соціальними установами значно послаблено;
- 3) третинні ризики означають, що дитина чи молода людина підпадає під вплив сукупності факторів, психологічних травм та стресових ситуацій (включаючи такі ситуації, як неодноразові випадки жорстокого поводження або побиття, сирітство внаслідок СНІДу чи навіть отримання ВІЛ-позитивного статусу) і в даний час зазнає небезпечного впливу, веде небезпечний спосіб життя, а стосунки із сім'єю, громадою та соціальними установами розірвано. Це момент, коли вона може залишити свій дім чи дитячий заклад і почати життя на вулиці.

Хоча дослідження для цього звіту переважно стосуються дітей та молоді третьої категорії, послуги мають бути спрямовані й на дітей, молодь та їхні сім'ї у першій та другій категоріях. Як показано у попередніх розділах, діти та молоді люди мають різні потреби на різних стадіях свого життя і являють собою різномірну групу³⁴, а це означає відсутність простих загальноприйнятних рішень. Вирішення “континууму ризиків” за допомогою “континууму догляду” означає розроблення для кожної дитини чи молодої особи довгострокового плану, який відповідає її особистим потребам і може включати профілактичні заходи первинного, вторинного і третинного характеру, а також набір послуг щодо лікування, опіки, догляду та підтримки.

Крок 2.1

Первинна профілактика феномену дитячої бездоглядності та безпритульності має зосереджуватися на підтримці батьків, а саме навчанні батьківських навичок, допомозі хворим батькам в одужанні, забезпеченні основних складників сімейного життя та створенні позитивного і безпечного середовища для сімей та осіб, які здійснюють опіку (поміж інших – батьки й опікуни), задля виховання дітей.

Первинну профілактику націлено на запобігання шкоди до того, як вона сталася. Один із способів цього – забезпечення фундаментальних підвалин сімейного життя, таких як відповідне житло, освіта, охорона здоров'я й соціальне забезпечення. Інший – пропонування соціальних послуг, програм поліпшення матеріального становища для бідних сімей та соціальне забезпечення, зокрема для неповних сімей. Сюди можуть входити адекватні виплати на дитину чи допомога багатодітним сім'ям, грошова допомога на утримання дитини й дитячі садки для працюючих батьків, а також батьківська відпустка та гнучкий робочий графік, особливо в разі хвороби дитини³⁵. Зважаючи на той факт, що деякі опікуни та особи, які здійснюють догляд за дітьми в Україні, мають похилий вік, необхідно провести огляд міжнародного досвіду пристосування програм допомоги до конкретних потреб літніх осіб³⁶.

Факти свідчать, що ряд чинників у школі та громаді може допомогти посилити захист дитини й зменшити ризики, особливо ризик насильства. Поміж них – шкільні програми та навчальні плани, які підтримують розвиток недискримінуючого та ненасильницького ставлення й поведінки³⁷, включаючи добре освітлені та безпечні місця зустрічей дітей і молоді³⁸ в місцевому, міському плануванні; місцеві та національні кампанії ЗМІ для привернення уваги громадськості до шкідливих наслідків насильства, жорстокого поводження й експлуатації дітей та молоді³⁹; зусилля з боку держави щодо створення довірчих, добре розрекламованих та доступних механізмів для дітей та молоді вдома, на вулиці, у закладах із догляду за дітьми та виправних установах, а також для їхніх представників для своєчасного повідомлення про будь-які випадки насильства, жорстокого поводження чи експлуатації⁴⁰.

Усі подібні заходи допомагають створити позитивне та безпечне середовище виховання дітей для батьків чи осіб, які здійснюють опіку. Деякі з них уже є невід'ємним складником українського законодавства, державних або національних програм. Як свідчить даний звіт, проблема найчастіше полягає в реалізації та застосуванні законодавства й політики, аніж у їх відсутності.

Інші ключові послуги первинної профілактики включають освітні, інформаційні програми для молодих і майбутніх батьків. Вони охоплюють широке коло питань, які можуть вплинути на добробут сімей, пропозиції соціальних служб та служб охорони здоров'я у громаді, а також програми раннього розвитку, домашні візити, до- і післяпологові послуги та освітні програми для батьків, зосереджені на ненасильницьких формах

виховання⁴¹. Дільничні медсестри та медсестри-педіатри могли б відігравати важливу роль у наданні цих послуг.

Особливу увагу слід приділяти наданню допомоги хворим батькам, щоб допомогти їм одужати та жити довше для блага своїх дітей. Щодо ВІЛ це означає забезпечення позитивного середовища, яке стимулює батька або матір пройти тестування на ВІЛ і звернутися по лікування⁴², що також допоможе зменшити довготривалий вплив епідемії ВІЛ на дітей.

Рекомендований набір послуг із профілактики, лікування, догляду та підтримки для дітей та молоді на стадії первинного ризику

- послуги соціальної підтримки для дитини або молодої людини, батьків та громади, які зосереджуються на профілактиці залишення школи, розвитку позашкільної діяльності, наданні психосоціальної підтримки, освітніх програмах для батьків, працевлаштуванні та професійно-технічній орієнтації та навчанні, а також запобіганні кризовим ситуаціям і наданні відповідної підтримки;
- статеві виховання і стосунки. Сюди входить профілактика вживання наркотичних речовин, насильства й торгівлі людьми, небажаної вагітності, ВІЛ та ІПСШ. Сюди також може входити й роздача презервативів та доведення до старших дітей і молоді інформації про те, де купити контрацептиви, включаючи презервативи, і як правильно ними користуватися;
- програми пропаганди здоров'я на рівні громад, які зосереджуються на формуванні здорового способу життя, навчанні життєвих навичок та створенні здорового середовища у громаді;
- безкоштовні послуги, дружні до молоді (включаючи конфіденційне добровільне консультування й тестування на ВІЛ та ІПСШ).

У таблиці 19 додатку Х представлено окремі міжнародні зразки передової практики у цій сфері. Узявши за основу переглянуті факти, необхідно пропонувати раннє виявлення, оцінки та втручання у пакеті, який ураховує потреби й реалізується вузькими фахівцями на зразок соціальних працівників.

Там, де це видається доцільним, слід використати освіту за принципом “рівний – рівному” для поширення інформації у місцях, які найчастіше відвідують діти та молодь⁴³.

Підхід “рівний – рівному” багаторазово продемонстрував зростання сприйняття інформації. Успіх програм, реалізованих такими неурядовими надавачами послуг в Україні, як

“Крок” в Одесі, “Всеукраїнська мережа людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом” та “Клуб “Еней” у м. Києві, підтверджує той факт, що коли люди, які особисто мали справу з питаннями на зразок уживання наркотиків та ВІЛ, виходять допомагати іншим, вони допомагають не тільки своїм клієнтам, а й собі кількома способами. До того ж власним ініціативним підходом вони показують своїй громаді, що ці проблеми не обов’язково фатальні, що життя триває і що потерпілі люди залишаються цінними членами громади, які можуть змінити ситуацію на краще. Це допомагає підвищити поінформованість, сприяє кращому розумінню проблем, з якими всі вони стикаються, і підтримує в боротьбі з упередженнями ставленням. Такі люди допомагають собі перетворити власний негативний досвід на щось позитивне, що не тільки сприятиме перетворенню минулого на перспективу, але й підвищить самооцінку. Консультанти-ровесники також слугують добрим взірцем для інших. Проте слід також відзначити складнощі з моделлю “рівний – рівному”: ризик експлуатації однолітків, труднощі у встановленні меж і потреба підтримки високого рівня⁴⁴.

Крок 2.2

Необхідно переглянути діючі механізми раннього виявлення та оцінки ризикованої поведінки й ризикованих ситуацій (вторинна профілактика) в розрізі їх дієвості та ефективності, включаючи систему супроводу для кожної дитини або молодшої людини, яка опинилася у небезпеці. Охоплення послугами профілактики, їхня ефективність та доступність, належні лікування й догляд для дітей та молоді на стадії вторинного й третинного ризику мають бути вивчені та розширюватися. Послуги, які буде визнано ефективними, треба розвивати.

Часто межі між вторинним і третинним ризиком та профілактичними заходами не дуже чітко проведено. Вторинні профілактичні заходи зосереджуються на ранньому виявленні та оцінці ризикованої поведінки і ризикованих ситуацій для того, щоб мінімізувати ту значну шкоду, яка може виникнути в разі невтручання. Третинна профілактика передбачає втручання, коли небезпечна поведінка та небезпечні ситуації вже вилилися у шкоду на зразок ІПСШ, і націлена на запобігання повторному зараженню та погіршенню стану⁴⁵.

Рекомендований набір послуг профілактики, лікування, догляду та підтримки для дітей і молоді на стадії вторинного й третинного ризику

- рекреаційна та позашкільна діяльність;
- мінімальний пакет соціальних, юридичних, матеріальних (їжа, одяг, гігієна, нічний притулок) та психологічних послуг;
- соціальна підтримка, включаючи допомогу з документами, виплати із соціального забезпечення, інформацію щодо прав,





направлення до інших служб, втручання у кризову ситуацію та управління нею, мобілізацію громади, спілкування з метою зміни поведінки, мобільну соціальну роботу і, якщо це доцільно, навчання за схемою “рівний – рівному”;

- пропагування здоров’я як частина соціальної підтримки, зосереджене на вихованні здорового способу життя та навчанні життєвих навичок;
- загальноосвітня підготовка і професійно-технічне навчання у поєднанні із забезпеченням можливості заробити гроші у співробітництві з місцевими підприємствами;
- запобігання вживанню наркотиків та наркотичних речовин, насильства й торгівлі людьми, небажаної вагітності, ВІЛ та ІПСШ, а також роздача безкоштовних презервативів. До цього слід також включати інформацію про те, як правильно використовувати контрацептиви й презервативи. Для тих, хто вже вживає наркотичні речовини, профілактика має зосереджуватися на запобіганні зараження ВІЛ, гепатитом, туберкульозом і на хворобах, пов’язаних з уживанням наркотиків. Необхідно проводити заходи зі зменшення шкоди, з роздачею чистих шприців включно;
- цільова профілактика жорстокого поводження й насильства, сексуальної експлуатації та злочинності;
- забезпечення вільного доступу до служб охорони здоров’я (включаючи психіатричні служби);
- конфіденційне добровільне тестування на ВІЛ та консультування, включаючи третинну профілактику, лікування ІПСШ та доступ до безкоштовних засобів захисту;
- безкоштовне лікування хвороб, пов’язаних із ВІЛ та СНІДом (включаючи туберкульоз), гепатитом, ІПСШ та вирішення будь-яких інших проблем здоров’я із замісною терапією для активних споживачів наркотиків включно;
- вільний доступ до реабілітаційних послуг (психосоціальних та наркологічних);
- центри для (вагітних) дівчат та молодих жінок у кризовій ситуації, щоб допомогти їм виховувати дітей у безпечному середовищі;
- програми догляду за дітьми в інтернатних закладах, пов’язані з програмами підготовки до виходу дітей із-під опіки з подальшим супроводом.

У таблиці 19 додатку Х наведено окремі зразки передової практики. Факти свідчать, що таке втручання найкраще робити на основі принципу “супроводу клієнта”, мобільної соціальної роботи та центрів для дітей і молоді, які живуть та працюють на вулиці-

цях, із використанням домовленостей про співпрацю між різними надавачами соціальних, медичних та інших послуг, створенням мережі служб та забезпеченням “континууму догляду”. Це також означає уникнення дроблення послуг. Деякі діючі центри психосоціальної реабілітації в Україні функціонують, наприклад, як так звані центри комплексного обслуговування – там діти та молодь можуть отримати доступ до комплексного пакета соціальних, медичних, психологічних, юридичних, професійно-технічних послуг без потреби звертатися до інших закладів. Це збільшує довіру та зменшує небезпеку того, що дитина чи молода людина “загубиться у системі”.

Вельми поширена думка, що відкриті й легкодоступні послуги з небагатьма обмеженнями на зразок центрів для дітей і молоді, які живуть та працюють на вулицях, що також надають мобільні соціальні послуги і приймають дітей та молодь, котрі уживають наркотики та наркотичні речовини, – один із найважливіших пунктів надання послуг для цільової групи. Є кілька зразків передової практики центрів, які використовують такий підхід, у Києві та Одесі. Проте кількість дітей та молоді, які обслуговуються такими центрами, обмежена.

“Супровід клієнта” гарантує індивідуалізований догляд і, як правило, забезпечується соціальним працівником у співпраці з іншими фахівцями (командний, багатосторонній підхід). Це метод надання послуг на підставі оцінки потреб клієнтів та їхніх сімей і спільного планування, координації, моніторингу та оцінки пакета послуг. В основі “супроводу клієнта” лежать взаємини між “супроводжувачем” та його клієнтами і їхніми сім’ями. Супроводжувач забезпечує “континуум догляду” і повністю залучає клієнтів та їхні сім’ї до процесу прийняття рішень або реадaptaції спільно виробленого плану заходів із догляду. План включає узгоджені цілі та показники наслідків⁴⁶.

Дуже важливо спочатку зайнятися розв’язанням нагальних проблем, наприклад допомогою в пошуку роботи для виживання й задоволення основних потреб під час життя на вулиці, а також майбутніх фінансових витрат. Це означає, що професійно-технічна орієнтація та навчання мають ураховувати короткострокові й довгострокові потреби працевлаштування та інтереси клієнта. Передова практика наголошує, що важливо (по змозі) платити молоді за участь у професійно-технічному навчанні або виробничих практикумах або знаходити варіанти, коли молода особа може працювати і брати участь в реабілітаційних та реінтеграційних заходах. Також підкреслюється потреба поєднувати професійно-технічне навчання або шкільну освіту із навчанням життєвих навичок, щоб допомогти замислитися про довгострокові інтереси та можливості, які можуть відрізнятися від нагальних потреб, а також іншими втручаннями на зразок консультацій, вирішення психосоціальних потреб клієнтів та визнання їх обмежень з урахуванням віку й рівня розвитку⁴⁷.

Наявні факти вказують на потребу групової діяльності для створення солідарності й підтримки, співробітництва із місцевими підприємствами з метою подолання упередженого ставлення до набору дітей і молоді, які раніше жили на вулицях⁴⁸, та використання підходу уповноваження. Уповноваження та участь дітей і молоді в розвитку та

оцінці програм виявилися важливими для їхнього успіху, особливо при роботі зі старшими дітьми та молоддю. Залучення дітей і молоді має на меті автономність, наділення відповідальністю та постановку завдань. Важливо розвивати критичне мислення, що допомагає зменшити залежність від системи соціального забезпечення. Творчі й новаторські підходи на зразок театралізованих вистав та інших засобів активного залучення, включаючи арт-терапію, театр-форум, танцювальну терапію, також допомагають підвищити самооцінку, що продемонстровано притулками в Україні чи фондом “Мистецтво, культура та наука – Нідерланди/Україна” у їхній роботі із цільовою аудиторією.

Далі необхідно забезпечити альтернативу інституалізації або вилученню дітей та молоді із сімей та розміщення їх у дитячих будинках або школах-інтернатах⁴⁹. Однак, ураховуючи обмеженість ресурсів в Україні та вартість реструктуризації й згорання великих дитячих будинків та шкіл-інтернатів з одночасним розвитком варіантів альтернативного догляду, видається доцільним спочатку випробувати “змішану модель програм догляду за дітьми”⁵⁰. Це означає використати варіанти закритого та відкритого догляду на зразок усиновлення чи опікунства, що слабо представлене в Україні, малі дитячі будинки, нічні притулки, програми напівсамостійного проживання на зразок групових будинків та спеціальних програм проживання⁵¹, будинків сімейного типу й виховання у прийомних сім’ях. Останнє вважається найменш обмежуючим і найбільш позитивним позасімейним розміщенням для дітей та молоді, які потребують тимчасової опіки.

Виховання (опіку) у прийомній сім’ї можна розділити на “короткострокове” (тимчасове) та “довгострокове”, “термінове” (вилучення із певної ситуації), “коротку опіку в прийомній сім’ї” (догляд у разі, якщо член сім’ї хворий або інвалід), “передачу під опіку в прийомну сім’ю” (дитину чи молоду людину тимчасово поміщено рішенням суду у прийомну сім’ю та під опіку органу місцевої влади), “опіку у прийомній сім’ї перед усиновленням” та “опіку у прийомній сім’ї над матір’ю й дитиною” (для матерів шкільного віку)⁵².

Для дітей та молоді, які перебувають у приймальниках-розподільниках чи в ув’язненні, також має бути базовий пакет послуг, який би відображав елементи вторинної й третинної профілактики та лікування, послуг з опіки та підтримки, викладені вище. До того ж важливо продовжувати докладати зусилля для створення комплексної, орієнтованої на дитину відновної системи правосуддя у справах неповнолітніх в Україні, а також зменшення кількості дітей, які потрапляють до системи правосуддя через декриміналізацію так званих статусних правопорушень на зразок поведінки виживання цільової групи (жебраків, продаж сексу, безцільне гуляння), вживання наркотичних речовин, а також віктимізацію через торгівлю людьми чи кримінальну експлуатацію⁵³. У таблиці 19 додатку X наведено деякі приклади передової практики у сфері інституційного та громадського лікування юних правопорушників.

При плануванні та вдосконаленні послуг слід обов’язково враховувати принцип рівності щодо місця проживання, статі, юридичного статусу, віросповідання та культури.

Україну чекає попереду багато складних завдань щодо дітей та молоді, про які йдеться в цьому звіті. Їх мета – включити цю категорію громадян до розряду центральних

тем державної політики, серйозно зайнятися розробленням економічних та ефективних національних заходів реагування, які відповідали б масштабу й тривалості кризи⁵⁴, збиранням більшого обсягу даних для прийняття виважених рішень, перенесенням уваги з усунення третинних ризиків до індивідуалізованих послуг та послуг із первинної та вторинної профілактики з одночасним підвищенням загальної якості наданих послуг. Інша проблема – скорочення потужної системи догляду за дітьми в спеціальних установах (дитячі будинки, школи-інтернати) з паралельним розвитком варіантів альтернативного догляду й опіки. Ще одне складне завдання, яке чекає попереду, – збільшення масштабу послуг для забезпечення зростаючих потреб, залучення місцевих громад з одночасною зміною ставлення у них та в уряді до обстоювання й захисту прав цієї групи, створення і стимулювання правового та соціального середовища для дітей і молоді, а також їхніх сімей і громад.

Усього цього можна досягти шляхом партнерських стосунків між усіма секторами. Незважаючи на важливість залучення до процесу міжнародних, вітчизняних донорів і приватного сектору та забезпечення ними комплементарного фінансування, не менш важливо посилювати нормативні та фінансові функції уряду й підвищувати відповідальність самих дітей, молоді та їхніх сімей щодо результатів наданих послуг.

Досвід із вирішення питань епідемії ВІЛ/СНІДу, набутий Україною за останні роки, створює базу для розширення й прискорення національних заходів реагування⁵⁵. Активізація національного керівництва, розвиток нових партнерських стосунків, тиск та дії громадських організацій зробили ВІЛ-тестування доступнішим. Однак досвід показує, що самої лише демонстрації бажання шляхом визнання проблеми й розроблення стратегічних документів недостатньо. Без виділення, мобілізації та розвитку достатніх фінансових, технічних і людських ресурсів для реалізації та оцінки національних заходів реагування всі стратегії залишаться простою документацією, а сотні дітей та молодих людей в Україні продовжуватимуть щороку йти на вулицю через те, що влада не в змозі належним чином захистити їх і подбати про них.

Словник термінів¹

Амбулаторний пацієнт – пацієнт, який проходить лікування без госпіталізації.

Антиретровірус – речовина, яка пригнічує діяльність чи розмноження ретровірусів, таких як ВІЛ, створюючи завади на різних етапах циклу їх існування.

Антиретровірусна терапія – лікування, яке уповільнює розмноження ВІЛ і дає змогу значно подовжити життя у разі зараження ВІЛ і розвитку СНІДу.

Антиретровірусні ліки – медпрепарати, які пригнічують репродукцію ВІЛ і тим самим запобігають руйнуванню імунної системи.

Безпечний секс – статева активність, що зменшує або виключає обмін фізіологічними рідинами, які можуть переносити, скажімо, ВІЛ, за допомогою бар'єрів на зразок латексних презервативів, рукавичок тощо.

Вихідні дані – початкове або відоме значення, з яким пізніше порівнюють отримані вимірювання (результати).

Відтік умів – еміграція кваліфікованих і талановитих осіб (“людського капіталу”) в інші організації, галузі, країни або юрисдикції через кращу заробітну плату і краще робоче середовище, через відсутність перспектив у їхньому сучасному середовищі, небезпеку для здоров'я тощо.

ВІЛ-інфікований – на відміну від терміну “ВІЛ-позитивний” (що іноді може бути помилковим позитивним результатом тесту, особливо у дітей віком до 18 місяців), термін “ВІЛ-інфікований” використовується, аби показати, що факт зараження ВІЛ було виявлено за допомогою аналізу крові чи тканини.

Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) – вірус, який викликає синдром набутого імунодефіциту (СНІД). ВІЛ належить до родини ретровірусів, виявлено два типи цього вірусу: ВІЛ-1 та ВІЛ-2. ВІЛ-1 відповідає за більшу частину заражень ВІЛ у всьому світі, тоді як ВІЛ-2 знаходять переважно чином у Західній Африці.

Вплив – загальний, безпосередній та опосередкований вплив програми, послуги чи установи на стан здоров'я і загальне здоров'я, а також соціально-економічний розвиток.

Вторинна і третинна профілактика – межі між вторинною і третинною профілактикою часто розмиті. Заходи вторинної профілактики зосереджено на ранньому виявленні та оцінці ризикованої поведінки і небезпечних ситуацій із метою мінімізації значної шкоди, яку може бути заподіяно, якщо не відбудеться ніякого втручання. Третинна профілактика означає втручання тоді, коли ризикована поведінка та небезпечні ситуації призвели до заподіяння шкоди на зразок інфекції, що передається статевим шляхом, і націлена на запобігання повторному інфікуванню та погіршенню ситуації.

“Гаряча лінія” – телефонна служба допомоги, яка створюється державними або недержавними надавачами послуг, куди люди можуть зателефонувати (часто безкоштовно), щоб отримати різні види допомоги, такі як консультації, інформація про наявні допоміжні служби тощо.

Гепатит – запалення печінки. Гепатит може бути викликано кількома факторами, включаючи віруси (гепатит А, В, С, D та Е), отруйні речовини, надмірне вживання спиртного та певних наркотиків. Симптоми гепатиту можуть включати слабкість, втрату апетиту, болісні відчуття в животі, розлиття жовчі та високий рівень ферментів печінки (ALT та AST).

Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією – заснований у 2001 році як незалежне державно-приватне товариство. Це найбільший всесвітній фонд у сфері охорони здоров'я. До серпня 2005 року він передав понад \$3 мільярди у 128 країн. Призначення Глобального фонду – залучати, управляти та розподіляти додаткові ресурси для тривалого і значного спонсорювання з метою послаблення негативного впливу ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та малярії у бідних країнах, водночас допомагаючи зменшити їх бідність (www.globalfundatm.org).

Гривня (грн.) – українська валюта. Офіційний курс обміну, використаний у даному звіті, становить: \$100 = 505 грн. (станом на 6 вересня 2006 року).

Громадське здоров'я – стосується всіх організованих заходів (приватних або державних) для запобігання хворобі, сприяння здоров'ю та подовження життя населення в цілому. Заходи спрямовано на створення умов, за яких люди можуть бути здоровими, і поширюються на все населення, а не зосереджуються на окремих пацієнтах або хворобах. Таким чином, громадське здоров'я пов'язане із цілою системою, а не викоріненням конкретної хвороби. Три основні функції громадського здоров'я: 1) оцінка стану та моніторинг здоров'я громад і населення в небезпечних ситуаціях для визначення проблем охорони здоров'я і пріоритетів; 2) формування державної політики, розробленої для вирішення виявлених місцевих та національних проблем охорони здоров'я; 3) забезпечення доступу всіх верств населення до відповідного та економічно вигідного медичного обслуговування, включаючи послуги пропаганди здоров'я та запобігання хворобам.

Громадянське суспільство – соціальна сфера, окрема від держави та ринку. Під терміном “організації громадянського суспільства” розуміються недержавні (неурядові) неприбуткові добровільні організації, сформовані людьми у певній соціальній сфері. Цей термін використовується для опису широкого спектру організацій, мереж, асоціацій, груп та рухів, незалежних від держави, які іноді збираються разом для спільного просування спільних інтересів. Деякі визначення громадянського суспільства включають також певні підприємства, такі як ЗМІ, приватні школи та неприбуткові організації, тоді як інші виключають їх. Але, за будь-яким визначенням, усі громадянські групи є неурядовими (недержавними) організаціями (НУО) в тому,

що вони не пов'язані з державою. Проте на практиці термін “НУО” використовується для характеристики неприбуткових, ненасильницьких організацій, які ставлять за мету впливати на політику урядів та міжнародних організацій та/або доповнювати державні послуги (такі, як охорона здоров'я та освіта).

Групи самодопомоги – групи, створені людьми, які мають щось спільне й зазнали впливу однакових факторів, наприклад проблем здоров'я, втрати близької людини тощо. Ці групи можуть вести фахівці на зразок соціальних працівників, але часто вони проводяться самими людьми, які зазнали впливу. Групи створюються для надання взаємної підтримки, обміну інформацією та досвідом, допомоги одне одному справити конкретної ситуації чи проблеми.

Депресія – хронічний або рецидивний психічний стан, який характеризується безнадійністю та відсутністю мотивації й енергії; серед інших основних симптомів – втрата апетиту та недостатній або неадекватний сон.

Добровільне тестування на ВІЛ та консультування – консультація перед проведенням ВІЛ-тесту, саме тестування і консультування, проведене, коли результати тесту повідомляються пацієнту.

Дозорний епідеміологічний нагляд за ВІЛ/СНІДом – дослідження, під час яких відібрані групи людей регулярно перевіряються на присутність антитіл на ВІЛ. Їх мета – відстежувати тенденції поширення ВІЛ-інфекції серед груп населення. Дозорний нагляд, як правило, повторюється у тих самих місцях із однаковими проміжками часу.

Економічні аналізи – аналізи розміщення обмежених ресурсів серед конкуруючих альтернативних застосувань та розподіл продуктів цих застосувань серед членів суспільства. Три загальноживані типи економічного аналізу: **аналіз економічної ефективності** – різновид аналізу, в якому порівнюються втручання або програми, які мають спільну міру кінцевого результату, в ситуації, де при заданому рівні ресурсів особа, яка приймає рішення, хоче максимізувати корисність для здоров'я певної частини населення; **аналіз ефективності витрат** – різновид аналізу, який вимірює вигоду в корисних роках життя й вираховує співвідношення витрат до корисності для проведення порівняння двох програм; **аналіз вигідності витрат** – різновид аналізу, який вимірює витрати та користь від них у грошових одиницях і вираховує чисто грошове відношення “вигода – витрата” або співвідношення “витрати – вигода”.

Економія за рахунок зростання масштабів – середня вартість за одиницю зменшується в міру зростання виходу. Це визначення стосується оптимального типу та розміру послуги, вартість якої зменшується, коли пропонується комплексний пакет послуг.

Епідеміологічний нагляд другого покоління – побудовані на існуючій системі збирання даних країни системи ВІЛ-спостереження другого покоління, розроблені для адаптації та видозміни для забезпечення конкретних потреб різних епідемій. Наприклад, ВІЛ-нагляд у країні із переважно гетеросексуальною епідемією радикально

відрізнятиметься від нагляду в країні, де ВІЛ-інфекцію виявляють серед чоловіків, що мають секс із чоловіками, або серед ін'єкційних наркоманів. Цю форму нагляду спрямовано на вдосконалення якості й урізноманітнення інформаційних джерел шляхом розроблення й запровадження стандартних і жорстких протоколів дослідження з використанням відповідних методів та інструментів, які включають, наприклад, спостережні дослідження, вибірккову перевірку донорів крові на ВІЛ-інфекцію, клінічні спостереження на ВІЛ чи поведінкові опитування. Загальна мета нагляду другого покоління – визначати і краще розуміти тенденції в часі, а також поведінку, яка стоїть за розвитком епідемії у державі, та планувати послуги.

Епідеміологія – вивчення частоти, розподілу та перебігу захворювання серед населення.

Епідемія – швидке поширення хвороби через демографічний сегмент населення, наприклад у певній географічній зоні, військовій базі чи схожій одиниці населення, кожній особі певного віку чи статі регіону. Епідемічні хвороби можуть поширюватися від особи до особи чи від зараженого джерела на зразок води або їжі.

Ефективність – ступінь досягнення цілей, а також та міра, якою конкретне втручання, процедура чи послуга виконують те, для чого вони призначені для певної частини населення, в плані результатів, впливу та наслідків.

Життєві навички – цей термін означає велику групу психосоціальних та міжособистісних навичок, які можуть допомогти людині приймати обґрунтовані рішення, ефективно спілкуватися, критично і творчо мислити, розвивати навички самоуправління, що допоможуть їй вести більш здорове і продуктивне життя. Життєві навички можна використовувати для власного розвитку, а також стосовно інших людей або для зміни навколишнього середовища, щоб зробити його здоровим.

Залежність – стан, в якому особа стає залежною від наркотичної речовини і в неї спостерігається абстинентний синдром (наприклад, сильне потовиділення або тремтіння), якщо різко припинити вживання такої речовини.

Замісна терапія – вживання психоактивної речовини, яка фармакологічно споріднена із тією, що викликає залежність, аби замінити її. Замісна терапія призначена допомогти споживачам наркотиків переключитися із заборонених наркотиків невідомої ефективності, якості та чистоти на дозволені препарати, отримані від надавачів послуг або через легальні канали, тим самим зменшуючи ризик передозування та ризиковану поведінку, а також готовність скоїти злочин для отримання наркотиків.

Захворюваність на ВІЛ (іноді ще називається кумулятивною захворюваністю) – кількість людей, які заразилися ВІЛ протягом певного відтинку часу. ЮНЕЙДС переважно посилається на кількість людей (усіх вікових категорій) або дітей (до 14 років), які заразилися протягом минулого року.

Зацікавлена сторона – окремі особи, групи, які справляють вплив і зазнають впливу конкретної організації чи конкретної теми.

Зменшення шкоди – термін, який визначає політику, програми, послуги та дії, що зменшують шкоду для здоров'я, соціальну та економічну шкоду для осіб, громад і суспільства, пов'язану з уживанням наркотиків, включаючи небезпеку ВІЛ-інфекції, без припинення вживання наркотиків. На практиці програми зменшення шкоди включають такі послуги, як обмін шприців, наркозамісну терапію із використанням речовин на зразок метадону, навчання здоровому способу життя, психологічну консультацію і медичний догляд.

Інтегровані послуги – наявність численних послуг (охорона здоров'я, соціальні, освітні тощо) в комплексі, наприклад надання послуг із планування сім'ї, добровільного тестування й консультування, лікування ІПСШ в одному закладі або за один візит.

Інфекції, що передаються статевим шляхом, – також називаються венеричними захворюваннями (ВЗ), або хворобами, які передаються статевим шляхом. Інфекції, що передаються статевим шляхом, поширюються через передачу мікроорганізмів від особи до особи під час статевого контакту. Крім традиційних ІПСШ (сифіліс та гонорея), спектр ІПСШ на сьогодні включає ВІЛ, який викликає СНІД, хламідіоз (*Chlamydia trachomatis*); вірус людської папіломи (HPV), який може викликати рак шийки матки або анальний рак, генітальний герпес, шанкроїд, генітальні мікоплазми, гепатит В, трихомоніаз; кишкові інфекції та ектопаразитарні захворювання (тобто захворювання, викликані організмами, що живуть зовні тіла господаря). Із 1980-х років складність та розмах ІПСШ надзвичайно зросли – понад 20 мікроорганізмів та синдромів виявлено і зараховано до цієї категорії.

Коефіцієнт охоплення початковою освітою – це кількість учнів початкової школи незалежно від віку, поділена на чисельність вікової групи, що офіційно відповідає тому ж самому рівню.

Комунальні групові будинки – схожі на концепцію напівсамостійних програм проживання, однак ці домівки забезпечують довготривалий варіант проживання для людей, які не мають житла. Вони інтегровані у свою місцеву громаду й дають змогу розмістити більшу кількість людей, аніж напівсамостійна програма проживання, що часто пропонується у вигляді квартир, за якими здійснюється нагляд.

Континуум догляду – довгостроковий план на базі громади, спрямований на забезпечення потреб людей для того, щоб допомогти їм досягти максимальної самодостатності та благополуччя. Він розробляється шляхом співробітництва із широким представницьким зрізом громади та на основі ретельної оцінки потреб і ресурсів.

Мимовільний аборт – аборт, який не було викликано штучним шляхом, наприклад викидень.

Мобілізація та участь громади – залучення громади до діяльності на зразок планування та реалізації проектів чи проведення оцінок потреб громади.

Надавачі послуг – особи та/або організації, які підготовлені та мають змогу надавати спектр послуг і програм для конкретних цільових груп.

Наркоманія – хвороба, яка супроводжується складними розладами фізичних та психічних функцій унаслідок гостро вираженої схильності до вживання наркотичних препаратів.

Наркотична картина – кругообіг наркотиків та всіх пов'язаних із цим процесів у конкретному регіоні країни, району чи міста. Характеристики наркотичної картини включають: найпоширеніші наркотичні речовини, соціальні та демографічні особливості громади споживачів наркотиків, наявність медичних, соціальних та інших послуг для наркоманів, економічне становище, наявність політики щодо наркотиків та протинаркотичної політики, діяльність організацій громадянського суспільства тощо.

Наркотичні речовини – термінологія, використана у цьому звіті, стосується **психоактивних речовин**. Сюди входить цілий клас речовин – як дозволених, так і заборонених. Психоактивні речовини – це речовини, які при вживанні змінюють психічні процеси, тобто мислення та емоції. Вони використовувалися сотні років із лікувальною, релігійною та рекреаційною метою. Наприкінці минулого століття було синтезовано потужніші речовини, які викликають активніше звикання, такі як кокаїн та героїн. Крім того, винайдення шприців дало змогу людям вводити наркотики внутрішньовенно, що зробило їхній вплив ще сильнішим та збільшило ризик залежності й отримання інфекційної хвороби при використанні забрудненого інструментарію. Термін “**наркотики**”, використаний у цьому звіті, стосується недозволеного використання психоактивних речовин. Наркотики можуть бути шкідливими у різний спосіб – як через негайний ефект, так і через серйозну шкоду здоров'ю через уживання протягом певного часу. Хоч і не заборонені, **розчинники** (також відомі як інгалятори, бо зазвичай їх удиhaють через рот або ніс) широко використовуються, особливо дітьми й молоддю, які живуть та працюють на вулицях усього світу. Розчинники – це леткі речовини (хімікати), присутні у багатьох товарах, таких як клей, фарба, бензин та мийні рідини; всі вони безпосередньо отруйні для печінки, нирок, серця, а деякі з них викликають прогресуючу дегенерацію головного мозку.

Незахищений секс – секс без використання будь-якого захисту на зразок презерватива.

Опортуністичні інфекції – хвороби, спричинені різними організмами, деякі з них здебільшого не викликають захворювання в осіб із нормальною імунною системою. Особи, які живуть із ВІЛ-інфекцією, часто мають опортуністичні інфекції легень, головного мозку, очей та інших органів. Опортуністичні хвороби в осіб, котрі мають СНІД, включають пневмонію *Pneumocystis carinii*, криптоспоридіоз, гістоплазмоз, інші паразитичні, вірусні та грибкові інфекції та деякі типи раку.

Організація-парасоля – в міжнародній літературі відсутнє чітке визначення організації-парасолі. Головними характеристиками, які відрізняють організацію-парасолю від інших типів неурядових надавачів послуг, є те, що вона переважно обслуговує своїх членів, на відміну від організацій, які працюють для суспільства в цілому. Вони надають цілий спектр послуг своїм організаціям-членам і не надають послуг особам чи групам клієнтів. Деякі організації-парасолі можуть представляти досить вузькі

інтереси, тоді як інші складаються із широких коаліцій неурядових надавачів послуг. Вони можуть провадити діяльність на місцевому, державному, національному та міжнародному рівнях. Основні завдання цих організацій включають інформаційні послуги, підтримку членів, координацію, обстоювання інтересів та представлення, дослідження і розроблення політики для своїх членів чи інших зацікавлених сторін, а також надання грантів і спонсорство.

Первинна медична допомога: контакт першого рівня з людьми, які вживають заходів для поліпшення здоров'я в громаді, або всі початкові (нетермінові) консультації з лікарями, медсестрами та іншим медичним персоналом. У системах із прямим доступом до спеціалістів різниця полягає у типах закладів: поліклініки, наприклад, надають первинну медичну дорогу, а лікарні – вторинну.

Первинна профілактика – первинні профілактичні втручання, спрямовані на запобігання шкоди до того, яка вона станеться. Реалізація інформаційних, освітніх програм у школах на такі теми, як ВІЛ, наркотики або торгівля людьми, є прикладами первинної профілактики.

Передача ВІЛ від матері до дитини – передача ВІЛ від ВІЛ-інфікованої матері до її дитини під час вагітності, пологів або після народження через грудне молоко.

Передова практика – разом з еталонним тестуванням є організаційною концепцією, яка використовується у промисловому секторі й пов'язана з управлінням та керівництвом. У контексті цього звіту передова практика означає спеціалізовану концепцію для досягнення поліпшення серед окремих організацій або оточення. Удосконалення характеризується вимірюванням якості, ефективності, економічності та віддачі. Передова практика, яка складається на базі вивчення методів досягнення оптимальних результатів, дедалі частіше використовується для поліпшення якості та підвищення ефективності програм охорони здоров'я.

Підкріплені докази – свідоме використання сучасних передових доказів та практики при прийнятті рішень про догляд за особою чи надання послуг. Сучасний доказ – це найсвіжіша інформація з достовірного релевантного дослідження про дію різних форм опіки й догляду, потенціал шкоди внаслідок впливу конкретних небезпечних факторів, точність діагностичних тестів та прогнозувальна здатність прогностичних факторів. Докази збираються систематично. Наприклад, у житловій сфері та сфері охорони здоров'я наявний цілий ряд досліджень, які демонструють зв'язки між вологим і холодним житлом та захворюваннями дихальних шляхів, зв'язки між якісним житлом та якістю життя.

Поведінкове дослідження – дослідження, яке систематично відстежує ВІЛ-тенденції у небезпечній поведінці протягом певного періоду у певній цільовій групі. Такі типи досліджень переважно провадяться у формі серії повторюваних перехресних обстежень через однакові проміжки часу.

Показник захворюваності – стан обсягів поширення хвороби. Вимірюється через кількість зареєстрованих чи підтверджених випадків захворювання.

Показники – визначені та виміряні дані, які допомагають показати зміни, що безпосередньо чи опосередковано стосуються досягнення конкретних цілей, виконання завдань.

Поширення ВІЛ – (здебільшого подається як відсоток) визначає кількісне відношення осіб, які мають ВІЛ, у певний період часу до основного населення. ЮНЕЙДС зазвичай повідомляє про поширення ВІЛ серед дорослих віком від 15 до 49 років.

Прийомні сім'ї – прийомні батьки, за винятком батьків дитини, це особи, які надають безпечне місце перебування для дітей, які потребують тимчасового догляду, здебільшого поки біологічні батьки чи інший родич зможуть належним чином доглядати за дитиною або поки її не всиновлять. Дитина може залишатися у прийомній сім'ї на ніч, на кілька місяців чи років.

Притулок – будинок, де люди без домівки можуть жити протягом короткого часу.

Прихильність до лікування – слідування призначеному режиму лікування, включаючи правильні дози препаратів, графіки приймання ліків та харчові обмеження.

Провідники – хоча зазвичай цей термін стосується основної особи, яка здійснює догляд за дитиною і відповідає за контроль та координацію усіх медичних потреб пацієнта, включаючи направлення в інші служби, в цій публікації даний термін використовується у ширшому сенсі, аби охопити всі професії та місця надання послуг на зразок аптек, які часто відвідуються конкретною цільовою групою, а тому вони можуть надати профілактичну інформацію та направити в інші служби.

Пропаганда здоров'я – концепція, розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (Оттавська хартія з питань пропаганди здоров'я), яка зосереджується на процесі, що дає змогу людям дедалі більше контролювати й поліпшувати своє здоров'я. Пропаганда здорового життя – це не лише сфера відповідальності сектору охорони здоров'я, вона простягається далі за здоровий спосіб життя у напрям благополуччя. Концепцію побудовано на таких наріжних каменях: 1) розбудова політики здорового населення; 2) створення середовищ, сприятливих для здоров'я; 3) посилення суспільних дій; 4) розвиток особистих навичок; 5) переорієнтація послуг у сфері охорони здоров'я.

Професійно-технічне навчання – навчання, яке поступово готує людей до роботи за певним фахом.

Пункти обміну шприців – проекти, які забезпечують видачу стерильних шприців та/або голок в обмін на використані. Крім обміну шприців та/або голок, обмінні пункти часто надають профілактичну інформацію про ВІЛ та ІПСШ, безкоштовні презервативи й направлення в інші соціальні та медичні служби.

Реабілітація – родовий термін для будь-якого лікування чи програми психосоціальної реабілітації, спрямованих на те, щоб допомогти людям подолати наркотичну залежність, повторно влитися в суспільство, поліпшити суспільні навички, посприяти інтеграції у трудове життя, розвинути навички самостійного життя тощо.

Репродуктивне здоров'я – визначається ВООЗ як стан фізичного, психічного та соціального добробуту в усіх питаннях, які належать до репродуктивної системи на всіх стадіях життя. Під репродуктивним здоров'ям мається на увазі, що людина здатна мати задовільне і безпечне статеве життя, народжувати нащадків і мати свободу вирішувати, коли та як часто це робити. Воно означає також право чоловіків та жінок бути поінформованими й мати доступ до безпечних, ефективних, доступних і прийнятних методів планування сім'ї та право на відповідні послуги з охорони здоров'я, які дають змогу жінкам безпечно пройти вагітність і народити дитину. Догляд за репродуктивним здоров'ям – це сукупність методів, методик і послуг, які сприяють його збереженню. Сюди також входить профілактика статевого здоров'я, призначення якої полягає у поліпшенні життя й особистих стосунків, а не просто консультування та догляд, пов'язаний із дітонародженням та ІПСШ.

Рівень смертності – приблизна загальна кількість смертей від хвороби серед населення певного віку, поділена на чисельність цього населення і виражена на 100 000 населення у певний рік та у певній країні, території чи географічній зоні.

Сексуальна експлуатація – термін використовується в цьому звіті для описання сексуальних послуг, які надаються дітьми в обмін на гроші, наркотики або інші речі. Діти, яких залучено до сексу, не підпадають під термін «сексуальні працівники» зважаючи на те, що ця форма сексу включає дорослих та молодь, які експлуатують дітей, а ті лише надають цей вид сексуальних послуг, аби вижити на вулицях або справитися із життям на вулиці (наприклад, через використання наркотиків чи наркотичних речовин, отриманих в обмін на сексуальні послуги).

Синдром “перегорання” – спостерігається, коли віддані справі люди втрачають інтерес і мотивацію до своєї роботи, обсяги та якість якої знижуються, а вони емоційно, психологічно або фізично виснажені. Може призвести до невдоволення роботою чи взагалі її залишення.

Синдром набутого імунodefіциту (СНІД) – хвороба імунної системи організму, викликана вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ). СНІД характеризується знищенням клітин CD4 (важливої складової імунної системи організму), що робить організм уразливим щодо інфекцій та хвороб.

Сифіліс – інфекційна хвороба, яка передається статевим шляхом і викликана бактерією *Treponema pallidum*; хвороба проходить у кілька стадій, включаючи первинний сифіліс (характеризується безболісним шанкром, що переважно виникає в анально-генітальній зоні), вторинний сифіліс (характеризується шкірним висипом, включаючи долоні та ступні), стадію спокою та третинний сифіліс (який може вражати багато органів, включаючи мозок), останній призводить до деменції (нейросифілісу) та смерті.

Соціальні гуртожитки та напівсамостійні програми проживання – місця, які зосереджуються на забезпеченні базису для людей, що не мають домівки, де вони можуть жити

напівсамостійно. Це означає, що, живучи самі по собі, вони продовжують отримувати психосоціальну підтримку в міру потреби через соціального працівника і/або психолога. Головна мета цих програм – підготувати людину до самостійного життя, навчити її розпоряджатися грошима, допомогти здобути освіту і/або знайти роботу.

Споживач наркотиків – особа, яка споживає наркотичні препарати та психоактивні речовини не для медичних потреб.

Стандарти догляду – рівень догляду, який мають отримувати всі особи з певним захворюванням; рівень, нижче від якого догляд вважатиметься невідповідним.

Стимулятор – речовина на зразок наркотику, яка стимулює (спонукає) тіло або розум працювати активніше.

Супровід клієнта – спільний процес, в якому відбуваються визначення, планування, впровадження, координація, моніторинг та оцінка варіантів послуг, необхідних для забезпечення потреб клієнта стосовно охорони його здоров'я і життя. Супровід клієнта сприяє досягненню добробуту клієнта й автономності через адвокацію, оцінку, планування, спілкування, навчання, управління ресурсами та полегшення послуг. Він сприяє також поліпшенню якості та економічності втручань і результатів. На основі знань про потреби й цінності клієнта та у співробітництві з усіма надавачами послуг супроводжувач зв'язує його з відповідними надавачами та ресурсами за допомогою континууму медичних і гуманітарних послуг та місць догляду, водночас дбаючи, щоб наданий догляд був безпечним, ефективним, вчасним, продуктивним та неупередженим.

Супутня інфекція – змішана інфекція, спричинена більш ніж одним збудником; часто стосується ВІЛ та гепатиту С або В.

Торгівля людьми – визначення, надане протоколом із питань торгівлі людьми ООН, стаття 3: “Набір, перевезення, передача, надання притулку чи прийом дітей із метою експлуатації повинні вважатися торгівлею людьми, навіть якщо це відбувається без застосування перерахованих засобів...”, включаючи “погрозу або використання сили чи інших форм примусу, викрадення, шахрайство, обман, зловживання владою чи уразливим станом, або передачу чи отримання плати або матеріальних засобів, щоб добитися згоди особи, яка контролює іншу особу з метою сексуальної експлуатації, примусової праці чи надання послуг, рабства або видалення органів”.

Туберкульоз – потенційно смертельна інфекційна хвороба, яку викликає *Mycobacterium tuberculosis*. Туберкульоз зазвичай уражає легені, але може уражати й інші органи (екстрапульмонарний туберкульоз). Мультирезистентний туберкульоз стійкий до кількох стандартних лікарських препаратів і потребує агресивнішої терапії.

Уразливі, або маргіналізовані, групи – ці терміни застосовують до груп людей, які через фактори, що зазвичай перебувають за межами їхнього впливу, не мають таких самих можливостей, як інші, удачливіші групи суспільства. Як приклад можна назва-

ти безробітних, біженців та інших соціально ізольованих осіб на зразок ін'єкційних споживачів наркотиків, секс-працівників та дітей і молодь, які живуть та працюють на вулиці.

Центри для дітей і молоді, які живуть та працюють на вулиці – відкрите середовище, куди люди можуть зайти, щоб забезпечити свої базові потреби в їжі, одязу та гігієні, а також скористатися запропонованими послугами психосоціальної підтримки, відпочити тощо. Часто виступає в ролі місця доступу до інших послуг, таких як реабілітаційні програми.

Цілі розвитку тисячоліття – вісім цілей, розроблених на саміті тисячоліття у вересні 2000 року, які зосереджуються на таких завданнях: 1) викорінення крайнього голоду та бідності; 2) досягнення загальної початкової освіти; 3) просування гендерної рівності та наділення повноваженнями жінок; 4) зменшення рівня дитячої смертності; 5) поліпшення материнського здоров'я; 6) боротьба з ВІЛ/СНІДом, малярією та іншими хворобами; 7) забезпечення екологічної стабільності; 8) розвиток глобального партнерства задля розвитку.

Ширка – популярна назва одного з найпоширеніших ін'єкційних похідних опіатів, які уживають в Україні, – препарату ацетильованого або екстрагованого опіуму домашнього виготовлення. В Одеській області ширкою називається похідний амфетаміну домашнього виготовлення, який на решті території країни відомий під назвою “гвинт” або “первентин”.

Якісні та кількісні дані – кількісні дані ґрунтуються на тому, що можна підрахувати чи виміряти, тоді як якісні не можна виміряти звичайним способом; також вони можуть бути більш суб'єктивними, наприклад відображати погляди людей, їхні думки та бачення.

Перелік використаної літератури та посилань

Розділ 1. Вступ та історія питання

1. United Nations Children Fund (UNICEF), *The State of the World's Children 2006. Excluded and Invisible*, UNICEF, New York, 2005, p. 40.
2. Schecter K. *The Social Sector: A Failure of the Transition*, Nations in Transit in: Karatnycky A. et al., *Nations in Transit, 1999–2000: Civil Society, Democracy, and Markets in East Central Europe and the Newly Independent States*, Freedom House Inc., USA, 2000, p. 34.
3. Ibid.
4. Ibid, p. 35.
5. Gudbransson M. *Children in institutions: prevention and alternative care*. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg, 2004, p. 5.
6. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ). ВІЛ та молодь 2006. Довідковий документ ЮНІСЕФ в Україні. – К., 2006.
7. Gudbransson M. *Children in institutions: prevention and alternative care*. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg, 2004, p. 6.
8. Commission of the European Communities, *European Neighbourhood Policy. Country Report Ukraine*, Commission Staff Working Paper, Brussels, 2004, p. 14.
9. United Nations Children Fund (UNICEF), *The State of the World's Children 2006. Excluded and Invisible*, UNICEF, New York, 2005, p. 101 and p. 125.
10. http://www.uncjin.org/Statistics/WCTS_trc000927.pdf#search='Crime%20rates%20in%20Ukraine.
11. Термінологія, яка використовується у цьому звіті, стосується “психоактивних речовин”, включаючи цілий клас речовин як законних, так і незаконних. Термін “наркотики”, котрий використовується у цьому звіті, стосується незаконного використання психоактивних речовин. Наркотики можуть бути шкідливими у різний спосіб, як одразу, так і впродовж тривалого часу вживання. United Nations Children Fund (UNICEF), *The State of the World's Children 2006. Excluded and Invisible*, UNICEF, New York, 2005, p. 121.
12. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UN ODCCP), *ODCCP Studies on Drugs and Crime. Guidelines. Demand Reduction. A Glossary of Terms*, UN ODCCP, New York, 2000 (www.unodc.org).
13. United Nations Children's Fund (UNICEF), *Study and Evaluation report. A Study on Street Children in Zimbabwe*, UNICEF in Zimbabwe, Zimbabwe, 2001, p. 10–11.
14. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) et al. *Solvent Abuse among Street Children in Pakistan*, United Nations System in Pakistan, Islamabad, 2004, p. 2.

15. Заявка до Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією (ГФСТМ), подана в рамках 6-го раунду конкурсу до Глобального фонду, 3 серпня 2006 р. – К. – Стор. 47.
16. Barker G. et al. Review and Analysis of International Experience with Programs Targeted on At-Risk Youth, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 5, Washington D. C., 1996, p. 4.
17. Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) та ін., Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року. Звіт підготовлений багатосторонньою робочою групою з питань єдиного доступу на основі результатів трьох національних консультацій та технічної допомоги з боку Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), Міністерства охорони здоров'я. – К., 2006. – Стор. 12.
18. Заявка до Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, шоста пропозиція, 3 серпня 2006 р. – К., 2006. – Стор. 59.

Розділ 2. Визначення цільової групи

1. Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту та ін. Проблеми бездоглядності та безпритульності дітей – К., 2004. – Стор. 13–14.
2. The United Nations Children's Fund (UNICEF), UNICEF STYLE BOOK, Update 25 April 2005.
3. <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/qanda.htm>.
4. <http://www.mexico-child-link.org/street-children-definition-statistics.htm>
5. Lemba M. et al. Rapid Assessment of Street Children in Lusaka, Published with technical and financial support from: Project Concern International Zambia, UNICEF Zambia, Netaid and The West Foundation, Zambia, 2002, p. 89.

Розділ 3. Призначення оцінки та звіту

1. Матяшек Л. Поширення ВІЛ/СНІД/ІПСШ серед дітей, які живуть та працюють на вулицях України. Неопублікований звіт до ЮНІСЕФ. – К., 2006.
2. Соціс-CSPI. Аналітичний звіт щодо дітей вулиці та їхніх проблем (на основі опитування, проведеного у містах Києві та Одесі). Неопублікований звіт для МБФ "СНІД Фонд Схід-Захід" (AFEW). – К., 2006.

Розділ 4. Характеристики дітей і молоді, які живуть та працюють на вулицях України

1. Doctors of the World-USA, Drop-In Center for Street Children, Doctors of the World-USA representative office in St. Petersburg, St. Petersburg, 2004, p. 4; United Nations Children's Fund (UNICEF), Moldova Study report. Street Children in Chisinau, UNICEF in Moldova, Moldova, 1999; United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) et al. Solvent Abuse among Street Children in Pakistan, United Nations System in Pakistan, Islamabad, 2004, p. 14; and Barker G. et al. Review and Analysis of International Experience with Programs Targeted on At-Risk Youth, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 5, Washington D.C., 1996, p. 5.

2. United Nations Children Fund (UNICEF), *The State of the World's Children 2006. Excluded and Invisible*, UNICEF, New York, 2005, p. 101 and p. 117.
3. Ibid.
4. Doctors of the World-USA, Drop-In Center for Street Children, Doctors of the World-USA representative office in St. Petersburg, St. Petersburg, 2004, p. 7; United Nations Children's Fund (UNICEF), *Moldova Study report. Street Children in Chisinau*, UNICEF in Moldova, Moldova, 1999; United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) et al. *Solvent Abuse among Street Children in Pakistan*, United Nations System in Pakistan, Islamabad, 2004, p. 17–18; Lemba M. et al. *Rapid Assessment of Street Children in Lusaka*, Published with technical and financial support from: Project Concern International Zambia, UNICEF Zambia, Netaid and The West Foundation, Zambia, 2002, p. 19–20.
5. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) et al. *Solvent Abuse among Street Children in Pakistan*, United Nations System in Pakistan, Islamabad, 2004, p. 2–3; United Nations Children's Fund (UNICEF), *Moldova Study report. Street Children in Chisinau*, UNICEF in Moldova, Moldova, 1999; Barker G. et al. *Review and Analysis of International Experience with Programs Targeted on At-Risk Youth*, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 5, Washington D.C., 1996, p. 6–7; Schneidman, M., *Targeting At-Risk Youth. Rationales, Approaches to Service Delivery and Monitoring and Evaluation Issues*, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 2, Washington D.C., 1996, p. 11; Lemba M. et al. *Rapid Assessment of Street Children in Lusaka*, Published with technical and financial support from: Project Concern International Zambia, UNICEF Zambia, Netaid and The West Foundation, Zambia, 2002, p. 2.
6. World Health Organisation (WHO), *Report 2004 on Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing*, WHO website: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2004/en.
7. Хвороба, яка викликається туберкульозною паличкою і стійка принаймні до кількох найпотужніших ліків проти неї.
8. International Labour Organisation (ILO)/IPEC: *Project of Technical Assistance Against Labour and Sexual Exploitation of Children, including Trafficking*, in Central and Eastern Europe, ILO/IPEC Ukraine Country profile report, 2004, p. 4.
9. Ibid, p. 4–5.
10. ECPAT International, *Feedback from the Ukrainian National Consultation on the Commercial Sexual Exploitation of Children held in Kyiv, Ukraine on 4 March 2004*, Kyiv, 2004 (<http://www.ecpat.net/eng/ukraine.asp>).
11. United Nations Children's Fund (UNICEF). *Reference Guide on Protecting the Rights of Child Victims of Trafficking in Europe*, UNICEF Regional Office for CEE/CIS, Geneva, 2006, p. 27.
12. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) та ін. *Торгівля людьми в Україні. Оцінка заходів, спрямованих на протидію*. ЮНІСЕФ в Україні, ОБСЄ, АМР та Британська рада. – К., 2005. – Стор. 13.

13. Ibid, p. 53; United Nations Children's Fund (UNICEF). Reference Guide on Protecting the Rights of Child Victims of Trafficking in Europe, UNICEF Regional Office for CEE/CIS, Geneva, 2006, p. 25.
14. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) та ін. Торгівля людьми в Україні. Оцінка заходів, спрямованих на протидію. ЮНІСЕФ в Україні, ОБСЄ, АМР та Британська рада. – К., 2005. – Стор. 52.
15. Там само, стор. 53.
16. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 – грудень 2005 р., звіт підготовлено Міністерством охорони здоров'я України у співпраці з Національною координаційною радою з питань ВІЛ/СНІДу та за технічної підтримки з боку Міжнародного альянсу ВІЛ/СНІДу в Україні та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2006. – Стор. 9.
17. МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід” (AFEW): дані щодо ВІЛ/СНІДу з 1 січня по 1 липня 2006 р. Дані зібрано Українським центром із профілактики та боротьби зі СНІДом та Міністерством охорони здоров'я України – К., 2006.
18. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 – грудень 2005 р., звіт підготовлено Міністерством охорони здоров'я України у співпраці з Національною координаційною радою з питань ВІЛ/СНІДу та за технічної підтримки з боку Міжнародного альянсу ВІЛ/СНІДу в Україні та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2006. – Стор. 10.
19. “Концентрована” означає у даному контексті, що вона концентрована у певних групах загального населення.
20. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 – грудень 2004 р., МОЗ України. – К., 2005. – Стор. 4.
21. МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід” (AFEW): дані щодо ВІЛ/СНІДу з 1 січня по 1 липня 2006 р. Дані зібрано Українським центром із профілактики та боротьби зі СНІДом та Міністерством охорони здоров'я України. – К., 2006.
22. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 – грудень 2005 р., звіт підготовлено Міністерством охорони здоров'я України у співпраці з Національною координаційною радою з питань ВІЛ/СНІДу та за технічної підтримки з боку Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІДу в Україні та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2006. – Стор. 10.
23. Там само.
24. Мойсеєнко Р. Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу та її наслідків серед дітей в Україні. Презентація на тему “Педіатрична стратегія з ВІЛ/СНІДу в Україні: розробка комплексної моделі догляду та розвитку людського потенціалу”, МОЗ України. – К., 2006.
25. International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, The World Bank: Socio-economic impact of HIV/AIDS in Ukraine, Washington D.C., 2006, p. X.

26. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 – грудень 2005 р., звіт підготовлено Міністерством охорони здоров'я України у співпраці з Національною координаційною радою з питань ВІЛ/СНІДу та за технічної підтримки з боку Міжнародного альянсу ВІЛ/СНІДу в Україні та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2006. – Стор. 9.
27. Ibid, p. 10.
28. Ibid, p. 11.
29. Ibid.
30. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ). ВІЛ та молодь-2006. Довідковий документ ЮНІСЕФ в Україні. – К., 2006.
31. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 – грудень 2004 р., МОЗ України. – К., 2006. – Стор. 14.
32. Воловина О. Аборти в Україні: криза охорони здоров'я. – Український тижневик, № 36, том LXVIII, 3 вересня 2000 р. – К., 2000.
33. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ). ВІЛ та молодь-2006. Довідковий документ ЮНІСЕФ в Україні. – К., 2006.
34. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ). Становище дітей та жінок в Україні. Аналіз ситуації: 1991–2003, ЮНІСЕФ в Україні. – К., 2005. – Стор. 68.
35. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ). ВІЛ та молодь-2006. Довідковий документ ЮНІСЕФ в Україні. – К., 2006.
36. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу. Видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2005. – Стор. 22.
37. Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІДу та ін. Епідеміологічний нагляд за ВІЛ-інфекцією та інфекціями, що передаються статевим шляхом, – компоненти системи епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією другого покоління в Україні. – К., 2005. – Стор. 16.
38. Державний інститут сім'ї та молоді та ін. Аналітичний звіт за результатами дослідження “Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епіднагляду другого покоління”. – К., 2005. – Стор. 10.
39. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу. Видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2005.
40. Там само, стор. 26.
41. Там само, стор. 12–13.
42. Там само, стор. 11.
43. Там само, стор. 22.
44. Там само.
45. Там само.
46. Там само, стор. 27.

47. Там само.
48. Там само, стор. 12.
49. Там само, стор. 14.
50. Там само, стор. 15.
51. Там само, стор. 20.
52. Хоча вони й не вважаються незаконними речовинами, “розчинники” (також відомі як “інгаланти”, оскільки їх головним чином удиhaють) широко вживані, особливо цільовою групою, по всьому світу. Розчинники – це леткі речовини (хімікати), які присутні у багатьох товарах на зразок клею, фарби, бензину та мийних рідин, безпосередньо токсичні для печінки, нирок і серця, а деякі викликають прогресивну дегенерацію головного мозку. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) et al. Solvent Abuse among Street Children in Pakistan, United Nations System in Pakistan, Islamabad, 2004, p. 24–26.
53. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Огляд роботи зі споживачами ін’єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу. Видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Об’єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2005. – Стор. 31–46.
54. Там само, стор. 46.
55. Там само, стор. 47.
56. Там само.
57. Там само, стор. 50.
58. Там само, стор. 51.
59. United Nations Children’s Fund (UNICEF). HIV Prevention Strategy for Young People in Pakistan National AIDS Control Programme (NACP), National Institute of Health, the Ministry of Health, Islamabad, Pakistan in collaboration with UNICEF, Islamabad, Pakistan, 2006, p. 11–12.
60. Поступний О.М. та ін. Профілактика поведінки, схильної до споживання наркотиків серед дітей вулиці України/У кн.: Профілактика вживання наркотиків: організаційні та методичні аспекти. Матеріали висновків міжнародного проекту. – Харків: Фінарт, 2002.
61. Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 – грудень 2005р., звіт підготовлено Міністерством охорони здоров’я України у співпраці з Національною координаційною радою з питань ВІЛ/СНІДу та за технічної підтримки з боку Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні та Об’єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2006. – Стор. 30–31.
62. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 – грудень 2004 р., МОЗ України. – К., 2005. – Стор. 20.
63. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 – грудень 2005 р., звіт підготовлено Міністерством охорони здоров’я України у співпраці з Національною координаційною радою з питань ВІЛ/СНІДу та за технічної підтримки з боку Міжнародного альянсу ВІЛ/СНІДу в Україні та Об’єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2006. – Стор. 18.

64. Там само, стор. 16.
65. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) et al. Solvent Abuse among Street Children in Pakistan, United Nations System in Pakistan, Islamabad, 2004, p. 17; United Nations Children's Fund (UNICEF), Moldova Study report. Street Children in Chisinau, UNICEF in Moldova, Moldova, 1999; Lemba M. et al. Rapid Assessment of Street Children in Lusaka, Published with technical and financial support from: Project Concern International Zambia, UNICEF Zambia, Netaid and The West Foundation, Zambia, 2002, p. 10; Doctors of the World-USA, Drop-In Center for Street Children, Doctors of the World-USA representative office in St. Petersburg, St. Petersburg, 2004, p. 4–5; Gudbransson M. Children in institutions: prevention and alternative care. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg, 2004, p. 9.
66. Поступний О.М. та ін. Профілактика поведінки, схильної до споживання наркотиків серед дітей вулиці України/У кн.: Профілактика вживання наркотиків: організаційні та методичні аспекти. Матеріали висновків міжнародного проекту. – Фінарт, Харків, 2002.
67. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) et al. Solvent Abuse among Street Children in Pakistan, United Nations System in Pakistan, Islamabad, 2004, p. 20; United Nations Children's Fund (UNICEF), Moldova Study report. Street Children in Chisinau, UNICEF in Moldova, Moldova, 1999.
68. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) et al. Solvent Abuse among Street Children in Pakistan, United Nations System in Pakistan, Islamabad, 2004, p. 20; Schneidman M. Targeting At-Risk Youth. Rationales, Approaches to Service Delivery and Monitoring and Evaluation Issues, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 2, Washington D.C., 1996, p. 13.
69. International Labour Organisation (ILO)/IPEC: Project of Technical Assistance Against Labour and Sexual Exploitation of Children, including Trafficking, in Central and Eastern Europe, ILO/IPEC Ukraine Country profile report, 2004, p. 4–5.
70. United Nations Children's Fund (UNICEF). Moldova Study report. Street Children in Chisinau, UNICEF in Moldova, Moldova, 1999.
71. Lemba M. et al. Rapid Assessment of Street Children in Lusaka, Published with technical and financial support from: Project Concern International Zambia, UNICEF Zambia, Netaid and The West Foundation, Zambia, 2002, p. 13.
72. Doctors of the World-USA. Drop-In Center for Street Children, Doctors of the World-USA representative office in St. Petersburg, St. Petersburg, 2004, p. 6.
73. United Nations Children Fund (UNICEF). The State Of The World's Children 2006. Excluded And Invisible, UNICEF, New York, 2005, p. 6.

Розділ 5. Права дітей і молоді, які живуть та працюють на вулицях в Україні, та концепція національної програми реагування

1. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) та ін. Торгівля людьми в Україні. Оцінка заходів, спрямованих на протидію. ЮНІСЕФ в Україні, ОБСЄ, АМР та Британська рада. – К., 2005. – Стор. 35–37.

2. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД. Видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2005. – Стор. 75.
3. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) та ін. Торгівля людьми в Україні. Оцінка заходів, спрямованих на протидію. ЮНІСЕФ в Україні, ОБСЄ, АМР та Британська рада. – К., 2005. – Стор. 28.
4. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу. Видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні – К., 2005. – Стор. 57–58.
5. За словами начальника Державного департаменту з усиновлення та захисту прав дитини МСМС, концепція “дитячого села” означає об'єднання усіх поточних принципів в одній системі, яка пропонувала б повний набір послуг, включаючи процес реадaptaції сім'ї. Цей підхід критикувався частково тому, що деякі опитані вважають, ніби ця модель уже застаріла, не використовує найкращим чином ресурси, і процес переходу від того, що зараз існує, до того, що планується створити, займе надто багато часу (відповідно до Програми повну реформу системи буде закінчено у 2017 році). Вони вважають, що слід було ґрунтовніше проконсультуватися з Дорадчим комітетом недержавних надавачів послуг МСМС при розробленні цієї концепції.
6. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 – грудень 2004, МОЗ України. – К., 2005. – Стор. 23–24.
7. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 – грудень 2005 р., звіт підготовлено Міністерством охорони здоров'я України у співпраці з Національною координаційною радою з питань ВІЛ/СНІДу та за технічної підтримки з боку Міжнародного альянсу ВІЛ/СНІДу в Україні та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2006. – Стор. 30.
8. Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) та ін., Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року. Звіт підготовлено багатосторонньою робочою групою з питань єдиного доступу на основі результатів трьох національних консультацій та технічної допомоги з боку Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), Міністерства охорони здоров'я України. – К., 2006.
9. Заявка до Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією (ГФСТМ), подана в рамках 6-го раунду конкурсу до Глобального фонду. – К., 2006.
10. Commission of the European Communities, European Neighbourhood Policy. Country Report Ukraine, Commission Staff Working Paper, Brussels, 2004, p. 9.
11. Amnesty International, Ukraine Summary Report 2003, <http://web.amnesty.org/report2003/Ukr-summary-eng>; European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Report to the Ukrai-

nian Government on the visit to Ukraine carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 10 to 26 September 2000, Strasbourg, 2002, <http://www.cpt.coe.int/en/states/ukr.htm>.

12. О. Балакирева та ін. Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Одеській області та аналіз заходів протидії. Ситуаційний аналіз, політика проекту та АМР. Ініціатива програми здоров'я. – К., 2006. – Стор. 24.
13. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу. Видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2005. – Стор. 117–118.
14. Commission of the European Communities, European Neighbourhood Policy. Country Report Ukraine, Commission Staff Working Paper, Brussels, 2004, p. 7.

Розділ 6. Послуги та заходи, націлені на дітей і молодь, які живуть або працюють на вулицях

1. Як наголосили надавачі послуг у Києві та Одесі, співробітники правоохоронних органів мають тенденцію направляти дітей і молодь, яких вони підібрали на вулицях, до двох шкірвендиспансерів в обох містах, тому диспансери було включено у варіанти відповідей на питання.
2. United Nations Children Fund (UNICEF), The State Of The World's Children 2006. Excluded And Invisible, UNICEF, New York, 2005, p. 6.
3. Ibid, p. 7.
4. United Nations Children's Fund (UNICEF), HIV Prevention Strategy for Young People in Pakistan, National AIDS Control Programme (NACP), National Institute of Health, the Ministry of Health, Islamabad, Pakistan in collaboration with UNICEF Islamabad, Pakistan, 2006, p. 11–12.
5. У статті 19 термін “захист” визначається як засоби, що “повинні включати ефективні процедури для створення національних програм для забезпечення необхідної підтримки для дітей і тих, хто займається опікою дитини, а також інших форм профілактики та виявлення, звітування, направлення, розслідування, лікування та супроводу випадків поганого поведіння з дитиною... та в разі потреби передачі їх до суду”.
6. Заявка до Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією (ГФСТМ), подана в рамках 6-го раунду конкурсу до Глобального фонду. – К., 2006. – Стор. 6.
7. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ). ВІЛ та молодь-2006. Довідковий документ, ЮНІСЕФ в Україні. – К., 2006.
8. Barker G. et al. Review and Analysis of International Experience with Programs Targeted on At-Risk Youth, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 5, Washington D. C., 1996, p. 8.
9. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу. Видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2005. – Стор. 52.

10. Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 – грудень 2005 р., звіт підготовлено Міністерством охорони здоров'я України у співпраці з Національною координаційною радою з питань ВІЛ/СНІДу та технічної підтримки з боку Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІДу в Україні та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2006. – Стор. 21.
11. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Послуги з профілактики ВІЛ для молоді в Україні. Оцінка надання послуг для посилення протидії з боку системи охорони здоров'я і запобігання ВІЛ/СНІДу та надання догляду серед молоді. Дослідження програми ВООЗ/АДН у представництві ВООЗ, Київ, Україна, листопад 2004 – квітень 2006 р. Неопублікований звіт. – К., 2006.; Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД. Видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2005. – Стор. 104.
12. Schleifer R. Rhetoric and Risk. Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight Against HIV/AIDS, Human Rights Watch, Volume 18, № 2(D), New York, 2006 .
13. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу. Видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2005. – Стор. 117.
14. Commission of the European Communities, European Neighbourhood Policy. Country Report Ukraine, Commission Staff Working Paper, Brussels, 2004, p. 9.
15. Schleifer R. Rhetoric and Risk. Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight Against HIV/AIDS, Human Rights Watch, Volume 18, No. 2(D), New York, 2006.
16. Заявка до Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією (ГФСТМ), подана в рамках 6-го раунду конкурсу до Глобального фонду. – К., 2006. – Стор. 46.
17. Human Rights Watch, World Report 2005. Country Summary Report Ukraine, New York, 2005 (<http://www.hrw.org>).
18. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Report to the Ukrainian Government on the visit to Ukraine carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 24 November to 6 December 2002, Strasbourg, 2004, <http://www.cpt.coe.int/en/states/ukr.htm>.
19. United Nations Children Fund (UNICEF), The State Of The World's Children 2006. Excluded And Invisible, UNICEF, New York, 2005, p. 24–25.
20. Givel M. Development communities and improved social conditions for Roma of Ukraine, Report of a Round Table held on 5 November 2003 in Kyiv, Kyiv, 2003.
21. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) та ін. Торгівля людьми в Україні. Оцінка заходів, спрямованих на протидію. ЮНІСЕФ в Україні, ОБСЄ, АМР та Британська рада. – К., 2005. – Стор. 53.
22. Mizsei K. Introduction. Development Opportunities for the Roma in Central and Southeast Europe. Impediments and Challenges, UNDP Comparative Economic Studies, UNDP Regional Bureau for Europe and the CIS, New York, 2006, p. 3.

23. Ibid, p. 2.
24. Ibid.
25. United Nations Development Programme (UNDP), The Roma in Central and Eastern Europe: Avoiding the dependency trap. A Regional Human Development Report. Summary, UNDP, Bratislava, 2002, p. 5.
26. United Nations Development Programme (UNDP), The Roma in Central and Eastern Europe: Avoiding the dependency trap. A Regional Human Development Report, UNDP, Bratislava, 2002, p. 25.
27. Ibid, p. 25–28.
28. Заявка до Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією (ГФСТМ), подана в рамках 6-го раунду конкурсу до Глобального фонду. – К., 2006. – Стор. 15.
29. Ibid, p. 16.
30. Ibid.
31. <http://ngo.aids.ua/en>.
32. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу. Видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2005. – Стор. 76.
33. Там само, стор. 77.
34. Там само, стор. 76.

Розділ 7. Підсумок і висновки

1. Barker G. et al. Review and Analysis of International Experience with Programs Targeted on At-Risk Youth, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 5, Washington D. C., 1996, p. 7.

Розділ 8. Рекомендації

1. Schneidman M. Targeting At-Risk Youth. Rationales, Approaches to Service Delivery and Monitoring and Evaluation Issues, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 2, Washington D. C., 1996, p. 24.
2. United Nations Children Fund (UNICEF), The State Of The World's Children 2006. Excluded And Invisible, UNICEF, New York, 2005, p. 6.
3. Ibid, p. 35.
4. Ibid.
5. Gudbransson M. Children in institutions: prevention and alternative care. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg, 2004, p. 3 and p. 11.
6. Gudbransson M. Children in institutions: prevention and alternative care. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg, 2004.
7. Ibid, p. 12–14.

8. Gulaid L.A. The Framework for the Protection, Care and Support of Orphans and Vulnerable Children Living in a World with HIV and AIDS, UNICEF et al. Global Partners Forum, 2004, p. 25.
9. Gulaid L.A. The Framework for the Protection, Care and Support of Orphans and Vulnerable Children Living in a World with HIV and AIDS, UNICEF et al. Global Partners Forum, 2004.
10. Schneidman M. Targeting At-Risk Youth. Rationales, Approaches to Service Delivery and Monitoring and Evaluation Issues, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 2, Washington D.C., 1996, p. 25.
11. Цільова група – це уразливі діти та молодь, зокрема ті, що живуть та працюють на вулиці.
12. Компендіум – документ, який можна створити на державному або місцевому рівні і який містить інформацію про законодавство, політику та надавачів послуг, що працюють із цільовою групою, а також методичні рекомендації, інструкції тощо.
13. Barker G. et al. Review and Analysis of International Experience with Programs Targeted on At-Risk Youth, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 5, Washington D. C., 1996, p. 10.
14. Ibid, p. 9–10.
15. Ibid, p. 11.
16. Gudbransson M. Children in institutions: prevention and alternative care. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg, 2004, p. 4.
17. Ibid.
18. Ibid, p. 8.
19. “Цільовий” означає вимогу уряду, щоб усе або частина конкретного джерела прибутку витрачалася на конкретну статтю державного видатку або програму/проект.
20. “Функціональний” означає тут: а) розподіл ресурсів для досягнення державних цілей; б) зв’язок бюджетів із національними показниками ефективності; в) представлення інформації з національних цілей, способів, ресурсів та заходів для їх досягнення і їхньої вартості (плану дій) у бюджетних документах. Показники ефективності враховують ресурси, вихідний ефект, результати та вплив запланованого національного заходу.
21. Barker G. et al. Review and Analysis of International Experience with Programs Targeted on At-Risk Youth, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 5, Washington D. C., 1996, p. 102.
22. Ibid, p. 104.
23. Ibid, p. 103.
24. Міжвідомча оперативна група з питань сиріт та інших уразливих дітей створена ЮНІСЕФ і включає всіх співспонсорів ЮНЕЙДС: Міжнародну федерацію товариств Червоного хреста та Червоного півмісяця, Фонд переміщених дітей та сиріт, Агенцію США з міжнародного розвитку (АМР), ініціативу “Надія для дітей Африки”, Фонд порятунку дітей (Велика Британія) та Міжнародний альянс ВІЛ/СНІДу.

25. Gulaid L.A. The Framework for the Protection, Care and Support of Orphans and Vulnerable Children Living in a World with HIV and AIDS, UNICEF et al. Global Partners Forum, 2004, p. 31.
26. <http://www.railwaychildren.org.uk/about.html>.
27. О. Балакирева та ін. Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Одеській області та аналіз заходів протидії. Ситуаційний аналіз, політика проекту та АМР. Ініціатива програми здоров'я. – К., 2006. – Стор. 24.
28. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України, “Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу”, видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2005. – Стор. 121.
29. World Health Organisation (WHO), Working With Street Children. A Training Package on Substance Use, Sexual and Reproductive Health including HIV/AIDS and STDs, World Health Organisation Mental Health Determinants and Populations, Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva
30. <http://www.streetchildren.org.uk/projects>.
31. U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *Child neglect demonstration projects: A synthesis of lessons learned*. Washington, DC: Child Welfare Information Gateway. <http://www.childwelfare.gov/pubs/candemo/candemob.cfm>
32. Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) та ін. Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року. Звіт підготовлено багатосторонньою робочою групою з питань єдиного доступу на основі результатів трьох національних консультацій та за технічної допомоги з боку Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), Міністерства охорони здоров'я України. – К., 2006. – Стор. 10–11.
33. Barker G. et al. Review and Analysis of International Experience with Programs Targeted on At-Risk Youth, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 5, Washington D. C., 1996, p. 11–12.
34. Schneidman M. Targeting At-Risk Youth. Rationales, Approaches to Service Delivery and Monitoring and Evaluation Issues, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 2, Washington D. C., 1996, p. 24.
35. Gudbransson M. Children in institutions: prevention and alternative care. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg, 2004, p. 10.
36. Gulaid L.A. The Framework for the Protection, Care and Support of Orphans and Vulnerable Children Living in a World with HIV and AIDS, UNICEF et al. Global Partners Forum, 2004, p. 17.
37. Pinheiro P.S. Rights of the child. Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children, report submitted pursuant to General-Assembly resolution 57/90 of 2002, United Nations General Assembly, 2006, p. 14.
38. Ibid, p. 41.
39. Ibid, p. 34.

40. Ibid, p. 35.
41. Ibid, p. 38.
42. Gulaid L.A. The Framework for the Protection, Care and Support of Orphans and Vulnerable Children Living in a World with HIV and AIDS, UNICEF et al. Global Partners Forum, 2004, p. 18.
43. Schneidman M. Targeting At-Risk Youth. Rationales, Approaches to Service Delivery and Monitoring and Evaluation Issues, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 2, Washington D. C., 1996, p. 12–13.
44. Welch J. Streetwork: A Comprehensive Service Model for New York City Homeless Youth, presentation given at the Technical Support Group meeting of the United Nations Children's Fund (UNICEF) on Accelerating HIV Prevention Programming With and For Most-at-Risk Adolescents in Kyiv, Ukraine on 24–26 July 2006, Kyiv, 2006.
45. Gudbransson M. Children in institutions: prevention and alternative care. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg, 2004, p. 12.
46. www.sswlh.org.
47. Barker G. et al. Review and Analysis of International Experience with Programs Targeted on At-Risk Youth, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 5, Washington D. C., 1996, p. 99–105.
48. Schneidman M. Targeting At-Risk Youth. Rationales, Approaches to Service Delivery and Monitoring and Evaluation Issues, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 2, Washington D. C., 1996, p. 18.
49. Schneidman M. Targeting At-Risk Youth. Rationales, Approaches to Service Delivery and Monitoring and Evaluation Issues, The World Bank Group, LASHC Paper Series № 2, Washington D. C., 1996, p. 12–13; Gudbransson M. Children in institutions: prevention and alternative care. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg, 2004, p. 5.
50. Schecter K. The Social Sector: A Failure of the Transition, Nations in Transit in: Karatnycky A. et al. *Nations in Transit, 1999–2000: Civil Society, Democracy, and Markets in East Central Europe and the Newly Independent States*, Freedom House Inc., USA, 2000, p. 37.
51. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) та ін. Торгівля людьми в Україні. Оцінка заходів, спрямованих на протидію. ЮНІСЕФ в Україні, ОБСЄ, АМР та Британська рада. – К., 2005. – Стор. 35–36.
52. Gudbransson M. Children in institutions: prevention and alternative care. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg, 2004, p. 25.
53. Pinheiro P.S. Rights of the child. Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children, report submitted pursuant to General Assembly resolution 57/90 of 2002, United Nations General Assembly, 2006, p. 39.
54. Gulaid L.A. The Framework for the Protection, Care and Support of Orphans and Vulnerable Children Living in a World with HIV and AIDS, UNICEF et al. Global Partners Forum, 2004, p. 11.
55. Ibid.

Словник термінів

1. Визначення термінів у цьому словнику адаптовано або безпосередньо взято з цілого ряду медичних та соціальних словників, наданих ЮНІСЕФ (www.unicef.org), ВООЗ та Європейською спостережною радою з питань систем охорони здоров'я та політики (www.who.org), ЮНЕЙДС (www.unaids.org), Центром соціальної експертизи Інституту соціології Національної Академії наук України: *Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу*. Видано за підтримки ЮНІСЕФ та ЮНЕЙДС. – К., 2005, Cambridge Advanced Learners Dictionary, видання 2006 р., словник Gay Men's Health Crisis (GMHC) (www.gmhc.org), Фондом СНІДу м. Сан-Франциско (www.sfaf.org), AIDS info (www.aidsinfo.nih.gov), Human Rights Watch (<http://hrw.org/reports/2006/ukraine0306/1.htm>), Міжнародним центром неприбуткового права (www.icnl.org), Управлінням ООН із боротьби з наркотиками і злочинністю (UNODC) www.unodc.org/unodc/en/drug_demand_abuse.htm, і Британським альянсом зменшення шкоди (www.ukhra.org).

Додатки

Додаток VIII, таблиця 16

1. Наведений нижче перелік загальнодержавних та місцевих органів влади й організацій включає лише ті організації, які тим чи іншим чином задіяні у розробленні політики, забезпеченні дотримання законів або наданні послуг та/або контролі за послугами для дітей і молоді, які живуть та працюють на вулицях України.
2. Стосовно дітей і молоді, які живуть та працюють на вулицях.
3. Структури та послуги, надані для дітей та молоді, зокрема “бездоглядних”, “безпритульних” чи “позбавлених батьківського піклування”.
4. Наведений нижче перелік програм, видів діяльності та закладів надавачів послуг, які працюють із цільовою групою (тобто організацій, які обслуговують ін'єкційних наркоманів, секс-працівників, молодь та дітей, котрі живуть з ВІЛ та хворобами, пов'язаними зі СНІДом, але поки що не працювали із цільовою групою або надали послуги незначній кількості її членів), не є вичерпним і зосереджується на надавачах послуг у Києві та Одесі, зважаючи на те, що складання карти всіх послуг і видів діяльності в Україні не входило до сфери оцінки для цього звіту.
5. Наведений нижче перелік програм та видів діяльності, які проводяться різними міжнародними неурядовими та релігійними організаціями, що надають послуги, не є вичерпним, враховуючи те, що складання карти усіх послуг і видів діяльності в Україні не входило до сфери оцінки для цього звіту.
6. Програми та діяльність МНУО, націлені на підтримку загальнодержавних та місцевих надавачів послуг та органів, які формують політику, і правоохоронних органів у наданні послуг для дітей та молоді. Деякі програми та діяльність включають серед інших і дітей і молодь, які живуть та працюють на вулицях чи перебувають у сім'ях у кризовій ситуації, а деякі програми містять послуги безпосередньо для цільової групи.

Додаток IX, таблиця 17

1. Цільова група – діти й молодь, які живуть та працюють на вулицях в Україні.
2. Gudbransson M. Children in institutions: prevention and alternative care. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg, 2004.
3. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу. Видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2005. – Стор. 106.
4. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, Звітний період: січень 2003 – грудень 2004 р., МОЗ України. – К., 2005. – Стор. 116–17.
5. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 – грудень 2005 р., звіт підготовлено Міністерством охорони здоров'я України у співпраці з Національною координаційною радою з питань ВІЛ/СНІДу та за технічної підтримки з боку Міжнародного альянсу ВІЛ/СНІДу в Україні та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2006. – Стор. 23.
6. Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 – грудень 2004, Міністерство охорони здоров'я України. – К., 2005. – Стор. 12.
7. Заявка до Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією (ГФСТМ), подана в рамках 6-го раунду конкурсу до Глобального фонду. – К., 2006. – Стор. 6.
8. Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) та ін. Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року. Звіт підготовлено багатосторонньою робочою групою з питань єдиного доступу на основі результатів трьох національних консультацій та за технічної допомоги з боку Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), Міністерства охорони здоров'я України. – К., 2006.
9. Schleifer R. Rhetoric and Risk. Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight Against HIV/AIDS, Human Rights Watch, Volume 18, № 2(D), New York, 2006.
10. Wolowyna O. Abortion in Ukraine: a health crisis, The Ukrainian Weekly, № 36, Vol. LXVIII, 3 September 2000, Kyiv, 2000.
11. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ). Звіт групи технічної підтримки з питань розвитку програмної діяльності в сфері профілактики ВІЛ серед підлітків груп ризику. – К., 2006.
12. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу. Видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2006. – Стор. 43.
13. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) та ін. Торгівля людьми в Україні. Оцінка заходів, спрямованих на протидію. ЮНІСЕФ в Україні, ОБСЄ, АМР та Британська рада. – К., 2005. – Стор. 52.

14. Там само, стор. 10–11.
15. Doctors of the World-USA. Drop-In Center for Street Children, Doctors of the World-USA representative office in St. Petersburg, St. Petersburg, 2004.
16. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) та ін. Торгівля людьми в Україні. Оцінка заходів, спрямованих на протидію. ЮНІСЕФ в Україні, ОБСЄ, АМР та Британська рада. – К., 2005. – Стор. 128.
17. International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, The World Bank: Socio-economic impact of HIV/AIDS in Ukraine, Washington D. C., 2006, p. X.
18. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу. Видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2005. – Стор. 108.
19. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 – грудень 2004 р., МОЗ України. – К., 2005. – Стор. 16–18.
20. О. Балакирева та ін. Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Одеській області та аналіз заходів протидії. Ситуаційний аналіз, політика проекту та АМР, Ініціатива програми здоров'я. – К., 2006.
21. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу. Видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2005. – Стор. 103.
22. Там само, стор. 106.
23. Там само, стор. 102.
24. Там само, стор. 127

Додаток IX, таблиця 18

1. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу. Видано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні. – К., 2005. – Стор. 121.

Додаток X, таблиця 19

1. Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) та ін. Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року. Звіт підготовлений багатосторонньою робочою групою з питань єдиного доступу на основі результатів трьох національних консультацій та за технічної допомоги з боку Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), Міністерства охорони здоров'я України. – К., 2006. – Стор. 4.
2. Gudbransson M. Children in institutions: prevention and alternative care. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg, 2004, p. 17–19.

3. <http://www.oregon.gov/OCCF/Mission/BestPrac/bestcc/mibestccCCPreschoolGC.shtml>.
4. Ibid.
5. Gudbransson M. Children in institutions: prevention and alternative care. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg, 2004, p. 17–18.
6. Doctors of the World-USA, Drop-In Center for Street Children, Doctors of the World-USA representative office in St. Petersburg, St. Petersburg, 2004, p. 2–3.
7. Нейва-Сільва Л. Центри відкритого обслуговування дітей та молоді з вулиці: досвід Порту Аллегро, Бразилія. Презентація на засіданні групи технічної підтримки з питань розвитку програмної діяльності в сфері профілактики ВІЛ серед підлітків груп ризику, проведена Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ) у м. Київ, Україна, 25–26 липня 2006 р. – К., 2006.
8. <http://www.railwaychildren.org.uk/about.html>.
9. <http://www.oregon.gov/OCCF/Mission/BestPrac/bestcc/mibestccCCPreschoolGC.shtml>.
10. <http://www.cmhc-schl.gc.ca/publications/en/rh-pr/socio/socio041e.html>.
11. Gudbransson M. Children in institutions: prevention and alternative care. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg, 2004, p. 19.
12. <http://www.cmhc-schl.gc.ca/publications/en/rh-pr/socio/socio041e.html>.
13. Gudbransson M. Children in institutions: prevention and alternative care. Final report, Working Group on Children at Risk, approved by the European Committee for Social Cohesion at its 12th meeting in Strasbourg, 17–19 May 2004, Strasbourg, 2004, p. 21.
14. Ibid, p. 24–25.
15. Ibid, p. 18–19.
16. <http://www.oregon.gov/OCCF/Mission/BestPrac/bestcc/mibestccCCPreschoolGC.shtml>.

Додаток XI, таблиця 20

1. Міжвідомча оперативна група з питань сиріт та інших уразливих дітей ЮНЕЙДС скликана ЮНІСЕФ і включає усіх співспонсорів ЮНЕЙДС: Міжнародну федерацію товариств Червоного хреста та Червоного півмісяця, Фонд переміщених дітей та сиріт Агенції США з міжнародного розвитку (АМР), ініціативу “Надія для дітей Африки”, Фонд порятунку дітей (Велика Британія), АМР та Міжнародний альянс ВІЛ/СНІДу.
2. Gulaid L.A. The Framework for the Protection, Care and Support of Orphans and Vulnerable Children Living in a World with HIV and AIDS, UNICEF et al. Global Partners Forum, 2004, p. 31.

Додаток І

Перелік партнерів, які взяли участь в опитуванні

Неурядові й релігійні організації, що надають послуги, та міжнародні організації в м. Києві

1. МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід”, Олена Воскресенська, регіональний директор.
2. Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом: а) Ольга Панфілова, спеціаліст із підтримки НУО, також відповідає за координацію роботи з ВІЛ-інфікованими дітьми; б) Костянтин Рижков, менеджер із зв'язків з громадськістю; в) Тетяна Бордуніс, начальник юридичного відділу.
3. ASPERN, Віра Кошіль, президент.
4. “Карітас Україна”, Андрій Васкович, президент, і Дзвінка Чайківська, відповідальна за соціальні проекти.
5. Місія порятунку дітей “Відкрите серце”, Костянтин Якубенко, заступник директора, та Олена Моргун, психолог.
6. “Дитинство без СНІДу”, Наталія Адамець, директор, та Віктор Грачов, соціальний працівник.
7. Християнський дитячий фонд, Галина Лактіонова, директор, і Дарія Непочатова, керівник програми ім. Т.Г. Шевченка.
8. Клуб “Компас” (робоча група, яка збирається для дослідження прав ВІЛ-позитивних дітей), Людмила Логінова, директор проекту.
9. Комітет захисту прав дітей, Наталія Максимова, голова, професор Київського національного університету імені Т.Г. Шевченка.
10. “Лікарі світу”, проект “Мама +”, Ганна Шаповал, директор проекту.
11. ЕСРАТ, Ольга Швед, директор.
12. “Еммануїл/Християнська ширококомовна мережа”, Стів Вебер, директор, та Віталій Горницький, програми ЗМІ.
13. “Кожна дитина”, Галина Гудзь, менеджер зовнішніх зв'язків.
14. “Допоможіть нам, допоможіть дітям”, Марина Криса, директор.
15. “Holt International”, Олена Герасимова, регіональний директор, та Елла Скибенко, керівник програми.
16. МОМ, Оксана Горбунова, координатор програми протидії торгівлі людьми.
17. Міжнародний інститут ВІЛ/СНІД, Еліот Перлман, голова правління.
18. Фонд сім'ї Кайзер, Наталія Федущак, одержувач гранта за журналістську роботу з питань ВІЛ/СНІДу.
19. Medecins Sans Frontiers, Заедул Іслам, керівник місії.
20. “Отчий дім”: 1) Руслан Малюта, заступник директора; 2) Наташа Луценко, психолог; 3) Аїда Галич, менеджер зі зв'язків із громадськістю; 4) Сергій Глібовець, координатор вуличних добровольців; 5) інший персонал.

21. “Погляд”, Ірина Волгіна, директор.
22. Інститут політики, Тамара Трецька, радник із питань стратегічного планування ВІЛ/СНІДу.
23. “Сонячний дім”, Марек Внук, директор.
24. “UCAN”, Валерій Олійник, директор програми грантів.
25. “UCARE”, Олександра Косогор, президент, і Пеггі Лінч, директор стипендіальної програми.
26. “ЮНІСЕФ Україна”, Олена Сакович, керівник проектів з питань профілактики ВІЛ серед молоді.
27. “Волонтер”, Тетяна Журавель, менеджер.

Державні організації та надавачі послуг у м. Києві

1. Служба у справах неповнолітніх Київської міської державної адміністрації, Руслан Гребінченко, заступник директора.
2. Київський міський притулок для неповнолітніх, Ірина Дуванська, директор, Раїса Саф'янова, психолог, та інший персонал.
3. Центр медико-соціальної реабілітації для неповнолітніх (служба у справах неповнолітніх Київської міської державної адміністрації): 1) Людмила Прокopenко, директор; 2) Олена Касьян, заступник директора; 3) Володимир Приходько, начальник відділу освіти.
4. Київський центр соціальних служб для молоді, Леонід Крусов, старший спеціаліст, та Дмитро Альтман, спеціаліст із зменшення шкоди.
5. Київський приймальник-розподільник для неповнолітніх Міністерства внутрішніх справ, Лариса Зуб, директор, та Ольга Серьотіна, старший консультант.
6. Київський міський центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, Є. Мамодєв, заступник директора.
7. Дитячий будинок “Берізка” в м. Києві, Олександр Могильний, директор.

Органи центрального державного управління

1. Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, Людмила Волинець, начальник Державного департаменту з усиновлення та захисту прав дитини.
2. Міністерство освіти та науки України, Олег Єресько, головний спеціаліст, Управління загальної початкової та середньої освіти.
3. Міністерство охорони здоров'я, Раїса Мойсеєнко, начальник Управління з організації та розроблення медичної допомоги.
4. Міністерство внутрішніх справ, Сергій Дідескул, заступник директора департаменту кримінальної міліції у справах неповнолітніх, Олександр Карамушка, начальник відділу, відповідального за боротьбу із злочинністю та розшуку неповнолітніх.
5. Парламентський комітет із питань материнства та дитинства, Лілія Григорівна, голова комітету.

6. Державний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Ірина Пінчук, заступник директора, Станіслав Калнишенко, начальник відділу роботи з дітьми, молоддю та сім'ями.
7. Український центр ВІЛ/СНІДу, Світлана Комар, спеціаліст-педіатр зі СНІДу.

Неурядові й релігійні організації, що надають послуги, та міжнародні організації в м. Одесі

1. “Альтернатива”, Наталія Руда, спеціаліст з питань зв'язків, інформації, освіти.
2. “Віра, надія, любов”, Тетяна Семикоп, директор, а також різний персонал та добровольці.
3. “Майбутнє без СНІДу”, Валерій Пахолов, директор.
4. “Життя плюс”, Сергій Федоров, директор, і персонал офісу та інформаційного центру.
5. “Medecins Sans Frontières”, Ніно Челідзе, координатор проекту.
6. “Можливість”, Валентина Пацула, директор
7. “Наші діти”, Вадим Георгієнко, директор.
8. Реабілітаційний центр “Кроки”, Олександр Ахметов, віце-президент та в. о. директора.
9. “Світлий дім”, отець Олександр Чумаков, директор.
10. “Шлях додому”, Сергій Костін, голова правління, та інший персонал.

Державні організації та надавачі послуг в м. Одесі

1. Одеське міське управління молодіжної політики, Віктор Аксанюк, начальник управління.
2. Одеське управління кримінальної міліції у справах неповнолітніх, Тетяна Семикоп, полковник, начальник управління.
3. Одеський обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Тетяна Горіна, управління соціальної інспекції, старший спеціаліст.
4. Одеське обласне управління охорони здоров'я, Ганна Луньова, головний педіатр.
5. Одеська обласна служба у справах неповнолітніх, Валентина Кудимова, начальник управління.
6. Одеський притулок для неповнолітніх, Тетяна Жадан, директор.
7. Одеський регіональний центр СНІДу, Станіслав Сервицький, старший лікар.

Додаток II

**Перелік учасників та протокол консультаційної зустрічі,
яка відбулася в Києві 23 жовтня 2006 р. з основними зацікавленими сторонами
для обговорення результатів і рекомендацій проекту звіту**

ДІТИ І МОЛОДЬ, ЯКІ ЖИВУТЬ ТА ПРАЦЮЮТЬ НА ВУЛИЦІ: ПРИХОВАНЕ ОБЛИЧЧЯ ЕПІДЕМІЇ СНІДУ В УКРАЇНІ

Перелік учасників

Урядові та державні організації

Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту	
1. Оксана Буркаль	Державний департамент з усиновлення та захисту прав дитини, старший спеціаліст
Міністерство охорони здоров'я України	
2. Алла Щербинська	Директор, Український центр із профілактики і боротьби зі СНІДом
3. Світлана Комар	Консультант
Міністерство внутрішніх справ України	
4. Борис Шилін	Старший спеціаліст, департамент кримінальної міліції у справах неповнолітніх
Соціальні служби для сім'ї, дітей та молоді	
5. Олена Ципко	Старший спеціаліст, державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді
6. Тетяна Горіна	Старший спеціаліст, управління соціальної інспекції, Одеська обласна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді
Державний департамент із питань виконання покарань	
7. Олег Янчук	Начальник відділу
Одеська кримінальна міліція у справах неповнолітніх	
8. Тетяна Семікоп	Начальник кримінальної міліції у справах неповнолітніх
Київський міський притулок для неповнолітніх	
9. Раїса Саф'янова	Старший спеціаліст

НУО

Всеукраїнський громадський центр "Волонтер"	
10. Тетяна Журавель	Керівник програми
Фонд "АнтиСНІД"	
11. Ольга Руднева	Виконавчий директор
Благодійний фонд "Асперн"	
12. Віра Кошіль	Президент
13. Марія Леонова	Волонтер
Благодійний фонд "Шлях додому" (Одеса)	
14. Наталія Вегрян	Керівник проекту
15. Олена Барбул	Молода вихованка
16. Самір Чеботар	Молодий вихованець
Клуб "Компас"	
17. Тарас Логінов	Керівник
"Життя плюс" (м. Одеса)	
18. Ольга Александрова	Керівник проекту

Мережа ЛЖВС	
19. Надія Лібанова	Керівник проекту
Коаліція ВІЛ-сервісних організацій	
20. Оксана Лісовська	Менеджер
МБО “Служба порятунку дітей”	
21. Олеся Світненко	Керівник
22. Галина Герасименко	Менеджер
Український інститут соціальних досліджень	
23. Ольга Балакірева	Голова правління
“Жива надія”	
24. Микола Борисюк	Менеджер
Комітет із захисту прав дітей	
25. Наталія Максимова	Голова
“Соціс”	
26. Катерина Максименко	Керівник проекту
“Дитинство без СНІДу”	
27. Віктор Грачов	Керівник проекту
Молодіжний рух „Квартал”	
28. Олександр Квашук	Менеджер

Міжнародні НУО/проекти

Християнський дитячий фонд	
29. Олександра Виноградова	Асистент проекту
МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід”	
30. Олена Воскресенська	Регіональний директор
“Карітас Україна”	
31. Андрій Васкович	Президент
“Сонячний дім”	
32. Ганна Кульбаба	Директор центру
“Кожна дитина”	
33. Галина Гудзь	Менеджер зі зв’язків
Проект політики/ініціативи політики у сфері охорони здоров’я	
34. Олександра Яцура	Координатор із питань ВІЛ-позитивних дітей
Міжнародна програма “Зменшення шкоди від уживання наркотиків” Інституту відкритого суспільства в Україні	
35. Марія Савчук	Координатор програм громадського здоров’я
Міжнародна федерація Червоного хреста	
36. Джералдін Казорла	Менеджер спільного проекту Українського Червоного хреста, Французького Червоного хреста, Італійського Червоного хреста
37. Ірина Нагорна	Регіональний спеціаліст громадського здоров’я
38. Ольга Дєєва	Координатор проекту
Міжнародний інститут ВІЛ/СНІДу	
39. Еліот Д. Перлман	Голова правління
40. Людмила Дмитрієва	Координатор проекту

Агенції ООН

ЮНІСЕФ	
41. Ріітта Путіайнен	Координатор програм
42. Олена Сакович	Керівник проектів із питань профілактики ВІЛ серед молоді
ВООЗ	
43. Девід Ріветт	Технічний консультант: підліткове здоров’я
ПРООН	
44. Володимир Гордієнко	Менеджер програм

Консультаційний звіт (протокол)

Група I Політика, стратегічне планування, моніторинг та оцінка

1. Чи вважаєте ви підготовлені рекомендації реалістичними, конкретними та здійсненними?

Загальні коментарі:

- Як уряд розглядатиме рекомендації? Як поширюватиметься звіт?
- Хто відповідає за впровадження рекомендацій? Пропонується додати рекомендовані міністерства і т. ін.
- Використовувати рекомендації, коли “Державну програму подолання дитячої безпритульності та бездоглядності на 2006–2010 роки” буде переглянуто.
- Необхідно відредагувати український текст.
- Активізувати питання застосування законів в Україні (законодавство досить прогресивне, але реалізація слабка, так само як і механізм моніторингу та оцінки).
- Бажано провести Всеукраїнську конференцію для огляду/поширення результатів дослідження та звіту, залучення ЗМІ для популяризації результатів дослідження.

2. Чого бракує?

1. Як здійснюватиметься впровадження, моніторинг і оцінка рекомендацій?
2. Рекомендації недостатньо сильні, мають бути менш дипломатичними, більш конкретними; треба додати/відобразити обов’язки та звітність.

Група II Мобілізація ресурсів, співробітництво, охоплення

1. Чи вважаєте ви вироблені рекомендації реалістичними, конкретними та здійсненними?

Загальні коментарі:

- Деякі рекомендації є принципами роботи, а не стратегічними рекомендаціями у вузькому сенсі (для прикладу див. рекомендації 30 та 33). Пропозиція: структурувати рекомендації та проставити їх окремо від принципів. У вступі до шостого розділу слід пояснити, що це стратегічні рекомендації, а не план дій; вступ також може включати “принципи/стратегічні підходи” (як рекомендації 30 і 33, наприклад).
- Треба відредагувати український текст.

Конкретні коментарі до рекомендацій:

№ 11. Здається досить конкретно, треба адресувати певному міністерству або організації. Подане нижче описання розмите: що мається на увазі під словами “національний підхід”? Слід зосереджуватися на залученні ділових структур. Пропонується внести поради щодо створення державного фінансового фонду для дітей вулиці.

- № 12. Додати захист прав до питань (“пов’язаних питань”). Зазначити, робляться чи не робляться посилення лише на урядові/державні координаційні механізми. Акцентувати на потребі посилення координації між усіма державними органами (найслабше місце – міжвідомча координація).
- № 14. Додати опис, пояснення: як?
- № 27. Зосередитися більше на розвиткові системи всиновлення та на державній системі матеріального заохочення для батьків, які хочуть усиновити, та для прийомних батьків; роль ЗМІ.
- № 28. Формулювання (надто пряме і може бути провокуючим): виключити слова “ліквідація більшої частини систем інституційного догляду й опіки”, а натомість поставити «прискорити реформу державної системи здійснення опіки й догляду...»
- № 30. і № 33. Принципи/стратегічні підходи до роботи.
- № 31. Додати: персонал установ, прийомні батьки, опікуни і т. ін. (немає належного перекладу слова “caregivers” в тексті, тому слід визначити, що йдеться не тільки про батьків, а й про інших опікунів, а також важливо підкреслити їхню роль у первинній профілактиці).
- № 32. Формулювання: Необхідно переглянути існуючі механізми раннього виявлення й оцінки небезпечної поведінки та небезпечних ситуацій (вторинна профілактика), включаючи систему супроводу для кожної дитини або молодшої людини, яка перебуває “в небезпеці”, а також оцінити та постійно розширювати охоплення, ефективність та доступність профілактики, лікування, догляд та послуги для дітей і молоді на стадії вторинного і третинного ризику. Ті заходи й механізми, які буде визнано ефективними, мають посилюватися.

2. Чого бракує?

Співробітництва та координації:

- із правоохоронними органами;
- із засобами масової інформації;
- із управліннями, які відповідають за соціальну рекламу;
- із власниками та працівниками комп’ютерних клубів, аптек тощо.

Охоплення:

- посилити роль ЗМІ та наголосити на важливості розроблення соціальної реклами здорового способу життя для формування ставлення громадськості.

Законодавство:

- необхідно посилити державний контроль за аптеками, комп’ютерними клубами тощо – не продавати наркотичні препарати малолітнім, не надавати притулку та послуг малолітнім.

Група III Розбудова потенціалу

1. Чи вважаєте ви пропонувані рекомендації реалістичними, конкретними та здійсненими?

Загальні коментарі:

- Реструктурувати рекомендації з розбудови потенціалу таким чином: планування, розбудова потенціалу, управління.
- Необхідно відредагувати український текст.
- Точно прописати рекомендації. Механізми впровадження рекомендацій не визначено. “Одержувачів” рекомендацій не визначено. Кому адресовано ці рекомендації?
- Необхідно посилити «заклик до дії».
- Необхідно задіяти систему освіти (Міністерство освіти та науки України).
- Рекомендації швидше довгострокові. А що тим часом робити дітям і молоді?
- Рекомендації можна впроваджувати на регіональному рівні.
- Рекомендації досить резонні. Необхідно чітко визначити, які з них строкові та які довгострокові.
- Континуум догляду – підтримано!

Конкретні коментарі до рекомендацій:

- № 15. Питання соціального захисту персоналу та його мотивація – можна зробити окремою рекомендацією; зосередитися більше на мотивації.
- № 16. Питання політики – робота з дитячими будинками сімейного типу; необхідно розробити механізм “супроводу клієнта” для дітей вулиці. Існує потреба створити робочу групу з питань розбудови потенціалу.
- № 17. Хто відповідає за реалізацію даної рекомендації?
- № 18. Нечітка рекомендація. Можливо, слід додати опис.

Інші питання:

- Дати точніше визначення, які різновиди роботи слід проводити з сім’ями у кризовій ситуації.
- Необхідно добре подбати про ВІЛ-позитивних дітей.
- Доступ до лікування для ВІЛ-позитивних дітей – дотримання режиму лікування?

2. Чого бракує?

- Посилення ролі НУО – соціальне замовлення.
- Зміни в законодавстві, розвиток системи правосуддя у справах неповнолітніх.
- Розвиток “супроводу клієнта” для дітей.
- Зміни в законодавстві – пріоритет.
- Зміна управління – описати пакет послуг.
- Конкретизувати методи мотивації для надавачів послуг.
- Брак центрів медичного обслуговування для цільової групи (лікування наркоманії тощо).
- Доступ до замісної терапії – додаткове дослідження, вдосконалення законодавства.
- Доступ до тестів (законодавство і регулювання перевірки на ВІЛ, антиретровірусна терапія тощо).
- Відстеження роботи з ВІЛ-позитивними дітьми вулиці.

- Робота із сім'ями у кризовій ситуації – підготовка відповідальних батьків. Охоплення сімей у кризовій ситуації комплексним наглядом.
- Удосконалення механізму спостереження за роботою із сім'ями у кризовій ситуації (на рівні законодавства).
- Навчання соціальних працівників роботі із сім'ями у кризовій ситуації;
- Захист соціальних працівників.
- Роль дільничної медсестри у роботі з сім'ями у кризовій ситуації.
- Підвищення ролі медсестер-педіатрів.
- Необхідно здійснювати нагляд за закладами з догляду за дітьми, а також сім'ями у кризовій ситуації.
- Розвиток прийомних сімей – освіта батьків.
- Створення центру для (вагітних) жінок у кризовій ситуації (сімей).

Визначте нам не більш від п'яти речей/рекомендацій/думок/кроків, які необхідно зробити в першу чергу:

- **Зміни в законодавстві**

1. Необхідно створити спеціалізовану структуру, щоб відстежувати виконання законодавства державними органами.
2. Необхідно розробити спрощені процедури поновлення документів.
3. Рекомендації № 15, № 16, № 17 і № 18: законодавча і фінансова підтримка:
 - підтримка сімей у кризовій ситуації;
 - розвиток персоналу (підготовка кваліфікованого персоналу для запобігання насильству та іншим негативним явищам у сім'ях);
 - освітні програми для молодих сімей, студентів та старшокласників
 - підвищення статусу соціального працівника: соціальний пакет, медичний захист, підвищення зарплати у відповідності з навантаженням;
 - універсальний доступ до медичного обслуговування та лікування для безпритульних дітей.
4. Вдосконалення законодавства стосовно таких питань:
 - Доступ до тестування;
 - Принцип “супроводу клієнта” для дітей вулиці;
 - Первинна, вторинна і третинна профілактика;
 - Розвиток людських ресурсів, розвиток інфраструктури для підтримки і реабілітації дітей та сімей у кризових ситуаціях;
 - Доступ до замісної терапії.
5. Необхідно ініціювати зміни у законодавстві.
6. Розвиток системи правосуддя у справах неповнолітніх.

- **Розвиток координаційних механізмів та створення нових**

1. Розвивати систему співробітництва у сфері соціального та психологічного контролю, служби психологічної допомоги та навчання з питань виховання у прийомних сім'ях шляхом розвитку міжвідомчої групи.

2. Розвивати механізми співробітництва між організаціями, які працюють із вразливими дітьми.
 3. Рекомендація № 14. Створити механізм участі представників цільових груп у процесі прийняття рішень.
 4. Робота з безпритульними та людьми, які живуть із ВІЛ.
 5. Співробітництво і координація між галузями (медицина, освіта тощо).
 6. Опитування серед дітей.
 7. Розвиток персоналу.
 8. Посилення співробітництва між державою та НУО.
 9. Рекомендація № 12. Оцінка та створення координаційного механізму для вирішення питань вразливих дітей і молоді.
- **Розвиток персоналу (робота з сім'ями, дітьми, міліція та психологи)**
 1. Рекомендація № 15. Забезпечення психологічної та соціальної підтримки і безпечного робочого середовища для медичних працівників.
 2. Рекомендація № 24. Створення механізму заохочення для набору кваліфікованого персоналу.
 - **Стандарти та спектр послуг**
 1. Рекомендація № 7. Розроблення національних стандартів для забезпечення цільової групи соціальними та немедичними послугами.
 2. Створення спеціальних освітніх програм.
 3. Створення чітких механізмів навчання для державних службовців, НУО; розроблення та впровадження спеціальних навчальних модулів.
 4. Рекомендація № 22. Пропонована зміна: переглянути освітні програми, беручи до уваги:
 - а) спільний принцип передачі ВІЛ та інших ІПСШ;
 - б) формування толерантного ставлення до людей, які живуть із ВІЛ.
 5. Розроблення програм реабілітації.

Додаток III

Анкета кількісного опитування, яке проводилося у містах Києві та Одесі

«Socis» – ЦЕНТР СОЦІАЛЬНИХ ТА ПОЛІТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

01004, м. КИЇВ, вул. ШОВКОВИЧНА 38, КВ. 24; ТЕЛЕФОН: (044) 248-77-63/64/65; E-MAIL: socis@socis.kiev.ua



ДІТИ ВУЛИЦІ						ПРОЕКТ Р 0512130
1. НОМЕР ІНТЕРВ'Ю	2. КОД ІНТЕРВ'ЮЕРА	3. ДАТА ІНТЕРВ'Ю		4. ПОЧАТОК ІНТЕРВ'Ю		5. ТРИВАЛІСТЬ ІНТЕРВ'Ю (ХВИЛИН)
		ЧИСЛО	МІСЯЦЬ	ГОДИН	ХВИЛИН	
6. Місто		Київ.....1		ПІДПИС ОРГАНІЗАТОРА: _____		
Одеса.....2						

Я ручаюся, що інформація, отримана мною під час проведення інтерв'ю, не буде розголошена третім особам і буде використана тільки в загальному вигляді
_____ (підпис)

1. Твоя стать (ПОЗНАЧАЙТЕ, НЕ ЗАПИТУЮЧИ)

1. Чоловіча
2. Жіноча

2. Скільки тобі років? (ЗАПИШІТЬ) _____ років

3. Місце проведення: район міста і ситуація (ЗАПИШІТЬ)

4. Де ти зазвичай спиш останнім часом?

1. Удома.
2. У реабілітаційному центрі.
3. У притулку/приймальнику-розподільнику.
4. У сховку (на горищі, у підвалі, на будівництві, вокзалі, в каналізаційному колекторі).
5. На вулиці.
6. Інше (що саме?) _____ (ЗАПИШІТЬ)

5. Де ти спав сьогодні?

1. Удома.
2. У реабілітаційному центрі.
3. У притулку/приймальнику-розподільнику.
4. У сховку (на горищі, у підвалі, на будівництві, вокзалі, в каналізаційному колекторі).
5. На вулиці.
6. Інше (що саме?) _____ (ЗАПИШІТЬ)

6. Чи їв(іла) ти вчора що-небудь гаряче (суп, м'ясне, друга страва)?

1. Так.
2. Ні.
3. Немає відповіді.

7. Як ти заробляєш гроші на життя чи їжу? (МОЖНА КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ)

1. Приносять друзі.
2. Дають удома/принесли з дому.
3. У притулку.
4. Випросив(ла).
5. Одержав(ла) в обмін на секс.
6. Украв(ла).
7. Купив(ла)/заробив(ла).
8. Інше (що саме?) _____ (ЗАПИШІТЬ)

8. Як довго ти живеш поза домом? (МІСЯЦІВ, ЗАПИШІТЬ)

_____ місяців

9. Чи жив(ла) ти раніше у дитячому будинку?

1. Так.
2. Ні.

10. Чи ходив(ла) ти коли-небудь до школи?

1. Так, але зараз не ходжу.
2. І зараз ходжу ⇒ ПЕРЕХІД ДО ЗАПИТАННЯ № 12.
3. Ні ⇒ ПЕРЕХІД ДО ЗАПИТАННЯ № 12.

ЗАПИТАННЯ № 11 СТАВИТЬСЯ ДІТЯМ ДО 16 РОКІВ

11. З якого віку ти не ходиш до школи? (ЗАПИШІТЬ)

з _____ років

12. За останній рік чи було в тебе (МОЖНА КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ):

1. Кашель, біль у грудях, ти задихався.
2. Головний біль.
3. Болів живіт.
4. Боліли зуби.
5. Підвищувалася температура.
6. Висип на шкірі.
7. Виразки на статевих органах.
8. Рани, забиті місця на тілі.
10. Не було нічого ⇒ ПЕРЕХІД ДО ЗАПИТАННЯ № 16.
11. Відмова відповідати.

13. Чи був(ла) ти у лікаря протягом останніх 12 місяців?

1. Так, у лікарні.
2. Так, у диспансері.
3. Ні ⇒ ПЕРЕХІД ДО ЗАПИТАННЯ № 16.
7. Відмова відповідати.

14. Чи допомогло тобі лікування?

1. Так.
2. Ні.
3. Мене не лікували.
4. Не знаю.

15. Чи підеш ти до цього лікаря знову, якщо щось болітиме?

1. Так.
2. Ні.
3. Не знаю.

16. Ти коли-небудь був(ла) у стані сп'яніння (“кайфу”) від наркотиків, клею або “травички”, спиртного чи чогось іще?

1. Так.
2. Ні ⇒ ПЕРЕХІД ДО ЗАПИТАННЯ № 21.

17. Як часто ти бував(ла) у такому стані протягом останніх шести місяців?

1. Щодня.
2. Більш ніж раз на тиждень.
3. Раз на тиждень.
4. Раз на місяць.
5. Один чи два рази.
6. Жодного разу за шість місяців.
7. Кілька разів у житті.

18. Що ти вживав(ла) востаннє? МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ

1. Нюхав(ла) клей.
2. Пив(ла) вино/горілку.
3. Уживав(ла) таблетки.
4. Робив(ла) укол.
5. Кутив(ла) «травичку».
6. Інше (що саме?) _____ (ЗАПИШТЬ)

ЗАПИТАННЯ №19–20 СТАВЛЯТЬСЯ ДІТЯМ, ЯКІ РОБИЛИ ІН'ЄКЦІЮ НАРКОТИКІВ (УКОЛ ШПРИЦЕМ), ВІДПОВІЛИ КОД “4” У ЗАПИТАННІ № 18.

19. Коли востаннє ти робив(ла) укол і яким шприцем?

1. Своїм, чистим, яким до тебе ніхто не користувався.
2. Шприцем, знайденим на вулиці.
3. Шприцем, яким користувалися до тебе інші.

20. Чи промивав(ла) ти шприц перед уколом?

1. Так.
2. Ні.

21. Чи були у тебе в житті сексуальні контакти?

1. Так.
2. Ні ⇒ ПЕРЕХІД ДО ЗАПИТАННЯ № 26.
3. Немає відповіді.

22. Як часто у тебе бував секс за минулі півроку?

1. Частіше ніж раз на тиждень.
2. Раз на тиждень.
3. Раз на місяць.
4. Рідше ніж раз на місяць.
5. Жодного разу за шість місяців.

23. Чи використовував(ла) ти презерватив при останньому сексуальному контакті?

1. Так.
2. Ні.
3. Не пам'ятаю/немає відповіді.

24. Чи змушував тебе хто-небудь вступати в статевий контакт, коли ти цього не хотів(ла) протягом останніх шести місяців?

1. Так.
2. Ні.
3. Не було контактів.
4. Немає відповіді.

25. Чи доводилося тобі одержувати гроші або їжу, якісь подарунки за те, що ти займався(лася) сексом?

1. Так.
2. Ні.

26. Чи знаєш ти, що таке ВІЛ/СНІД?

1. Так, це хвороба (правильна відповідь).
2. Усе інше (Неправильна відповідь) ⇒ ПЕРЕХІД ДО ЗАПИТАННЯ № 30.
3. Не знаю ⇒ ПЕРЕХІД ДО ЗАПИТАННЯ № 30.

**27. Як передається ВІЛ-інфекція? Як можна захворіти на СНІД?
(КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ)**

1. Через нестерильний, не промитий після когось шприц.
2. При сексі без презерватива.
3. Інше (правильна відповідь).
4. Усе інше (неправильна відповідь).
5. Не знаю.

28. Чи робив(ла) ти коли-небудь тест на ВІЛ?

1. Так.
2. Ні ⇒ ПЕРЕХІД ДО ЗАПИТАННЯ № 30.
3. Немає відповіді ⇒ ПЕРЕХІД ДО ЗАПИТАННЯ № 30.

29. Чи знаєш ти його результати?

1. Так.
2. Ні.
3. Немає відповіді.

**30. Чи є в тебе друзі, які допомагають тобі у житті на вулиці?
(КІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ)**

1. Батьки.
2. Родичі, брати, сестри.
3. Діти (молодь), які живуть на вулиці, трохи старші за тебе.
4. Діти (молодь), які живуть на вулиці, приблизно твого віку.
5. Дорослі, які живуть на вулиці.
6. Працівники організацій, що працюють із дітьми (крім міліції).
7. Співробітники міліції.
8. Хто-небудь із церкви.

9. Інші дорослі _____
10. Немає нікого.

31. А твої батьки? Чи жива твоя рідна мати?

1. Так.
2. Ні.
3. Не знаю.

32. Чи живий твій рідний батько?

1. Так.
2. Ні.
3. Не знаю.

33. Чи зустрічаєшся ти з батьками?

1. Так.
2. Ні ⇒ ПЕРЕХІД ДО ЗАПИТАННЯ № 35.
3. Немає батьків ⇒ ПЕРЕХІД ДО ЗАПИТАННЯ № 35.
4. Живу з обома батьками ⇒ ПЕРЕХІД ДО ЗАПИТАННЯ № 35.
5. Живу тільки з мамою ⇒ ПЕРЕХІД ДО ЗАПИТАННЯ № 35.

34. Коли ти бачився з батьками востаннє?

1. На цьому тижні.
2. Місяць тому.
3. Більше від трьох місяців тому.
4. Більш ніж півроку тому.
5. Вони живуть зі мною на вулиці.

35. Чи бив тебе хто-небудь за минулі шість місяців?

1. Так.
2. Ні ⇒ КІНЕЦЬ ІНТЕРВ'Ю.

36. Хто це був?

1. Інші хлопці, які живуть на вулиці.
2. Батьки.
3. Міліціонер.
4. Продавець.
5. Охоронець приміщень або базарів.
6. Працівник притулку.
7. Дорослі, які живуть на вулиці.

СПАСИБИ ТОБІ!

ВІДГУК ІНТЕРВ'ЮЕРА

**(ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ІНТЕРВ'ЮЕРОМ
ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ІНТЕРВ'Ю, АЛЕ НЕ В ПРИСУТНОСТІ ДИТИНИ)**

37. Яку важливу, на ваш погляд, інформацію слід додати про цього респондента?

38. Як проходило інтерв'ю? Які були складнощі?

**39. Яка інформація здалася неправдивою?
(ЗАПИШІТЬ НОМЕРИ ПИТАНЬ)**

40. Як ви гадаєте, нюхає респондент клей?

1. Так.
2. Ні.

41. Одягнений він по-зимовому (чоботи, теплі черевики й куртка) чи ні?

1. Так.
2. Ні.

42. Чи просив респондент про яку-небудь допомогу?



**Вказівки щодо глибинних інтерв'ю, проведених
в рамках якісного опитування в містах Києві та Одесі**

«СОПС» – ЦЕНТР СОЦІАЛЬНИХ ТА ПОЛІТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

01004, М. КИЇВ, ВУЛ. ШОВКОВИЧНА 38, КВ. 24; ТЕЛЕФОН: (044) 248-77-63/64/65; E-MAIL: socis@socis.kiev.ua



ДІТИ ВУЛИЦІ

ПРОЕКТ Р 0512130

План глибинного інтерв'ю

- I. Історія життя. Як давно ти на вулиці? Чи живі твої батьки? Чому ти пішов із дому? Як тобі жилося вдома? Чи маєш ти братів або сестер? Чи маєш кого-небудь із рідних? Де вони?
(Якщо ще остаточно не залишив дім): Чому ти так багато часу проводиш поза домівкою?
(Якщо втік із дитбудинку): Чому ти утік із дитбудинку?
(Тим, хто навчався у школі): Скільки ти провчився в школі? Як ти навчався? Як складалися стосунки з учителями? З однокласниками?
(Якщо не навчався у школі): Ти вмієш читати? (дати прочитати уривок)
- II. Життя на вулиці. Чи їси ти щодня що-небудь гаряче? Як ти добуваєш собі їжу? Чи бувають у тебе гроші? (Якщо так): Як ти їх добуваєш?
(Якщо перебуває в притулку): Як ти раніше добував гроші, коли жив на вулиці? Що тобі найбільше потрібно, крім їжі? Як часто ти переодягаєшся? У тебе є чим укриватися вночі, якщо ночуєш не вдома?
Як ти себе відчуваєш? Що у тебе болить? Коли ти був у лікаря востаннє? З якого приводу? Чи отримав ти лікування? Чи допомогло воно?
(Якщо ніколи не ходив до лікарів або більше не ходить): Чому ти не звертаєшся до лікаря?
Хто допомагає тобі в житті на вулиці? Чи стикався ти з організаціями, які допомагають вижити дітям вулиці? Чим вони вам допомагали?
- III. Вільний час, дозвілля. Який вигляд має твій день? Що ти робиш, коли не заробляєш гроші на їжу? Граєш у що-небудь? У тебе є друзі? Хто вони? Чи доводилося тобі брататися кров'ю?
На кого ти хочеш бути схожим? Кого ти слухаєшся?

- IV. Ставлення до дітей вулиці. Як до тебе ставляться дорослі? Міліція? Лікарі? Власники магазинів? Продавці на базарі? Батьки? Чи бив тебе хто-небудь? Віктимізація. Чи правда, що дітей вулиці дорослі використовують у своїх цілях? Чи чув ти про випадки, коли дітям пропонують виконувати роботу, пов'язану з крадіжками, жебракуванням? Чи чув ти про те, що когось із хлопців змушували це робити?
- V. Поведінка в сфері ризику. Ти куриш? Нюхаєш клей? (Якщо так): Де ти дістаєш клей? А тобі доводилося робити уколи? (Якщо так): Де ти діставав шприц і наркотик? Чи дезінфікував ти шприц? Твої батьки пили? Уживали наркотики? Де вони зараз?
- Знання про ризик зараження ВІЛ. Чи знаєш ти, до чого призводить використання нестерильного шприца? А до чого призводить статевий акт без презерватива? Що ти знаєш про СНІД?
- VI. Майбутнє. Як ти думаєш жити далі? Чи збираєшся повернутися додому (для втікачів із дитбудинку – до дитбудинку)? Яким має бути дім (квартира), щоб ти захотів туди повернутися? Чи хочеш ти ходити до школи? (Для старших – 16–19 років): Ким би ти хотів працювати? Чи хотів би ти поїхати в літній табір?

Таблиця 13
Стан справ із ратифікацією та прийняттям ключових міжнародних документів і документів ООН
із захисту прав дітей та молоді в Україні у 2006 р.

Конвенція ООН про права дитини	Факультативний протокол до Конвенції ООН про права дитини	Конвенція ООН проти транснаціональної організованої злочинності (Палермська конвенція)	Додаток II – протокол про попередження і припинення торгівлі людьми, особливо жінками і дітьми, і покарання за неї, що доповнює Палермську конвенцію	Декларація Генеральної Асамблеї ООН про зобов'язання з ВІЛ/СНІД	Резолюція ООН щодо прав людини / Конвенція про захист прав і основних свобод людини / Міжнародні керівні принципи ООН з ВІЛ/СНІД та прав людини	Конвенція № 182 Міжнародної організації праці “Про заборону та негайні заходи щодо ліквідації найгірших форм дитячої праці”
Ратифіковано 27 лютого 1991 р.	Ратифіковано 3 квітня 2003 р.	Ратифіковано 4 лютого 2004 р.	Ратифіковано 4 лютого 2004 р.	Прийнято у 2001 р.	Прийнято у 1948 р. (Резолюція ООН) Ратифіковано у 1997 р. (конвенція) Прийнято у 1998 р. (міжнародні принципи)	Ратифіковано 5 жовтня 2000 р.

Додаток VI

Таблиця 14. Огляд окремих українських законів, указів, рішень стосовно захисту і підтримки дітей та молоді

Конституція України	Закон України “Про охорону дитинства”	Сімейний кодекс України	Закон України “Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування”	Закон України “Про соціальну роботу з дітьми та молоддю”
28 червня 1996 р.	26 квітня 2001 р.	10 січня 2002 р.	13 січня 2005 р.	21 червня 2001 р.
Наказ № 1/135 Міністерства України у справах, молоді та спорту та Міністерства охорони здоров’я України “Про затвердження заходів щодо розвитку “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг на 2005–2010 роки”	Наказ № 1209/228 Міністерства України у справах сім’ї, молоді та спорту і Міністерства охорони здоров’я України “Про затвердження Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров’я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді”	Закон України “Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей”	Постанова Кабінету Міністрів України № 1200 “Про утворення Міжвідомчої комісії з питань охорони дитинства”	Постанови Кабінету Міністрів України № 564 “Про затвердження Положення про дитячий будинок сімейного типу” та № 565 “Про затвердження Положення про прийомну сім’ю”
30 березня 2005 р.	17 квітня 2006 р.	2 червня 2005 р.	3 серпня 2000 р.	26 квітня 2002 р.

Закон України “Про соціальні послуги”	Закон України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”	Постанова Кабінету Міністрів України № 264 “Про затвердження Концепції стратегії дій уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки”	Наказ Міністерства охорони здоров’я України № 415 “Про вдосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію”	Постанова Кабінету Міністрів України № 148 “Про затвердження Типового положення про центр для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді”
19 червня 2003 р.	12 грудня 1991 р.	4 березня 2004 р.	19 серпня 2005 р.	15 лютого 2006 р.
Закон України “Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії”	Закон України “Про благодійництво та благодійні організації”	Новий Кримінальний кодекс України		
5 жовтня 2000 р.	16 вересня 1997 р.	5 квітня 2001 р.		

Таблиця 15. Огляд основних національних концепцій та програм

Розпорядження Кабінету Міністрів України № 503-р “Про схвалення концепції Державної програми подолання дитячої безпритульності і бездоглядності на 2006–2010 роки”	Розпорядження Кабінету Міністрів України № 263-р “Про схвалення Концепції Державної програми реформування системи закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування”	Постанова Кабінету Міністрів України № 14 “Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки”	Постанова Кабінету Міністрів України № 956 “Про проведення експерименту з призначення і виплати державної соціальної допомоги на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які перебувають під опікою (піклуванням) або у відповідних закладах, за принципом “гроші ходять за дитиною”	Постанова Кабінету Міністрів України № 623 “Про затвердження Державної програми подолання дитячої безпритульності і бездоглядності на 2006–2010 роки”
7 грудня 2005 р.	11 травня 2006 р.	10 січня 2002 р.	12 липня 2006 р.	11 травня 2006 р.
Постанова Кабінету Міністрів України № 264 „Про затвердження концепції стратегії дій уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки”	Закон України “Про Загальнодержавну програму підтримки молоді на 2004–2008 роки”	Рішення колегії Державного департаменту України з питань виконання покарань № 5-КД “Програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки”	Указ Президента України № 154/2003 “Про Державну програму запобігання дитячій бездоглядності на 2003–2005 роки”	
4 березня 2004 р.	18 листопада 2003 р.	29 квітня 2004 р.	21 лютого 2003 р.	

Таблиця 16. Огляд основних організацій та установ, які займаються формуванням політики та законодавства, розбудовою потенціалу, розвитком, фінансуванням і наданням послуг

УСТАНОВИ / ОРГАНІЗАЦІЇ	РОЛЬ І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ²	ПОСЛУГИ ТА ЗАКЛАДИ ³
Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту (МСМС)	Орган центрального державного управління, який відповідає за вирішення питань дітей та молоді, які живуть або працюють на вулицях України. Також відповідає за координацію діяльності інших міністерств у цій сфері.	Станом на 1 серпня 2006 р.: • державна мережа – 96 притулків; • 22 центри психосоціальної реабілітації та служб довіри, які іноді базуються у притулках; • 267 дитячих будинків (вони включають структури, які здійснюють догляд за ВІЛ-інфікованими дітьми); • прийомні сім'ї (256), дитячі будинки сімейного типу (181).
Міністерство охорони здоров'я (МОЗ)	• Розроблення політики охорони здоров'я. • Сприяння, координування та контроль за розробленням, впровадженням, моніторингом і оцінкою державних програм охорони здоров'я в Україні.	• Заклади охорони здоров'я по всій Україні (державні і комунальні заклади).
Міністерство освіти та науки (МОН)	До 2006 року МОН ділило відповідальність за діяльність структур усиновлення, утримання сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з МОЗ та МСМС. Після консолідації усіх цих функцій МОН зараз займається роботою з МСМС із забезпечення навчальних можливостей для дітей, якими опікується МСМС, а також навчальних матеріалів.	• Школи по всій Україні, включаючи спеціалізовані школи та школи-інтернати.

Центр(и) соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ)	ЦСССДМ працюють із дітьми та сім'ями, які перебувають у кризовій ситуації. Хоча вони незалежна структура, але тісно пов'язані із МСМС.	1. Підтримка дітей у закладах догляду за дітьми, сім'ях усиновителів та дитячих будинках сімейного типу. 2. Підтримка дітей, які залишають заклади догляду за дітьми, – реінтеграція у суспільство чи сімейне оточення. 3. Підтримка юних матерів. 4. Профілактика безпритульності, правопорушень, насильства та злочинності – підтримка сімей та дітей у кризовій ситуації, які перебувають у в'язниці або звільнилися з неї чи проходять випробувальний строк. 5. Соціальна підтримка ВІЛ-інфікованих людей, людей із хворобами, пов'язаними зі СНІДом, та молодих СІН (послуги із зменшення шкоди). 6. Розширення системи служб, дружніх до молоді. 7. Соціальна реабілітація дітей та молоді з обмеженими можливостями. 8. Навчання та освіта для добровольців, студентів-соціальних працівників, спеціалістів ЦСССДМ. 9. Соціальна реклама. 10. Розвиток мережі ЦСССДМ. Спеціальні служби та установи різних ЦСССДМ по всій Україні включають, поміж іншого, центри для дітей і молоді, які живуть або працюють на вулиці, та центри „невідкладної допомоги” для неповнолітніх, пересувні одиниці, які надають виїзні послуги, інформаційні послуги, направлення, рекреаційні центри “Довіра” залучення дітей та молоді, консультаційні центри “Довіра” з питань ППСЦ, ВІЛ тощо (у 2006 році кількість досягла 216). Мережа ЦСССДМ станом на грудень 2005 року складалася із 1119 центрів, включаючи: • 27 регіональних центрів та центрів на рівні області; • 479 районних центрів; • 108 філій районних центрів; • 164 міські центри; • 40 районних у містах; • 279 селищних центрів; • 22 сільські центри.
--	---	---

Міністерство внутрішніх справ (МВС)	- Основна відповідальність: відділи у справах неповнолітніх - Відповідає за приймальники-розподільники для неповнолітніх	- Приймальники-розподільники для неповнолітніх, де надається психологічна підтримка та провадяться профілактичні заходи, за потреби – направлення дітей в інші служби або повернення їх додому чи в заклади догляду за дітьми. Дітей, які порушили закон, часто направляють у спеціалізовані школи або професійно-технічні училища. У приймальниках-розподільниках утримуються діти, які повернулися з іншої країни або приїхали в місто з інших регіонів чи країн. Заклади тісно співпрацюють із програмами пошуку зниклих дітей. - Здійснює рейди силами місцевої міліції, забираючи дітей і молодь із вулиці, направляючи їх у медичні заклади та заклади догляду за дітьми. МВС тісно співпрацює у рейдах зі службами у справах неповнолітніх (відділи, які займаються дітьми, при місцевих адміністраціях) та ЦСССДМ для визначення, звідки прибули діти. У деяких випадках дільничні міліціонери займаються сімейними ситуаціями на місці. - Деякі рейди є тематичними, такі як “Урок”, який зазвичай проводиться у вересні разом із МСМС та МОН, аби зрозуміти, чому діти не ходять до школи.
Державний департамент із питань виконання покарань	Відповідає за пенітенціарні установи для неповнолітніх	- Станом на 1 жовтня 2006 року було 11 колоній, в яких перебувають майже 2500 малолітніх правопорушників. - Є цілий спектр психосоціальних, медичних, профілактичних та реабілітаційних послуг, які будуть надаватися неповнолітнім у пенітенціарних установах.
Місцеві служби у справах неповнолітніх (служба у справах неповнолітніх місцевої адміністрації) Київські та Одеські служби у справах неповнолітніх	- Робота із сім'ями у кризових ситуаціях - Реагування на заяви громадян - Захист прав дітей на житло та майно; - Контроль за дотриманням законів про працю стосовно дітей	Конкретні послуги: - запобігання домашньому насильству; - профілактична робота з дітьми з реєстру управління у справах дітей; - юридична допомога для сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування; - соціальна та юридична підтримка дітей, які живуть у прийомних сім'ях та дитячих будинках сімейного типу; - запобігання поганім звичкам серед підлітків; - правова освіта для підлітків; - психологічна допомога; - телефонні консультації; - проведення рейдів разом із МВС та міліцією, щоб забрати дітей з вулиць. Різні міські служби можуть пропонувати додаткові послуги. Наприклад, київські служби у справах неповнолітніх пропонують: - центр соціально-медичної реабілітації (соціальна, психологічна та освітня реабілітація. Робота із неповнолітніми та сім'ями шляхом раннього втручання); - міський притулок для неповнолітніх.

Український центр із профілактики та боротьби зі СНІДом Київський та Одеський міські центри профілактики та боротьби зі СНІДом Одеський обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом	Один національний центр, який здійснює нагляд, підтримку та скеровує роботу усіх обласних і міських центрів СНІДу в Україні	За даними Українського центру з профілактики і боротьби зі СНІДом, існує 35 центрів СНІДу в Україні, включаючи 25 в областях та 10 у великих містах. Спеціальні програми для дітей: • діагностування ВІЛ/СНІДу у дітей, догляд та лікування; • спостереження та оцінка ВІЛ/СНІДу серед дітей та молоді у країні. Кожен центр пропонує ряд спеціалізованих послуг. Наприклад, Київський міський центр профілактики боротьби зі СНІДом пропонує: • добровільне тестування на ВІЛ і консультування (три кабінети, включаючи один пересувний пункт); • амбулаторна клініка та стаціонар; • клініка вірусного гепатиту для СНІ; • клінічна діагностична лабораторія; • адміністративні відділи, наприклад, епідеміології; • гаряча лінія для кризових ситуацій.
---	--	---

ОГЛЯД ПРОГРАМ, ОСНОВНИХ ВИДІВ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ЗАКЛАДІВ ⁴	НЕУРЯДОВІ НАДАВАЧІ ПОСЛУГ (НУО) ТА РЕЛІГІЙНІ ОРГАНІЗАЦІЇ, ЩО НАДАЮТЬ ПОСЛУГИ
Притулки, центри для дітей, які живуть або працюють на вулиці, та центри денного перебування	Основні ролі: • послуги на доповнення до тих, які пропонуються українськими державними та місцевими органами влади; • заповнення прогалин у наданні послуг державою. Спектр послуг, які надаються: • психологічна, медична, соціальна, матеріальна та часто освітня (навчання у школі) і професійно-технічна допомога (шиття, гончарство, перукарська справа, комп'ютерні класи, малювання, робота з металом, ремонт велосипедів, обробка дерева); • станція гігієни; • забезпечення їжею, іноді через кафе; • послуги з переадресації; • консультації для дітей, молоді та сімей у кризових ситуаціях; • дехто проводить програми освіти "рівний-рівному", пов'язані з притулками чи центрами (виїзна робота на вулицях та у притулках), включаючи профілактику ВІЛ/ПСПШ та інформацію, яка пропагує здоровий спосіб життя і першу медичну допомогу; • більшість пропонують програми на основі потреб кожної дитини, а також групові заняття та рекреаційні заходи; • дехто має бібліотеку, а одна установа (в Одесі) – спортивний зал.
Центри психосоціальної реабілітації	Ці центри готують дітей та молодь, які жили на вулиці, до реінтеграції у рідній чи прийомній домівці, а також до незалежного життя шляхом підготовки та допомоги старшим дітям у їхньому пошуку можливості працевлаштування тощо. Комплексні програми психосоціальної реабілітації, здебільшого розробляються для кожної дитини. Також надається підтримка у відновленні офіційних документів та поліпшенні загального фізичного та психологічного розвитку дитини.
Програми сімейного типу	• Знаходження, набір та підтримка прийомних сімей. • Сімейні послуги або послуги сімейного типу, включаючи навчання та контроль за вихователями, і профілактичні заняття з дітьми. • Практикуми для обміну досвідом серед надавачів послуг.
Реінтеграція та програми напівсамостійного проживання	Ті програми, які можна виявити, переважно підтримують осіб, які залишають заклади догляду за дітьми. Приклад: одна програма у Києві забезпечує відібраних молодих людей квартирами, допомагаючи їм спробувати жити напівсамостійно та завершити освіту або знайти роботу.

Юридична допомога дітям та молоді	Надається у рамках багатьох викладених вище послуг, особливо центрами психосоціальної реабілітації та іншими соціальними службами.
Виїзні послуги (включаючи програми “рівний–рівному”)	• Забезпечення їжею, одягом, медичною допомогою, консультаціями, підтримкою, профілактичними послугами. • За потреб направлення дітей та молоді до інших служб. • Ці послуги іноді пропонуються пересувними точками. • Вони можуть включати освіту й консультування за типом “рівний–рівному”.
Служби харчування	Безкоштовні їдальні та інші місця харчування або виїзні послуги для дітей і молоді, які живуть або працюють на вулицях.
Гарячі лінії	Телефонні служби допомоги діють на державному та місцевому рівнях, наприклад в Одесі. Дехто конкретно зосереджується на таких темах, як ВІЛ та ІПСШ, репродуктивне здоров'я, домашнє насильство й торгівля людьми.
Медичне обслуговування	• Виявлення дітей і молоді, які живуть або працюють на вулицях і мають медичні проблеми, направлення їх до лікарень та підтримка до цілковитого одужання; • Перша допомога (зокрема через виїзні служби та у притулках і центрах психосоціальної реабілітації та службах психологічної швидкої допомоги); Один центр медико-соціальної допомоги розташовано при Київській міській дерматовенерологічній лікарні та схвалено Київським управлінням охорони здоров'я, він проводить діагностику та лікування дітей і молоді, які живуть або працюють на вулицях, включаючи дерматологічні проблеми, ІПСШ та інші проблеми зі здоров'ям.
ВІЛ-тестування, консультування та антиретровірусне лікування	Деякі НУО пропонують підтримку, беруть дітей і молодь, які живуть або працюють на вулиці, для проходження тесту на ВІЛ. Вони також надають їм послуги супроводу. Це робиться переважно у співробітництві з організаціями людей, які живуть із ВІЛ, та місцевим центром СНІДу.

Зменшення шкоди та профілактика ВІЛ	Зменшення шкоди, профілактика ВІЛ та інші профілактичні послуги для СІН та секс-працівників. Ніяких специфічних послуг для дітей і молоді, які живуть або працюють на вулицях. Однак деякі служби мають молодих клієнтів, які живуть або працюють на вулицях. Співробітництво з міліцією, ЦСССДМ та іншими соціальними й медичними службами. Також навчання для інших НУО і державних служб. Спектр послуг: • реабілітація та ресоціалізація наркозалежних і їхніх родичів; • групи самопомог, консультування “рівний–рівному”; • відстоювання інтересів СІН та людей, які живуть із ВІЛ, на державному рівні; • поліпшення суспільного ставлення до “маргіналізованих” груп; • впровадження програм зменшення шкоди (наприклад, обмін шприців); • підвищення інформованості серед СІН та секс-працівників про ВІЛ, ІПСШ та гепатит; • виступ на захист доступності замісної й антиретровірусної терапії для споживачів ін’єкційних наркотиків, які живуть із ВІЛ; • формування дотримання антиретровірусної терапії; • навчання медичних працівників та міліції на предмет зменшення шкоди; • захист прав СІН та секс-працівників, що можуть бути порушені працівниками міліції. Також існує ряд різноманітних послуг із профілактики ВІЛ та пропагування здорового способу життя, які надаються НУО, що переважно зосереджуються на освітніх сесіях та розробленні і розповсюдженні інформаційних матеріалів серед дітей та молоді у притулках, дитбудинках та інших закладах догляду за дітьми. Також є програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, в рамках яких надаються такі послуги ВІЛ-інфікованим матерям і тим, хто працює з ними: • добровільне консультування до та після здавання ВІЛ-тесту (підхід “рівний–рівному”); • консультування партнерів; • підтримка батьків та одиноких матерів (догляд за дітьми, запобігання ВІЛ, поради, як виховувати дитину); • підтримка дотримання процедури (антиретровірусна терапія); • навчання медичних працівників та консультантів.
-------------------------------------	--

Підтримка людей та молоді, які живуть із ВІЛ та хворобами пов'язаними зі СНІДом	Послуги підтримки та догляду, включаючи домашній догляд за невиліковними пацієнтами. Спектр послуг включає: • центри денного перебування для ВІЛ-інфікованих дітей (психосоціальна, юридична та гуманітарна допомога, навчання фахівців та сімей того, як доглядати дітей із ВІЛ і хворобами, пов'язаними зі СНІДом); • комунальний центр для сімей, де одна або більше осіб інфіковані ВІЛ; • консультування та підтримка за типом “рівний–рівному”; • навчальний центр з підвищення кваліфікації тих, хто працює у сфері ВІЛ та СНІДу; • навчання військових, працівників міліції та ЗМІ; • інформаційні центри; • інформаційні кампанії та заходи з підвищення поінформованості; • програми профілактики у школах; • підтримка груп самопомогі; • профілактична програма серед чоловіків, які мають секс із чоловіками, інших “маргіналізованих” груп; • консультація з антиретровірусної терапії та допомога в дотриманні режиму лікування; • юридичні консультації; • навчання для ЦСССДМ України, а також обмін досвідом центрів денного перебування та програм домашнього догляду з іншими пострадянськими країнами.
Попередження вживання наркотиків та наркотичних речовин	Інтерактивне навчання для дітей та фахівців, які працюють з дітьми у школах та дитбудинках.
Наркологічна реабілітація	Послуга переважно для дорослих. Дуже мало місць для дітей та молоді в Україні.
Оздоровчі заходи	Організуються різними надавачами послуг. Дітей та молодь, які живуть на вулиці, збирають і вивозять на різні заходи типу літніх таборів та культурно-масових заходів.
(Літні) табори	Послуги, які надаються в таборах, включають оздоровчі та спортивні заходи, уроки гігієни, запобігання ВІЛ/ПСПШ та наркоманії, пропаганду здоров'я, навчання конкретних навичок та тем, таких як англійська мова, музика чи математика, освіта “рівний–рівному” тощо.
Навчання виживання	Є табори, де займаються екстремальними видами спорту в рамках програми психосоціальної реабілітації; також були табори виключно для споживачів наркотиків.
	Вправи з відпрацювання взаємодії та планування і зміцнення впевненості у собі, перевірка можливостей за допомогою різних вправ. Лише одна програма.

Підтримка сімей у кризових ситуаціях (профілактика і догляд)	Підтримка батьків і дітей, зокрема з проблемами зловживання наркотиками та спиртним і в разі домашнього насильства. Центр сімейної допомоги в Києві працює, наприклад, у напрямі профілактики соціальних сиріт шляхом втручання у сім'ї в кризових ситуаціях і в напрямі підготовки біологічних та прийомних сімей для реінтеграції дітей, які пройшли реабілітацію.
Шкільна освіта	Шкільне навчання відбувається або у школах, з якими співпрацюють надавачі послуг, або з допомогою вчителів чи добровольців, які приходять до реабілітаційних центрів навчати дітей.
Позашкільна діяльність та програми	Різноманітні. Одна з програм також включає компонент "рівний-рівному", молодіжний клуб та кафе, молодіжний парламент, а також інформаційно-ресурсний центр для молоді (включаючи програми ТБ та радіо для молоді). Однак ці послуги розраховано на молодь загалом. Лише дві програми можна було б назвати такими, що спрямовані на дітей та молодь, які ризикують потрапити на вулицю або вже живуть чи працюють на вулицях.
Дитячі центри охорони здоров'я та освітні центри	Досі дуже мало таких центрів. Центр "Освіта і здоров'я" в Одесі – це ініціатива, яку було підтримано ЮНІСЕФ, Європейською комісією та посольством Японії; він займається потребами близько 300 дітей і молоді, які живуть або працюють на вулицях, за допомогою виїзних та стаціонарних заходів профілактики ВІЛ. Центр проводить уроки української мови, російської мови, історії, географії, біології та математики так, щоб освітній рівень цих дітей та молоді відповідав навчальній програмі їх віку.
Вища освіта	У рамках оцінки для звіту виявлено лише одну програму навчання та ще одну програму підтримки для членів цільової групи та учнів, які закінчують школи-інтернати й залишають дитячі будинки і які зацікавлені отримати вищу освіту.
Спеціальні програми працевлаштування	НУО підтримують молодь у пошуках роботи. Одна програма в Одесі пропонує працевлаштування для людей, які живуть або працюють на вулицях, включаючи молодь (продаж газет).
Підтримка дітей та молоді, які затримані або перебувають у пенітенціарному закладі для неповнолітніх	Підтримка надається у співпраці з Державним департаментом з питань виконання покарань, здебільшого це психосоціальна підтримка, профілактика, а також пропаганда здорового способу життя
Обстоювання інтересів (адвокація)	Майже всі НУО так чи інакше займаються обстоюванням інтересів. Головна увага – зміна та розроблення адекватної політики захисту та підтримки дітей і молоді з небезпечною поведінкою і тих, які живуть у небезпечних ситуаціях. Одна НУО надає підтримку Всеукраїнській професійній асоціації працівників дитячих будинків, яка діє задля поліпшення умов життя дітей-сиріт в Україні.

База даних дітей, які живуть або працюють на вулицях	Дуже мало НУО створили електронні бази даних своїх клієнтів. В Україні немає стандартів ведення записів у НУО.
Програми добровольців	Різні навчальні програми для добровольців, які працюватимуть із цільовою групою.
Програми ЗМІ	Є деякі молодіжні та дитячі телерадіопрограми. Деякі з них також включають голоси дітей і молоді, які живуть або працюють на вулицях. Деякі НУО проводять навчання із ЗМІ і стимулюють ЗМІ робити репортажі про становище дітей і молоді, які живуть або працюють на вулицях в Україні.
Мобілізація громади	Існують різні програми та надавачі послуг, які намагаються залучити місцеву громаду до діяльності, зокрема до роботи центрів психосоціальної реабілітації.
Навчання для фахівців	Навчання з міліцією, медичними й соціальними працівниками, вчителями та іншими фахівцями, які контактують із дітьми та молоддю, що живуть або працюють на вулицях, переважно силами тренерів із місцевих НУО, які часто беруть участь у програмах „Навчи тренера” міжнародних НУО.
Зразки послуг, запланованих на майбутнє	Наприклад, для всієї України в рамках заявки України до ГФСТМ 2006 (послуги, які мають надаватися недержавними постачальниками послуг у співпраці з державними) названо: • підвищення рівня обізнаності та знань про ВІЛ/СНІД і профілактику ВІЛ для близько 58% дітей і молоді у чотирьох колоніях та приймальниках-розподільниках та 94 притулках по всій державі (охоплення – близько 66000 дітей та молодих людей, із яких 95% – віком до 18 років, близько 30% – дівчата й молоді жінки, близько 50% походять із сільської місцевості) через освіту, зміну ставлення, розвиток навичок, індивідуальну інформацію, консультування, розвиток лідерів “рівний–рівному”. Наприклад у Києві: • центр негайної допомоги: цілодобова допомога дітям, які зазнали домашнього насильства чи іншого жорстокого поводження, за допомогою “гарячої лінії” та мобільної групи швидкого реагування у співробітництві з органами місцевого самоврядування та міліцією; • центр самостійного проживання для дітей вулиці: дім-гуртожиток, де надається тимчасове житло та соціальна підтримка, включаючи юридичну консультацію і допомогу у пошуку роботи для молоді у кризових ситуаціях, яка вже пройшла початкову реабілітацію; • дитяче село “Дім спасіння”: центр із десяти будинків, у кожному з яких буде професійно навчена сім’я, яка братиме десять біологічних або соціальних сиріт. Плани також включають перший дитячий будинок сімейного типу для ВІЛ-позитивних дітей. Наприклад в Одесі: • розширення послуг із підтримки та профілактики у приймальнику-розподільнику або пенітенціарному закладі для неповнолітніх.

ОГЛЯД ПРОГРАМ, ОСНОВНИХ ВИДІВ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ЗАКЛАДІВ ⁵	МІЖНАРОДНІ НЕУРЯДОВІ НАДАВАЧІ ПОСЛУГ (МНУО) ТА МІЖНАРОДНІ РЕЛІГІЙНІ ОРГАНІЗАЦІЇ, ЩО НАДАЮТЬ ПОСЛУГИ ⁶
	Основні ролі: • управління грантами та реалізація організацій; • забезпечення засобів з розбудови потенціалу та технічної допомоги для національних і місцевих надавачів послуг (урядових, неурядових та релігійних).
Адвокація та розроблення політики	• Націлені, наприклад, на вдосконалення та реформування соціальної політики та системи догляду за дітьми, а також якості послуг тощо; • Обстоювання забезпечення прав дітей та молоді в Україні.
Кваліфікація фахівців	• Навчання тренерів і широкий спектр тренінгів, семінарів, круглих столів та практикумів для фахівців сфери медичного обслуговування й соціального догляду, міліції, осіб, які визначають політику і приймають рішення, і т.ін.; • Розроблення навчальних планів для студентів вузів, а також навчальних посібників тощо.
Розроблення навчальних та інформаційних матеріалів	Зокрема у сфері запобігання ВІЛ, туберкульозу, ІПСШі наркоманії та догляду.
Дослідження	• Кількісні та якісні опитування серед дітей і молоді, які живуть або працюють на вулицях; • Оцінка потреб (зазвичай в одному чи більше містах); • Аналіз ситуації та політики.
Підвищення поінформованості громадськості	Переважно за допомогою інформаційно-освітніх кампаній у засобах масової інформації та навчання ЗМІ.
Робота із ЗМІ	Різноманітні навчальні програми.
Розроблення, впровадження (переважно, у партнерстві з місцевими структурами) та контроль за здійсненням програм профілактики, пропагування здорового способу життя, догляду, підтримки і лікування, а також послуг і потужностей, наданих національними та місцевими організаціями-партнерами	Такі сфери: • ВІЛ, СНІД та ІПСШ • туберкульоз; • репродуктивне здоров'я; • планування сім'ї; • дитячі будинки сімейного типу та прийомні сім'ї; • соціальна підтримка сімей у кризовій ситуації; • сексуальна експлуатація та торгівля людьми
Розвиток мереж служб та інтегрованих послуг	У різних сферах.
Підтримка координаційних механізмів	Наприклад, за допомогою навчання та безпосередньої фінансової підтримки.
Безпосередні послуги	Здебільшого, велика кількість церков та інших релігійних організацій надають послуги (зокрема соціальну, медичну і чисто гуманітарну допомогу, а також здійснюють виїзні програми, програми роботи добровольців, управління центрами допомоги включаючи будинки сімейного типу, оздоровчі та навчальні табори, мистецькі програми тощо).

Додаток IX

Таблиця 17. Основні послуги, програмий й заклади для дітей та молоді, які живуть або працюють на вулицях в Україні, з погляду їх доступності, охоплення, ефективності та існуючих прогалин

ПОСЛУГА, ПРОГРАМА ЧИ ЗАКЛАД	ДОСТУПНІСТЬ ДЛЯ ЦІЛЬОВОЇ ГРУПИ ¹ , ОХОПЛЕННЯ І/АБО ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ПРОГАЛИНИ
ОСВІТНІ ПРОГРАМИ, ПРОГРАМИ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ТА СТРУКТУРИ Школи	Доступ до шкіл можливий, хоча в деяких випадках членам цільової групи відмовляють у доступі, здебільшого, через брак офіційних документів. Також більшість учителів не підготовлені до роботи з цією цільовою групою. Члени цільової групи, які відвідують школи, можуть проходити виховання здорового способу життя, яке активно інтегрується МОН із 2000 року у шкільний навчальний план. Розроблення і публікація відповідних підручників, плакатів і посібників для учнів, учителів та батьків завершені або у процесі. Інструктори вчителів із профілактики ВІЛ та споріднених тем у даний час проходять навчання. Також проводяться спеціальні проекти з активного залучення школярів до профілактики ВІЛ. Робота з батьками з пропаганди здорового способу життя також почалася. Проте більшість перелічного – нові ініціативи, а деякі фінансуються виключно міжнародними донорами, тож можуть бути несталими, якщо окрема вчитель не матимуть стимулу продовжувати їх.
Освітня реінтеграція	Багато членів цільової групи приходять у систему освіти з набагато нижчим рівнем знань, аніж того вимагає їхній вік, але отримують атестати відповідно до свого віку, а не реальних навичок, що дуже ускладнює їхню реінтеграцію в суспільство. Хоча більшість центрів реабілітації та деякі притулки пропонують освітні послуги, багато надавачів послуг та шкіл мають обмежені навчальні можливості через брак підготовлених учителів та добровольців, а тому більшість дітей і молоді, які живуть або працюють на вулицях України, не включено до шкільних програм. Проте є деякі особливо багатообіцяючі ініціативи на місцевому рівні, спрямовані на те, щоб відповідати навичкам, віку та рівню цільової групи і набирати їх назад у школи.

	Прикладом цього можуть бути центри “Освіта заради здоров’я”, один з яких базується у приміщенні недержавного надавача послуг “Шлях додому” в Одесі та обслуговує 300 членів цільової групи. Центру також удалося повернути 30 дітей та молодих людей у звичайні школи.
Вища освіта	Переважно, недоступна для членів цільової групи, зважаючи на те, що багато з них не завершують молодшої школи і не мають підтримки (включаючи фінансову) для здобуття середньої освіти. У рамках оцінки для цього звіту знайдено лише одну навчальну програму і одну програму підтримки членів цільової групи й учнів, які випускаються зі шкіл-інтернатів та дитячих будинків і цікавляться вищою освітою. Не було можливості отримати інформацію про якість цих програм та охоплення ними дітей і молоді.
Професійно-технічне навчання та спеціальні програми працевлаштування	Професійно-технічне навчання часто пропонується майже у всіх центрах психосоціальної реабілітації, деяких притулках та інших соціальних службах, однак загальне охоплення надто слабе, аби задовольнити існуючі та спеціальні потреби цільової групи. Набір професій, якими можна оволодіти, також надто вузький Крім того, співробітництво з місцевими підприємствами у формі спеціальних програм працевлаштування все ще потребує посилення в багатьох громадах, де проживає цільова група.
Спеціалізовані школи	Служба у справах неповнолітніх МВС, здебільшого, направляє членів цільової групи до спеціалізованих шкіл. Багато дітей та молоді, які утримувалися у приймальниках-розподільниках МВС, направляються туди після вчинення правопорушення. Відсутні дані щодо якості освіти у цих школах.
Школи-інтернати	Той факт, що “Державна програма подолання дитячої безпритульності та бездоглядності 2006” передбачає ліквідацію системи дитячих будинків та інтернатів в Україні, плюс факти, повідомлені дітьми та молоддю, опитаними в Києві та Одесі, які втекли із цих закладів, разом із результатами міжнародних оглядів ефективності цих форм закритого догляду й опіки ² забезпечують достатньо доказів, аби зробити висновок, що цей тип дитячих закладів опіки й догляду не є ефективним і не готує належним чином дітей та молодь до незалежного життя в сучасному українському суспільстві (для додаткових деталей див. розділ 6.2).

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я	
Доступ до закладів охорони здоров'я, діагностики й лікування	Якщо член цільової групи контактує із соціальними службами, то він (або вона) можуть отримати доступ до закладів охорони здоров'я. Більшість надавачів послуг мають угоди з місцевими надавачами послуг у сфері охорони здоров'я, але якість медичного обслуговування часто низька, а в деяких випадках персонал відмовлявся надавати лікування або член цільової групи сам відмовлявся від нього. Отримання доступу до закладів охорони здоров'я без допомоги соціальних служб – велика проблема для членів цільової групи. Вони рідко звертаються самі й роблять це, здебільшого, у крайньому разі. Це також підтверджується тим фактом, що клініки, дружині до молоді, які спеціально було створено для її обслуговування, не відвідуються членами цільової групи. Медична допомога також досить часто не надається через брак офіційних документів або через упереджене ставлення чи дискримінацію (див. четвертий розділ). Доступ обмежується ще й тим, що лікування платне, а цільовій групі, здебільшого, бракує грошей, аби заплатити потрібний “гонорар” або зробити „доброчинне пожертвування”. Незважаючи на державну гарантію доступу до безкоштовного медичного обслуговування, більшість українців отримує його частково, а за іншу частину платять певні гроші³. Існує один медико-соціальний центр (належить неурядовому постачальнику послуг МБО “Служба порятунку дітей”) у Києві, який, справді, є медичним центром, що обслуговує цільову групу без будь-якої документації. Він розташований у приміщенні Київської міської дерматовенерологічної лікарні і схвалений Київським управлінням охорони здоров'я. Місцеві співробітники правоохоронних органів часто направляють дітей та молодь, які живуть на вулицях Києва, до цього центру. Доступ до послуг у сфері ВІЛ та ІПСШ також обмежений, зокрема, до добровільного консультування та перевірки на ВІЛ. На додачу до причин, описаних вище, існує питання стосовно батьківської згоди (див. п'ятий розділ). Інша перешкода – часовий фактор різних етапів ВІЛ-тестування. За словами головного спеціаліста Київського міського ЦСССДМ, навіть якщо члени цільової групи пройшли перевірку на ВІЛ, буває складно знайти їх знову, аби повідомити результати, надати консультацію і за потреби психологічну підтримку та/або лікування, оскільки, живучи на вулиці, вони рідко залишаються на одному місці. Як позитив, слід зазначити, що охоплення, тобто кількість місць проведення ВІЛ-тестів, повільно зростає. Поведінкові дослідження, проведені серед СІН та жінок секс-бізнесу в 2004 році (включаючи молодь), свідчать, що програми зменшення шкоди та профілактики мають вплив на кількість людей, які пройшли ВІЛ-тести. Наприклад, 61% жінок секс-бізнесу, які контактують із програмами запобігання ВІЛ, пройшли тестування, на відміну від 35% тих, хто не підтримував контакт.⁴ Послуги з ІПСШ надаються спеціалізованими клініками ІПСШ та відділеннями ІПСШ у міських та районних лікарнях. Однак лише 41% осіб з ІПСШ отримали належний діагноз, консультацію і лікування у державних та комунальних закладах охорони здоров'я у 2005 році⁵. Існує велика кількість проблем щодо діагностування та лікування ІПСШ, включаючи потребу збільшувати кількість амбулаторних відділень, провадити подальше дослідження рівня захворюваності на сифіліс серед населення, посилювати співробітництво з іншими службами, такими як служби сімейного планування, гінекологічними тощо, а також забезпечувати безумовну конфіденційність⁶.

Служби для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді	Існує ряд неурядових та релігійних організацій, що надають дуже обмежений спектр послуг з профілактики ВІЛ та підтримки даної цільової групи. Є лише один проєкт в Україні, яка навчає та готує фізіотерапевтів, логопедів і масажистів для надання ними послуг у дитячих будинках, зокрема ВІЛ-інфікованим дітям або дітям, які мають хвороби, пов'язані зі СНІДом. На даній стадії не було змоги оцінити ступінь користі цих послуг для членів цільової групи. Згідно з “Заявкою України до ГФСТМ 2006 року”⁷ діти та молодь віком 10–18 років, які живуть на вулицях, на даний час не охоплені послугами профілактики, лікування ВІЛ, догляду та підтримки, і тут існує 100-відсоткова прогалина у послугах. Ось деякі з основних проблем, визначених опитаними постачальниками послуг та кабінетним дослідженням щодо ВІЛ-послуг для цільової групи: • дуже малий досвід дитячих закладів опіки та догляду взагалі, та й дитячих будинків сімейного типу, щодо догляду, підтримки і поводження із дітьми та молоддю, які живуть з ВІЛ або хворобами, пов'язаними зі СНІДом (або ВІЛ-інфікованими пацієнтами, які надто хворі, аби доглядати за ними), а також брак підготовки і побоювання зараження; • для цільової групи відсутні будь-які спеціальні програми, проте деякі центри СНІДу (зокрема в Одесі та Києві) підтримують членів цільової групи. Вони потрапляють до них через соціальні служби, особливо недержавних надавачів послуг. Але й тут лишаються проблеми доступу до інших закладів охорони здоров'я (див. вище); • членам цільової групи часто бракує послідовного захисника та опікуна, який би вів їх через процес. У системі ще не створено підходу за принципом “супроводу клієнта”, хоча і були спроби використати даний підхід у забезпеченні догляду та підтримки для людей, які живуть з ВІЛ, з боку “Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІД”; • дотримання антиретровірусної терапії (та будь-якого іншого медикаментозного режиму), що здебільшого неможливе, поки дитина чи молода особа живе на вулиці; • недостатня інфраструктура діагностики та лікування ВІЛ (наприклад, брак адекватних призначень та центрів діагностування для дітей); • недостатня кількість персоналу в центрах ВІЛ; • недостатня координація й співробітництво між первинним і вторинним медичним доглядом та амбулаторними відділеннями, центрами СНІДу та дитячими стаціонарами, а також тубдиспансерами; • брак надійної інформації щодо рівня ВІЛ-інфекції серед цільової групи; • брак моделей та стандартів підтримки дітей і молоді, які живуть із ВІЛ, взагалі й зокрема для цільової групи; інші проблеми загального характеру, з якими стикаються взагалі люди, які живуть із ВІЛ в Україні: ○ обмежена кількість послуг із профілактики і лікування ВІЛ/СНІДу, догляду та підтримки по всій Україні, включаючи замісну терапію для наркозалежних. Треба терміново збільшувати їх масштаб⁸; ○ обмежена рівність доступу до антиретровірусної та замісної терапії в Україні; ○ необхідно терміново вдосконалювати запобігання стигматизації та дискримінації, захист прав людей, які живуть із ВІЛ (див. п'ятий розділ); ○ співробітництво й координація діяльності поліпшилася, особливо з 2005 року, але мають і далі зміцнюватися, найбільше на регіональному рівні.
---	---

Послуги для дітей і молоді, хворих на туберкульоз	Відсутні дані щодо кількості членів цільової групи, хворих на туберкульоз, і тих із них, які мають доступ до діагностики та лікування в Україні. Є лише деякі усні свідчення дітей та молоді, які живуть на вулиці і хворіють або хворіли на туберкульоз, що були повідомлені в рамках опитування в містах Києві та Одесі та різними опитаними надавачами послуг. Однак загалом відомо, що досі обмежений доступ до адекватної діагностики та лікування туберкульозу і що є конкретна проблема щодо впровадження рекомендованого BOO3 DOTS-підходу (безпосередньо контрольована терапія, короткий курс) до туберкульозу. За даними <i>“Звіт про туберкульоз” 2004 р. BOO3</i>, лише 15% українського населення було охоплено DOTS у 2004 році. Більше того, інфармація, надана міжнародними недержавними надавачами послуг, які працюють у цій сфері, свідчить, що існує багато складнощів у плані спілкування між лікарями і пацієнтами та що багато пацієнтів бояться дискримінації. Адаже лікування туберкульозу, подібно до ВЛУ значною мірою залежить від дотримання режиму протягом багатьох місяців, пацієнти потребують підтримки у процесі лікування. Звіт, оприлюднений <i>“Human Rights Watch”</i> у березні 2006 року⁹, повідомляє, що не лише велика кількість людей, які живуть з ВІЛ, не отримали допомогу від органів охорони здоров'я, але що існує конкретна проблема для ВІЛ-позитивних осіб, які звертаються по допомогу в пані лікування туберкульозу в клініки України, а там часто відмовляються їх лікувати, найчастіше через відсутність знань про ВІЛ. Зазвичай пацієнтів направляють до центрів СНІДу, які не спеціалізуються на лікуванні туберкульозу, отож пацієнт досить швидко часто помирає. Окрім людей, які живуть із ВІЛ та хворобами, пов'язаними зі СНІДом, є багато СН, яким відмовляють у лікуванні туберкульозу та інших хвороб.
Психіатричні послуги	Для даної цільової групи відсутні конкретні психіатричні послуги, і в інтерв'ю кілька надавачів послуг констатували, що цих послуг узагалі не існує або ж заклади відмовляються приймати цю групу, що означає наявність значної прогалини у послугах.
Служби репродуктивного здоров'я	В Україні існує мережа служб репродуктивного здоров'я, але, як було згадано вище, цільова група не обов'язково звертається до них. Щодо абортів опитані надавачі послуг наголосили, що вагітності серед дівчат та молодих жінок цільової групи здебільшого не тривають до кінця, тому, можливо, цільова група мало потребує цих послуг. Загальний рівень абортів серед жінок віком від 15 до 44 тріхи знизився протягом останніх кількох років, але аборт усе ще лишається одним із головних методів контрацепції в Україні¹⁰.

ПРОПАГУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИКИ	
Позашкільні програми та заходи	Діючі програми, які рідко містять профілактичний аспект, не включають дітей та молодь, що живуть або працюють на вулицях, враховуючи, що й досі мала їх частина навчається в школі. Проте є одна програма в Одесі, яка здійснюється недержавним надавачем послуг “Жива надія”. Це зразок програми, спрямованої на дітей та молодь із кризових сімей із метою запобігання виходу на вулицю. Вона також включає дітей та молодь, які вже живуть на вулиці, і могла б бути реінтегрована у звичайні школи.
Оздоровчі заходи	В епоху Радянського Союзу піонерські клуби були обов’язковими й домінували, молодь була зайнята позашкільною діяльністю, і це в багатьох випадках давало змогу створити захисне середовище відносно небезпечної поведінки та небезпечних ситуацій. Хоча й зараз є багато молодіжних клубів, але, за словами опитаних надавачів послуг, вони часто-густо не працюють у найбільш потрібних сферах, а членство чи послуги можуть бути платними, закриваючи таким чином, доступ до них дітей та молоді з найбільш вразливих верств населення. Брак рекреаційних послуг визнаний усіма соціальними службами, багато з яких намагаються пропонувати тривалі програми, а також одноразові заходи на зразок літніх таборів для членів цільової групи. Проте охоплення надто мале, щоб задовольнити існуючий попит.
Навчання батьків та програми профілактики	Учасникам підготовки звіту не вдалося виявити жодної національної чи комплексної програми навчання батьків та програми профілактики, яка була б конкретно спрямована на батьків, що перебувають у небезпечному стані й демонструють небезпечну поведінку, яка може негативно вплинути на їх добробут та добробут дітей. Винятком можуть бути деякі послуги, які надаються службами репродуктивного здоров’я, та ініціатива одного з міжнародних недержавних надавачів послуг. Однак остання, здається, не має жодного практичного застосування, і цільова група рідко цікавиться послугами охорони репродуктивного здоров’я.
Підтримка сімей у кризових ситуаціях	Тоді як більшість соціальних служб пропонують підтримку в кризовій ситуації, пропоновані послуги не задовольняють існуючих потреб, інакше кількість дітей та молоді, які живуть або працюють на вулицях України, була б меншою, а тенденція мала б зворотній напрям. Також проводилися обговорення з надавачами послуг проблем щодо браку адекватних методів та виявлення оцінки кризових ситуацій, кваліфікації соціальних працівників, спілкування між партнерами, вчителями й соціальними партнерами (про це йшлося у четвертому розділі). Є окремі випадки, коли члени цільової групи успішно поверталися до біологічних домів (тобто у сім’ї, які можуть і хочуть виховувати їх, і дитина не втече знову). Але, за словами опитаних працівників притулків, багато дітей та молодих людей повертаються у сімейні ситуації, де початкову причину залишення сім’ї не було встановлено, так що вони можуть знову потрапляти до притулку по три, чотири і навіть шість разів на рік. Персонал притулків вважає, що соціальні служби недостатньо ретельно надають їм необхідну підтримку і що існує брак координації між усіма організаціями, які займаються психосоціальною реабілітацією дітей, молоді та їхніх сімей. Начальник Державного департаменту з усиновлення та захисту прав дитини МСМС також критикувала сучасну систему за те, що вона не визнає сім’ю головним джерелом проблем, які відчувують на собі діти та молодь. Це підтверджується тим фактом, що близько 80% дітей відсилають назад у сім’ю після трьох місяців, незважаючи на проблеми, що в ній існують.

Запобігання ВІЛ, ПСІЦ, гепатиту В та С, туберкульозу та пов'язані з цим питанням (включаючи виїзні послуги)	Багато служб, які працюють із даною цільовою групою, на сьогодні включили принаймні інформацію про профілактику ВІЛ та ПСІЦ: здоровий спосіб життя до своїх програм. На вулицях це робиться за допомогою виїзних працівників і добровольців. Це стосується виїзних послуг, то оплоднення ними надто слабе, оскільки цільова група неактивно шукає допомогу. Діючі служби обмежені фінансовими й кадровими рамками. Наприклад, Київський ЦСССДМ потребує і не може придбати автомобіль для виїзної діяльності, а це дало б їм змогу привозити групи дітей та молоді до центрів для дітей, які живуть або працюють на вулиці. Комунальні центри для ВІЛ-інфікованих дітей також переконані в корисності виїзної роботи, зокрема для того, щоб дістатися до тих, хто знаходиться у віддалених районах, та уникнути додаткових транспортних витрат для пацієнтів і їхніх сімей. У плані профілактики туберкульозу більшість програм не спроможні об'єднати профілактику туберкульозу та ВІЛ. Персонал, особливо у державних дитячих закладах опіки та догляду, потребує більше підготовки, зокрема з інтерактивних методів успішного донесення профілактичної інформації та проведення супровідних занять. Нездатність надавати послуги досі головним чином надають інформаційні матеріали і проводять заняття у державних установах. Ураховуючи високий рівень ВІЛ-інфекції, що було виявлено у двох частинах цільової групи, які проходили перевірку на ВІЛ протягом останніх двох років, можна припустити, що профілактична робота з ВІЛ та ПСІЦ не достатня і не досягає дітей та молоді вчасно. Можливо, річ у неефективному донесенні інформації, оскільки фактори ризику досить численні для цільової групи, а мотивів та стимулів для захисту мало. Щодо запобігання гепатиту В і С учасники зустрічі групи технічної підтримки ЮНІСЕФ із питань прискорення розроблення програм профілактики ВІЛ загалом та для молоді, яка зазнає найбільшого ризику, проведеної у Києві 25–26 липня 2006 року, дійшли висновку, що брак програм профілактики гепатиту В і С є “втраченою можливістю” у свіглі великої численності СНІ, які вже заражені гепатитом¹¹. Загалом члени цільової групи можуть отримати доступ до засобів профілактики в Україні: • шприци доступні у великому обсязі та абсолютно законно. Їх можна придбати в аптеках досить дешево – за ціною від 0.20 до 0.80 грн.¹² Однак СНІ не схильні тримати при собі шприци або зберігати їх, аби уникнути конфліктів із органами правопорядку. Де хто також каже, що не має грошей купити шприци. • презервативи також можна легко дістати – вони недорогі, хоч часто виникає питання якості дешевих товарів, які схильна купувати цільова група (якщо купуватиме взагалі) на ринках чи в інших місцях. Отже, безкоштовні презервативи, які роздаються у рамках міжнародних проєктів, варто поширювати іще більше, а членів цільової групи слід навчити, як правильно користуватися презервативом. • за словами опитаних соціальних працівників, більшість доступного профілактичного інформаційного матеріалу спрямована на молоді чи конкретні групи, такі як СНІ. При цьому не враховується рівень розуміння та читання більшості дітей і молоді, які живуть на вулиці. Мова, здебільшого, надто вишукана, щоб принести справжню користь, а доступний матеріал обмежений кількістю. Зразок ефективної практики: у 2000–2005 рр. персонал притулків для неповнолітніх брав участь у тренінгу, підтриманому ЮНІСЕФ, на тему принципів профілактичної роботи з дітьми. У листопаді 2004 року Всеукраїнським центром “Волонтер” за підтримки ЮНІСЕФ було розроблено “Навчальну програму із запобігання ВІЛ/СНІДу та ризикованої поведінки” для державних притулків і схвалено МСМС. У результаті було розроблено комплект ілюстративних матеріалів із профілактики ВІЛ та опубліковано за участі дітей, а також було розроблено методичні рекомендації для персоналу притулків. У даний час понад 1500 дітей у притулках отримали знання та відомості про те, як захистити себе від ВІЛ. Є надія, що оскільки Програму було затверджено, профілактична робота щодо ВІЛ буде інституціалізована та регулярно проводитиметься у притулках.
--	---

Запобігання торгівлі людьми і надання підтримки	Згідно звіту “Торгівля людьми в Україні”¹³ немає організацій, які зосереджуються на протидії вивезенню дітей з України. Незважаючи на те, що можливості правоохоронних органів зростають, а співробітництво з недержавними надавачами послуг поліпшується, все ще існує багато перешкод¹⁴ тому, що стосується спеціалізованого навчання та підтримки різних служб запобігання, виявлення і підтримки дітей та молоді, якими торгують. Доконечною є потреба у функціональній програмі захисту свідків, чітких принципах вирішення проблем із торгівлею людьми, кращого доступу до юридичної та медичної допомоги для тих, хто став жертвою торгівлі, та додаткові дослідження питання торгівлі дітьми, включаючи цільову групу. Потреба створення платформи для органів, які формують політику, урядових установ та недержавних надавачів послуг для обміну досвідом щодо протидії торгівлі людьми у даний час розглядається проектом “Обмін досвідом в ініціативах із боротьби із торгівлею людьми. Політика та практика” (2005–2007), який фінансується посольством Великобританії, “Фондом глобальних можливостей” і реалізується у трьох областях України (Житомирській, Рівненській та Луганській). Проект націлено на розвиток поінформованості про торгівлю жінками та дітьми і вдосконалення координації та надання послуг щодо запобігання торгівлі цією групою людей через східну та південно-східну Європу. Методи проекту включають навчання, семінари, круглі столи та обговорення із залученням великої кількості службовців, представників правоохоронних органів, соціальних працівників та молодих жінок. Крім того, навчання проводиться у місцевих школах, інтернатах та притулках недержавними надавачами послуг з метою підвищення обізнаності щодо питань торгівлі людьми та ВІЛ серед дітей.
Пропагування здоров'я, включаючи навчання життєвих навичок	Пропагування здоров'я – це широка концепція, спрямована на окремих осіб, громаду та тих, хто формує політику. Більшість психосоціальних та медико-соціальних реабілітаційних центрів, створених для обслуговування даної цільової групи, інтегрували у свою роботу деякі аспекти концепції пропагування здоров'я, такі як створення середовища, сприятливого для здоров'я, розвиток особистих навичок дитини, посилення комунальної віддачі шляхом залучення громади до добровільних програм і соціальних заходів, організованих центрами. Однак концепція не повністю інтегрована у національну політику, а реструктуризацію та переорієнтацію послуг у сфері охорони здоров'я, зокрема первинної медичної допомоги, та в інших галузях в напрямі відповідно до концепції пропагування здорового способу життя та профілактики ще треба провести. У плані розвитку особистих навичок членів цільової групи більшість соціальних служб зосереджується на навчанні життєвих навичок, зважаючи на те, що багато дітей та молоді, зокрема ті, хто жив у дитячих будинках та школах-інтернатах протягом тривалого часу, не готові до незалежного життя. Що стосується пропагування здоров'я, зокрема через засоби масової інформації, то зроблено надто мало, аби відчутти вплив. Одна з причин – кампанії на підтримку здорового способу життя, які включають соціальну рекламу з використанням ЗМІ, змушені існувати поряд із потужною рекламою товарів на зразок тютюну та спиртного, які можуть бути шкідливими для здоров'я і часто-густо супроводжують інформацію, що вони посилюють сексуальну потенцію. Окрім того, соціальну рекламу рідко показують по телевізору чи розміщують у найкращих місцях міської та сільської місцевості, оскільки це робиться безкоштовно або за зниженими ставками.
Освіта “рівний–рівному”	Це один із надійних шляхів донесення профілактичної інформації та надання допомоги й догляду цільовій групі (наприклад, у рамках профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини та програм медичного догляду). Хоча наявні певні приклади неурядових та релігійних організацій, що надають послуги щодо застосування даного підходу, зокрема у рамках їхніх виїзних послуг, охоплення цільової групи програмами “рівний–рівному” надто низьке. Причина – потреба в належному навчанні та постійній психосоціальної підтримці інструкторів і консультантів, що часто виходить за межі фінансових ресурсів надавачів послуг. Даний підхід підкріплено доказами, і його застосовують багато надавачів послуг в усьому світі для контактів із “маргіналізованими” групами, особливо молоддю.

ПРОГРАМИ, СПРЯМОВАНІ ПРОТИ СТИГМАТИЗАЦІЇ ТА ДИСКРИМІНАЦІЇ	
Захист від дискримінації та кампанії проти стигматизації	Існують національні, а також регіональні та цільові кампанії (включаючи, наприклад, засоби спілкування для зміни поведінки, розраховані на працівників сфери охорони здоров'я та інших фахівців) задля солідарності з людьми, які живуть із ВІЛ. Дана цільова група або інші уражені групи окремо не виділялися під час тих кампаній для уникнення подальшої стигматизації. Досі було мало кампаній, а упереджене ставлення та дискримінація “маргіналізованих” груп і людей, які живуть із ВІЛ, ще й досі доволі поширені в Україні (про це йшлося у четвертому розділі). Цілий ряд міжнародних неурядових організацій та організацій ООН виступають за зміну політики щодо цього, а багато надавачів послуг пропонують юридичну підтримку в разі дискримінації, однак попит низький так само, як і охоплення. Спеціальних програм, спрямованих на підтримку дітей та молоді, які живуть або працюють на вулицях України і належать до ромів – однієї з найбідніших громад в Україні, не вдалося знайти.
Захист від порушення конфіденційності	Хоча сучасне законодавство формально гарантує конфіденційність із боку медичного персоналу, за словами опитаних надавачів послуг, на практиці це не завжди діє, зокрема стосовно дітей та молоді, які живуть із ВІЛ. Окрім медичного персоналу, який може спричинити неформальний витік інформації, існують також приклади бюрократичних процедур, що порушують конфіденційність. Наприклад, коли ВІЛ-позитивна мати народжує дитину, поліклініка отримує повну інформацію, оскільки медичну картку дитини позначено червоним. Ця картка передається за дитиною до школи й далі, несучи інформацію через усі етапи життя. Незалежний адвокат, який працював юридичним експертом у проекті з прав ВІЛ-інфікованих дітей, повідомив, що майже немає юридичних прецедентів судових справ через порушення конфіденційності або навіть злочинну недбалість. Судові процеси щодо злочинної недбалості важко проводити через фальсифікацію медичних документів, яку вельми поширено, а також ряд інших причин.
Підвищення поінформованості громадськості за допомогою засобів масової інформації	Час від часу українська преса розповідає про проблеми цільової групи. Також до України приїздить багато іноземних журналістів, аби написати про становище цільової групи й поінформувати про це громадськість у Західній Європі та США. На думку заступника директора Українського інституту журналістики, в Україні досі не розв'язане питання, як донести до громадськості інформацію, не порушуючи при цьому прав цільової групи, особливо тих, хто живе з ВІЛ, і дотримуючись журналістської етики збереження анонімності та конфіденційності, де це необхідно. Також існує ризик, що при інформуванні про групи, які найбільш імовірно наражаються на небезпеку зараження ВІЛ, виникне ще більш упереджене ставлення до них пересічних громадян і громадськість вважатиме, що ВІЛ, приміром, вражає лише зазначені групи, а до них не має жодного стосунку. Проте нині існує багато навчальних програм для ЗМІ про те, як слід писати про ВІЛ та на інші подібні теми.

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ТА ЮРИДИЧНІ ПОСЛУГИ	ЦСССДМ має широку мережу соціальних служб для дітей та молоді по всій країні. Однак найбільша проблема полягає в тому, що більшість цих служб спрямовано на дітей та молодь загалом, а не конкретно на тих, хто зокрема живе на вулиці, тож вони не беруть до уваги конкретні обставини. Та навіть конкретні послуги для молоді, яка найбільш імовірно наражається на небезпеку зараження ВІЛ, пропонувані ЦСССДМ, такі, як консультаційні центри “Довіра”, не вийшли на цільову групу, незважаючи на той факт, що завдяки збільшеному фінансуванню з боку держави їх загальне охоплення значно зросло. Більше того, за даними представника Державного ЦСССДМ та МВС, багатьом службам бракує персоналу для того, щоб охопити велику кількість дітей та молоді, які потребують підтримки й супроводу, і співробітники цих державних служб не готові вирішувати проблеми, з якими стикається цільова група. Представники організацій, які відповідають за роботу з цими дітьми та молоддю, скаржилися, що у них немає ані потужностей, ані персоналу та часу, аби займатися кожною конкретною дитиною чи молоддю людиною для належної оцінки ситуації та надання допомоги. Інші вважають, що наявні ресурси надто тонко розподілені по багатьох місцях разом із недостатньою координацією, а тому вони неефективні. Існують конкретні проблеми, пов’язані з отриманням офіційних документів для членів цільової групи соціальними службами. Незважаючи на те, що більшість діючих соціальних служб прагнуть допомогти члену цільової групи відновити офіційні документи, процес займає дуже багато часу і часто може тягтися місяці через бюрократію. Справа ще більше ускладнюється з дітьми з інших країн – цю проблему особливо згадували недержавні надавачі послуг під час опитувань. Також існують особливості стосовно свідомств про народження та смерть. За даними обласної служби у справах неповнолітніх, свідомств про народження не можуть бути видані без дозволу батьків чи опікунів, а цього члени цільової групи, які потребують документів, не мають. Свідомств про смерть батьків можуть отримати лише повнолітні члени родини померлого, і це часто робить неможливим установити статус деяких дітей та молодих людей. Тим часом останні знову можуть уткнутися, і службі іноді неможливо знайти їх.
Юридичне оформлення справ, які стосуються цільової групи	Багато опитаних надавачів послуг наголошували на неефективності системи судочинства й потребі негайної реформи у сфері правосуддя у справах неповнолітніх, аби краще відображати особливості справ, які стосуються членів цільової групи, а також прискорити проходження їх справи через систему, так щоб вони не застрягли у тимчасових притулках чи приймальниках-розподільниках довше, аніж це насправді потрібно.
Психологічна підтримка	У той час, як усі недержавні надавачі послуг мають у своєму штаті психолога, відсутні положення керівного органу про психологів у державних притулках. Директори різних установ повідомляли в інтерв’ю, що вони використовували творчий підхід, розпоряджаючись своїм бюджетом, щоб включити психологів у штат на власну ініціативу, іноді урізуючи інші зарплати, аби заплатити додатковому працівникові, який дуже потрібен для психічного здоров’я членів цільової групи, а також працівників установ, яким може знадобитися психологічна підтримка для того, щоб справитися з власними напруженнями на роботі. Представники неурядових та релігійних організацій, що надають послуги, також згадували в інтерв’ю, що потребують постійної психологічної підтримки. Вони підкреслювали, що потреби часто перевищують їхні організаційні можливості.

“Гарячі лінії”	Організації, які створюють гарячі лінії, не ведуть статистики (з причини анонімності) і не мають надійних доказів того, що цільова група користується їхніми послугами. Однак, за статистикою служби у справах неповнолітніх Київської міської держадміністрації, дзвінки до їх “гарячої лінії” надходять переважно від дітей (віком від 13 років і старше) і стосуються міжособистісних стосунків (в основному), проблем із сім’єю, однокласниками або вчителями, проблем сексу, здоров’я (наприклад, вагітність) та соціальної ізоляції, прохань про психологічну та медичну допомогу, питань, пов’язаних з уживанням наркотиків, а також інших згубних звичок, домашнього насильства та сексуальних злочинів, загроз самогубства і вбивства і т.ін. Опитані зазначили проблему додзвонювання на номер 8-800, який не завжди легко набрати з будь-якого телефону.
----------------	--

ЗАКЛАДИ З НАДААННЯ ПІДТРИМКИ	Центри для дітей та молоді, які живуть або працюють на вулицях
	Станом на сьогодні існує зовсім мало центрів для дітей та молоді, які живуть або працюють на вулицях в Україні. Ті, що існують, легко доступні для цільової групи у безпосередній близькості. Для членів цільової групи, які живуть далі, на заваді можуть стати транспортні витрати. Київський міський ЦСССДМ та різноманітні недержавні надавачі послуг в Одесі дуже зацікавлені у розширенні служби цього типу, а “Лікарі світу” (США) планують створити центри в Україні, які надаватимуть соціальну та медичну допомогу цільовій групі на основі передової практики Санкт-Петербурга (Росія) ¹⁵ . Позицію центрів для дітей та молоді підкріплена доказами з метою досягнення “маргіналізованих” груп. Це підхід “на низькому рівні”, який дає змогу дітям та молоді приходити та йти із власної волі, поки вони не почнуть достатньо довіряти, щоб спробувати інші форми підтримки, поїхати до реабілітаційних центрів тощо. Часто такі центри надають повний пакет соціальних, медичних, психологічних, психіатричних, оздоровчих та юридичних послуг у своїх приміщеннях у вигляді “комплексного обслуговування”, аби не втратити клієнта при перенаправленні його до служб, які перебувають за межами центру. Іноді вони працюють за принципом “супроводу клієнта”, призначаючи кожному йому “супроводжуючого”, який допомагає клієнтові отримати всі необхідні послуги.
Притулки	В Україні діє поширена мережа державних притулків, а також існує цілий ряд притулків, якими управляють неурядові та релігійні організації, що надають послуги. У рамках даного звіту неможливо було оцінити, чи є наявна кількість притулків достатньою, через брак вихідних даних. Існують спеціалізовані притулки для осіб, які потерпіли через торгівлю людьми ¹⁶ . Більшість притулків є легкодоступними для членів цільової групи. Співробітники правоохоронних органів іноді під час рейдів силоміць забирають дітей та молоді із вулиць і відвозять їх до притулків або інших дитячих закладів догляду та опіки. Отримавши психологічну травму від рейду міліції та будучи силоміць привезеними до притулку, багато членів цільової групи намагаються не бути спійманими повторно, а тому можуть уникати контакту із соціальними службами взагалі, оскільки втратили віру у систему. У даний час член цільової групи може перебувати у притулку не більше, ніж 90 днів (незабаром тривалість перебування буде подовжено відповідно до “Державної програми подолання дитячої безпритульності та бездоглядності–2006”), але можуть залишатися й довше, якщо не знайдено іншого місця для його влаштування. Як було наголошено у четвертому розділі, багато дітей та молоді, відправлених до притулків, знову тікають за першої нагоди, ставлячи під сумнів ефективність рейдів та підтримку, яка надається їм у притулках.

Дитячі будинки	Дитячі будинки приймають, переважно, дітей молодшого віку, а також тих, кого було підібрано на вулиці. Основна проблема полягає в тому, що часто у дитячих будинках перебувають діти, старші від належного віку, оскільки не знайдено іншого закладу, куди їх можна було б улаштувати, зокрема якщо це ВІЛ-інфікована дитина. Опитані соціальні працівники висловлювали занепокоєння тим, що ВІЛ-інфіковані діти іноді перебувають на карантині і їм не дозволяють виходити гуляти, бо директор переживає, що вони можуть легко захворіти. Однак є добрі приклади, такі як Донецьк, де інтенсивне навчання, організоване Британською радою, значно поліщило ситуацію, і ВІЛ-інфіковані діти вільно гуляють на вулиці. Опитані також вважають, що працівники дитячих будинків потребують більше спеціалізованого навчання на предмет ВІЛ. Подібно до шкіл-інтернатів, дитячі будинки забезпечують інституціоноване середовище, яке може справити негативний вплив на добробут дитини, зокрема у довгостроковій перспективі (див. розділ шостий).
Центри психосоціальної або соціально-медичної реабілітації	Це або незалежні центри, або центри, які об'єднані разом з притулками. Вони зазвичай відкриті для цільової групи, але більшість центрів виключає тих, хто вживає наркотичні речовини. Через значні прогалини в послугах наркореабілітації для молоді багато членів цільової групи, які вживають наркотики, ніколи не мають шансу отримати доступ до такої служби. Охоплення загалом недостатнє для забезпечення потреб, як і в більшості випадків з іншими службами. Один із центрів у Києві було нещодавно закрито, оскільки приміщення знадобилося Київському міському ЦСССДМ для використання з іншою метою, що зменшив і так незначну кількість служб у місті. У деяких центрах діти та молодь схильні залишатися довше, аніж заплановано (як у притулках), через брак альтернативного догляду. В одному центрі, який оцінювався в рамках даного звіту, діти та молодь можуть перебувати до досягнення ними повноліття, але це знову порушує питання щодо ефективності довготривалого інтернатного та інституціонованого типу опіки.
Центри денного перебування	Це загальний термін, яким охоплено деякі центри психосоціальної реабілітації, а також центри для дітей, які живуть або працюють на вулицях, що пропонують послуги тільки протягом дня. В Україні існують спеціалізовані центри денного перебування лише для ВІЛ-інфікованих дітей, і нині вони не обслуговують цільову групу. За словами членів “Всеукраїнської мережі людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом”, ці спеціалізовані центри денного перебування довели свою ефективність, надаючи підтримку дітям та їхнім сім'ям і допомагаючи їм прийняти свій статус. Дехто навіть зважився повідомити про свій статус у громадах, аби вирішити питання стигматизації. Центри також успішно допомагають ВІЛ-інфікованим дітям отримати доступ до шкільного навчання, юридичної підтримки тощо.
Будинки сімейного типу та прийомні сім'ї	Станом на серпень 2006 р. в Україні налічувалося 256 прийомних сімей та 181 будинок сімейного типу. Проте діти та молодь, які поки що живуть на вулицях і вживають наркотики, не можуть скористатися цими варіантами. Після інтенсивної психосоціальної реабілітації деякі члени цільової групи живуть у таких будинках чи сім'ях. Одним із прикладів є “Батьківський дім” – недержавний надавач послуг у м. Києві. Більша частина тих, хто живе у будинках сімейного типу та прийомних сім'ях, – це вихованці дитячих будинків віком до 10 років. Охоплення досить слабе, однак “Державна програма подолання дитячої безпритульності та бездоглядності–2006” передбачає розширення цього типу послуг у найближчі роки.

Соціальні гуртожитки, комунальні групові будинки та напівсамостійні програми проживання	Ці типи установ – досі дуже рідкісне явище для України. У даний час є деякі пілотні програми, наприклад програма у Києві, яка проводиться недержавними надавачами послуг “Сонячний дім” та “Місія порятунку дитини”. Вони використовують підхід “найнижчого рівня”, який нагадує “центри для дітей та молоді, які живуть на вулиці”, незважаючи на те, що більш обмежені щодо доступу в плані вживання наркотиків і наркотичних речовин (сюди можна потрапити тільки після проходження детоксикації та після успішного завершення першої наркореабілітаційної програми). Тут серйозно зосереджуються на навчанні життєвих навичок, створенні середовища, сприятливого для здоров’я, готуючи дітей до самостійного життя. Як було повідомлено під час інтерв’ю, потребу в соціальних гуртожитках зокрема було встановлено для дітей та молоді, які не мають документів, а тому і жодного статусу. Це, наприклад, стосується сиріт, що досягли повноліття й залишають свій заклад не маючи місця, куди можна піти. Схожим чином старші діти та молоддь, які пройшли через процес психосоціальної реабілітації, мають більше шансів жити напівсамостійно і безпечно протягом перших кількох місяців, поки шукають роботу, і зрештою більш постійне житло.
Приймальники-розподільники та пенітенціарні установи для неповнолітніх	Як зазначалося у розділі 6.3, в Україні виховні колонії для неповнолітніх зазнали значного вдосконалення протягом останніх кількох років. Приймальник-розподільник у Житомирі було навіть визнано зразковим: тамтешні умови проживання, освітні та рекреаційні зони відповідали міжнародним стандартам, діяла структурована програма освітньої, рекреаційної та соціальної діяльності, включаючи психологічну підтримку. Дедалі більше неурядових організацій надають рекреаційні та соціальні послуги в колоніях для неповнолітніх, а Державний департамент із питань виконання покарань розробляє стратегію реформування місць утримання під вартою та пенітенціарних закладів для неповнолітніх із метою перетворення їх швидше на освітньо-педагогічні реабілітаційні та реінтеграційні центри. За даними звіту 2005 року “Human Rights Watch”, загалом умови в плані переповненості, харчування, відповідних санітарних установ та медичних служб залишаються досить поганими в українських в’язницях та місцях утримання під вартою. У звіті далі наголошується, що тортури та погане поводження залишаються значною проблемою. Деякі факти поганого поводження і навіть тортур повідомили діти та молоддь, яких було затримано у Києві та Одесі. Загалом же докази поганого поводження, особливо побиття та зґвалтування серед юних в’язнів, залишаються словесними й не дослідженими належним чином. Лише один проект щодо прав дітей та молоді у приймальниках-розподільниках та пенітенціарних закладах, здійснений у 2003–2004 роках, можна назвати у рамках даного звіту. Дотримання права людини відстежується багатьма агенціями, включаючи уповноваженого Верховної ради з прав людини в Україні, та іншими організаціями на зразок місцевих і міжнародних НУО та Європейського комітету з питань запобігання катуванню чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню. Є деякі соціальні працівники, що пройшли спеціальне навчання з надання догляду та підтримки дітей і молоді у місцях утримання під вартою та пенітенціарних закладах для неповнолітніх, однак у цілому охоплення такою спецпідготовкою дуже слабке через обмежені людські ресурси та загальний обсяг проблеми. Також іноді виникають проблеми щодо супроводу дітей чи молоді після їх звільнення. Проте соціальні служби мають домовленості з персоналом колоній і намагаються здійснювати супровід, особливо щодо ВІЛ-інфікованих членів цільової групи.

Доступ до належної профілактичної інформації та освіти й досі обмежено. У той час, як загалом інформація надається й розроблено деякі спеціальні матеріали, існує та проблема, що інформація не завжди пояснюється та контролюється. Від надавачі послуг надходили повідомлення, що інформацію просто “скидали”, що можна пояснити обмеженою кількістю психологів та підготовлених соціальних працівників, а також браком спеціально навчених працівників колоній, медичного та освітнього персоналу. Нещодавно було започатковано проект, із метою змінити таку ситуацію. Проект називається “Запобігання ВІЛ/СНІДу та небезпечної поведінки серед молодих правопорушників” і реалізується із 2006 по 2007 рік в 11 колоніях для неповнолітніх.

Партнерами у цьому проекті є Всеукраїнський центр “Волонтер” (НУО), Державний департамент із питань виконання покарань, Британська рада та ЮНІСЕФ. Основна мета проекту – підвищити інформованість про запобігання ВІЛ та пропагувати здоровий спосіб життя серед молодих правопорушників.

Це здійснюється шляхом розроблення набору навчальних матеріалів для неповнолітніх та фахівців на основі інтерактивних навчальних методів (включаючи настільні ігри тощо). Молодих правопорушників було залучено до розроблення навчального набору, а матеріали дають змогу молодим людям збільшити свої знання, дослідити ставлення та цінності, сформувати певні життєві навички.

Доступ до засобів захисту також обмежений (презервативи, стерильний ін’єкційний інструментарій), а програми зменшення шкоди лише нещодавно почали здійснюватися у деяких виховних закладах для дорослих.

Донедавна для ВІЛ-інфікованих осіб доступ до антиретровірусної терапії був загалом відсутній, і, незважаючи на прогрес у цьому напрямку, доступ і досі надзвичайно малий, зокрема для неповнолітніх.

ДОГЛЯД ТА ПІДТРИМКА	Нині постійно збільшується кількість сиріт, чий батьки померли від хвороб, пов'язаних зі СНІДом. Центри СНІДу, які знають батьків, намагаються стежити за дітьми, за будь-якої можливості направляючи їх, переважно, до дитячих будинків, аби вони не пішли жити на вулицю в разі відсутності родичів, котрі хочуть і можуть доглядати їх. Надавачі послуг в Одесі наводять приклади випадків, коли діти, осиротілі внаслідок СНІДу, пішли жити на вулицю й звернулися до їхньої служби. За приблизними оцінками, до 2014 року близько 47 000 дітей можуть стати повними сиротами ¹⁷ , а сучасна система соціальної підтримки не готова впоратися навіть з половиною цієї кількості. Як наслідок зростатиме ймовірність того, що ці діти та молодь опиняться на вулиці, особливо враховуючи те, що стигматизація досі дуже висока, а персонал у дитячих закладах іще недостатньо підготовлений, аби забезпечувати догляд і належним чином задовольняти їх специфічні потреби.
ПОСЛУГИ ДЛЯ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ (СН)	Більшість існуючих служб іще не досягають цільової групи, хоча деякі пункти обміну шприців повідомили під час інтерв'ю, що вони обслуговують деяких членів даної групи, а працівники виїзних служб також іноді стикаються з ними під час своєї роботи. Послуги зменшення шкоди проходили оцінку кілька разів і довели свою дієвість ¹⁸ . Поведінкові дослідження ¹⁹ серед СН та жінок секс-бізнесу у 2004 році продемонстрували, що, наприклад, із 3542 респондентів 24% СН, які скористалися послугами зменшення шкоди/профілактики ВІЛ, почали поводитися з меншим ризиком передачі ВІЛ і більше знали про ВІЛ/СНІД (67%) порівняно із 16% (поведінка) і 41% (знання) тих, хто не скористався цими послугами. 80% жінок секс-бізнесу, які скористалися послугами, сказали, що користуються презервативом під час сексу зі своїми клієнтами протягом останніх 12 місяців, порівняно із 77% тих, хто не скористався послугами. Однак загальною оцінкою охоплення надто слабке. За даними нещодавнього дослідження, проведеного в Одесі, програми зменшення шкоди та запобігання ВІЛ іще не охоплюють більшості "гарячих точок", де зустрічаються СН. У дослідженні зроблено висновок, що багато СН не знають про існуючі послуги, а їхній страх перед міліцією – один із основних бар'єрів на шляху до отримання доступу до послуг профілактики та зменшення шкоди ²⁰ .
Наркологічні клініки та лікувальні центри	Надзвичайно обмежено доступ для цільової групи ²¹ не лише тому, що служби переважно зосереджують свою діяльність на дорослих, але й тому, що вони не безкоштовні, і члени цільової групи не можуть дозволити їх собі ²² . Один добрий приклад є в Одесі, де реалізатори неурядової програми зменшення шкоди шляхом обміну шприців тісно співпрацюють із місцевим центром лікування від наркоманії. Однак центр має змогу прийняти лише п'ятьох дітей водночас, а багато дітей відмовляються залишатися там через брак рекреаційних заходів. Як наслідок, висока частота рецидивів. Цілий ряд наркологічних клінік та лікувальних центрів створили пересувні групи, але вони не досягають цільової групи ²³ .

Програми замісної терапії	У даний час реалізуються тільки пілотні проекти. Тому охоплення дуже мале, і на сьогоднішній день цільова група не має доступу до цих послуг. Зараз надто рано оцінювати ефективність цих програм, але їхня якість може постраждати через відсутність супроводжувальних психосоціальних і терапевтичних заходів наркологічної реабілітації, включаючи програми соціальної реінтеграції для колишніх СІН ²⁴ .
ГУМАНІТАРНА ДОПОМОГА	
Гуманітарна допомога у вигляді продуктів, одягу тощо	Оскільки це послуга реалізується багатьма релігійними організаціями, що надають послуги, охоплення може бути відносно високим, однак це ніколи не вивчалось. Цей вид допомоги, здебільшого, легкодоступний для цільової групи й задовольняє одну-дві їх основні потреби. Однак часто ця “самостійна” послуга без співробітництва з іншими надавачами послуг використовується як змога установалення довірчих взаємин із дітьми та поступового залучення їх скористатися іншими послугами.
ПРОГРАМИ ЗАЛУЧЕННЯ ЦІЛЬОВОЇ ГРУПИ	
Програми залучення цільової групи	Досі рідкісне явище. МСМС у співпраці зі всеукраїнською неурядовою організацією “Де бати” та за підтримки ЮНІСЕФ показали добру практику прийняття рішень із залученням громадськості шляхом реалізації проектів, що дають змогу молоді, включно із членами цільової групи, яка живе в інтернатах, сільській місцевості, ВПЛ-інфікованим, СІН та секс-працівникам висловлювати свої погляди на ВПЛ та пов’язані з цим питання за допомогою громадських слухань і дебатів (див. восьмий розділ).

Таблиця 18. Основні служби підтримки, заходи та програми надавачів послуг із погляду їх доступності, охоплення, ефективності та існуючих прогалин

ПОСЛУГА, ПРОГРАМА АБО ДІЯЛЬНІСТЬ	ДОСТУПНІСТЬ ТА ПРОГАЛИНИ
Відповідне навчання	Досить мало соціальних працівників, наприклад у межах системи ЦСССДМ, пройшли належну підготовку для роботи з цільовою групою, за винятком Київського ЦСССДМ, як повідомляє Державний ЦСССДМ. Охоплення навчанням обмежене, зокрема у світлі високої плинності кадрів. Інша проблема – брак організованого навчання та дублювання деяких видів навчання через обмежене співробітництво серед донорів і організацій-реалізаторів. Навчання, здебільшого, проводиться завдяки міжнародному фінансуванню та охоплює лише окремі групи чи регіони. Було виявлено лише три “центри знань”, які виступають у ролі інформаційно-навчального центру з питань ВІЛ/СНІД: один у Києві (догляд та лікування), один у Вільносі (зменшення шкоди) і один у Загребі (моніторинг та оцінка). Однак на цій стадії відсутнє навчання, яке б зосереджувалося на цільовій групі і було доступним через три “центри знань”. І незважаючи на те, що наявний доступ до цих “центрів знань” та до навчальних програм у педагогічних інститутах та школі соціальної роботи при Києво-Могилянській академії, загальом доступ до навчання та ресурсів дуже обмежений через замалі бюджети та потужності в плані часу й людських ресурсів, аби вивільнити персонал для проходження навчання. Існує специфічна проблема щодо навчання соціальних працівників. Навіть нині це відносно нова професія в Україні, а тому кількість висококваліфікованих соціальних працівників і досі обмежена, так само як випускників вузів. Лише нещодавно було розроблено та інтегровано в освітній процес школи соціальної роботи Києво-Могилянської академії детальний навчальний план із ВІЛ/СНІДу, що включає й споріднені теми¹. Різноманітне навчання, яке надається в наш час, має позитивні результати. Один приклад: • навчання, надане неурядовим надавачем послуг “Дитинство без СНІДу”, допомагає багатофункціональному колективові фахівців у різних регіонах України оволодіти конкретними знаннями, як виявити клінічні симптоми ВІЛ у дітей із подальшим тестуванням і навчанням їх, як працювати з ВІЛ-позитивними дітьми. Навчання дало змогу виявити 40 ВІЛ-інфікованих дітей, до яких згодом почали застосовувати антиретровірусну терапію. Успіх навчання можна гарантувати, якщо навчальні сесії поєднуються з діючими програмами стажування та консультацій.

	Нижче наведено основні теми, які, за словами надавачів послуг (зокрема із соціальної та медичної сфери) мають бути охопленими (окремий аналіз навчальних потреб не був частиною підготовки цього звіту): • Як найкраще працювати з цільовою групою (передова практика). • Виїзна робота. • Підходи, дружні до молоді. • Метод мобілізації громади. • ВІЛ/СНІД та споріднені теми, зокрема як працювати та здійснювати догляд за дітьми й молоддю, які живуть із ВІЛ або проходять антиретровірусну терапію. • Посилення профілактичних заходів. • Моніторинг та оцінка послуг. • Управління послугами. • Здоров'я та безпека на робочому місці. • Як учити запобігати торгівлі людьми.
Психосоціальна підтримка та заходи із запобігання синдрому “перегорання”	Як було описано у четвертому і п'ятому розділах, у соціальних службах наявні висока плінність кадрів через низьку зарплату, високий рівень стресу та брак психосоціальної підтримки, що призводить до раннього “перегорання” персоналу. Існує недовозначна потреба у додаткових заходах підтримки, аби запобігти синдрому “перегорання”.
Форум для обміну інформацією, передовою практикою та досвідом	Надавачі послуг у своїх інтерв'ю кілька разів наголосили, що хотіли б більше дізнаватися про те, як інші працюють із даною цільовою групою, про передову практику тощо. Дехто сказав, що під час зустрічей та круглих столів, переважно, обговорюються лише проблеми і дуже рідко – шляхи їх розв'язання.
Міжнародний досвід (наприклад, через навчальні тури)	МВС, персонал соціальних служб та інші називали це прогалиною.

Достатні фінансові, технічні, людські та інші ресурси	Під час інтерв'ю майже всі служби скаржилися, що вони недостатньо вкомплектовані персоналом. Наприклад, відповідно до закону служба у справах неповнолітніх Київської міської державної адміністрації у своїх районних філіях повинна мати 177 працівників і 31 – міських, а разом 208 членів персоналу, однак їхня кількість на кінець 2005 року становила лише 127. Інший приклад з Одеського міського ЦСССДМ: ЦСССДМ займається здійсненням цілого ряду програм із забезпечення потреб сімей та дітей у кризових ситуаціях. Однак брак фінансування призводить до низьких зарплат соціальних працівників, які перевантажені і часто “перегорають” через малу кількість персоналу. Значна частина їхньої роботи вимагає великих зусиль і пов’язана із бюрократією. ЦСССДМ надає допомогу тим, хто звільняється із в’язниць, шукає роботу та підтримку в оформленні документів. Наприклад, процес надання допомоги молодій людині, яка не має документів і чию квартиру було продано, коли дитині було сім років, може зайняти багато годин і днів. Навіть якщо молода людина має роботу, вона повинна десь жити, а без належного встановлення особи немає змоги захищати її права. Тому нереалістично, на думку Одеського міського ЦСССДМ, очікувати, що їх невеликий штат соціальних працівників може надати повноцінну соціальну підтримку сім’ям та дітям у кризових ситуаціях в усьому місті. Також відсутнє фінансування щодо Інтернет-ресурсів, офісного обладнання та інших потреб, які б допомогли прискорити роботу.
Відповідні зарплати	Один приклад нерівності зарплат у соціальному та освітньому секторах був наданий представниками одного центру соціально-медичної реабілітації в Києві, який, за словами директора відділу освіти центру та заступника директора центру, має високу плінність кадрів. Це пояснюється високим рівнем “перегорання” і тим фактом, що зарплати педагогів у реабілітаційному центрі не дорівнюють зарплатам педагогів звичайних шкіл. Вони не мають тих самих виплат, на зразок пенсій, і працюють за дуже низьку зарплату.
Засоби безпеки та охорони здоров’я на робочому місці, включаючи пакет медичного страхування	Як правило, для персоналу відсутній пакет медичної страховки. Доступ до засобів захисту здоров’я та безпеки персоналу дуже обмежений, наприклад, багато опитаних постачальників послуг, які працюють у державних закладах, скаржилися, що вони не мають гумових рукавичок, навіть у закладах охорони здоров’я.
Дані та інформація на підтримку процесу планування та прийняття рішень	Немає деталізованих даних щодо цільової групи. Лише нині розробляється державна база даних “безпритульних дітей” та “дітей-сиріт”. Деякі недержавні надавачі послуг, такі як благодійний фонд “Шлях додому”, мають електронні бази даних своїх клієнтів, проте існують правові питання стосовно конфіденційності та обміну інформацією серед надавачів послуг, які запобігають належному використанню зібраної статистики. Крім того, діловодство не стандартизоване для надавачів послуг, а також існують проблеми, висвітлені у звіті, щодо обміну даними серед надавачів послуг. Дослідження, зосереджене на цільовій групі, досить обмежене, а описи, переважно, не є репрезентативними через брак вихідних даних. Жодне із дозорних епідеміологічних та поведінкових досліджень у рамках епідеміологічного нагляду другого покоління в Україні не включало членів цільової групи. Результати оцінки потреб, яку було проведено місцевими недержавними надавачами послуг, часто не задокументовано належним чином.

Належна система направлень та інформації по інших службах	Загалом прогалини описано в четвертому та п'ятому розділах. За даними Державного ЦСССДМ, працівники ЦСССДМ мають внутрішню систему направлень, але вона не обов'язково охоплює всі урядові та неурядові установи, які займаються дітьми та молоддю, і не конкретизована для цільової групи.
Програми підтримки добровольців	Існують деякі програми добровольців, однак вони потребують додаткового навчання персоналу та нагляду за добровольцями. Добровольці також потребують психологічної підтримки, якої й так недостатньо для штатних працівників, а тому цих програм небагато.

Таблиця 19. Окремі міжнародні та вітчизняні зразки передової практики

Установлення вихідних даних
Добрий зразок того, як досягти консенсусу та дійти спільної оцінки – зусилля, зроблені Міністерством охорони здоров'я України у співпраці з ВООЗ та іншими ключовими зацікавленими сторонами щодо встановлення кількості ВІЛ-інфікованих людей в Україні ¹ . Такі зусилля не лише допомагають досягти згоди відносно кількості, але й можуть слугувати платформою спільних дій для досягнення поставленої мети. До цих заходів, можливо, треба провести цільові епідеміологічні та поведінкові обстеження. За допомогою таких обстежень збираються деталізовані дані щодо віку, статі, сільської/міської місцевості, сімейних особливостей, освіти, етнічної групи (якщо можливо) та небезпечної поведінки (вживання наркотиків або сексуальна експлуатація).
Акумулявання фінансів для неурядових організацій
Оскільки державне фінансування недостатнє для підтримки діяльності неурядових надавачів послуг, необхідно розглядати альтернативні джерела доходів. У багатьох країнах неурядовим надавачам послуг дозволяється отримувати прибутки без сплати податків шляхом продажу таких товарів, як листівки, свічки, нотатники та малюнки, які було розроблено дітьми чи людьми з обмеженими можливостями. Поки що це не дозволяється робити в Україні. Уряди у багатьох країнах також акумулюють кошти для соціального сектору, надаючи податкові пільги добре відомим, зареєстрованим та акредитованим недержавним надавачам послуг, які підтримують заходи для малозахищених верств населення.
Програми первинної і вторинної профілактики
Посилення навичок батьків – “Управління батьківством” Міжнародна федерація освіти батьків розробила зразок передової практики на основі досліджень різних методів, які використовуються у програмах навчання батьківства. Навчальні програми зосереджуються на наданні порад, розвиткові навичок, вирішенні проблем, установленні меж, управлінні негативними емоціями та позитивному залученні. Програму було розроблено у Сполучених Штатах Америки, й нині вона реалізується у світовому масштабі – наприклад, у Норвегії, Данії та Ісландії ² .
Догляд за дитиною та освіта – програми дошкільного догляду, такі як “Здоровий старт” Програму було запроваджено в Орегоні (США), і вона є універсальною добровільною програмою відвідання домівки для всіх сімей, які мають першу дитину. Зокрема інтенсивне відвідування домівки пропонується сім'ям у кризовій ситуації. Також програма проводиться в інших країнах, а оцінка програми на Гавайях показала позитивний результат у ставленні батьків до своїх дітей, стосунках “батьки–діти”, залученні матерів, чутливості до дитячих подразників та зменшенні небезпечних факторів, зокрема стосовно жорстокого поводження з дітьми ³ .
Програми ранньої профілактики – “Програма SOS” Одним із прикладів успішної програми ранньої профілактики, яку спрямовано на подолання проблеми залишення дітей, є “Програма SOS” у Польщі, де реакція на кризову ситуацію завжди швидка й найбільше відповідає інтересам дитини. Наприклад, якщо дитину залишено при народженні, її влаштовують у прийомну сім'ю, в той час як іде пошук усиновителів, щоб дитина не проводила безпідставно час у лікарні. В Україні діти, залишені при народженні, можуть проводити в лікарні тижні і навіть місяці до того, як їх передадуть до дитячого будинку, якщо не знайдено кандидатів в усиновителі. Як наслідок, дитину позбавлено важливих для неї стосунків на початкових етапах її розвитку.

**Комунальна програма профілактики – проект “STAR”
середньозахідний проект профілактики**

Довгостроковий проект (здебільшого понад два роки), розроблено у США. Це комплексна комунальна програма, спрямована на зменшення вживання наркотиків та наркотичних речовин серед дітей та молоді шляхом подолання багатьох факторів впливу, з якими стикаються діти та молодь у цій сфері. Проект ґрунтується на інтерактивному підході шляхом навчання навичок протистояння (за допомогою лідерів-однолітків), включаючи рольові ігри та групові обговорення, впливаючи в той же самий час на середовище й залучаючи всю громаду до профілактичних заходів. Проект має різні складники, включаючи програму батьківства (практикуми, діяльність у районі, зустрічі з питань планування сім'ї та освітні семінари), шкільні програми для шести- та семикласників, програму організації громади, програму, націлену на зміну місцевої політики боротьби з наркоманією, та заходи із залученням засобів масової інформації. Громадський аспект зокрема націлено на лідерів громади, а місцеве телебачення, радіо та газети використовуються для ознайомлення з програмою громади, інформування громадян та посилення елементів програми. Проведена по всій країні програма Американського національного інституту боротьби з наркоманією, продемонстрована модель програми Міністерства освіти США, Бюро правосуддя у справах неповнолітніх та програма делінквентності й Центру профілактики наркоманії довели свою ефективність⁴.

Партнерські стосунки з сім'ями – “Конференція сімейної групи”

Цю модель передової практики розроблено у Новій Зеландії, вона ґрунтується на принципах партнерства, уповноваження сімей і розуміння, що кожна родина є унікальною та має ресурси, які може запропонувати. Основний інструмент – зустрічі та обговорення із залученням родичів до прийняття рішень стосовно дитини чи молодої особи, яка може вчинити або вже вчинила правопорушення, і в разі, якщо надано невідповідні послуги або ж сім'я не хоче скористатися ними. Ведучий наради також виступає в ролі координатора інформації, консультацій та послуг і надає підтримку сім'ї у розробленні плану, спрямованого на примирення дитини чи молодої людини із сім'єю або підтримку їх у сім'ї. Ця модель передової практики широко прийнята й використовується у багатьох європейських країнах⁵.

**Програми, спрямовані на втікачів та дітей і молодих людей,
які живуть або працюють на вулиці**

Центр допомоги дітям та молоді “Лікарі світу-США” у м. Санкт-Петербурзі (Росія)

Цей проект здійснюється у партнерстві з державним соціальним та реабілітаційним центром для неповнолітніх “Альмус” та за фінансової підтримки зі Швеції. Це перше місце контакту для будь-якої дитини чи молодої особи, яка живе або працює на вулицях Санкт-Петербурга. Тут працює багатофункціональний колектив. Робота ґрунтується на принципі добровільного звернення та конфіденційності, але не проводяться виїзди, аби привабити “клієнтів” до центру. Послуги комплексні. Їх пакет включає соціальні, санітарно-гігієнічні послуги, першу допомогу та первинну медичну допомогу, профілактику та пропагування здоров'я, юридичні, психологічні, оздоровчі, освітні та професійно-технічні послуги⁶.

“Центри відкритих служб” у Порто Алегра, Бразилія

Ці центри мають “вуличні групи соціального виховання”, які працюють із дітьми на вулиці та запрошують їх до центрів. Групи працюють із використанням карт місць, де переважно перебувають діти. Центри пропонують широкий спектр оздоровчих, освітніх, медичних, професійно-технічних, соціальних та психологічних послуг, а також притулок на ніч. Вони допомагають скоротити час, який діти проводять на вулицях, тим самим зменшуючи ризики, на які наражаються діти під час перебування на вулиці, і відкривають шляхи для реінтеграції у суспільство⁷.

“Дитяча лінія” в Індії Ця національна програма, яку фінансує уряд Індії, являє собою цілодобову телефонну лінію допомоги для дітей та молоді, які живуть або працюють на вулицях. Лінія дія в основних містах Індії. Наприклад, у Калькутті “Дитяча лінія” з’єднана із основними недержавними надавачами послуг, які працюють у місті. Дехто із старших дітей та молоді, які живуть або працюють на вулиці, були навчені відповідати на дзвінки й записувати порушені проблеми.
Глочестерська програма попередження повторної втечі з дому Це приклад передової практики з м. Глочестер (Великобританія), яка була розроблена спільно з місцевими соціальними службами та поліцією, аби допомагати дітям, які втекли з дому. Була створена організаційна група, до складу якої входить цілий ряд місцевих неурядових постачальників послуг та установи, для координації підходу на місцевому рівні і створення системи, за якою поліція направлятиме дитину до працівника проекту, який зустрінеться з нею, запропонує підтримку, зрештою домовиться про особистий “зв’язок”, погодить план дій. Зараз проект допоміг досягти 60% скорочення кількості дітей, які повторно тікають з дому, і був визнаний Відділом соціальної ізоляції Кабінету міністрів Британії зразком передової практики у своєму консультативному документі щодо втікачів⁸.
Програма “Street Smart” Це інтерактивна програма формування навичок для дітей та молоді віком 11–18 років, які живуть або працюють на вулицях США. Вона спрямована на зменшення незахищеного сексу, кількості статевих партнерів та використання наркотичних речовин шляхом інтенсивних групових сесій протягом двох-шести тижнів. Програма включає відео та мистецькі робочі групи, а також створення театралізованих вистав, оголошень, соціальної реклами, рекламних роликів та пісень у стилі реп. Підготовлені радники проводять заняття, крім того, ведуться індивідуальні заняття, одночасно дітям та молоді надається доступ до медичних та психіатричних послуг. Програма враховує вік та культурне коріння дітей і визнана ефективною американським Центром контролю за захворюваннями⁹.
Заклад тривалого перебування для дітей та молоді, які живуть або працюють на вулицях, – “Молодіжна програма “Фенікс” у м. Галіфакс, Канада Розпочата у 1987 році, ця програма включає заклад, де дітям та молоді, які живуть або працюють на вулиці, надається довготривале помешкання у квартирах під наглядом (напівсамостійне проживання), а також програма супроводу для надання допомоги клієнтам після залишення ними інтернатних закладів, існує центр допомоги, де пропонуються послуги денного перебування та інші види допомоги дітям і молоді¹⁰.
Підтримка бездоглядних дітей та дітей, які потерпіли через жорстоке поводження, – “Центр підтримки дітей м. Тарту” (Tartu Laste Tugikeskus в Естонії) Центр, яким керує неурядовий надавач послуг, пропонує підтримку бездоглядним дітям та дітям, які потерпіли через жорстоке поводження, та їхнім батькам. Портфель послуг включає консультування, психотерапевтичну допомогу у кризовій ситуації, медичний догляд, освітні заняття для батьків, добровольців, студентів університетів, педагогів та співробітників правоохоронних органів стосовно жорстокого поводження та бездоглядності. Центр також ставить за мету розвивати мережу психосоціальної підтримки для дітей, які зазнали жорстокого поводження, та їхніх сімей. Підтримка надається на основі багатофункціонального і багатогалузевого підходу, соціальними працівниками, психологами, педіатрами, прокурорами, працівниками поліції у справах неповнолітніх та добровольцями¹¹.

Соціальна та освітня інтеграція – “Центр Жака-Картє” у Квебеку, Канада

Із 1992 року центр підтримує дітей та молодь віком від 16 до 30 років у їхній соціальній, освітній та професійній інтеграції. Він вирішує проблему браку житла для молоді у Квебеку і надає житло для 35 людей у 27 блоках постійного проживання. Один з основних заходів підтримки – розроблення “життєвого плану” та надання індивідуальної підтримки для виконання плану. Окрім того, центр об’єднує три програми: експериментальну комунальну ферму, ресторан та культурний центр, де пропонуються заходи оздоровлення й групові обговорення та цех із виробництва та продажу товарів із дерева¹².

Будинки сімейного типу – “Дитячі села SOS”

Ці села почали своє існування півстоліття тому назад і були засновані австрійцем, а тепер розташовані по всьому світу. Вони є альтернативою закладам інтернатного типу і пропонують середовище сімейного типу для дітей, позбавлених батьківського піклування. У цих селах діти живуть разом у малих групах сімейного типу (не більше від десяти осіб) із “мамою”. Підтримка надається фахівцями прямо на місці, поки діти не стануть упевненими у власних силах. Одне село може містити до 15 сімей, дітей приймають віком до 10 років разом із братами й сестрами (якщо вони є), щоб уникнути їх розлучення¹³.

Вихід із-під опіки– “Шляхи самостійності”

Ці програми зосереджуються на розробленні разом із дитиною або молодою людиною плану її підтримки для забезпечення впевненості у власних силах. Це переважно відбувається у вигляді формального контакту чи угоди між дитиною або молодою людиною та особистим радником і агенціями, які надають підтримку. Програму переважно спрямовано на розвиток життєвих навичок, отримання відповідного житла, підтримку подальших освітніх досягнень та соціальну інтеграцію¹⁴.

Комунальні програми лікування для юних правопорушників, споживачів наркотиків та молоді з антисоціальною поведінкою – програма “Багато системного лікування”

Розроблена у США, вона забезпечує комплексний пакет лікування на основі елементів сімейної терапії, методів виховання та сфокусованих втручань, спрямованих на вирішення відомих випадків антисоціальної поведінки і джерел конфлікту в сім’ях та школах. Програму вже реалізовано на національному рівні в Норвегії, і в меншому масштабі в інших європейських країнах, таких як Великобританія, Ірландія та Швеція. За основу взято багатофункціональний колективний підхід і протягом 15 років досягнуто скорочення кількості арештів через уживання наркотиків, кримінальної діяльності, насильницьких злочинів, позбавлення волі та влаштування під опіку за межами сім’ї. Оцінка в США показала, що це дешевше за традиційні способи лікування¹⁵.

Багатовимірна програма виховання у прийомній сім’ї для дітей та молоді з кримінальною поведінкою

Це мультисистемне клінічне втручання включає управління поведінкою та терапію, зосереджену на навичках, і націлене на дітей та молодь, які відзначаються хронічною і тяжкою кримінальною поведінкою. Це альтернатива ув’язненню, госпіталізації чи лікуванню в закладі закритого типу. Прийомні сім’ї відбирають, навчають і контролюють із метою надання дітям і молоді інтенсивного лікування та нагляду вдома, у школі та громаді. Програма включає підтримку біологічної сім’ї дитини чи молодої людини (якщо їх можна знайти) з метою поліпшення стосунків та зменшення делінквентності після повернення додому. Цю програму було визнано зразковою в Канаді¹⁶.

Додаток XI

Таблиця 20. Основні національні показники, розроблені Міжвідомчою оперативною групою з питань сиріт та інших уразливих дітей ЮНЕЙДС¹ у співпраці з широкою коаліцією зацікавлених сторін для вимірювання прогресу на національному рівні щодо поліпшення добробуту сиріт та уразливих дітей

ОСНОВНІ НАЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ	
Сфера	Показник
Політика та стратегії	Індекс політики та стратегій, який відображає прогрес і якість національної політики та стратегій з підтримки, захисту та догляду сиріт і уразливих дітей
Освіта	Коефіцієнт відвідуваності школи сиротами порівняно із не сиротами
Здоров'я	Коефіцієнт доступності медичного обслуговування для сиріт порівняно із не сиротами
Харчування	Коефіцієнт недостатнього харчування сиріт порівняно із не сиротами
Психосоціальна підтримка	Процент сиріт та уразливих дітей, які отримують належну психосоціальну підтримку
Можливості сім'ї	Відсоток дітей, чиї три основні потреби, визначені на місцевому рівні, забезпечено Відсоток сиріт, які живуть разом з усіма братами й сестрами
Можливості громади	Відсоток домівок із сиротами та уразливими дітьми, які отримують безкоштовну базову зовнішню підтримку в догляді за дітьми
Ресурси	Державні витрати на сиріт і уразливих дітей у розрахунку на одну особу
Захист	Відсоток дітей, чиє народження зареєстровано Відсоток удів, які зазнали втрати майна
Інституційний догляд та притулок	Відсоток дітей, які живуть на вулиці або перебувають під інституційним доглядом (як показник розпаду сімей)

УДК 364.4-053.2=111
ББК 65.272
Д 49

ЗВІТ
**“ДІТИ ТА МОЛОДЬ, ЯКІ ЖИВУТЬ АБО ПРАЦЮЮТЬ НА ВУЛИЦІ:
ПРИХОВАНЕ ОБЛИЧЧЯ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ В УКРАЇНІ”**

ISBN 966-88-79-32-5

Відповідальний за випуск: *Ю. М. Калита*
Верстка: *А. О. Ковинсв, О. О. Купріянова*

ТОВ “Видавничий дім “КАЛИТА”. Свідоцтво про внесення
до державного реєстру суб’єктів видавничої діяльності ДК № 2193 від 25.05.2005 р.
03057, м. Київ-57, вул. Желябова, 2а
тел.: (044) 453-28-50

Надруковано з готових діапозитивів редакційно-реklamним агентством “Графікс”
м. Київ, вул. Багговутівська, 8/10.

ВПЦ “Експрес”, м. Київ, вул. Е. Потьє, 16а

