

Міністерство освіти і науки України
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка
Факультет корекційної і соціальної педагогіки та психології
Кафедра соціальної педагогіки і соціальної роботи

Дипломна робота магістра

з теми

**ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ПО ПРОФІЛАКТИЦІ
ВІЛ / СНІДу В МОЛОДІЖНОМУ СЕРЕДОВИЩІ**

Виконала:

студентка 2 курсу,

групи Szb1-M18

спеціальності

232 Соціальне забезпечення

Яхновська Ілона Олександрівна

Керівник: **Мельник Л.П.**,

завідувач кафедри соціальної педагогіки і

соціальної роботи кандидат педагогічних

наук, доцент

Рецензент: **Славіна Н.С.** кандидат

психологічних наук, доцент кафедри

загальної та практичної психології

Кам'янець-Подільський - 2019 р.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 ПРОБЛЕМА ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ/СНІДУ В МОЛОДІЖНОМУ СЕРЕДОВИЩІ В СУЧАСНИХ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ.....	8
1.1. Загальна характеристика соціальної профілактики.....	8
1.2. Вразливі групи в контексті епідемії ВІЛ/СНІДУ.....	28
РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОДІЇ З ГРОМАДСЬКІСТЮ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ/СНІДУ.....	47
2.1. Аналіз взаємодії з громадськістю в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ.....	47
2.2. Інституалізація державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ в Україні.....	60
РОЗДІЛ 3 ФОРМИ ТА МЕТОДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ПО ПРОФІЛАКТИЦІ ВІЛ / СНІДУ В МОЛОДІЖНОМУ SEREDOVISHCHІ.....	74
3.1 Особливості поведінкових втручань та процес зміни поведінки в процесі соціальної профілактики ВІЛ/СНІДУ в молодіжному середовищі.....	74
3.2 Особливості проведення вуличної соціальної роботи серед груп ризику.....	94
ВИСНОВКИ.....	113
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	118

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АКСМ	– Адвокація, комунікація та соціальна мобілізація
ВААРТ(АРТ)	– високоактивна антиретровірусна терапія (антиретровірусна терапія)
ВБО	– Всеукраїнська благодійна організація
ВБФ	– всеукраїнський благодійний фонд
ВІЛ	– вірус імунодефіциту людини
ГФ	– Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДКВС України	– Державна кримінально-виконавча служба України
ДКТ	– добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію
ЖКС	– жінки комерційного сексу
ЗОЗ	– заклади охорони здоров'я
ЗПТ	– замісна підтримувальна терапія
ІЕІХ НАМН України	– ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»
ІПСШ	– інфекції, що передаються статевим шляхом
КМУ	– Кабінет Міністрів України
ЛВІН	– люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	– люди, які живуть з ВІЛ
ЛЗП/СЛ	– лікар загальної практики/сімейний лікар
МіО	– моніторинг і оцінювання
МЛ	– міська лікарня
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я України
МОМ	– міжнародна організація міграції
МОП	– Міжнародна організація праці
МФО	– міжнародні фінансові організації
НАМН	– Національна академія медичних наук України
НДСЛ	– Національна дитяча спеціалізована лікарня
«ОХМАТДИТ»	«ОХМАТДИТ»
НУО	– неурядова організація
ОІ	– опортуністична інфекція
ОЗУП	– особи, зацікавлені у послугах
ОСБ	– особи секс бізнесу
ПАР	– психоактивні речовини
ПРООН	– Програма розвитку ООН
РЦ СНІД	– регіональний центр профілактики та боротьби зі СНІДом
СБ	– Світовий банк

АКСМ	– Адвокація, комунікація та соціальна мобілізація
ВААРТ(АРТ)	– високоактивна антиретровірусна терапія (антиретровірусна терапія)
ВІЛ	– вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	- Всесвітня організація охорони здоров'я
ІПСШ	– інфекції, що передаються статевим шляхом
КМУ	– Кабінет Міністрів України
ЛЖВ	- люди, які живуть з ВІЛ
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я України
МОМ	– міжнародна організація міграції
НУО	– неурядова організація
СІН	– споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	– синдром набутого імунодефіциту
ЧСЧ	- чоловіки, які практикують сексуальні стосунки з Чоловіками
ЦРТ	- Цілі Розвитку Тисячоліття

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Понад три десятиліття проблема ВІЛ/СНІДу залишається актуальною для світової спільноти, адже масштаби поширення вірусу імунодефіциту людини набули глобального характеру і постають реальною загрозою соціально-економічному розвитку більшості країн світу.

Вірус імунодефіциту людини/синдром набутого імунного дефіциту (ВІЛ/СНІД) продовжує свій смертоносний шлях. Все ще не існує лікування і все ще не існує вакцини. Україна є державою з найбільш гострою ВІЛ-епідемією в Європі і країною, де епідемія зростає загрозливими темпами, випереджаючи багато ВІЛ-вражених держав з усього світу. Розповсюдження епідемії ВІЛ/СНІДу, передусім стосується молоді. При цьому динаміка інфікування свідчить, що ураження вірусом поступово виходить за межі так званих уразливих груп (споживачів ін'єкційних наркотиків, жінок секс-бізнесу, чоловіків, які мають секс із чоловіками) і дедалі більше поширюється з-поміж загальної популяції – серед груп-містків, статевих партнерів наркозалежних осіб та жінок секс-бізнесу. Це актуалізує потребу в переосмисленні процесів профілактики ВІЛ/СНІДу в молодіжному середовищі як складного соціального явища [59].

З погіршенням епідеміологічної ситуації до тематики ВІЛ/СНІДу зверталось чимало українських науковців. Так, різні аспекти формування та реалізації політики протидії епідемії розглядали Бега А., Беленська Л., Скуйбіда Ю. та інші. Поведінку молоді, зокрема сексуальну, та обізнаність у питаннях ВІЛ/СНІДу, шляхи та фактори ризику інфікування ВІЛ досліджували Балакірева О., Гришаєва І., Щербина В. тощо. Дешко Т. досліджував права ВІЛ-позитивних людей і доступність для них послуг [24]. Політиці протидії ВІЛ/СНІДу та формуванню координаційних механізмів у цій сфері присвятила свої роботи Семигіна Т. [48]. Періодизацію нормативно-правової бази з питань протидії ВІЛ/СНІДу здійснив у своїй роботі Якобчук А. [68]. Також законодавству у сфері боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу досліджував Рудий В.

[46]. Романенко Є. присвятив свої роботи дослідженню державно-громадського партнерства як засобу формування державної політики [47].

Але, слід зазначити, що наявні наукові публікації є методично розрізненими, тому зокрема, потребує теоретико-методологічного обґрунтування та вдосконалення існуючих та запровадження нових механізмів протидії ВІЛ/СНІДу в молодіжному середовищі фахівцями соціальної сфери.

Визначення проблеми дозволило сформулювати тему нашого наукового дослідження: **«Особливості соціальної роботи по профілактиці ВІЛ / СНІДу в молодіжному середовищі».**

Метою роботи є теоретичне обґрунтування та розробка основних напрямів соціальної роботи по протидії ВІЛ/СНІДу в молодіжному середовищі.

Завдання дослідження:

1. Систематизувати і узагальнити сучасні науково-методичні знання, вітчизняний та світовий досвід соціальної роботи по профілактиці ВІЛ / СНІДу в молодіжному середовищі.

2. Дослідити особливості взаємодії з громадськістю в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу.

3. Розкрити форми та методи соціальної роботи по профілактиці ВІЛ / СНІДу в молодіжному середовищі.

Об'єкт дослідження – профілактична робота по протидії ВІЛ/СНІДу в молодіжному середовищі.

Предмет дослідження – форми та методи соціальної роботи по профілактиці ВІЛ / СНІДу в молодіжному середовищі

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань проведено аналіз та узагальнення даних науково-методичної та спеціальної літератури, спостереження, анкетування, експеримент.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження можуть бути використані фахівцями соціальної сфери для організації профілактичної роботи по протидії ВІЛ/СНІДу в молодіжному середовищі.

Апробація результатів дослідження. Оприлюднення результатів дослідження здійснювалось на студентських наукових конференціях

Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка протягом 2018-2019 рр.

Публікації Результати роботи опубліковані у Збірнику наукових праць студентів та магістрантів факультету корекційної та соціальної педагогіки і психології / за ред. Н. С. Гаврилової. – Вип. 13. Кам'янець-Подільський : ПП «Медобори-2006», 2019. – 264 с.

Структура дипломної роботи магістра включає: вступ, три розділи (з підрозділами), висновків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ПРОБЛЕМА ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ / СНІДУ В МОЛОДІЖНОМУ СЕРЕДОВИЩІ В СУЧАСНИХ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

1.1. Загальна характеристика соціальної профілактики

Перш, ніж розглянути сутність соціальної профілактики визначимося з тлумаченням поняття профілактика.

Становлення профілактики як попереджувальної діяльності, спрямованої на усунення хвороб на основі дотримання правил гігієни, раціонального харчування, спорту займали значне місце у медицині ще стародавнього світу. Розробка ж наукового підґрунтя профілактичних втручань почалася лише у ХІХ столітті. Становленню науково обґрунтованого бачення системи профілактики сприяло вивчення ролі зовнішнього середовища у виникненні хвороб, досягнення епідеміології, гігієни та фізіології.

У словнику 1910 року випуску, підготовленим О. Чудиновим, було наступне визначення терміну: «профілактика – це наука, що досліджує умови попередження та убезпечення людей від захворювань».

Отже, термін “профілактика” увійшов у обіг фахівців, у першу чергу, з огляду на його медичні, здоров’язберігаючі та охоронні аспекти.

На сьогоднішній день поняття «профілактика» є поліаспектним і з точки зору різних наукових дисциплін трактується дещо відмінно.

У медичному контексті під профілактикою розуміють комплекс заходів, спрямованих на забезпечення високого рівня здоров’я людей, їх творчого довголіття, усунення причин захворювань, у тому числі покращення умов праці, побуту та відпочинку, охорони довкілля.

Валеологія як наука про прояви здоров’я, закономірності та механізми його формування, збереження та зміцнення, розглядає профілактику як систему економічних, соціальних, гігієнічних та медичних заходів, що проводяться державою, громадськими організаціями та громадянами з метою забезпечення високого рівня здоров’я населення та попередження хвороб.

Психіатрія та психологія найчастіше визначають профілактику у контексті, що є дуже близьким до медичного, як сукупність заходів, спрямованих на попередження розладів психіки та поведінки, підтримку психічного благополуччя; попередження розвитку захворювання та його рецидиву, попередження дії на організм хворобоутворюючих причин та розвитку захворювань шляхом ранньої діагностики та лікування, а також заходи, спрямовані на попередження рецидиву хвороби та перехід її у хронічні форми.

У соціології, профілактика переважно розглядається як сукупність (система) заходів, спрямованих на охорону здоров'я, покращення фізичного розвитку населення, забезпечення довголіття, а також як попередження виникнення асоціальних факторів, явищ та процесів.

З юридичної точки зору під профілактикою розуміють комплекс заходів, спрямованих на виявлення, обмеження або усунення факторів виникнення протиправних явищ в цілому, та окремих їх видів зокрема.

Дослідники у сфері соціальної педагогіки та соціальної роботи визначають профілактику як сукупність або ж систему заходів, розроблених з метою попередження виникнення та розвитку будь-яких відхилень у розвитку, навчанні, вихованні особистості [54, с. 231], а також загалом як комплекс превентивних заходів, які проводяться шляхом організації загальнодоступної медико-психологічної і соціально-педагогічної підтримки [55, с. 376].

Поняття соціальна профілактика є провідною специфічною категорією і соціальної роботи.

За О. Безпалько соціальна профілактика – це напрям діяльності, що передбачає комплекс соціальних, економічних, політичних, правових, медичних, психолого-педагогічних заходів, спрямованих на попередження, обмеження, локалізацію негативних явищ у соціальному середовищі.

Отже, соціальна профілактика має комплексний характер, ґрунтується на своєчасному виявленні та виправленні негативних інформаційних, педагогічних, психологічних, організаційних факторів, що зумовлюють відхилення в психологічному та соціальному розвитку дітей і молоді, в їхній

поведінці, стані здоров'я, а також в організації життєдіяльності та дозвілля [4, с. 35].

Метою соціальної профілактики є не лише та не стільки попередження розвитку негативних явищ, а створення умов для повноцінного функціонування суспільства та життєдіяльності окремих осіб.

У широкому розумінні соціальна профілактика ставить за мету підвищення якості життя людей, збереження та зміцнення їх здоров'я, яке Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) розглядається як гармонійне поєднання фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад [14, с. 38].

Об'єктами (цільовими групами) соціальної профілактики є як все суспільство в цілому, так можуть бути і окремі особи, соціальні групи, верстви населення, які страждають або можуть постраждати від проблем чи негативних явищ, ті, що своїми діями, поведінкою, способом життя сприяють розвиткові проблем, а також особи, соціальні групи та організації, від дій яких залежить попередження розвитку та усунення причин негативних явищ та їх наслідків [21, с. 208].

Суб'єктами профілактичної роботи виступають як спеціально створені організації та установи, спеціалісти, так і окремі особи, волонтери, що зацікавлені у попередженні та подоланні проблеми, і які мають необхідні для цього ресурсами (інтелектуальні, фінансові, методичні тощо).

Профілактика буде ефективною у тому випадку, якщо об'єкт профілактичного впливу сам виступить суб'єктом профілактики.

Розрізняють загальну та спеціальну соціальну профілактику.

Загальна профілактика охоплює широкі верстви суспільства та полягає у здійсненні заходів, спрямованих на попередження певних проблем у майбутньому як окремої особистості, так і суспільства, шляхом усунення та нейтралізації факторів, що можуть сприяти їх виникненню.

Спеціальна профілактика спрямована на ті групи, які знаходяться в особливих умовах, що збільшують ризик виникнення та загострення проблеми, чи ж вже відчувають на собі її наслідки. Спеціальна профілактика передбачає

систему заходів, спрямованих на попередження та локалізацію конкретних негативних явищ у поведінці людей.

Соціальна профілактика негативних явищ може здійснюватися на рівні всього суспільства, окремого регіону, макросередовища (макрорівень), окремої соціальної групи, установи, організації, мікросередовища (мікрорівень), окремого індивіда (індивідуальний рівень). Профілактична робота на макрорівні реалізовується у вигляді комплексних профілактичних програм, кампаній у засобах масової інформації, масових заходів, координованої діяльності мережі установ та організацій. На мікрорівні профілактика здійснюється у вигляді спеціальних програм, заходів і окремих дій в межах установ, організацій та за місцем проживання. Індивідуальний рівень профілактики – робота, що проводиться спеціалістами та волонтерами з окремими особами [1, с. 14].

Отже, профілактика будь-якої соціальної проблеми повинна бути спрямована як на соціальне середовище, в якому вона виникає, так і на особистість, котра від цієї проблеми страждає.

Відповідно до класифікації, підтриманої ВООЗ у 1990 році, профілактичні втручання поділяються на первинні, вторинні та третинні. Вид профілактичного втручання обирається відповідно до стадії розвитку проблеми або ж негативного явища.

У контексті соціальної профілактики під **первинною профілактикою** найчастіше розуміють комплекс заходів, спрямованих на запобігання негативного впливу біологічних, психологічних, соціально-педагогічних та інших факторів, що можуть слугувати причиною формування поведінки, яка відхиляється від норми. Первинна профілактика має інформаційно-роз'яснювальний характер, передбачає підвищення обізнаності представників цільової групи з певних питань, формування у них цінності здоров'я та відповідних особистісних якостей, а також навичок, що допоможуть відмовитися від певних стандартів поведінки та негативних звичок [4, с. 35].

Завданнями первинної профілактики є:

- формування цінності здоров'я та здорового способу життя;

- створення умов для розвитку особистісного потенціалу кожної людини; самореалізації особистості у різних видах творчої, інтелектуальної та громадської діяльності;
- підвищення поінформованості підлітків та молоді щодо загальних питань здоров'я та здорового способу життя, наслідків протиправних дій, вживання різних видів алко-, нарко-, токсичних речовин тощо;
- мотивування до збереження та зміцнення здоров'я, ведення здорового способу життя, використання безпечних поведінкових практик;
- формування у підлітків та молоді навичок культурного проведення дозвілля;
- формування у підлітків та молоді життєвої перспективи (життєвої стратегії) та умінь щодо прогнозування власної поведінки з оцінкою її наслідків та впливу на побудовані життєві стратегії;
- формування таких особистісних якостей, які підтримують благополуччя.

Первинна профілактика найбільш масова та неспецифічна. Саме первинна профілактика (її своєчасність, повнота й постійність) є найважливішим видом превентивних заходів у галузі запобігання відхилень у поведінці людини.

Вторинна профілактика передбачає обмеження поширення певних негативних явищ, що вже мають місце у суспільстві чи соціальній групі, попередження загострення таких явищ та їх наслідків, запобігання поглибленню соціальної дезадаптації осіб, яким властива девіантна поведінка [4, с. 35].

Основними завданнями вторинної профілактики є:

- виявлення та усунення причин і умов, що сприяють формуванню негативного явища або девіантної поведінки особи;
- надання своєчасної соціально-педагогічної підтримки підлітку, молодій людині, сім'ї, що перебуває у складних життєвих обставинах;
- мотивування особи до зміни способу життя та відмови від небезпечних та/або неправомірних поведінкових практик;
- відпрацювання умінь та навичок, як дозволять особі відмовитись від

руйнівної моделі поведінки на користь усвідомлених, безпечних поведінці;

- посилення підтримуючого середовища – розвиток підтримуючих мереж з числа найближчого оточення, закладів освіти, відповідних соціальних служб.

Важливо, що профілактичні дії мають бути спрямовані не лише на зміну девіантної поведінки на індивідуальному рівні, а й на обставини, що таку поведінку можуть спричиняти.

Третинна профілактика спрямована на попередження рецидивів негативних явищ у суспільстві та девіантної поведінки осіб, яким була властива така поведінка раніше, а також на відновлення особистісного і соціального статусу людини [4, с. 35].

Завданнями третинної профілактики можуть бути:

- зменшення шкоди, яку завдає особі, сім'ї, соціальній групі, суспільству існуюче негативне явище;
- виявлення та усунення причин і умов, що сприяють формуванню негативного явища або девіантної поведінки особи;
- мотивування осіб до зміни способу життя, девіантної поведінки;
- подолання залежностей, інших проблем зі здоров'ям;
- соціально-психологічна реабілітація осіб, які постраждали від наслідків своєї поведінки; відновлення психологічного та соціального статусу; покращення якості життя;
- попередження рецидивів.

Можна виділити такий алгоритм дій, що має бути дотриманий під час реалізації соціальної профілактики незалежно від її виду:

1. Дослідження причин та факторів проблеми;
2. Організація взаємодії суб'єктів профілактики у подоланні проблеми;
3. Планування діяльності, організаційна та методична підготовка;
4. Вплив на особистість:
 - встановлення або ж виявлення існуючих ресурсів, необхідних для подолання проблеми;
 - підвищення особистісних ресурсів, здібностей особистості адекватно

реагувати на проблеми, долати їх та задовольнити потреби;

5. Вплив на проблемне середовище:

– запобігання негативному впливу середовища;

– розширення можливостей для задоволення потреб, подолання проблеми, повноцінної життєдіяльності (підвищення соціальних ресурсів);

6. Моніторинг проблеми, аналіз ефективності профілактичних заходів.

У разі, якщо оцінка ефективності профілактичного впливу показує незадовільний результат, необхідно повертатися на етап планування профілактичного впливу.

На сьогодні існують декілька стратегій профілактики негативних явищ.

Стратегії профілактики – це загальні підходи до визначення основних цілей профілактики певної проблеми і шляхів їх досягнення.

Можна виділити такі стратегії:

1. Стратегія попередження та подолання (недопущення та усунення негативного явища, проблеми, їх ризиків та наслідків). Проблема чи явище визнаються однозначно негативними і неприпустимими; профілактика спрямована на їх недопущення.

2. Стратегія нормалізації (обмеження ризику, негативного впливу проблеми чи явища). Негативне явище, проблема визнаються небажаними, але припустимими (принаймні частково, за певних обставин); профілактика спрямовується на недопущення (обмеження) їх негативних наслідків.

Кожна зі стратегій конкретизується в ряді профілактичних моделей:

Моделі профілактики на підґрунті певних наукових чи побутових уявлень щодо природи проблеми (негативного явища) визначають мету, зміст і методи її профілактики.

У межах стратегії попередження та подолання можна виділити такі моделі профілактики негативних явищ у дитячому і молодіжному середовищі:

1. Модель стримування (репресивна модель). Вона базується на уявленні про схильність дітей, підлітків та молоді до всього негативного та небезпечного. Профілактика зводиться до заборони певних дій і видів поведінки дітей та молоді, обмеження їх особистої свободи (заборона

відвідувати певні місця, займатися “шкідливою” діяльністю, читати певні книги чи дивитися телепрограми тощо). Основні методи – вимоги, розпорядження, вказівки, контроль і покарання. Ефективність стримування обмежена: неможливо досягнути повного контролю. Починаючи з підліткового віку, заборони можуть спровокувати певну частину дітей на їх порушення.

2. Модель залякування. Як і попередня, базується на уявленні про схильність дітей та молодих людей до негативної, ризикованої поведінки, яка надає їм особливе задоволення. Зупинити їх прагнуть, викликавши страх перед прямими і непрямими негативними наслідками ризикованих дій (можливістю потрапити у наркотичну залежність, захворіти, опинитись у стані соціальної ізоляції, страждати фізично і морально, навіть втратити життя). Інформація про наслідки подається в емоційно-забарвленому вигляді, небезпека перебільшується. Робота проводиться у формі лекцій, бесід, кіно- і відео лекторіїв, демонстрації документальних і художніх фільмів, соціальної реклами. Використання даної моделі із широким загалом підлітків та молоді є малоефективним. По-перше, вона має вплив переважно на молодших підлітків, при цьому не гарантує, що така проблема у представників цільової групи не виникне, однак, майже напевне виникне відразу, нетолерантне ставлення до «людей в проблемі», що у свою чергу абсолютно не сприяє її вирішенню у суспільстві (такий підхід, наприклад, породжує нетолерантне ставлення до ВІЛ-інфікованих); по-друге, підлітків приваблює все темне, таємниче (недарма серед них так багато глядачів фільмів жахів); по-третє, у найбільш уразливих, навіюваних або ж тих, хто був/чи є причетним до проблеми, може викликати стрес, депресії тощо. При цьому за умов подальшого ретельного обговорення побаченого на відео, підхід може мати ефект у роботі з підлітками, що є цільовою групою вторинної профілактики (наприклад, вживають психоактивних речовин, але без ознак сформованої залежності).

3. Модель ствердження моральних принципів. Причини негативних явищ прибічники моделі вбачають у розбещеності певної частини молодих людей, їхньої орієнтації на негативні цінності. Профілактика за цією моделлю будується на спробі переконати молодь в аморальності, гріховності певних

видів поведінки (статевого життя поза шлюбом, вживання алкоголю чи наркотиків, насильства тощо) та повернути їх на інші, альтернативні цінності (релігійні, ідеологічні). При цьому використовуються прийоми наведення прикладів (свідочств), переконання, навіювання, груповий психологічний вплив. Профілактика проводиться у формі масових акцій, зібрань, компаній у ЗМІ (серії статей, теле- і радіопрограми). Модель ефективна стосовно молодих людей, орієнтованих на цінності добра, а також тих, хто легко піддається навіюванню. Але у надмірно чутливих може спровокувати внутрішньо особистісні конфлікти.

4. Модель поширення фактичних знань. Побудована на уявленні про те, що поширенню негативних явищ сприяє відсутність у підлітків і молоді повної адекватної інформації. Профілактична робота полягає в наданні підліткам і молодим людям об'єктивної, коректної, емоційно нейтральної інформації щодо ризикованої поведінки для забезпечення можливості вільного, свідомого вибору свого способу життя. Профілактика проводиться за допомогою лекцій, бесід, дискусій, ігор, конкурсів, розповсюдження друкованих матеріалів (буклети, брошури), розміщення матеріалів у ЗМІ, навчання на рівних. Модель ефективна при роботі з молоддю і підлітками, проте за умови непрофесійного викладення інформації та несистематичності роботи з цільовою групою може провокувати в останньої інтерес до негативних явищ і бажання до експериментування.

5. Модель навчання позитивній поведінці («афективного» навчання). Основні причини поширення негативних явищ у дитячому і молодіжному середовищі вбачаються у невмінні молоді людини задовольняти потреби без шкоди здоров'ю, протидіяти обставинам, зовнішньому тиску, вирішувати особистісні проблеми. Профілактична робота спрямована на розвиток у людини вмінь задовольняти свої потреби і вирішувати проблеми за будь-яких обставин позитивним чином. Профілактика проводиться за допомогою ігор, тренінгів, індивідуальних і групових консультацій, психотерапії, розповсюдження профілактичної літератури, створення теле- і радіопрограм, навчання на рівних.

6. Модель формування здорового способу життя. Причина

поширеності негативних явищ – несформованість у молодих людей цінності власного здоров'я, орієнтація на задоволення інших потреб (самоствердження, трудова діяльність, особисті стосунки) за рахунок фізичного і психічного здоров'я. Профілактична робота за цією моделлю спрямована на формування у дітей і молоді цінностей повноцінного життя і здоров'я, розвиток вмінь і навичок, на створення умов для ведення здорового способу життя. Основними методами профілактики виступають соціальна реклама, тренінги, робота спортивних, туристичних клубів та секцій, творчих гуртків.

7. Радикальна модель (модель соціального впливу). Побудована на уявленні про те, що саме суспільство провокує і посилює негативні явища у молодіжному середовищі. Основними засобами протидії негативним явищам виступають заборона чи обмеження шкідливої реклами (наприклад, тютюнових і алкогольних виробів), демонстрації викривлених сексуальних стосунків та насильства в ЗМІ, впровадження законодавства, яке захищало би права громадян на ведення здорового способу життя тощо. При цьому використовуються лобіювання, масові акції, компанії у ЗМІ, соціальна реклама.

До стратегії нормалізації можна віднести такі моделі:

1. Модель контрольованого впливу. Вона виходить з уявлення про те, що існують певні межі, залишаючись в яких будь-яка поведінка людини не призведе до шкідливих наслідків. Отже, необхідно визначити норми припустимої поведінки (наприклад, кількості випитого спиртного, що не завдасть значної шкоди здоров'ю), пропагувати їх, навчити людей контролювати себе. Профілактика передбачає лібералізацію законодавства та інформування населення щодо безпечних норм, навчання самоконтролю. Проте далеко не всі негативні явища можна допустити навіть в обмеженому вигляді, тим більше у середовищі дітей.

2. Модель зменшення шкоди. У межах цієї моделі негативне явище (вживання наркотиків, небезпечна сексуальна поведінка, безпритульність) сприймається як неминуче, принаймні для певної кількості молодих людей. Метою профілактики виступає зниження ризику негативних наслідків від небезпечного способу життя як для самих молодих людей, яким він властивий,

так і для оточуючих, без спроби змінити сам спосіб життя. Основними засобами зменшення шкоди є навчання більш безпечній поведінці, забезпечення запобіжними засобами (наприклад, презервативами, одноразовими шприцями), психологічна допомога і підтримка. Робота проводиться за допомогою інформування, консультивання, навчання «на рівних», створення груп самопомоги. Модель зменшення шкоди ефективна лише для вторинної та третинної профілактики у середовищі осіб, які вже ведуть стійкий ризикований спосіб життя.

Отже, переважна більшість стратегій і моделей ефективні для роботи з окремими категоріями дітей та молоді і для вирішення окремих завдань профілактики. Вони доповнюють одна одну, і тому можливе використання їх елементів у межах комплексної профілактичної програми [1, с. 14–16].

Основними формами організації профілактичної діяльності є профілактичні програми та профілактичні заходи.

Профілактичний захід – спеціально організована взаємодія виконавців профілактичної роботи (фахівців або волонтерів) і представників цільової групи, спрямована на попередження соціальної проблеми чи подолання окремих її чинників.

На сьогодні науковцями та практиками доведено – окремі профілактичні заходи дозволяють вплинути на обмежену кількість чинників проблеми. Організовувати профілактичну роботу лише у формі поодиноких, не пов'язаних між собою заходів доцільно тоді, коли причини проблеми носять поверховий характер, не пов'язані зі світоглядом і способом життя цільової групи, а їх усунення не потребує значних змін соціального середовища.

Здебільшого профілактичні заходи будуть ефективними лише у комплексі з іншими заходами у процесі реалізації профілактичної програми.

Профілактична програма – спеціально розроблений комплекс (система) заходів, спрямованих на попередження конкретної соціальної проблеми (або декількох пов'язаних між собою проблем). Профілактичні програми дозволяють у повному обсязі реалізувати технологію комплексної соціальної профілактики. Як правило, програмою передбачаються дії у різних напрямках

профілактики та залучення до її реалізації фахівців різних спеціальностей, співпрацю установ та організацій, що зацікавлені у попередженні проблеми [1, с. 14].

Американський вчений Дуглас Кербі здійснив аналіз ефективних програм з профілактики ризикованої поведінки серед підлітків і молоді та визначив їх особливості:

1. У межах програми сформовані не лише знання, а й мотивація до відповідальної, безпечної поведінки та відповідні поведінкові навички, окрім того, у особистості сформована впевненість у тому, що він або вона здатні успішно застосовувати отримані знання та навички у реальному житті;

2. Ефективні програми включають як мінімум 14 занять та реалізуються у малих групах;

3. ефективні програми базуються на конкретних принципах та нормах, що включені у вигляді “меседжів” (базових повідомлень) у кожне заняття;

4. Ефективні програми дають можливість цільовій групі відпрацювати навички моделювання життєвої перспективи;

5. Ефективні програми включають у себе роботу за методикою “рівний – рівному”, тобто навчання однолітків – однолітками [14, с. 82–83].

Окрім того, ефективна профілактична програма має включати чотири взаємопов’язаних процесуальних складових, що відображені у плані реалізації профілактичної програми в залежності від виду профілактики та рівня вмотивованості учасників щодо участі у ній та щодо зміни своєї поведінки:

– когнітивну (підвищення рівня поінформованості, формування системи знань);

– діяльнісну (формування навичок безпечної поведінки);

– ціннісну (формування цінності здоров’я, здорового способу життя, усвідомлення важливості використання безпечних поведінкових практик);

– емоційну (формування умінь регулювання своїх емоцій, адекватного висловлення почуттів).

Окрім того, є ще два важливих підтримуючих програму блоки, завдяки яким формується безпечно здоров'язберігаюче середовище та сприятливі умови для зміни ризикованої поведінки:

Блок А – Розвиток альтернативної діяльності; Блок Б – Створення підтримуючого середовища.

Розглянемо складові ефективної профілактичної програми. Когнітивна складова (формування системи знань). Дана складова найбільш часто зустрічається у профілактичних програмах (або заходах). Вона включає у себе надання інформації про явище, проблему. Існує декілька різних підходів до викладу інформації у межах даної складової [9]:

Повне інформування. Полягає у наданні цільовій аудиторії більш-менш достовірної та об'єктивної інформації про проблему, явище тощо, з характеристикою обставин, аспектів явища, що є привабливими для людей (або ж нейтральними), а також описом можливих його негативних наслідків. Наприклад, у межах такого підходу надається не лише інформація про шкоду від вживання наркотиків, а обговорюються й такі питання: «Чому наркотики привабливі для людини? До яких почуттів та відчуттів прагне споживач наркотиків?» тощо. Робота у межах такого підходу вимагає високого рівня підготовки ведучого, уміння не «зійти» з теми та не піддатися бажанню підлітків обговорювати лише позитиви, а також вимагає проведення системи занять у межах чітко структурованої програми.

За умов вдалого, професійного використання такий підхід є досить ефективним, оскільки отримана інформація сприймається представниками цільової групи як всебічна, позбавлена залякування, як така, що враховує їх право на вибір. Підхід досить поширений у країнах Європи та США.

Надання часткової інформації, як правило – негативної спрямованості, дещо перебільшеної, наприклад, лише про наслідки вживання алкоголю, вірогідність під час незахищених статевих контактів інфікуватися ВІЛ та іншими ІПСШ тощо. Позитивні або ж – нейтральні аспекти явища (з точки зору підлітків та молоді), як правило, не обговорюються, що може викликати з боку цільової групи певну недовіру до об'єктивності інформації або ж до

компетентності ведучого програми. Адже, в силу реакцій емансипації від впливу (та думки) дорослих, максималізму, групування з однолітками та їх непереборного авторитету, підлітки та молоді люди намагаються знайти контраргумент на кожен аргумент з боку фахівця, який транслює матеріал.

Залякування. Досить поширений у нашій країні підхід, заснований на прагненні викликати страх перед певною проблемою, явищем. Пов'язаний з наданням дуже негативно забарвленої інформації, демонстрацією найстрашніших аспектів проблеми. Наприклад, показ документальних фільмів про споживачів ін'єкційних наркотиків, що демонструють свої хворі тіла та помирають перед камерою; про процедуру виконання абортів; акцент на тому, що ВІЛ призводить до СНІДу і завершується страшною смертю тощо. Доведено, що даний підхід – малоефективний.

Вибір підходу, за яким ведучий в межах програми надає інформацію цільовій аудиторії, залежить від: власної поінформованості ведучого, володіння темою, майстерності, вміння працювати з цільовою групою, сформованого між ним та групою рівня довіри, а також тривалості програми. При цьому найважливішим завданням ведучого програми є не залякати, а надати якомога більш повну та правдиву інформацію, факти щодо проблеми, сприяти раціоналізації її підлітком (молодою людиною), побудові причинно-наслідкових зв'язків у межах теми, що розглядається, а також сприяння адекватному вибору ставлення та моделі поведінки щодо даного явища.

1. Діяльнісна складова (формування навичок). Враховуючи, що попередження або ж зміна девіантної, ризикованої поведінки особи – провідна мета профілактичної програми, важливо включити у програму складову, що пов'язана з формуванням відповідних навичок безпечної поведінки.

Підґрунтя цієї складової становить розвиток у представників цільової групи життєвих навичок, що полягають у підвищенні їх стійкості до різноманітних соціальних впливів, прийняття ними адекватних ситуації рішень, уміння протистояти тиску оточуючих, контролювати та спрямовувати своє власне життя, формувати життєву перспективу. Окрім того, важливим є

розвиток навичок відмови (наприклад, від вживання наркотиків); звернення за допомогою до відповідних служб, пошуку необхідної інформації тощо.

Наявність у програмі когнітивної та діяльнісної складових значно підвищує її ефективність, однак, говорити про те, що цього абсолютно достатньо для її впливу на зміну поведінки цільової групи – не можна. Адже, якщо людина знає, що треба робити, знає, як це робити, але не знає – навіщо, навряд, чи вона змінить свою поведінку. На думку дослідників саме цінності людини та рівень вмотивованості до дій (чи то на користь здоров'ю, чи то спрямованих на інші “важливі” для людини аспекти) визначають її поведінку.

2. Ціннісна складова. Дану складову ми пов'язуємо із цінностями цільової групи (зокрема, цінністю здоров'я та здорового способу життя) та готовністю (у тому числі - вмотивованістю) до вибору безпечних поведінкових практик. Дослідники Н. В. Зимівець, О. В. Коган зазначають, що у контексті формування здорового способу життя, безпечних щодо здоров'я моделей поведінки, важливо досягти визначення особою цінності здоров'я як однієї з пріоритетних. Якщо ж людина не вмотивована до використання моделі безпечної поведінки, не розуміє потреби та не бажає змінювати девіантну, ризиковану поведінку, то всі зусилля реалізаторів профілактичних програм можуть бути не лише марними та неефективними, а й мати зворотній результат – підштовхнути людину до закріплення навичок ризикованої поведінки і сприяти ще більшій відмежованості, недовірі до фахівців.

Відтак, у ході реалізації профілактичної програми (особливо тієї, яка здійснюється у межах вторинної та третинної профілактики) надзвичайно важливим є врахування рівня мотивації молоді, а також формування зміни поведінки крок за кроком. Зокрема, модель «поетапних змін», запропонована ще на початку 80-х років американськими вченими Джеймсом Прочаскою та Карлом Ді Клементе [17] базується на концепції, ідея якої полягає в тому, що поведінка не змінюється за один день, процес змін проходить декілька етапів, на кожному з яких фахівці мають реалізовувати певні специфічні етапу дії, враховуючи готовність молоді до змін (табл. 1.1.)

Модель поетапних змін

СТАДІЇ ЗМІНИ ПОВЕДІНКИ	ДІЇ ФАХІВЦІВ
<p>1. БАЙДУЖІСТЬ Молодь не бачить шкоди від своїх дій та не бажають змінюватись, задоволена своєю поведінкою</p>	<p>З'ясувати, чи усвідомлює молода людина ризику своєї поведінки; Бути безоціночним, не критикувати, не вдаватися до моралізаторства; Простою та доступною мовою подати якомога повнішу інформацію про явище, його причини, наслідки; Познайомити зі способами зменшення ризику (наприклад, за умов активного статевого життя - використання презервативу; за умови вживання алкоголю - особливості безпечного вживання) та відпрацювати відповідні навички.</p>
<p>2. ЗАЦІКАВЛЕНІСТЬ Часто виникає почуття невпевненості у своїх діях. Молода людина починає думати про зміну поведінки.</p>	<p>Необхідно допомогти зробити правильний вибір – зважити усі «ЗА» та «ПРОТИ» побуду життя та поведінки, ненав'язливо продемонструвати необхідність змін заради кращого майбутнього; Не варто підштовхувати до висновків, акцентувати на діях, адже поспіх може спровокувати страх та зворотню реакцію; Продовжувати інформувати про ризику та загалом – надавати інформацію про явище; З'ясувати причини, що штовхають до ризикованої поведінки, це допоможе у розробці моделі зміни поведінки.</p>
<p>3. ПІДГОТОВКА ДО ЗМІН Молода людина частіше думає про зміни. Починає бачити більше переваг у зміні способу життя та поведінки. Приймає рішення щодо змін.</p>	<p>Допомогти молодій людині скласти чіткий план дій (або ж перспективний план), а також сприяти у розвитку навичок, завдяки яким стане можливим втілення запланованого у життя; Важливо навчити уникати ризикованих ситуацій, відпрацювати навички протидії тиску середовища та однолітків; Необхідно підсилювати мотивацію до змін, заохочувати, підбадьорювати,</p>

	<p>помічати успіхи; Сприяти у попередженні рецидиву (тобто повернення до старого способу життя та ризикованої поведінки).</p>
<p>4. АКТИВНІ ДІЇ Молода людина починає активно діяти у напрямку зміни поведінки</p>	<p>Продовжувати мотивувати до змін шляхом допомоги у реалізації плану, заохочення успіхів та досягнень, моральної підтримки; Формувати навички самоконтролю, володіння почуттями; підвищувати самооцінку, впевненість у власних силах та позитивному результаті; Продовжувати формувати навички безпечної поведінки щодо різних аспектів життя; розвивати цінність здоров'я та благополуччя, допомагати у формуванні життєвої перспективи; Сформувати підтримуюче середовище з числа рідних, близьких або ж інших спеціалістів. Підготувати до потенційно можливого рецидиву.</p>
<p>5. НОВА МОДЕЛЬ ПОВЕДІНКИ Молода людина продовжує активно діяти у напрямку змін, намагається уникнути повернення до старої моделі поведінки</p>	<p>Підтримувати під час криз та сприяти збереженню позитивного результату; мотивувати щодо продовження дій та самовдосконалення; Попереджати можливий зрив та інформувати про існування такої загрози, щоб він не втратив віру та не почувався невдахою, якщо це станеться; Розвивати здібність до рефлексії, самоаналізу, навички відповідальної та адекватної до ситуації поведінки, навчати цікавому та новому; На цьому етапі дуже корисні групи взаємопідтримки для тих, хто намагається подолати таку ж проблему.</p>
<p>6. РЕЦИДИВ Молода людина повертається до старої моделі поведінки. Зрив може відбутися на будь-якому етапі</p>	<p>Важливо пояснити, що будь-якому процесу змін властиві невдачі, однак це не означає, що все було марним. Головне – зробити вірні висновки та продовжувати діяти. Необхідно допомогти підлітку повернутися до реалізації плану, внести в нього необхідні зміни;</p>

	<p>Підтримувати мотивацію, відновити віру в себе, створити молодій людині ряд успішних ситуацій, допомогти набутти позитивного досвіду у певній справі, отримати позитивні емоції.</p> <p>Переглянути, чи сприяло середовище змінам, що необхідно змінити, якими ресурсами збагатити, щоб надалі зрив не відбувся.</p>
--	--

3. Емоційна складова. Ряд дослідників підкреслюють значущість емоційної складової у роботі, спрямованій на формування здорового способу життя та попередження девіантної та ризикованої щодо здоров'я поведінки. Важливість емоційної (або ж – афективної) складової у профілактичних програмах згадується ще на початку 70-х років ХХ століття у роботах науковців та практиків Великобританії та США. У працях того часу, наприклад, вживання наркотиків розглядається як один з неадекватних способів захисту від негативних емоцій [9].

На сьогодні переважна більшість науковців та практиків погоджується з тим, що ризикована поведінка найчастіше розвивається у тих, хто має певні особистісні “дефіцити”. Серед останніх найчастіше зустрічаються такі як: складнощі у вираженні своїх емоцій у наслідок, наприклад, тривалої емоційної деривації; високий рівень агресії; невпевненість у собі та низька самооцінка; брак навичок міжособистісної комунікації; емоційна ригідність тощо.

В. В. Ягупов наголошує на зв'язку емоційної та мотиваційної сфер особистості та зазначає, що емоції в житті людини виконують функцію “механізмів” діяльності, входять до складу стимулів і мотивів її дій, за вмілого використання можуть відігравати значну роль у цілеспрямованій діяльності [67].

Отже, відповідно, однією зі складових профілактичної програми має бути:

- навчання регуляції, адекватному вираженню своїх емоцій, агресії, незадоволення;
- розвиток комунікативних здібностей;

- підвищення власного статусу та самооцінки;
- підвищення рівня домагань (поряд з розвитком особистісних ресурсів для їх реалізації);
- навчання рефлексії та самоаналізу, адекватному усвідомленню своїх бажань, почуттів, думок тощо.

Окрім чотирьох взаємопов'язаних складових профілактичної програми, є ще два важливі підтримуючі програму блоки, завдяки яким формується безпечне середовище та сприятливі умови для зміни ризикованої та формування безпечної поведінки.

Блок А. Розвиток альтернативної діяльності спрямований на задоволення потреб підлітків та молоді у самовираженні, активності, яскравих відчуттях шляхом залучення до діяльності, що буде альтернативою ризикованим моделям поведінки. Часто реалізація даного блоку знаходиться поза межами завдань, що ставлять перед собою реалізатори профілактичних програм. Однак, якщо профілактична діяльність має комплексний характер та здійснюється у мультидисциплінарній та міжвідомчій команді фахівців, даний блок значно посилює її ефективність.

Розвиток альтернативної діяльності передбачає:

- 1) залучення підлітків та молоді до специфічних та привабливих для них видів активності, таких як сучасні види спорту та творчості (наприклад, брейк-данс, графіті) тощо;
- 2) створення волонтерських груп з числа підлітків і молоді та залучення їх до суспільно корисної діяльності; створення команд, що працюють за методом «рівний – рівному» та доносять важливу інформацію до своїх однолітків.

Блок Б. Створення підтримуючого середовища, під яким мається на увазі сприятливе, здоров'язберігаюче оточення підлітка або молодої людини, що допоможе закріпити мотивацію до здорового способу життя та використання безпечних моделей поведінки, а також впровадити та закріпити нову позитивну поведінкову модель. У той час, коли всі попередні складові профілактичної програми та Блок А були спрямовані на розвиток переважно внутрішніх

ресурсів, то Блок Б спрямований на розвиток зовнішніх ресурсів для зміни ризикованої поведінки.

Важливою у цьому контексті є політика самої установи чи організації, що впроваджує програму, щодо дотримання норм та правил здорового способу життя. Зокрема, якщо підлітки чи молоді люди можуть спостерігати співробітників (вчителів, соціальних працівників або соціальних педагогів, ведучого програми), які палять, перебувають у нетверезому стані, вживають нецензурні вислови, мотивація до зміни власної поведінки стрімко падає.

Окрім того, об'єктами, які можуть створити підтримуюче середовище є, у першу чергу, сім'я, а, по-друге, школа, спеціалісти дотичних до розв'язання проблем дитини служб (центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, служби у справах дітей, кримінальної поліції у справах дітей тощо).

Процесуальні складові профілактичної програми мають бути безпосередньо пов'язаними з завданнями профілактичної програми (поінформувати ..., підвищити рівень обізнаності щодо ...; сформувати навички ..., навчити...; сприяти усвідомленню цінності здоров'я ..., підвищити рівень вмотивованості щодо ...; підвищити адаптивність щодо..., навчити контролювати свої емоції..., підвищити самооцінку ..., сформувати навички щодо побудови життєвої перспективи ... тощо) та враховуватись під час визначення методів та форм, за допомогою програма буде впроваджуватись.

Змістовні складові – тобто тематичне наповнення, зміст програми – має визначатися з огляду на предмет профілактики (негативне явище, процес, проблема) та з урахуванням особливостей цільової аудиторії (віку, досвіду), її потреб, запитів та заявленої мети у відповідності до виду профілактичного втручання (первинна, вторинна або третинна профілактика).

Успіх профілактичної діяльності багато в чому залежить від дотримання основних принципів соціальної профілактики. Так, важливо, щоб усі профілактичні втручання (профілактичні заходи та програми), які реалізуються з дітьми та молоддю здійснювались на основі дружнього підходу, рекомендованого у 2002 році Дитячим Фондом ООН (ЮНІСЕФ).

Такий підхід, у першу чергу, передбачає дотримання наступних принципів:

Доступність будь-яких необхідних для підлітка чи молодої людини послуг, інформації тощо, в тому числі – територіальна (близьке розташування до місця проживання) та фінансова (такі послуги мають надаватися на безоплатній основі);

Добровільність участі у профілактичних програмах (врахування ступеню вмотивованості до змін);

Доброзичливість до учасників профілактичних програм, розуміння і прийняття вікових та соціально-психологічних особливостей цільової групи, терпимість до їх суджень та поведінкових проявів;

Відповідність профілактичних дій потребам та інтересам представників цільових груп, їх віковим і соціокультурним особливостям;

Конфіденційність та анонімність в одержанні тих чи інших послуг у межах профілактичної програми;

Екологічність, безпечність профілактичних дій для представників цільових груп та для їх виконавців;

Участь дітей та молоді у плануванні та розробці профілактичних програм та заходів, а також під час їх моніторингу та оцінки ефективності.

Окрім того, стандарти надання послуг та реалізації профілактичних програм, дружніх до підлітків та молоді, передбачають:

– забезпечення профілактичної роботи кваліфікованими та вмотивованими до реалізації профілактичної програми кадрами, які проходять систематичну підготовку на основі дружнього до підлітків та молоді підходу;

– відповідність внутрішньої політики установи (наприклад, школи, дитячого клубу за місцем проживання, притулку для дітей тощо), де реалізується профілактична програма, принципам дружнього підходу.

1.2. Вразливі групи в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу

Важко уявити людину, яка б вважала себе повністю невразливою. Люди, які живуть із ВІЛ/СНІДом, тією чи іншою мірою є вразливими людьми. Так само як і ті

групи, що мають найвищий ризик зараження ВІЛ (наркозалежні, ув'язнені, працівники комерційного сексу, постраждали від торгівлі людьми, діти вулиці тощо).

Дієвість системи захисту вразливих груп населення, зокрема людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, визначає ступінь розвитку нинішнього громадянського суспільства, демократії в цілому. Україна за останні роки почала робити певні кроки в цьому напрямі, хоч поки що пріоритет особистості є надбанням досить обмеженої частки громадян і звісно, далеко не найвразливішої. В конституції України декларуються рівні права всім громадянам без жодних обмежень та їх всебічний захист. Проте що ж до людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, законодавство, чиновники, правоохоронці, медпрацівники, роботодавці, пересічні громадяни ще й досі допускають порушення прав та свобод цих людей, навіть іноді цього не усвідомлюючи.

Наразі епідеміологічна ситуація в Україні доволі загрозлива: за рівнем поширення ВІЛ/СНІДу і темпами зростання епідемії СНІД країна перебуває на першому місці в Європі. За оцінками експертів, близько 400 тис. осіб в Україні, а це 1,4% населення, живуть з ВІЛ/СНІДом. Проте лише незначна частина людей знає про свій статус.

За оцінками даними, на початок 2018 р. в країні проживало 244 000 ВІЛ-позитивних людей. Кожен сотий громадянин України у віці від 15 до 49 років інфікований ВІЛ, що є одним із найвищих показників серед країн регіону.

За даними Європейського центру з контролю та профілактики захворюваності та Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, регіон Східної Європи та Центральної Азії, до якого територіально належить Україна, єдиний у світі, де продовжує зростати кількість нових випадків ВІЛ-інфекції та смертей від СНІДу.

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні на сучасному етапі характеризується переважним ураженням осіб працездатного віку зі зростанням частки вікової групи старше 50 років серед нових випадків захворювання. ВІЛ-інфекція поширюється переважно статевим шляхом, але все ще залишається сконцентрованою в ключових щодо інфікування ВІЛ групах населення.

Протягом 2018 р. в Україні щодня реєстрували 50 випадків захворювання

на ВІЛ-інфекцію, 24 — захворювання на СНІД і дев'ять випадків смерті від хвороб, зумовлених СНІДом.

Згідно з офіційними статистичними даними за період 1987 — травень 2019 р., у країні офіційно зареєстровано 341 084 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України, зокрема 114 487 випадків захворювання на СНІД і 49 751 випадок смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

Станом на 01.04.2019 у закладах охорони здоров'я під медичним наглядом перебувало 142 076 ВІЛ-інфікованих громадян України (показник 336,5 на 100 000 населення), зокрема 46 987 хворих із діагнозом «СНІД» (111,3).

Найвищі рівні поширеності ВІЛ-інфекції зареєстровано в Одеській (898,3 на 100 000 населення), Дніпропетровській (792,6), Миколаївській (743,5) областях, м. Київ (479,0), Київській (447,9), Херсонській (420,1) та Чернігівській (420,4) областях.

Попри впровадження в Україні масштабних програм протидії, фінансованих переважно міжнародними донорами, впродовж останніх п'яти років, спостерігається як зростання інфікування ВІЛ, так і смертності від СНІДу. При цьому згідно з деякими джерелами, офіційні показники смертності можуть становити лише частину справжньої кількості смертей від цієї інфекції. За оцінками Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, на кожну людину, яка помирає від СНІД, припадає троє ВІЛ-позитивних осіб, які вмирають від вторинних причин — від передозування до самогубства.

За прогнозами експертів Всесвітнього банку, в 2014 році в Україні мешкатиме від 479 000 до 820 000 ВІЛ-позитивних осіб. За цей же час, як вважають у Всесвітньому банку, в Україні від хвороб, пов'язаних з ВІЛ, має вмерти від 300 000 до 500 000 осіб. Навіть за найоптимістичніми прогнозами розповсюдження ВІЛ/СНІД в Україні та пов'язане з ним скорочення чисельності населення матимуть вельми серйозні та тривалі наслідки для економіки, демографії та національної безпеки України.

ВІЛ/СНІД — це хвороба молоді. Серед ВІЛ-інфікованих громадян України левову частину становили особи репродуктивного та працездатного віку 15–49 років (близько 95%), з них майже кожен п'ятий — молода людина віком 18–24 років. 90%

випадків від СНІДу припадає на людей віком 25–49 років, ще 5% — молоді люди 18–24 років.

Але при цьому за даними дослідження, проведеного Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді, значна частина молоді не бере участі у профілактичних заходах з питань ВІЛ/СНІДу (76% респондентів) і не отримувала за останні 6 місяців будь-яких друкованих інформаційних матеріалів з питань профілактики ВІЛ/СНІДу (65%) [45].

Вкрай високий ризик заразитися ВІЛ для споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН). Причин тут кілька: сформована в Україні колективна культура споживання наркотиків, продаж наркотиків, що вже набрані в шприці, тощо.

З 2005 року поширення ВІЛ серед СІН за різними підрахунками оцінювали між 10% і 59%. Лише протягом першого півріччя 2017 року офіційно зареєстровано 3 639 випадків ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), що становить 41,8% від кількості нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України.

За даними досліджень, чимало серопозитивних наркозалежних, які здають аналізи на ВІЛ, не повертаються до клінік за результатами своїх аналізів. Вони часто не приходять у призначений час до лікарів або не здають матеріал для повторного тесту після першого, позитивного результату. Як наслідок, багато випадків не зареєстровано в офіційному реєстрі.

Проте в останні роки спостерігається тенденція до зменшення питомої ваги споживачів ін'єкційних наркотиків серед загальної кількості офіційно зареєстрованих ВІЛ-позитивних в Україні. Якщо у 1997 р. цей показник сягав 83,6% (коливання по регіонах — 67,3–94,7%), то у 2007 р. він дорівнював 62,5% (коливання 50,4–90,8%), а у 2017 р. знизився до 45,5% (коливання від 0% у Закарпатській області до 60,8% у Львівській області).

Ризик заразитися ВІЛ також високий для працівників комерційного сексу. Дослідження, яке за підтримки Глобального Фонду здійснювали в семи регіонах, виявило, що поширення ВІЛ у цій групі в середньому становило 19%, а загалом коливалося від 4 до 31%. До того ж дослідження виявило, що 60% працівників комерційного сексу вживає наркотики і що рівень ВІЛ-інфекції серед них був у п'ятеро вищим, ніж серед тих ПСБ, які не вживали наркотики ін'єкційно.

В останні роки епідемія ВІЛ поступово зміщується від груп високого

ризик у бік загального населення і найбільше вражає дітей і жінок. Особливо виразно це спостерігається в регіонах, де високий загальний рівень поширення ВІЛ. Так, в Одеській та Миколаївській областях значна частка вагітних жінок у міських районах є ВІЛ-позитивними (понад 1%), що може свідчити про переростання епідемії із концентрованої (тобто зосередженої на певних вразливих групах) на генералізовану, загальну (тобто таку, що стосується всього населення). На заваді зусиллям з контролю за ВІЛ/СНІДом часто стають порушення прав людини. 75% ВІЛ-позитивних осіб у країні не знають про те, що вони інфіковані, а більшість населення має обмежені знання про ВІЛ і те, як захиститися від інфікування.

Тести на ВІЛ часто здійснюють без згоди особи, особливо в туберкульозних диспансерах і наркологічних клініках. Попри вимогу конфіденційності, яку містить чинне законодавство, медичні працівники схильні до розголошення діагнозу інфікованих осіб їхнім родичам або співробітникам. Людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, часто не беруть на роботу або звільняють, відмовляють у наданні допомоги або надають незадовільну допомогу в лікувальних закладах. Опитування ВІЛ-позитивних вагітних жінок виявило, що медичний персонал тиснув на більшість із них, переконуючи зробити аборт.

На нинішньому епідемія ВІЛ-інфекції в Україні продовжує поширюватись. Зростає кількість нових випадків інфікування ВІЛ та захворювання на СНІД. Збільшується число дітей, які народжені ВІЛ-інфікованими жінками. Незважаючи на зріст питомої ваги статевого шляху передачі ВІЛ, споживачі ін'єкційних наркотиків залишаються основною рушійною силою поширення ВІЛ-інфекції в Україні.

Розглянемо групи, що мають найвищий ризик зараження. Розпочнемо зі споживачів ін'єкційних наркотиків. Проблема наркозалежності в Україні є не новою. Найбільшого поширення вона почала набувати з початку 1990-х років. В 2019 році в Україні налічується 346 тисяч осіб, які вживають наркотичні речовини ін'єкційно - це опіоїди або стимулятори. Переважно це молоді люди працездатного віку, і більшість з них вже має синдром залежності від цих речовин. Водночас, протягом останніх років в Україні відбувається зміна наркосцени, з'являються нові психоактивні речовини з різними шляхами вживання, тому кількість осіб, які вживають наркотичні речовини

неін'єкційним шляхом, наразі невідома.

За узгодженими даними міжнародних та національних організацій оціночна кількість споживачів ін'єкційних наркотиків в нашій державі коливається від 325 до 425 тисяч осіб.

З середини 1990-х років й дотепер ін'єкційне вживання наркотиків залишається основним шляхом поширення епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. За даними Українського центру профілактики та лікування СНІДу, 63% усіх зареєстрованих протягом 27 років випадків ВІЛ-інфекції було пов'язано саме з використанням нестерильного ін'єкційного обладнання.

Лише протягом першого півріччя 2018 року офіційно зареєстровано 3 639 випадків ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), що становить 41,8% від кількості нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України. Переважна більшість наркозалежних та ВІЛ-позитивних в Україні — молоді люди у найбільш продуктивному віці від 20 до 39 років.

Чому ж ВІЛ-інфекція в Україні, на відміну від переважної більшості країн, що потерпають від епідемії ВІЛ/СНІДу, поширюється саме у середовищі СІН?

З-поміж основних причин слід відзначити: поширена практика спільного використання ін'єкційного обладнання одночасно кількома СІН, використання крові як абсорбуючої речовини під час кустарного приготування опіатів тощо.

Разом із тим з року в рік в Україні зростає питома вага інфікувань статевим шляхом, зокрема через партнерів СІН або при незахищених статевих контактах жінками - СІН, які надають сексуальні послуги.

Держава здебільшого констатує наслідки наркозалежності і почасти намагається дати їм раду. Спроби вплинути на причини проблеми у більшості випадків мають епізодичний та безсистемний характер. В Україні здебільшого цим опікуються міжнародні благодійні та громадські організації. За відсутності вкрай важливої державної підтримки, про масштабність, а відтак і про ефективність заходів вести мову не доводиться.

Однією з головних причин такого стану речей в Україні є надмірно жорстка національна «антинаркотична» політика, відповідно, неадекватне ставлення держави в особі багатьох її інституцій до осіб, які вживають наркотики, а також несприйняття

підходу зменшення шкоди від ін'єкційного вживання наркотиків, який поширений у більшості розвинених країн і є ефективним методом профілактики поширення ВІЛ-інфекції серед СІН.

Порушення прав наркозалежних осіб, чимало з яких є носіями ВІЛ та інших інфекційних захворювань (гепатити В та С, туберкульоз, ПСШ тощо), з боку працівників міліції та медичних працівників є тим негативним чинником, що у свою чергу спричинює подальшу стигматизацію та маргіналізацію СІН, формування стійкої недовіри та віддалення цієї уразливої групи від медичних та соціальних послуг.

За таких умов у більшості наркозалежних в Україні залишається досить обмежений вибір: або неминуче тюремне ув'язнення, щонайменше за незаконне зберігання наркотиків для власного вживання, або смерть від інфекційних захворювань, передозувань або інших негативних факторів, пов'язаних з наслідками ін'єкційного вживання наркотиків. При цьому настання першого варіанту зовсім не означає уникнення другого.

Ще з радянських часів у пересічних громадян сформована хибна впевненість у тому, що «наркоман» — це злодій, який повинен сидіти у в'язниці. Досі щороку десятки тисяч наркозалежних засуджуються судами за зберігання наркотиків до ув'язнення. Потрапивши за ґрати, через зрозумілі режимні обмеження СІН здебільшого втрачають змогу регулярно отримувати наркотики, але можуть вживати їх епізодично і, зазвичай, у надзвичайно ризикований спосіб. Як свідчать результати дослідження, проведеного у 2017 році, 8% ув'язнених продовжували вживати наркотики протягом останнього року під час відбування покарання. При цьому рівень спільного використання шприців та голочок є на порядок вищим, ніж на волі.

За таких умов рівень поширення ВІЛ-інфекції в пенітенціарних закладах у десятки разів перевищує аналогічний рівень на волі. Таким чином сьогодні українські в'язниці перетворилися у своєрідний осередок поширення ВІЛ, гепатитів, туберкульозу та інших небезпечних хвороб.

Наявність усіх цих та багатьох інших чинників призводить до того, що протягом останніх років саме СІН є найбільш поширеною та уразливою до ВІЛ-інфекції групою людей. Лише визнання та усунення, або хоча б мінімізація окреслених раніше причини, може призупинити темпи поширення епідемії. Саме таким шляхом ще наприкінці минулого сторіччя пішли більшість розвинених країн, які майже одночасно з Україною

зіткнулися з проблемою ін'єкційного вживання наркотиків. Завдяки вчасно вжитим профілактичним заходам за стратегією зменшення шкоди їм вдалося зупинили або значно зменшили темпи поширення епідемії ВІЛ/СНІДу.

Для вирішення цієї актуальної проблеми вкрай важливими умовами для України є: визнання права хворої на наркотичну залежність людини на лікування; забезпечення доступу СН до комплексних медичних та соціальних послуг; приведення вітчизняного законодавства у відповідність до передових європейських підходів.

Останнім часом в Україні інфікування на ВІЛ досить часто відбувається через статевий шлях передачі вірусу, на відміну від парентерального шляху передачі вірусу. від людини до людини (тобто, через кров). Статистика епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні, свідчить про те, що станом на кінець 2018 року, 38,4% людей інфіковано статевим шляхом. Для порівняння: у 2001 році статевий шлях передачі ВІЛ становив не більше 17%.

Однією з найбільш уразливих до ВІЛ-інфекції груп є люди, задіяні у сфері секс-бізнесу. За підрахунками спеціалістів, кількість працівників комерційного сексу в Україні коливається між 200 тис. до 350 тис. людей. Зростання або зменшення кількості робітників комерційного сексу залежить від таких чинників, як сезонність, загострення економічної ситуації, наркозалежність, міграційні процеси тощо. Якщо взяти навіть мінімальну кількість працівників комерційного сексу в 200 тис. осіб і помножити цю цифру на середньостатистичну кількість клієнтів у день (2 людини), то ми отримаємо до 400 тис. щоденних відносно ризикованих статевих контактів.

Оскільки статевий шлях передачі поступово стає одним з найбільш розповсюджених шляхів передачі ВІЛ, то це привертає особливу увагу до працівників комерційного сексу у контексті прав людини. Україна остаточно визначилась з основним політико-економічним курсом, спрямованим на євроінтеграцію. Це означатиме, що уряд України має привести всі нормативно-правові акти у відповідність до євростандартів.

Комерційний секс є одним із найбільш стародавніх способів отримання прибутків, а тому існує у кожному суспільстві та за будь-якої політичної системи.

Кількість та асортимент секс-послуг в нашій країні, бажаємо ми того чи ні, зростає з кожним роком, а сама секс-індустрія стрімко розвивається. Наприклад, завдячуючи

інтернету, сьогодні кожний охочий без зусиль спроможний знайти собі працівника комерційного сексу за смаком, а працівник — оголосити про себе та послуги, що пропонує. Зараз в Україні біля 30 тисяч осіб пропонує інтим-послуги через інтернет. Найбільша кількість секс-пропозицій спостерігається у Києві, Харкові, Львові, Дніпрі. Однак, максимальним попитом користуються інтим-агенції та так звані «притони», в залежності від платіжної спроможності клієнта.

Працівники комерційного сексу можуть належати до різних вікових груп, найчастіше це молоді люди від 21 до 24 років, секс-робота для більшості з них — основне джерело прибутків. Спостерігається тенденція до зростання кількості неповнолітніх жінок секс-бізнесу, з низьким рівнем освіти. Ця група найбільш вразлива до ВІЛ та хвороб, що передаються статевим шляхом.

До чинників, які підвищують вразливість працівників комерційного сексу до ВІЛ-інфекції відносять такі:

- ризикована сексуальна поведінка;
- малодоступність медичних, соціальних, юридичних послуг для низькооплачуваних працівників комерційного сексу;
- посилення стигматизації та дискримінації особливо стосовно працівників комерційного сексу як до осіб, які живуть з ВІЛ/СНІД (ЛЖВ);
- негативне ставлення суспільства до проблем ВІЛ/СНІД;
- низький рівень благополуччя суспільства;
- негативний вплив вживання алкоголю та наркотиків на безпеку сексуальних контактів, у тому числі на сприйняття інформації і пам'ять;
- нестача інформації з питань ВІЛ та захворювань, які передаються статевим шляхом, репродуктивного здоров'я, профілактики незапланованої вагітності;
- відсутність усвідомлення наслідків незахищеного сексу;
- невміння домовитися з клієнтом;
- обмежений доступ до засобів профілактики;
- відсутність можливості для працівників комерційного сексу брати участь у прийнятті рішень, які стосуються самих працівників.

Багато жінок без примушення обирають комерційний секс. Напроти вони обирають таку працю з різних причин, що пов'язані або не пов'язані з економічною самостійністю,

незалежністю або фінансовою неминучістю. За моральних або медичних обставин заборона занять комерційним сексом взагалі не є розумною стратегією, що може призвести до суперечливих наслідків. Можливо, для багатьох жінок право на працю обмежиться, а заборона часто витискує таку діяльність в тіньову зону, таким чином, збільшуючи ризик для здоров'я робітників комерційного сексу, обмежуючи їх можливості у відстоюванні своїх прав. Для боротьби із злочинністю, економічною нерівністю та задля підтримки успішної діяльності щодо профілактики ВІЛ/СНІДу необхідно визнати та сприймати проституцію як працю, що обирається за особистим бажанням.

У всьому світі поширеність ВІЛ-інфекції серед ув'язнених зазвичай набагато вища, ніж серед населення в цілому. Часто ця ситуація супроводжується та погіршується високим рівнем захворювання іншими інфекційними хворобами (гепатитом та туберкульозом). Загальновизнано принцип «ув'язнені — це частина суспільства, вони вийшли з суспільства та їм у нього повертатися». Згідно із ним пенітенціарні установи та ув'язнені залишаються частиною суспільства, а це означає, що загроза, яку ВІЛ представляє для здоров'я ув'язнених, та загроза здоров'ю населення поза межами пенітенціарних установ нерозривно пов'язані між собою. Тому, суспільство зобов'язане забезпечити людям, що потрапили в місця позбавлення свободи, належні умови для збереження здоров'я.

Всі утримувані під вартою мають право на отримання медичної допомоги, зокрема профілактичних заходів, рівноцінної допомоги, що надається в суспільстві, без дискримінації, особливо в зв'язку з їх правовим статусом чи громадянством.

Заходи профілактики ВІЛ/СНІДу в пенітенціарних установах мають доповнювати заходи в суспільстві та бути схожими з ними. Ув'язнені мають право на отримання інформації стосовно ВІЛ-інфекції та її профілактики, небезпечної поведінки, пов'язаної з підвищеним ризиком, мати доступ до засобів захисту задля уникнення зараження, але водночас розуміти, що це не звільняє їх від відповідальності за таку поведінку. Необхідними умовами ефективної реалізації таких профілактичних програм слугують активна участь неурядових організацій, участь самих ув'язнених, а також недискримінаційне ставлення і підтримка ув'язнених людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом.

Адміністрації пенітенціарних установ несуть відповідальність за здійснення програм, які призначених формувати безпечне середовище та зменшувати ризик передачі ВІЛ та інших інфекцій як серед ув'язнених, так і серед співробітників установ.

Однак у місцях позбавлення волі фіксуються випадки порушення прав у площині ВІЛ/СНІДу, зокрема:

відсутність або недостатній обсяг інформування стосовно ВІЛ/СНІДу та інших інфекцій, шляхів їх профілактики;

відсутність або обмежений доступ до добровільного консультування та обстеження на ВІЛ, а також до засобів профілактики (презервативів та дезінфікуючих засобів);

відмова або обмежений доступ до медичного огляду та лікування, зокрема антиретровірусної терапії для хворих на СНІД;

неналежні комунально-побутові умови утримання в'язнів в установах виконання покарань;

порушення термінів розгляду матеріалів щодо звільнення за медичними показаннями чи заміни невідбутої частини покарання більш м'яким;

неналежне поводження зі сторони адміністрації установ виконання покарань з ув'язненими та особами, що утримуються під вартою;

необґрунтовані відмови у наданні зустрічей з рідними засуджених;

порушення порядку застосування фізичної сили, спеціальних засобів;

відмова в наданні безкоштовної юридичної допомоги.

В Україні не існує офіційної статистики щодо кількості дітей та молоді, що живуть чи працюють на вулицях, не існує і національного консенсусу щодо оцінки чисельності такої соціальної групи, але з впевненістю можливо стверджувати, що чисельність таких дітей значно збільшилась за останні роки. Багато з цих дітей та молодих людей є особливо вразливими до ВІЛ-інфекції та інших інфекційних хвороб, особливо таких, що передаються статевим шляхом, вразливі також до туберкульозу та гепатиту, та до того ж велика кількість осіб з групи ризику має поведінку, що підвищує ризик захворювання на ВІЛ/СНІД. Представлена група є дуже важливою у контексті запобігання переносу ВІЛ-інфекції до основної маси населення та потребує спеціального захисту та підтримки.

Діти та молодь, що живуть чи працюють на вулиці, представлені тими, хто 1) не має контактів з їхніми сім'ями та живуть у тимчасових приміщеннях; 2) хто підтримує контакти зі своїми сім'ями, але проводять більшість часу на вулицях, 3) хто мешкає в тимчасових притулках чи подібних до них установах; 4) хто формально проживає у дитячих притулках, але за тих чи інших обставин втік і тепер мешкає на вулицях.

До появи на початку 1990-х років феномену «вуличних» дітей та молоді призвели негативний вплив системи радянського соціального захисту та системи захисту дітей (як наприклад відокремлення від родин мільйонів дітей) та перехідного періоду, що послідував за розпадом Радянського Союзу (знекровлені системи охорони здоров'я та соціальних послуг, зростання рівня нових епідемій, зростання бідності та ризикованої поведінки, як намагання дати ради новому життю).

Зараз, за різними оцінками, в Україні кількість дітей вулиці коливається від 30 до 100 тисяч. Найостанніші розрахунки Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ), які використовувались задля підрахунку того, як багато дітей та підлітків віком від 10 до 18 років, що живуть на вулиці, знаходяться під ризиком захворювання на ВІЛ та потребують обслуговування, вказують на 115 тисяч дітей та підлітків.

Більшість у цій групі становлять хлопці до 18 років. Вони переважно мають низький рівень освіти, багато проблем зі здоров'ям, більшість пережили важку травму, що включає в себе насильство, образи чи експлуатацію (трудова, сексуальна).

Соціальне дослідження засвідчило, що в деяких містах кількість дітей та молоді, що перебувають під ризиком інфікування на ВІЛ та мешкають на вулицях, становлять третину від загальної групи. Існують певні відомості про тих, хто мешкає на вулиці та є ВІЛ-інфікованим, навіть якщо такі дані є обмеженими через те, що більшість з тих, хто мешкає на вулицях, ніколи не проходили обстеження на ВІЛ і не знають, чи вони є носіями вірусу: у групі з 20 дітей вулиці у м. Києві, що проходили обстеження на ВІЛ у 2015 році, виявлено 5 ВІЛ-позитивних випадків, а з 29 дітей, обстежених у 2017 році в м. Одесі, виявлено 20 ВІЛ-позитивних. Результати дослідження епідеміологічної та поведінкової ситуації серед підлітків групи ризику віком від 13 до 17 років, з 2004 по 2007 рік, показали, що переважно, захворюваність на СНІД у цій групі дітей вулиці може перевищувати 2%, в деяких містах — 5%.

Розглянемо ще одну групу ризику. Щороку за межі країн емігрує на постійне

проживання 1 мільйон людей. Якщо додати ще й переміщення людей усередині країни, тоді можливо близько 2 мільярдів людей щороку переміщуються з місця на місце. До переселення людей з одного місця до іншого тимчасово, сезонно чи назавжди спонукає безліч причин: пошуки професійних чи економічних можливостей, возз'єднання з родиною, війна, порушення прав людини, міжетнічні конфлікти, насильство, голод, переслідування.

Швидке розповсюдження ВІЛ через громади, країни та континенти є свідченням зв'язку між переміщенням людей та зростанням епідемії. Вивчення певних груп з підвищеною мобільністю (таких як водії, торговці, військові, моряки) виявило, що подорож та міграція є чинниками, пов'язаними з поширенням ВІЛ-інфекції. В більшості районів, де зареєстровано високий рівень сезонної мобільності та тривалу мобільність, також спостерігається високий рівень інфекції. Така ж ситуація властива територіям уздовж транспортних магістралей та прикордонним регіонам. Дослідження засвідчують, що міграція та мобільність підвищують уразливість до ВІЛ/СНІДу однакової мірою для представників мобільних груп та для їхніх партнерів, які залишились вдома.

Деякими факторами, що можуть підвищити шанси мобільного населення до можливої ризикованої сексуальної поведінки і роблять цю групу більш уразливою до ВІЛ інфекції, є: ізоляція внаслідок дискримінації, мовні та культурні відмінності; відчуття відчуження; нестача підтримки та дружніх зв'язків.

Розв'язання цих проблем означає спільну діяльність ключових гравців з країн походження, транзиту та кінцевого призначення. Це вимагає дій поза межами національних підходів задля того, щоб розвинути регіональні та міжрегіональні підходи стосовно населення, що переміщуються до країн та крізь території країн у цілях торгівлі чи роботи.

За експертними оцінками Україна має один із найвищих в Європі показників поширення ВІЛ — 1,47% від населення. У той же час статистика постійної міграції (11 288 мігрантів у 2017 році) в Україні свідчить, що поширення ВІЛ у цій групі не перевищувало 0,097%. З-поміж 8288 обстежених постійних мігрантів з України віком від 15-ти років та старше, що від'їжджали до США, Канади, Австралії та Нової Зеландії, захворюваність на ВІЛ становила 0,13% від загальної кількості У 2015 році МОЗ

допомогла 242 потерпілим від торгівлі людьми, з-поміж яких було виявлено 4 випадки (чи 1,7%) отримання ВІЛ-позитивного статусу (обстеження проводилось на добровільній основі).

Таким чином, ВІЛ/СНІД та міграція — дві вирішальні соціальні проблеми, з якими сьогодні стикається світ, що змінюється. «Хоча ВІЛ наявний у всіх регіонах світу, понад 95% інфекцій зосереджено у країнах, що розвиваються, де епідемія СНІДу дуже поширена через бідність, недостатню освіту та невідповідну систему медичної допомоги, де обмежені можливості профілактики (незважаючи на недавні зобов'язання збільшити доступ до медичної допомоги). У недавньому минулому однією з основних турбот держав стосовно міграції було те, що мігранти можуть бути носіями та переносниками ВІЛ та інших інфекцій, що передаються статевим шляхом. Незважаючи на стурбованість, що повністю не зникла, зростає обізнаність, що мігранти часто живуть в умовах, коли вони більш вразливі до ВІЛ, ніж місцеве населення. Мігранти не є та не створюють фактор ризику розповсюдження ВІЛ/СНІДу. Це умови, з якими вони стикаються під час міграції (особливо бідність, експлуатація та відірваність від сімей та партнерів) — ставлять їх під загрозу. Один з прикладів таких ризиків — економічна нестабільність у сільській місцевості, що спонукає людей мігрувати до міст, тільки щоб впевнитись, що пристойну роботу знайти важко. Інший приклад — трудова міграція осіб однієї статі, яка означає, що велика кількість робітників чоловічої статі проживає далеко від їх партнерів у переповнених бараках з невеликими можливостями відпочинку за винятком сексуальних втіх, кількість яких невідворотно зростає в дні виплат заробітної плати».

Україна здобула незалежність у 1991 році та вийшла із складу колишнього Радянського Союзу. Бурхливі політичні події, які відбулись після здобуття незалежності, період змін та перехідний період, загрожуюча бідність та відчуття нестабільності зробили наш регіон уразливим до нерегулярного та нелегального потоку мігрантів та зростання контрабанди та торгівлі мігрантами до країн Західної Європи і Північної Америки. Україна розташована на стратегічному шляху міграції, який поєднує Центральну та Південно-Східну Азію з країнами-членами ЄС: Угорщиною, Словацькою Республікою, Польщею та Румунією. Під час парламентської дискусії з приводу законопроекту про імміграцію наводились оцінки рівня нелегальної міграції в Україні (1,6 мільйони

нелегальних мігрантів, які прибули з Афганістану, Індії, Бангладеш, Пакистану, Китаю та В'єтнаму через Російську Федерацію). Соціально-економічні умови в багатьох країнах Африки та Азії сприяють зростанню нерегулярної міграції з цих регіонів через Україну. Ці переміщення використовують обидва — «легальний» (запрошення на навчання, можлива бізнесова діяльність, візи для візитів тощо) та «нелегальний» (контрабанда, використання фальшивих документів тощо) шляхи [1].

Крім того понад 2,5 тисячі осіб в Україні мають статус біженця. Як правило, вони залишили країни свого походження заради виживання. Близько половини з них походять з Афганістану. Третина — з колишніх республік Радянського Союзу (це наслідок національних та військових конфліктів в Таджикистані, Чечні, Узбекистані). Лише 8–10% біженців походять з інших країн (здебільшого з Південної Азії та Африки). Доволі часто біженці, які прибули на територію України, не знають своїх прав та не розмовляють місцевими мовами. Тому важливо підтримувати зв'язки з їхніми громадами.

Під час отримання допомоги біженці часто зустрічаються з нетерпимістю та расизмом, наштовхуються на корупцію, дискримінацію та бюрократизм. Дослідження Human Rights Watch у 2015–2016 роках виявило, що міліція піддає фізичному та психологічному тиску користувачів наркотиків та працівників сфери секс-бізнесу для вимагання грошей та отримання інформації від них. Такі порушення, разом з прямим втручанням міліції у доведення інформації про запобігання ВІЛ та послуги, відсторонюють тих, хто знаходиться під найвищим ризиком захворювання на ВІЛ/СНІД, від рятувальних послуг, гарантованих державою.

Мігранти є визнаною групою ризику у процесі міграції. Їх проблеми зі здоров'ям погіршуються у процесі міграції, впливаючи на епідеміологічну ситуацію у країні походження, соціальну несправедливість, бідність, насилля, існуючу систему міграційної перевірки, створену приймаючими країнами.

В Україні також поширене таке явище як торгівля людьми, тобто дії, здійснювані з метою експлуатації вербування, перевезення, передачу, приховування чи одержання людей шляхом загрози силою або її застосування чи інших форм примусу, викрадення, шахрайства, обману, зловживання владою або уразливістю положення, або шляхом підкупу, у вигляді платежів чи вигоди, для одержання згоди особи, яка контролює іншу

особу. Експлуатація включає, як мінімум, експлуатацію проституції інших осіб або інші форми сексуальної експлуатації, примусову працю або послуги, рабство або звичаї, подібні з рабством, підневільний стан або вилучення органів.

За даними представництва МОМ в Україні, більше третини постраждалих від торгівлі людьми, які звернулися за допомогою (369 осіб — 34,4%), були продані з метою трудової експлуатації; більше половини (622 особи — 58,1%) — з метою сексуальної експлуатації. У 79 випадках — 7,5% — трудова експлуатація поєднувалася із сексуальною; у інших випадках — спостерігалися інші форми експлуатації, у тому числі і жебрацтво. Останні роки спостерігається тенденція до зростання різних форм трудової експлуатації.

При цьому, торгівля людьми не обумовлюється перетинанням кордону. Таким чином, умовно можна виділити «зовнішню» (із перетинанням державного кордону) та «внутрішню» (без перетину державного кордону) торгівлю. Пріоритетними країнами вивозу українських громадян є: Туреччина, Греція, Кіпр, Італія, Іспанія, Боснія і Герцеговина, Угорщина, Чехія, Португалія, Росія, Хорватія, Німеччина, Об'єднані Арабські Емірати, Сирія, Китай, Нідерланди, Японія.

Також є випадки торгівлі людьми, де найчастіше потерпілими стають діти та жінки. Таку ситуацію зумовлює «фемінізація» бідності, соціальне сирітство, гендерна дискримінація та багато інших факторів.

Проблеми міграції та притулку для біженців залишаються пріоритетними у роботі уряду, особливо у контексті стосунків з Євросоюзом. Українська система притулків ледве функціонує через надзвичайно децентралізовану структуру, яка об'єднує кілька державних установ та департаментів. Досягнуто прогресу у плануванні єдиної міграційної системи, яка працюватиме над усіма аспектами міграції, але реформи просуваються повільно, між тим права мігрантів та шукачів притулку продовжують порушуватись.

Під час візиту Human Rights Watch виявлено, що обов'язкове обстеження на туберкульоз не здійснювалось через нестачу ресурсів. Обстеження на ВІЛ/СНІД не є доступним для затриманих мігрантів та шукачів притулку, а для тих, кому поставлено діагноз ВІЛ/СНІД - недоступне лікування. Ця неспроможність забезпечити адекватне обстеження та лікування дуже непокоїть, особливо з огляду на високі темпи поширення

епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. Велика кількість затриманих в Україні шукачів притулку та мігрантів походить з країн, де поширені конфлікти, насильство, дискримінація та інші переслідування й порушення прав. Дехто з них був привезений нелегально для насильницької праці (торгівля людьми), інші – перевезені таємно надзвичайно небезпечними шляхами. Багато з дітей та молодих людей мають підвищений ризик інфікування ВІЛ через такі чинники, як:

нехтування та приниження з боку батьків або вихователів, які збільшують ризик втечі таких дітей з дому. Опиняючись на вулиці діти починають поводитися досить ризиковано і вважать таку ситуацію кращою за подолання проблем, що виникли вдома;

ризиковану щодо зараження на ВІЛ поведінку близьких до дитини люди (батьки, брати чи сестри, однолітки, які видають таку поведінку за «норму» і можуть на- віть заохочувати дитину до схожої поведінки;

розміщення дітей у закладах, де немає змоги для адекватного догляду за ними, що породжує нестачу необхідних життєвих навичок, збільшує ризик стати жертвою торгівлі людьми, збільшує ризик втечі дитини із закладу на вулицю;

втрата батьків через СНІД чи через захворювання, пов'язані із ВІЛ/СНІДом;

ув'язнення (у пенітенціарних закладах широко поширені інфекційні захворювання, існує примушування до сексуальних стосунків та вживання наркотиків, особливо молодими чоловіками, та обмежений доступ до запобігання ВІЛ та лікування);

бідність (нестача засобів для існування змушує молодих дівчат та жінок надавати сексуальні послуги за гроші, в обмін на товари чи кращі умови життя;

маргінальне становище певних етнічних груп, що часто мають обмежений доступ до навчання, системи охорони здоров'я та інших служб захисту. Є свідчення того, що сім'ї ромів подекуди «здають на прокат» своїх дітей задля жебракування на вулицях чи занять кишеньковими крадіжками;

супутні інфекції (такі як туберкульоз та гепатити В і С, хвороби, що передаються статевим шляхом), які можуть збільшити вірогідність передачі ВІЛ статевим шляхом.

Серед дітей та молодих людей, що живуть на вулицях та знаходяться під найбільшим ризиком захворювання на ВІЛ, слід назвати:

дівчат та юнаків, що вживають ін'єкційні наркотики та використовують нестерильне обладнання;

хлопчиків та молодих чоловіків, що практикують незахищений анальний секс з чоловіками.

дітей та молодь, втягнутих у комерційний секс;

молодь, яку експлуатують задля надання сексуальних послуг чи яких примушують до занять сексом (зокрема жертви торгівлі людьми задля сексуальної експлуатації);

молоді чоловіки, що практикують незахищений секс з працівниками комерційного сексу.

Дослідження засвідчують, що дітям та молоді, які живуть і працюють на вулиці, властиві такі риси:

низький рівень обізнаності та фактичних знань стосовно ВІЛ/СНІДу, чому, зокрема сприяє поширена серед підлітків думка, що вони є «невловимими», віра в те, що вони не можуть бути інфікованими будь-якою з хвороб;

нездоровий спосіб життя та слабкі пошуки підтримки (деякі діти бояться доступу до послуг через широко поширену стигму та дискримінацію, решта — позбавлена доступу до послуг через нестачу грошей на транспорт чи незаконні вимоги плати за послуги);

небезпечне вживання ін'єкційних наркотиків;

небезпечна сексуальна поведінка (порівняно зі своїми однолітками представники цієї групи рано вступають у сексуальні контакти і часто змінюють партнерів, секс для них відіграє важливу роль своєрідного обов'язку та методу розслаблення. Дані свідчать, що презервативами користуються зрідка і майже третина всіх опитаних повідомили, що за секс вони отримують гроші, товари, наркотики) [66].

Отже, соціальна профілактика – це напрям діяльності, що передбачає комплекс соціальних, економічних, політичних, правових, медичних, психолого-педагогічних заходів, спрямованих на попередження, обмеження, локалізацію негативних явищ у соціальному середовищі.

У широкому розумінні соціальна профілактика ставить за мету підвищення якості життя людей, збереження та зміцнення їх здоров'я, яке Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) розглядається як гармонійне поєднання фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад.

Розрізняють загальну та спеціальну соціальну профілактику.

Відповідно до класифікації, підтриманої ВООЗ у 1990 році, профілактичні втручання поділяються на первинні, вторинні та третинні. Вид профілактичного втручання обирається відповідно до стадії розвитку проблеми або ж негативного явища.

Стратегії профілактики – це загальні підходи до визначення основних цілей профілактики певної проблеми і шляхів їх досягнення.

Можна виділити такі стратегії: стратегія попередження та подолання, стратегія нормалізації.

У межах стратегії попередження та подолання можна виділити такі моделі профілактики негативних явищ у дитячому і молодіжному середовищі: модель стримування (репресивна модель), модель залякування, модель ствердження моральних принципів, модель поширення фактичних знань, модель навчання позитивній поведінці («афективного» навчання), модель формування здорового способу життя, радикальна модель (модель соціального впливу).

До стратегії нормалізації можна віднести такі моделі: модель контрольованого впливу, модель зменшення шкоди.

Основними формами організації профілактичної діяльності є профілактичні програми та профілактичні заходи.

Наразі епідеміологічна ситуація в Україні доволі загрозлива: за рівнем поширення ВІЛ/СНІДу і темпами зростання епідемії СНІД країна перебуває на першому місці в Європі. За оцінками експертів, близько 400 тис. осіб в Україні, а це 1,4% населення, живуть з ВІЛ/СНІДом. Проте лише незначна частина людей знає про свій статус. Згідно з офіційними статистичними даними за період 1987 — травень 2019 р., у країні офіційно зареєстровано 341 084 випадки ВІЛ-інфекції

серед громадян України, зокрема 114 487 випадків захворювання на СНІД і 49 751 випадок смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Станом на 01.04.2019 у закладах охорони здоров'я під медичним наглядом перебувало 142 076 ВІЛ-інфікованих громадян України (показник 336,5 на 100 000 населення), зокрема 46 987 хворих із діагнозом «СНІД» (111,3). Найвищі рівні поширеності ВІЛ-інфекції зареєстровано в Одеській (898,3 на 100 000 населення), Дніпропетровській (792,6), Миколаївській (743,5) областях, м. Київ (479,0), Київській (447,9), Херсонській (420,1) та Чернігівській (420,4) областях.

Люди, які живуть із ВІЛ/СНІДом, та уразливі до ВІЛ групи це в більшій мірі споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники комерційного сексу, ув'язнена молодь, молоді чоловіки, які мають секс із чоловіками, діти та молодь, що живуть та працюють на вулиці, мігранти, біженці та потерпілі від торгівлі людьми.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОДІЇ З ГРОМАДСЬКІСТЮ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ/СНІДУ

2.1. Аналіз взаємодії з громадськістю в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ

Сьогодні проблема ВІЛ/СНІДУ не є суто медичною, це одна з найбільших загроз для соціально-економічного прогресу в світі. В Україні епідемія ВІЛ/СНІДУ, за висновками експертів та результатами досліджень, – це один із важких викликів суспільству, що становить загрозу національній безпеці країни [18, с. 3] Темпи поширення та масштаби цього захворювання зумовлюють новизну та різноаспектність даної проблематики у різних галузях сучасної науки, й у тому числі в науці державного управління.

Оскільки питання ефективного впливу на зниження темпів поширення ВІЛ/СНІДУ давно вийшли за межі медичної галузі, то й основою проведених досліджень у даній сфері є здебільшого багатогалузевий підхід. Міждисциплінарний характер проблеми управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІДУ, як зазначають вітчизняні науковці, вимагає синтезу досягнень у таких наукових галузях, як медицина, біологія, соціологія, економіка, політологія, культурологія, психологія, педагогіка, географія, юридичні науки тощо. Державно-управлінська проблематики контролю над цією епідемією виявляється в особливому фокусі теоретичного осмислення, насамперед, соціальної та біологічної сутності феномену ВІЛ/СНІДУ і практичного підходу до розробки основних напрямів ефективного управлінського впливу щодо стабілізації темпів поширення цієї хвороби серед населення України. Зокрема, це пов'язано зі специфікою предмета науки державного управління, який окреслює закономірності функціонування системи державного управління і певною мірою – суспільних процесів як об'єктів державно-управлінського впливу [63].

Аналіз наукової літератури засвідчив, що фахівці іноді використовують діаметрально протилежні за своєю суттю теорії щодо вирішення питань

протидії ВІЛ/СНІДу. Так, на думку вітчизняного дослідника О. Федька в сучасному світі смертність від інфекційних хвороб не є домінуючою причиною як це було у минулих століттях, а навпаки у сучасному світі швидкими темпами зростає смертність населення від серцево-судинних хвороб, онкозахворювань та психічних розладів (“Здоров’я у системі цінностей сучасного українського суспільства”//Інвестиції: практика та досвід.- № 23. – 2009. – С. 82-85). Дослідник переконує, що в етіології зазначених груп хвороб однією з основних складових є спосіб життя. Але не можемо погодитись повністю з цією тезою, адже автор, скоріш за все мав на увазі класичні інфекційні хвороби, а парадокс ВІЛ/СНІДу полягає саме у тому, що ця хвороба виникає і швидко поширюється на відміну від класичних інфекцій не крапельковим шляхом чи шлунково-кишковим трактом, а має статевий, парентеральний (ін’єкційний) чи вертикальний спосіб передачі. Тобто в його основі закладена ризикова поведінка в соціумі, тобто неправильний спосіб життя. Ураховуючи високу смертність від хвороб, що виникають через неправильний спосіб життя, О.Федько вважає засадничим принципом державної стратегії протидії поширенню таких хвороб пропаганду здорового способу життя. Так, у 1995 р. понад 350 представників різних країн започаткували так звану Веронську ініціативу, наслідком якої стала спеціальна програма Європейського офісу Бюро ВООЗ “Інвестиції в здоров’я”, у якій визначено, що здоров’я має бути головним політичним пріоритетом для урядів усіх країн Європи. Тож повною мірою це твердження відноситься й до проблематики державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ, яка є актуальною управлінською проблемою.

Опоненти доктрини СНІДу Пітер Дюсберг, Антал Макк, Брайн Еллісон, Джон Лоріцен та інші взагалі вважають дану проблему надуманою. Однак офіційно визнаними на сьогодні є позиції урядів багатьох країн, зокрема й України, щодо врегулювання проблем у цій сфері та надання їм пріоритетного значення. Тож як бачимо, вирішення проблеми поширення ВІЛ- інфекції/СНІДу стало своєрідним критерієм, який визначає рівень демократичності держави.

На підставі узагальнення матеріалів різних авторських підходів [63] до розгляду причин виникнення та персистенції епідемії ВІЛ/СНІДу в українському суспільстві визначають п'ять груп детермінант, які впливають на розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу: макрофактори, соціально-економічне середовище, індивідуальна поведінка, біомедичні фактори, управлінські аспекти. Основними проблемами управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні є: недостатня практика застосування стратегічного планування, що базується на науково обґрунтованих даних та визначенні конкретних потреб; відсутність єдиної системи управління національною програмою; обмеженість усіх видів ресурсів; відсутність системи стандартів з надання послуг щодо профілактики, лікування, догляду та підтримки; недостатній контроль за дотриманням законодавства та нормативно-правових актів; відсутність єдиної національної системи моніторингу та оцінки; відсутність повноцінної координаційної функції з боку національного координатора тощо.

Не зважаючи на те, що стратегію боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу визнано одним із пріоритетів державної політики, стабілізувати її поки що не вдається. Тому на часі перегляд механізмів формування та реалізації державної політики у цій сфері, а також критеріїв визначення її дієвості. У відповідних галузях, задіяних до протидії поширенню ВІЛ/СНІДу, дієвість державної політики можна оцінити за допомогою таких критеріїв, як ефективність, результативність та економічність. Однак особливість цього процесу полягає в тому, що головна увага при оцінці цих показників приділяється не стільки отриманню певних результатів з найменшими затратами ресурсів, а також не стільки ресурсам та структурі, як наслідкам діяльності системи, зокрема досягненню конкретних результатів [64].

За типом чинників, що впливають на процеси розвитку державного управління, виокремлюють політичні, економічні, соціальні, організаційні та правові механізми, які зазвичай використовуються комплексно. Тож механізми формування та реалізації державної політики, зокрема у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, О. Худоба розглядає як систему політичних, економічних,

соціальних, організаційних та правових засобів цілеспрямованого впливу органів державного управління [65].

Як засвідчив всебічний аналіз наукових джерел, незадовільний стан здоров'я населення та високий рівень смертності в Україні великою мірою пов'язаний не стільки з кількісними показниками ВІЛ/СНІДу, скільки з швидкими темпами її поширення. Разом з тим, в Україні існують значні розбіжності в показниках, що формуються на місцевому рівні та характеризують розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу в регіонах. Такі розбіжності є наслідком відсутності державного впливу на процеси формування єдиних принципів розробки та реалізації регіональної політики з питань профілактики ВІЛ/СНІДу, здійснення стратегічного планування профілактичних заходів та експертно-аналітичного супроводу регіональних профілактичних програм.

Слід констатувати, що увага науковців до проблеми державного контролю за поширенням соціально небезпечних хвороб в Україні є недостатньою [64]. Так, профілактика ВІЛ/СНІДу як наукова проблема почала активно розроблятися в Україні тільки з 2004 р. і є найбільш дослідженою в галузі медичних наук, тоді як у галузі державного управління вона довгий час залишалася поза увагою науковців. Дослідження сутності поняття “профілактика” крізь призму державно-управлінського підходу дало можливість встановити, що термін “профілактика” має багатифункціональне значення, що й визначає його структурну композицію, видову належність, об'єктоспрямованість управлінської діяльності [63].

Вартий уваги науковий внесок у дослідження поняття “профілактика” вітчизняних учених Н. Борецької, В. Москаленка, Н. Нижник, Я. Радиша, В. Скуратівського, І. Солоненка та інших. Проте в конкретних підходах до вивчення процесів, пов'язаних із виникненням та поширенням раніше невідомих збудників інфекційних невиліковних хвороб, проти яких у сучасному світі не існує вакцин, у вітчизняній системі державного управління охороною здоров'я не склалося усталеного тлумачення багатьох суспільних явищ.

Зазначимо, що захворюваність на ВІЛ/СНІД в Україні має основні ознаки соціально небезпечної хвороби, а тому профілактика ВІЛ/СНІДу є об'єктом державного управління та пріоритетом державної політики України у сфері охорони здоров'я. Основними напрямками реалізації державної та регіональної політики щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІДу слід визнати заходи щодо запобігання інфікуванню ВІЛ та щодо догляду, підтримки й лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. А відтак, проблема формування та реалізації заходів державного впливу з метою стабілізації поширення темпів епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні є актуальною управлінською проблемою, яка потребує неординарних підходів та більш ґрунтовного дослідження на новому теоретико-методологічному підґрунті [52].

Традиції і досвід функціонування громадських організацій сфері протидії поширення ВІЛ/СНІДу в Україні порівняно з досвідом функціонування відповідних зарубіжних неурядових організацій є значно меншим.

Вітчизняні науковці А.Матвійчук та Л.Усаченко, досліджуючи зарубіжний досвід функціонування неурядових організацій, розрізняють кілька типових моделей: корпоративну (або континентально-європейську), англосаксонську (або ліберальну), скандинавську (або соціально-демократичну) та середземноморську.

За англосаксонської моделі громадські організації виконують незалежну від державних та комерційних структур виробничу й комунікативну функції щодо здійснення великої частки соціальної роботи. Така модель властива для Сполучених Штатів Америки, Канади (в американській частині), Швейцарії, Великої Британії, Ірландії, Австралії і Нової Зеландії.

Континентально-європейська модель притаманна для ФРН, Австрії, Італії, Бельгії, Франції та Нідерландів. У цих країнах, на противагу ідеології індивідуалізму, значно розширюється роль держави, вона бере участь у стимулюванні економічного зростання, забезпечує програми соціального захисту та соціальні інвестиційні проекти. За участю держави створюються численні фонди, фінансування яких передбачається в бюджетних статтях.

Реалізація зазначених проектів здійснюється у тісній співпраці з деякими великими громадськими об'єднаннями.

На території Швеції, Норвегії, Фінляндії, Данії отримала розповсюдження скандинавська модель. Вона характеризується достатньо “недавнім“ сектором громадських організацій, що створений на базі організацій, згуртованих навколо сфери діяльності, а не ідеологічних установок. Переважна більшість громадських організацій лобіює інтереси своїх членів, а не громадськості загалом.

Середземноморська модель відображає діяльність громадських організацій у Іспанії, Португалії та Греції. Сектор неприбуткових організацій в цих країнах менш вагомий, ніж за попередніх моделей через значні обмеження (чи навіть заборони), що встановлювались протягом різних історичних етапів. Зокрема, періоди диктатури негативно позначилися на функціонуванні НУО у цих країнах. Громадські об'єднання є традиційно слаборозвиненими, оскільки сильний соціальний зв'язок тут забезпечується через сім'ю та церкву [66].

Окрім територіальних розрізненостей та особливостей співіснування державного і громадського секторів слід звернути увагу на джерела фінансування громадських організацій. Д. Горелов дійшов висновку, що державна політика щодо фінансування громадського сектору в європейській практиці головним чином обумовлюється ставленням держави до третього сектору як рівноправного партнера та вагомого чинника розвитку суспільства. Як правило, така політика супроводжується наявністю добре розвинутої системи надання державної підтримки третьому сектору, що встановлюється на загальнодержавному політичному рівні законом, урядовим політичним документом або двостороннім договором, постановами інших органів тощо.

Автор зазначає, що масштаб інтеграції державного і недержавного секторів у європейських країнах різний, відрізняється і пошук ефективних підходів до співпраці. Таким чином можливо охарактеризувати моделі за рівнем державної фінансової підтримки громадських організацій.

Диференціація моделей функціонування неурядових організацій у західних наукових джерелах дещо відрізняється від наведених вище моделей.

Зокрема, обґрунтовуються три основні моделі участі громадських організацій у формуванні міжнародного законодавства: ліберальна, “модель зацікавлених сторін” (stakeholder model) та пост-національна модель (post-national model).

Ліберальна модель залишає за державою роль основного місця прийняття рішень, дозволяючи при цьому непрямий вплив НУО на участь у прийнятті міжнародних рішень.

«Модель зацікавлених сторін» розглядає громадські організації виключно в контексті міжнародних громадських організацій. Ця модель пояснює і виправдовує зростаючу, безпосередню роль громадських організацій в міжнародних організаціях, визначає нормативно-правову базу для діяльності громадських організацій на міжнародному рівні.

Пост-національна модель розглядає громадські організації як фрілансерів, тобто вільнонайманців, що самі обирають проекти для своєї діяльності. Таким чином пост-націоналізм підкреслює здійснення влади поза межами держави та міжурядових структур [10].

О.Сунгуров, досліджуючи можливі моделі взаємодії органів державної влади та структур громадянського суспільства на пост-радянському просторі (зокрема в Росії), виділяє три можливі варіанти: співпраця, відсутність співпраці (ігнорування) та конфронтація. При цьому автор відзначає, що співпраця може бути як партнерською, що передбачає певну рівність сторін, так і побудована на домінуванні, аж до повного підпорядкування однієї з сторін (на думку О.Сунгурова, домінуючу роль в російському суспільстві може відігравати виключно держава). О.Сунгуров також відзначає, що на кожному із етапів суспільно-політичного розвитку зазвичай паралельно функціонує кілька моделей, однак завжди можна виділити основну [57].

Вітчизняні дослідники, що досліджують проблемне поле у сфері управління епідемією ВІЛ/СНІДу, вказують на низьку ефективність існуючої в Україні державно-управлінської діяльності щодо стримування темпів епідемічного зростання захворюваності населення на ВІЛ-інфекцію/СНІД [68, с. 75-81.].

Водночас, міжнародний досвід засвідчує, що в управлінні соціально обумовленими хворобами слід більш активно впроваджувати механізми міжгалузевої співпраці [16], що збільшує управлінський ресурс за рахунок залучення різних інституцій як державного сектору, так і приватного, у тому числі ресурси міжнародного співтовариства.

Окремі аспекти взаємодії державних установ і недержавних організацій розглядалися як зарубіжними, так і вітчизняними науковцями, а саме: взаємодія на рівні громади (Т. Басюк, І. Зверєва [3]); соціальне партнерство (Т. Дешко [11]); вплив міжнародних ініціатив в галузі ВІЛ/СНІД на формування та реалізацію політики охорони громадського здоров'я, а також на формування громадянського суспільства в Україні (Т. Семигіна [50]); взаємодія соціальних служб із громадою (С. Толстоухова, В. Андрущенко, В. Бех, В. Башкірєв [58]).

Так, вітчизняна дослідниця Н. Рингач у своїй монографії “Громадське здоров'я як чинник національної безпеки” (Київ, НАДУ, 2009 р.) вказує, що у висновках Звіту з людського розвитку-2006 “Людський розвиток і європейський вибір України” наголошується на необхідності зосередити увагу на усуненні причин щодо уповільнення темпів поширення ВІЛ- інфекції/СНІДу через механізми упровадження Цілей Розвитку Тисячоліття (ЦРТ) в процес розроблення та реалізації національної стратегії розвитку. Такий підхід, на думку дослідниці, забезпечить соціальну спрямованість реформування всіх сфер економіки, соціалізацію всіх складових економічної політики. Адже досвід європейських країн свідчить, що перспективи досягнення ЦРТ тісно пов'язані з якістю та ефективністю управління. У Регіональній доповіді про ЦРТ у країнах Європи і СНД відзначається покращання державного управління, а також сприйняття країнами ЦРТ як пріоритетів розвитку, створення умов для більш відповідальної політики. Тому серед основних управлінських підходів до цього дослідниця виділяє такі:

- підвищення консолідуючої ролі уряду;
- узгодження цілей з основними положеннями програмних документів (на національному та місцевих рівнях);
- мобілізація ресурсів для досягнення цілей відповідно до визначених

критеріїв;

- міжсекторальна взаємодія і узгодженість між різними гілками та органами державної влади;
- локалізація та інкорпорація ЦРТ у систему прогнозно-програмних документів;
- залучення широкого кола експертів та представників НУО до процесу прийняття рішень;
- поінформованість суспільства, забезпечення контролю громадськості, доступу до оперативного моніторингу індикаторів для своєчасного реагування, коригування соціально-економічної політики в разі потреби.

Отже, як бачимо, широка громадська участь і зацікавленість є запорукою досягнення ЦРТ через створення ефективного механізму співпраці між державними інституціями та організаціями громадянського суспільства.

Н. Нізова наголошує, що одним з найважливіших чинників формування відповіді на епідемію в Україні є партнерство з Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, який протягом останніх восьми років надає Україні фінансову допомогу у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Тобто стосунки держави і міжнародної громадської організації вона розглядає на рівні партнерства [23].

Дослідниця наголошує, що основними реципієнтами за цим грантом є дві громадські організації – Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні та Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. В той же час Грантові кошти планують використати для зміцнення спроможності служби протидії СНІДу на національному та регіональному рівнях, що надають змогу, починаючи від 2017 р., впроваджувати ефективні заходи щодо подолання епідемії СНІДу в Україні без фінансової допомоги з боку донорів.

Як бачимо, на сьогодні вчені актуалізували такі аспекти управління, як сучасний стан та шляхи вдосконалення законодавства України у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу; дослідження сутності державної політики у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні; проблеми, прогнози, управлінські рішення з

питань запобігання поширенню епідемії ВІЛ/СНІДу. Але, слід зазначити, що наявні наукові публікації є методично розрізненими, базуються на різних теоріях і підходах, мають неузгодженість понятійно-категоріального апарату. Тому цілком слушною є систематизація теоретичних положень про механізми формування та реалізації державної політики України у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу на основі визначення та узгодження стратегічної мети і завдань, сукупності суб'єктів, об'єктів, принципів, методів, засобів та способів державного управління даною сферою.

Проведений аналіз вищезазначених наукових досліджень вказує на те, що сучасні державні й громадські інституції, які працюють у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні, мають певний досвід і потенціал для реалізації ефективної політики в даній сфері. Організації громадянського суспільства відіграють важливу роль у зміщенні акценту політичного середовища України в бік більш прогресивного напрямку, а органи влади стають більш відкритими для співпраці з громадянським суспільством.

У широкому розумінні під «державно-громадським партнерством» розуміють взаємодію інститутів державної влади та громадянського суспільства, як таких самоорганізаційних елементів державно-управлінської системи, які володіють концентрованими формами демократії у напрямку реалізації спільної діяльності. Це не просто поєднання та розподіл повноважень, а сукупна координація компетенцій державного управління та громадського самоврядування [47, с. 209]. Але стосовно заявленої теми дослідження запропоновано визначення поняття «державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу», яке слід розглядати з позицій структурного та процесного підходів як сукупність загально-профілактичних та спеціальних програм, реалізованих виходячи з потреб епідеміологічної ситуації, мережі багатофункціональних установ, органів управління й підвідомчих їм організацій, що провадять свою діяльність шляхом прийняття різноманітних управлінських рішень на основі міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії та раціонального розподілу повноважень між суб'єктами управління. Тож погоджуючись із дослідницею Н. Рингач, вважаємо, що стосовно проблеми

ВІЛ/СНІДу саме визначення взаємодія є найбільш відповідним терміном, який віддзеркалює дії кожного суб'єкта у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ, в той же час терміни „співпраця” чи «співробітництво», «партнерство» не несуть належного семантично- функціонального навантаження та не спонукають суб'єкти до активних дій.

На нашу думку, необхідність запровадження державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ зумовлена недостатньою ефективністю реалізації державної політики в цій сфері, багатоаспектністю окресленої соціально-медичної проблеми, зростанням масштабів і складності державних завдань щодо протидії епідемії, виходом епідемічного процесу за межі маргінальних груп, її переходом у глибокі прошарки суспільства та складністю локалізації. Тож виникає потреба в залученні до вирішення проблем поширення ВІЛ/СНІДУ таких суб'єктів державно-громадської співпраці, як органи державної влади та місцевого самоврядування всіх рівнів, політичні партії та рухи, інститути та організації громадянського суспільства, об'єднання громадян, соціальні, етнічні, конфесійні, професійні, територіальні групи та спільноти, окремі громадяни (ключові суб'єкти суспільного розвитку – лідери громадської думки).

Основним функціональним спрямуванням їх взаємодії є досягнення згоди, яка стає можливою лише за умови певної спільності між ними щодо реалізації загальнозначущих державно-управлінських рішень, яка, у свою чергу, досягається на основі компромісу. Це свідчить про те, що державно-громадська сфера, у межах якої розвиваються відповідні форми комунікативної взаємодії між органами державної влади та громадськістю характеризується комунікативно-координаційними властивостями, які забезпечують функціональність державно-управлінської вертикалі [47, с. 209].

На підставі вивчених літературних джерел визначено, що існує й низка інших проблем у сфері державно-громадської взаємодії у протидії поширенню ВІЛ/СНІДУ в Україні. Серед них виділимо наступні.

1. Низький рівень участі громадськості у плануванні, координуванні, моніторингу профілактичних заходів, відсутність дієвої системи моніторингу

й оцінки як державної політики, так і ефективності діяльності недержавних суб'єктів співробітництва в даній сфері.

2. Перешкоди під час реалізації політики протидії ВІЛ/СНІДу: нерозуміння її важливості місцевою владою, опір медичних та соціальних працівників, а також працівників державних служб, низька підготовленість працівників ВІЛ-сервісних організацій до надання якісних послуг, відсутність або затримки фінансування заходів тощо.

3. Відсутність взаємодії між суб'єктами державно-громадської співпраці у сфері протидії ВІЛ/СНІДу. Співпраця має місце лише в рамках окремих проектів, а не в масштабі спільно сформованої політики.

4. Інституційна неспроможність державної системи охорони здоров'я України, брак персоналу, що має відповідну кваліфікацію, стигматизація вразливих до ВІЛ і ВІЛ-позитивних людей.

5. Становлення громадського сектору державно-громадської співпраці у сфері протидії ВІЛ/СНІДу відбувається спонтанно, некоординовано, через стимулювання міжнародними донорами.

6. Недосконалість системи розподілу коштів між громадськими організаціями та обмеженість їх можливостей розпоряджатися цими коштами, що заважає швидкому отриманню фінансування і розподіленню коштів.

7. Низький рівень поінформованості населення, що засвідчує гостру необхідність проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи.

Вирішення цих та інших проблем державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу вимагає системної та послідовної діяльності щодо координації співпраці між органами виконавчої влади та місцевого самоврядування, неурядовими організаціями, лікувально-профілактичними закладами та міжнародними організаціями, а також активації діяльності всіх без винятку суб'єктів державно-громадської співпраці у формуванні відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні.

Таким чином, державно-громадська взаємодія у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні перебуває в стадії свого становлення. Проте

необхідність співпраці всіх її суб'єктів для формування та реалізації ефективної політики щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІДу на сьогодні є очевидною.

Отже, підсумовуючи, слід зазначити, що вищерозглянуті питання значно розширюють теоретико-методологічну базу щодо основ формування та реалізації державної політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу у взаємодії з громадськістю. Дослідження питань, пов'язаних із розробкою теоретичних положень і практичних рекомендацій щодо розвитку механізмів формування та реалізації державно-громадського взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні, залишаються надзвичайно актуальною проблемою.

2.2. Інституалізація державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні

Досліджуючи державну політику у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу, перш за все, слід зупинитися на визначенні суб'єктів та об'єктів даної політики в суспільстві, адже будь-яка політика стає зрозумілою, коли зрозуміло, хто її здійснює і на що вона спрямована. Таке визначення дає можливість з'ясувати сутність відносин між суб'єктами, а також між суб'єктами та об'єктами політики, розкрити форми їх співпраці, способи діяльності, механізми їх взаємодії.

Державна політика України у сфері протидії ВІЛ/СНІДу має чітко сформовану систему, складовими елементами якої є установи загального та спеціального призначення, діяльність яких охоплює медичний, соціальний та правовий сектор державного впливу на перебіг епідемії [64].

Президент України відіграє важливу роль у суспільно-політичному житті країни, своїми указами, розпорядженнями врегульовує питання функціонування сфери протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні. Президент України у щорічній доповіді Верховній Раді України доводить до відома народним депутатам України стан реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Верховна Рада України здійснює законодавче регулювання відносин у досліджуваній сфері шляхом прийняття відповідних нормативно-правових

актів, впливає на неї шляхом реалізації функцій держави в цілому, зокрема, згідно зі ст. 85 Конституції України, Верховна Рада України приймає закони; затверджує Державний бюджет України та зміни до нього; визначає внутрішню та зовнішню політику; затверджує загальнодержавні програми (табл.1.1) щодо охорони здоров'я та зокрема програми протидії у сфері ВІЛ/СНІДу, які набувають вищого правового статусу, тобто статусу закону України.

Верховна Рада України має постійно діючий Комітет з питань охорони здоров'я, створений 2006 року, що є робочим органом Верховної Ради України, формує відповідні проекти засад державної політики у сфері охорони здоров'я та зокрема протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні, розглядає концепції реформування системи охорони здоров'я, традиційно щорічно проводить парламентські слухання щодо стану охорони здоров'я в Україні з метою винесення відповідних резолюцій щодо покращання її стану [68].

Наступним суб'єктом державно-громадської взаємодії у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу є Кабінет Міністрів України, який, згідно зі ст. 113 Конституції України [25], є вищим органом у системі органів виконавчої влади, що забезпечує здійснення державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя, охорони материнства та дитинства, забезпечує розроблення та виконання комплексних і цільових загальнодержавних програм.

Таблиця 2.1

Перелік заходів та програм у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Дата прийняття документу	Номер	Назва нормативно-правового документу	Термін дії
Затверджені Верховною Радою України			
від 19.12.2009	№1026	Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД	2009-2013

від 20.11.2014	№1708- VII	Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ- інфекції/СНІДу	2014-2018
від 03.02.2004	N 1426-IV	Рекомендації парламентських слухань на тему „Соціально- економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв’язання“ (01.12.2003)	
18 жовтня 2013 року	Резолюція Комітету ОЗ	Комітетські слухання на тему: “Про запобігання поширенню епідемії туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІД та вірусних гепатитів”	-
Затверджені Кабінетом Міністрів України			
від 27.02.1992	№98	Національна програма профілактики СНІДу в Україні	1992-1994
від 14.03.1995	№176	Національна програма профілактики СНІДу	1995-1997
від 09.03.1999	№341	Програма профілактики СНІДу та наркоманії	1999-2000
від 11.07.2001	№790	Програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу	2001-2003
від 04.03.2004	№264	Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ- інфікованих і хворих на СНІД	2004-2008

Кабінет Міністрів України створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди й координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Для забезпечення цілісності політики протидії епідемії Постановою Кабінету Міністрів України від 16 травня 2005 року було утворено Національну координаційну раду з питань запобігання поширенню ВІЛ- інфекції та СНІДу. Тією ж постановою на регіональному рівні були утворені відповідні обласні і міські координаційні ради. Заснування такої ради було умовою отримання й реалізації гранту Глобального Фонду. Проте ефективність новоутвореного механізму лишалась вкрай низькою, взаємодія мала місце лише в рамках окремих проектів, а не в масштабі спільно сформованої політики. Через деякий час рада фактично припинила своє існування.

Тому у 2007 році Постановою КМУ замість зазначеної ради було утворено новий консультативно-дорадчий орган - Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Очолив Раду Віце-прем'єр-міністр України з гуманітарних питань. До ради включалися заступники Міністрів охорони здоров'я, фінансів, економіки, внутрішніх справ, у справах сім'ї, молоді та спорту, освіти і науки, представники інших центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, відповідних міжнародних та громадських організацій.

Рішення Ради мають рекомендаційний характер і можуть бути реалізовані шляхом прийняття відповідних актів Кабінету Міністрів України або надання доручень Прем'єр-міністром України.

Цією ж Постановою створювалась відповідна мережа регіональних рад. Але ефективність новоутвореного механізму виявилася незначною – як через брак коштів, так і через брак політичної волі влади. Ще менш ефективною була

робота місцевих координаційних рад – як правило, через незацікавленість органів влади у діяльності таких координаційних механізмів. На рівні окремих регіонів було прийнято відповідні програми щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІДу. Так, зокрема, три подібні програми було прийнято у м. Києві, однак жодна з них не була реалізована повною мірою через брак фінансування.

Звернемо увагу, що центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми та прогнози у сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, формують і розміщують державні замовлення, з метою матеріально-технічного забезпечення сфери, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність у сфері охорони здоров'я. Головним (провідним) органом у системі центральних органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України.

Основними завданнями Міністерства охорони здоров'я України є: формування та забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я; формування державної політики у сферах санітарного й епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням [27].

Не менш важливим суб'єктом державно-громадської взаємодії є Національна академія медичних наук України.

Місцеві державні адміністрації здійснюють загальне керівництво закладами охорони здоров'я, що перебувають у сфері їх управління, їх матеріально-фінансовим забезпеченням, організують роботу медичних закладів щодо надання медичної допомоги населенню, здійснюють заходи щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації тощо.

Дослідження наукової та джерельної бази та порівняльний аналіз змісту діяльності суб'єктів державної політики у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, показали, що спеціальні функції внормовані тільки для таких державних інституцій, як Президент України, Кабінет Міністрів України, Міністерство Охорони Здоров'я України, Міністерство освіти і науки України, Міністерство молоді та спорту України, Міністерство оборони України.

У той же час нормативно невизначеними залишаються функції у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу таких суб'єктів, як Міністерство фінансів України; Міністерство економіки України; Міністерство культури України; Міністерство внутрішніх справ України; Міністерство закордонних справ України; Міністерство соціальної політики України; Національна академія наук України; Академія медичних наук України; лікувально-профілактичні заклади загальної та спеціалізованої мережі; спеціальні лабораторії діагностики ВІЛ; Товариство Червоного Хреста України; міжнародні донорські, громадські та благодійні організації; Федерація професійних спілок України та ін. Проте сектор відповідальності цих суб'єктів є конкретно визначеним, що створює невідповідність між функціональним змістом управлінської діяльності та очікуваними результатами від неї. Тому систему державного управління у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні можна вважати інституційно незавершеною.

До суб'єктів державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу можна віднести наступні міжнародні організації:

- Агенції Організації Об'єднаних Націй (ООН) в Україні (такі як ЮНЕЙДС, ПРООН, ЮНІСЕФ, УВКБООН, ФНООН, та ряд інших):
- Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ)
- Міжнародна організація праці (МОП)
- Світовий банк (СБ)
- Глобальний фонд по боротьбі з ВІЛ/СНІД, туберкульозом та малярією
- Міжнародна організація з міграції (МОМ)
- Європейська комісія

- Агентство США з міжнародного розвитку (USAID)
- Німецьке міжнародне співробітництво (GIZ)
- Фонд Ініціатив Клінтона з ВІЛ-інфекції/СНІДу
- Фонд «Відродження»
- Міжнародний благодійний фонд “СНІД Фонд Схід-Захід”
- Міжнародний Альянс громадського здоров’я в Україні
- Міжнародний Інститут проблем ВІЛ/СНІДу та туберкульозу
- Товариство Червоного Хреста в Україні

Окрему групу серед суб’єктів державно-громадського взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні становлять профспілки, роботодавці, їх організації та об’єднання. Відповідно до Національної стратегії тристороннього співробітництва з протидії ВІЛ/СНІДу у сфері праці на 2012- 2017 роки [104, с .29-42.] було визначено роль і місце вищеназваних суб’єктів у процесі протидії поширенню ВІЛ/СНІДу, відповідно до їх повноважень, компетенції та спроможності.

Загалом кількість суб’єктів державно-громадського взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу постійно зростає, що має свої позитивні наслідки, оскільки участь нових організацій сприяє збільшенню ресурсів, посилює гнучкість та інноваційність підходів у діяльності. Проте, з іншого боку, виникає загроза фрагментації, дублювання функцій, перевантаження державних структур різноманітними адміністративними вимогами з боку неурядових організацій; неузгодженості програм інституцій громадянського суспільства із пріоритетами державної політики в даній сфері; конфліктів у стратегічних підходах; зменшення здатності державних органів влади формувати ефективну політику протидії поширенню ВІЛ/СНІДу.

Аналіз робіт В. Якімець, Л. Ніковської, Л. Коновалової, показав, що міжсекторальне партнерство як конструктивна взаємодія організацій із двох чи трьох секторів (держава, бізнес, некомерційний сектор), спрямована на вирішення соціальних проблем та забезпечує синергетичний ефект: “поєднання різних ресурсів та вигідність для кожної із сторін та населенню” [69, с. 15].

Зазначимо, що об'єктом взаємодії державних та громадських організацій у сфері протидії ВІЛ/СНІДу є діяльність, що спрямована на реалізацію цілей та інтересів обох партнерів спільно визначеними шляхами та засобами розв'язання питань профілактики ВІЛ/СНІДу для досягнення зниження темпів поширення інфекції. А от, суб'єктом взаємодії державних і громадських організацій є адміністративний апарат установ, керівництво організації, окремі фахівці, які координують роботу установ і організацій та визначають характер взаємодії.

До основних функцій взаємодії у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу С. Терницька відносить такі: «превентивна, інтегративна, адаптаційна, інформаційно-комунікативна, діагностична та інноваційна» [59, с. 9].

Превентивна функція полягає в посиленні профілактичних можливостей державних та недержавних організацій, завдяки єдиному управлінському, інформаційному простору. Інтегративна функція передбачає об'єднання ресурсів і зусиль взаємодіючих партнерів, що забезпечує вирішення спільних завдань щодо зниження рівня ВІЛ-випадків. Місією адаптивної функції є підвищення адаптивних можливостей партнерів взаємодії за рахунок оптимізації системи роботи й економного перерозподілу ресурсів. Щодо інформаційно-комунікативної функції, то її мета полягає в забезпеченні партнерів взаємодії достовірною та своєчасною інформацією. Діагностична функція взаємодії передбачає виявлення відповідності інтересів, цілей і можливостей суб'єктів профілактичної діяльності потребам цільової групи. Адже тільки на основі різносторонньої інформації, яка представлена різними організаціями, що належать до різних секторів можна скласти реальну картину ситуації у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу на певній території, виявити проблеми, які потребують першочергових рішень, та вжити заходи для оптимізації подальшої роботи. Особливого значення набуває інноваційна функція - формування простору для інноваційної діяльності, що сприяє виникненню та розповсюдженню нових соціальних норм, що сприятиме подоланню цієї соціальної хвороби [59].

Під час державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу організації різних секторів мають дотримуватись певних принципів, що підвищують ефективність взаємодії.

Головними принципами є: пріоритетність партнерів; проблемна орієнтація; кінцево-цільова спрямованість; спільне планування; функціональна домовленість; єдиний інформаційний простір; зворотний зв'язок; спільне прогнозування проміжних і кінцевих результатів; спільна оцінка діяльності через зіставлення отриманих результатів із запланованими; відповідальність перед собою і партнерами за всі свої дії; наукова та методична обґрунтованість; правова забезпеченість; комплексність і системність [60, с. 36].

Серед основних проблем громадської та державної взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні слід назвати неузгодженість інтересів і дій; відсутність досвіду управління взаємодією, ресурсна незабезпеченість; відсутність особистої зацікавленості керівників організацій; недотримання технологічності самого процесу та відсутність зворотного зв'язку.[12, с. 7-32]. Наразі брак координації як характерна риса політичного й інституціонального контексту політики стосовно ВІЛ/СНІДу в Україні є віддзеркаленням низької спроможності державного апарату до вироблення послідовної політики, сформованої в нашій державі політичної й управлінської культури, недостатньої взаємодії між різними гілками влади, зацікавленими міністерствами, владою національного та місцевого рівнів, між урядом, громадянським суспільством і бізнесом [51, с. 30].

Подолання проблеми ВІЛ/СНІДу можливо лише шляхом об'єднання зусиль, тобто завдяки застосуванню стратегії взаємодії, деякі дослідники вживають термін “міжсекторальна взаємодія або партнерство” і розуміють його як особливий вид взаємодії між партнерами для спільного досягнення тієї чи іншої мети.

Підсумовуючи, варто зазначити, що проблема формування та реалізації державної політики протидії поширенню епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні є актуальною управлінською проблемою, яка потребує неординарних підходів та

більш ґрунтовного дослідження на новому теоретико-методологічному підґрунті.

Щодо громадських організацій, то їх завдання полягають у тому, щоб:

- вимагати, щоб бездіяльні уряди вживали заходів для протидії ВІЛ/СНІД
- очолити пошук, розробку і впровадження інноваційних методів боротьби з ВІЛ/СНІД
- приймати участь у розробці програм боротьби з ВІЛ/СНІД на міжнародному рівні
- вимагати відповідальності від фармацевтичних компаній.

Крім того, громадські організації змушені брати на себе виконання тих функцій, які недоступні державі. Прикладом таких унікальних функцій притаманних для діяльності у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні є адвокація, комунікація та соціальна мобілізація (далі - АКСМ).

В основі АКСМ підходу є прагнення:

- змінити ставлення до проблеми ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД з боку влади та населення в цілому,
- забезпечити ефективне залучення НУО та організацій громадянського суспільства до національних та регіональних заходів з протидії епідемії;
- зміна ставлення до проблеми ВІЛ-інфекції тих груп населення, які є найбільш уразливими до захворювання, боротьба зі стигматизацією та дискримінацією;
- об'єднати зусилля влади, громад, неурядових організацій та спільнот уразливих до ВІЛ-інфекції в забезпеченні ефективних заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІД в Україні;
- забезпечити життестійкість послуг із профілактики, догляду та підтримки у зв'язку із скороченням та можливим припиненням підтримки на послуги з боку найбільших міжнародних донорів протягом найближчих 5 років.

[12].

АКСМ забезпечує комплексність при плануванні та здійсненні заходів задля забезпечення ефективної відповіді на нові виклики при здійсненні глобальної відповіді на загрози епідемії ВІЛ [13].

За результатами аналізу діяльності громадських організацій у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні можна назвати такі здобутки:

1. Включення в нову Загальнодержавну програму з протидії епідемії ВІЛ/СНІД пропозицій ВІЛ-сервісних НУО та ініціативних груп та НУО-спільнот задля забезпечення виконання завдань Стратегії ЮНЕЙДС «В напрямку цілі 0».

2. Забезпечення впливу НУО на рішення Координаційних Рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу на національному, обласному та місцевих рівнях.

3. Забезпечення необхідного фінансування з державного бюджету та місцевих бюджетів в т. ч. в захищених бюджетних категоріях:

- профілактичних програм по ВІЛ, ТБ та гепатитам;
- хоспісних установ для пацієнтів, що хворі на СНІД (забезпечення ліками, соціальні гарантії персоналу);
- соціальних послуг, які надаються ВІЛ-сервісними НУО, у тому числі через соціальне замовлення.

4. Забезпечення доступу населення до діагностики ВІЛ та ко-інфекції ВІЛ/ТБ.

5. Розробка для подальшого затвердження стандартів первинної, вторинної та третинної профілактики ВІЛ/СНІДу на національному та регіональному рівнях.

6. Забезпечення безперервності лікування ВІЛ/ТБ в усіх медичних установах України, у тому числі, у місцях позбавлення волі.

7. Сприяння декриміналізації відповідальності за вживання наркотиків, застосування альтернативних видів покарань (громадські роботи, штрафи, домашній арешт і т.д.) для СІН.

8. Сприяння усуненню адміністративної відповідальності за проституцію, фінансування програм профілактики торгівлі людьми.

Громадські організації відіграють дуже важливу, практично незамінну, роль при роботі з контингентами груп ризику, у формуванні у них прихильності до діагностики і лікування, зменшенні стигматизації. У громадських організацій діє ініціатива “Рівний – рівному”, контингенти групи ризику мають високий ступінь довіри до її учасників.

Підсумовуючи матеріал підрозділу слід зазначити, що роль громадського сектору щодо взаємодії з інститутами держави у сфері протидії ВІЛ/СНІДу ідентифіковано з позиції стадій управління і послідовності діяльності, що реалізується через систему загальних та спеціальних функцій управління. Основними формами взаємодії є наступні: законотворча ініціатива; проведення спільних заходів (громадські слухання, щорічні національні конференції з проблем профілактики СНІДу тощо); навчання фахівців; використання матеріально-технічної бази; вирішення конкретних проблем спільними зусиллями; переадресація клієнтів; обмін інформацією; спільні бази даних.

Узагальнення результатів, отриманих у процесі дослідження сучасного стану та проблем у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні, дає підстави сформулювати такі висновки, що міжнародні рекомендації щодо протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні орієнтують на застосування комплексного підходу для планування заходів зі створення сприятливого середовища, розробку спеціальних стратегій для забезпечення більш активної участі організацій громадянського суспільства, а також осіб, що входять в групи ризику чи постраждали від ВІЛ/СНІДу, з метою забезпечення ефективної державної політики у даній сфері (стандартизація послуг у сфері ВІЛ/СНІДу). На сьогодні необхідними є спільні заходи у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, які плануються всіма суб'єктами державно-громадської співпраці, спрямовані на вирішення проблем протидії епідемії СНІДу і проводяться на глобальному, національному, обласному та місцевому рівнях, що вимагає наявності відповідних інституцій та координації між ними.

Встановлено, що участь інституцій громадянського суспільства в організації національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні є надзвичайно важливою і являє собою елемент активної соціальної політики, що

сприяє подоланню наслідків довготривалої епідемії шляхом встановлення контролю над інтенсивністю епідеміологічного процесу. Спеціальними функціями громадського сектору щодо взаємодії у сфері протидії є адвокація, комунікація та соціальна мобілізація, експертна діяльність в процесах планування, впровадження та моніторингу політики в сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Основними формами взаємодії є законотворча ініціатива; проведення спільних заходів (громадські слухання, щорічні національні конференції з проблем профілактики СНІДу тощо); навчання фахівців; використання матеріально-технічної бази; вирішення конкретних проблем спільними зусиллями; переадресація клієнтів; обмін інформацією; спільні бази даних тощо. Державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу реалізується на чотирьох рівнях: представництво інтересів і спільної позиції НУО і державних структур перед міжнародними донорами (міжнародний рівень), що сприяє конструктивному діалогу та партнерству; надання технічної допомоги у вигляді навчання, консультування та інших форм для представників НУО, ініціативних груп і державних установ (національний рівень); надання підтримки та адресної допомоги представникам груп високого ризику (рівень індивідуальної взаємодії) та членам їх родини (рівень територіальної громади).

Як засвідчив всебічний аналіз наукових джерел, незадовільний стан здоров'я населення та високий рівень смертності в Україні великою мірою пов'язаний не лише з кількісними показниками ВІЛ/СНІДу, а і з швидкими темпами поширення епідемії. Це дає підстави до перегляду та удосконалення механізмів формування та реалізації державної політики у цій сфері. Так, нормативно-правовий механізм взаємодії потребує подальшого удосконалення в частині якісних змін у змісті законодавчих та нормативно-правових актів, у тому числі й відомчих, щодо взаємодії в умовах децентралізації управління, подальшій класифікації, періодизації та систематизації національної нормативно-правової бази з метою її розвитку та приведення у відповідність до норм міжнародного права (стандартизація послуг у сфері ВІЛ/СНІДУ). Належне інформаційне забезпечення взаємодії з громадськістю в системі державного управління сферою протидії поширенню ВІЛ/СНІДу пропонується

реалізовувати на двох комунікативних рівнях: внутрішній – міжсуб'єктний обмін інформацією, зовнішній – суб'єктно-об'єктний обмін інформацією. Складовими елементами інформаційного механізму взаємодії на рівні територіальної громади виступають: інформація епідеміологічного, медичного та соціального характеру; інформування про засоби профілактики ВІЛ/СНІД на рівні громади, сім'ї та індивідуальному рівні; інформаційне забезпечення з безперервного підвищення професійної майстерності для представників громадськості.

РОЗДІЛ 3 ФОРМИ ТА МЕТОДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ПО ПРОФІЛАКТИЦІ ВІЛ / СНІДУ В МОЛОДІЖНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

3.1 Особливості поведінкових втручань та процес зміни поведінки в процесі соціальної профілактики ВІЛ/СНІДУ

Поведінкові втручання – систематизовані заходи просвітницького, навчального та підтримуючого характеру, спрямовані на зміну поведінки. Зміна поведінки конкретної людини супроводжується підвищеним інтересом з боку інших людей, адже останні намагаються зрозуміти, що, чому і як відбувається. Зі знаходженням відповідей на ці питання пов'язано чимало надій. Адже зрозумівши суть та принципи змін, ми можемо узгодити або навіть підкорити цей процес – зміни поведінки – власним інтересам і, таким чином, керувати ситуацією.

Головний принцип зміни поведінки полягає у тому, що така зміна – це природний процес. Він може бути усвідомленим та неусвідомленим. Людина змінює свою поведінку несвідомо під впливом обставин, які мають для неї функціонально важливе, життєво важливе значення, свідомо ж – якщо зміни пов'язуються із чимось важливим та цінним, тобто за наявності усвідомленого інтересу. Однак цей головний принцип потребує деталізації для більшого розуміння та можливості практичного застосування.

Чинники, які прямо чи опосередковано впливають на зміну поведінки:

- наявність суперечності між поведінкою та важливими цілями, цінностями та прагненнями;
- спілкування з іншими людьми та їх ставлення до поведінки та зміни поведінки;
- позитивний настрій людини з приводу змін;
- рівень самостійності та незалежності людини у керуванні своїм життям.

Спостереження свідчать, що більшість людей здатна змінити і змінює свою поведінку без чийсь підтримки. Консультації або інша стороння

допомога може лише запустити, полегшити, спрямувати процес змін, але далеко не завжди є суттєвою умовою змін. При цьому тривалість консультування не має значення. Консультування не впливає на природній процес змін, воно лише відображує цей процес і допомагає клієнтові розібратися у ньому. Отже, людина змінюється сама, але допомагає у цьому її оточення – люди, які вірять у можливість змін і підтримують людину на шляху до змін, - соціальні працівники, консультанти, друзі, члени родини та інші. Соціальний працівник, який вміє цілеспрямовано проявляти співпереживання та підтримувати клієнта, може мати великий вплив на нього, яким, проте, не варто зловживати.

Отже, якщо допомогти людині віднайти власні ідеали, які суперечать її наявній поведінці, та забезпечити різнобічну підтримку, це створить передумови для можливих змін – поведінки або цінностей (ідеалів). Проте прийняття рішення з приводу зміни деяких видів поведінки дається людині нелегко. Досить часто люди заявляють про свої наміри, але не наважуються хоча б щось зробити, або роблять кроки до змін непослідовно чи нерішуче. Нерідко людина може тривалий час перебувати у стані роздумів та сумнівів стосовно зміни поведінки. Іноді, вже прийнявши рішення, людина раптом передумує ще до того, як встигає зробити перші кроки.

Складові процесу зміни поведінки:

- обдумування зміни поведінки;
- власне зміна поведінки.

Обдумування зміни поведінки передбачає:

- усвідомлення проблеми (людина отримує нову інформацію про наслідки своєї поведінки або переваги нової поведінки, що змушує її замислитись);
- емоційні переживання з приводу проблеми (переживання емоцій різної інтенсивності через наслідки своєї поведінки – дій або бездіяльності – та бажання настання наслідків нової поведінки);
- усвідомлення впливу поведінки на інших людей, особливо близьких;

- переосмислення власних цінностей та пріоритетів (людина намагається з'ясувати, чому саме її не задовольняє певна поведінка або що їй дасть нова поведінка);

- оцінка власних та соціальних ресурсів (людина обдумує, чи вистачить їй для змін та які є додаткові переваги з боку оточення, що можуть стимулювати її змінити поведінку; яка можлива підтримка зміни поведінки з боку соціального оточення).

Зміна поведінки передбачає:

- активізацію власних ресурсів (заохочення себе до активних дій, готовність до дій з метою зміни поведінки);

- формування підтримуючих стосунків (налагодження контакту з іншими людьми та обговорення з ними зміни поведінки);

- створення умов, які сприяють зміні поведінки та закріпленню нової поведінки (дії або бездіяльності);

- створення системи заохочення підтримки зміненої поведінки;

- формування нової моделі поведінки та її закріплення.

Існують такі моделі зміни поведінки:

1. Модель «знання – навички - мотивація»;
2. Модель «бажання – здатність - пріоритетність»;
3. Модель Дж. Прохаски та К. Ді Клементе.

Модель № 1. «Знання – навички - мотивація».

Дана модель розглядає деякі психологічні передумови зміни поведінки людини. Ці передумови можна умовно назвати внутрішніми, оскільки вони є елементами психічної діяльності людини. Вважають, що для успішного здійснення зміни поведінки потрібна наявність у людини усіх трьох названих елементів. В іншому разі зміна поведінки або не відбудеться, або буде нестійкою.

Елементи моделі «знання – навички - мотивація»:

- знання;
- навички;
- мотивація.

Знання – усвідомлення ситуації (наявності суперечності між потребами, цінностями та поведінкою) та володіння інформацією, у який спосіб можна усунути таку суперечність.

Під *навичками* зазвичай розуміють доведену до автоматизму здатність людини виконувати прості (ходіння, користування ручкою) та складні (водіння машини, спілкування) дії. Згідно з моделлю, що розглядається, навички – це наявність у людини досвіду здійснення певних дій, наявність вмінь, необхідних для того, щоб на практиці застосувати знання того, як можна усунути наявну суперечність.

Мотивація являє собою систему стимулів (мотивів), які спонукають людину до дії або бездіяльності. Мотив – це матеріальний або ідеальний предмет, досягнення якого є сенсом діяльності. Мотиви допомагають зрозуміти, чому людина вчиняє саме цю дію, а не іншу, та чому вона утримується від певних дій.

Модель № 2. «Бажання – здатність - пріоритетність»

Назва моделі «бажання – здатність - пріоритетність» походить від її суті, а саме – основних складових зміни поведінки.

Перший важливий компонент зміни поведінки у рамках моделі – *бажання*. Він узагальнює усвідомлену людиною цінність зміни поведінки, що її особа зазвичай виражає у питаннях «чому?», «навіщо?», «для чого?». Коли ситуація суттєво відрізняється від бажаного (ідеалу), прагнення наблизити її до цього ідеалу може запустити процес змін, у тому числі – власної поведінки.

Другий компонент зміни поведінки, згідно з моделлю, - це *здатність* (або спроможність), що показує реалістичну оцінку людиною власних можливостей, упевненість у власних силах щодо реалізації намічених змін поведінки, у спроможності досягти результату. Важливо вміти дати реалістичну та практичну оцінку власній спроможності. Людина може добре бачити різницю між бажаним та дійсним і дуже прагнути до ідеалу, але утримуватися від змін з певних причин, наприклад, через недостатність знань (не знаю, що саме робити, як вчинити, з чого почати тощо), недостатність упевненості у собі (якби я тільки зміг, але ні, я не можу, в мене нічого не вийде).

Третьою складовою моделі є *пріоритетність*. Без чіткого визначення пріоритету (однозначної актуальності) дій немає абсолютної готовності. Навіть якщо людина високо оцінює важливість змін і переконана у власній спроможності їх реалізувати, це не призводить однозначно до реалізації знань. Навіть якщо людина сповнена наснаги, але є моменти, що відволікають її, або важливіші справи, вона може вирішити: «Я хочу змін, але не зараз», - і відкласти зміни на визначений або невизначений час. Зіставлення і зважування переваг є нормальним процесом.

Коли людина хоче, може і готова реалізувати зміни (поведінки) і всі ці три складові яскраво виражені, зміна поведінки має розпочатися й відбутися.

Модель № 3. Дж. Прохаски та К. Ді Клементе

Для того щоб краще розуміти той шлях, який долає людина у процесі зміни поведінки та відповідно планувати заходи поведінкового втручання, використовують стадійну модель зміни поведінки, уперше описану двома вченими Джеймсом Прохаскою та Карлом Ді Клементе.

Згідно з цією моделлю, зміну розглядають як процес, що триває певний час, а не як разову дію (результат). Процес зміни поведінки поділяють на кілька ключових стадій.

Етап незацікавленості у зміні поведінки. Людину цілком задовольняє її становище та поведінка, вона взагалі не замислюється над цим.

Етап роздумів про зміну. Люди переходять до цієї стадії, коли починають переживати подвійні почуття, невизначеність, сумніви щодо певної поведінки та її наслідків (можливих). Тобто, з одного боку поведінка або певне становище речей, яке з нею пов'язане, може задовольняти, але з іншого - вже створює певні незручності тепер або негативні очікування в майбутньому. Між цим та наступним етапом відбувається прийняття рішення щодо того, що саме, наскільки швидко і як робити далі.

Етап підготовки до змін. На цю стадію людина переходить після того, коли вона вирішила переглянути свою поведінку та перейти до дій щодо запровадження змін. При цьому не є принципово важливим, що саме і як вирішила змінювати людина, оскільки підготовка до змін відбувається саме на

цьому етапі. Підготовка полягає у ретельному плануванні, продумуванні ресурсів і необхідних кроків, експериментуванні зі спробами щодо змін.

Етап проведення змін. Він починається з перших кроків змін і триває доти, доки людина не реалізує кроки, сплановані на попередньому етапі. Дотримуючись плану, людина реалізує намічені зміни, випробовує та звикає до нової моделі поведінки, стикається з перешкодами та труднощами і долає їх.

Етап підтримки змін. Якщо людина реалізувала успішно заплановану зміну поведінки та підтримує новий спосіб поведінки тривалий час без очевидних зусиль, при цьому сприймаючи попередню поведінку та власне процес змін як те, що стосується минулого, можна ствердити, що вона перебуває на стадії підтримки змін.

Етап рецидиву (повернення). Деякі люди, які одного разу вирішили змінити поведінку, з часом змінюють свої первісні наміри та повертаються до первісної поведінки, попри ризик та труднощі адаптації, які стали причиною відмови від цієї поведінки раніше. У такому випадку людина повертається на один з попередніх етапів, найчастіше – незацікавленості у змінах або роздумів про зміни.

Дії соціального працівника у підтримці змін поведінки клієнта мають базуватися на розумінні того, що саме допомагає людині пересуватися від етапу до етапу на шляху до змін.

Соціальний працівник має прагнути допомогти клієнтові усвідомити зміни як процес дій, а не як миттєвий результат або здійснення бажання. Важливо утримувати клієнта від негайного переходу до необдуманих дій, допомагати йому приймати рішення на підставі ретельного зважування «за» та «проти», обдумувати свої кроки, надавати наснаги щодо можливості реалізувати зміни та застерігати від можливих труднощів.

Первісне та найважливіше завдання соціального працівника – встановити, на якій стадії зміни поведінки перебуває клієнт, визначити його рівень мотивації щодо змін та на основі результатів спостережень вибрати відповідну стратегію консультування.

Найчастіше соціальному працівникові доводиться мати справу з клієнтами, які перебувають на етапі незацікавленості або на етапі роздумів щодо певної поведінки (ситуації). До активної роботи з клієнтом варто братися тоді, коли він переходить до стадії змін. Саме тоді у соціального працівника з'являється чимало варіантів, як допомогти клієнтові реалізувати зміни. Отже, до початку змін клієнт має бути зацікавлений у змінах та готовий до них.

Навіть якщо соціальний працівник не допоміг клієнтові значно просунути у напрямі змін поведінки, хоча вони розпочали обговорення щодо цього, це також може розглядатися як прийнятний варіант. Оскільки рано чи пізно зі зміною обставин людина може захотіти повернутися до необхідності та бажання змінити поведінку, а тому важливо підтримувати контакт з клієнтом.

При організації соціальної роботи по профілактиці ВІЛ/СНІДу також можна використовувати деякі соціально-педагогічні методи і технології:

- бесіда;
- збори;
- диспут;
- створення об'єднань самоврядування;
- технології адаптації;
- взаємодія із сім'єю;
- кондуктивна педагогіка.

Бесіда – індивідуальна або групова розмова, що може бути заздалегідь підготовленою або спонтанною; вона стимулює інтерес клієнтів до обговорення актуальних проблем життєдіяльності, життя соціуму, колективу й має значний виховний потенціал, використовуючи життєвий досвід учасників.

Збори індивідів, об'єднаних за якоюсь ознакою, вирізняються підготовленістю та організованістю, мають великий виховний потенціал як орган колективного керування, відбивають волю більшості учасників, мобілізують їх на активну діяльність з реалізації прийнятих рішень.

Диспути (лат. *disputare* – розмірковувати, сперечатися) та *дискусії* (*diskusio* – дослідження, розбирання) – форми спілкування, що формують полемічні навички, вміння залучати й утримувати прихильників; диспут

передбачає організовану полеміку за задалегідь визначеною темою; дискусія – це обстоювання різноманітних поглядів, інколи за темою, що виникає спонтанно.

Створення об'єднань самоврядування – клуби, асоціації, групи самопомоги і взаємодопомоги, які створюють умови для розвитку соціальних навичок і якостей, впливають на поліпшення соціального обслуговування.

Технології адаптації – навчання новим професіям, забезпечення власного існування і життя своєї сім'ї за допомогою засобів, адекватних умовам, що змінилися, завдяки проведенню шкіл лідерів, виборців, молодих бізнесменів тощо.

Взаємодія із сім'єю здійснюється за допомогою діагностики й аналізу шкільних труднощів, організації груп додаткових занять, проведення соціально-виховної роботи з батьками, сприяння у розв'язанні кризових ситуацій у сім'ї.

Кондуктивна (лат. *konduktor* - супровідний) *педагогіка* – педагогічна діяльність з дітьми з обмеженими можливостями, переважно з порушенням опорно-рухового апарату, спрямована на формування самостійної активності й незалежності дитини, що прагне адаптуватися до навколишнього середовища; таку дитину навчають, керують нею у повсякденному житті, задовольняють її біологічні та соціальні потреби: у процесі занять опановуються навички побутового самообслуговування та відбувається розвиток інтелекту, що зрештою дає змогу перевести дитину до звичайного навчального закладу.

Розглянемо добровільне консультування і тестування на ВІЛ в системі надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ для представників уразливих груп.

Добровільне консультування та тестування на ВІЛ (далі – ДКТ) представників уразливих груп є ключовим компонентом програм профілактики, лікування, догляду і підтримки ЛЖВ. Його здійснення є доцільним у тісній взаємодії державного сектору та неурядових організацій, які мають найбільший доступ до даної категорії населення, що дозволяє забезпечити доступність до послуг ДКТ та підвищити його ефективність.

Перед- та післятестове консультування може проводитись в автономних пунктах ДКТ, закладах охорони здоров'я, за умови дотримання відповідних принципів, викладених у Наказі МОН «Про організацію надання послуг консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, гепатити В і С, інфекції, що передаються статевим шляхом, у мобільних пунктах та мобільних амбулаторіях», затвердженому від 19 червня 2012 р. за № 1001/21313.

Високих результатів можна досягти через надання послуг з ДКТ неурядовими організаціями, які, відповідно до українського законодавства, залучають до тестування медичних працівників.

Усі пункти, де надаються послуги з перед- та післятестового консультування, повинні пропонувати та надавати клієнтам друковані матеріали з достовірною та актуальною інформацією про можливість отримання додаткових консультацій, проведення тестування та інших послуг. Ці матеріали необхідно надати пацієнту під час консультування з урахуванням його індивідуальних потреб, поінформувати щодо безоплатності або вартості таких послуг, їх конфіденційності та анонімності.

Необхідно забезпечити постійне інформування населення про перелік організацій та обсяг послуг, що ними надаються.

Проводити перед- та післятестове консультування мають право медичні працівники (лікарі та медичні сестри), психологи, соціальні працівники, представники ГО, що працюють у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу (включаючи групи ЛЖВ), які пройшли відповідне навчання.

Для забезпечення моніторингу ефективності консультування в усіх закладах або організаціях, що надають послуги з ДКТ, доцільно проводити аналіз подальших звернень в ЗОЗ для тестування на ВІЛ-інфекцію, а також в соціальні, психологічні, юридичні служби для отримання допомоги та підтримки. Для забезпечення моніторингу ефективності системи взаємодії необхідно вести журнал реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію (форма первинної облікової документації № 503/о) і відміткою про здійснені візити та їх результати.

Консультавання з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу може здійснюватися за межами лікувально-профілактичних закладів.

Розглянемо призначення та принципи добровільного консультавання та тестування на ВІЛ-інфекцію.

Цілями ДКТ є надання добровільної консультативної допомоги населенню щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування; сприяння прийняттю добровільного, ґрунтованого на достовірній інформації рішення щодо тестування на ВІЛ; визначення ВІЛ-статусу людини; підтримка подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки; отримання своєчасної медичної допомоги.

ДКТ є ключовим компонентом державних програм профілактики та здійснення лікування і догляду за людьми, що живуть з ВІЛ/СНІДом.

Основними завданнями ДКТ для представників уразливих груп є:

- інформування щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції та ризиків інфікування, пов'язаних з кожним з них;
- ознайомлення із заходами та засобами зниження ризику інфікування ВІЛ;
- оцінка індивідуального ризику інфікування ВІЛ, сприяння формуванню у пацієнта власної оцінки ступеня особистого ризику інфікування ВІЛ;
- інформування про процедуру тестування та практичне значення результатів;
- тестування на ВІЛ-інфекцію;
- надання психологічної та соціальної підтримки;
- інформування про існуючі державні і комунальні заклади охорони здоров'я, інші державні та комунальні установи, організації та заклади, медичні заклади інших форм власності, об'єднання громадян, що надають медичну, психологічну, юридичну, соціальну та інші види допомоги особам, які її потребують;
- сприяння щодо прийняття добровільного інформованого рішення стосовно проходження тестування на ВІЛ-інфекцію;
- інформування з правових питань, пов'язаних з проблемами ВІЛ-

інфекції/СНІДу.

Згідно чинного законодавства тестування для виявлення ВІЛ-інфекції може бути проведено тільки після усвідомленої та добровільної згоди пацієнта.

Принципи ДКТ – це обов’язкові мінімальні вимоги до процедури консультування і тестування:

- 1). добровільність;
- 2). конфіденційність;
- 3). анонімність;
- 4). доступність та відсутність дискримінації;
- 5). достовірність та повнота інформації;
- 6). професійність та технічна досконалість;
- 7). мобілізація ресурсів.

1. *Добровільність.* Тестування для виявлення ВІЛ-інфекції може бути проведено тільки після усвідомленої та добровільної згоди клієнта. Це означає, що клієнтові надано зрозумілою для нього мовою у доступній формі достатню інформацію, і він усвідомив позитивні та негативні наслідки виявлення свого ВІЛ- статусу, дав письмово підтверджену згоду на проходження тестування або відмовився від нього чи відклав своє рішення без будь-якого примусу. Тиск або примушення до проходження тестування неприпустимі. Отже, добровільність передбачає, що особу, яка звернулася за послугами ДКТ, не примушують приймати рішення щодо зміни своєї ризикованої поведінки.

2. *Конфіденційність.* Інформація, яка стала відома консультантові під час проведення ДКТ (факт звернення особи, зміст отриманих послуг, дані про особисте життя клієнта, контактні реквізити, результати тесту тощо), є конфіденційною, тобто такою, що може бути передана третім особам тільки за письмової згоди клієнта або його законних представників. Цю інформацію також може бути передано законним представникам неповнолітнього або недієздатного клієнта, закладам охорони здоров’я, органам прокуратури, слідства, дізнання, суду у випадках, передбачених законодавством.

Перед- та післятестове консультування а також повідомлення про результат тесту слід здійснювати з дотриманням конфіденційності. Інформація про ВІЛ- статус клієнта може бути доступною для медичних працівників, які мають безпосередній стосунок до його лікування.

У консультативних пунктах слід створювати відповідні умови для забезпечення конфіденційності – належні умови для роботи консультанта, унеможливлення доступу до службової інформації сторонніх осіб, збереження інформації (у тому числі електронної) у недоступному місці, ознайомлення працівників із законодавчими актами щодо конфіденційності інформації про проходження клієнтом тесту на ВІЛ і його результат, проведення службового розслідування актів порушення принципу конфіденційності тощо.

3. *Анонімність.* За бажанням клієнта консультація та тестування можуть бути проведені анонімно, тобто без зазначення будь-яких даних, за якими можливо ідентифікувати особу (паспортні дані, місце проживання тощо). У такому випадку ДКТ проводять із використанням коду, який надають клієнтові для проходження тесту та отримання його результатів.

4. *Доступність та відсутність дискримінації.* ДКТ має бути доступним усім, хто його потребує, без жодної дискримінації. Це передбачає:

- фізичну доступність – шляхом (в усіх закладах охорони здоров'я, незалежно від форм власності, загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладах, підприємствах, організаціях через ЗМІ тощо) поширення інформації про заклади, які надають послуги з ДКТ (адреси, номери телефонів, режим їх роботи);

- економічну доступність – ДКТ повинно бути безоплатним для всіх клієнтів.

5. *Достовірність та повнота інформації.* Кожному, хто має намір пройти тестування, необхідно запропонувати до- та після тестове консультування. Обсяг та форма наданої інформації мають бути достатніми для прийняття усвідомленого рішення про доцільність та необхідність тестування. Клієнтам як з позитивним, так і з негативним результатом тесту необхідно надати інформацію про служби медичної, психологічної, соціальної та

юридичної допомоги та у разі необхідності видати направлення до них.

6. *Професійність і технічна досконалість.* Особи, які проводять перед- та післятестове консультування і тестування, повинні мати відповідну підготовку. Обладнання приміщення має сприяти забезпеченню якісного проведенню ДКТ. Для проведення тесту на виявлення антитіл до ВІЛ використовують лише зареєстровані та сертифіковані в Україні тест-системи. Їх зберігання та постановка тесту повинні здійснюватись відповідно до вимог інструкцій.

7. *Мобілізація ресурсів.* Служби, що надають послуги ДКТ, мають бути обізнані про наявні додаткові ресурси та співпрацювати з іншими службами, які надають медичну, психологічну, соціальну та правову допомогу, в тому числі з НДО та групами ЛЖВ.

Забезпечення вільного доступу всього населення до послуг добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію визнано найбільш ефективним та найменш витратним заходом подолання епідемії, що підтверджує досвід країн Західної Європи та США. Послуги з добровільного консультування в цих країнах, як правило, надають підготовлені консультанти – частіше не медичні працівники, а персонал соціальних служб, неурядових організацій із залученням найбільш уразливих до інфікування груп населення: споживачів ін'єкційних наркотиків, працівників комерційного сексу, чоловіків, що мають секс з чоловіками тощо, а також людей, які живуть із ВІЛ, що дає можливість за принципом «рівний- рівному» розширити вплив профілактичних програм на населення в цілому та важкодоступні групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ зокрема.

Логічним в рамках нашої роботи розглянути вимоги до консультантів і пунктів консультування.

Проводити до- та післятестове консультування мають право медичні працівники (лікарі та медичні сестри), психологи, соціальні працівники, представники громадських організацій, що працюють у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу (у тому числі ЛЖВ), які пройшли спеціальну підготовку, обізнані з відповідними нормативними документами, зокрема Порядком добровільного

консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію, затвердженим наказом МОЗ України.

Консультант, який проводить добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію, **повинен**:

- володіти відповідними знаннями;
- мати відповідні навички;
- постійно вдосконалювати свій професійний рівень;
- не перевищувати повноважень.

Пункти консультування можуть бути:

1. *Автономні* – кабінети довіри, НДО, пункти обміну шприців, мобільні пункти ДКТ для роботи з важкодоступними групами та у сільській місцевості тощо.

2. *Пункти ДКТ у закладах охорони здоров'я* – жіночі консультації, шкірно-венерологічні, наркологічні, протитуберкульозні диспансери, територіальні поліклініки, центри з профілактики та боротьби зі СНІДом, станції переливання крові тощо.

Крім того, пункти консультування також можуть бути:

- 1). Стаціонарними;
- 2). Мобільними.

1. *Стаціонарні пункти* створюються у приміщеннях закладів різної форми власності, мають сталий графік роботи.

2. *Мобільні пункти* забезпечують доступ важкодоступних груп (СІН, ПКС, сільського населення та інші) до послуг ДКТ. До- та післятестове консультування у таких пунктах може проводитись у будь-якому місці, безпечному як для консультанта, так і для клієнта, з урахуванням вимог конфіденційності. Мобільні пункти можуть створювати як державні, так і неурядові організації.

Форми мобільних пунктів ДКТ:

1). пересувна лабораторія, яка виїжджає безпосередньо до місць звичного перебування клієнтів, до пунктів обміну шприців, місць, де працюють ПКС, тощо;

2). консультативний пункт, послуги в якому можуть надавати медичні та соціальні працівники, а також працівники НУО тощо.

При проведенні дотестового консультування в немедичному закладі (незалежно від форми власності) чи організації, або у приватному медичному закладі, клієнт повинен бути направлений до державного або комунального закладу охорони здоров'я для проходження тестування.

Консультант повинен запропонувати свою допомогу клієнтові у здійсненні першого контакту зі службами, послуг яких він потребує, та з'ясувати, чи є перешкоди до звернення туди. Консультант має запросити клієнта на повторні консультації, зокрема для з'ясування ефективності його звернень до служб, куди його направили.

Структура ДКТ:

1. передтестове консультування;
2. тестування;
3. післятестове консультування.

1. Передтестове консультування

Передтестове консультування – це співбесіда (з дотриманням принципів ДКТ) між консультантом та пацієнтом з метою надання інформації щодо профілактики передачі ВІЛ, емоційної і психологічної підтримки тим, хто вагається стосовно проходження тесту на ВІЛ, допомоги у прийнятті усвідомленого рішення щодо тестування.

Оптимальною формою консультування є індивідуальне консультування, метою проведення якого є оцінка індивідуального ризику інфікування, розробка індивідуального плану зменшення цього ризику та визначення наслідків з'ясування ВІЛ-статусу для пацієнта.

Бажано, щоб перед- та післятестове консультування проводив той самий консультант.

Під час консультування представників уразливих груп, окрім загальних положень, рекомендовано наголосити на наступних питаннях, які ми відобразили у таблиці 3.1.

Питання для консультування представників уразливих груп

<p>Інформування про заходи та засоби профілактики інфікування ВІЛ статевим шляхом</p>	<p>З'ясувати питання використання пацієнтом засобів запобігання інфікуванню ППСШ, у т.ч. якісних презервативів для орального та анального сексу тощо.</p> <p>Обговорити додаткові заходи для запобігання інфікування. Розглянути правила застосування презервативів (використовувати за наявності демонстраційні матеріали: схеми, малюнки, презервативи, муляжі). Обговорити дії у разі, якщо презерватив розірвався.</p> <p>Запитати про наявність та причини випадків сексу без презерватива та власну оцінку ризику інфікування за таких обставин.</p> <p>Разом з особою, що консультується, визначити шляхи уникнення таких ситуацій</p>
<p>Оцінка ризику щодо сексуального насильства. Обговорення правил поведінки для зменшення цього ризику</p>	<p>З'ясувати:</p> <p>власну оцінку ризику щодо імовірності інфікування; поширеність сексуального насильства серед оточення, з чим це може бути пов'язано</p>
<p>Інформування щодо екстреної профілактики інфікування у разі сексуального насильства</p>	<p>Роз'яснити: причини підвищеного ризику інфікування ВІЛ та ППСШ при сексуальному насильстві (суттєве травмування слизових оболонок тощо); можливість екстреної профілактики ВІЛ у випадку сексуального насильства</p>
<p>Оцінка ризику, пов'язаного із вживанням психоактивних речовин</p>	<p>Вияснити наявність випадків сексуальних контактів під впливом наркотиків чи алкоголю.</p> <p>Роз'яснити високий ризик інфікування ВІЛ під впливом наркотиків, особливо ін'єкційних.</p> <p>Розробити індивідуальний план зменшення ризику інфікування ВІЛ та дізнатися про наміри щодо особистого захисту.</p> <p>Виходячи з конкретних проблем пацієнта, необхідно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сприяти усвідомленню ним власного ризику; - приділити увагу дисонансу (коли думки/принципи не збігаються з поведінкою) та амбівалентності (суперечливості) почуттів пацієнта щодо зменшення ризику; <p>підвищити його впевненість у собі, віру в свої сили та здатність щось зробити;</p> <ul style="list-style-type: none"> - посилатися на норми, які існують в суспільстві та в тій соціальній групі, до якої належить пацієнт; <p>вивчити та визначити ресурси для підтримки пацієнта.</p>

Визначення ризиків, пов'язаних із статевими контактами, шляхів профілактики	З'ясувати: - наявність постійного статевого партнера (партнерів); - використання партнером засобів запобігання інфікуванню ПСШ; - оцінку пацієнтом безпечності сексу з постійним партнером. Обговорити додаткові заходи щодо запобігання інфікуванню
Визначення факторів підвищеного ризику для РКС	Пояснити: - що при статевих контактах, які супроводжуються сильним травмуванням слизових оболонок, підвищується ризик інфікування ВІЛ; - про більшу вразливість щодо інфікування ВІЛ для осіб із запальними захворюваннями статевих шляхів. Скласти з РКС план зменшення його/її ризику інфікування
Надання інформації визначення оптимальних профілактичних засобів	З'ясувати прийнятність, умови, переваги, недоліки та перешкоди у застосуванні профілактичних засобів

2. Тестування

Відповідно до Протоколу медичний огляд на ВІЛ-інфекцію проводиться шляхом забору крові або інших біологічних рідин, що направляються до спеціальної лабораторії діагностики СНІД. Особі, в якій за даними цього обстеження виявлено ВІЛ-інфекцію, повідомляється про це працівником державного або комунального закладу охорони здоров'я з урахуванням вимог щодо конфіденційності зазначеної інформації.

На проведення тестування медичний працівник державного або комунального закладу охорони здоров'я повинен отримати інформовану згоду пацієнта (форма первинної облікової документації № 503-1/о "Інформована згода на проходження тесту на ВІЛ", далі – форма № 503-1/о).

Обов'язковим під час проведення дотестового консультування є орієнтація клієнта на подальше спілкування з консультантом після проходження тесту, формування стосунків, які ґрунтуються на довірі до консультування, впевненості у його професіоналізмі та гарантії дотримання конфіденційності.

Після погодження клієнта пройти тестування слід домовитись про час наступної зустрічі після отримання результату тесту.

Для проведення тесту на виявлення антитіл до ВІЛ використовуються лише зареєстровані та сертифіковані в Україні тест-системи.

3. Післятестове консультування

Післятестове консультування є конфіденційним діалогом між пацієнтом та консультантом, метою якого є обговорення результатів тесту на ВІЛ, надання необхідної інформації та психологічної підтримки.

Повідомлення про результат тесту має обов'язково супроводжуватись післятестовим консультуванням. Розрив у часі між повідомленням про результат та післятестовим консультуванням є неприпустимим.

Післятестове консультування, що проводиться одразу ж після повідомлення результату тесту (первинне післятестове консультування), може проводитись лише у державних та комунальних закладах охорони здоров'я.

Бажано, щоб післятестове консультування пацієнта проводив той самий консультант, який проводив передтестове консультування. Якщо передтестове консультування проводилось в іншій установі чи іншим фахівцем, консультанту необхідно з'ясувати у пацієнта, коли та в якому обсязі воно проводилось, якою інформацією щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу пацієнт вже володіє.

Враховуючи, що відомості про результат тесту на ВІЛ, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю, повідомлення про них дозволяється тільки особі, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених законами України, також законним представникам цієї особи, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду.

Ці відомості не можуть бути повідомлені в державні немедичні або в недержавні (як медичні, так і немедичні) установи, організації, заклади, об'єднання громадян, навіть якщо передтестове консультування було проведено у цих установах, організаціях, закладах. Відповідно, післятестове консультування (не первинне) може проводитись там лише за умови активного звернення пацієнта та повідомлення ним самим про результат його тесту.

Якщо результат тесту – негативний.

При негативному результаті важливо обговорити заходи зниження ризику інфікування ВІЛ. Необхідно провести консультування з питань безпечної поведінки та розглянути можливості направлення до інших служб, що допомагають змінити ризикований спосіб життя на менш ризикований.

Консультант повинен повідомити про результат тесту простими словами, уникаючи специфічної термінології. Потрібно дозволити пацієнту відчувати задоволення від того факту, що він не є ВІЛ-інфікованим, в той же час підкреслити необхідність зміни ризикованої поведінки для того, щоб уникнути інфікування ВІЛ у майбутньому.

Необхідно тактовно переконати пацієнта у необхідності повторного тестування при наявності ризикованої поведінки протягом останніх 3-х місяців (з урахуванням наявності „серологічного вікна”).

Якщо результат тесту – позитивний.

При позитивному результаті тесту дуже важливо передбачати психологічну реакцію пацієнта на повідомлення щодо його ВІЛ-інфікування, забезпечити адекватну підтримку.

Окрім цього, важливим елементом післятестового консультування подаємо у таблиці 3.2.

Інформація щодо післятестового консультування

<p>Роз'яснення необхідності дотримання пацієнтом профілактичних заходів для запобігання поширенню ВІЛ-інфекції</p>	<p>Роз'яснити пацієнту про необхідність дотримання профілактичних заходів, спрямованих на недопущення поширення ВІЛ-інфекції, а саме про:</p> <ul style="list-style-type: none"> - відмову від донорства крові, тканин та органів; - виключення незахищених статевих контактів та необхідність повідомлення сексуальних партнерів про його позитивний ВІЛ-статус; - виключення спільного використання засобів особистої гігієни (лез для гоління, зубних щіток, манікюрних інструментів тощо), медичного інструментарію (клізм, шприців, голок), в тому числі для нанесення татуювань, пірсінгу, приготування та вживання наркотиків ін'єкційним шляхом тощо. <p>Пояснити про відсутність загрози інфікування для членів сім'ї, співробітників при звичайних побутових контактах</p>
<p>Ознайомлення з положеннями Закону України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” та Кримінального кодексу України</p>	<p>Поінформувати щодо:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Гарантій дотримання прав і свобод ВІЛ- інфікованих; - Наслідків виявлення ВІЛ-інфекції та обов'язків ВІЛ-інфікованих осіб (статті 14-16 зазначеного нижче Закону України); - Соціального захисту осіб, інфікованих вірусом імунodefіциту людини, хворих на СНІД та членів їх сімей (статті 17-24 зазначеного нижче Закону України). - Кримінальної відповідальності за поставлення в небезпеку зараження та зараження інших осіб вірусом імунodefіциту людини (стаття 130 Кримінального кодексу України)

<p>Отримання медичним працівником державного або комунального закладу охорони здоров'я письмового засвідчення факту одержання пацієнтом інформації про зараження його вірусом імунодефіциту відповідно до статті 14 Закону України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення”</p>	<p>Пояснити пацієнту, що відповідно до статті 14 Закону України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення” він повинен письмово засвідчити факт одержання інформації про зараження його вірусом імунодефіциту людини, попередження про необхідність дотримання профілактичних заходів з метою запобігання розповсюдженню ВІЛ-інфекції та про кримінальну відповідальність за завідоме поставлення в небезпеку зараження або зараження іншої особи (осіб).</p> <p>Запропонувати пацієнту заповнити форму первинної облікової документації № 503-3/о “Попередження особи, інфікованої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)” (далі - форма № 503-3/о)</p>
<p>Встановлення подальших доброзичливих стосунків</p>	<p>Запропонувати пацієнту при потребі звертатися за подальшими консультаціями.</p> <p>При необхідності домовитись про час наступної зустрічі</p>

Отже, пацієнт повинен отримати повну інформацію щодо рекомендованих наступних кроків для уточнення діагнозу, необхідного обсягу обстеження, можливості лікування, а також чіткий перелік установ, в які йому рекомендовано звернутися.

Слід також надати повну інформацію щодо громадських організацій, які працюють у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу у даному регіоні та можуть забезпечити соціальний, психологічний, адвокаційний супровід, а також надати їх адреси, номери телефонів, телефон лінії довіри, адреси веб-сайтів.

3.2 Особливості проведення вуличної соціальної роботи серед груп ризику

Появу вуличної соціальної роботи пов'язують із загостренням таких соціальних проблем, як бездомність, бездоглядність, зловживання психоактивними речовинами, поширення секс-роботи, асоціальної або ризикованої поведінки серед представників окремих субкультур (наприклад, ризиковані форми сексуальних контактів серед представників гей-культури) тощо.

Через особливості організації соціального життя можуть утворюватися маргінальні соціальні групи, які мають послаблені соціальні зв'язки з рештою суспільства, обмежений доступ до необхідної соціальної допомоги та/або самі

уникають звернення по таку допомогу через ігнорування або неусвідомлення проблем чи пов'язаний із такими зверненнями ризик викриття. Наприклад, споживачі наркотиків можуть не звертатися по медичну допомогу через побоювання бути поставленими на наркологічний облік або викликати інтерес з боку міліції, а працівники секс-бізнесу – через викриття способу заробітку, який у суспільстві вважають аморальним. Такі групи прийнято називати «закритими» соціальними групами.

Вулична соціальна робота – метод соціальної роботи, суть якого полягає у встановленні контактів із представниками «закритих» соціальних груп у звичних для них місцях із метою донесення необхідної інформації та надання послуг.

Соціальні служби не очікують звернення клієнтів, а йдуть зі своїми послугами або інформацією про такі послуги до клієнтів, які вірогідно потребують допомоги.

Наприклад, щодо споживачів ін'єкційних наркотиків місцями для проведення вуличної соціальної роботи можуть бути точки продажу наркотиків, квартири споживачів ін'єкційних наркотиків, інколи – навчальні або лікувальні заклади тощо.

Вважають, що вулична робота виникла у 1920-х роках в США. За її допомогою фахівці із соціальної роботи хотіли запобігти криміналізації підлітків із бідних кварталів. Наприкінці 1960 – на початку 1970-х вона набула поширення в Європі, зберігаючи при цьому англійське звучання в німецькій, французькій та інших мовах – «стрітворк» (від англ. streetwork). Іноді цей метод ще називають «аутріч-робота» (від англ. outreach work), тобто робота за межами закладу. В українських фахових виданнях та нормативно-правових документах також трапляється термін «*мобільна соціальна робота*» (або мобільні соціальна служба).

Переваги вуличної соціальної роботи:

- менш формальний контекст (+ низькопороговість, тобто зв'язок з клієнтами, які раніше були за межами контакту);
- безпосередній контакт з реальністю;

- менші фінансові витрати;
- можливість превентивного впливу;
- виявлення проблем ще в зародку, в період, коли їх легше вирішити;
- більше часу на клієнта (за дверима не чекає наступний), можливість організувати свій час (різна денна і вечірня доба);
- можлива анонімність клієнта;
- можливість переконатися в безпечності середовища клієнта.

Недоліки вуличної соціальної роботи (аутріч-роботи):

- небажання клієнта співпрацювати;
- складно зберегти межі;
- ризикованість роботи (хвороби, небезпека, злочинність);
- відірваність від установи (телефон, інтернет);
- неможливість відокремити особисте життя (перебування в терені і у вільний час);
- вимогливість середовища (шум, погода, незручності);
- зіткнення інтересів;
- ізолюваність;
- високий ризик синдрому вигорання.

Основні види вуличної соціальної роботи:

1. *аутріч* (англ.. *autreach work*, приблизний переклад – робота, що досягає дотягується);
2. *детач-робота* (англ.. *deeteach work* – окрема, самостійна робота).

Аутріч-робота спрямована на те, щоб встановити контакт з представниками цільової групи та залучити їх для отримання послуг та допомоги до соціальних закладів і установ. Найчастіше її проводять у рамках певних медичних та соціальних програм, для реалізації яких важливо отримати доступ до цільової групи. Робота здійснюється в декілька етапів – від встановлення контакту та налагодження довіри до переадресації клієнтів до соціальних закладів, де їм надають соціальні послуги та допомогу. Іноді, на проміжному етапі, фахівці таких закладів самі виїжджають та надають консультації безпосередньо за місцем перебування клієнтів, тим самим

накопичуючи довіру для подальших звернень клієнтів. Цей різновид роботи часто проводять з безпритульними та бездомними дітьми, намагаючись залучити їх до соціально-педагогічного закладу – притулку, денного центру, підліткового клубу тощо, а також з працівниками секс-роботи та споживачами ін'єкційних наркотиків, для направлення їх до дружніх лікувальних закладів або інших служб допомоги.

Детач-робота передбачає можливість надання соціальної підтримки безпосередньо і тільки в середовищі життєдіяльності певної соціальної групи, без прив'язки до певних соціальних закладів та установ. Така робота сама по собі, без спирання на базову установу, цілком прийнятна для тих цільових груп, котрі достатньо адаптовані до життєдіяльності в певних умовах. Це, приміром, кочові родини і народності (наприклад, роми) або молоді люди, старші 18 років, для котрих вулиця – постійне місце заробітку (часто кримінального) чи місце розваг. Або це представники гей-культури (які належать до групи ризику щодо інфікування ВІЛ через ризиковані сексуальні практики), які зазвичай добре соціально адаптовані, можуть самостійно відвідувати служби у разі необхідності та проводять вільний час у тематичних закладах відпочинку – саме тому інформаційна робота з цими клієнтами безпосередньо у таких закладах є достатньо ефективною та не потребує направлення клієнта до певної служби або установи.

У різних регіонах і у різних соціально-економічних умовах соціальні працівники застосовують як аутріч-, так і детач-роботу. Це залежить не тільки від особливостей цільової групи, а й від традицій та ідеології суспільства, можливостей соціальних служб. У обох випадках до роботи можуть залучатися представники цільової групи. Підмічено, що люди уважніше прислуховуються до тих, кого вважають таким самим, як вони самі – до людей зі схожим досвідом, соціальним статусом та проблемами. Саме тому вулична соціальна робота може бути більш ефективною, коли вона проводиться за принципом «рівний-рівному».

Робота з «закритими» цільовими групами спрямована не стільки на припинення способів життя, які ведуть представники цієї групи, скільки на

можливе зменшення пов'язаних із таким життям ризиків. Отже, одне з основних завдань вуличної соціальної роботи – досягти змін норм поведінки у закритій соціальній спільноті, а це не можливо без зміни поведінки окремої людини.

У практиці соціальної роботи багатьох західних країн вулична робота передбачає регулярні зустрічі між соціальним працівником і клієнтом на основі укладених контрактів, зокрема усних, - саме тому така робота вважається різновидом індивідуальної соціальної роботи.

Водночас в Україні організація вуличної роботи часто перетворюється на епізодичну діяльність, яка здійснюється шляхом виїздів за маршрутами, визначеними у соціальному паспорті району (наприклад, спільні рейди з представниками правоохоронних органів, виїзні консультативні пункти тощо).

Головним завданням вуличної соціальної роботи є створення для представників «закритих» груп можливості скористатися послугами фахівців, що професійно покликані їм допомагати. У такий спосіб існує можливість не тільки для донесення послуг до клієнта, а й для обміну інформацією (спеціалісти також дізнаються про тенденції у «закритому» середовищі, потреби його представників та можуть адекватно планувати подальші втручання з метою допомоги).

До завдань вуличних соціальних працівників часто належать роздавання їжі та одягу, медикаментів та профілактичних засобів, надання першої медичної допомоги (у разі необхідності), переадресація та супровід до певних служб тощо.

Щоб покращити доступ до клієнтів та створити можливості для роботи, використовують так звані **дружні центри перебування** – приміщення, в якому клієнти можуть перепочити, провести вільний час, перебути скрутні моменти, паралельно отримавши допомогу спеціалістів, або дізнатись про можливості такої допомоги.

Фахівці виокремлюють низку принципів вуличної роботи.

Принципи вуличної соціальної роботи:

- дотримання прав клієнтів;

- добровільність;
- анонімність;
- уповноважування клієнтів;
- повага до вибору клієнта;
- робота в звичному середовищі;
- безкоштовне надання послуг;
- принцип низькопороговості;
- цілеспрямований пошук контактів з потенційними клієнтами;
- своєчасність, простота і гнучкість пропонованих заходів;
- орієнтація на потреби (негаразди) клієнта;
- безумовне та неупереджене ставлення до клієнтів;
- добровільність отримання клієнтами допомоги;
- дотримання конфіденційності, захист довіри й анонімності щодо клієнтів;
- обов'язковість та сталість надання допомоги.

Розглянемо структуру роботи з клієнтом в рамці вуличної соціальної роботи (аутріч- робота). Аутріч-робота включає в себе:

- Налагодження контакту
- Зондування ситуації
- Формулювання замовлення (цілей)
- Контракт
- Планування послуг (індивідуальний план)
- Реалізація плану
- Закінчення співробітництва і аналіз результатів, спільно з клієнтом

Ключовим підходом у вуличній соціальній роботі є те, що клієнт несе особисту відповідальність за розв'язання своїх проблем. Дослідження засвідчили, що люди більше схильні реалізовувати рішення про зміни поведінки чи способу життя, якщо вони дійшли до нього самостійно. Призначення вуличного соціального працівника – сприяти усвідомленню відповідальності та прийняттю рішення клієнтом, створення можливостей для

розв'язання певних проблем клієнта через відповідні послуги, допомогу служб та установ.

Серед переваг вуличної соціальної роботи також можна виокремити такі: наочність конкретних результатів роботи; можливість краще розуміти умови життя, а отже і потреби цільової групи, та планувати відповідні втручання з метою допомоги.

Критеріями ефективності вуличної соціальної роботи можуть бути: збільшення кількості добровільних повторних звернень клієнтів за допомогою, самостійний прихід у соціальні служби та установи, відновлення соціальних зв'язків, зміна способу життя та/або поведінки.

З досвіду багатьох країн відомо, що вуличні соціальні працівники мають високий ризик виникнення професійного емоційного вигорання. Крім того, є специфічні особливості у вуличній роботі з конкретною цільовою групою: наприклад, коли зі споживачами психоактивних речовин за принципом «рівний- рівному» контактують соціальні працівники, які самі є активними наркозалежними або перебувають у стані ремісії, то така робота може провокувати зрив або непередбачену поведінку (втягування у кримінальні справи).

Щоб запобігти небажаним наслідкам під час здійснення вуличної соціальної роботи, соціальні працівники потребують відповідної систематичної підготовки та інструктажу, визначення своїх обов'язків, обговорення потенційних ризиків, шляхів їх уникнення та подолання.

Ось декілька найзагальніших правил безпеки, що стосуються діяльності вуличного соціального працівника:

- про час виходу на роботу та її завершення повідомляти колег чи диспетчера своєї соціальної служби;
- працювати в парі (хоча б із волонтером) та перебувати у полі зору колег;
- вдягати зручний та невиразний одяг, не носити на роботі прикраси чи коштовності;
- дотримуватися адекватної психологічної дистанції у роботі з

клієнтом, не провокувати агресію чи інші деструктивні для роботи почуття;

- дотримуватися норм законодавства та правил роботи, встановлених організацією;
- дотримуватися правил громадського порядку, вимог правоохоронних органів.

Добре, коли вуличні працівники мають засоби зв'язку (пейджер, мобільний телефон) на випадок екстрених ситуацій. Соціальний працівник, який працює на вулиці, повинен вміти оперативно знаходити оптимальний вихід із непередбачених ситуацій. Для цього важливо розуміти специфічну мову своїх потенційних клієнтів, особливості їх поведінки і субкультури та добре знати умови роботи і потенційні загрози.

Вулична соціальна робота (аутріч-робота) буває:

Пряма робота - діяльність виконується у взаємодії з клієнтом (цільова група).

Непряма робота - типи діяльності, необхідні для роботи з цільовими групами (розробка концепцій роботи проєктів, адміністрацій, переговори з установами, публічна презентація програм, поради працівників, інтерв'ювання, супервізор)

- Моніторинг
- Розшук
- Контакткування
- Перший контакт
- Перебіг послуги (розповсюдження інформації, посилення і посередництво, консультації, випадкові роботи, кризисне втручання, мотиваційні розмови, робота з групою, посередництво, превентивна і педагогічна віддача, діяльність у вільний час)
- Закінчення і аналіз послуги

Моніторинг

- тривалість зондування місцевості різна, в залежності від здібностей і вправності соціального працівника, пори року. На практиці: регулярно відвідувати обмежену територію, дотримуватись розкладу, звертати увагу на

сміття, пляшки з-під алкоголю. Моніторинг триває протягом всієї вуличної соціальної роботи (аутріч- роботи);

- після зондування: як змінюється склад ЦГ, нова ЦГ, середовище ЦГ, потенційні загрози на місцевості (наркотики), нові установи, з якими можна співпрацювати.

Розшук

- коли і де зустрічається ЦГ, її віковий склад, зміст діяльності, сленг ЦГ.

Контактування

- перш за все зоровий контакт, звикнути до присутності;

- вступити в групу (прямо, не прямо, через посередництво);

- найважливіший перший контакт.

Перший контакт

Перебіг послуги (розповсюдження інформації, посилення і посередництво, консультації, випадкові роботи, кризисне втручання, мотиваційні розмови, робота з групою, посередництво, превентивна і педагогічна віддача, діяльність у вільний час).

Закінчення і аналіз послуги

- зі сторони клієнта чи працівника.

Цільова група (ЦГ)

ЦГ визначається, перш за все, ознаками, що відносяться до особи клієнта. Цими первинними ознаками можуть бути, наприклад, вік, стать, громадянство, етична належність, субкультурна група і т.д.

Вторинні визначальні ознаки виділяють, чому дана особа являється нашим клієнтом, і що саме такій людині наша установа може запропонувати.

Специфічні цільові групи Соціально відчуженні області

Кожна область має свої особливості щодо характеру і величини проблем, розмірів, соціальних структур, історії, перспективи в розвитку і підходу урядів. Важливу частину роботи соціального працівника складають знання цих особливостей і їх врахування при роботі на місцевості. На цих областях проживають родини і окремі особи з найменшими прибутками, які залежать від допомоги соціального забезпечення, здебільшого тривало безробітні. Тут у

людей ускладнений доступ до інституційної допомоги. Вони часто відрізані від суспільства і громадського життя. Життя в таких областях може бути для його жителів в стані повної летаргії, тому не можуть самі собі допомогти, досить часто навіть не знають як. Не розуміють середовище і норми суспільства. Вони живуть з відчуттям небезпеки і страху від змін і новинок. В рамках таких суспільств виникає світ правил і цінностей, які далекі від того, що знає більшість. Та все ж ці люди не створюють однорідний комплекс, а визначаються як внутрішньо сильно диференційована група.

Діти, які в цих областях виростають, автоматично переймають наведені моделі поведінки, і ціла ситуація таким чином передається з генерації в генерацію.

Характерні ознаки соціального відчуження

- територіальне відчуження (окремі особи і групи живуть часто на ізольованих територіях з низьким рівнем проживання і недостатньою системою побутових служб);

- символічне відчуження поєднане із стигматизацією;

- низький рівень освіти і ускладнена боротьба з цим недоліком,

- погіршений доступ до легальних форм прибуткової діяльності, залежність від допомоги соціального забезпечення і пов'язана з нею матеріальна бідність;

- ризиковий стиль життя, погані гігієнічні умови і пов'язаний з ним погіршений стан здоров'я,

- життєва стратегія орієнтована на теперішній час;

- закрита економічна система відрізняється частим закладанням домівки, позиками грошей під високі проценти;

- вищий процент розповсюдження соціально патологічних явищ і злочинності;

- зменшена соціокультурна компетенція (мовний бар'єр, недосвідченість чи незнання прав і обов'язків).

Що допомагає вступити працівнику на місцевість і зав'язати контакт

- якщо вдасться успішно вирішити котрусь із справ клієнта за допомогою

соціального працівника, інформація швидко пошириться;

-для того, щоб нав'язати співпрацю, потрібно, щоб соціальний працівник викликав довіру;

-прозорість намірів працівника (з самого початку зрозуміло, чому він знаходиться на цій території, яке його послання, які пропонує послуги, з якою метою і з якими можливостями).

Проблеми, які соціальний працівник найчастіше вирішує з клієнтами

-житло/відновлення житла;

-налагодження соціальних зв'язків;

-працевлаштування;

-допомога в лікуванні, догляді;

-гуманітарна допомога (одягом, взуттям, продуктовими наборами);

-надання інформації про реабілітаційні програми;

-переадресує (влаштує) до закладу соціального обслуговування.

Інші соціально-патологічні явища, з якими може стикатися:

-незнання законів, цивільних прав і обов'язків;

-алкоголізм і інші залежності;

-насильство дома.

Розглянемо вуличну соціальну роботу із «закритими» групами клієнтів у контексті протидії поширення ВІЛ/СНІДу та надання допомоги людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом

Увага до вуличної соціальної роботи суттєво посилилась в умовах стрімкого поширення епідемії ВІЛ/СНІДу. Зокрема, в Україні, починаючи з ранніх етапів розвитку епідемії і до сьогодні, однією з найуразливіших щодо інфікування ВІЛ соціальних груп є споживачі ін'єкційних наркотиків. Це пов'язано із особливостями поведінки, поширеними в цій групі, як-от ризиковані практики вживання наркотиків (спільне використання ін'єкційного інструментарію тощо) та безладні сексуальні стосунки. Проблема ВІЛ/СНІДу загострила наболіле питання про ускладненість контакту з більшістю споживачів наркотичних речовин: ці люди з певних причин (враховуючи кримінальне переслідування) є недоступними системі охорони здоров'я,

соціальних служб та залишаються неохопленими програмами профілактики, тобто є «закритою» соціальною групою.

Вулична соціальна робота дістала застосування з метою організації профілактичних інтервенцій у «закриті» соціальні групи, які через особливості поведінки є уразливими щодо інфікування ВІЛ. До «закритих» соціальних груп належать:

- споживачі ін'єкційних наркотиків;
- працівники секс-бізнесу;
- чоловіки, що мають секс із чоловіками;
- безпритульні діти та підлітки;
- особи без даху над головою.

Вулична соціальна робота зі споживачами ін'єкційних наркотиків. У деяких містах нашої країни через систематичні міліцейські «облави» спілкування із СІН навіть на вулицях було ускладнено, і соціальним працівникам доводилося працювати на конспіративних квартирах, що, проте, не позбавляло їх ризику потрапити під «зачистку» міліції. Вуличну соціальну роботу із СІН проводять як підготовлені люди із числа споживачів наркотиків, так і соціальні працівники, що не є споживачами наркотиків. За потреби у роботу залучають медичних спеціалістів, юристів, психологів тощо, які надають короткі консультації у місцях зустрічі з клієнтами. Завданням роботи є: проінформувати про можливі ризики, надати інформацію щодо запобігання проблем, мотивувати до відповідної зміни поведінки, розширяти уявлення про можливості отримання допомоги, зазначити місця отримання такої допомоги та переадресувати туди клієнтів. Іншими словами, вулична робота має заохочувати клієнта змінити «підпільне» існування на співпрацю з закладами, що можуть сприяти реабілітації та ресоціалізації клієнта, водночас опікуючись його здоров'ям та соціальними проблемами. Отже, незважаючи на контекст ВІЛ/СНІДу, вулична соціальна робота із СІН є елементом ширшого плану соціальних та медичних заходів, оскільки досягти профілактичних цілей можливо лише через комплексну роботу з клієнтом.

Вулична соціальна робота із працівниками секс-бізнесу ведеться з найменш соціально захищеними представниками цієї групи, оскільки саме вони через брак інформації, особливості поведінки (багато жінок секс-бізнесу, що надають послуги у польових умовах (на трасах, а не в готелях) є споживачами ін'єкційних наркотиків), умови роботи (насильство з боку клієнта, наполягання на сексі без презервативів) є уразливими щодо інфікування ВІЛ. Зустрічі відбуваються, як правило, у вечірній час, у традиційних місцях очікування на клієнтів. Важливими послугами, які передбачає вулична робота з працівниками секс-бізнесу, є надання інформації, забезпечення презервативами та лубрикантами (у разі необхідності), навчання менш ризикованій поведінці, супроводження для проходження профілактичних обстежень, консультацій тощо.

Вулична соціальна робота з чоловіками, що мають секс із чоловіками. Через упереджене ставлення у суспільстві до способу життя ЧСЧ, вони є надзвичайно

«закритою», неоднорідною соціальною групою. Найбільшу згуртованість виявляють представники гей-культури, особи, які визнають свою сексуальну орієнтацію та є носіями відповідної культури та цінностей. Тому, як правило, профілактичну та просвітницьку вуличну роботу здійснюють за принципом «рівний-рівному», тобто вуличних соціальних працівників готують із представників гей-культури. Однак практика свідчить, що роль аутріч-працівників у роботі з цією групою можуть виконувати і жінки. Встановлення контактів у цій дуже неоднорідній групі є складним завданням, а тому вуличну соціальну роботу з профілактики ВІЛ/СНІД у спільноті ЧСЧ в Україні ведуть лічені організації.

Вулична соціальна робота з безпритульними дітьми та підлітками. Через вживання психоактивних речовин, ранні сексуальні контакти та втягування у секс-бізнес, безпритульні діти також є соціальною групою, уразливою щодо інфікування ВІЛ. Однак, на відміну від інших груп, вулична робота з безпритульними дітьми та підлітками зводиться до налагодження контактів, встановлення довіри і є першим етапом подальшої профілактичної

роботи щодо ВІЛ та інших питань здоров'я, яка має базуватися на добровільному навчанні та статевого вихованні. Тому у роботі з безпритульними дітьми та підлітками важливу роль відіграють центри денного перебування, притулки, де програми дозвілля обов'язково містять педагогічний компонент. Таким чином, діти вільні у тому, щоб відвідувати такий центр, проводити там час і залишати його. Діти та підлітки, які згодом повертаються на вулиці, стають носіями досвіду перебування у «безпечному середовищі», що може спонукати інших наслідувати їх приклад, переймати знання щодо безпечнішої поведінки.

Ознаки визначення цільової групи:

Для визначення ЦГ, на якій вулична соціальна робота мала б акцентувати увагу, необхідні мінімум дві ознаки:

- фактор молодого віку,
- несприятлива життєва ситуація.

Визначення несприятливих соціальних ситуацій

Це стосується ситуацій, які уже наступили, відбуваються зараз або можуть настати в близькому майбутньому. Несприятливі ситуації, які стосуються дітей і молоді і можуть бути визначальним знаком ЦГ, вказують на необхідність вуличної соціальної роботи, бувають найчастіше визначені як:

- складні події в житті (наприклад розпалася родина, нові партнерські відносини батьків, супроводжені відчуттям огиди до дітей, проблеми з відвідинами школи...);

- конфліктні суспільні ситуації (наприклад насильство в групах однолітків, злочини молодих людей, конфлікти між генераціями) і негативний досвід (наприклад дідівщина в школі, вживання психоактивних речовин, розбещення і тиранія ...);

- обмежуючі життєві умови (наприклад життя в поганих соціальних умовах, складний підхід до основних гігієнічних, громадських і культурних навичок, складності в підході до освіти, в небезпеці через вплив середовища, в якому дитина знаходиться...).

Вулична соціальна робота з особами без даху над головою.

Бездомність обмежена наступними ситуаціями:

- стан без даху над головою - тобто, говоримо про ночівлю за межами класичного житлового варіанту;
- стан без квартири - особи використовують запасне житло, довготривало використовують проживання в спеціальних закладах;
- проживання в непевних умовах - непевне проживання, непевні права на проживання;
- проживання в незадовільних умовах - заклад із гігієнічно і кількісно незадовільними умовами.

Бездомність може бути:

- явна (сам себе зараховує до бездомівців),
- прихована (завдяки доходу може собі дозволити гуртожиток або залишатись у друзів);
- потенційна (безпосередньо під загрозою бездомності).

Причини:

- проблеми в партнерстві чи родині;
- алкоголізм і інші залежності;
- закінчення відбування покарання;
- інвалідність;
- втрата місця роботи;
- міграція через роботу;
- вихід із стаціонарних закладів;
- схильність до нестандартного способу життя.

Найчастіші ризики, що наражають на небезпеку бездомівців:

- голод, погане харчування;
- дрібна злочинність через потреби;
- обмежений доступ до питної води;
- несприятлива погода;
- обмежений доступ до особистої гігієни;
- огида зі сторони громадськості;

- недостатність відпочинку та сну;
- саморуїнуючий режим;
- страх;
- обмежений доступ до медичної опіки;
- усна і фізична агресія довкілля;
- обмежений доступ до робочих місць і доходів;
- відсутність коштів на харчування;
- злочинність, навіть серйозна, жертвами якої стають особи, що ночують надворі.

У літературі визначають передумови, дотримання яких може зробити вуличну соціальну роботу ефективною, такою, що сприятиме розв'язанню щоденних проблем клієнтів:

1. Втручання на рівні громади. Використання підходу «рівний-рівному».
2. Розуміння стилю життя та повсякденних турбот цільової групи.
3. Наголос на щоденних практиках і нормах поведінки та їх аналізі.
4. Подальший розвиток більш конструктивних моделей повсякденної поведінки.

Перший контакт - це важлива основа для можливої подальшої співпраці працівника і особи, зацікавленої у послугах (надалі ОЗУП).

Після першого контакту ОЗУП мала б повірити та здобути відчуття безпеки від контакту з соціальним працівником.

ОЗУП може спочатку недовіряти соціальним працівникам. Досить часто трапляються упередження щодо поведінки працівника з клієнтами, побоювання щодо співпраці з іншими установами і зв'язку з міліцією, розповсюдження інформації, що їх стосуються і т.д. Іноді психічний чи фізичний стан ОЗУП не дозволяє все повноцінно сприймати. Необхідно, щоб працівник це враховував при кожному контакті з клієнтом.

Основна послідовність при першому контакті:

- з'ясувати, чи ОЗУП належить до цільової групи - основні інформації про ОЗУП;

- донести основну інформацію про соціальні послуги;
- створити довіру.

а) з'ясувати, чи ОЗУП належить до цільової групи – отримати інформації про ОЗУП:

У випадку, якщо ОЗУП належить до цільової групи, то при першому контакті завдання працівника - з'ясувати про неї основну інформацію.

Після першого контакту працівник мав би знати про ОЗУП:

- чому вона вирішила піти на контакт, які в неї потреби, що для неї можемо зробити, (про що питаємо ОЗУП відразу ж після приходу);

- приблизний вік;

- ім'я або кличку (для того щоб створити код і звертання);

- створити код (якщо не хоче, то залишимо карточку клієнта ("без коду"))

Завжди поважаємо об'єм інформації, яким з нами ОЗУП хоче поділитись. Поважаємо і те, якщо нам якусь інформацію сказати не хоче, і не примушуємо її.

б) доносити основну інформацію про соціальні послуги

Перша зустріч з ОЗУП - це процес, на протязі якого ОЗУП отримує основну інформацію про соціальні послуги, для кого вона призначена, знайомиться з працівниками, дізнається про те, як і коли може контактувати з соціальними працівниками, які послуги і за яких умов може отримати в ході вуличної роботи.

Отже, форми та методи соціальної роботи по профілактиці ВІЛ / СНІДу в молодіжному середовищі включають в себе поведінкові втручання – систематизовані заходи просвітницького, навчального та підтримуючого характеру, спрямовані на зміну поведінки. Головний принцип зміни поведінки полягає у тому, що така зміна – це природний процес. Він може бути усвідомленим та неусвідомленим. До складових процесу зміни поведінки відносять: обдумування зміни поведінки; власне зміна поведінки.

Існують такі моделі зміни поведінки:

4. Модель «знання – навички - мотивація»;
5. Модель «бажання – здатність - пріоритетність»;

6. Модель Дж. Прохаски та К. Ді Клементе.

При організації соціальної роботи по профілактиці ВІЛ/СНІДу також можна використовувати деякі соціально-педагогічні методи і технології: бесіда; збори; диспут; створення об'єднань самоврядування; технології адаптації; взаємодія із сім'єю; кондуктивна педагогіка. Розглянемо призначення та принципи добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію. Цілями добровільного консультування та тестування є надання добровільної консультативної допомоги населенню щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування; сприяння прийняттю добровільного, ґрунтованого на достовірній інформації рішення щодо тестування на ВІЛ; визначення ВІЛ-статусу людини; підтримка подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки; отримання своєчасної медичної допомоги.

Добровільне консультування та тестування є ключовим компонентом державних програм профілактики та здійснення лікування і догляду за людьми, що живуть з ВІЛ/СНІДом. Структура добровільного консультування та тестування: передтестове консультування; тестування; післятестове консультування.

Вулична соціальна робота – метод соціальної роботи, суть якого полягає у встановленні контактів із представниками «закритих» соціальних груп у звичних для них місцях із метою донесення необхідної інформації та надання послуг.

Основні види вуличної соціальної роботи:

3. Аутріч (англ. *outreach work*, приблизний переклад – робота, що досягає дотягується);

4. Детач-робота (англ. *deeteach work* – окрема, самостійна робота).

У практиці соціальної роботи багатьох західних країн вулична робота передбачає регулярні зустрічі між соціальним працівником і клієнтом на основі укладених контрактів, зокрема усних, - саме тому така робота вважається різновидом індивідуальної соціальної роботи. Водночас в Україні організація вуличної роботи часто перетворюється на епізодичну діяльність, яка здійснюється шляхом виїздів за маршрутами, визначеними у соціальному

паспорті району (наприклад, спільні рейди з представниками правоохоронних органів, виїзні консультативні пункти тощо). Головним завданням вуличної соціальної роботи є створення для представників «закритих» груп можливості скористатися послугами фахівців, що професійно покликані їм допомагати. У такий спосіб існує можливість не тільки для донесення послуг до клієнта, а й для обміну інформацією (спеціалісти також дізнаються про тенденції у «закритому» середовищі, потреби його представників та можуть адекватно планувати подальші втручання з метою допомоги). Вулична соціальна робота дістала застосування з метою організації профілактичних інтервенцій у «закриті» соціальні групи, які через особливості поведінки є уразливими щодо інфікування ВІЛ. До «закритих» соціальних груп належать: споживачі ін'єкційних наркотиків; працівники секс-бізнесу; чоловіки, що мають секс із чоловіками; безпритульні підлітки та молодь; особи без даху над головою.

Таким чином, важливими формами та методами профілактичної соціальної роботи щодо протидії ВІЛ/СНІДу в молодіжному середовищі є: поведінкові втручання, зміна поведінки, соціально-педагогічні методи, добровільне консультування та тестування, вулична соціальна робота.

ВИСНОВКИ

Виконане нами теоретико-експериментальне дослідження дозволило зробити наступні загальні висновки.

Соціальна профілактика – це напрям діяльності, що передбачає комплекс соціальних, економічних, політичних, правових, медичних, психолого-педагогічних заходів, спрямованих на попередження, обмеження, локалізацію негативних явищ у соціальному середовищі.

У широкому розумінні соціальна профілактика ставить за мету підвищення якості життя людей, збереження та зміцнення їх здоров'я, яке Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) розглядається як гармонійне поєднання фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад. Розрізняють загальну та спеціальну соціальну профілактику.

Відповідно до класифікації, підтриманої ВООЗ у 1990 році, профілактичні втручання поділяються на первинні, вторинні та третинні. Вид профілактичного втручання обирається відповідно до стадії розвитку проблеми або ж негативного явища.

Стратегії профілактики – це загальні підходи до визначення основних цілей профілактики певної проблеми і шляхів їх досягнення.

Можна виділити такі стратегії: стратегія попередження та подолання, стратегія нормалізації.

У межах стратегії попередження та подолання можна виділити такі моделі профілактики негативних явищ у дитячому і молодіжному середовищі: модель стримування (репресивна модель), модель залякування, модель ствердження моральних принципів, модель поширення фактичних знань, модель навчання позитивній поведінці («афективного» навчання), модель формування здорового способу життя, радикальна модель (модель соціального впливу).

До стратегії нормалізації можна віднести такі моделі: модель контрольованого впливу, модель зменшення шкоди.

Основними формами організації профілактичної діяльності є профілактичні програми та профілактичні заходи.

Згідно з офіційними статистичними даними за період 1987 — травень 2019 р., у країні офіційно зареєстровано 341 084 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України, зокрема 114 487 випадків захворювання на СНІД і 49 751 випадок смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Станом на 01.04.2019 у закладах охорони здоров'я під медичним наглядом перебувало 142 076 ВІЛ-інфікованих громадян України (показник 336,5 на 100 000 населення), зокрема 46 987 хворих із діагнозом «СНІД» (111,3). Найвищі рівні поширеності ВІЛ-інфекції зареєстровано в Одеській (898,3 на 100 000 населення), Дніпропетровській (792,6), Миколаївській (743,5) областях, м. Київ (479,0), Київській (447,9), Херсонській (420,1) та Чернігівській (420,4) областях.

Люди, які живуть із ВІЛ/СНІДом, та уразливі до ВІЛ групи це в більшій мірі споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники комерційного сексу, ув'язнена молодь, молоді чоловіки, які мають секс із чоловіками, діти та молодь, що живуть та працюють на вулиці, мігранти, біженці та потерпілі від торгівлі людьми.

Слід також зазначити, що роль громадського сектору щодо взаємодії з інститутами держави у сфері протидії ВІЛ/СНІДу ідентифіковано з позиції стадій управління і послідовності діяльності, що реалізується через систему загальних та спеціальних функцій управління. Основними формами взаємодії є наступні: законотворча ініціатива; проведення спільних заходів (громадські слухання, щорічні національні конференції з проблем профілактики СНІДу тощо); навчання фахівців; використання матеріально-технічної бази; вирішення конкретних проблем спільними зусиллями; переадресація клієнтів; обмін інформацією; спільні бази даних.

Міжнародні рекомендації щодо протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні орієнтують на застосування комплексного підходу для планування заходів зі створення сприятливого середовища, розробку спеціальних стратегій для забезпечення більш активної участі організацій громадянського

суспільства, а також осіб, що входять в групи ризику чи постраждали від ВІЛ/СНІДу, з метою забезпечення ефективної державної політики у даній сфері (стандартизація послуг у сфері ВІЛ/СНІДу). На сьогодні необхідними є спільні заходи у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, які плануються всіма суб'єктами державно-громадської співпраці, спрямовані на вирішення проблем протидії епідемії СНІДу і проводяться на глобальному, національному, обласному та місцевому рівнях, що вимагає наявності відповідних інституцій та координації між ними.

Встановлено, що участь інституцій громадянського суспільства в організації національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні є надзвичайно важливою і являє собою елемент активної соціальної політики, що сприяє подоланню наслідків довготривалої епідемії шляхом встановлення контролю над інтенсивністю епідеміологічного процесу. Спеціальними функціями громадського сектору щодо взаємодії у сфері протидії є адвокація, комунікація та соціальна мобілізація, експертна діяльність в процесах планування, впровадження та моніторингу політики в сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Основними формами взаємодії є законотворча ініціатива; проведення спільних заходів (громадські слухання, щорічні національні конференції з проблем профілактики СНІДу тощо); навчання фахівців; використання матеріально-технічної бази; вирішення конкретних проблем спільними зусиллями; переадресація клієнтів; обмін інформацією; спільні бази даних тощо. Державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу реалізується на чотирьох рівнях: представництво інтересів і спільної позиції НУО і державних структур перед міжнародними донорами (міжнародний рівень), що сприяє конструктивному діалогу та партнерству; надання технічної допомоги у вигляді навчання, консультування та інших форм для представників НУО, ініціативних груп і державних установ (національний рівень); надання підтримки та адресної допомоги представникам груп високого ризику (рівень індивідуальної взаємодії) та членам їх родини (рівень територіальної громади).

Форми та методи соціальної роботи по профілактиці ВІЛ / СНІДу в молодіжному середовищі включають в себе поведінкові втручання – систематизовані заходи просвітницького, навчального та підтримуючого

характеру, спрямовані на зміну поведінки. Головний принцип зміни поведінки полягає у тому, що така зміна – це природний процес. Він може бути усвідомленим та неусвідомленим. До складових процесу зміни поведінки відносять: обдумування зміни поведінки; власне зміна поведінки.

Існують такі моделі зміни поведінки:

7. Модель «знання – навички - мотивація»;
8. Модель «бажання – здатність - пріоритетність»;
9. Модель Дж. Прохаски та К. Ді Клементе.

При організації соціальної роботи по профілактиці ВІЛ/СНІДу також можна використовувати деякі соціально-педагогічні методи і технології: бесіда; збори; диспут; створення об'єднань самоврядування; технології адаптації; взаємодія із сім'єю; кондуктивна педагогіка. Розглянемо призначення та принципи добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію. Цілями добровільного консультування та тестування є надання добровільної консультативної допомоги населенню щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування; сприяння прийняттю добровільного, ґрунтованого на достовірній інформації рішення щодо тестування на ВІЛ; визначення ВІЛ-статусу людини; підтримка подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки; отримання своєчасної медичної допомоги.

Добровільне консультування та тестування є ключовим компонентом державних програм профілактики та здійснення лікування і догляду за людьми, що живуть з ВІЛ/СНІДом. Структура добровільного консультування та тестування: передтестове консультування; тестування; післятестове консультування.

Вулична соціальна робота – метод соціальної роботи, суть якого полягає у встановленні контактів із представниками «закритих» соціальних груп у звичних для них місцях із метою донесення необхідної інформації та надання послуг.

Основні види вуличної соціальної роботи:

5. Аутріч (англ. outreach work, приблизний переклад – робота, що досягає дотягується);

6. Детач-робота (англ.. deeteach work – окрема, самостійна робота).

У практиці соціальної роботи багатьох західних країн вулична робота передбачає регулярні зустрічі між соціальним працівником і клієнтом на основі укладених контрактів, зокрема усних, - саме тому така робота вважається різновидом індивідуальної соціальної роботи. Водночас в Україні організація вуличної роботи часто перетворюється на епізодичну діяльність, яка здійснюється шляхом виїздів за маршрутами, визначеними у соціальному паспорті району (наприклад, спільні рейди з представниками правоохоронних органів, виїзні консультативні пункти тощо). Головним завданням вуличної соціальної роботи є створення для представників «закритих» груп можливості скористатися послугами фахівців, що професійно покликані їм допомагати. У такий спосіб існує можливість не тільки для донесення послуг до клієнта, а й для обміну інформацією (спеціалісти також дізнаються про тенденції у «закритому» середовищі, потреби його представників та можуть адекватно планувати подальші втручання з метою допомоги). Вулична соціальна робота дістала застосування з метою організації профілактичних інтервенцій у «закриті» соціальні групи, які через особливості поведінки є уразливими щодо інфікування ВІЛ. До «закритих» соціальних груп належать: споживачі ін'єкційних наркотиків; працівники секс-бізнесу; чоловіки, що мають секс із чоловіками; безпритульні підлітки та молодь; особи без даху над головою.

Таким чином, важливими формами та методами профілактичної соціальної роботи щодо протидії ВІЛ/СНІДу в молодіжному середовищі є: поведінкові втручання, зміна поведінки, соціально-педагогічні методи, добровільне консультування та тестування, вулична соціальна робота.

Наша робота не претендує на розкриття усіх аспектів даної проблеми, тому доцільним буде вивчення та запровадження в Україні кращого світового досвіду з питань стратегічного планування, менеджменту, орієнтованого на результат, та застосування програмно-цільового підходу до розробки програм з протидії поширенню ВІЛ/СНІДу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Активні методи просвітницької діяльності у профілактиці ВІЛ/СНІДу та ризикованої поведінки : посіб. для спец. приймальників-розподільників, притулків для неповнолітніх та виховних колоній. / за заг. ред. Р. Х. Вайноли, Т. Л. Лях. – К. : ТОВ „ДКБ „РОТЕКС”, 2007. – 190 с.
2. Балакірева О. М. Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді : монографія . – К. : УІСД ім. О. Яременка, 2007. – 128 с.
3. Басюк Т. П. Організація партнерства у місцевих громадян: метод. рек. для практиків соціальної сфери / заг. ред. І. Д. Зверева. Київ: Наук. світ, 2006. 43 с.
4. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі : навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.]. К. : Центр учбової літератури, 2009. – 208 с.
5. ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень/ МОЗ. — №25. К., 2006.— 18 с.
6. Воробьева Т. В. Профилактика зависимости от психоактивных веществ : руководство по разработке и внедрению программ формирования жизненных навыков у подростков группы риска. М. : УНП ООН, 2008. – 70 с.
7. В направлении цели «ноль». ЮНЭЙДС. Стратегия на 2011–2015 годы: объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/JC2034_UNAIDS_Strategy_ru.pdf.
8. Гришаева І.В. Статевоспецифічні особливості психологічних факторів ризику інфікування ВІЛ/СНІДом: автореф. дис: ... канд. психол. наук. К., 1998. - 17 с.
9. Гусева Н. А. Тренинг предупреждения вредных привычек у детей. Програма профілактики злоупотребления психоактивными веществами. СПб. : Речь, 2003. – 256 с.

10. Горелов Д. Державне фінансування громадських організацій: зарубіжний досвід та рекомендації щодо впровадження в Україні: аналітична записка. URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/811/>.

11. Дешко Т. та ін. Права ВІЛ-позитивних людей і доступність для них послуг // Соціальна політика і соціальна робота.- 2005.- № 2.- С 31-52.

12. Джудіс Н. Оцінка політики в сфері протидії ВІЛ. Україна. Додаток: проект «Хелс полісі». Вашингтон, округ Колумбія: Ф'ючерз Груп. 2011. 322 с.

13. Журавель Т.В. Соціальна профілактика як напрям соціально-педагогічної діяльності. / За заг. ред. О. В. Безпалько. К. : Академвидав, 2013. – 312 с.; С. 85–101.

14. Збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді: потенціал громади : метод. матеріали до тренінгу / за заг. ред. Г. М. Лактіонової. К. : Наук. світ, 2004. – 205 с.

15. Лучинська О. В. Нормативно-правове забезпечення державно громадської співпраці у сфері протидії поширення ВІЛ/СНІДу в Україні. Держава та регіони. Серія: Державне управління: наук. фахове вид. Запоріжжя, 2016. № 2(54). С. 63–68.

16. Лучинська О. В. Суб'єкти державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні. East European Scientific Journal: наук.-практ. журн. Warsaw (Poland), 2016. № 6(10). С. 53–57.

17. Лучинська О. В. Інституційне забезпечення державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні. Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. ОРІДУ. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2016. Вип. 2(66). С. 74–78.

18. Лучинська О. В. Інформаційний механізм державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні. Ефективність державного управління: зб. наук. пр. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2016. С. 214–223.

19. Лучинська О. В. Шляхи удосконалення державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні. Інвестиції: практика та досвід: наук.-практ. журн. Київ, 2017. № 17. С. 124–131.

20. Лучинська О. В. Удосконалення механізмів державно-громадської

взаємодії в сфері протидії ВІЛ/СНІДу. Державне управління: удосконалення та розвиток: електрон. наук. фахове вид. Київ, 2017. Вип. 9. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1125>.

21. Лютий В. П. Соціальна профілактика / В. П. Лютий // Соціальна педагогіка : мала енциклопедія / за заг. ред. проф. І. Д. Звереві. К. : Центр учбової літератури, 2008. – С. 207.

22. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки / Н. Ю. Максимова. – К. : «Либідь», 2011. – 520 с.

23. Нізова Н. М. Партнерство України з Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією як чинник зміцнення ролі держави у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2012. № 3. - С. 6-12. – URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tikhvil_2012_3_3.

24. Построение партнерства: метод. реком. / под ред. Т. Дешко. Киев: Alliance, 2003. 143 с.

25. Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення: Закон України від 23.12.2010 р. № 2861-VI. Відомості Верховної Ради України. 2011. № 30. Ст. 274.

26. Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки: Закон України від 20.10.2014 року № 1708-VII. Відомості Верховної Ради. 2014. № 48. Ст. 2055.

27. Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах: наказ М- ва охорони здоров'я України від 15.08.2011 р. № 507. URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110815_507.html.

28. Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ: Наказ МОЗ України від 10 лип. 2013 р. № 585, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 25.07.2013 р. за № 1254/23786. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1254-13>.

29. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від

06.04.2000 р. Відомості Верховної Ради України. 2000. № 29. Ст. 228.

30. Про Координаційну раду з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії: Указ Президента України від 17.03.2008 р. № 220/2008. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/220/2008>.

31. Про ліквідацію Координаційної ради з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії: Указ Президента України від 02.04. 2010 р. № 481/2010. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/481/2010>.

32. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: Закон України від 12.12.1991 р. № 1972-ХІІ. Відомості Верховної Ради України. 1992. № 11. Ст. 152.

33. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: Закон України від 23.12.2010 р. № 2861-VI. Відомості Верховної Ради України. 2011. № 30. Ст. 274.

34. Про ратифікацію Європейської соціальної хартії (переглянутої): Закон України від 14.09.2006 р. № 137-V // Відомості Верховної Ради України. 2006. № 43. Ст. 418.

35. Про ратифікацію Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 року, Першого протоколу та протоколів № 2, 4, 7 та 11 до Конвенції: Закон України від 17.07.1997 р. № 475/97-ВР. Відомості Верховної Ради України. 1997. № 40. Ст. 263.

36. Про соціальні послуги: Закон України від 19.06.2003 р. № 966-IV (із змінами, внесеними згідно із 8 Законами в 2004–2012 рр.). // Офіційний вісник України. 2003. 1 серп. (№ 29). С. 52. Ст. 1435.

37. Про соціальні послуги: Закон України від 19.06.2003 р. № 966-IV. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/966-15>.

38. Про удосконалення лікування хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД: клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків: затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12 груд. 2003 р. № 580 / відповід. ред. Круглов Ю. В., Філіппович С. А.; Міжнар.

Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Київ, 2004. 112 с.

39. Про утворення Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу: Постанова Кабінету Міністрів України від 16.05.2007 р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/352-2005-п>.

40. Про утворення Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу: Постанова Кабінету Міністрів України від 16.05.2005 р. № 352. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/352-2005-%D0%BF>.

41. Про функціонування кабінетів «Довіра»: наказ М-ва охорони здоров'я України від 25.02.2008 р. № 102 (zareєстровано Міністерством юстиції за № 220/14911 від 19.03.2008 р.). URL: zakon.rada.gov.ua/go/z0220-08

42. Про функціонування кабінетів «Довіра»: наказ М-ва охорони здоров'я України від 25.02.2008 р. № 102. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0220-08>.

43. Профилактика ВИЧ/СПИДа у несовершеннолетних в образовательной среде : учеб. пособ. / под ред. Л. М. Шипицыной. СПб. : Речь, 2006. – 208 с.

44. Профілактична робота з підлітками та молоддю з питань пропаганди здорового способу життя, профілактики алкоголізму, наркоманії та ВІЛ-інфекції. Методичний посібник /за ред. В.В. Брич. Ужгород 2010. – 112 с

45. Рівень знань щодо ВІЛ/СНІДу, поведінка та ставлення до людей, що живуть із ВІЛ/СНІДом: Аналітичний звіт дослідження/Державний інститут розвитку сім'ї та молоді. К., 2007. - 100 с.

46. Рудий В. Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом: Сучасний стан і шляхи вдосконалення.- К.: Сфера, 2004.- 187 с.

47. Романенко Є. О. Державно-громадське партнерство як засіб формування державної політики // Місцеве самоврядування - основа сталого розвитку України : матеріали М65 щоріч. Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю (Київ, 16 трав. 2014 р.) : у 2 т. / за наук. ред. Ю. В. Ковбасюка, К. О. Ващенко, С. В. Загороднюка. - К. : НАДУ, 2014. - Т. 2. - 288 с.

48. Семигіна Т.В. Особливості формування координаційних механізмів у політиці охорони громадського здоров'я // Віче. – 2009. – № 11. – С. 28-30.

49. Семигіна Т. В. Політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: між надіями та розчаруваннями? // Наук. зап. НаУКМА. Сер. Політ. науки. - 2007. - Т. 69. - С. 22-27.

50. Семигіна Т. В. Політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: роль міжнародної допомоги: за матеріалами дослідження глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/ СНІДу в Україні. Київ: Агентство Україна, 2009. 144 с.

51. Семигіна Т. В. Політико-правові засади протидії соціально небезпечним хворобам. URL:
https://otherreferats.allbest.ru/medicine/00277560_0.html#text.

52. Семигіна Т. В. Традиційні моделі соціальної політики в умовах глобалізації. Людина і політика. 2004. № 1. С. 134–143.

53. Скуйбіда Ю. В. Проблема ВІЛ/СНІДу як питання порядку денного в публічній політиці України // Наукові записки НаУКМА. – Т.45: Політичні науки. – 2005. – С. 71-77.

54. Словарь по социальной педагогике : учеб. пособ. для студ. высш. учеб. заведений / авт.-сост. Л. В. Мардахаев. М. : Издательский центр “Академия”, 2002. – 368 с.

55. Соціальна педагогіка : словник-довідник / за заг. ред. Т. Ф. Алексеєнко. Вінниця : Планер, 2009. – 542 с.

56. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом: Метод. посіб. для проведення курсів підвищення кваліфікації / за ред. Т. Семигіна, О. Банас, Н. Венедиктова та ін. К.: Вид. дім «Києво-Могилянська акад.», 2006. — 620 с.

57. Сунгуров А. Модели взаимодействия органов государственной власти и структур гражданского общества: российский опыт URL:
http://www.civisbook.ru/files/File/Sungurov_modeli.pdf.

58. Соціальна робота: короткий енциклопедичний словник.: У 7 ч. / уклад.: В. П. Андрущенко, В. П. Бех, В. А. Башкірев та ін.; за ред. С. В. Толстоухової. Київ: ДЦССМ, 2002. Ч. 4. 536 с.

59. Терницька С. В. Соціально-педагогічні умови взаємодії державних та громадських організацій з профілактики ВІЛ/СНІДу серед учнівської молоді.: дис. ... канд. пед. наук. Київ, 2009. 231 с.

60. Терницька С. В. Соціально-педагогічні умови міжсекторної взаємодії у сфері профілактики ВІЛ-інфекції в молодіжному оточенні. Соціальна педагогіка: теорія та практика: зб. наук. праць. Луганськ : Вид-во Держ. закл. "Луган. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка". 2012. № 2. С. 34–42.

61. Хажиліна І. І. Профілактика наркоманії: моделі, тренінги, сценарії / Хажиліна І. І. М. : Изд-во Інститута психотерапії, 2002. – 228 с.

62. Хожило І.І. Державна політика України у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу: механізми формування та реалізації : Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. – Донецький державний університет управління Міністерства освіти і науки України. Донецьк, 2009.

63. Хожило І. І. Профілактика соціально-небезпечних хвороб як напрям соціальної політики держави: монографія. Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ. 2008. 254 с.

64. Хожило І.І. Характеристика сучасних тенденцій державного управління у сфері профілактики ВІЛ-СНІДу в Україні / І. Хожило // Актуальні проблеми державного управління . – 2008 . – Вип.4(34) . – С. 16-25.

65. Худоба О. В. Удосконалення механізмів формування та реалізації державної політики у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та наркоманії в Україні (на прикладі Львівської області): дис. ... канд. наук з держ. упр. Львів, 2008. 243 с.

66. Усаченко Л. М. Зарубіжний досвід неурядових організацій: функціональні моделі. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej11/txts/10ulmofm.pdf>.

67. Ягупов В. В. Педагогіка: навч. посібник. К. : Либідь, 2002. – 560 с.

68. Якобчук А. В. Вирішення проблем ВІЛ/СНІДу на державному рівні з урахуванням міжнародного досвіду. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України: наук.-практ. журнал. Тернопіль, 2006. № 2. С. 75–81.

69. Якимец В. Н., Никовская Л. И., Коновалова Л. Н. Теория и практика межсекторного социального партнерства в России: монографія. Москва: ГОУВПО Гос. ун-т управления, 2004. 208 с.

70. Ярош Н. П. Державні стандарти безоплатної охорони здоров'я: світовий досвід для України. Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. ОРІДУ. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2007. № 3(31). С. 120–126.

71. Ярош Н. П. Проблеми та завдання у сфері впровадження державних соціальних стандартів надання медичної допомоги населенню України. Україна. Здоров'я нації: наук.-практ. журнал. Київ, 2011. № 3. С. 63–67.