

- [А. Гулевська-Черниш, Д. Непочатова, Л. Паливода, С. Шендеровський]. – К. : Салютіс, 2010. – 60 с.
19. Результати другого етапу дослідження «Бізнес, керований цінностями». Монетаризація цінностей або PR & CSR. – Львів : Львівська бізнес-школа УКУ, 2008. – 3 с.
  20. Римар І. Соціально-відповідальне ведення бізнесу та репутація підприємства [Електронний ресурс] / І. Римар. – Режим доступу : [http://www.confaiarv.at.ua/publ/konf\\_14\\_15\\_zhovtnja\\_2010\\_r/socialno\\_vidpovidalne\\_vedennja\\_biznesu\\_ta\\_reputacija\\_pidpriemstva/3-1-0-222](http://www.confaiarv.at.ua/publ/konf_14_15_zhovtnja_2010_r/socialno_vidpovidalne_vedennja_biznesu_ta_reputacija_pidpriemstva/3-1-0-222). – Назва з екрана.
  21. Римар І. А. Соціальна відповідальність в системі корпоративного управління / І. А. Римар // Вісник Хмельницького національного університету. – 2010. – Т. 1, № 2. – С. 65–67.
  22. Рябова С. Результативная ответственность [Електронний ресурс] / С. Рябова // Эксперт. Украинский деловой журнал. – 2011. – № 13 (299). – Режим доступу : <http://www.expert.ua/articles/48/0/8767/>. – Назва з екрана.
  23. Саприкіна М. Довговкази компаній або чи любите ви цукерки? / Марина Саприкіна. – Режим доступу : <http://csr-ukraine.org/>. – Назва з екрана.
  24. Социальная ответственность: «кадры решают все». – Режим доступу : <http://www.press-release.com.ua/>. – Назва з екрана.
  25. Соціальна відповідальність українського бізнесу: результати опитування. – К., 2005. – 53 с.
  26. Ткачов Д. С. Теоретичні засади формування соціально-відповідального бізнесу. – Режим доступу : [http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Trpdu/2010\\_1/doc/3/18.pdf](http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Trpdu/2010_1/doc/3/18.pdf). – Назва з екрана.
  27. Як працює венчурна філантропія? // Вісник благодійництва. – Рівне, 2008. – № 1 (2). – С. 4.
  28. Якісне дослідження методів впровадження соціальної відповідальності бізнесу в Україні. – К., 2006. – 129 с.
  29. European venture philanthropy directory 2007/2008. – 2007. – 105 p.

*О. Savchuk, О. Bugera*

## CHARITABLE ACTIVITY OF PROFIT-MAKING ORGANIZATIONS AND FUNDS

*This paper is devoted to exploring the approaches of comprehension the corporate social responsibility; the authors described charitable activity of profit-making organizations and funds; also they devoted to exploring the instruments of charity.*

**Keywords:** corporate social responsibility, charity, corporate philanthropy, venture philanthropy, charitable organization, fund, instruments of charity, charitable program.

*Матеріал надійшов 28 квітня 2011 р.*

УДК 364.692:615.2:615.015.6]:364-786:616-084

*Пойда А. А., Семігіна Т. В.*

## ПРОГРАМИ ВТРУЧАННЯ СИЛАМИ РІВНИХ: ЗАРУБІЖНИЙ ТА УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД

*У статті подано результати дослідження програми втручання силами рівних в українських ВІЛ-сервісних організаціях. Крім того, проаналізовано думки експертів щодо проблем упровадження програм та можливостей їхнього вдосконалення для ефективнішої роботи.*

**Ключові слова:** споживач ін'єкційних наркотиків (СІН), втручання силами рівних, ВІЛ, СНІД, наркотики.

На сьогодні Україна посідає одне з провідних місць за темпами поширення ВІЛ/СНІД у Європі. За оцінками Міністерства охорони здоров'я, в Україні в 2010 р. офіційно налічувалося близько 161 тис. ВІЛ-позитивних осіб, але за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я їх набагато більше (близько 360 тис. ВІЛ-позитивних

серед молоді віком від 15 років). У 2010 р. було зареєстровано 20489 нових випадків інфікування ВІЛ, причому темп приросту дорівнював 3,3 %, що означало зменшення кількості випадків інфікування порівняно з попередніми роками.

Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків (далі – СІН) серед уперше виявлених ВІЛ-

позитивних осіб становила 6938 випадків. Що важливо, у 33,8 % випадків інфікування відбувається ін'єкційним шляхом при введенні в організм наркотичних речовин. Крім того, матеріали епідемічного нагляду свідчать про те, що нова хвиля інфікування ВІЛ статевим шляхом також тісно пов'язана із небезпечною сексуальною поведінкою споживачів ін'єкційних наркотиків та їхніх статевих партнерів [1].

Саме для того, щоб знизити темпи поширення цього захворювання, організації намагаються запровадити найефективніші методи профілактики ВІЛ та супутніх захворювань. Зокрема, на законодавчому рівні було затверджено «Загальнодержавну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки», якою передбачено впровадження інноваційних профілактичних програм, які б дали змогу зменшити рівень інфікувань на ВІЛ/СНІД серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Найновітнішими програмами з напрямку зменшення шкоди слід вважати моделі втручання силами рівних та аптечних інтервенцій, оскільки їх запровадження розпочалося з 2007 року.

Хоча питання профілактики поширення ВІЛ активно досліджують вітчизняні науковці, зокрема Т. Андреева, О. Балакірева, М. Варбан, Б. Лазоренко, Л. Шульга, проте на сьогодні інноваційні профілактичні програми є недостатньо дослідженими в Україні, порівняно із закордонними практиками, та потребують детального розгляду.

У статті розглянуто основні обмеження і перешкоди для застосування програм втручання силами рівних в українських ВІЛ-сервісних організаціях, а також можливості вдосконалення програм для покращення послуг для СІН. Стаття ґрунтується на результатах дослідження, здійсненого у лютому–травні 2011 року. Під час дослідження було проведено 13 напівструктурованих інтерв'ю із експертами, фахівцями програм та клієнтами програм, опрацьовано літературу, що представляє досвід упровадження схожих програм в інших країнах, а також українську нормативно-правову базу.

Метод втручання силами рівних є новим для України, саме тому серед дослідників немає однакового його розуміння. Частина науковців визначає його як окремий метод профілактики ВІЛ у рамках програм вторинної профілактики, а інші вважають його частиною методу «рівний – рівному» [4]. Принагідно згадаємо, що «рівний – рівному» – це метод профілактики, завдяки якому в процесі комунікативної діяльності відбувається обмін знаннями і вміннями, що сприяють формуванню достовірних знань, умінь і навичок, ціннісних орієнтацій щодо здорового

способу життя й запобігання негативним чинникам [3]. «Рівними» слід вважати осіб, які мають схожі ознаки, зокрема, вік, стать, інтереси, соціальний статус, або ж піддаються впливу однакових ризиків [4]. З іншого боку, частина науковців, зокрема В. Ляпін [2], визначає профілактику ВІЛ/СНІД за допомогою методу «рівний – рівному» як «вплив членів певної групи на інших членів тієї ж групи з метою зміни поведінки останніх». Тобто, більшість науковців схиляється до думки, що цей метод передбачає стратегію зміни поведінки [3].

Модель «втручання силами рівних» вперше описали у 1980-х рр. Р. Бродхед та Д. Хеккаторн [5; 7]. Її впроваджували в США і вважають «класичною». У межах програми активні СІН проводять роботу з іншими наркозалежними особами, тобто беруть участь у профілактиці ВІЛ/СНІД у своєму середовищі. Суть програми полягає у тому, що працівники організації відбирають шість або більше активних СІН (так звані «зерна»), які є впливовими лідерами у своєму середовищі, надають їм інформацію щодо профілактики ВІЛ/СНІД та послуг організації, яких вони потребують. Далі кожен учасник, отримавши три картки, повинен навчити та залучити до організації трьох нових клієнтів, які в подальшому також стають рекрутерами і згодом також проводимуть профілактичну роботу. За кожного нового учасника програми рекрутер отримує винагороду (10 доларів за Р. Бродхедом), окрему винагороду надають за навчання нових учасників (за умови, якщо вони успішно здають тест в організації з питань профілактики) [10]. Картки дають змогу контролювати кількість учасників, залучених рекрутером, та ідентифікувати окремі категорії СІН (жінок, споживачів стимуляторів) [4]. За допомогою карток також відстежували динаміку вживання різних наркотичних речовин та темпи розгортання профілактики ВІЛ/СНІД серед представників різних груп [6; 7].

Повчальний досвід упровадження програми втручання силами рівних у Росії. Російські дослідники Б. Сергеев та Т. Опаріна [8] визначили модель втручання силами рівних як альтернативу вуличній соціальній роботі з СІН. При цьому в Росії модель застосовувалась у трьох модифікаціях:

- 1) класична (м. Брагіно), за якою рекрутерам пропонували грошову винагороду як за рекрутинг нових СІН (із залученням останніх до організації), так і за навчання їх у громаді;
- 2) спрощена (м. Рибінськ), де рекрутери навчали інших СІН безкоштовно, а отримували плату лише після проведення рекрутингу, коли нові клієнти залучалися до офісу організації. Така модифікація дала змогу зменшити витрати на оплату роботи рекрутерів на по-

ловину, але при цьому знижувалася мотивація рекрутерів надавати інформацію представникам своїх груп;

- 3) комбінована (м. Ярославль), де класичну модель поєднали з програмами обміну шприців. Тобто, окрім інформування СІН щодо профілактики ВІЛ, їм пропонувалося стати учасниками програм обміну шприців. Таким чином, всі залучені до програм особи ставали постійними клієнтами організацій. Головною відмінністю комбінованої моделі є також те, що оплачувалася робота не тільки рекрутерів, а й осіб, яких вони інформували. Новим клієнтам надавали кошти лише за те, що вони дали згоду пройти тест на знання щодо ВІЛ в організації [11].

На сьогодні в Росії програми припинили своє існування через заборону впроваджувати замісну терапію та програми зменшення шкоди в організаціях. Крім того, програми втручання силами рівних виявилися більш витратними порівняно з іншими методами в рамках програм зменшення шкоди.

В Україні програма профілактики ВІЛ серед СІН за моделлю втручання силами рівних впроваджується 11 організаціями в 9 областях та вважається однією із найзатратніших програм (3 млн 23 тис. грн за період 2009–2010 рр.).

Оскільки цей метод є новим для вітчизняних фахівців, немає однакового його розуміння. Здебільшого його визначають як: 1) модель профілактики ВІЛ серед СІН за моделлю «рівний – рівному», де тренерами виступають самі СІН; 2) спосіб залучення нових клієнтів до профілактичних програм з ВІЛ/СНІД; 3) утримання клієнтів–учасників програми за допомогою системи заохочень (оплата за кожного нового клієнта організації, який після проходження навчання тренером вдало здав тест на знання щодо ВІЛ) [9; 10]. Проведені в межах нашого дослідження опитування засвідчили, що у фахівців немає чіткого єдиного розуміння програм, їхні визначення відрізняються від класичного опису підходів. Клієнтам також було складно визначити, учасниками яких саме програм вони є, і тому підтверджували свою участь у них лише за окремими характеристиками («заплатили гроші», «видали шприци»).

Більшість респондентів, які працюють у програмах втручання силами рівних, визнали, що впроваджувати їх в Україні складно, оскільки такі проекти можуть викликати негативну реакцію у населення через упередження та страхи.

Важливо, що всі незалежні фахівці переконані у тому, що грошова винагорода не є найкращим мотиватором для клієнтів. Що стосується системи винагород, то один із фахівців зазначає: «в Україні клієнтів легко підкупити, адже кож-

на правильна відповідь на запитання коштує 1 грн 50 коп. В тесті загалом 8 запитань плюс бонуси, максимум наркозалежний може отримати 24 грн. Окрім того, існує система доплат за залучення осіб до 25 років та жінок. Фактично, клієнти продають свою участь в програмах». Також більшість респондентів, які є клієнтами програм, головним недоліком програми назвали низький рівень оплати за залучення нових клієнтів. Це свідчить про вірогідність формування споживацького ставлення, коли клієнти починають думати, ніби організація повинна їм платити за отримання певної послуги. Як наслідок – клієнти відмовляються брати участь у дослідженнях, якщо їм за це не платитимуть.

Більшість фахівців (5 із 7) наголошували на етичних проблемах, які можуть виникати під час упровадження програми. На думку одного із незалежних представників, проблема полягає в тому, що перед проведенням інформаційних консультацій у середовищі споживачів наркотиків необхідна попередня підготовка осіб, яким надають інформацію, адже вони запам'ятовують її не для отримання знань щодо профілактики ВІЛ, а заради правильного виконання тесту. Після цього їхній консультант отримує грошову винагороду, яку він може витратити на нову дозу наркотиків. Отож, наявна етична проблема: працівники організацій, пропагуючи здоровий спосіб життя, фактично надають своїм клієнтам кошти на наркотики.

Опитані фахівці, які працюють у програмах втручання силами рівних, визначили різні проблемні аспекти, пов'язані з роботою персоналу на місцях. Наприклад, респондент організації, що надає послуги в рамках програми, вказує на проблему кадрової забезпеченості: «Кількість клієнтів значно перевищує кількість фахівців, можливості і ресурси. При цьому існує нерегульованість навантаження на одного соціального працівника, оскільки один працівник має консультувати не більше п'яти клієнтів в день, а на практиці – їх набагато більше».

Респонденти зазначають, що велике навантаження працівників призводить до проблеми професійного вигорання персоналу, оскільки консультації з кожним клієнтом мають тривати не менше години, не враховуючи часу, витраченого на тести, навчання нових клієнтів та заповнення документів. Однак ті респонденти, що працюють у програмах, визнали, що профілактика професійного вигорання з ними не проводилася, хоча регулярно відбуваються супервізійні зустрічі, які орієнтовані на розгляд складних випадків.

Під час опитування більшість фахівців звернули увагу на те, що нові клієнти не затримуються надовго в програмі і після отримання винагород їх залишають: «Існує проблема того, що

програма обмежується одним-двома контактами з клієнтом. Клієнта, звичайно, запрошують в організацію, але стосунки не вибудовуються між ним і соціальним працівником. Тобто до кінця не можна бути впевненим в тому, чи були сформовані у людини норми безпечної поведінки, які мають бути, чи поводить вона себе так». Отож проблемним аспектом залишається відсутність механізму утримання клієнтів. Усі фахівці підкреслили, що після запровадження програм втручання силами рівних необхідно підтримувати зв'язки з клієнтами. На думку одного з респондентів, нашій державі варто було б узяти до уваги досвід Росії: «...коли ця програма впроваджувалася раніше в Ярославлі, у організації була практика утримання клієнтів, вони через півроку надсилали своїм клієнтам запрошення, проводили консультації з ними, намагалися повторно залучити людей, проводили дослідження того, чому вони не звертаються в програми».

Зі свого боку, половина опитаних клієнтів зазначили, що почали звертатися до організацій і отримувати послуги лише завдяки тому, що соціальні працівники постійно запрошували їх до організацій та добре до них ставилися.

Більшість фахівців вказала на необхідність відстеження поведінкових змін клієнтів. Тобто вони запропонували після проведення з клієнтом інформаційно-профілактичної роботи у середовищі наркозалежних періодично опитувати клієнтів щодо дотримання безпечної поведінки та у разі необхідності – проводити додаткові консультації. Представник однієї із організацій, що надають послуги в рамках програми, зазначив: «Було б добре, щоб ті організації, які робили втручання силами рівних, робили повторне охоплення клієнтів через певні періоди часу. Метою такої роботи могло б бути залучення вже існуючих клієнтів програм та деякого відсотка нових клієнтів для того, щоб визначити, наскільки безпечно вони поведуться після проведення профілактичної роботи з ними».

Іншим важливим обмеженням фахівці, які працюють у програмах, назвали неможливість їхньої роботи на постійній основі, адже після реалізації протягом року в певній області впровадження програми припиняється на кілька років. Така ситуація призводить до втрати частини клієнтів, витрачання додаткових ресурсів на підготовку персоналу перед кожним впровадженням програми та неможливості підтримки її життєздатності.

Ще однією особливістю впровадження програми силами рівних в Україні є те, що головним мотиваційним фактором для українських організацій брати участь у програмах була змога збільшити кількість клієнтів. Натомість іноземні фа-

хівці [8] вважають ключовим у цій програмі проведення інформаційної роботи задля покращання обізнаності клієнтів, не зацікавлених у зверненні до організацій.

Проведене дослідження практики впровадження в Україні моделі втручання силами рівних дає підстави запропонувати замінити грошову оплату за проведення профілактичної роботи рекрутерами на засоби захисту, зокрема, шприци. Така заміна дала б змогу вирішити етичні проблеми, які можуть виникати у працівників, хоча такий підхід суперечить ідеям Р. Бродхеда [5]. Запропоноване нововведення може зменшити інтерес клієнтів до програм, проте воно допоможе частково вирішити проблему споживацького ставлення до програм з боку їхніх учасників. Проведене дослідження засвідчило, що більшість опитаних клієнтів програм не звернулися б до організацій, якщо б їм не запропонували грошову винагороду, проте половина із них погодилася б отримати певну кількість шприців, еквівалентну заробленій у програмі сумі коштів.

Дослідження виявило, що опитані фахівці та клієнти визнали за необхідне змінити умови роботи програм втручання силами рівних: розширити вікові рамки для клієнтів (для осіб від 18 років); надати можливість для організацій впроваджувати програми на постійній основі та пошуку власних джерел фінансування; для клієнтів, що здійснюють рекрутинг, – збільшити кількість наркозалежних осіб, яких вони можуть залучити до організації, – з 3 до 7; розробити систему повторного залучення клієнтів програм до організацій для відслідковування змін, які могли відбутися після профілактичної роботи; замінити грошову винагороду клієнтів на еквівалентну їй кількість засобів захисту.

Оскільки програми втручання силами рівних дають можливість залучити до організацій велику кількість осіб, які належать до однієї із найменш доступних категорій клієнтів (СІН), як показує досвід українських організацій, програми можна впроваджувати і серед інших категорій клієнтів (зокрема, жінок секс-бізнесу).

Проблемним аспектом на сьогодні залишається неготовність державних організацій втілювати подібні програми, оскільки немає стандарту, який би регулював увесь процес надання послуг. Самі програми слабко підтримуються державою через їхню витратність, тому їх впроваджують переважно громадські організації.

Отож, модель втручання силами рівних досить структурована. В Україні вона набула певних модифікацій, стала більш адаптованою до потреб українських споживачів ін'єкційних наркотиків, що відрізняє її від класичних американських програм. Впровадження цієї програми по-

требує тривалого періоду підготовки організацій, працівників та клієнтів. Основними внутрішніми обмеженнями в роботі програм втручання силами рівних фахівці визначили відсутність відповідної системи моніторингу та оцінки якості програм, відсутність механізму утримання клієнтів у програмах, недосконалість мотиваційного компоненту, наявність етичних дилем у працівників, жорсткі для організацій умови участі у програмах та вікові обмеження клієнтів. Зовнішніми обмеженнями можна визначити несприятливу громадську думку щодо

споживачів ін'єкційних наркотиків, брак державної підтримки профілактичних програм для СІН, відсутність стандартів профілактичної роботи із СІН.

Додавання до програм втручання силами рівних дослідницького компоненту дасть змогу постійно відслідковувати ефективність програм за допомогою проведення повторного охоплення клієнтів профілактичними послугами. Відтак подальшого дослідження потребують методи оцінки ефективності програми втручання силами рівних.

### Література

1. ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень № 35 [Електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я України, 2011. – Режим доступу : [http://www.stop-aids.gov.ua/attachments/610\\_BULL%2035.doc](http://www.stop-aids.gov.ua/attachments/610_BULL%2035.doc). – Назва з екрана.
2. Ляпін В. П. Засоби первинної профілактики негативних явищ у студентському середовищі / В. П. Ляпін, К. В. Яковлева. – К., 2009. – 115 с.
3. Смирнов П. Внесок у виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки за матеріалами засідання Колегії МОЗ України з питань впровадження державної політики протидії ВІЛ-інфекції/СНІД у 2009 році від 26.02.2010 р. [Електронний ресурс] / П. Смирнов. – Режим доступу : [http://stop-aids.gov.ua/attachments/387\\_Smyrnov%20Alliance.ppt](http://stop-aids.gov.ua/attachments/387_Smyrnov%20Alliance.ppt). – Назва з екрана.
4. Шульга Л. Модель «внедрение силами равных»: история, опыт и перспективы / Л. Шульга, П. Смирнов; Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине. – К., 2007. – 30 с.
5. Broadhead R. Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention: results from a peer-driven intervention [Електронний ресурс] / R. Broadhead, D. Heckathorn // Public Health report. – Vol. 113. – P. 43–57. – Режим доступу : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1307726/pdf/pubhealthrep00030-0046.pdf>. – Назва з екрана.
6. Broadhead R. Increasing drug users' adherence to HIV treatment: results of a peer-driven intervention feasibility study / R. Broadhead, D. Douglas // Social Science and Medicine. – 2004. – Vol. 55. – P. 235.
7. Broadhead R. The impact results of a peer-driven intervention to combat HIV among drug injectors [Електронний ресурс] / R. Broadhead, D. Heckathorn // International Conference on AIDS, 2005. – P. 35. – Режим доступу : <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102230201.html>. – Назва з екрана.
8. Sergeev B. HIV prevention in Yaroslavl, Russia: a peer-driven intervention and needle exchange / B. S. Sergeev, M. Heather // Journal of drug issues. – 2003. – № 29. – P. 77–84.
9. Shulga L. Increasing Coverage of peer-driven Interventions in Ukraine of IDUs / L. Shulga, O. Matiyash. – К. : Alliance, 2008. – P. 11.
10. Smyrnov P. Overcoming Stagnation in harm reduction projects in Ukraine: the introduction of peer-driven interventions for IDUs / P. Smyrnov, R. Broadhead. – Washington, 2008. – P. 9.
11. Volkanevsky V. Peer-driven HIV interventions for drug injectors in Russia: first year impact results of a field experiment [Електронний ресурс] / V. Volkanevsky, T. Rydanova. – Moscow, 2006. – P. 30. – Режим доступу : <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=j1-04-01>. – Назва з екрана.

*A. Poida, T. Semigina*

## ‘PEER-DRIVEN INTERVENTION’ PROGRAMS: FOREIGN AND UKRAINIAN EXPERIENCE

*The article represents the results of research of ‘peer-driven intervention’ programs in Ukrainian HIV-service organizations. Also the authors analyze the views of experts and clients on problems of implementation of ‘peer-driven intervention’ programs and opportunities of their improvement.*

**Keywords:** Injecting drug users (IDUs), peer-driven intervention, HIV, AIDS, drugs.

*Матеріал надійшов 25 травня 2011 р.*