

**Банас О. В., Валько С. С., Гейдар Л. М., Марченко Р. С.,
Мостяєв О. І., Семигіна Т. В., Ярошенко А. А.**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
З ПИТАНЬ ВІЛ ТА ЧСЧ
ДЛЯ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

Методичний посібник

За редакцією Шеремета С. П.

Київ, 2012

Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для соціальних працівників: Методичний посібник/Програма розвитку ООН в Україні. — За ред. Шеремета С. П. — Авт. колектив: Банас О. В., Валько С. С., Гейдар Л. М., Марченко Р. С., Мостяєв О. І., Семигіна Т. В., Ярошенко А. А. — К., 2012. — 80 с.

Видання здійснено в рамках проекту ПРООН «Врядування з питань ВІЛ/СНІДу».

Коротка інформація про авторів:

Банас Олена Володимирівна, магістр соціальної роботи, заступник директора з програмних питань Благодійної організації «Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу»;

Валько Світлана Сергіївна, магістр соціальної роботи, старший тренер Міжнародного благодійного фонду «СНІД Фонд Схід-Захід»;

Гейдар Лайма Миколаївна, голова Комітету з питань адвокації та зв'язків із громадськістю Всеукраїнської спілки «Рада ЛГБТ-організацій України», голова Координаційної ради громадської організації «Інформаційно-освітній центр «Жіноча Мережа»;

Марченко Роман Степанович, керівник напрямку аутрич-роботи Громадської організації «Гей-альянс»;

Мостяєв Олександр Іванович, старший науковий співробітник Центру українознавства філософського факультету Київського національного університету імені Тараса Шевченка, кандидат філософських наук;

Семигіна Тетяна Валеріївна, кандидат політичних наук, магістр соціальної роботи, доцент Національного університету «Києво-Могилянська академія»;

Ярошенко Алла Анатоліївна, клінічний психолог з досвідом роботи психологом кабінету довіри у Київському міському центрі СНІДу та психологом-судовим експертом у Науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, тренерка та експертка з питань ДКТ і гендерного аспекту ВІЛ/СНІДу, директорка громадської організації «Інститут гендерної психології», голова секції групового психоаналізу Київського осередку Української Спілки Психотерапевтів.

Літературний редактор: КУЗЬМІНА Ольга Миколаївна.

Менеджер проекту «Розробка методичних рекомендацій з питань ВІЛ та ЧСЧ для журналістів, суддів, працівників правоохоронних органів, медичних та соціальних працівників»: ТРОФИМЕНКО Олеся Володимирівна, експерт-соціолог Центру соціальних експертиз Інституту соціології Національної академії наук України.

Експерт проекту: ШЕРЕМЕТ Святослав Павлович.

Рецензентка: КАБАЧЕНКО Надія Василівна, завідувачка кафедри «Школа соціальної роботи» Національного університету «Києво-Могилянська академія», кандидатка філософських наук, професорка, член Ради директорів Східноєвропейської асоціації шкіл соціальної роботи.



Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН) є глобальною мережею ООН в галузі розвитку. ПРООН тісно співпрацює з усіма верствами суспільства, допомагаючи розбудові країн, спроможних протистояти кризам, розвивати та підтримувати економічне зростання, націлене на покращення життя кожної людини. Працюючи у 177 країнах світу, ми пропонуємо глобальне бачення з урахуванням специфіки місцевого розвитку, задля розширення прав та можливостей людей та підвищення життєздатності держав.

Empowered lives.

В Україні три головні сфери нашої діяльності в галузі розвитку: демократичне врядування та місцевий розвиток; подолання бідності, досягнення процвітання та українських Цілей розвитку тисячоліття; енергетика та навколишнє середовище. ПРООН працює в Україні з 1993 року.

Інтернет:

www.undp.org.ua
www.facebook.com/UNDPukraine

Електронна пошта:

communications@undp.org.ua

Це видання підготовлене міжнародними та українськими експертами на замовлення Програми розвитку ООН в Україні. Думки, висновки чи рекомендації належать авторам цього видання і не обов'язково відображають погляди ПРООН.

© Програма розвитку ООН в Україні, 2012

© Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України, 2012

У 2008 — на початку 2009 року, у відповідь на запит українського уряду в особі Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, за сприяння ЮНЕЙДС було здійснено комплексну зовнішню оцінку національних заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні.

Група із зовнішньої оцінки, до складу якої увійшло 32 незалежні експерти міжнародного рівня, у Виконавчому резюме за підсумками оцінки сформулювала низку рекомендацій та закликала національних партнерів «обміркувати можливості їх своєчасної реалізації».

Рекомендація КР. VII.ІІІ: *«Вимагати проведення базової підготовки усього немедичного персоналу, що працює з групами найвищого ризику та уразливими групами (міліція, прокуратура та судді, персонал в'язниць, соціальні працівники, вчителі), з питань передачі ВІЛ, стигматизації і дискримінації».*

Рекомендація КР. X.І: *«Впроваджувати національну політику нульової толерантності до дискримінації [...] з боку усіх постачальників послуг (урядових та неурядових) по відношенню до уразливих груп [...]».*

Джерело: Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: Виконавче резюме та ключові рекомендації/Група Комплексної зовнішньої оцінки національних заходів з протидії СНІДу в Україні (керівник д-р К. О. Ело). — Січень 2009. — С. 42–43.

Зазначені рекомендації стали основою для розробки пропонованого методичного посібника.

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| Подяка | 8 |
| Передмова | 9 |
| Абревіатури та умовні скорочення | 10 |
| Розділ 1 | |
| Загальні відомості про гомосексуальність <i>(Мостяєв О. І., Ярошенко А. А., Гейдар Л. М.)</i> | 11 |
| Розділ 2 | |
| Специфічні особливості ВІЛ-інфекції <i>(Гейдар Л. М.)</i> | 19 |
| 2.2. Відмінність між поняттями «ВІЛ» і «СНІД» | 19 |
| 2.3. ВІЛ як причина СНІДу | 20 |
| 2.4. Шляхи передачі ВІЛ | 20 |
| 2.5. Групи населення, найбільш уразливі до інфікування ВІЛ | 21 |
| 2.6. Визначення понять «епідемія ВІЛ-інфекції» та «епідемія СНІДу» | 22 |
| 2.7. Стадії ВІЛ-інфекції | 22 |
| 2.8. Ліки проти ВІЛ-інфекції/СНІДу | 23 |
| 2.9. ВІЛ-інфекція та материнство/батьківство | 23 |
| 2.10. Кількість людей в Україні, які живуть з ВІЛ/СНІДом | 24 |
| 2.11. Наслідки епідемії: висновки | 25 |
| 2.12. Засади політики з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в світі та Україні | 25 |
| Розділ 3 | |
| Питання прав людини у протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу <i>(Гейдар Л. М.)</i> | 27 |
| 3.1. Дискримінація на підставі сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності | 27 |
| 3.2. Права людини в контексті епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу | 28 |
| 3.3. Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу серед ЧСЧ. ЖСЖ та ВІЛ | 30 |
| Розділ 4 | |
| Забезпечення прав людини в контексті епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу: кращий досвід України <i>(Гейдар Л. М.)</i> | 34 |
| 4.1. Профілактика ВІЛ-інфекції/ІПСШ серед ЧСЧ | 34 |
| 4.2. Мобілізація, обмін досвідом та координація дій | 35 |
| Розділ 5 | |
| Соціальний портрет представників ЛГБТ-спільноти в Україні (специфічні характеристики) <i>(Банас О. В., Марченко Р. С.)</i> | 36 |

| | |
|--|----|
| Розділ 6 | |
| Нормативно-правова база соціальної роботи з представниками ЛГБТ-спільноти (<i>Семигіна Т. В.</i>) | 39 |
| Розділ 7 | |
| Огляд соціальних і медичних проблем ЧСЧ (<i>Валько С. С.</i>) | 43 |
| Розділ 8 | |
| Практичні рекомендації для соціальних працівників (<i>Марченко Р. С.</i>) | 46 |
| Розділ 9 | |
| Відповіді соціальних працівників на потреби ЧСЧ (<i>Валько С. С.</i>) | 55 |
| Розділ 10 | |
| Етичні, комунікаційні та психологічні проблеми в роботі з ЧСЧ (<i>Банас О. В., Семигіна Т. В.</i>) | 70 |
| Розділ 11 | |
| Особливості роботи з представниками окремих підгруп ЛГБТ-спільноти (<i>Марченко Р. С.</i>) | 72 |
| 11.1. Пре-ЧСЧ та ЧСЧ віком до 18 років | 72 |
| 11.2. ЧСЧ, які мають алкогольну залежність; ЧСЧ, які вживають наркотики неін'єкційним шляхом; ЧСЧ-СІН. Питання переадресації | 73 |
| 11.3. Алгоритм консультування ЧСЧ аутич-працівником. Закриті та відкриті ЧСЧ | 75 |
| Розділ 12 | |
| Стандарт якості соціальних послуг з профілактики ВІЛ серед осіб з високим ризиком інфікування статевим шляхом (<i>Банас О. В.</i>) | 77 |
| Додаток | |
| Соціальний працівник, який працює з ЧСЧ: персональна специфікація | 80 |

Подяка

Підготовка методичного посібника стало можливим завдяки спільним зусиллям багатьох людей — авторів, експертів, аналітиків, технічних партнерів із різних міст і регіонів України.

Автори посібнику та Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України висловлюють глибоку подяку ЛГБТ-спільноті за участь у авторських дослідженнях, а також Громадській організації «Гей-альянс» (м. Київ) за надані матеріали. З боку Центру соціальних експертиз до успішної реалізації проекту «Розробка методичних рекомендацій з питань ВІЛ та ЧСЧ для журналістів, суддів, працівників правоохоронних органів, медичних та соціальних працівників» та, власне, створення пропонованого методичного посібника своїх зусиль доклали:

- 1) **Привалов Юрій Олексійович**, директор Центру, кандидат філософських наук, науковий керівник проекту;
- 2) **Трофименко Олеся Володимирівна**, менеджер проекту, експерт-соціолог Центру з питань ВІЛ/СНІДу та груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ;
- 3) **Котлярова Ніна Володимирівна**, асистентка менеджера проекту.

ПЕРЕДМОВА

Підготовка до видання посібника «Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для соціальних працівників» авторів Олени Банас, Світлани Валько, Лайми Гейдар, Романа Марченка, Олександра Мостяєва, Тетяни Семигіної, Алли Ярошенко є дуже актуальною.

Це пояснюється, насамперед, тим, що видань, присвячених проблемам такої групи як ЧСЧ/ЛГБТ та питанням ВІЛ-інфекції/СНІДу серед ЧСЧ, в Україні досить мало. Ці теми залишаються ще достатньо закритими, що не дозволяє самим ЧСЧ/ЛГБТ отримувати достатню інформацію, а фахівцям надавати їм необхідну допомогу та підтримку.

Автори посібника в стислому вигляді пропонують базову інформацію для соціальних працівників, необхідну для роботи з такою вразливою групою як ЧСЧ/ЛГБТ, з питань передачі ВІЛ, стигматизації та дискримінації. І якщо тема ВІЛ-інфекції/СНІДу для соціальних працівників є добре знайомою, то розділи, де розкриваються різноманітні аспекти гомосексуальності, представляються гендерні портрети та специфічні характеристики ЛГБТ-спільноти в Україні, пояснюються терміни, уживані серед представників ЛГБТ-спільноти, є надзвичайно важливими, оскільки дають соціальним працівникам можливість краще зрозуміти контекст існування та особливості цієї групи клієнтів, спростувати поширені міфи та фобії.

Варто зазначити, що інформація, яка подається в посібнику, ґрунтується на залученні та аналізі значної кількості досліджень, проведених останніми роками як в Україні, так і поза її межами. Автори звертаються до досвіду, набутого соціальними працівниками, які працюють із представниками ЛГБТ-спільноти в різних регіонах України, знайомлять читачів із нормативно-правовою базою соціальної роботи з представниками ЛГБТ-спільноти, пропонують огляд різноманітних моделей аутрич-роботи з ЧСЧ, структуру, за якою може надаватися інформація про ВІЛ-інфекцію/СНІД для ЧСЧ, розглядають можливі етичні, комунікаційні та психологічні проблеми в роботі з ЧСЧ.

Доцільно звернути увагу й на стиль і форму подання матеріалу. В посібнику містяться малюнки та таблиці, що дозволяють зробити інформацію більш наочною та зручнішою для сприйняття.

Очевидно, посібник може стати практичним керівництвом у роботі для багатьох соціальних працівників, зокрема тих, які працюють у невеликих містах і мають обмежений доступ до інформації про проблеми ЛГБТ-спільноти. Разом із тим, він може становити інтерес для значно ширшої аудиторії читачів і використовуватися в процесі підготовки соціальних працівників на різних рівнях, а також для державних службовців, працівників громадських організацій тощо.

Переконана, що посібник «Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для соціальних працівників» стане цінним засобом для покращення якості послуг для ЧСЧ/ЛГБТ та сприятиме запобіганню поширення ВІЛ-інфекції у цій групі підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

Надія КАБАЧЕНКО,
завідувачка кафедри «Школа
соціальної роботи ім. В. І. Полтавця»
Національного університету
«Києво-Могилянська академія»,
кандидатка філософських наук, професорка,
член Ради директорів Східноєвропейської
асоціації шкіл соціальної роботи

Абревіатури та умовні скорочення

- АРВ** — антиретровірусний
- АРТ** — антиретровірусна терапія
- БО** — благодійна організація
- ВААРТ** — високоактивна антиретровірусна терапія
- ВБО** — всеукраїнська благодійна організація
- ВІЛ** — вірус імунодефіциту людини
- ВООЗ** — Всесвітня організація охорони здоров'я
- ГО** — громадська організація
- ДКТ** — добровільне консультування [щодо ВІЛ-інфекції] та тестування на ВІЛ
- ЄС** — Європейський Союз
- ЖСЖ** — жінки, які мають секс із жінками
- ЗМІ** — засоби масової інформації
- ІОМ** — інформаційно-освітній матеріал
- ІПСШ** — інфекції, що передаються статевим шляхом
- ІФА** — імуноферментний аналіз (лабораторний імунологічний метод якісного виявлення та кількісного вимірювання специфічних речовин, зокрема антигенів і антитіл, який широко використовується для діагностики ВІЛ)
- ЛГБТ** — лесбійки, геї, бісексуали, трансгендери
- МБФ** — міжнародний благодійний фонд
- МКХ-10** — Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду
- МОЗ** — Міністерство охорони здоров'я
- НАН** — Національна академія наук
- НУО** — неурядові організації
- ООН** — Організація Об'єднаних Націй
- ПІБ** — прізвище, ім'я, по батькові
- ПКС** — працівники (працівниці) комерційного сексу
- ПЛР** — полімеразна ланцюгова реакція
- ПРООН** — Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй
- СПН** — споживачі ін'єкційних наркотиків
- СОГІ** — сексуальна орієнтація та гендерна ідентичність
- СНІД** — синдром набутого імунодефіциту (термінальна стадія ВІЛ-інфекції)
- ЧСЧ** — чоловіки, які мають секс із чоловіками
- DFID** — Департамент з міжнародного розвитку Уряду Великої Британії

Розділ 1

Загальні відомості про гомосексуальність

(Мостяєв О. І., Ярошенко А. А., Гейдар Л. М.)

Важливою складовою природних прав людини є сексуальні права, які передбачають вільне розпорядження дорослою людиною своїм тілом і сексуальністю, право на вибір сексуального партнера, на добровільність статевих і шлюбно-сімейних стосунків, на самостійне рішення про зачаття дитини та дітонародження. Декларація сексуальних прав людини, затверджена 15 липня 2005 року в Монреалі (Канада) на XVII Всесвітньому сексологічному конгресі, наголошує, що *«сексуальні права — складовий компонент основних прав людини і тому вони невід’ємні й універсальні. Сексуальне здоров’я неможливо забезпечувати або підтримувати без сексуальних прав для всіх»*.

Сексологія, як наука про сексуальність людини, виникла на межі XIX–XX століть і мала революційний вплив на суспільні установки та цінності. Вона виявила міру поширеності різноманітних способів сексуальної поведінки людини, сприяла інтенсифікації сексуальної освіти, лікуванню сексуальних розладів, вплинула на сферу права, що регулює сексуальні та гендерні відносини, сформувала сучасне толерантне поняття сексуальної норми. Спираючись на сучасні сексологічні уявлення, наведемо визначення основних термінів, які характеризують сексуальність людини.

Під *сексуальністю людини* розуміють сукупність біологічних, психофізіологічних і емоційних реакцій, переживань і вчинків, пов’язаних із проявом та задоволенням статевого потягу. Проте сексуальність людини має не тільки біологічні, фізичні й емоційні компоненти, але і соціальні. Зокрема, сексуальний акт може розглядатися як ознака встановлення або підтвердження соціальних зв’язків — у шлюбі або поза ним, а також як прояв влади. Згідно із сучасними науковими уявленнями сексуальність людини має принаймні п’ять автономних компонентів: *біологічну стать, сексуальну орієнтацію, гендерну експресію, сексуальну ідентичність, гендерну ідентичність*.

Наукові дослідження масової сексуальної поведінки розпочалися з 40-х років XX століття. Американський біолог Альфред Кінсі (Alfred Kinsey) опублікував два революційні дослідження: «Сексуальна поведінка людської особини чоловічої статі» (1948) та «Сексуальна поведінка людської особини жіночої статі» (1953). Згідно з результатами опитування, 37% чоловіків мали щонайменше один гомосексуальний контакт протягом життя, 10% упродовж щонайменше трьох років вели виключно гомосексуальне життя, а 4% визнали себе гомосексуалами. Серед жінок 13% мали хоча б один гомосексуальний контакт протягом життя, 1% мали статеві контакти тільки з жінками. Головний висновок Кінсі: гомосексуальні контакти поширені серед здорових людей, тому не можуть вважатися патологічним явищем і не свідчать про невроз або психоз.

Третім дослідженням, яке також зіграло вирішальну роль у депатологізації гомосексуальності, виступила праця американського психолога Евелін Гукер (Evelyn Hooker), яка за допомогою проєктивних методів порівняла психологічну адаптацію гомосексуальних і гетеросексуальних чоловіків. Результати дослідження були висвітлені у статті «Адаптованість чоловіків, які не приховують свою гомосексуальність» (1957), у якій Гукер робить висновок, що *«гомосексуальності як клінічного явища не існує»*¹. Відкриття Кінсі та Гукер сприяли зміні уявлень про гомосексуальність, і 1973 року вона була виключена Американською психіатричною асоціацією (АПА) з другого видання «Діагностичного і статистичного довідника з психічних розладів» (DSM-II). 17 травня 1990 року гомосексуальність було виключено з Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (відомої як ICD-10 або МКХ-10), прийнятої Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ)². Згідно з рубрикою «Розлади психіки та поведінки, пов'язані із сексуальним розвитком та орієнтацією» (F66), *«сексуальна орієнтація сама по собі не повинна розглядатись як відхилення»*³ і може бути гетеросексуальною, гомосексуальною або бісексуальною.

Серед науковців, які внесли свій вклад у вивчення та депатологізацію гомосексуальності на пострадянському просторі, слід особливо відзначити доктора філософських наук, професора Ігоря Кона — відомого російського соціолога, антрополога, філософа, сексолога. Ігор Кон був «піонером» сексологічної думки у СРСР, чия книга «Вступ до сексології» (1988) стала першим радянським виданням з толерантного та наукового висвітлення питань сексуальності та гомосексуальності зокрема⁴.

З 1 січня 1999 року в Україні відбувся перехід органів і закладів охорони здоров'я України на діагностичні стандарти МКХ-10⁵, що сприяло депатологізації гомосексуальності у нашій країні. Сьогодні провідні вітчизняні сексологи наголошують на тому, що гомосексуальність є варіантом норми. Так, доктор медичних наук, професор Ігор Горпінченко, який є головним сексopatологом МОЗ України, директором Українського інституту андро-

¹ Мондимер Ф. М. Гомосексуальність: Естественная история/Пер. с англ. Л. Володиной. — Екатеринбург: У.-Фактория, 2002. — С. 135.

² Саме тому 17 травня було оголошено у 2005 році Міжнародним днем протидії гомофобії.

³ Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я: Десятий перегляд/Всесвітня організація охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут громадського здоров'я. — Т. 1, ч. 1. — К., Здоров'я, 1998. — С. 403.

⁴ З працями І. Кона можна ознайомитися на його персональному сайті <http://www.sexology.narod.ru>.

⁵ Наказ МОЗ України від 08 жовтня 1998 року № 297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду».

логії та сексології, президентом Асоціації сексологів і андрологів України, зазначає: «Довгий час у нашій країні вважали, що це явище [гомосексуальність] є збоченням та, більш того, чоловічий гомосексуалізм переслідувався за законом. У наш час, на щастя, ці заборони знято, й гомосексуальні прояви у чоловіків та жінок розглядаються як варіант норми. Кожна людина має право на вільну реалізацію своєї сексуальної поведінки»⁶. Подібну точку зору підтримує кандидат медичних наук, головний сексопатолог-андролог МОЗ АР Крим Андрій Любарський, який стверджує, що «гомосексуальність — це не хвороба, вона не потребує лікарського втручання і корекції»⁷.

На сьогодні точно невідомо, скільки гомосексуальних чоловіків та жінок проживає в Україні. З'ясування чисельності гомосексуалів являє собою велику складність теоретичного та методологічного характеру. Також слід розрізняти поведінкові практики та ідентичність — людей, які практикують гомосексуальні контакти набагато більше, ніж тих, хто називає себе геєм або лесбійкою. Національні опитування, проведені у розвинених країнах протягом останніх 50 років, показують, що загалом кількість осіб, які вважають себе геями або лесбійками, коливається від 2 до 6% для чоловіків і від 1 до 3% для жінок. Кількість же осіб, які мали гомосексуальні контакти, становить близько 30%⁸.

Наукові дослідження засвідчили, що необхідно розділити поняття «стать» як біологічне явище та «гендер» — як соціальний компонент. *Гендер* (англ. gender) — це соціально-культурна стать, що включає систему цінностей, норм і характеристик, яку суспільство «приписало» чоловіку або жінці. Гендер поетапно формується в особистості у ході виховання та соціалізації. Вживання терміну «гендер» у значенні соціального конструкту статі пов'язане з науковими роботами американських дослідників проблеми сексуальної ідентичності — психолога і сексолога Джона Мані (John Money, 1955) та психіатра-психоаналітика Роберта Столлера (Robert Stoller, 1968). Так, у своїй праці «Стать і гендер: про розвиток мужності та жіночності», Столлер ужив цей термін з метою підкреслити подвійну природу статі людини як біологічного та соціокультурного феномену. Гендер завжди моделюється суспільством і підтримується соціальними інститутами. Гендер включає стиль життя і спосіб мислення, ролі та стосунки жінок і чоловіків; він змінюється згідно з релігійними, політичними, культурними вимогами епохи.

Гендерна ідентичність — це усвідомлення індивідом себе як представника певного гендеру, яких можна назвати принаймні три: жінка, чоловік,

⁶ Веб-конференція «Газеты по-киевски» — «Мы всё реже говорим о любви»// Офіційний сайт Українського інституту сексології та андрології. — [06.12.2007]. — <http://www.sexology.kiev.ua/page.php?pid1=105&pid2=107>.

⁷ З інтерв'ю для видання «Первая крымская информационно-аналитическая газета». — № 347. — 29 октябрю — 4 ноябрю 2010 г. — <http://1k.com.ua/347/details/8/10>.

⁸ Сінгер Беннет Л., Дешамп Д. Статистичні дані про геїв і лесбійок: Кишенькова книга фактів і цифр/Пер. з англ. Марія Василечко. — Львів: Кальварія, 2003. — С. 13–15.

гендерквір. Під термінами «чоловік» і «жінка» мається на увазі традиційне гетеронормативне⁹ уявлення про жорсткий соціальний розподіл на «чоловіче» та «жіноче». Термін «гендерквір» (англ. genderqueer, queer — «дивний», «інакший») використовують як узагальнюючий для опису не тільки гомосексуальних (гей та лесбійка), але й інших типів сучасних ідентичностей (андрогінної, інтергендерної, бігендерної, трансгендерної, кросгендерної), які не вкладаються в рамки гетеронормативності. *Гендерна експресія (самовираження)* є демонстрацією сексуальної та гендерної ідентичностей та, будучи заснованою на традиційних гендерних ролях, включає вербальні й невербальні прояви (зовнішній вигляд, особливості взаємодії, поведінки).

Важливим компонентом сексуальності людини є *сексуальна орієнтація*. Під нею розуміють більш-менш постійний емоційний, романтичний, сексуальний та еротичний (чуттєвий) потяг індивіда до інших індивідів певної статі. Вона може бути *гетеросексуальною* — коли індивід віддає перевагу сексуальним партнерам протилежної статі, *гомосексуальною* — якщо індивіда приваблюють особи власної статі, та *бісексуальною* — у цьому випадку наявний потяг до осіб обох статей. Сексуальна орієнтація не може вважатися виключно соціальним конструктом або предметом свідомого вибору (як гендерна ідентичність або сексуальна ідентичність), тому що вона має біологічну основу¹⁰. Сексуальна орієнтація проявляється у відповідній поведінці. Існує різниця між поняттями «сексуальна орієнтація» та «сексуальна ідентичність». Під *сексуальною ідентичністю* розуміють те, ким людина сама себе визнає, тобто з групою осіб якої орієнтації вона себе ідентифікує (гей, лесбійка, бісексуал/ка, гетеросексуал/ка).

Гомосексуальних чоловіків, які прийняли свою ідентичність, називають *геями*, а гомосексуальних жінок — *лесбійками*. Осіб, які практикують одностатеві сексуальні контакти, прийнято називати чоловіками, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ) та жінками, які мають секс з жінками (ЖСЖ). Такі визначення були введені для концептуального перенесення уваги з ідентичності людини на поведінкові аспекти її сексуальності у контексті охорони здоров'я.

Спробуємо сконструювати гендерні портрети ЧСЧ та гея за допомогою «Схеми ідентичності» (мал. 1).

Приклад гендерного портрета ЧСЧ. Особа чоловічої статі (біологічна стать — чоловік), яка відчуває сексуальний потяг до чоловіків та жінок, має сексуальні стосунки з обома статями, але надає перевагу переважно жінкам (сексуальна орієнтація — бісексуальна), демонструє традиційно чоловічу поведінку (гендерна експресія — маскуліність), ідентифікує себе з групою гетеросексуальних чоловіків (сексуальна ідентичність — гетеросексуал), визначає себе як чоловік (гендерна ідентичність — чоловік).

⁹ Гетеронормативність — система поглядів і упереджень, яка вважає гетеросексуальність єдиною соціальною нормою сексуальної поведінки людини.

¹⁰ Мондимер Ф. М. Гомосексуальность: Естественная история/Пер. с англ. Л. Володиной. — Екатеринбург: У.-Фактория, 2002. — С. 213.

Приклад гендерного портрета гея. Особа чоловічої статі (біологічна стать — чоловік), яка відчуває сексуальний потяг до чоловіків, має одноставі сексуальні стосунки (сексуальна орієнтація — гомосексуальна), демонструє одночасно чоловічі та жіночі зовнішні прояви у поведінці (гендерна експресія — андрогінність), ідентифікує себе з групою гомосексуальних чоловіків (сексуальна ідентичність — гей), визначає себе як чоловік (гендерна ідентичність — чоловік).

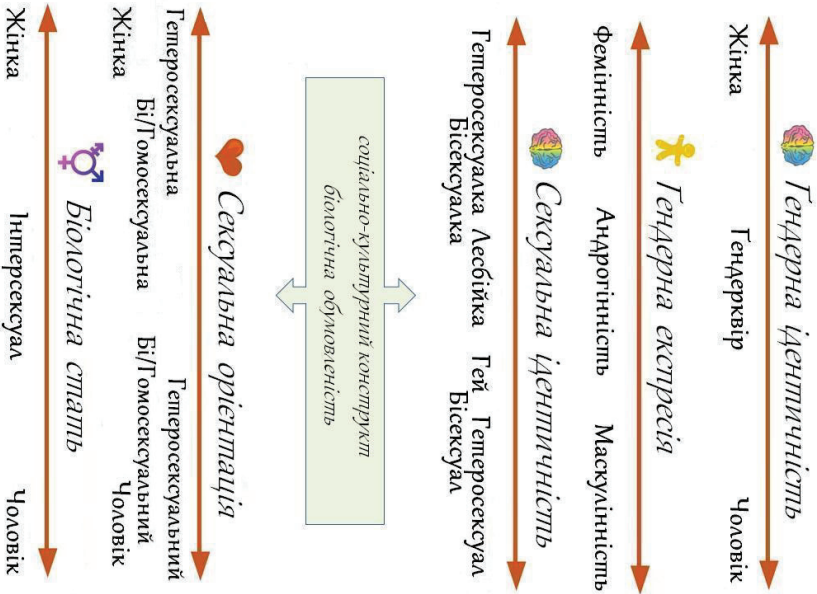
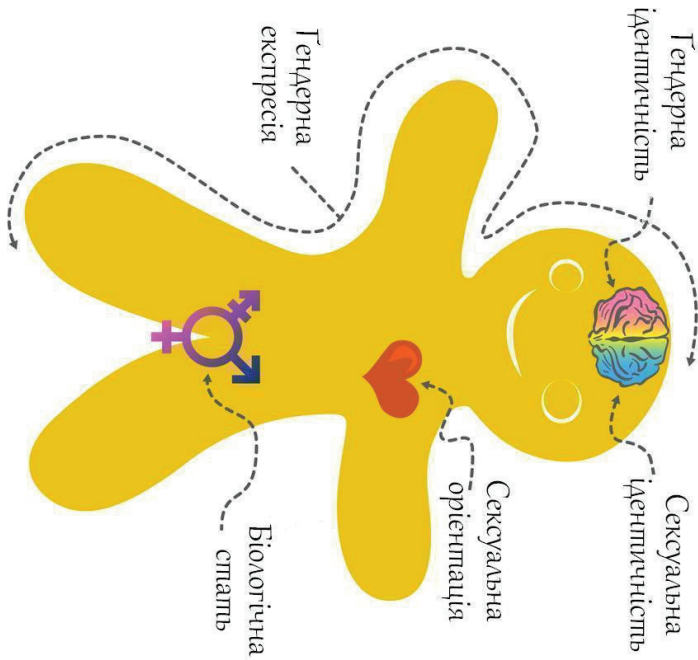
До ЧСЧ та ЖСЖ можуть належати трансгендери та інтерсексуали. *Трансгендери* — особи, які психологічно й емоційно відчувають себе людьми іншої статі та бажають змінити або вже змінили шляхом хірургічної та гормональної корекції свою біологічну стать на протилежну, тому що відчувають себе «ув'язненими не в тому тілі». Існує стереотип, що всі трансгендерні люди є гомосексуальними, але це не вірно. Трансгендерні люди можуть мати гомосексуальну, гетеросексуальну або бісексуальну орієнтацію. У випадку трансгендерів «базою» для визначення сексуальної орієнтації виступає не їх біологічна, але їх «бажана» стать. Отже, трансгендерна особа, яка біологічно має чоловічу стать, відчуває себе при цьому жінкою, має статеви потяг, спрямований на чоловіків, і практикує відповідну сексуальну поведінку, є гетеросексуальною за орієнтацією, але розглядається як така, що належить до категорії ЧСЧ. В Україні трансгендерні люди є однією з найбільш стигматизованих категорій з обмеженим доступом до медичних послуг. Частка трансгендерних людей, за деякими оцінками, становить одну особу на 30 тис. серед біологічних чоловіків і одну на 100 тис. серед біологічних жінок. Також трансгендерів не слід плутати з *інтерсексуалами (гермафродитами)* — індивідами, в анатомічній будові яких наявні морфологічні ознаки обох статей, тому їх біологічна стать не може бути класифікована як чітко чоловіча або жіноча.

Лесбійок, геїв, бісексуалів і трансгендерів називають *сексуальними та гендерними меншинами*, але частіше ця соціальна спільнота позначається аббревіатурою ЛГБТ (англ. LGBT). Також можна зустріти аббревіатури ЛГБТК (англ. LGBTQ) — лесбійки, геї, бісексуали, трансгендери, квір) та ЛГБТКІ (англ. LGBTQI) — лесбійки, геї, бісексуали, трансгендери, квір, інтерсексуали.

У сучасних розвинених суспільствах ставлення до гомосексуалів варіює у доволі широких межах — від безумовного прийняття до категоричного неприйняття, причому спостерігається очевидний рух у бік дедалі більш толерантного ставлення до гомосексуальності як варіанту норми. Проте в суспільствах, де поширена негативна оцінка гомосексуальності та домінують традиційно-патріархатні цінності, має місце стигматизація та дискримінація ЛГБТ. Існує чимало стереотипів щодо гомосексуалів, яким приписують різноманітні негативні якості, зокрема соціальну та психологічну шкідливість гомосексуальної поведінки. Майже всі вони не підтверджені сучасними науковими дослідженнями. Однак ці стереотипи й досі поширені як *соціаль-*

СХЕМА ІДЕНТИЧНОСТІ

Авторки-упорядниці: А.Фрошєнко, А.Гендєр
(за матеріалами [ісрропосісідіпроехтал.сом](http://www.prideprosextual.com))



на *стигма* (від дав.-грец. *stigma* — «тавро», «пляма», «укол») — соціальне несхвалення особистих характеристик або переконань, які, як вважається, не відповідають культурним нормам. Соціальна стигма призводить до дискримінації за ознакою сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності. Під *дискримінацією* розуміється позбавлення окремих осіб, груп або цілих спільнот рівних соціальних, політичних або економічних прав, переслідування через якусь із соціальних чи індивідуальних ознак, таких як етнічне походження, національність, стать, політичний чи релігійний світогляд тощо. Сучасна концепція прав людини ґрунтується на принципі заперечення дискримінації.

Міжнародні конвенції з прав людини наголошують на зобов'язанні країни шанувати і забезпечувати всім індивідам, що знаходяться на її території і в межах її юрисдикції, дотримання прав людини без будь-якого розрізнення та незалежно від соціальних чи індивідуальних ознак. Європейський Парламент (1998) і Лісабонська угода ЄС (2009) забороняють будь-яку дискримінацію за ознакою сексуальної орієнтації. Представникам ЛГБТ-спільноти доводиться стикатися із негативними життєвими подіями, пов'язаними зі ставленням суспільства до їх сексуальної орієнтації чи гендерної ідентичності, як-то звільненням з роботи, втратою житла, неотриманням опікунства над дітьми, фізичним і психологічним насильством, дискримінацією, а також із повсякденними, «побутовими» приниженнями на кшталт антигомосексуальних анекдотів, жартів, забобонів та стереотипів, які транслюються близьким оточенням, колегами та іноді ЗМІ. Часто ЛГБТ змушені приховувати свою сексуальну орієнтацію чи гендерну ідентичність, що може призводити до так званого *стресу меншості*, пов'язаного із самоприховуванням, подвійним життям, емоційним пригніченням, заниженою самооцінкою. Внаслідок тривалої дії ці фактори стресу призводять до серйозних психоемоційних порушень (наприклад, депресії, що може призвести до суїциду) та погіршення фізичного здоров'я. Наслідками стресу меншості можуть бути алкоголізм, наркоманія і ризикована сексуальна поведінка.

Важливим кроком для геїв та лесбійок у прийнятті своєї гомосексуальної ідентичності є *камінгаут* (англ. *coming out* — «розкриття», «вихід») — процес добровільного та публічного визнання індивідом своєї гомосексуальної або бісексуальної ідентичності. Проте, камінгаут може призвести до загострення стосунків у соціумі, що може мати наслідком ще більшу стигматизацію та дискримінацію. Багато дослідників, використовуючи термін «камінгаут» у науковому розумінні, вважають, що його сенс полягає не тільки в публічному відкритті, а й у прийнятті власної гомосексуальності або бісексуальності як невід'ємного і позитивного аспекту самого себе, що передбачає перебудову власних стосунків з іншими людьми та суспільством. Таким чином, камінгаут є тривалим особистісним процесом, і публічне розкриття себе перед іншими є лише його частиною.

Вважається, що одним із найбільших зовнішніх стресових чинників

для ЛГБТ є *гомофобія* (від дав.-грец. *homos* — «той же», «однаковий» та *phobos* — «страх», «боязнь») — комплекс негативних поглядів і почуттів стосовно гомосексуальності та людей, які виявляють себе або сприймаються як гомосексуальні, а також активні дії, часто агресивного або насильницького характеру, якими порушуються права людини щодо ЛГБТ або дискримінуються представники цієї спільноти. Резолюція Європарламенту «Гомофобія у Європі» від 18 січня 2006 року визначає гомофобію як *«ірраціональний страх і огиду до гомосексуальності та до лесбійок, геїв, бісексуалів і трансгендерів (ЛГБТ), засновані на забобонах і схожі з расизмом, ксенофобією, антисемітизмом і сексизмом»*.

Гомофобія породжується *гетеронормативністю* — стереотипним уявленням про те, що гетеросексуальність є виключно єдиною соціальною нормою сексуальної поведінки. Близьким поняттям є *гетеросексизм* — упевненість у тому, що гетеросексуали в усьому перевершують гомосексуалів. На гетеросексизмі базуються мова ненависті щодо гомо- та бісексуалів та заклики до їх дискримінації. Термін «гетеросексизм» точніше вказує на психологічну реакцію, спрямовану проти гомосексуалів, та відкриту дискримінацію представників ЛГБТ-спільноти, мотивовану ненавистю.

Гомофобія має негативні соціальні наслідки. Гомосексуальні люди здійснюють таку ж саму суспільно корисну діяльність, як і гетеросексуали, так само платять податки, висловлюють свою громадянську позицію на виборах і т. ін. Однак, якщо в суспільстві гомофобія є нормою, то ЛГБТ виявляються позбавленими низки політичних і громадянських прав — права займати керівні посади у владі, на підприємствах і в корпораціях, прав на відкритий прояв своєї індивідуальності та мирні зібрання, інколи — на дотримання елементарних прав людини (недоторканності особи та приватного життя). У низці країн Африки та Азії добровільні гомосексуальні стосунки між дорослими чоловіками караються штрафами, ув'язненням і навіть смертною карою. Гомофобія часто є одним з мотивів кримінальних злочинів, пов'язаних із хуліганством, розбійними нападами та пограбуваннями. Іншими проявами гомофобії можуть бути шантаж та здирництво (під загрозою розкриття сексуальної орієнтації), наклеп (публічне звинувачення в уявній гомосексуальності). Гомофобія в поєднанні з відсутністю об'єктивних знань про гомосексуальність і гомосексуальну субкультуру є перешкодою для розкриття злочинів, здійснених проти гомосексуалів на ґрунті ненависті. Гомофобія має негативні економічні наслідки: упереджене ставлення і гомофобна поведінка колег ускладнює геям та лесбійкам ефективне виконання своїх службових обов'язків. Отже, гомофобія є тим чинником, який унеможлиблює побудову толерантного і демократичного суспільства, заснованого на повазі до приватного життя кожної особи.

Розділ 2

Специфічні особливості ВІЛ-інфекції (Гейдар Л. М.)

2.1. Історія розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу

5 червня 1981 року Центр контролю та профілактики захворювань США (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) повідомив про масове звернення до лікувальних закладів Лос-Анджелеса чоловіків із гомосексуальною поведінкою, серед яких виявлено пневмоцистну пневмонію (5 осіб) та саркому Капоші (28 осіб). Стурбованість епідеміологів викликало масове виявлення подібних захворювань у геїв у інших містах Сполучених Штатів.

1982 року каліфорнійські епідеміологи припустили, що причиною симптомів є невідома інфекція, яка передається при одностатевих контактах між чоловіками, тому що у 80-х роках переважна більшість випадків захворювання припадала на гомосексуалів. Це захворювання умовно назвали «гей-асоційований імунodefіцит» (Gay-Related Immune Deficiency, GRID). Також у ті роки вживалася назва «хвороби чотирьох Г», оскільки була виявлена у жителів або гостей Гаїті, гомосексуалів, гомофіліків та осіб, які вживають героїн.

Незабаром епідеміологи дійшли висновку, що ця інфекція вражає не тільки ЧСЧ: аналогічне захворювання спостерігалось серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) обох статей і серед хворих, яким переливали донорську кров, а також серед жінок, які мали статеві контакти з інфікованими чоловіками. Після того як було встановлено, що СНІД не є захворюванням, ендемічним лише для гомосексуалів, термін GRID був визнаний таким, що вводить в оману. Але збудник нової хвороби залишався невідомим.

У серпні 1982 року хвороба отримала свою сучасну назву: синдром набутого імунodefіциту, або СНІД (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS).

1983 року Люк Монтаньє (Інститут Пастера, Франція), а 1984 року Роберт Галло (американський вірусолог) незалежно один від одного виділили збудника нового захворювання із рідини лімфатичного вузла інфікованої людини.

1986 року новий лімфотропний вірус, нарешті, отримав свою сучасну назву — вірус імунodefіциту людини, або ВІЛ.

2008 року Люк Монтаньє і його колега-співавторка Франсуаза Баррє-Сінуссі отримали Нобелівську премію з медицини та фізіології.

2.2. Відмінність між поняттями «ВІЛ» і «СНІД»

У засобах масової інформації поняття «ВІЛ» і «СНІД» інколи помилково вживаються як синонімічні. Насправді, між ними існує істотна відмінність.

ВІЛ (вірус імунodefіциту людини) — це збудник ВІЛ-інфекції. Він має сферичну форму, ядро утворює РНК, а захисна оболонка забезпечує високу

приспосованість для існування в організмі людини. ВІЛ належить до ретро-вірусів (повільних вірусів): потрапивши до організму людини, він поступово руйнує її імунну систему і з роками призводить до захворювання на СНІД.

СНІД (синдром набутого імунodefіциту) — завершальна (термінальна) стадія ВІЛ-інфекції. На цьому етапі відбувається остаточне руйнування імунної системи: втрачається здатність організму чинити опір не тільки зовнішнім інфекціям, а й умовно-патогенним (опортуністичним) мікроорганізмам, які зазвичай не викликають захворювань у людей зі здоровою імунною системою. Хворі на СНІД умирають не від ВІЛ, а від опортуністичних (супутніх) інфекцій.

Таким чином, ВІЛ — це вірус, що руйнує імунну систему, а СНІД — це комплекс захворювань, які розвиваються у ВІЛ-позитивної людини на тлі зниження імунітету.

Причина плутанини термінів у ЗМІ пов'язана з історією розвитку проблеми. Поняття «СНІД» з'явилося 1982 року, коли ще не було інформації про вірусну природу хвороби, а ВІЛ-інфекцію виявляли лише на завершальній стадії. Термін «ВІЛ» введено 1986 року після виділення та дослідження збудника інфекції, коли слово «СНІД» вже стало загальноживаним поняттям. Крім того, вважалося, що ВІЛ швидко і неухильно призводить до СНІДу, тож ці поняття ототожнювали. Сучасні способи лікування пригнічують розвиток ВІЛ-інфекції та дають змогу взагалі уникнути стадії СНІДу. Отже, нині немає жодних підстав для змішування цих термінів. Підмінювати одне іншим неприпустимо.

2.3. ВІЛ як причина СНІДу

Офіційна наука вже понад 25 років вважає доведеним, що причиною СНІДу є ВІЛ. Цей факт намагаються заперечувати деякі фахівці, які називаються СНІД-дисидентами. Вони висловлюють гіпотези про те, що СНІД не є наслідком активності вірусу, а це стан, спричинений токсичними або екологічними чинниками. Проте немає жодних достовірних досліджень, які б підтверджували ці ідеї. Наукова спільнота вважає погляди СНІД-дисидентів псевдонауковими.

2.4. Шляхи передачі ВІЛ

ВІЛ міститься у біологічних рідинах інфікованої людини. Достатня для інфікування концентрація вірусу є в крові (включаючи менструальну), спермі, вагінальних виділеннях, а також у материнському молоці. Вірус може передаватися іншим людям тільки у випадку потрапляння цих рідин від інфікованої людини до кровотоку неінфікованої.

Основними шляхами передачі ВІЛ є:

- *Незахищений (тобто без використання презерватива) анальний, вагінальний або оральний секс.* ВІЛ не здатний проникати через презервативи високої якості (зроблені з латексу або поліуретану).

- *Контакт «кров — кров»*. Зазвичай цим шляхом вірус передається під час спільного використання інструментарію (шприців) для ін'єкцій наркотиків, а також інструментів для пірсингу і татуювань. Дуже рідко до інфікування призводять професійні травми працівників охорони здоров'я (наприклад, унаслідок уколу голкою або порізу скальпелем). До того як запровадили обов'язкову перевірку донорів на ВІЛ, існувала вірогідність передачі вірусу під час переливання крові або її продуктів, а також через трансплантовані органи.
- *Вертикальна трансмісія* — передача вірусу від матері до дитини: відбувається під час вагітності, пологів або годування груддю, якщо ВІЛ міститься у біологічних рідинах матері (крові та молоці).

2.5. Групи населення, найбільш уразливі до інфікування ВІЛ

Попри те, що всі люди у певних ситуаціях ризикують інфікуватись ВІЛ, в законодавстві ми можемо зустріти неpolitкоректний вираз «групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ». У Загальнонаціональній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, Завданнях і заходах, що є додатком до цієї Програми, а також у Законі України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» визначено перелік уразливих до ВІЛ груп, серед яких, з точки зору епідеміології, перш за все треба проводити профілактичні заходи та лікування ВІЛ¹¹:

- 1) «безпритульні та бездомні громадяни, передусім діти, у тому числі із сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах»;
- 2) «мігранти»;
- 3) «особи, звільнені від відбування покарань» (звільнені з місць позбавлення волі);
- 4) особи, що надають сексуальні послуги на комерційній основі, в законодавстві вони визначені як «особи, які займаються проституцією»;
- 5) «особи, які утримуються в установах виконання покарань» (ув'язнені; використовується також формулювання «засуджені та особи, взяті під варту»);
- 6) «споживачі ін'єкційних наркотиків»;
- 7) «чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками»;
- 8) «працівники, які мають підвищений ризик інфікування ВІЛ»¹².

¹¹ Див.: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1026-17>.

¹² Ст. 21 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

2.6. Визначення понять «епідемія ВІЛ-інфекції» та «епідемія СНІДу»

Якщо йдеться про епідемію ВІЛ-інфекції, то мається на увазі кількість нових випадків інфікування на рік. Ці показники в Україні характеризуються найвищими серед європейських країн темпами зростання.

Поняття «епідемія СНІДу» вживають, якщо йдеться про кількість смертей на останній стадії ВІЛ-інфекції. Епідемія СНІДу виникає у країнах, де більшість населення не має доступу до лікування препаратами, що пригнічують розвиток ВІЛ-інфекції.

2.7. Стадії ВІЛ-інфекції

Клінічна картина ВІЛ-інфекції налічує чотири стадії:

1. *Безсимптомна стадія.* Не спостерігається жодних симптомів хвороби. Цей період триває від 3-х до 15-ти років. Людина клінічно здорова, але вже через тиждень після інфікування вірус, що потрапив до її організму, може передаватися іншим людям.

2. *Хвороба за типом генералізованої лімфаденопатії.* Спостерігається стійке, тривалістю не менше трьох місяців, збільшення лімфатичних вузлів у різних місцях.

3. *СНІД-асоційований комплекс.* Знижується маса тіла, з'являється хронічна сонливість, втома, пітливість ночами, діарея, лихоманка, шкірна сверблячка, збільшення лімфатичних вузлів та селезінки, спостерігається ураження очей і слизових оболонок умовно патогенними мікроорганізмами.

4. *Власне СНІД.* За поступового руйнування імунної системи організму відбувається масивне ураження всіх життєво важливих систем людини опортуністичними інфекціями: шлунково-кишкового тракту, дихальної та серцево-судинної системи, центральної та периферійної нервової системи. Також можуть розвиватися злоякісні пухлини. Тому, якщо вчасно не почати лікування, ця стадія закінчується летальним результатом. В Україні на стадії СНІДу люди найчастіше вмирають від туберкульозу, пневмонії та ракових захворювань.

Навіть якщо ВІЛ-позитивна людина почувається добре, наявність в її організмі вірусу означає, що згодом вона стане вразливою до звичайних інфекцій, з якими люди з неушкодженою імунною системою легко справляються. Для ВІЛ-позитивних людей життєво необхідно піклуватися про власне здоров'я: відмовитися від речовин, що пригнічують імунну систему (тютюну, алкоголю, наркотиків), уникати стресів, займатися спортом, добре харчуватися, вести розмірений спосіб життя. Велике значення також має регулярне відвідування лікаря-інфекціоніста в місцевому центрі СНІДу та, якщо це призначено лікарем, вчасний початок високоактивної антиретровірусної терапії (АРВ-терапії, або ВААРТ).

2.8. Ліки проти ВІЛ-інфекції/СНІДу

Людству відомо понад 200 вірусів. Більшість із них живуть в організмі людини, і ми не можемо їх знищити, але можемо пригнічувати їх розмноження або розвиток. Саме на цьому принципі заснована ВААРТ. Сьогодні на ВІЛ можна впливати за допомогою антиретровірусних препаратів, що пригнічують прогресування ВІЛ-інфекції аж до запобігання розвитку СНІДу.

В Україні АРВ-терапія та інші ліки надаються ВІЛ-позитивним людям безкоштовно. Річний курс лікування на одного пацієнта становить від 150 до 700 доларів США (залежно від схеми лікування). Донедавна річний курс коштував 10–15 тис. доларів на рік. Сучасну вартість лікування ВІЛ-інфекції можна порівняти із витратами на терапію діабету або серцево-судинних хвороб за такий самий проміжок часу.

АРВ-препарати використовують також для постконтактної профілактики — в екстрених ситуаціях (при зґвалтуваннях або після незахищеного сексу з ВІЛ-позитивною людиною), а також для запобігання професійному інфікуванню медиків.

2.9. ВІЛ-інфекція та материнство/батьківство

Ризик передачі вірусу від матері до дитини під час вагітності або пологів, за умов відсутності сучасної родопомочі та лікування, становить у середньому близько 30%.

Заходи для профілактики вертикальної трансмісії вірусу включають прийняття антиретровірусних препаратів на шостому місяці вагітності, «сухий» кесарів розтин, уживання немовлям із першого дня життя профілактичного курсу АРВ-препарату в сиропі, а також штучне вигодовування дитини. Така сучасна родопоміч для ВІЛ-позитивних жінок значно зменшує імовірність передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини — до 1–5%. Тобто здорові немовлята з'являться на світ у 95–99 зі 100 ВІЛ-позитивних мам.

Діагноз «ВІЛ-інфекція» ставиться дітям перших місяців життя після проведення аналізу крові на ДНК вірусу шляхом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Неінфіковані діти стоять на обліку у лікаря-інфекціоніста у СНІД-центрі до досягнення ними 18 місяців¹³.

Слід зазначити, що впродовж останніх п'яти років у деяких країнах, які стабільно практикують профілактику передачі ВІЛ від матері до дитини, народжується дуже мала кількість інфікованих немовлят: наприклад, у Франції 2005 року — лише 15, Німеччині — усього 5. У США (штат Невада) та Канаді впродовж останніх чотирьох-п'яти років взагалі не було випадків інфікування новонароджених від ВІЛ-позитивних матерів.

¹³ Клінічний протокол з антиретровірусного лікування та здійснення медичного спостереження за дітьми, хворими на ВІЛ-інфекцію [документ]/Затверджений наказом МОЗ України від 13 квітня 2007 року № 182.

Сучасна медицина пропонує дискордантним¹⁴ парам запліднення без ризику ВІЛ-інфікування жінки: із сім'яного еякуляту видаляється сім'яна рідина, яка містить віруси ВІЛ. Очищеною спермою запліднюються яйцеклітини та підсаджуються жінці. Таким чином технологія очищення сперми від вірусу дає змогу мати здорових дітей.

2.10. Кількість людей в Україні, які живуть з ВІЛ/СНІДом

Загальноновизнаним є факт, що офіційні дані не відображають реально-го масштабу епідемії ВІЛ-інфекції в Україні, а зокрема, не віддзеркалюють дійсної кількості ВІЛ-позитивних людей. Вони лише надають інформацію про осіб, які пройшли тестування на антитіла до ВІЛ; людей, у яких було виявлено вірус та які були занесені до офіційного національного реєстру випадків ВІЛ-інфекції. Значно більша кількість українців можуть не знати свого ВІЛ-статусу, тому що регулярно не проходять тестування на ВІЛ.

Оновлені оцінки щодо епідемії ВІЛ-інфекції в Україні свідчать, що на початку 2010 року в Україні мешкало 360 тис. людей віком від 15 років, інфікованих ВІЛ.¹⁵ Ці дані відрізняються від даних офіційної статистики про кількість осіб, які живуть з ВІЛ і перебувають під диспансерним наглядом у спеціалізованих закладах охорони здоров'я на початку 2012 року (120 148 осіб)¹⁶. Відмінність між цими показниками свідчить, що в Україні лише 28%, або кожний четвертий з людей, які живуть з ВІЛ, пройшов тест на ВІЛ і знає про свій ВІЛ-позитивний статус¹⁷.

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, в останні роки зростає кількість випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом. За січень 2012 року частка осіб, які були інфіковані таким чином, зросла до 50%¹⁸.

¹⁴ Пара, де один із партнерів має ВІЛ-позитивний статус, а другий не є ВІЛ-інфікованим. Наприклад, чоловік — ВІЛ-позитивний, а жінка — ВІЛ-негативна.

¹⁵ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна. Звітний період: січень 2008 р. — грудень 2009 р./Міністерство охорони здоров'я України. — К., МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2010. — http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/research/pdf/ukr_rep_indd09.pdf. — С. 13.

¹⁶ Оперативна інформація про офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян України за січень 2012 року/Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України. — 10 лютого 2012 року. — <http://ukraids.gov.ua/attachments/article/456/Январь 2012.pdf>.

¹⁷ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна. Звітний період: січень 2008 р. — грудень 2009 р./Міністерство охорони здоров'я України. — К., МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2010. — http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/research/pdf/ukr_rep_indd09.pdf. — С. 13.

¹⁸ Оперативна інформація про офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян України за січень 2012 року/Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України. — 10 лютого 2012 року. — <http://ukraids.gov.ua/attachments/article/456/Январь 2012.pdf>.

Таблиця 1. Захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні (1987 — січень 2012 року)¹⁹

| Кількість зареєстрованих випадків з 1987 року | Всього, осіб | Особи від 15 років, осіб | Діти до 14 років, осіб |
|---|--------------|--------------------------|------------------------|
| ВІЛ-інфіковані | 204 403 | 171 330 | 33 073 |
| Хворі на СНІД | 47 171 | 46 036 | 1 135 |
| Померлі від СНІД | 25 035 | 24 725 | 310 |

2.11. Наслідки епідемії: висновки

Оптимістичний сценарій розвитку епідемії передбачає успішне виконання заходів національної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

У 2014 році²⁰:

- За *оптимістичним* сценарієм, загальна кількість ВІЛ-інфікованих становитиме 479 тис. осіб (1,9% населення віком від 15 до 49 років).
- За *песимістичним* сценарієм, загальна кількість ВІЛ-інфікованих становитиме 820 тис. осіб (3,5% населення віком від 15 до 49 років).

Безпосередні наслідки епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу будуть такими: скоротиться середня тривалість життя населення, знизиться економічна активність населення, зменшаться ефективність праці;

- зросте смертність та інвалідність, знизиться народжуваність, збільшиться кількість дітей-сиріт;
- відбудеться довгостроковий вплив на економіку країни — скорочення обсягу банківських вкладів та інвестицій, падіння мотивації вкладати кошти в людські ресурси — освіту і здоров'я;
- зміниться структура економічно активного населення (залежно від найбільш уражених статевих і вікових груп), зменшаться податкові внески у бюджети різних рівнів, зростуть витрати на соціальну сферу й охорону здоров'я;
- зростуть фінансові ризики, зміниться торговельний баланс.

2.12. Засади політики з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в світі та Україні

1996 року створено Об'єднану програму Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС, UNAIDS). ЮНЕЙДС об'єднує десять установ і агенцій ООН у спільній справі боротьби з епідемією: Управління Верховного

¹⁹ Там само

²⁰ Гейдар Л., Колчинский Д. ВИЧ/СПИД и СМИ: Рекомендации для журналистов/ Под ред. Л. Гейдар. — Изд. 6-е, расшир. и доп. — К., МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2006. — http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/hivandmedia/pdf/hivandmedia_6.pdf. — С. 22.

комісара Організації Об'єднаних Націй у справах біженців (УВКБ ООН), Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ), Світову продовольчу програму (СПП), Програму розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН), Фонд народонаселення Організації Об'єднаних Націй (ЮНФПА), Управління Організації Об'єднаних Націй з наркотиків і злочинності (ЮНОДК), Міжнародну організацію праці (МОП), Організацію Об'єднаних Націй з питань освіти, науки та культури (ЮНЕСКО), Всесвітню організацію охорони здоров'я (ВООЗ) і Світовий банк (СБ).

Мета ЮНЕЙДС — керувати заходами у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу на міжнародному рівні в усіх напрямках і сприяти їх розширенню. ЮНЕЙДС працює із широким колом партнерів — урядовими й неурядовими організаціями, представниками ділових і наукових кіл, громадськістю — у справі повсюдного й такого, що не знає кордонів, поширення знань, навичок і передового досвіду щодо подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в світі.

У 2002 році для боротьби з хворобами, поширеними в найбідніших країнах, було засновано Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФСТМ, або ГФ). Правління Глобального фонду в повному обсязі затвердило заявку України за компонентом «СНІД» у рамках 10-го раунду фінансування (2012–2016 роки) на загальну суму 305 млн. доларів США, у тому числі 94 млн. на перші два роки. Це становить майже 13% коштів, спрямованих Глобальним фондом у 10-му раунді проти епідемії ВІЛ/СНІДу в усьому світі на цей термін, та є одним із найбільших грантів у світі, які надаються в цьому раунді. Основними реципієнтами (тобто головними виконавцями) гранту визначено Міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України та Всеукраїнську благодійну організацію «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД».

Державна політика протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні затверджена законом України як Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки. Серед виконавців Програми — центральні органи виконавчої влади, Рада Міністрів АР Крим, обласні та міські державні адміністрації, а також згадані вище дві неурядові організації — МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД», — які виступають основними реципієнтами гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні за компонентом «СНІД» у 6-му раунді фінансування (2007–2012 роки).

Для реалізації державної політики протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу здійснені такі кроки:

1. Створено та забезпечено роботу координаційного механізму країни: на всеукраїнському рівні діє Національна рада з питань протидії туберку-

льозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, на місцевому рівні діють аналогічні обласні, районні, міські ради.

2. Сформовано законодавчу та нормативну базу, яка регулює всі напрями державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

3. В Україні ведеться профілактична робота, спрямована на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, передусім, у групах підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ. До роботи активно залучаються громадські та благодійні організації.

Розділ 3

Питання прав людини у протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу (Гейдар Л. М.)

Перш ніж перейти до проблеми прав людини в контексті ВІЛ/СНІДу, необхідно згадати про дискримінацію на підставі сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності (СОП). Саме ці види дискримінації перекреслюють профілактичні заходи щодо епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в усьому світі.

3.1. Дискримінація на підставі сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності

Кожного дня тисячі українських лесбійок, геїв, бісексуалів і трансгендерів (ЛГБТ) стають жертвами побутового насильства, принизливого ставлення з боку правоохоронних органів, побиттів і звалтувань, звільнення з роботи, виключення з навчальних закладів за ознакою сексуальної орієнтації або гендерної ідентичності. ЛГБТ стикаються з неможливістю отримати адекватну медичну або юридичну допомогу. Громадяни України гомосексуальної орієнтації стають жертвами дифамації з боку націоналістів та релігійних фундаменталістів, консервативних політиків і людей, що сповідують правовий авторитаризм.

За останні п'ять років праворадикальні угруповання регулярно вдавалися до залякувань і прямих насильницьких дій (погрози, образи, погроми, бійки, підпали) щодо активістів та учасників культурно-масових заходів, які проводилися організаціями ЛГБТ або публічними інтелектуалами, що виступають за громадянські права ЛГБТ або навіть просто відкрито обговорюють проблеми ЛГБТ-громадян. В деяких регіонах України влада прямо забороняла мирні маніфестації та збори, що є прямим порушенням конституційного права громадян гомосексуальної орієнтації на свободу мирних зборів.

Упродовж останніх років громадські об'єднання ЛГБТ неодноразово звертались до прокуратури із заявами про порушення прав громадян гомосексуальної орієнтації, писали відкриті листи до Президента України із про-

позиціями покращити становище гомосексуальних громадян, висували пропозиції щодо протидії дискримінації за ознаками СОП до Верховної Ради тощо. Але на сьогодні національне законодавство не передбачає прямої заборони дискримінації за ознакою сексуальної орієнтації. Саме через відсутність відповідного законодавства злочини проти ЛГБТ неможливо кваліфікувати як такі, що здійснені на ґрунті ненависті.

Україна взяла зобов'язання щодо забезпечення прав гомосексуальних громадян перед системою ООН та європейськими інституціями. Після 45-ї сесії Комітету ООН з питань ліквідації всіх форм дискримінації щодо жінок (Женева, січень 2010 рік), завдяки зусиллям громадських організацій, Україна вперше отримала вимоги щодо ліквідації дискримінації жіноцтва за ознакою сексуальності. Цих рекомендацій наша країна має дотримуватися впродовж ще чотирьох років. 31 березня 2010 року Комітет Міністрів Ради Європи схвалив Рекомендацію «Про заходи з подолання дискримінації на підставі сексуальної орієнтації або гендерної ідентичності». Документ рекомендує країнам — членам Ради Європи низку заходів щодо вдосконалення законодавства і політики для забезпечення прав людини щодо ЛГБТ в таких сферах, як трудові відносини, свобода асоціацій та мирних зборів, приватне і сімейне життя гомосексуальних пар, освіта, охорона здоров'я, спорт, урахування фактору гомофобії при розслідуванні правопорушень і визначенні міри відповідальності при цьому тощо.

3.2. Права людини в контексті епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Дані досліджень, проведених в Україні, свідчать про майже нульову толерантність до ВІЛ-позитивних людей і низьку обізнаність про особливості ВІЛ-інфекції/СНІДу. На жаль, негативні суспільні міфи і стереотипи щодо ВІЛ/СНІДу підтримуються і відтворюються засобами масової комунікації і призводять іноді до надмірної політизації проблеми, певної скандальності публічної дискусії з цієї тематики, відштовхують людей від проходження тестування на ВІЛ.

В Україні дуже поширені порушення прав людини в контексті ВІЛ/СНІДу. Передусім такі порушення стосуються незаконного розголошення ВІЛ-статусу в медичних, освітніх закладах, звільнення з роботи у зв'язку із ВІЛ-статусом тощо. До порушення прав людей, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ), та уразливих груп призводять, зокрема, недостатня поінформованість та нетолерантне ставлення з боку посадових осіб і громадян загалом, недосконалість законодавства, бідність, негативна громадська думка, політична нестабільність, правовий нігілізм тощо.

Особливо ВІЛ-позитивні люди потерпають від стигми і дискримінації. Стигма — це прояви негативного ставлення на рівні думок та висловлювань, а дискримінація — порушення прав людини через певні дії чи бездіяльність, бо ця людина — не така, як інші.

Дискримінація, пов'язана з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, має різні прояви:

- неприйняття та уникання людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом;
- примусове тестування на ВІЛ без попередньої згоди та недотримання конфіденційності;
- насильство над людьми, які живуть з ВІЛ-інфекцією;
- ізоляція людей, які живуть з ВІЛ;
- дискримінаційні дії представників державних органів та посадових осіб;
- дискримінація з боку суспільства, сім'ї, окремих осіб.

Джерела походження стигми, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією/СНІДом:

- *Прагматичний страх перед ВІЛ/СНІДом як хворобою.* Стигма впливає зі здатності інфекції передаватися від однієї людини до іншої та летальних наслідків ВІЛ-інфекції. Отже, у цьому випадку стигма виражає страх і уявлення, що зазвичай пов'язуються із будь-яким інфекційним і летальним захворюванням. Можливо, найкраще це можна проілюструвати досвідом перших етапів епідемії, коли люди, які інфікувалися ВІЛ через переливання крові, зазнавали меншої стигматизації порівняно зі споживачами ін'єкційних наркотиків. Із поширенням ВІЛ-інфекції більшість таких людей зазнали ізоляції з боку оточення через побоювання інфікування ВІЛ побутовим шляхом.
- *Символічне асоціювання ВІЛ/СНІДу та груп, серед яких виявлено значну поширеність ВІЛ-інфекції.* Ця стигма є використанням захворювання для того, щоб виразити ставлення до груп, з якими воно асоціюється, та до тієї поведінки, через яку інфекція передається. У США прикладом такої соціальної групи є, насамперед, чоловіки гомосексуальної орієнтації, в Україні — споживачі ін'єкційних наркотиків.

Від стигматизації страждають не лише люди, які живуть з ВІЛ, але й їх близькі, родичі, соціальні працівники і волонтери, безпосередньо залучені до догляду за ВІЛ-позитивними людьми та їх підтримки.

Стигма і дискримінація негативно впливають на якість життя ЛЖВ в таких аспектах, як соціальна захищеність, фізичне самопочуття, задоволення потреб у спілкуванні, психічне благополуччя, розвиток особистості тощо. Інакше кажучи, порушення прав ВІЛ-інфікованих людей відбуваються не лише у площині ВІЛ-інфекції/СНІДу, вони мають загальний, універсальний характер²¹.

²¹ Для написання розділу використана книга: Захист прав ВІЛ-інфікованих осіб у суді. Науково-практичний посібник для суддів/За ред. д. ю. н., проф. М. В. Буromенського. — К., 2009. — 110 с.

У дослідженні Київського міжнародного інституту соціології «Права людини в Україні, рівень ксенофобії, ставлення до різних соціальних груп та регіональна толерантність», проведеному в лютому 2011 року, виявлено таке: абсолютна більшість дорослого населення України переконана, що людство має позбутися терористів (83% респондентів) і наркоторговців (75%). 26% серед таких груп називали ісламістів, 21% — гомосексуалів (зауважмо, що за їх «ізоляцію» виступали 39% респондентів), 20% — націоналістів, 17% — ВІЛ-інфікованих, 13% — масонів, 12% — циган²².

3.3. Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу серед ЧСЧ. ЖСЖ та ВІЛ

3.3.1. ЧСЧ та ВІЛ

У країнах Східної Європи і Центральної Азії прихована епідемія ВІЛ серед ЧСЧ зростає тривожними темпами. Проблема поширення ВІЛ серед ЧСЧ тривалий час замовчувалася, що призвело до зростання епідемії і перешкоджає створенню ефективних програм профілактики на національному рівні у багатьох країнах.

Основними причинами епідемії серед ЧСЧ є ризикована сексуальна поведінка та дуже високий рівень соціальної дискримінації. Саме через дискримінацію чоловіки не звертаються до медичних установ і неурядових організацій за інформацією про профілактику та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу, тому що це потребує розкриття їх гомосексуальної поведінки. Отже, у зв'язку зі стигмою та дискримінацією уразливість до інфекції та хвороби підвищується, а національні дані не відображають масштабів епідемії ВІЛ, пов'язаної із сексуальними контактами між особами однієї статі²³. Від початку поширення ВІЛ в Україні (1987 рік) згідно з офіційною статистикою інфіковано гомосексуальним шляхом лише 410 осіб²⁴. За підсумками спеціального дослідження 2009 року, показник поширеності ВІЛ серед ЧСЧ у на-

²² Київський міжнародний інститут соціології (КМІС) у рамках співробітництва з Інститутом прав людини і запобігання екстремізму та ксенофобії (ІПЛІЕКС) провів у лютому 2011 року репрезентативне вибіркове опитування дорослого населення України.

²³ Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами в Восточной Европе: возможные последствия скрытой эпидемии: Отчет по результатам анализа/USAID, AIDSTAR-Two. — Под общ. ред. Довбах А. В. — 2 ноября 2010 г. — Подготовлено при поддержке Чрезвычайного плана Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (PEPFAR) и Агентства США по международному развитию (USAID). — 104 с. — http://www.aidsalliance.org.ua/ru/news/pdf/msmrr/MSM%20Regional%20Report_complete_Ru.pdf.

²⁴ ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень/Міністерство охорони здоров'я України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України. — № 35. — К., 2011. — <http://network.org.ua/assets/Monitorung/LibraryME/BULL35.pdf>. — С. 41.

шій країні був визначений на рівні 8,6%²⁵. При цьому показник інфікування в деяких містах досить високий: наприклад, у Одесі він становить 21,7%, у Донецьку — 19,9%, у Львові — 19,3%, у Сімферополі — 9,2%, у Києві — 7,7% (табл. 2)²⁶.

Таблиця 2. Результати біоповедінкового дослідження серед ЧСЧ, 2009 рік (у розрізі міст)²⁷

| Місто | Поширеність ВІЛ, % |
|-----------------|--------------------|
| Одеса | 21,7 |
| Донецьк | 19,9 |
| Львів | 19,3 |
| Сімферополь | 9,2 |
| Київ | 7,7 |
| Ужгород | 7,3 |
| Черкаси | 5,3 |
| Луганськ | 4,8 |
| Херсон | 4,7 |
| Харків | 3,5 |
| Полтава | 2,6 |
| Дніпропетровськ | 1,6 |
| Миколаїв | 1,5 |

Варто зазначити, що оцінна кількість ЧСЧ в Україні за результатами оцінки 2009 року складає 95–213 тис. осіб у віці 15–49 років²⁸. Оцінок чисельності ЖСЖ та досліджень щодо ролі цієї соціальної групи епідемії ВІЛ/ЛПСШ в Україні не проводилося.

²⁵ Большов Є. С., Касянчук М. Г., Трофименко О. В., Шеремет С. П. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року/МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». — К., 2011. — http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring_reports/pdf/zvit_msm09.pdf. — С. 63.

²⁶ Там само.

²⁷ Большов Є. С., Касянчук М. Г., Трофименко О. В., Шеремет С. П. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». — К., 2011. — http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring_reports/pdf/zvit_msm09.pdf. — С. 63.

²⁸ Аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2009 рік/МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». — Авт. колектив: Берлева Г. О., Думчев К. В., Кобища Ю. В., Паніотто В. І., Петренко Т. В., Салюк Т. О., Шваб І. А. — К., 2010. — http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring/pdf/indd_ua.pdf. — С. 12, 72.

Особливо страждають від соціального утиску молоді ЧСЧ або ті, хто одночасно належить до корінних нечисленних народів, трудових мігрантів, біженців або національних меншин. До цієї групи також відносять тих ЧСЧ, які мають серйозні фінансові труднощі та залучені до секс-бізнесу. Крім того, дуже часто ЧСЧ, які живуть із ВІЛ, страждають від подвійної стигматизації, пов'язаної з їх сексуальною орієнтацією та ВІЛ-статусом.

Нерідко ЧСЧ є одруженими, особливо якщо існують дискримінаційні закони або соціальна стигма щодо статевих стосунків між чоловіками²⁹. Більше половини українських ЧСЧ (58%) мали статеві контакти із жінками впродовж усього життя³⁰. ВІЛ-інфіковані чоловіки з бісексуальною поведінкою можуть передавати вірус своїм дружинам або сексуальним партнерам.

Щоб ефективно протидіяти епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні та допомогти ЧСЧ, які зазнають ризику інфікування ВІЛ або вже живуть із ВІЛ, потрібно вивчати їх потреби в профілактичних і лікувальних заходах. Медичні та соціальні установи повинні надавати комплексні, лояльні (дружні) послуги, зорієнтовані на специфічні потреби ЧСЧ. Але, насамперед, держава повинна забезпечити дотримання прав людини та усунення правових бар'єрів, протидіяти стигмі й дискримінації щодо ЧСЧ на підставі рекомендацій ЮНЕЙДС та інших міжнародних інституцій.

Рекомендації ЮНЕЙДС щодо мінімального стандартного пакета послуг із профілактики ВІЛ для державного планування та розробки відповідних програм починаються із утвердження важливості прав людини та ліквідації правових бар'єрів, які перешкоджають доступу ЧСЧ до послуг із профілактики й лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу. Рекомендації ЮНЕЙДС включають також надання спільнотам ЛГБТ можливості брати участь у соціальному та політичному житті; доступність безпечних фізичних і/або віртуальних місць, де ЧСЧ могли б одержувати інформацію про догляд та підтримку у зв'язку із ВІЛ-інфекцією; забезпечення доступу до медичної та правової підтримки для молодих і дорослих ЧСЧ, які страждають від сексуального примусу та/або насильства. ЮНЕЙДС акцентує увагу на тому, що, крім профілактики ВІЛ-інфекції, дослідники, політичні діячі, лікарі тощо повинні докладати зусиль щодо боротьби зі стигматизацією, соціальною дискримінацією та криміналізацією, спрямованими проти ЧСЧ.

Підхід, заснований на повазі до прав людини, дасть змогу ЧСЧ, трансгендерам та їх сексуальним партнерам-чоловікам і партнерам-жінкам

²⁹ Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами в Восточной Европе: возможные последствия скрытой эпидемии: Отчет по результатам анализа/USAID, AIDSTAR-Two. — Под общ. ред. Довбах А. В. — 2 ноября 2010 г. — Подготовлено при поддержке Чрезвычайного плана Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (PEPFAR) и Агентства США по международному развитию (USAID). — http://www.aidsalliance.org.ua/ru/news/pdf/msmrr/MSM%20Regional%20Report_complete_Ru.pdf. — С. 19.

³⁰ Там само. — С. 97.

скористатися правом на доступ до адекватних і ефективних заходів профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки найкращого досяжного рівня здоров'я, що надаються без дискримінації. У багатьох країнах, де секс між чоловіками не зумовлює кримінальної відповідальності і де стигма та дискримінація, характерні для минулих часів, знижені, ЧСЧ частіше звертаються за послугами з профілактики, догляду, підтримки та лікування у зв'язку з ВІЛ-інфекцією³¹.

3.3.2. ЖСЖ та ВІЛ

Процес передачі ВІЛ-інфекції під час незахищеного сексу серед ЖСЖ мало вивчений і гендерно зумовлений, оскільки донедавна дослідження проводилися винятково чоловіками гетеро- або гомосексуальної орієнтації серед гетеросексуального населення або серед геїв³². В Україні виявлений достатньо низький рівень поінформованості серед лесбійок і бісексуальних жінок про специфічні ризики інфікування ВІЛ та ІПСШ, пов'язаних з жіночими гомосексуальними практиками³³. Низький рівень стурбованості ризиком і поінформованості ЖСЖ про симптоми захворювання поєднується з низьким рівнем звертання до фахівців. Стереотипи та кліше, що існують в суспільстві щодо лесбійок і ЖСЖ, не дозволяють оцінити реальний ризик інфікування ВІЛ та ІПСШ. Таким чином, ЖСЖ не розглядаються Міністерством охорони здоров'я України як група ризику щодо ВІЛ, оскільки в Україні немає результатів досліджень, які б свідчили про наявність відповідних ризиків. Донорські організації не виявляють інтересу до проблем ЖСЖ, і, як наслідок, ВІЛ-сервісні програми недержавних організацій не зорієнтовані на цю цільову аудиторію. У результаті ЖСЖ залишаються без профілактичних програм, без інформації про безпечний секс, а також без консультацій фахівців.

³¹ ВИЧ и сексуальные отношения между мужчинами: Краткое заявление по вопросам политики/ЮНЭЙДС: Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. — Август 2006. — 4 с. — http://www.afew.org/fileadmin/data/Knowledge_Centre_RUS/jc1269-policybrief-msm_ru.pdf.

³² K. D. Beiswenger, Chr. Hopfner, Mara Seibert (ed.): Wer lutscht schon gerne in Dental Dams Informationen für Frauen, die Sex mit Frauen haben. — Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V., 2002. — Seite 3–4.

³³ Гейдар Л., Довбах А. Быть лесбиянкой в Украине: обретая силу/Науч. ред. Нагорная Н. — К., 2007. — http://www.feminist.org.ua/about/projekt/lesbian_ua2007.zip. — С. 71.

Розділ 4

Забезпечення прав людини в контексті епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу: кращий досвід України (Гейдар Л. М.)

4.1. Профілактика ВІЛ-інфекції/ІПСШ серед ЧСЧ

Станом на 20 лютого 2012 року 18 неурядових організацій здійснюють профілактичну роботу серед ЧСЧ за фінансової підтримки Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в 16 з 27 територіально-адміністративних одиниць України найвищого рівня: 11 областях (Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Київській, Львівській, Миколаївській, Одеській, Рівненській, Тернопільській, Харківській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій), містах Києві, Севастополі та АР Крим.

Основними послугами, які надаються в рамках проектів для ЧСЧ, є такі:

- розповсюдження презервативів та лубрикантів на аутрич-маршрутах;
- групові та індивідуальні консультації з питань безпечної сексуальної поведінки, ВІЛ-інфекції/СНІДу та ІПСШ;
- тренінги, спрямовані на формування безпечної поведінки, у т. ч. мотивування до використання презервативів та лубрикантів;
- добровільне консультування у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та її експрес-діагностика, тестування на ІПСШ та їх лікування;
- розповсюдження інформаційних матеріалів;
- проведення груп взаємодопомоги;
- індивідуальні та групові консультації психолога;
- консультування за принципом «рівний — рівному»;
- проведення груп самопомоги, в тому числі і для ВІЛ-позитивних ЧСЧ;
- переадресування на отримання послуг, що надаються партнерськими організаціями та установами;
- поширення інформації про наявні послуги серед спільноти.

Крім того, у низці проектів здійснюються додаткові види діяльності, орієнтовані на ЧСЧ, серед яких:

- експрес-діагностика гепатитів В й С та вакцинація проти гепатиту В;
- розповсюдження фемідомів;
- інформаційно-профілактичне дозвілля, в тому числі вечірки, спрямовані на формування безпечної сексуальної поведінки;
- онлайн-консультування (через соціальні мережі);

- розробка інформаційних матеріалів;
- програма менторської підтримки.

Частка ЧСЧ, охоплених комплексним пакетом послуг з профілактики ВІЛ в Україні за 2010 рік³⁴, становила 18,9% (18 203 особи) від нижньої межі оціночної чисельності ЧСЧ (93 тис. осіб). За 2010 рік 7 644 ЧСЧ в Україні пройшли тестування швидкими тестами на ВІЛ та 8 494 — на ІПСШ (сифіліс, гонорею, хламідіоз). Уперше в 2010 році в рамках проєктів із профілактики ВІЛ серед ЧСЧ клієнти мали змогу пройти тестування на гепатити В та С. Було зроблено 2 167 тестів на гепатит В та 274 тести на гепатит С. Крім того, 238 клієнтів проєктів пройшли вакцинацію від гепатиту В.

З 2010 року МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» здійснює низку заходів, спрямованих на покращення якості послуг проєктів, зменшення стигми та дискримінації ЧСЧ та мобілізацію спільноти ЛГБТ: тренінги для представників спільноти, для психологів та соціальних працівників, аутич-працівників, медперсоналу, юристів, керівників ЛГБТ-організацій, лідерів ЛГБТ-спільноти. У рамках тренінгів пройшли підготовку понад 140 осіб³⁵.

2010 року за підтримки різних донорів в Україні функціонувало вісім громадських центрів для ЧСЧ: два у Києві, по одному — в Кривому Розі, Миколаєві, Одесі, Сімферополі, Херсоні та Черкасах.

4.2. Мобілізація, обмін досвідом та координація дій

Тільки завдяки широкому залученню громадського сектора до протидії стигмі та дискримінації на підставі сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності в Україні можуть відбутись позитивні зміни щодо зменшення кількості нових випадків інфікування ВІЛ серед ЧСЧ.

Станом на 20 лютого 2012 року в Україні працює 37 громадських і благодійних ЛГБТ-організацій, легалізованих органами юстиції.

Однією із найбільш очікуваних подій останнього часу можна назвати легалізацію Всеукраїнської спілки «Рада ЛГБТ-організацій України». Мета діяльності Ради визначена як *«сприяння досягненню в Україні повної громадянської рівності й соціального комфорту для лесбійок, геїв, бісексуалів і трансгендерів, створенню в Україні належних умов для всебічного розвитку і соціального становлення особистості незалежно від сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності, становленню ЛГБТ-спільноти України як політично й соціально активного суб'єкта громадянського суспільства, подоланню епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні, представництво, реалі-*

³⁴ Станом на час підготовки цього видання дані за 2010 рік були найновішими офіційно оприлюдненими.

³⁵ Річний звіт: 2010/Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. — http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/finalreport/pdf/ar_2010_ukr_preview.pdf. — С. 61, 62.

зація та захист інтересів своїх членів». Станом на лютий 2012 року Рада об'єднує 21 ЛГБТ-організацію.

З 2007 року працює Постійна референтна група з питань ЛГБТ-спільноти та ЧСЧ-сервісних проєктів в Україні (ПРГ-Україна). Основний зміст діяльності ПРГ-Україна — критична оцінка соціальної активності, спрямованої на ЛГБТ-спільноту України, заходів у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в середовищі ЧСЧ та ЖСЖ в Україні; вироблення відповідних експертних рекомендацій.

Регулярні заходи ЛГБТ-руху та ЧСЧ-сервісу України:

I. *Національне стратегічне планування для ЧСЧ-сервісу та ЛГБТ-руху*. Відбувається наприкінці кожного року (з 2007-го). Представники неурядових об'єднань ЛГБТ і ЧСЧ-сервісних організацій підбивають підсумки своєї участі в міжнародних і національних заходах з питань охорони здоров'я та прав людини для ЛГБТ/ЧСЧ, планують діяльність своїх організацій і проєктів на наступний рік.

II. Щорічне відзначання *Міжнародного дня протидії гомофобії та трансфобії* (17 травня). До цієї дати приурочуються прес-конференції, оприлюднення досліджень, публічні та культурні заходи.

III. *Національна конференція ЛГБТ-руху та ЧСЧ-сервісних організацій України*. Відбувається кожен рік (з 2008-го). У рамках дво-триденних зборів проводяться презентації досліджень серед ЧСЧ/ЛГБТ, подій в ЛГБТ-спільноті, нових профілактичних проєктів в Україні, публікацій з ЛГБТ-тематики. Влаштовуються майстер-класи і семінари щодо методів і підходів у профілактиці ВІЛ-інфекції/СНІДу/ІПСШ, психологічної підтримки і створення сприятливого середовища для ЛГБТ/ЧСЧ/ЖСЖ, мобілізації ЛГБТ-спільноти, проведення адвокаційних кампаній в інтересах ЛГБТ.

Розділ 5

Соціальний портрет представників ЛГБТ-спільноти в Україні (специфічні характеристики)

(Банас О. В., Марченко Р. С.)

Соціальний портрет ЛГБТ-спільноти в Україні складається з характеристик двох найбільш активних у захисті своїх прав та інтересів груп — геїв та лесбійок. Своїм розвитком ЛГБТ-спільнота України завдячує великою мірою підвищеному інтересу міжнародних донорських організацій³⁶ до чоловіків, що мають секс з чоловіками, як групи ризику в контексті профілактики ВІЛ/СНІД в Укра-

³⁶ Серед них варто назвати Департамент з міжнародного розвитку (DFID) Уряду Великої Британії, *Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією* (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria), *СНІД-фонд Елтона Джона* (EJAF).

їні³⁷, оскільки з виділенням коштів на дослідження та профілактичні програми з'явилась можливість описати потреби цієї групи. Саме в рамках однієї з таких програм³⁸ було вперше описано соціально-поведінкові характеристики ЧСЧ.

Важливо зазначити, що вікові та поведінкові характеристики відрізняються залежно від місця проживання: визначальними чинниками тут виступають віддаленість від великого міста, рівень дискримінації, наявність соціальних і бізнес-проектів для геїв. Так, у Києві соціально активна група ЧСЧ — це чоловіки віком від 17 до 35 років, які відвідують місця проведення дозвілля (плішки, гей-клуби, інші дружні до геїв заклади) або активно спілкуються в Інтернеті.

У місцях зустрічей ЧСЧ доступ до групи в контексті соціальної роботи є достатнім; наявність соціальних працівників сприймають як норму. Проте в маленькому місті, де немає «легалізованих» місць проведення дозвілля, ЧСЧ є складною для вивчення та здійснення профілактичної роботи групою, оскільки вони спілкуються між собою лише на приватних «квартирних» вечірках або плішках (які поступово «відмирають»).

ЛГБТ-спільноту в контексті соціальної роботи можна охарактеризувати так: особи, що вразливі до ВІЛ та ПСІВ і потребують психологічної підтримки, оскільки є однією з найбільш дискримінованих груп.

Єдиної соціальної характеристики для групи ЧСЧ бути не може, оскільки вона є внутрішньо диверсифікована. Проте є ряд основних факторів, які варто враховувати соціальному працівникові.

Можна виділити два найбільш типових образи серед ЧСЧ. Умовно їх можна назвати «ЧСЧ-студент» і «ЧСЧ-постстудент».

«ЧСЧ-студент» — це представник групи, який може мати такі характеристики:

- здобуває вищу освіту та паралельно може працювати (вікова група — від 16 до 22 років);
- як правило, неодружений та без дітей, але практикує бісексуальні контакти або має досвід таких контактів;

³⁷ Див., зокрема: Большов Є. С., Касянчук М. Г., Трофименко О. В., Шеремет С. П. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року/МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». — К., 2011. — 88 с. — http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/outg/monitoring_reports/pdf/zvit_msm09.pdf.

³⁸ Зикратый Ю., Микитюк М., Банас Е. Оценка мужчин, имеющих секс с мужчинами, в г. Киеве: Отчет по проекту «Снижение риска инфицирования ВИЧ среди MSM в Украине/БФ «Фонд профилактики химических зависимостей и СПИДа» (SAAPF)// Мужчины, имеющие секс с мужчинами, в г. Киеве и Донецкой области: Оценка ситуации [сборник]. — К., 2005. — С. 5–95.

38 Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для соціальних працівників

- уживає алкоголь та неін'єкційні наркотики;
- має постійне місце проживання (найчастіше — гуртожиток або житло, яке орендує спільно з друзями);
- кожні вихідні відвідує гей-клуби;
- обмірковує питання самоідентифікації себе як гея чи бісексуала, знаючись на «ранніх» стадіях камінауту.

Звісно, наведені характеристики не є загальними, оскільки кожен представник цієї категорії може мати свої особливості.

«*ЧСЧ-постстудент*» — це найбільш «поширена» категорія ЧСЧ, представники якої:

- працюють найманими працівниками або мають власний бізнес;
- віком від 22 до 30 років;
- достатньо добре поінформовані про ризики інфікування ВІЛ;
- щомісяця відвідують гей-заклади;
- активно користуються Інтернетом (як для знайомства, так і для спілкування);
- вирішили для себе питання камінауту (відкрита для родини або повністю закрыта від неї інформація про свою сексуальну орієнтацію);
- вживають алкоголь і зрідка — неін'єкційні наркотики;
- вирішили для себе питання самоідентифікації як гея чи бісексуала;
- мають за мету формування сім'ї з партнером своєї статі;
- мають постійне місце проживання — власне або наймане житло, де живуть самі або з партнером;
- володіє технікою хабалу³⁹ або повністю ігнорує хабал.

Варто відмітити специфічні «підтипи» ЧСЧ, які присутні в гей-клубах і на пляжках, — це «короновані» ЧСЧ та ЧСЧ-ПКС (працівники комерційного сексу). Перші характеризуються успішністю в певній сфері роботи або наявністю серйозних ділових зв'язків, або ж необгрунтованою пафосністю (пихою). Серед ЧСЧ-ПКС вирізняються вуличні та VIP. Спільними для них характеристиками є: робота у віці від 18 та до 30 років; відсутність сталого доходу; самостійна робота вдома, у «полі» або під «прикриттям» ескорт-агентств; вживання алкоголю та наркотиків. Характеристиками, за якими ці дві підгрупи ПКС відрізняються, є вартість їх послуг і рівень догляду

³⁹ Специфічні гомосексуальний сленг і манера самовиражатися, який характеризується особливостями лексики, вимови та супутніх жестів, зокрема — перебільшеною драматичністю, застосуванням жіночого граматичного роду на позначення себе самого (коли автор мовлення — чоловік) та інших геїв, удавання до грубих, перебільшено непристойних жартів. Елементи хабалу часто використовується естрадними артистами, зокрема Андрієм Данилком в образі Верки Сердючки, Максимом Галкіним тощо.

за своєю зовнішністю. Обидві зазначені підгрупи ПКС мають високий ризик інфікування ВІЛ.

Згідно з біоповедінковим дослідженням серед ЧСЧ, проведеним 2009 року на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Приблизно кожен десятий респондент належить до вікової групи від 15 до 19 років, а загальний вік респондентів коливається від 20 до 40 років⁴⁰. Тому можна зробити висновок, що найбільш актуальною є соціальна робота серед активних ЧСЧ віком 20–29 років.

Розділ 6

Нормативно-правова база соціальної роботи з представниками ЛГБТ-спільноти

(Семигіна Т. В.)

Соціальна робота тісно пов'язана з державною політикою, зокрема із соціальною політикою, концепцією прав людини, правовим регулюванням соціальної сфери, правовою культурою суспільства, умовами існування різних груп у суспільстві. Дії соціальних працівників визначаються не тільки етичними принципами, теоретичними моделями соціальної роботи, суспільними установками й особистою професійною компетентністю, а й законодавством, яке окреслює коло потенційних клієнтів соціальної роботи (наприклад, тих, хто має право на послуги в державних соціальних службах), певні процедури надання соціальних послуг, визначає державні соціальні стандарти, вимоги до діяльності закладів різного типу, структуру системи соціального обслуговування.

Діяльність соціального працівника в Україні безпосередньо регулюється Законами України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» (2001 рік) та «Про соціальні послуги» (2003 рік). Дія цих законів поширюється й на соціальну роботу з чоловіками, які мають секс із чоловіками.

Одним із перших нормативно-правових актів, покликаних законодавчо врегулювати засади соціальної роботи, став Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» 2001 року, який у загальних рисах окреслював принципи та можливі форми роботи з цими соціальними групами. У ньому визначено поняття «обслуговування», «супровід», «реабілітація», уточнено поняття «профілактика» з точки зору теорії соціальної роботи.

⁴⁰ Большов Є. С., Касянчук М. Г., Трофименко О. В., Шеремет С. П. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року/МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». — К., 2011. — С. 13.

40 Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для для соціальних працівників

Закон України «Про соціальні послуги» (2003 рік) сфокусовано на визначенні прав та обов'язків клієнтів соціальних служб і працівників, що надають соціальні послуги, а також на структурі сфери надання соціальних послуг та управлінні нею в цілому. У законі визначається (ст. 10), що при отриманні соціальних послуг громадяни мають право на:

- поважливе і гуманне ставлення з боку суб'єктів, що надають соціальні послуги;
- вибір установи та закладу, а також форми соціального обслуговування;
- інформацію щодо своїх прав, обов'язків та умов надання соціальних послуг;
- згоду на соціальні послуги;
- відмову від соціальних послуг;
- конфіденційність інформації особистого характеру, що стала відомою суб'єкту, який надає соціальні послуги;
- захист своїх прав і законних інтересів, у тому числі в судовому порядку.

Якщо соціальні працівники залучені до проведення консультування, пов'язаного з тестуванням на ВІЛ, то їм слід знати, що таке консультування регулюється Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» і протоколом «Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію», затвердженим наказом МОЗ України від 19 серпня 2005 року № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію». Протокол містить правила та алгоритми дій у до- та післятестовому консультуванні, порядок консультування особливих груп клієнтів.

Необхідно приділити достатньо уваги розвіюванню міфів, пов'язаних із сексуальною поведінкою, що побутують серед ЧСЧ, надати достовірну інформацію щодо безпечних і небезпечних моделей поведінки. Важливо, щоб декілька негативних результатів тесту не спричинили втрату належної уваги конкретного ЧСЧ до правил безпечного сексу.

У протоколі визначено принципи проведення ДКТ: добровільність, конфіденційність, анонімність, доступність та відсутність дискримінації, достовірність та повнота інформації, професійність та технічна досконалість, мобілізація ресурсів. Кожен із цих принципів у протоколі окремо розтлумачено в контексті добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію.

Протоколом щодо ДКТ визначено й докладну процедуру консультування ЧСЧ. І зокрема, сказано: *«Неприйняття ЧСЧ з боку суспільства створює додаткові бар'єри при обговоренні індивідуальних ризиків, пов'язаних із сексуальною поведінкою. ЧСЧ буває складно зізнатися у наявності незахищеного сексу з іншими чоловіками. Потрібно знайти делікатний підхід до пацієнта, щоб реалістично оцінити його індивідуальні ризики і надати необхідну підтримку. [...] Необхідно приділити достатньо уваги розвіюванню певних міфів, пов'язаних із статевою поведінкою, що існують у даній соціальній групі, надати достовірну інформацію щодо безпечних та небезпечних моделей поведінки. Важливо, щоб декілька негативних результатів тесту не призвели до втрати належної уваги ЧСЧ до питань безпечного сексу. Одним із завдань консультування є підвищення мотивації пацієнта до практики безпечної сексуальної поведінки».*

Якщо соціальні працівники залучені до захисту прав і представництва інтересів ЧСЧ, то їм слід оперувати правами людини, які закріплені міжнародними документами і українським законодавством, адже права людини є спільними для всіх — і вони стосуються ЧСЧ так само, як і інших людей.

Наведемо права, що визначені в різних міжнародних документах і можуть застосовуватись у правозахисній роботі щодо ЧСЧ або ЛЖВ (перелік не є вичерпним):

- право на недискримінацію;
- право на рівний захист і рівність перед законом;
- право на життя;
- право на найвищий можливий стандарт фізичного та психічного здоров'я;
- право на особисту свободу та безпеку;
- право на свободу пересування;
- право на пошук притулку і його отримання;
- право на особисте життя;
- право на свободу думки та слова;
- право на вільне отримання й передання інформації;
- право на свободу зборів;
- право на працю;
- право на шлюб і створення сім'ї;
- право на рівний доступ до послуг;
- право на належний стандарт рівня життя;
- право на соціальний захист, допомогу й благополуччя;
- право на користування науковим прогресом і його перевагами;

42 Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для для соціальних працівників

- право на участь у суспільному й культурному житті;
- право на свободу від катувань і жорстокої, нелюдської або такої, що принижує гідність, поведінки або покарання.

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (прийнято 1991 року, діє в редакції від 23 грудня 2010 року) визначає додаткові гарантії тим, хто інфікований ВІЛ, та їх обов'язки щодо нерозповсюдження вірусу.

У контексті проблеми ВІЛ/СНІДу та непоодиноких випадків розголошення ВІЛ-позитивного статусу слід звернути увагу на дотримання принципів конфіденційності, визначених чинним українським законодавством, у тому числі в соціальній роботі. Так, ст. 32 Конституції України встановлює: *«Не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини»*. Відповідно до ст. 11 Закону України «Про інформацію» *«не допускаються збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом»*. Ця ж стаття визначає, що *«до конфіденційної інформації про фізичну особу належать, зокрема, дані про її національність, освіту, сімейний стан, релігійні переконання, стан здоров'я, а також адреса, дата і місце народження»*.

На це ж орієнтована й ст. 286 Цивільного кодексу України, у якій передбачається, що:

- фізична особа має право на таємницю інформації про стан свого здоров'я, про факт звернення за медичною допомогою, про діагноз, а також про дані, отримані при її медичному обстеженні;
- забороняється вимагати й надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз і методи лікування фізичної особи;
- фізична особа зобов'язана утриматися від поширення вище вказаної інформації, що стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків, або з інших джерел.

У законодавстві передбачена кримінальна відповідальність за розголошення конфіденційної інформації про особу та її особисте життя. Чинний Кримінальний кодекс України містить низку статей, які стосуються цієї проблеми. Найважливішою з них є ст. 182 «Порушення недоторканності приватного життя»: *«Незаконне збирання, зберігання, використання або поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди або поширення цієї інформації у публічному виступі, творі, що публічно демонструється, чи в засобах масової інформації, — караються штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років»*.

Розділ 7

Огляд соціальних і медичних проблем ЧСЧ

(Валько С. С.)

На сьогодні проведено достатньо моніторингових, поведінкових, психологічних досліджень у країнах світу, які дають широке уявлення про специфіку групи чоловіків, які мають секс з чоловіками. Основна частина цих досліджень була здійснена в контексті протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, оскільки ЧСЧ є визнаною групою підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ. Проте достатньо є також етнографічних і гендерних досліджень. У результаті накопичення даних про чоловіків, які практикують гомосексуальну поведінку, було введено вжиток аббревіатуру «ЧСЧ», яку дослідники та працівники соціальної сфери почали використовувати для позначення людей за ознакою спільних особливостей їх статевої поведінки, а не на позначення певної соціальної спільноти⁴¹. Цей термін став ключовим для соціальних сервісів, оскільки в контексті ВІЛ-інфекції наріжним питанням є ризикова поведінка, а не сексуальна орієнтація чи ідентифікація. Термін «ЧСЧ» охоплює не тільки чоловіків, які ідентифікують себе як геї чи бісексуали, а й чоловіків, які практикують секс з іншими чоловіками, ототожнюючи себе при цьому з гетеросексуалами, а також тих, чия сексуальна ідентичність є лише частиною їх культурної ідентифікації⁴².

Увага дослідників до соціальної групи гомосексуалів почала зростати з середини ХХ століття. Проте якщо найперші дослідження переважно стосувалися самого феномену гомосексуальності, поведінки та зв'язків усередині гей-спільнот, то зі швидким поширенням ВІЛ-інфекції/СНІДу дослідження почали стосуватися ризикованих моделей сексуальної поведінки⁴³. За даними дослідження, проведеного Ф. Хамерсом та А. Даунс у Центральній та Східній Європі, секс між чоловіками часто включає анальний секс, який, за відсутності засобів захисту, несе високий ризик передачі ВІЛ для рецептивного партнера та значний ризик для інсертивного партнера. Принаймні 5–10% усіх випадків ВІЛ-інфікування у світі зумовлені статевими контактами між чоловіками, хоча ця цифра значно різниться між різними країнами та регіонами. Так, у Центральній і Східній Європі показник поширення ВІЛ серед ЧСЧ набагато вищий, ніж серед європейського населення загалом.

⁴¹ Koblin Beryl A., Chesney Margaret A., Husnik Marla J. High-Risk Behaviors Among Men Who Have Sex With Men in 6 US Cities: Baseline Data From the EXPLORE Study// American Journal of Public Health. — 2003. — Vol. 93. — No. 6. — P. 926–932.

⁴² Foley Jessica M., Levant Ronald F. Using Community Outreach to Promote Integrated Health Care: A Pilot Project//Professional Psychology: Research and Practice. — 2006. — Vol. 37. — No. 2. — P. 125–131.

⁴³ Osofsky Joy D. Community Outreach For Children Exposed To Violence//Infant Mental Health Journal. — 2004. — Vol. 25. — No. 5. — P. 478–487.

На думку дослідників в Україні⁴⁴ і світі^{45,46}, ризик ВІЛ-інфекції для ЧСЧ високий не тільки через фізіологічні, а й поведінкові причини, оскільки в середовищі ЧСЧ поширені такі ризиковані моделі та практики сексуальної поведінки щодо інфікування, як сексуальні контакти без бар'єрних засобів, сексуальні контакти у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, часта зміна сексуальних партнерів тощо⁴⁷. Деякі дослідницькі організації, наприклад, Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України, припускають, що невисокий рівень поінформованості про ризики та бар'єрні засоби та недостатнє усвідомлення ризиків щодо інфікування ВІЛ чи ІПСШ спричиняють часту ризиковану сексуальну поведінку серед ЧСЧ⁴⁸.

Згідно з уже згадуваним біоповедінковим дослідженням 2009 року, проведеним в Україні серед ЧСЧ, сексуальні контакти з жінками досить поширені в середовищі ЧСЧ. Так, 58% респондентів повідомили, що протягом життя у них були сексуальні контакти з жінками, і 33% — що мали такі контакти впродовж останніх шести місяців. Зазначмо, що в підгрупі респондентів, які мали сексуальні контакти з жінками протягом останнього півріччя, тільки половина (57%) мала одну партнерку, всі інші — більше⁴⁹. Це ставить перед соціальними службами додаткові завдання при організації профілактичних заходів, оскільки статева трансмісія ВІЛ у таких випадках стосується не тільки ЧСЧ.

Британський дослідник Джонатан Елфорд зазначає, що сексуальні стосунки між чоловіками часто ініціюються в підлітковому віці і є дуже характерним компонентом сексуальних експериментів серед підлітків. У цей час у хлопчиків виробляється сексуальна ідентичність, у них формується ставлення до інших людей і вони пробують різні види сексуальної поведінки. У цей період хлопці менше, ніж у дорослому віці, схильні до того, щоб

⁴⁴ Koblin Beryl A., Chesney Margaret A., Husnik Marla J. High-Risk Behaviors Among Men Who Have Sex With Men in 6 US Cities: Baseline Data From the EXPLORE Study// American Journal of Public Health. — 2003. — Vol. 93. — No. 6. — P. 926–932.

⁴⁵ Koblin Beryl A., Chesney Margaret A., Husnik Marla J. High-Risk Behaviors Among Men Who Have Sex With Men in 6 US Cities: Baseline Data From the EXPLORE Study// American Journal of Public Health. — 2003. — Vol. 93. — No. 6. — P. 926–932.

⁴⁶ Somlai A. M., Kalichman S. C., Bagnall A. HIV risk behaviour among men who have sex with men in public sex environments: an ecological evaluation//AIDS CARE. — 2001. — Vol. 13. — No. 4. — P. 503–514.

⁴⁷ Young R. M., Meyer I. H. The trouble with «MSM» and «WSW»: erasure of the sexual-minority person in public health discourse//American Journal of Public Health. — 2005. — Vol. 95. — No. 7. — P. 1144–1149.

⁴⁸ Большов Е. С., Касянчук М. Г., Трофименко О. В., Шеремет С. П. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року/МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». — К., 2011. — С. 41.

⁴⁹ Там само

отримувати інформацію про сексуальні ризики для здоров'я або звертатися до закладів, які опікуються статевим здоров'ям⁵⁰.

Водночас, низка досліджень^{51,52}, у тому числі українських⁵³, доводять, що групі ЧСЧ, як правило, не приділяють належної уваги, що зумовлено офіційним запереченням або недостатнім визнанням гомосексуальних стосунків з боку урядів країн, закритістю групи ЧСЧ, стигматизацією сексу між чоловіками, неосвіченістю чи відсутністю достовірної інформації про гомосексуальність. У деяких випадках, як зазначає дослідник ефективності програм із профілактики ВІЛ-інфекції Р. Паркер, ЧСЧ ігноруються з тієї причини, що окремі особи й організації не мають бажання з ними працювати. Там, де соціальне, культурне чи релігійне ставлення роблять цю проблему чутливою в суспільному сенсі, політики, як правило, не хочуть підтримувати програми, які можуть зазнавати відкритої критики з боку суспільних лідерів. За даними українських досліджень⁵⁴, ЧСЧ постійно зазнають стигматизації та дискримінації, високою є також самостигматизація, що істотно ускладнює впровадження профілактичних програм, соціальну роботу з цією групою клієнтів.

Соціальні працівники з ЮНЕЙДС, оцінюючи ризики серед ЧСЧ, вважають, що в роботі важливими є різні заходи: не тільки підтримка зміни сексуальної поведінки на безпечні моделі, а й проведення правових реформ, діяльності з метою зниження стигматизації й дискримінації ЧСЧ, їх інтеграції до суспільства та інші адвокаційні заходи. Так, за дослідженнями ЮНЕЙДС, в Австралії, Європі та Північній Америці показники рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ знизилися завдяки таким багатовекторним програмам⁵⁵.

Таким чином, специфіка групи ЧСЧ, а саме: ризикована сексуальна поведінка, закритість, стигматизованість, високий рівень споживання алкоголю, помітний рівень споживання наркотиків та інші фактори підвищують актуаль-

⁵⁰ Silliman B. Building healthy marriages through early and extended outreach with youth//Journal of Psychology and Theology. — 2003. — Vol. 31. — No. 3. — P. 280.

⁵¹ Wilcox Sarah A., Koepke Christopher P., Levenson Robert, Thalheimer Judith C. Registry-Driven, Community-Based Immunization Outreach: A Randomized Controlled Trial//American Journal of Public Health. — 2001. — Vol. 91. — No. 9. — P. 1507–1511.

⁵² Guanira J. et al. Second generation of HIV surveillance among men who have sex with men in Peru during 2002/XV International AIDS Conference. — Abstract WePeC6162. — Bangkok, 2004, July 11–16.

⁵³ «Мы работаем для того, чтобы у людей был позитивный выбор...» Программы снижения вреда в Николаеве//СПИД. СНІД. AIDS. — 2000. — № 3. — С. 24–26.

⁵⁴ Див., напр.: Аналітичний звіт за результатами проекту «Моніторинг порушень прав людини в контексті доступу ЧСЧ до основних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки»/Центр соціальних експертиз Інституту соціології Національної Академії наук України. — За ред. Шеремета С.П. — К., 2011. — 120 с.

⁵⁵ Fisher Dennis G., Milroy Michael E. Arrest History Among Men and Sexual Orientation//Crime & Delinquency. — 2004. — Vol. 50. — No. 1. — P. 32–42.

ність соціальної роботи з цією групою, обумовлюють потребу в упровадженні різноманітних профілактичних програм та адвокаційних проєктів. Проте ці ж фактори ускладнюють роботу суб'єктів надання соціальних послуг.

Розділ 8

Практичні рекомендації для соціальних працівників

(Марченко Р. С.)

У практиці України, де увага такій цільовій групі, як ЧСЧ, приділяється в соціальних сервісах не так давно, вже є достатньо досвіду та практичних напрацювань, які би стали в нагоді майбутнім соціальним працівникам. Так, можна розглянути найбільш типові питання, з якими представники ЛГБТ-спільноти звертаються до вуличних соціальних працівників і соціальних працівників ком'юніті-центрів.

Запитання, які виникають у ЧСЧ під час консультування, можна згрупувати за такими категоріями:

- пов'язані з медичною сферою;
- пов'язані із адміністративно-фінансовою діяльністю організації;
- пов'язані з ідентичністю, а також питання про ЛГБТ-рух та ЛГБТ-спільноту;
- пов'язані з розвагами та відпочинком;
- соціальні, психологічні проблеми;
- питання, що потребують переадресації до інших спеціалістів;
- новини зі сфери профілактики ВІЛ-інфекції та ППСШ;
- життя з ВІЛ.

Розгляньмо приклади реальних запитань, актуальних для проєктів, що працюють з ЧСЧ у м. Києві, разом із відповідями (табл. 3).

Таблиця 3. Приклади запитань та відповідей для проєктів, що працюють із ЧСЧ в м. Києві

| Запитання | Відповідь соціального працівника |
|---|--|
| Блок А. Медична сфера | |
| <i>Сфера діагностики</i> | |
| Як саме відбувається експрес-тестування і чи боляче це? | При тестуванні Ви здасте кров з пальця. Процедура взяття крові безболісна, оскільки використовуються автоматичні одноразові стерильні скарифікатори. Результат тесту Ви отримаєте протягом 15 хвилин. З усіх медичних питань Ви можете проконсультуватися у такого-то лікаря. Скажіть, у які дні Вам зручно пройти тестування, і ми домовимося про час і місце тестування. |

| Запитання | Відповідь соціального працівника |
|---|--|
| Якою є похибка експрес-тестів вашої організації? | Надійність тесту становить стільки-то відсотків. <i>Рекомендується наголосити на анонімності, конфіденційності та безкоштовності експрес-тестування, а також розповісти про переваги експрес-тесту над лабораторною діагностикою, до яких належать відсутність черги та швидкість отримання результату.</i> |
| Які існують методи діагностики ВІЛ? | Є як експрес-тестування, так і лабораторна діагностика (якщо клієнт виявляє зацікавленість в отриманні більш докладної інформації, соціальний працівник озвучує методи лабораторної діагностики: ПЛР, імуноблотинг, ІФА). |
| Мені потрібна довідка про мій ВІЛ-статус. Як і де це зробити? | Довідка про Ваш ВІЛ-статус видається з указаними ПІБ. Відповідна діагностика проводиться тільки в медичних закладах, кров для тестування береться з вени. Пройти лабораторний тест Ви можете за такими-то адресами (видається буклет чи інший підготовлений інформаційно-освітній матеріал з адресами та схемами розташування місць тестування). Вам підказати, яка адреса є найбільш зручною? |
| Хто у вашій організації проводить тестування? | Тестування проводять досвідчені лікарі та медперсонал (уточнюємо спеціалізацію лікаря, наприклад, венеролог, уролог, інфекціоніст тощо), які також працюють у таких-то закладах (вказується заклад охорони здоров'я у тому випадку, якщо лікар не заперечує проти такого інформування). |
| Хто ще має доступ до результатів мого тестування? | До результатів Вашого тестування доступ має медперсонал, що проводив тестування (при виникненні запитання «А що, ви не формуєте жодних звітів і не надаєте інформацію донорам?» необхідно говорити про те, що інформація надається в узагальненому, знеособленому вигляді, тобто в форматі «всього протестовано» і т. ін.). |
| Я знаю, що довіряти можна лише результату тесту, коли кров береться з вени. | Так, певна похибка експрес-тестів існує, та хочу повідомити, що достовірність наших тестів становить стільки-то відсотків, і при цьому Ви отримаєте такі переваги, як анонімність, конфіденційність, відсутність черги, швидкість тесту, відсутність необхідності оплачувати цей аналіз. |
| Який графік роботи кабінету, де проводиться тестування? | Кабінет працює з такої-то до такої-то години в такі-то дні тижня. <i>Рекомендується допомогти клієнтові зорієнтуватися з часом і місцем тестування.</i> |
| Що таке «вікно»? Яким є період «вікна» при тестуванні? | Період «вікна» — це період, коли в організмі людини виробляються антитіла до вірусу, але не в достатній кількості, щоб їх виявило тестування. У випадку ВІЛ цей період становить, у більшості випадків, три місяці, зрідка — до шести місяців. |
| Чи можу я проконсультуватися з лікарем з питань ІПСШ та гепатитів? | Так, Ви маєте таку можливість (необхідно вказати лікаря та розклад його роботи). Коли Вам зручніше підійти? |

48 Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для соціальних працівників

| Запитання | Відповідь соціального працівника |
|--|---|
| <i>Інформація про ВІЛ/СНІД та ІПСШ</i> | |
| Шляхи передачі, симптоми, інкубаційний період, строк лікування, наслідки відсутності лікування найбільш поширених ІПСШ та гепатитів. | <i>На цю тематику немає заготовлених відповідей, оскільки зазначені питання є досить специфічними та потребують спеціального вивчення (тренінги, лекції, міні-тренінги, додаткове повторення матеріалу та аналіз практичних моментів роботи з клієнтами на робочих зустрічах і супервізіях⁵⁶).</i> |
| Чи існує безкоштовне лікування від ІПСШ та вірусних гепатитів? | |
| Які особливості перебігу двох і більше хвороб одночасно? | |
| Історія розвитку ВІЛ-інфекції | |
| Який перебіг ВІЛ-інфекції в організмі? | |
| Які є симптоми СНІДу? | |
| Яка різниця між ВІЛ та СНІДом? | |
| <i>Засоби профілактики</i> | |
| Наскільки захищає презерватив від ВІЛ-інфекції? | <i>Постійне застосування презервативів знижує ризик інфікування, в середньому, за різними дослідженнями, на 80–100%. Відсоток зниження ризику варіюється, оскільки залежить від правильності використання презервативів. (Якщо клієнт говорить, що презерватив через пори пропускає вірус, спростовуємо це: Пори присутні, але вони мають багатшарову структуру. Сила поверхневого натягу рідини, в якій знаходиться вірус, унеможлиблює передачу його через пори.)</i> |

⁵⁶ Супервізія — інструмент підвищення якості соціальної послуги, результативності дій соціального працівника, ефективності діяльності соціальної служби, що полягає в індивідуальному кураторстві, спрямованому на виявлення та розв'язання проблем, дилем, спірних питань, труднощів «деформації» у діяльності конкретного соціального працівника відповідної соціальної служби. У галузі ДКТ супервізія визначається як «керівництво, спостереження та контроль за роботою консультанта та його підтримка з метою забезпечення якості консультування», причому консультантом вважається «працівник державного, комунального закладу охорони здоров'я, інших державних чи комунальних установ, організації або закладу, медичного закладу іншої форми власності, представник об'єднання громадян, який після відповідної підготовки може проводити консультування перед та після тесту на ВІЛ».

| Запитання | Відповідь соціального працівника |
|--|--|
| Якщо відбувся незахищений секс, то що робити далі? | У такому випадку, потрібно протягом двох годин після статевого акту поетапно зробити такі кроки: помочитися; помити теплою водою з милом руки, статевий орган, мошонку, стегна і проміжність; ці ж частини тіла промити розчином хлоргексидину 0,05% або розчином мірамістину 0,01%, включаючи уретру та анус. <i>Якщо у соціального працівника є певні сумніви щодо змісту екстреної профілактики, краще надати телефон лікаря організації для більш кваліфікованої консультації.</i> |
| Чи є відмінності між лубрикантами? | Так, є лубриканти на жировій, водній та силіконовій основі. Для безпечного сексу підходять лубриканти на водній та силіконовій основі. Лубриканти на жировій основі руйнують латекс — матеріал, із якого виготовлені презервативи. Ми розповсюджуємо такі-то лубриканти (<i>вказати тип лубриканту</i>). |
| Ваші презервативи не надійні — рвуться. | Така ситуація можлива тоді, коли Ви неправильно їх використовуєте, тому опишіть, як саме Ви використовуєте презерватив з моменту відкриття його упаковки (<i>соціальний працівник поетапно відслідковує правильність використання презерватива</i>). |
| Ваші презервативи замалі. | <i>Варіанти відповіді:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Ми розповсюджуємо також фемідоми — спеціальні презервативи, які використовує при анальному сексі не активний, а пасивний партнер. • Ми також надаємо презервативи збільшеного розміру. • На жаль, це єдині презервативи, які ми роздаємо, тому зверніться до аптек. Зі свого боку, ми доведемо відповідну інформацію до нашого керівництва для дальшого вирішення цього питання. |
| Ваші лубриканти неякісні/рідкі/швидко висихають і т. д. | <i>Варіанти відповіді:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Ми також розповсюджуємо лубриканти іншого виробника (<i>вказати, які саме</i>). Спробуйте їх. • На жаль, це єдині лубриканти, які ми роздаємо, тому зверніться до аптек або сексшопів, де реалізуються лубриканти різних видів і виробників. Зі свого боку, ми доведемо відповідну інформацію до нашого керівництва для дальшого вирішення цього питання. |
| Блок Б. Діяльність організації | |
| Яка Ваша заробітна плата? | <i>Відповіді на такі запитання залежать від політики та принципів роботи конкретних організацій.</i> |
| Як можна до вас влаштуватися на роботу, яка система відбору? | |
| Скільки у вас працює людей? | |

50 Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для для соціальних працівників

| Запитання | Відповідь соціального працівника |
|--|--|
| Хто вас фінансує? | <i>Відповіді на такі запитання залежать від політики та принципів роботи конкретних організацій.</i> |
| Чому ви не проводите роботу в гей-клубах/серед лесбійок (і т. ін.)? | |
| Хто Ваш керівник? | |
| Можна поскаржитись на вашу роботу? | |
| Блок В. ЛГБТ-рух та ЛГБТ-спільнота | |
| Що в нас відбувається нового? | <i>Тут немає готових відповідей, оскільки вони мають бути актуальними та стосуватися специфіки вашого регіону.</i> |
| До кого можна звернутися в такому-то регіоні? | |
| Де можна дізнатися про новини гей-життя? | |
| Які місця знайомств геїв є в такому-то місті? | |
| Блок Г. Розваги та відпочинок | |
| Які в нашому місті є дружні до ЧСЧ заклади: нічні гей-клуби, бари, сауни? | <i>Тут немає готових відповідей, оскільки вони мають бути актуальними та стосуватися специфіки вашого регіону (специфіки діяльності організації).</i> |
| Де можна познайомитись з іншими? Чи надає ваша організація послуги знайомства? | |
| Де можна відпочити у вихідні? | |
| Які розважальні заходи плануються у вашій організації? | |
| Блок Г. Соціальні, психологічні проблеми | |
| У мене немає де жити. Чим ви мені можете допомогти? | <i>На жаль, наша організація не зможе Вас поселити, проте у нас в офісі є безкоштовний Інтернет, де Ви можете пошукати максимально вигідний варіант проживання. Також ми допоможемо Вам розмістити оголошення на наших дошках оголошень.</i> |
| У мене немає хлопця: допоможіть. | <i>Знайомитись Ви можете в організації на таких групових заходах, як клуби знайомств, дискусійні клуби, групи взаємодопомоги, освітні сесії, різного формату чаювання. Що з переліченого Вам найбільш цікаво?</i> |

| Запитання | Відповідь соціального працівника |
|---|--|
| <p>Я не можу порозумітися з ріднею/друзями/знайомими/колегами по роботі. Не знаю, що далі робити... Мене кинув хлопець, і я не хочу жити/я не бачу сенсу життя.</p> | <p>У нашій організації працює психолог такий-то. Будь ласка, зв'яжіться з ним/нею і запишіться на консультацію, яка є безкоштовною, анонімною та конфіденційною.</p> |
| Блок Д. Питання, що потребують переадресації | |
| <p>У мене з'явилися якісь плями/прищі/виразки на статевому органі. У мене є виділення з уретри.</p> | <p>У нас у проєкті працює лікар-венеролог/уролог/дерматолог, з яким Ви можете проконсультуватися з цього приводу, або звернутися за такими-то адресами для діагностики та лікування (<i>видається відповідний ІОМ</i>).</p> <p><i>У ситуації, коли клієнт є представником ЛГБТ-спільноти, але ваша організація не спеціалізується на наданні специфічних послуг, яких він потребує:</i></p> <p>У нашій організації відповідні послуги не надаються. Натомість Ви можете звернутися в таку-то організацію/ініціативну групу (<i>за відсутності організацій чи груп мотивуємо клієнта до пошуку інформації в Інтернеті</i>).</p> |
| <p>Я хотів би з вами співпрацювати і допомагати вам. Як записатися у волонтери організації?</p> | <p><i>Варіанти відповіді:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • У нашій організації працюють волонтери, і Ваша допомога була би доречною. Для цього Ви могли б поговорити з менеджером таким-то, який працює з волонтерами (<i>або взяти контактний телефон клієнта та передати його менеджеру з роботи із волонтерами</i>). • Ви можете поговорити про можливість Вашої реалізації в рамках нашої організації з нашим керівником — таким-то (<i>або взяти контактний телефон клієнта та передати його керівникові організації</i>). |
| <p>У мене проблеми з міліцією/прокуратурою.</p> | <p><i>Варіанти відповіді:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • В нашому регіоні/місті правозахистом займається така-то організація (<i>надаємо клієнтові контактну інформацію</i>). • Якщо проблеми виникли з міліцією, спробуйте звернутися до прокуратури району, де були порушені Ваші права. • У нашій організації надаються консультації юриста. Скажіть, будь ласка, коли б Вам було зручно отримати його консультацію, або особисто зателефонуйте та домовтесь про час зустрічі. |

52 Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для соціальних працівників

| Запитання | Відповідь соціального працівника |
|---|--|
| Блок Е. Новини зі сфери профілактики ВІЛ | |
| Я чув, що можна вилікуватися від ВІЛ. Чи правда це? | Час від часу така інформація з'являється, але з нею пов'язано багато спекуляцій задля власного піару та збагачення «авторів» лікування. Тому звертайте увагу на офіційні джерела інформації та можливість безкоштовного отримання АРВ-терапії в Україні (видається відповідний ІОМ із роздрукованими або прописаними контактними телефонами співробітника, який відповідає за напрям роботи з ВІЛ-позитивними у вашій організації). |
| Знаю, що є нові ліки від ВІЛ, які виліковують повністю. | У засобах інформації такі дані періодично з'являються. Звісно, науковці постійно працюють у цьому напрямі, і не виключено, що такі ліки будуть винайдені, але, щоб дожити до цього часу, ВІЛ-позитивній людині потрібно приймати АРВ-терапію (видається відповідний ІОМ із роздрукованими або прописаними контактними телефонами співробітника, який відповідає за напрям роботи з ВІЛ-позитивними у вашій організації). |
| ВІЛ — це світова афера/змова і т. д. | Соціальний працівник уточнює аргументи та факти цієї теорії для дальшого діалогу та мотивує клієнта до застосування презервативів, з огляду на можливість інфікування ІПСШ (оскільки ці клієнти, як правило, «вірять» у сифіліс, гонорею тощо). <i>Не сперечайтеся з клієнтом, бо в цій темі суперечка не народить істину (виняток, коли клієнт не може навести ні аргументів, ні фактів теорії, про яку йдеться).</i> |
| Блок Є. Питання розкриття ідентичності | |
| Я боюсь, що на роботі мене «сплять». Що робити?/На роботі здогадуються про мою орієнтацію. Що робити? | <i>Краще за все переадресувати клієнта до психолога. Якщо у вашій організації немає психолога, налагодьте контакт із приватними психологами або проведіть на цю тему групу взаємодопомоги, заздалегідь запланувавши її змістовне наповнення.</i> З цього приводу можу надати деякі рекомендації щодо стилю одягу, жестів та поглядів, ведення розмови з гетеросексуалами; оформлення робочого столу та блокування комп'ютера тощо. Також можна відвідати нашу групу взаємодопомоги з питань камінауту, яка відбудеться там-то й тоді-то, та звернутися до психолога нашої організації. Який варіант є для Вас найбільш прийнятний та зручний? (При цьому краще застосувати до клієнта кожний з цих варіантів по черзі.) |
| У мене виникли проблеми у стосунках з батьками після камінауту. | Такі ситуації виникають у наших клієнтів. Найкраще ці питання обговорити з психологом нашої організації, який має досвід у вирішенні подібних проблем, або з приватним психологом. За потребою, наш психолог може проговорити ситуацію, що склалася, з Вашими батьками. |

| Запитання | Відповідь соціального працівника |
|---|--|
| У сім'ї згодні щодо орієнтацію. Що робити? | З цього приводу можу надати деякі рекомендації щодо оформлення кімнати та блокування комп'ютера і всіх робочих файлів, зберігання інформації у важкодоступних місцях тощо. Також можна відвідати нашу групу взаємодопомоги з питань камінауту, яка відбудеться там-то й тоді-то, та звернутися до психолога нашої організації. Який варіант є для Вас найбільш прийнятним і зручним? (При цьому краще застосувати до клієнта кожний з цих варіантів по черзі.) |
| Хто з відомих людей є відкритим геєм? | Потрібно постійно бути в курсі камінауту знаменитостей і відомих людей. Якщо інформація від клієнта надійшла раніше, потрібно подякувати за важливу та цінну інформацію, запитати джерело для її перевірки. |
| Блок Ж. Життя з ВІЛ | |
| У мене позитивний результат на ВІЛ. Що робити? | Необхідно з'ясувати, що лякає клієнта найбільше у позитивному результаті: смерть, необхідність розповісти про свій ВІЛ-позитивний статус партнерові/батькам/друзям, відсутність лікування, наявність інших хвороб і т. д. Виявіть максимальну підтримку та надайте якнайбільше позитивної та правдивої інформації (видайте клієнтові відповідний ІОМ із роздрукованими або прописаними контактами співробітника, який відповідає за напрям роботи з ВІЛ-позитивними у вашій організації). Також можлива переадресація на психолога організації чи в іншу організацію, що займається питаннями ВІЛ-позитивних людей. Одна з важливих функцій соціального працівника — супровід клієнта до СНІД-центру чи іншої організації, яка опікується ВІЛ-позитивними. |
| Скільки коштує лікування АРВ-препаратами в Україні? | Це лікування є безкоштовним. |
| Які умови отримання АРВ-терапії? | Вам необхідно стати на облік у центрі СНІДу, здати необхідні аналізи для постановки діагнозу. Після взяття на облік відбувається перевірка вірусного навантаження та генотипування вірусу для визначення часу призначення та виду АРВ-терапії. Всі ці процедури відбуваються під чітким наглядом і за рекомендаціями лікаря. |
| Які заходи проводяться для ВІЛ-позитивних? | Варіанти відповідей: <ul style="list-style-type: none"> • У нашій організації для ВІЛ-позитивних проводяться такі-то заходи. Візьміть буклет/брошуру/листочок з контактною інформацією людини, яка опікується цим напрямом в організації. • У нашому місті ВІЛ-позитивними займається така-то організація (надати контакти організації). |

54 Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для соціальних працівників

| Запитання | Відповідь соціального працівника |
|--|---|
| Як довго я можу прожити з ВІЛ без лікування? | Із цим питанням Вам треба звернутися до лікаря, оскільки цей строк залежить від багатьох показників: наприклад, від того, як довго вірус уже перебуває в організмі, стану імунної системи, наявності інших хронічних або вірусних захворювань, якості життя тощо. Хочу підкреслити, що АРВ-терапія подовжує життя ВІЛ-позитивної людини. |
| Навіщо мені займатися безпечним сексом, якщо я вже ВІЛ-позитивний? | Є декілька причин займатися безпечним сексом: не інфікувати інших людей та самому повторно не інфікуватися. |
| Я чув, що є ВІЛ-1 і ВІЛ-2. Яка між ними відмінність? | Відмінність полягає в тому, що це різні генотипи вірусу, яким властива різна територія поширення. ВІЛ-1 поширений переважно в США, Європі та Центральній Африці, а ВІЛ-2 — у Західній Африці та Індії. |
| Які особливості при прийманні АРВ-терапії? | Є певні особливості перебування на АРВ-терапії, зокрема: жорсткий режим приймання препаратів, дієта, заборона вживання алкоголю та наркотиків тощо. Детальніше проговорити ці питання можна з лікарем. |
| Чи є побічні ефекти від АРВ-терапії? | Основними побічними ефектами можуть бути головний біль, безсоння або сонливість, стомлюваність, алергічний висип, розлад шлунково-кишкового тракту та інші прояви. У таких випадках необхідно консультуватися з лікарем і не припиняти самостійно приймання ліків. Більшість побічних ефектів проявляються на початковому етапі терапії, та їх можна досить легко подолати. |
| Блок 3. Інші питання | |
| Дайте грошей у борг/дайте телефон подзвонити. | <i>Соціальний працівник діє на власний розсуд, але звертаємо увагу, що надання матеріальних благ призведе до повторного звернення клієнта з подібними проханнями та, як мінімум, його друзів.</i> На жаль, немає такої можливості/до зарплатні ще довго/телефон розрядився/на балансі немає коштів тощо. |
| Ви вільні?/У Вас є хлопець?/Давайте продовжимо вечір в іншому місці!//Давайте вип'ємо, посидимо! | <i>Обирається оптимальний варіант, залежно від клієнта, але відповідь не має бути образливою.</i> Я зайнятий/Так, у мене є хлопець, якому я не зраджую/ Нам заборонено зустрічатися з клієнтами/Ти суперхлопець, але я знайшов вже свого суперхлопця тощо. |
| Покажіть на мені, як користуватися презервативом. | Візьміть, будь ласка, ІОМ, де поетапно розписано, як користуватися презервативом. Якщо Вам необхідний візуальний приклад, заходьте до нас в офіс туди-то (вказуєте адресу), де ми зможемо продемонструвати принципи правильного використання на прикладі банана/муляжу (іншого подібного неживого предмета)/у відеоматеріалі тощо. |

Як бачимо, робота соціального працівника з ЧСЧ часто потребує стійких етичних принципів, про які йтиметься далі.

Розділ 9

Відповіді соціальних працівників на потреби ЧСЧ

(Валько С. С.)

Однією з найбільш актуальних моделей соціальної роботи з ЧСЧ є *ау-трич-робота*. Потреба в аутрич-роботі з ЧСЧ пов'язана з високою закритістю і важкодоступністю групи, адже аутрич дає змогу охопити тих клієнтів, яких майже неможливо залучити до роботи соціальної агенції чи профілактичного проекту звичайними методами.

В українській методології соціальної роботи вуличну роботу відносять до стратегії комбінованого або проміжного втручання, вона визначається як спрямована на встановлення контакту з клієнтами, які не є користувачами існуючих служб і послуг, із певних причин важкодоступні для соціальних служб, закладів системи охорони здоров'я. Вона полягає у донесенні профілактичної інформації до потенційних клієнтів у місцях, де яких вони збираються, проводять час.

Аутрич як метод соціальної роботи виник у Великій Британії, однак сама модель набула поширення як у США, так і в країнах, що розвиваються. Його найперше призначення полягало в поширенні знань про здоров'я та запобіганні ВІЛ-інфекції. Досвід показав, що аутрич-працівники краще вибудовують контакти з важкодоступними групами клієнтів (зокрема, споживачами ін'єкційних наркотиків), аніж їх колеги, які не застосовують аутрич-методів. Дослідження доводять, що аутрич-робота є значно ефективнішою за інші види роботи в сегменті надання інформації про ВІЛ/СНІД. Маючи такі позитивні характеристики, соціальна аутрич-робота набула поширення та почала урізноманітнюватися відповідно до потреб цільових груп.

Методи аутрич-роботи застосовують до так званих маргінальних груп, якими є:

- 1) споживачі вуличних наркотиків, зокрема, споживачі ін'єкційних наркотиків;
- 2) працівники комерційного сексу та їх клієнти;
- 3) діти вулиці;
- 4) особи без певного місця проживання;
- 5) делінквентні/вуличні підлітки;
- 6) неформальні молодіжні угруповання та спільноти (хіпі, панки, скінхеда та ін.);
- 7) а також до чоловіків, які практикують секс із чоловіками, тощо⁵⁷.

⁵⁷ McGivney Veronica. Recovering Outreach: concepts, practices and issues.— Leicester: National Institute of Adult Continuing Education, 2000.— P. 128.

Є кілька класифікацій моделей аутич-роботи залежно від територіального чинника або інших критеріїв.

Так, британське розуміння аутич-роботи включає в себе такі моделі:

- *супровідна* (утворення центрів, які можуть виконувати соціальні програми в місцях локалізації цільової групи, що знаходяться за межами основних місць);
- *пересувна* (робота в організаційних структурах, таких як гуртожитки, будинки для людей похилого віку, громадські центри, лікарні чи в'язниці);
- *віддалена* (контактування з людьми за межами організаційних структур, наприклад, на вулиці, у магазині, барі, біля шкільних воріт);
- *домашня* (відвідування людей або надання їм соціальних послуг у них удома)⁵⁸

Спеціалісти програм зниження шкоди виділяють такі моделі аутич-роботи:

- *вулична* — на вулицях, у барах/кафе/клубах, на вокзалах, плішках тощо;
- *за місцем проживання*;
- *у місцях тимчасового перебування клієнтів* — закладах пенітенціарної системи (колоніях), клініках тощо⁵⁹.

Вибір моделі аутич-роботи залежить від різних умов, наприклад, від ситуації, законодавства тощо. Крім того, на різних етапах реалізації проекту з профілактики ВІЛ-інфекції може бути ефективним конкретний вид чи комбінація різних видів такої роботи.

Зараз в усьому світі існують аутич-програми, кожна з яких має свої особливості: аутич видозмінюється залежно від політики держави, економічних чинників і місцевих умов. Аутич-працівників називають по-різному: вуличні працівники, працівники з охоплення, наставники, наставники-порадники, інструктори тощо.

За змістом і структурою моделі аутич-роботи дуже різняться. Так, якщо взяти за основу класифікації елементи аутич-команди та спосіб залучення, то можна виділити такі моделі, як *лідерська, наставників-ровесників, рекрутування і супервізорська*.

⁵⁸ Bonito Arthur J., Bohlig E. Michael, Dennis Michael L., Fairbank John A., and Rachal J. Valley. A Comparison of AIDS Intervention Approaches for Injection Drug Users: Street Outreach Versus Drug Treatment Intake — Are They Hitting the Same or Different Targets?//Handbook on Risk of AIDS: Injection Drug Users and Sexual Partners/ed. George M. Beschner, Barry S. Brown. — Westport: Greenwood Press, 1993. — P. 396–434.

⁵⁹ Broadhead R. S. Hustlers In Drug-Related Aids Prevention: Ethnographers, Outreach Workers, Injection Drug Users//Addiction Research & Theory. — 2001. — Vol. 9. — No. 6 — P. 545–556.

Лідерська модель: у ній використовуються лідери для встановлення контактів із представниками цільової групи в її середовищі. Лідер ЧСЧ — авторитетна людина, яка слугує прикладом для наслідування, її поради можуть виявитись найбільш переконливими для інших ЧСЧ. Лідери впливають на формування думки всередині групи. Компонентами моделі є відвідування місць зборів ЧСЧ, спостереження за спілкуванням, і як результат — виявлення можливого лідера; встановлення безпосереднього контакту з лідерами самостійно або за допомогою посередників (друзів, родичів, знайомих, лікарів та ін.); проведення індивідуальної оцінки ризикованої поведінки лідера; надання базової інформації лідеру; профілактична робота лідера всередині групи⁶⁰.

Модель наставників-ровесників передбачає певну стратифікацію всередині групи, певні мережі: наприклад, є ЧСЧ з плішок, а є ЧСЧ — відвідувачі клубів. У рамках зазначеної моделі практикується встановлення контактів із ЧСЧ з кожної підгрупи, вивчення структури та характеристик кожної з мереж. Із числа представників підгруп відбираються особи, які можуть бути наставниками-ровесниками; їх підготовка відбувається за спеціальною тренінговою програмою; проводиться оцінка отриманих знань. Наступним етапом стає безпосередньо аутич-робота, яка проводиться наставниками-ровесниками серед членів своєї мережі, періодичне приведення учасників мережі на інтерв'ю до агенції соціальних послуг⁶¹. Модель достатньо гнучка до змін потреб клієнтів та орієнтована на різні за вектором потреб підгрупи, проте через несталість наставників-ровесників та нетривкість їх вмотивованості цю модель не можна назвати стійкою.

Модель рекрутування полягає в тому, що кожному ЧСЧ надається можливість боротися з поширенням ВІЛ-інфекції у своїй спільноті, долучаючи до участі ровесників. Спосіб залучення клієнтів до проекту: купонна система рекрутування і навчання силами наставників-ровесників. На початку до проекту залучаються один-два ЧСЧ. Далі з кожним залученим проводиться інтерв'ю (з виплатою винагороди за участь); відбувається підготовка залучених осіб за тренінговою програмою. Модель діє таким чином: ЧСЧ-наставники приводять на інтерв'ю до програми інших ЧСЧ, проводять профілактичну роботу серед ЧСЧ (кожен із наставників отримує по три купони для розповсюдження в своєму середовищі); вони також отримують вина-

⁶⁰ Wiebel W. Wayne. Combining ethnographic and epidemiologic methods in targeted AIDS interventions: the Chicago model//Needle Sharing Among Intravenous Drug Abuse: National and International Perspectives/R. J. Battjes and R. W. Pickens (Eds.). — Washington D.C.: U. S. Government Printing Office, 1988. — P. 137–150;

Wilcox Sarah A., Koepke Christopher P, Levenson Robert, Thalheimer Judith C. Registry-Driven, Community-Based Immunization Outreach: Randomized Controlled Trial// American Journal of Public Health. — 2001. — Vol. 91. — No. 9. — P. 1507–1511.

⁶¹ Osofsky Joy D. Community Outreach For Children Exposed To Violence//Infant Mental Health Journal. — 2004. — Vol. 25. — No. 5. — P. 478–487.

городу за кожного ЧСЧ, який долучився до програми, і кожні три місяці ЧСЧ — учасники програми проходять повторне інтерв'ю⁶².

Супервізорська модель виникла у 80-х роках, коли в Нідерландах стали активно працювати самоорганізації споживачів ін'єкційних наркотиків; далі ця модель була застосована до інших депривованих груп. На сьогодні подібна модель доволі поширена в країнах Євросоюзу. До компонентів моделі відносять: підбір супервізорів, де супервізор — це компетентний консультант, який наділений навичками спілкування і має знання, необхідні для ефективного проведення аутич-роботи; дії самого супервізора, який здійснює набір аутич-працівників, проводить тренінгову підготовку, виявляє лідерів серед навчених аутич-працівників, спільно з ними формує групи з аутич-працівників. Також серед компонентів цієї моделі — навчання груп аутич-працівників за спеціальною тренінговою програмою (тренінги проводить супервізор, лідери груп аутич-працівників, залучені тренери; аутич-працівники проходять тестування з виявлення рівня їхніх знань до та після тренінгу) та власне організація і проведення аутич-роботи⁶³. Ця модель цікава тим, що в її рамках відбувається розробка внутрішньої документації, а саме — реєстраційних документів (журнали, відомості), правил роботи групи та аутич-роботи, посадових обов'язків; обираються вид, періодичність аутич-роботи. У подальшому модель функціонує із залученням самих ЧСЧ, відбувається їх тренінгова підготовка як наставників-ровесників (тренінги проводять лідери груп аутич-працівників і аутич-працівники). Оскільки в цій моделі існує певний контролюючий чинник в особі супервізора, водночас пом'якшений свободою залучень цільової групи, то вона передбачає відносно формальний розклад і структуру: проводяться робочі зустрічі аутич-працівників не рідше одного разу на тиждень (проводяться лідерами груп, зокрема, для обміну інформацією між аутичачами, аналізу проблем, розробки інформаційних матеріалів), не рідше одного разу на місяць проводиться індивідуальна й групова супервізія, завданнями якої є аналіз аутич-роботи, підвищення ефективності консультаційних навичок аутич-працівників, профілактика ефекту вигорання. Отже, як ми можемо побачити, супервізор у цій моделі має допомогти аутич-працівнику перетворити помилки на джерело цінного досвіду. Однією з сильних сторін моделі є проведення періодичних поведінкових досліджень серед цільової групи, що дає змогу нейтралізувати формалізм структури та вчасно реагувати на тенденції серед ЧСЧ.

⁶² Broadhead R. S., Heckathorn D. D. AIDS prevention outreach among injection drug users: agency problems and new approaches//Social Problems. — 1994. — Vol. 41. — No. 3. — P. 480.

⁶³ Devlin Will, Keogh Peter, Nutland Will, Weatherburn Peter. THE FIELD GUIDE. Applying Making it count to health promotion activity with homosexually active men. — 2003. — www.sigmaresearch.org.uk.

Однією з найбільш успішних аутрич-команд на півдні України є команда Молодіжного громадського руху «Партнер». За останні п'ять років ця організація розвинула в місті Одесі не тільки вуличний, а й клубний аутрич, вдало пов'язала роботу аутрич-команди з діяльністю ком'юніті-центру «Вавилон», куди перенаправляє клієнтів з аутрич-маршрутів. Схема «аутрич-маршрути — ком'юніті-центр» зараз користується в Україні великим успіхом, адже молоді ЧСЧ дуже часто не мають референтної групи для спілкування, не володіють навичками безпечної статевих поведінки та мають високу потребу в приналежності до спільноти. Одними з перших в Україні почали широко використовувати можливість аутрич-роботи у Миколаївській асоціації геїв, лесбіянок і бісексуалів «ЛІГА». Так, ця організація одразу збагнула потенціал аутрич-працівників у сфері наукових та епідеміологічних досліджень серед ЧСЧ. Однією з перших в Україні МА ГЛБ «ЛІГА» протестувала та впровадила в життя у м. Миколаєві методику вибірки RDS (вибірка, що спрямовується та реалізується респондентами) і стала постійним «постачальником» інформації для дослідників та епідеміологів.

Американські дослідники з Каліфорнійського університету і Центру з вивчення програм профілактики в Сан-Франциско виділяють формальну і неформальну модель аутрич-роботи з ЧСЧ⁶⁴. До **формальної моделі** відносять усі заходи із залучення аутрич-командою клієнтів до профілактичних проєктів і всі активності за межами організацій, такі як інформування й консультування в місцях зустрічей ЧСЧ (американська формальна аутрич-робота з ЧСЧ є аналогом того, що британці називають «detach work»⁶⁵). До **неформальної** аутрич-роботи дослідники віднесли формат вільних бесід про безпечний секс, під час яких молоді ЧСЧ розповідають своїм друзям про його актуальність і необхідність. Цей компонент нагадує програму Д. Келлі, а саме проєкт «Public Opinion Leaders»⁶⁶, відповідно до якого в місцях здійснення соціальних програм проводиться дослідження для визначення найбільш впливових і авторитетних ЧСЧ, які потім залучаються до проєкту. Лідери отримують інформацію протягом навчального модуля, а після завершення навчання здійснюють неформальну аутрич-роботу у вільній атмосфері: в барах, кафе, на пляжах, у приватних компаніях. Подібна програма набула значного поширення у США, а згодом і в інших країнах, таких, наприклад, як Росія. Перевагою такої моделі аутрич є,

⁶⁴ The Mpowerment project: A Community-Level HIV Prevention Intervention for Young gay Men//American Journal of Public Health. — August 1996. — Vol. 86. — № 8.

⁶⁵ Wolitski Richard, Valdiserri Ronald O. Are We Headed for a Resurgence of the HIV Epidemic Among Men Who Have Sex With Men?//American Journal of Public Health. — 2001. — Vol. 91. — No. 6. — P. 883–888.

⁶⁶ Kelly J.A., et al. Randomised, controlled, community-level HIV-prevention intervention for sex-risk behaviour among homosexual men in US cities. The Lancet. — Vol. 350. — November 22, 1997..

передусім, те, що вона дає змогу враховувати специфічні особливості цільової групи залежно від місцевості; така програма максимально доступна для ЧСЧ, оскільки використовує мову групи та базується на зрозумілих і адекватних уявленнях клієнтів. Крім того, важливою умовою програми, без сумніву, є те, що інформація не базується на тому, щоби викликати почуття страху.

В Україні вулична, або *польова*, соціальна робота (саме так визначається вітчизняними дослідниками аутич⁶⁷) тільки починає розвиватись, однак уже має свої здобутки. Зокрема, існують перспективи її широкого впровадження в практиці роботи з дітьми вулиці⁶⁸.

Загалом усі моделі довели свою ефективність у сфері запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу, однак їх використання вимагає не тільки врахування контексту їх застосування, а й відповідної підготовки.

Ціла низка досліджень указує на те, що ЧСЧ є групою, якій властива ризикована поведінка, адже неконтрольовані та незахищені сексуальні контакти, іноді — в поєднанні з уживанням ін'єкційних наркотиків, призводять до поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та ІПСШ⁶⁹.

До того ж, ЧСЧ мають різноманітні проблеми та потреби, які вимагають як медичного, так і соціально-психологічного втручання⁷⁰. Також слід відмітити, що стигматизація призводить до порушення прав людини, тому ЧСЧ потребують і певної юридичної допомоги. Однак слід зазначити, що ЧСЧ в Україні переважно є доволі обізнаними про шляхи інфікування ВІЛ, проте практикують ризиковану поведінку⁷¹.

Виділяють такі компоненти аутич-роботи з ЧСЧ:

- 1) надання інформаційно-освітніх матеріалів із профілактики ВІЛ-інфекції, ІПСШ;
- 2) запобігання конфліктам із законом;
- 3) розповсюдження презервативів і профілактичних засобів (дозованих лубрикантів, засобів гігієни);

⁶⁷ Богдан Дарина, Філь Світлана. Вулична соціальна робота як метод профілактики ВІЛ/СНІДу//Магістеріум. — 2004. — Вип. 15 (соціальна робота і охорона здоров'я). — С. 59–65.

⁶⁸ Вступ до соціальної роботи: Навчальний посібник для студентів ВНЗ/За ред. Т.В. Семигіної, І.І. Миновича. — К.: Видавничий дім «КМ Академія», 2005. — С. 277–279.

⁶⁹ Foley Jessica M., Levant Ronald F. Using Community Outreach to Promote Integrated Health Care: A Pilot Project//Professional Psychology: Research and Practice. — 2006. — Vol. 37. — No. 2. — P. 125–131; Khan S., Khan O.A. The trouble with MSM//American Journal of Public Health. — 2006. — Vol. 96. — No. 5. — P. 765–766; Somlai A. M., Kalichman S. C., Bagnall A. HIV risk behaviour among men who have sex with men in public sex environments: an ecological evaluation//AIDS CARE. — 2001. — Vol. 13. — No. 4. — P. 503–514.

⁷⁰ Мы работаем для того, чтобы у людей был позитивный выбор. Программы снижения вреда в Николаеве//СПИД. СНІД. AIDS. — 2000. — № 3. — С. 24–26.

⁷¹ Дискримінація за ознакою кохання: Звіт про дотримання прав геїв та лесбійок в Україні/Центр «Наш світ». — За ред. А. Грибанова. — К.: Нора-Друк, 2005. — 107 с.

- 4) перенаправлення ЧСЧ до лікувально-профілактичних закладів, включаючи їх супровід і контроль за якістю отримуваних там послуг;
- 5) направлення ЧСЧ та їх близьких до соціальних служб, профілактичних програм, освітніх груп, груп взаємодопомоги тощо⁷².

Важливою метою аутич-роботи з ЧСЧ є зміна ризикованої сексуальної поведінки на більш безпечну, що досягається шляхом поширення інформації про ризики, пов'язані з небезпечною сексуальною поведінкою, і формування навичок менш ризикованої сексуальної поведінки⁷³.

Безумовно, одна з найбільш предметних цілей аутич-роботи з ЧСЧ — розповсюдження засобів захисту: презервативів, лубрикантів, гігієнічних серветок і забезпечення доступу до соціальних сервісів: організація контактів ЧСЧ з медиками, психологами, юристами, працівниками соціальної сфери⁷⁴. Це зумовлено саме поведінковою специфікою групи ЧСЧ. Різноманітні поведінкові дослідження, в тому числі в Україні, свідчать, що, навіть володіючи повним обсягом знань про ризики, представники групи дуже повільно змінюють моделі своєї ризикової сексуальної поведінки на менш ризиковані, практикують часту зміну партнерів, небезпечний секс, ігнорують засоби профілактики⁷⁵.

При здійсненні аутич-роботи з ЧСЧ часто виділяють таке завдання, як сприяння соціальній адаптації ЧСЧ, а саме інтеграції ЧСЧ до суспільно-активного життя (що здійснюється, зокрема, шляхом створення груп самодопомоги, посилення потенціалу спільнот, формування громадських організацій)⁷⁶. Це пов'язано з високим рівнем стигматизації та дискримінації групи в суспільстві. Дослідники зазначають, що програми профілактики серед ЧСЧ істотно хибують на недостатність досліджень серед ЧСЧ, включаючи дослідження їх поведінки та стосунків, стигматизації та криміналізації, а також правової дискримінації таких чоловіків.

⁷² Mamoto G. Report of clinical Services Training for Community Health Centres and privat Clinics providing STI Services for MSM in Jakarta. — Jakarta: ASA, 2002. — 28 p.

⁷³ Koblin Beryl A., Chesney Margaret A., Husnik Marla J. High-Risk Behaviors Among Men Who Have Sex With Men in 6 US Cities: Baseline Data From the EXPLORE Study// American Journal of Public Health. — 2003. — Vol. 93. — No. 6. — P. 926–932.

⁷⁴ Kelly J.A., et al. Randomised, controlled, community-level HIV-prevention intervention for sex-risk behaviour among homosexual men in US cities//The Lancet. — Vol. 350. —1997, November 22.

⁷⁵ Guanira J. et al. (2004). Second generation of HIV surveillance among men who have sex with men in Peru during 2002/XV International AIDS Conference. — Abstract WePeC6162. — Bangkok, 2004, July 11–16.

⁷⁶ Gorbach P. M., Galea J. T., Amani B., Shin A., Celum C. Don't ask, don't tell: patterns of HIV disclosure among HIV positive men who have sex with men with recent STI practising high risk behaviour in Los Angeles and Seattle // Sexually Transmitted Infections. — 2004. — P. 512–517.

Зважаючи на ці особливості, аутрич-робота має враховувати компонент соціальної адаптації. З цих же причин важливим є надання психологічної допомоги ЧСЧ: аутрич-працівники не є професійними психологами, оскільки для такої діяльності, як правило, використовують принцип «рівний — рівному», проте можуть і повинні вислухати свого клієнта й надати йому допомогу в рамках емпатії, а проінформувати про те, де можна отримати професійну психологічну допомогу, або перенаправити до іншого необхідного для нього сервісу з надання юридичної, медичної чи іншої допомоги.

Зрештою, до завдань аутрич-роботи з ЧСЧ відносять також проведення вже згадуваних досліджень — соціальних, епідеміологічних, поведінкових і етнографічних у середовищі ЧСЧ, та моніторинг ефективності програм, які проводяться⁷⁷.

При роботі з ЧСЧ залежно від обраної моделі аутрич-роботи працівники можуть використовувати різні *інструменти й методи*.

Одним із них є *аутрич-консультування ЧСЧ*: надання інформації в процесі аутрич-роботи з метою формування у клієнтів навичок менш ризикованої поведінки в різноманітних ситуаціях, надання інформації з актуальних для ЧСЧ питань. Тема й вид консультування визначаються конкретними ризиками, яким піддаються ЧСЧ. Консультування необхідно проводити на високому професійному рівні. Аутрич-працівник має вміти грамотно розповісти про проблему, з використанням термінів, авторитетно, демонструючи високий рівень підготовки, водночас «перекладаючи» сказане з професійної мови на мову клієнта⁷⁸. Можна виділити такі *підвиди* консультування в аутрич-роботі.

Консультування з питань ВІЛ/СНІДу. Основними правилами цього виду консультування є: нейтральність тверджень; неупередженість і компетентність подання інформації; збереження конфіденційності; надання емоційної підтримки; акцент на профілактику інфікування ВІЛ; повага права пацієнта приймати всі рішення, які його стосуються. Крім того, аутрич-працівник повинен мати певні знання. Необхідним мінімумом знань для подібного роду консультування є знання про імунну систему, шляхи передачі ВІЛ, симптоматику та стадії ВІЛ, лікування ВІЛ, історію епідемії ВІЛ-інфекції та епідеміологічну ситуацію в Україні. Серед навичок, які необхідні для консультування з питань ВІЛ/СНІДу, називають уміння слухати й розуміти по-

⁷⁷ Kwong-Lai Poon Maurice, Trung-Thu Ho Peter, Pui-Hing Wong Josephine. Developing a comprehensive AIDS prevention outreach program: a needs assessment survey of MSM of east and southeast Asian descent who visit bars and/or bath houses in Toronto//The Canadian Journal of Human Sexuality. — 2001. — Vol. 10. — No. 1–2. — P. 26.

⁷⁸ Silliman B. Building healthy marriages through early and extended outreach with youth//Journal of Psychology and Theology. — 2003. — Vol. 31. — No. 3. — P. 270–282.

треби, аналізувати ступінь ризику тих чи інших ситуацій, вміти висловити симпатію й підтримку так, щоби це сприяло ефективним і постійним змінам поведінки клієнта⁷⁹.

- 1) *Консультавання з питань захворювань, які передаються статевим шляхом.* У рамках такого консультавання аутич-працівник повинен володіти базовими знаннями про етіологію, симптоми, шляхи передачі та лікування таких захворювань, як хламідіоз, гонорея, сифіліс, короста, лобкові воші, кандидоз, генітальний герпес, конділоми, гепатити, трихомоніаз.
- 2) *Консультавання до і після тестування на ВІЛ.* Аутич-працівник для успішного консультавання має знати та вміти пояснити відмінності між різними видами тестування (аналіз на антитіла методами ІФА, імуноблотингу, полімеразної ланцюгової реакції) та вміти пояснити явище «серологічного вікна», або просто «вікна», — періоду, під час якого вірус в організмі вже є, а антитіла ще не виробились, і, відповідно, не визначаються тестами. Також аутич-працівник повинен мати інформацію про місце й час проведення тестування на ВІЛ, а, за необхідності, навіть мати спеціальні бланки направлень клієнтів до безкоштовних центрів тестування⁸⁰.
- 3) *Психологічне консультавання* (стосунки з близькими, проблеми в сім'ї, фінансові труднощі, депресія тощо). Що стосується психологічного консультавання, то якщо аутич-працівник не має психологічної освіти, він повинен проявляти емпатію, надавати підтримку і перенаправляти клієнта до більш кваліфікованого спеціаліста. У жодному разі аутич-працівник не має брати на себе функції психолога і розв'язувати проблеми клієнта, особливо в кризових ситуаціях⁸¹.
- 4) *Консультавання з питань участі в групах взаємодопомоги* та інших можливих заходах профілактичного проекту.
- 5) *Консультавання з питань отримання послуг* у профілактичному проекті (щодо допомоги лікаря, психолога, юриста тощо).
- 6) *Консультавання з питань безпечного сексу.* Підтримка змін у сексуальній поведінці залишається однією з найбільших проблем, а також однією з найголовніших цілей програм із профілактики ВІЛ-інфекції

⁷⁹ Foley Jessica M., Levant Ronald F. Using Community Outreach to Promote Integrated Health Care: A Pilot Project//Professional Psychology: Research and Practice. — 2006. — Vol. 37. — No. 2. — P. 125–131.

⁸⁰ Ward Kevin. Adult Education and the Working Class: Education for the Missing Millions (Radical Forum on Adult Education). — London: Croom Helm, 1986. — P. 195.

⁸¹ Osofsky Joy D. Community Outreach For Children Exposed To Violence//Infant Mental Health Journal. — 2004. — Vol. 25. — No. 5. — P. 478–487.

та ПСШ серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками. Ризиковану сексуальну поведінку важко змінити. Саме тут, більше ніж в інших видах консультування ЧСЧ, присутні елементи мотиваційного консультування. Аутич-працівник не тільки повинен розповісти про поняття й наслідки небезпечного чи безпечного сексу чи пояснити необхідність використання презерватива й лубриканту, але передусім надихнути й мотивувати клієнта до змін у його поведінці.

Базовим методом, який застосовується в більшості проєктів, що працюють із ЧСЧ, є мотиваційне інтерв'ю.

Одним із відносно інноваційних, проте ще не дуже поширених методів консультування, є так зване *короткотривале консультування*, введене до програм профілактики Джеймсом Діллем із Сан-Франциско. Дослідження серед 248 ЧСЧ, проведене ним, засвідчило, що частота ризикованої поведінки серед учасників дослідження знижується після консультаційної сесії, спрямованої на оцінку особистісної системи самовиправдання ризикованої сексуальної поведінки. В ході такої сесії клієнт описує ситуації, думки, емоції, погляди та ідеї, які були в нього на кожному етапі, який вів до сексуального контакту, а також оцінює ситуації сприйняття ризику⁸². Такий метод утручання при здійсненні аутич-роботи є складним, проте його орієнтованість на індивіда, конкретні ситуації ризику сприяє реальній зміні ризикованої сексуальної поведінки на менш небезпечну в середовищі ЧСЧ.

Поширення матеріалів як метод є достатньо старим для аутич-роботи. Якщо виявляється, що в спільноті, з якою працює аутич-працівник, не використовуються подібні послуги, він, після відповідного погодження з керівним центром, може взяти на себе це завдання.

Не менш важливою є *організація роботи на місцях*. Часто для того, щоби вибрати певні місця для здійснення заходів у рамках профілактичних програм, уникаючи тих місць, які будуть небезпечними для осіб, що займаються інформаційно-просвітницькою роботою, розробляють карту послуг. Після вибору таких місць можна визначити години пік, точки розміщення й можливості для інформаційно-просвітницької роботи. Для забезпечення ефективності й прийнятності такої соціальної роботи розробляються та поширюються матеріали для інформування, освіти й комунікації; важливо розуміти, як люди взаємодіють і спілкуються в місцях зустрічей. Рекомендується проводити оцінку ризикованої поведінки, знань, ставлення, потреб і реакцій представників кон-

⁸² Dilley J. W., et al. Changing Sexual Behavior Among Gay Male Repeat Testers for HIV: A Randomized, Controlled Trial of a Single Session Intervention // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. — 2002, June 1. — P. 177–186.

кретних груп населення в контексті профілактичних програм. Інформаційно-просвітницька робота на місцях також дає змогу проводити дослідження, а зібрані дані можна проаналізувати. Якщо обрані місця зустрічей є закладами, які спеціалізуються на послугах для ЧСЧ, потрібно встановити безпечні контакти з їх власниками й персоналом, можливо, спочатку стати їх клієнтом. Відносини з власниками й персоналом варто розвивати, роблячи спроби залучення їх до програми. Корисним може виявитися встановлення контактів із правоохоронними органами, щоби забезпечити захист тих, хто займається інформаційно-просвітницькою роботою на місцях.

Серед методів також виділяють організацію групових зустрічей, освітніх і промозаходів для ЧСЧ, які проводяться в рамках профілактичної програми чи організовуються агенцією з надання соціальних послуг.

Підсумовуючи, можна зазначити, що компонентами моделі аутич, як правило, стають інформування і консультування представників цільової групи, перенаправлення, дистрибуція матеріалів, запобігання проблемам із законом тощо.

Вибір методів і технік в аутич-роботі з ЧСЧ залежить від специфіки країни чи регіону. Найбільш поширеними є мотиваційне інтерв'ю, консультування з питань ВІЛ/СНІДу та перенаправлення. Менш популярними, проте цікавими й інноваційними є такі методи роботи, як короткотривале консультування, моделювання та рольові ігри, соціальний супровід.

Таблиця 4. Види роботи з ЧСЧ в українській моделі аутич

| Форма роботи | Місце здійснення роботи | Принципи роботи |
|----------------|---|--|
| Відкрита | У місцях відкритого збору ЧСЧ (плішки, парки, пляжі тощо) | Принцип рівності й доступності |
| Напіввідкрита | У дружніх до ЧСЧ закладах (кафе, бари, нічні клуби, сауни тощо) | Принцип обмеженого доступу |
| Закрита | У закритих місцях збору (квартири, дачі) | Принцип адресності |
| Мережева | У мережах і референтних групах (компаніях) | Принцип снігової кулі |
| Інтернет-аутич | В Інтернеті | Принцип переведення віртуальних зв'язків у реальну площину |

Так, до звичайних у цій моделі форм роботи (*відкрита, напіввідкрита*) додаються нові. Зокрема, для некиївських проектів і невеликих міст стала поширеною *закрита* форма аутич-роботи (аутич на приватних квартирах, дачах), більш характерна для домашньої моделі, хоча вона не є сервісом на дому. Можна прослідкувати прямопропорційну кореляцію між рівнем стигми й дискримінації та ступенем відкритості аутич-роботи: чим вища стигма, тим прихованішою є група ЧСЧ у місті, тим закритішими і менш доступними є клієнти, — тому для їх охоплення соціальними послугами агенціям необхідно підключати до роботи аутич-працівників, рекрутова-

них із-поміж самих ЧСЧ, які мають доступ до великої кількості компаній і місць збору ЧСЧ. Таким чином, саме для таких міст при відборі аутрич-працівників характерна вимога приналежності до цільової групи та велика кількість особистих контактів усередині групи.

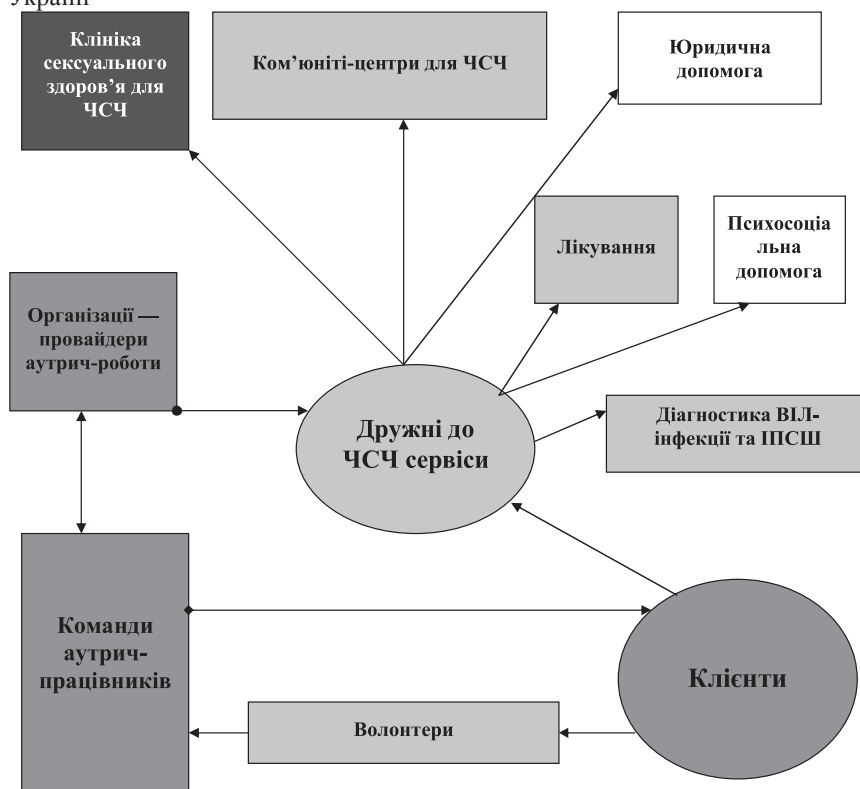
Також із не типових для віддаленої моделі форм роботи в Україні виникла *мережева* аутрич-робота з ЧСЧ, при якій трансляція інформації від аутрич-працівників до цільової аудиторії відбувається за ланцюгом зв'язків. Перспективність цієї форми аутрич для нашої країни простежується в тісному зв'язку зі здійсненням інтернет-аутрич, принципом якої теж є ланцюг зв'язків, що переводяться з онлайн-простору до реального. Можна прогнозувати, що цей тандем форм аутрич досить швидко розвиватиметься в Україні, особливо у віддалених від центру регіонах. Причиною того є, по-перше, вищий рівень стигматизації в невеликих містах, який робить небезпечними відкриті й напіввідкриті місця збору ЧСЧ та змушує представників цільової групи вести закритий і прихований спосіб життя. По-друге, безсумнівною причиною є швидкий розвиток Інтернету, який у віддалених регіонах часто стає єдиним джерелом інформації про здоров'я, сексуальне життя, профілактику, ризики та життя спільноти для ЧСЧ. Крім того, за допомогою інтернет-аутрич можна залучити до профілактичних проєктів і програм тих ЧСЧ, які не підтримують контактів із іншими представниками своєї групи і дуже піклуються про свою анонімність. Окрім того, в Україні почали розвиватись такі послуги, як онлайн-інформаційно-консультативні служби, що може вплинути на підвищення ефективності інтернет-аутрич, одночасно знизивши істотно його затратність.

Однією з успішних організацій, що імплементувала вуличний аутрич щодо ЧСЧ, є громадська організація «Гей-альянс», яка здійснює свою роботу в м. Києві. Команда організації розробила перші маршрути та графік роботи консультантів, які надають ЧСЧ інформацію про профілактику ВІЛ-інфекції, гепатиту С, повідомляють графік роботи візної амбулаторії, столичного громадського центру для ЧСЧ тощо. Аутрич-працівники є впізнаваними відвідувачами пляшок та інших місць збору та тими, до кого можна звернутися за допомогою в питаннях власного здоров'я. Таке визнання аутрич-працівників є результатом понад семирічної роботи «Гей-альянсу» та дало змогу розширити набір послуг, що надаються ЧСЧ.

У Києві функціонує громадський центр; у рамках проєкту «Тестостерон»⁸³ для ЧСЧ проводились дискусійні групи з питань чоловічого здоров'я, інформаційна робота в клубах; надаються інформаційно-психологічні консультації ЧСЧ на Національній лінії телефону довіри з проблем ВІЛ/СНІДу.

⁸³ Проєкт здійснювався БО «Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу» за підтримки DFID.

Мал. 2. Основні складові системи надання соціальних послуг для ЧСЧ в Україні



Умовні позначення:

- наявні елементи
- наявні в недостатньому обсязі
- майже відсутні елементи
- відсутні на сьогодні, але бажані елементи

Порівнюючи бажане з реальним, варто відмітити, що наявність тих чи інших елементів у системі надання послуг для ЧСЧ залежить від загального рівня розвитку цих сервісів у розрізі різних країн. Як бачимо зі схеми, поруч із такими сервісами як юридичні, медичні та психологічні, наявні два потужних спеціалізованих елементи — громадський, або *ком'юніті*-, центр та клініка сексуального здоров'я для ЧСЧ. Для України такі елементи все ще є більш бажаними, ніж реальними, тоді як подібні заклади є звичайними

для Великої Британії, Швеції, Нідерландів. Аналізуючи дані, отримані від експертів, можемо спрогнозувати дві тенденції в розбудові системи аутич-роботи з ЧСЧ в Україні.

Перша тенденція — це об'єднання різнорідних сервісів у одному закладі на кшталт громадського центру. Такий розвиток у наданні послуг дасть змогу створити толерантне середовище для отримання клієнтами послуг, зробити їх спектр повним, а систему перенаправлення клієнтів від аутич-працівників чіткою та ефективною. Крім того, при об'єднанні ресурсів кількох організацій і програм подібна практика може показати себе як вигідна з точки зору управління матеріальними ресурсами. Однак необхідною умовою створення таких центрів є відсутність вороже налаштованих до ЧСЧ осіб, які можуть перешкоджати роботі подібних закладів, а це потребує високого рівня лояльності й толерантності з боку суспільства. Саме тому ідея створення подібних центрів реалізована тільки у великих (за певними винятками) містах України — Києві, Одесі та деяких інших — і, як правило, за наявності кількох організацій (проектів), орієнтованих на роботу з ЧСЧ. Крім того, такий підхід є актуальним для великих міст, зважаючи на тенденцію міграції до них ЧСЧ з периферії, адже новоприбулі чоловіки часто не мають роботи, житла, грошей і через це нерідко вдаються до надання секс-послуг в обмін на житло, матеріальні блага. Дослідження, виконане Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України на замовлення «СНІД Фонду Схід-Захід» серед ЧСЧ у м. Києві 2005 року, підтверджує цю гіпотезу і доповнює картину даними про підвищений рівень ризикованої сексуальної поведінки серед ЧСЧ, які переїхали до столиці з інших регіонів⁸⁴.

Друга тенденція полягає у створенні мережі дружніх спеціалістів, які зможуть на належному рівні надавати різноманітні послуги ЧСЧ і база яких буде основою для перенаправлень від аутич-працівників. На цей час, на думку авторів, це реальніша перспектива, оскільки робота з окремими спеціалістами є продуктивнішою, ніж робота над зміною стереотипів у суспільстві в цілому. Така схема є прийнятною для невеликих міст/периферійних регіонів України, де рівень стигматизації групи ЧСЧ значно вищий, ніж у великих містах. Набагато легше знайти довірених лікарів, юристів, психологів, які співпрацюватимуть з аутиччачами, ніж змінювати суспільну думку щодо ЧСЧ. Проте в такій схемі є й низка небезпек. Так, дослідження, проведене у 2005 році в м. Києві згаданим вище Центром соціальних експертиз серед лікарів-дерматовенерологів, урологів і терапевтів, виявило дуже високий рівень стигми стосовно ЧСЧ серед респондентів, а також велику кількість міфів в уявленнях спеціалістів про цільову групу. Дослідники виділяють дві причини такого явища: по-перше, це низька зацікавленість лікарів у лікуванні й консультуванні ЧСЧ через хибні уявлення про відсутність

⁸⁴ Оцінка потреб навчання лікарів венерологів, урологів та терапевтів м. Києва щодо попередження поширення ППСШ та підтримки ЧСЧ: Звіт за результатами соціологічного дослідження/Центр досліджень соціальної реклами. — Київ, 2005. — С. 12.

специфіки у роботі з представниками цієї групи; по-друге, це висока табування теми сексуальних стосунків між чоловіками і неприйняття їх серед респондентів. Очевидним є і те, що в інших регіонах (тобто не в Києві) показники стигматизації ЧСЧ з боку медичних працівників ще вищі. Таким чином, до мереж дружніх спеціалістів мають передусім залучатися медики, які самі належать до групи ЧСЧ. Це, безумовно, полегшить роботу аутич-працівникам зі зниження тривожності і зменшення страхів у клієнтів при перенаправленні. Проте така практика є мало конструктивною у стратегічному сенсі, оскільки не сприяє зміні суспільної думки про ЧСЧ та інтеграції їх до соціуму, зменшує можливість побудови відкритих стосунків між клієнтами і медиками, юристами, соціальними працівниками. На сьогодні упереджене ставлення до групи спостерігається навіть серед працівників організацій, які з ЧСЧ працюють не так давно. Тому, якщо організація обере для себе побудову розгалуженої системи перенаправлень в аутич-роботі з ЧСЧ, вона має передусім подбати про цикл освітніх заходів для спеціалістів, залучених до проекту, а в перспективі — про запровадження спеціальних модулів, присвячених сексуальному здоров'ю, в системі медичної освіти.

Якщо аналізувати організацію соціальної роботи з ЧСЧ в Україні з точки зору її складових елементів, то ця модель наближається до *супервізорської*, поширеної в Нідерландах, оскільки команда формується з аутич-працівників, лідера команди та супервізора. Проте, на відміну від супервізорської, українська модель, як правило, виключає наставників-ровесників і підготовлених аутиччями волонтерів. Залучення волонтерів із середовища ЧСЧ відбувається досить повільно і проблематично, що зумовлено неможливістю мотивації волонтерів за допомогою суспільного або матеріального схвалення, перевагами при працевлаштуванні тощо. Саме висока стигматизація ЧСЧ з боку суспільства не дає змоги використовувати можливість таких заохочень для волонтерів. Більше того, в Україні є тенденція до профорієнтованого підходу соціальних працівників, які працюють з ЧСЧ: організації намагаються не тільки підбирати їх із підготовкою в супутніх сферах (медицина, психологія тощо), а й «підтягувати» їх до рівня психологів. Аналізуючи таку тенденцію з точки зору якості надання послуг, можна називати таку підготовку соціальних працівників ґрунтовною, довготривалою та ресурсомісткою. Це, безумовно, сприяє як якості надання послуг ЧСЧ, так і підвищенню авторитету соціальних працівників серед спільноти, а отже, зростанню репутації проекту/організації. Проте така схема роботи значно впливає на охоплення цільової групи послугами. Наприклад, за даними «Оперативної групи з чоловіків-геїв», яка працювала в Шотландії, готуючи аутичів за принципом «рівний — рівному», за дев'ять місяців інтервенцій групою було підготовлено 42 консультанти, які змогли охопити 1484 представників групи ЧСЧ. При цьому в українських проєктах показники набагато нижчі, а вимоги — вищі. Проєкт персональної специфікації соціального працівника, який працює з ЧСЧ, створений шляхом опитування експертів в Україні, наведено у додатку.

Розділ 10

Етичні, комунікаційні та психологічні проблеми в роботі з ЧСЧ

(Банас О. В., Семигіна Т. В.)

Загальна професійна етика соціального працівника є однаковою щодо всіх соціальних груп. Принципи професійної етики соціального працівника передбачають повагу до особистості та прав клієнта, прийняття його таким, яким він є, гнучкість у підходах тощо.

У процесі надання соціальних послуг ЧСЧ ключовими є толерантність і конфіденційність. Зокрема, конфіденційність важлива в умовах співпраці з медичними установами (перенаправлення на обстеження щодо ВІЛ, гепатитів) і передбачає повідомлення особистої інформації про клієнта тільки за його згодою. Всі соціальні працівники повинні бути попереджені про необхідність дотримання конфіденційності. Це стосується і проведення експрес-тестування на базі НУО, дотестового та післятестового консультування, складання індивідуального плану роботи з клієнтом тощо. Толерантність передбачає сприймання без агресії думок, які відрізняються від власних, а також особливостей поведінки та способу життя інших людей. Терпимість загалом — до чужого способу життя, поведінки, звичаїв, почуттів, ідей, вірувань⁸⁵.

Роботу з ЧСЧ варто також будувати на таких засадах:

1. Особиста відповідальність соціального працівника за небажані для клієнта і суспільства результати його діяльності. Представник соціальних служб повинен виступати з позицій можливого, цілеспрямованого, необхідного та бажаного результату.

2. Повага права клієнта на прийняття самостійного рішення на будь-якому етапі спільних дій є проявом загальної поваги до прав людини. Виходячи з цього, потрібно з'ясовувати не тільки проблеми клієнта, а й його потреби, бачення проблеми, кінцевого результату; всі дії треба добре обґрунтовувати й аргументувати. Клієнт має право відмовитися від них у будь-який момент, якщо його погляди змінились.

3. Прийняття клієнта таким, яким він є, передбачає особистісний підхід, урахування індивідуальних психологічних особливостей, можливостей. Іноді тактику взаємодії можна будувати таким чином, що, крім розв'язання проблеми, паралельно здійснюватиметься корекційний вплив на особистість. Зокрема, це стосується роботи груп самопомогі та психологічної підтримки для ЧСЧ.

4. Повнота поінформованості клієнта про застосовувані дії сприяє активізації його особистісного потенціалу. Дотримання цього принципу перед-

⁸⁵ Этика социальной работы: Материалы методологического семинара. — М.: СТИ, 2000. — С. 5.

бачає повагу прав клієнта та його гідності; зменшує ймовірність бездіяльності або здійснення помилкових дій з боку клієнта⁸⁶.

5. Відсутність будь-яких проявів стигматизації та упередженості щодо клієнта є обов'язковою умовою налагодження взаємовідносин співробітництва між соціальним працівником і клієнтом. Погляди, світогляд соціального працівника та клієнта можуть не збігатися, але не можуть бути причиною того, щоби соціальний працівник вважав свого клієнта неповноцінним, принижував у правах, ображав тощо. Соціальний працівник може тактовно викласти свою точку зору, якщо цього вимагає справа або просить клієнт, але повинен поважати думку клієнта, зокрема в питаннях проходження обстеження на базі мобільної амбулаторії, участі в тренінгових програмах чи заходах ком'юніті-центру.

Цінності у роботі з конкретним клієнтом (перелік Бістека):

- повага до особистості;
- індивідуалізація;
- конфіденційність;
- прийняття;
- неупереджене ставлення;
- ефективний прояв почуттів;
- самовизначення клієнта.

Повага до особистості — ставлення до клієнтів, яке виключає можливість дискримінації за кольором шкіри, релігією, статтю, віком, інвалідністю, сексуальною поведінкою, але передбачає врахування цих особливостей задля якнайкращого задоволення потреб клієнтів.

Індивідуалізація — уникнення в роботі небажаних стереотипів і ярликів, беззаперечне визнання унікальності кожного випадку, кожної особистості, ґрунтування роботи на ідеї, що люди є різними, хоч усіх їх об'єднує наявність внутрішньої гідності.

Конфіденційність — збереження у таємниці приватної інформації про клієнта.

Прийняття — терпиме розуміння та визнання почуттів, поведінки клієнта, співпереживання. Співпереживання пропонується тлумачити як здатність розуміти світ іншої людини, відобразити це розуміння за допомогою активного вислуховування та демонстрації співчуття, незважаючи на її негативні установки чи девіантну поведінку.

Неупереджене ставлення — уникнення оцінки моральних якостей клієнта, що не суперечить вивченню його характеристик, особливостей.

⁸⁶ Ярская-Смирнова Е. Р. Профессиональная этика социальной работы. — М., 1998. — С. 90.

Ефективний прояв почуттів — тактовне ставлення до почуттів клієнта, визнання його права говорити про них і виявляти навіть негативні почуття, а також «контрольоване емоційне залучення» як цілеспрямоване реагування на почуття клієнта.

Самовизначення клієнта — визнання побажань, права, спроможності клієнтів відповідати за свої дії, за винятком випадків застосування соціальними працівниками до клієнтів влади, обґрунтованої відповідними повноваженнями соціальних працівників або такої, що базується на законі.

Основні проблеми в комунікації з клієнтами з числа ЛГБТ обумовлені значною часткою *вуличної* аутич-роботи при наданні послуг. Зокрема, можливість повторної консультації обмежується появою клієнта на пліщі чи в іншому місці зборів ЧСЧ, оскільки особисту контактну інформацію представники групи надають неохоче.

Проте, як зазначалось, основним принципом, яким варто послуговуватися соціальному працівникові в контексті профілактики ВІЛ-інфекції, є толерантність до клієнта та нерозголошення особистої інформації — зокрема ВІЛ-статусу клієнта, особистісних проблем, що були виявленні під час консультування, проблем, винесених на групове обговорення, тощо. Важливим у контексті дотримання етичних принципів є психологічний стан клієнта. При наданні послуг соціальному працівникові потрібно уникати демонстрації особистого ставлення до групи ЧСЧ, загальнозживаної, але разом з тим стигматизуючої лексики, та жаргонізмів. Важливо зазначити, що використання самими клієнтами такої лексики допускається, оскільки вони є інсайдерами; з боку ж соціального працівника це буде сприйнято клієнтом як образа.

Розділ 11

Особливості роботи з представниками окремих підгруп ЛГБТ-спільноти

(Марченко Р. С.)

11.1. Пре-ЧСЧ та ЧСЧ віком до 18 років

За даними дослідження, здійсненого 2011 року Українським інститутом соціальних досліджень імені Олександра Яременка за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, чисельність ЧСЧ у віці від 10 до 19 років оцінюється в нашій країні у межах від 16,4 до 22,4 тис. осіб; для визначення оціночної чисельності ЧСЧ цієї вікової групи рекомендовано прийняти середнє значення зазначеного інтервалу, яке наближається до 20 тис. осіб⁸⁷. Ця категорія є досить важливою і водночас доволі важкодоступною в контексті профілактики ВІЛ-інфекції.

⁸⁷ Оцінка чисельності дітей та молоді вікової групи 10–19 років, що відносяться до груп ризику/ЮНІСЕФ, ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка». — За ред. канд. соціол. наук Балакіревої О. М. — К., 2011. — С. 35.

Першим аспектом, на який потрібно звернути увагу під час роботи з ЧСЧ віком до 18 років, є шляхи доступу до них. Особливістю цієї категорії є те, що вони переважно знаходять сексуальних партнерів в Інтернеті та на плішках. У першому випадку кожній організації потрібно розвивати соціальну роботу в Інтернеті з метою рекрутування представників цієї вікової групи до стаціонарного офісу (або іншого пункту надання послуг на базі організації), оскільки в Україні повноцінне консультування через Інтернет є мало-ефективним (клієнти не хочуть розповідати про свої сексуальні контакти, сексуальні практики та отриманий досвід віртуально).

11.2. ЧСЧ, які мають алкогольну залежність; ЧСЧ, які вживають наркотики неін'єкційним шляхом; ЧСЧ-СІН. Питання переадресації

Питання роботи з ЧСЧ, які мають алкогольну залежність, є досить складним, оскільки пов'язане з великою кількістю таких ЧСЧ, адже дослідження демонструють, що алкоголь є популярним у гей-середовищі.

Основні проблеми в роботі із зазначеними категоріями ЧСЧ: люди не визнають алкогольної залежності, коли вона виникає у них особисто; ін'єкційні наркотики не є популярними серед ЧСЧ, що спонукає не зізнаватися у їх уживанні; неін'єкційні наркотики малопопулярні — вони поширені здебільшого серед молодого покоління (віком до 25 років); активне споживання алкоголю призводить до збільшення обсягу небезпечних сексуальних практик.

Про популярність/непопулярність наркотиків свідчать результати дослідження 2009 року «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління»:

- Вживання ін'єкційних наркотиків серед ЧСЧ не є поширеним: лише 0,6% опитаних респондентів уживали наркотики ін'єкційним шляхом упродовж останнього місяця, ще 0,7% вживали їх раніше.
- Кожен десятий опитаний упродовж останнього року вживав неін'єкційні наркотики (11%), ще 5% повідомили, що вживали їх раніше. Практика вживання неін'єкційних наркотиків трохи більше поширена серед молодшої вікової групи (до 25 років): 14% проти 9% у віковій групі старших 25 років.

85% ЧСЧ вважають нормальною практику споживання алкоголю, причому така відповідь є характерною серед всіх вікових категорій. Причини широкомасштабного вживання алкоголю: високий рівень стигми та дискримінації; високий рівень внутрішньої гомофобії; постійні проблеми у стосунках із родиною та колегами по роботі, негаразди в особистому житті та, мабуть, досить високий рівень вживання алкоголю серед загального населення тощо.

Основна модель соціальної роботи з такою групою клієнтів — переадресація та мотивація до застосування методів зменшення шкоди. Це пов'язано

з тим, що робота з будь-яким видом залежності — копітка і вимагає тривалої спеціальної підготовки, якої зазвичай не мають соціальні працівники. Проте політика зменшення шкоди, яку запроваджують соціальні працівники в усьому світі, повною мірою стосується й групи ЧСЧ. Більшість ЧСЧ-сервісних організацій в Україні не надають на базі громадських центрів чи офісів послуг для нарко- та алкозалежних, тому потрібно налагоджувати ефективну переадресацію таких клієнтів до відповідних фахівців медичної сфери.

Переадресація клієнтів можлива в рамках тієї організації, яку представляє соціальний працівник (за наявності відповідних спеціалістів), до сторонніх спеціалістів або інших організацій чи установ. Для професійної діяльності аутич-працівникові потрібно володіти інформацією щодо відповідних спеціалістів чи організацій, які можуть допомогти клієнтові, та мати їх контакти. Така інформація може бути роздрукована завчасно, видана у відповідному інформаційному матеріалі, або соціальний працівник може тримати її в пам'яті та за необхідності повідомляти клієнтові.

Основні теми питань, які можуть потребувати переадресації:

- Медична тема: скарги клієнта на стан здоров'я; питання, пов'язані з глибинними знаннями про певні хвороби; потреба в тестуванні чи лабораторних аналізах тощо.
- Психологічна тема: ознаки депресії, бажання суїциду, питання самореалізації, проблеми самооцінки, проблемні стосунки з членами родини та коханими тощо.
- Правозахисна тема: скарги клієнта на проблеми з міліцією (організація самостійно визначається з напрямком переадресації — це може бути як інша організація, так і приватний юрист або адвокат за попереднім узгодженням).
- ВІЛ-позитивний статус: питання, пов'язані з дальшим життям і подальшими діями, з бажанням спілкуватися з іншими людьми із таким же статусом тощо.
- Бажання розважитись: питання, пов'язані з дозвіллям у вашому та інших містах, та питання, пов'язані з бажанням отримати сексуальне задоволення.

Переадресація до іншої організації (громадської, благодійної) чи ініціативної групи відбувається й тоді, коли клієнт потребує специфічної підтримки чи допомоги, що не надається у вашій організації (наприклад, ви працюєте з геями та бісексуалами, а до вас звернулася лесбійка).

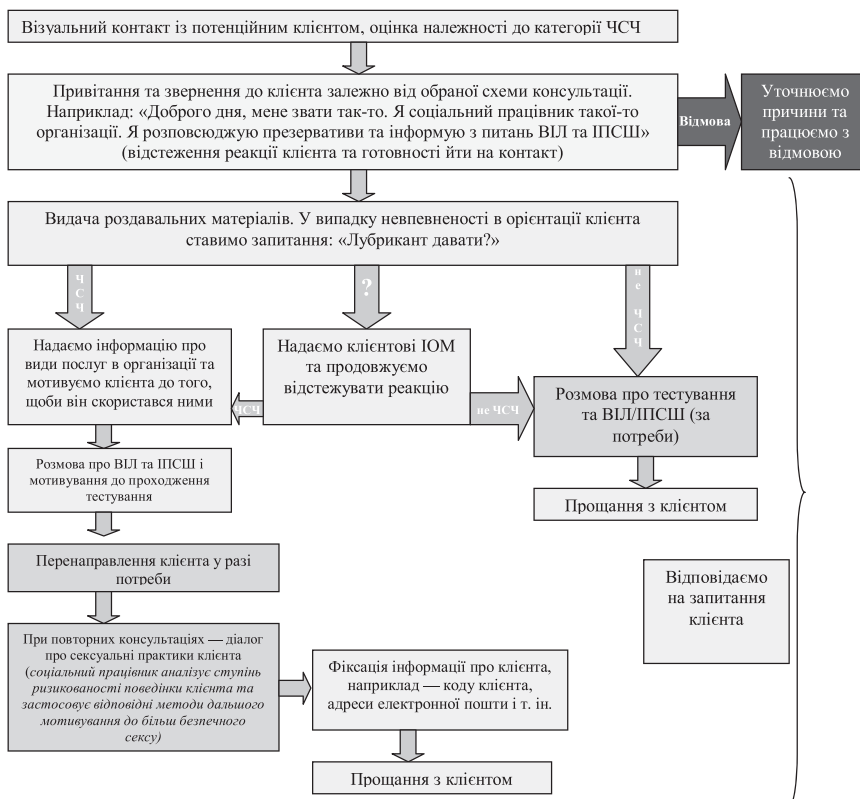
Важливо: якщо соціальний працівник не впевнений у достовірності інформації, то її краще не надавати, оскільки це зруйнує довіру до вас та до вашої організації як з боку клієнта, так і з боку його друзів.

Вагомим аспектом переадресації є соціальний супровід та мотивування клієнта для досягнення ним певних цілей. Важливу роль соціальний працівник виконує при супроводі на тестування (особливо вперше в житті клієнта), вакцинацію (наприклад, від гепатиту В), до психолога, а також при бажанні клієнта взяти участь у групових заходах (особливо вперше). Для успішного мотивування клієнта необхідно знати потенційні наслідки (як позитивні, так і негативні) його звернень до відповідних спеціалістів чи організацій та поінформувати про них.

Успішність переадресації залежить від мотивування клієнта та від достовірності інформації; від зручності та доступності послуги, щодо якої виконується переадресація.

11.3. Алгоритм консультування ЧСЧ аутич-працівником. Закриті та відкриті ЧСЧ

Мал. 3. Базова схема первинної консультації клієнта соціальним працівником (на базі досвіду ГО «Гей-альянс», м. Київ)



Групу ЧСЧ можна розподілити за принципом відкритості перед суспільством — наскільки клієнт готовий відверто говорити про свою орієнтацію та спосіб життя. Характерними є дві категорії: повністю закриті ЧСЧ («Я — хто, гей?! Та ніколи!»); та відкриті ЧСЧ, які досить відверто йдуть на контакт.

Під час консультування *закритих* ЧСЧ потрібно звернути увагу на таке:

- не ставити запитання щодо орієнтації, а тим більше — щодо камінауту;
- надати максимально інформацію про ВІЛ та ІПСШ і зручні для клієнта місця тестування на них;
- за максимально зручних умов (соціальний працівник упевнений, що перед ним представник цільової аудиторії, а клієнт не проти того, щоб узяти інформаційні матеріали) надати ІОМ про камінаут, про вашу організацію і т. д.

Дальше заглиблення на «приватну територію» клієнта може призвести до фізичного конфлікту чи протистояння, тому соціальний працівник повинен досить уважно відстежувати жести й міміку клієнта та за потреби завершити консультацію. Результат: при зверненні до місць тестування клієнт отримує консультацію лікаря; прочитавши ІОМ, він, можливо, з часом звернеться до організації або до соціального працівника за повторною консультацією.

Консультування *відкритих* ЧСЧ ліпше проводити у вигляді «поглибленого інтерв'ю». Основні особливості методу:

- Запитусмо про сексуальний досвід і сексуальні практики та уважно слухаємо відповідь.
- «Уживаємось» у роль клієнта — виявляємо емпатію (найкращий метод — пригадайте себе у віці до 18 років).
- Будьте максимально правдиві та відверті в розмові.
- Поважайте клієнта, незалежно від почутої інформації.
- Слідкуйте за власними жестами та мімікою (не дивуйтесь, не засуджуйте, не робіть висновків про його неадекватність тощо).

Звісно, значну увагу потрібно приділити питанню сексуального досвіду клієнта та його методам захисту від інфікування (якщо захист був). Якщо клієнт практикує ризиковий секс, то основне запитання — чому? Дізнавшись про причину, можна пропонувати альтернативу чи заміну. Якщо причина виходить за рамки Вашої компетенції (наприклад, причина психологічна), необхідно переадресувати клієнта до відповідного фахівця.

Якщо у клієнта ще не було сексуальних контактів взагалі чи саме з чоловіками, основне завдання — інформування та попередження про наслідки незахищених контактів, оскільки більшість ЧСЧ вступають у свої перші сек-

суальні контакти, не застосовуючи індивідуальних бар'єрних засобів, — і це відбувається через необізнаність. Важливим також є питання профілактики. Для того, щоби краще зрозуміти сексуальний досвід клієнта, можна поставити провокаційне запитання, наприклад: «Безпосередньо перед початком статевого акту Ваш партнер інформує Вас про відсутність презерватива. Що Ви будете робити?» Залежно від відповіді, будемо далі нашу інформаційну тактику. Якщо клієнт повністю відмовляється від захищеного сексу, проінформуйте про шляхи зменшення шкоди та наявний ризик інфікування.

Розділ 12

Стандарт якості соціальних послуг з профілактики ВІЛ серед осіб з високим ризиком інфікування статевим шляхом

(Банас О. В.)

Якщо розглянути Стандарт надання соціальних послуг з профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб з високим ризиком інфікування ВІЛ статевим шляхом⁸⁸, який діє в Україні з 1 листопада 2010 року, то його основною метою є зниження рівня інфікування ВІЛ статевим шляхом та ІПСШ серед працівників секс-бізнесу, споживачів ін'єкційних наркотиків та ЧСЧ. Це перший зареєстрований Міністерством юстиції України нормативний документ постійної дії, де в тексті прописано алгоритм роботи з ЧСЧ.

Робота з цією групою ведеться переважно недержавними організаціями, відповідно до розроблених проєктів. Проте, як і діяльність організацій, так і види послуг, які ними надаються, можуть відрізнятися залежно від віку ЧСЧ, толерантності місцевої спільноти, можливості отримувати медичні послуги тощо.

Важливо зазначити, що передбачений у Стандарті порядок є таким:

- Соціальні послуги надаються на основі звернення особи з високим ризиком інфікування ВІЛ статевим шляхом у відповідні органи або заклади, служби, організації, до фізичних осіб, які надають соціальні послуги.
- Соціальні послуги надаються за умови інформованої, добровільної, письмової чи усної згоди клієнта на їх отримання.
- Інформація особистого характеру, що стала відома співробітникам закладів, служб, організацій у наданні соціальних послуг, є конфіденційною і становить професійну таємницю.

⁸⁸ Затверджений спільним наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України від 13 вересня 2010 року № 3123/275/770. — <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0904-10>.

- Соціальні послуги, враховуючи специфіку осіб секс-бізнесу, можуть надаватись у результаті аутрич-роботи фахівців, але на основі активного включення в процес клієнта, розуміння ним змісту заходів, методів та кінцевого результату.

Стандарт є базовим документом для надавачів послуг, тобто зазначений в документі перелік є мінімальною основою для роботи, а не вичерпним списком. Кожен клієнт повинен отримати консультування з питань безпечної поведінки, доступності послуг, мотивування до тестування на ВІЛ/ІПСШ, мати можливість за бажанням відвідати тренінг чи інформаційну лекцію з формування безпечної поведінки (враховуючи аспект вживання наркотиків та алкоголю), профілактики та виявлення симптоматики ІПСШ (включаючи гепатит), мати можливість отримати перенаправлення на діагностику в умовах лабораторії ВІЛ, ІПСШ, консультацію дерматолога, терапевта, інформаційні матеріали щодо ВІЛ та ІПСШ, брати участь у роботі груп самопомогі або психологічної підтримки. Завдання надавача послуг, що працює у сфері профілактики ВІЛ-інфекції з групою ЧСЧ, — такі можливості створити.

У Стандарті розписаний зміст кожної з цих послуг, необхідні навички осіб, які їх можуть надавати, та діяльність, якою можна розширити мінімальний пакет.

Ось, для прикладу, зміст психологічних послуг для осіб з високим ризиком інфікування ВІЛ статевим шляхом:

1. Психологічні консультування з питань психологічного стану, які сприяють поліпшенню стосунків з оточуючим соціальним середовищем (у тому числі у сім'ї), підвищенню відповідальності у ставленні до власного здоров'я, мотивуванню до комплексного отримання послуг, обговоренню складних життєвих обставин та спрямовані на надання клієнтові допомоги в застосуванні внутрішніх ресурсів для подолання його проблем. Послуга надається соціальним працівником, психологом.

2. Проведення тренінгів, якість яких оцінюється за їх впливом на формування у клієнта-ЧСЧ більш безпечної поведінки, на вирішення складних життєвих обставин клієнта та розв'язання конфліктних ситуацій, які його стосуються. Тренінги повинні відповідати потребам клієнтів, у тому числі сприяти подоланню складних життєвих обставин, усунення з життя клієнта шкідливих стереотипів поведінки, подоланню стресових ситуацій, сприяти адаптації клієнтів до сучасних соціально-економічних умов життя. Послуга надається соціальним працівником, психологом, які мають тренерський досвід не менше року, або іншим спеціалістом, який має досвід проведення тренінгів цієї тематики.

3. Надання психотерапевтичної допомоги кваліфікованими медичними працівниками — психотерапевтами та психіатрами, які є залученими спеціалістами соціальних служб і відповідних партнерських медичних установ.

4. Сприяння залученню ЧСЧ до груп самопомогі для забезпечення стабілізації їх психоемоційного стану, підтримки та зміцнення психічного здоров'я, підвищення стресостійкості, передусім у сфері міжособистісних стосунків і спілкування. Послуга надається соціальним працівником, аутич-працівником, волонтером.

5. Варто зазначити, що важливим компонентом надання якісних психологічних послуг клієнтам-ЧСЧ є соціально-психологічна підтримка психологом надавачів соціальних послуг, у тому числі волонтерів.

6. Іншою важливою частиною Стандарту є розділ про зміст соціально-медичних послуг, де зазначається, що відповідно до встановленого графіка, доведеного до відома клієнтів, повинне проводитися їх мотивування до проходження ДКТ — дотестового консультування, тестування за допомогою експрес-тестів на наявність антитіл до ВІЛ, післятестового консультування. а

7. Одним із важливих завдань профілактичної роботи є мотивування клієнтів із позитивним результатом швидкого тесту на звернення до місцевого центру СНІДу та/або соціальний супровід таких клієнтів для уточнення ВІЛ-статусу і отримання ними необхідної допомоги. Інформацію про проведення консультування й тестування вносять до журналу реєстрації добровільного до- та післятестового консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію (форма первинної облікової документації № 503/о). Процес дезінфекції та утилізації використаних матеріалів здійснюється згідно з чинними нормативними документами, затвердженими МОЗ України (закуповуються дезінфектанти, ємності для відпрацьованого матеріалу та проведення дезінфекції, халати, захисні окуляри, латексні рукавички тощо). Можливою є закупівля засобів для мотивації клієнтів до участі в ДКТ (чай, кава, печиво). Робочі місця з надання послуг ДКТ укомплектовуються Інструкцією з профілактики внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією та аптечкою для надання термінової медичної допомоги медичним працівникам та технічному персоналу лікувально-профілактичних закладів відповідно до наказу МОЗ України від 25 травня 2000 року № 120 «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД». Неурядові організації мають обов'язково укласти угоду з місцевим центром СНІДу (а якщо такого немає — з іншим уповноваженим закладом) про спільну реалізацію проекту з надання послуг ДКТ з використанням швидких тестів. Виконавці мають бути забезпечені транспортом для мобільних пунктів, проїзними квитками для аутич-працівників і волонтерів польових маршрутів.

ДОДАТОК

Соціальний працівник, який працює з ЧСЧ: персональна специфікація

| Досвід і особисті якості | Знання та навички, знання |
|---|---|
| Необхідні вимоги | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Досвід роботи або волонтерської діяльності серед геїв та/або бісексуалів 2. Здатність виявляти ініціативність 3. Здатність працювати впевнено, незалежно від різноманітних індивідуальних ознак клієнтів-ЧСЧ 4. Розуміння важливості дотримання конфіденційності в соціальній роботі 5. Ентузіазм та активний підхід до роботи 6. Готовність працювати в парі/команді 7. Готовність дотримуватися правил і процедур, прийнятих в організації 8. Готовність працювати за гнучким графіком, у тому числі у вечірній/нічний час, у вихідні | <ol style="list-style-type: none"> 1. Знання проблем, які стосуються людей, які живуть з ВІЛ, — професійне або особисте 2. Знання про проблеми ЧСЧ та супутні питання 3. Комунікаційні навички: здатність доступно спілкуватись та інформувати про ВІЛ і статеве здоров'я 4. Навички роботи в команді 5. Навички надання консультаційних послуг як при особистому спілкуванні з клієнтами, так і по телефону в емпатійній, неосудливій манері, поважаючи різний стиль життя та різний досвід клієнтів 6. Базові комп'ютерні навички (Word, Excel) |
| Бажані якості | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Чоловік із чоловічим ґендером 2. Ідентифікує себе як гей чи бісексуал 3. Досвід надання соціальних послуг іншим категоріям клієнтів/досвід роботи в супутніх сферах | <ol style="list-style-type: none"> 1. Достатні знання про шляхи передачі ВІЛ і статево здоров'я 2. Розуміння проблем стигматизації та дискримінації та їх впливу на життя клієнтів 3. Навички роботи з волонтерами та вміння здійснювати відповідну супервзію |