



фото на обкладинці: © David Gillanders

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

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

**Київ, 2006**

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

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

Вони забуті, невидимі, занедбані – обличчя у п'їтьмі.

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

Автор звіту: Аня Тельчик (ФРН)

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

### **ЮНІСЕФ**

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

### **МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід”**

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

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

**Видано ЮНІСЕФ**

**Наклад 1000 примірників**

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

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

## ПОДЯКИ

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

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

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

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

**Особистий веб-сайт Девіда Гілландерса: [www.davidgillanders.com](http://www.davidgillanders.com).**

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

## ЗМІСТ

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

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

## Перелік скорочень

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

## 1. ВСТУП ТА ІСТОРІЯ ПИТАННЯ

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

Діти та молодь, які живуть або працюють на вулицях, – не нове явище в Україні та країнах Центральної і Східної Європи (ЦСЄ), а також Співдружності Незалежних Держав (СНД). У Радянському Союзі після більшовицького перевороту та громадянської війни у 1920-х роках приблизно сім мільйонів дітей, котрі жили на вулицях і чий батьки пропали безвісти або загинули, було поміщено у дитячі будинки<sup>2</sup>. Радянський режим характеризувався потужною соціальною системою з великою мережею фінансованих державою дитячих закладів інтернатного типу включно. Радянська держава перебрала на себе багато обов’язків батьків, тим самим посиливши їх залежність від державної підтримки та державної інфраструктури. Багато громадян навіть вважали інтернатні заклади кращим місцем для виховання дітей, аніж сім’я<sup>3</sup>. Певною мірою подібні судження можна й зараз зустріти в Україні. Є батьки, котрі залишають своїх дітей під дверима дитячих будинків або інтернатів, сподіваючись, що ці державні заклади забезпечать кращий догляд, аніж той, що вони можуть дати самі<sup>4</sup>. Радянські дитячі заклади могли стримувати дітей від вулиці через систему суворого контролю та покарання втікачів, однак світова практика довела, що тривале утримання у спеціальних закладах може мати багато негативних наслідків для дітей та молоді, оскільки вони часто виявляються не підготовленими до самостійного життя<sup>5</sup>.

Явище дітей та молоді, які живуть або працюють на вулицях, знову поширилося в Україні після розпаду радянської системи. Реформи, що проводилися в той час, головним чином зосереджувалися на ринковій трансформації економіки, приватизації та створенні відповідного політичного й правового поля. Перехідні процеси залишили систему соціального забезпечення, а також сектор суспільної охорони здоров’я без достатнього фінансування та занедбані. Наприклад, загальний бюджет соціального захисту дітей становив у 2005 році \$ 660 000<sup>6</sup>. Заходи з реструктуризації систем соціального захисту запроваджувалися надто повільно і без достатнього фінансування. Відсутня була стратегія, а негативні наслідки фундаментальних змін, які сталися у відносинах між українською державою та її громадянами з початку 1990-х, належним чином не долалися, українські громадяни почали отримувати менше державної підтримки і більше відповідати за власний добробут.

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

ї допомоги, які українська держава гарантує своїм громадянам. Соціальна допомога розподіляється нерівномірно, що призводить до недостатньої підтримки саме тих сімей, котрі найбільше цього потребують. Багато дитячих будинків у тяжкому становищі. Часто коштів, виділених для цих будинків, бракує навіть для забезпечення відповідного харчування й одягу дітям та гідних зарплат працівникам закладів<sup>7</sup>.

Перехідні процеси призвели також до виникнення в країні величезного розриву між багатими та бідними<sup>8</sup>. Понад 20% населення України живе у бідності, а 3% – у надзвичайній бідності, тобто живуть менш ніж на \$1 на день<sup>9</sup>. Рівень безробіття високий, і кількість злочинів із зафіксованих у 1980 р. 393 на 100 000 населення зросла до 1162 у 1997 році<sup>10</sup>. Кількість неблагополучних сімей також зросла. Спільною причиною всіх цих проблем є матеріальні труднощі в родині, що призводять до виникнення низки інших проблем, передусім у взаєминах між батьками і дітьми, та до того, що хтось із них починає займатися небезпечною чи незаконною діяльністю. Загальне порушення нормального спілкування між батьками та дітьми часто пов'язане з браком емоційної взаємопідтримки у сім'ї та неспроможністю з боку соціальних служб надати адекватну допомогу в разі серйозної хвороби або смерті одного чи більше членів родини, виникнення інших складних проблем. Виїзд одного з батьків на заробітки може стати причиною того, що дитина залишається без догляду протягом тривалого часу або ж зазнає домашнього насильства та жорстокого поводження, або втягується до злочинної діяльності, починає вживати наркотики<sup>11</sup>. Це негативно позначається на стані здоров'я дітей та молоді. Очікувана тривалість життя при народженні в країні продовжує знижуватися<sup>12</sup>, і дві головні епідемії – ВІЛ і туберкульозу – загрожують Україні, підвищуючи і без того високий рівень смертності у державі.

Нереформованість і занепад колишньої радянської системи соціального забезпечення та догляду за дітьми, а також труднощі перехідного періоду справили драматичний вплив на стан сім'ї в Україні. Діти та молоді люди особливо уразливі. За даними Департаменту з усиновлення та захисту прав дитини Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, складна ситуація вдома чи в дитячому закладі є головною причиною того, що тисячі дітей в Україні пішли на вулиці. Явище дітей та молоді, які живуть та працюють на вулицях України, можна пояснити поєднанням цих ситуацій. Відсутність догляду, насильство, психологічні травми та нестатки можуть завдати серйозної шкоди дитині чи молодій людині в період становлення особистості і призвести до фізичних, психологічних, соціальних проблем. Сучасна соціальна політика з питань житла, працевлаштування та соціальних виплат<sup>13</sup>, криміналізація споживачів наркотиків тощо призводять до неспроможності створити захисне середовище для дітей та молоді (ці питання детальніше висвітлено в наступних розділах).

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

й кримінальними видами діяльності. Вони зазнають дискримінації та насильства, а також сексуальної експлуатації, інших негативних факторів, долучаються до вживання алкоголю та наркотиків. Вони, найімовірніше, будуть позбавлені змоги отримання послуг у сфері охорони здоров'я, освіти та соціальної допомоги, зазнаватимуть надзвичайно високого ризику фізичних та психічних проблем, які є не тільки наслідком попередніх обставин, а й прямом пов'язані їхнім життям на вулицях<sup>14</sup>.

За офіційною статистикою, чисельність населення України на кінець 2006 року становила майже 47 мільйонів осіб, з яких близько 10 мільйонів молодші від 18 років. Із них приблизно 62 000 дітей постійно мешкають у спеціальних закладах. В Україні немає офіційної статистики щодо загальної кількості (“вихідних даних”) дітей та молоді, котрі живуть та працюють на вулицях, але оцінки, надані урядовими та неурядовими організаціями (тут і далі об'єднаними терміном “надавачі послуг”) чи дослідницькими інститутами, говорять про цифру від 40 000 до 300 000. Останні оцінки чисельності цього прошарку населення, що використовуються як вихідні дані для обчислення того, скільки дітей у віці від 10 до 18 років найімовірніше зазнають впливу ВІЛ і можуть потребувати відповідних послуг, становить 115 000<sup>15</sup>. Для двох міст – Києва та Одеси, де проводилося опитування, результати якого використано в цьому звіті, чисельність дітей та молодих людей, котрі живуть та працюють на вулицях, оцінювалася відповідно в 12 000 і 4000 осіб. Однак огляд літератури та досліджень показав, що багато оцінок, зроблених у минулому, були перебільшеними або ж ґрунтувалися на безсистемних оцінках чи підрахунках<sup>16</sup>. Тому попередні підрахунки для України в цілому щодо Києва та Одеси необхідно використовувати з обережністю, оскільки серед постачальників послуг немає згоди щодо методу підрахунку чи визначення дітей і молоді, які живуть та працюють на вулицях. Відповідно цей звіт ґрунтується на факті, що справжня вихідна цифра невідома. Оскільки реальний масштаб проблеми не визначено, важко планувати і впроваджувати адекватні національні та регіональні програми її подолання.

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

Останнім часом було зроблено суттєвий крок у зв'язку із розробленням чотирьох документів та програм. Це “Концепція державної програми” 2006 року (“Державна концепція-2006”) і “Державна програма подолання дитячої безпритульності та бездоглядності на 2006–2011 роки” (“Державна програма подолання дитячої безпритульності та бездоглядності на 2006 рік”). Третій документ – *“Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 року”* (“Дорожня карта”); його було розроблено робочою групою у складі багатьох зацікавлених сторін за підтримки Об’єднаної програми ООН із ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) у квітні 2006 року. “Дорожня карта” визначає цю групу як таку, що найбільше зазнає ризику зараження ВІЛ унаслідок впливу як середовища проживання, так і ризикованої поведінки, і наголошує на потребі впровадження базового пакета профілактики ВІЛ та охорони здоров’я для даної категорії<sup>17</sup>. Четвертий документ – *“Заявка до Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією”* (“Заявка України до ГФСТМ-2006”), котра включає “дітей вулиці” у віці від 10 до 18 років як одну з основних цільових груп щодо запобігання ВІЛ на 2007–2011 рр<sup>18</sup>.

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

## 2. ВИЗНАЧЕННЯ ЦІЛЬОВОЇ ГРУПИ

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

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

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

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

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

Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) використовує термін “діти, які живуть або працюють на вулицях”<sup>2</sup>. Для даного звіту термін ЮНІСЕФ було вибрано і трохи змінено на “діти та молодь, які живуть або працюють на вулицях”, аби адекватно відобразити ситуацію в Україні, де молоді люди<sup>3</sup>, зокрема у віці 19 років і трохи старшому, часто є членами груп дітей, які живуть або працюють на вулицях, і справляють вплив на багатьох молодших членів угруповання.

ЮНІСЕФ також дає таке визначення поняття “діти вулиці”:

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

2. Діти, які підтримують зв'язок із родиною, але через бідність, жорстоке поводження чи інші причини проводять більшість своїх днів, іноді й ночей на вулиці.
3. Діти, які формально мешкають у державних дитячих будинках чи притулках, але з тієї чи іншої причини втекли звідти і зараз живуть на вулиці<sup>4</sup>.

Ці категорії критикували за те, що вони не повністю відображають численні передумови того, чому діти обирають для себе життя на вулиці<sup>5</sup>. Однак, зважаючи на складнощі з українським юридичним визначенням та неадекватністю інших згаданих категорій, критерії ЮНІСЕФ застосовувалися при доборі осіб для проведення інтерв'ю під час опитувань у містах Києві та Одесі, про що йдеться в наступному розділі.

### 3. ПРИЗНАЧЕННЯ ОЦІНКИ ТА ЗВІТУ

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

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

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

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

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

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

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

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

Друга частина оцінки складалася на підставі даних інтерв’ю та анкетних опитувань, проведених МБФ “СНІД Фонд Схід-Захід” у співпраці з ЮНІСЕФ<sup>2</sup> протягом періоду з листопада 2005 р. по квітень 2006 року. Конкретна мета опитувань полягала у базовому дослідженні поведінки, ставлення, практики і знань стосовно потреб і вимог дітей та молоді, які живуть та працюють на вулицях Києва й Одеси, ставлення надавачів послуг до цільової групи та доступності й відповідності існуючих служб підтримки для забезпечення поточних потреб здоров’я загалом і статевого здоров’я та ВІЛ і СНІДу зокрема, а також освіти, дозвілля, стигматизації та дискримінації, експлуатації та вживання наркотиків. Ще однією метою опитування було доповнення результатів аналізу ситуації та порівняння поглядів надавачів послуг із поглядами цільової групи.

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

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

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

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

Головні обмеження опитування були такими:

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

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

### 4.1. Розподіл за віком і статтю

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

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

Таблиця 1

Віковий розподіл (Київ)

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

Таблиця 2

Віковий розподіл (Одеса)

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

Ці результати також збігаються з результатами, отриманими при проведенні кількісних та якісних досліджень в інших країнах<sup>1</sup>.

## 4.2. Походження

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

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

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

## 4.3. Рівень письменності та освіти

Загалом рівень письменності в Україні дуже високий (99%)<sup>2</sup>, як і коефіцієнт охоплення початковою освітою (за офіційною статистикою становив у 2005 році 91,8%). Адміністративні дані, зібрані в Україні у 2004 році, свідчать, що 99% школярів досягають п'ятого класу<sup>3</sup>. Однак дані інтерв'ю з надавачами послуг та результати опитування у Києві й Одесі свідчать, що переважна більшість цільової групи належить до 1% населення України, чий рівень письменності та освіти дуже низький.

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

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

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

Таблиця 3

Вік, коли респонденти припинили відвідувати школу (Київ)

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

Таблиця 4

Вік, коли респонденти припинили відвідувати школу (Одеса)

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

Порівняння з дослідженнями, проведеними в інших країнах, свідчать, що більшість дітей і молоді, які живуть та працюють на вулицях цих країн, також мають низький рівень грамотності й освіти і щонайменше половина з них більше не відвідують школу<sup>4</sup>.

#### 4.4. Віра та релігія

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

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

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

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

#### 4.5. Стосунки із сім'ями та опікунами

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

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

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

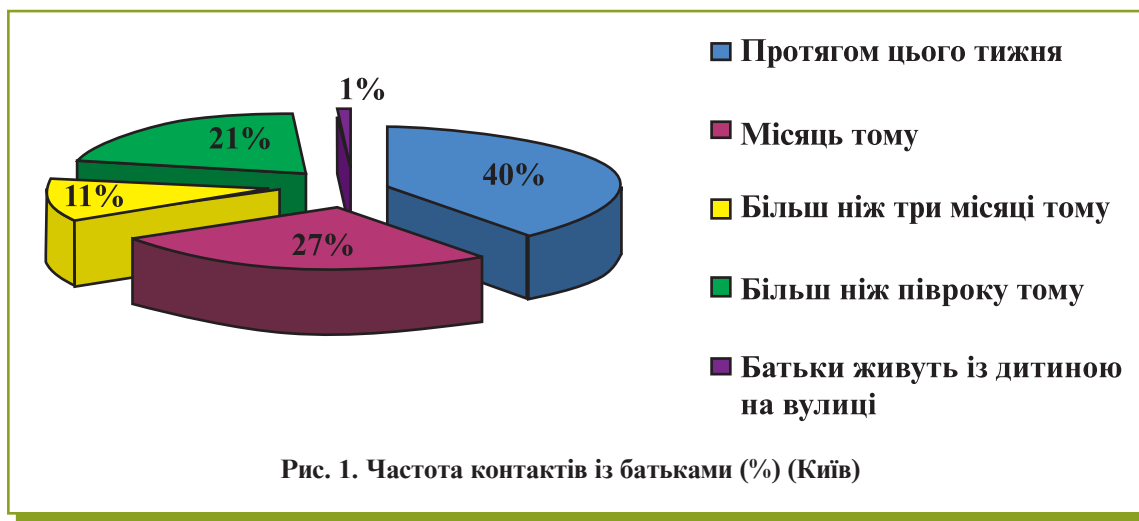
- поява нової дитини в сім'ї, біологічного або зведеного брата чи сестри;
- відмова визнавати авторитет іншого члена сім'ї чи опікуна;
- авторитаризм батьків;
- девіантна поведінка дитини чи молодої людини;
- взаємне нерозуміння, яке може перейти певну межу навіть у сім'ях із добрими стосунками.

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

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

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

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



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

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

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

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

## 4.6. Стан здоров'я та небезпека для здоров'я

### 4.6.1. Загальні проблеми здоров'я

Діти та молодь, які живуть на вулицях у всьому світі, не тільки стикаються з браком життєвих ресурсів, але й мешкають у середовищі, яке часто буває шумним, брудним, насильницьким, небезпечним та байдужим. Як правило, у них обмежений доступ до служб охорони здоров'я, вони часто стають об'єктами насильства, займаються небезпечними видами діяльності, вживають наркотики та інші подібні речовини, стикаються з величезною кількістю ризиків і мають багато проблем зі здоров'ям, досить схожих у багатьох країнах, включаючи респіраторні хвороби та захворювання шлунково-кишкового тракту<sup>5</sup>.

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

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

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

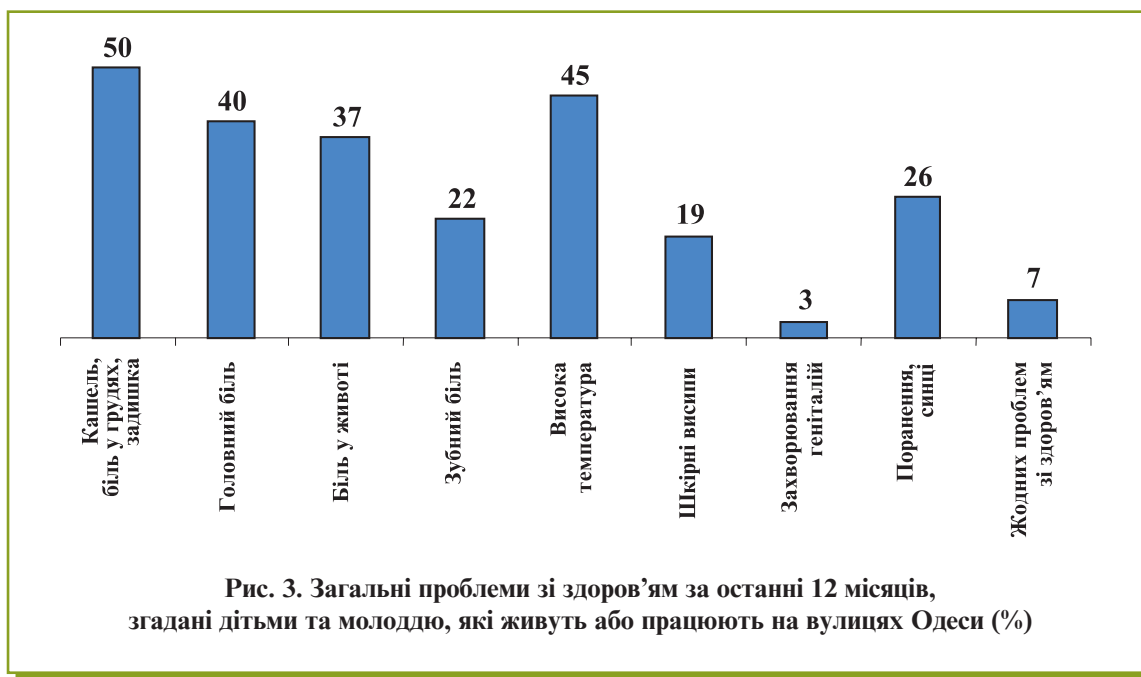
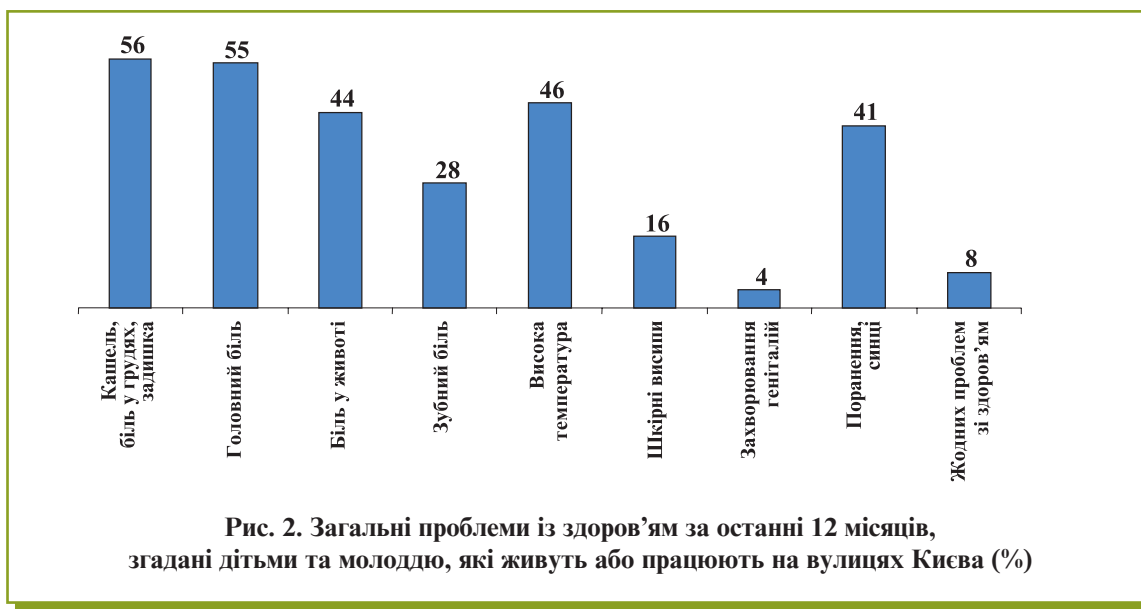
в Україні, й лише в 2002 році було зареєстровано майже 47 000 випадків захворювання. ВІЛ-інфіковані надзвичайно сприйнятливі до туберкульозу, і туберкульозні пацієнти в Україні у десять разів більше схильні мати мультирезистивний туберкульоз<sup>7</sup>, аніж у країнах Західної Європи. За таких обставин брак даних непокоїть особливо гостро.

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

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

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

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



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

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

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

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

Таблиця 5

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

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

#### 4.6.2. небезпека жорстокого поводження та експлуатації

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

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

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

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

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

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

**Жінка:** “Так.”

**Інтерв'юер:** “Презерватив використовувався?”

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

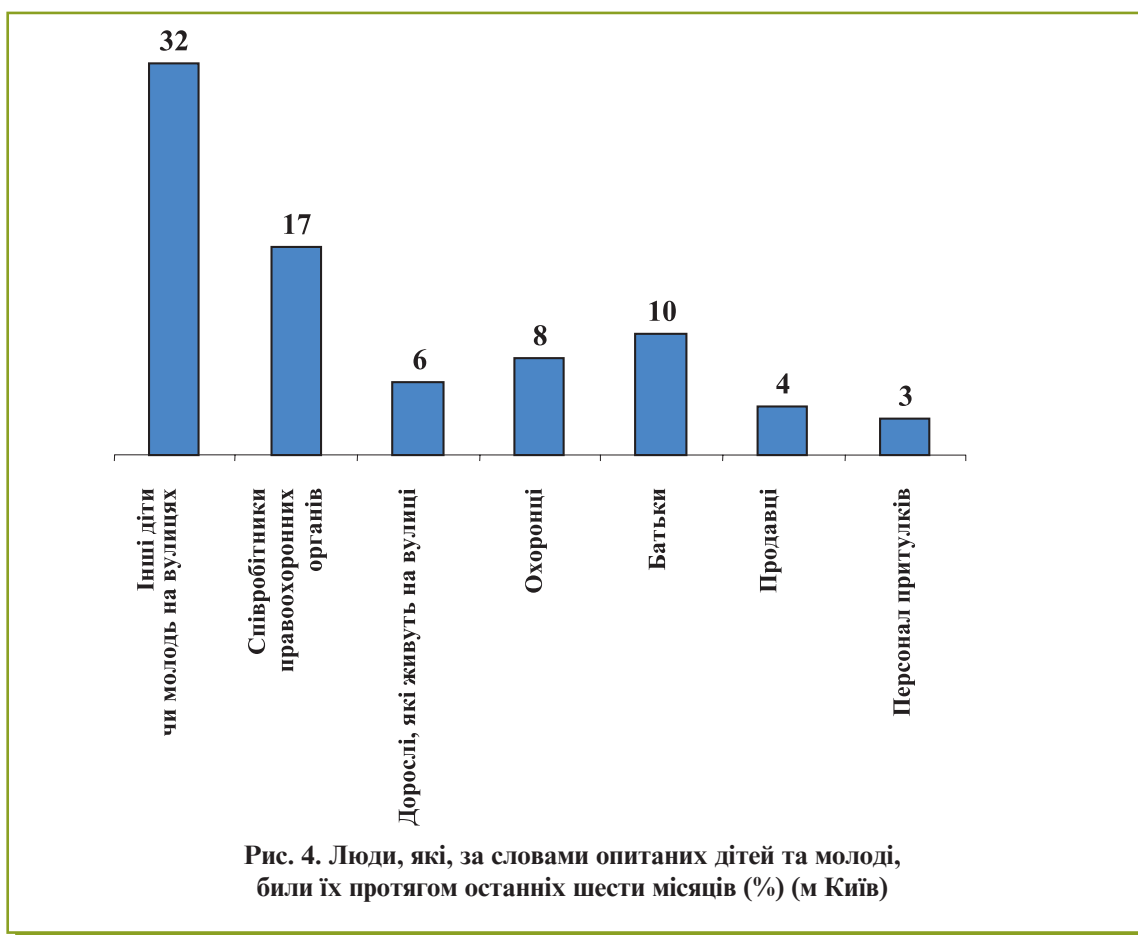
**Інтерв'юер:** “А після цього у вас були інші статеві контакти?”

**Жінка:** “Ні, не було”.

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

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

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



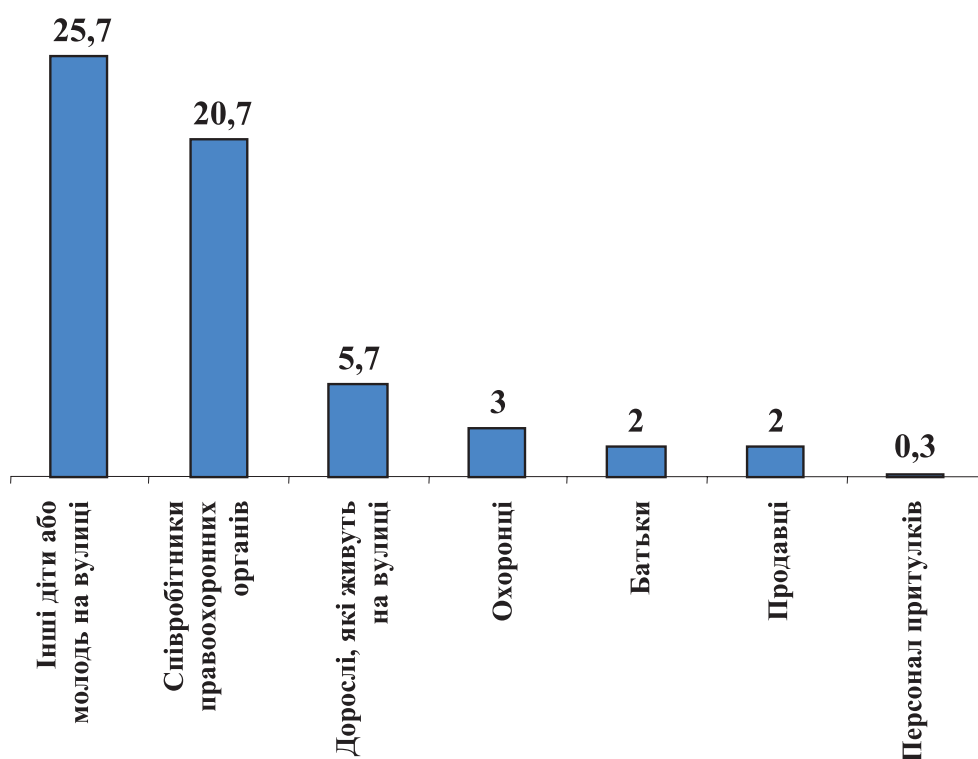


Рис. 5. Люди, які, за словами опитаних дітей та молоді, били їх протягом останніх шести місяців (%) (м. Одеса)

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

Таблиця 6

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

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

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

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

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

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

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

Крім фізичного, словесного та психологічного знущань, яких діти та молоді люди знають від рук інших дітей, молоді та дорослих, результати ситуативного аналізу показують, що їх експлуатували на різних роботах. Вони особливо уразливі до цієї форми насильства. У деяких випадках діти та молодь, саме намагаючись уникнути трудової експлуатації, тікають на вулицю. Цей тип експлуатації переважно зустрічається таких сферах, як вулична торгівля, сільськогосподарські роботи, будівництво, сексуальні послуги та торгівля наркотиками й людьми<sup>8</sup>. Діти та молодь із сільських районів більше схильні допомагати своїм сім'ям, ніж міські, декого примушують працювати їхні сім'ї,

хоча значна частина зацікавлена заробляти свої власні гроші. Більше від половини їх старші від 15 років<sup>9</sup>.

Члени цільової групи також ризикують стати об'єктами торгівлі людьми і бути проданими за межі країни. Однак в Україні торгівля дітьми вважається менш поширеною, ніж дорослими (за даними Міжнародної організації праці, в Україні<sup>10</sup> 10% всіх жертв торгівлі людьми, котрим пощастило повернутися додому, мають вік від 12 до 18 років). Такі випадки важко задокументувати<sup>11</sup>, оскільки прикордонникам часто складно визначити, які діти стали жертвами торгівлі, а також тому, що повідомлення про факти зникнення дітей з'являються рідко.

Офіційної статистики щодо кількості дітей і молоді, які живуть та працюють на вулицях в Україні і потерпіли через торгівлю людьми, немає, однак український уряд визнав торгівлю людьми серйозною проблемою<sup>12</sup>. Серед жертв торгівлі більшість – це дівчатка, хоча іноді трапляються й хлопчики. Дітьми торгують задля їх використання у сфері секс-послуг як дешевої робочої сили, як наркокур'єрів, для жебракування і дрібних злочинів<sup>13</sup>. Під час глибинних інтерв'ю в Одесі один хлопчик назвав випадок торгівлі людьми. Одному з його знайомих запропонували роботу, забрали з міста і зрештою змусили збирати металобрухт на сміттєзвалищі без їжі та платні.

Діти – жертви торгівлі часто виявляються обдуреними, а бідність їхніх батьків використовується як засіб тиску на них. Дві групи серед дітей та молоді вважаються найбільш уразливими щодо торгівлі людьми – це ті, хто втік з дитячих будинків<sup>14</sup>, і діти, чий батьки працюють за кордоном. Є дані, що циганські родини віддають своїх дітей у найми для жебракування на вулицях чи кишенькових крадіжок в інших країнах СНД<sup>15</sup>. Торгівля людьми в будь-якій формі може травмувати дітей та молодь і справити значний вплив на їхнє фізичне та психічне здоров'я.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

**Хлопець:** “Збагрюємо його”.

**Інтерв'юер:** “Що це значить?”

**Хлопець:** “Ми продаємо його”.

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

**Хлопець:** “Таких людей багато”.

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

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

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

### 4.6.3. Епідемія ВІЛ в Україні

Україна – одна з європейських держав із найвищим рівнем поширення ВІЛ-інфекції. За оцінками експертів, рівень поширення ВІЛ серед дорослого населення країни становить 1,46%, або 344 000 людей віком від 15 до 49 років живуть із ВІЛ<sup>16</sup>. Станом на 1 липня 2006 року було діагностовано 96 625 осіб, які живуть із ВІЛ, порівняно із 36 640 у 2000 році<sup>17</sup>. Прогнозований рівень поширення ВІЛ серед груп населення, які найімовірніше зазнають ризику інфікування, перевищує 5%<sup>18</sup>. За таких оцінок, ВІЛ-епідемія в Україні все ще класифікується як “концентрована<sup>19</sup> епідемія”<sup>20</sup>.

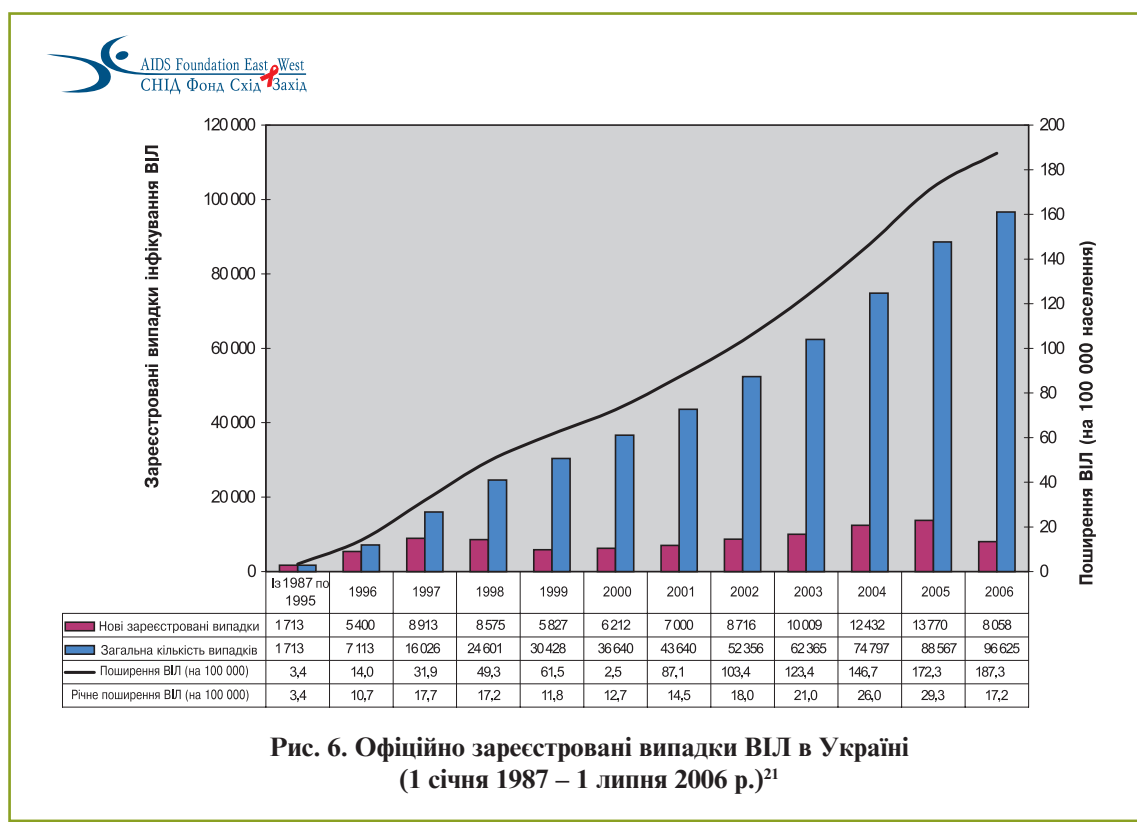


Рис. 6. Офіційно зареєстровані випадки ВІЛ в Україні (1 січня 1987 – 1 липня 2006 р.)<sup>21</sup>

Групи населення, які найімовірніше зазнають впливу ВІЛ у даний час, – це найбільш “маргіналізовані” групи, тобто споживачі ін’єкційних наркотиків, секс-працівники, чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками, та молодь, яка веде небезпечний спосіб життя і живе у небезпечних умовах, як цільова група цього дослідження. У той час як протягом останніх двох років в Україні проводилися ВІЛ-дослідження стосовно споживачів ін’єкційних наркотиків, секс-працівників та чоловіків, які мають секс із чоловіками, цільову групу не було включено у дозорні епідеміологічні нагляди<sup>22</sup>.

Жінки та діти також дедалі стають групою найбільше ураженою ВІЛ-епідемією. У 2001 році 38,2% всіх нових зареєстрованих випадків ВІЛ в Україні були серед жінок, а в 2005 році це співвідношення зросло до 41,6%<sup>23</sup>. У 2006 році 10 978 випадків ВІЛ-інфекції було зареєстровано серед дітей, з яких 98% народилися від ВІЛ-позитивних матерів<sup>24</sup>. Наявні дані не є деталізованими. Так само відсутні оцінки щодо категорії “діти й молодь, які

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

Крім дітей та молоді, які вже живуть із ВІЛ, постійно збільшується кількість осиротілих внаслідок СНІДу. За деякими оцінками робиться припущення, що до 2014 р. близько 47 000 дітей стануть сиротами внаслідок СНІДу<sup>25</sup>.

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

Епідемія ВІЛ зростає найбільш значною мірою внаслідок поширення ВІЛ серед СІН (59% усіх випадків)<sup>27</sup>. Частка передачі ВІЛ статевим шляхом зростає і пов’язана переважно з передачею ВІЛ від СІН до їхніх статевих партнерів, багато з яких не вживають наркотики ін’єкційно. Рівень ВІЛ серед СІН, досліджений у тринадцяти містах України за допомогою епідеміологічного спостереження у 2005 році, коливався від 9,6% у Сумах до 66,4% в Миколаєві. В Одесі 41,3% та в Києві 48,8% СІН є ВІЛ-позитивними<sup>28</sup>.

Дані щодо поширення ВІЛ серед жінок – працівниць секс-бізнесу відомі з епідеміологічного спостереження 2004 року і коливаються від 8% у м. Києві до 32% у Миколаєві<sup>29</sup>. В Одесі 27% перевірених жінок – секс-працівниць виявилися ВІЛ-позитивними. Дані свідчать, що обидві ці групи характеризуються поведінкою, яка наражає їх на високий ризик зараження ВІЛ.

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

Другий фактор – високий рівень незахищеного сексу, про що свідчать рівень абортів серед дівчат та жінок у віці 15–44 років<sup>32</sup> та високий рівень ІПСШ. Україна досі має четвертий, найвищий рівень сифілісу серед дітей та молоді у віці від 15 до 19 років у ЦСЄ та СНД<sup>33</sup>. Рівень поширення сифілісу серед дітей стабільно зростає<sup>34</sup> із 1990 до 2003 року.

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

Ще два фактори – споживання ін'єкційних наркотиків та секс-бізнес. Із числа приблизно 560 000 споживачів наркотиків в Україні 20% не досягли 19 років<sup>35</sup>. Половина з усіх СІН починають уживати наркотики до 24 років. Але факти свідчать, що в Україні вік, коли починається вживання наркотичних речовин, знижується до 13–15 років<sup>36</sup>. СІН у віці від 15 до 19 нині становлять 32,3% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб в Україні<sup>37</sup>. Серед залученими до сексуальної експлуатації жінок секс-бізнесу в Україні від 10 до 20% є неповнолітніми<sup>38</sup>.

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

Щоб краще зрозуміти ступінь ризику, якого цільова група в Україні, котра займається вживанням наркотиків чи інших речовин або секс-бізнесом, зазнає щодо зараження інфекційними хворобами на зразок ВІЛ, у цьому пункті дається підсумок ключових результатів глибокого аналізу ситуації з уживанням наркотиків, секс-роботою та ВІЛ в Україні, проведеного у 2005 році ЮНІСЕФ та ЮНЕЙДС<sup>39</sup>.

Більшість споживачів наркотичних речовин в Україні – чоловіки<sup>40</sup>. Обидва міста (Київ та Одеса), включені в опитування для цього звіту, входять до числа тих, де зафіксовано найбільше випадків уживання наркотиків у країні<sup>41</sup>. Дані, надані медичними установами та МВС, свідчать, що рівень уживання наркотичних речовин продовжує зростати в Україні<sup>42</sup> також серед молоді віком від 13 до 15 років<sup>43</sup>.

Сучасна “наркотична сцена” в Україні є “оптимальною”, оскільки наркотики та речовини доступні на всій території держави<sup>44</sup>. Більшість наркотиків купуються на вулиці, ринках чи в аптеках<sup>45</sup>. Багато наркотиків відносно дешеві. Наприклад, одна доза ширки (поширений опіат домашнього виготовлення) коштує від 8 до 12 грн. (приблизно від 1,58 до \$ 2,38). Більшість споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) витрачають від 40 до 100 грн. (приблизно \$ 7,92–19,80) на день на наркотики<sup>46</sup>. Картина відрізняється від аналогічної в інших країнах тим, що наркотики та наркотичні речовини отримують переважно в обмін на приготування, перепродаж чи транспортування їх або сексуальні послуги<sup>47</sup>. Більшість споживачів наркотиків та наркотичних речовин вживають їх групами<sup>48</sup>, і через високий рівень стигматизації в Україні наркосцена є прихованою та складною для вивчення<sup>49</sup>.

Спектр наркотичних речовин, доступних для немедичного використання в Україні<sup>50</sup>, значно розширився за останні роки. Похідні конопель та опіати домашнього приготування залишаються найпопулярнішими наркотиками. Стимулянти домашнього приготування на основі дешевих та легкодоступних ліків типу “Ефекту”, трайфед, колдакт, колдрекс та інших особливо популярні серед юних споживачів ін'єкційних наркотиків<sup>51</sup>. Дослідження в інших країнах свідчать, що багато дітей та молоді, які живуть та працюють на вулицях, також використовують розчинники<sup>52</sup>, які вдихають чи “внюхують” через ніс

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

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

Основні фактори ризику щодо ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків такі<sup>53</sup>:

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

У 2004 році Український центр з профілактики та боротьби зі СНІДом констатував, що половина ВІЛ-позитивних дітей віком 13–14 років уживали наркотики від року до двох – здебільшого ширку. Близько 5% зареєстрованих дітей сказали, що вони бездомні<sup>54</sup>, а 75% усіх ВІЛ-позитивних СІН були дітьми і походили з кризових сімей<sup>55</sup>. За даними Українського центру з профілактики та боротьби зі СНІДом, тривалість життя цих дітей надзвичайно низька, а основні причини смерті – хвороби, пов'язані зі СНІДом, та передозування наркотиків<sup>56</sup>.

Як було підкреслено вище, існує тісний зв'язок між секс-роботою та ін'єкційним споживанням наркотиків в Україні. Згідно з даними опитування 2004 року, 20% жінок-СІН та 1,5% чоловіків надавали сексуальні послуги в обмін на гроші чи наркотики. Рівень ВІЛ-інфекції серед жінок-СІН, котрі надають сексуальні послуги, був майже у п'ятеро вищий, ніж серед тих, хто не вживає наркотиків (38,6% порівняно із 8,3%)<sup>57</sup>. Як багато СІН, секс-працівники часто поводять так, що наражаються на ризик зараження ВІЛ, ІПСШ, туберкульозом та гепатитом В і С та іншими хворобами. Основні фактори ризику<sup>58</sup>:

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

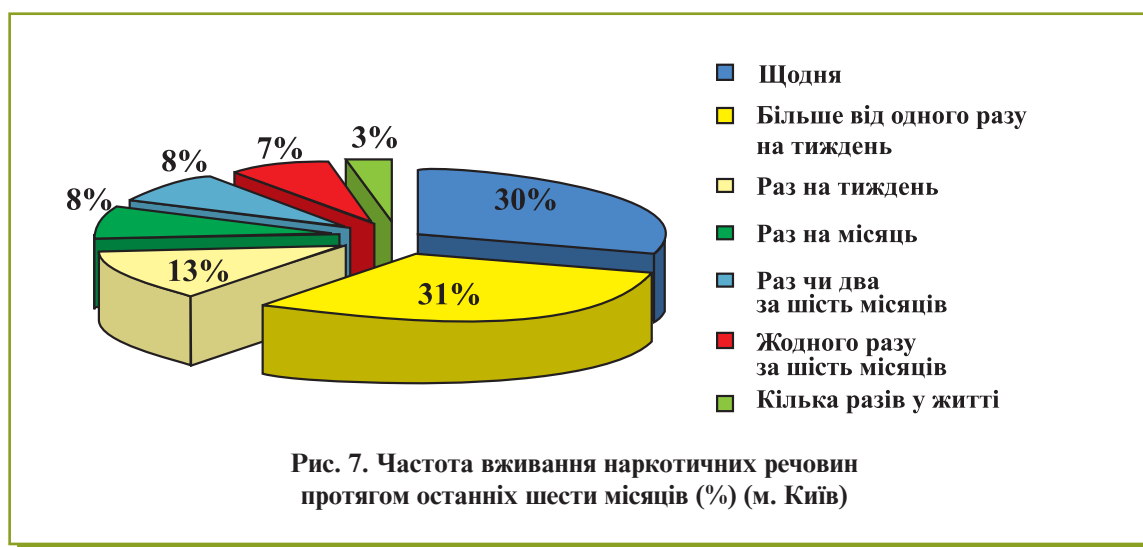
- незахищений секс (добровільно чи з примусу), що зокрема поширено серед секс-працівників, які надають найдешевші послуги або обмінюють секс на наркотики;
- широка практика придбання низькоякісних, дешевих чи прострочених презервативів.

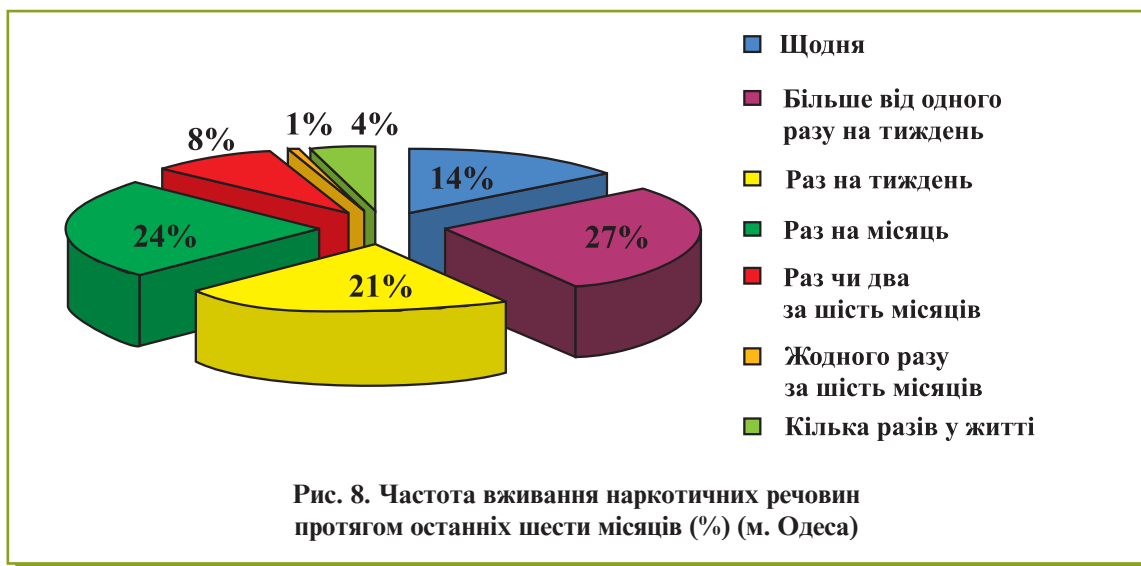
За даними МВС за 2003 р., в Україні налічувалося 150 000 жінок, які займаються секс-бізнесом, і кількість їх зростає. Хоча діти та молодь, залучені до сексуальної експлуатації, не підпадають під широку категорію “секс-працівників” у цьому звіті, ризики, з якими вони стикаються під час сексуальної експлуатації,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

Діти та молодь, які живуть або працюють на вулицях в Україні, стикаються з усіма факторами ризику, наведеними вище. Ризик наразитися на ВІЛ, ІПСШ, туберкульоз, гепатит та інші інфекції у них навіть вищий, ніж в інших “маргіналізованих” груп. Життя та робота на вулиці ставлять їх у позицію надзвичайної уразливості. Вони йдуть на вулицю у відповідь на невдачі своїх сімей та служб захисту дітей<sup>59</sup>, і шукають підтримки та захисту передусім у своїх ровесників, які живуть у тій самій ситуації, що ще збільшує ймовірність виникнення ризикованої поведінки. Тому вони становлять надзвичайну важливу групу в плані запобігання переходу ВІЛ до загального населення.

#### 4.6.5. Небезпека вживання наркотичних речовин серед представників цільової групи

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

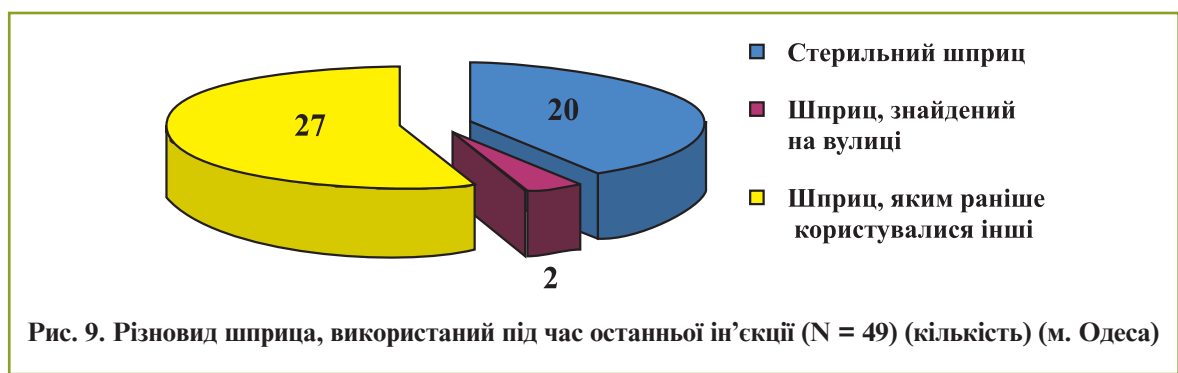
Відношення між уживанням наркотичних речовин і статтю респондентів свідчить, що може бути різниця у перевагах хлопців та дівчат. У Києві 44% та в Одесі 54% респондентів чоловічої статі віддають перевагу вдиханню клею, а жіночої – 22% та 35%. Більше того, в Одесі існує досить помітна різниця у кількості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

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

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

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

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



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

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

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





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

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

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

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

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

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

**Інтерв'юер:** “А важко дістати це?”

**Юнак:** “Ні. В аптеці”.

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

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

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

**Юнак:** “Так, знали”.

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.6.6. Статеві контакти та практика цільової групи

Опитування також оцінювало статеві контакти та звички дітей і молоді.

Таблиця 8

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

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

Таблиця 9

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

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

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

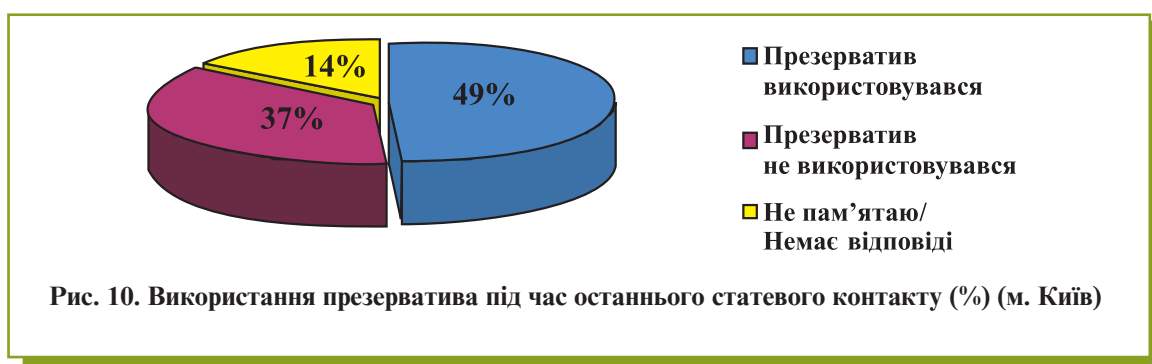
(43,8%), що можна пов'язати з тим фактом, що велика кількість дівчат повідомляли про сексуальну експлуатацію (див. дані далі у цьому розділі, а також у пункті 4.7.4).

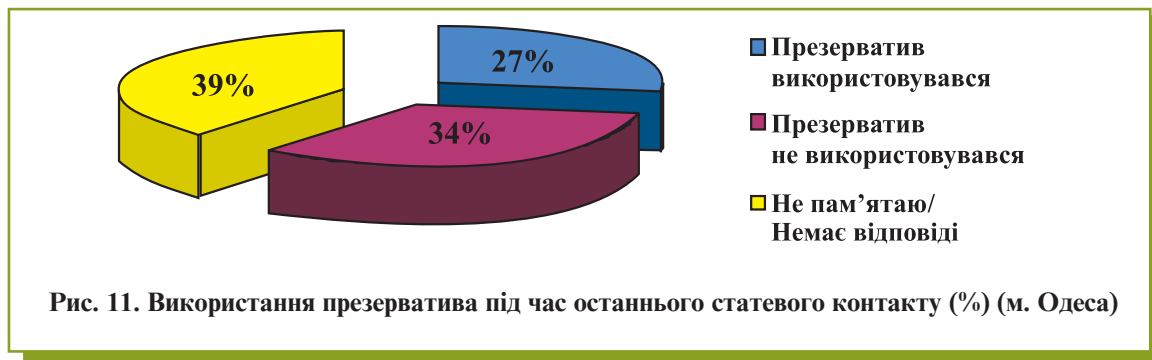
Частота статевих контактів у Києві відносно висока: 28% опитаних повідомили, що мають статеві стосунки більше від одного разу на тиждень, 17% – раз на тиждень, 19% – раз на місяць і 20% – менше від одного разу на місяць. 16% сказали, що не мали жодних статевих стосунків протягом останніх шести місяців.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

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

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

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





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

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

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

#### 4.6.7. Інші фактори ризику

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

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

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

#### 4.6.8. Обізнаність щодо ризику

Загалом населення України має відносно невисокий рівень обізнаності щодо питань, пов'язаних із ВІЛ, і зокрема дуже мало точної інформації про шляхи передачі ВІЛ. У 2004 році лише 14% молоді у віці 15–24 років могли правильно визначити шляхи запобігання ВІЛ і відхилили основні хибні думки щодо передачі ВІЛ<sup>61</sup>. У той час, як більшість знає, що незахищений секс та ін'єкція наркотиків нестерильним інструментом можуть призвести до зараження ВІЛ, 52% досі вірять, що ВІЛ може передаватися через укуси комара. Обізнаність щодо ВІЛ у пенітенціарному закладі відрізняється від обізнаності загального населення, оскільки члени цільової групи іноді потрапляють під варту чи до пенітенціарного закладу для неповнолітніх. В опитуванні, проведеному у 2004 р.<sup>62</sup>, де 86% опитаних в'язнів були молодші від 40 років і репродуктивного віку, 39% правильно визначили методи запобігання передачі ВІЛ. Число відносно невелике через те, що, хоч більшість в'язнів і знали про ризик, пов'язаний із незахищеним сексом та ін'єкціями наркотиків нестерильним інструментарієм, 58% все ще вважали, що ВІЛ передається через укуси комара, а 70% – що ВІЛ передається через їжу.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

**Інтерв'юер:** “А ти захищаєшся?”

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

**Інтерв'юер:** “То ти не захищаєшся?”

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

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

**Інтерв'юер:** “Через що передається ВІЛ?”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Стать дітей та молоді на результати опитування не впливає.

Результати дозорного епідеміологічного нагляду серед молоді, проведеного у 2004 році<sup>63</sup> в цілому ряді міст України, свідчать, що лише 5% молоді віком від 15 до 24 років пройшли добровільне тестування на ВІЛ і консультації протягом 12 місяців в Україні та знали результати своїх перевірок. Того ж року інше дозорне дослідження щодо СІН засвідчило, що більший відсоток молоді, яка має ризиковану поведінку, аніж решта ровесників, проходить перевірку на ВІЛ (наприклад, 23% СІН, молодших від 25 років, перевірялися протягом останніх 12 місяців, та 30% СІН, старших від 25 років)<sup>64</sup>.

## 4.7. Вуличне життя

### 4.7.1. Причини виходу на вулицю

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

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

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

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

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

Дослідження в інших частинах світу доводять, що основні причини, через які діти та молодь ідуть на вулицю, – сімейні проблеми, особливо фінансові та соціальні, вживання наркотичних речовин, конфлікти з законом, проблеми зі здоров'ям батьків, погане ставлення до дитини або молодої людини<sup>65</sup>. В опитуванні серед дітей, які живуть на вулицях Харкова<sup>66</sup>, що було опубліковане у 2002 році, 30,8% респондентів сказали, що втекли після побиття батьками; 28,3% основною причиною назвали надмірне вживання спиртного батьками; 26,4% залишили дім через вплив братів чи сестер.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

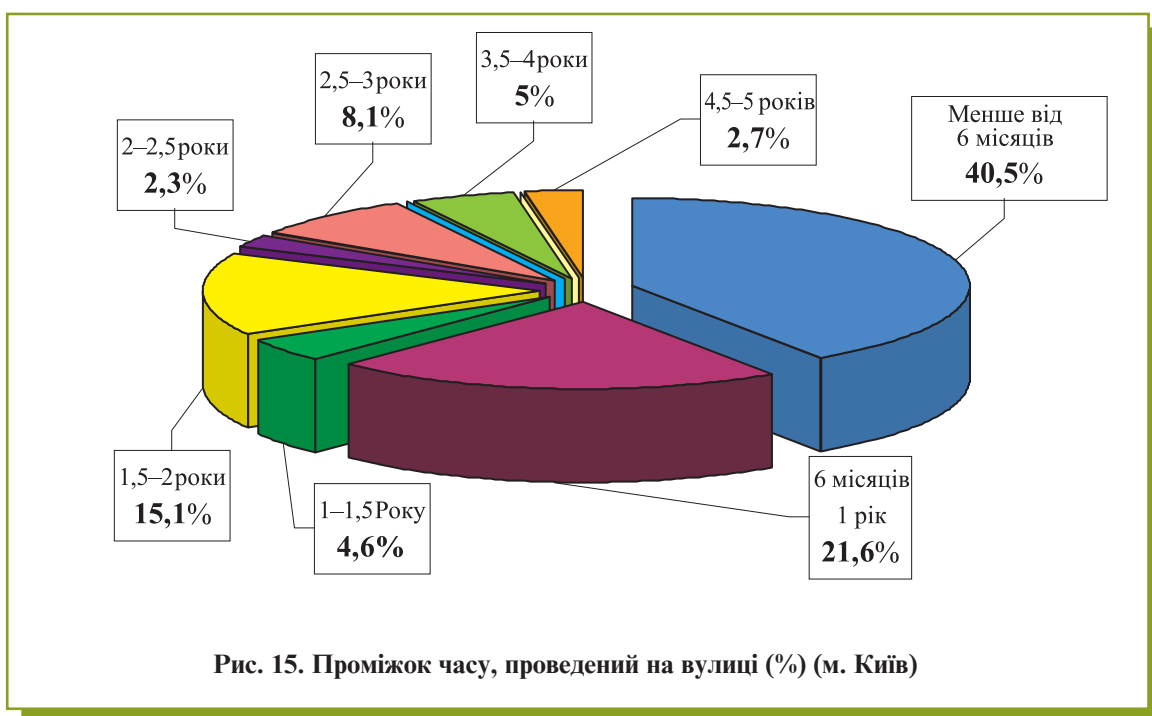
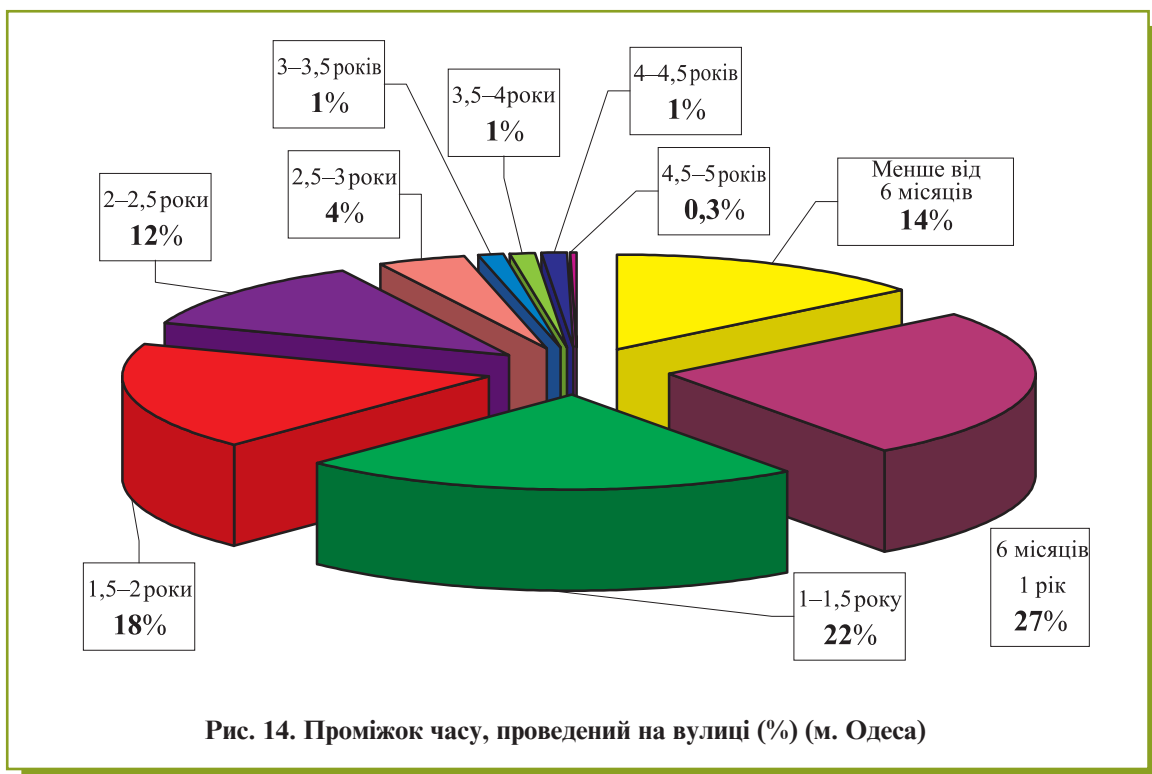
**19-річний хлопець у Києві:** “Ну, брат матері, коротше, він хотів продати квартиру або поміняти на однокімнатну... Через брокерів ми обміняли її на однокімнатну, а через три місяці компанія сказала, що там живуть люди, – коли ми купували квартиру...”

#### 4.7.2. Тривалість часу, проведеного на вулиці

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

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

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



### 4.7.3. Стосунки та спілкування всередині “вуличної громади”

За даними опитаних надавачів послуг діти та молодь, які живуть на вулиці, здебільшого мешкають групами від 7 до 15 осіб. Результати опитування у Молдові та в інших країнах підтверджують ці відомості<sup>67</sup>. Проте діти та молодь, опитані в Одесі, наголосили, що їхні групи зазвичай менші й складаються з 3–5 осіб, але можуть досягати і 15–20 осіб, у більшості випадків розмір групи визначається розміром “сховку”. Також є небагато “одинаків”. Один респондент в Одесі сказав, що тримається подалі від інших, тому що не хоче бути втягнутим у “погане товариство”.

Опитані також повідомили, що групи мають власні структури та ієрархії, які дають дітям та молоді відчуття приналежності та захищеності, а ті, хто сильніший, часто виступають у ролі взірців для наслідування, незважаючи на те, що старші часто експлуатують молодших та знущаються з них в обмін на гарантію “безпеки”. Це також підтверджується опитуваннями, проведеними в інших країнах<sup>68</sup>, та глибинними інтерв'ю в Києві й Одесі. Діти та молодь живуть в оточенні, де “виживає сильніший”, у світі, де переважають “закони сили” та “право сильного”.

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

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

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

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

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

**Інтерв'юер:** “У тебе є друзі?”

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

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

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

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

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

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

#### 4.7.4. Заробляння на життя

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

Як висвітлено у пункті 4.6.2, члени цільової групи не завжди працюють добровільно на конкретній роботі, часто зазнають експлуатації<sup>69</sup>.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

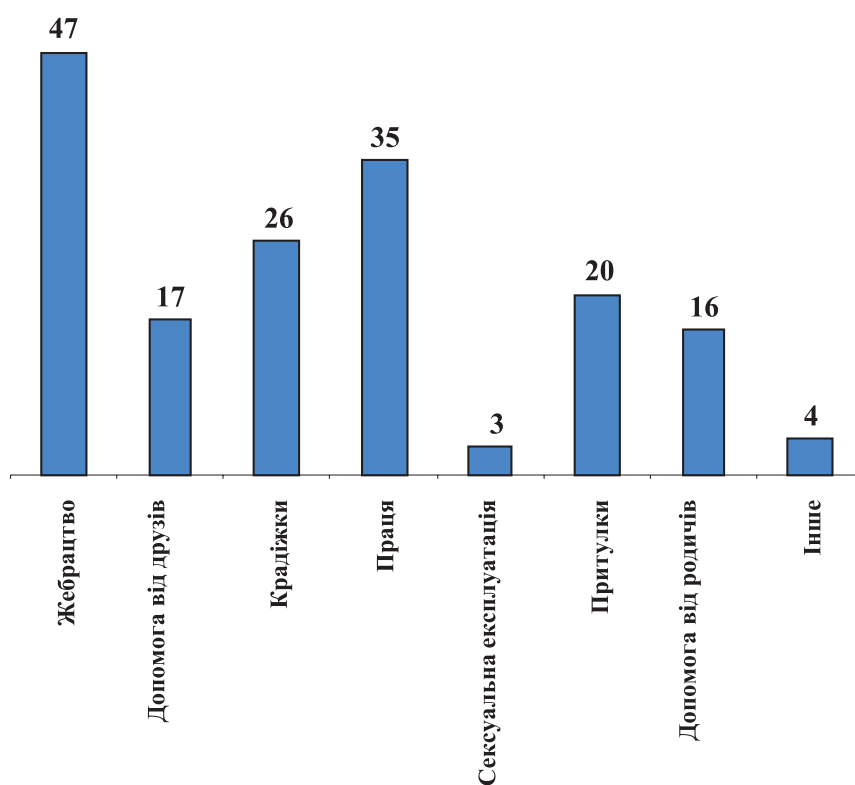


Рис. 16. Способи здобування грошей (%) (м. Київ)

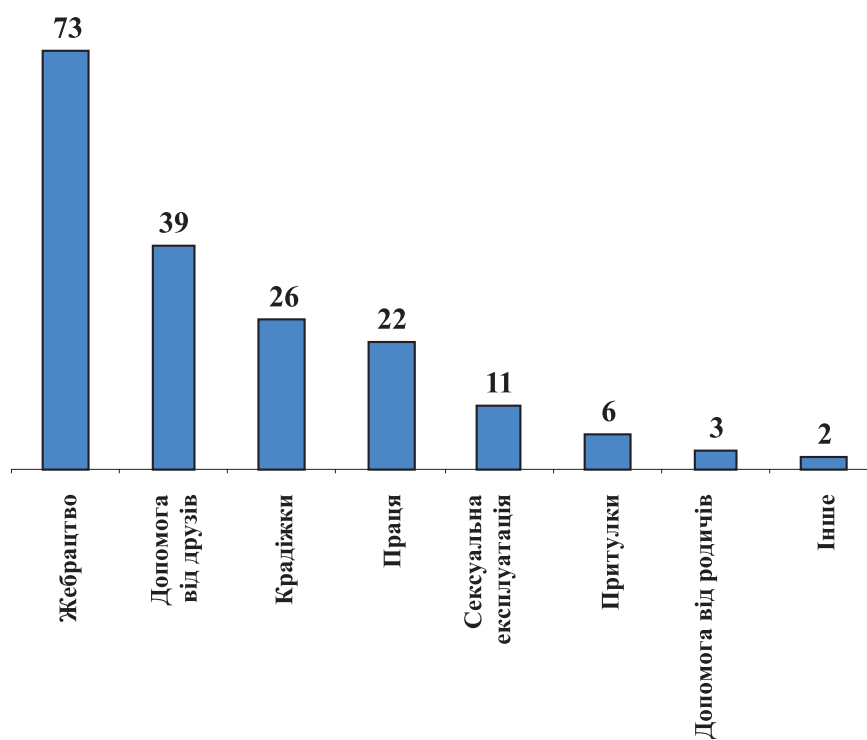


Рис. 17. Способи здобування грошей(%) (м. Одеса)

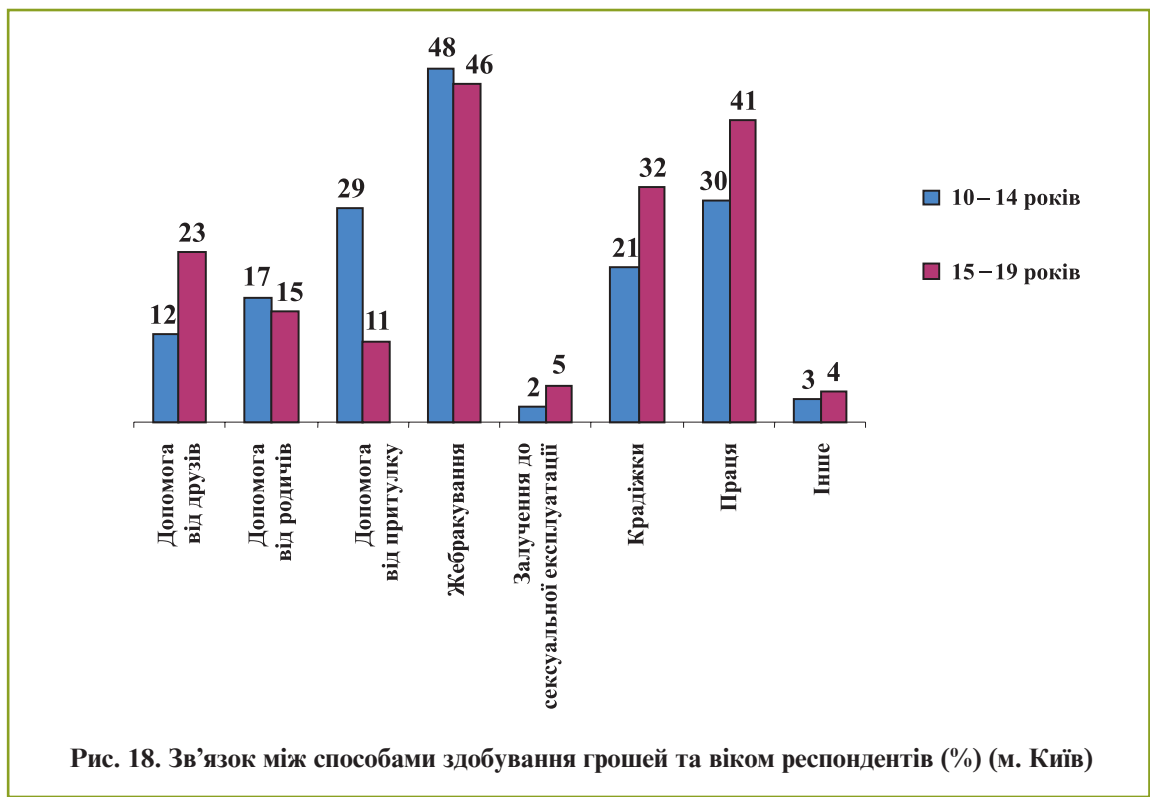
В обох містах діти та молодь також визнали, що залучалися до сексуальної експлуатації, і, як видно з попередніх цифр, кількість випадків була значно вищою в Одесі (11%), аніж у Києві (3%).

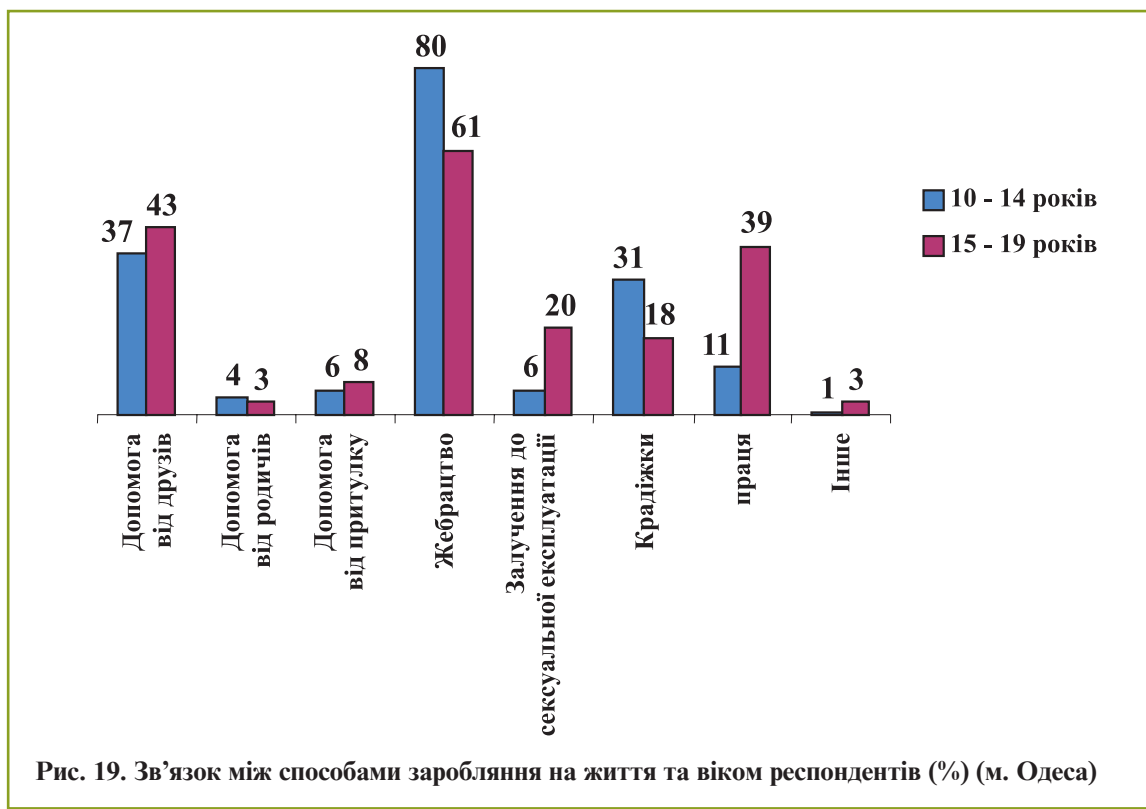
Дані про способи заробляння цільової групи на життя в Україні відповідають результатам дослідження, проведеного у 1999 році в Молдові<sup>70</sup>, але відрізняються від інших країн, де домінують нерегулярні роботи на зразок миття машин чи копання у смітті<sup>71</sup>.

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

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

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





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

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

**Інтерв'юер:** “Ти стидаєшся просити гроші?”

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

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

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

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

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

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

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

#### **4.7.5. Дозвілля та відпочинок**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.7.6. Потреби

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

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

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

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

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

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

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

Таблиця 10

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

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

Таблиця 11

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

### 5.1. Огляд правового поля та державних програм

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

У Законі “Про соціальні послуги” поняття “соціальний працівник” дається разом із такими термінами, як “соціальні послуги”, “соціальна допомога”, “соціальні центри” та “тимчасові притулки для неповнолітніх і дорослих”. Закон важливий, оскільки в ньому згадуються соціальні послуги, котрі надаються “будь-якою формою власності, а також індивідуумами”, наприклад недержавними та релігійними організаціями. Сироти та “зубожіла молодь” названі у числі бенефіціарів цілого ряду описаних соціальних послуг, подібних до тих, що викладено у Законі “Про соціальну роботу з дітьми та молоддю”. Цей Закон також забезпечує юридичну основу для ліцензування соціальних послуг і створює можливість надання фінансової підтримки з боку держави на конкурентній основі недержавним надавачам послуг. Однак він не дає чіткого визначення поняття “фінансової підтримки”, і, хоча й наголошує на важливості співробітництва між усіма сторонами, механізм такого співробітництва не визначає<sup>1</sup>.

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

Закон “Про благодійництво та благодійні організації” гарантує підтримку певного переліку благодійних заходів, але залишає невиписаним співробітництво між державними та недержавними надавачами послуг у рамках спільної діяльності<sup>2</sup>.

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

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

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

Новий Кримінальний кодекс України, прийнятий у 2001 році, регулює торгівлю неповнолітніми та вживання наркотиків і наркотичних речовин, а також сексуальну роботу та сексуальну експлуатацію неповнолітніх. Стаття 149 кодексу визначає “торгівлю особами або іншу незаконну угоду щодо передачі особи” як злочин проти волі, честі та гідності людини, включаючи дітей. Норми, які стосуються торгівлі людьми, точно відображають міжнародні норми. Основними проблемами залишаються координація діяльності різних надавачів послуг, достатнє фінансування для впровадження заходів щодо застосування закону, а також чіткі часові рамки та звітність відповідних установ<sup>3</sup>.

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

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

Статті 314 та 316 Кримінального кодексу стосуються запобігання незаконному обороту наркотиків. Кодекс не встановлює кримінальної відповідальності за вживання наркотиків, але за їх “продаж, перевезення та зберігання” навіть без наміру продавати її встановлено, а це означає, що кожен споживач наркотиків (включаючи дітей та молодь, які живуть на вулицях і вживають наркотики) порушує закон, адже неможливо вживати наркотики без виробництва, придбання, транспортування та зберігання їх навіть протягом короткого часу<sup>4</sup>. Для особи, зареєстрованої як споживач наркотиків, закривається доступ до певних професій та отримання водійського посвідчення. Крім того, споживач наркотиків повинен відвідувати наркореабілітаційний заклад. Щодо дітей та молоді, які вживають наркотики, останнє навряд чи важливо, зважаючи на те, що в даний час існує дуже мало наркореабілітаційних закладів в Україні, котрі приймають дітей та молодь на лікування.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Провідний спеціаліст Київського міського ЦСССДМ наголосив, що до 2006 року на жодному рівні не було жодної загальної стратегії вирішення питання запобігання ВІЛ та ПСШ серед членів цільової групи. У 2002 році Міжгалузєва комплексна програма “Здоров’я нації на 2002–2011 рр.” констатувала, що “зростаюча летальність соціально небезпечних хвороб, зокрема туберкульозу, ВІЛ і СНІДу та інфекцій, які передаються статевим шляхом, є важливою проблемою” і що необхідно стимулювати здоровий спосіб життя. Стосовно захисту дітей та молоді від ВІЛ у цілому Україна зобов’язалася досягти відповідно до рішень спеціальної сесії Генеральної асамблеї ООН з питань ВІЛ/СНІДу (ССГАООН) до 2010 року таких цілей<sup>6</sup>: 95% молоді буде поінформовано про ВІЛ, поширення ВІЛ серед молоді буде зменшено на 25%, а передачу ВІЛ від матері до дитини буде зменшено на 50%. Звіти ССГАООН за 2005 та 2006 рік, опубліковані для України, засвідчують, що попереду ще багато роботи. Наприклад, у 2004 році лише 14% молодих людей могли правильно визначити способи запобігання статевої передачі ВІЛ та відкинути основні хибні судження про передачу ВІЛ. Це значить, що Україна не досягла мети у 90%, поставленої ССГАООН на 2005 рік<sup>7</sup>.

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

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

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

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

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

## 5.2. Обізнаність щодо прав та порушення прав

У той час, як права дітей та молоді в Україні є широкими і в більшості сфер відповідають міжнародним нормам, огляд того, як ці права виконуються щодо цільової групи, свідчить, що в усіх аспектах вони жорстоко порушуються. Наприклад, фізичне та психічне здоров’я дітей і молоді, що живуть та працюють на вулиці, не захищене, багато хто з них стикається з різними формами фізичного та психічного насильства, відсутністю догляду та поганим ставленням, завданням фізичної шкоди, знущанням, ба навіть тортурами (див. четвертий розділ, пункт 4.6.2). Крім доказів тортур, поданих опитаними дітьми та молоддю в Києві й Одесі, є докази, повідомлені Європейською комісією в Україні, яка посилається у своєму *“Національному звіті-2004”*<sup>10</sup> на щорічний звіт державного омбудсмена у питаннях захисту прав людини у 2002 році про ситуацію з правами людини в державі. Омбудсмен зареєстрував звернення 12 000 громадян у 2001 році стосовно тортур та поганого поводження, найчастіше у контексті проведення допитів із метою отримання вимушеного “зінання” або у пенітенціарних установах. Згадувався “Європейський комітет у питаннях запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню”, який переймався цими питаннями, зокрема стосовно утримання в приймальниках-розподільниках в Україні. Комітет здійснював візити до України у 1998, 1999, 2000 та 2002 роках і оприлюднив свої звіти у жовтні 2002 року та у грудні 2004-го. Звіт 2002 року стосувався методів поганого поводження, що включали тортури на зразок опіків на шкірі (див. шостий розділ, пункт 6.3 щодо такого ж самого звинувачення, зробленого 13-річною дівчинкою з Одеси), задушення шляхом надягання пластикового кулька на голову заарештованій особі, а також побиття<sup>11</sup>.

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

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

Серед інших прав людини, які досить часто порушуються, – право на місце проживання, право на роботу та право на навчання. Як згадувалось у попередньому розділі (пункт 4.7.1), часто законне право дітей та молоді на успадкування житла порушується тими, хто спекулює на продажу належних їм квартир. Опитані надавачі послуг наголосили, що це особливо стосується дітей та молоді, чії батьки померли, або дітей, які провели значний час у дитячих будинках, а після виходу з них дізналися, що їхні батьки чи родичі продали житло. Наприклад, в Одесі у 2004 році було розглянуто 1863 заяви та прохання стосовно порушення прав дітей на житло, із них 77 було прийнято і 68 передано до суду. У 127 випадках незаконному продажу житла дитини можна було запобігти<sup>12</sup>.

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

- обшуки та допити без достатніх юридичних підстав із боку працівників правоохоронних органів, включаючи досить поширену практику тортур;
- порушення прав при спробі отримати доступ до медичного обслуговування, що спричиняє велику недовіру до медичного персоналу (сюди належать відмови надати послуги, нездатність відповісти на дзвінки про швидку допомогу, розголошення конфіденційної інформації, часто викликане страхом перед ін'єкціями серед медичного персоналу);
- відмова соціальних працівників призначити допомогу для догляду за дитиною чи інші види соціальної допомоги самотнім матерям, які вживають ін'єкційні наркотики;
- публічна стигматизація та дискримінація;
- дискримінація на робочому місці аж до звільнення, відмова взяти на роботу тощо<sup>13</sup>.

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

Проблема в тому, що навіть ті діти, які певною мірою обізнані щодо своїх прав, не знають, куди звернутися по юридичну підтримку, або ж слабко вірять у те, що їхні права буде забезпечено чи захищено, беручи до уваги високий рівень корупції в Україні<sup>14</sup>. Опитані надавачі послуг також зазначили, що діти та молоді люди іноді бояться наслідків, з якими вони можуть стикнутися при спробі привернути увагу органів влади до порушен-

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

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