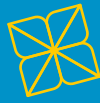
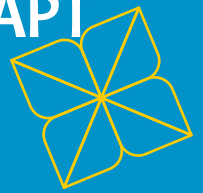
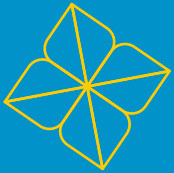




RESPOND

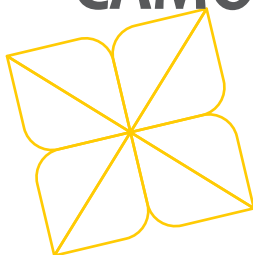
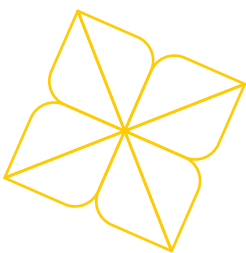


ІНТЕГРОВАНА ПРОГРАМА З ФОРМУВАННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО АРТ У КЛІЄНТІВ ВІЛ-СЕРВІСНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ ТА РОЗВИТКУ ЇХНЬОЇ ЕКОНОМІЧНОЇ САМОСТІЙНОСТІ



ЧАСТИНА 1

ІНТЕГРАЦІЯ ПРОГРАМ ФОРМУВАННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО АРТ ТА ЕКОНОМІЧНОЇ САМОСТІЙНОСТІ



КИЇВ – 2017





RESPOND



ІНТЕГРОВАНА ПРОГРАМА З ФОРМУВАННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО АРТ У КЛІЄНТІВ ВІЛ-СЕРВІСНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ ТА РОЗВИТКУ ЇХНЬОЇ ЕКОНОМІЧНОЇ САМОСТІЙНОСТІ

ЧАСТИНА 1

ІНТЕГРАЦІЯ ПРОГРАМ ФОРМУВАННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО АРТ ТА РОЗВИТКУ ЕКОНОМІЧНОЇ САМОСТІЙНОСТІ

Редакція – Проект USAID RESPOND

Автори:

Олеся Гальчинська, Тетяна Семигіна

Літературний редактор:

Світлана Глущик

Інтегрована програма з формування прихильності до АРТ у клієнтів ВІЛ-сервісних організацій та розвитку їхньої економічної самостійності. Частина 1. Інтеграція програм формування прихильності до АРТ та розвитку економічної самостійності / О. Гальчинська, Т. Семигіна. – К.: Поліграф плюс, 2017. – 28 с.

ISBN

Втручання з інтеграції програм формування прихильності до АРТ та економічної самостійності розроблено з метою покращення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, шляхом інтеграції медично та економічно спрямованих програм. Інтегроване втручання поєднує два окремі втручання: 1) «Школа пацієнта» – формування прихильності до АРТ та отримання медичних послуг і 2) «Майстерня можливостей» – розвиток економічної самостійності. Посібник з інтеграції програм формування прихильності до АРТ та розвитку економічної самостійності містить опис принципів та етапів роботи з клієнтами в рамках інтегрованого підходу, а також огляд теоретичних засад.

«Інтеграція програм формування прихильності до АРТ та розвитку економічної самостійності» є першою частиною Інтегрованої програми з формування прихильності до АРТ у клієнтів ВІЛ-сервісних організацій та розвитку їхньої економічної самостійності.

Створення та публікація посібника стали можливими завдяки щирій підтримці Американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID).
Зміст публікації не обов'язково відображає точку зору USAID або Уряду США.

ПЕРЕДМОВА

Проект USAID RESPOND, спрямований на зменшення темпів поширення ВІЛ-інфекції серед ключових груп, впроваджується в Україні міжнародною організацією «Пакт» (Pact) у партнерстві з ФНІЗ60. Цілями Проекту є підвищення якості послуг у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу і посилення спроможності українських інституцій та організацій у наданні таких послуг.

Одне з основних завдань Проекту – посилення континууму ВІЛ-послуг для представників ключових груп. Протягом 2013–2016 років Проектом здійснено адаптацію та пілотування низки ефективних поведінкових втручань, які сприяють посиленню континууму послуг. Ефективне поведінкове втручання (ЕПВ) – це метод або процедура надання певної послуги, що базується на поведінковій теорії та має ефективність, доведена в ході наукових досліджень. Кожне окреме втручання спрямовується на конкретну цільову групу та її поведінку стосовно ВІЛ-інфекції/СНІДу, поєднує ефективні підходи до навчання та формування навичок («рівний–рівному», аутріч, рольові ігри тощо).

Центри з контролю та профілактики захворювань США підтримали тестування, документування та розповсюдження понад 75 ЕПВ у сфері ВІЛ, більшість яких успішно адаптовано і впроваджено в усьому світі (www.effectiveinterventions.org). Проект RESPOND адаптував та пілотував в Україні низку поведінкових втручань для різних ключових груп, серед них: Street Smart – програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та ІПСШ для підлітків груп ризику, Mpowerment – програма профілактики ВІЛ серед молодих ЧСЧ, Project Start – програма зниження ризику інфікування ВІЛ/ІПСШ/гепатитами для осіб, які повернулися з місць позбавлення волі, «Сім кроків» – програма зниження інфікування ВІЛ/ІПСШ/вірусними гепатитами серед споживачів ін'єкційних наркотиків.

Крім того, у процесі розвитку ВІЛ-сервісу в Україні накопичився чималий досвід роботи з різними групами населення. Саме це стало передумовою для розробки місцевих втручань, спрямо-

ваних на підтримку континууму ВІЛ-послуг. Такі втручання враховують як кращі світові практики та рекомендації, так і досвід України. Проектом RESPOND у співпраці з БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» розроблено кілька місцевих втручань, зокрема «Кроки до здоров'я», метою якого є профілактика передачі ВІЛ у середовищі ЛЖВ/ЛВІН та формування прихильності до системи медичних послуг, у тому числі до активної диспансеризації з приводу лікування ВІЛ-інфекції. Також розроблено посібник до втручання «Здоров'я партнера», яке спрямовано на залучення статевих партнерів ЛВІН і ЛЖВ до послуг з тестування на ВІЛ. Посібники із впровадження цих втручань оприлюднено на сайті Проекту (www.respond.org.ua) та Національному порталі стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу (www.hiv.phc.org.ua).

У контексті запропонованої ЮНЕЙДС стратегії «Прискорення: припинення епідемії СНІДу до 2030 року», відомої під назвою «90–90–90», неабиякого значення набуває не тільки виявлення 90% людей, які живуть з ВІЛ, але й залучення 90% ЛЖВ до лікування і в подальшому – забезпечення утримання 90% цих людей на лікуванні. Зараз Україна робить перші кроки у реалізації нової стратегії і стикається з великою кількістю перешкод, серед яких – і законодавчі, і структурні, і особистісні. Власне реалізація стратегії ЮНЕЙДС залежить як від якості послуг, від того, наскільки дружня система до клієнта, так і від готовності клієнта піклуватися про своє здоров'я та про найближче оточення. На посилення готовності клієнта дбати про себе та близьких великий вплив, серед іншого, має економічна незалежність – здатність забезпечити себе необхідними ресурсами і, відповідно, бути більш впевненим у можливості дбати про своє здоров'я.

Зараз у різних країнах світу накопичується досвід так званих «інтегрованих втручань»¹. Їхня теорія полягає в синергії ефектів декількох втручань, спрямованих на покращення різних сфер особи або спільноти, – здоров'я, освіти, фінансового

¹ Див.: <http://www.pactworld.org/our-integrated-approach>; <https://www.fhi360.org/integrated-development>.

благополуччя тощо. Наприклад, поєднання проєктів з освіти, покращення здоров'я дитини та фінансового достатку сім'ї дає вагоміший результат для освіти дитини, ніж окремі просвітницькі проєкти.

Усвідомлюючи все це, Проєкт RESPOND зробив спробу інтегрувати втручання, спрямоване на формування прихильності до АРТ, і втручання, метою якого є розвиток економічної самостійності людини. Перше втручання отримало назву «Школа пацієнта», а друге – «Майстерня можливостей». Мета цього інтегрованого втручання – підвищити ефективність лікування ВІЛ-інфекції через покращення фінансового стану найбільш уразливих клієнтів – жінок з дітьми раннього віку. Клієнти неурядових організацій отримали змогу фактично одночасно впливати на дві важливі сфери свого життя: здоров'я та економічну незалежність, які в процесі участі у втручанні посилювали одна одну.

«Школа пацієнта» базується на величезному досвіді українських неурядових організацій з формування прихильності до АРТ, а також на кращих світових практиках; зокрема, для розробки цього втручання було використано Пакет ресурсів з консультування у сфері ВІЛ для Азіатсько-Тихоокеанського регіону, підготовлений UNICEF, FHI360 та ВООЗ. Метою втручання є формування у ЛЖВ прихильності до АРТ та отримання медичних послуг, що включає своєчасний прийом АРВ-препаратів та регулярну диспансеризацію. «Школа пацієнта» впроваджується протягом шести індивідуальних консультативних сесій і триває близько півроку.

Втручання «Майстерня можливостей» розроблено для жінок, які живуть з ВІЛ і мають дітей до 6 років, та спрямовано на індивідуальний соціальний супровід і групову соціальну роботу з наснаження клієнток на подолання складних життєвих обставин, догляд за дітьми, отримання інших соціальних та соціально-психологічних послуг. Залучення саме жінок до інтегрованого втручання пояснюється особливою вразливістю жінки та гендерною нерівністю, яка існує в українському суспільстві. Жінка потребує більшої наснаги та ресурсів для досягнен-

ня економічної самостійності. У процесі підготовки цього втручання було використано значний досвід організації «Пакт» з розробки програм економічної самостійності по всьому світу.

Таким чином, інтеграція цих двох втручань є проявом комплексного підходу до розв'язання проблем клієнтів і має на меті здійснити значний і тривалий вплив на їхнє життя і досягти четвертого «90» – 90% людей, які мають невизначальне вірусне навантаження, мають хорошу якість життя, пов'язану зі здоров'ям².

Починаючи з березня 2015 року, впродовж півтора року відбувалося пілотування та імплементаційне дослідження інтегрованого втручання на базі чотирьох неурядових організацій: Дніпропетровського, Черкаського та Чернігівського обласних відділень БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», а також БО «Світло надії» (м. Полтава). За цей час 640 людей, які живуть з ВІЛ, отримали послуги «Школи пацієнта» і «Майстерні можливостей». Результати пілотування засвідчили ефективність втручання щодо підтримки прихильності до АРТ та покращення економічної самостійності жінок з дітьми раннього віку. Повні результати дослідження буде оприлюднено на Національному порталі стратегічної інформації у 2017 році. Ми дуже вдячні партнерським організаціям за співпрацю та їхню відданість роботі з людьми, які живуть з ВІЛ, а також за конструктивний зворотний зв'язок, який ми отримували впродовж пілотування втручання.

Варто зауважити, що обидва втручання, використані як частини одного інтегрованого втручання, можуть впроваджуватись і як самостійні програми. В електронному вигляді вони доступні на сайті Проєкту (www.respond.org.ua) і на Національному порталі стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу (www.hiv.phc.gov.ua).

Бажаємо успіхів в ознайомленні з інтегрованим втручанням!

Команда Проєкту RESPOND

² Beyond viral suppression of HIV – the new quality of life frontier. Lazarus et al. BMC Medicine (2016).

INTRODUCTION

The USAID-funded Ukraine RESPOND Project, aimed at reducing transmission of HIV among key populations, is implemented in Ukraine by Pact in partnership with FHI 360. The objectives of the Project are to improve the quality of HIV/AIDS services as well as strengthen the capacity of Ukrainian institutions and organizations to deliver quality HIV/AIDS programs.

One of the key objectives of the Project is to improve the continuum of HIV services for key populations. Between the years of 2013-2016, the Project adapted and piloted a number of effective behavioral interventions, which focused on strengthening the continuum of services

An effective behavioral intervention (EBI) is a method or procedure of delivery of certain service based on behavioral theory that has been proven effective through research studies. Each specific intervention is targeted toward specific behaviors as well as particular target populations; intervention combines effective and structured approaches to learning and skills development (e.g. “peer to peer”, outreach, role playing, etc.).

The US Centers for Disease Control and Prevention supported the rigorous research, documentation and distribution for more than 75 EBIs, many of which have been successfully adapted to local contexts and implemented worldwide (www.effectiveinterventions.org). RESPOND Project has adapted and piloted a number of behavioral interventions for various key populations, including *Street Smart*, HIV/AIDS and STI prevention program for at-risk adolescents; *Mpowerment*, a HIV prevention program for young MSM; *Project Start*, a program aimed at reducing risk of HIV/STI/hepatitis for people who returned from places of imprisonment, and *Seven Steps*, a program aimed at prevention of HIV, STI, and viral hepatitis among people who inject drugs (PWID).


Moreover, Ukraine has accumulated considerable experience in working with different groups while developing HIV services. This became the ba-

sis for the development of local interventions aimed at supporting the continuum of HIV services. Such interventions combine best world practices and recommendations as well as Ukraine’s experience. RESPOND Project together with Charitable Organization “All-Ukrainian Network of PLWHA” developed several local interventions, including *Steps towards Health* aimed at prevention of HIV among PLHIV/PWID and development of adherence healthcare services system, including active medical examination on HIV treatment, and developed a guide to *Partner’s Health* intervention aimed at enrollment of PLHIV/PWID partners to HIV testing. Implementation guides of these interventions were published on Project website (www.respond.org.ua) and the National Portal of Strategic Information related to HIV/AIDS (www.hiv.phc.org.ua).

In the context of the UNAIDS’ “Accelerating Action to End the AIDS Epidemics by 2030” strategy known as “90-90-90”, it becomes very important to not only detect 90% of people who live with HIV but also involve 90% of them in treatment and further ensure retention of 90% of those treated. Ukraine is currently taking its first steps in the implementation of the new strategy and is facing many barriers, including the legal, structural and personal. Actual implementation of UNAIDS strategy depends on quality of services, friendliness of the system to the client as well as client’s readiness to take care of their health and immediate surrounding. Among other factors, enhancing client’s readiness to take care of themselves and their close ones is greatly influenced by financial independence, ability to provide themselves with necessary resources and, therefore, be more confident in the possibility to take care of their health.

In the meantime, the experience of so-called “integrated interventions”¹ is accumulated all over the world. Their theory presupposes potentiating of the effect of few interventions when they are simultaneously focused on well-being in different areas of life of individual or community: health, education, financial well-being, etc. For example, simultaneous education,

¹ See. <http://www.pactworld.org/our-integrated-approach>; <https://www.fhi360.org/integrated-development>.



improvement of child's health and financial situation in the family produce better effect on child's education than separate educational projects. Realizing all this, RESPOND Project made an attempt to integrate intervention aimed at development of adherence to ART and intervention aimed at development of personal financial independence. First intervention was called *Patient School* and the second one – *Studio of Opportunities*. The aim of this integrated intervention was to enhance the effectiveness of HIV treatment through improvement of financial situation of key affected clients: women with young children. Clients of non-governmental organizations got the opportunity to actually influence two important areas of their lives: health and financial independence which reinforced each other during the intervention implementation process.

Patient School is based on the great experience of Ukrainian NGOs in the development of adherence to ART as well as the best world practices, including HIV counselling resource package for the Asia-Pacific prepared by UNICEF, FHI360 and WHO. The purpose of the intervention is development of adherence to ART and other medical services among PLHIV including timely receiving ARV-drugs and regular check-ups. Intervention is implemented during six individual counselling sessions and lasts for about six months.

Studio of Opportunities intervention was developed for women who live with HIV and have children under the age of 6, and is aimed not at individual social support and group social work to empower client for actions to overcome difficult life circumstances, taking care of children and other social and socio-psychological services. Involvement of women in this intervention is explained by particular vulnerability of women and gender inequality that exists in Ukrainian society. A woman needs more strength and resources to achieve financial independence. This intervention

was developed based on considerable experience of Pact organization in development of financial independence programs all over the world.

Thus, integration of these two interventions is the case of complex approach to addressing clients' issues and is aimed at significant and lasting impact on people's lives and achievement of the forth 90 – 90% of people with undetectable viral load have good quality of life related to health².

Starting from March 2015 the integrated intervention was piloted over eighteen months by four non-governmental organizations: Dnipropetrovsk, Cherkasy and Chernihiv oblast branches of Charitable Organization “All-Ukrainian Network of PLWHA” and the Charitable Organization “Svitlo Nadii” (Poltava). During this period 640 people living with HIV received services of *Patient School* and *Studio of Opportunities*. Results from the intervention piloting showed its effectiveness in supporting adherence to ART and improving financial independence of women with young children. Full research report will be published on the National Portal of Strategic Information in 2017. We are grateful to all the partner organizations for their cooperation and their commitment to working with people living with HIV and for the constructive feedback we received during the intervention piloting.

It should be noted that both interventions used as parts for one integrated intervention can be as well used as independent programs. Electronic versions of the interventions are available on Project web-site (www.respond.org.ua) and the National Portal of Strategic Information related to HIV/AIDS (www.hiv.phc.org.ua).

Good luck in getting acquainted with the integrated intervention!

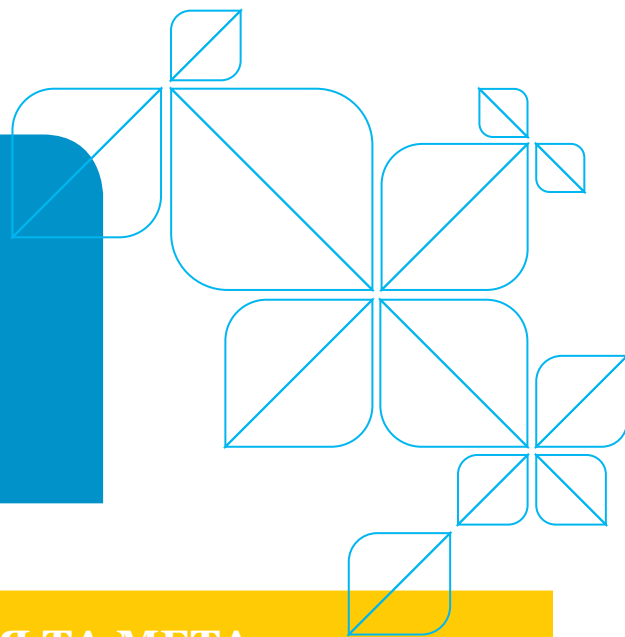
RESPOND Project team

² Beyond viral suppression of HIV – the new quality of life frontier. Lazarus et al. BMC Medicine (2016)

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	3
INTRODUCTION	5
МЕТА І ПРИНЦИПИ ІНТЕГРОВАНОГО ВТРУЧАННЯ	8
Ключова ідея та мета інтегрованого втручання	8
Етапи роботи з клієнтами в рамках інтегрованого підходу.....	11
Принципи роботи з клієнтами в ході інтегрованого втручання.....	13
Гендерно-чутливий підхід у лікуванні та соціальному супроводі людей, які живуть з ВІЛ.....	15
ОГЛЯД ТЕОРЕТИЧНИХ ЗАСАД ІНТЕГРОВАНОГО ВТРУЧАННЯ	17
ЗАГАЛЬНИЙ ОПИС ІНТЕГРОВАНОГО ВТРУЧАННЯ	19
Основні характеристики «Школи пацієнта» – втручання з формування прихильності до АРТ.....	19
Основні елементи втручання «Школа пацієнта».....	20
Основні характеристики «Майстерні можливостей» – втручання з розвитку економічної самостійності	21
ДОСВІД РОЗРОБКИ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ІНТЕГРОВАНОГО ВТРУЧАННЯ В УКРАЇНІ	23

Мета і принципи інтегрованого втручання



КЛЮЧОВА ІДЕЯ ТА МЕТА ІНТЕГРОВАНОГО ВТРУЧАННЯ

Традиційні втручання, спрямовані на поліпшення якості життя вразливих груп населення, використовують стратегії з тієї ж сфери, де знаходиться очікуваний результат. Так, для підвищення економічної самостійності використовують методи мікрокредитування, розвитку малого бізнесу або профорієнтації. Для підвищення рівня грамотності в найбідніших країнах вдаються до методів утримання учнів у початковій школі. Для зміни ризикованих форм поведінки застосовують поведінкові втручання, а для поліпшення результатів лікування впливають на прихильність пацієнтів до терапії. Втручання ВІЛ-сервісних організацій традиційно спрямовані на поліпшення поведінкових та медичних показників клієнтів. Так, проекти з догляду та підтримки для людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), пропонують супровід клієнтів, консультування та групи взаємодопомоги з метою взяття клієнта на облік у центрі СНІДу, регулярного обстеження, своєчасного призначення терапії та формування в нього прихильності до лікування для поліпшення клінічних показників (CD4, вірусного навантаження) тощо.

В останні роки у світовій практиці все більшого поширення набувають так звані інтегровані втручання. Вони передбачають вплив на одні сфери життєдіяльності клієнта (наприклад, його фінансову самостійність) задля поліпшення результатів в іншій сфері (наприклад, здоров'я). Така синергія підходів зрозуміла: якщо поліпшити матеріальний стан клієнта, у нього з'являється більше можливостей дбати про своє здоров'я і здоров'я своїх дітей.

Інтегровані втручання є виявом комплексного підходу до розв'язання проблем клієнтів соціальної роботи. **Основна мета інтегрованих втручань** полягає в тому, щоб здійснити значний і тривалий вплив на життя людей шляхом посилення їхньої здатності протистояти потрясінням і забезпечити себе та свої родини, одночасно плануючи своє майбутнє. Вони ґрунтуються на ідеї, що мірилом успішності виступає максимальне звільнення клієнта від потреби в соціальному закладі та соціальній допомозі.

В основі інтегрованих втручань – біопсихосоціальний підхід до допомоги людям, які живуть з ВІЛ. Такий підхід враховує впливи біологічних, психологічних, соціальних факторів на думки, почуття, поведінку людей. Він базується на теоріях і концепціях багатьох гуманітарних наук (соціальної роботи, соціології, психології, педагогіки, соціальної психіатрії та ін.), використанні методологій, технік з різних сфер людських знань та діяльності. Ці моделі та концепції, а також засновані на них техніки втручання дають змогу забезпечити комплексність та ефективність

надання послуг клієнтам ВІЛ-сервісних організацій, беруть до уваги як специфічні проблеми та потреби ЛЖВ, зокрема потреби в лікуванні та протидії стигматизації, так і загальні уявлення про сучасну соціальну роботу (**Рис. 1.1** унаочнює концептуальні засади інтегрованих втручань у ВІЛ-сервісних організаціях).

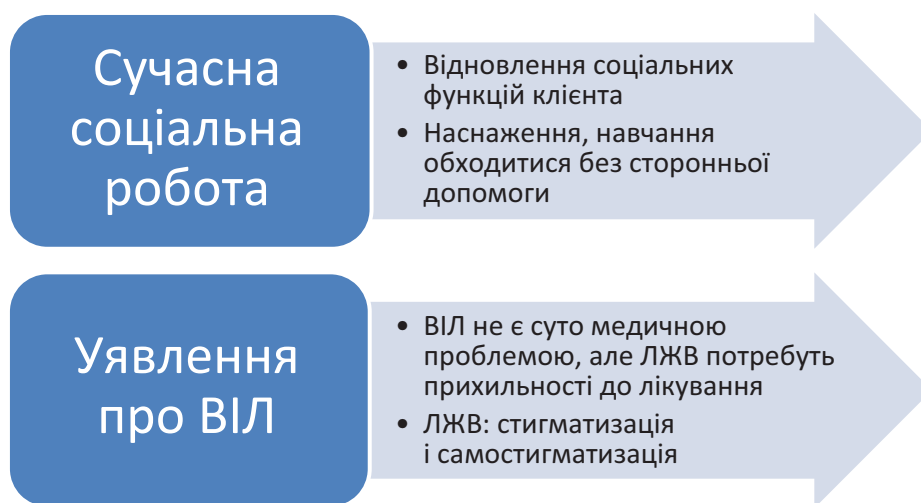


Рисунок 1.1. Концептуальні засади інтегрованих втручань у ВІЛ-сервісних організаціях

Комплекс послуг у рамках інтегрованих втручань має спрямовуватись як на задоволення базових потреб представників ключових груп, запобігання вичерпанню їхніх ресурсів та повному спустошенню внаслідок шоккових ситуацій (таких, як хвороба), так і на просування особистісного розвитку, накопичення ресурсів та активів для досягнення економічної самостійності. Частиною програми є поведінкові втручання, спрямовані на подолання стигми, дискримінації, а також інформаційна робота, спрямована на подолання правової нерівності.

Основне призначення інтегрованих втручань, тобто комплексного підходу у ВІЛ-сервісних організаціях, – допомогти людям переходити з одного соціального рівня на наступний, мінімізуючи їхню вразливість з метою профілактики «падінь» на нижчий рівень унаслідок незапланованих потрясінь (особливо у зв'язку з ВІЛ/СНІДом).

У 2015–2016 роках у рамках Проекту RESPOND було розроблено та апробовано інтегроване втручання, яке включало: 1) формування прихильності до АРТ-препаратів та отримання медичних послуг («Школа пацієнта») та 2) індивідуальний соціальний супровід і групову соціальну роботу з наснаження клієнта на дії з подолання складних життєвих обставин (втручання з розвитку економічної самостійності клієнтів «Майстерня можливостей»).

Складові інтегрованого втручання

- **«Школа пацієнта»** (втручання з формування прихильності до АРТ та отримання медичних послуг).
- **Втручання «Майстерня можливостей»** (індивідуальний соціальний супровід та групову соціальну роботу з наснаження клієнта на дії з подолання складних життєвих обставин, догляд за дітьми, інші соціальні та соціально-психологічні послуги).

Метою інтегрованого втручання є покращення у ВІЛ-позитивних жінок з дітьми від 0 до 6 років якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, шляхом інтеграції медично та економічно спрямованих програм.

Основні поняття втручання

Пов'язана зі здоров'ям якість життя (health-related quality of life, HRQOL) – сприйняття людьми свого становища в житті залежно від культурних особливостей та системи цінностей та у зв'язку з їхніми цілями, очікуваннями, стандартами, турботами (визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я); суб'єктивне і багатомірне поняття, яке охоплює фізичне і професійне функціонування, психологічний стан, соціальну взаємодію і соматичні відчуття (визначення Міжнародного товариства дослідження якості життя).

План прихильності до АРТ – комплекс заходів, які свідомо здійснює людина, котра ретельно та постійно дотримується режиму лікування: вчасно приймає ліки, приймає їх у необхідних, призначених лікарем комбінаціях та дозі, дотримується рекомендованої кратності прийому ліків, виключаючи пропуски (переривання) їх прийому, дотримується рекомендацій щодо дієти та інших спеціальних рекомендацій.

Економічна самостійність, економічна спроможність (професійний переклад з англ. «livelihood») – можливість забезпечити собі засоби для прожиття; включає наявність особистих можливостей, активів, доходів та заходів, необхідних для забезпечення життєвих потреб (визначення Міжнародного Червоного Хреста і Червоного Півмісяця).

Складні життєві обставини, СЖО – обставини, спричинені інвалідністю, віком, станом здоров'я, соціальним становищем, життєвими звичками і способом життя, внаслідок яких особа частково або повністю не має (не набула або втратила) здатності чи можливості самостійно піклуватися про особисте (сімейне) життя та брати участь у суспільному житті (визначення Закону України «Про соціальні послуги» в редакції від 15.03.2012). У рамках цього втручання під такими обставинами, зокрема, маються на увазі насильство в сім'ї, зневажливе ставлення і негативні стосунки в сім'ї; безробіття і малозабезпеченість; ризик передачі дитини до закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування.

Незалежність від послуг організацій (у рамках цього втручання) – сприяння самоефективності людини, її вмінню долати власні проблеми та СЖО; зменшення психологічної або фізичної залежності від організації; відсутність відчутної потреби у соціальному супроводі з боку соціальних служб чи постійної підтримки соціальних працівників.

Інтегрований підхід повинен включати такий додатковий компонент, як догляд за дітьми. Іноді батьки не можуть відвідувати заняття, тому що не мають з ким залишити дітей. Щоб запобігти такій ситуації, бажано створити дитячу кімнату, в якій під час навчання батьків вихователі проводять розвивальні заняття з дітьми. Для дітей увага чужих та досвідчених вихователів є дуже корисною.

Клієнти можуть за потреби отримувати інші соціальні та соціально-психологічні послуги у ВІЛ-сервісних організаціях, наприклад, брати участь у дозвіллевих заходах, просвітницьких заняттях, психосоціальних втручаннях, пов'язаних із подоланням залежності, участю в програмах замісної підтримувальної терапії тощо.

Одним з вирішальних моментів у реалізації успішного інтегрованого підходу є розвиток партнерської мережі, залученої до реалізації програм у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу та економічної самостійності. Ефективне партнерство між державними закладами та громадськими організаціями має бути системним, базуватися на угодах про співпрацю, передбачати регулярний обмін інформацією, залучення різних фахівців до проведення занять і консультацій.

ЕТАПИ РОБОТИ З КЛІЄНТАМИ В РАМКАХ ІНТЕГРОВАНОГО ПІДХОДУ

Процес роботи з клієнтами в рамках інтегрованих втручань загалом відповідає послідовності кроків, до яких вдаються фахівці соціальних закладів під час соціального супроводу (кейс-менеджменту, роботи з випадком).

Незалежно від тривалості роботи з випадком, усі кроки з надання допомоги мають бути логічними і послідовними, кожен крок має бути пов'язаний з попереднім і слугувати основою для наступного. Робота має розпочинатися з оцінки ситуації конкретного клієнта.

На **Рисунку 1.2** схематично подано часові рамки ведення одного випадку в межах інтегрованих втручань, унаочнено види діяльності, які очікуються упродовж соціального супроводу (кейс-менеджменту), та часові співвідношення між втручаннями «Школа пацієнта» і «Майстерня можливостей» (програмою розвитку економічної самостійності).

Етапи роботи з клієнтами інтегрованих соціальних втручань

- 1. Відбір клієнтів до участі у програмі, оцінка потреб, мотивація до участі.**
- 2. Розробка індивідуального плану втручання.**
- 3. Здійснення втручання:**
 - мотиваційне та інформаційне консультування у рамках «Школи пацієнта»: формування прихильності до лікування та отримання медичних послуг;
 - здійснення первинного втручання: вирішення нагальних базових проблем, відновлення документів, оформлення соціальної допомоги тощо, відповідно до потреб;
 - групові заняття: 2 години один раз на тиждень протягом 3-х місяців (формування особистості, підвищення самооцінки, усвідомлення власних потреб, розуміння себе самої та особистісного росту, базова фінансова грамотність, формування кола підтримки учасниць програми тощо);
 - індивідуальний супровід: консультування з приводу працевлаштування, набуття професійних навичок тощо.
- 4. Завершення участі. Оцінка досягнутого.**

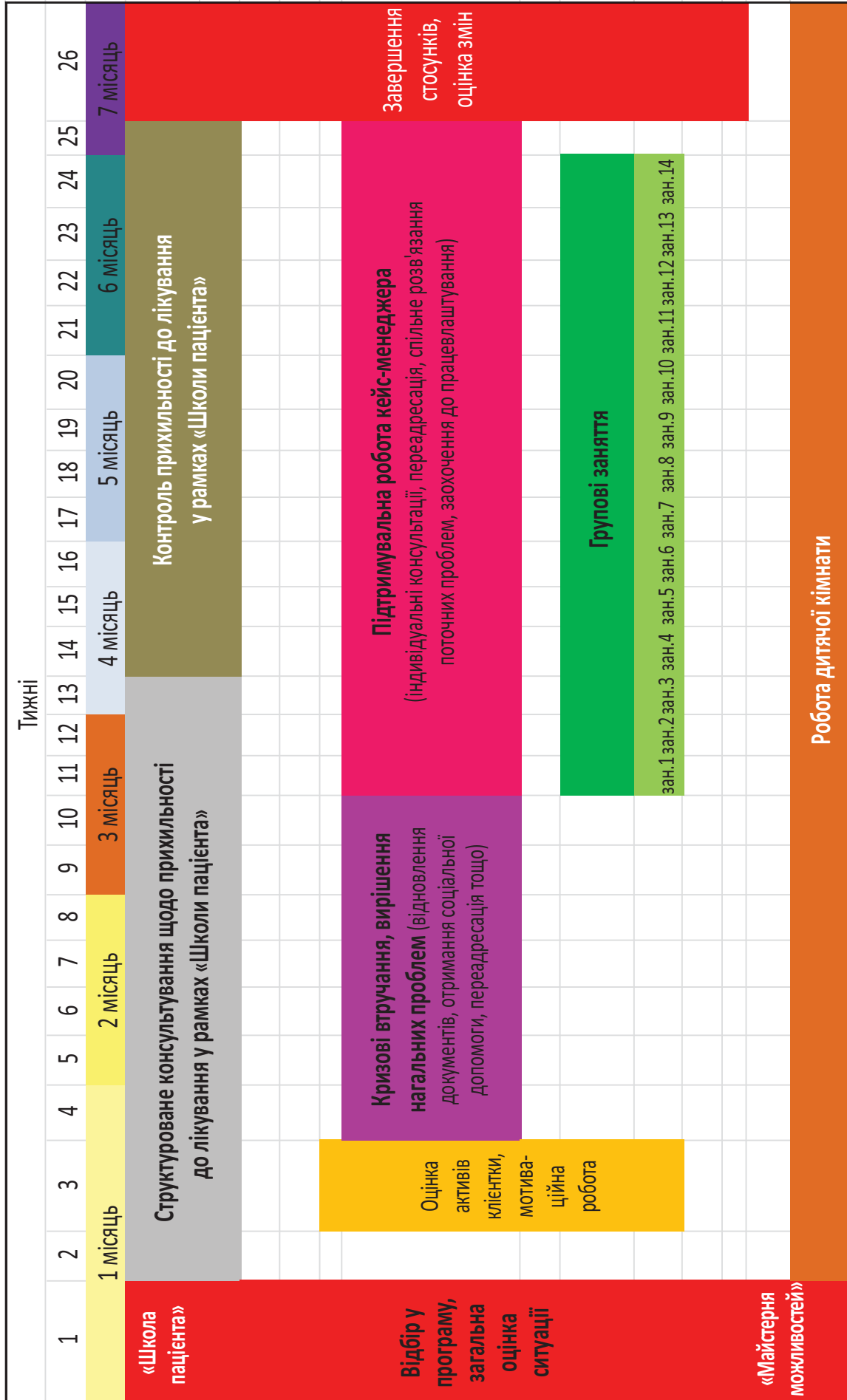


Рисунок 1.2. Основні етапи роботи з клієнткою в рамках інтегрованого втручання «Школа пацієнта» і «Майстерня можливостей»

ПРИНЦИПИ РОБОТИ З КЛІЄНТАМИ В ХОДІ ІНТЕГРОВАНОГО ВТРУЧАННЯ

У своїй діяльності фахівці інтегрованого втручання повинні просувати цінності та принципи, закріплені в документі «**Етика соціальної роботи: визначення принципів**», який прийнято Міжнародною федерацією соціальних працівників та Міжнародною асоціацією шкіл соціальної роботи у 2004 р.

Відповідно до документа «**Глобальне визначення соціальної роботи**» (прийнятого Міжнародною федерацією соціальних працівників та Міжнародною асоціацією шкіл соціальної роботи у 2014 р.), основна місія соціальної роботи полягає в тому, щоб «сприяти соціальним змінам та розвитку, соціальній згуртованості, активізації та звільненню людей». Центральне місце в соціальній роботі посідають принципи соціальної справедливості, прав людини, колективної відповідальності та поваги до різноманітності. Підкріплена теоріями соціальної роботи, соціальними і гуманітарними науками, а також місцевими знаннями соціальна робота залучає людей і структури до вирішення життєвих проблем та підвищення добробуту. Таке визначення зумовлює основні принципи, тобто основоположні ідеї, правила, норми поведінки під час впровадження інтегрованих втручань для клієнтів ВІЛ-сервісних організацій.

Принципи інтегрованого втручання

1. *Пріоритет інтересів клієнта*
2. *Добровільність отримання послуг*
3. *Активна участь клієнта і його наснаження*
4. *Комплексний підхід та інтеграція*
5. *Максимізація соціальних ресурсів*
6. *Конфіденційність*
7. *Толерантність*
8. *Професійна чесність і дотримання професійних меж*

1. Принцип пріоритету інтересів клієнта

Цей принцип ґрунтується на ідеї клієнтоцентризму, за якою визнається пріоритет прав та інтересів клієнтів в усіх випадках, крім тих, що суперечать правам та інтересам інших людей. Він кидає виклик підходам, за яких «спеціаліст знає краще». Застосування цього принципу на практиці означає прямування за клієнтом або вплив на формування його інтересів, мотивування до зміни пріоритетів (що може потребувати тривалого часу). Для реалізації цього принципу необхідно дотримуватися права клієнта на власну думку і створювати умови для її висловлення в ході втручання.

2. Принцип добровільності отримання послуг

Участь у втручанні «Майстерня можливостей» повинна бути добровільною. Клієнт повинен дати інформовану згоду на участь у втручанні й мати вибір щодо продовження участі у програмі або виходу з неї в будь-який момент без покарання чи негативних наслідків.

3. Принцип активної участі клієнта і його наснаження

Цей принцип передбачає опору на власні сили клієнта, його активну позицію в розв'язанні своїх проблем. Відповідно до нього принципу, ніхто, крім самої людини, не може вирішити її

життєвих проблем, поліпшити становище в родині, усунути конфліктну ситуацію тощо. При цьому клієнт повинен мати право голосу в оцінюванні якості послуг та програми в цілому, як і право на подання скарг.

Інструментом, який дає змогу обговорити й закріпити обов'язки між клієнтом та фахівцем організації, є план втручання. Реалізація цього принципу можлива через активну участь клієнта у визначенні своїх проблем, труднощів та сильних сторін, формулюванні завдань і заходів плану, його регулярному перегляді. Це допомагає клієнтові якомога більше дізнатися про власні ресурси та можливості їх розкриття.

4. Принцип комплексного підходу та інтеграції

Цей принцип передбачає використання широкого спектру прийомів і засобів розв'язання соціально-психологічних проблем клієнта, створення умов для включення особистості в різні сфери життя та діяльності суспільства, її позитивної ресоціалізації та реінтеграції.

5. Принцип максимізації соціальних ресурсів

Сповідуючи цей принцип, фахівці організації повинні залучати всі можливості громади для надання допомоги клієнтові, налагоджувати співпрацю з державними, громадськими, приватними закладами та організаціями, використовувати можливості груп взаємодопомоги (якщо вони діють в організації). Для цього організація повинна провести картування ресурсів громади, послуг, які в ній можна отримати, і вести постійну роботу з залучення додаткових ресурсів до організації.

Професійна діяльність ВІЛ-сервісної організації на основі цього принципу також передбачає, що, крім надання прямої допомоги клієнтові, необхідно працювати над тим, щоб адаптувати наявну мережу державних та недержавних закладів, зробити їхні послуги більш доступними для ВІЛ-позитивних людей.

6. Принцип конфіденційності

Вимогою цього принципу є збереження в таємниці інформації про клієнта. Цю інформацію дозволяється використовувати тільки з професійною метою. Вона має фіксуватися та зберігатися з дотриманням цього принципу.

Також відповідно до цього принципу всі працівники ВІЛ-сервісних організацій повинні підписати заяви про те, що вони ознайомилися з вимогами законодавства та організації-виконавця щодо захисту конфіденційності інформації та повністю розуміють ці вимоги. До інших форм, які може бути використано для захисту прав і конфіденційності даних клієнта, належать Угода про конфіденційність (укладається між керівником та працівником організації) та Форма про конфіденційність (її підписують працівник та клієнт програми).

7. Принцип толерантності

В основі цього принципу лежать поважливе та гідне ставлення до клієнта, утримання від критичних суджень. Професійна толерантність вимагає визнання клієнта таким, яким він є, терпимості до нього, уникнення поділу клієнтів на «гарних» і «поганих», «зручних» та «незручних», недопущення того, щоб особисті переконання й цінності впливали на професійне ставлення до клієнта.

8. Принцип професійної чесності і дотримання професійних меж

Цей принцип зобов'язує працівників ВІЛ-сервісних організацій бути чесними та звітувати про свої дії й контакти з клієнтами, іншими спеціалістами, представниками громадськості та державних установ. У процесі надання допомоги персонал має усвідомлювати межі можливостей своєї професійної діяльності й пояснювати це клієнтові.

Цей принцип закликає до реалістичності, продовження навчання та вдосконалення професійних навичок; водночас його дотримання означає, що персонал має практикувати те, що знає, і те, у що вірить.

ГЕНДЕРНО-ЧУТЛИВИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ТА СОЦІАЛЬНОМУ СУПРОВОДІ ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ

Дослідження¹ підтверджують, що жінки більш вразливі до ВІЛ. При цьому вони менш здатні захищати себе від впливу ВІЛ/СНІДу через економічні, соціальні, правові, політичні і культурні перепони, з якими стикаються. Жінки можуть підкорятися чоловікам тому, що бояться відплати на кшталт побиття або розлучення, і тому, що їхні гендерні ролі в суспільстві змушують їх увійти у залежність. Для жінок в усьому світі вплив гендерної нерівності є очевидним у багатьох проблемах, пов'язаних з репродуктивним здоров'ям. Імовірність передачі ВІЛ від чоловіка до жінки під час незахищених статевих контактів у 2–4 рази вища, ніж навпаки. Соціальні та статеві стосунки між жінкою й чоловіком найчастіше контролюються чоловіком. Жінка не може наполягати на використанні презерватива, якщо цього не хоче її чоловік. Незахищеною є жінка секс-бізнесу, оскільки умови сексуального контакту визначає замовник послуги. Незахищеною є й жінка – споживач наркотиків, бо вона перебуває в цілковитій залежності від чоловіка, який постачає наркотики, а іноді вона використовує той самий шприц, який перед цим використовували чоловіки.


Чоловічі гендерні ролі також шкодять чоловічому здоров'ю. Гендерні проблеми прийнято вважати тільки жіночими. Але чоловіки так само, як і жінки, страждають від гендерної дискримінації. Так, наприклад, для чоловіків характерні такі гендерні проблеми:

- чоловіки живуть в середньому 62 роки, що на 12 років менше середньої тривалості життя жінок;
- чоловіки мають найвищі у світі темпи зростання захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД та туберкульоз;
- приблизно третина чоловіків не може залишити по собі нащадків через безпліддя;
- майже кожний п'ятий мав в анамнезі інфекцію, що передається статевим шляхом;
- чоловіки становлять понад 80% самогубців і переважну кількість тих, хто переніс інфаркт чи інсульт;
- щороку в Україні 80 тисяч чоловіків помирають у працездатному та репродуктивному віці;
- чоловіки потерпають від неможливості отримати андрологічну медичну допомогу чи консультацію уролога;
- при розлученні чоловіки мають менші, ніж жінки, права на опіку над дітьми.

І чоловіки, і жінки мають ризик бути інфікованими ВІЛ, можуть бути вразливими до хвороби та її наслідків, але відбувається це по-різному. В контексті ВІЛ/СНІДу, гендер – один із ключових факторів, що визначає ризик особи інфікуватися ВІЛ; наслідки інфікування ВІЛ; вплив ВІЛ-асоційованої хвороби і смерті особи на сім'ю та суспільство; соціально-економічні наслідки для країни.

Отже, для подолання гендерних проблем у контексті ВІЛ-інфекції/СНІДу потрібні насамперед зміни в усвідомленні наслідків гендерної нерівності як надавачами відповідних послуг, так і тими, хто їх отримує, оскільки причина цих проблем криється в стереотипах, якими керуються люди у своїх діях. Важливим аспектом при плануванні та реалізації всіх проектів, програм, втручань є гендерно-чутливий підхід.

¹ Гендерно-чутливі послуги у сфері ВІЛ/СНІДу : аналітичний звіт за результатами дослідження. – К.: Інжиніринг, 2011. – 62 с.; Burruano L. HIV/AIDS epidemic in Eastern Europe: Recent developments in the Russian Federation and Ukraine among women / Burruano L. , Kruglov Yu. // Gender Medicine. – 2009. – Vol. 6(1). – P. 277–289; Gideon J. Unpacking 'women's health' in the context of PPPs: A return to instrumentalism in development policy and practice? / Gideon J., Porter F. // Global Social Policy. – 2016. – Vol.16. – P.68–85.



Гендерна чутливість – це бачення та профілактика проблем нерівності, дискримінації за статевими ознаками стосовно і чоловіків, і жінок у всіх різноманітних проявах. Таке розуміння гендерної чутливості допоможе гармонізувати суспільство, уможливити право особистого життєвого вибору та його реалізацію для кожного з нас, яким би дивним і «неправильним» цей вибір комусь не здавався.

У втручанні «Школа пацієнта» гендерна чутливість забезпечується через:

- залучення до втручання клієнтів за принципом гендерної збалансованості, коли можлива кількісна рівновага чоловіків та жінок і рівні права участі в програмі, без надання переваги окремій статі;
- відмову організації від гендерних стереотипів у підходах як до підбору персоналу програми, так і до роботи з клієнтами (наприклад, «з жінками працювати легше», «чоловіки менше дослухаються до порад і важче змінюють поведінку»);
- урахування фізіологічних, соціальних та психологічних особливостей, потреб і шляхів рішення проблем чоловіків та жінок, які живуть з ВІЛ, при реалізації програми;
- забезпечення при реалізації програми рівних прав та можливостей доступу до інформації, профілактики, лікування, ресурсів та послуг у втручанні та громаді для всіх клієнтів.

У втручанні «Майстерня можливостей» фахівці повинні зважати на те, що важливою умовою для утримання клієнток у програмі є врахування гендерних відмінностей. Тому необхідно визнавати наявність низки проблем та потреб, які стосуються жінок (сімейні обов'язки, насильство в сім'ї та з боку партнера, зґвалтування та психічні розлади, страх втратити опіку над своїми дітьми тощо), і будувати втручання з огляду на гендерні особливості клієнток.

Огляд теоретичних засад інтегрованого втручання



Зарубіжні публікації з питань розвитку економічної спроможності клієнтів соціальної роботи виходять із двох принципово відмінних підходів:

1) макропрактика (переважно в рамках радикальної парадигми соціальної роботи) – підтримка соціальними працівниками боротьби представників уразливих груп за гідні умови життя, протидія чинникам соціальної уразливості, посилення справедливого розподілу ресурсів у громадах²;

2) мікропрактика (парадигма індивідуальної активізації клієнтів) – фінансова соціальна робота, яка ґрунтується на розвитку індивідуальних навичок управління власними ресурсами; посилення бажаних моделей поведінки та зв'язків з фокусними соціальними системами; працевлаштування з підтримкою³.

У вітчизняній професійній соціальній літературі серед методів чи форм соціальної роботи згадують економічні, найчастіше маючи на увазі розподіл фінансової соціальної допомоги (див., приміром, працю М. Лукашевича та І. Миговича⁴), хоча це має досить опосередковане відношення до власне соціальної роботи. Водночас, у публікаціях щодо поточної практики соціальної роботи в Україні⁵ описано елементи застосування стратегій розвитку економічної спроможності – від формування навичок до розвитку соціальних підприємств. Проте в останньому випадку економічна складова соціальної підтримки розглядається як вторинна, яка допомагає вирішувати інші важливі проблеми, котрі зумовлюють складне становище в родині, тоді як в інтегрованому втручанні розвиток економічної спроможності вважається передумовою відновлення соціального функціонування і турботи про власне здоров'я.

Інтегроване втручання ґрунтується на низці теоретичних концепцій, розроблених у рамках соціальної роботи і психологічної науки (див. **Рис. 2.1**).

- 2 DuBois B. L. Social work: An empowering profession [8th ed.] / DuBois B. L., Miley K. K. – Pearson Higher Education, 2013. – 512 p.; Gideon J. Unpacking 'women's health' in the context of PPPs: A return to instrumentalism in development policy and practice? / Gideon J., Porter F. // *Global Social Policy*. – 2016. – Vol. 16. – P. 68–85; Harlow E. Neoliberalism, managerialism and the reconfiguring of social work in Sweden and the United Kingdom / Harlow E., Berg E., Barry J., Chandler J. // *Organization*. – 2013. – Vol. 20 (4). – P. 534–550.
- 3 Raheim S. Micro-enterprise as an approach for promoting economic development in social work: lessons from the Self-Employment Investment Demonstration / Raheim S. // *International Social Work*. – 1996. – Vol. 39. – P. 69–82; The PLHIV Entrepreneur Group Project Manual / PACT. – China: Yunnan, 2009. – 72 p.; Wolfsohn R. Financial Social Work: Basics and Best Practices / Reeta Wolfsohn. – USA: Center for Financial Social Work. – 2012. – 28 p.
- 4 Лукашевич М.П. Теорія і методи соціальної роботи : Навч. посіб. / Лукашевич М.П., Мигович І.І.; 2-ге вид., доп. і випр. – К.: МАУП, 2003. – 168 с.
- 5 Мороз О. М. Зберегти сім'ю : Практичний посібник із соціальної роботи із сім'ями, які опинились у складних життєвих обставинах / Мороз О.М., Постолок Г.І., Семигіна Т.В. та ін. – К.: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, вид. дім «ЕКМО», 2008. – 160 с.; Соціальні служби – родині : Розвиток нових підходів в Україні [ред. І. Грига, Т. Семигіна]. – К.: Вабанк, 2002. – 128 с.

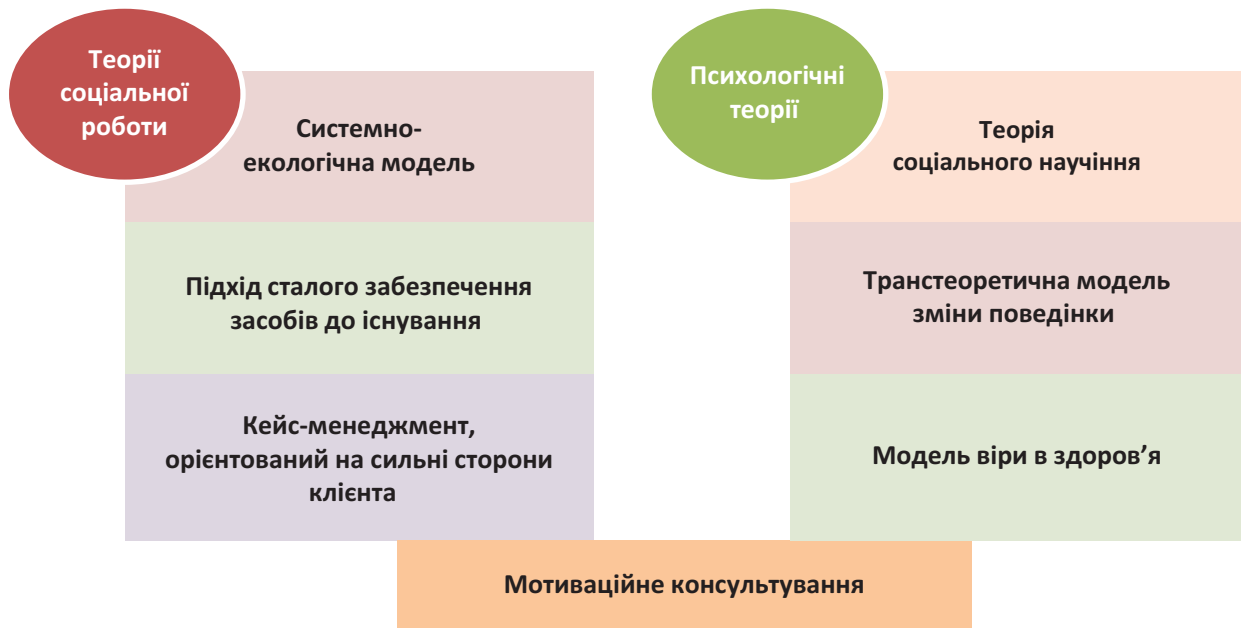


Рисунок 2.1. Ключові теоретичні концепції, на які спирається інтегроване втручання

Обидві складові інтегрованого втручання ґрунтуються на чітких теоріях, які визначають зміст і методи роботи. Так, перша частина інтегрованого втручання – «Школа пацієнта» – базується на поведінкових теоріях, що пояснюють, які стимули впливають на зміну поведінки людини і забезпечують її стійкі зміни. Такими теоріями та моделями зміни поведінки є транстеоретична модель зміни поведінки (Prochaska & DiClemente), мотиваційне інтерв'ювання (Miller and Rollnick), модель віри в здоров'я (Health belief model).

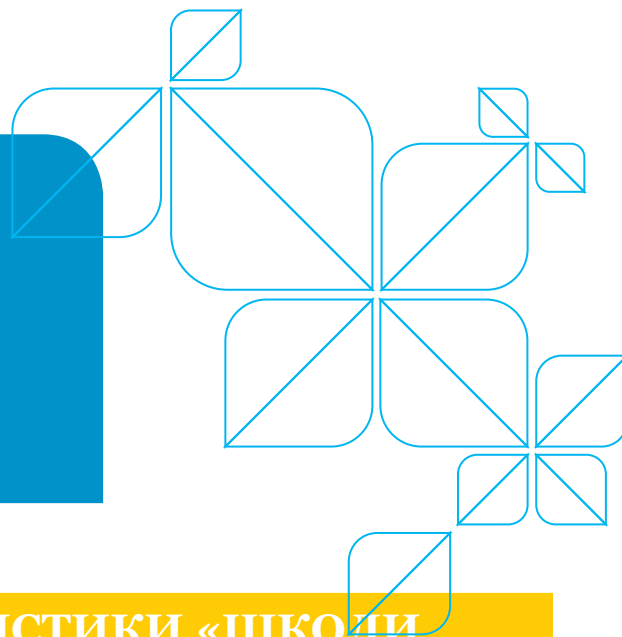
Ці теоретичні засади формують концептуальну основу втручання, яка будується на ідеї про те, що індивідуальні поведінкові зміни спрямовуються на задоволення трьох головних потреб: самостійності, належності до групи та самоефективності. Кінцевою метою втручання є надання допомоги клієнтові в задоволенні цих потреб.

- «Школа пацієнта» допомагає задовольнити потребу клієнта в **самостійності** шляхом заохочення незалежності та розвитку здатності приймати рішення і діяти відповідно до них.
- «Школа пацієнта» допомагає задовольнити потребу клієнта в **належності до групи**, даючи йому можливість побудувати стосунки з членами команди втручання, а також покращити свої відносини на соціальному та сімейному рівнях.
- «Школа пацієнта» допомагає задовольнити потребу клієнта в **самоефективності** шляхом заохочення та посилення його віри у власну спроможність здійснювати позитивні поведінкові зміни. Клієнт буде наполегливо змінювати свою ризиковану поведінку, якщо зміни будуть відбуватися не заради змін, а заради покращення інших аспектів його життя.

«Майстерня можливостей» як друга складова частина інтегрованого втручання базується на таких теоріях та моделях: системно-екологічна модель, підхід сталого забезпечення засобів до існування, теорія соціального наuczіння та кейс-менеджмент.

Більш детально всі згадані теорії розглядаються у відповідних розділах опису втручань.

Загальний опис інтегрованого втручання



ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ «ШКОЛИ ПАЦІЄНТА» – ВТРУЧАННЯ З ФОРМУВАННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО АРТ

«Школа пацієнта» – це програма, яка має на меті формування у ЛЖВ прихильності до АРТ та отримання медичних послуг, що включає своєчасний прийом АРВ-препаратів та регулярну диспансеризацію.

До цільової групи належать ВІЛ-позитивні дорослі (віком 18 років і старші), які перебувають на диспансерному обліку та які:

- готуються до початку прийому АРТ;
- порушують режим диспансерного нагляду;
- перебувають на лікуванні та не дотримуються режиму активного диспансерного нагляду та/або лікування.

Втручання триває близько шести місяців. На етапі залучення клієнт знайомиться з програмою, підписує угоду про надання послуг. Під час реалізації втручання «Школа пацієнта» протягом трьох місяців після залучення клієнта до програми проводяться п'ять індивідуальних консультативних сесій, а протягом наступних трьох місяців відбувається підтримка клієнта телефоном і завершення участі у програмі під час шостої (наснажувальної) сесії.

Шість структурованих сесій охоплюють такі теми:

- **Сесія 1. Що таке ВІЛ/СНІД: розуміння та сприйняття хвороби** (бажаний час проведення – за місяць/2 тижні до початку прийому АРВ): консультування з питань ВІЛ, принципів діагностики, опортуністичних інфекцій, принципів АРВ-терапії; направлення до інших послуг або втручань (за потреби).
- **Сесія 2. АРВ-терапія і прихильність до неї** (бажано провести в день початку АРТ): особливості прийому та зберігання АРВ-препаратів, негативні наслідки недотримання режиму і зниження дозування АРВ-препаратів, побічні ефекти, підготовка індивідуального плану прихильності, відбір методів та засобів формування навичок прийому АРТ.
- **Сесія 3. Турбота про власне здоров'я** (бажано провести через 2-3 тижні після початку прийому АРТ): лікування супутніх хвороб, мотивація до активної диспансеризації, готовність і навички користуватися медичними послугами, забезпечення соціальної підтримки з боку найближчого оточення.
- **Сесія 4. Позитивна профілактика та репродуктивне здоров'я** (бажано провести через 4-6 тижнів після початку прийому АРТ): розкриття статусу партнерам, у суспільстві, навчання безпечної поведінки (в побуті, на роботі, в сім'ї, в інтимних стосунках),

опрацювання теми «втоми» від терапії на різних етапах прийому АРТ (рік, три, п'ять) як профілактика відмови від АРТ.

- **Сесія 5. Активна диспансеризація** (бажано провести через 8-12 тижнів після початку прийому АРТ): формування стійкої мотивації, розвиток навичок та зміна поведінки клієнта, спрямовані на активну диспансеризацію/прийом ліків, закріплення схеми регулярного відвідування лікарів, запобігання пропускам візитів до лікарів/діагностичних процедур, користування ресурсами, особливості ефективного представництва власних інтересів).

Після п'яти сесій проводиться підтримувальна фаза, яка триває три місяці. На цьому етапі здійснюються телефонні дзвінки клієнтові 1 раз на 2 тижні для підтримки його прихильності до АРТ.

- **Сесія 6. Завершальна наснажувальна** (не пізніше ніж упродовж трьох місяців після Сесії 5). Підтвердження позитивних кроків, які клієнт здійснив у рамках програми. Оцінка прихильності до АРТ.

Упродовж кожної сесії, якщо у клієнта виявляються додаткові потреби, проводиться перенаправлення до служб, які надають необхідні для нього послуги.

Переадресація у втручанні передбачає обов'язкове забезпечення доходження клієнта до служби, до якої його направлено. Для забезпечення переадресації організація повинна розробити довідник/посібник з переадресації, де вказано детальні адреси служб, години їх роботи, контакти фахівців, до яких клієнт може звернутися. Така посилена переадресація передбачає використання талонів переадресації, якщо клієнт самостійно звертався для отримання послуги, щоб переконатися, що послугу він отримав.

Якщо організація має додаткові ресурсні матеріали (навчальні брошури з питань ВІЛ, ІПСШ та гепатитів, прихильності до АРТ тощо), варто надавати їх клієнтам під час проведення сесій.

ОСНОВНІ ЕЛЕМЕНТИ ВТРУЧАННЯ «ШКОЛА ПАЦІЄНТА»

Основні елементи – це складові частини втручання, які забезпечують його ефективність і які не може бути змінено або проігноровано.

1. Використовувати інструменти та спеціальні форми до завдань для проведення структурованої програми, наведені в Додатках до сесій.
2. Залучати до реалізації програми персонал, який має досвід роботи з формування прихильності та розуміє потреби осіб, які починають АРТ.
3. Співпрацювати з лікарями (центру СНІДу, кабінету «Довіра», стаціонару, поліклініки), які призначають АРТ і ведуть пацієнтів, щоб переконатися, що клієнт готовий і прихильний до прийому АРТ.
4. Під час проведення сесій місце проведення повинно бути безпечним, зручним, доступним і забезпечувати конфіденційність клієнта.
5. Провести шість сесій основної фази, які тривають 45-65 хвилин; кожна наступна сесія проводиться не раніше ніж за два тижні і не пізніше ніж за три тижні після попередньої. Можна планувати додаткові зустрічі для кожної окремої сесії, якщо клієнт потребує більше часу на осмислення своїх дій. Під час підтримувальної фази з клієнтом підтримується зв'язок телефоном протягом трьох місяців. Участь у програмі завершується на шостій сесії, яка проводиться після трьох щомісячних телефонних контактів з клієнтом.
6. Проводити всі сесії повинен один і той самий співробітник. Це підвищує рівень довіри та мотивацію клієнта продовжувати брати участь у програмі.
7. Протягом перших двох тижнів після початку прийому АРВ-препаратів клієнтові обов'язково потрібно зателефонувати, щоб дізнатися про його стан і самопочуття; за потреби – призначити зустріч для надання йому підтримки в перший період прийому препаратів.

8. На підтримувальній фазі поведінкового втручання всім клієнтам, які не можуть самостійно отримати препарати (через хворобу, обмежений функціональний статус, далеку відстань проживання, зайнятість на роботі), необхідно забезпечити доставку препаратів додому соціальним працівником.
9. При формуванні мети, плану, а також при консультуванні клієнта щодо формування прихильності до АРВ-препаратів необхідно враховувати стадію його готовності до змін свого життя, зокрема до прийому терапії, згідно з транстеоретичною моделлю зміни поведінки.
10. Забезпечувати клієнта презервативами під час кожної сесії.

ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ «МАЙСТЕРНІ МОЖЛИВОСТЕЙ» – ВТРУЧАННЯ З РОЗВИТКУ ЕКОНОМІЧНОЇ САМОСТІЙНОСТІ

Втручання «Майстерня можливостей» орієнтовано на розвиток економічної та іншої самостійності клієнток. Воно виходить із того, що така діяльність є інтегрованою зі «Школою пацієнта». Разом ці два втручання синергетично впливають на якість життя жінок, пов'язану зі здоров'ям.

До цільової групи належать ВІЛ-позитивні жінки, які є клієнтками «Школи пацієнта» і мають усі наведені нижче характеристики:

- вік – 18 років і старші;
- мають дітей віком до 6 років;
- не працюють або мають тимчасову, сезонну роботу;
- перебувають у складних життєвих обставинах (малозабезпеченість, негативні стосунки в родині, проблеми у вихованні та догляді за дитиною тощо);
- мають мотивацію до зміни становища, готовність дисципліновано відвідувати заняття.

Кейс-менеджер проводить попереднє оцінювання становища клієнтки. Клієнтка підписує інформовану згоду на участь у втручанні.

Перед початком роботи здійснюється оцінка готовності клієнтки до зміни життєвих стратегій, яка проводиться у формі інтерв'ю з кейс-менеджером та бесіди з психологом (фасилітатором групових занять). До участі в початковому обговоренні доцільно запросити соціального працівника втручання «Школа пацієнта».

Також необхідно познайомитись, встановити початковий контакт із клієнткою, стисло надати інформацію про втручання, розповісти про його мету та основні завдання. За підсумками оцінки заповнюється відповідна форма, при цьому клієнтка долучається до визначення рівня своїх активів.

Програма розвитку економічної самостійності впроваджується на індивідуальному та груповому рівнях.

Індивідуальний рівень передбачає, що клієнтка перебуватиме під індивідуальним соціальним супроводом (мотиваційна робота, консультування, допомога у вирішенні нагальних проблем, робота зі сприяння працевлаштуванню або набуттю нових трудових навичок тощо). За потреби можливе направлення на навчальні курси, профорієнтаційні або навчальні програми місцевих служб зайнятості тощо. Протягом усього часу участі у втручанні з клієнткою підтримується телефонний зв'язок.

Особисті зустрічі з клієнткою для підтримки її поведінкових змін передбачаються не рідше одного разу на місяць (бажано раз на тиждень). Таким чином, очікується, що відбудеться мінімум 6 зустрічей клієнтки та кейс-менеджера, одна з них – після завершення групових занять.

Очікується, що кейс-менеджер бере участь у групових заняттях на правах учасника: це дає змогу стежити за розвитком клієнтів.

Упродовж кожної зустрічі/контакту, якщо у клієнтки виявляються додаткові потреби, проводиться перенаправлення до служб, які надають необхідні для нього послуги. Переадресація у втручання передбачає обов'язкове забезпечення доходження клієнта до служби, до якої його направлено. Для забезпечення переадресації організація повинна розробити довідник/посібник з переадресації, де вказано детальні адреси служб, години їх роботи, контакти фахівців, до яких клієнт може звернутися. Така посилена переадресація передбачає використання талонів переадресації, якщо клієнт самостійно звертався для отримання послуги, щоб переконатися, що послугу він отримав.

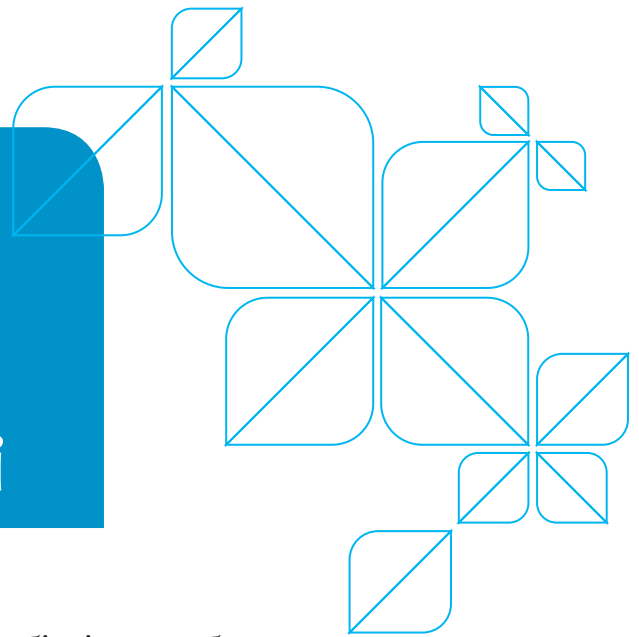
Групова робота передбачає проведення щотижневих занять у групах із 10 жінок з метою забезпечення сприятливого середовища для зміни їхньої поведінки, наснаження клієток на подальші дії з подолання складних життєвих обставин. Орієнтовна тривалість кожного заняття – дві години з перервою на чай/каву. Передбачається проведення 12 структурованих групових занять.

Втручання триває 6-6,5 місяців, групова робота – орієнтовно три місяці. Наприкінці втручання відбувається зустріч мультидисциплінарної команди з клієнткою і заповнюється оціночна форма, схожа на ту, що використовувалась на початку роботи.

Основні елементи втручання

- Узгодження втручань «Майстерня можливостей» та «Школа пацієнта». Працівники, залучені до цих втручань, повинні діяти як єдина команда, що разом визначає мотивацію клієнтки до змін та її прогрес у зміні поведінки й життєвих стратегій, прихильності до лікування тощо.
- Клієнтка потрапляє до «Майстерні можливостей» після як мінімум трьох структурованих сесій втручання «Школа пацієнта».
- Клієнтка вважається такою, що отримала повний пакет послуг у рамках втручання «Майстерня можливостей», якщо вона: 1) отримала повний пакет послуг втручання «Школа пацієнта»; 2) взяла участь у зустрічі з мультидисциплінарною командою на початку втручання; 3) взяла участь у шести індивідуальних зустрічах з кейс-менеджером; 4) завершила 12 занять групової роботи; 5) взяла участь у завершальній зустрічі з мультидисциплінарною командою.
- Залучення до впровадження втручання персоналу з досвідом проведення індивідуальної та групової роботи. Рівень професійної кваліфікації членів команди у відповідних сферах, їхнє вміння працювати разом та розуміння важливості своєї ролі у впровадженні втручань слугують важливими чинниками ефективності програми.
- Створення захищеного простору для індивідуальної та групової роботи, а також для догляду за дітьми.
- Повне прийняття клієток, що проявляється у відсутності будь-якого осуду та моралізаторства; дотримання етики роботи з клієнтками.
- При визначенні плану роботи і його реалізації необхідно враховувати стадію готовності клієнтки до змін життя згідно із транстеоретичною моделлю зміни поведінки.
- Важливим є відстеження позитивних змін та мотивації клієток, їх постійне заохочення до зміни життєвих стратегій.
- Для забезпечення безперервності надання послуг необхідна співпраця з різними організаціями: лікувально-профілактичними закладами, службою зайнятості, управлінням соціального захисту, соціальними службами у справах сім'ї, дітей та молоді, органами внутрішніх справ, громадськими та релігійними організаціями тощо.
- Залучення до проведення інформаційно-просвітницьких занять юристів, працівників служби зайнятості тощо.
- У разі потреби – направлення клієток на курси з формування професійних навичок.

Досвід розробки та впровадження інтегрованого втручання в Україні



Відповідаючи на глобальні виклики, пов'язані з бідністю та обмеженим доступом до послуг і ресурсів уразливих категорій населення, організація Раст розробила стратегію розвитку економічної самостійності, в основу якої покладено підхід сталого забезпечення засобів до існування (див. розділ «Теоретичні засади інтегрованого втручання»). Проект USAID RESPOND у квітні 2013 року започаткував ініціативу, яка передбачає інтеграцію програм охорони здоров'я та економічної самостійності і спирається саме на підхід сталого забезпечення засобів до існування.

Зв'язок з міжнародною практикою

На економічну самостійність і соціальні чинники звертають увагу як керівні документи стосовно боротьби з епідемією ВІЛ-інфекцією/СНІДу (зокрема схвалені ЮНЕЙДС⁶), так і дослідження, проведені в багатьох країнах⁷.

На щорічній глобальній конференції зі СНІДу в 2016 р. (Дурбан, ПАР) наголошувалось, що було б помилкою пріоритизувати біомедичні втручання відносно соціальних, спрямованих на досягнення довготривалих змін у громадах.

Під час підготовки до впровадження ініціативи Раст провів низку досліджень, які виявили, що економічна самостійність виступає важливим, подекуди навіть вирішальним чинником успішної боротьби з ВІЛ, і також підтвердили той факт, що бідність та брак роботи є актуальними проблемами для великої кількості людей, які живуть з ВІЛ.

⁶ UNAIDS (2010). Getting to zero: 2011–2015 strategy. Geneva: UNAIDS. Retrieved from: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf.

⁷ Skovdal, M., & Daniel, M. (2012). Resilience through participation and coping-enabling social environments: the case of HIV-affected children in sub-Saharan Africa. *African Journal of AIDS Research*, 11(3), 153–164; Liu, Y., Canada, K., Shi, K., & Corrigan, P. (2012). HIV-related stigma acting as predictors of unemployment of people living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 24(1), 129–135; Lazăr, F. (2011). Achieving Universal Access for people affected by HIV/AIDS and vulnerable groups from Romania: supporting community sector involvement and advocacy. In D. Buzducea, T. Ene, F. Lazăr, V. Rujoiu, & A. Szabo (Eds.), *International social work. A supplement of Social Work Review* (pp. 312–332). Bucharest: Editura Universității din București; Gore-Felton, C. (2006). Effects of quality of life and coping on depression among adults living with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 711–729; Ware, NC, Wyatt, MA, & Tugenberg, T. (2006). Social relationships, stigma and adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *AIDS Care*, 18(8), 904–910; Heunis, JC., Wouters, E; Kigozi, NG. (2012). HIV, AIDS and Tuberculosis in South Africa: trends, challenges and responses. In: H.C.J. van Rensburg (Ed.), *Health and health care in South Africa* (pp. 293–360); Pretoria: Van Schaik; Adelekan, AL. & Edoni, ER. (2012). Facilitating factors for HIV/AIDS stigma and discrimination, and political priority for its reduction among Local government chairmen in Osun State, Nigeria. *Journal of Humanities and Social Science*, 3(60), 39–44.

З огляду на це, сферу розвитку програм економічної самостійності було визначено як слабе місце в системі відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. Хоча зусиллями громадянського суспільства створено міцні системи профілактики, догляду та підтримки для представників ключових груп, проте рівень ризиків та вразливості представників окремих ключових груп, особливо жінок, залишається доволі високим. Жінки заробляють менше та фінансово більш залежні від партнерів та батьків. Ця залежність обмежує доступ жінок та дівчат до послуг профілактики, підтримки та знижує рівень прихильності до лікування. У багатьох випадках саме жінки несуть відповідальність за турботу про сім'ю, ВІЛ-позитивних членів родини. ВІЛ-позитивні жінки мають більш високий ризик гендерної нерівності в питаннях сімейних стосунків та професійного розвитку.

У лютому–квітні 2014 року Проект RESPOND провів оцінку НУО у Дніпропетровській, Полтавській, Черкаській та Чернігівській областях. Вона включила:

- 1) оцінку потреб клієнтів стосовно розвитку програм економічної самостійності;
- 2) оцінку потенціалу ВІЛ-сервісних НУО щодо впровадження нових програм;
- 3) оцінку рівня мережевої співпраці з іншими громадськими організаціями та державними закладами, що надають послуги у соціальній сфері.

Проведена оцінка підтвердила потребу в розвитку системних моделей інтеграції програм охорони здоров'я та економічної самостійності для ключових груп в Україні. Оцінка організаційного потенціалу довела факт, що обрані організації в цих областях надають окремі послуги, покликані забезпечити соціальну інтеграцію та підтримку клієнтів у працевлаштуванні і отриманні стабільного доходу. Проте жодна з цих організацій не продемонструвала цілісного підходу до надання континууму послуг, спрямованих на розвиток економічної самостійності ключових груп з метою покращення їхньої якості життя та показників здоров'я. Оцінка мережевої співпраці підтвердила наявність співпраці між державними та неурядовими організаціями, які надають підтримку представникам ключових груп щодо реінтеграції в суспільство та здобуття економічної самостійності. Соціальні пільги та послуги з працевлаштування, що надаються департаментами соціального захисту та державними центрами зайнятості, є доступними для людей, які живуть із ВІЛ, однак ці послуги не супроводжуються консультуванням, перенаправленням та підтримкою.

Оцінка потреб клієнтів, проведена партнерськими НУО в обраних регіонах, довела необхідність розвитку інтегрованих програм для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні. Супровід та сприяння працевлаштуванню є необхідним компонентом реінтеграції в суспільство, при цьому чимало ВІЛ-позитивних жінок потребують багатогранної підтримки.

Під час оцінки виявилось, що більшість представників ключових груп стикались із труднощами в процесі досягнення економічної самостійності. У багатьох виникають проблеми з задоволенням базових життєвих потреб, доглядом за дітьми; тому ці особи залишаються залежними від підтримки з боку родичів, НУО та держави. Результати оцінки потреб клієнтів продемонстрували, що основними джерелами доходу для представників ключових груп, а саме вразливих жінок, були соціальні виплати, тимчасові роботи, низькокваліфіковані та низькооплачувані роботи, торгівля наркотиками, комерційний секс, життя за рахунок партнерів або батьків. Нестача життєздатних дієвих стратегій самоіснування та підтримки власної сім'ї зумовлювала серйозні проблеми, такі як втрата батьківських прав, залучення до кримінальної діяльності і (як наслідок) ув'язнення, повернення до зловживання психоактивними речовинами, руйнування сім'ї, насильство з боку партнерів тощо.

Під час оцінки було зроблено висновок про те, що для клієнтів ВІЛ-сервісних організацій, особливо жінок, доступ до послуг сприяння працевлаштуванню, формування професійних навичок, здобуття фінансової грамотності сприятиме розвитку їхньої економічної самостійності, що, в свою чергу, знизить їхню залежність від надавачів ВІЛ-послуг, дасть їм змогу самостійно задовольняти власні потреби, включаючи потреби в медичних послугах.

Передбачається, що досягнення певного рівня економічної самостійності поліпшить іншу важливу сферу життя ВІЛ-інфікованих людей – здоров'я. Наявність ВІЛ-інфекції в організмі людини передбачає, що вона прийматиме лікування позитивно.

Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) запропонувала новий підхід щодо посилення заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу для подолання епідемії ВІЛ «Прискорення: припинення епідемії СНІДу до 2030 року», також відомий під назвою «90–90–90»:

- 90% людей, які живуть з ВІЛ, знають свій ВІЛ-позитивний статус.
- 90% людей, які знають свій ВІЛ-позитивний статус, перебувають на лікуванні;
- 90% людей, які перебувають на лікуванні, мають невизначальний рівень вірусного навантаження.

На думку ЮНЕЙДС, застосування цього підходу протягом наступних 5 років дозволить до 2030 р. ліквідувати глобальну епідемію СНІДу. Без належного охоплення послугами з лікування досягнення цілей цієї стратегії є неможливим. За умови забезпечення надання АРТ надзвичайно актуальним є питання формування прихильності до лікування, щоб досягти невизначального вірусного навантаження. Формування прихильності до АРТ потребує зусиль як з боку клієнта, так і з боку системи надання послуг, яка повинна забезпечити клієнта відповідною інформацією, створити умови для формування стійких навичок.


Інтеграція програм економічної самостійності з програмами, спрямованими на лікування, дозволить покращити матеріальний стан клієнта, отже, в нього з'явиться більше можливостей дбати про власне здоров'я. Таким чином, економічна самостійність є не самоцілью, а засобом для посилення прихильності до АРТ та, відповідно, поліпшення здоров'я.

Для реалізації ідеї інтегрованого втручання RESPOND розробив на основі найкращого світового та українського досвіду модель, яка містить дві складові: втручання «Школа пацієнта» та втручання «Майстерня можливостей». Для апробації втручання було оголошено конкурс грантів для НУО. Програмний комітет Проекту обрав чотирьох переможців: Черкаське, Чернігівське та Дніпропетровське міське відділення Всеукраїнської мережі ЛЖВ і Полтавську благодійну організацію «Світло надії». Критеріями вибору слугували:

- досвід впровадження програм для ВІЛ-позитивних жінок;
- досвід роботи з дітьми, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, наявність дитячої кімнати;
- продуктивні партнерські відносини з закладами соціального спрямування (ЦСССДМ, служба соціального захисту, центр зайнятості).

Методологія інтегрованого втручання є результатом спільних зусиль партнерів Проекту і консультантів. При її розробленні, зокрема, використано такі джерела:

- Підручник для тренера щодо консультування з питань ВІЛ-інфекції у країнах Азіатсько-Тихоокеанського регіону (WHO, UNICEF, FHI360);
- матеріали тренінгів розвитку особистісного потенціалу, надані Оленою Івановою (Дніпропетровське відділення Всеукраїнської мережі ЛЖВ);
- програма формування та розвитку економічної спроможності клієнтів БО «Світло надії» (м. Полтава);
- матеріали тренінгу «Основи економічної самостійності та правової грамотності для жінок, які належать до вразливих верств населення» (тренери Тетяна Романенко та Марта Чумало), організованого програмою «Розвиток фінансового сектору» (USAID/FINREP-II);
- Методичні рекомендації до надання соціальних послуг для ВІЛ-позитивних осіб в рамках консолідованої програми з ВІЛ і туберкульозу на 2015–2017 рр., за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією / Андрушків О., Косенко О., Правдива О., Сініцина К. – К.: ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», 2014. – 14 с.;

- 
- матеріали щодо здійснення соціального супроводу, розроблені Всеукраїнською мережею ЛЖВ;
 - окремі тренерські матеріали з видання «Батьківство в радість. Тренінговий курс з формування батьківської компетентності» (упор.: Г.М. Лактіонова, І.Д. Зверева. – К.: Фенікс, 2009. – 360 с.);
 - деякі вправи з посібника В.М. Федорчука «Тренінг особистого зростання» (К.: Центр учбової літератури, 2014. – 250 с.)

Протягом усього часу розробки інтегрованого втручання Проект проводив індивідуальні та групові консультації з зацікавленими сторонами і партнерами, серед яких – БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Київське відділення Всеукраїнської мережі ЛЖВ, СНІД Фонд «Схід-Захід», організація «Право на здоров'я» (HealthRight International), обрані НУО – переможці грантового конкурсу – та залучений консультант.





