

Гендерні особливості роботи з підлітками груп високого ризику – розбудова консенсусу щодо важливості гендерних питань у профілактиці ВІЛ серед підлітків груп ризику

Преамбула

Становлення української держави, утвердження цивілізованих норм життя, інтеграція в європейську спільноту неможливі без гармонізації суспільних відносин на засадах **рівноправної соціалізації**.

Чинне законодавство України визнає важливість **концепції рівноправної соціалізації** як частини політики **соціальної справедливості та гендерної рівності** та гарантії забезпечення рівних прав усіх громадян України. Це підтверджено національним законодавством та нормативно-правовими актами, а також ратифікованими міжнародними документами.

Соціальна справедливість і гендерна рівність або нерівність в Україні, як і у світі загалом, є одними з найважливіших чинників впливу на поширення епідемії та надання ефективних послуг з ВІЛ-профілактики і лікування.

На початку поширення ВІЛ-інфекції в Україні частіше інфікувалися чоловіки. Тепер кількість інфікованих чоловіків та жінок практично зрівнялася. Кількість нових випадків інфікування жінок, порівняно з чоловіками, зростає.

Факти¹:

- У 2007 р. 43,8% нових випадків інфікування ВІЛ зареєстровано серед жінок. У 1997 р. кількість інфікованих жінок становила 11,3% серед загалу ВІЛ-інфікованих.
- За прогнозами Світового банку та Міністерства охорони здоров'я України, у 2014 р. половина нових випадків ВІЛ-інфікування припадатиме на жінок.
- Показник інфікування серед вагітних жінок в Україні в 2007 р. становить 0,52%, що є одним із найвищих у Європі.
- Збільшення гетеросексуального шляху передачі та кількості ВІЛ-інфікованих жінок дітородного віку сприяло поступовому збільшенню кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями (рис. 1).

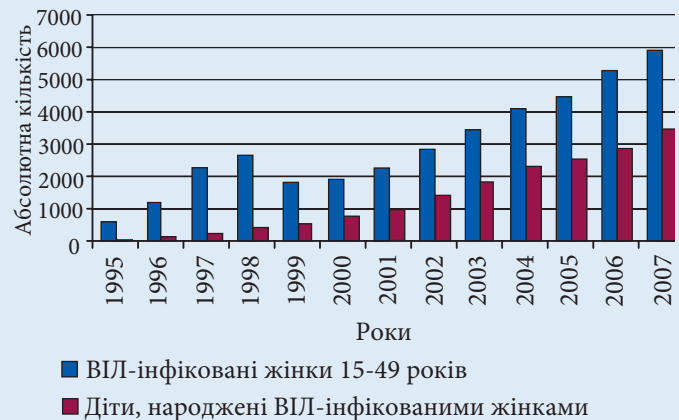


Рис. 1. Динаміка кількості ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку та дітей, народжених ними, в Україні за період 1995–2007 рр.

Залучення до ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки насправді відбувається значно раніше, ніж це показує офіційна статистика.

Факти²:

- За результатами моніторингу поведінки (2007 р.), в групах ризику питома вага підлітків до 19 років включно становила: ЖКС – 18%, ЧСЧ – 12% та СІН – 6%.
- Серед нових випадків ВІЛ-інфікування зростає частка, що припадає на вікову групу до 24 років включно, особливо серед дівчат та молодих жінок (див. рис. 2).

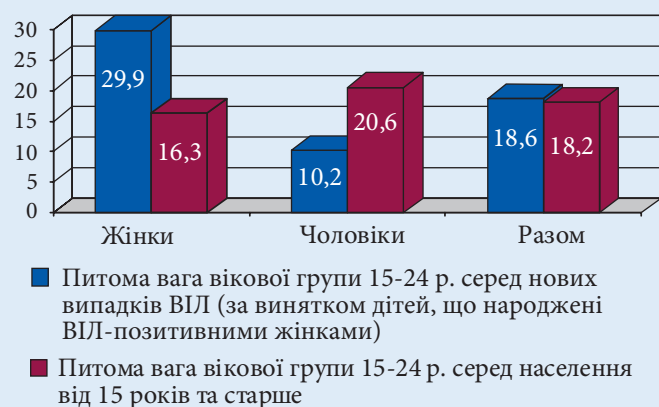


Рис. 2. За даними офіційної реєстрації нових випадків ВІЛ у 2007 р.

1 Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом: Інформ. бюл. – № 29, 2008р.

2 Моніторинг поведінки груп ризику, 2007 р. (Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні, USAID, УІСД ім. О. Яременка).

Факти:

- у 2006 р. поширення ВІЛ у віковій групі 20–24 роки становило серед чоловіків 0,5%, серед жінок – 0,88%;
- на 1 січня 2008 року офіційно зареєстровані як ВІЛ-інфіковані 493 підлітки віком від 15 до 17 років та 16 513 молодих людей віком від 18 до 24 років;
- але офіційна статистика не дає реальної картини щодо поширення ВІЛ серед дітей та молоді, а результати дозорних досліджень свідчать про значно вищий рівень поширення ВІЛ-інфекції серед підлітків.

Основні поняття, необхідні для консенсусу щодо важливості гендерних питань:

Стать є біологічною, універсальною та незмінною; це те, з чим людина народжується.

Гендер є соціально визначеним, набутим, багатогранним та динамічним; формує норми, можливості, ролі, взаємини та інше.

Гендерні ролі різні у різних країнах та мінливі з часом. Часто на формування гендерних ролей впливають *стереотипи* щодо соціальних очікувань від чоловіка і жінки.

Наведені основні гендерні поняття враховані в *концепції гендерної рівності*.

Усвідомлення та врахування *концепції гендерної рівності* є важливим для підвищення ефективності профілактики ВІЛ-інфікування *серед підлітків групи високого ризику*. Профілактична робота з дівчатами та хлопцями має особливості завдяки *гендерним розбіжностям у соціальних ролях, соціальних очікуваннях від хлопців/дівчат, які необхідно адекватно враховувати при розробленні профілактичних інтервенцій*.

Концепція гендерної рівності у ВІЛ-профілактичній роботі полягає в сприянні створенню рівних умов і можливостей для доступу жінок і чоловіків, вразливих щодо ВІЛ-інфікування, до всіх видів послуг, необхідних для підтримки гідного існування людини; у сприянні вихованню нетерпимості до соціальної та гендерної дискримінації проти цієї категорії громадян.

Дозорне наглядове дослідження 2006 року		
Цільова група	Усього перевірено	% ВІЛ-інфікованих
Дівчата-СІН, 15–19 років	54	39%
Юнаки-СІН, 15–19 років	116	29%
ЖКС, 15–19 років	99	11%
Біоповедінкове наглядове дослідження 2007 року		
Цільова група	Усього перевірено	% ВІЛ-інфікованих
ЧСЧ, 15–24 роки	137	4%

Вплив стереотипних гендерних ролей на динаміку ВІЛ-інфікування

ВІЛ-інфікування не є нейтральним з гендерного погляду для хлопців/чоловіків та дівчат/жінок. Наразі широко визнано, що *стереотипні гендерні норми та нерівності* впливають на ризик і вразливість чоловіків та жінок до ВІЛ-інфекції.

У суспільстві існують стереотипні гендерні норми

- які схвалюють або допускають, що **чоловік** споживає алкоголь чи наркотики; має кілька партнерок; демонструє владу над жінкою; демонструє досвід у питаннях статевих стосунків тощо;
- які вимагають від **жінки** бути вірною одному партнеру; підкорятися в статевих стосунках навіть невірному партнеру або такому, що чинить насильство; не демонструвати обізнаності в статевих стосунках; не ініціювати використання презерватива тощо;
- суспільство засуджує жінок сексуального бізнесу, але не чоловіків, які користуються їхніми послугами;
- суспільство засуджує статеві стосунки чоловіків із чоловіками (попри декриміналізацію у чинному законодавстві), що пояснює прихованість та закритість цієї групи, утруднює її доступ до профілактичних програм.

Стереотипні гендерні норми впливають на *формування моделей поведінки чоловіків і жінок* і, відповідно, впливають на *формування моделей поведінки хлопців і дівчат підліткового віку* та сприяють *посилению ризиків ВІЛ-інфікування підлітків*.

На ризики хлопців/чоловіків впливають

- концепція мужності, за якою чоловіки мають бути обізнанішими та досвідченішими в сексі, ризикованішими;
- наявність більше одного статевого партнера;
- приховування емоцій та почуттів, будь-яких проблем (у тому числі й щодо власного стану здоров'я) та відмова від пошуку допомоги;
- чоловік часто одноосібно (без жінки) вирішує, користуватися презервативом, чи ні;
- юнаки долучаються до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у молодшому віці, ніж дівчата;
- виклик ЧСЧ прийнятим стандартам мужньої поведінки спричинив жорстку та стійку стигматизацію в усьому світі. Прихованість стосунків між ЧСЧ зробило складним або неможливим охопити їх профілактичною допомогою та лікуванням.

Факти³

- **За даними вторинного аналізу даних моніторингу поведінки серед СІН:**
 - серед підлітків СІН – 66% хлопців та 34% дівчат;
 - серед підлітків-СІН не навчаються / не працюють 24% хлопців та 34% дівчат.
 - 73% юнаків-СІН та 56% дівчат-СІН мали випадкових статевих партнерів (протягом 3-х місяців, що передували дослідженню);
 - 7% юнаків-СІН та 24% дівчат-СІН мали комерційних (за винагороду чи обмін) статевих партнерів;
 - 44% хлопців та 26% дівчат серед підлітків-СІН почали вживати наркотики до 15 років; 87% хлопців та 83% дівчат серед підлітків почали вживати наркотики до досягнення 18 років;
 - протягом 30 днів, що передували опитуванню, 30% підлітків-СІН використовували спільний інструментарій для ін'єкції.
- **За даними вторинного аналізу даних моніторингу поведінки серед ЧСЧ:**
 - серед підлітків-ЧСЧ не навчаються/не працюють 11%;
 - 14% підлітків-ЧСЧ мали комерційних статевих партнерів;
 - 41% серед тих, хто практикує анальний секс, мали двох та більше статевих партнерів за останні 6 місяців.

Ризик для дівчини/жінки

- Стереотипні гендерні норми (стандарти поведінки) вимагають від дівчини/жінки покорності та лагідності, надають перевагу репродуктивній ролі жінки, враховуючи материнство, знеохочують дівчат до отримання необхідної інформації про статеві стосунки, навичок обговорення безпечного сексу з хлопцями та чоловіками; сприяють відмові від медичних та немедичних послуг, терпінню до агресії з боку чоловіків, рідних (особливо в кризових сім'ях).
- Дівчину/молоду жінку часто примушують до вступу в небажані для неї статеві стосунки (вітчим, друг, партнер, чоловік, роботодавець, постачальник наркотиків, кредитор). Насильницький статевий акт підвищує ризик дівчини/жінки інфікуватися ВІЛ. Бідність та турбота про родину є причиною того, що дівчина/жінка починає займатися наданням послуг комерційного сексу.
- Дівчата ЖКС потерпають від проявів насильства та дискримінації з боку клієнтів, окремих працівників правоохоронних органів, суєнера/мамоочки; від демонстративної зневаги з боку медичних працівників, оточення та суспільства в цілому.
- Дівчата/жінки-СІН залежні від чоловіка, який володіє наркотичними ресурсами і зв'язками для добування наркотиків. У групах СІН традиційно дівчина/жінка останньою вводить наркотик.
- Очікування «жіночності», у свою чергу, впливає на доступ жінки до суспільної сфери, враховуючи політику та зайнятість. Жінки дуже обмежено представлені в органах влади і тому мало можуть впливати на формування політики та розподіл бюджетних коштів (наприклад, на медичні, освітні та соціальні програми): серед депутатів ВР України **жінок – 5%, чоловіків – 95%**; серед державних службовців високого рівня жінки складають 14,6%, а чоловіки 85,4%.

³ Моніторинг поведінки груп ризику, 2007 р. (Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні, USAID, УІСД ім. О. Яременка).

Факти

- **За даними вторинного аналізу даних моніторингу поведінки серед ЖКС:**
 - 34% підлітків-ЖКС не навчаються і не працюють;
 - низький рівень використання презервативів: 61% дівчат-ЖКС повідомили, що «завжди» використовували презерватив під час вагінального сексу, 50% – під час анального та 37% – орального.
- **За даними спеціального дослідження серед дітей та підлітків, які живуть або працюють на вулиці:**
 - 19% юнаків купували секс, 69% дівчат продавали секс;
 - серед тих, хто залучений до надання сексуальних послуг за винагороду чи обмін, 8% відповіли, що «завжди» використовують презерватив, а 11% - ніколи;
 - **65%** офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ серед юнаків 10–24 років протягом 2007 р. інфіковані **через вживання наркотиків ін'єкційним шляхом;**
 - **89%** офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ серед дівчат 10–24 років протягом 2007 р. інфіковані **гетеросексуальним шляхом.**

Гендерні особливості в соціальних ролях хлопців/дівчат підліткового віку в контексті вразливості до ВІЛ-інфікування

- Хлопці та дівчата підліткового віку **є особливо уразливими до ВІЛ-інфікування** через фізіологічні причини, психологічні особливості, соціальну і економічну залежність від дорослих.
- Хлопці і дівчата мають **відмінності за чинниками ризику ВІЛ-інфікування:** хлопці частіше інфікуються через ризиковані практики вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, а дівчата через незахищені статеві контакти (залучення до комерційного сексу, сексуальну експлуатацію, наявність статевих партнерів-СІН).
- Хлопці та дівчата **агресивніше моделюють негативну поведінку дорослих** для самоствердження, для відстоювання власних прав. Брак життєвого досвіду, навичок аналізування результатів власної поведінки та перспективного планування життя призводить до підвищення ризику ВІЛ-інфікування.
- Хлопці та дівчата мають загальні обмеження в доступі до отримання послуг ВІЛ-профілактики та лікування. Низький рівень поінформованості про наявні послуги, брак досвіду звернень та отримання послуг, зневага до власного здоров'я зумовлюють низький рівень запиту на послуги. Крім того, дівчата мають більше бар'єрів до участі в профілактичних програмах, ніж хлопці.

З метою підвищення ефективності програм з ВІЛ/СНІДу необхідно зрозуміти, визнати та зарахувати до стратегічних заходів протидії епідемії ВІЛ-інфікування поняття гендерної нерівності. Стереотипні гендерні ролі та моделі поведінки мають бути змінені, якщо вони збільшують уразливість до ВІЛ.

Гендерні особливості підлітків груп ризику мають бути враховані в освітньо-профілактичних програмах з питань ВІЛ/СНІДу, зокрема, у загальноосвітніх навчальних закладах, а також у стандартах якісних соціальних послуг тощо.

Фокусна профілактика серед груп ризику має бути розроблена з урахуванням поведінкових особливостей, характерних для хлопців та дівчат, і гендерних стереотипів, які впливають на підвищення ризику ВІЛ-інфікування.