

ЦЕНТР СОЦІАЛЬНИХ ЕКСПЕРТИЗ ІНСТИТУТУ СОЦІОЛОГІЇ НАН УКРАЇНИ

ОГЛЯД РОБОТИ ЗІ СПОЖИВАЧАМИ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ В УКРАЇНІ В КОНТЕКСТІ БОРОТЬБИ З ЕПІДЕМІЄЮ ВІЛ/СНІД

Видано за сприяння

ПРЕДСТАВНИЦТВА ДИТЯЧОГО ФОНДУ ООН
(ЮНІСЕФ) В УКРАЇНІ

ОБ'ЄДНАНОЇ ПРОГРАМИ ООН СНІД
(ЮНЕЙДС) В УКРАЇНІ

ЦЕНТР СОЦІАЛЬНИХ ЕКСПЕРТИЗ ІНСТИТУТУ СОЦІОЛОГІЇ НАН УКРАЇНИ

**ОГЛЯД РОБОТИ ЗІ СПОЖИВАЧАМИ
ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ В УКРАЇНІ
В КОНТЕКСТІ БОРОТЬБИ
З ЕПІДЕМІЄЮ ВІЛ/СНІД**

Видано за сприяння

ПРЕДСТАВНИЦТВА ДИТЯЧОГО ФОНДУ ООН
(ЮНІСЕФ) В УКРАЇНІ

ОБ'ЄДНАНОЇ ПРОГРАМИ ООН СНІД
(ЮНЕЙДС) В УКРАЇНІ

Київ – 2005

УДК 364.272:616.98:578.828ВІЛ
ББК 60.5+55.1
О-37

Авторський колектив: *Л.Амджадін, Л.Андрушак, І.Звершховська, Л.Зябров,
К.Кащенко, Т.Коноплицька, О.Лисенко, В.Марциновська,
Ю.Привалов, Ю.Саєнко, А.Якобчук*

Рецензенти: *В.Приліпко, д-р мед. наук,
В.Пилипенко, д-р соціол. наук,
В.Тарасенко, д-р соціол. наук
І.Гриненко, експерт СБУ з питань наркобізнесу*

Рекомендовано до друку Вченою радою Інституту соціології НАН України
(протокол № 1 від 22 лютого 2005 року)

О-37 **Огляд** роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІД/СНІД / Л.Амджадін, Л.Андрушак, І.Звершховська, Л.Зябров, К.Кащенко, Т.Коноплицька, О.Лисенко, В.Марциновська, Ю.Привалов, Ю.Саєнко, А.Якобчук. — К.: Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України, 2005. — 168 стор.

Точки зору та позиції, представлені в цій публікації, не обов'язково відображають точки зору Уряду України, ЮНІСЕФ та ЮНЕЙДС.

ISBN 966-8869-02-8

У колективній монографії представлено результати дослідження реагування українського суспільства на поширення наркоспоживання, наркозалежності та епідемії ВІЛ/СНІД серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Схарактеризовано сучасну наркосцену в Україні, законодавчі пріоритети наркотичної політики країни, діяльність державних та громадських організацій у сфері профілактики наркоманії та епідемії ВІЛ/СНІД, питання координації міжсекторальної діяльності, моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ/СНІД серед СІН. Визначено питання, які потребують розв'язання на національному рівні з метою підвищення ефективності здійснюваних профілактичних програм. Рекомендовано тим, хто приймає рішення з питань профілактики наркоспоживання, наркозалежності та епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, фахівцям державних та громадських організацій, які працюють у цих сферах (наркологам, медикам, соціальним працівникам, правоохоронцям, юристам), а також координаторам і менеджерам міжнародних та національних програм

ББК 60.5+55.1
УДК 364.272:616.98:578.828ВІЛ

ISBN 966-8869-02-8

© Представництво ЮНІСЕФ в Україні, 2005
© Центр соціальних експертиз Інституту
соціології НАН України, 2005
© Об'єднана програма ООН СНІД (ЮНЕЙДС)
в Україні, 2005

Дослідження, переклад та видання здійснено за сприяння Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні та за підтримки Об'єднаної програми ООН СНІД (ЮНЕЙДС).

Координатор проекту від Представництва Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні —
О.Сакович

Координатор проекту від Об'єднаної програми ООН СНІД (ЮНЕЙДС) в Україні —
Л.Андрущак

До підготовки спільного огляду роботи із СІН для забезпечення більшої ефективності програм профілактики ВІЛ/СНІД було залучено низку організацій, зокрема:

Міжнародні організації: ЮНЕЙДС/Україна, ПРООН/Україна, ЮНІСЕФ/Україна, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, ВООЗ, МФ «Відродження», СНІД Фонд Схід — Захід, Фонд народонаселення ООН (UNFPA), Міжнародна організація «Лікарі без кордонів».

Національні державні інституції центрального рівня: Департамент молодіжної політики Міністерства у справах сім'ї, дітей та молоді¹, Департамент організації медичної допомоги населенню МОЗ України, Департамент загальної середньої та дошкільної освіти Міністерства освіти і науки України, Державний центр соціальних служб для молоді, Український центр профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІДом, Український інститут соціальних досліджень, Державний інститут проблем сім'ї та молоді, Департамент боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України, Управління по боротьбі з контрабандою та порушеннями митних правил Державної митної служби України, Державний департамент з питань виконання покарань.

Національні державні інституції регіонального та місцевого рівня: Науково-методичний центр «Соціотерапія», Дніпропетровський обласний наркологічний диспансер, Донецький обласний наркологічний диспансер, Одеський обласний наркологічний диспансер, Криворізький міський наркологічний диспансер, Вінницький ОЦССМ, Закарпатський ОЦССМ, Дніпропетровський ОЦССМ, Донецьке обласне управління у справах сім'ї та молоді, Донецький ОЦССМ, Житомирський ОЦССМ, Одеський ОЦССМ, Київський міський ЦССМ, Донецький міський ЦССМ, Вінницький обласний центр з профілактики і боротьби зі СНІД, Донецький обласний центр з профілактики і боротьби зі СНІД, Дніпропетровський міський центр профілактики СНІД, Дніпропетровський обласний відділ з контролю за наркотиками УВС України, Дніпропетровське обласне управління охорони здоров'я, Криворізький міський Центр профілактики і боротьби зі СНІД, Криворізьке міське управління охорони здоров'я, Одеський обласний центр з профілактики і боротьби зі СНІД, Херсонський центр профілактики і боротьби зі

¹ Міністерство України у справах сім'ї, дітей та молоді та Державний комітет України з питань фізичної культури і спорту реорганізовано у Міністерство України у справах молоді та спорту згідно з указом Президента України № 381/2005 «Про Міністерство України у справах молоді та спорту» від 26 лютого 2005 року.

СНІД, Житомирський обласний центр з профілактики і боротьби зі СНІД, Закарпатський обласний центр з профілактики і боротьби зі СНІД, Київський обласний центр з профілактики і боротьби зі СНІД, Івано-Франківський обласний центр з профілактики ВІЛ-інфекції і боротьби зі СНІД, Полтавський обласний центр з профілактики і боротьби зі СНІД.

Національні недержавні організації: Всеукраїнська наркологічна асоціація, Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ, Всеукраїнська Асоціація зниження шкоди, Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІД (Київ), Клуб «Еней» (Київ), МБФ «Вертикаль» (Київ), Всеукраїнська молодіжна ГО «Молодь проти злочинності і наркоманії» (Київ), НБФ «Благодійність» (Миколаїв), БО Клуб «Світанок» (Донецьк), Донецьке обласне товариство сприяння ВІЛ-інфікованим (Донецьк), Товариство сприяння ВІЛ-інфікованим (Костянтинівка), Міський БФ «Здоров'я нації» (Макіївка), МБФ «Потенціал» (Донецьк), МБО РЦ «Ступені» (Одеса), БФ «Повернення до життя» (Кіровоград), БФ «Громадське здоров'я» (Полтава), БФ «Нова сім'я» (Чернівці), БФ «Надія і спасіння» (АР Крим), БО «Світло надії» (Полтава), БФ «Юнітус» (Миколаїв), Центр реабілітації наркозалежної молоді «Оазис» (Одеса), БФ «Дорога до дому» (Одеса), Клуб взаємодопомоги «Життя+» (Одеса), БО «Віра, надія, любов» (Одеса), БФ Реабілітаційний центр наркозалежних «Віртус» (Дніпропетровськ), ГО Клуб «Фенікс» (Дніпропетровськ), БФ «Громадське здоров'я» (Кривий Ріг), БО «З надією» (Кривий Ріг), Духовний центр «Нове покоління» (Донецьк), Центр ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя перемога» (Донецьк), ГО «Центр психосоціальної реабілітації хімічно залежної молоді «Крок за кроком» (Київ), Регіональний інформаційний і правозахисний центр для геїв і лесбійок «Наш світ» (Київ).

Щиру подяку Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України висловлює за надані інформацію, матеріали та коментарі:

С.Дворяку (ПРООН/Україна); *О.Балакіревій* (Центр «Соціальний моніторинг»); *А.Вієвському* (Головному наркологу МОЗ України, Науково-методичний центр «Соціотерапія»); *А.Щербинській* (Український Центр профілактики і боротьби зі СНІД МОЗ України); *Ю.Круглову* (Український Центр профілактики і боротьби зі СНІД МОЗ України); *Л.Шурпач* (Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні); *П.Смірнову* (Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні); *В.Чурі* (Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні); *І.Олійнику* (ВООЗ); *Д.Полтавцю* (Міжнародний Фонд «Відродження»); *Ю.Кобищі* (ПРООН/Україна); *С.Бескоровайному* (Проект ООН БУМАД/Україна); *Б.Ворнику* (Фонд народонаселення ООН); *Н.Підлісній* (Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІД); *А.Толопілу* (ВБО «Всеукраїнська асоціація зменшення шкоди»); *Ф.Шкляруку* (незалежному експерту); *Л.Зябреву* (PR—консультанту); *В.Хмарському* (Український Центр профілактики і боротьби зі СНІД МОЗ України); *В.Волощуку* (Департамент боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України); *Т.Александріній* (Міністерство охорони здоров'я України); *Н.Рингач* (Міністерство охорони здоров'я України); *О.Пташинському* (Державний департамент України з питань виконання покарань); *Н.Кожан* (Державний департамент України з питань виконання покарань); *О.Титаренко* (Державний департамент України з питань виконання покарань); *О.Єреську* (Департамент загальної середньої та дошкільної освіти Міністерства освіти і науки України); *Й.Штроблі* (Управління по

боротьбі з контрабандою та порушеннями митних правил Державної митної служби України); **Н.Давиденко** (на початок реалізації проекту – працівнику Департаменту молодіжної політики Міністерства України у справах сім'ї, дітей та молоді, нині – студентці Академії державного управління при Президентові України); **Н.Каравашкіній** (Департамент молодіжної політики Міністерства України у справах сім'ї, дітей та молоді); **І.Пінчук** (Державний центр соціальних служб для молоді); **О.Яременку** (Український інститут соціальних досліджень); **В.Альтману** (Київський міський ЦССМ); **О. Стрильціву** (Національна академія внутрішніх справ України); **О.Кутовій** (Донецьке обласне товариство сприяння ВІЛ-інфікованим); **М.Гражданову** (Донецький обласний Центр з профілактики і боротьби зі СНІД); **С.Мороз** (ГО Клуб «Світанок», Донецьк); **І.Цибі** (Донецький обласний наркологічний диспансер); **О.Кирясів** (Макіївський міський БФ «Здоров'я нації»); **Л.Золкіній** (Донецьке обласне управління у справах сім'ї та молоді); **Л.Буркаль** (Донецький ОЦССМ); **Т.Яіцкій** (Костянтинівська громадська організація «Товариство сприяння ВІЛ-інфікованим»); **О.Штейну** (Донецький обласний центр ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя перемога»); **С.Яковлєву** (Духовний Центр ресоціалізації наркозалежної молоді «Нове покоління», Донецьк); **Г.Арнаутову** (МБФ «Потенціал», Донецьк); **В.Кольцову** (Одеський ОЦССМ); **Н.Федоровій** (Одеський обласний наркологічний диспансер); **В.Мустенко** (Одеський обласний центр з профілактики і боротьби зі СНІД); **О.Ільченко** (Одеський БФ «Дорога до дому»); **П.Полянцеву** (Клуб взаємодопомоги «Життя+», Одеса); **В.Кіунову** (Громадський рух «Віра, надія, любов», Одеса); **О.Ахмерову** (Міжнародна БО «Ступені», Одеса); **І.Кабат** (Дніпропетровський ОЦССМ); **О.Бєляєвій** (БФ «Реабілітаційний центр наркозалежних «Віртус», Дніпропетровськ); **В.Михайлюті** (Донецький обласний наркологічний диспансер); **А.Кузнецовій** (Дніпропетровський обласний Центр з профілактики і боротьби зі СНІД); **О.Соколову** (Дніпропетровський обласний відділ з контролю за наркотиками УВС України); **Н.Альохіній** (Дніпропетровське обласне управління охорони здоров'я); **Д.Куліченко** (ГО Клуб «Фенікс», Дніпропетровськ); **П.Дабіжа** (Криворізький міський ЦССМ); **О.Лук'яненко** (Криворізьке міське управління охорони здоров'я); **Н.Примак** (Криворізький міський Центр з профілактики і боротьби зі СНІД); **С.Осиповій** (БФ «Громадське здоров'я», Кривий Ріг); **Ю.Марчук** (БО «З надією», Кривий Ріг); **О.Криштоні** (Криворізький міський наркологічний диспансер).

ЗМІСТ

ВСТУП	7
СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	9
РОЗДІЛ 1.	
СУЧАСНА НАРКОСЦЕНА В УКРАЇНІ, ЇЇ ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ/ВИЯВИ ...	10
1.1 Особливості наркотизації населення України	10
1.2 Експериментальне вживання наркотичних засобів молоддю: клубна культура	27
1.3 Державні стратегії та організаційна інфраструктура регулювання наркосцени	32
1.4 Медико-соціальні аспекти наркосцени: споживання наркотиків ін'єкційним шляхом і ВІЛ-інфікування	36
1.5 Групи СІН, найуразливіші щодо ВІЛ/СНІД	42
РОЗДІЛ 2.	
РЕАГУВАННЯ СУСПІЛЬСТВА НА ПОШИРЕННЯ НАРКОМАНІЇ ТА ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІД СЕРЕД СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ	48
2.1 Законодавчі пріоритети	48
2.2 Політика профілактики наркоспоживання, наркозалежності та ВІЛ-інфікування	57
2.3 Громадські й парламентські слухання	65
2.4 Координаційні ради з питань СНІД	66
2.5 Неурядові організації, їхня співпраця з державними установами	69
2.6 Соціальна мобілізація (антистигма/дискримінація)	72
2.7 Соціальна реклама	79
2.8 Адвокація	81
2.9 Організації взаємодопомоги	84
2.10 Участь ЗМІ у профілактиці поширення наркоманії та епідемії ВІЛ/СНІД	85
2.11 Мобілізація фінансових ресурсів на боротьбу з ВІЛ/СНІД	90
РОЗДІЛ 3.	
ПОСЛУГИ ЩОДО ВІЛ ДЛЯ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ	93
3.1 Добровільне тестування/консультування	93
3.2 Медична допомога та лікування наркозалежних	93
3.3 Цільові інтервенції (СІН, ЖКС-СІН, ЧСЧ-СІН, в'язні-СІН)	98
3.4 Упровадження замісної підтримувальної терапії для осіб з опіїдною залежністю	103
3.5 Юридичні послуги (захист прав)	106
3.6 Соціальна підтримка	110
3.7 Мережа кабінетів довіри	113
РОЗДІЛ 4.	
МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНКА	119
4.1 Сучасна система моніторингу та оцінки ВІЛ/СНІД серед СІН в Україні	119
4.2 Епідеміологічний моніторинг за ВІЛ/СНІД серед СІН	120
4.3 Інституціоналізація моніторингу та оцінки ВІЛ/СНІД серед СІН	123
4.4 Переваги та недоліки сучасної системи М/О серед СІН в Україні	124
ВИСНОВКИ	127
РЕКОМЕНДАЦІЇ	137
ГЛОСАРІЙ	140
ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ	145
ДОДАТКИ	153

ВСТУП

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД МОЗ України на 1 березня 2005 року в Україні офіційно зареєстровано 76 875 ВІЛ-інфікованих громадян України, із них 47 036 (61,2 %) – споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН). Епідеміологічний аналіз ситуації з ВІЛ/СНІД показує, що епідемія починає набирати швидких темпів на всій території України, у тому числі в регіонах, які до останнього часу не були вразливими. Питома вага СІН серед ВІЛ-інфікованих змінюється в динаміці – зменшується в регіонах із високим рівнем поширення ВІЛ та збільшується в регіонах із середнім та низьким рівнями поширення ВІЛ. Таким чином, у регіонах, звідки розпочала свій розвиток епідемія ВІЛ-інфекції в Україні, досягнуто певний рівень насичення епідемічної ситуації серед СІН, водночас у регіонах, куди ВІЛ дістався пізніше, кількість інфікованих серед ін'єкційних наркозалежних поступово зростає.

Пропонований огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні підготовлений з метою виявлення необхідних напрямів подальшого реагування суспільства на проблему наркоспоживання в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД. Він спрямований на підвищення ефективності здійснюваних профілактичних програм і підготовлений за замовленням Технічної робочої групи ООН по роботі з уразливими групами за прикладом подібних досліджень, проведених в інших країнах. В основу огляду покладено результати зустрічей та фокусованих глибинних інтерв'ю з експертами—професіоналами, які працюють із СІН (наркологами, медиками, епідеміологами, соціальними працівниками та працівниками правоохоронних органів, представниками державних і громадських організацій), вторинний аналіз наявної інформації (результатів проведених досліджень, літературних даних, офіційних даних цілої низки державних структур), що дало можливість не лише отримати експертні оцінки, а й виявити проблемні питання у роботі із СІН та визначити пріоритетні напрями роботи з ними. Ключовими питаннями огляду є:

- наркосцена в Україні, її характеристики та вияви;
- реагування суспільства на поширення епідемії ВІЛ/СНІД серед споживачів наркотиків (законодавчі пріоритети, громадські слухання, парламентські слухання, діяльність НУО, Координаційні ради з питань СНІД, соціальна реклама, участь ЗМІ);
- послуги, які надаються сьогодні споживачам ін'єкційних наркотиків (добровільне тестування/консультування, медична допомога та лікування, цільові інтервенції, замісна терапія, юридичні послуги, соціальна підтримка);
- проблемні питання організацій, діяльність яких пов'язана зі споживачами наркотиків;
- моніторинг та оцінка програм профілактики ВІЛ/СНІД серед СІН.

Оскільки різні джерела інформації часто концентрують увагу на дещо різних аспектах однієї проблеми, в процесі роботи над оглядом постійно використовували метод *триангуляції* — перехресної перевірки даних за допомогою різних методів чи з різних джерел. Окрім того, використовували дані оцінного характеру та моніторингу окремих ситуацій (наприклад, зареєстровані випадки ВІЛ-інфікування, звернення хворих із наркотичними проблемами до наркологічних закладів тощо), причому нерідко моніторинг і оцінка виступали як взаємодоповнювальні компоненти.

За результатами огляду під час консультацій з експертами низки національних і міжнародних організацій розроблено також план дій, який визначає необхідні заходи й технічну допомогу для забезпечення більшої ефективності програм профілактики ВІЛ/СНІД серед СІН. З огляду на різну фахову спеціалізацію експертів, їх неодноразовне ставлення до питань регулювання наркосцени, відмінності у професійних інтересах, поглядах, баченнях розв'язання проблеми ВІЛ/СНІД постає необхідність відпрацювання загальної цілісної стратегії реагування, яка забезпечить скоординовані дії всього суспільства.

У процесі підготовки огляду та розроблення плану до консультування було залучено понад 50 експертів урядових та неурядових організацій різних регіонів країни. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України дякує всім, хто надавав коментарі, поради, слушні зауваження. Підготовка огляду та плану дій ще раз засвідчила, що у розв'язанні нагальних соціальних проблем, до яких належать наркоспоживання та епідемія ВІЛ/СНІД, партнерство можливе навіть тоді, коли до роботи залучаються суб'єкти із різними, часом навіть протилежними, думками стосовно окремих питань (як, наприклад, замісна терапія, проекти «зменшення шкоди» тощо). Головне — спільна стурбованість наявними проблемами і прагнення поліпшити ситуацію. Тому всі, хто був охоплений підготовкою огляду і плану дій, зробили свій внесок із надією, що таке партнерство може гарантувати дієвість пропонуваного плану, його швидкий рух від планування до реалізації.

Очікується, що огляд допоможе поліпшити процес планування та впровадження програм і проектів щодо СІН на національному рівні, а також реалізацію компонентів проектів Глобального фонду та Світового банку, пов'язаних із СІН, в Україні. Щоправда, слід зауважити: останнім часом значно активізувалася робота з найбільш уразливими щодо ВІЛ-інфікування групами в результаті реалізації цілої низки програм і проектів за підтримки Міжнародного фонду «Відродження» та Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні. Тож можна сподіватися, що найближчим часом будуть оприлюднені результати нових досліджень і проектів, які визначать нові потреби в роботі зі споживачами ін'єкційних наркотиків.

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АРТ	Антиретровірусна терапія
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГФСТМ	Глобальний фонд боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією
ДБНОН	Департамент боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України
ДДПВП	Державний департамент з питань виконання покарань
Діти-СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків віком до 18 років
ДКМ	Дружні клініки для молоді
ДЦССМ	Державний центр соціальних служб для молоді
ЖКС	Жінки комерційного сексу
ЖКС-СІН	Жінки комерційного сексу, які практикують ін'єкційне вживання наркотиків
ЗПМД	Запобігання передаванню ВІЛ від матері до дитини
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ЛЖВ/С	Люди, які живуть з ВІЛ/СНІД
ЛЖВ/С-СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ/СНІД
МВС	Міністерство внутрішніх справ
М/О	Моніторинг і оцінка
Мінмолодь	Міністерство у справах молоді та спорту
Мінпраці	Міністерство праці та соціальної політики
Мінфін	Міністерство фінансів
Мін'юст	Міністерство юстиції
МОН	Міністерство освіти і науки України
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
НАНУ	Національна академія наук України
НУО	Неурядові організації
ПКС	Працівники комерційного сексу (жінки і чоловіки)
ПКС-СІН	Працівники комерційного сексу (жінки і чоловіки), які практикують ін'єкційне вживання наркотиків
ПМД	Передавання ВІЛ від матері до дитини
ПРООН	Програма розвитку ООН
СБУ	Служба безпеки України
СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків
ССМ	Соціальні служби для молоді
ТТ	Тренінги для тренерів
ЦССМ	Центри соціальних слуб для молоді
ЧКС	Чоловіки комерційного сексу
ЧКС-СІН	Чоловіки комерційного сексу, які практикують ін'єкційне вживання наркотиків
ЧСЧ	Чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками
ЧСЧ-СІН	Чоловіки, які є споживачами ін'єкційних наркотиків і мають статеві стосунки з чоловіками
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма ООН СНІД
ЮНІСЕФ	Дитячий Фонд ООН

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНА НАРКОСЦЕНА В УКРАЇНІ, ЇЇ ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ/ВИЯВИ

1.1. Особливості наркотизації населення України

Загальні характеристики сучасної наркосцени². За даними Міністерства охорони здоров'я, кількість хворих із наркотичними розладами в наркологічних закладах України на початок 2004 року становила 85,4 тис. осіб³. Відповідно до чинних нормативних документів таку реєстрацію наркозалежних осіб медичні заклади системи охорони здоров'я здійснюють після звернення пацієнта по медичну допомогу та встановлення відповідного клінічного діагнозу комісією лікарів.

За даними Держкомстату України, починаючи з 1990-х років кожні п'ять років кількість хворих, які перебували на обліку в медичних закладах із діагнозом розладу психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин (включно із токсикоманією), збільшується майже вдвічі⁴ [рис. 1.1]. Якщо показники захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (включно із токсикоманією) у 1992 р. становили 9,4 випадка на 100 тис., а поширеності – 51,0 випадка на 100 тис., то у 2003 році відповідно 18,0 та 178,8, тобто зросли у 2–3 рази.

За даними МВС, починаючи з 1999 року щорічно на облік беруть в середньому 21–25 тис. осіб, які допускають немедичне вживання наркотичних засобів, причому 60% із них мають діагноз захворювання «наркоманія». На початок 2004 року загальна кількість споживачів наркотиків, зареєстрованих правоохоронними органами, досягла 120,0 тис. осіб. Лише за останні 5 років передозування наркотичних засобів та різні захворювання спричинили смерть майже 8,5 тис. осіб, які в реєстраційних списках МВС мають позначку «наркомани» (упродовж шести місяців 2004 року померли 1,3 тис. наркоспоживачів)⁵.

Однією з особливостей сучасної наркосцени України є те, що вона існує в оптимальному режимі⁶, що виявляється в постійній наявності наркотичних засобів і психотропних речовин на внутрішньому наркоринку країни, у відсутності сезонності щодо насиченості ними ринку. Коливання сезонних пропозицій сурогатів опійної групи згладжується доступністю медичних препаратів і таблетованих психотропних засобів.

Наркосцена України відрізняється від наркосцен інших країн тим, що значну частину наркотичних засобів українські споживачі не купують за гроші, а отримують

² За відсутності чіткого визначення «наркосцена» в українському суспільстві під ним розуміють рух наркотиків і все, що пов'язано з ними, на певній території країни, регіону, міста. До характеристик наркосцени відносять найпоширеніші наркотичні засоби, соціально-демографічні характеристики спільноти споживачів наркотиків, наявність медичних, соціальних та інших послуг для споживачів наркотиків, економічне становище, епідеміологічну ситуацію, наявність наркотичної/антинаркотичної політики тощо. Див.: Каминская Г. Попытка методологии, или два года внедрения стратегии снижения вреда во Львове. — http://www.afew.org/russian/drugusers_articles/16drugusers.php.

³ Міністерство охорони здоров'я України. Центр медичної статистики. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2002–2003 роки. — К., 2004. — С. 174.

⁴ Державний комітет статистики України. Статистичний щорічник України за 2002 рік. — К.: Консультант, 2003. — С. 531.

⁵ За даними Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України, 2004 рік (неопубл.).

⁶ Каминская Г. Попытка методологии, или два года внедрения стратегии снижения вреда во Львове. — http://www.afew.org/russian/drugusers_articles/16drugusers.php.

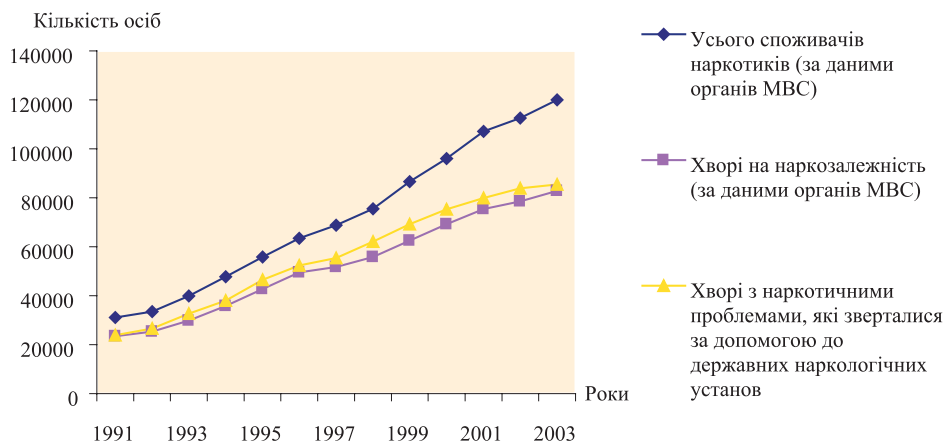


Рис. 1.1. Динаміка наркотизації населення України впродовж 1991–2003 років

Джерело: дані Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України та Всеукраїнської наркологічної асоціації (неопубл.)

на основі бартерних «послуг»: підготовки наркотиків, їх перепродажу, перевезення наркосировини, надання сексуальних послуг в обмін на наркотичну дозу тощо. Окрім того, споживання наркотиків в Україні часто є справою колективною⁷ (переважно наркотики вживаються в групах), тоді як у більшості країн це зазвичай є справою індивідуальною.

Регіональні особливості. Регіоном винятково високого поширення вживання наркотичних засобів є Дніпропетровська область (тут найвищими темпами наркоспоживання поширюється у містах Кривий Ріг та Дніпропетровськ). Дещо менше, але високе поширення зберігається в Донецькій, Луганській, Одеській, Запорізькій областях, АР Крим та м. Києві. На решті територій із порівняно нижчим рівнем поширення наркотичної залежності спостерігаються високі темпи зростання контингенту хворих на психічні розлади внаслідок вживання наркотичних речовин⁸ (див. табл. 1.1. та 1.2, а також Додатки 2. Табл. 1, 2, 3; Рис. 1, 2).

Найбільші відмінності у поширенні споживання наркотичних засобів і психоактивних речовин спостерігаються між західним та східним/південно-східним регіонами України. Значною мірою ці відмінності зумовлені соціокультурними чинниками й структурою населення, яке проживає на цих територіях. Історично до промислових південних і південно-східних регіонів упродовж десятків років переміщалися люди з усього Радянського Союзу, оскільки тут легко могли знайти роботу на металургійних комбінатах, вугледобувних шахтах, отримати житло різні люди, включно з тими, хто не міг соціально адаптуватися в інших місцях (наприклад, після відбування покарання у виправно-трудових закладах). Внаслідок неоднорідності населення східного/південно-східного регіонів зруйновано глибокі національні традиції, натомість сформувалася

⁷ До парламентських слухань: Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІД, наркозалежності та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання. — К., 2003. — С. 17; *Гриненко І.* Наркобізнес и национальная безопасность. — К.: Сфера, 2004. — С. 241.

⁸ Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (2001). — К., 2002. — С. 141.

Таблиця 1.1

**Поширеність розладів психіки та поведінки
внаслідок уживання наркотичних речовин,
2003 рік**

Найменування адміністративних територій	Поширеність на 100 тис. населення
Дніпропетровська область	432,2
Одеська область	349,6
м. Київ	343,2
Запорізька область	281,6
Миколаївська область	237,2
АР Крим	222,1
Кіровоградська область	184,1
Донецька область	207,8
Херсонська область	218,2
Полтавська область	169,3
Чернігівська область	168,2
Волинська область	170,4
Хмельницька область	165,8
Черкаська область	136,4
Луганська область	144,8
Житомирська область	114,7
м. Севастополь	130,3
Рівненська область	98,4
Київська область	77,8
Сумська область	70,3
Чернівецька область	78,0
Івано-Франківська область	42,6
Вінницька область	66,3
Харківська область	54,8
Львівська область	39,3
Тернопільська область	36,0
Закарпатська область	18,2
Україна	178,8

Таблиця 1.2

**Захворюваність на розлади психіки
та поведінки внаслідок уживання наркотичних
речовин, 2003 рік (кількість нових
zareєстрованих випадків)**

Найменування адміністративних територій	Поширеність на 100 тис. населення
м. Київ	46,7
Одеська область	36,3
Миколаївська область	28,8
м. Севастополь	27,4
Дніпропетровська область	27,2
Запорізька область	27,2
Луганська область	23,7
Черкаська область	23,4
Чернігівська область	21,5
Житомирська область	19,1
Кіровоградська область	19,1
Хмельницька область	19,1
Херсонська область	17,9
Донецька область	15,9
Полтавська область	14,7
А Р Крим	13,8
Волинська область	11,4
Тернопільська область	11,4
Вінницька область	9,9
Рівненська область	9,3
Київська область	8,3
Сумська область	7,7
Львівська область	6,5
Івано-Франківська область	5,5
Чернівецька область	3,9
Харківська область	3,5
Закарпатська область	1,1
Україна	18,0

Джерело: Міністерство охорони здоров'я України, Центр медичної статистики. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2002–2003 роки. – К., 2004. – С. 174.

«маргінальна культура», що призвело до послаблення морального контролю над криміногенністю⁹.

Західні регіони тривалий час входили до складу інших держав, що суттєво відбилося на стереотипах мислення, життєвих засадах громадян. Це значною мірою визначає відмінності у рівнях поширення споживання наркотичних речовин між різними регіонами, тож потрібно спрямовувати заходи державної політики на те, щоб у західних регіонах споживання наркотичних засобів не перевищувало нинішній рівень.

Якщо до середини 1990-х років понад 95% споживачів наркотиків в Україні проживали в містах, то сьогодні спостерігається процес зростання чисельності осіб, залежних від наркотичних речовин, як на урбанізованих, так і на аграрних територіях,

⁹ Кузьминов В.Л., Амбросимов А.С. Наркомании, токсикомании: фармакотерапия наркологических заболеваний // Лекарственные средства в наркопсихофармакологии / Под ред. В.А.Шаповаловой, В.В.Шаповалова. – Харьков: Прапор, 2002. – С. 68–107.

з відмінністю хіба що в кількісних характеристиках. За даними органів МВС, на початок 2004 року чверть усіх споживачів наркотиків становили сільські мешканці¹⁰.

Закритість/відкритість наркосцени. Іншою особливістю наркосцени в Україні є її латентний характер, основна причина якого полягає у взаємній зацікавленості провідних акторів наркосцени (виробників/постачальників наркотиків та споживачів наркотиків) у нерозголошенні фактів здійснення дій, пов'язаних із продажем/придбанням наркотичних засобів¹¹. Причому в невеликих містах і поселеннях наркосцена більш за-конспірована, ніж у великих містах, оскільки серед основної маси населення переважає осудливе ставлення до споживачів наркотиків (особливо до тих, які вживають наркоре-човини ін'єкційним шляхом). До того ж через вищий рівень громадського та соціаль-ного контролю «виявлення» СІН у невеликих містах вище, ніж у великих¹².

Поняття відкритої/закритої наркосцени є особливо актуальним щодо наркотиків, які вживаються ін'єкційним шляхом. Ознаки цілком закритої наркосцени характерні для локальних закритих груп, які займаються спільним виготовленням і вживанням опіатів кустарного виробництва. Зовнішні контакти таких груп обмежуються за-купівлею сировини і прекурсорів, серед них практично не поширене дилерство¹³.

Відносно відкрита наркосцена стосовно опіатів кустарного виробництва діє в тих місцях, де поширене дилерство. Прикладами таких територій можуть бути місця ком-пактного проживання осіб циганської національності, де наркотичні засоби доступні цілий рік для всіх бажаючих, в тому числі й через дилерів¹⁴. Разом із тим, відносна відкритість наркосцени не означає повної прозорості процедур продажу та придбання наркотичних засобів. У цьому разі йдеться переважно про більші можливості доступу працівників державних і громадських організацій (зокрема задіяних у виконанні про-ектів «зменшення шкоди») до представників локальної спільноти СІН.

За даними окремих досліджень, проведених у рамках впровадження стратегії зменшення шкоди серед споживачів ін'єкційних наркотиків у Львові, особливості спільнот споживачів наркотиків, включно з поведінковими, багато в чому визнача-ються участю в закритій або відкритій наркосцені¹⁵ і суттєво різняться між собою (див. Додаток 2, табл. 4, стор. 151–152). Учасники закритої наркосцени – люди з ве-ликим стажем уживання наркотиків, великими дозами і великою кількістю ін'єкцій на день. Для них характерне комбіноване вживання різних наркотиків. Принципово різняться й місця вживання наркотичних засобів та частин тіла, куди переважно робляться ін'єкції. Це свідчить про необхідність вироблення різних механізмів робо-ти зі споживачами наркотиків – учасниками закритої й відкритої наркосцен.

Зміни в тенденціях розвитку наркосцени. Вибухоподібне збільшення на початку 1990-х років кількості осіб, залежних від наркотиків, перейшло у два взаємопов'язані процеси: стабільне щорічне зростання контингенту хворих із залежністю від наркотиків (на 11–12%) та значне розширення спектра наркотичних речовин, що використовуються для немедичного вживання¹⁶. На початку 1990-х років понад 95% усіх зареєстрованих осіб, залежних від наркотичних засобів, вживали диметілморфін (димітрол) – самороб-

¹⁰ За даними Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України, 2004 рік (неопубл.).

¹¹ *Гриненко І.* Наркобизнес и национальная безопасность. – К.: Сфера, 2004. – С. 241.

¹² Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / О.М.Балакірева (науковий керівник проекту), М.Ю.Варбан, О.О.Яременко, Л.І.Андрушак, О.Р.Артюх. – К.: Центр «Соціальний моніторинг», 2003. – С. 33.

¹³ *Каминская Г.* Попытка методологии, или два года внедрения стратегии снижения вреда во Львове. – http://www.afew.org/russian/drugusers_articles/16drugusers.php.

¹⁴⁻¹⁵ Там само.

¹⁶ До парламентських слухань: Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІД, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання. – К., 2003. – С. 17.

ну витяжку з макової соломки, а випадки вживання кокаїну, героїну, стимуляторів (метамфетамінів) були поодинокими. Нині на нелегальному ринку наркотичних засобів в Україні постійно збільшується частка синтетичних наркотиків та стимуляторів, що характерно для багатьох інших країн світу і викликає загрозу перетворення зловживання стимуляторами амфетамінового ряду на складову споживача культури¹⁷. Спостерігається також зростання комбінованого вживання наркотичних і психотропних речовин¹⁸ серед споживачів наркотичних препаратів: якщо його поширеність у 1999 р. становила 4,5% серед зареєстрованих осіб із наркотичною залежністю, у 2000-му та 2001-му — 4,8% — 4,9%, то у 2004 році — 21,2%¹⁹.

Дані медичних обстежень осіб призовного віку, здійснюваних у м. Києві, свідчать, що серед цієї категорії молоді спостерігається перехід від вживання лише опіоїдів до комбінованого вживання наркотичних та інших психоактивних речовин (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Дані обстеження осіб призовного віку м. Києва у Київській міській наркологічній клінічній лікарні «Соціотерапія» (1999–2004 роки)

	1999	2000	2001	2002	2003	6 місяців 2004
Направлено на обстеження (осіб)	168	323	168	167	128	54
Виявлено психічні та поведінкові розлади (%)	61	56	53	72	64	59
<i>З них внаслідок вживання (%):</i>						
Опіоїдів	59	54	48	25	12	15
Канабіноїдів	16	12	6	10	18	18
Седативних та снодійних засобів	1	4	2	-	-	-
Інших стимуляторів, включно з кофеїном	1	6	16	1	9	12
Алкоголю	5	4	1	1	8	6
Комбінованого вживання наркотичних та інших психоактивних речовин	6	12	24	46	51	37
Трамадолу	7	5	-	1	-	9

Джерело: дані Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія», 2004 р. (неопубл.).

Основні чинники формування сучасної наркосцени України. На формування наркосцени України вплинуло багато різних об'єктивних і суб'єктивних чинників, серед яких в першу чергу вирізняють²⁰:

- наркотрафік, зумовлений геополітичним розташуванням країни й тривалою прозорістю державних кордонів із Росією, Білоруссю та Молдовою²¹. Частина наркотиків, що проходять у такий спосіб через Україну, осідає в країні, зумовлюючи зростання кількості споживачів наркотичних речовин;

¹⁷ План действий по борьбе с изготовлением и оборотом стимуляторов амфетаминового ряда и их прекурсоров, а также со злоупотреблениями ими. — http://www.narkotiki.ru/info_1255.html.

¹⁸ Це явище відоме також під назвами: «полінаркотизм», «полінаркоманія».

¹⁹ Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (2001). — К., 2002. — С. 141.

²⁰ За даними Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України, 2004 рік. (неопубл.).

²¹ Внаслідок геополітичного розташування в Європі українські території нерідко використовують як зони транзиту наркотиків із країн-виробників («Золотого півмісяця», «Золотого трикутника», «Балканського маршруту» тощо) до західноєвропейських країн. Органами МВС України розкрито численні наркотрафіки, які пролягають Україною з Центральної та Східної Азії транзитом через Російську Федерацію, з Туреччини — в морські порти України, а звідти — сухопутними маршрутами через Україну та її західні кордони — до західноєвропейських ринків. Останнім часом спостерігається збільшення в країні обсягів контрабандних поставок психотропних речовин (амфетамінів, метамфетамінів, «екстазі») з Польщі, а також нарковмісних медичних препаратів з Румунії та Молдови, що пояснюється меншою вартістю їх порівняно з вартістю героїну і кокаїну, а також збільшенням на них попиту в молодіжному середовищі.

- кліматичні умови України та пов'язане з ними вирощування рослин, які слугують сировиною для кустарного виготовлення наркотичних засобів²²;
- зміну форм власності цілої низки підприємств, діяльність яких пов'язана із виробництвом та використанням наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів;
- безробіття частини кваліфікованих хіміків у зв'язку із закриттям та перепрофілюванням промислових підприємств²³;
- загальну соціально-економічну ситуацію в країні та пов'язані з нею адаптивні труднощі²⁴;
- зростання попиту на наркотичні засоби та психотропні речовини в контексті поширення в Україні модних західних культурних тенденцій.

Лише у 2002 році на кордонах України з Росією, Молдовою та Білоруссю було затримано 212 перевізників наркотичних засобів²⁵. За даними МВС, сьогодні в Україні немає жодного регіону, де б із незаконного обігу не вилучали героїн, кокаїн та інші наркотики, а серед осіб, затриманих за наркотично зумовлені злочини, — не лише громадяни України, а й іноземці. Зокрема, у 2003 році з таких причин було затримано 239 іноземців, серед яких 195 — громадяни країн СНД.

У період із 1998 до 2002 року правоохоронними органами України вилучено на кордонах країни майже 1,7 тонни кокаїну і героїну, близько 10 тонн гашишу і пресованої марихуани, які транспортувалися територією України до країн Західної Європи²⁶. Загальна кількість вилучених із незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних препаратів лише у 2003 році становила майже 22 тонни (в тому числі: 3 кг героїну, 110 кг опію, 6 т марихуани та гашишу), а кількість вилученого амфетаміну, метамфетаміну та «Екстазі» відповідає 15 тисячам умовних доз²⁷.

Окрім того, постійно розширюється коло суб'єктів підприємницької діяльності, яким дозволено здійснення діяльності, пов'язаної з наркотичними засобами та психотропними речовинами, на підставі ліцензій згідно із Законом України «Про внесення змін і доповнень до Закону України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів». Порядок видачі ліцензій (див. Розділ 2, підрозділ 2.1. «Законодавчі пріоритети», стор. 50-51) та збільшення кількості суб'єктів

²² У країні існує значна власна сировинна база для незаконного виготовлення різноманітних наркотичних засобів, оскільки Україна традиційно займається промисловим вирощуванням конопель і маку, а кліматичні умови країни дозволяють вирощувати різні сорти їх, включно з тими, що містять адиктивні речовини, які часто слугують основою для формування «сировинної бази» вітчизняного нелегального наркобізнесу. У 2003 році з незаконного обігу було вилучено близько 16 т макової соломки і 5,8 т марихуани, а також знищено незаконних посівів снодійного маку та конопель на загальній площі 767 тис. кв.м [За даними Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України, 2004 рік (неопубл.)].

²³ Зміна форм власності в системі Держкоммедбіопрому й об'єднання «Фармація», різке зростання цін на наркотичні препарати внаслідок зростання попиту на них та скорочення кваліфікованих спеціалістів у галузі хімії й фармацевтики відбилися на виникненні й розширенні мережі підпільних лабораторій з виготовлення різних типів наркотичних речовин. Якщо у 1995 році правоохоронними органами було виявлено лише одну лабораторію з виготовлення ацетильованого опію з використанням обладнання, пристосованого до промислового виробництва наркотиків, то у 2000-му — 93, а у 2003-му — 224 [За даними Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України, 2004 рік (неопубл.)].

²⁴ *Гриненко І.* Наркобізнес и национальная безопасность. — С. 241.

²⁵ Звіт перед українським народом (Про оперативно-службову діяльність органів внутрішніх справ України у 2002 році) // <http://mvsinfo.gov.ua/official/2003/02/020303.html#z4>.

²⁶ За даними сайту: <http://ukr.for-ua.com/news/2003/05/15/153328.html>.

²⁷ За даними Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України, 2004 рік (неопубл.).

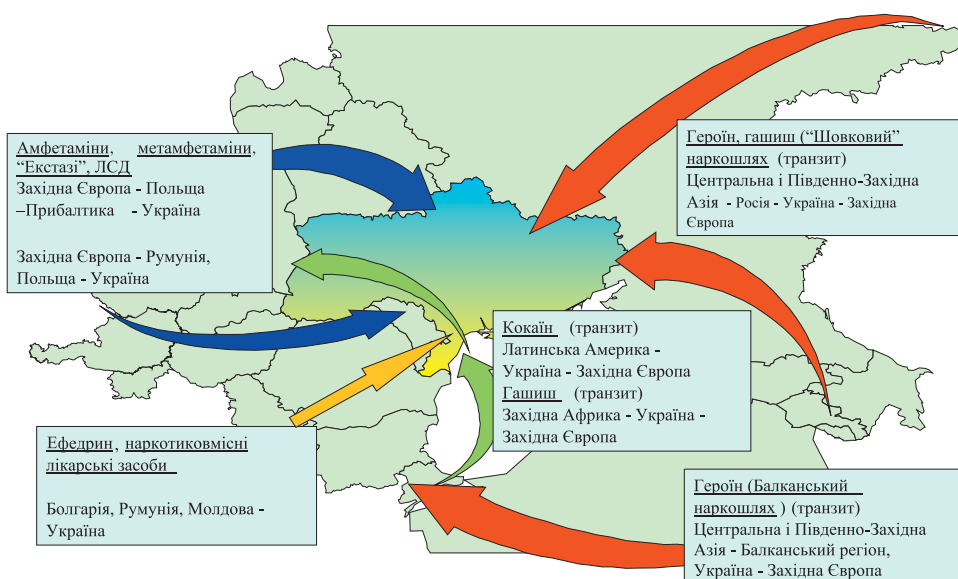


Рис. 1.2. Шляхи надходження і транзиту контрабандних наркотиків

За даними Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України, 2004 рік (неопубл.)

такої діяльності не гарантують сьогодні обмеження потрапляння на тіньовий ринок наркотичних речовин із цих джерел.

Споживання наркотичних речовин різко збільшилося у 1992 році, коли в країні розпочався перехід до нових форм господарювання і суспільної перебудови. Зменшення державної підтримки, високий рівень безробіття, який призвів до зростання бідності, вплинули на зниження якості життя українців, а також зробили його економічно, психологічно й фізично більш уразливим²⁸. Як свідчать дані соціологічного моніторингу стану українського суспільства, адаптація населення країни до нових

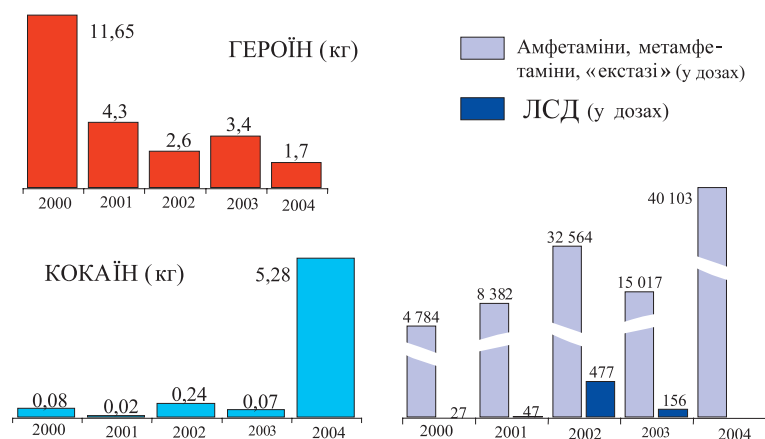


Рис 1.3. Дані про вилучення синтетичних та напівсинтетичних, особливо небезпечних наркотичних засобів та психотропних речовин (завезені в Україну контрабандою або виготовлені в умовах підпільних лабораторій)

Джерело: дані Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС, 2004 рік (неопубл.)

²⁸ Booth R.E.T., Kennedy J., Brewster T., Semerik O. Drug Injectors and Dealers in Odessa, Ukraine // Journal of Psychoactive Drugs. — Vol. 35 (4), October — December 2003. — P 420.

політичних і соціально-економічних реалій, породжених процесами посттоталітарної трансформації, відбувалася з великими труднощами²⁹. Особливо ці явища далися взнаки в промислових регіонах країни, де негативні суспільні процеси, включно зі споживанням наркотичних засобів, набули надзвичайної гостроти через різкий спад промислового виробництва³⁰. Впроваджувана 1990-ми роками антиалкогольна кампанія та запозичена на Заході мода на психоактивні засоби серед молоді справили додатковий вплив на поширення споживання наркотиків у країні.

Види наркотиків та особливості їх уживання. За даними наркологічних закладів та правоохоронних органів, в Україні є широкий вибір кустарних і синтетичних наркотичних засобів, а також поширене вживання медичних препаратів у немедичних цілях. Сформувалося навіть таке поняття, як наркотик твого вибору³¹. Але найбільш популярними засобами залишаються канабіноїди й опіоїди кустарного виробництва (ацетильований та екстракційний опій, виготовлені з макової соломки)³².

За даними соціологічних досліджень, 95% споживачів наркотиків ін'єкційним шляхом вживають опіати³³, а серед пацієнтів Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія» у 2003 р. 63% становили хворі на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання виключно опіоїдів³⁴. Нині за рівнем поширеності залежності людей від опіатів Україна входить до числа країн із високим рівнем наркотичних проблем³⁵, а серед кустарно виготовлених препаратів опію домінують ацетильовані опіати, для яких характерна більша наркогенність³⁶. Серед опіоїдів основною «проблемною» групою наркотиків України є опіати («ширка», «ханка», «ширево» тощо)³⁷, кустарно виготовлені препарати опію для внутрішньовенного введення³⁸ внаслідок поширення кількості хворих із залежністю від них. Споживачів героїну в країні

²⁹ Українське суспільство: соціологічний моніторинг 1994 – 2003 / За ред. Н.В.Паніної. — К.: Інститут соціології НАН України, 2003. — С. 107.

³⁰ Кузьминов В.Л., Амбросимов А.С. Наркоманії, токсикоманії: фармакотерапія наркологічних захворювань // Лекарственные средства в наркопсихофармакологии / Под ред. В.А.Шаповаловой и В.В.Шаповалова. — С. 68–107.

³¹ За результатами глибинних інтерв'ю, проведених під час підготовки даного огляду. У Донецьку, Одесі, Кривому Розі та Дніпропетровську в серпні 2004 році було опитано 30 експертів (включно з наркологами, медиками, соціальними працівниками, працівниками правоохоронних органів та громадських організацій), які працюють із СІН. Структуру глибинних інтерв'ю наведено у Додатку 1 (С. 146–147).

³² Кузьминов В.Л., Амбросимов А.С. Наркоманії, токсикоманії: фармакотерапія наркологічних захворювань // Лекарственные средства в наркопсихофармакологии / Под ред. В.А.Шаповаловой и В.В.Шаповалова. — С. 68–107.

³³ Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / О.М.Балакірева (науковий керівник проекту), М.Ю.Варбан, О.О.Яременко, Л.І.Андрушак, О.Р.Артюх. — С. 22–23.

³⁴ Ще 14% хворих мали наркотичні розлади внаслідок вживання каннабіноїдів; 21% — через комбіноване поєднання різних наркотичних засобів; 2% — через вживання інших наркотичних речовин.

³⁵ Вієвський А.М. Наркотичні проблеми. До нової системи дій. — http://www.socion.net.ua/med_journal/articles/narcology/viewsky.htm

³⁶ За даними судово-хімічної експертизи, ацетильовані опіати містять моноацетилморфін та домішки діацетилморфіну поряд із морфіном, кодеїном, іншими алкалоїдами опію (див.: Кузьминов В.Н. Епидемиологічна ситуація розповсюдження наркоманій в Україні та Харьковском регіоні // Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В.А.Соболева, И.П.Рущенко. — Харьков: Торсинг, 2000. — С. 159–193.

³⁷ Існує певна неоднозначність у трактуванні назв найуживаніших наркотиків. Зокрема, кустарно виготовлена витяжка з макової соломки в Одесі відома під назвою «хімія», «розчин», тоді як у Києві — під назвою «чорна» або «ширка». В Одесі «ширка» означає похідний препарат первентину. «Ширево» або «гвинт» у Києві означають первентин, а в Одесі — екстракт маку.

³⁸ Кузьминов В.Н. Епидемиологічна ситуація розповсюдження наркоманій в Україні та Харьковском регіоні // Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В.А.Соболева, И.П.Рущенко. — С. 159–193.

набагато менше^{39,40}. Практично не вживають героїн сільські жителі, хворі на опіоманію⁴¹, що зумовлено високими цінами на героїн та його відсутністю в сільських районах. На разі героїн в Україні залишається елітним наркотиком через високу ціну (50–100 доларів США за 1 грам).

В Україні поширюється використання психостимуляторів (стимулятори амфетамінового ряду, кофеїн, ефедрин, норефедрин тощо, а також речовини, які синтезуються з них). Більшість хворих із залежністю від стимуляторів вживають ін'єкційно кустарно виготовлені препарати на основі дешевих і доступних медичних препаратів «Эффект», «Trifed», «Coldact», «Coldrex» тощо⁴² (серед споживачів наркотиків вони відомі під назвами «джеф», «муляка», ефедрон, первинтин). Популярність наркотиків цього типу серед молоді зумовлена переважно двома чинниками: їх доступністю та можливістю загострено сприймати музику на дискотеках⁴³.

Швидкими темпами поширюється в країні комбіноване вживання наркотиків і психотропних речовин. За даними соціологічних досліджень, його практикують 40% СІН⁴⁴, поєднуючи ін'єкційне вживання опіатів з димедролом, імованом (або сонованом), трамадолом, сібазоном, морфієм, транквілізаторами, амфетамінами тощо. У Київській міській наркологічній клінічній лікарні «Соціотерапія» у 2003 році 21% усіх хворих на наркологічні розлади внаслідок вживання наркотичних речовин становили представники саме цієї категорії наркоспоживачів. Окрім того, поширеним залишається одночасне вживання наркотичних речовин і алкоголю⁴⁵.

Серед молоді віком від 12 до 20 років широкої популярності набули каннабіноїди — марихуана (часто її називають «дурман», «травка», «план» тощо), гашиш,

³⁹ За оцінками експертів СБУ, лише один відсоток осіб, залежних від опіатів, постійно вживають героїн. Див.: Мусатова І. Від коноплі до героїну // <http://sbu.gov.ua/rus/pres/art/2002/art18-03-2002.shtml>.

⁴⁰ Кузьминов В.Н. Эпидемиологическая ситуация распространения наркоманий в Украине и Харьковском регионе // Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В.А.Соболева, И.П.Рущенко. — С. 159–193.

⁴¹ Опіоманія — це патологічний стан залежності людини від опіоїдів. Крім клінічних опіоманів (за даними наркологічних закладів), є ще споживачі опіоїдів, котрі поки балансують на хиткій грані між епізодичним вживанням і наркотичною залежністю. (Див.: Кузьминов В.Н. Эпидемиологическая ситуация распространения наркоманий в Украине и Харьковском регионе // Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В.А.Соболева, И.П.Рущенко. — С. 159–193 ; Волошин П.В., Мінко О.І., Лінський І.В., Волошина Н.П., Гапонов К.Д. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 9. — Вип. 3. — С. 7–9; Волошина Н.П., Тайцлин В.И., Линский И.В., Богданова И.В., Кузьминов В.Н. Психические и неврологические расстройства вследствие употребления психостимулятора кустарного изготовления, получаемого из препарата «Эффект» // Український вісник психоневрології. — 2000. — Т. 8. — Вип. 2. — С. 74–76.

⁴² Кузьминов В.Л., Амбросимов А.С. Наркомании, токсикомании: фармакотерапия наркологических заболеваний // Лекарственные средства в наркопсихофармакологии. — С. 68–107; Волошин П.В., Мінко О.І., Лінський І.В., Волошина Н.П., Гапонов К.Д. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9. — Вип. 3. — С. 7–9.

⁴³ Волошин П.В., Мінко О.І., Лінський І.В., Волошина Н.П., Гапонов К.Д. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9. — Вип. 3. — С. 7–9.

⁴⁴ Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / О.М. Балакірева (науковий керівник проекту), М.Ю. Варбан, О.О. Яременко, Л.І. Андрушак, О.Р. Артюх. — С. 22–23.

⁴⁵ Кузьминов В.Н. Клиника и течение алкогольной зависимости, сформировавшейся у больных опийной наркоманией // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10. — Вип. 1 (додаток). — С. 260; Шилова Л.С. Переживания родителей ВИЧ-инфицированных наркоманов // Практична психологія та соціальна робота. — 2003. — № 9. — С. 33.

анаша⁴⁶. Частка хворих, які мають проблеми із власним здоров'ям внаслідок уживання цих наркотичних засобів, не перевищує 1,5% і залишається практично незмінною впродовж останніх п'ятнадцяти років⁴⁷. Але не менше половини хворих на опіоманію, які поступають на стаціонарне лікування до наркологічних закладів, розпочинали вживання наркотиків із каннабіноїдів⁴⁸. Це свідчить про те, що поширення й наслідки зловживання препаратами коноплі потрібно оцінювати іншими показниками, ніж кількість залежних від них пацієнтів, які потрапляють на лікування до наркологічних закладів.

За даними працівників наркологічних закладів, останнім часом в Україні почастишали випадки вияву трамадолової залежності⁴⁹, причому це явище спостерігається переважно серед молоді⁵⁰. Нерідко трамадол виявляється першим засобом наркотичного характеру, вжитим для досягнення ейфорії. Навіть не спробувавши інших опіатів, його споживачі нерідко стають залежними від опіїодних речовин, частина з яких згодом переходить на вживання кустарно виготовлених ацетильованих опіатів⁵¹. Подібні випадки прояву синдрому трамадолової залежності зареєстровано і в інших країнах⁵².

Доступність наркотиків. Сьогодні в Україні наркотичні речовини і психостимулятори досить доступні для різних категорій населення, зокрема молоді. За даними вибіркового соціологічного опитувань, молоді люди купують наркотики чи компоненти для їх виготовлення в таких місцях:

- на дискотеці — 49%;
- на вулиці — 34%;
- на вечірці — 34%;
- на базарі — 26%;
- в іншому місці — 21%;
- в аптеці — 20%;

⁴⁶ Вієвський А.М. Наркотичні проблеми. До нової системи дій. — http://www.socionet.net.ua/med_journal/articles/narcology/vievskyu.htm; Кузьминов В.Л., Амбросимов А.С. Наркоманії, токсикоманії: фармакотерапія наркологічних захворювань // Лекарственные средства в наркопсихофармакологии / Под ред. В.А.Шаповаловой и В.В.Шаповалова. — С. 68–107; Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / О.М.Балакірева (науковий керівник проекту), М.Ю.Варбан, О.О.Яременко, Л.І.Андрушак, О.Р.Артюх. — С. 22–23.

⁴⁷ Кузьминов В.Н. Епидемиологическая ситуация распространения наркоманий в Украине и Харьковском регионе // Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В.А.Соболева, И.П.Русченко. — С. 159–193.

⁴⁸ Там само.

⁴⁹ Трамадол як опіїодний анальгетик до останнього часу не був внесений до списку наркотичних засобів, а належав до сильнодіючих речовин. При зловживаннях ним та виникненні залежності йшлося про «опійну токсикоманію», а не «опійну наркоманію». Препарати на основі трамадолу широко застосовуються в Україні для зняття больового синдрому, а найпоширенішими назвами є «Трамал» і «Трамалгін». 7 липня 2004 року «трамадол» включено до Переліку отруйних лікарських засобів, тобто він є підконтрольним і підлягає предметно-кількісному обліку. Див. також: Кузьминов В.Н. Епидемиологическая ситуация распространения наркоманий в Украине и Харьковском регионе С. 159–193.; Линский И.В., Кузьминов В.Н. Трамадол и синдром отмены опиоидов // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9. — Вип. 1. — С. 40–42; Кузьминов В.Н., Линский И.В., Назарчук А.Г., Шаповалова В.А., Шаповалов В.В. Особенности зависимости от опиатов при злоупотреблении трамадолом // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9. — Вип. 4. — С. 27–28.

⁵⁰ Кузьминов В.Н. Епидемиологическая ситуация распространения наркоманий в Украине и Харьковском регионе. — С. 159–193.

⁵¹ Шаповалов В.В., Шаповалова В.А., Кузьминов В.Н., Халін Н.О., Седих М.І. Моніторинг режиму контролю трамадолу та проблеми його немедицинного вживання хворими на наркоманію і токсикоманію // Ліки України. — 2000. — № 11. — С. 18–19; № 12. — С. 25–26.

⁵² Leo R.J., Arendran R.N., DeGuiseppe B. Methadone Detoxification of Tramadol Dependence // Journal of Substance Abuse Treatment. — 2000. — Vol. 19. — P. 297–299.

- у навчальному закладі — 14%;
- на пляжі, в парку — 9%;
- немає відповіді — 6%⁵³.

За оцінками Українського інституту соціальних досліджень, УДЦССМ та ЮНІСЕФ, серед молодих людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, 26% готують розчин самі, 36% користуються послугами постійного продавця, 49% користуються послугами різних продавців⁵⁴. Разова доза наркотику кустарного приготування коштує відносно небагато і є доступною для молодих людей (1 мл «ширки» залежно від міста й пори року коштує 8–12 грн).

Початок вживання наркотиків. За твердженнями медиків, відбувається «омолодження» в країні хворих із різними розладами внаслідок уживання наркотичних речовин, а вік першої спроби споживання наркотиків становить 13–15 років, хоча в деяких містах він ще менший — 9–12⁵⁵ і навіть 7–8 років⁵⁶. Середній вік споживачів наркотиків у країні щорічно зменшується у середньому на 0,1–0,15 року⁵⁷, в деяких містах дитяча наркоманія становить 11–13% від загальної кількості наркозалежних (наприклад, у Донецьку)⁵⁸, а серед хворих із наркотичними проблемами, які проходили лікування в наркологічних закладах країни, у 2003 році було понад 1000 дітей⁵⁹.

Формування наркотичної залежності нерідко розпочинається з куріння гашишу чи нюхання героїну⁶⁰, що створює ілюзію нешкідливості наркотиків і дозволяє долати страх їх першого вживання (неін'єкційним шляхом), яке згодом поступово переходить в ін'єкційне вживання опіатів.

Вік першого ін'єкційного вживання наркотику коливається в межах 13–30 років (у середньому близько 20 років)⁶¹. Перша ін'єкція наркотику у чоловіків відбувається у більш ранньому віці, ніж у жінок: у середньому 18 років проти 24). Майже 50% СІН роблять першу ін'єкцію у віці 15–20 років, причому це завжди трапляється зі сторонньою допомогою⁶². Частина СІН практикує ін'єкції наркотиків внутрішньом'язово, оскільки переконані, що таким чином не можна ВІЛ-інфікуватися.

Серед чоловіків майже порівну тих, хто почав вживати наркотики з канабіноїдів (у віці 13–15 років), та тих, хто почав вживання наркотиків одразу з ін'єкцій (у віці

⁵³ Сума відсотків перевищує 100, оскільки можна було відмічати всі слушні випадки. (Див.: СНІД в Україні: Аналітичний огляд: Споживачі ін'єкційних наркотиків та епідемія ВІЛ-інфекції в Україні. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2003. — С. 12).

⁵⁴ Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. — С. 22–23.

⁵⁵ Там само — С. 141.

⁵⁶ Там само. — С. 22–23.

⁵⁷ До парламентських слухань: Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання. — С. 17.

⁵⁸ Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. — С. 22–23.

⁵⁹ Міністерство охорони здоров'я України. Центр медичної статистики. Показники захворюваності на наркологічні розлади в Україні в 2003 році. — К., 2004. — С. 31

⁶⁰ Кузьминов В.Н. Эпидемиологическая ситуация распространения наркоманий в Украине и Харьковском регионе // Молодежь и наркотики (социология наркотизма). — С. 159–193.

⁶¹ Booth R.E., Kennedy J., Brewster T., Semerik O. Drug Injectors and Dealers in Odessa, Ukraine // Journal of Psychoactive Drugs. — Vol. 35 (4), October — December 2003. — P. 421.

⁶² СНІД в Україні: Аналітичний огляд: Споживачі ін'єкційних наркотиків та епідемія ВІЛ-інфекції в Україні. — С. 12.

17–19 років)⁶³. Жінки нерідко починають вживання наркотиків відразу з ін'єкцій (у середньому у 20 років), особливо якщо їхні чоловіки на цей час є СІН.

Основні суб'єктивні причини початку вживання наркотиків:

- бажання відчувати нові враження;
- за компанію, під впливом значущих осіб (на жінок-СІН — вплив коханих чоловіків);
- бажання забути про неприємні події (конфлікт із близькою людиною, нерозділене кохання, смерть близької людини, згвалтування);
- втрата сенсу життя, ненависть до себе;
- думка, ніби людина має відчувати на собі все;
- для зменшення напруження та страху, щоб додати собі сил, зняти сексуальну напруженість⁶⁴.

Частота вживання ін'єкційних наркотиків. Значною мірою на частоту вживання наркотичних засобів впливає наявність чи відсутність залежності від них, наявність коштів для придбання наркотиків, а також інші чинники. Переважна частина осіб, залежних від наркотиків, вживає наркотичні речовини два та більше разів на день⁶⁵. Це стосується й споживачів ін'єкційних наркотиків: за даними Центру «Соціальний моніторинг», 55% наркоспоживачів вживають ін'єкційні наркотики 2–3 рази на день, 23% — раз⁶⁶. Рідше вживають наркотики у сільських регіонах: наприклад, дослідження у Вінницькій області показали, що 35% СІН споживають наркотики кілька разів на день; 48% — раз на день; 15% — раз на тиждень⁶⁷.

Чисельність споживачів наркотичних речовин. Чинна регламентована медична система обліку і спостережень за споживачами наркотиків дає змогу порівнювати ситуацію з поширенням споживання наркотиків у різних регіонах України, оцінювати динаміку епідеміологічних показників, прогнозувати перебіг ситуацій, хоча й не відображає справжню кількість споживачів наркотиків. Основну частину зареєстрованих в наркологічних закладах становлять особи, хворі на наркоманію⁶⁸, але навіть вони виявляються медичними установами не одразу в момент виникнення такої залежності, а за деякий час, що зумовлює постійне запізнення офіційної статистики стосовно реальної ситуації щодо «наркотичного стажу», який хворі встигають набутися до моменту виявлення⁶⁹. А ще є споживачі наркотичних речовин, які вживають їх епізодично,

⁶³ Booth R.E., Kennedy J., Brewster T., Semerik O. Drug Injectors and Dealers in Odessa, Ukraine // *Journal of Psychoactive Drugs*. — Vol. 35 (4), October — December 2003. — P. 421.

⁶⁴ СНІД в Україні: Аналітичний огляд: Споживачі ін'єкційних наркотиків та епідемія ВІЛ-інфекції в Україні. — С. 12.

⁶⁵ До парламентських слухань: Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання. — С. 17.

⁶⁶ Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків.

⁶⁷ Кириченко П.Д., Полонець В.В., Кирилюк Т.О. Статеві детермінанти поведінкового ризику споживачів ін'єкційних наркотичних речовин щодо зараження ВІЛ // *Український медичний часопис*. — 2003. — VII/VIII. — № 4 (36). — С. 125–128.

⁶⁸ Хворі на наркоманію — це люди, в яких внаслідок регулярного вживання психоактивної речовини сформувався відповідний патологічний стан — залежність, що характеризується: нездоланим потягом до об'єкта вживання; неможливістю досягнення психічного, а іноді й фізичного комфорту поза інтоксикацією звичною речовиною (психічна та фізична залежність); специфічним для даної категорії хворих морально-етичним зниженням (так званий синдром Бройтигама); соціальною дезадаптацією [Волошин П.В., Мінко О.І., Лінський І.В., Волошина Н.П., Гапонов К.Д. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні // *Український вісник психоневрології*. — 2002. — Т. 9. — Вип. 3. — С. 7–9].

⁶⁹ Лінський І.В. Метод і результати реконструкції динаміки розповсюдження опіоманій в Україні з 1981 по 1998 гг. // *Таврический журнал психиатрии*. — 1999. — Т. 3. — № 4. — С. 77–84.

але не мають ознак залежності й тому не підпадають під цільовий медичний нагляд. На думку фахівців-медиків, на кожного зареєстрованого в медичних установах споживача наркотиків припадає від 10 до 50 незареєстрованих⁷⁰.

Таблиця 1.4

Чисельність споживачів наркотичних засобів в Україні за даними організацій, які працюють з ними

	Організації, що працюють зі споживачами наркотиків	Дані щодо чисельності наркозалежних
Офіційні дані	Міністерство охорони здоров'я України	Хворі з розладами психіки внаслідок вживання наркотичних речовин (включно з ін'єкційним вживанням) (на кінець 2003 року – 85,4 тис. осіб)
	Міністерство внутрішніх справ України	Облік у правоохоронних органах споживачів наркотичних речовин (включно з ін'єкційним вживанням) (на кінець 2003 року – 120 тис. осіб)
Розрахункові дані	Український науково-дослідний інститут клінічної та експериментальної неврології та психіатрії (м.Харків), Науково-методичний та клінічно-реабілітаційний центр з проблем хімічної залежності (м.Київ)	Споживачі ін'єкційних наркотиків, які вживають опіоїди у немедичних цілях (на початок 2002 року – 210–220 тис. осіб)
	Центр "Соціальний моніторинг"	Загальна кількість споживачів ін'єкційних наркотиків (у 2003 році – не менше 560 тис. осіб)

Дещо іншу частину «верхівки айсберга»⁷¹ показує офіційна статистика МВС. До неї, як правило, потрапляють споживачі наркотиків, які були затримані правоохоронними органами за виготовлення, продаж, розповсюдження чи транспортування наркотичних засобів, а також ті споживачі, які пройшли курс лікування в наркологічних закладах. Лікування хворих від наркотичної залежності в Україні не переслідується законом, але до останнього часу згідно з вимогами законодавства здійснювали так зване зіставлення («звірку») даних щодо зареєстрованих споживачів наркотиків між правоохоронними органами та наркологічними закладами. Нині таке зіставлення скасоване, тому між показниками МОЗ і МВС спостерігаються суттєві розбіжності⁷².

Сьогодні фахівці МОЗ і МВС визнають, що офіційна статистика лише незначною мірою відображає реальну кількість споживачів наркотичних засобів, проте серед них, як і серед інших експертів, поки що відсутня узгоджена думка щодо кількісних характеристик. Існують експертні оцінки, згідно з якими загальна кількість наркозалежних осіб та епізодичних споживачів наркотиків у 5–10 разів перевищує чисельність хворих, що перебувають на обліку в наркологічних закладах України^{73, 74}.

⁷⁰ Кузьминов В.Н., Абросимов А.С. Наркомании, токсикомании: фармакотерапия наркологических заболеваний. – С. 68–107.

⁷¹ Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. – С. 32.

⁷² Там само.

⁷³ Волошин П.В., Мінко О.І., Лінський І.В., Волошина Н.П., Гапонов К.Д. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т. 9. – Вип. 3. – С. 7–9.

⁷⁴ Кузьминов В.Н., Абросимов А.С. Наркомании, токсикомании: фармакотерапия наркологических заболеваний. – С. 68–107.

Хоча визнається, що 80–90% загальної кількості споживачів наркотиків становлять споживачі ін'єкційних наркотиків, відсутні єдині підходи різних експертів до визначення їх загальної кількості. За даними Українського науково-дослідного інституту клінічної та експериментальної неврології та психіатрії (м. Харків) і Науково-методичного та клініко-реабілітаційного центру з проблем хімічних залежностей (м. Київ), реальна кількість осіб у країні, які на початок 2002 року вживали опіати у немедичних цілях, становила 210–220 тис. З них: 155 тис. осіб, залежних від опіоїдів (екстракту маку та героїну), та близько 65 тис. осіб, які вживають наркотики цього типу епізодично і не мають наркотичної залежності (40% від оцінної кількості наркозалежних).

За оцінками Центру «Соціальний моніторинг», здійсненими 2003 року за підтримки Дитячого фонду Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ) та Міжнародного фонду «Відродження», кількість споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні не менша за 560 тис. осіб⁷⁵.

Згідно з окремими прогнозами медиків, стабілізацію чисельності хворих на опійну залежність можна очікувати на рівні 300–500 тис. осіб⁷⁶. Розрізненість наведених даних свідчить, що в Україні й досі не сформовано єдиного, науково обґрунтованого, усталеного підходу до визначення загальної кількості споживачів наркотичних засобів на рівні країни.

Соціально-демографічні характеристики споживачів наркотиків. Віковий аналіз споживачів наркотичних засобів в Україні показує, що майже всі вони є людьми працездатного віку, а понад 70% не досягли 30-ти років⁷⁷.

Переважну більшість споживачів наркотиків становлять чоловіки, однак й кількість жінок серед них є значною. На початок 2004 року 79% наркозалежних осіб, зареєстрованих у органах МВС, становили чоловіки, 21% – жінки.

Споживачі наркотиків – це люди, різні за соціальним статусом. Серед наркозалежних споживачів переважають безробітні. За даними МВС, вони становлять 82,5%; частка робітників дорівнює 7%, службовців – 1%, учнівської та студентської молоді – 3%, інших верств населення – 6,9%⁷⁸. За даними соціологічних досліджень, частка споживачів ін'єкційних наркотиків, які не мають постійного місця роботи чи навчання, дещо менша, але коливається в межах 46–81%⁷⁹. Більшість споживачів наркотиків проживають із родичами і не мають власної сім'ї^{80,81}, причому жінки мають сім'ї частіше за чоловіків і частіше перебувають на утриманні⁸².

⁷⁵ Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. – С. 36.

⁷⁶ Лиский І.В. Метод и результаты реконструкции динамики распространения опиоманий в Украине с 1981 по 1998 гг. // Таврический журнал психиатрии. – 1999. – Т. 3. – № 4. – С. 77–84.

⁷⁷ Каминская Г. Попытка методологии, или два года внедрения стратегии снижения вреда во Львове. – http://www.afew.org/russian/drugusers_articles/16drugusers.php; СНІД в Україні: Аналітичний огляд: Споживачі ін'єкційних наркотиків та епідемія ВІЛ-інфекції в Україні. – С. 10; Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. – С. 36.

⁷⁸ За даними Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків в Україні МВС, 2004 рік (неопубл.).

⁷⁹ Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. – С. 130–226.

⁸⁰ Дослідження проведено шляхом анонімного анкетування СІН м.Вінниці (280 осіб) та п'яти районних центрів Вінницької області (170 осіб), в тому числі 350 чоловіків і 100 жінок. Дослідження проводили працівники Вінницького національного медичного університету та Вінницького громадського конгресу «Сталість» // Кириченко П.Д., Полонець В.В., Кирилюк Т.О. Статеві детермінанти поведінкового ризику споживачів ін'єкційних наркотичних речовин щодо зараження ВІЛ//Український медичний часопис. – 2003. – VII/VIII. – № 4 (36). – С. 125–128.

⁸¹ СНІД в Україні: Аналітичний огляд: Споживачі ін'єкційних наркотиків та епідемія ВІЛ-інфекції в Україні. – С. 10.

⁸² Кириченко П.Д., Полонець В.В., Кирилюк Т.О. Статеві детермінанти поведінкового ризику споживачів ін'єкційних наркотичних речовин щодо зараження ВІЛ//Український медичний часопис. – VII/VIII. – 2003. – № 4 (36). – С. 125–128.

Таблиця 1.5

**Розподіл СІН за соціальним статусом, отриманий під час вибіркових
соціологічних досліджень, %**

Регіони	Соціальний статус				
	Учні та студенти	Мають непостійний заробіток	Мають постійну роботу	Безробітні	Домогосподарки
Сімферополь	28	35	15	18	4
Ялта	28	31	14	22	4
Кривий Ріг	21	26	13	25	12
Маріуполь	34	25	20	11	11
Запоріжжя	10	29	9	47	3
Луганськ	29	29	10	28	4
Алчевськ	32	29	9	25	5
Одеса	9	40	11	31	8
Полтава	15	25	16	36	7
Первомайський	28	35	15	18	4
Куп'янськ	26	31	7	32	4
Хмельницький	28	35	15	18	4

Джерело: Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / О.М.Балакірева (науковий керівник проекту), М.Ю.Варбан, О.О.Яременко, Л.І.Андрушак, О.Р.Артюх. — К.: Центр «Соціальний моніторинг», 2003. — С. 130–226.

На підтримку залежності споживачі наркотиків, особливо ін'єкційних, витрачають доволі значні кошти (залежно від стажу споживання потрібно від 40 до 100 грн на день)⁸³. Враховуючи їх переважну незайнятість, гроші на наркотичні засоби нерідко здобуваються злочинним шляхом чи беруться у батьків. Частина споживачів наркотиків живе із наркодилерства або комерційного сексу «за дозу» наркотику або за гроші на його придбання⁸⁴.

Гендерні особливості вживання наркотиків. Жінки є більш уразливими до формування наркотичної залежності та ВІЛ-інфікування, оскільки вони нерідко розпочинають вживання наркотичних засобів одразу з ін'єкцій⁸⁵. Жінки частіше за чоловіків звертаються за допомогою до медичних закладів. Співвідношення між чоловіками та жінками, які її отримують в наркологічних закладах, утримується приблизно на рівні 2:1⁸⁶. На початок 2004 року кількість жінок, які перебували під медичним наркологічним диспансерним наглядом з приводу психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання наркотичних засобів, перевищила 25 тис. осіб.

⁸³ Вартість 1 мл «ширки» становить від 6 до 12 грн залежно від регіону та пори року, однієї склянки маку — близько 1 грн. З 10 склянок маку можна отримати 40 см³ наркотику. Найчастіше «ширку» вживають 2–3 рази щоденно із дозою 2–3 мл на прийом [За даними глибинних інтерв'ю, проведених при підготовці огляду. Див. також: СНІД в Україні: Аналітичний огляд: Споживачі ін'єкційних наркотиків та епідемія ВІЛ-інфекції в Україні. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2003. — С. 17].

⁸⁴ СНІД в Україні: Аналітичний огляд. — С. 17.

⁸⁵ Booth R.E., Kennedy J., Brewster T., Semerik O. Drug Injectors and Dealers in Odessa, Ukraine // Journal of Psychoactive Drugs. — Vol. 35 (4), October — December 2003. — P. 421.

⁸⁶ До парламентських слухань: Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання. — С. 17.

Рівень освіти жінок-СІН статистично не відрізняється від рівня освіти чоловіків-СІН (переважно середня спеціальна (41–44%) та середня (25–30%) освіта)⁸⁷. Але серед чоловіків більшою є частка тих, хто має постійну роботу (24% проти 14%), й тих, хто навчається в середніх чи середніх спеціальних закладах. Водночас серед жінок-СІН більшою є частка тих, хто не має певного заняття, ніж серед чоловіків⁸⁸.

Наркотично зумовлена зайнятість населення. Ще кілька років тому одним із виявів наркотично зумовленої міграції було різке зменшення кількості контактів працівників НУО зі споживачами ін'єкційних наркотиків у період сезонної заготівлі маку (травень–серпень), коли багато СІН самі виїжджали на цей промисел як для власних потреб, так і для збуту. Нерідко починаючи з періоду визрівання маку і до закінчення запасів кількість клієнтури на типових ринках збуту наркотиків зменшувалася. Проте останнім часом ситуація змінилася: ринок перенаповнений наркотичними пропозиціями і можна навіть говорити про *наркотично зумовлену зайнятість населення*.

За даними експертів Служби безпеки України, в країні сформована певна структура наркотичного бізнесу, а операції з наркотичними засобами та психоактивними речовинами залишаються найрентабельнішим видом протизаконної діяльності із прибутками від 300 до 600 відсотків⁸⁹. До механізму наркобізнесу входять виробники наркотиків, їх постачальники (в тому числі й контрабандним шляхом), наркодилери, інші особи, взаємодія між якими має вигляд мережі. Однією з особливостей незаконних операцій із готовими наркотиками іноземного виробництва є залучення до таких операцій найманих осіб, яких використовують як «мулів» чи роздрібних збувачів наркотиків.

Нерідко найману працю використовують і за кустарного виготовлення наркотичних засобів для ін'єкційного споживання⁹⁰. За оцінками експертів, отриманими під час глибинних інтерв'ю у серпні–вересні 2004 року в процесі підготовки цього огляду, виробництво опіатів нині перейшло на «дрібнопромисловий рівень, на рівень якихось мануфактур». Чітко виділяються заготівельники макової соломки (групи по 15–20 осіб), які працюють на певну «точку». Вони привозять (переважно із західних областей України) як макову соломку, так і моляр – готовий концентрований розчин, який шляхом хімічних перетворень доводиться до стану «ширки». У «точці» є люди, які відповідають за виробництво наркотичного розчину, готують його на 1–2 дні для своїх людей і продають. Серед споживачів ін'єкційних наркотиків навіть сформувалися специфічні терміни, пов'язані із новою «професією»: «варник» (той, хто варить «ширку»), «барига» (продавець)⁹¹.

У багатьох містах функціонують тіньові ринки збуту наркосировини, які працюють попри всі намагання правоохоронних органів їх закрити (наприклад, у Вінниці основні місця продажу – міські ринки «Юність», «Урожай», «Лісопарк», «Центральний»)⁹².

Виробництво і збут наркотиків особливо поширені серед осіб циганської національності, які часто проживають окремими поселеннями. Втім, наркотично зумовле-

⁸⁷ Кириченко П.Д., Полонець В.В., Кирилюк Т.О. Статеві детермінанти поведінкового ризику споживачів... – С. 125 – 128.

⁸⁸ Там само. – С. 125–128.

⁸⁹ Мусатова І. Від коноплі до героїну // <http://sbu.gov.ua/rus/pres/art/2002/art18-03-2002.shtml>.

⁹⁰ Гриненко І. Наркобізнес и национальная безопасность. – С. 245.

⁹¹ Шаг за шагом: проблемы сообщества потребителей инъекционных наркотиков и пути их решения (методические рекомендации). – К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2004. – С. 19–20.

⁹² Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. – С. 138.

ною діяльністю займаються й представники інших національностей. СІН нерідко віддають перевагу придбанню наркотиків у дилерів-циган, бо:

- вірять, що ті продають наркотики («ширку», «хімію» тощо) в нових шприцах;
- завжди існує більша ймовірність наявності наркотику у дилерів-циган, ніж в інших дилерів;
- купувати наркотик у дилерів-циган зручніше (вже у шприці) й економічно вигідніше (6–8 грн проти 10–12 грн);
- дилери-цигани продають наркотики будь-кому, а не лише тим, кого знають⁹³.

При цьому СІН визнають, що придбані у дилерів-циган наркотики низької якості. Окрім того, існує більша ймовірність бути заарештованим за транспортування купленої дози наркотику в разі затримання працівниками правоохоронних органів⁹⁴.

За даними окремих фокус-групових інтерв'ю з наркодилерами, їхній вік у середньому становить 36 років (від 28 до 44), більшість їх народилася в тому самому населеному пункті, де вони розповсюджують наркотики⁹⁵. В Одесі 90% наркодилерів самі є споживачами ін'єкційних наркотиків. Дилери зазвичай віддають перевагу маломасштабному поширенню наркотиків: 6–10 споживачів на день (12–40 мл³). В окремих випадках (наприклад, на Новий рік чи інші свята) одержують додаткові замовлення.

За даними МВС України, за останні 5 років удвічі збільшилася кількість щорічно виявлених злочинів, пов'язаних зі збутом наркотиків, а також кількість ліквідованих осередків немедичного вживання чи виготовлення наркотичних засобів; у 1,5 раза зросла кількість припинених виявів групової наркозлочинності, у 2,5 раза — кількість злочинів, пов'язаних із втягненням у наркоманію.

* * *

Таким чином, аналіз наркотичної ситуації в Україні засвідчує зростання споживання наркотичних засобів, причому латентний характер розвитку наркосцени не заважає її активізації, що виявляється в показниках зростання чисельності хворих із наркотичними розладами (як у містах, так і в селах); підвищення злочинності, пов'язаної із наркотиками; розширення спектра доступних наркотичних засобів і психотропних речовин; сформованих статистично значущих соціальних групах споживачів наркотиків, які постійно розширюються.

Основні тенденції розвитку наркосцени пов'язані зі стабільним щорічним зростанням контингенту хворих із залежністю від наркотиків (на 11–12%); значним розширенням спектра наркотичних речовин, що використовуються для немедичного вживання (збільшення частки синтетичних наркотиків і стимуляторів, а також стрімке поширення комбінованого вживання наркотичних і психотропних речовин). За даними окремих медичних обстежень, спостерігається перехід від вживання лише опіоїдів до комбінованого вживання наркотичних та інших психоактивних речовин.

Спостерігається «омолодження» хворих із різними розладами внаслідок вживання наркотичних речовин: середній вік споживачів наркотиків у країні щорічно зменшується у середньому на 0,1–0,15 року. Вік першої спроби споживання наркотиків —

⁹³ Booth R.E., Kennedy J., Brewster T., Semerik O. Drug Injectors and Dealers in Odessa, Ukraine // Journal of Psychoactive Drugs. — Vol. 35 (4), October — December 2003. — P. 422.

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ Ibid. — P. 421.

13–15 років (у деяких містах – 9–12 і навіть 7–8 років). На частоту вживання наркотичних засобів впливає наявність або відсутність залежності від них, достатність коштів для придбання наркотиків та інші чинники. Переважна частина осіб, залежних від наркотиків, вживає наркотичні речовини два й більше разів на день.

Нині в Україні відсутній єдиний підхід різних фахівців щодо кількості споживачів наркотиків. Латентний характер сучасної наркосцени зумовлює значні розбіжності між даними МОЗ, МВС та соціологічних досліджень. Після скасування зіставлень зареєстрованих споживачів наркотиків між МОЗ та МВС ситуація суттєво не змінилася, кількість пацієнтів у наркологічних закладах суттєво не збільшилася, посилюються лише розбіжності між офіційними даними різних відомств. Це свідчить про недовіру споживачів наркотиків до державних медичних установ.

Одним із наслідків трансформації наркосцени є сформована група суб'єктів нелегального обігу наркотиків. Серед них трапляються не лише цигани (що було типовим у 1990-і роки), а й представники інших національностей, причому серед продавців наркотиків переважають місцеві жителі. Доступ до споживання наркотиків суттєво полегшується тим, що їх продають люди з найближчого соціального оточення потенційних споживачів – місцеві жителі й друзі, а поширення споживання наркотиків відбувається в межах певних груп – осередків (закритого і більш відкритого типу). Поняття відкритої/закритої наркосцени особливо актуальне щодо наркотиків, які вживаються ін'єкційним шляхом. Ознаки цілком закритої наркосцени характерні для локальних закритих груп, які займаються спільним виготовленням і вживанням опіатів кустарного виробництва. Зовнішні контакти таких груп обмежуються закупівлею сировини і прекурсорів, серед них практично не поширене дилерство.

Відносно відкрита наркосцена стосовно опіатів кустарного виробництва діє на тих територіях, де поширене дилерство. Прикладами таких територій можуть бути місця компактного проживання осіб циганської національності, де наркотичні засоби доступні цілий рік для всіх бажаючих, в тому числі і через дилерів.

За даними окремих вибіркового досліджень, особливості спільнот споживачів наркотиків, включно з поведінковими, багато в чому визначаються участю в закритій чи відкритій наркосцені і значно різняться між собою. Учасники закритої наркосцени – люди з тривалим стажем вживання наркотиків, великими дозами і великою кількістю ін'єкцій на день. Для них характерне комбіноване вживання різних наркотиків. Принципово різняться й місця вживання наркотичних засобів і частини тіла, куди переважно робляться ін'єкції. Це свідчить про необхідність вироблення різних механізмів роботи зі споживачами наркотиків – учасниками закритої й відкритої наркосцен.

1.2. Експериментальне вживання наркотичних засобів молоддю: клубна культура

Поширення наркотичних засобів у місцях зібрань молоді. У 2003 році в навчальних закладах та на прилеглих до них територіях правоохоронними органами України було виявлено понад 750 фактів незаконного обігу наркотиків, обстежено в медичних закладах та взято на облік 434 неповнолітні споживачі наркотичних засобів (в тому числі 174 – за повідомленнями закладів освіти)⁹⁶. Триває проникнення синтетичних

⁹⁶ За даними Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України, 2004 рік, (неопубл.).

наркотиків до ігрового та видовищного бізнесу, а також до місць масового проведення дозвілля. Завезені контрабандним шляхом, ці засоби реалізуються за ціною 80-100 доларів США за 1 г речовини, як правило, в студентських гуртожитках або нічних клубах, барах, казино.

Нині в Україні не є проблемою придбати наркотичні речовини й амфетаміни під час шоу та розважальних програм. Виявлені навіть випадки, коли наркотиками торгували працівники таких закладів. За даними МВС, у 2003 році правоохоронними органами було направлено 268 подань щодо припинення діяльності розважальних закладів, де виявлено факти неодноразового вживання або розповсюдження наркотиків, причому в 11 випадках діяльність закладів була призупинена.

Молодь, яка вперше або епізодично вживає наркотики, є дуже вразливою до ВІЛ, оскільки купує наркотик у різних випадкових продавців і не може контролювати його якості, а якщо йдеться про ін'єкційне вживання наркотиків, тим паче не може контролювати стерильність шприців, у яких часто продаються наркотики.

Окрему вразливу до ВІЛ становить сільська молодь. Приїжджаючи до міста на навчання, деякі молоді люди з села починають підробляти наркокур'єрами, транспортувати сировину, що слугує для виготовлення наркотику, з сільської місцевості до міста. Вони поступово залучаються до наркоспоживання й піддаються високому ризику бути інфікованими ВІЛ⁹⁷. Якщо вживання наркотичних засобів серед підлітків віком 14–15 років більш характерне для великих міст, ніж для сільської місцевості, то по досягненні 16–17 років питома вага «обізнаних» жителів сільської місцевості стрімко зростає. Така тенденція вживання наркотичних речовин молоддю майже не змінилася впродовж 1995–2003 років⁹⁸.

Ставлення молоді до вживання наркотиків. За даними соціологічних досліджень, молодь України турбує проблема поширення вживання наркотичних засобів: 64% оцінюють своє ставлення до неї на рівні «дуже турбує», а 31% – «турбує деякою мірою»⁹⁹. Більшу стурбованість викликає проблема поширення епідемії ВІЛ/СНІД: 71% – «дуже стурбовані», 31% – «стурбовані деякою мірою». З віком стурбованість явищами наркоспоживання зростає, але не надто суттєво: з 64% у віковій групі «14–16 років» до 70% – серед тих, кому «25–28 років»¹⁰⁰.

Основними джерелами спроби молоддю першого наркотику є її мікрогрупове оточення: компанія друзів, товариші респондента старшого та молодшого віку, старші брат чи сестра. За даними соціологічних досліджень, наркоспоживання серед братів і сестер є вагомим чинником власного споживання наркотичних засобів¹⁰¹. Визначальним мотивом спробувати наркотик як для юнаків, так і для дівчат залишається цікавість.

⁹⁷ СНІД в Україні і Аналітичний огляд: споживачі ін'єкційних наркотиків та епідемія ВІЛ-інфекції в Україні. – С. 13

⁹⁸ Динаміка поширення тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 1995, 1999, 2003 роки / О.М.Балакірева (кер. авт. кол.), О.О.Яременко, О.Р.Артюх та ін. – К.: Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2003.

⁹⁹ Державний Центр соціальних служб для молоді; Український інститут соціальних досліджень. Аналітичний звіт за результатами опитування молоді України у рамках проекту: «Вивчення громадської думки дітей та молоді щодо ефективності роботи з профілактики негативних явищ (наркоманії, СНІД, тютюнопаління, правопорушень, злочинності) в дитячому та молодіжному середовищі та формування здорового способу життя». – К., 2002. – С. 4.

¹⁰⁰ Динаміка поширення тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 1995, 1999, 2003 роки.

¹⁰¹ Там само.

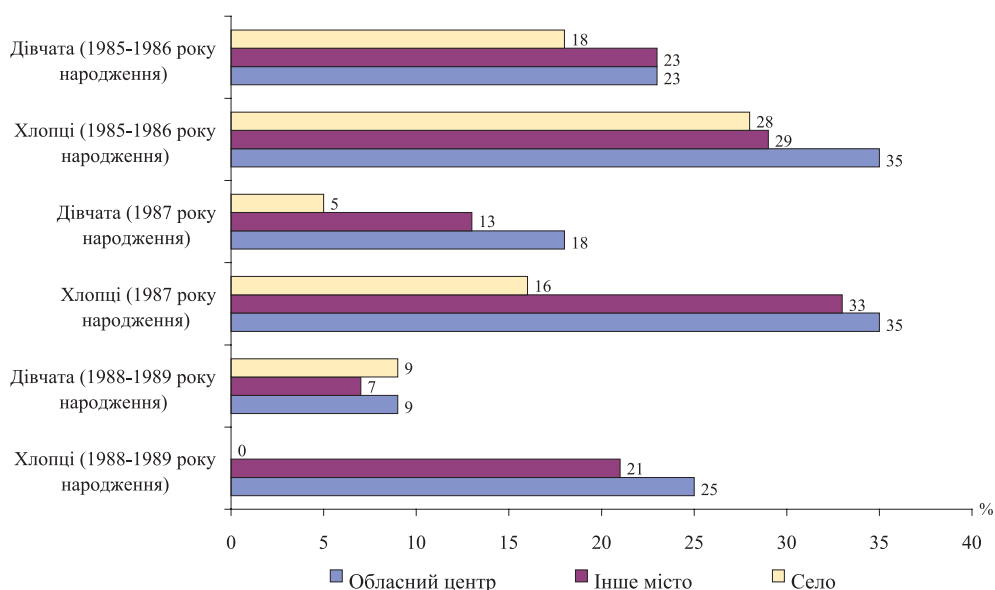


Рис. 1.4. Кількість підлітків, які впродовж життя вживали будь-які наркотики, опитування 2003 року, %

Джерело: Динаміка поширення тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 1995, 1999, 2003 роки / О.М.Балакірева (кер. авт. кол.), О.О.Яременко, О.Р.Артюх та ін. — К.: Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2003. — С. 63.

Результати опитування підтверджують легкодоступність наркотичних речовин для широкого кола підлітків та молоді. І ці результати застерігають від ілюзорних уявлень, що масову наркотизацію дітей та підлітків можна спинити, якщо засудити її та впроваджувати методи заборони. Формуванню й поширенню цієї субкультури сприяють явні та латентні форми пропаганди, які держава нині не контролює.

Соціологи визначають більш спокійне і толерантне, порівняно із попередніми поколіннями, ставлення сучасних молодих людей до вживання або принаймні спроби наркотичних і токсичних речовин. Утім, ставлення молоді до людей, які вживають наркотики, далеко не однозначне і визначається в багатьох випадках тим ставленням, яке культивується у молодій людини її соціальним оточенням¹⁰².

Переважна більшість молоді вважає, що люди ризикують зашкодити собі, вживаючи різні наркотичні речовини. При цьому вважається ризикованим і небезпечним як регулярне, так і епізодичне куріння марихуани та гашишу. Належним чином оцінюється ризик зашкодити власному здоров'ю не лише за регулярного вживання будь-якої з наркотичних речовин, за одно-дворазової спроби. Проте існує й інша тенденція: якщо у 1995 р. залежність ризику для власного здоров'я внаслідок вживання марихуани чи гашишу визнавали 76,4% учнів 15–16-річного віку, то у 2003 році — 64%¹⁰³.

Оцінка вживання наркотичних речовин серед друзів та оточення. Як свідчать спостереження соціологів і психологів, серед причин підліткової наркоманії чільне місце посідає вплив оточення, друзів і компанії. Потрапляючи в компанію, де вживають нарко-

¹⁰² Там само.

¹⁰³ Там само.

Таблиця 1.6

**Оцінки підлітками віком 13–7 років ризику для власного здоров'я
від вживання наркотиків, 2003, %**

Оцінювані позиції	"Значний" або "величезний" ризик			"Незначний" ризик або "ризик немає"		
	Хлопці	Дівчата	Всі учні	Хлопці	Дівчата	Всі учні
Спробувати марихуану або гашиш	51	65	57	33	24	27
Зрідка курити марихуану або гашиш	60	74	66	23	14	18
Регулярно курити марихуану або гашиш	77	88	81	6	2	4
Спробувати ЛСД один або два рази	55	60	56	14	13	13
Вживати ЛСД регулярно	67	74	69	3	2	2
Спробувати амфетаміни один або два рази	51	58	53	12	12	12
Вживати амфетаміни регулярно	62	73	66	4	1	3
Спробувати кокаїн чи крек один або два рази	61	69	64	10	11	10
Вживати кокаїн чи крек регулярно	71	82	75	3	1	2
Спробувати екстазі один або два рази	50	56	52	14	14	14
Вживати екстазі регулярно	63	73	66	4	2	3
Спробувати токсичні речовини один або два рази	52	58	50	17	17	17
Вживати токсичні речовини регулярно	67	76	70	4	2	3
Спробувати ін'єкційні наркотики, один або два рази	66	75	69	6	6	6
Вживати ін'єкційні наркотики, регулярно	71	83	76	3	1	2

Джерело: Динаміка поширення тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 1995, 1999, 2003 роки / О.М.Балакірева (кер.авт.кол.), О.О.Яременко, О.Р.Артюх та ін. — К.: Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2003. — С.77-78.

тичні речовини, юнак чи дівчина часто починають вживати наркотики, бо не хочуть здаватися «білою вороною». Вхідження і пристосування до компанії надзвичайно важливі, бо якщо молоду людину «визнали своєю», вона відчуває підтримку компанії й свою причетність до неї¹⁰⁴.

Елементи наркокультури поступово входять у свідомість молодих людей, серед них зростає поінформованість про різні види наркотичних засобів. Якщо у 1995 р. про амфетаміни чули 13% молоді, то у 2003 р. про них чули вже 35%, причому частина з них (0,6%) навіть спробували наркотик на «смак»¹⁰⁵. За даними соціологічних опитувань, зростає обізнаність молодих людей щодо так званих «модних» наркотиків, про які часто говорять у засобах масової інформації, кінофільмах, — кокаїну та героїну. Причому більш обізнані з цього приводу дівчата¹⁰⁶.

Вживання наркотичних засобів і психотропних речовин в Україні нині перетворюється на обов'язковий атрибут молодіжної субкультури. Без марихуани, екстазі, інших наркотичних та психостимулювальних речовин значна частка молодих людей уже не уявляє собі дискотеку чи інше місце молодіжного дозвілля. У 2003 р. 40% молодих людей знали про «екстазі», тоді як у 1995 р. про нього чули лише 11%¹⁰⁷.

В Україні сьогодні відсутні цільові дослідження молодіжної культури, пов'язані з експериментальним вживанням наркотичних засобів та психотропних речовин.

¹⁰⁴ Там само.

¹⁰⁵ Там само.

¹⁰⁶ Там само.

¹⁰⁷ Там само.

Таблиця 1.7

**Динаміка змін в оцінках 15–16-річних підлітків рівня поширення
вживання наркотиків серед друзів, %**

Оцінювані позиції	Деякі, більшість або всі друзі			
	Хлопці		Дівчата	
	1995 р.	2003 р.	1995 р.	2003 р.
Курять марихуану або гашиш	4,7	7,5	2,8	8,8
Вживають ЛСД або інші галюциногени	1,3	3,0	0,6	1,5
Вживають амфетаміни	1,3	2,6	0,6	1,1
Вживають транквілізатори або інші седативи (без припису лікаря)	1,5	2,8	0,7	1,3
Вживають крек або кокаїн	1,2	2,0	0,4	0,8
Вживають екстазі	1,0	2,6	0,4	0,8
Вживають героїн	1,1	1,8	0,4	0,7
Вживають інгальанти	1,2	3,1	0,5	1,4
Вживають гриби	-	2,2	-	0,6
Вживають алкоголь з таблетками	-	3,7	-	2,4
Вживають анаболіки та інший допінг	-	2,6	-	0,7

Джерело: Динаміка поширення тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 1995, 1999, 2003 роки / О.М. Балакірева (кер. авт. кол.), О.О. Яременко, О.Р. Артюх та ін. — К.: Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2003. — С. 62.

Відомо лише, що таке дослідження започатковане в 2003 р. Українським інститутом соціальних досліджень за підтримки Представництва Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні. Але навіть за відсутності результатів цільових досліджень розвитку клубної культури в Україні зрозуміло, що поширення вживання наркотичних засобів на дискотеках, шоу, у клубах набуває дедалі більших масштабів «як квінтесенція рейв-культури»¹⁰⁸. Останніми роками клубна культура швидко розвивається, постійно відкриваються нові модні клуби. Цілком можливо, що нові види танцювальної культури приваблюють нових споживачів наркотичних засобів і психотропних речовин із різних соціальних груп. Потрібні цільові дослідження вживання наркотиків у танцювальних клубах, і за ситуації швидкого розвитку клубної сцени ця потреба є нагальною.

Проміжні результати¹⁰⁹ дослідження «Профілактика залучення до споживання наркотиків ін'єкційним шляхом уразливих груп підлітків та молоді», яке здійснює Український інститут соціальних досліджень за підтримки Представництва Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, дають підстави стверджувати, що ін'єкційному вживанню у більшості випадків (77%) передують досвід вживання наркотиків неін'єкційним шляхом. Залучення молоді до ін'єкційного вживання наркотиків відбувається в компанії друзів: у 95% випадків перша ін'єкція була зроблена у компанії, у 45% це відбулося вдома у друзів чи близьких знайомих, 87% СІН перший укол робила інша особа, переважно з числа друзів та близьких знайомих (63% —

¹⁰⁸ Клубные наркотики и рискованное поведение: время скоро придет. — К.: СПИД-«Восток — Запад», 2004. — С. 5.

¹⁰⁹ Об'єктом дослідження є молоді споживачі ін'єкційних наркотиків та їхні друзі віком до 23 років. Усього опитано 807 молодих СІН та 802 друзів. Реалізація вибіркової сукупності здійснена за методикою RDS, що передбачає аналіз отриманих даних за допомогою програми RDSAT. Це надасть можливість обчислити основні показники як репрезентативні щодо об'єкта дослідження. Наведені розрахунки здійснено за допомогою програми SPSS без використання програми RDSAT, тому вони не є остаточними, будуть змінюватися і на цьому етапі можуть бути використані лише як попередні.

друзі/близькі знайомі, 8% — сексуальний партнер/партнерша). У більш як половині випадків (60%) це була незапланована дія. Ще одним аргументом щодо впливу ситуації на ризик спробувати наркотик ін'єкційним шляхом є те, що серед друзів СІН (які самі не є СІН) 64% були присутніми у компанії, де вживали наркотики ін'єкційно, а 59% зазначити, що їм пропонували спробувати. Значний вплив має також чинник цікавості й бажання отримати нові приємні відчуття.

1.3. Державні стратегії та організаційна інфраструктура регулювання наркосцени

Державна стратегія контролю за наркотиками. Стратегія України щодо контролю за наркотиками висвітлена в «Концепції реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних речовин, психотропних речовин і прекурсорів на 2002–2010 роки», ухвалена Кабінетом Міністрів України (Розпорядження КМУ від 24 січня 2002 року №26/р). У Концепції визначено п'ять основних заходів, спрямованих на удосконалення системи запобігання незаконному обігу наркотиків.

На основі Концепції постановою Кабінету Міністрів від 4 червня 2003 року затверджено «Програму реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003–2010 роки». Її розроблення зумовлене тим, що нині в країні немає єдиного цільового документа, який би встановлював конкретні завдання щодо діяльності всіх центральних органів виконавчої влади у цьому напрямі. Раніше ці питання охоплювалися розділами Комплексної програми боротьби зі злочинністю на 1996–2000 роки, Програмою профілактики СНІД та наркозалежних на 1999–2000 роки та чинною Комплексною програмою профілактики злочинності на 2001–2005 роки.

Цей акт спрямовано на проблеми, які необхідно розв'язувати винятково на державному рівні. До них належать розроблення і впровадження методів антинаркотичного виховання й освіти населення, лікування і реабілітації хворих на наркозалежність, організація підготовки кадрів у медичній і правоохоронній сферах, розроблення вдосконалених методів виявлення наркотиків, технологій культивування нарковмісних рослин і знищення їх нелегальних посівів, удосконалення правоохоронної діяльності й оптимізація застосування репресивних засобів боротьби із поширенням та незаконним обігом наркотиків, а також низка інших питань.

Програма передбачає два етапи реалізації: упродовж 2003–2005 років і 2006–2010 років. На першому етапі планується проведення заходів, спрямованих на вдосконалення нормативно-правової бази, здійснення моніторингу поширення наркозалежності і незаконного обігу наркотиків, активізацію міжнародної співпраці, формування міжвідомчого банку даних, розроблення заходів превентивного характеру, вдосконалення системи контролю за законним обігом цих речовин, проведення наукових досліджень. Заходи Програми базуються на вимогах чинного антинаркотичного законодавства України, а також рекомендацій міжнародних організацій.

Програма визначає основних виконавців окремих заходів, джерела їх фінансування і приблизний розрахунок фінансових коштів, необхідних для реалізації кожного заходу. В реалізації Програми мають брати участь центральні та місцеві органи виконавчої влади України, провідні навчальні заклади і наукові організації, громадські та благодійні об'єднання, фахівці з різних спеціальностей, які працюють у цьому напрямі.

*Програма, визначаючи Кабінет Міністрів і Національну координаційну раду як органи, які проводять перевірку її виконання, не встановлює критеріїв оцінки цього виконання*¹¹⁰.

Міністерством охорони здоров'я України у 2001 році було розроблено й подано на розгляд до Кабінету Міністрів України проект «Концепції (основ) державної політики України щодо алкоголю та наркотиків»¹¹¹, в якому зазначається, що державна політика щодо наркотиків має на меті знизити гостроту пов'язаних із наркотиками соціальних проблем шляхом загального зменшення їх вживання. Одночасно регламентується здійснення державою цільових дій, спрямованих на зменшення шкоди від уживання наркотичних засобів. Зменшення шкоди від уживання алкоголю та наркотиків розглядається у комплексі комбінованих міжгалузевих дій, спрямованих водночас на все населення і на окремі суспільні контингенти. У пропонованій Концепції визначено основні напрями діяльності держави стосовно контролю й регулювання обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, запобігання їх потраплянню в незаконний обіг; забезпечення контролю й регулювання видів діяльності, пов'язаних із обігом, а також удосконалення контролю за обліком цих речовин; координації діяльності центральних та місцевих органів виконавчої влади, місцевого самоврядування; аналізу стану справ у хімічній та фармацевтичній промисловості, контролю за виробництвом прекурсорів у країні, їх розподілом та реалізацією; викорінення незаконного культивування нарковмісних речовин тощо.

Реалізація державної політики щодо наркотиків передбачається через державні та місцеві програми пронаркотичних дій, а для розроблення й координування всієї діяльності пропонується створити Національне Бюро з питань державної політики щодо алкоголю та наркотиків, підпорядковане Кабінету Міністрів України. Внаслідок особливої позиції СБУ щодо засад регулювання обігу наркотичних засобів і алкоголю проект концепції передано на розгляд до Національної координаційної ради боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України.

Серед національних стратегій реагування на наркосцену варто вказати п'яту Національну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки та Концепцію стратегії дій Уряду на період до 2011 року, затверджені 3 березня 2004 року Кабінетом Міністрів України. Ці документи мають опосередковане відношення до проблеми споживання наркотиків в Україні, оскільки спрямовані на запобігання епідемії ВІЛ/СНІД і передбачають запобіжні заходи поширенню ВІЛ-інфекції в Україні, розширення можливості доступу до лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, активізацію інформаційно-просвітницької роботи щодо профілактики ВІЛ/СНІД. Споживачі ін'єкційних наркотиків залишаються основним джерелом ВІЛ-інфекції в країні, і, як одна із найуразливіших до ВІЛ-інфікування груп, виступають об'єктом, на який спрямована дана програма.

Організаційна інфраструктура. Нині в Україні як міжвідомчий координаційний орган питань регулювання наркосцени на політичному рівні діє Національна координаційна рада з боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів, створена постановою Кабінету Міністрів від 13 травня 1993 року з останніми змінами від 27 грудня

¹¹⁰ Програма помощи в предупреждении наркомании и наркобизнеса в Беларуси, Украине и Молдове (Программа БУМАД). Проект I. Правовая помощь. Отчет «Совершенствование законодательства и организационной структуры в области наркотиков в Украине». — К., 2003.

¹¹¹ На базі цього проекту 15 липня 2004 року рішенням Київської міської ради було ухвалено Концепцію дій щодо алкоголю та наркотиків у м. Києві [За матеріалами сайту: <http://ecocontrol.iatp.org.ua/Koncept.html>].

2001 року. Раду очолює віце-прем'єр-міністр, до її складу входять заступники керівників усіх міністерств і відомств, які мають стосунок до розв'язання проблем, пов'язаних з наркотиками, провідні вчені й спеціалісти-практики, а також представники громадських організацій. Засідання ради проводять чотири рази на рік. Основними завданнями Ради серед інших є розроблення заходів щодо забезпечення реалізації державної політики у названій сфері й координація діяльності зацікавлених міністерств та інших державних та громадських органів і організацій.

Відповідні підрозділи Міністерства внутрішніх справ (Департамент боротьби з незаконним обігом наркотиків, слідче управління), Служби безпеки України (служба з боротьби із міжнародним наркобізнесом Управління з боротьби з корупцією і наркобізнесом, слідче управління), Державної митної служби (відділ з боротьби із контрабандою наркотиків Управління з боротьби з контрабандою), Державний комітет у справах охорони державного кордону і органів прокуратори в межах своєї компетенції уповноважені проводити оперативно-пошукові заходи, дізнання чи досудове слідство у справах про наркотики, включно зі справами про легалізацію злочинних доходів.

Комітет з контролю за наркотиками Міністерства охорони здоров'я функціонує як спеціальний орган, який регулює діяльність, пов'язану із законним обігом наркотиків, а також є органом, який здійснює міжнародну співпрацю у сфері контролю над прекурсорами. Повноваження Комітету визначені постановою Кабінету Міністрів, прийнятою у вересні 2003 року, і передбачають контроль за обігом наркотиків і прекурсорів, запобігання потраплянню їх до незаконного обігу, співпрацю з міжнародними органами й організаціями, а також відповідними структурами іноземних держав. Комітет розробляє перелік наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які підлягають контролю на території України, визначає різні квоти і допустимі кількості речовин, здійснює інспектування діяльності суб'єктів господарської діяльності тощо. Комітет має своїх уповноважених представників у регіонах.

Компетентним національним органом, який відповідає за надання правової допомоги у справах про злочини, пов'язані із незаконним обігом наркотиків, є Генеральна прокуратура України.

Хоча координаційного органу не створено, певний механізм такої координації, зокрема стосовно проведення спільних оперативно-пошукових заходів на міжнародному рівні, існує, попри помітне суперництво і недовіру між окремими правоохоронними органами. Служба з боротьби із міжнародним наркобізнесом Управління з боротьби з корупцією і наркобізнесом СБУ є головною ланкою цього механізму¹¹². За даними окремих досліджень, керівництво правоохоронних органів України переглядає критерії оцінки діяльності оперативних і слідчих підрозділів, щоб відійти від кількісних і перейти до якісних показників цієї діяльності. Очікується, що нові критерії оцінки діяльності правоохоронних органів сприятимуть тому, що зусилля відповідних структур спрямовуватимуться на розкриття більш важких злочинів¹¹³.

У сфері скорочення попиту на наркотики в Україні діє низка урядових і громадських організацій. Серед державних структур цими питаннями займаються Міністерство освіти і науки, Державний інститут у справах сім'ї та молоді, Департа-

¹¹² Програма допомоги в предупрежденні наркоманії и наркобизнеса в Беларуси, Украине и Молдове (Програма БУМАД). Проект I. Правовая помощь. Отчет «Совершенствование законодательства и организационной структуры в области наркотиков в Украине». — К., 2003. — С. 7.

¹¹³ Там само. — С. 7–8.

мент боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України, які беруть участь у розробленні й реалізації просвітницьких та профілактичних заходів¹¹⁴. Проте здійснення таких заходів ускладнюється недостатністю фінансових ресурсів, відповідної літератури й матеріалів. Деякі неурядові і міжнародні організації беруть участь у профілактичних програмах, а також у реалізації програм замісної терапії, реабілітації наркозалежних осіб, зменшення шкоди від вживання наркотиків і проведенні різних досліджень у цих напрямках.

Необхідність створення єдиного органу з координації міжгалузевої діяльності, взаємодії державних і недержавних установ у сфері антинаркотичної діяльності, включно з соціальними аспектами такої діяльності, передбачена в проєкті «Концепція (основи) державної політики України щодо алкоголю та наркотиків», а саме — Національного Бюро з питань державної політики щодо алкоголю та наркотиків при Кабінеті Міністрів України. Відповідно визначено відповідальність різних соціальних інституцій за окремі напрями діяльності (табл. 1.8).

Таблиця 1.8

Секторальна відповідальність органів виконавчої влади у наркотичній політиці України

Види діяльності	Органи виконавчої влади
Виконання заходів зі скорочення попиту на наркотичні засоби	Центральні та місцеві органи виконавчої влади відповідно до їх компетенції
Проведення запобіжних заходів щодо незаконного обігу наркотичних і психотропних речовин	Служба безпеки України, Міністерство внутрішніх справ України, Державна митна служба України, Державна прикордонна служба України, Генеральна прокуратура України
Інформація та просвіта населення щодо наркотиків	Міністерство освіти і науки України, Державний комітет телебачення і радіомовлення України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство України у справах молоді і спорту
Робота щодо зменшення завданої шкоди від вживання наркотичних речовин	Центральні та місцеві органи виконавчої влади відповідно до їх компетенції
Регулювання реклами та пропаганди з метою запобігання вживанню алкогольних напоїв та наркотичних речовин	Центральні та місцеві органи виконавчої влади відповідно до їх компетенції
Контроль та відповідальність за надання медичної допомоги особам із наркотичними розладами та членам їхніх родин із проблемами співзалежності	Міністерство охорони здоров'я України
Контроль та відповідальність за соціально-психологічну реабілітаційну та реабілітаційну допомогу та впровадження програм обміну шприців і голос	Міністерство України у справах молоді і спорту

Джерело: «Концепція (основи) державної політики України щодо алкоголю та наркотиків» — <http://ecocontrol.iatp.org.ua/Koncept.html>

Разом із тим слід зазначити, що й у пропонованій Концепції відсутній чітко визначений, прозорий механізм контролю за виконанням ухвалених рішень.

Таким чином, організації й установи різних видів (різні за сферами діяльності, урядові/неурядові) виконують свої функції соціальних акторів на наркаосцені України, оперуючи знаннями й інформацією, розподіляючи технічні й фінансові ресурси, а також реагуючи на реалії сьогодення. При цьому нагальною є потреба координації взаємодії між ними з метою підвищення ефективності впливу на наркотичну ситуацію

¹¹⁴ Там само. — С. 33.

Переважну кількість ВІЛ-інфікованих СІН (75 %) становлять чоловіки. Найбільше вражається вікова категорія від 20 до 39 років як серед чоловіків, так і серед жінок: найбільш працездатна й активна в репродуктивному плані частина населення. Молоді люди віком від 20 до 29 років становлять понад 50% від усіх офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих СІН в Україні (рис.1.6).

За останні шість років з'явилася позитивна тенденція стосовно ВІЛ-інфекції серед осіб віком 15–19 років, які вживають наркотики внутрішньовенно: 4,2% ВІЛ-інфікованих у 1997 році і 2,9% у 2003 році від усіх офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих СІН в Україні. Разом із тим, число ВІЛ-позитивних дітей-наркоманів віком до 15 років зростає і наразі вони становлять близько 2% від загальної кількості офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих дітей.

Найчастіше споживачі ін'єкційних наркотиків виявляються на стадії пізнього клінічного прояву ВІЛ-інфекції, у тому числі термінальної стадії – СНІД. Серед померлих від СНІД ВІЛ-інфіковані СІН становлять близько 65%. Тривалість життя серед них дуже низька: 49,2% вмирають упродовж року від моменту встановлення діагнозу ВІЛ/СНІД, 35,7% живуть від одного до трьох років, 14,9% – від 3-х до 5-ти років, 0,2 % – від 5-ти до 10-ти років. Основними причинами смерті є СНІД-індикаторні захворювання та передозування наркотиків.

Сьогодні в поширенні епідемії задіяні всі шляхи передавання ВІЛ-інфекції, питома вага яких змінюється в динаміці. Статистичні дані Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД вказують, що головним шляхом передавання ВІЛ-інфекції в Україні залишається ін'єкційний; дві третини від сукупного числа випадків зараження ВІЛ пов'язано з уживанням ін'єкційних наркотиків. На тлі зниження питомої ваги ВІЛ-інфікованих СІН щороку зростає частка випадків передавання ВІЛ-інфекції гетеросексуальним шляхом.

Поряд зі зниженням питомої ваги офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих СІН і фактичного зменшення кількості обстежень цієї групи ризику щороку, число ВІЛ-

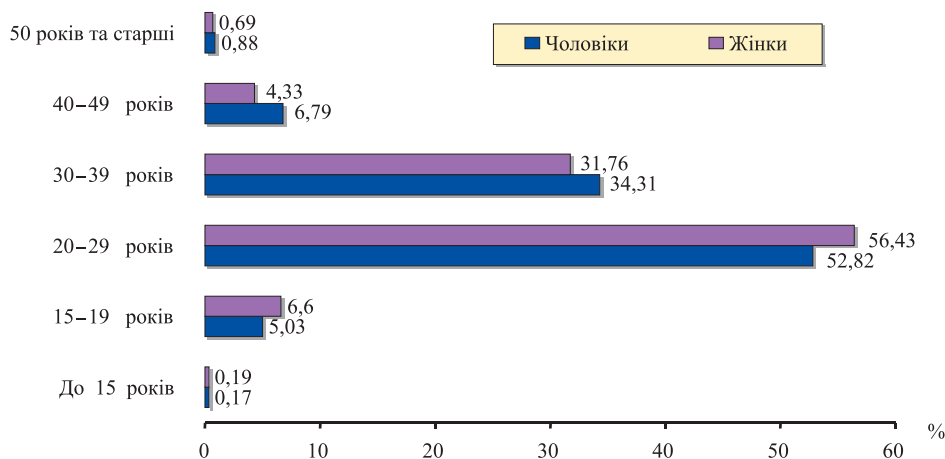


Рис.1.6. Розподіл офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих СІН в Україні за віковими групами та статтю впродовж 1994–2003років, %

(За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД, 2004 рік)

позитивних осіб, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом, за даними сероепідеміологічного моніторингу, зростає. Воно збільшилося у 7,3 разів: — з 2,02% у 1995-му до 14,71% у 2003 році. Серопозитивні споживачі наркотичних речовин, які одноразово здали кров для тестування на ВІЛ, часто не приходять за результатами аналізу та на прийом до лікаря, не здають кров для підтвердження первинного позитивного результату і, як наслідок, не потрапляють до офіційного реєстру ВІЛ-інфікованих/хворих на СНІД.

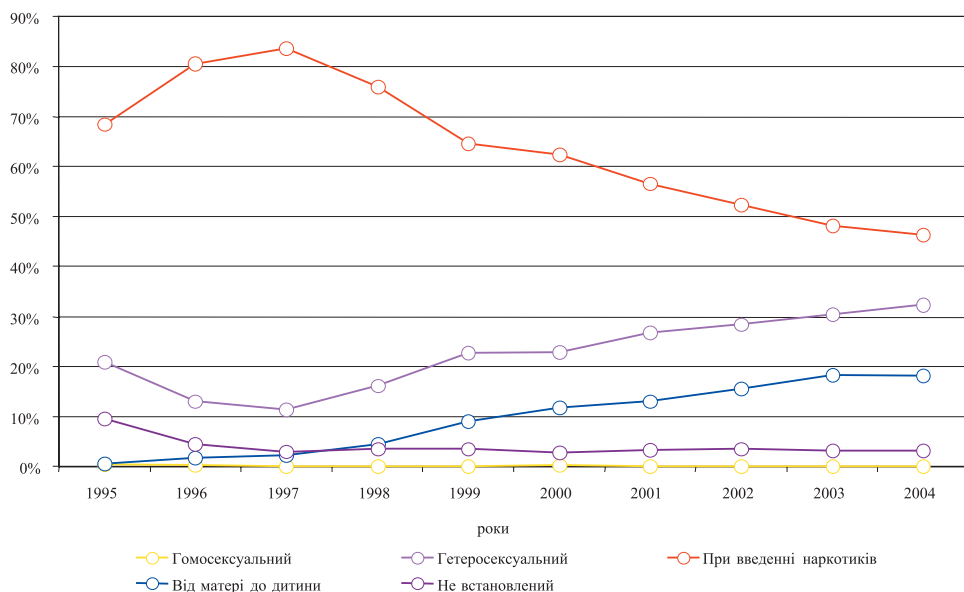


Рис. 1.7. Питома вага шляхів передавання ВІЛ серед ВІЛ-інфікованих громадян України
(За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД, 2004 р.)

В Україні потенціал проникнення ВІЛ-інфекції в широкі верстви населення визначається в першу чергу ланцюгом передавання інфекції статевим шляхом між групою СІН і групами, які не вживають ін'єкційних наркотиків, але частково перетинаються із СІН і населенням загалом. Часто СІН визначають як «групу-джерело ВІЛ-інфекції», яка зумовлює поширення ВІЛ статевим шляхом, чим робить суттєвий внесок у зафіксоване збільшення кількості випадків зараження ВІЛ гетеросексальним шляхом.

Поведінкові ризики СІН, які зумовлюють ВІЛ-інфікування. Як уже зазначалося, найбільш «проблемними» в медико-соціальному аспекті є кустарно виготовлені опіати — екстраговані з макової соломки промисловим розчинником й ацетильовані опієвим ангідридом. Процес приготування внеможливує потрапляння/чи збереження ВІЛ у проміжний продукт (концентрат опіуму), забруднення вірусом можливе лише після останньої стадії приготування — забору наркотику, якщо він здійснюється «забрудненим» шприцем. Якщо використовують димедрол чи інші таблетовані препарати, то подрібнені пігулки додають у посуд із готовим розчином, який вибирають шприцем, а отже, при використанні «забрудненого» шприца чи голки забруднюється й розчин.

Таблиця 1.9

Поетапні ризики забруднення ВІЛ наркотику (кустарно виготовлених опіатів)

Забір готового розчину (після останнього етапу приготування, може здійснюватись "забрудненим"/нестерильним шприцем)
Зберігання (може здійснюватись у нестерильному посуді, або ж розчин може набиратися "забрудненим"/нестерильним шприцем)
Розподіл наркотику/фасування (розчин може набиратися "забрудненим"/нестерильним шприцем)
Вживання наркотику (можливо, "чужим"/нестерильним шприцем)

Джерело: Каминская Г. Попытка методологии или два года внедрения стратегии снижения вреда во Львове. — http://www.afew.org/russian/drugusers_articles/16drugusers.php

Очевидно, що за таких умов повністю виключити потрапляння ВІЛ до розчину наркотику можна за використання стерильних чи повноцінно продезінфікованих шприців, як мінімум, трьома групами людей: 1) тими, хто готує наркотичний засіб; 2) тими, хто фасує/продає його; 3) тими, хто вживає наркотик. Тому використання одноразових шприців у плані профілактики поширення ВІЛ-інфекції залишається на першому плані¹¹⁵.

В Україні шприци є широко доступними, легальними для кожного громадянина. Їх можна придбати в аптеках по всій країні за відносно низьку ціну: від 20 до 80 копійок залежно від розміру шприца та країни-виробника. Незаконним є придбання шприца з наркотиком, хоча за даними, отриманими під час досліджень, більшість СІН купують наркотик у шприці¹¹⁶.

Основними причинами невикористання стерильних шприців є: брак часу на придбання в результаті вияву абстинентного синдрому¹¹⁷; побоювання бути затриманими працівниками міліції; побоювання, що родичі знайдуть придбаний заздалегідь шприц; відсутність грошей¹¹⁸. Останній аспект особливо вагомий, зважаючи на відсутність постійних заробітків переважної частини СІН та високу вартість наркотику (особливо за наркотичної залежності). Нерідко про придбання нового шприца просто забувають.

Якщо у наркозалежного немає свого шприца, інколи він може придбати його у «варника»¹¹⁹ (дорожче, ніж в аптеці), попросити у когось чистий, але найчастіше беруть уже використані кимось шприци¹²⁰. Шприц також можна підібрати в під'їзді «варника» (часто в типових місцях у під'їздах залишають свої шприци наркомани, які вже ввели наркотик).

¹¹⁵ Оцінка, яку провів Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні // СНІД в Україні: Аналітичний огляд: Споживачі ін'єкційних наркотиків та епідемія ВІЛ-інфекції в Україні. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2003. — С. 11.

¹¹⁶ Аналіз економічної ефективності проектів з профілактики ВІЛ/СНІД в Україні. — К.: Український інститут соціальних досліджень, 2003. — С. 34.

¹¹⁷ Абстинентний синдром, абстиненція, синдром відміни (жарг. — «ломка») — група симптомів різної важкості, що виникають у результаті припинення вживання або зменшення дози наркотику після тривалого періоду вживання та/або вживання високих доз. Характерними виявами опіоїдної абстиненції є ринорея, слюзотеча, біль у м'язах, мерзлякуватість та, за 24–28 годин, спазми у м'язах та животі. Потяг до наркотику триває і після того, як фізичні симптоми стихають. (Див.: СНІД в Україні: Аналітичний огляд: Споживачі ін'єкційних наркотиків та епідемія ВІЛ-інфекції в Україні. — С. 11.)

¹¹⁸ Там само.

¹¹⁹ Варник (жарг.) — людина, котра кустарним методом виготовляє наркотик. (Див.: Там само.)

¹²⁰ Там само.

За даними соціологічних досліджень, серед СІН зберігається традиція спільного використання шприців для ін'єкцій наркотичних речовин^{121,122,123}, хоча частка тих СІН, які використовують для ін'єкцій шприци інших споживачів ін'єкційних наркотиків, поступово зменшується: у 2004 році вона зменшилася в 1,5 раза порівняно із 2002-м¹²⁴, що є наслідком охоплення СІН профілактичними програмами. Доволі поширеним явищем серед споживачів ін'єкційних наркотиків залишається багаторазове використання шприців. За даними соціологічних досліджень, новий шприц для кожної ін'єкції використовують у середньому 53% опитаних, 47% — один шприц використовують багаторазово¹²⁵. В окремих містах частка СІН, які багаторазово використовують шприци, перевищує 80% (наприклад в Ялті, 2002 рік). Дезінфекція шприца після ін'єкції, якщо він обробляється, зазвичай обмежується промиванням кип'яченою водою чи водою з-під крана. Менш популярними є кип'ятіння шприца і голки, промивання спиртовими і дезінфікуючими розчинами¹²⁶.

Ризикована сексуальна поведінка. До основних чинників ризику інфікування СІН статевим шляхом належать: незахищений секс (особливо з випадковими партнерами), надання сексуальних послуг за гроші або наркотик, наявність багатьох сексуальних партнерів, наявність в анамнезі венеричних захворювань та їх самолікування, а також висока частка серед статевих партнерів осіб, які практикують ін'єкції наркотиків¹²⁷.

За даними поведінкових досліджень, СІН ведуть досить активне сексуальне життя (у 2004 році 88% опитаних СІН мали сексуальні контакти за останні 12 місяців), причому майже кожен другий СІН має статеві контакти з двома і більше партнерами¹²⁸. Вік найвищої сексуальної активності припадає на 21–30 років. Суттєво на неї впливає стаж вживання наркотиків: якщо серед СІН зі стажем вживання наркотиків до 1 року лише 6% не мали жодних сексуальних контактів впродовж останніх трьох місяців, то серед СІН з відповідним стажем понад 5 років — 55%.

Дослідження показують, що сексуальна поведінка значною мірою залежить від різновиду вжитого наркотику. СІН, що приймають ін'єкції амфетамінів, частіше практикують ризиковані форми статевої поведінки і, таким чином, більше ризикують інфікуватися ВІЛ та хворобами, що передаються статевим шляхом (ХПСШ), але в цій групі інфекція хоча й поширюється переважно серед споживачів наркотиків,

¹²¹ Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. — С. 27.

¹²² Кириченко П.Д., Полонець В.В., Кирилюк Т.О. Статеві детермінанти поведінкового ризику споживачів ін'єкційних наркотичних речовин щодо зараження ВІЛ // Український медичний часопис. VII/VIII. — 2003. — № 4 (36). — С. 125–128.

¹²³ Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. — С. 27.

¹²⁴ Державний інститут проблем сім'ї та молоді; Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Аналітичний звіт «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду другого покоління». — К., 2004.

¹²⁵ Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. — С. 136.

¹²⁶ Там само. — С. 27.

¹²⁷ Круглова И.Ф., Круглов Ю.В., Звериховская И.Г., Щербинская А.М. Риск инфицирования ВИЧ лиц, потребляющих наркотики инъекционно, обусловленный их сексуальным поведением // Эпидемиология и инфекционные болезни. — М., 2000. — № 3.

¹²⁸ Державний інститут проблем сім'ї та молоді; Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Аналітичний звіт «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду другого покоління».

поширення ВІЛ на загальну популяцію населення здійснюється, головним чином, тими, хто наркотичних засобів не вживає¹²⁹.

Кожен другий СІН має випадкові або комерційні сексуальні стосунки¹³⁰. Чоловіки, як правило, «купують» секс, а жінки надають секс-послуги на комерційній основі, в тому числі й за дозу. За даними соціологічного опитування СІН-клієнтів ПОШ, у сексуальні контакти з випадковими і малознайомими сексуальними партнерами впродовж останнього місяця вступало 38% сексуально активних СІН¹³¹. У середньому споживачі ін'єкційних наркотиків упродовж місяця мають сексуальні контакти з трьома-чотирма випадковими партнерами. Крім того, деякі чоловіки-СІН мають сексуальні контакти з чоловіками¹³².

Рівень поінформованості СІН щодо запобігання ВІЛ-інфікуванню. Проведені дослідження свідчать, що СІН володіють недостатнім обсягом інформації для запобігання ВІЛ-інфекції, а наявність знань про шляхи передавання ВІЛ не обов'язково свідчить про безпечну поведінку¹³³, хоча більшість СІН переконані в своїй обізнаності з проблем ВІЛ/СНІД¹³⁴. Найбільш обізнані щодо шляхів передавання ВІЛ-інфекції споживачі ін'єкційних наркотиків у регіонах, де профілактичні програми за стратегією зменшення шкоди почали реалізовуватися від початку розвитку епідемії (Одеська, Миколаївська, Дніпропетровська, Донецька області, АР Крим)¹³⁵.

Зі зменшенням рівня охоплення СІН профілактичними заходами знижується їх обізнаність та навички з безпечної поведінки щодо ВІЛ/СНІД. Найменш обізнані СІН Сумської, Тернопільської, Рівненської областей, де діяльність профілактичних програм або недостатня, або зовсім відсутня¹³⁶.

Рівень поінформованості щодо ВІЛ/СНІД зростає зі збільшенням стажу вживання ін'єкційних наркотиків та віку СІН. Найменша обізнаність виявлена серед СІН віком до 18 років, найбільша — серед СІН віком 30 років і старших¹³⁷. При цьому найнижча поінформованість фіксується серед СІН зі стажем уживання ін'єкційних наркотиків до року, найвища — зі стажем 4–6 років. У респондентів зі стажем вживання ін'єкційних наркотиків 6–7 років знижується оцінка власного ризику ВІЛ-інфікування¹³⁸.

¹²⁹ Круглова И.Ф., Круглов Ю.В., Звериховская И.Г., Щербинская А.М. Риск инфицирования ВИЧ лиц, потребляющих наркотики инъекционно, обусловленный их сексуальным поведением // Эпидемиология и инфекционные болезни. — М., 2000. — № 3.

¹³⁰ Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. — С. 29.

¹³¹ Оценка эффективности проектов «Снижение вреда» в Украине / О.Балакирева, А.Левцун, О.Артюх, А.Ганюков, М.Варбан, А.Яременко. — К.: Украинский институт социальных исследований; Международный фонд «Відродження», 2002. — С. 41.

¹³² Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України; Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Аналітичний звіт «Моніторинг поведінки чоловіків, які мають сексуальні контакти з чоловіками, як компонент епідагляду другого покоління». — К., 2004; Оценка эффективности проектов «Снижение вреда» в Украине.

¹³³ За результатами швидкої «Оцінки ситуації щодо вживання ін'єкційних наркотиків у м.Харкові» // СНІД в Україні. Аналітичний огляд // Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД. — 2003. — №1. — С. 6. <http://www.aidsalliance.kiev.ua>.

¹³⁴ Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. — С. 29.

¹³⁵ Державний інститут проблем сім'ї та молоді; Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Аналітичний звіт «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду другого покоління».

¹³⁶⁻¹³⁸ Там само. — С. 157.

1.5. Групи СІН, найуразливіші щодо ВІЛ/СНІД

Підлітки-СІН та СІН з невеликим стажем споживання наркотиків. Як свідчать дані досліджень спільнот СІН у деяких містах України, скрізь до їхнього складу входять підлітки-СІН віком від 14 до 18 років (від 3 до 15%)¹³⁹. Підлітки-СІН та старші СІН з невеликим стажем уживання наркотиків є групою підвищеного ризику до ВІЛ, оскільки:

- вони становлять відносно ізольовану групу, позаяк досвідчені СІН намагаються не контактувати з початківцями (хоча більш досвідчені СІН, як правило, практикують менш небезпечну ін'єкційну поведінку), бо можуть виникнути проблеми з міліцією;
- підлітки-СІН не мають необхідних навичок і можливостей для самостійного приготування наркотику, тому купують готовий розчин і вживають його одразу після придбання, часто просто в під'їзді «варника»;
- новачкам-СІН частіше вводить наркотик інша людина. При цьому підвищується ймовірність використання шприца та наркотику невідомого походження;
- новачки-СІН часто не знають про ризики та шляхи ВІЛ-інфікування, про засоби застереження та діяльність профілактичних програм;
- підлітки-СІН намагаються приховувати від родичів факт уживання наркотиків: вони не запасаються стерильними шприцами, оскільки бояться, що їх знайдуть батьки; починають вводити наркотик одразу в небезпечні місця (ноги та пах), щоб не було помітно слідів ін'єкцій¹⁴⁰.

Серед підлітків, інфікованих ВІЛ при вживанні ними ін'єкційних наркотичних речовин і зареєстрованих в Українському центрі профілактики й боротьби зі СНІД, 75% — хлопці, 25% — дівчата¹⁴¹. 50% усіх ВІЛ-інфікованих підлітків — особи віком 13–14 років. На момент встановлення ВІЛ-статусу в усіх дітей уже був стаж уживання наркотиків (кустарна «ширка») 1–2 роки, а в деяких із них — ранній сексуальний досвід. Багатьох із цих дітей неодноразово затримували органи міліції, чимало їх мали умовну судимість, бродяжили.

75% ВІЛ-інфікованих підлітків-наркоманів народилися і проживають у соціально неблагополучних родинах. У 60% родин один чи обоє батьків є споживачами наркотичних речовин. Крім того, у 25% родин батьки є залежними від алкоголю, матері ведуть безладний спосіб життя, жебракують чи перебувають в місцях позбавлення волі.

Більшість ВІЛ-позитивних підлітків-СІН (85%) проживають у родинах чи виховуються родичами, 15% із них перебувають на повному державному забезпеченні. Майже кожен другий підліток-СІН (45%) навчається в загальноосвітній середній школі, 15% — у ПТУ, 15% навчаються вдома, 5% ніде не навчаються (бродяжать), 20% — перебувають в дитячих виправних колоніях¹⁴².

Уживання ін'єкційних наркотиків у ранньому віці призводить до серйозних порушень фізичного і психічного розвитку дітей, впливає на процеси росту і формування їхнього організму: серед обстежених ВІЛ-позитивних дітей-СІН у 65% випадків спостерігалось відставання в рості й вазі, відхилення в психічному здоров'ї.

¹³⁹ Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. — С. 130–223.

¹⁴⁰ СНІД в Україні: Аналітичний огляд: Споживачі ін'єкційних наркотиків та епідемія ВІЛ-інфекції в Україні. — С. 12.

¹⁴¹ За даними Українського центру профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІД, 2004 рік (неопубл.).

¹⁴² Там само.

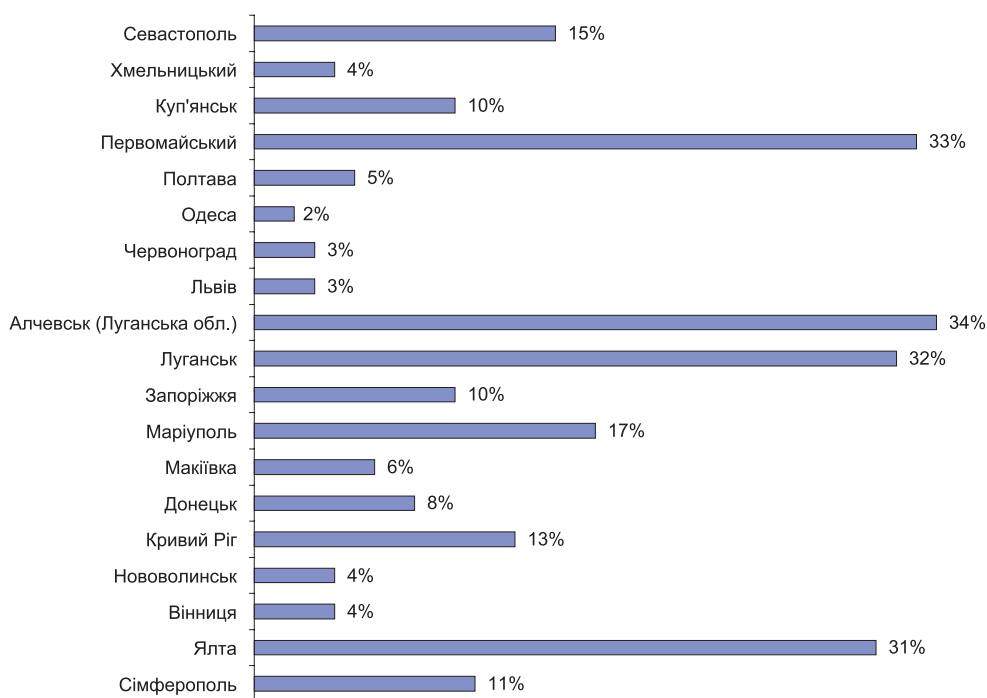


Рис. 1.8. Групи підлітків (13–18 років) серед споживачів ін'єкційних наркотиків

Джерело: Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / О.М.Балакірева, М.Ю.Варбан, О.О.Яременко, Л.І.Андрушак, О.Р.Артюх. — К.: Центр «Соціальний моніторинг», 2003. — С. 130–223

В'язні-СНІД¹⁴³. У 2000 році в Україні, за офіційними даними, 7% в'язнів були ВІЛ-інфікованими. У квітні 2004 року на обліку лікарів медичних частин пенітенціарних установ перебувало 2488 ВІЛ-інфікованих, із них 31 — хворий на СНІД. Серед шляхів передавання ВІЛ-інфекції в ув'язнених з уперше виявленою ВІЛ-інфекцією основним та найбільш значущим (упродовж останніх чотирьох років) залишається парентеральний, при вживанні ін'єкційних наркотиків він сягає 79–91%. Нині в пенітенціарних установах України відбувають покарання понад 8 тисяч осіб, схильних до вживання ін'єкційних наркотиків. На початку квітня 2004 року на обліку медичних частин пенітенціарних установ України перебувало 4790 осіб, до яких було застосовано обов'язкове лікування від наркозалежності та алкоголізму (серед них 604 жінки).

ВІЛ-позитивні в'язні, зокрема хворі на СНІД, утримуються в слідчих ізоляторах та виправно-трудових установах на загальних засадах. Згідно із законодавством адміністрація цих установ зобов'язана забезпечувати конфіденційність інформації щодо ВІЛ-позитивних осіб. Надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим здійснюється на загальних засадах. До наркозалежних у пенітенціарних установах застосовують примусове і добровільне лікування від наркозалежності.

¹⁴³ За даними Державного департаменту України з питань виконання покарань, 2004 рік (неопубл.).

Від 2003 року Державним департаментом України з виконання покарань спільно з медичним інформаційно-аналітичним центром «Вектор» за фінансової підтримки Міжнародного фонду «Відродження» розпочато реалізацію проекту щодо впровадження сучасних принципів лікування наркозалежних у практику медичної служби пенітенціарних установ, але дані про його результати ще не оприлюднено. Проекти Державного департаменту України з питань виконання покарань для боротьби з ВІЛ у виправній системі передбачають такі плани: поширення міжнародного досвіду впровадження ефективних методів лікування опіоїдної залежності в установах кримінально-виконавчої системи; проведення низки лікувально-профілактичних заходів; організація діяльності з ресоціалізації засуджених; розроблення навчальних програм і навчально-методичних модулів для медичних, соціальних працівників, консультантів та особового складу, інформаційних матеріалів для засуджених; розроблення методичних рекомендацій щодо подальшого впровадження в пенітенціарних закладах програм зменшення шкоди.

Департамент є одним зі співвиконавців Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2004–2008 роки, на виконання якої розроблено та ухвалено рішенням колегії №5 КД від 16.04.2004 року відомчу програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки в установах кримінальної виконавчої системи.

Територіальними органами управління Департаменту спільно з обласними відділами охорони здоров'я підготовлено відповідні регіональні Програми.

Соціологічні дослідження, проведені в установах виконання покарань у листопаді–грудні 2004 року, показали ефективність просвітницької роботи та необхідність продовження її в установах виконання покарань. Рівень охопленості засуджених просвітницькими проектами в установах виконання покарань перевищує половину опитаних (57%). Згідно з опитуваннями, 39% засуджених правильно вказують методи запобігання передаванню ВІЛ-інфекції статевим шляхом і знають, як ВІЛ не передається.

Починаючи з 2004 року Департамент реалізує проект «Контроль за ВІЛ/СНІД в Україні» за рахунок позики Світового банку. Цим проектом передбачено проведення інформаційних та профілактичних заходів запобігання ВІЛ/СНІД серед ув'язнених, засуджених та персоналу кримінально-виконавчої системи.

Спільно з громадськими організаціями, в межах проекту Глобального Фонду «Подолання епідемії ВІЛ-інфекції в Україні» Департаментом реалізуються три проекти з підтримки та догляду за ВІЛ-інфікованими в пенітенціарних установах Донецької, Одеської і Львівської областей та один проект з профілактики ВІЛ/СНІД серед особового складу, ув'язнених і засуджених в АР Крим, Донецькій, Миколаївській, Київській, Херсонській областях.

В Україні поки не існує спектра послуг для СІН, які виходять з місць позбавлення волі, тому наявна загроза того, що вони без належної соціальної підтримки знову почнуть вживати наркотики, опинившись у колі знайомих-СІН.

ЧСЧ-СІН. Хоча у 1991 році Україна першою серед колишніх республік СРСР скасувала кримінальну відповідальність за сексуальні стосунки за взаємною згодою між дорослими чоловіками, спеціальні дослідження життя цієї групи населення дотепер мають в Україні поодинокий характер. За офіційними даними впродовж 1987–2003 років гомосексуальним шляхом було інфіковано 46 осіб, що становило 0,08% від усіх

шляхів передавання ВІЛ-інфекції, а на 01.10.2004 року кількість осіб, інфікованих гомосексуальним шляхом, збільшилася до 53¹⁴⁴.

Дані поведінкових досліджень ЧСЧ свідчать, що коло споживачів ін'єкційних наркотиків серед ЧСЧ досить обмежене – 6%¹⁴⁵. Подібно до інших споживачів ін'єкційних наркотиків, ЧСЧ-СІН нерідко практикують ризиковану щодо ВІЛ-інфікування поведінку, купуючи наркотик у шприці, який належить невідомо кому, або навіть отримують його у власному шприці без жодного уявлення про те, як набирався цей шприц. Часом для обробки шприца використовують підручні засоби: промивання його водою з-під крана, примивання кип'яченою водою, промивання милом або мийним засобом, сечею тощо. Частина споживачів ін'єкційних наркотиків практикує забір наркотику у свій шприц зі спільного посуду або зі шприца продавця, що також підвищує ризик ВІЛ-інфікування.

За даними поведінкових досліджень, ВІЛ-позитивний статус має кожен третій опитаний ЧСЧ-СІН, який погодився надати інформацію про результати власного тестування. Варто звернути увагу на те, що серед опитаних ВІЛ-позитивних ЧСЧ-СІН не виявилось таких, хто вживає наркотики регулярно: більшість їх практикують ін'єкційне вживання наркотиків «час від часу», що підвищує ризик ВІЛ-інфікування внаслідок умов ситуативного характеру, пов'язаних як із навичками безпечного проведення ін'єкцій, так і з безпечними щодо ВІЛ-інфікування сексуальними контактами, які споживачі наркотиків нерідко практикують у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння¹⁴⁶.

Більшість опитаних ВІЛ-позитивних ЧСЧ-СІН – бісексуали. Серед них також є одружені й ті, хто перебуває в незареєстрованому шлюбі, що підвищує імовірність їх участі в гетеросексуальних статевих контактах. За даними опитування, ВІЛ-позитивні ЧСЧ-СІН майже завжди при сексуальних контактах із жінками використовують презервативи, але є й винятки: із шести опитаних осіб цієї категорії четверо вказали, що використовують презерватив «завжди», а двоє – «у більшості випадків». Тому цілком імовірно, що ВІЛ-інфекція вийшла за межі не лише кола ЧСЧ-СІН та ЧСЧ, а й поступово просувається серед їхніх партнерів-жінок, особливо якщо ці чоловіки є бісексуалами і практикують гетеросексуальні статеві контакти з різними партнерами¹⁴⁷.

Загалом ЧСЧ-СІН більшою мірою схильні применшувати небезпеку ВІЛ-інфікування через ін'єкційне вживання наркотиків, ніж ЧСЧ-неСІН. Водночас вони значно вище оцінюють уразливість щодо ВІЛ-інфікування інших соціальних груп населення (особливо молоді), ніж ЧСЧ, котрі наркотики не вживають/вживали. І хоча в середньому всі ЧСЧ визначають власний ризик ВІЛ-інфікування як «низький», ЧСЧ-СІН оцінюють його дещо вище, ніж ті, хто такі наркотики ніколи не вживав.

ПКС¹⁴⁸-СІН. Сексуальні послуги на комерційній основі надають як жінки (ЖКС), так і чоловіки (ЧКС): 20% серед опитаних у 2004 році жінок-СІН і 1,5% – серед чоловіків-СІН¹⁴⁹. ПКС є однією з найсприйнятливіших щодо ВІЛ-інфікування

¹⁴⁴ Український центр профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІД, 2004 рік (неопубл.).

¹⁴⁵ Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Аналітичний звіт «Моніторинг поведінки чоловіків, які мають сексуальні контакти з чоловіками», як компонент епідагляду другого покоління».

¹⁴⁶ Там само.

¹⁴⁷ Там само.

¹⁴⁸ ПКС – працівники комерційного сексу. До цієї групи належать особи, які надають сексуальні послуги за плату: жінки (ЖКС) і чоловіки (ЧКС).

¹⁴⁹ Державний інститут проблем сім'ї та молоді; Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Аналітичний звіт «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду другого покоління».

соціальних груп, а зростання кількості осіб, що надають комерційні сексуальні послуги, стає нині суттєвим чинником поширення епідемії ВІЛ-інфікування в Україні. За даними МВС, у сфері секс-бізнесу працює не менше 150 тис. жінок. У 2003 р. правоохоронними органами було затримано 5 000 жінок за надання сексуальних послуг на комерційній основі.

Водночас 44% ЖКС вживають наркотики ін'єкційним шляхом. За даними досліджень дозорного епіднагляду, рівень ВІЛ-інфікування ЖКС-СІН майже в п'ять разів вищий за рівень ВІЛ-інфікування ЖКС-неСІН (38,6% та 8,3% відповідно). За свідченням жінок, лікарів і працівників міліції, серед представниць комерційного сексу поширені венеричні захворювання, туберкульоз, вірусний гепатит та ВІЛ-інфекція. ВІЛ-інфіковані жінки секс-бізнесу є в кожному великому місті України¹⁵⁰.

Поведінкові дослідження ЖКС свідчать, що найнебезпечнішими з огляду на перспективу поширення ВІЛ-інфекції в середовищі секс-бізнесу є такі чинники:

- поширеність статевих стосунків зі споживачами ін'єкційних наркотиків;
- ін'єкційне вживання наркотиків самими жінками секс-бізнесу¹⁵¹;
- примушування з боку клієнтів до статевих контактів без використання презерватива;
- добровільні статеві контакти без презерватива, що особливо поширене серед ЖКС, які надають найдешевші послуги, оскільки часто працюють «за дозу»;
- поширена практика придбання недоброякісних, але дешевих презервативів у комерційних кіосках, на ринках, підробок під вироби відомих фірм, а також продукції, термін зберігання якої давно минув¹⁵².

Отже, сучасна наркосцена України має особливі медико-соціальні характеристики, пов'язані з поширенням епідемії ВІЛ/СНІД у країні. Окрім концентрування епідемії ВІЛ-інфекції в групі СІН спостерігається одночасне передавання ВІЛ-інфекції статевим шляхом від СІН до їхніх статевих партнерів. «Проміжні групи» між СІН і населенням загалом — це їх постійні чи випадкові сексуальні партнери, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом. До таких груп можуть належати як представники інших уразливих груп (ПКС, ув'язнені, ЧСЧ), так і широких верств населення, яких неможливо формально віднести до так званих «уразливих груп».

Результати досліджень доводять, що серед СІН, й особливо не охоплених профілактичними програмами, залишаються актуальними моделі ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки, зумовлені використанням нестерильного інструментарію та незахищеними статевими контактами. Очевидно, що акцент профілактичних програм і надалі слід робити на проведенні інформаційно-роз'яснювальних робіт, поширенні стерильного інструментарію та презервативів, залученні якомога більшої кількості СІН до обміну шприців на польових і стаціонарних пунктах. При цьому треба враховувати особливості локальних наркосцен, рівень їх відкритості/закритості, потрібно навіть розробляти різні механізми стратегії зниження шкоди від ін'єкційного вживання наркотиків з огляду на ці особливості.

¹⁵⁰ Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІД в Україні: нові прогнози. — К.: Український інститут соціальних досліджень, 2003. — С. 74.

¹⁵¹ Там само.

¹⁵² Там само.

Висновки до розділу 1

Аналіз наркосцени в Україні свідчить, що попри активне проведення репресивних заходів впливу на попит і споживання наркотичних речовин, наркоспоживання в країні й далі зростає, набуваючи нових тенденцій та особливостей.

Елементи наркокультури поступово входять у свідомість молодих людей. Серед них зростає поінформованість щодо так званих «модних» наркотиків, про які часто йдеться у засобах масової інформації, кінофільмах: кокаїну та героїну; зростає обізнаність щодо різних наркотичних та психотропних засобів — частина молодих людей уже не уявляє собі дискотеку чи клуб без марихуани, екстазі, ЛСД тощо. Навіть за відсутності результатів цільових досліджень розвитку клубної культури в Україні зрозуміло, що вживання наркотичних засобів на дискотеках, шоу, в клубах набуває дедалі більших масштабів. Це потребує нових форм профілактики поширення вживання наркотичних речовин, з одного боку, і профілактики ВІЛ-інфікування, — з іншого. Адже молодь, яка вперше або епізодично вживає наркотики, є дуже вразливою до ВІЛ, оскільки не завжди за таких обставин може контролювати свою поведінку.

Значною мірою недостатня ефективність профілактичних заходів зумовлена відсутністю цілісної державної стратегії, яка б консолідувала зусилля різних соціальних інституцій щодо наркотиків. Відсутність такої консолідації призводить до того, що найбільш поверховим і привабливим підходом є прагнення «підкорити» наркоспоживачів і позбавити їх можливості «створювати попит» на наркотичні речовини. В українському суспільстві сьогодні така політика дістає підтримку з боку громадськості, визначаючи наркоспоживачів лише як порушників громадського порядку та небезпечних злочинців. Як світовий, так і національний досвід переконує, що така політика не призводить до зниження попиту на наркотики, якщо нічого не робити для розв'язання економічних, соціальних і медичних проблем, пов'язаних із незаконним вживанням наркотиків.

Одним із наслідків латентності функціонування спільноти СІН є відсутність узгоджених даних щодо її кількості. Офіційна статистика (державна та відомча) не відбиває реальної кількості СІН, оскільки лише частина їх звертається за послугами до наркодиспансерів чи потрапляє на облік до органів МВС. Тому наприкінці 2004 року в правоохоронних органах на обліку зареєстровано понад 124 тис. наркоспоживачів, у наркодиспансерах — 85 тис. хворих на психічні розлади внаслідок вживання наркотичних речовин, тоді як за оціночними соціологічними даними в країні налічується 560 тис. осіб, які вживають наркотики ін'єкційно.

Разом із тим, споживачі ін'єкційних наркотиків залишаються групою найвищого ризику інфікування ВІЛ і визначають характер епідемії ВІЛ/СНІД в Україні. Питомі вага СІН серед ВІЛ-інфікованих змінюється в динаміці за регіонами України із тенденцією зменшення в регіонах із високим рівнем поширеності ВІЛ та з тенденцією збільшення — у регіонах із середнім та низьким рівнями поширеності ВІЛ.

Результати поведінкових досліджень доводять, що для створення ефективної стратегії профілактики недостатньо спиратися лише на дані про епідеміологічну ситуацію, треба також враховувати висновки спеціальних досліджень уразливості до ВІЛ певних груп на місцях. Ключову роль у таких дослідженнях відіграють НУО, бо вони мають доступ до клієнтів і користуються підтримкою донорських агенцій. Роль НУО підсилюється співпрацею з державними організаціями.

РОЗДІЛ 2.

РЕАГУВАННЯ СУСПІЛЬСТВА НА ПОШИРЕННЯ НАРКОМАНІЇ ТА ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІД СЕРЕД СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

2.1. Законодавчі пріоритети

Україна на парламентському рівні приєдналася до міжнародних Конвенцій щодо наркотиків, зокрема до «Єдиної конвенції про наркотичні засоби» (1961 року), «Про психотропні речовини» (1971 р.), «Конвенції ООН про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів та психотропних речовин» (1988 р.), що впливає на визначення пріоритетів національного законодавства у цій сфері.

Регулювання законного обігу наркотичних засобів. Регулювання законного обігу наркотиків здійснюється на підставі низки законів та підзаконних актів. Основним законодавчим актом у цій сфері є Закон «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів» (далі: Закон про наркотики). Вказаний нормативно-правовий акт є базовим, він спрямований безпосередньо на регулювання законної діяльності з наркотичними засобами, психотропними речовинами, їх аналогами і прекурсорами, визначає повноваження державних контролюючих органів, права та обов'язки суб'єктів господарювання, які беруть участь у сфері обігу цих речовин.

Положення, які стосуються окремих аспектів діяльності у сфері законного обігу наркотиків, також передбачені в Законах «Про зовнішню економічну діяльність» від 16 квітня 1991 року, «Про ліки» від 4 квітня 1996 року, «Про рекламу» від 3 червня 1996 року, «Про рослинний світ» від 9 квітня 1999 року, «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» від 1 червня 2000 року та ін. На основі зазначених законодавчих актів Урядом, різними міністерствами та відомствами було прийнято цілу низку нормативно-правових актів, які встановлюють детальні правила щодо здійснення окремих видів діяльності у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів. На разі на розгляд Уряду винесено проект нової редакції Закону «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів».

Класифікація наркотичних засобів та психотропних речовин. Відповідно до ст. 6. Закону «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів» наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори включено до чотирьох таблиць Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (далі: Національний перелік) та класифікуються залежно від рівня їх шкідливості для здоров'я людини і застосування в медицині з урахуванням рекомендацій ЮНОДК¹⁵³. Ст. 8 Закону забороняє обіг на території країни аналогів наркотичних засобів і психотропних речовин. Кабінет Міністрів уповноважений встановлювати гранично допус-

¹⁵³ Таблиця I національного переліку: особливо небезпечні наркотичні засоби та психотропні речовини, що включені до списків № 1 і 2, обіг яких заборонено, окрім випадків використання у суворо обмежених наукових цілях; рослини, що містять наркотик, які включені до списку № 3, обіг яких допускається лише для культивування, використання або реалізації у промислових цілях.

Таблиця II: наркотичні засоби та психотропні речовини, включені до списків № 1 і 2, обіг яких обмежений, та законодавством встановлено заходи щодо його контролю. Діяльність, пов'язана з обігом зазначених речовин, здійснюється підприємствами державної та комунальної форм власності за наявності у них ліцензій.

Таблиця III: наркотичні засоби та психотропні речовини, включені до списків № 1 (препарати, що містять наркотик) і № 2 (психотропні речовини), обіг яких обмежений та стосовно обігу яких

тиму кількість наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у лікувальних засобах. Указані кількості зараз передбачено в постанові Кабінету Міністрів № 770 від 6 травня 2000 року «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів».

Згідно зі ст. 1 «Закону про наркотики» національний перелік затверджується Кабінетом Міністрів за поданням уповноваженого органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я (Міністерства охорони здоров'я). В даний момент перелік наркотичних засобів, психотропних препаратів і прекурсорів затверджений Постановою Кабінету Міністрів № 770 від 6 травня 2000 року з доповненнями від 12 грудня 2002 року. Останні зміни щодо сильнодіяючих та отруйних лікарських засобів були внесені 7 липня 2004 року згідно з наказом МОЗ № 344 (щодо трамадолу).

Контроль за культивуванням наркомісних речовин. Згідно зі ст. 7 Закону «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів», а також списку № 3 таблиці I Національного переліку допускається культивування для промислових цілей рослин видів «мак» і рослин роду «конопля» за наявності ліцензії. Культивування маку і коноплі допускається підприємствами державної і комунальної форми власності. Приватні юридичні особи мають право культивувати вказані рослини з низьким вмістом (0,15 %) наркотичних засобів і психотропних речовин.

Ліцензування діяльності з культивування наркомісних рослин для промислових цілей здійснюється Міністерством аграрної політики за згодою з Міністерством внутрішніх справ. Наказом Державного комітету України з питань регуляторної політики і підприємництва та Міністерство аграрної політики № 92/173 від 21 червня 2001 року були затверджені ліцензійні умови, які встановлюють перелік організаційних, технологічних, кваліфікаційних і спеціальних вимог, обов'язкових для виконання при культивуванні й використанні рослин, що містять наркотичні засоби. Постановою Кабінету Міністрів № 743 від 1 червня 2002 року був затверджений Порядок знищення рослин, що містять наркотичні і психотропні речовини, а також відходи таких рослин.

Ліцензування виготовлення, торгівлі й поширення наркотиків. Згідно із Законом «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» ліцензуванню підлягають розробка, виробництво, зберігання, перевезення, придбання, ввезення, вивезення, відпуск, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Постановою Кабінету Міністрів № 786 від 10 травня 2001 року визначено перелік засобів і речовин, які контролюються, і застосування яких пов'язане з діяльністю, яка підлягає ліцензуванню. Згідно із Постановою Кабінету Міністрів № 1698 від 14 листопада 2000 року ліцензії на здійснення вказаних видів діяльності видаються Державною службою лікарських засобів і виробів медичного призначення за погодженням із Міністерством внутрішніх справ.

законодавством допускаються окремі виняткові заходи контролю. Діяльність, пов'язана з обігом речовин, включених до списку № 1, здійснюється підприємствами державної та комунальної форм власності за наявності у них ліцензій; № 2 здійснюється підприємствами всіх форм власності, що займаються виробництвом лікарських засобів та психотропних речовин, за наявності у них ліцензій.

Таблиця IV: прекурсори, включені до списків № 1 і 2, обіг яких обмежений та стосовно якого встановлено заходи контролю. Діяльність, пов'язана з обігом речовин, включених до списку № 1 таблиці прекурсорів, здійснюється підприємствами державної та комунальної форм власності за наявності у них ліцензій.

Постановою Кабінету Міністрів № 756 від 4 червня 2001 року затверджено перелік документів, які необхідно додавати господарським суб'єктам до заяви про видачу ліцензії на здійснення діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Детальні положення про порядок видачі ліцензій, їх переоформлення й анулювання, ведення ліцензійних реєстрів, а також ліцензійні умови здійснення вказаної діяльності передбачено в спільному Наказі Державного комітету з питань регуляторної політики та підприємництва і Міністерства охорони здоров'я № 39/66 від 20 лютого 2001 року.

На разі велика кількість суб'єктів господарювання, які здійснюють діяльність у сфері обігу наркотиків і прекурсорів, працюють без відповідних ліцензій через труднощі щодо практичної організації процедури видачі ліцензій. Для розв'язання цієї проблеми до проекту нової редакції Закону про наркотики включено окремі положення щодо домовленості видачі ліцензій з Міністерством внутрішніх справ та стоючою відповідальності за порушення вимог щодо їх надання.

Регулювання транспортування наркотичних засобів. Згідно зі ст.12 Закону про наркотики, імпорт і експорт наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів здійснюється на базі сертифіката (особливого дозволу) і тільки через прикордонні пропускні пункти, визначені Державною прикордонною службою. Постановою Кабінету Міністрів № 146 від 3 лютого 1997 року затверджено Порядок видачі сертифікатів на ввіз і вивіз наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Згідно з ним, а також зі спільним Наказом Служби Безпеки і Міністерства охорони здоров'я № 224/350 від 23 вересня 2002 року видача сертифікатів здійснюється Комітетом з контролю за наркотиками за згодою зі Службою безпеки.

Згідно зі ст. 13 Закону про наркотики перевезення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на території України здійснюється підприємствами, закладами і організаціями всіх форм власності за наявності відповідної ліцензії на таку діяльність, а також за умови забезпечення збереження вантажу, що перевозиться. Таке перевезення здійснюється на основі документів суворої звітності в порядку, встановленому МОЗ.

Оцінка потреб у наркотиках, збирання статистичних даних і організація складських запасів. Згідно зі ст. 11 Закону про наркотики Кабінет Міністрів щорічно визначає квоти, в межах яких здійснюється виробництво, зберігання, ввезення і вивезення наркотичних засобів і психотропних речовин, на базі розрахунків потреб України в наркотичних засобах і психотропних препаратах. Визначення потреб у наркотичних засобах і психотропних речовинах здійснюється на базі даних, поданих до Комітету з контролю за наркотиками господарськими суб'єктами, який потім затверджується Кабінетом Міністрів. Порядок і терміни подання господарськими об'єктами інформації про свою діяльність визначено в Законі «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів», низці постанов Кабінету Міністрів і наказах Міністерства охорони здоров'я, що стосуються здійснення контролю за обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Детальні положення про порядок ведення реєстраційних записів, спеціальні форми журналів реєстрації і терміни їх зберігання передбачено постановою Кабінету Міністрів № 58 від 18 січня 2003 року «Про затвердження порядку здійснення контролю за обігом наркотичних (лікарських) засобів».

Система контролю за придбанням наркотиків. Згідно зі ст. 14 Закону про наркотики громадяни мають право придбати наркотичні засоби або психотропні речовини

тільки за рецептом лікаря. При цьому роздрібна реалізація вказаних засобів і речовин здійснюється тільки через аптечні заклади державної і комунальної форми власності за наявності у них ліцензії. Ст. 4 Закону про наркотики передбачено, що рецепти виписуються на спеціальних бланках, форми, правила обліку і оформлення яких визначені Міністерством охорони здоров'я в його наказах.

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я № 185 від 17 травня 2001 року лікарські засоби, що містять малі кількості наркотичних засобів і психотропних речовин, можуть відпускатися без рецепта, якщо засоби і речовини, що до них входять, не можуть бути отримані легкодоступними способами в кількостях, які дозволяють зловживати ними. Детальний порядок отримання спеціальних рецептурних бланків для відпускання наркотичних і психотропних лікарських засобів, їх обліку, зберігання і знищення викладено в наказі Міністерства охорони здоров'я № 324 від 8 грудня 2000 року.

Згідно з Постановою Кабінету Міністрів № 58 від 18.01.2003 року «Про затвердження порядку здійснення контролю за обігом наркотичних (лікарських) засобів» Комітет з контролю за наркотиками не менше разу на рік перевіряє всі заклади, підприємства і організації, які здійснюють діяльність, пов'язану з обігом наркотичних засобів. У разі виявлення Комітетом у процесі перевірки недоліків у роботі об'єктів господарювання, їхні керівники мають виправити порушення і пройти повторну перевірку через місяць. У разі виявлення повторних чи грубих порушень законодавства Комітет сповіщає про це відповідні правоохоронні органи.

Обмеження стосовно реклами наркотичних засобів. Ст. 20 Закону «Про рекламу» забороняє рекламувати лікарські засоби, які містять наркотичні засоби або психотропні речовини, крім випадків поширення реклами, призначеної для медичних закладів і лікарів. У Порядку реклами лікарських засобів (призначеної для медичних закладів і лікарів), затвердженому Наказом Міністерства охорони здоров'я № 177 від 10 червня 1997 року, передбачено основні вимоги щодо рекламної інформації для вказаної категорії суб'єктів, а також встановлено, що вона здійснюється тільки спеціалізованими друкованими засобами інформації.

Контроль за обігом прекурсорів. Прекурсори входять до національного переліку речовин, які контролюються. Таблиця IV Національного переліку розподілена на два списки: прекурсори списку № 1 підлягають суворішому контролю, інші (ангідрид оцтової кислоти і перманганат калію), включені до списку № 2, — підлягають менш строгому контролю. Згідно зі ст. 16 Закону про наркотики, за наявності ліцензій діяльність здійснюється підприємствами державної форми власності (список № 1 таблиці IV Національного переліку), та підприємствами всіх форм власності (прекурсори списку № 2). Підприємствам забороняється зосереджувати в своєму розпорядженні кількість прекурсорів, яка перевищує їх виробничі потреби.

Ліцензування діяльності, пов'язаної з обігом прекурсорів, здійснюється Державною службою лікарських засобів і виробів медичного призначення¹⁵⁴. Контроль за діяльністю суб'єктів господарювання у сфері обігу прекурсорів здійснюється і з боку Міністерства промисловості (як органу ліцензування), і з боку Комітету з контролю над наркотиками, а також правоохоронними органами в межах їхніх повноважень.

¹⁵⁴ Постанова Кабінету Міністрів України від 14.11.2000 р. № 1698 «Про затвердження переліку органів ліцензування» // <http://zakon.rada.gov.ua>.

Згідно із «Порядком здійснення контролю за обігом наркотичних (психотропних) лікарських засобів», затвердженим Постановою Кабінету Міністрів № 58 від 18 січня 2003 року, Комітет з контролю за наркотиками здійснює інформування національних компетентних органів держав – імпортерів про вивезення за межі прикордонної території України чи транзит через її територію прекурсорів. Крім того, Комітет направляє копію виданого ним або отриманого сертифіката на вивезення національному компетентному органу держави – імпортера.

Запобігання незаконному обігу наркотиків. Складовою сучасного наркотичного законодавства України є 17 кримінально-правових норм (статті 305–321 Кримінального Кодексу (КК) України і статті 44, 441, 1061, 1062 Кодексу України про адміністративні правопорушення (КУпАП)). Регламентації цих статей стосуються:

- контрабанди наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів (ст. 305 КК України);
- використання коштів, здобутих від незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів (ст. 306 КК України);
- незаконного виробництва, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання чи збуту наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів (ст. 307 КК України);
- викрадення, привласнення, вимагання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів чи заволодіння ними шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем (ст. 308 КК України);
- незаконного виробництва, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту (ст. 309 КК України);
- посіву або вирощування сноподібного маку чи конопель (ст. 310 КК України);
- незаконного виробництва, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання прекурсорів (ст. 311 КК України);
- викрадення, привласнення, вимагання прекурсорів або заволодіння ними шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем (ст. 312 КК України);
- викрадення, привласнення, вимагання обладнання, призначеного для виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, чи заволодіння ним шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем та інших незаконних дій з таким обладнанням (ст. 313 КК України);
- незаконного введення в організм наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів (ст. 314 КК України);
- схилення до вживання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів (ст. 315 КК України);
- незаконного публічного вживання наркотичних засобів (ст. 316 КК України);
- організації або утримання місць для незаконного вживання, виробництва чи виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів (ст. 317 КК України);
- незаконного виготовлення, підроблення, використання чи збуту підроблених документів на отримання наркотичних засобів, психотропних речовин або прекурсорів (ст. 318 КК України);
- незаконної видачі рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин (ст. 319 КК України);

- порушення встановлених правил обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів (ст. 320 КК України);
- незаконного виробництва, виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання з метою збуту або збуту отруйних і сильнодіючих речовин (ст. 321 КК України);
- незаконного вироблення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах (ст. 44 КУпАП України);
- ухилення від медичного огляду або медичного обстеження (ст. 441 КУпАП України);
- нежиття заходів щодо забезпечення охорони посівів снодійного маку чи конопель, місць їх зберігання та переробки (ст. 1061 КУпАП України);
- незаконних посівів та вирощування снодійного маку чи конопель (ст. 1062 КУпАП України).

Більшість із них спрямована на запобігання незаконному обігу наркотиків репресивного характеру, обмеження та заборону. *Профілактичний характер* мають лише ст. 307, 309 та 311 КК України. Якщо ст. 307 та ст. 311 КК України передбачають звільнення від відповідальності у зв'язку із добровільною здачею наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів, вказавши при цьому джерело їх придбання або сприяли розкриттю наркозлочинів, то за ст. 309 КК України особа звільняється від кримінальної відповідальності, якщо вона добровільно звернулася до лікувального закладу і розпочала лікування від наркоманії. Згідно зі ст. 44 КУпАП України особа звільняється від відповідальності взагалі тільки за добровільну здачу наркотичних засобів або психотропних речовин.

У Кримінальному кодексі України відсутня кримінальна відповідальність за вживання наркотиків. Але, купуючи, виготовляючи, транспортуючи, зберігаючи наркотики, навіть за відсутності мети збуту, хворі із наркотичною залежністю порушують чинне кримінальне законодавство. Очевидно, що вживати наркотики, не виготовляючи самому чи не купуючи їх, неможливо. Тож кожен хворий на наркотичну залежність згідно з чинним КК України, заздалегідь є злочинцем. Це є основою пенітенціарної системи обліку хворих на наркоманію, що тривалий час підтверджувалося паралельним обліком хворих на наркоманію у закладах охорони здоров'я і МВС, проведенням звірок зареєстрованих осіб.

Доповнюють негативні сторони такого «наркотичного» обліку заборона на низку професій, видача посвідчення водія, необхідність відвідування наркологічних закладів, відсутність терпимості до осіб, які вживають наркотики, з боку соціуму. У такій ситуації кожен хворий намагається уникати реєстрації. Окрім того, залежність від наркотиків у поєднанні з високими цінами на них змушує хворих на наркоманію рано чи пізно порушувати закон (крім участі у незаконному обігу наркотиків). Кримінальне законодавство передбачає направлення на примусове лікування осіб, засуджених за злочин, вчинений на ґрунті алкоголізму й наркоманії, що є ускладнювальною обставиною при визначенні покарання. Це призводить до приховування наркотизації й ухилення від реєстрації в наркологічних закладах¹⁵⁵.

¹⁵⁵ Кузьминов В.Н. Эпидемиологическая ситуация распространения наркоманий в Украине и Харьковском регионе // Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В.А.Соболева, И.П.Рущенко. — С. 159–193.

Запобігання незаконному вживанню наркотиків. Запобіжні заходи незаконному вживанню наркотиків передбачено ст. 12-21 Закону «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зловживанню ними» від 15 лютого 1995 року. Згідно із ст. 12-13 цього закону незаконне вживання наркотиків встановлюється на підставі свідчень свідків, наявності ознак наркотичного сп'яніння, результатів медичного огляду, а також тестів на вміст наркотичного засобу в організмі людини. Порядок виявлення, медичного огляду, добровільного та примусового лікування осіб, хворих на наркоманію, визначаються нормативними актами МВС, МОЗ, Міністерства юстиції України, Генеральної прокуратури та Верховного Суду України. Законом передбачено примусове лікування, яке здійснюється в спеціалізованих закладах МОЗ України.

Заходи медико-соціальної профілактики ВІЛ/СНІД серед споживачів наркотиків. Жоден із розглянутих законів не містить регламентації дій щодо медико-соціальної профілактики ВІЛ/СНІД серед споживачів наркотичних речовин. Окремі принципи роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків, які передбачають необхідність здійснення інформаційної й освітньої роботи, забезпечення легкої доступності соціальних служб та служб охорони здоров'я, проведення активної роботи серед осіб, які вживають наркотики шляхом ін'єкцій, та забезпечення цих осіб стерильним ін'єкційним інструментарієм та дезінфікувальними матеріалами, впливають з інших законодавчих актів України у сфері охорони громадського здоров'я.

Зокрема, в ст. 4 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту людини (СНІД) та соціальний захист населення» держава гарантує:

- регулярне та повне інформування населення, в тому числі через засоби масової інформації, про причини зараження, шляхи передавання ВІЛ-інфекції, заходи та засоби профілактики, необхідні для запобігання зараженню цією хворобою та її поширенню;
- включення до навчальних програм середніх, професійно-технічних та вищих закладів освіти спеціальної тематики з питань профілактики захворювання на СНІД;
- забезпечення доступності для населення засобів профілактики, що дають можливість запобігти зараженню і поширенню ВІЛ-інфекції статевим шляхом;
- забезпечення запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби шляхом ін'єкції, зокрема створенням умов для заміни використаних ін'єкційних голок і шприців на стерильні;
- сприяння діяльності, спрямованій на формування в населення стереотипів безпечної сексуальної поведінки та на усвідомлення високого ризику зараження ВІЛ-інфекцією при ін'єкційному способі вживання наркотичних засобів.

Законодавство України не забороняє застосування наркотичних лікарських засобів у медичній практиці з метою лікування захворювань¹⁵⁶. Можливість використання таких лікарських засобів передбачена, передусім, Законом України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів». Ст. 10 цього закону прямо вказує, що діяльність, пов'язана з використанням наркотичних засобів і психотропних речовин, включених до таблиць II та III *Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, що підлягають спеціально-*

¹⁵⁶ Рудий В. М. Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом: Сучасний стан і шляхи вдосконалення. — К.: Сфера, 2003. — С. 149.

му контролю відповідно до законодавства України, допускається лише з метою застосування у медичній практиці або для науково-дослідної роботи чи в навчальних та інших цілях, передбачених цим законом.

При цьому Список 1 таблиці II зазначеного Переліку, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 березня 1998 року № 7, що є чинним, серед іншого містить такі наркотичні речовини, як бупренорфін та метадон, які, з досвіду інших країн, найширше застосовуються для проведення замісної терапії.

Перелічені принципи визнано обов'язковою складовою державної політики у сфері боротьби з ВІЛ/СНІД. Сприятливі умови для їх реалізації створює не лише законодавство у сфері охорони громадського здоров'я, а й законодавство у сфері освіти, інформації, благодійної діяльності, законодавство, що регулює діяльність об'єднань громадян, соціальних служб тощо.

Наприклад, окрім низки сприятливих для широкого практичного впровадження сучасних стратегій зменшення шкоди положень українського законодавства, звертається увага на те, що у складі місцевих центрів соціальних служб для молоді відповідно до потреб територіальних громад можуть створюватися певні спеціалізовані служби (зокрема Служба психологічної допомоги «Телефон довіри», Центр соціальної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, Служба вторинної зайнятості молоді, Мобільний консультативний пункт соціальної роботи в сільській та гірській місцевості, Консультативний пункт для ін'єкційних споживачів наркотиків «Довіра», Служба соціального супроводу молоді, яка перебуває у місцях позбавлення волі тощо).

Ці спеціалізовані служби створюються й здійснюють свою діяльність у межах реалізації програм центрів соціальних служб для молоді. Можливість створення таких спеціалізованих служб передбачена наказом Державного комітету України у справах сім'ї та молоді від 4 лютого 2002 року № 14, яким також затверджено типові положення про спеціалізовані служби центрів ССМ.

Замісна підтримувальна терапія для осіб із опіїдною залежністю. Справа дещо складніша стосовно принципу, який передбачає надання можливості ін'єкційним наркоспоживачам отримувати замісну підтримувальну терапію.

Пунктом 36 *Національної програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД на 2000–2003 роки*, затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 1 липня 2001 року № 790, Міністерству охорони здоров'я України, Раді Міністрів АР Крим, обласним, Київській та Севастопольській міським державним адміністраціям доручено впродовж 2001–2003 років започаткувати впровадження замісної терапії з метою зменшення ризику інфікування споживачів ін'єкційних наркотиків ВІЛ та збудниками інших трансфузійних інфекцій. При цьому, як впливає з указаної постанови, зазначені органи виконавчої влади мали забезпечити фінансування передбачених Національною програмою заходів. Повною мірою це стосується й вимоги щодо впровадження замісної терапії.

Важливим для розв'язання питання про можливість застосування в медичній практиці такого методу лікування наркотичної залежності, як замісна терапія, є пункт 3.1 *Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у державних і комунальних закладах охорони здоров'я України*, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я від 18 грудня 1997 року № 356. Він не просто дозволяє, а зобов'язує лікарів лікувально-профілактичних закладів, у тому числі клінік науково-дослідних інститутів, вищих медичних закладів, за наявності відповідних медичних показань виписувати хворим рецепти на дозволені для використання у медичній практиці нарко-

тичні і психотропні лікарські засоби (безперечно, із дотриманням при цьому всіх необхідних умов, які забезпечують ефективний контроль за обігом цих речовин).

Згідно зі ст. 44 *Основ законодавства України про охорону здоров'я* у медичній практиці лікарі зобов'язані застосовувати методи профілактики, діагностики і лікування та лікарські засоби, дозволені Міністерством охорони здоров'я України. Порядок застосування зазначених методів діагностики, профілактики, лікування і лікарських засобів також встановлює Міністерство охорони здоров'я України. Можливість використання замісної терапії з метою лікування опійної залежності передбачена уніфікованими стандартами наркологічної допомоги населенню, які, серед інших стандартів надання медичної допомоги, затверджені *наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 липня 1998 року № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей»*.

Крім того, можливість використання замісної підтримувальної терапії як методу лікування наркотичної залежності передбачена й в амбулаторних умовах. Про це свідчить *наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 грудня 2002 року № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги»*, яким затверджено нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах за спеціальністю «Наркологія».

Міністерством охорони здоров'я України зареєстровано як лікарські засоби, які можуть застосовуватися у медичній практиці, бупренорфін та метадон (останній зареєстровано й внесено до Державного реєстру лікарських засобів *наказом Міністерства охорони здоров'я України від 8 квітня 2003 року № 259*). Раніше бупренорфін серед інших анальгетиків опіоїдного ряду був включений до *Національного переліку основних (життєво необхідних) лікарських засобів та виробів медичного призначення*, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 16 листопада 2001 року № 1482, та *Переліку лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади й установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів*, затвердженого *наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 квітня 2003 року № 169*.

Оскільки лікування наркотичної залежності не входить до *Переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти*, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138, ці послуги (включно із замісною терапією у разі її запровадження у практику та забезпечення державних і комунальних закладів охорони здоров'я відповідними необхідними лікарськими засобами) мають стати доступними для кожної людини, яка цього потребує. Нині відкритим залишається питання щодо можливості застосування замісної терапії серед осіб, які відбувають кримінальне покарання й утримуються у слідчих ізоляторах та виправно-трудових установах Державного департаменту України з питань виконання покарань.

* * *

Аналіз українського національного законодавства свідчить, що воно ґрунтується на міжнародних принципах і нормах і здатне забезпечити скоординований, заснований на широкій участі, гласності й відповідальності підхід до проблеми ВІЛ/СНІД, який

об'єднує політику та програми реагування на ВІЛ/СНІД на всіх рівнях державного управління. Проблема недостатньої ефективності впроваджуваних програм профілактики наркоманії та ВІЛ/СНІД серед СІН значною мірою зумовлена відсутністю чіткого визначення базових принципів державної політики щодо наркотиків¹⁵⁷, внаслідок чого чинні законодавчі пріоритети зорієнтовані на регулювання незначної частини питань, переважно стосовно обігу наркотичних засобів і прекурсорів. Невизначеними залишаються питання розподілу прав і повноважень між суспільством і громадянами, які мають проблеми, пов'язані з уживанням наркотиків; обов'язковості національних і місцевих програм дій протинаркотичного характеру, а також визначення джерел їх фінансування; системи адресної соціальної допомоги населенню, яке має проблеми внаслідок вживання наркотичних засобів. Як результат, на разі Україна не має ефективних програм профілактики та протинаркотичних дій соціальної спрямованості.

Хоча чинні законодавчі норми прямо не регламентують кримінальну відповідальність за вживання наркотичних речовин, вони дають змогу легко представити залежну від наркотику людину злочинцем, оскільки вживати наркотики, не виготовляючи їх самому або не купуючи їх, неможливо. На законодавчому рівні в Україні не зафіксовано визнання стратегії «зменшення шкоди» від уживання наркотиків. Упроваджувані заходи базуються на окремих відомчих нормативно-правових актах і національних програмах, а не на конкретних законах. Наявні регламентації не передбачають протифілактичних можливостей, закріплюють криміналізацію споживачів наркотиків, законодавчо фіксують необхідність дій лише в галузі третинної профілактики, оскільки концентрують увагу на боротьбі із кримінальними структурами чи лікуванні (примусовому) наркозалежних.

2.2 Політика профілактики наркоспоживання, наркозалежності та ВІЛ-інфікування

В Україні сформовано чітку систему соціальних норм, які регламентують здійснення профілактики¹⁵⁸ одного із видів девіантної поведінки, пов'язаного з немедичним вживанням наркотичних засобів, розвитком наркотичної залежності, а також з діями у сфері незаконного обігу наркотиків, що дістав назву наркотизму¹⁵⁹. Як окремий вид державної політики, профілактика наркотизму являє собою діяльність, спрямовану на ослаблення негативного впливу наркотизації населення як соціальну систему. Це здійснюється шляхом виявлення, усунення чи нейтралізації причин і умов наркотизму¹⁶⁰. Відповідні регламентаційні норми дістали втілення в Законах України, Указах

¹⁵⁷ Ідеться про визнання на рівні закону здійснення наркотичної політики в країні на підставі таких стратегій: 1) регулювання незаконного обігу наркотиків; 2) зменшення попиту на наркотики; 3) зменшення шкоди від уживання наркотиків.

¹⁵⁸ Існує ціла низка трактувань поняття «профілактика». Зокрема, вона може розглядатися як «втручання чи комплекс втручань, спрямованих на уникнення або значне зменшення ризику отримання чи подальшого розвитку шкідливих для здоров'я наслідків і міжособистісних проблем» [Концепція (основи) державної політики України щодо алкоголю та наркотиків. — <http://ecocontrol.iatp.org.ua/Koncept.html>], або як «діяльність, спрямована на зміцнення та зберігання стабільного функціонування соціальної системи, яка здійснюється шляхом виявлення, усунення або нейтралізації причин і умов, що викликають різноманітні девіації» [Белоусов Ю.Л. Інституціоналізація профілактики наркотизму в Україні. — Автореф. дис. ... канд. соціол. наук. — 22.00.03. — Соціальні структури та соціальні відносини. — Харків, 2003].

¹⁵⁹ Белоусов Ю.Л. Інституціоналізація профілактики наркотизму в Україні.

¹⁶⁰ Там само.

Президента, Постановках Кабінету Міністрів України та інших нормативних актах, на підставі яких у країні ціла низка суб'єктів господарювання — установи й організації — здійснюють профілактичну діяльність.

Первинна профілактична робота є головним змістом програм скорочення попиту на наркотичні засоби вона спрямована, на різні цільові групи: населення, яке не вживає наркотичних засобів; індивідів, схильних до вживання наркотиків; індивідів, які вживають наркотики, але не мають наркотичної залежності і схильні до вчинення правопорушень; осіб, які мають наркотичну залежність; осіб, які вчинили злочини, пов'язані з наркотиками¹⁶¹.

Важливу роль у профілактиці наркоспоживання та наркозалежності відіграють освітні інституції. Закон України «Про загальну середню освіту», Національна доктрина розвитку освіти, затверджена Указом Президента України від 17 квітня 2002 року № 347, Постанова Кабінету Міністрів України від 16 листопада 2000 року № 1717 «Про перехід загальноосвітніх навчальних закладів України на новий зміст, структуру та 12-річний термін навчання» чітко визначають, що виховання свідомого ставлення до свого здоров'я та здоров'я інших громадян як найвищої соціальної цінності, формування гігієнічних навичок та засад здорового способу життя, зміцнення фізичного та психічного здоров'я дитини є одним із пріоритетів освіти.

Цілеспрямовано і послідовно формується регіональна політика щодо здорового способу життя підростаючого покоління. Відповідно до Закону України «Про охорону дитинства», Указу Президента України від 24.01.2001 року № 42/2001 «Про додаткові заходи щодо забезпечення виконання Національної програми «Діти України» на період до 2005 року, Указу Президента України від 13 березня 2002 року № 258 «Про невідкладні заходи щодо зміцнення моральності у суспільстві та утвердження здорового способу життя на 2002–2003 роки», Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації на 2002–2011 роки» Міністерством освіти і науки України прийнято відповідні галузеві заходи.

Серед пріоритетних напрямів розвитку освіти, визначених Національною доктриною розвитку освіти (Указ Президента України від 17 квітня 2002 року №347), є «пропаганда здорового способу життя, стимулювання у молоді прагнення здорового способу життя».

Міністерство освіти і науки України проводить цілеспрямовану роботу з підвищення рівня інформованості дітей і молоді щодо формування мотивацій до здорового способу життя і безпечної поведінки шляхом введення нових навчальних програм, методик, поширення тренінгової інтерактивної та індивідуальної консультативної роботи, видання тематичної навчальної літератури, підготовку кадрів для профілактичної діяльності за цим напрямом, поліпшення системи ранньої профілактики, психолого-педагогічного діагностування, індивідуальної роботи, використання наявного наукового та методичного потенціалу, вивчення передового досвіду.

Надання відповідних знань та формування навичок, необхідних для збереження та зміцнення здоров'я, здійснюються через:

- валеологізацію змісту освіти навчальних закладів;
- систему позакласної роботи та позакласного навчання;
- оптимізацію режиму навчально-виховного процесу;
- підготовку та перепідготовку педагогічних кадрів.

¹⁶¹ Там само.

Ідею здорового способу життя дітей містять більшість предметів початкової школи, в середній ланці вона втілюється під час викладання біології, географії, екології, предметів гуманітарного циклу. У межах шкільної програми з біології вивчатимуться питання щодо профілактики вживання алкоголю, наркотиків, тютюнокуріння. Майже кожна тема предмета дає змогу викладати важливі аспекти формування здорового способу життя.

Зміст програм «Допризовна підготовка» та «Основи медико-санітарної підготовки» у професійно-технічних навчальних закладах охоплює весь комплекс питань медико-гігієнічного навчання учнів, сприяє запобіганню вживанню алкоголю, тютюну, наркотиків.

Певного посилення акцентів на навчанні різним аспектам формування здорового способу життя та навичок збереження здоров'я надає розроблена й затверджена наказом Міністерством освіти і науки України від 21.07.2004 року № 605 Концепція формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя дітей та молоді. Концепція визначає методологічні засади, підходи, принципи, критерії формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя, зорієнтована на міжгалузевий комплексний підхід, поєднує можливості організованого навчання та самоосвіти. Концепція передбачає застосування психологічного, поведінкового, ситуативного, функціонального, процесійного, інтеграційного і відтворювального підходів, які висвітлюють різні аспекти формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя дітей та молоді. Окремими розділами передбачено питання підготовки кадрів, визначено умови та шляхи реалізації, в тому числі науково-методичного забезпечення.

Оздоровчу функцію реалізує практично весь зміст виховної роботи в дошкільних закладах.

Як базисну структуру типового навчального плану для підготовки кваліфікованих робітників та молодших спеціалістів у вищих професійних училищах та центрах професійно-технічної освіти запроваджено курс «Безпека життєдіяльності», який введено на всіх спеціальностях, починаючи з 2002/2003 навчального року.

У 2003 році для забезпечення підготовки педагогічних кадрів запроваджено спеціалізацію з курсу «Здоров'я і фізична культура». Питання щодо профілактики ВІЛ/СНІД, наркозалежності, алкоголізму, тютюнопаління включені до навчальних програм гуманітарного циклу у вищих навчальних закладах, зокрема до курсів «Психологія сімейних стосунків», «Етика сімейних відносин», «Основи медичних знань та охорони здоров'я дітей», введено теми з питань здорового способу життя, зокрема й розділ «Профілактика ВІЛ».

З метою виконання постанови Кабінету Міністрів України від 04.06.2003 року № 877 «Про затвердження Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003–2010 роки» та удосконалення заходів превентивного характеру щодо запобігання незаконному вживанню наркотичних засобів і психотропних речовин шляхом освіти, інформування та виховання навичок здорового способу життя Міністерство освіти і науки України розробило й затвердило галузеві заходи (наказ МОН від 07.07.2003 року № 440). Проблеми дитячої наркоманії перебувають на постійному контролі в Міністерстві освіти і науки України. Особливу увагу приділяють питанням удосконалення профілактичної роботи, поліпшення оперативної ситуації в молодіжному середовищі.

Одним із першочергових завдань для органів управління освітою, де відзначаються високі темпи зростання немедичного вживання наркотичних засобів дітьми та

молоддю, Міністерство поставило завдання розробити регіональні програми, спрямовані на протидію незаконному обігу наркотичних засобів та поширенню наркоманії.

У Міністерстві видано накази: «Про підвищення рівня профілактичної роботи серед дітей та молоді із запобігання незаконному вживанню наркотичних засобів і психотропних речовин», «Про заборону тютюнопаління в усіх навчальних закладах та на прилеглих до них територіях».

Профілактична робота в навчальних закладах зосереджується не тільки на розкритті шкідливих наслідків, а й на висвітленні реальних переваг здорового способу життя. Проводяться бесіди для учнів за участі медичних працівників з питань профілактики тютюнопаління, наркозалежності, алкоголізму, конкурси тематичних інформаційних матеріалів (плакатів, буклетів, стіннівок), спільні виставки творчих робіт батьків і дітей, свята, тематичні вечори, круглі столи, класні години, місячники здоров'я тощо. В школах діють Ради профілактики, складено паспорти здоров'я дітей, створено комп'ютерний банк даних з необхідною інформацією. Посилено індивідуальну роботу з учнями, які перебувають на обліку у правоохоронних органах.

Під особливим контролем у керівників закладів освіти перебуває питання відвідування учнями навчальних закладів та охоплення їх позаурочною роботою. В системі освіти і науки України працюють 1496 позашкільних навчальних закладів, які охоплюють майже 1,19 млн дітей та підлітків. У загальноосвітніх навчальних закладах системи освіти навчають дітей життєво важливим навичкам станом на 01.01.2003 року такі категорії педагогів:

- 5 060 психологів та соціальних педагогів;
- 19 394 вчителі біології;
- 14 401 вихователь, який займається лише виховною роботою;
- 14 185 педагогів—організаторів.

Разом із тим у розв'язанні питань профілактики наркозалежності та формування навичок здорового способу життя є низка проблем.

Обмежений (вузьковідомчий) підхід до навчання в галузі здоров'я на основі навичок не забезпечуватиме сталих поведінкових змін у тривалій перспективі. Більш ефективні й усталені результати, як правило, досягаються тоді, коли стратегія освіти на основі навичок, необхідних для збереження та зміцнення здоров'я, скоординована з політикою, послугами, сім'єю та локальною громадою, засобами масової інформації та іншими стратегіями формування здорового способу життя.

Навчальні заклади часто залишаються сам на сам із гострими проблемами виховання дитини і не витримують шаленої конкуренції із засобами масової інформації, адже з преси й телебачення молодь щодня черпає те, що суперечить цінностям цивілізованого суспільства.

З метою своєчасного виявлення неповнолітніх, які вживають наркотики, необхідно внести зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 06.11.1997 року № 1238 «Про обов'язковий профілактичний наркологічний огляд і порядок його проведення» в частині доповнення до переліку категорій, для яких огляд є обов'язковим і безкоштовним, — учнівську та студентську молодь.

Профілактична робота має комплексний характер, вона охоплює широкий діапазон відповідних заходів і сприяє зменшенню шкоди від немедичного вживання наркотичних засобів для суспільства в цілому, а також зниженню рівня вживання цих

речовин, зміцненню здоров'я і підвищенню якості життя населення¹⁶². Відповідні заходи охоплюють всі сфери запобіжної роботи: від запобігання початку вживання наркотичних засобів до зменшення спричинених ними негативних наслідків для суспільства, включно із заходами з інформування, освітою населення, раннім втручанням та консультуванням, лікуванням, реабілітацією, попередженням рецидивів та соціальною реінтеграцією при забезпеченні своєчасного надання допомоги і доступу до відповідних служб для різних контингентів населення.

Оскільки профілактичну роботу здійснюють різні суб'єкти (соціальні, медичні, правові), а також враховуючи підходи до типологізації профілактики, поширені в медицині¹⁶³, як структуру заходів профілактики наркотизму можна представити таким чином (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Структура заходів профілактики наркотизму

За суб'єктами профілактики	За змістом профілактики		
	Первинна	Вторинна	Третинна
Соціальна сфера	Формування в суспільстві негативного ставлення до вживання наркотиків, орієнтація населення на здоровий спосіб життя	Робота з уразливими групами (особи, схильні до вживання наркотиків, ПКС, ЧСЧ, в'язні): психологічне консультування, працевлаштування тощо	Ресоціалізація наркозалежних, індивідів, які вчинили правопорушення, пов'язані з наркотиками
Медична сфера	Інформування населення про шкоду наркотиків, наслідки їх вживання для людського організму	Робота з уразливими групами за програмами "зменшення шкоди"	Лікування, детоксикація СІН, ВІЛ-позитивних СІН
Правова сфера	Інформування населення про права людини, попередження правопорушень, пов'язаних із наркотиками	Роз'яснення СІН їхніх прав, правова допомога та консультування	Захист прав СІН, ВІЛ-позитивних СІН

Підготовлено за: Белоусов Ю.Л. Інституціоналізація профілактики наркотизму в Україні. —

Автореф. дис. ... канд. соціол. наук. — 22.00.03. —

Соціальні структури та соціальні відносини. — Харків, 2003.

В Україні нині сукупність суб'єктів профілактики наркотизму не є цілісною системою, оскільки відсутні налагоджені зв'язки між суб'єктами різноманітних напрямів профілактики наркотизму (медичних, соціальних, юридичних). Координаційна Рада з боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України координує діяльність суб'єктів профілактики на рівні вищих керівних органів, тобто на рівні міністерств і відомств. Проте на рівні рядових виконавців координація відсутня. На сьогодні в Україні також відсутній спеціалізований закон щодо профілактики нарко-

¹⁶² Концепція (основи) державної політики України щодо алкоголю та наркотиків. — <http://ecocontrol.iatp.org.ua/Koncept.html>.

¹⁶³ У медичних науках профілактику поділяють на три види: первинну — соціально-економічні заходи держави з оздоровлення способу життя, навколишнього середовища, виховання тощо; вторинну — комплекс заходів щодо усунення виражених чинників ризику, які за певних умов можуть призвести до виникнення, загострення або рецидиву захворювання; третинну — це комплекс заходів щодо реабілітації хворих, які втратили можливість повноцінної життєдіяльності.

тизму, який би чітко окреслював основні напрями профілактики, коло її суб'єктів, форми взаємодії між ними¹⁶⁴.

У Концепції державної політики України щодо алкоголю та наркотиків, яка перебуває на розгляді Уряду, визначено перелік заходів профілактичної діяльності:

- розроблення та реалізація програм скорочення попиту на наркотичні засоби як загалом у країні, так і серед конкретних груп населення, із наданням пріоритету молодіжному середовищу;
- використання інформації в межах просвітницьких і профілактичних програм;
- контроль заборони реклами наркотичних засобів;
- припинення будь-якої пропаганди вживання наркотиків;
- забезпечення взаємодії державних структур та інститутів із засобами масової інформації;
- підвищення рівня поінформованості населення про ризики, пов'язані з вживанням наркотичних речовин;
- сприяння пропагуванню серед населення (особливо серед молоді) повноцінного способу життя;
- забезпечення функціонування державної системи постійного об'єктивного інформування населення про наркотичну ситуацію в країні;
- залучення спеціалістів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, юстиції, прокуратури до роботи з учнями та студентами навчальних закладів;
- забезпечення опанування вчителями, шкільними психологами і фахівцями мережі соціальних служб для молоді сучасних навичок профілактичної роботи, спрямованої на запобігання вживанню наркотиків;
- проведення різних конкурсів, публікацій у ЗМІ¹⁶⁵.

Важливим видом профілактичної роботи є пропагування відданості керівників держави, місцевих державних адміністрацій, спеціалістів, учених, спортсменів, артистів принципам життя без наркотиків.

Згідно з результатами соціологічних досліджень, потреби політики профілактики наркотизму та ВІЛ-інфікування серед молоді значною мірою зумовлюються потребами формування здорового способу життя в молодіжному середовищі¹⁶⁶. Самі представники молодого покоління, за даними Українського інституту соціальних досліджень, визначають в цьому процесі як вкрай нагальні такі заходи (див. табл. 2.2).

Профілактична робота в молодіжному середовищі. Метою первинної профілактики наркотизму є формування у населення негативного ставлення до вживання наркотиків, орієнтації на здоровий/повноцінний спосіб життя. Проте, за даними соціологічних досліджень, понад 80% молодих людей віком 14–28 років не можуть пригадати хоча б один захід щодо профілактики наркотичної залежності, в якому вони брали участь за останні 12 місяців¹⁶⁷.

¹⁶⁴ Белоусов Ю.Л. Інституціоналізація профілактики наркотизму в Україні.

¹⁶⁵ Концепція (основи) державної політики України щодо алкоголю та наркотиків. — <http://ecocontrol.iatp.org.ua/Koncept.html>

¹⁶⁶ Державний центр соціальних служб для молоді, Український інститут соціальних досліджень. Аналітичний звіт за результатами опитування молоді України в рамках проекту «Вивчення громадської думки дітей та молоді щодо ефективності роботи з профілактики негативних явищ (наркозалежності, СНІД, тютюнопаління, правопорушень, злочинності) в дитячому та молодіжному середовищі та формування здорового способу життя». — К., 2001.

¹⁶⁷ Белоусов Ю.Л. Інституціоналізація профілактики наркотизму в Україні.

Таблиця 2.2

**Заходи, які, на думку опитаної молоді, потрібно вжити щодо формування
здорового способу життя в молодіжному середовищі, 2001 рік**

<i>Заходи</i>	<i>%</i>
Необхідно змінити державну політику щодо молоді	87
Необхідно створити умови для проведення молоддю вільного часу	94
За допомогою інформаційно-просвітницької роботи необхідно формувати поведінку молоді щодо шкідливих звичок та сексу	91
Необхідно зробити більш доступними для молоді культурні та спортивні заклади (театри, виставки, стадіони, тренажерні зали тощо)	95
Необхідно формувати відповідні цінності та норми в молодіжному середовищі	91
Вчити раціональному (здоровому) харчуванню	77
Формувати навички спілкування, розв'язання конфліктних ситуацій	90
Готувати молодь до подружнього життя	85
Розвивати діяльність консультативних пунктів психологічної допомоги, шкільних психологів	90

Джерело: Державний центр соціальних служб для молоді, Український інститут соціальних досліджень. Аналітичний звіт за результатами опитування молоді України в рамках проекту «Вивчення громадської думки дітей та молоді щодо ефективності роботи з профілактики негативних явищ (наркозалежності, СНІД, тютюнопаління, правопорушень, злочинності) в дитячому та молодіжному середовищі та формування здорового способу життя». — К., 2001. — С. 72.

Часто молоді бракує інформації про організації, які здійснюють профілактичну роботу в молодіжному середовищі. За даними одного із досліджень, проведеного Державним центром соціальних служб для молоді спільно із Українським інститутом соціальних досліджень у 2001 році, 71% опитаних взагалі не знали про існування таких організацій¹⁶⁸. Серед тих, хто знає такі організації, найчастіше називають міліцію, навчальні заклади, школи та ЦССМ (див. рис. 2.1)

Відсутність в країні закону, який би чітко регламентував основні напрямки профілактики, повноваження та міру відповідальності її суб'єктів, а також механізми взаємодії між ними; слабе організаційне та фінансове забезпечення діяльності суб'єктів, що проводять профілактичні заходи; фактична відсутність багаторівневої координації їх діяльності фактично приводить до знецінення окремих напрямів профілактики. Внаслідок цього сукупність суб'єктів профілактики наркотизму функціонує не як цілісна, цілеспрямована система, а як сукупність різновекторних одиниць. Для налагодження координації між суб'єктами різних напрямів профілактики наркотизму потрібні координаційні дієздатні ради на різних рівнях державних адміністрацій.

Профілактична робота з молоддю, як і з іншими цільовими групами, має комплексний характер і охоплює широкий діапазон різних заходів, спрямованих на попередження вживання цих речовин, зменшення шкоди від немедичного вживання наркотичних засобів, зміцнення здоров'я і підвищення якості життя. Виконуючи регулятивну функцію, профілактичні заходи покликані забезпечити таку поведінку людей, яка б відповідала соціальним вимогам, закріпленим у нормах права й інших нормативних системах.

¹⁶⁸ Державний Центр соціальних служб для молоді; Український інститут соціальних досліджень. Аналітичний звіт за результатами опитування молоді України у рамках проекту: «Вивчення громадської думки дітей та молоді щодо ефективності роботи з профілактики негативних явищ (наркозалежності, СНІД, тютюнопаління, правопорушень, злочинності) в дитячому та молодіжному середовищі та формування здорового способу життя». — К., 2001. — С. 13.

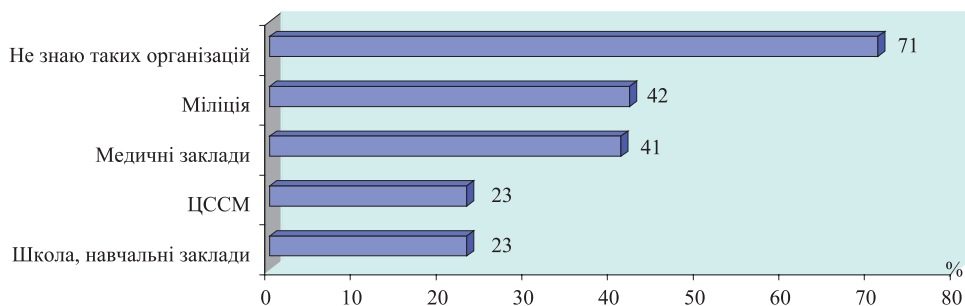


Рис. 2.1. Поінформованість молоді про організації, які здійснюють профілактичну роботу щодо негативних явищ (включно з наркозалежністю та поширенням ВІЛ/СНІД) у молодіжному середовищі району, міста (2001 р., % тих, хто знає такі організації)

Джерело: Державний центр соціальних служб для молоді; Український інститут соціальних досліджень. Аналітичний звіт за результатами опитування молоді України у рамках проекту: «Вивчення громадської думки дітей та молоді щодо ефективності роботи з профілактики негативних явищ (наркозалежності, СНІД, тютюнопаління, правопорушень, злочинності) в дитячому та молодіжному середовищі та формування здорового способу життя». — К., 2001. — С. 13, 68.

Крім регульовальної, профілактичні заходи мають виховну функцію, оскільки зорієнтовані переважно на переконання, а не на примус, тобто не на те, щоб покарати, а потім виправляти і перевиховувати, а на те, щоб саме виховувати з метою недопущення девіантної поведінки.

У грудні 2004 року Інформаційно-аналітична агенція «Статінформконсалтинг» на замовлення Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» провела дослідження «Оцінка рівня охоплення учнівської та студентської молоді профілактичними програмами»¹⁶⁹. За результатами опитування¹⁷⁰, в 55% загальноосвітніх шкіл України учителі пройшли підготовку з питань освіти щодо ВІЛ/СНІД на засадах життєвих звичок і проводять такі заняття впродовж останнього академічного року. Цей показник значно вищий у школах Причорноморського соціально-економічного регіону (презентованого Херсонською областю) — 92%, і значно менший у школах Придніпровського регіону (Кіровоградська область) — 32%.

Понад дві третини українських учнів та студентів впродовж року залучалися до участі у заходах, на яких йшлося про профілактику ВІЛ-інфікування. Найбільш ефективно засвоєння нової інформації відбувається через активні форми навчання: участь в підготовці та проведенні заходу, обговоренні проблемних питань, рольових іграх тощо. 60% учасників профілактичних заходів (або 39% від усього загалу опитаних) брали в них активну частку. Виявлено суттєві відмінності у рівні охоплення молоді профілактичними програмами за регіональною ознакою: показник охоплення

¹⁶⁹ Дослідження проведено за організаційного та методологічного сприяння Міністерства освіти та науки України. Відповідно до програми дослідження проведено опитування директорів загальноосвітніх навчальних закладів, а також учнів та студентів загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації за репрезентативною для України вибіркою. Загалом було опитано 349 директорів загальноосвітніх навчальних закладів і 3732 учні та студенти.

¹⁷⁰ Аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження «Оцінка рівня охоплення учнівської та студентської молоді профілактичними програмами», виконаного фахівцями Інформаційно-аналітичної агенції «Статінформконсалтинг» на замовлення Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» у грудні 2004 року.

молоді профілактичними програмами, розрахований для окремих регіонів, виявився найвищим у Причорноморському регіоні (Херсонська область) – 52%, найнижчим – у Києві – 24%.

Питома вага активних учасників профілактичних заходів є найвищою у загальноосвітніх та спеціалізованих школах (44 і 46% відповідно), у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації вона становить лише 21%. Залучення учнів до профілактичних заходів активніше відбувається у навчальних закладах державної форми власності (40%), ніж приватної (31%). Дівчата беруть у таких заходах більш активну участь, ніж юнаки (відповідно 45 та 33%).

Результати опитувань показали, що існує низка чинників, які детермінують готовність молоді до зміни поведінки: досвід участі в подібних закладах; активність щодо їх організації, проведення; цікавість самого заходу, інформації, яка надається в ході заходу; багаж знань; готовність до участі в таких заходах в подальшому; уявлення про власну активну позицію в майбутніх заходах тощо. Результати опитувань доводять, що організація профілактичної роботи, яка нині проводиться з учнівською молоддю, повинна мати позитивні результати у перспективі, оскільки вагома частка молоді відчуває вплив профілактичних заходів, коригує свою поведінку і висловлює бажання брати участь у відповідних профілактичних заходах у майбутньому.

2.3. Громадські й парламентські слухання

Громадські й парламентські слухання належать до соціальних технологій, які почали використовувати в українському суспільстві останнім часом. На сьогодні в країні відбулися лише одні цільові Громадські слухання з даної тематики: «Державна політика у сфері обігу наркотиків і профілактики ВІЛ-інфекції та необхідні заходи протидії поширенню епідемії ВІЛ/СНІД в Україні» (17 листопада 2003 р.). В них взяли участь представники багатьох громадських і благодійних організацій, державних установ.

Під час Громадських слухань були висловлені різні точки зору на поліпшення ситуації з порушення прав споживачів ін'єкційних наркотиків та людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Був також визначений ряд проблем, пов'язаних із невідповідністю нормативно-законодавчої бази у сфері обігу наркотиків і профілактики ВІЛ-інфекції та правозастосувальної практики, вироблено рекомендації з її поліпшення, які увійшли до Резолюції Громадських слухань¹⁷¹.

26 листопада 2003 р. відбулися парламентські слухання стосовно становища молоді в Україні: «Формування здорового способу життя української молоді: стан, проблеми, перспективи» (відповідно до вимог Декларації «Про загальні засади державної молодіжної політики в Україні»), на яких впроваджувані заходи розглядалися як складова профілактики наркоспоживання та наркозалежності. Увагу було звернено на те, що нині здоровими закінчують школу лише 5–7 % українських випускників; більше 11 % загальноосвітніх закладів у містах і 41 % у селах не мають спеціальних залів для занять спортом¹⁷².

¹⁷¹ Інформаційний бюлєтєнь Всеукраїнської Асоціації зниження вреда. – 2004. – № 3.

¹⁷² Відбулися парламентські слухання // http://gska2.rada.gov.ua/control/uk/publish/article/news_left?art_id=44109&cat_id=37486.

1 грудня 2003 р. у Верховній Раді України відбулися Парламентські слухання «Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІД, наркоманії та алкоголізму в Україні і шляхи їх вирішення», мета яких — визначення першочергових завдань та дій, необхідних для вирішення проблем, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом, наркоманією та алкоголізмом в Україні. На них покладалися великі надії й очікування, оскільки відбувалися вони в стінах українського парламенту за участю представників законодавчої й виконавчої гілок влади, представників міжнародних організацій, національних ВІЛ-сервісних НУО.

Серед причин поширення епідемії ВІЛ/СНІД в Україні були названі економічні проблеми в країні, недостатність засобів для забезпечення фінансування соціальних потреб, незадовільне використання існуючої законодавчої бази, а також формальний і декларативний підхід до вирішення багатьох проблем¹⁷³.

У ході слухань були розглянуті такі питання, як підвищення рівня поінформованості молоді про ВІЛ/СНІД; подолання стигматизації і дискримінації людей, які живуть з ВІЛ/СНІД; поліпшення доступності антиретровірусної терапії. Також мова йшла про необхідність змін деяких положень законодавства для підвищення ефективності заходів, спрямованих на контроль над епідемією ВІЛ/СНІД, посилення гарантій дотримання прав людини, обмеження потенційних можливостей для дискримінації й ostrакізму стосовно людей, які живуть з ВІЛ, їх близьких і представників вразливих груп.

В результаті різноаспектного обговорення проблеми ВІЛ/СНІД в Україні були прийняті Рекомендації парламентських слухань, в яких запропоновані заходи для виконання на рівні Кабінету Міністрів України, обласних і місцевих органів виконавчої влади та місцевого самоврядування. Уповноваженому Верховної Ради України по правам людини впродовж 2004 року доручено провести перевірку дотримання в Україні встановлених Конституцією і законами України прав і свобод ВІЛ-інфікованих людей та хворих на СНІД, представити Верховній Раді України спеціальну доповідь із цього питання.

Пунктом 10 Рекомендацій Парламентських слухань, затверджених постановою Верховної Ради України від 3 лютого 2004 р. № 1426-IV, визначено термін розробки й затвердження Концепції державної політики України щодо алкоголю та наркотиків до кінця першого півріччя 2004 р. На даний час Концепція розроблена, але через протилежність позицій МОЗ і СБУ на кінець 2004 р. вона й досі не ухвалена.

2.4. Координаційні ради з питань СНІД

З метою оперативного розв'язання питань, пов'язаних із проведенням заходів щодо захисту населення від ВІЛ-інфекції/СНІД, координації діяльності міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади, громадських і благодійних організацій з питань розроблення і реалізації правових, організаційних та інших заходів, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІД, у відповідь на

¹⁷³ *Нагорная Н.* Парламентские слушания «Социально-экономические проблемы ВИЧ/СПИД, наркомании и алкоголизма в Украине и пути их преодоления», 1 декабря 2003 года // *Новости ВИЧ/СПИД.* — К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД, 2004. — Вып. 1 (11).

виконання Указу Президента України від 1 листопада 2000 р. № 1182 «Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу» Кабінетом Міністрів України було створено Урядову комісію з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД (Постанова КМУ від 7 лютого 2001 р. № 116), яку очолював віце-прем'єр-міністр з гуманітарних питань¹⁷⁴.

Згідно з Положенням про Урядову комісію вона мала право утворювати (у разі потреби) робочі групи, залучати провідних вчених, фахівців науково-дослідних інститутів, вищих навчальних закладів, інших установ та організацій (за згодою їх керівників) до розроблення пропозицій та рекомендацій, здійснення експертизи, наукових досліджень з питань запобігання поширенню ВІЛ/СНІД, а також одержувати від різних організацій безоплатну інформацію, необхідну для виконання завдань.

Під керівництвом Урядової комісії з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД було розроблено заявку України до Глобального фонду і створено Координаційний механізм країни (КМК) на чолі з віце-прем'єр-міністром з гуманітарних питань, міністром охорони здоров'я та резидентом-координатором системи ООН в Україні¹⁷⁵. Координаційний механізм країни був створений спеціально для роботи із Глобальним фондом, а тому мав низку особливостей:

- це група, яка повинна була координувати надання пропозицій від України до Глобального фонду й контролювати здійснення заходів у рамках ухвалених угод;
- функціонування його було заплановане як форум, що сприяє розвитку партнерства й участі великої кількості зацікавлених сторін, включно з державними установами, НУО, організаціями, що працюють на засадах довіри, а також представників приватного сектору;
- він мав заохочувати багатогалузеві програми й забезпечувати зв'язок між різними програмами з розвитку та охорони здоров'я;
- мав заохочувати партнерів до загальної мобілізації зусиль, спрямованих на боротьбу з хворобами, які є наслідком бідності, а також забезпечувати життєздатність місцевих програм¹⁷⁶.

У Положенні про Урядову комісію оговорено, що вона самостійно визначає порядок своєї діяльності та регламент роботи, але засідання Комісії мають проводитися не рідше разу на квартал. Досвід роботи Комісії свідчить, що запрошення інших організацій

¹⁷⁴ Окрім нього, до складу комісії також входять: Міністр охорони здоров'я, перший заступник Міністра охорони здоров'я, головний державний санітарний лікар, заступник Міністра фінансів, заступник Міністра економіки, заступник Міністра освіти і науки, заступник Міністра внутрішніх справ, заступник Міністра з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи, заступник Міністра культури і мистецтв, заступник Міністра праці та соціальної політики, заступник Міністра оборони, заступник Міністра юстиції, заступник Голови Державного комітету інформаційної політики, телебачення та радіомовлення, перший заступник Голови Служби безпеки, перший заступник голови Державного департаменту з питань виконання покарань, віце-президент Національної академії наук, віце-президент Академії медичних наук, начальник відділу профілактики та лікування СНІДу управління профілактики соціально небезпечних хвороб, СНІДу і формування здорового способу життя Міністерства охорони здоров'я, голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства, голова Національного комітету Червоного Хреста України // Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Урядової комісії з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу» від 7 лютого 2001 р. № 116. — <http://chernigov.aids.ua/pravo/23.html>.

¹⁷⁵ *Александріна Т.А.* Підсумки року боротьби зі СНІДом // Медичний Всесвіт. — 2003. — №1. (За матеріалами сайту: http://www.socion.net.ua/med_journal/articles/health_care/aleksandrina.htm)

¹⁷⁶ За матеріалами сайту: <http://test.moz.gov.ua>.

(зокрема міжнародних донорських організацій) до співпраці не набуло поширення. У 2004 р. відбулося лише одне засідання Комісії, присвячене призначенню МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» тимчасовим реципієнтом гранту «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», наданого Україні ГФСТМ.

Координаційні ради з питань СНІД було створено також при обласних держадміністраціях (їх очолювали переважно заступники голів обласних адміністрацій), але в багатьох регіонах вони існували лише на папері¹⁷⁷. Проблеми у координаційній діяльності таких рад зумовлені загальною відсутністю чіткого механізму організації у роботі суспільства над проблемами ВІЛ/СНІД та наркоспоживання.

У травні 2005 року сформована Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, головою якої призначено віце-прем'єр-міністра України М.Томенка. Рада перебрала на себе функції створеної раніше Урядової комісії з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД та Координаційного механізму країни.

Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ/СНІД є робочим органом при Кабінеті Міністрів України, створеним з метою координації діяльності міністерств, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади, відповідних міжнародних та громадських організацій для ефективної реалізації єдиної політики, консолідованого використання коштів та вдосконалення системи моніторингу у сфері запобігання поширенню СНІД.

Голова Національної ради М.Томенко зауважив, що координаційна рада, яка діятиме в новому законодавчому форматі, розпочне активну і конструктивну роботу щодо захисту молодих людей від світового лиха, яким є сьогодні СНІД. На думку віце-прем'єра, Національна координаційна рада, щоб відрізнитися від попередньої урядової структури, повинна не продовжувати дискусії про свою стратегію, а демонструвати побільше реальних заходів і кроків по боротьбі з ВІЛ/СНІД¹⁷⁸.

Затверджено положення про створення низки допоміжних інституцій, які сприятимуть реалізації стратегії координаційної ради, зокрема, положення про створення комітетів, які дадуть змогу долучити до роботи Національної ради кваліфікованих експертів, лікарів та громадських діячів. Таких комітетів затвердили 5 і призначили їхніми головами членів Національної координаційної ради. Так, Комітет з питань стратегічного планування, бюджету, моніторингу та оцінки очолив народний депутат С.Шевчук, Комітет здорового способу життя – В.Кличко, Комітет лікування, догляду та підтримки – А.Щербинська, Комітет з питань роботи з уразливими групами – Н.Підлісна, Комітет захисту прав людей, що живуть зі СНІД, – В.Жовтяк.

Також затверджено положення про Секретаріат Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ/СНІД. До його складу ввійдуть 8 осіб, яких оберуть на конкурсній основі за участю представників громадських організацій.

Крім цього, затверджено примірне положення про Обласну координаційну раду, яка на регіональному рівні має забезпечувати роботу Національної ради у рамках подолання ВІЛ/СНІД.

¹⁷⁷ Україна та ВІЛ/СНІД: Час діяти. – К.: Програма розвитку ООН, 2003. – С. 18

¹⁷⁸ http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/news_article?art_id=16791379&cat_id=35883

2.5. Неурядові організації, їхня співпраця з державними установами

В Україні більш як 100 НУО, задіяних у програмах профілактики поширення ВІЛ/СНІД серед споживачів наркотиків, проте цієї кількості явно бракує для повноцінної діяльності мережі НУО у сфері профілактичних робіт із СНІ, оскільки в багатьох областях функціонують лише поодинокі НУО, а в окремих великих містах (з досить масовими у кількісному відношенні спільнотами СНІ) такі організації взагалі відсутні. Там, де громадські організації по роботі з СНІ існують, їхнє партнерство з державними установами та закладами будується неоднозначно і по-різному.

До розробки Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги і лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 рр. було залучено 22 ключові органи виконавчої влади і 12 міжнародних та національних неурядових організацій, що свідчить про розширення діяльності НУО в Україні, підвищення їх ролі у розв'язанні загальнодержавних завдань. Разом з тим, НУО в країні продовжують багато в чому бути залежними від державних установ, які нерідко ухиляються від партнерства через велику завантаженість та небажання брати на себе додаткові турботи.

Слід зазначити, що без державної підтримки розвитку ВІЛ-сервісних організацій, єдиної концепції погляду на НУО як на стратегічного партнера з боку держави неможливе прискорення задіяння такого важливого й потужного потенціалу, яким є громадянське суспільство. Опіка державою організацій, створених на власний ризик, якими є НУО, передбачена чинним законом «Про благодійництво та благодійні організації». В ньому сказано, що «закон гарантує державну підтримку учасникам благодійної діяльності і створює умови для їх діяльності», але разом із тим «втручання органів державної влади, органів місцевого самоврядування та їх посадових осіб у діяльність благодійних організацій забороняється». Це вимагає внесення необхідних змін та доповнень в чинне законодавство щодо чіткого визначення ролі і місця ВІЛ-сервісних НУО у спільному з державою розв'язанні загальнонаціональних завдань.

Окрім того, нерідко простежується монополія певних організацій на діяльність у сфері робіт із СНІ, що ускладнює «протиснення» до неї новостворених НУО і не сприяє підвищенню ефективності впроваджуваних програм. Ускладнюють діяльність НУО також обмежені фінансові ресурси та лише часткова наявність програм соціального замовлення, внаслідок чого НУО працюють з постійним відчуттям, що по завершенні терміну чергового гранту доведеться призупиняти діяльність або активно шукати кошти на іншу діяльність. Потрібно розширити використання соціального замовлення як механізму покращення співпраці державних і громадських організацій.

Відсутність взаємодії з НУО з боку органів місцевої влади і правоохоронних органів значною мірою зумовлена взаєминами між цими організаціями, які сформувалися впродовж тривалого часу під тягарем конкретних уявлень і стереотипів. І навіть у розпочатому соціальному діалозі між ними нерідко виникає настороженість стосовно оприлюднення специфічної інформації, пов'язаної з діяльністю цих служб. Співпраця урядових організацій з НУО базується на низці нормативно-правових актів, прийнятих як на національному, так і на місцевому

рівнях¹⁷⁹. Так Київський міський центр соціальних служб для молоді (КМЦССМ) активно співпрацює з різними НУО з метою спільної реалізації серед територіальної громади м.Києва соціальних програм, спрямованих на профілактику поширення ВІЛ/СНІД серед СІН та ЖКС, комплексну соціальну підтримку та допомогу хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД. Серед соціальних партнерів центру: Громадська організація «Клуб «Еней»; Громадська організація «Центр психосоціальної реабілітації хімічно залежної молоді «Крок за кроком»; Київське міське відділення міжнародної благодійної організації «Реабілітаційний центр «Сходи»; Громадська організація «Інститут проблем наркоманії і наркозлочинності»; Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД»; Київська міська організація Товариства Червоного Хреста України; Всеукраїнський культурно-просвітницький центр «Нове життя»; Міжнародний благодійний фонд «Вертикаль».

Взаємодія державних установ (наприклад, центрів ССМ) із громадськими організаціями вможливорює об'єднати їхні ресурси, розширити мережу польових, мобільних маршрутів обміну шприців, повернути наркозалежну молодь до ресоціалізації шляхом залучення до роботи в програмах, поширити інформацію про діяльність мережі державних організацій, груп взаємодопомоги серед споживачів ін'єкційних наркотиків, налагодження взаємодії з іншими установами¹⁸⁰.

¹⁷⁹ Так, зокрема, співпраця в реалізації спільних соціальних програм Київського міського центру соціальних служб для молоді (КМЦССМ) з НУО виходить із таких нормативно-правових засад: Закон України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення»; Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю»; Закон України «Про соціальні послуги»; Комплексна програма профілактики злочинності на 2001–2005 роки (Указ Президента України від 25.12.2000 р. № 1376/2000); Указ Президента № 741 від 28.08.2001 р. «Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ-інфекцією та СНІДом»; Постанова Кабінету Міністрів України від 4 червня 2003 р. № 877 «Про затвердження Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003–2010 роки» п.13, п.14, п.15, п. 16; Постанова Кабінету Міністрів України № 264 від 4.03.2004 р. «Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/ СНІД, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки»; Наказ Міністерства України у справах сім'ї, дітей та молоді № 55 від 7.05.2004 р. «Заходи Міністерства України у справах сім'ї, дітей та молоді з профілактики ВІЛ- інфекції та допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД на 2004 р.»; Наказ Державного центру соціальних служб для молоді № 80 від 4.09.2002 р. «Про затвердження Орієнтовних положень про спеціалізовані служби центрів ССМ»; Розпорядження Київської міської державної адміністрації № 2298 від 21.12.2000 р. «Про затвердження програми профілактики ВІЛ-інфекції /СНІД в м.Києві на 2001–2005 рр.»; Розпорядження Київської міської державної адміністрації № 1825 від 30.09.2003 р. «Про затвердження заходів щодо реалізації міської комплексної програми «Здоров'я киян» на 2003–2011 роки»; Розпорядження Київської міської державної адміністрації від 26.03.2003 р. № 447 «Про затвердження заходів Київської міської держадміністрації щодо реалізації в 2003 році другого етапу Стратегії подолання бідності в м.Києві»; Розпорядження Київської міської державної адміністрації № 476 від 26.03.2003 року «Про реалізацію у 2003 році Київським міським центром соціальних служб для молоді програм, спрямованих на виконання завдань міської комплексної програми «Турбота на 2001–2005 роки»; Розпорядження Київської міської державної адміністрації № 212 від 12.02.2004 р. «Про активізацію заходів для боротьби з незаконним обігом наркотиків та профілактики наркоманії, алкоголізму, тютюнокуріння і ВІЛ-інфекції/ СНІД в м. Києві»; Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я киян на 2003–2011 роки» пункт XXVI «Удосконалення наркологічної допомоги населенню та заходи із запобігання вживанню алкоголю та наркотиків».

¹⁸⁰ Наприклад, завдяки співпраці Київського міського центру соціальних служб для молоді лише з Клубом «Еней» у 2004 році в Києві за 5 маршрутами працювали мобільні консультативні пункти. До цієї роботи були залучені транспортні засоби Київського міського центру соціальних служб для молоді та ГО «Клуб «Еней». За шість місяців 2004 р. було надано 1506 індивідуальних послуг і охоплено 1061 споживачів. Діють консультативні пункти «Довіра»: один стаціонарний (вул. Крамського, 21) і 5 польових. Загальна кількість охоплених СІН – 2216 осіб. Було здано 64 800 шприців, а роздано (за участю ГО «Клуб «Еней») – 21 000. Також видавалися інформаційні матеріали, а саме: Буклет про діяльність МЦП «Інформаційно-консультативна соціально-наркологічна приймальня» (за кошти КМЦССМ) та інші інформаційні матеріали, що були надруковані за кошти ГО «Клуб «Еней» та Міжнародного Альянсу ВІЛ/СНІД. Загалом було надано 1506 інформаційно-консультативних послуг.

Відомі факти тісної співпраці урядових та громадських організацій і в інших містах України. Особливо часто це виявляється при відновленні загублених паспортів, вирішенні питання реєстрації за місцем проживання, відновленні батьківських прав, оформленні інвалідності, навчанні, працевлаштуванні тощо (Донецьке обласне товариство сприяння ВІЛ-інфікованим, БФ «Повернення до життя», НУО «Життя+» з Одеси, Житомирський благодійний фонд протидії соціально небезпечним захворюванням і СНІД).

Для повнішого включення ЛЖВС у суспільство, поліпшення їхнього рівня життя, зменшення ефекту самостигматизації Клуб «Квітень» (Полтава) організував заняття з арт-терапії у своєму приміщенні й в обласній психолікарні, вечір сімейного відпочинку, а також терапевтичний табір «Наш шлях». Громадська організація «Життя +» (Одеса) реалізує перший в Україні пілотний проект з немедичного догляду і підтримки 50 ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, спрямований на поліпшення якості життя цих людей, надання їм медико-консультативної, юридичної і психосоціальної допомоги.

БФ «Дорога до дому» (Одеса) реалізує проект «Національний тренінговий центр з питань профілактики ВІЛ/СНІД/ІПСШ серед уразливих груп населення», що став базою для підготовки практичних фахівців для роботи в проектах, у тому числі соціальних працівників і волонтерів, навчання СІН, ЖСБ і представників інших уразливих груп безпечним моделям поведінки. На даний момент завершено перший етап: проведено два селективні тренінги, підготовлено 20 національних тренерів, які проводять тренінги за єдиною методикою, що враховує найкращі вітчизняні й світові практики.

Оскільки одним із успішних методів роботи є полегшення доступу до медичних і соціальних послуг для представників уразливих груп, у межах проектів створено пересувні лікарські бригади (Донецьке обласне суспільство сприяння ВІЛ-інфікованим, БФ «Сподівання» (Запоріжжя), БФ «Турбота» (Донецьк) та інші. Для більшої доступності засобів захисту клієнтами БФ «Мангуст» у м. Херсоні на базі мережі аптек «Крок» був відкритий нічний Пункт Довіри, в якому працюють волонтерами підготовлені аптечні працівники.

У м. Черкаси учасники профілактичної програми мають можливість одержати направлення в анонімний наркологічний кабінет для лікування за методом замісної терапії препаратом бупренорфін.

БФ «Юнітус» (Миколаїв) видає спеціалізовану профілактичну газету «Подорожник» для уразливих жінок, формує у них навички і мотивацію до безпечної поведінки шляхом залучення їх до групи підтримки, надає доступ до бібліотеки й ресурсної бази фонду.

Досвід профілактичної роботи серед СІН і авторитет громадської організації «Крок назустріч» (Суми) сприяли отриманню цим НУО фінансової підтримки від облдержадміністрації і поширенню стратегії зниження шкоди на 4 райони області.

Епідемія заторкнула і дітей, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями і кинуті напризволяще. Їхній соціальній і фізичній реабілітації в дитячих притулках і спеціалізованих будинках дитини сприяють працівники і волонтери проектів у Донецьку й Одесі, проводячи ігрові заняття, прогулянки, надаючи засоби догляду і вітамінізоване харчування. БФ «Солідарність» (Івано-Франківськ) проводить для дітей СІН і ВІЛ-позитивних людей щотижневі навчальні заняття в комп'ютерному класі організації, надає їм шкільне приладдя, гуманітарну допомогу.

Крім захисту здоров'я клієнтів, НУО приділяють значну увагу соціальній реабілітації шляхом організації й підтримки груп взаємодопомоги СІН, ЖКС, ЛЖВ/С та їхніх родичів, допомагають їм, співпрацюючи з організаціями-партнерами, надають СІН-клієнтам проекту послуги з безкоштовної детоксикації і реабілітації (Клуб «Еней» (Київ), Клуб «Квітень» (Полтава), БФ «Благодійність» (Миколаїв), Центр «Ступені» (Чернігів), БФ «Нова родина» (Чернівці), Клуб «Вікторія» (Павлоград) та інші).

Співробітники БФ «Турбота» (Донецьк) реалізують проект, який передбачає проведення серії практичних навчальних семінарів для медичного персоналу і пацієнтів державних і госпрозрахункових шкірвендиспансерів з питань ВІЛ-інфекції/СНІД/ІПСШ. Ними підготовлений і виданий навчальний посібник «Консультування в зв'язку з ВІЛ/СНІД та ІПСШ», схвалений МОЗ України і Центральним методичним кабінетом вищої освіти. Ведеться профілактична робота в установах пенітенціарної системи шляхом проведення тренінгів, консультування ув'язнених і працівників цієї сфери (БФ «Благодійність» з Миколаєва, БФ «Інсайт» з Черкаса).

Громадський конгрес «Сталість» (Вінниця) разом з Управлінням охорони здоров'я Вінницької облдержадміністрації у 2002–2003 роках провів цикл виїзних тренінгів з до- і післятестового консультування для представників уразливих груп, на яких навчанням було охоплено 210 лікарів і 62 середніх медичні працівники області.

Таким чином, співпраця між державними й громадськими організаціями сьогодні набуває дедалі більшого поширення. Основна проблема, яка виникає при цьому, пов'язана з координацією діяльності як державних, так і громадських організацій у сфері профілактики поширення ВІЛ/СНІД серед споживачів наркотиків, обміном між ними інформацією та наявними ресурсами.

2.6. Соціальна мобілізація (антистигма/дискримінація)

Хоча в різних країнах епідемія ВІЛ/СНІД розвивається по-різному¹⁸¹, спільним є те, що вона концентрується здебільшого в маргінальних групах населення, особливо серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН). Тому ставлення до маргіналізованих груп найбільш упереджене й вони не мають достатнього доступу до базових послуг у зв'язку із ВІЛ/СНІД, ІПСШ та іншими проблемами. СІН зазнають подвійної стигматизації — з одного боку як СІН, а з іншого — як особи, які мають високий ризик інфікування ВІЛ. Варто додати, що стигматизації, і як наслідок — дискримінації зазнають не тільки самі представники маргінальних груп, а й їхні родичі та близькі.

В Україні зневажливе, нетолерантне ставлення суспільства до СІН спричиняє небажання як проходити тестування на ВІЛ¹⁸², так і звертатися за послугами (медичними, соціальними, юридичними). Упереджене ставлення з боку соціуму певною мірою пояснюється браком адекватної інформації щодо ВІЛ-інфікування/СНІД. Серед основних причин СНІДофобії, стигми, дискримінації та маргіналізації у ракурсі проблеми ВІЛ/СНІД можна назвати такі¹⁸³:

¹⁸¹ Brown L., Trujillo L., Macityre K. Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned? — Horizon program Tulane university, 2001.

¹⁸² Звіт про людський розвиток в Україні. Україна та ВІЛ/СНІД: час діяти. — К: ПРООН, 2003.

¹⁸³ Концептуальная основа и основополагающие принципы деятельности: стигма и дискриминация в связи с ВИЧ/СПИДом. — ЮНЕЙДС, 2002.

- недостатнє розуміння хвороби;
- міфи щодо шляхів передавання ВІЛ;
- забобони;
- відсутність лікування;
- безвідповідальні повідомлення про епідемії у ЗМІ;
- той факт, що СНІД невиліковний;
- поширені в суспільстві страхи, пов'язані із забороненими наркотиками й уживанням наркотиків ін'єкційним шляхом тощо.

На панівні нині в суспільстві настрої суттєво вплинуло те, що інформація про ВІЛ/СНІД, яка надавалася в СРСР наприкінці 80-х років минулого століття, мала яскравий стигматизаційний характер. Переважала точка зору, що СНІД — це хвороба «неблагополучних верств суспільства» (наркозалежних, гомосексуалістів тощо) — яку значна частина населення України поділяє донині. Як наслідок, у суспільстві діють різні рівні стигми, які взаємно пронизують одне одне.

За даними дослідження, проведеного Українським інститутом соціальних досліджень (УІСД)¹⁸⁴, більшість українців знають про ВІЛ/СНІД. Водночас існує багато міфів щодо шляхів передавання інфекції, засобів профілактики, можливостей тестування тощо. Це певним чином пояснює негативне ставлення до ЛЖВС. Більшість опитаних зазначили, що вони хотіли б дистанціюватися від ЛЖВС у повсякденному житті. За даними соціологічних досліджень, третина населення поділяє думку щодо доцільності ізоляції ЛЖВ/С¹⁸⁵.

Таблиця 2.2

Рівні стигми

№	Рівні стигми	Прояви стигми щодо СІН та ЛЖВ/С
1	Метарівень (Культура)	<ul style="list-style-type: none"> • Норми та стандарти суспільства, відповідно до яких люди, що належать до певної групи, в даному випадку СІН та ЛЖВ/С, менш моральні, самі винні у власних проблемах. Культурна стигма відображається в ЗМІ, соціальній рекламі, ґрунтованій на моделі залякування, тощо.
2	Макрорівень (Держава)	<ul style="list-style-type: none"> • Недооцінка соціального значення проблеми. • Необґрунтовані обмеження різних видів діяльності СІН та ЛЖВ/С. • Недосконалість законодавства щодо вживання наркотичних речовин. • Неповна статистична картина щодо поширення ВІЛ/СНІДу через небажання СІН проходити тестування на ВІЛ.
3	Мезорівень (Соціальні інститути, міжособистісні відносини)	<ul style="list-style-type: none"> • Дискримінаційне ставлення з боку уряду, закладів охорони здоров'я, церкви, бізнесу та інших соціальних інститутів до СІН або ЛЖВ/С. • Упереджене й дискримінаційне ставлення до СІН або ЛЖВ/С з боку референтних, соціально значущих груп. • Дистанціювання від СІН та ЛЖВ/С тощо.
4	Мікрорівень (Самостигматизація, або аутостигматизація)	<ul style="list-style-type: none"> • Занижена самооцінка, самообмеження у професійному та особистісному зростанні, створенні повноцінної сім'ї, прийняття ролі жертви. • Надмірна тривога, страждання, що призводить до погіршення стану здоров'я, тощо.

¹⁸⁴ Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІД в Україні: нові прогнози. — К.: Український інститут соціальних досліджень, 2003. — С. 69—70.

¹⁸⁵ Там само.

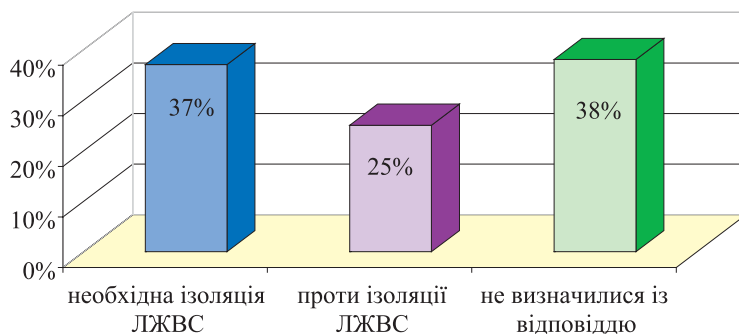


Рис.2.2. Громадська думка щодо ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД в Україні (1998 рік)

Джерело: Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/ СНІДу в Україні: нові прогнози. — К.: Український інститут соціальних досліджень, 2003. — С. 69–70.

Подібні результати підтверджені й іншими дослідженнями¹⁸⁶. За даними Центру соціальних експертиз Інституту соціології НАНУ¹⁸⁷, серед населення домінує точка зору, згідно з якою ЛЖВ/С не можуть вести повноцінне життя й продовжувати працювати в трудовому колективі після з'ясування ВІЛ-статусу. Наприклад, працівники промислового сектору, які продемонстрували найбільш негативне ставлення до ЛЖВ/С, вважають, що інфіковані люди самі очікують до себе негативного ставлення та сприйняття як неповноцінних.

Основні причини такого ставлення — низький рівень поінформованості щодо ризику та шляхів передавання ВІЛ/СНІД і відсутність знань і практичних навичок у профілактиці ВІЛ/СНІД. СНІД розглядається не як «хвороба», а як «злочин» і «кара» за ведення ризикованого способу життя. Звідси й переконання, що небезпечна щодо ВІЛ/СНІД поведінка властива винятково «неблагополучним верствам суспільства» — наркозалежним, особам секс-бізнесу, гомосексуалам тощо й у більшості випадків люди впевнені, що їх особисто ця проблема не торкнеться, оскільки вони не живуть небезпечним життям.

Ставлення дещо різняться відповідно до об'єкта: частина респондентів стверджує, що не змінила б свого ставлення до хворого друга чи знайомого. Інша частина учасників зауважила, що лише вимушено підтримувала б стосунки із ВІЛ-інфікованим родичем. Лише окремі люди готові до нормального спілкування з інфікованою людиною, бо усвідомлюють, що їм при цьому нічого не загрожує.

Поряд із ЛЖВ/С, стигматизованими виявляються і представники окремих соціальних та професійних груп. На відміну від соціальних груп, професійні групи ризику меншою мірою зазнають стигматизації, однак саме вони становлять той субстрат, який, враховуючи нинішні темпи поширення епідемії ВІЛ/СНІД, може стати підґрунтям для дискримінації в майбутньому (див. табл. 2.3).

¹⁸⁶ Дослідження «СНІД-Фонду Схід–Захід» щодо стигми та дискримінації // Новини ВІЛ/СНІД. Політика та адвокація. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. — 2004. — №2. — С.9–11.

¹⁸⁷ ВІЛ/СНІД у сфері праці (Робочі матеріали: Соціально-економічний вплив ВІЛ/СНІД в Україні та Окреме соціологічне дослідження в Закарпатській області). — К.: ПЦ «Фоліант», 2004. — 70 с.

Групи ризику щодо ВІЛ/СНІД за даними фокус-груп

Соціальні групи ризику ¹⁸⁸	Професійні групи ризику
<ul style="list-style-type: none"> • СІН; • залежні від алкоголю; • гомосексуали; • особи без визначеного місця проживання; • особи секс-бізнесу; • в'язні; • туристи й ті, хто часто змінює місце проживання; • молодь 	<ul style="list-style-type: none"> • медичні працівники (контактують з хворими, працюють з кров'ю); • соціальні працівники (контактують з хворими, споживачами наркотиків); • водії (безладні статеві стосунки в дорозі); • персонал готелів і ті, хто користується послугами готелів; • працівники сфери обслуговування: перукарі, працівники ресторанного бізнесу (вони контактують з великою кількістю людей); • представники творчих професій (вони багато контактують із СІН, часто змінюють сексуальних партнерів); • донори станцій переливання крові; • серед залізничників — провідники; • трудові мігранти

Джерело: ВІЛ/СНІД у сфері праці (Робочі матеріали: Соціально-економічний вплив ВІЛ/СНІД в Україні та Окреме соціологічне дослідження в Закарпатській області). — К.: ПЦ «Фоліант», 2004. — 160 с.

ЛЖВ/С оцінюють ставлення суспільства до ВІЛ-позитивних людей як украй негативне, причому медичний персонал, роботодавці, працівники сфери освіти й представники правоохоронних органів є найбільш дискримінуючими групами суспільства. Як наслідок — ВІЛ-позитивні люди приховують свій статус.

Згідно з оцінкою МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»¹⁸⁹, 32% СІН не вірять у можливість доброзичливого ставлення до них з боку суспільства. Для людини, яка позбавилася наркотичної залежності, вкрай важливою є зміна найближчого соціального середовища, але суспільство здебільшого не приймає екс-СІН і вони часто знову повертаються до своїх колишніх друзів, а отже — й до наркотиків.

Результати соціологічних досліджень свідчать, що сьогодні українське суспільство до кінця не усвідомлює проблему поширення епідемії ВІЛ/СНІД. Зокрема, 39% опитаних громадян виступають проти того, щоб держава безкоштовно забезпечувала СІН чистими шприцами¹⁹⁰.

¹⁸⁸ Учасники фокус-групових опитувань вважають, що саме для цих груп властиві непорядковане статеве життя й недотримання правил особистої гігієни, що з часом неминуче призводить до інфікування. Респонденти виокремили такі групи, користуючись власними уявленнями про стиль життя членів цих груп.

¹⁸⁹ Оцінка, яку провів Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні: аналітичний огляд. — С.10–20.

¹⁹⁰ Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІД в Україні: нові прогнози. — К.: Український інститут соціальних досліджень, 2003. — С. 70.

Результати міжнародного дослідження «The European Values Study: a Third Wave»¹⁹¹ свідчать, що жителі України виявляються більш нетолерантними стосовно ЛЖВС, наркоспоживачів та гомосексуалів порівняно із жителями інших європейських країн.

Таблиця 2.4

**Питома вага тих, хто не хотів би мати сусідом хворого на СНІД,
наркоспоживача, гомосексуала (у %)**

Країна	ЛЖВС	Наркоспоживачі	Гомосексуали
Угорщина	78	92	84
Україна	59	87	63
Білорусь	58	87	63
Литва	55	86	68
Росія	52	84	58
Болгарія	52	72	54
Румунія	47	74	65
Хорватія	46	67	46
Словакія	45	79	44
Польща	44	69	55
Естонія	42	90	46
Мальта	39	72	40
Греція	37	51	42
Італія	31	55	29
Північна Ірландія	31	78	35
Латвія	29	75	46
Португалія	27	48	25
Велика Британія	25	72	24
Ірландія	23	66	27
Чеська республіка	21	73	20
Фінляндія	21	75	21
Іспанія	21	53	16
Австрія	17	53	25
Бельгія	12	51	18
Люксембург	12	43	19
Німеччина	11	59	13
Франція	9	48	16
Нідерланди	8	73	6
Швеція	7	60	6
Ісландія	7	76	8
Данія	6	60	8
У середньому серед країн Європи	31	68	35

Джерело: *Source Book of the 1999/2000 European Values Study Surveys.* – WORC, Tilburg University, 2001. – P. 41–42.

16 травня 2004 року Київським міським центром соціальних служб для молоді в межах акції «Люби, пам'ятай, живи!» було проведено опитування підлітків та молоді, їхніх батьків з проблем толерантного ставлення до людей, що живуть з ВІЛ/СНІД.

¹⁹¹ *Source Book of the 1999/2000 European Values Study Surveys.* – 2001. – http://spitswww.unt.nl/web/fsw/evs/documents/EVS_SourceBook.pdf.

Відповідно до отриманих даних, близько половини опитаних толерантно ставляться до ВІЛ-позитивних людей. За результатами дослідження:

- 84% опитаних зазначили, що їх не залишають байдужими медико-соціальні проблеми людей, що живуть із ВІЛ/СНІД, та шляхи їх розв'язання.
- Понад половину опитаних (53%) вважають, що вони не змінили б ставлення до знайомої людини, якби дізналися про її ВІЛ-позитивний статус.
- Упереджене ставлення до ВІЛ-інфікованих висловили близько чверті опитаних (26%), зазначивши, що від ВІЛ-статусу людини залежать її особисті якості та цінність для суспільства. Однак 56% опитаних такої залежності не вбачають.
- Не заперечують перебування ВІЛ-інфікованих людей поруч із собою 55% опитаних, а 24% – категорично проти спільного перебування та навчання.

Розбіжності в оцінках толерантності українського населення до ВІЛ-позитивних людей, отримані у зазначених дослідженнях, можна пояснити тим, що у Києві інформація про проблему ВІЛ/СНІД більш поширена, тому населення столиці має вищий рівень обізнаності та розуміння цієї проблеми. Крім того, дослідження Київського міського центру соціальних служб для молоді проводилося під час цільової акції, присвяченої проблемам ВІЛ/СНІД, тому значна частина респондентів, які взяли участь в опитуванні, репрезентують частину населення, яка цікавиться цими питаннями, а отже, має більш толерантну позицію щодо ВІЛ-інфікованих людей.

Дуже важливим у підходах до механізму дестигматизації є розуміння потреб СІН та ЛЖВС у соціально-правовій підтримці. Свобода від дискримінації є одним із основних прав людини. Права СІН та ЛЖВС встановлюються та гарантуються Конституцією України, документами ООН з прав людини, ратифікованими Україною, іншими нормативно-правовими актами, так само як і права інших громадян. Незважаючи на це, на етапі практичного застосування законодавчих норм щодо немедичного вживання наркотиків та профілактики ВІЛ/СНІД мають місце систематичні порушення прав споживачів ін'єкційних наркотиків та ВІЛ-позитивних осіб.

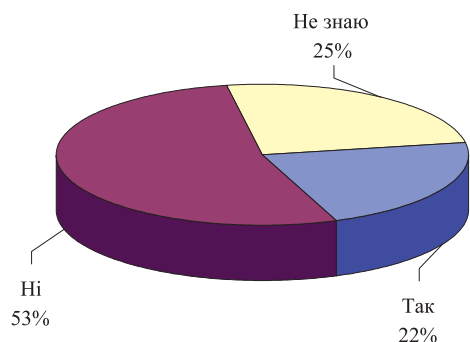


Рис. 2.3. «Чи змінилося б Ваше ставлення до знайомої людини, якби Ви дізналися про її позитивний ВІЛ-статус?»

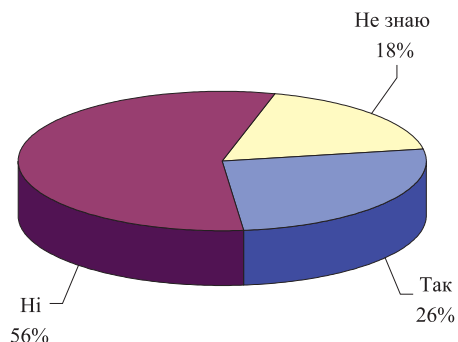


Рис. 2.4. «Чи залежать від ВІЛ-статусу особистісні якості людини та її цінність для суспільства?»

Джерело: Дані Київського міського центру соціальних служб для молоді, 2004 р. (неопубл.)

Найактуальніші питання для СІН та ЛЖВ/С

На думку соціальних працівників та юристів, для СІН та ЛЖВ/С актуальними є такі питання:	
Для СІН	Для ЛЖВ/С
<ul style="list-style-type: none"> • Застосування фізичної сили з боку міліції. • Протизаконні затримання міліцією. • Недопустимі методи ведення допиту. • Протизаконний обшук. • Відсутність безкоштовного або принаймні доступного медичного обслуговування, відмова в лікуванні. • Позбавлення прописки та батьківських прав тощо. 	<ul style="list-style-type: none"> • Некваліфіковане ставлення до ЛЖВС з боку лікарів. Порушення прав на надання медичної допомоги. • Протизаконне зняття конфіденційності, анонімності статусу. • Відмова в працевлаштуванні та освіті. • Соціальні бар'єри з оточенням, дискримінація тощо.

Джерело: Матеріали сайту: http://aids.ua/_projects/advocacia/research.html

У межах Всесвітньої кампанії проти стигми та дискримінації ВІЛ-позитивних людей періодично проходять масові акції в різних регіонах України. Основною метою таких заходів є привернення уваги громадськості до проблем епідемії ВІЛ/СНІД і толерантного ставлення до ЛЖВС. Зокрема, «СНІД-Фондом Схід–Захід» спільно з організацією «Лікарі без кордонів» (MSF) у 2001 р. була розпочата реалізація програми кампаній у ЗМІ щодо солідарності з ЛЖВС та з питань безпечного сексу. Мета програми – забезпечити населення адекватною інформацією та підвищити рівень знань з питань ВІЛ/СНІД і таким чином знизити рівень стигматизації та дискримінації ЛЖВС. Кожна кампанія розробляється на підставі результатів попередньої, і є черговою ланкою всієї програми кампаній. У грудні 2003 року «СНІД-Фонд Схід–Захід» разом із ВМЛЖВС та її регіональними підрозділами розпочав чергову кампанію солідарності з ЛЖВС, плануючи закінчити її у березні 2005 року¹⁹².

Соціологічні заміри, зроблені в різні періоди часу різними дослідницькими установами, демонструють той факт, що ставлення суспільства до представників маргінальних груп істотно не змінюється, воно не стає більш толерантним, навіть з огляду на те, що рівень поінформованості населення збільшується. На нашу думку, це пов'язано з тим, що стигма ВІЛ/СНІД заснована на глибоко вкорінених соціальних страхах і побоюваннях, подібних до стигми таких хвороб, як проказа, холера тощо. Тому для будь-якої активності, спрямованої на подолання стигми й дискримінації щодо ЛЖВС та СІН в українському суспільстві, необхідно досягти більш глибокого розуміння самих проблем, а також соціальних норм, які вони зміцнюють. Інакше виникає ризик, що розроблені програми й заходи будуть неповними і, відповідно, їх вплив буде незначним.

Потрібно також мобілізувати ресурси всього суспільства на формування толерантного ставлення до СІН та ЛЖВС, зокрема, через:

- ефективну просвітницьку діяльність: розвиток соціального маркетингу та інституту соціальної реклами, спрямованого на підвищення рівня поінформованості на-

¹⁹² Новини ВІЛ/СНІД: Політика та адвокація. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004. — Вип. 2 — Серпень 2004 р. — С. 9.

селення стосовно проблеми ВІЛ/СНІД та необхідності терпимого ставлення до ЛЖВС та вразливих груп;

- стимулювання участі СІН, екс-СІН, ЛЖВС у програмах зменшення шкоди й інформаційно-просвітницькій роботі;
- правозахисну діяльність, спрямовану на збереження й дотримання прав СІН та ЛЖВС;
- перегляд законодавства;
- стимулювання активності місцевих ініціатив у проведенні заходів, щодо формування толерантного ставлення до СІН та ЛЖВС тощо.

2.7. Соціальна реклама

Соціальна реклама є одним із методів соціального маркетингу, в межах якого вона розглядається як ефективна комунікаційна модель, абсолютно відмінна від пропаганди. Загальною метою соціальної реклами є зміна ставлення людей до повсякденної реальності в бік формування нових, або зміни й трансформації наявних соціальних цінностей і стереотипів. Тож не дивно, що роль соціальної реклами як компоненти соціальної політики й активного суб'єкта у питанні формування механізмів соціального захисту та збагачення соціального капіталу останнім часом істотно зростає.

Як свідчать результати експертного опитування щодо практики соціальної реклами в Україні, проведеного у 2003 році Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАНУ на замовлення представництва Дитячого фонду ООН в Україні (ЮНІСЕФ), соціальна реклама є потужним механізмом профілактики негативних явищ, здатним змінити ставлення населення до соціальних проблем¹⁹³.

Серед найактуальніших питань, на які має спрямовуватися соціальна реклама, чільне місце відводять саме профілактиці ВІЛ/СНІД і наркоманії. За результатами опитувань Українського інституту соціальних досліджень, 11–14% молодих людей країни вважають, що вплив соціальної реклами на профілактику наркозалежності та ВІЛ/СНІД серед молоді є вирішальним, 52–57% вважають цей вплив не таким уже й значним і лише 8% категорично його заперечують¹⁹⁴.

За оцінками експертів, на момент проведення дослідження 16% ринку соціальної реклами України належало профілактиці ВІЛ/СНІД та 16% – профілактиці наркозалежності¹⁹⁵.

Нині соціальна реклама в Україні лише починає процес розвитку та інституціоналізації. На початку 2002 року обсяг соціальної реклами не перевищував 1,5% обсягу рекламного ринку країни¹⁹⁶.

¹⁹³ Привалов Ю.О. Експертні оцінки стану соціальної реклами в Україні (результати дослідження) // Соціальна реклама в Україні: Сучасний стан та перспективи розвитку : Матеріали конференції. – К.: ПЦ «Фоліант», 2004. – С. 87.

¹⁹⁴ Державний Центр соціальних служб для молоді, Український інститут соціальних досліджень. Аналітичний звіт за результатами опитування молоді України у рамках проекту «Вивчення громадської думки дітей та молоді щодо ефективності роботи з профілактики негативних явищ (наркозалежності, СНІД, тютюнопаління, правопорушень, злочинності) в дитячому та молодіжному середовищі та формування здорового способу життя». – К., 2001. – С. 70.

¹⁹⁵ Привалов Ю.О. Експертні оцінки стану соціальної реклами в Україні (результати дослідження) // Соціальна реклама в Україні: Сучасний стан та перспективи розвитку: Матеріали конференції. – С. 88.

¹⁹⁶ Котенко К. Що таке соціальна реклама? // Добра воля. – 2003. – №5 (24). – С. 7

Рекламна діяльність в Україні регулюється Законом України «Про рекламу» від 3 липня 1996 року № 270/96-ВР. Законом України від 15 травня 2003 року № 762-IV до чинного Закону були внесені зміни, які, зокрема, торкнулися питань соціальної реклами. У Законі «Про рекламу» (ст.12) міститься поняття «соціальної реклами», яка визначається як «інформація державних органів з питань здорового способу життя, охорони здоров'я, охорони природи, збереження енергоресурсів, профілактики правопорушень, соціального захисту та безпеки населення, яка не має комерційного характеру. В такій рекламі не повинні згадуватись конкретна продукція та її виробники».

Державні органи виконавчої влади здебільшого приділяють увагу створенню та поширенню соціальної реклами в системі центрів соціальних служб для молоді України (ЦССМ). Існує низка нормативних документів, які регламентують та регулюють соціально-рекламну діяльність ЦССМ: Положення про соціальну рекламу в системі соціальних служб для молоді України від 20.07.1998 року, Програма «Створення та розповсюдження соціально-рекламної інформації на 2002–2004 роки» від 10.09.2002 року, нині триває робота над такою Програмою на 2005–2008 роки.

Для реалізації вищезгаданої Програми з державного бюджету у 2003 році цілеспрямовано було виділено 1 млн 676 тис. грн¹⁹⁷, у I півріччі 2004 року на фінансування соціально-рекламних заходів регіональних ЦССМ (крім Київського міського ЦССМ) було виділено 289 тис. грн¹⁹⁸. Аналіз виконання Програми свідчить, що у 2002 році загальний наклад рекламних видань перевищував 75 тис. примірників. По всій Україні регіональні ЦССМ розробляли соціальну рекламу негативних явищ у молодіжному середовищі, частина якої спрямована на запобігання вживанню наркотиків і ВІЛ/СНІД¹⁹⁹.

Якщо говорити безпосередньо про використання соціальної реклами в профілактиці ВІЛ/СНІД та споживанні наркотиків, то, за даними ЦССМ, соціальній рекламі

Таблиця 2.7

Кількість рекламної продукції, виготовленої та розміщеної у ЗМІ

№	Вид продукції	Профілактика негативних явищ (тютюнопаління, алкоголь, наркозалежність, ВІЛ/СНІД, ПСШ)		Разом за 9 тематичними підрозділами	
		кількість	виходи в ефір	кількість	виходи в ефір
Виготовлено у 2004 році					
1	Аудіоролики	74	261	117	772
2	Відеоролики	15	54	71	393
3	Документальні фільми	5	27	22	41
Виготовлено у 2002-2003 роках					
1	Аудіоролики	10	1262	17	1374
2	Відеоролики	26	611	68	1516
3	Документальні фільми	10	39	41	554

Джерело: Звіт про реалізацію відділом соціально-рекламної інформації ДЦССМ програми системи центрів соціальних служб для молоді «Створення та поширення соціально-рекламної інформації у I півріччі 2004 року».

¹⁹⁷ За даними ЦССМ.

¹⁹⁸ Звіт про реалізацію відділом соціально-рекламної інформації ДЦССМ програми системи центрів соціальних служб для молоді «Створення та поширення соціально-рекламної інформації у I півріччі 2004 року».

¹⁹⁹ Наказ про виконання у 2002 році Програми системи центрів соціальних служб для молоді «Створення та розповсюдження соціальної рекламної інформації» на 2002–2004 роки та затвердження плану заходів щодо її реалізації у 2003 році.

з цієї тематики приділяють найбільшу увагу. Частка продукції та частота розміщення у ЗМІ соціальної реклами щодо профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі становить значну частину від загальної кількості соціальної реклами за 9 тематичними підрозділами (підтримка волонтерського руху, проблеми насильства, проблеми репродуктивного здоров'я молоді тощо).

За I півріччя 2004 року в ефір вийшла 191 телепередача, 717 радіопередач, надруковано 2661 статей, проведено 21 прес-конференцію та 131 круглий стіл стосовно діяльності ЦССМ з профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі.

Підсумовуючи сказане, додамо, що соціальна реклама в Україні щороку поліпшується і за якісними, і за кількісними характеристиками, але для задоволення потреб сучасного українського соціуму необхідно перш за все зосередитися на інвестуванні реклами здорового способу життя, профілактики запобігання негативних явищ і створення позитивних моделей поведінки на рівні всього суспільства.

2.8. Адвокація

Майже за двадцятирічну історію епідемія ВІЛ/СНІД в Україні вимірюється не десятками, а тисячами і навіть сотнями тисяч інфікованих. Численні зусилля, що були спрямовані на боротьбу з епідемією, не зупинили її розвитку. Епідемія в країні, рушійною силою якої й досі є споживачі ін'єкційних наркотиків, стосується не лише медиків, співробітників профільних міністерств та українських і міжнародних організацій, а й міліції, представників місцевої влади, народних депутатів. З іншого боку, нині впровадження необхідного та життєво важливого специфічного противірусного лікування значної кількості ВІЛ-позитивних споживачів наркотиків у країні виглядає неперспективним без започаткування лікувальних програм замісної терапії, які в Україні тривалий час не вдавалося запровадити через суперечності між силовими та медичними установами.

Наявні суперечності зумовили розвиток в українському суспільстві соціального феномена адвокації²⁰⁰ громадянських прав СІН та ВІЛ-інфікованих (захист інтересів, лобювання, просування) — процесу, спрямованого на зміну політики, законів, нормативних актів та практик, які використовують впливові особи, групи чи установи²⁰¹. Діяльність у цій галузі адвокації здійснює велика кількість ВІЛ-сервісних організацій, які усвідомлюють необхідність комплексного підходу до розв'язання складних соціальних проблем, надзвичайно актуальною з яких є епідемія ВІЛ/СНІД.

Як наслідок, у країні вже є кілька прецедентів, коли ВІЛ-позитивні люди звернулися за правовою допомогою, але кількість таких випадків на сьогодні дуже мала. Перший із них стався у 1998 році у м. Новоархангельськ Кіровоградської області, коли за свої права боровся тракторист, якого було інфіковано в лікарні. Суд завершився на користь ВІЛ-інфікованої особи²⁰².

²⁰⁰ Під адвокацією при цьому розуміють два значення: 1) пропаганду (підтримку, лобювання) певних ідей (наприклад, потреби захисту прав СІН та ЛЖВ/С) з метою внесення змін до політики; 2) безпосередній захист прав уразливих груп (СІН, ЖКС, ЛЖВ/С тощо).

²⁰¹ Новини ВІЛ/СНІД: Політика та адвокація. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004. — Вип. 1. — Червень 2004. — С. 1.

²⁰² Новини ВІЛ/СНІД: Політика та адвокація. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004. — Вип. 2. — Серпень 2004. — С. 2.

У квітні 2004 року Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), за підтримки Програми розвитку ООН та проекту TESIS Європейської комісії в Україні ініціювала початок судового процесу у справі про захист ВІЛ-інфікованої особи (колишнього споживача ін'єкційних наркотиків, який уже п'ять років перебуває у стані ремісії), яку було позбавлено роботи водія у редакції газети Новосанжарської районної держадміністрації «Злагода» через ВІЛ-позитивний статус. За підтримки юристів Всеукраїнської мережі ЛЖВ позов було вирішено на користь позивача.

Іншу справу подано до Дніпровського районного суду м. Києва у травні 2004 року медсестрою 1968 р.н., яка не хоче розголошувати своє ім'я, оскільки турбується про своїх дітей. Її ВІЛ-позитивний статус було розголошено медичними працівниками, а дитину хотіли виключити з дитячого садка, хоча дитина здорова. Ця справа ще не завершена. Значною мірою рідкісні на сьогодні звернення за захистом своїх прав зумовлені загальною низькою вірою українців у можливість захисту своїх прав.

У 2003 році Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні підтримав три спеціалізовані проекти, спрямовані на захист прав людей, яких заторкнула епідемія ВІЛ-інфекції. Це були проекти щодо захисту прав ВІЛ-позитивних дітей, споживачів ін'єкційних наркотиків та жінок секс-бізнесу.

Проект, спрямований на захист права ВІЛ-позитивних дітей на здобуття освіти, було розроблено й реалізовано Дніпропетровською міською громадською організацією «Анти-СНІД — дітям України». Проблема доступу ВІЛ-позитивних дітей шкільного віку до державних закладів середньої освіти є новою для України, але найближчим часом кількість таких дітей зростатиме, тому своєчасні дії, спрямовані на забезпечення права дітей на освіту та запобігання їх дискримінації, дуже важливі. Організація «Анти-СНІД — дітям України» вперше в Україні порушила питання захисту прав ВІЛ-позитивних дітей на рівні міської адміністрації. У рамках проекту в 10 школах Дніпропетровська було проведено тренінги для вчителів щодо роботи з ВІЛ-позитивними дітьми, в яких взяли участь 805 учителів²⁰³.

За підтримки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні Миколаївським благодійним фондом «Благодійність» було реалізовано проект з адвокації «Сприяння формуванню толерантного ставлення співробітників УВС до СІН, профілактика ВІЛ-інфекції серед співробітників МВС», спрямований на поліпшення практики застосування Кримінального кодексу України співробітниками МВС щодо СІН, а також забезпечення умов для включення інформації про ВІЛ/СНІД до освітньої програми для співробітників УМВС. Упродовж реалізації проекту проводилася робота з депутатами Миколаївської міської та обласної рад, а також з адвокатами міста Миколаєва з метою отримання матеріалів про факти порушення співробітниками УМВС норм законодавства. В межах проекту було створено Коаліцію правозахисних організацій із захисту прав наркозалежних, а також видання начальником Миколаївського міського управління МВС у Миколаївській області наказу № 339 від 18.11.2003 року та інструкції «Про порядок проведення особистого огляду осіб, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом».

Всеукраїнською асоціацією зменшення шкоди за підтримки Міжнародного фонду «Відродження» впродовж 2003–2004 років реалізовувався проект «Поліпшення

²⁰³ Новини ВІЛ/СНІД: Політика та адвокація. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004. — Вип. 1. — Червень 2004. — С. 2.

правозахисної політики щодо споживачів ін'єкційних наркотиків та людей, які живуть із ВІЛ/СНІД, у рамках реалізації проектів зменшення шкоди», а з серпня 2004 року разом із Міжнародним центром перспективних досліджень розпочато проект «Громадське лобіювання стратегії зменшення шкоди». Метою проекту є лобіювання та здійснення заходів, які мають сприяти концентрації зусиль та отриманню громадської підтримки для впровадження стратегії зменшення шкоди в Україні, досягнення системних змін у сферах запобігання поширенню епідемії ВІЛ/СНІД і контролю за обігом наркотиків в українському суспільстві в інтересах наркозалежних, ВІЛ-позитивних громадян та суспільства загалом²⁰⁴.

Характерною ознакою останнього часу є розширення кола НУО, залучених до захисту прав уразливих груп, про що свідчать, зокрема, результати оголошеного Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні конкурсу «Адвокація інтересів представників уразливих до ВІЛ груп населення», в результаті якого для виконання проектів з адвокації було відібрано шість організацій.

Таблиця 2.8

Проекти з адвокації, розпочаті за підтримки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні із серпня 2004 року

Громадська організація — виконавець	Тема проекту
Київський клуб "Еней"	"Адвокація АНТИВІЛ"
Кременчуцька громадська організація "Порятунок"	"Проведення кампанії зі створення системи медичних та профілактичних послуг для жінок, які працюють у комерційному сексі"
Сумський благодійний фонд "Крок назустріч"	"Адвокація проведення замісної терапії метадонем в м. Суми"
Миколаївський БФ "Вихід"	"Адвокація прав ВІЛ-інфікованих дітей шкільного віку"
Полтавська благодійна асоціація "Світло надії"	"Захист прав ЛЖВ та уразливих до ВІЛ груп на отримання медичної допомоги"
Луганський БФ "Крок у майбутнє"	"Адвокація та регіональні програми з ВІЛ/СНІД"

Джерело: Новини ВІЛ/СНІД: політика та адвокація. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004. — Вип. 2. — Серпень 2004. — С. 12.

Одним із результатів адвокації є проведені в Україні громадські слухання «Державна політика у сфері обігу наркотиків і профілактики ВІЛ-інфекції та необхідні заходи протидії поширенню епідемії ВІЛ/СНІД в Україні» (листопад 2003 року). Разом із тим, вона ще не достатньою мірою використовується в країні, оскільки й досі не прийнято жодного закону, який би узгоджував позиції різних відомств і структур (зокрема, МВС, СБУ та МОЗ) у питаннях замісної терапії. Не визначено також законодавчої стратегії «зменшення шкоди» в наркотичній політиці України.

²⁰⁴ Там само. — С. 12.

2.9. Організації взаємодопомоги

Частина організацій, які нині працюють із ВІЛ-позитивними та наркозалежними людьми, розпочинали свою роботу з груп самопомоги цим групам людей. Так починала свою діяльність і благодійна організація Клуб «Світанок» (Донецьк), офіційно зареєстрована в січні 2003 р. (хоча фактично вона працює з 2001-го), місія якої – підвищення якості життя ВІЛ-позитивних і наркозалежних людей. Із серпня 2004 р. нею розпочато реалізацію тривалих проектів, об'єднаних під назвою «Розвиток руху самопомоги людей, що живуть із ВІЛ, у Донецькій області». У рамках цього проекту розвивається система самопомоги, проводяться консультації раз на тиждень в обласному наркодиспансері, консультації у Донецьком центрі СНІД. Працюють групи самопомоги для наркозалежних і ВІЛ-інфікованих у Донецьку і Макіївці.

До цього організація здійснювала інший проект – «Центр психологічної підтримки і самореалізації людей, які живуть із ВІЛ, у Донецьку». У ньому існувало 3 напрями: це Прес-клуб, що займався стінгазетами і виданням часопису «Молодість – наше виправдання». Це журнал для ВІЛ-інфікованих і наркозалежних. У ньому друкують життєві історії ВІЛ-інфікованих і наркозалежних, юридичні і соціальні аспекти, новини, інформація про організації, що працюють у цій сфері. Другий напрям – це Креатив-клуб, в якому заохочують творчість ВІЛ-інфікованих і наркозалежних. Там працюють курси крою і шиття (їх учасники пошили прапор клубу), проводяться заняття з АРВ-терапії. Третій напрям діяльності – «Паті-клуб». Це клуб дозвілля і відпочинку, де люди збираються, разом ходять на природу, дискотеки, у театри, відзначають разом певні свята. У планах діяльності організації – створення клубу знайомств. Проект фінансується Агентством міжнародного розвитку через Всеукраїнську мережу людей, що живуть із ВІЛ. Чимало людей, які звертаються до груп самопомоги, а іноді й самі створюють їх, бо пережили проблеми, з якими стикаються ВІЛ-інфіковані й наркозалежні в нашій країні. Свою роботу вони нерідко починають, перебуваючи на самому «дні», коли у них не було іншого сенсу в житті, окрім наркотиків та алкоголю. Зараз вони працюють, задоволені, сповнені ідей.

Кілька груп самопомоги створено за підтримки Київського МЦССМ: одна група самопомоги для родичів, близьких та друзів залежних людей (група хімічно залежної молоді спільно з ГО «Центр психосоціальної реабілітації хімічно залежної молоді «Крок за кроком»), три групи для хімічно залежної молоді і одна група для рідних та знайомих – спільно з київським відділенням міжнародної благодійної організації «Реабілітаційний центр «Сходи». У липні–серпні 2004 року групи взаємодопомоги для СІН створені при Севастопольському міському та Дніпропетровському обласному центрах соціальних служб для молоді.

Як показали глибинні опитування, залучення колишніх наркоспоживачів до роботи НУО – не поодинокі випадки, хоча у колишніх наркоспоживачів навіть за тривалої ремісії можуть бути різні варіанти поведінки, дехто навіть повертається до ін'єкційного вживання наркотиків. На це впливає сам факт перебування в зоні спокуси, тому такі люди мають упевнено стояти на ногах, щоб протистояти їй. З іншого боку, колишні наркоспоживачі розуміють, що принцип «рівний рівному» має дуже велике значення, й у спільноті СІН вони матимуть значно більшу довіру, ніж фахівці державних установ, тому можуть допомогти комусь більше за інших. До того ж не менш важливим є факт можливої самореалізації, знаходження нового варіанта авторитету як серед рідних, так і серед споживачів наркотиків.

2.10. Участь ЗМІ у профілактиці поширення наркоманії та епідемії ВІЛ/СНІД

Сьогодні засоби масової інформації як джерело інформації мають пріоритетне значення для молоді, особливо в контексті профілактики поширення наркозалежності та епідемії ВІЛ/СНІД. Це підтверджують і дані соціологічних досліджень, за якими більшість молоді хотіла б отримувати інформацію щодо наркозалежності з телебачення та радіо (69%); від фахівців – (42 %); з газет, журналів, бюлетенів (34%)²⁰⁵.

Аналогічною є ситуація і щодо розподілу джерел інформації стосовно ВІЛ/СНІД: «телебачення та радіо» – 58%, «від фахівців» – 52%, «газети та журнали» – 26%. Принагідно слід відмітити, що відповідь «інформування за допомогою Інтернету» обрали в обох випадках дуже мало респондентів: відповідно – 0,2% та 0,3%.

Якщо зважити, що доступність Інтернет-ресурсів для українських дітей та молоді останніми роками збільшується в геометричній прогресії, а дослідження проводилося три роки тому (2001 рік), варто зазначити, що нині значно більша частка цільової аудиторії вказала б цей засіб комунікації, який також належить до засобів масової інформації.

Серед інших добре знайомих для сучасної молоді видів пропаганди слід назвати телевізійну рекламу; плакати, листівки, буклети та документальні фільми, музичні концерти та фестивалі, художні фільми та добірки спеціальної літератури. Найменш знайомі студентам канали комунікації: виступи молодіжних чи/та політичних лідерів у засобах масової інформації, реклама на радіо, а також конференції, симпозиуми та наради²⁰⁶.

Соціальний обов'язок ЗМІ – формувати здоровий спосіб життя молоді. Проте нині журналісти чи органи ЗМІ нечасто самі ініціюють вихід матеріалів на соціально значущі теми, до яких належить профілактика наркозалежності та боротьба із поширенням епідемії ВІЛ/СНІД. Навіть більше – інколи організаціям, що намагаються сприяти виходу матеріалів на подібні теми, буває складно це зробити, оскільки журналістам вигідніше написати читабельні журналістські матеріали на теми наркозалежності та ВІЛ/СНІД, аніж давати практичні поради щодо запобігання цим недугам. Основні причини, через які журналісти в Україні уникають теми ВІЛ/СНІД, такі:²⁰⁷

- *ВІЛ/СНІД – це від нас далеко;*
- *Проблема лякає своєю безвихідністю: нічого не можна зробити, ВІЛ/СНІД не виліковується;*
- *Відсутність фінансової зацікавленості: таку інформацію не хочуть «купувати»;*
- *Відсутність інформації: невідомо, до кого звертатися;*
- *Поширеність стереотипів, ніби проблема стосується лише «поганих», а «добрих» не стосується;*
- *Люди не хочуть про це слухати;*
- *Страх аналогій (щоб не подумали, що я хворий);*

²⁰⁵ Державний центр соціальних служб для молоді, Український інститут соціальних досліджень, Аналітичний звіт за результатами опитування молоді України у рамках проекту «Вивчення громадської думки дітей та молоді щодо ефективності роботи з профілактики негативних явищ (наркозалежності, СНІД, тютюнопаління, правопорушень, злочинності) в дитячому та молодіжному середовищі та формування здорового способу життя». – Київ, 2001.

²⁰⁶ Санкт-Петербургский государственный университет, Факультет социологии; Социологический институт Российской академии наук, Социологическое общество им. М.М.Ковалевского, Журнал социологии и социальной антропологии, Том VII, №1 (25), Санкт-Петербург, 2004.

²⁰⁷ Международный Альянс по ВИЛ/СПИД. – Построение партнерства. Методические рекомендации. – К., 2004.

Звідки б Ви хотіли отримувати інформацію стосовно наркоманії?

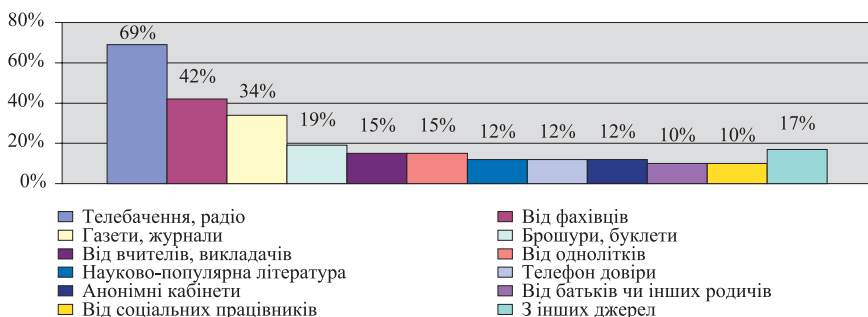


Рис. 2.5. Вагомість різних джерел, з яких молодь хотіла б отримувати інформацію про вживання наркотичних речовин

Джерело: Державний центр соціальних служб для молоді, Український інститут соціальних досліджень, Аналітичний звіт за результатами опитування молоді України у рамках проекту «Вивчення громадської думки дітей та молоді щодо ефективності роботи з профілактики негативних явищ (наркоманії, СНІДу, тютюнопаління, правопорушень, злочинності) в дитячому та молодіжному середовищі та формування здорового способу життя». — Київ, 2001. — С. 36.

Звідки б Ви хотіли отримувати інформацію стосовно ВІЛ/СНІД?

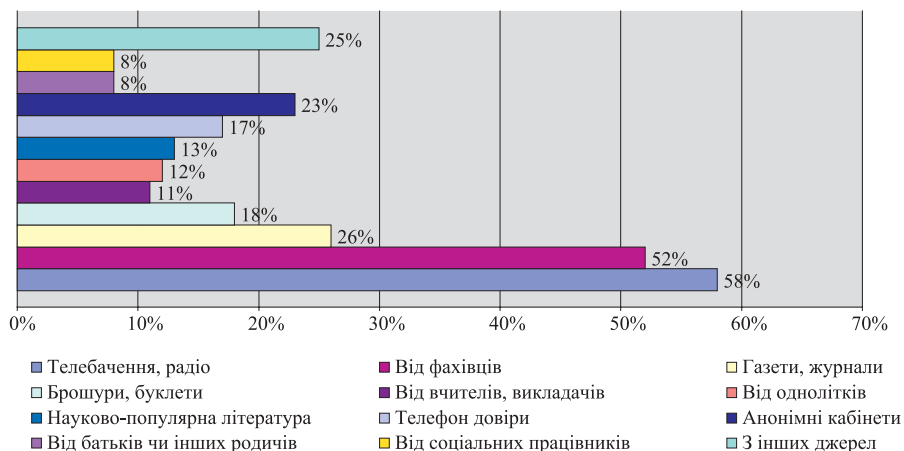


Рис. 2.6. Вагомість різних джерел, з яких молодь хотіла б отримувати інформацію про ВІЛ/СНІД

Джерело: Державний центр соціальних служб для молоді, Український інститут соціальних досліджень, Аналітичний звіт за результатами опитування молоді України у рамках проекту «Вивчення громадської думки дітей та молоді щодо ефективності роботи з профілактики негативних явищ (наркозалежності, СНІД, тютюнопаління, правопорушень, злочинності) в дитячому та молодіжному середовищі та формування здорового способу життя». — Київ, 2001. — С. 36.

- З цього питання вже все сказано: тему вичерпано, аудиторії не цікаво;
- Набридли «життєві історії»;
- Необізнаність журналістів щодо теми;
- Забагато інформації: складно обрати правильну;
- Погана робота недержавних організацій (НДО): їх непрофесіоналізм, невміння працювати зі ЗМІ, відсутність партнерських відносин;
- Нічого не можна зробити — так навіщо писати?

Водночас існує й інший перелік:

«Забобони. Корупція. Сироти. Секс. Здоров'я. Глобалізація. Зиск. Бідність. Дисиденти. Наркотики». Це лише кілька причин, через які ЗМІ можуть зацікавити теми СНІД.

Часто говорять, що ВІЛ/СНІД — основний сюжет зі сфери охорони здоров'я нашого часу. В усьому світі СНІД убиває більше людей, ніж голод чи війна.

Проте історія СНІД — це не тільки смерть. Бо йдеться про те, як люди живуть із ВІЛ»²⁰⁸.

На ці причини мають зважати організації, що впроваджують відповідні інформаційні кампанії. В Україні вже є позитивні приклади, коли запроваджено ефективні відносини зі ЗМІ. Саме завдяки такій співпраці і виникає більшість матеріалів ЗМІ на тему профілактики поширення ВІЛ/СНІД серед різних груп населення, включно із СІН²⁰⁹.

На молодіжну аудиторію спрямована інформаційна кампанія Державного центру соціальних служб для молоді. У 2003 році регіональні Центри соціальних служб для молоді сприяли оприлюдненню 2661 матеріалів друкованих ЗМІ щодо профілакти-

²⁰⁸ Одним із найліпших прикладів співпраці зі ЗМІ у царині запобігання епідемії ВІЛ/СНІД є діяльність Міжнародного Альянсу ВІЛ/СНІД в Україні. Він видав і розповсюдив серед ЗМІ (50 адрес) такі публікації: довідник «Организации, работающие в области ВИЧ/СПИД в Украине» (3 видання), «Люди и ВИЧ» (2 видання), інформаційний бюлетень «Новости ВИЧ/СПИД» (11 випусків російською та 1 англійською мовами), аналітичний огляд «СНІД в Україні», серію методичних рекомендацій (6 випусків). Буклет «ВИЧ/СПИД и СМИ» (3 видання), серію буклетів для ВІЧ-позитивних людей (4 випуски) та CD-ROM «Кращий досвід Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні: організація публічних подій». Важливу роль в інформаційній кампанії Альянсу відіграє робота веб-сайту (www.aidalliance.kiev.ua), що містить електронні версії всіх документів.

Співпраця із центральними та місцевими ЗМІ передбачає й інші форми. Зокрема, співробітники інформаційно-ресурсного центру Альянсу в Україні взяли участь в Інтернет-конференції «Об'єднаємося проти СНІДу. Ситуація вимагає мобілізації зусиль», організованої Медінфоцентром «ВЕКТОР», розробили тренінгову програму та провели 5 тренінгів для журналістів українських ЗМІ у партнерстві з Інтерньюз Нетуорк Україна, Альянсом партнерства «Каунтерпарт», програмою міжнародного розвитку та за підтримки (IRD) та ПРООН.

Крім того, Альянсом у межах реалізації підкомпоненту «Освіта» програми Глобального Фонду «Подолання ВІЛ/СНІД в Україні», розпочато спільно з БФ «Перше вересня» випуск інформації у педагогічних виданнях щодо профілактики ВІЛ/СНІД, формування здорового способу життя.

Міжнародний Альянс виступив одним із організаторів Всеукраїнського конкурсу серед засобів масової інформації, журналістів та дискусійців на тему запобігання ВІЛ/СНІД та підтримки людей, які живуть із ВІЛ/СНІД, «СНІД стосується кожного! Думай глобально — дій локально» спільно з Британською радою (у рамках Трансатлантичної ініціативи США та ЄК). Альянс організував та взяв участь у 17 прес-конференціях.

Упродовж 2001–2003 років у загальнодержавних та місцевих ЗМІ розміщено понад 300 друкованих матеріалів, випущено 100 радіопрограм та 5 спеціальних роликів соціальної реклами, що висвітлюють роботу з профілактики ВІЛ, яка здійснюється за підтримки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД. У травні 2003 року за підтримки та участі Альянсу у прямому ефірі було проведено п'ятигодинний радіо-марафон — акція «Громадського радіо», присвячений Дню пам'яті тих, хто помер від СНІД. Співробітники Альянсу брали активну участь у телевізійних передачах, що висвітлювали проблеми ВІЛ/СНІД та уразливих груп. Серед цих передач «Без табу» з Миколою Вереснем, «Я так думаю» Ганни Безулик та «Хочу і буду» Ольги Герасим'юк [МБФ «Міжнародний Альянс ВИЧ/СПИД в Украине», ВИЧ/СПИД и СМИ, Информация для журналистов, четвертое издание, 2004].

²⁰⁹ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД: три роки в Україні. — Київ, 2004.

ки негативних явищ: а саме тютюнопаління, вживання алкоголю, наркозалежності, ВІЛ/СНІД, проведенню 21 прес-конференції та 131 круглого столу.

За даними Українського інституту соціальних досліджень, зміцнення співпраці зі ЗМІ є одним із результатів впровадження проектів «зменшення шкоди»: у місцевій пресі періодично публікувалися статті, а в ефір виходили радіо- й телепередачі місцевих телерадіокомпаній, присвячені цим проектам. Як наслідок, нерідко вдавалося змінити негативне ставлення соціального оточення до програм «зменшення шкоди» та її клієнтів – наркозалежних осіб²¹⁰.

Водночас деякі експерти вважають, що неадекватне висвітлення у ЗМІ проблем поширення наркозалежності та епідемії ВІЛ/СНІД в Україні може викликати негативну реакцію цільової аудиторії: легковажне подання інформації про наркотичні засоби в деяких ЗМІ та інших виданнях належить до основних чинників, які впливають на поширення вживання ін'єкційних наркотиків²¹¹.

Робота регіональних ЦССМ із засобами масової інформації

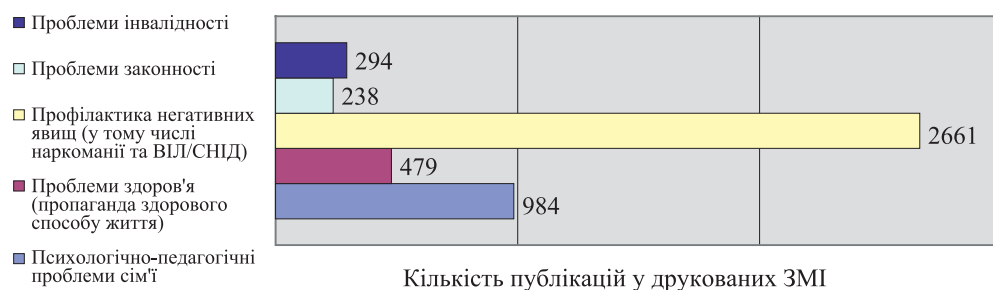


Рис. 2.7. Профілактика негативних для суспільства явищ (зокрема наркоспоживання та ВІЛ/СНІД) у ЗМІ за участі ЦССМ

Джерело: Державний центр соціальних служб для молоді (неопубл.)

Аналіз українського веб-простору показав, що в цьому сегменті «всесвітнього паутиння» налічується близько двадцяти ресурсів, де міститься великий обсяг інформації про наркоманію та ВІЛ/СНІД. Серед них:

- Офіційний сайт Всеукраїнської мережі людей, що живуть із СНІД (ЛЖВ) – <http://www.lgvs.org.ua>
- Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України – <http://www.moz.gov.ua>
- Сайт Української асоціації проектів зменшення шкоди в Україні (за фінансової підтримки Фонду «Відродження») – <http://uhrn.civicua.org>
- Сайт Медичного інформаційно-аналітичного центру «Вектор» та продюсерського центру «Плеяда» – <http://www.aids.org.ua>

²¹⁰ Украинский институт социальных исследований, Международный центр «Відродження». Оценка эффективности проектов «Снижения вреда в Украине». – К., 2002

²¹¹ Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Центр «Соціальний моніторинг». Оцінка можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. – К., 2003.

- Сайт Дніпропетровської громадської організації «Центр сексуального здоров'я» — www.spid.dp.ua
- Інтерактивний проект у галузі охорони здоров'я UkrMED.com — <http://www.ukrmed.com>
- Сайт Донецького обласного товариства сприяння ВІЛ-інфікованим — <http://www.aids.donetsk.ua>
- Український сайт Міжнародної недержавної організації «Лікарі без кордонів» — <http://www.msf.org.ua>
- Сайт Полтавського благодійного фонду «Анти-СНІД» — <http://antiaids.pi.net.ua>
- Сайт Фонду «Благодійність» — <http://blago.mk.ua> тощо²¹².

Кількість таких веб-сайтів збільшується рік у рік. Окрім того, що на таких веб-сайтах можна знайти безліч корисної інформації щодо проблематики наркозалежності та ВІЛ/СНІД, вони часто слугують безкоштовним довідником для журналістів із зазначеної тематики.

Таким чином, залишається велика суспільна потреба в роботі засобів масової інформації щодо профілактики поширення наркоманії та епідемії ВІЛ/СНІД. Згідно з опитуваннями, цей канал комунікації вже звичний для молоді і викликає довіру. Сама молодь бажає отримувати інформацію з проблематики через ЗМІ. Газети, журнали, радіо й телеканали, Інтернет-ресурси відіграють важливу роль у формуванні громадської свідомості дітей та молоді України. Як і будь-який інформаційно-роз'яснювальний проект, інформаційна кампанія із запобігання наркоманії та ВІЛ/СНІД потребує системної діяльності. Окрім намагання запобігти поширенню наркозалежності та епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, інформаційна кампанія має продовжувати формувати більш толерантне ставлення суспільства до наркозалежних, ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД людей.

Не слід сподіватися, що працівники ЗМІ самі почнуть виявляти велику активність щодо роз'яснення своїм читачам/глядачам усього комплексу проблем, пов'язаних із ВІЛ/СНІД. На жаль, журналістський корпус часто керується забобонами, про які йшлося вище. Для підсилення виховного й інформативного компонентів ЗМІ щодо досліджуваної тематики, організації, які опікуються цими проблемами, мають більше використовувати технології зв'язків із громадськістю: шукати й використовувати цікаві для ЗМІ інформаційні приводи, бути постійним компетентним джерелом інформації з цих питань та запроваджувати справжнє партнерство з мас-медіа. Успішні приклади такої співпраці в Україні є: вони стосуються діяльності і міжнародних, і вітчизняних урядових організацій. Співпраця зі ЗМІ передбачає також реагування на неправдиву чи спотворену інформацію мас-медіа з проблем, що стосуються наркоманії та ВІЛ/СНІД. Некоректні матеріали у ЗМІ з цієї тематики можуть завдати значної шкоди інформаційній кампанії, про яку йдеться.

Перспективним шляхом передання ключових повідомлень дітям та молоді є Інтернет. Важливість цього виду ЗМІ з року в рік невпинно збільшується. Окрім того, що самі онлайн-довідники з проблематики наркоманії та ВІЛ/СНІД є корисними, вони допомагають журналістам інших засобів масової інформації готувати матеріали з проблематики профілактики поширення наркоманії та епідемії ВІЛ/СНІД.

²¹² Международный Альянс по ВИЧ/СПИД. Люди и ВИЧ: Книга для неравнодушных. — Изд. 2-е. — К., 2004.

2.11. Мобілізація фінансових ресурсів на боротьбу із ВІЛ/СНІД

Мобілізація й координація ресурсів нині є однією з найважливіших і водночас найменш доступних компонент для аналізу, оскільки за відсутності в країні прозорого механізму міжгалузевого управлінського й фінансового менеджменту відповідна інформація виявляється важкодоступною.

В Україні спостерігається збільшення бюджетного фінансування заходів боротьби з ВІЛ/СНІД: 5,4 млн грн у 2000 р., 6,7 млн грн — у 2001р., 9,3 млн грн — у 2002 р., понад 13 млн грн — у 2003 р.²¹³, 17 млн грн — у 2004 р. Окрім того, передбачається фінансування низки заходів профілактики поширення ВІЛ/СНІД за кошти, запозичені у Світового банку: 76 893,7 тис. грн — профілактична робота серед уражливих груп населення; 8 230,4 тис. грн — інформаційно-просвітницька робота, спрямована на обмеження ризикованої щодо ВІЛ поведінки та пропаганду здорового способу життя; 3 046,1 тис. грн — на проведення заходів із профілактики передавання ВІЛ від матері до дитини. Глобальний фонд з боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією асигнував у 2004 році на профілактичну роботу із СНІ в Україні 1 397 898 USD.

У 2004 р. МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» став тимчасовим реципієнтом гранту «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», наданого Україні ГФСТМ. У цьому ж році ним було асигновано 326 658 USD на програми профілактики поширення ВІЛ/СНІД серед СІН. Фінансові ресурси також були виділені Міжнародним фондом «Відродження» (500 000 USD), СНІД-Фондом «Схід—Захід» (350 000 USD). У 2003 р. МФ «Відродження» витратив 369 587 USD на реалізацію проектів «зменшення шкоди» (51 проект у різних регіонах України). ПРООН/СІДА у 2004 р. спрямували 134 751 USD на програми захисту прав ВІЛ-інфікованих серед СІН Херсонського регіону, включно із жінками комерційного сексу, які також є СІН (2002—2004 роки).

У вересні 2004 р. USAID виділило 8 млн 200 тис. USD на профілактику та проведення заходів, спрямованих на підвищення доступності лікування та підтримку ЛЖВ/С, а також тих, хто потерпів від епідемії, тощо (проект «SUNRISE»). Значною мірою це сприятиме поліпшенню фінансування частини національних НУО, хоча у них зберігається нагальна потреба поліпшення технічної спроможності, щоб ефективніше забезпечувати послугами СІН і цільову молодь.

Варто зауважити, що проекти з профілактики ВІЛ-інфекції серед СІН в Україні фінансуються багатьма донорами. Головними джерелами фінансування є Інститут «Відкрите суспільство» і його місцевий партнер — Міжнародний фонд «Відродження». Окрім цього, різні проекти також фінансуються Агенціями ООН в Україні (ЮНІСЕФ, ЮНДП, ЮНЕЙДС), урядом Німеччини, Глобальним фондом боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією, Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД, Світовим Банком, Міжнародною організацією «СНІД-Фонд Схід—Захід» (AFEW) в Україні та Росії, Міжнародною програмою зменшення шкоди (IHRD) Інституту відкритого суспільства, Центром комунікативних програм інституту ім. Д.Хопкінса, Каунтерпарт Альянсом для Партнерства, Міжнародною організацією «Лікарі без кордонів» (Нідерландська секція), Міністерством міжнародного розвитку Об'єднаного Королівства Великої Британії, Департаментом міжнародного розвитку посольства Великої Британії в Україні, Британською Радою, Агентством США з міжнародного розвитку посольства США в Україні (USAID), SPDF, «MAIN line» (Нідерланди), Всесвітнім Фондом СНІД, а також за участі державних структур.

²¹³ http://minfin.gov.ua/control/uk/publish/printable_article?art_id=38036.

Висновки до розділу 2

Аналіз українського національного законодавства у сферах наркотичної політики та боротьби з ВІЛ/СНІД свідчить, що воно побудоване з урахуванням міжнародних принципів і норм і здатне забезпечити скоординований, заснований на широкій участі, гласності й відповідальності підхід до проблем наркоманії та ВІЛ/СНІД, який об'єднує політику й програми реагування на ВІЛ/СНІД на всіх рівнях державного управління. Проблема недостатньої ефективності впроваджуваних програм профілактики ВІЛ-інфікування серед СІН значною мірою зумовлена відсутністю чіткого визначення в наркотичному законодавстві стратегії зменшення шкоди від вживання наркотиків та профілактики наркотизму, внаслідок чого чинні законодавчі пріоритети зорієнтовані лише на регулювання тієї частини питань, яка пов'язана, здебільшого, з регулюванням обігу наркотичних засобів і прекурсорів.

Невизначеними залишаються питання базових принципів щодо наркотиків; розподілу прав і повноважень між суспільством і громадянами, які мають проблеми, пов'язані з уживанням наркотиків; обов'язковості національних і місцевих програм дій щодо профілактики наркоманії, а також визначення джерел їх фінансування; системи адресної соціальної допомоги населенню, яке має проблеми внаслідок вживання наркотичних засобів. Як недостатньо ефективні слід визнати наявні нині методи профілактичної роботи з дітьми та молоддю.

Хоча чинні законодавчі норми прямо не регламентують кримінальну відповідальність за вживання наркотичних речовин, вони дають змогу легко представити залежну від наркотику людину злочинцем, оскільки вживати наркотики, не виготовляючи їх самому чи не купуючи їх, неможливо. На законодавчому рівні в Україні не зафіксована філософія «зменшення шкоди» від уживання наркотиків. Впроваджувані заходи базуються на окремих відомчих нормативно-правових актах і національних програмах, але не на конкретних законах. Чинні регламентації не передбачають профілактичних можливостей, закріплюють криміналізацію споживачів наркотиків, законодавчо фіксують необхідність дій лише в галузі третинної профілактики, оскільки концентрують увагу на боротьбі з кримінальними структурами чи лікуванні (примусовому) хворих на наркоманію.

Концепція державної політики України щодо наркотиків розроблена відповідно до рекомендацій парламентських слухань «Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІД, наркоманії та алкоголізму в Україні і шляхи їх вирішення», проте її прийняття затримується: нині вона передана на розгляд до Координаційної ради боротьби з наркоманією, але впродовж 2004 року не відбулося жодного засідання ради. Основна причина затримки із затвердженням цієї концепції полягає у різних відомчих інтересах МВС, СБУ і МОЗ України.

Питання працездатності створених організацій, на які покладено функції координації діяльності різних відомств/структур, державних організацій та НУО, є нагальними і для Координаційних рад зі СНІД. Нині юридично функціонують три такі утворення на національному рівні: Урядова Комісія з питань ВІЛ/СНІД при Кабінеті Міністрів України, Координаційний механізм України і Тимчасова спеціальна комісія Верховної Ради України з проблем ВІЛ-інфекції/СНІД. Проте фактично жодна з них не функціонує.

Сьогодні можна говорити й про те, що поступово дедалі більшого розвитку (якщо не на рівні забезпечення загальної державної фінансової підтримки, то принаймні на рівні діалогу) набуває такий важливий керівний принцип, як забезпечення підтримки партнерських стосунків між державою та представниками різних громад, включно із наркоспоживачами чи особами, які живуть із ВІЛ, організаціями, що надають

підтримку таким особам, правозахисними організаціями тощо. На користь цього висновку свідчить те, що до виконання чинної Національної програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД на 2004–2008 роки залучені не лише органи управління охороною здоров'я, інші структури виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, а й неурядові організації. Проте наявна мережа неурядових організацій у сфері профілактичних робіт із СНІ потребує розширення, оскільки у багатьох областях кількість таких організацій дуже обмежена, а в окремих великих містах (із доволі масовими спільнотами СНІ) такі організації взагалі відсутні.

Позитивним у реагуванні суспільства на проблему поширення ВІЛ-інфекції серед СНІ є упровадження нових соціальних технологій, зокрема громадських та парламентських слухань, розвиток соціальної реклами, адвокації громадянських прав наркоспоживачів та ВІЛ-позитивних осіб, організація роботи різних координаційних рад. Проте більшість цих технологій ще не набула належного поширення, відповідні акції проводяться нерегулярно і часом просто формально. Утім, діяльність координаційних рад потребує детального розгляду на національному рівні з акцентуванням уваги на підвищенні їхньої працездатності, створення секретаріатів із відповідним фінансуванням.

Залишається нерозв'язаною суспільна потреба в роботі засобів масової інформації щодо профілактики поширення наркоманії та епідемії ВІЛ/СНІД. Згідно з опитуваннями, цей канал комунікації вже звичний для молоді і викликає довіру. До того ж молодь бажає отримувати інформацію з проблематики через ЗМІ. Газети, журнали, радіо та телеканали, Інтернет-ресурси відіграють важливу роль у формуванні громадської свідомості дітей та молоді України. Разом із тим, кількісні показники виходів матеріалів ЗМІ щодо проблем наркоманії та ВІЛ/СНІД потрібно збільшувати, оскільки інформаційна кампанія поки не дає позитивного результату, на який очікували її організатори.

Окрім намагання запобігти поширенню наркозалежності та епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, інформаційна кампанія має формувати більш толерантне ставлення суспільства до наркозалежних та ВІЧ-позитивних і хворих на СНІД людей. У цьому контексті інформаційну кампанію через засоби масової інформації можна вважати більш успішною. Про це свідчать дані деяких досліджень. Проте роботу в цьому плані не слід припиняти, адже цей аспект інформаційної кампанії також пов'язаний із профілактичною роботою і суттєво впливає на соціальну атмосферу в суспільстві.

Не слід сподіватися, що працівники ЗМІ самі почнуть виявляти велику активність щодо роз'яснення своїм читачам/глядачам усього комплексу проблем, пов'язаних із ВІЛ/СНІД. На жаль, журналістський корпус часто мотивується забобонами, про які йшлося вище. Для підсилення виховного й інформативного компонентів ЗМІ щодо досліджуваної тематики, організації, які опікуються цими проблемами, мають ширше використовувати технології зв'язків із громадськістю.

Перспективним шляхом передавання ключових повідомлень дітям та молоді є Інтернет. Важливість цього виду ЗМІ рік у рік невпинно зростає. Окрім того, що самі по собі онлайн-довідники з проблематики наркозалежності та ВІЛ/СНІД є корисними, вони допомагають журналістам інших засобів масової інформації готувати матеріали, присвячені профілактиці поширення наркоманії та епідемії ВІЛ/СНІД.

Нагальними є питання фінансування, координації діяльності різних організацій, прозорості механізму виконання ухвалених на національному рівні рішень. Більшість програм профілактики поширення ВІЛ/СНІД у країні здійснюється за фінансової підтримки міжнародних донорів. Стабільно зростають і витрати на окремі заходи такого спрямування з державного бюджету. Проте нині практично неможливо простежити міжгалузеву взаємодію в такому фінансуванні, що доводить необхідність проведення додаткових досліджень і відповідних аналітичних аналізів.

РОЗДІЛ 3. ПОСЛУГИ ЩОДО ВІЛ ДЛЯ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

3.1. Добровільне тестування/консультування

Кількість тестувань на ВІЛ в Україні зменшилася з максимального значення 7,2 млн у 1993 р. до 2–3 млн на 2002 рік²¹⁴. Суттєво на цьому зменшенні позначаються наслідки прийняття 3 березня 1998 року нової редакції Закону України «Про попередження захворювання синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) і соціальний захист населення», який уперше задекларував принцип добровільності при тестуванні на ВІЛ. До того часу в країні практикувалося обов'язкове обстеження на ВІЛ деяких груп населення, зокрема осіб, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом.

Сьогодні, попри те, що держава гарантує анонімне й конфіденційне тестування та консультування до і після тестувань, такі послуги є досить обмеженими. Перешкоджають цьому високі ціни, розташування та обмежені можливості центрів для тестування. Крім того, громадськість поінформована про такі послуги неналежним чином, далеко не завжди проводяться консультування до й після проведення тестувань, недостатнім є забезпечення тест-системами²¹⁵.

Половина СІН не знають свого статусу щодо ВІЛ-інфекції. Серед тих, хто не обстежувався, 55% побоюються, що результат тестування буде позитивним. 23% не вірять у правильність діагнозу, для 11% це не відіграє жодної ролі, а 11% про це не замислювалися. Імовірність того, чи здасть СІН аналіз на ВІЛ, часто залежить від стажу вживання наркотику. Найактивніше проходять тестування на ВІЛ СІН зі стажем наркоспоживання 3–5 років²¹⁶. За даними моніторингу поведінки СІН, у 2004 р. 82% зазначили, що вони мають можливість пройти конфіденційний тест на ВІЛ, 8% заперечили таку можливість, а 10% вагалися з відповіддю²¹⁷.

Експерти в Україні визначають як надзвичайно актуальну подальшу роботу з питань доступності для кожного споживача ін'єкційних наркотиків добровільного анонімного тестування на ВІЛ і консультування з метою профілактики поширення ВІЛ-інфекції серед спільноти СІН та їхніх сексуальних партнерів.

3.2. Медична допомога та лікування наркозалежних

Мережа медичних закладів для наркоспоживачів. Лікування та реабілітація наркозалежних відповідно до чинного законодавства здійснюється в державних спеціалізованих закладах системи Міністерства охорони здоров'я — обласних (міських) наркологічних диспансерах та лікарнях. Вони надають амбулаторну і стаціонарну допомогу. Наркологічна допомога контингентам осіб, що мають залежність від наркотиків, надається переважно територіальними наркологічними установами, які

²¹⁴ Україна та ВІЛ/СНІД: Час діяти. — К.: Програма розвитку ООН, 2003. — С. 9.

²¹⁵ Там само.

²¹⁶ СНІД в Україні. Аналітичний огляд: Споживачі ін'єкційних наркотиків та епідемія ВІЛ-інфекції в Україні. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2003. — № 1. — С. 17.

²¹⁷ Державний інституту проблем сім'ї та молоді; Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Аналітичний звіт «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду другого покоління». — К., 2004.

здебільшого є закладами комунальної власності. Фінансування цих закладів здійснюється за рахунок місцевих бюджетів. Загалом в Україні працює 1 республіканський наркодиспансер, 24 обласні, 4 міські наркологічні установи. У галузі працює близько 5 тис. фахівців: лікарів, психологів, соціальних працівників та медичних сестер, які об'єднані у Всеукраїнську наркологічну асоціацію.

За визначенням ВООЗ, лікування разом із профілактикою належить до визначальних напрямів ефективних стратегій боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції²¹⁸. Споживачі ін'єкційних наркотиків (у тому числі ВІЛ-інфіковані СІН) отримують медичні послуги у шкіровенерологічних, протитуберкульозних, психоневрологічних диспансерах, Центрах профілактики і боротьби зі СНІД (міські та обласні центри організовано у 18 великих містах із високим рівнем ВІЛ-інфікованості), амбулаторно-поліклінічних закладах, аптеках, хірургічних, реанімаційних, інфекційних відділеннях, службі швидкої допомоги.

Обсяг наркологічної допомоги, що надається в наркологічних закладах, до 1995 року не визначався жодними нормативними документами. Упродовж 1995–1998 років Міністерством охорони здоров'я України розроблено Уніфіковані стандарти наркологічної допомоги населенню в лікувально-профілактичних закладах України. Спільно з Національною координаційною радою боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України в ті ж роки був вивчений досвід кращих вітчизняних установ. До цієї роботи були залучені фахівці Програми контролю з наркотиків Організації Об'єднаних Націй, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Міжнародної організації праці, які визначили, що Україна має свої сучасні фахові лікувально-реабілітаційні програми в м. Києві (Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія»), які можуть бути базою для впровадження в усіх регіонах України. Вивчено також зарубіжний досвід у галузі лікування і реабілітації. На основі цього вивчення були розроблені вказані Стандарти. У Київській міській наркологічній лікарні «Соціотерапія» існує розвинена комбінована програма соціально-психологічної і медичної реабілітації хворих на наркоманію та їхніх родичів. Ця програма є суто вітчизняною розробкою й дістала високі оцінки як в Україні, так і серед міжнародного фахового загалу (фахівців Всесвітньої організації охорони здоров'я, Комітету контролю наркотиків ООН, Міжнародної організації праці тощо). У Дніпропетровську та Івано-Франківську працюють окремі відділення в структурі наркологічних закладів, які також здійснюють програми соціально-психологічної реабілітації хворих, але в меншому обсязі.

При деяких наркологічних лікарнях і наркологічних диспансерах є мобільні групи: пересувні кабінети оглядів на стан сп'яніння, пересувні бригади лікарів – наркологів-консультантів. Перші здійснюють огляди на стан сп'яніння, другі надають консультативну наркологічну допомогу в інших лікувальних закладах. У великих містах працюють приватні бригади невідкладної наркологічної допомоги.

Упродовж 1990-х років усупереч тенденції зростання кількості осіб із наркотичною залежністю матеріально-технічна база та ліжковий фонд наркологічних установ були скорочені майже втричі. Це призвело до того, що в багатьох областях виникли черги пацієнтів, які бажають лікуватися. МОЗ України рішеннями своїх апаратних нарад, численними письмовими зверненнями до обласних і міських держадміністрацій упродовж 1995–1999 років намагалося перешкодити спробам держадміністрацій «економити»

²¹⁸ Протоколи ВОЗ для стран СНГ по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. – Март, 2004.

за рахунок наркологічної допомоги. За ініціативи МОЗ таке рішення приймала і Національна координаційна рада боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України. Незважаючи на це, обласні держадміністрації всіх без винятку областей та Києва у 1996-1998 роках скорочували матеріально-технічну базу наркологічних установ.

Аналогічним бажанням «заощадити кошти» мотивують і намагання об'єднувати вже наявні наркологічні заклади з будь-якими іншими медичними установами з метою їх підтримання за рахунок коштів наркології. Це призводить до зниження якості надання наркологічної допомоги, руйнує систему наркологічних закладів, яка задумана як цілісна система територіальних організаційно-методичних центрів у лікувально-реабілітаційній роботі із наркохворими. Прикладами таких об'єднань можуть бути новостворені заклади у Рівному (об'єднання обласного наркологічного диспансеру та міського психіатричного закладу), у Київській області (об'єднання облнаркодиспансеру з однією з психіатричних лікарень) та Севастополі, де вся наркологічна допомога зведена до стаціонарного лікування в одному стаціонарному відділенні на ціле місто.

Отже, існує нагальна потреба адміністративної регуляції питання збереження й розвитку системи та матеріально-технічної бази територіальних наркологічних установ України. З одного боку, це необхідність жорсткої заборони будь-якого скорочення (чи об'єднання) наявних територіальних наркологічних установ, а з іншого – необхідність створення достатньої кількості лікувальних підрозділів у структурі цих установ, в тому числі для примусового лікування хворих на наркоманію, що передбачено чинним законодавством, і для добровільного лікування й реабілітації дітей і підлітків, які мають наркотичні проблеми.

За медичною допомогою до наркологічних центрів звертаються, як правило, люди зі сформованою залежністю і вираженою соціальною дезадаптацією²¹⁹. Переважна більшість опіоїдних наркоспоживачів, які звертаються за допомогою, характеризуються високопрогредієнтним перебігом захворювання і великою кількістю психопатоподібних та неврозоподібних порушень (до 73%)²²⁰. За таких обставин сучасне лікування у вітчизняних наркологічних диспансерах упродовж 12–14 днів, що зведене лише до детоксикації, окремими медиками розглядається як «науково необгрунтоване і тому безперспективне». Тож реформування наявної системи надання наркологічної допомоги потрібно розглядати в контексті соціально-психологічних потреб наркоспоживачів, створення умов для їхньої реабілітації й ресоціалізації.

Загалом сучасна медична практика в Україні цілком не задовольняє потреб людей і підлітків, зокрема тих, хто належить до груп ризику. Нехтування особливими потребами молодих людей є чинником поширення епідемії. З метою виправлення такої ситуації в системі охорони здоров'я України створено мережу молодіжних дружніх клінік (МДК)²²¹, покликаних забезпечити консультування і практичну допомогу з питань лікування ХПСШ та інформування щодо профілактики ВІЛ/СНІД. На разі створено МДК у Києві (2 клініки), Кам'янець-Подільському (1), Львові (1), Полтаві (2). Створені вони переважно при міських Центрах соціальних служб для молоді, тут надають

²¹⁹ Лебедев Д. С. Тизерцин и заместительная терапия: состояние отмены опиоидов // Український вісник психоневрології. – 2003. – Т. 11. – Вип. 2 (35). – С. 71 – 74.

²²⁰ Лебедев Д. С. Об особенностях мотивации к лечению у наркозависимых пациентов // Архив психиатрии. – 2002. – № 2 (29). – С. 79–81.

²²¹ Перша пілотна дружня клініка для молоді була відкрита у грудні 1998 р. у Києві (на підставі угоди між МОЗ України та ЮНІСЕФ). – Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: нові прогнози. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2003. – С. 106.

безкоштовні медичні послуги медики-фахівці: гінекологи, дерматовенерологи, наркологи, психологи, педіатри, психотерапевти, сексологи. ДМК надають анонімну соціально-психологічну, консультативно-інформаційну, медико-соціальну допомогу підліткам та молоді (СІН, ЛЖВ/С-СІН, ЖКС-СІН, екс-в'язням-СІН).

З метою впорядкування ситуації у лікуванні хворих на наркозалежність та алкоголізм МОЗ та МВС України підготували проект Закону України «Про обов'язкове лікування хворих на алкоголізм та наркоманію», прийнятий Верховною Радою в першому читанні. На думку працівників наркологічних клінік, ухвалення такого закону могло б суттєво поліпшити ситуацію, зокрема й зі створення можливостей для ефективної протинаркотичної профілактики. Але, на думку юристів, такий закон суперечить правам людини, проголошеним Конституцією України.

Тому бажаним є розгляд не окремого закону про обов'язкове чи примусове лікування наркологічних хворих, яке значною мірою довело свою надзвичайну неефективність за років радянської влади, а прийняття ширшого закону про всю систему роботи з різними контингентами СІН, в якому можна було б передбачити необхідні комбіновані заходи щодо організації ефективного контролю за тими особами, які, наприклад, вживають наркотичні речовини, і одночасного здійснення ефективних профілактичних заходів у першу чергу серед молоді й контингентів, які підпадають під більший ризик залучитися до вживання наркотичних речовин.

Доступність лікарських засобів. Коли йдеться про доступність лікарських засобів, мають на увазі, що кожен пацієнт, який за клініко-лабораторними показниками потребує певних ліків, може їх отримати в будь-якому населеному пункті країни безперешкодно і безкоштовно чи принаймні за мінімальною ціною²²². За даними міжнародного дослідження «The European Values Study: a Third Wave»²²³, в Україні системі охорони здоров'я повною мірою довіряють не більше 8% населення країни (див. табл. 3.1).

За результатами досліджень Інституту соціології НАН України, лише 15% населення вистачає необхідної медичної допомоги, 62% її бракує. Ліки купують переважно в неповному обсязі (53%). У 2002 році лише кожен четвертий українець (24%) купував їх у повному обсязі²²⁴. Ще менш втішною залишається правда сьогодення щодо *антиретровірусних препаратів — в Україні тривалий час вони були недоступними ЛЖВ*²²⁵. Останнім часом ситуація змінилася, і на початок 2005 року антиретровірусну терапію отримували 1400 осіб. Глобальний Фонд з боротьби зі СНІД, туберкульозом і малярією передав до України ліки для лікування хворих на СНІД, розраховані на дві тисячі дорослих і сто дітей. Для лікування обрано шість регіонів, у яких ситуація з ВІЛ/СНІД найгостріша: Київ, Одеська, Миколаївська, Донецька, Дніпропетровська області та АР Крим. В інших регіонах планується розпочати лікування пізніше, з березня 2005 р. У 2005 році планується збільшити кількість осіб, охоплених АРТ, до чотирьох тисяч осіб. Поліпшення доступу до АРВ-препаратів висвітлює іншу проблему, характерну для країни, — проблему відбору пацієнтів з числа СІН для проведення антиретровірусного лікування, оскільки бажаючих виявилось зовсім мало.

²²² Люди и ВИЧ. — К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2004. — С. 325.

²²³ Source Book of the 1999/2000 European Values Study Surveys. — 2001. — http://spitswww.unt.nl/web/fsw/evs/documents/EVS_SourceBook.pdf

²²⁴ Амджадін Л. Здоров'я як соціальна проблема українського суспільства // Стратегія розвитку України (економіка, соціологія, право) // Науковий журнал. — Вип.1 / Голов.ред. О.П.Степанов. — К.: НАУ, 2003. — С. 511—522.

²²⁵ Люди и ВИЧ. — С. 325.

Таблиця 3.1

**Розподіл відповідей респондентів різних країн на запитання:
«Якою мірою ви довіряєте системі охорони здоров'я?» (1999-2000 роки), %**

Країни	Повністю довіряють	Частково довіряють	Не дуже довіряють	Зовсім не довіряють
Мальта	34,2	52,7	11,7	1,4
Ісландія	30,2	54,8	13,8	1,3
Австрія	28,1	58,2	12,5	1,2
Бельгія	21,2	61,4	14,2	3,2
Північна Ірландія	20,2	47,7	25,8	6,4
Польща	19,5	37,1	33,6	9,9
Фінляндія	19,5	64,9	13,8	1,8
Росія	13,0	43,2	30,7	13,0
Італія	8,1	28,6	45,5	17,8
Україна	7,7	40,0	33,7	18,6
Словакія	5,8	45,3	39,4	9,4
Угорщина	5,3	38,6	39,5	16,6
Хорватія	5,1	33,9	47,6	13,3
Греція	2,1	24,7	46,3	26,9
Литва	0,7	36,2	53,3	9,8

Джерело: Source Book of the 1999/2000 European Values Study Surveys. — 2001. — P.197. // http://spitswww.unt.nl/web/fsw/evs/documents/EVS_SourceBook.pdf.

Людина, яка перебуває в «системі», тобто активний наркоспоживач, не може контролювати прийом АРТ, йому важко контролювати своє власне життя. Однак ніхто дотепер не досліджував склад цієї насправді дуже неоднорідної групи ВІЛ-позитивних СІН. Міра їх залежності від наркотиків дуже різноманітна: чимало їх припинили споживання наркотиків упродовж тих років, що минули з моменту встановлення їм діагнозу ВІЛ-інфекції, і не вживають наркотичні речовини 1, 2, 3 і більше років. Ці люди цілком персонально і соціально відповідальні. Однак вони й надалі зафіксовані в державній статистиці щодо ВІЛ-інфекції як «наркомани».

Варто звернути увагу на ще один дуже важливий аспект. Сьогодні питання про стан імунітету і рівень «агресивності» інфекції кожного окремого пацієнта в Україні зважується фактично за клінічними показниками. Безумовно, аналізи «на імунологію» ВІЛ-позитивним пацієнтам роблять у більшості українських міст, однак їхня якість не відповідає сучасним стандартам. До того ж ці аналізи далеко не скрізь безкоштовні. *Важливо, щоб люди, які приймають політичні рішення в країні, знали про це і завжди мали правдиву інформацію, аби вчасно змінити ситуацію на краще.*

Доступ майже до всіх видів медичних послуг для абсолютної більшості СІН обмежений через відсутність у них чи їхніх родичів коштів на необхідне обстеження та лікування. Причому йдеться не лише про високу вартість лікування наркозалежності (300–600 грн у 2003 році — ліки та інші засоби медичного призначення треба купувати за свій кошт) та хвороб, на які найчастіше хворіють СІН (абсцеси, флегмони, генералізовані септичні ускладнення, гепатити, венеричні захворювання, ВІЛ-інфекція), а й про наявність так званих «добродійних внесків» у разі звернення до лікарень та інших медичних установ, відсутність можливої фінансової мотивації медперсоналу для надання більш якісної допомоги. Щоправда, цим наркоспоживачі майже не відрізняються від тих, хто наркотики не вживає: більшість українського населення лише частково отримує її безкоштовно, частково — за певну плату.

Таким чином, надання особам, залежним від наркотиків, медичних послуг сьогодні в Україні потребує додаткових визначень і регламентувань на національному рівні, особливо стосовно порядку отримання ними безоплатних і платних/частково платних послуг та підвищення зацікавленості ЛЖВ/С-СІН у проходженні антиретровірусного лікування. Робота медичних закладів, які займаються вторинною й третинною профілактикою (наркологічні лікарні та диспансери, центри профілактики і боротьби зі СНІД, психотерапевтичні заклади тощо), значною мірою фінансується з державного бюджету, з позабюджетних коштів місцевих адміністрацій, доходів від госпрозрахункової діяльності органів охорони здоров'я та коштів медичного страхування (останні джерела фінансування дають незначні надходження).

Медичні установи (особливо в невеликих містах, які не мають статусу обласних і районних центрів) потерпають від браку коштів на придбання необхідного обладнання, ліків на утримання хворих тощо. Існує потреба у створенні місць для стаціонарного лікування хворих на наркоманію СІН у містах, де відсутні наркологічні лікарні, але велика кількість СІН, розширенні можливостей для тестувань на ВІЛ та консультувань, а також закладів для реабілітації (ресоціалізації) СІН, програм замісної терапії.

3.3. Цільові інтервенції (СІН, ЖКС-СІН, ЧСЧ-СІН, в'язні-СІН)

В Україні, як і в інших країнах світу, де ВІЛ-інфекція найпоширеніша серед СІН, профілактика ВІЛ є частиною ширшої роботи з профілактики шкідливих наслідків, пов'язаних з уживанням наркотиків. Ця робота відома під назвою «зменшення шкоди» від наркотиків і поєднує певний медичний, соціальний та політичний підхід до розв'язання проблеми зловживання наркотичними речовинами²²⁶. Принципи і стратегії «зменшення шкоди» побудовані на усвідомленні тих небезпечних для громадського здоров'я наслідків, які виникають у результаті вживання наркотиків, а цільові заходи, побудовані на цих принципах, спрямовані на зменшення шкідливих наслідків уживання наркотиків.

У країні ціла низка неурядових організацій здійснює проекти, ґрунтовані на засадах рекомендацій ВООЗ, ЮНЕЙДС і Ради Європи: інформаційна робота і освіта; забезпечення легкої доступності соціальних служб і служб охорони здоров'я, активна робота серед СІН, забезпечення СІН стерильними ін'єкційними інструментами та дезінфікувальними розчинами; впровадження замісної терапії²²⁷.

Основною метою заходів/програм «зменшення шкоди» є призупинення поширення ВІЛ/СНІД в Україні та інтеграція уразливих груп населення в суспільство, а одним із основоположних принципів цих програм — дотримання прав людини. Нині до Асоціації зменшення шкоди входять 26 організацій²²⁸, інформацію про які можна знайти на сайті www.uhranet.narod.ru. Вони впроваджують в країні 40 проектів «зменшення

²²⁶ Саранг А. Работа по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. Снижение вреда. — [Http://uhrn.civicua.org/hr/whatishr.htm](http://uhrn.civicua.org/hr/whatishr.htm).

²²⁷ Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, применяющих наркотики. — <http://sirpatip.ksu.ru/sirpatip/mater-1/076.htm>.

²²⁸ Новости ВИЧ/СПИД. — К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2004. — Вып. 1. — С. 5.

шкоди», фінансування яких здійснюється переважно міжнародними фондами й організаціями²²⁹.

Послуги зі «зменшення шкоди» спрямовані на обмеження чи зменшення поширення шкідливих наслідків уживання наркотиків: медичних (включно з поширенням ВІЛ та інших вірусних і бактеріальних інфекцій, передозуванням, проблемами з венами); соціальних (соціальні втрати внаслідок широкого вживання наркотиків, неможливість соціальної адаптації для споживачів, проблеми з роботою, навчанням, сім'єю); економічних (витрати на лікування ЛЖВ/С; непрацездатність великої частини населення); правових (порушення прав людини, ув'язнення споживачів наркотиків)²³⁰.

За даними Українського інституту соціальних досліджень, найбільше профілактичними програмами охоплені споживачі ін'єкційних наркотиків у тих регіонах, де програми «зменшення шкоди» працюють з 1998 року, а ефективність програм «зменшення шкоди» прямо залежить від тривалості роботи пунктів довіри. Тільки за умови, що клієнти регулярно користуються наданими послугами як мінімум упродовж року, у них формується певна звичка («культура») безпечнішого вживання наркотиків.

Серед клієнтів, які відвідують пункти довіри менш як півроку, ті, кому щось відомо про ВІЛ/СНІД, становлять 95%, при цьому лише 48% вважають свої знання достатніми²³⁰. Серед клієнтів зі стажем рік і більше про ВІЛ/СНІД інформовані всі без винятку, причому ті, хто вважає свої знання достатніми, становлять 63%. У тих містах, де проекти «зменшення шкоди» підтримувалися з 1998 р., понад половину (63%) респондентів вважають свої знання про ВІЛ/СНІД достатніми, а там, де

²²⁹ Реалізація проектів профілактики ВІЛ у середовищі СІН почалася в Україні з 1996 р. Першим із них за підтримки ЮНЕЙДС став проект, що реалізується в Одесі громадською організацією «Віра. Надія. Любов». Другим за значимістю для України стає Проект «Профілактика ВІЛ/ПСПШ серед СІН в м. Полтава». З вересня 1997 р. проект реалізується Полтавським Благодійним Фондом «Анти-СНІД», за фінансовою й технічною підтримки Міжнародної Програми Зменшення Шкоди (IHRD) Інституту відкритого суспільства (Нью-Йорк, США). З 1997 р. Управління охорони здоров'я МВС України, за підтримки ЮНЕЙДС, почало виконувати проект з профілактики ВІЛ/СНІД у в'язницях.

З жовтня 1997 року Київським міським центром соціальних служб для молоді в Києві реалізується низка заходів у рамках стратегії Зменшення Шкоди, спрямованих на профілактику ВІЛ-інфекції, інфекцій, які передаються статевим шляхом, та інших інфекційних захворювань серед молоді, яка вживає наркотики ін'єкційним шляхом. Проект здійснюється за підтримки ЮНІСЕФ і за сприяння Київської міської держадміністрації, Головного Управління охорони здоров'я, Київської міської державної наркологічної лікарні «Соціотерапія» та ВБНОН ГУ МВС України в Києві.

З 2001 року Український Державний центр соціальних служб для молоді в партнерстві з ЮНІСЕФ реалізують 2 проекти: «Профілактика ВІЛ/СНІД серед молодих людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом» та «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків у Південному регіоні України». В рамках цих проектів діє 11 консультаційних пунктів «Довіра» для ін'єкційних споживачів наркотиків. З листопада 1998 року за підтримки ЮНЕЙДС та уряду Німеччини реалізується проект «Інформаційно-просвітницька робота «рівний-рівному» з профілактики ВІЛ/ПСПШ серед СІН у шести містах України». З січня 2002 року спільними зусиллями Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД, Програми «Зменшення Шкоди» Інституту відкритого суспільства і Міжнародного Фонду «Відродження» продовжено фінансування 8 проектів «Зменшення Шкоди», в тому числі й нового проекту в Києві (Громадська організація «Еней»).

У 1998 році Міжнародною Програмою Зменшення Шкоди Інституту відкритого суспільства прийнято важливе історичне рішення про трирічне фінансування проектів Зменшення Шкоди в країнах Центральної та Східної Європи із залученням коштів національних Фондів Сороса. Таким Фондом в Україні є Міжнародний Фонд «Відродження». У зв'язку з цим планується значне розширення діяльності програм Зменшення Шкоди в Україні.

²³⁰ За матеріалами сайту: <http://uhrn.civicua.org/lirary/hr/whatishr.htm>.

²³¹ Український інститут соціальних досліджень, Міжнародний центр «Відродження». Оцінка ефективності проектів «Снижение вреда в Украине». — К., 2002.

підтримка надавалася з 2002 року, таких 43%. Після одержання інформації про ВІЛ/СНІД клієнти пунктів довіри, що підтримуються з 1998 р., набагато частіше вдавалися до певних заходів, щоб знизити ризик інфікування ВІЛ. Особливо це стосується вибору друзів і знайомих, зменшення вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, а також використання стерильних голок і шприців.

Про вплив програм «зменшення шкоди» на вибір безпечнішого варіанта придбання готових наркотиків свідчить такий факт: клієнти пунктів, що підтримувалися з 1998 р., удвічі частіше (відповідно 44% і 22%) користуються послугами постійних продавців порівняно з клієнтами пунктів, що розпочали активну роботу пізніше. Клієнти пунктів довіри, що користуються їхніми послугами від року і більше, помітно менше вдаються до купівлі наркотику в такому вигляді, що потенційно несе в собі ризик інфікування. Порівняно з «новачками» (стаж користування послугами пункту довіри до року), серед них майже вдвічі (40% і 24% відповідно) менше тих, хто набирає наркотик у свій шприц зі спільного посуду, що є одним із найнебезпечніших способів забору наркотиків²³².

За результатами опитувань Українського інституту соціальних досліджень, робота пунктів довіри істотно не вплинула на сексуальну поведінку їхніх клієнтів, насамперед на частоту використання презерватива. Позитивні зміни спостерігаються тільки в практиці сексуальних контактів за винагороду. У містах, де програма «зменшення шкоди» реалізується з 1998 р., респонденти під час сексуальних контактів за винагороду користалися презервативом удвічі частіше порівняно з тими, хто проживає в містах із меншим терміном реалізації програми. На думку опитаних представників соціального оточення, ставлення представників органів влади до програми «зменшення шкоди» характеризується як «помірно позитивне»²³³.

Безпосередні клієнти програм «зменшення шкоди», своєю чергою, надають інформацію іншим споживачам ін'єкційних наркотиків, а також обмінюють шприци для інших. Таким чином, реальний вплив програм поширюється не лише на безпосередніх клієнтів пунктів, а опосередковано й на їхніх товаришів.

Про зростання кількості споживачів ін'єкційних наркотиків, які користуються послугами проектів «зменшення шкоди», свідчать дані НУО, задіяних у цій сфері (див. табл. 3.2). Проте загальне охоплення СІН програмами «зменшення шкоди» залишається невисоким. Фінансування такої діяльності здійснюється переважно за рахунок міжнародних організацій, хоча частина коштів виділяється також з державного бюджету (зокрема, на діяльність центрів «Довіра» при ЦССМ, послуги яких спрямовані на СІН: див. параграф 3.7).

Іншим поширеним напрямом цільових втручань є програми розповсюдження презервативів серед груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ. В наявності обмежений обсяг інформації стосовно розповсюдження презервативів в країні²³⁴. За даними соціологічного дослідження, проведеного в Херсонській області (2003 р.) Інститутом соціальних досліджень спільно з Фондом народонаселення ООН в Україні, СІН віддають перевагу не купівлі презервативів у людних місцях, а отриманню їх у пунктах обміну шприців (ПОШ) чи в інших місцях проектів «зменшення шкоди».

²³² Там само.

²³³ Там само.

²³⁴ Analysis of the Sociological Survey Conducted in Kherson Region under UNFPA Project UKR/03/P01 «Condom Feasibility Study». — Kyiv, 2003.

Таблиця 3.2

**Динаміка діяльності НУО «Фонд протидії СНІД» (м. Житомир)
в рамках проектів «зменшення шкоди» впродовж 2001–2004 років**

Період	Цільові групи	Охоплення цільових груп	Видано шприців	Утилізовано шприців	Розповсюджено
03.2001–04.2002	СІН (Житомир)	608 осіб	142 000	241 817	4 500 презервативів
05.2002–05.2003	СІН (Житомир, Бердичів)	954 особи	122 280	154 739	11 812 презервативів
10.2002–11.2003	ЖКС (Житомир)	76 осіб	-	-	3162 презервативи, 27 шт. протизаплідних препаратів та деззасоби (202 фл. хлоргексидину та 258 гігієнічних серветок)
05.2003–06.2003	СІН (Житомир)	992 особи	14 152	17 360	1714 презервативи
07.2003–12.2003	СІН (Житомир, Бердичів)	1036 осіб	45 509	48 295	7 694 презервативи
01.2004–06.2004	СІН (Житомир, Бердичів)	1055 осіб	16 740	20 030	2 574 презервативи

Джерело: дані Фонду протидії СНІД (м.Житомир) (неопубл.).

Упродовж 2002–2004 років більш як удвічі зросла кількість СІН, охоплених проектами, спрямованими на профілактику ВІЛ/СНІД (див. табл. 3.3). За даними Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, на кінець 2004 року понад 44 тис. споживачів ін'єкційних наркотиків, 4,5 тис. працівників комерційного сексу і 3,5 тис. ув'язнених отримали доступ до послуг з профілактики ВІЛ. Серед уразливих груп населення було розповсюджено 600 тис. презервативів. Загалом у країні понад 21 млн осіб охоплено стратегіями зміни поведінки через інформаційні програми та ЗМІ²³⁵.

Таблиця 3.3

Динаміка охоплення уразливих груп проектами, спрямованими на профілактику ВІЛ/СНІД

	СІН			ЖКС			ЧСЧ	
	Інформаційна робота	Роздача презервативів	Обмін шприців	Інформаційна робота	Роздача презервативів	Обмін шприців	Інформаційна робота	Роздача презервативів
2002 рік								
Загальне охоплення (осіб)	15906	15906	15906	1418	1418	709	-	-
у т.ч.: жінок (осіб)	3180	3180	3180	1418	1418	709	-	-
у т.ч.: чоловіків (осіб)	12726	12726	12726	-	-	-	-	-
2003 рік								
Загальне охоплення (осіб)	21534	21534	21534	2245	2245	1122	1912	200
у т.ч.: жінок (осіб)	4307	4307	4307	2245	2245	1122	-	-
у т.ч.: чоловіків (осіб)	17227	17227	17227	-	-	-	1912	200
2004 рік								
Загальне охоплення (осіб)	44339	44339	44339	4760	4760	2380	2970	466
у т.ч.: жінок (осіб)	8868	8868	8868	4760	4760	2380	-	-
у т.ч.: чоловіків (осіб)	35471	35471	35471	-	-	-	2970	466

Джерело: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004 р. (неопубл.).

²³⁵ За даними Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004 р. (неопубл.)

Досвід діяльності громадських організацій, які реалізують різноманітні профілактичні програми серед уразливих груп (включно із СІН), свідчить, що основні проблеми й труднощі, які впливають на ефективність таких втручань, стосуються таких аспектів:

- У багатьох містах немає неурядових організацій, які б зарекомендували себе активною діяльністю серед СІН, або ж такі організації перебувають у стадії розвитку, становлення (наприклад, у містах Нововолинську, Алчевську, Ялті, Первомайському).
- Відсутня система моніторингу й оцінки реалізації відповідних програм, їхнього впливу на епідеміологічну ситуацію на місцевому рівні.
- У деяких містах між різними НУО існує жорстка конкуренція, що заважає співпраці й обміну досвідом. Хоча є приклади плідної співпраці між різними НУО, які працюють в одній ніші, охоплюють різні цільові групи та спеціалізуються на різних видах профілактичної діяльності.
- Діяльність багатьох НУО залежить від фінансування з боку донорів, що викликає «синусоїдоподібну» активність — від бурхливої роботи до застою.
- Залежність від вимог спонсорів, які часто «замовляють музику», тобто діяльність у межах окремих програм, технологій або окремих цільових груп.
- Залежність діяльності зі стратегії зменшення шкоди від державних установ (наприклад, утилізація шприців, надання приміщення для пункту обміну шприців).
- Діяльність деяких НУО не інтегрована в загальну стратегічну програму в межах області чи міста²³⁶.

Таким чином, упровадження цільових проектів, спрямованих на профілактику ВІЛ/СНІД, набуває дедалі більшого поширення в Україні. Здебільшого воно охоплює розповсюдження стерильного ін'єкційного інструментарію та презервативів, а також інформаційно-просвітницької роботи з представниками уразливих груп. Ця робота відбувається як на базі постійних пунктів обміну шприців, так і на засадах «аутріч»-робіт. Значною мірою на визначення механізмів реалізації проектів «зменшення шкоди» впливають місцеві умови, й особливо — рівень закритості/відкритості наркосцени на місцевому рівні.

Для відкритої наркосцени, мабуть, акцент слід робити на залученні якнайбільшої кількості споживачів ін'єкційних наркотиків до обміну інструментарію у польових чи стаціонарних пунктах. Для закритої наркосцени метою є входження якомога частіше до мініспільнот СІН і переконання їх у необхідності обмінювати шприци й голки. Відомі випадки проведення обміну інструментарію вдома у споживачів наркотиків²³⁷, але це поки розглядається як експериментальна діяльність. За наявності в одному населеному пункті й відкритої, й закритої наркосцен перед НУО, залучених до реалізації проектів «зменшення шкоди», виникає додаткове завдання — побудова механізму своєї діяльності з урахуванням цих особливостей.

²³⁶ Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / О.М.Балакірева (науковий керівник проекту), М.Ю.Варбан, О.О.Яременко, Л.І.Андрушак, О.Р.Артюх. — К.: Центр «Соціальний моніторинг», 2003. — С. 52–53.

²³⁷ Каминская Г. Попытка методологии, или два года внедрения стратегии снижения вреда во Львове. — http://www.afew.org/russian/drugusers_articles/16drugusers.php.

3.4. Упровадження замісної підтримувальної терапії для осіб з опіоїдною залежністю

Коли йдеться про лікування ВІЛ-інфікованих, то зазвичай говорять про наркозалежних, умови забезпечення якісного лікування цієї групи хворих пов'язують з упровадженням замісної підтримувальної терапії²³⁸, яку використовують сьогодні в багатьох країнах світу. В Україні програми впровадження замісної підтримувальної терапії до останнього часу затримувалися, в основному, силовими відомствами й окремими політиками²³⁹, хоча започаткування в країні програм лікування ВІЛ-інфікованих без програм замісної терапії дехто оцінює як нонсенс²⁴⁰. Для України це особливо важливо, оскільки Глобальний фонд з боротьби зі СНІД, туберкульозом і малярією виділив Україні гуманітарну допомогу у вигляді антиретровірусних препаратів за умови впровадження програм замісної підтримувальної терапії для осіб із опіоїдною залежністю, оскільки без її реалізації немає ніякої впевненості, що наркозалежний постійно прийматиме антиретровірусні препарати, проходитиме необхідні обстеження тощо. Ставлення до замісної терапії як до медичного питання багато в чому залежить навіть не від обсягу наявної інформації, не від уміння зважувати «за» та «проти», а від життєвої філософії людей²⁴¹, від того, визнається наркоманія суспільством як хвороба (в такому разі визначення способу лікування наркозалежних належить медицині), чи як злочинна поведінка (тоді перевагу віддають силовим засобам)²⁴².

У світовій практиці в ролі основних препаратів програм «замісної терапії», до якої залучено понад 600 тисяч клієнтів²⁴³, зазвичай застосовують: метадон (оральний розчин з цукром); повільно діючий морфін (таблетки/капсули для застосування один чи два рази на день); бупренорфін (сублінгвальні таблетки); ЛААМ (ліво-ацетил-метаділ); героїн²⁴⁴ (щоправда, здебільшого з дослідницькою метою)²⁴⁵. За даними Європейського моніторингового центру з наркотиків і наркозалежності, у багатьох країнах світу підвищується доступність програм замісної терапії, а кількість

²³⁸ Замісна терапія (ЗТ), або замісна підтримувальна терапія (ЗПТ), — це вид лікування опіоїдної залежності, за якого використовують опіатні антгоністи — речовини, які мають подібну до героїну та морфіну дію на головний мозок людини, що дозволяє запобігти розвитку синдрому відміни та блокувати потяг до нелегальних опіоїдів. Цінність ЗТ полягає в тому, що вона дає змогу залежним споживачам відмовитися від вживання нелегальних опіатів, значно зменшити ризик, пов'язаний з ін'єкціями (ВІЛ, гепатити, інфекції тощо), стабілізувати здоров'я, стати соціально активними. Замісна терапія сприяє значному зниженню кримінальної активності споживачів наркотиків, що створює передумови для подальших позитивних змін. ЗТ суттєво сприяє налагодженню контактів різноманітних соціальних і медичних служб із цільовою групою споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН). Такий комплексний і всебічний підхід є найбільш адекватним з огляду на комплексний медико-соціальний характер захворювання. — Аналітичний огляд: Замісна терапія. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004. — С. 1.

²³⁹ Галковская Т. Метадоновые программы: выход из тупика или замаскированный вход? // Зеркало недели. — 2004. — № 28 (503). — 17–23 июля.

²⁴⁰ Бутусова Т. Со СПИДом начали бороться «по-взрослому» // Зеркало недели. — 2004. — № 35 (510). — 4–10 сентября.

²⁴¹ Галковская Т. У него даже глаза стали другие // Зеркало недели. — 2004. — № 39 (514). — 2–8 октября.

²⁴² Галковская Т. Метадоновые программы: выход из тупика или замаскированный вход? // Зеркало недели. — 2004. — № 28 (503). — 17–23 июля.

²⁴³ Замісна терапія: Аналітичний огляд. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004. — С. 7.

²⁴⁴ Надеждин А.В. К вопросу о «заместительной терапии» у больных героиновой наркоманией. — http://www.narkotiki.ru/expert_3069.html.

²⁴⁵ Замісна терапія: Аналітичний огляд. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004. — С. 5

пацієнтів, які отримали замісне лікування метадоном, упродовж 5 років зросла на 34% (див. табл. 3.4).

Характерною рисою законодавчого регулювання питань, пов'язаних із наркотиками в Україні, як і в багатьох інших країнах, є те, що ціла низка законодавчих норм розпо- рошена по нормативних актах, які стосуються різних галузей права. Тривалий час це викликало різне трактування засад упровадження замісної терапії в країні, хоча жоден із чинних документів її не забороняв. Згідно із «Переліком наркотичних засобів, психот- ропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, що підлягають спеціальному контролю відповідно до законодавства України» (23.03.1998 р.), у лікарській практиці (а, отже, і для цілей замісної терапії) можуть використовуватися наркотичні речовини, зокрема опіати: кодеїн, морфін, бупренорфін, метадон. У 1998 році «замісна терапія» увійшла до «Уніфікованих стандартів наркологічної допомоги населенню в лікувально-профілак- тичних установах України» (наказ МОЗ України №226 від 27.07.1998), де передбачене призначення замісної терапії особам, залежним від опіатів, за індивідуальною схемою, причому препарат-замінник не уточнюється.

30 листопада 2001 року Урядова комісія з питань боротьби з ВІЛ/СНІД прийняла рішення про сприяння проведенню програм лікування хворих на наркоманію із ви- користанням замісної терапії неін'єкційними препаратами.

Національна програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД на 2001–2003 роки за- тверджена наказом Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 р. № 790, у своєму 36-му пункті прямо передбачає: «Започаткувати введення замісної терапії з метою зменшення ризику інфікування споживачів ін'єкційних наркотиків ВІЛ та збудника-

Таблиця 3.4

Упровадження замісної терапії в Європейському Союзі та Норвегії

Країни	Кількість осіб, які отримували замісну терапію метадоном		Зміна, %
	1997/1998	2001/2002	
Бельгія	6 617	7 000	5,8
Данія	4 298	4 937	14,9
Німеччина	45 300	49 300	8,8
Греція	400	1 060	165,0
Іспанія	51 0000	78 806	54,5
Франція	53 281	85 757	61,0
Ірландія	2 859	5 865	105,1
Італія	77 537	86 778	11,9
Люксембург	931	1 007	8,2
Нідерланди	13 500	13 500	0
Австрія	2 966	5 364	80,8
Португалія	2 324	12 863	453,5
Фінляндія	200	400	100,0
Швеція	600	621	3,5
Велика Британія	28 776	35 500	23,4
Норвегія	204	1 853	808,3
Усього	290 793	390 611	34,3

Джерело: Замісна терапія: Аналітичний огляд. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004. — С. 7; Звіт 2003 р. Європейського моніторингового центру з наркотиків і наркозалежності // http://www.emcdda.eu.int/infopoint/publications/national_reports.shtm.

ми інших трансфузійних інфекцій». У березні 2004 р. Кабінет Міністрів України своєю постановою затвердив 5-ту Національну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки, в якій передбачено реалізацію програм замісної терапії (пункт 12).

У 2003 році МОЗ затвердив план заходів із впровадження компонента з лікування за програмою Глобального фонду, де одним із пунктів було проведення замісної терапії в Україні. Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003–2010 рр.» № 877 від 4 червня 2003 року пунктом 26 передбачено: «Забезпечити вивчення вітчизняного досвіду роботи із застосування методик «замісної терапії» для лікування та соціальної реабілітації осіб, хворих на наркоманію».

У квітні 2003 року Державний фармакологічний комітет зареєстрував метадон в Україні як засіб лікування опіїдної наркозалежності. 1 грудня 2003 р. відбулися Парламентські слухання, у результаті яких було прийнято постанову «Про рекомендації парламентських слухань на тему: «Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІД, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання», в якій планується прискорити впровадження в практику замісної терапії, ефективність якої підтверджено світовим досвідом.

У 2004 році Всеукраїнська наркологічна асоціація розробила методичні рекомендації «Використання замісної терапії метадоном у лікуванні та реабілітації хворих із синдромом залежності від опіоїдів». Вони затверджені Українським центром наукової медичної інформації та погоджені з Департаментом організації медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я 17 лютого 2004 року

Упровадження пілотних проектів замісної терапії в Україні розпочалося лише з квітня 2004 р., тому країна поки не має достатнього власного досвіду у цій сфері. Внаслідок реалізації Програмою розвитку ООН проекту «Права людини в дії», спрямованого на захист прав найбільш уразливих груп, а саме: СІН, жінок секс-бізнесу та людей, які живуть із ВІЛ/СНІД, розпочато практичне застосування замісної терапії для лікування опіїдної наркозалежності в Херсонській області (на основі бупренорфіну).

Термін реалізації проекту і кількість учасників досить обмежені і ще не дають підстав для узагальнювальних висновків. У Херсонському пілотному проекті поки не беруть участі хворі на СНІД, але всі учасники — наркоспоживачі зі стажем, які неодноразово намагалися позбутися наркозалежності, проходили практично всі інші види терапії, але жодна з них не дала очікуваних результатів. У деяких пацієнтів стаж наркоспоживання понад двадцять років. Наймолодшому з пацієнтів — 25 років, наркотики він уживає з сімнадцяти років. Деякі із залучених до програми наркоспоживачів (вісім осіб) її покинули, відбувається ротація контингенту пацієнтів. Серед тих, хто залишив програму, переважають ті, хто не дуже хотів лікуватися, кого змусили розпочати лікування рідні.

Попри короткий термін від початку програми вона вже увиразнила соціальні проблеми, зумовлені впровадженням замісної терапії. Оразу після лікування у пацієнтів виявилось стільки вільного часу, що вони не знали, як його заповнити. Деякі з них давно втратили роботу, є такі, хто взагалі ніколи не працював. Виникає багато вільного часу, який породжує депресію, а депресія — привід для споживання наркотиків. У таких програмах люди весь час мають бути зайняті. Якщо у них є робота, то з'являється і стимул вести нормальний спосіб життя.

У зв'язку із суперечливим ставленням населення до запровадження замісної терапії, в країні від початку був налагоджений науковий супровід з оцінки ефективності методу. У тісній співпраці із Всесвітньою організацією охорони здоров'я та за її протоколами планується вести наукове спостереження; фіксувати всі отримані дані незалежно від того, чи буде хворий далі лікуватися. Утримання його під наглядом планується з метою з'ясувати, наскільки цей терапевтичний метод є корисним в Україні. Завдяки розвиненому партнерству планується використовувати також розробки проекту Міжнародного Фонду «Відродження» щодо створення комп'ютерної мережі для об'єктивного моніторингу й оцінки ефективності лікування едноком.

Таким чином, модель замісної терапії в Україні вибудовується з використанням найновітніших технологій, де застосування сучасних фармакологічних засобів планується вести на тлі відповідної соціально-психологічної підтримки, впровадження системного моніторингу та наукового оцінювання. До проекту залучаються фахівці й волонтери із різних секторів та структур. Міжнародний Фонд «Відродження» надав підтримку процесу державної реєстрації препарату «Метадон гідрохлорид», який широко застосовують у замісній терапії європейських країн, а також підтримував проекти замісної терапії у 5 містах України, де почалися підготовчі роботи. Крім того, за сприяння Фонду було проведено дослідження законодавчих основ проведення замісної терапії в Україні. У листопаді 2004 р. до України приїхала Місія ВООЗ/ЮНЕЙДС, за участі якої очікується узгодження позицій різних відомств і розв'язання питання впровадження замісної терапії серед СІН у контексті боротьби з поширенням ВІЛ та інших хвороб, що передаються через кров²⁴⁶.

Українські юристи визнають, що затримка із впровадженням замісної терапії в Україні фактично призводить до порушення права осіб, які страждають на наркоманію, на належну медичну допомогу та можливість вибору такого офіційно дозволеного методу лікування наркотичної залежності, як замісна терапія. Серед причин затримки з впровадженням цього заходу називають: обмеженість коштів для впровадження «замісної терапії» (відповідної перепідготовки фахівців: медиків, соціальних працівників, організації паралельного здійснення заходів лікування та ресоціалізації, соціальної допомоги особам, залученим до програм «замісної терапії» — працевлаштування, допомога з житлом тощо), певне нерозуміння та неприйняття принципів замісної терапії багатьма фахівцями-наркологами й чиновниками як унаслідок дефіциту знань, так і через побоювання, що замісна терапія зменшить мотивацію наркозалежних осіб до повної відмови від вживання наркотиків, тощо. Наявність тривалий час таких дискусій не лише на рівні окремих фахівців, а й на рівні різних відомств засвідчує необхідність проведення в країні інформаційно-роз'яснювальних кампаній стосовно впровадження замісної терапії, висвітлення різних точок зору з акцентуванням уваги на потребах споживачів наркотиків.

3.5. Юридичні послуги (захист прав)

Уживання ефективних заходів з метою запобігання поширенню епідемії ВІЛ/СНІД визначається низкою чинників, серед яких чільне місце посідає законодавство. Від того, наскільки чинні в державі закони і нормативні акти сприяють реалізації належних

²⁴⁶ Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention: Position paper WHO/UNODC/UNAIDS. — Р. 2.

заходів запобігання епідемії і наскільки адекватною до вимог є практика їхнього застосування, залежить успіх зусиль всього суспільства. Відомим фактом є те, що захист і дотримання прав людини та повага до людської гідності в зв'язку із ВІЛ/СНІД має винятково важливе значення для ефективного реагування на епідемію.

В Україні права споживачів наркотиків (СІН) і людей, що живуть із ВІЛ/СНІД (ЛЖВ), регламентуються Конституцією України й іншими нормативно-правовими актами, так само як і права будь-яких інших громадян. Але водночас дискримінація і стигматизація стали нормою в суспільно-правових відносинах стосовно ЛЖВ і СІН. Це, своєю чергою, призводить до усвідомлення ними своєї соціальної відчуженості, заганню проблем у глибину локальних груп, що перешкоджає вживанню ефективних заходів профілактики.

З квітня 2003 року Всеукраїнська асоціація зменшення шкоди за підтримки Міжнародного Фонду «Відродження», Інституту відкритого суспільства (Будапешт) і Міжнародної програми «зменшення шкоди» (Нью-Йорк) почала реалізацію проекту «Поліпшення правозахисної політики стосовно споживачів ін'єкційних наркотиків і людей, що живуть із ВІЛ/СНІД у рамках реалізації проектів «зменшення шкоди»²⁴⁷.

Цілями проекту визначено:

- Поліпшення правових умов для реалізації проектів «Зменшення шкоди» в Україні.
- Удосконалення чинного законодавства, що регламентує питання немедичного споживання наркотиків, права ВІЛ-позитивних осіб і практики його застосування.
- Розроблення механізмів, що забезпечують виконання законів.
- Створення мережі постійних служб з правового захисту і надання правової допомоги споживачам наркотиків і ВІЛ-позитивним особам на базі мережі проектів Зниження шкоди в Україні.
- Формування толерантного ставлення громадськості до проблем цільової групи.

Загалом юридичні потреби наркоспоживачів і ВІЛ-позитивних осіб зумовлені нагальними проблемами, з якими вони стикаються у повсякденній життєдіяльності.

За даними Всеукраїнської мережі людей, які живуть із ВІЛ/СНІД, види й характер порушень прав СІН і ЛЖВ/С-СІН мають свої особливості у різних сферах життєдіяльності²⁴⁸.

Юридичні послуги безкоштовно для ВІЛ-позитивних осіб (включно із СІН) надаються юридичним відділом Всеукраїнської Мережі ЛЖВ²⁴⁹, але про це не відомо широкому колу тих, хто її потребує. Хоча порушення прав наркоспоживачів і ВІЛ-позитивних людей відбувається дуже часто, люди не наважуються звертатися до суду, з одного боку, через побоювання процедури їх обстоювання, а з іншого — через незнання своїх прав.

²⁴⁷ До проекту залучено 21 громадську організацію з різних регіонів країни, які мають практичний досвід реалізації відповідних проектів: Вінниця — ОК «Сталість», Донецьк — «Обласне співтовариство сприяння ВІЛ-інфікованим», Житомир — «Фонд протидії небезпечним захворюванням і СНІД», Запорозжя — БФ «Сподівання», Знаменка — БФ «Повернення до життя», Івано-Франківськ — БФ «Солідарність», Кременчук — «Порятунок», Київ — «Клуб «Еней», Львів — БФ «Усі разом», Луганськ — БФ «Анти-СНІД», Миколаїв — БФ «Благодійність», Миколаїв — БФ «Юнітус», Одеса — БФ «Дорога додому», Полтава — БФ «Анти-СНІД», Павлоград — «Клуб «Вікторія», Суми — БФ «Крок назустріч», Хмельницький — Асоціація «Вікторія», Херсон — БФ «Мангуст», Черкаси — БФ «Інсайт», Чернівці — БФ «Нова родина», Чернігів — РЦ «Ступені». Консультативна й методична підтримка — Український інститут соціальних досліджень (Київ).

²⁴⁸ За даними проекту «Поліпшення правозахисної політики стосовно споживачів ін'єкційних наркотиків і людей, що живуть з ВІЛ/СНІД у рамках реалізації проектів «зменшення шкоди», що виконується Всеукраїнською асоціацією зменшення шкоди, 2004 р.

²⁴⁹ Новини ВІЛ/СНІД: Політика та адвокація. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004. — Вип. 2. — Серпень, 2004. — С. 3.

Види та характер порушень прав СІН і ЛЖВ/С-СІН у різних сферах життєдіяльності

Види порушень	Причини порушень
<p>Кримінально-процесуальна та адміністративна сфери. Безпідставне проведення працівниками правоохоронних органів огляду й обшуку (ст.177 КПК України) СІН. За цієї процесуальної дії, як правило, допускаються грубі порушення чинного законодавства, що регулює ці дії, а саме:</p> <ul style="list-style-type: none"> • відсутність відповідних документів (постанов, протоколів) під час проведення обшуку чи огляду з їх подальшим складанням і повідомленням у прокуратуру протягом доби з моменту їх проведення; • відсутність у більшості випадків понять під час їх проведення; • використання стану наркотичного сп'яніння затриманого СІН (у тому числі СІН-ЖКС) при складанні процесуальних документів, (протоколів, пояснень, свідчень) і підпису їх затриманою особою, що на момент підписання документа належним чином не розуміла суті складених документів, не могла контролювати свої дії і ступінь відповідальності за це через свій стан; • навмисне використання стану абстиненції (ломки) при проведенні слідчо-оперативних дій, при використанні якого особа в силу свого безвихідного фізичного стану змушена визнати провину в скоєному злочині, обмовити себе, здійснити наклеп на особу, зазначену працівником міліції, тощо; • спонукання до свідчень проти себе в порушення ст. 63 Конституції України; • нероз'яснення прав відповідно до процесуального положення; • відмова у наданні адвокатських послуг, неповідомлення про право мати захисника або повідомлення про це із запізненням; • застосування фізичної сили і спецзасобів до затриманого під час дізнання чи слідства; • примушування працівниками правоохоронних органів СІН, ЖКС-СІН до виплати винагороди за можливість заняття комерційним сексом, укриття фактів вилучення наркотичних засобів. Спонукання СІН-жінок секс-бізнесу до вступу в сексуальні стосунки; • наявність поширеної практики застосування працівниками органів міліції стосовно СІН катувань, свідомо незаконної затримки, свідомо незаконного порушення кримінальної справи 	
<p>Медична сфера. На тлі порушень прав СІН у медичній сфері у них виникає недовіра до медичних працівників. Як наслідок, СІН побоюються ставати на облік, розчаровуються в методах лікування наркозалежності:</p> <ul style="list-style-type: none"> • за наявності офіційних даних про належність до груп СІН чи ЛЖВ/С частими є випадки відмови в обслуговуванні, наданні медичними працівниками необхідної професійної допомоги з посиланням на різноманітні причини, як, наприклад, відсутність необхідного оснащення, медичних препаратів, прописки, постановки на чергу та інші безпідставні мотиви; 	
<ul style="list-style-type: none"> • низький рівень знання зазначеною категорією громадян чинного законодавства України своїх прав і законних інтересів і в більшості випадків неможливість їх захистити через відсутність засобів на захист своїх інтересів; • як негативне явище — "спускання" правоохоронним органам планів щодо вилучення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що призводить до зазначених порушень; • у низці випадків низький професійний рівень знання законодавства і своїх прав і професійних обов'язків працівниками органів внутрішніх справ, що тягне за собою порушення процесуальних норм і автоматично — дискримінацію тієї особи, стосовно якої проводиться розслідування; • фактично законами, нормативними актами, відомчими наказами й інструкціями прямо не передбачено надання необхідної медичної допомоги у разі затримки особи в стані абстиненції (ломки) і, як правило, вона надається тільки у важких випадках; • випадки бездушного ставлення, що мають місце, до перебігу слідства, долі підзахисного і обстоювання його інтересів з боку адвокатського корпусу, що у першу чергу впливає з відсутності коштів у підзахисного, недостатній практичний стаж і загальне ставлення суспільства до цієї категорії людей як небажаних елементів суспільства; • упевненість працівників органів міліції у своїй безкарності за здійснення злочинів стосовно СІН і СІН-ЖКС, що базується на поширеній практиці "покривання" порушень прав громадян, які належать до цих категорій, працівниками органів міліції з боку вищого керівництва і контролюючих органів 	
<ul style="list-style-type: none"> • низька правосвідомість медичного персоналу, невизнання СІН справді важкохворою людиною, що також потребує належної медичної допомоги і послуг; • уявлення про марність надання медичних послуг і лікування ЛЖВ/С як приреченим до летальності; 	

<ul style="list-style-type: none"> • відмова в госпіталізації до медичних установ за передозування з переадресацією цих послуг на спеціалізовані відділення психіатричних лікарень, навіть за відсутності таких відділень у віддалених районних центрах; • nereагування швидкої медичної допомоги на виклики (виклики не фіксуються), відмова у виїзді машин швидкої медичної допомоги за адресою чи рекомендації звернутися до спеціалізованого відділення психіатричної лікарні; таке ненадання своєчасної медичної допомоги іноді призводить до летальних наслідків; • під час пологів жінок зі статусом ЛЖВ/С, СІН медичний персонал намагається якнайшвидше виписати матерів, мотивуючи це зменшенням ризику ймовірного зараження ВІЛ-інфекцією; • розголошення конфіденційних даних про результати обстежень осіб, яким встановлений статус ЛЖВС 	<ul style="list-style-type: none"> • страх медичного персоналу при лікуванні СІН, ЛЖВ/С бути інфікованими якою-небудь хворобою, характерною для СІН, чи інфікованих ВІЛ, що говорить про недостатньо високий професійний рівень медичного персоналу; • бездіяльність виконавчих органів щодо порушення чинного законодавства в частині конфіденційності щодо результатів обстеження на ВІЛ/СНІД, відсутність практики притягнення винних до відповідальності
Соціально-побутова сфера:	
<ul style="list-style-type: none"> • безпідставна відмова соціальними працівниками місцевих адміністрацій у призначенні допомоги по догляду за дитиною віком до 3-х років, видачі талонів на безкоштовний проїзд у громадському транспорті міста й інших видів соціальної допомоги самотнім матерям зі статусом СІН, що встановлені й гарантуються державою; • одним із домінантних видів порушень у цій сфері є незаконне виселення СІН із житла, яке він займає, цей різновид порушень можна розподілити також на підпункти: <ul style="list-style-type: none"> - оволодіння житлом СІН шляхом шахрайських дій з боку кримінальних структур; - втрата житла в результаті осуду; - незаконне виселення із житла близькими родичами СІН, опікунами; - необґрунтоване позбавлення батьківських прав; - відмова у прийомі дітей СІН до дошкільних дитячих установ; • необґрунтована відмова у наданні субсидій на оплату комунальних послуг 	<ul style="list-style-type: none"> • недостатній рівень знання чинного законодавства в цій сфері з боку СІН, ЛЖВ/С; • несвоєчасне звернення до відповідних владних структур за фактом цих порушень, примирення з цими порушеннями в більшості випадків через усвідомлення СІН і ЛЖВ/С безнадійності позитивного розв'язання цих питань на тлі їхнього статусу; • соціальний чинник – негативне ставлення суспільства до цієї категорії осіб; • підвищення рівня злочинності в державі; • корумпованість у виконавчих структурах
Трудова сфера:	
<ul style="list-style-type: none"> • звільнення з роботи в разі одержання даних (офіційних чи неофіційних) про належність особи до однієї із зазначених категорій. Як правило, формально звільнення проводиться за різних підстав: скорочення штату працівників, реорганізація підприємства чи організації, халатне ставлення до обов'язків з боку працівника, виявлення інших порушень. Перелік "підстав" у кожному конкретному випадку різний, що створює видимість законності; • відмова в прийнятті на роботу осіб зі статусом СІН і ЛЖВ/С; • дискримінація за місцем роботи за фактом належності до категорій СІН і ЛЖВ/С 	<ul style="list-style-type: none"> • недостатній рівень знання чинного законодавства в цій сфері з боку СІН і ЛЖВС; • примирення з цими порушеннями в більшості випадків через усвідомлення СІН і ЛЖВС безнадійності в позитивному розв'язанні цих питань на тлі їхнього статусу; • соціальний чинник – негативне ставлення суспільства до цієї категорії осіб

Джерело: За даними проекту «Поліпшення правозахисної політики стосовно споживачів ін'єкційних наркотиків і людей, що живуть із ВІЛ/СНІД у рамках реалізації проектів «зменшення шкоди», що здійснюється Всеукраїнською асоціацією зменшення шкоди, 2004 р. (неопубл.).

За свідченнями юристів Всеукраїнської мережі ЛЖВ, до них найчастіше звертаються з повідомленнями про порушення прав медпрацівниками — розголошення ВІЛ-статусу та відмова в наданні медичної допомоги. Також досить часто права ВІЛ-позитивних порушують вихователі та завідувачі дитячих садків, викладачі й директори шкіл. Якщо їм стає відомо про статус дитини, вони знаходять різноманітні приводи для відмови або прямо відмовляють у влаштуванні дитини до дитячого закладу — багато звернень з приводу незаконного звільнення з роботи. Люди часто зазнають морального приниження у зв'язку з ВІЛ-статусом від своїх колег та сусідів.

Таким чином, переважна частина наявних порушень щодо прав СІН і ЛЖВ/С-СІН у різних сферах життєдіяльності зумовлена низкою об'єктивних і суб'єктивних чинників: низьким рівнем знання уразливими групами населення чинного законодавства України щодо своїх прав і законних інтересів і в більшості випадків неможливість їх захистити через брак засобів на захист своїх інтересів; «вказівки» правоохоронним органам щодо виконання планів з вилучення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що призводить до зазначених порушень; низька правосвідомість медичного персоналу, невизнання СІН справді важкохворою людиною, яка потребує належної медичної допомоги і послуг; уявлення про безнадійність надання медичних послуг і лікування ЛЖВ/С як приречених до летальності; страх медичного персоналу під час лікування СІН, ЛЖВ/С бути інфікованими якою-небудь хворобою, характерною для СІН, чи інфікованих ВІЛ, що свідчить про невисокий професійний рівень медичного персоналу; несвоєчасне звернення у відповідні владні структури за фактом цих порушень, примирення з цими порушеннями в більшості випадків через усвідомлення СІН і ЛЖВ/С безнадійності позитивного розв'язання цих питань на тлі їхнього статусу; бездіяльність виконавчих органів за фактом порушення чинного законодавства в частині конфіденційності щодо результатів обстеження на ВІЛ/СНІД, відсутність практики притягнення винних до відповідальності. Базовий чинник усіх цих порушень має соціальний характер: негативне ставлення суспільства до цієї категорії осіб.

3.6. Соціальна підтримка

Кажучи про свої потреби, СІН відзначають, що лише медикаментозного лікування, навіть якби воно було безкоштовним, недостатньо, щоб назавжди позбутися залежності від наркотиків²⁵⁰. Після звільнення від фізичної залежності необхідно провести курс психологічної реабілітації — позбавлення від психічної залежності. Багато хто із СІН вказує на необхідність соціальної підтримки у вигляді роботи груп взаємодопомоги для тих, хто намагається позбутися наркозалежності, а також для організації вільного часу (принаймні на перший період), щоб можна було відволіктися від думок про наркотик.

В Україні поки не сформовано єдиної соціальної політики щодо наркоспоживачів та ВІЛ-позитивних, не існує для них спеціальних соціальних служб. І, на думку багатьох фахівців, не так наркоспоживачі та ВІЛ-інфіковані, як відсутність скоординованої й ефективної політики стосовно них становить загрозу суспільству²⁵¹. Захист інтересів ВІЛ-інфікованих, тим паче хворих на СНІД, здійснюється через:

²⁵⁰ СНІД в Україні: Аналітичний огляд: Споживачі ін'єкційних наркотиків та епідемія ВІЛ-інфекції в Україні. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2003. — С. 17.

²⁵¹ Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІД в Україні: нові прогнози. — С. 98-99.

- систему державного та приватного страхування;
- створення спеціальних фондів, які прагнуть залучати кошти із різних джерел (міжнародної допомоги, державних установ та груп взаємодопомоги);
- цільову гарантовану підтримку з боку міжнародних структур, які забезпечують профілактичну роботу, діагностику, лікування. Утім, захист інтересів СІН ніхто ще не може гарантувати.

Через особливості своєї життєдіяльності, пов'язані з ін'єкційним уживанням наркотиків, СІН зазвичай не можуть працювати повний робочий день (адже підходить час і треба прийняти «дозу»). Та й керівництво не схильне тримати на роботі непередбачуваних у поведінці під час робочого процесу. Тому значна частина їх перебивається випадковими заробітками, розмір яких, як правило, визначається достатністю на придбання порції наркотичної речовини. Тому існує потреба у створенні в Україні системи часткової, погодинної зайнятості, якою б могли користуватися як учні, студенти та пенсіонери, так і споживачі ін'єкційних наркотиків.

Для СІН, і особливо для ВІЛ-інфікованих СІН, дуже важлива соціальна підтримка оточення. Психологи стверджують, що в першу чергу позитивні результати можна отримати за допомогою *формування системи цінностей і життєвих перспектив*²⁵², за умови досягнення цілісності особистості залежної людини²⁵³. В цьому плані надзвичайно важливою стає роль сім'ї, родичів, друзів та знайомих.

За твердженням лікарів, тривалість ремісії наркоспоживачів багато в чому залежить від установок на лікування, збереження сім'ї й професійної орієнтації (корисної зайнятості), ясності та визначеності соціального становища, віку, батьківського адекватного контролю, особистісних зобов'язань перед найближчим мікрооточенням. Проте навіть за наявності такого арсеналу стримувальних позитивних чинників відновлення наркотизації може відбутися зовсім неочікувано й спонтанно, незалежно від волі наркозалежного. Це зумовлено патогенетичними механізмами перебігу хвороби. І після проведеного комплексу лікувально-реабілітаційних заходів провідним синдромом за опіоїдної залежності стає синдром психічної залежності з обсесивним і компульсивним потягом до опіатів²⁵⁴.

В Україні ще не інституціоналізовано професію соціального працівника, який би міг піклуватися про ВІЛ-інфікованих. Однак уже ведеться підготовка кваліфікованих фахівців у вищих навчальних країни, у тому числі на базі Школи соціальної роботи Національного університету «Києво-Могилянська академія». Школа налагоджує зв'язки безпосередньо з ВІЛ-інфікованими і групами самопомоги. Невирішеним залишається питання сертифікації спеціальності «соціальний працівник» з боку державних вищих навчальних закладів.

В Україні, як і в Росії при СНІД-центрах почали організовувати групи батьків ВІЛ-інфікованих, так зване «коло»²⁵⁵. Іноді такі групи реєструються як громадські

²⁵² Шилова Л. С. Переживання родителей ВИЧ-инфицированных наркоманов // Практична психологія та соціальна робота. — 2003. — № 9. — С. 33.

²⁵³ Шербина Л. Ф. Експериментальне дослідження мотиваційно-сміслової сфери осіб, залежних від наркотичних речовин, в умовах реабілітації на основі програми «12 кроків» // Практична психологія та соціальна робота. — 2003. — № 6–7. — С. 69–76.

²⁵⁴ Сосин И. К., Чуев Ю. Ф., Друзь О. В. Депрессивные состояния как проблема наркологии и суицидологии // Архив психиатрії. — 2003. — Т. 9. — № 1 (32). — С. 92–96.

²⁵⁵ Шилова Л. С. Переживання родителей ВИЧ-инфицированных наркоманов // Практична психологія та соціальна робота. — 2003. — № 9. — С. 33.

організації, як центри психологічної реабілітації ВІЛ-інфікованих. Такі центри можуть надавати практичну допомогу людям у сфері захисту прав і пільг ВІЛ-інфікованих, організовувати фонди для надання матеріальної допомоги тим, хто її потребує.

Мережа організацій та закладів, які здійснюють соціально-реабілітаційну роботу із наркозалежними. Здійснення соціально-реабілітаційної роботи з особами, які мають наркотичну залежність, базується на низці законодавчих і нормативних актів. До них належить Закон України № 1281-IV «Про загальнодержавну програму підтримки молоді на 2004–2008 рр.», яким від 18 листопада 2003 року затверджено Загальнодержавну програму підтримки молоді на 2004–2008 роки. Серед основних напрямів Програми – розвиток мережі центрів ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя перемога», а також тих, що створюються молодіжними громадськими організаціями, підтримка діяльності центрів соціальних служб для молоді та їхніх спеціалізованих формувань, розширення мережі цих закладів²⁵⁶.

Відповідно до Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003–2010 роки, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України № 877 від 4 червня 2003 р., серед завдань, які потрібно виконати на першому етапі (2003–2005 рр.), передбачено вдосконалення заходів превентивного характеру щодо запобігання незаконному вживанню наркотичних засобів і психотропних речовин шляхом інформування, виховання, освіти, раннього втручання, консультування, лікування, реабілітації, недопущення рецидивів, подальшого обстеження і соціальної реабілітації за умови надання можливості особам, які цього потребують, своєчасно отримувати необхідну допомогу і послуги відповідних служб.

Разом зі зростанням кількості наркоспоживачів в Україні спостерігається збільшення кількості організацій, які надають реабілітаційні послуги наркозалежним. Утім таке зростання іноді має лавиноподібний, неконтрольований характер, а якість надання таких послуг викликає сумніви. Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України № 809 від 13 червня 2002 р., з метою активізації роботи, спрямованої на реабілітацію та адаптацію наркозалежної молоді, затверджено Типове положення про центр ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя перемога», а координацію роботи з організації таких центрів покладено на Міністерство України у справах молоді та спорту. Йдеться не про організацію єдиного центру ресоціалізації молоді, а про створення мережі таких центрів. Упродовж 2002 – серпня 2004 року Міністерством у справах молоді та спорту ухвалено низку наказів²⁵⁷.

Станом на 1 грудня 2004 р. в Україні створено й функціонує 19 центрів ресоціалізації наркозалежної молоді (із них 4 за підтримки ЮНІСЕФ), які входять до мережі «Твоя

²⁵⁶ Методичні рекомендації з питань організації та функціонування центрів ресоціалізації наркозалежних / Державний ін-т проблем сім'ї та молоді. – К., 2004.

²⁵⁷ Серед цих наказів, зокрема: «Про створення міжвідомчої робочої групи з вивчення питань організації та розвитку мережі центрів ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя перемога» від 9 серпня 2002 р. № 579 (дію закінчено); «Про організацію виконання постанови Кабінету Міністрів України від 13.06.2002 № 809 «Про розвиток мережі центрів ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя перемога» від 8 серпня 2002 р. № 578 (заходи виконано, дію закінчено); «Про посилення роботи щодо формування здорового способу життя, профілактики наркоманії та ВІЛ/СНІДу у молодіжному середовищі» від 29 травня 2003 р. № 511 (заходи виконано, дію закінчено); «Про затвердження заходів щодо забезпечення діяльності центрів ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя перемога» та сприяння розвитку їх мережі у 2004 р.» від 6 лютого 2004 р. № 54; «Про створення робочої групи з питань розвитку мережі центрів ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя перемога» та організації їх діяльності» від 9 квітня 2004 р. № 13.

перемога»²⁵⁸. Реабілітаційні центри для ресоціалізації наркозалежної молоді можуть створюватись як у рамках вищезазначеної Постанови Кабінету Міністрів, так і самостійно (не входити до мережі «Твоя перемога»). Проте входження до мережі має низку переваг. Це, безперечно, державна підтримка, корпоративне вирішення поточних питань, обмін досвідом між центрами мережі, участь у виконанні загальнодержавних програм тощо. Система оцінки та моніторингу діяльності таких центрів розроблена Міністерством у справах сім'ї та молоді за підтримки ЮНІСЕФ.

Такі послуги по своїй суті належать до соціальних, про що свідчить ст. 1 Закону України «Про соціальні послуги», а саме: соціальні послуги — це комплекс правових, економічних, психологічних, освітніх, медичних, реабілітаційних та інших заходів, спрямованих на окремі соціальні групи чи індивідів, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги (далі — особи, що потребують соціальних послуг), з метою поліпшення або відтворення їх життєдіяльності, соціальної адаптації та повернення до повноцінного життя.

Відповідно до зазначеного вище Закону, основними формами надання соціальних послуг є матеріальна допомога та соціальне обслуговування. Матеріальна допомога надається особам, що перебувають у складній життєвій ситуації, у вигляді грошової або натуральної допомоги: продуктів харчування, засобів санітарії й особистої гігієни, засобів догляду за дітьми, одягу, взуття та інших предметів першої необхідності, палива, а також технічних і допоміжних засобів реабілітації.

Соціальне обслуговування здійснюється шляхом надання соціальних послуг: за місцем проживання особи (вдома); у стаціонарних інтернатних установах та закладах; у реабілітаційних установах та закладах; в установах та закладах денного перебування; в установах та закладах тимчасового або постійного перебування; у територіальних центрах соціального обслуговування; в інших закладах соціальної підтримки (догляду).

Таким чином, соціальна підтримка наркозалежних може мати різноплановий характер і передбачати, крім моральної підтримки, різні види соціальних послуг: соціально-побутових, психологічних, соціально-педагогічних, соціально-медичних, соціально-економічних, юридичних, послуг із працевлаштування, послуг з професійної реабілітації осіб із обмеженими фізичними можливостями, інформаційних послуг тощо.

3.7. Мережа кабінетів довіри

В Україні існує, як мінімум, два види кабінетів довіри, які утворюють певну мережу: кабінети довіри при медичних закладах (центрах СНІД та наркологічних диспансерах), а також консультаційні пункти «Довіра», створені за підтримки Центрів соціальних служб для молоді.

Починаючи з 1987 р., в Україні існує й розвивається мережа кабінетів довіри — своєрідних структурних підрозділів установ охорони здоров'я, переважно — центрів СНІД чи наркологічних диспансерів²⁵⁹. Організація кабінетів довіри була одним із перших кроків України у відповідь на проникнення ВІЛ на її територію. Кабінети довіри максимально наближені до населення як за формою роботи, так і за

²⁵⁸ Методичні рекомендації з питань організації та функціонування центрів ресоціалізації наркозалежних / Державний ін-т проблем сім'ї та молоді. — К., 2004.

²⁵⁹ Люди и ВИЧ. — С. 259.

зручністю користування їхніми послугами. Вони надають послуги з перед- і післятестового консультування, безпосереднього обстеження на ВІЛ (а іноді також на ІПСШ) за умови анонімності чи конфіденційності. Більшість із них обслуговують всі категорії населення безкоштовно.

Як відомо, консультативна робота в контексті ВІЛ-інфекції має на меті профілактику первинного інфікування ВІЛ і його подальшого передавання. В Україні нагромадився певний позитивний досвід у цій сфері. У 1993 р. співробітниками кабінету довіри Українського Центру профілактики і боротьби зі СНІД уперше в країні було впроваджено перед- і післятестове консультування як структурний елемент процесу обстеження на антитіла до ВІЛ.

Наявність поведінкового ризику (поведінки, що є соціально неприйнятною або такою, що підлягає покаранню) змушує осіб, які належать до вразливих груп населення, уникати медичної допомоги, у тому числі обстеження на антитіла до ВІЛ, у тих установах охорони здоров'я, де не гарантовано анонімність і збереження лікарської таємниці.

Цей факт підтверджується багаторічною практикою кабінету довіри Українського Центру профілактики і боротьби зі СНІД: серед обстежених анонімно відсоток уперше виявлених ВІЛ-позитивних (за рахунок звернень представників уразливих груп) у середньому в 4 рази вище, ніж серед обстежених із фіксацією прізвища і місця проживання.

Збільшення кількості добровільних звернень СІН дає можливість здійснювати профілактичні втручання щодо цієї цільової групи, безпосередньо впливаючи на зміну небажаної поведінки на більш безпечну за допомогою реалізації процесу консультування, пов'язаного з обстеженням на антитіла до ВІЛ. Позитивний досвід Українського Центру СНІД був розширений серед регіональних центрів СНІД, дані з яких також підтверджують необхідність упровадження анонімного консультування.

Наприкінці 2004 року в 14 містах України діяли 52 консультаційні пункти «Довіра», створені при Центрах соціальних служб для молоді з метою проведення профілактичної роботи. Діяльність частини таких пунктів фінансується в межах спільних проектів Державного центру соціальних служб для молоді та ЮНІСЕФ, інші – з державного бюджету через систему центрів соціальних служб для молоді. У 2001 р. із державного бюджету України на фінансування консультативних пунктів для споживачів ін'єкційних наркотиків було виділено 53 тис. грн; у 2002-му – 168 тис. грн; у 2003-му – 300 тис. грн; у 2004-му – 419 тис. грн.

За цей час кількість звернень СІН до консультативних пунктів «Довіра» зросла з 4000 у 2001 р. до 22265 – у 2003 р. Відкриття і діяльність КП «Довіра» відбувається за підтримки й активної взаємодії центрів соціальних служб для молоді з громадськими організаціями:

- Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ, Благодійний фонд «Центр реабілітації людини», Благодійний фонд «Новий спосіб життя», громадська організація «Надія і спасіння» (АР Крим);
- Центр практичної психології «Логос» (Волинська область);
- Громадська організація людей, які живуть із ВІЛ/СНІД «Клуб «Вікторія» (Дніпропетровська область);
- Благодійний фонд «Здоров'я нації» (Донецька область);
- Регіональний фонд «Салюс», Благодійний неурядовий фонд «Центр соціально-психологічної інформації «Усі разом», Прибужанський Благодійний центр «Цвіт України» (Львівська область);

- Благодійний фонд «Благодійність», Благодійний фонд «Юнітус» (Миколаївська область);
- Громадський рух «Віра. Надія. Любов», Благодійний Фонд «Дорога додому» (Одеська область);
- Благодійна Асоціація допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД «Світло надії», громадська організація «Клуб «Квітень», Благодійний Фонд «АНТИ-СНІД» (Полтавська область);
- Благодійний фонд допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД «Червона стрічка» (Харківська область);
- Громадська організація «Реабілітаційний центр «Ступені», громадська організація «Асоціація сприяння вирішенню проблем наркоманії та СНІДу «Всі разом», громадська організація «Центр ресоціалізації хімічно uzалежнених «Ведіс» (Чернігівська область);
- Громадські організації «Модус», «Джерело», «Волонтер» (м. Севастополь).

Таблиця 3.6

Динаміка розвитку консультаційних пунктів «Довіра» впродовж 2001–2004 років

№	Регіон	2001 рік	2002 рік	2003 рік	2004 рік
1	АР Крим	1	3	2	2
2	Волинська область	1	1	1	1
3	Дніпропетровська область	1	3	3	4
4	Донецька область	1	10	11	16
5	Запорізька область	1	1	1	1
6	Івано-Франківська область	0	0	0	1
7	Львівська область	1	1	1	1
8	Миколаївська область	1	2	4	6
9	Одеська область	1	2	2	3
10	Полтавська область	0	0	1	1
11	Харківська область	1	7	7	11
12	Хмельницька область	0	0	1	1
13	Чернігівська область	1	2	2	3
14	м. Севастополь	1	1	1	1
	Усього	11	33	37	52

За даними Державного центру соціальних служб для молоді, 2004 р. (неопубл.).

Для України цей досвід є унікальним, оскільки за підтримки держави ведеться спільна робота державних центрів з неурядовими організаціями. У державному бюджеті передбачено окрему статтю фінансування центрів ССМ, що дає змогу підтримувати постійне виконання програм «зменшення шкоди», які реалізуються на базі цих центрів із залученням НУО.

Існує позитивний досвід підтримки діяльності КП «Довіра» при ЦССМ з боку місцевих органів влади. В Одеській області у Балтській РЦССМ є домовленість про співпрацю з РВ УМВС, РВ охорони здоров'я, в результаті чого їм виділено приміщення в наркологічному кабінеті ЦРЛ для КП «Довіра». У Миколаївській області регіональним ЦССМ у травні проведено міжсекторальні робочі зустрічі щодо відкриття КП «Довіра» в Очакові та Новій Одесі, їх результатом стали проекти резолюцій, якими запропоновано реалізовувати стратегію зменшення шкоди у практиці роботи із СІН у цих містах. У Чернігівській області здійснено організаційні заходи зі

створення КП «Довіра» у м. Прилуки: виділено окреме приміщення, проводяться облаштування КП та підбір спеціалістів для роботи тут.

При КП «Довіра» Севастопольського МЦССМ створені та діють 5 груп взаємопідтримки: дві – для ін'єкційних споживачів наркотиків, одна – для ВІЛ-інфікованих та ще дві – для співзалежних; при Мелітопольському МЦССМ Запорізької області, Червоноградському МЦССТМ Львівської області та Чернігівському ОЦССМ діють по одній групі взаємопідтримки батьків, діти яких вживають наркотики. При Миколаївському ОЦССМ діє група взаємопідтримки ВІЛ-інфікованих ін'єкційних споживачів наркотиків «Вихід»

Таким чином, основною перевагою роботи центрів соціальних служб названих міст у сфері профілактики ВІЛ-інфікування серед СІН є системний характер, співпраця з іншими державними установами та громадськими організаціями.

Висновки до розділу 3

Надання особам, залежним від наркотиків, усього спектра соціальних послуг сьогодні в Україні потребує додаткових визначень і регламентувань на національному рівні, особливо стосовно порядку отримання ними безоплатних і платних/частково платних послуг, умов придбання безплатних ліків. Робота медичних закладів, які займаються вторинною й третинною профілактикою (наркологічні лікарні та диспансери, центри профілактики і боротьби зі СНІД, психотерапевтичні заклади тощо), значною мірою фінансується за рахунок державного бюджету, позабюджетних коштів місцевих адміністрацій, доходів від госпрозрахункової діяльності органів охорони здоров'я та коштів медичного страхування (останні джерела фінансування дають незначні надходження).

Медичні установи (особливо в невеликих містах, які не мають статусу обласних та районних центрів) потерпають від браку коштів на придбання необхідного обладнання, ліків, на утримання хворих тощо. Існує потреба у створенні місць для стаціонарного лікування хворих на наркоманію СІН у містах, де відсутні наркологічні лікарні, але велика кількість наркозалежних СІН, розширенні можливостей для тестувань на ВІЛ, створенні закладів для реабілітації (ресоціалізації) хворих СІН, програм замісної терапії.

У багатьох містах реалізація профілактичних програм відбувається за тісної співпраці й взаємодії з іншими службами, які працюють із уразливими групами, але така взаємодія ще не сформована у більшості міст країни, а також на районному/обласному рівні. Особливо актуальною залишається форма роботи, яка дає змогу заповнити «вільний» час наркоспоживачів та інших спільнот, уразливих до ризику ВІЛ-інфікування, компенсувати брак спілкування й уваги.

Важливим постачальником послуг для СІН в Україні є місцеві неурядові організації, діяльність яких підтримується переважно за рахунок фінансування міжнародних організацій та благодійних агенцій. Серед послуг, що надаються НУО, є: розповсюдження інформаційно-освітніх матеріалів; обмін шприців; видача презервативів та дезінфекційних засобів; надання гуманітарної допомоги; індивідуальні та групові консультації щодо ВІЛ/СНІД, інфекційних захворювань, залежності від наркотичних речовин, психологічної залежності, засобів і методів профілактики, меди-

ко-соціальних і психологічних аспектів ВІЛ, юридичних питань, а також сімейне консультування; направлення на обстеження та лікування в інших медичних закладах; консультування за телефоном довіри; працевлаштування; залучення до груп самопідтримки.

Чисельність таких послуг досить обмежена, а розширення їх спектра й зростання нерідко ускладнюються як місцевими організаціями та правоохоронними органами, які вважають обмін шприців одним із видів пропаганди вживання ін'єкційних наркотиків, так і місцевими жителями, які бояться зростання злочинності та молоді, що «вештається» вечорами. Тому нерідко організації нових пунктів безплатної роздачі шприців супроводжуються пікетами місцевих жителів, які припиняються після проведених бесід і роз'яснень.

Робота профілактичних програм надзвичайно ускладнюється відсутністю ефективної інфраструктури послуг для споживачів наркотиків, які бажають контролювати власне життя або цілком позбавитися наркотичної залежності. Лікування залежності, реабілітація і навіть детоксикація для більшості СІН залишаються недоступними і, як правило, неефективними.

Практично не вирішеним на законодавчому рівні залишається питання впровадження в Україні замісної терапії, що значною мірою зумовлюється суперечливим ставленням до неї представників профільних відомств, політиків, родичів наркоспоживачів. Перший пілотний проект замісної терапії в Україні розпочався лише у квітні 2004 р., тому країна ще не має достатнього власного досвіду в цій сфері. Тривають дискусії щодо застосування «метадонових» програм.

Поки не можна сподіватися, що замісна терапія буде ефективною за відсутності інтенсивних соціотерапевтичних і реабілітаційних заходів, адекватної професійно-трудової реабілітації. Потрібно шукати реальні можливості для розгортання у необхідних масштабах подібної діяльності як у системі охорони здоров'я, так і інших відомств. Для цього слід активізувати діяльність Координаційних рад із СНІД.

Переважна частина наявних порушень щодо прав СІН і ЛЖВ/С у різних сферах життєдіяльності зумовлена об'єктивними і суб'єктивними чинниками: низьким рівнем знання уразливими групами населення чинного законодавства України щодо своїх прав і законних інтересів і в більшості випадків неможливість їх захистити через відсутність засобів на захист своїх інтересів; «вказівки» правоохоронним органам щодо виконання планів з вилучення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що призводить до зазначених порушень; низька правосвідомість медичного персоналу, невизнання СІН справді важкохворою людиною, що потребує належної медичної допомоги і послуг; уявлення про безнадійність надання медичних послуг і лікування ЛЖВ/С як приречених до летальності; страх медичного персоналу при лікуванні СІН, ЛЖВ/С бути інфікованими якою-небудь хворобою, характерною для СІН, чи інфікованих ВІЛ, що свідчить про невисокий професійний рівень медичного персоналу; несвоєчасне звернення у відповідні владні структури за фактом цих порушень, примирення з цими порушеннями в більшості випадків через усвідомлення СІН і ЛЖВ/С безнадійності позитивного вирішенні цих питань на тлі їхнього статусу; бездіяльність виконавчих органів за фактом порушення чинного законодавства в частині конфіденційності щодо результатів обстеження на ВІЛ/СНІД, відсутність практики притягнення винних до відповідальності. Базовий чинник усіх цих порушень має соціальний характер: негативне ставлення суспільства до цієї категорії осіб.

Існують проблеми із наданням споживачам ін'єкційних наркотиків юридичних послуг, оскільки всі вони платні. Безкоштовно юридичні послуги для ВІЛ-позитивних надаються юридичним відділом Всеукраїнської мережі ЛЖВ, але це не відомо широкому колу тих, хто її потребує. Хоча порушення прав наркоспоживачів і ВІЛ-позитивних людей відбуваються дуже часто, люди не наважуються звертатися до суду, з одного боку, через побоювання процедури їх обстоювання, а з іншого — через незнання своїх прав.

В Україні поки не сформована єдина соціальна політика щодо наркоспоживачів та ВІЛ-позитивних, не існує для них спеціальних відділів соціальних служб. За даними соціологічних досліджень, основними соціальними проблемами цих груп людей є: проблеми з працевлаштуванням, виробничі відносини, загроза втратити роботу; житлові умови, матеріальне становище; стигматизація й дискримінація; стосунки з членами родини, рідними, друзями, знайомими; отримання психологічної допомоги; отримання медичної допомоги; збереження таємниці у разі діагнозу ВІЛ-інфікування; стосунки із правоохоронними органами, порушення прав людини.

РОЗДІЛ 4. МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНКА

4.1 Сучасна система моніторингу та оцінки ВІЛ/СНІД серед СІН в Україні

Розв'язання завдань боротьби із ВІЛ/СНІД та зловживанням наркотиками потребує прийняття інституціональних заходів на національному і місцевому рівнях, участі ширших верств населення у плануванні й здійсненні стратегій, належної оцінки потреб, забезпечення програм професійної підготовки для набуття нових навичок, збільшення доступності широкого кола послуг, ґрунтованих на практичному досвіді методів і створення систем моніторингу та оцінки.

Як уже згадувалося, на разі багато програм із профілактики ВІЛ/СНІД серед СІН впроваджуються в Україні за посередництва міжнародних донорських організацій, неурядових організацій та науково-дослідних закладів. Однак поширення й координація інформації про ці програми, результати їх впровадження та контроль цієї діяльності відбуваються досить неефективно. Наявна інформація не завжди доступна для органів, що приймають рішення. Головним стримувальним чинником цього є відсутність в масштабах країни ефективної й комплексної системи моніторингу та оцінки з питань наркозалежності та ВІЛ/СНІД, статус якого був би закріплений на законодавчому рівні.

У сфері моніторингу ВІЛ/СНІД серед СІН в Україні інформаційні технології поступово набувають високого статусу. Громадські організації зазвичай мають справу тільки з результатами використання таких технологій, як статистика, прогнози тощо. Проте професійним центрам, діяльність яких спрямована на вивчення різних аспектів проблеми ВІЛ/СНІД та зловживання ін'єкційними наркотиками, конче потрібні саме такі технології, оскільки вони дають змогу швидко здійснювати точне зчитування великого обсягу інформації за багатьма показниками і формувати цілісну соціальну картину.

Треба відзначити, що і раніше, і зараз в Україні проводять різного ґатунку моніторингові й оцінні дослідження щодо ВІЛ/СНІД серед осіб, які споживають ін'єкційні наркотики. Ці дослідження виконують різні завдання: від моніторингу окремих проєктів та оцінки їх соціальної, управлінської та/або економічної ефективності, до моніторингу й оцінювання певної програми, що складається з кількох проєктів. Такі дослідження переважно мають відокремлений характер, виконуються в межах окремих проєктів/програм, а до результатів цих досліджень має доступ обмежена кількість осіб. Паралельно розвивається система епідеміологічного моніторингу за ВІЛ-інфекцією, причому більш активно і цілеспрямовано.

Сьогодні моніторинг та оцінку здійснює переважна більшість організацій різного рівня, що працюють з СІН у сфері ВІЛ/СНІД в Україні. До теперішнього часу в Україні було реалізовано чимало проєктів з вивчення поведінки СІН, пов'язаної із ризиком ВІЛ-інфекції, аналізу соціальних наслідків, адже більшість із них проводилися розрізненими силами за різними методиками та вибірками. Триває активна спільна діяльність з розроблення стандартизованого механізму здійснення моніторингу програм зменшення шкоди та оцінки ефективності їх роботи (Всеукраїнська асоціація зменшення шкоди, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД)²⁶⁰.

²⁶⁰ Кучерук О. Програма зменшення шкоди від вживання наркотиків в Україні: 1997–2002 рр. Процес розвитку та результати роботи // Зменшення шкоди: концепція, практика та досвід в Україні. — К., 2003.

Інтенсивність розвитку таких досліджень, і передусім рівень охоплення ними регіонів країни істотно відстає від реальних потреб українського суспільства, що суттєво скорочує можливості вироблення дієвої політики прийняття рішень щодо здійснення стратегій профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають ін'єкційні наркотики, їх ефективного впровадження у практику. Водночас сучасна епідеміологічна ситуація щодо ВІЛ/СНІД серед СІН вимагає комплексного підходу, аби забезпечити: 1) охоплення явища «в цілому»; 2) зіставлення соціальних, поведінкових параметрів з епідеміологічними характеристиками. Отже, розроблення національної системи моніторингу та оцінки з питань наркоманії та ВІЛ/СНІД серед СІН є вкрай актуальним питанням сьогодення.

4.2. Епідеміологічний моніторинг ВІЛ/СНІД серед СІН

В Україні епідеміологічний нагляд за ВІЛ існує як державна система. Головним інструментом такого епіднагляду є система збирання, аналізу та інтерпретації даних про інфекційні захворювання та періодична звітність про них. Для переважної більшості інфекційних захворювань така система є ефективною.

Але досвід епідеміологічного нагляду за ВІЛ показує, що наявна система збирання й аналізу даних не відображає реальних масштабів поширення епідемії, що зумовлено як медичними, так і немедичними особливостями самого захворювання. Такий стан справ вимагав пошуку нової стратегії, якою стала рекомендована ВООЗ/ЮНЕЙДС система епіднагляду, побудована на дозорних дослідженнях. Така стратегія довела свою ефективність у дослідженні епідемії ВІЛ у країнах Західної Європи, Африки та Азії. В Україні дозорні дослідження проводились епізодично й лише в окремих регіонах.

Сучасна система епіднагляду за ВІЛ-інфекцією серед СІН (епіднагляд другого покоління) охоплює три компоненти: епідеміологічні дослідження за ВІЛ, епідеміологічні дослідження за ІПСШ та моніторинг поведінки.

Епідеміологічний нагляд за ВІЛ/СНІД другого покоління серед СІН передбачає поєднання епідеміологічних і поведінкових даних, що дає змогу пояснити взаємозв'язок між ними. Вперше він був проведений у 1999 р. за підтримки ПРООН; удруге у 2002 році – за підтримки ЮНІСЕФ, а втретє – у 2004 році за підтримки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД.

Упровадження в Україні сучасного епіднагляду за ВІЛ-інфекцією серед СІН дає змогу мати реальну картину поширення ВІЛ/СНІД, прогнозувати перебіг епідпроцесу в часі, досягти раціонального розподілу бюджетних коштів, яке є реалією за умов недостатнього фінансування сфери охорони здоров'я.

Система епідеміологічного нагляду в Україні²⁶¹. Офіційна система реєстрації формується на підставі офіційних звітів про кількість нових випадків ВІЛ-інфекції та СНІД, що надаються обласними центрами СНІД в Український Центр профілактики і боротьби зі СНІД. Реєструються особи, що мають позитивну реакцію на антигіла до ВІЛ та пройшли клінічне обстеження в лікувально-профілактичних закладах (Центрах СНІД).

²⁶¹ СНІД – проблеми і перспективи // ВІЛ-інфекція: розмаїття аспектів. Дайджест / А.М.Шербінська. – К., 2001. – № 9. – С.15; The Social and Economic Impact of HIV AND AIDS in Ukraine: a Re-study / Ukrainian Institute for Social Research, University of East Anglia (UK), University of Natal (South Africa), British Council, 2001.

Сероепідеміологічний моніторинг відображає кількість обстежень на ВІЛ і кількість виявлених ВІЛ-інфікованих за даними лабораторій, що здійснюють діагностичні дослідження. Такі дані отримують завдяки скринінгу споживачів ін'єкційних наркотиків, а також тестуванню, яке проводять з діагностичною метою.

Дозорний епідеміологічний нагляд²⁶² за ВІЛ/СНІД. У 1988 р. ВООЗ запропонувала метод дозорного епіднагляду як більш ефективний метод контролю за тенденціями в динаміці епідемії ВІЛ-інфекції. Цей метод являє собою систематичне збирання даних щодо поширення ВІЛ серед окремих груп населення на конкретних територіях за певний час. Дозорні дослідження передбачають проведення анонімного незв'язаного (або зв'язаного) тестування, яке повністю виключає ідентифікацію особи. В Україні перші дозорні епідеміологічні дослідження серед СІН (НДО спільно з епідеміологами СЕС) були проведені 1997 року в Одесі та 1998 року в Полтаві.

Проведення дозорних досліджень серед СІН здійснює Український центр профілактики і боротьби зі СНІД упродовж кількох років.

За даними серомоніторингу, показник поширення ВІЛ серед СІН упродовж останніх трьох років залишався стабільним на рівні 10%, за результатами дозорних досліджень 2000 року він коливався від 17 до 64% залежно від регіону. Отримані дані доводять необхідність систематичного проведення таких досліджень серед груп ризику та інших груп населення для визначення реальної ситуації щодо інфікування ВІЛ у країні.

Моніторинг поведінки²⁶³. Моніторинг поведінки є ключовим елементом системи епіднагляду за ВІЛ/СНІД. Поведінкова інформація вможливує глибше вивчення динаміки прихованих причин і наслідків епідемії, ефективності втручань з метою запобігання ВІЛ-інфекції на різних стадіях розвитку епідемії ВІЛ. Моніторинг поведінки має певні особливості.

За умов концентрованої стадії епідемії ВІЛ-інфекції, моніторинг поведінки має включати: дослідження поведінки в групах із високим рівнем ризику інфікування ВІЛ; дослідження поведінки в групах — «містках»; дослідження поведінки серед населення загалом та окремих соціально-демографічних груп.

Метою моніторингу поведінки є отримання інформації про потенційні поведінкові чинники, які зумовлюють поширення ВІЛ у суспільстві, а також використання цієї інформації для інформаційно-освітньої діяльності, планування, моніторингу та оцінки ефективності профілактичних програм серед окремих цільових груп, молоді та населення в цілому.

Моніторинг поведінки здійснюється шляхом систематичних поведінкових досліджень, які забезпечують інформацію щодо знань, ставлень (стереотипів, уявлень, міфів) та моделей поведінки. Він дає можливість: вивчити особливості поведінки представників певних груп і на цій підставі планувати заходи втручання; виявити взаємозв'язок між групами населення з низьким та підвищеним рівнем поведінкового ризику; дослідити зміни щодо рівня знань, ставлень та поведінки, які пов'язані з ризиком; оцінити ефективність програм втручання, які спрямовані на зміну знань, ставлення та формування безпечної поведінки.

²⁶² The Social and Economic Impact of HIV AND AIDS in Ukraine: a Re-study / Ukrainian Institute for Social Research, University of East Anglia (UK), University of Natal (South Africa), British Council, 2001.

²⁶³ Методичні рекомендації з моніторингу поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків та жінок, які надають сексуальні послуги за плату, як компоненту епіднагляду другого покоління / Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД. — К., 2004.

Принципи моніторингу поведінки

1. Забезпечення можливостей зіставлення результатів у часі та просторі.

Ця вимога реалізується шляхом стандартизації методології, що використовува-тиметься під час кожного окремого дослідження:

- використання стандартних індикаторів (запитань) анкет для різних цільових груп населення;
 - використання єдиної методики побудови вибіркової сукупності для певної групи як об'єкта дослідження;
 - стандартизація аналізу з метою зіставлення результатів окремих досліджень.
2. Відповідність стадії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД особливостям регіону (населеного пункту).
 3. Відповідь на потреби національної та регіональної систем моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ-інфекції/СНІД.
 4. Регулярність, систематичність проведення моніторингу поведінки з метою відстежування тенденцій, напрямів змін тощо.
 5. Забезпечення інформацією, що вможливує порівняння ситуації в країні з іншими країнами.

Нині в Україні є досвід проведення поведінкових досліджень серед представників груп високого рівня ризику інфікування ВІЛ (в тому числі СІН). Так, із 1996 року проводяться дослідження, спрямовані на вивчення особливостей поведінки та поінформованості щодо ВІЛ/СНІД, профілактичних програм СІН. Вони були пов'язані з виявленням чинників поширення ВІЛ серед представників групи та плануванням профілактичних заходів, із дослідженням ефективності конкретних протиепідемічних заходів і оцінкою тенденцій у зміні поведінки представників цільової групи.

Зв'язок із дозорним біологічним дослідженням²⁶⁴. Система епідагляду другого покоління передбачає тісний зв'язок між поведінковим та дозорним біологічним дослідженнями. Існують два шляхи встановлення такого зв'язку:

- Зв'язане дослідження, коли одночасно проводять опитування респондента і здійснюють забір крові для біологічного аналізу. При цьому зразок крові та анкета даного респондента однаково кодуються. Таким чином, за ідентифікаційними кодами можна зіставити результати біологічного та поведінкового дослідження на рівні конкретної особи (але без персоніфікації).
- Поведінкове дослідження проводять на тих самих дозорних ділянках, де проводили збирання використаних голочок і шприців для тестування залишків крові, або дозорне обстеження представників цільових груп на наявність ВІЛ. При цьому немає зіставлення результатів біологічного та поведінкового дослідження на рівні конкретної особи.

За проведення дозорних біологічних досліджень та моніторингу поведінки серед СІН нагальною є потреба забезпечення анонімності й конфіденційності як тестування, так і опитування. За методикою епідагляду другого покоління проведення зв'язаного дослідження не є обов'язковим, хоча в деяких випадках збирання даних у межах дозорних біологічних досліджень та опитування в межах моніторингу поведінки можуть проводитися одночасно. В такому випадку проводять попередню од-

²⁶⁴ Там само. – С. 9–10.

ночасну підготовку інтерв'юєрів та осіб, які здійснюють забір біоматеріалів. За умов зв'язаного дозору анкета опитування включає номер зразку крові, але СІН не завжди погоджуються на проведення її забору для аналізу.

Якщо методом отримання результатів обстеження на ВІЛ серед СІН обирають тестування залишкової крові в шприцах та голках, зданих на пунктах обміну, або дослідження зразків крові, отриманих за погодженням від респондента, тоді поведінкове опитування проводять на тих дозорних дільницях, де проводили дозорні обстеження на ВІЛ та інші біомаркери в аналогічні часові інтервали. З метою отримання адекватної інформації особливу увагу звертають на потребу уникнення «подвійного врахування» одних і тих самих осіб, які можуть відвідувати пункт обміну кілька разів упродовж проведення збирання зразків та моніторингу поведінки.

4.3. Інституціоналізація моніторингу та оцінки ВІЛ/СНІД серед СІН

На разі в Україні відсутня національна система моніторингу й оцінки (М/О) національних заходів із запобігання епідемії ВІЛ/СНІД загалом. Немає, відповідно, і національної системи М/О епідемії ВІЛ/СНІД серед СІН. Проте в країні проведено чималу підготовчу роботу щодо розроблення такої системи. У 2003 році за ініціативи МОЗ України й за підтримки багатьох учасників, серед яких – міністерства, агенції ООН, організації громадянського суспільства та міжнародні НУО, було підготовлено Український національний план моніторингу та оцінки з питань ВІЛ/СНІД. Проте цей план не був утілений у життя.

У 2004 році Міжнародний Альянс із ВІЛ/СНІД в Україні став тимчасовим Головним реципієнтом гранту «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», наданого Україні ГФСТМ²⁶⁵. Завдяки цьому стало можливим розроблення експертною групою, діяльність якої координує ЮНЕЙДС, проекту методичних рекомендацій для збирання інформації за національними індикаторами²⁶⁶ для СІН, а саме: Методичних рекомендацій з моніторингу поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компоненту епіднагляду другого покоління.

Нині підготовлено Перелік національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ-інфекції/СНІД, який перебуває на ухваленні Урядом України. Завершився процес збирання даних за визначеними в цьому Переліку національними показниками.

Набір національних показників було відібрано на основі послідовного процесу із залученням усіх зацікавлених учасників. При розробленні поточних національних показників було докладено зусиль для гармонізації/узгодження різних програм і проєктів. Нижче наведено запропонований набір національних показників для СІН:

1. Відсоток СІН, які почали дотримуватися поведінки, що знижує ризик передавання ВІЛ, а саме: уникнення спільного використання ін'єкційного інструментарію та водночас використання презервативів під час сексуальних контактів (умовний код – УЦГ1, ключовий показник ССТАООН).

²⁶⁵ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД: три роки в Україні. – К., 2004. – С.20.

²⁶⁶ Електронний бюлетень виконання Національної програми, підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні». – Вип. 3–4. – Липень – серпень 2004. – С. 11.

2. Відсоток респондентів серед опитаних споживачів ін'єкційних наркотиків, які правильно зазначають такі шляхи запобігання передавання ВІЛ, як уживання неін'єкційних наркотиків, уникнення спільного користування ін'єкційним інструментарієм та дезінфекцію такого інструментарію у хлорному розчині (умовний код – УЦГ2, додатковий показник ЮНЕЙДС).
3. Відсоток осіб, що звернулися за проходженням тестування на ВІЛ, пройшли тестування й одержали його результати (умовний код – ДКТ1, додатковий показник для груп високого ризику ЮНЕЙДС).
4. Поширеність ВІЛ за даними дозорних досліджень серед СІН (умовний код – ВПЛ5, альтернативний ключовий показник ССГАООН).

4.4 Переваги та недоліки сучасної системи М/О серед СІН в Україні

Організаційні проблеми. Багато різних видів діяльності, пов'язаних із моніторингом та оцінкою як ВІЛ загалом, так і серед СІН, здійснюються в Україні через різноманітні субсистеми за участі різних урядових міністерств, місцевих чи міжнародних НУО, дослідницьких інститутів, донорських організацій і, як наслідок, жодна установа не має повної картини діяльності з М/О серед СІН. Відсутній координаційний механізм взаємодії між зацікавленими організаціями, також не існує єдиного підходу стосовно пріоритетів у збиранні даних із М/О. Крім того, інформаційні потоки між міністерствами, НУО, дослідницькими інституціями, донорськими організаціями й організаціями технічної допомоги є некоординованими. Відсутнє систематичне використання даних М/О у розробленні стратегій і програм²⁶⁷.

Інформаційні проблеми. Вкрай необхідним є створення єдиного інформаційного центру бази даних з проблеми ВІЛ/СНІД серед СІН. Недостатньо адекватної детальної інформації про СІН, зокрема про їх чисельність та соціально-демографічну структуру. Існує необхідність створення комп'ютерної прогнозової моделі соціально-економічних наслідків поширення епідемії ВІЛ/СНІД з використанням математичного апарату.

Переваги чинної системи епіднагляду за ВІЛ в Україні. За законодавством України обстеження на ВІЛ є добровільним. Оперативна інформація про результати серо-епідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції в Україні віддзеркалює обсяг та результати тестування різних контингентів населення на антитіла щодо ВІЛ, але не містить персоніфікованих даних. Оперативна інформація щодо офіційно зареєстрованих хворих на ВІЛ/СНІД включає усі випадки ВІЛ-інфекції/СНІД серед осіб, яких взято на диспансерний облік. Особисті дані при цьому є конфіденційними. Аналіз даних про результати обстеження населення на антитіла щодо ВІЛ (серомоніторинг) проводиться за конкретними кодами. Це дає підстави для висновків про деякі вразливі групи щодо ВІЛ-інфікування. Дані епіднагляду дають можливість простежити динаміку перебігу епідемії, здійснювати моніторинг результативності протиепідемічних заходів на національному рівні, а також порівнювати дані, отримані з різних регіонів України. За допомогою епіднагляду можливе прогнозування та планування дій щодо пом'якшення наслідків ВІЛ/СНІД. Дані епіднагляду можуть формувати громадську реакцію на ВІЛ-ситуацію в країні.

²⁶⁷ Там само. – С.42.

Недоліки чинної системи епіднагляду за ВІЛ в Україні. Дані, отримані шляхом проведення епіднагляду, не завжди є репрезентативними. Реєстрація даних за сероепідмониторингом недосконала: наприклад, база даних щодо вагітних жінок містить кількість проведених тестів, що не збігається з кількістю обстежених жінок; особи, обстежені анонімно в кабінетах довіри, взагалі не включені до офіційної статистики. Чинна система епіднагляду не висвітлює тенденції поширення ВІЛ у групах підвищеного ризику: споживачі ін'єкційних наркотиків, жінки секс-бізнесу, чоловіки, які мають секс із чоловіками тощо. Дані офіційної реєстрації та серомоніторингу не дозволяють проводити аналіз поширеності ВІЛ/СНІД залежно від соціальних ознак обстежуваних осіб. Відсутня єдина стратегія тестування. Рішення про обсяг обстеження та групи обстежуваних приймаються на обласному рівні й залежать від фінансової ситуації на місцях.

Переваги дозорного епіднагляду за ВІЛ в Україні. Це єдиний метод, який уможливорює вивчення реальної картини поширення ВІЛ-інфекції серед СІН, оперативно фіксує зміни в характері перебігу епідемії серед цієї групи, виявлення територіальних особливостей поширення ВІЛ-інфекції серед СІН, визначення тенденції розвитку епідемії ВІЛ серед СІН у часі. Дані дозорних досліджень можуть бути використані для оцінки ефективності профілактичних програм в окремих групах СІН чи регіонах. Цей метод контролю за епідемією не потребує значних коштів.

Проблеми сучасного стану дозорного епіднагляду за ВІЛ в Україні. Не опрацьована система дозорного епіднагляду на національному рівні. Дозорні дослідження за ВІЛ серед СІН не інтегровані в єдину систему нагляду за ВІЛ серед СІН у країні. Дослідження проводять епізодично в межах пілотних проектів. Бракує підготовки кадрів для проведення таких досліджень.

Переваги моніторингу поведінки²⁶⁸. Дає можливість вивчити особливості поведінки СІН і на цій підставі планувати заходи втручання. Дає змогу виявити взаємозв'язок між групами населення з низьким рівнем поведінкового ризику та СІН. За повторного проведення дає можливість дослідити зміни поведінки СІН, яка пов'язана із ризиком. На його основі можна оцінити ефективність програм втручання, спрямованих на зміну поведінки та формування безпечної поведінки у середовищі СІН.

Недоліки моніторингу поведінки²⁶⁹. Не розроблено національну систему моніторингу поведінки СІН (у стадії розроблення). Поведінкові дослідження проводять різні громадські організації за різними методиками, тому отримані дані не можна порівнювати. Існує проблема достовірності таких досліджень через брак даних про цільову групу (СІН), зокрема її структуру та чисельність.

Висновки до розділу 4

На разі в Україні реалізовано значну кількість програм/проектів, пов'язаних із соціальним моніторингом ВІЛ-інфекції серед СІН, із вивченням поведінки СІН, ризику ВІЛ-інфекції, аналізу соціальних та економічних наслідків, проте більшість із них проводилась здебільшого розрізненими силами за різними методиками та вибірками. До останнього часу поширення й координація інформації про такі про-

²⁶⁸ The Social and Economic Impact of HIV AND AIDS in Ukraine: a Re-study / Ukrainian Institute for Social Research, University of East Anglia (UK), University of Natal (South Africa), British Council, 2001.

²⁶⁹ Там само.

грами/проекти, результати їх упровадження й контроль за такою діяльністю відбувалися досить неефективно. Основним стримувальним чинником цього була відсутність у масштабах країни ефективної та комплексної системи моніторингу й оцінки з питань ВІЛ/СНІД, статус якого був би закріплений на законодавчому рівні.

Стосовно епідеміологічного моніторингу ВІЛ серед СІН на поточний момент уже розроблена і застосовується на практиці сучасна система епіднагляду за ВІЛ-інфекцією серед СІН (епіднагляд другого покоління) як частина загальної системи Моніторингу/Оцінки. Вона включає три компоненти: епідеміологічні дослідження за ВІЛ, епідеміологічні дослідження за ІПСШ і моніторинг поведінки СІН.

Загалом в Україні зараз відсутня національна система моніторингу й оцінки (М/О) національних заходів із запобігання епідемії ВІЛ/СНІД в цілому. Немає, відповідно, і національної системи М/О епідемії ВІЛ/СНІД серед СІН. Проте в країні проведено значну підготовчу роботу щодо розроблення такої системи. У 2003 році за ініціативи МОЗ України та підтримки багатьох учасників, серед яких – міністерства, агенції ООН, організації громадянського суспільства та міжнародні НУО, було підготовлено Український національний план моніторингу та оцінки з питань ВІЛ/СНІД.

У 2004 році Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні став тимчасовим реципієнтом гранту «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», наданого Україні ГФСТМ. Завдяки цьому стало можливим розроблення проекту методичних рекомендацій для збирання інформації за національними індикаторами²⁷⁰ для СІН, яка була продовжена Альянсом за допомогою ЮНЕЙДС. На сьогодні підготовлено Перелік національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ-інфекції/СНІД, який передано на ухвалення Уряду України. Завершено процес збирання даних за визначеними національними показниками. Щодо компоненту СІН у М/О триває спільна робота з розроблення стандартизованого механізму здійснення моніторингу програм «зменшення шкоди» та оцінки ефективності їх роботи (Всеукраїнська асоціація зменшення шкоди, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні).

²⁷⁰ Електронний бюлетень виконання Національної програми, підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні». – Вип. 3–4. – Липень – серпень 2004. – С. 11.

ВИСНОВКИ

Аналіз наркотичної ситуації в Україні свідчить про зростання споживання наркотичних засобів, причому латентний характер розвитку наркосцени не заважає її активізації, що виявляється в показниках зростання чисельності хворих із наркотичними розладами (і в містах, і в селах); підвищенні злочинності, пов'язаної з наркотиками; розширенні спектра доступних наркотичних засобів і психотропних речовин; сформованих статистично значущих соціальних групах споживачів наркотиків, які постійно розширюються, тощо.

Основні тенденції розвитку наркосцени пов'язані зі стабільним щорічним зростанням контингенту хворих із залежністю від наркотиків (на 11–12%); значним розширенням спектра наркотичних речовин, що використовуються для немедичного вживання (збільшення частки синтетичних наркотиків та стимуляторів, а також стрімке поширення комбінованого вживання наркотичних і психотропних речовин). За даними окремих медичних обстежень, спостерігається перехід від уживання лише опіоїдів до комбінованого вживання наркотичних та інших психоактивних речовин. На частоту вживання наркотичних засобів впливає наявність чи відсутність залежності від них, достатність коштів для придбання наркотиків, а також інші чинники. Переважна частина осіб, залежних від наркотиків, вживає наркотичні речовини два та більше разів на день.

У країні спостерігається «омолодження» хворих із різними розладами внаслідок уживання наркотичних речовин. Вік першої спроби споживання наркотиків — 13–15 років, хоча в деяких містах він ще менший — 9–12 і навіть 7–8 років. Середній вік споживачів наркотиків у країні щорічно зменшується в середньому на 0,1–0,15 року, а дитяча наркоманія у деяких містах становить 11–13% від загальної кількості наркозалежних (наприклад, у Донецьку).

Нині в Україні відсутній єдиний підхід різних фахівців до визначення кількості споживачів наркотиків. Латентний характер сучасної наркосцени зумовлює значні розбіжності між даними МОЗ, МВС та соціологічних досліджень, висвітлюючи лише видиму «айсбергову» частину цього явища. Після скасування звірок зареєстрованих споживачів наркотиків між МОЗ та МВС ситуація істотно не змінилася, кількість пацієнтів у наркологічних закладах суттєво не збільшилася, зросли лише розбіжності між офіційними даними різних відомств. Це свідчить про збереження недовіри споживачів наркотиків до державних медичних установ.

Одним із наслідків трансформації наркосцени є сформовані групи суб'єктів нелегального обігу наркотиків. Серед них не лише цигани (що було типовим 1990-ми роками), а й представники інших національностей, причому серед продавців наркотиків більшість становлять місцеві жителі. Доступ до споживання наркотиків суттєво полегшується тим, що їх продають люди з найближчого соціального оточення потенційних споживачів — місцеві жителі й друзі, а поширення споживання наркотиків відбувається в межах певних груп — осередків (закритого і більш відкритого типу).

Поняття відкритої/закритої наркосцени конче актуальне щодо наркотиків, які вживаються ін'єкційним шляхом. Ознаки цілком закритої наркосцени характерні для локальних закритих груп, які займаються спільним виготовленням і вживанням опіатів кустарного виробництва. Зовнішні контакти таких груп обмежуються за-

купівлею сировини і прекурсорів, у них практично не поширене дилерство. Відносно відкрита наркосцена стосовно опіатів кустарного виробництва діє в тих районах, де поширене дилерство. Прикладами таких територій можуть бути місця компактного проживання осіб циганської національності, де наркотичні засоби доступні цілий рік для всіх бажаючих, в тому числі і через дилерів.

Аналіз наркосцени в Україні свідчить, що попри активне проведення репресивних заходів впливу на попит та споживання наркотичних речовин, наркоспоживання в країні не зменшується, а продовжує зростати, набуваючи нових тенденцій та особливостей. Значною мірою це зумовлено відсутністю цілісної державної стратегії, яка б визначала базові принципи державної політики щодо наркотиків і консолідувала зусилля різних соціальних інституцій у здійсненні профілактичних заходів соціального спрямування.

Відсутність такої консолідації призводить до того, що найбільш поверховим і привабливим підходом є пряме прагнення підкорити наркоспоживачів і позбавити їх можливості «створювати попит» на наркотичні речовини. В українському суспільстві сьогодні така політика дістає підтримку з боку громадськості, визначаючи наркоспоживачів лише як порушників громадського порядку та небезпечних злочинців. Але світовий досвід доводить, що така політика не сприяє зниженню попиту на наркотики, якщо нічого не робиться для розв'язання економічних, соціальних та медичних проблем, пов'язаних із незаконним уживанням наркотиків. Зумовлені низкою об'єктивних і суб'єктивних обставин, проблеми у роботі зі споживачами ін'єкційних наркотиків потребують розв'язання на національному й регіональному/місцевому рівнях.

Проблеми в роботі із СІН, які потребують розв'язання на національному рівні

Політика. Сучасна державна політика України приділяє увагу проблемам профілактики епідемії ВІЛ/СНІД в українському суспільстві, про що свідчить низка чинних законодавчих і нормативно-правових актів. Проте організації, які працюють зі споживачами ін'єкційних наркотиків (соціальні, медичні, юридичні), здійснюють свою діяльність на перетині сфер регулювання наркотичного обігу і профілактики поширення ВІЛ-інфікування серед населення, вирізняючи, в першу чергу, споживачів наркотичних засобів і залежних від них осіб як об'єкт надання своїх послуг. Кожна з цих сфер регулюється окремим блоком норм, які досить вузько зорієнтовані: регулювання обігу наркотичних засобів (із домінуванням силових та репресивних підходів) чи здійснення профілактичних заходів медико-соціального спрямування (із домінуванням принципів зменшення шкоди). Відсутність у країні законодавчо збалансованої державної політики щодо наркотиків, яка б чітко визначала систему заходів, спрямованих на запобігання проблем і зменшення заподіяної шкоди, пов'язаної із вживанням наркотичних засобів, зумовлює неоднозначність оцінок діяльності цих організацій, непорозуміння й труднощі у виробленні міжгалузевих наркотично зумовлених програм соціальної спрямованості. Потрібен також окремий орган (Національне Бюро чи Національний комітет), який би розробляв державну політику щодо наркотиків, а також координував діяльність різних відомств, міністерств, організацій з питань різних напрямів профілактики наркозалежності та роботи з наркозалежними.

Законодавчі пріоритети. Законодавство України здебільшого відповідає сучасним міжнародним принципам як у сфері регулювання обігу наркотиків, так і у сфері профілактики поширення епідемії ВІЛ/СНІД. Проте в них наявні суперечності, які так чи інакше впливають на здійснення профілактичної діяльності.

Зокрема, у Кримінальному кодексі України відсутня кримінальна відповідальність за вживання наркотиків, але його чинні норми полегшують перетворення споживача наркотичних засобів на злочинця, оскільки купуючи, виготовляючи, транспортуючи, зберігаючи наркотики, навіть за відсутності мети збуту, хворі із наркотичною залежністю порушують чинне кримінальне законодавство (ст. 305–320 КК України), а вживати наркотики, не виготовляючи самому або не купуючи їх, неможливо. Чинність цих норм ускладнює профілактичну діяльність організацій, які працюють за проектами зменшення шкоди, оскільки СІН нерідко нехтують безпекою ін'єкційного введення наркотиків, побоюючись затримання представниками правоохоронних органів. Ситуація абстинентного синдрому може використовуватися для одержання відповідних свідчень, примусу взяти провину на себе, тобто для маніпулювання затриманим. Така ситуація потребує перенесення акцентів у роботі правоохоронних органів зі споживачів наркотиків на діяльність наркодилерів, торговців наркотиками, посилення суворості покарань для них, а також звернення уваги на використання коштів, отриманих від наркобізнесу. Відповідне законодавче реформування слід поєднати із перепідготовкою працівників правоохоронної сфери.

Потрібен єдиний закон про профілактику наркотизму, який би чітко регламентував основні напрями профілактики, повноваження та міру відповідальності її суб'єктів, а також механізми взаємодії між ними.

Координація діяльності. У сфері скорочення попиту на наркотики в Україні діє низка урядових і громадських організацій, координація діяльності яких на найвищому рівні покладена на Координаційну раду з боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України. Проте цей орган не координує роботу організацій і установ на рівні виконань управлінських рішень, тобто на робочому рівні.

З іншого боку, у 2004 році формально в країні на найвищому рівні існувало два координаційні органи у сфері питань профілактики поширення ВІЛ/СНІД у країні: Урядова комісія з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД, в межах якої сформовано Координаційний механізм країни, та Тимчасова спеціальна комісія Верховної Ради України з питань ВІЛ-інфекції/СНІД, жоден із яких фактично не працював.

Отже, в країні фактично була відсутня багаторівнева координація діяльності суб'єктів різних напрямів профілактики наркотизму, внаслідок чого наявна сукупність суб'єктів профілактичної діяльності не являла собою системи, яка б цілеспрямовано сприяла виявленню, усуненню або нейтралізації причин та умов наркотизму і, відповідно, послабляла його негативний вплив на українське суспільство. Відповідний координаційний орган створений у травні 2005 року. Це Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІД, головою якої призначено віцепрем'єр-міністра України М.Томенка. Новостворена рада взяла на себе функції Урядової комісії з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД та координаційного механізму країни.

Окремо існує потреба в координації на національному рівні діяльності неурядових організацій, що дасть змогу розширити можливості НУО щодо обміну досвідом, друкованою продукцією, проведення цільових тренінгів, конференцій, навчання волонтерів тощо.

Соціальна мобілізація (антистигма/дискримінація). В Україні споживачі ін'єкційних наркотиків, подібно до інших груп, уразливих до ВІЛ-інфікування (СІН, ЖКС, ЧСЧ), не завжди готові до участі в профілактичних програмах унаслідок поширеної в суспільстві стигми щодо СІН та ВІЛ-інфікованих. Громадська думка стосовно наркотичної залежності взагалі нетолерантна і часом навіть ворожа: понад 50% населення бояться ЛЖВ/С, а 39% висловлюються проти того, щоб держава витрачала кошти на безкоштовне забезпечення СІН чистими шприцами. Таким чином, СІН зазнають подвійної стигматизації: з одного боку, як споживачі ін'єкційних наркотиків, а з іншого — як особи, що мають високий ризик ВІЛ-інфікування.

У цьому плані потрібно розвивати бажання всього суспільства боротися із наркозалежністю та ВІЛ/СНІД: від керівників країни (Президента, Прем'єр-міністра, спікера парламенту) до політичних і релігійних лідерів, бізнесменів, медичних працівників тощо як підґрунтя протистояння СНІД на місцевому й національному рівнях.

Окрім того, на національному рівні потрібно формувати громадську думку щодо ставлення до людей із наркотичною залежністю, проблем їх соціального захисту, медичного лікування, догляду, звертаючи особливу увагу на подолання соціальних страхів і побоювань.

Упровадження соціальних технологій: соціальна реклама. Наявна сьогодні соціальна реклама приділяє недостатню увагу профілактиці поширення ВІЛ-інфікування населення країни, а також запобіганню шкоди, якої завдає вживання наркотичних засобів окремим спільнотам і суспільству загалом. Попри високий рівень нетолерантності й стигматизації населення щодо СІН, ЛЖВ/С, в країні відсутні дослідження рівня охоплення соціальною рекламою цих проблем, хоча їй відведено значну роль. Ті нечисленні зразки соціальної реклами щодо запобігання ВІЛ-інфікуванню, які нині поширюються в суспільстві, характеризуються непродуманістю сюжетів («один раз переглянув — другий раз дивитися вже нецікаво»), непрофесіоналізмом під час підготовки. Потрібно на національному рівні розробити програму розвитку цільової соціальної реклами щодо профілактики ВІЛ/СНІД, залучивши до її виробництва висококваліфікованих фахівців з реклами та PR, розширити асортимент та обсяги такої реклами (зокрема, організовувати конкурси, мобілізувати місцеву соціальну рекламу тощо).

Адвокація. Адвокація як один із видів соціальних технологій профілактики поширення епідемії ВІЛ/СНІД почала розвиватися в Україні не так давно. На національному рівні адвокацією інтересів ВІЛ-інфікованих переймається низка ВІЛ-сервісних організацій, які спрямовують свою діяльність на зміну чинної політики, законів, нормативних актів і практик. Адвокацією інтересів людей, залежних від наркотичних засобів, займаються переважно Міністерство охорони здоров'я України та міжнародні організації (ВООЗ, ПРООН, ЮНЕЙДС, Міжнародний Фонд «Відродження», Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні тощо), які обстоюють необхідність впровадження в країні замісної терапії. Завдяки використанню технології адвокації в країні були проведені громадські та парламентські слухання з проблем ВІЛ/СНІД і наркотичної політики. Проте на національному рівні залишаються неузгодженими позиції МОЗ і силових відомств щодо низки питань наркотичної політики, серед яких: прийняття концепції державної політики стосовно наркотиків, законодавче проголошення філософії зменшення шкоди від уживання наркотиків, законодавче визнання програм замісної терапії в країні. Потрібно також мак-

симально активізувати висвітлення кращого світового досвіду з профілактики поширення наркоманії та ВІЛ-інфекції/СНІД в інших країнах світу.

Цільові втручання: програми «зменшення шкоди». Програми «зменшення шкоди» в країні впроваджуються з 1998 року. Підґрунтям здійснення відповідних профілактичних програм стали законодавчі й нормативно-правові акти щодо профілактики поширення епідемії ВІЛ-інфекції в країні (зокрема щодо вільного доступу й забезпечення стерильним інструментарієм для ін'єкцій). Разом із тим, норми репресивного характеру за виготовлення, придбання, перевезення наркотичних засобів нерідко ставлять хворих з наркотичною залежністю на один рівень відповідальності з наркодилерами та продавцями наркотиків. Ситуація додатково ускладнюється намаганням силових структур оперувати показниками викритих наркотично зумовлених правопорушень, внаслідок чого хворі з наркотичною залежністю нерідко постають як злочинці. Потрібно на національному рівні розв'язати питання невизначеності щодо розподілу прав і повноважень між суспільством і громадянами, які мають проблеми з уживанням наркотиків.

Медичний догляд і лікування. Хоча українське законодавство гарантує безкоштовне лікування всіх наркозалежних, включно із СІН-ЛЖВ/С в разі необхідності, більшості СІН-ЛЖВ/С в Україні до недавнього часу АРВ-препарати були недоступні, як і замісна терапія й адекватні лабораторні методи моніторингу ВІЛ-інфекції як патологічного процесу. Дотепер у країні не налагоджено повсюдно доступного дослідження показників імунітету і вірусного навантаження, що зараз є найкоректнішими тестами визначення початку застосування АРТ, контролю над захворюванням і його лікуванням. Потрібно на національному рівні розв'язати проблему виробництва недорогих АРВ-препаратів.

Робота медичних закладів, які здійснюють вторинну й третинну профілактику (наркологічні лікарні та диспансери, центри профілактики і боротьби зі СНІД тощо), значною мірою фінансується із державного бюджету, за рахунок позабюджетних коштів місцевих адміністрацій, доходів від госпрозрахункової діяльності органів охорони здоров'я. Медичні установи (особливо в невеликих містах) потерпають від браку коштів на придбання необхідного обладнання, ліків, на утримання хворих тощо. Існує потреба у створенні місць для стаціонарного лікування хворих на наркозалежність у містах, де відсутні наркологічні лікарні й диспансери, але великою є кількість наркозалежних споживачів ін'єкційних наркотиків, у розширенні можливостей тестування на ВІЛ, створенні закладів реабілітації (ресоціалізації) СІН, програм замісної терапії.

Потрібно переглянути підхід до анонімного лікування хворих із наркотичною залежністю, оскільки нині анонімність лікування наркоспоживачів у нашій країні проблематична: в наркологічному закладі чи відділі міліції обов'язково фіксуються дані про наркоспоживача, який звернувся за послугою чи якого затримали. Разом із тим у країні спостерігається тенденція створення громадських організацій на кшталт спільнот анонімних наркоспоживачів, де з об'єктивних причин не можуть надавати всіх медичних послуг, які надаються в державних закладах.

Замісна підтримувальна терапія для осіб із опіїдною залежністю. Ще 2001 року Урядова комісія з питань боротьби з ВІЛ/СНІД при Кабінеті Міністрів України ухвалила рішення про сприяння проведенню програм лікування хворих на наркозалежність із використанням замісної терапії неін'єкційними препаратами. І хоча впровадження програм замісної терапії підтверджено 4-ою (2001–2003 роки) та 5-ою

(2004–2008 роки) Національними програмами профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД, упровадження пілотного проекту замісної терапії на основі бупренорфіну розпочалося лише у квітні 2004 року. Метадон поки що залишається у списку медикаментів, обмежених до застосування. МВС, СБУ, окремі представники силових структур, політики і депутати висловлюють стурбованість ефективністю і витратами метадонного лікування, стримуючи впровадження пілотних проектів. Затримка із впровадженням замісної підтримувальної терапії в країні фактично призводить до порушення права осіб із наркотичною залежністю на належну медичну допомогу й можливість вибору такого методу лікування, як замісна терапія. Потрібно на законодавчому рівні визнати право наркозалежних СІН на лікування з використанням замісної терапії неін'єкційними препаратами. Розвивати мережу закладів, які здійснюватимуть замісну терапію, потрібно одночасно із розвитком доступних центрів реабілітації та ресоціалізації. Слід також розробити програми комплексного поєднання замісної терапії із залученням наркозалежних хворих до соціального життя, організувати навчання фахівців з проблем упровадження замісної терапії.

Соціальна підтримка. В Україні й досі не сформовано єдиної соціальної політики щодо наркозалежних та ВІЛ-позитивних осіб, не існує для них спеціальних відділів соціальних служб, хоча для цих людей нагальними залишаються проблеми з працевлаштуванням, матеріального становища, стигматизації, стосунків із членами родини, отримання психологічної допомоги, порушення прав людини. Попри розвиток в Україні мережі організацій та закладів, які здійснюють соціально-реабілітаційну роботу із наркозалежними, вони не задовольняють потреб наркозалежних у психологічній та соціальній реабілітації. Варто підтримувати й стимулювати створення таких центрів. На національному рівні потрібно також розробити систему погодинної трудової зайнятості, якою могли б скористатися люди, які через певні обставини (зокрема за станом здоров'я) не можуть працювати повний робочий день.

Потрібно реструктурувати національну систему підготовки та перепідготовки працівників громадських організацій і центрів соціальних служб для молоді до практичної роботи із наркозалежними та ВІЛ-позитивними СІН. З метою підвищення кваліфікації спеціалістів соціальної роботи із уразливими групами населення слід розробити державні програми обміну досвідом таких фахівців з представниками інших країн. Потрібні також розробки та впровадження наявних програм навчання фахівців з роботи з молоддю, яка має соціально-медичні проблеми. НУО та ЦССМ потребують проведення міжнародної конференції соціальних працівників, які займаються соціальною роботою із наркозалежними, ВІЛ-позитивними та ЛЖВ/С.

Профілактика наркозалежності. Наявні профілактичні програми зорієнтовані на невеликі конкретні групи людей, часто мають суто інформативний характер, обмежуються невеликими територіями і діють короткий час. Потрібна довготермінова державна програма із запобігання вживанню наркотиків і профілактики наркозалежності, розрахована на учнів шкіл, під час якої застереження й роз'яснення давалися б тривалий час. Треба також розробити й ухвалити закон про профілактику наркотизму в країні, визначити координаційний орган, який би комплексно регулював профілактичну діяльність різних соціальних інституцій щодо поширення наркозалежності та епідемії ВІЛ/СНІД серед СІН.

Фінансування. Лише незначна частина послуг наркозалежним СІН фінансується з державного бюджету. Більшість профілактичних програм здійснюється за підтримки

міжнародних організацій і донорів. На разі в країні відсутній прозорий механізм фінансового менеджменту комплексних міжгалузевих програм профілактики ВІЛ/СНІД серед СІН, внаслідок чого незрозумілими залишаються питання переадресування коштів між відомствами. Потрібне дослідження контрольної функції такого механізму, що дасть змогу оцінювати ефективність певних програм. Внаслідок обмежених фінансових ресурсів відсутні гарантії тривалої життєздатності багатьох програм, а діяльність громадських організацій залежить від різновиду та спрямованості отриманого гранту. Це не гарантує сталого довготривалого розвитку програм профілактики, тому потрібно переглянути засади співпраці державних організацій і НУО з виконання соціального замовлення.

* * *

Отже, питання, які потребують розв'язання на національному рівні, можна звести до:

- 1) законодавчого закріплення базових понять державної політики України щодо наркотиків, які б чітко визначали систему заходів, спрямованих на запобігання проблемам і зменшення завданої шкоди, пов'язаної з уживанням наркотичних засобів, сприяли усуненню непорозумінь, які виникають в оцінках діяльності різних організацій, усували труднощі у виробленні міжгалузевих соціально спрямованих програм профілактики наркотизму;
- 2) створення єдиного закону про профілактику наркотизму, який би чітко регламентував основні напрями профілактики, повноваження та міру відповідальності її суб'єктів, а також механізми взаємодії між ними;
- 3) створення/визначення окремого органу (Національне Бюро чи Національний комітет), який би розробляв державну політику щодо наркотиків, а також координував діяльність різних відомств, міністерств, організацій з різних напрямів профілактичної роботи із наркозалежними;
- 4) координації на національному рівні діяльності неурядових організацій, що сприятиме розширенню можливості НУО щодо обміну досвідом, друкованою продукцією, проведення цільових тренінгів, конференцій, навчання волонтерів тощо;
- 5) розвитку прихильності/відданості всього суспільства боротьбі із поширенням наркозалежності та ВІЛ/СНІД: від керівників країни (Президента, Прем'єр-міністра, спікера парламенту) до політичних і релігійних лідерів, бізнесменів, медичних працівників тощо як підґрунтя активізму у протистоянні СНІД, що є ключем для подальшого посилення політичного імпульсу на місцевому та національному рівнях;
- 6) формування толерантного ставлення громадськості до людей із наркотичною залежністю, проблем їх соціального захисту, медичного лікування, догляду, наголошуючи необхідність подолання поширених соціальних страхів і побоювань;
- 7) розроблення програми розвитку цільової соціальної реклами щодо профілактики ВІЛ/СНІД, залучивши до цього висококваліфікованих фахівців реклами та PR, розширити асортимент та обсяги такої реклами;
- 8) активізації висвітлення кращого світового досвіду щодо профілактики наркозалежності та поширення ВІЛ-інфекції/СНІД в інших країнах світу;

- 9) вирішення питання невизначеності щодо розподілу прав і повноважень між суспільством і громадянами, які мають проблеми з уживанням наркотиків, щоб споживачі ін'єкційних наркотиків не могли бути ідентифіковані працівниками правоохоронних органів як злочинці лише на підставі вживання наркотиків чи наркозалежності;
- 10) з метою поліпшення медичного догляду й лікування потрібно на національному рівні максимально залучати до консультування й тестування на ВІЛ представників груп ризику, а також розв'язати проблему виробництва АРТ-препаратів в Україні;
- 11) існує потреба у створенні місць для стаціонарного лікування наркозалежних у містах, де відсутні наркологічні лікарні та диспансери, але великою є кількість СІН, розширенні можливостей для консультувань і тестувань на ВІЛ, створенні закладів реабілітації (ресоціалізації) хворих СІН, програм замісної підтримувальної терапії;
- 12) визнання на законодавчому рівні права наркозалежних СІН на лікування з використанням замісної підтримувальної терапії неін'єкційними препаратами. Розвивати мережу закладів, які здійснюватимуть замісну терапію, потрібно одночасно із розвитком доступних центрів реабілітації та ресоціалізації. Слід розробити програми комплексного поєднання замісної терапії із залученням наркозалежних хворих до соціального життя, організувати навчання фахівців з упровадження замісної терапії;
- 13) необхідності підтримувати й стимулювати створення центрів реабілітації й ресоціалізації наркозалежних осіб; на національному рівні розробити систему погодинного трудового працевлаштування, якою могли б скористатися люди, які через певні обставини (зокрема за станом здоров'я) не можуть працювати повний робочий день;
- 14) потреби реструктурувати національну систему підготовки та перепідготовки працівників громадських організацій і центрів соціальних служб для молоді до практичної роботи з наркозалежними та ВІЛ-позитивними СІН. З метою підвищення кваліфікації спеціалістів із соціальної роботи з уразливими групами населення слід розробити державні програми обміну досвідом таких фахівців з представниками інших країн. Потрібні також розроблення та впровадження програм навчання фахівців з роботи з молоддю, яка має соціально-медичні проблеми. НУО та ЦССМ потребують проведення міжнародної конференції соціальних працівників, які працюють із наркозалежними, ВІЛ-позитивними та ЛЖВ/С;
- 15) необхідності розвивати засади соціального замовлення у співпраці державних організацій та НУО.

Проблеми в роботі із СІН, які потребують розв'язання на регіональному/місцевому рівні

Непорозуміння між державними організаціями та НУО. Нерідко під час профілактичних робіт із наркозалежними СІН виникають непорозуміння між представниками державних організацій і НУО (наприклад, стосовно виділення приміщення для діяльності НУО, дозволу на надання певного виду послуг, надання безкоштовної ме-

дичної допомоги наркозалежному СІН тощо). Ці непорозуміння можуть зумовлювати як особливості відомчого підходу до профілактики наркотизму, так і певні особистісні уявлення окремих посадовців. Зниженню напруження за таких обставин суттєво сприяють спільні дискусії, «круглі столи», семінари, спрямовані на адвокацію та формування толерантного ставлення до СІН. Окрім того, бажано й надалі проводити на обласному, районному й локальному рівнях:

- тренінги із посадовцями міської адміністрації та лікарями з формування у них мотивації до полегшення доступності медичної допомоги для СІН;
- тренінги для працівників ЦССМ, ЗМІ, МВС, служби зайнятості з мотивації їх до розширення соціальної допомоги СІН, сприяння працевлаштуванню, формування толерантного ставлення населення до проблем СІН.

Координація діяльності між державними й громадськими організаціями. Актуальним залишається питання координації діяльності державних і громадських організацій на рівні безпосередніх надавачів послуг СІН. При обласних держадміністраціях створено Координаційні ради з питань СНІД, але за відсутності чіткого організаційного механізму й фінансових коштів вони часом функціонують лише на папері. Для координації між суб'єктами різних напрямів профілактики наркотизму необхідно активізувати діяльність обласних Координаційних рад і створити координаційні ради на рівні міських та районних державних адміністрацій. До складу цих рад мають входити спеціалісти, які обіймають керівні посади у сфері профілактики наркотичної залежності, представники органів влади, правоохоронних органів, ЗМІ, громадських організацій. Координаційні ради покликані формувати регіональну політику у сфері профілактики наркотичної залежності та боротьби із наркозлочинністю; розподіляти обов'язки та відповідальність між суб'єктами профілактики; забезпечувати контроль за їхньою діяльністю.

Потрібно також ввести до бюджетів місцевого самоврядування окремі пункти, які передбачатимуть фінансування робочих секретаріатів цих Координаційних рад, щоб їхня робота мала цілеспрямований і стабільний (а не періодичний) характер, а також розробити місцеві плани дій (із включенням програм зменшення шкоди від вживання наркотиків СІН та бюджет для проведення заходів).

Розвиток місцевих громадських ініціатив. Чимало залежить від ставлення до проблеми наркоспоживання та ВІЛ-інфікування СІН місцевих органів влади, а також від тих, хто займається адвокацією цих питань. Для підвищення ефективності соціальної профілактики треба всіяко сприяти розвитку громадських ініціатив. З цією метою необхідно:

- ввести до бюджетів органів місцевого самоврядування окремий пункт, що передбачатиме надання фінансової підтримки громадським організаціям, які здійснюють діяльність з профілактики наркоспоживання та наркозалежності;
- проводити щорічні конкурси на визначення кращих програм профілактичного змісту. Громадським організаціям — переможцям таких конкурсів допомогати у виділенні приміщень, надавати фінансову підтримку;
- проводити шоквартальні круглі столи з представниками громадських організацій із метою виявлення проблем, які перешкоджають їхній ефективній діяльності;
- залучати представників громадських організацій до формування регіональних програм, спрямованих на профілактику наркозалежності.

Соціальний діалог між різними соціальними партнерами. До роботи з реабілітації та ресоціалізації наркозалежних СІН залучаються різні організації. У багатьох містах

відповідні центри створено релігійними громадами. Як складова громадянського суспільства релігія справляє потужний вплив на різні верстви населення, регулює організаційні й фінансові можливості, має моральний авторитет. Але активність віруючих у діяльності із наркоспоживачами та наркозалежними особами не завжди дістає підтримку у державних організацій, особливо коли йдеться про профілактичну роботу серед учнів і студентів. Потрібно налагодити тісну взаємодію органів місцевого самоврядування з громадськими та релігійними організаціями, які здійснюють лікування і реабілітацію наркозалежних. У всіх населених пунктах варто провести серії круглих столів за участю представників влади, органів внутрішніх справ та інших зацікавлених сторін.

Потрібно також розробити комплекси заходів, спрямованих на зміну ставлення СІН до діяльності державних установ, допомагати долати побоювання покарання, якщо вони звертатимуться до Центру СНІД чи кабінету довіри. Крок за кроком треба стимулювати СІН до контактів із медиками, соціальними працівниками, інформуючи їх про програми, які реалізуються (в тому числі програми обміну шприців), місця розташування медичних і соціальних служб, про послуги, які там можна отримати, а також ініціюючи створення неформальних НУО співзалежних осіб. Практично не залучаються до профілактики наркотизму бізнесові структури.

Підвищення престижності роботи з уразливими групами населення. Нагальною проблемою багатьох міст, ба й цілих регіонів є відсутність у них НУО, які б опікувалися проблемами СІН. Зокрема, в м. Ялта єдиною організацією, яка працює з цільовою групою СІН, є консультативний пункт «Довіра», створений на базі міського ЦССМ. Відсутність інфраструктури для цільової роботи із СІН, розконсолідованість громадського середовища міста значною мірою є наслідками неprestижності роботи з уразливими групами населення (СІН та ЛЖВ/С). Ці проблеми слід розв'язати шляхом акцентування уваги на значимості для суспільства діяльності наркологів, соціальних працівників, працівників охорони здоров'я та правопорядку. Потрібно сприяти діяльності НУО у правовій профілактиці наркотизму. На жаль, зараз такі НУО практично відсутні.

Технічна підтримка організацій. Основними перешкодами в діяльності громадських організацій у сфері профілактики ВІЛ/СНІД серед СІН їхні працівники вважають часові рамки й обмежені фінансові можливості, відсутність на місцевому рівні програм, які б передбачали соціальне замовлення на проведення певних заходів від органів місцевого самоврядування, або за якими громадська організація могла б одержати фінансову допомогу. Тому нерідкими є випадки, коли громадські організації стурбовані тим, що по завершенні терміну чергового гранту доведеться призупиняти діяльність або активно шукати кошти на іншу діяльність.

Щоб програми профілактики ВІЛ-інфікування серед СІН на місцевому рівні ефективно працювали, потрібно розширювати мережу консультативних пунктів, поліпшувати матеріальну базу організацій, які працюють із СІН, забезпечувати їх автобусами, технікою. На базі міських лікарень мають функціонувати кабінети анонімного тестування й консультування з приводу ВІЛ-інфекції. Слід готувати відповідних спеціалістів для роботи із категорією наркозалежних пацієнтів.

У деяких містах проблеми технічної підтримки НУО розв'язують через механізми соціального замовлення, які поки не поширені повсюдно. Потрібно розвивати ці механізми, інформуючи громадськість про ефективність такої взаємодії органів місцевого самоврядування з НУО. Потрібна професійна допомога людей (досвідчених

фахівців із PR, інформаційних менеджерів), здатних піднести програми профілактики ВІЛ/СНІД на рівень сприйняття територіальних спільнот, на рівень населення цілого міста.

Підвищення ролі місцевих ЗМІ в профілактичних програмах. Багато громадських організацій, які працюють із СІН за проектами «зменшення шкоди», мали значні труднощі на початкових етапах своєї діяльності. Це була негативна реакція з боку непоінформованого населення, працівників правоохоронних органів, журналістів на безкоштовне розповсюдження стерильного інструментарію, дезінфікувальних матеріалів і презервативів для СІН. Регулярна інформаційно-роз'яснювальна робота змінила ставлення до такого виду профілактики. Потрібно й надалі висвітлювати нагальні питання профілактики наркотизму у ЗМІ, постійно контактувати із журналістами, навчати їх толерантного сприйняття проблеми, поступово змінювати поширені стереотипи.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Виходячи із головних висновків огляду, пропонуємо такі рекомендації:

- Законодавчо закріпити базові поняття державної політики України щодо наркотиків, які б чітко визначали систему заходів, спрямованих на запобігання проблем і зменшення шкоди, пов'язаної із уживанням наркотичних засобів, усували непорозуміння в оцінках діяльності різних організацій і перешкоди у виробленні міжгалузевих соціально спрямованих програм профілактики наркотизму. Але спершу для цього треба розробити й ухвалити концепцію державної політики України щодо наркотиків.
- Розробити єдиний закон щодо профілактики наркотизму, який чітко регламентуватиме основні напрями профілактики, повноваження й міру відповідальності її суб'єктів та механізми взаємодії між ними.
- Створити/визначити окремий орган (ним може бути Координаційна рада з боротьби з наркозалежністю при Кабінеті Міністрів України, новостворене Національне Бюро або Національний комітет), який розроблятиме державну політику щодо наркотиків, а також координуватиме діяльність різних відомств, міністерств, організацій з різних питань профілактичної роботи із наркозалежності.
- Активізувати діяльність Координаційних рад з боротьби зі СНІД шляхом відновлення при них штатних посад секретарів. Виділити в національному та обласних бюджетах кошти на постійну роботу таких секретаріатів.
- Міністерству у справах молоді та спорту створити базу даних НУО з метою координації їхньої діяльності стосовно СІН та розширення можливостей цих організацій щодо обміну досвідом, друкованою продукцією, проведення цільових тренінгів, конференцій, навчання волонтерів тощо.
- Розвивати прихильність/відданість всього українського суспільства боротьбі з ВІЛ/СНІД, починаючи від керівників країни (Президента, Прем'єр-міністра, спікера парламенту) і до політичних та релігійних лідерів, бізнесменів, медичних працівників і пересічних громадян як основу активізму спільнот, зацікавлених у протистоянні СНІД. Це слугуватиме ключем для потужного політичного імпульсу на місцевому й національному рівнях.

- Формувати громадське ставлення до наркозалежних хворих, проблем їх соціального захисту, медичного лікування, догляду, особливу увагу звертаючи на необхідність подолання соціальних страхів і побоювань.
- Розширювати застосування різних соціальних технологій (адвокації, соціальної реклами, громадських і парламентських слухань, організацій самодопомоги, соціального замовлення) в профілактичних програмах запобігання ВІЛ-інфікуванню/СНІД серед населення країни.
- Розробити програми розвитку цільової соціальної реклами з профілактики поширення ВІЛ-інфекції/СНІД, залучивши до цього висококваліфікованих фахівців реклами та PR, розширити асортимент та обсяги такої реклами.
- Активізувати висвітлення в республіканських, районних та міських ЗМІ передового світового досвіду профілактики поширення ВІЛ-інфекції/СНІД в інших країнах світу, акцентуючи увагу на ефективних профілактичних програмах серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Підтримувати розповсюдження ЗМІ прес-релізів та аналітичних довідок, різнопланової інформації щодо прес-конференцій та інших заходів, зорієнтованих на проблеми наркоспоживання та ВІЛ/СНІД.
- Розв'язати проблему невизначеності щодо розподілу прав і повноважень між суспільством і громадянами, які мають проблеми з уживанням наркотиків, щоб споживачі ін'єкційних наркотиків не могли бути ідентифіковані працівниками правоохоронних органів як злочинці лише на підставі вживання наркотиків або наркозалежності. Поєднати законодавче реформування із перепідготовкою працівників правоохоронної сфери.
- Законодавчо визнати право наркозалежних СІН на лікування із використанням замісної підтримувальної терапії неін'єкційними препаратами. Розвивати мережу закладів, які здійснюватимуть замісну терапію, одночасно із розвитком доступних центрів реабілітації та ресоціалізації. Розробити програми комплексного поєднання замісної терапії із залученням наркозалежних хворих до соціального життя. Організувати навчання фахівців з питань упровадження замісної підтримувальної терапії.
- Розробити модель реабілітаційного центру для СІН та апробувати її у відповідних структурах Міністерства у справах молоді та спорту України.
- Розробити систему погодинного трудового працевлаштування, якою зможуть користуватися люди, не здатні через певні обставини (зокрема за станом здоров'я) працювати повний робочий день (включно зі споживачами ін'єкційних наркотиків та ЛЖВ/С).
- Реструктурувати національну систему підготовки та перепідготовки працівників громадських організацій і центрів соціальних служб для молоді для практичної роботи з наркозалежними та ВІЛ-позитивними СІН. З метою підвищення кваліфікації спеціалістів з соціальної роботи з уразливими групами населення розробити державні програми обміну досвідом таких фахівців з представниками інших країн. Розробити методичні рекомендації щодо впровадження вже наявних програм навчання фахівців роботі з молоддю, яка має соціально-медичні проблеми. Провести в Україні міжнародну конференцію соціальних працівників, які працюють із наркозалежними та ЛЖВ/С.
- Систематизувати діяльність різних суб'єктів профілактичної роботи у сфері профілактики наркозмісту, попередньо законодавчо визначивши базові прин-

ципи державної політики щодо наркотиків і структуру, яка координуватиме міжгалузеву різноманітну взаємодію.

- Сприяти застосуванню органами місцевого самоврядування механізму соціального замовлення для залучення до профілактичної діяльності різних неурядових організацій, поширювати в суспільстві інформацію щодо передового досвіду державних організацій та НУО.
- Постійно проводити переговори між Урядом і фармацевтичними компаніями щодо зниження вартості АРВ-препаратів, реєстрації лікувальних засобів з метою збільшення й урізноманітнення програм АРТ для ЛЖВ/С. Парламенту України слід негайно розробити політику й стратегію виробництва АРВ-препаратів в Україні, забезпечивши доступність їх для всіх ЛЖВ/С.
- Запровадити вітчизняне виробництво бупренорфіну для сублінгвального вживання.
- Забезпечити інтеграцію ключових видів діяльності (обмін голок та шприців, розповсюдження презервативів та дезінфектантів, інформації, аутріч-діяльність, лікування ІПСШ) у комплекс догляду й підтримки, що має передбачати: лікування ВІЛ/СНІД (включно з АРТ), доступ до лікування й консультування щодо ІПСШ та туберкульозу, лікування та догляд з приводу інших проблем, які стосуються до споживання наркотиків.
- Здійснювати регулярний моніторинг та оцінку проектів. З цією метою: розробити й упровадити тренінгові курси для координаторів, персоналу та волонтерів проектів; розробити єдиний стандарт ведення документації проектів, який відображатиме основні види діяльності в межах проекту й використані ресурси (за розробленим Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні зразком). Запровадити тренінгові курси з проведення поведінкових досліджень (у тому числі швидкої оцінки ситуації, обчислення вибірки, розроблення опитувальника, обробки даних) для координаторів проектів. Залучати до проведення поведінкових досліджень та інтерпретації отриманих результатів професійних консультантів.
- Спираючись на рішення Уряду стосовно створення Національної системи М/О з питань ВІЛ/СНІД, розробити відповідні показники моніторингу програм «зменшення шкоди» й залучити до створення бази моніторингу учасників від державного сектору, НУО, міжнародних донорських організацій.
- Підтримати створення «ком'юніті-центрів» для СІН та інших уразливих груп на місцях.

ГЛОСАРІЙ

Адвокація громадянських прав СІН та ВІЛ-інфікованих — процес, спрямований на зміну політики, законів, нормативних актів і практик, які використовують впливові особи, групи чи установи для захисту інтересів наркозалежних і ВІЛ-інфікованих осіб.

Антиретровірусні (АРВ) препарати — лікувальні препарати, здатні призупинити розмноження ВІЛ і тим самим запобігти руйнуванню імунної системи.

Антиретровірусна терапія (АРТ) — лікування, яке вповільнює розмноження вірусу ВІЛ, уможливорює суттєве продовження життя в разі інфікування ВІЛ, гальмує розвиток СНІД.

Бупренорфін — синтетичний опіоїд, який використовують у замісній підтримувальній терапії для осіб з опіоїдною залежністю. З квітня 2004 року використовується в Україні як препарат «еднок» для сублінгвального вживання для СІН, охоплених пілотними проектами замісної терапії (Херсон, Київ).

Державна наркотична політика — сукупність базових принципів і норм, на які спирається держава у своїй діяльності щодо наркотичних засобів і психотропних речовин. Серед основних сучасних державних стратегій щодо наркотиків вирізняють: 1) регулювання законного обігу наркотиків; 2) протидію (контроль і боротьбу) незаконному обігу наркотиків; 3) зменшення попиту на наркотики; 4) зменшення шкоди від уживання наркотиків.

Державна стратегія протидії незаконному обігу наркотиків — система дій, спрямованих на розроблення й удосконалення методів виявлення незаконного обігу наркотиків, технологій культивування нарковмісних рослин і знищення їх нелегальних посівів; удосконалення правоохоронної діяльності й оптимізація застосування репресивних заходів боротьби з поширенням і незаконним обігом наркотиків.

Державна стратегія зменшення попиту на наркотики — система профілактичних заходів виховного, педагогічного, медичного, соціально-економічного й організаційно-управлінського характеру, спрямованих на запобігання ініціюванню первинного вживання наркотику та формуванню наркотичної залежності в осіб, які практикують їх періодичне вживання.

Державна стратегія зменшення шкоди від уживання наркотиків — система дій, спрямованих на мінімізацію наслідків уживання наркотиків, лікування, реабілітацію та ресоціалізацію наркозалежних осіб, відповідну підготовку кадрів у медичній та правовій сферах.

Замісна терапія (або замісна підтримувальна терапія) — різновид лікування опіоїдної залежності, за якого використовують опіатні ангоністи — речовини, які справляють подібну до героїну чи морфіну дію на головний мозок людини, що дає змогу запобігти розвитку синдрому відміни та блокувати потяг до нелегальних опіоїдів. Цінність замісної терапії полягає в тому, що завдяки їй залежні споживачі здатні відмовитися від уживання нелегальних опіатів, значно зменшити ризик, пов'язаний з ін'єкціями (ВІЛ, гепатит, інфекції тощо).

«Зменшення шкоди» від наркотиків — медичний, соціальний і політичний підхід до розв'язання проблем зловживання наркотичних речовин з метою призупинення поширення ВІЛ/СНІД у країні й інтеграції уразливих груп населення до суспільства.

Інфікування ВІЛ — захворювання, що виникає внаслідок зараження вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), внаслідок чого її організм через певний час стає беззахисним навіть перед нешкідливими мікроорганізмами.

Кабінети довіри — своєрідний структурний підрозділ установ охорони здоров'я, переважно центрів СНІД чи наркологічних диспансерів, які надають послуги з перед- і післятестового консультування, безпосереднього обстеження на ВІЛ за дотримання анонімності чи конфіденційності.

Консультаційні пункти «Довіра» — структурні підрозділи, створені при центрах соціальних служб для молоді з метою проведення профілактичної роботи серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Діяльність таких пунктів здійснюється у співпраці з громадськими організаціями у таких напрямках: розповсюдження інформаційних матеріалів, стерильного ін'єкційного інструментарію, дезінфектантів та презервативів, консультування СІН, обмін шприців.

«Клубна» наркокультура — вживання молоддю наркотичних і психотропних засобів у місцях масового проведення дозвілля: нічних клубах, барах, казино, студентських гуртожитках, дискотеках тощо.

Консультант за принципом «рівний — рівному» — людина, яка має спеціальну підготовку, аби допомогти клієнтові знайти власні відповіді на нагальні питання й прийняти самостійне рішення. Консультант має аналогічний життєвий досвід зі своїм клієнтом. Наприклад, консультантом для споживача ін'єкційних наркотиків виступає екс-СІН.

Консультування з питань ВІЛ — надання особі, яка звернулася за консультацією до медичної установи чи центру СНІД, висококваліфікованої психологічної підтримки у подоланні стресу, якщо результат тестування на ВІЛ виявиться позитивним.

Контрольоване вживання наркотичних засобів — періодичне (експериментальне) вживання наркотичних засобів, не пов'язане з наявністю наркотичної залежності.

Медико-соціальні аспекти наркосцени України — сукупність окремих медичних характеристик наркосцени, які мають соціальне значення. До них, зокрема, належать: 1) поширення ВІЛ/СНІД серед споживачів ін'єкційних наркотиків; 2) опортуністичні чи ВІЛ-асоційовані інфекції серед СІН; 3) групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ серед СІН; 4) ризикована щодо інфікування ВІЛ поведінка СІН тощо.

Метадон — синтетичний наркотичний анальгетик, який має усі фармакологічні властивості, характерні для класу опіоїдів (морфіну, героїну). Як небезпечний наркотичний засіб метадон включено до переліку № 1 Списку наркотичних засобів Єдиної конвенції про наркотичні засоби 1961 року і Національного переліку. В Україні дискутуються питання щодо впровадження метадону в програми замісної підтримувальної терапії для осіб з опіоїдною залежністю.

Моніторинг наркотичної ситуації (наркосцени) — систематичне проведення замірів і оцінок показників розвитку наркотичної ситуації (за чітко визначеною методикою). Як показники моніторингу можна використовувати: поширеність наркотиків і психоактивних речовин, частоту нових випадків виявлення наркотичної залежності та психічних захворювань, зумовлених уживанням наркотиків, ставлення окремих осіб і соціальних груп до наркотиків і наркотичної ситуації тощо. Об'єктом моніторингу може бути певна вікова група, система установ, окрема територія (місто, район). Моніторинг може бути частковим (відображати соціологічні й психологічні показники) і повним (включати оцінку чинників та діяльності соціальних структур).

Наркозалежність — психофізіологічний стан залежності людини від наркотичних засобів та психоактивних речовин, які викликають у неї оманливе відчуття благополуччя, веселощів, сп'яніння, наркотичного сну тощо. Згідно із Законом України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речо-

вин і прекурсорів та зловживанню ними» (1995 р.), термін «наркозалежна особа» ототожнюється з терміном «хворий на наркоманію» — особа, якій у встановленому порядку медичним закладом встановлено діагноз «наркоманія».

Наркоманія (від грец. *Narke* — знерухомлення + *Mania* — безумство) — хвороба, що супроводжується складними порушеннями фізичних і психічних функцій внаслідок різко вираженого потягу до наркотичних засобів. Згідно із Законом України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» (1995 р.), наркоманія визначається як «хворобливий психічний стан, зумовлений хронічною інтоксикацією внаслідок зловживання наркотичними засобами, що віднесені до таких Конвенціями ООН чи Комітетом з контролю за наркотиками при Міністерстві охорони здоров'я України, і який характеризується психічною або фізичною залежністю від них».

Наркоспоживачі — особи, які вживають наркотичні засоби та психоактивні речовини у немедичних цілях.

Наркосцена (наркотична ситуація) — рух наркотиків і все, що з ними пов'язане, на певній території країни, регіону, міста. До характеристик наркосцени належать: найпоширеніші наркотичні засоби, соціально-демографічні характеристики спільноти споживачів наркотиків, наявність медичних, соціальних та інших послуг для споживачів наркотиків, економічне становище, епідеміологічна ситуація, наявність наркотичної/антинаркотичної політики, діяльність соціальних суб'єктів тощо.

Наркотизація населення — поширення серед населення немедичного вживання наркотичних засобів і психотропних речовин.

Наркотизм — соціальне явище, яке полягає у масовій адиктивній поведінці, що спричиняє формування особливих соціальних груп, виникнення особливої субкультури та специфічних соціальних відносин і, зрештою, певну трансформацію соціальної структури й утворення нових соціальних інститутів.

Наркотична субкультура — своєрідна культура споживачів наркотиків, зумовлена їхнім трансформованим мисленням і системою цінностей. Зорієнтована на відчуття ейфорії від уживання наркотичних засобів, має специфічне світоглядне забарвлення.

Наркотичні засоби (наркотики) (від грец. *Narkotikos* — той, що знерухомлює) — певні речовини рослинного чи синтетичного походження, які справляють стимулювальний, збуджувальний, депресивний чи галюциногенний вплив на центральну нервову систему. Згідно з Переліком наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, визначеним законодавством України, вони підлягають державному контролю.

Національне законодавство у сферах наркотичної політики та боротьби з ВІЛ/СНІД — система законів і нормативних актів, побудованих з урахуванням міжнародних принципів і норм, з метою забезпечення скоординованого, заснованого на широкій громадській участі, гласності й відповідальності, підходу до проблем наркоманії та ВІЛ/СНІД, який поєднує політику та програми реагування на всіх рівнях державного управління.

Неурядові організації (НУО), задіяні в програмах профілактики поширення ВІЛ/СНІД — громадські організації, що надають послуги з: розповсюдження інформаційно-освітніх матеріалів; обміну шприців; видачі дезінфекційних засобів; здійснюють індивідуальні та групові консультації щодо ВІЛ/СНІД, залежності від наркотичних речовин, засобів і методів профілактики; направлення на обстеження

та лікування до медичних закладів; консультування за телефоном довіри; працевлаштування тощо.

Опіоманія — патологічний стан залежності людини від опіоїдів (до них насамперед належать: героїн, морфін, синтетичні та кустарно виготовлені опіати).

Опортуністичні чи ВІЛ-асоційовані інфекції — специфічні інфекції, які викликають хвороби у людей з ослабленою імунною системою.

Організації взаємодопомоги — мережа груп самодопомоги людей, метою яких є підвищення якості життя ВІЛ-позитивних і наркозалежних людей.

Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (за текстом — *Перелік*) — згруповані в списки наркотичні засоби, психотропні речовини і прекуртори, включені до таблиць I-IV згідно із законодавством України та міжнародними договорами, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України. Перелік затверджується Кабінетом Міністрів України за поданням спеціально уповноваженого органу виконавчої влади в галузі охорони здоров'я і публікується в офіційних друкованих виданнях.

Прекуртори — хімічні речовини, які використовують при виробництві наркотичних засобів і психотропних речовин, включених до Переліку (в т.ч. кустарно виготовлених опіатів).

Профілактика наркоспоживання, наркозалежності та інфікування ВІЛ — система інформаційних, освітніх, виховних, соціальних, правових, медико-психологічних та інших засобів, спрямованих на виявлення й усунення причин вживання наркотичних речовин, зумовленої ними ризикованої поведінки та пов'язаних з нею особистісних, соціальних і медичних наслідків (бездоглядності, злочинності, захворювань на гепатит, ВІЛ, хвороби, що передаються статевим шляхом, тощо).

Прихильність до лікування — свідоме приймання хворими лікувальних препаратів і дотримання режиму лікування відповідно до призначень лікаря. Особливе значення це має для ВІЛ-позитивних споживачів ін'єкційних наркотиків, які приймають АРТ-препарати.

Профілактика наркотизму — діяльність, спрямована на використання системи соціальних норм з метою ослаблення негативного впливу наркотизації населення на суспільство як соціальну систему шляхом виявлення, усунення або нейтралізації причин і умов наркотизму.

Психотропні речовини (від грец. *Psuche* — душа + *Tropos* — поворот) — хімічні речовини синтетичного або природного походження, здатні впливати на психічні процеси: антидепресанти, транквілізатори, нейролептичні, психостимулювальні та седативні засоби. Згідно із законодавством України, вони підлягають державному контролю.

Система моніторингу та оцінки ВІЛ/СНІД серед СІН — постійне відстежування, оцінка й аналіз ситуації щодо поширення інфекції ВІЛ, пов'язаної з ін'єкційним уживанням наркотиків. Основними характеристиками чинної системи моніторингу є: 1) епідеміологічний моніторинг ВІЛ/СНІД серед СІН, ґрунтований на дозорних дослідженнях; 2) моніторинг поведінки, який є ключовим елементом систем епідагляду за ВІЛ/СНІД; 3) інституціоналізований перелік національних показників моніторингу й оцінювання ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ-інфекції/СНІД.

Соціальна мобілізація — формування в суспільстві толерантного ставлення до споживачів ін'єкційних наркотиків шляхом ефективної просвітницької діяльності; сти-

мулювання участі СІН та екс-СІН у програмах зменшення шкоди та інформаційно-просвітницькій роботі тощо.

Соціальна підтримка – курс соціальної й психологічної реабілітації з метою позбавлення залежності від наркотичних речовин у вигляді роботи груп взаємодопомоги для тих, хто намагається позбутися наркозалежності, а також для організації їх вільного часу, в процесі якої формується нова система цінностей і життєвих перспектив. Крім морально-психологічної підтримки, вона охоплює різні види соціальних послуг: соціально-побутових, соціально-педагогічних, соціально-медичних, соціально-економічних, послуг з працевлаштування, інформаційних послуг тощо.

Соціальна реклама профілактики ВІЛ/СНІД та наркозалежності – діяльність, спрямована на зміну ставлення людей до повсякденної реальності в бік формування нових або зміни й трансформації наявних соціальних цінностей здорового способу життя.

Соціальні технології – система заходів реагування суспільства на проблему поширення ВІЛ-інфекції серед СІН, до складу якої входять: громадські й парламентські слухання, соціальна реклама, адвокація громадянських прав наркоспоживачів та ВІЛ-позитивних осіб, організація роботи різних координаційних рад.

Споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН) – особи, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом.

Урядова комісія України з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД – державний орган, створений 2000 року Кабінетом міністрів України з метою оперативного розв'язання питань, пов'язаних із захистом населення від ВІЛ/СНІД, а також координації діяльності міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади з розроблення й реалізації правових, організаційних та інших заходів, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІД.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

Законодавчо-нормативні акти, опрацьовані під час підготовки огляду

1. Кримінальний кодекс України. Офіційне видання. — К.: Парламентське видавництво, 2001. — 147 с.
2. Закон України «Про рекламу» (в редакції Закону № 1121- IV від 01.07.2003) // Система пошуку правової інформації «Право. Версія XII Проф.» Інформаційно- аналітичний центр «БІТ», стан на 08.10. 2003.
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я // Відомості Верховної Ради України. — 1993. — № 4. — Ст. 19; 1993. — № 11. — Ст 93; № 15. — Ст. 132; 1994. — № 28. — Ст. 235; № 41. — Ст. 376; № 45. — Ст. 404; 1997. — № 15. — Ст. 115; 2000. — № 19. — Ст. 143; 2003. — № 10-11. — Ст. 86.
4. Закон України «Про лікарські засоби» // Відомості Верховної Ради України. — 1996. — № 22. — Ст. 86; 1997. — № 15. — Ст. 115; 1999. — № 34. — Ст. 274.
5. Кодекс України про адміністративні правопорушення (зі змінами та доповненнями, стан на 11.09.2003 р.) // Система пошуку правової інформації «Право. Версія XII Проф». Інформаційно-аналітичний центр «БІТ», стан на 08.10.2003.
6. Закон України «Про благодійництво та благодійні організації»// Відомості Верховної Ради України. — 1997. — № 46. — Ст. 292; 2002. — № 32. — Ст. 20.
7. Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, що підлягають спеціальному контролю відповідно до законодавства України. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 березня 1998 року № 7 // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
8. Порядок обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у державних і комунальних закладах охорони здоров'я України. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я від 18 грудня 1997 року № 356 // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
9. Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» // Відомості Верховної Ради України. — 1992. — № 11. — Ст. 152; 1998. — № 35. — Ст. 35; 2002. — № 6. — Ст. 41.
10. Закон України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів» // Відомості Верховної Ради України. — 1995. — № 10. — Ст. 60; 1999. — № 36. — Ст. 317; 2001. — № 25-26. — Ст. 131; 2003. — № 27. — Ст. 209.
11. Перелік платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти. Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 (зі змінами, внесеними згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 12.05.1997 року № 449, Рішенням Конституційного Суду України від 25.11.1998 року № 15-рп/98, Постановами Кабінету Міністрів України від 15.02.1999 року № 195 та від 11.07.2002 року № 989) // Система пошуку правової інформації «Право. Версія XII Проф». Інформаційно-аналітичний центр «БІТ», стан на 08.10.2003.
12. Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» від 15 лютого 1995 року // Відомості Верховної Ради — 1995. — № 10. — Ст. 62.
13. Закон України «Про зовнішню економічну діяльність» від 16 квітня 1991року // Відомості Верховної Ради — 1991. — № 29. — Ст. 377.

14. Закон України «Про рослинний світ» // Відомості Верховної Ради. — 1999. — № 22-23. — Ст. 198.
15. Закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» // Відомості Верховної Ради. — 2000. — № 36. — Ст. 299
16. Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» // Відомості Верховної Ради. — 2001. — № 42. — Ст. 213.
17. Закон України «Про соціальні послуги» // Відомості Верховної Ради. — 2003. — № 45. — Ст. 358.
18. Комплексна програма профілактики злочинності на 2001-2005 роки (Указ Президента України від 25.12.2000 р. № 1376/2000) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
19. Указ Президента України від 28.08.2001 р. № 741 «Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ-інфекцією та СНІДом» // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
20. Постанова Кабінету Міністрів України від 4 червня 2003 р. № 877 «Про затвердження Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003—2010 роки», п.13—16 // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
21. Постанова Кабінету Міністрів України від 4.03.2004 р. № 264 «Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/ СНІД, на період до 2011 року, та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004—2008 роки» // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
22. Наказ Міністерства України у справах сім'ї, дітей та молоді від 07.05.2004 р. № 55 «Заходи Міністерства України у справах сім'ї, дітей та молоді з профілактики ВІЛ-інфекції та допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД на 2004 рік» // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
23. «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей». Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 липня 1998 року № 226 // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
24. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 грудня 2002 року № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
25. Перелік лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади й установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 квітня 2003 року № 169 // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
26. Національний перелік основних (життєво необхідних) лікарських засобів та виробів медичного призначення. Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 16 листопада 2001 року № 1482 // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
27. Про державну реєстрацію лікарських засобів. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 8 квітня 2003 року № 159 // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>

28. Національна програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001–2003 рр. Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 1 липня 2001 року № 790 // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>

Перелік літературних та електронних джерел

1. Амджадін Л. Здоров'я як соціальна проблема українського суспільства // Стратегія розвитку України (економіка, соціологія, право) // Науковий журнал. – Вип. 1 / Голов. ред. О.П.Степанов. – К.: НАУ, 2003. – С. 511–522.
2. Андрушак Л., Ходакевич Л., Кобыща Ю. Пять лет профилактики ВИЧ/СПИДа среди лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, в эпицентре эпидемии // Злоупотребление наркотиками и ВИЧ/СПИД: извлеченные уроки // Сборник тематических исследований. Центральная и Восточная Европа и государства Центральной Азии. – ООН, 2001.
3. Аналіз економічної ефективності проєктів з профілактики ВІЛ/СНІД в Україні. – К.: Український інститут соціальних досліджень, 2003. – 99 с.
4. Аналітичний огляд: Замісна терапія. – К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004.
5. Аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження «Оцінка рівня охоплення учнівської та студентської молоді профілактичними програмами», виконаного фахівцями Інформаційно-аналітичної агенції «Статінформконсалтинг» на замовлення Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» у грудні 2004 року.
6. Бурлаков М.В., Красуля С.В., Інформація про проведену роботу з профілактики ВІЛ/СНІД у виправних колоніях Миколаївської області в період 1997–2000 рр. // http://prison.aids.ua/PrisonRu/main_form.htm
7. Бутусова Т. Со СПИДом начали бороться «по-взрослому» // Зеркало недели. – 2004. – № 35 (510). – 4–10 сентября.
8. Вієвський А.М. Наркотичні проблеми. До нової системи дій // http://www.socion.net.ua/med_journal/articles/narcology/vievsky.htm
9. ВІЛ/СНІД у сфері праці (Робочі матеріали: Соціально-економічний вплив ВІЛ/СНІД в Україні та Окреме соціологічне дослідження в Закарпатській області). – К.: ПЦ «Фоліант», 2004. – 70 с.
10. Волошин П.В., Мінко О.І., Лінський І.В., Волошина Н.П., Гапонов К.Д. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т. 9. – Вип. 3. – С. 7–9.
11. Волошина Н.П., Тайцлин В.И., Линский И.В., Богданова И.В., Кузьминов В.Н. Психические и неврологические расстройства вследствие употребления психостимулятора кустарного изготовления, получаемого из препарата «Эффект» // Український вісник психоневрології. – 2000. – Т. 8. – Вип. 2. – С. 74–76.
12. Державний інститут проблем сім'ї та молоді; Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Аналітичний звіт «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду другого покоління». – К., 2004.
13. Державний комітет статистики України. Статистичний щорічник України за 2002 рік. – К.: Видавництво «Консультант», 2003. – 663 с.

14. Державний Центр соціальних служб для молоді, Український інститут соціальних досліджень. Аналітичний звіт за результатами опитування молоді України у рамках проекту «Вивчення громадської думки дітей та молоді щодо ефективності роботи з профілактики негативних явищ (наркоманії, СНІДу, тютюнопаління, правопорушень, злочинності) в дитячому та молодіжному середовищі та формування здорового способу життя». — К., 2002.
15. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Центр «Соціальний моніторинг». Оцінка можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. — К., 2003.
16. До парламентських слухань: Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання. — К., 2003. — С. 17.
17. Дослідження «СНІД-Фонду Схід–Захід» щодо стигми та дискримінації // Новини ВІЛ/СНІД: політика та адвокація. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. — К., 2004. — № 2. — С.9–11.
18. Електронний бюлетень виконання Національної програми, підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні». — 2004. — Вип. № 3–4. — Липень – серпень 2004.
19. За результатами швидкої «Оцінки ситуації щодо вживання ін'єкційних наркотиків у Харкові» // СНІД в Україні: Аналітичний огляд // Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД. — 2003. — №1. — С. 6.
20. Замісна терапія: Аналітичний огляд. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004.
21. Звіт за окремими дорученнями Кабінету Міністрів України від 2 вересня 1997 р.
22. Звіт перед українським народом (Про оперативно-службову діяльність органів внутрішніх справ України у 2002 році) // <http://mvsinfo.gov.ua/official/2003/02/02030365.html#z4>
23. Звіт про людський розвиток в Україні. Україна та ВІЛ/СНІД: Час діяти. — К.: UNDP, 2003.
24. Звіт про реалізацію відділом соціально-рекламної інформації ДЦССМ програми системи центрів соціальних служб для молоді «Створення та поширення соціально-рекламної інформації у I півріччі 2004 року». — К., 2004.
25. Кириченко П.Д., Полонець В.В., Кирилюк Т.О. Статеві детермінанти поведінкового ризику споживачів ін'єкційних наркотичних речовин щодо зараження ВІЛ // Український медичний часопис. — 2003. — № 4 (36). — VII/VIII. — С. 125–128.
26. Котенко К. Що таке соціальна реклама? // Добра воля. — 2003. — №5 (24). — С.7
27. Кучерук О. Програма зменшення шкоди від вживання наркотиків в Україні: 1997–2002 рр. Процес розвитку та результати роботи // Зменшення шкоди: концепція, практика та досвід в Україні. — К., 2003.
28. Міжнародний Альянс по ВІЧ/СПІД: Люди и ВІЧ: Книга для неравнодушных.— Изд. 2. — К., 2004.
29. Міжнародний Альянс по ВІЧ/СПІД: Построение партнерства: Методические рекомендации. — К., 2004.
30. Методичні рекомендації з моніторингу поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків та жінок, які надають сексуальні послуги за плату, як компоненту епідагляду другого покоління / Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД. — К., 2004.

31. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД: Три роки в Україні. — К., 2004.
32. Міністерство охорони здоров'я України, Центр медичної статистики. Показники захворюваності на наркологічні розлади в Україні в 2003 році. — К., 2004.
33. Мусатова І. Від коноплі до героїну // <http://sbu.gov.ua/rus/pres/art/2002/art18-03-2002.shtml>
34. Наказ про виконання у 2002 році Програми системи центрів соціальних служб для молоді «Створення та розповсюдження соціальної рекламної інформації» на 2002–2004 роки та затвердження плану заходів щодо її реалізації у 2003 році.
35. Новини ВІЛ/СНІД: Політика та адвокація. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004. — Вип. 1.— Червень 2004.
36. Новини ВІЛ/СНІД: Політика та адвокація. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004. — Вип. 2.— Серпень 2004.
37. Організація діяльності консультативних пунктів «Довіра» центрами соціальних служб для молоді: Методичний посібник // За ред. П.Б.Лазаренка, І.М.Пінчук. — К., 2003.
38. Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / О.М.Балакірева (науковий керівник проекту), М.Ю.Варбан, О.О.Яременко, Л.І.Андрушак, О.Р.Артюх. — К.: Центр «Соціальний моніторинг», 2003.
39. Оцінка ситуації щодо вживання ін'єкційних наркотиків у Харкові // СНІД в Україні: Аналітичний огляд. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД. — 2003. — №1. — С. 6 // <http://www.aidsalliance.kiev.ua>
40. Оцінка, яку провів Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні // СНІД в Україні: Аналітичний огляд: Споживачі ін'єкційних наркотиків та епідемія ВІЛ-інфекції в Україні. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2003.
41. Перша пілотна дружня клініка для молоді була відкрита у грудні 1998 р. у Києві (на підставі угоди між МОЗ України та ЮНІСЕФ) // Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: нові прогнози. — К.: Український інститут соціальних досліджень, 2003.
42. Результати соціологічного дослідження використання презервативів молоддю // Новини проекту ЄК із запобігання ВІЛ/СНІД. — 2002. — № 1. — С. 4.
43. Рудий В.М. Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом: Сучасний стан і шляхи вдосконалення. — К.: Сфера, 2003.
44. СНІД — проблеми і перспективи // ВІЛ-інфекція: розмаїття аспектів / Дайджест / За ред. А.М.Щербінської. — К., 2001. — № 9.
45. СНІД в Україні: Аналітичний огляд: Споживачі ін'єкційних наркотиків та епідемія ВІЛ-інфекції в Україні. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. — 2003. — № 1.
46. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІД в Україні: нові прогнози. — К.: Український інститут соціальних досліджень, 2003. — 146 с.
47. Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (2001). — К., 2002. — 384 с.
48. Україна та ВІЛ/СНІД: Час діяти. — К.: Програма розвитку ООН, 2003.
49. Українське суспільство: соціологічний моніторинг 1994–2003 / За ред. Н.В.Паніної. — К.: Інститут соціології НАН України, 2003.

50. Український національний план моніторингу та оцінки з питань ВІЛ/СНІД. — К., січень 2004.
51. Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Аналітичний звіт «Моніторинг поведінки чоловіків, які мають сексуальні контакти з чоловіками, як компонент епідагляду другого покоління». — К., 2004.
52. Шаповалов В.В., Шаповалова В.А., Кузьмінов В.Н., Халін Н.О., Сєдих М.І. Моніторинг режиму контролю трамадолу та проблеми його немедичного вживання хворими на наркоманію і токсикоманію // Ліки України. — 2000. — № 11. — С. 18–19; № 12. — С. 25–26.
53. Щербина Л.Ф. Експериментальне дослідження мотиваційно-смислової сфери осіб, залежних від наркотичних речовин, в умовах реабілітації на основі програми «12 кроків» // Практична психологія та соціальна робота. — 2003. — № 6–7. — С. 69–76.
54. Всеукраїнський портал про PR (www.propr.com.ua). — 2004. — 11 жовтня.
55. Галковская Т. Метадоновые программы: выход из тупика или замаскированный вход? // Зеркало недели. — 2004. — № 28 (503). — 17–23 июля.
56. Галковская Т. У него даже глаза стали другие // Зеркало недели. — 2004. — № 39 (514). — 2–8 октября.
57. Информационный бюллетень Всеукраинской Ассоциации снижения вреда. — 2004. — № 3.
58. Каминская Г. Попытка методологии, или два года внедрения стратегии снижения вреда во Львове // http://www.afew.org/russian/drugusers_articles/16drugusers.php
59. Концептуальная основа и основополагающие принципы деятельности: стигма и дискриминация в связи с ВИЧ/СПИДом. — ЮНЕЙДС, 2002.
60. Круглова И.Ф., Круглов Ю.В., Звершховская И.Г., Щербинская А.М. Риск инфицирования ВИЧ лиц, потребляющих наркотики инъекционно, обусловленный их сексуальным поведением // Эпидемиология и инфекционные болезни. — М., 2000. — № 3.
61. Кузьминов В.Л., Амбросимов А.С. Наркомании, токсикомании: фармакотерапия наркологических заболеваний // Лекарственные средства в наркопсихотерапии / Под ред. В.А.Шаповаловой, В.В.Шаповалова. — Харьков: Прапор, 2002.
62. Кузьминов В.Н. Клиника и течение алкогольной зависимости, сформировавшейся у больных опийной наркоманией // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10. — Вип. 1 (додаток).
63. Кузьминов В.Н. Эпидемиологическая ситуация распространения наркоманий в Украине и Харьковском регионе // Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В.А.Соболева, И.П.Рущенко. — Харьков: Торсинг, 2000.
64. Кузьминов В.Н., Линский И.В., Назарчук А.Г., Шаповалова В.А., Шаповалов В.В. Особенности зависимости от опиатов при злоупотреблении трамаadolом // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9. — Вип. 4. — С. 27–28.
65. Лебедев Д.С. Об особенностях мотивации к лечению у наркозависимых пациентов // Архив психиатрии. — 2002. — № 2 (29). — С. 79–81.
66. Лебедев Д.С. Тизерцин и заместительная терапия: состояние отмены опиоидов // Український вісник психоневрології. — 2003. — Т.11. — Вип. 2 (35). — 2003. — С. 71–74.

67. Линский И.В. Метод и результаты реконструкции динамики распространения опиоманий в Украине с 1981 по 1998 гг. // Таврический журнал психиатрии. — 1999. — Т. 3. — № 4. — С. 77–84.
68. Линский И.В., Кузьминов В.Н. Трамадол и синдром отмены опиоидов // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9. — Вип. 1. — С. 40–42.
69. Люди и ВИЧ. — К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2004.
70. МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», ВИЧ/СПИД и СМИ, Информация для журналистов. — Изд. 4-е. — 2004.
71. Мониторинг и оценка (методические рекомендации). — К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД, 2004. — С. 12–13.
72. Нагорная Н. Парламентские слушания «Социально-экономические проблемы ВИЧ/СПИД, наркомании и алкоголизма в Украине и пути их преодоления», 1 декабря 2003 года // Новости ВИЧ/СПИД. — К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД, 2004. — Вип. 1 (11).
73. Надеждин А.В. К вопросу о «заместительной терапии» у больных героиновой наркоманией // http://www.narkotiki.ru/expert_3069.html
74. Непреднамеренные последствия: Антинаркотическая политика способствует развитию эпидемии ВИЧ-инфекции в России и Украине // <http://uhrn.civicua.org/library/drugs/consequences.htm>
75. Новости ВИЧ/СПИД. — К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2004. — Вип. 1. — С. 5.
76. Новости ВИЧ/СПИД. — К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине. — Вип. 3. — Сентябрь–октябрь 2001.
77. Оценка эффективности проектов «Снижение вреда» в Украине / О.Балакирева, А.Левцун, О.Артюх, А.Ганюков, М.Варбан, А.Яременко. — К.: Украинский институт социальных исследований; Международный Фонд «Відродження», 2002.
78. План действий по борьбе с изготовлением и оборотом стимуляторов амфетаминового ряда и их прекурсоров, а также со злоупотреблениями ими // http://www.narkotiki.ru/info_1255.html
79. Программа помощи в предупреждении наркомании и наркобизнеса в Беларуси, Украине и Молдове (Программа БУМАД). Проект I. Правовая помощь: Отчет «Совершенствование законодательства и организационной структуры в области наркотиков в Украине». — К., 2003.
80. Протоколы ВОЗ для стран СНГ по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. — Март, 2004.
81. Протопопов А., Шумилин Д. Краткая история развития снижения вреда в Украине // <http://uhrn.civicua.org/uhra/history.htm>
82. Санкт-Петербургский государственный университет, Факультет социологии; Социологический институт Российской академии наук, Социологическое общество им. М.М.Ковалевского, Журнал социологии и социальной антропологии. — Санкт-Петербург, 2004. — Том VII. — №1 (25).
83. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф., Друзь О.В. Депрессивные состояния как проблема наркологии и суицидологии // Архів психіатрії. — 2003. — Т. 9. — № 1 (32). — С. 92–96.
84. Толопило А. Социально-правовая поддержка наркозависимых и ВИЧ-позитивных лиц: Справочно-методическое пособие. — Одесса, 2003.

85. Украинский институт социальных исследований, Международный Фонд «Відродження»: Оценка эффективности проектов «Снижения вреда в Украине». — К., 2002.
86. Шаг за шагом: проблемы сообщества потребителей инъекционных наркотиков и пути их решения (методические рекомендации). — К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2004. — С. 19–20.
87. Шилова Л.С. Переживания родителей ВИЧ-инфицированных наркоманов // Практична психологія та соціальна робота. — 2003. — № 9. — С. 33.
88. Balakireva O., Galustian Y., Yaremenko O., Scherbynskaya A., Kruglov Y., Levchuk N., Onikienko V., Andruschak L. The Social and Economic Impact of HIV and AIDS in Ukraine: A Re-Study. ADFID, British Council, Ukrainian Institute of Social Research, Ukrainian AIDS Centre, Institute of Economy, Council for Studing Productive Forces, UNAIDS, 2001.
89. Booth R.E., Kennedy J., Brewster T., Semerik O. Drug Injectors and Dealers in Odessa, Ukraine // Journal of Psychoactive Drugs. — Vol. 35 (4), October — December 2003. — P 420–422.
90. Booth R.E., Mikulich-Gilbertso S.K., Brewster J.T., Salomonsen-Sautel S., Semerik O. Predictors of Self-Reported HIV Infection Among Drug Injectors in Ukraine // Acquir Immune Defic Syndr. — Vol. 35. — № 1. — January, 2004. — P. 84.
91. Brown L., Trujillo L., Macityre K. Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned? — Horison Program Tulane university, 2001.
92. Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance. — WHO/UNAIDS—1999.
93. Kidd R., Clay S. Understanding and Challenging Stigma: Toolkit for Action. — Washington, 2003.
94. Leo R.J., Narendran R., DeGuiseppe B. Methadone Detoxification of Tramadol Dendence // Journal of Substance Abuse Treatment. — 2000. — Vol. 19. — P. 297–299.
95. Source book of the 1999/2000 European Values Study surveys. — 2001. — http://spitswww.unt.nl/web/fsw/evs/documents/EVS_SourceBook.pdf.
96. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper WHO/UNODC/UNAIDS — p 2.
97. The Social and Economic Impact of HIV and AIDS in Ukraine: a Re-study / Ukrainian Institute for Social Research, University of East Anglia (UK), University of Natal (South Africa), British Council, 2001.
98. http://aids.ua/_projects/advocacia/research.html
99. <http://undpays.iatp.az/undpays/fact2.html>
100. <http://ukr.for-ua.com/news/2003/05/15/153328.html>
101. <http://www.aids.ru/prevent/mainstream.html>
102. <http://www.aidsalliance.kiev.ua>
103. <http://www.nsme.org.ua>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1.

Структура глибинних інтерв'ю

ПРЕДСТАВНИЦТВО ДИТЯЧОГО ФОНДУ ООН (ЮНІСЕФ) В УКРАЇНІ

ЦЕНТР СОЦІАЛЬНИХ ЕКСПЕРТИЗ ІНСТИТУТУ СОЦІОЛОГІЇ НАН УКРАЇНИ

Шановний експерте!

На замовлення Представництва Дитячого Фонду ООН в Україні (ЮНІСЕФ) Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України проводить експертне опитування з питань роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні з метою підвищення ефективності програм профілактики ВІЛ/СНІД. Просимо Вас у довільній формі відповісти на кілька запитань. Ми гарантуємо Вам повну конфіденційність Ваших відповідей, які будуть використовуватися лише в узагальненому вигляді. Заздалегідь вдячні за співпрацю!

1. У чому, на Ваш погляд, полягають основні риси/вияви наркосцени Вашого регіону?
 - кількість споживачів наркотичних засобів (включно з ін'єкційними наркотиками); динаміка їх змін;
 - співвідношення між уживанням «важких» і «легких» наркотиків;
 - відмінності наркосцени області від наркосцен інших регіонів;
 - наявність/відсутність сезонності наркоспоживання;
 - наркотично зумовлена міграція населення.
2. Якими є основні причини збільшення/зменшення кількості ін'єкційних наркозалежних у Вашому регіоні/місті?
3. В яких програмах/проектах з проблем СІН брала (чи бере) участь Ваша організація? Як би Ви оцінили ефективність Вашої діяльності? На які перешкоди Ви наражалися?
4. Яка вітчизняна й міжнародна технічна допомога потрібна для підвищення ефективності роботи Вашої організації із СІН?
5. Які Ви можете вирізнити проблеми в роботі зі споживачами ін'єкційних наркотиків, що потребують розв'язування:
 - на національному рівні;
 - на місцевому рівні?
6. Чи маєте Ви пропозиції щодо вдосконалення національного законодавства з метою підвищення ефективності програм роботи із СІН?
7. Як би Ви схарактеризували наявну систему допомоги та послуг для споживачів ін'єкційних наркотиків? Які організації Ви б назвали як ключові у наданні цієї допомоги?
8. Які, на Вашу думку, види робіт із СІН у контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД є найважливішими:
 - на національному рівні;
 - на місцевому рівні?
9. Що потрібно зробити для ефективної реалізації цих видів робіт?
10. У чому, на Вашу думку, полягає роль міжнародних організацій у системі роботи з ін'єкційними наркозалежними в контексті профілактики ВІЛ-інфекції в Україні?
11. Розкажіть, будь ласка, про взаємодію/співпрацю між державними та громадськими організаціями у сфері роботи із СІН з метою профілактики ВІЛ-інфікування серед них. Назвіть кращі приклади такої взаємодії:
 - У чому виявляється така взаємодія (фінанси, кадри, управління)?

- Чи має вона ознаки рівноправної співпраці?
- Чи зацікавлена, на Вашу думку, держава в такій співпраці?
- Чи сприяє такій співпраці національне законодавство?
- Як Ви плануєте таку взаємодію?

12. Що, на Вашу думку, може послугувати підґрунтям єднання різних соціальних інституцій у боротьбі з поширенням ВІЛ-інфекції серед різних груп населення, включно зі споживачами ін'єкційних наркотиків?

13. Якщо говорити про національний план дій з профілактики ВІЛ-інфікування серед СНІ, то що, на Вашу думку, необхідно для його підтримки в межах національних програм та регіональних/міських заходів?

ДОДАТОК 2

Таблиця 1

**Регіональний розподіл хворих із розладами психіки та поведінки
внаслідок вживання наркотичних речовин (на кінець 2003 року) (осіб)**

Області	Усього	Підлітки	Сільські жителі
Автономна Республіка Крим	4462	28	600
Вінницька	1156	9	181
Волинська	1791	2	119
Дніпропетровська	15241	32	308
Донецька	9891	64	257
Житомирська	1579	6	126
Закарпатська	228	4	30
Запорізька	5370	27	403
Івано-Франківська	597	0	88
Київська	1401	2	270
Кіровоградська	2040	10	243
Луганська	3622	43	136
Львівська	1017	1	74
Миколаївська	2964	4	280
Одеська	8517	20	673
Полтавська	2710	20	312
Рівненська	1148	6	91
Сумська	897	2	199
Тернопільська	407	0	35
Харківська	1570	5	140
Херсонська	2529	5	466
Хмельницька	2339	27	213
Черкаська	1885	10	325
Чернівецька	713	2	58
Чернігівська	2044	5	270
м. Київ	8844	18	0
м. Севастополь	490	1	11
В Україні загалом	85449	353	5908

Джерело: дані Всеукраїнської наркологічної асоціації (неопубл.)

Таблиця 2

**Регіональний розподіл взятих під нагляд осіб із розладами психіки
та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин
(із вперше встановленим діагнозом) упродовж 2003 року (осіб)**

Області	Усього	Підлітки	Сільські жителі
Автономна Республіка Крим	278	6	55
Вінницька	172	4	31
Волинська	120	1	8
Дніпропетровська	958	24	29
Донецька	755	26	27
Житомирська	262	4	41
Закарпатська	14	1	1
Запорізька	519	21	70
Івано-Франківська	77	0	17
Київська	150	0	40
Кіровоградська	212	9	36
Луганська	594	28	28
Львівська	169	1	13
Миколаївська	360	1	59
Одеська	885	11	84
Полтавська	235	10	38
Рівненська	108	4	16
Сумська	98	2	23
Тернопільська	129	0	12
Харківська	99	1	15
Херсонська	207	4	59
Хмельницька	270	16	24
Черкаська	323	6	35
Чернівецька	36	1	11
Чернігівська	262	5	28
м. Київ	1215	20	0
м. Севастополь	103	0	3
В Україні загалом	8610	206	803

Джерело: дані Всеукраїнської наркологічної асоціації (неопубл.).

Таблиця 3

**Регіональний розподіл хворих із розладами психіки та поведінки внаслідок уживання
наркотичних речовин, охоплених лікуванням у 2003 році (осіб)**

Області	Усього	Підлітки	Сільські жителі
1	2	3	4
Автономна Республіка Крим	1958	19	194
Вінницька	349	2	83
Волинська	845	0	51
Дніпропетровська	7751	26	127
Донецька	5580	41	119
Житомирська	936	6	71
Закарпатська	85	4	12
Запорізька	2088	15	223
Івано-Франківська	383	0	48
Київська	1222	2	230
Кіровоградська	1154	10	169

Продовження таблиці 3

1	2	3	4
Луганська	1176	27	85
Львівська	648	1	48
Миколаївська	1728	3	199
Одеська	3482	15	272
Полтавська	1079	10	134
Рівненська	525	2	35
Сумська	611	1	68
Тернопільська	219	0	14
Харківська	966	5	101
Херсонська	1104	3	242
Хмельницька	2056	27	198
Черкаська	804	4	131
Чернівецька	176	2	33
Чернігівська	1154	5	43
м. Київ	1973	18	0
м. Севастополь	184	1	3
В Україні загалом	40236	249	2933

Джерело: дані Всеукраїнської наркологічної асоціації (неопубл..)

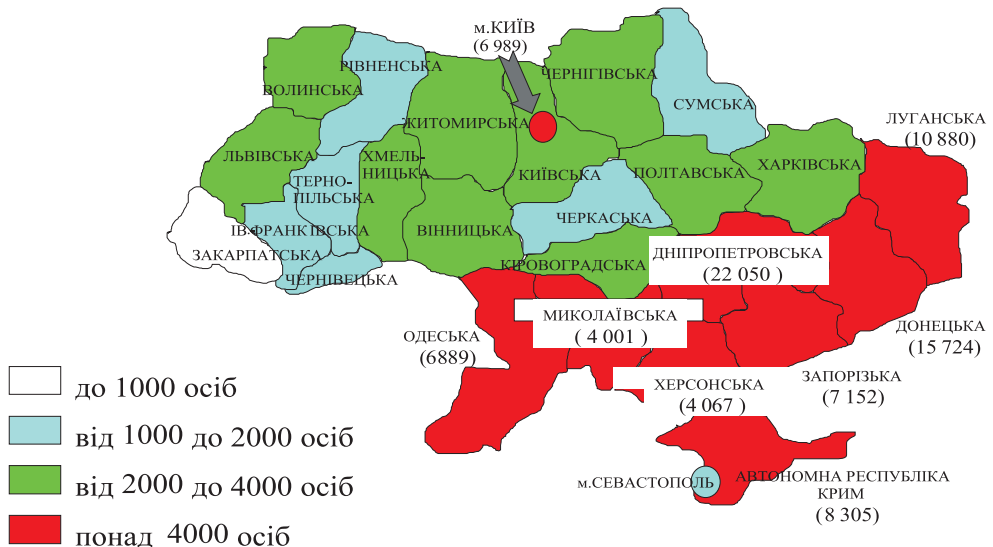


Рис. 1. Регіональний розподіл чисельності споживачів наркотичних речовин

За даними Управління з боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України, 2004 р. (неопубл.).

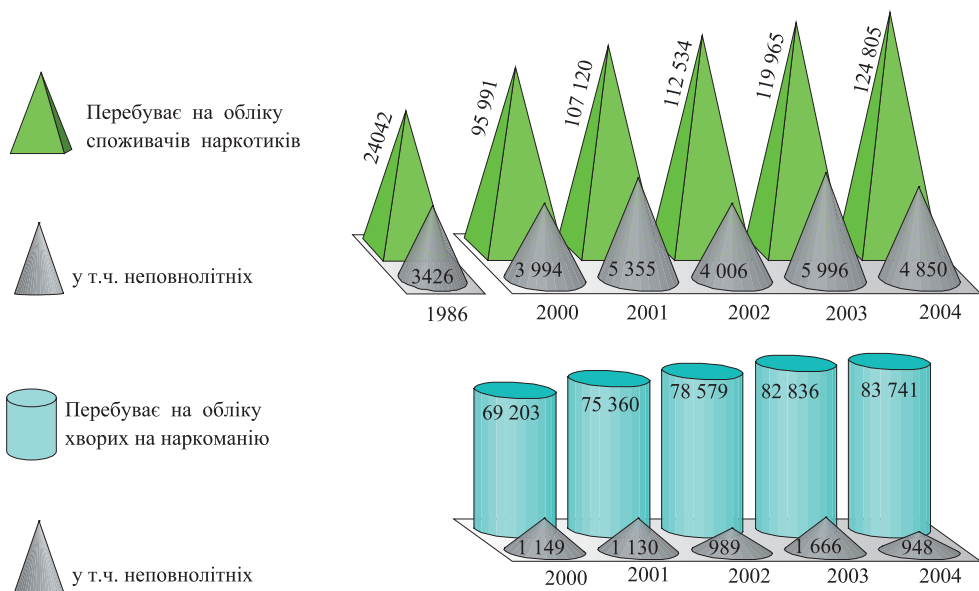


Рис. 2. Перебування споживачів наркотиків на обліку в органах МВС

За даними Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України, 2004 р. (неопубл.).

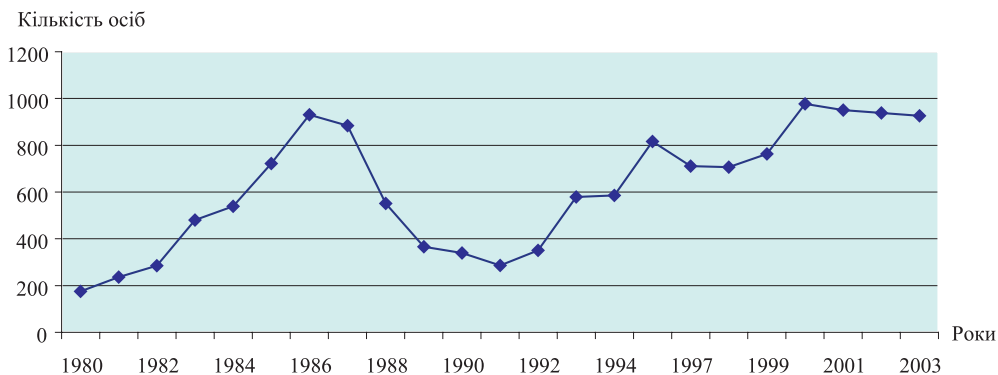


Рис. 3. Динаміка кількості підлітків-наркоманів, які перебувають під медичним наркологічним диспансерним наглядом

Джерело: дані Всеукраїнської наркологічної асоціації (неопубл.).

Таблиця 4

**Окремі характеристики різних спільнот споживачів ін'єкційних наркотиків –
учасників закритої і відкритої наркосцени**

Характеристики	Закрита наркосцена	Відкрита наркосцена
Вік	<ul style="list-style-type: none"> до 20 років - 2%; від 20 до 25 років - 24%; від 26 до 30 років - 24%; від 31 до 40 років - 35%; 41 рік і старші - 15% 	<ul style="list-style-type: none"> до 20 років - 23%; від 20 до 25 років - 47%; від 26 до 30 років - 14%; від 31 до 40 років - 15%; 41 рік і старші - 0%
Освіта	<ul style="list-style-type: none"> неповна середня - 9%; середня - 51%; середня спеціальна - 22%; незакінчена вища - 5%; вища - 13% 	<ul style="list-style-type: none"> неповна середня - 20%; середня - 38%; середня спеціальна - 18%; незакінчена вища - 9%; вища - 15%
Наркотична речовина, яка вживається	<ul style="list-style-type: none"> лише "ширка" - 27%; "ширка" + інші наркотичні засоби - 73% 	<ul style="list-style-type: none"> лише "ширка" - 85%; "ширка" + інші наркотичні засоби - 15%
Місце уживання наркотиків	<ul style="list-style-type: none"> вдома - 57%; у друзів - 9%; у під'їзді - 6%; будь де - 25%; "точка" - 0%; на вулиці - 0%; не відповіли - 3% 	<ul style="list-style-type: none"> вдома - 7%; у друзів - 0%; у під'їзді - 0%; будь де - 20%; "точка" - 55%; на вулиці - 9%; не відповіли - 9%
Стаж уживання наркотичних речовин	<ul style="list-style-type: none"> менше року - 4%; 1 рік - 3%; 2 - 3 роки - 24%; 4 - 5 років - 29%; 6 - 10 років - 34%; 10 - 20 років - 30%; 20 років і більше - 6% 	<ul style="list-style-type: none"> менше року - 4%; 1 рік - 7%; 2-3 роки - 20%; 4-5 років - 18%; 6-10 років - 36%; 10-20 років - 15%; 20 років і більше - 0%
Денна доза (мл)	<ul style="list-style-type: none"> 1 - 3% 2 - 3% 3-5 - 20% 6-9 - 30% 10-15 - 29% 15 і більше - 15% 	<ul style="list-style-type: none"> 1 - 15% 2 - 11% 3-5 - 27% 6-9 - 15% 10-15 - 28% 15 і більше - 4%
Кількість ін'єкцій на день	<ul style="list-style-type: none"> 1-3 рази на тиждень - 0% 1 раз в день - 4% 2 рази в день - 16% 3 рази в день - 29% 4 рази в день - 39% 5 разів у день - 9% 6 разів у день - 2% 8 разів у день - 1% 	<ul style="list-style-type: none"> 1-3 рази на тиждень - 9% 1 раз на день - 15% 2 рази на день - 16% 3 рази на день - 47% 4 рази на день - 7% 5 разів на день - 4% 6 разів на день - 2% 8 разів на день - 0%
В яку частину тіла зроблено ін'єкцію	<ul style="list-style-type: none"> пах - 35% шия - 3% капілярки - 6% поверхневі - 16% внутрішньом'язово - 10% різні - 30% 	<ul style="list-style-type: none"> пах - 18% шия - 9% капілярки - 2% поверхневі - 42% внутрішньом'язово - 2% різні - 27%

Джерело: Каминская Г. Попытка методологии или два года внедрения стратегии снижения вреда во Львове // http://www.afew.org/russian/drugusers_articles/16drugusers.php

Таблиця 5

**Перебування СІН на обліку в наркологічних закладах та правоохоронних органах
(за даними соціологічного опитування), 2003 р., %**

Місто	У наркодиспансері			У міліції		
	Так	Ні	Важко відповісти	Так	Ні	Важко відповісти
Сімферополь	40	58	2	49	50	1
Ялта	31	62	7	22	62	16
Вінниця	39	60	1	56	43	1
Нововолинськ	62	34	4	42	45	13
Кривий Ріг	36	45	19	13	55	32
Донецьк	43	57	0	38	56	6
Макіївка	16	84	0	30	70	0
Маріуполь	30	60	10	30	67	3
Запоріжжя	78	20	2	72	27	1
Луганськ	29	47	24	26	20	54
Алчевськ	29	49	22	26	22	52
Львів	50	50	0	56	40	4
Червоноград	45	53	2	36	40	24
Миколаїв	47	52	1	47	52	1
Одеса	41	58	1	49	47	4
Полтава	64	33	3	65	33	2
Первомайський	29	69	2	36	64	0
Куп'янськ	77	19	4	74	18	8
Хмельницький	79	20	1	61	36	3
Севастополь	10	86	4	11	67	22
Серед усіх	47	49	4	43	44	13

Джерело: Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / О.М.Балакірева (науковий керівник проекту), М.Ю.Варбан, О.О.Яременко, Л.І.Андрущак, О.Р.Артюх. — К.: Центр «Соціальний моніторинг», 2003. — С. 36.

Таблиця 6

**Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків в окремих містах
і підсумковий коефіцієнт розрахунків (2003 рік)**

Міста	Чисельність населення, тис. осіб	СІН за даними зареєстрованої кількості наркоспоживачів	Оцінна кількість СІН	Підсумковий коефіцієнт
1	2	3	4	5
Сімферополь (АР Крим)	336,9	1382	4100	3,0
Ялта (АР Крим)	83,5	440	1885	4,3
Вінниця	390,5	398	1770	4,5
Нововолинськ (Волинська обл.)	53,0	325	700	2,2
Кривий Ріг (Дніпропетровська обл.)	700,0	8384	29000	3,5
Донецьк	1 042,0	1915	4660	2,4
Макіївка (Донецька обл.)	419,0	667	4500	6,7
Маріуполь (Донецька обл.)	485,4	3048	20000	6,6
Запоріжжя	840,0	5406	14000	2,6
Луганськ	464,7	700	6000	8,6
Алчевськ (Луганська обл.)	117,3	411	2900	7,1
Львів	811,2	992	2000	2,02
Червоноград (Львівська обл.)	72,7	213	1800	8,45

Продовження таблиці 6

1	2	3	4	5
Миколаїв	502,0	3080	15000	4,9
Одеса	1050,0	7000	15120	2,16
Полтава	310,6	1510	8000	5,3
Первомайський (Харківська обл.)	32,0	58	200	3,5
Куп'янськ (Харківська обл.)	33,4	172	850	4,9
Хмельницький	261,6	1620	5000	3,1
Севастополь	346,8	420	3350	8,0

Джерело: Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / О.М.Балакірева (науковий керівник проекту), М.Ю.Варбан, О.О.Яременко, Л.І.Андрущак, О.Р.Артюх. — К.: Центр «Соціальний моніторинг», 2003. — С. 36.

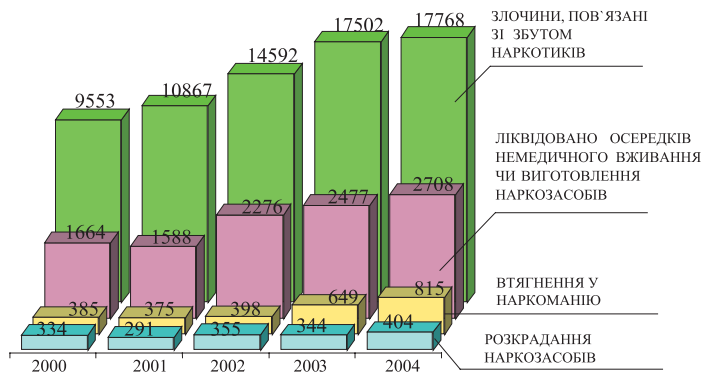


Рис. 4. Види злочинів, пов'язаних із наркотиками

За даними Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС, 2004 р. (неопубл.)

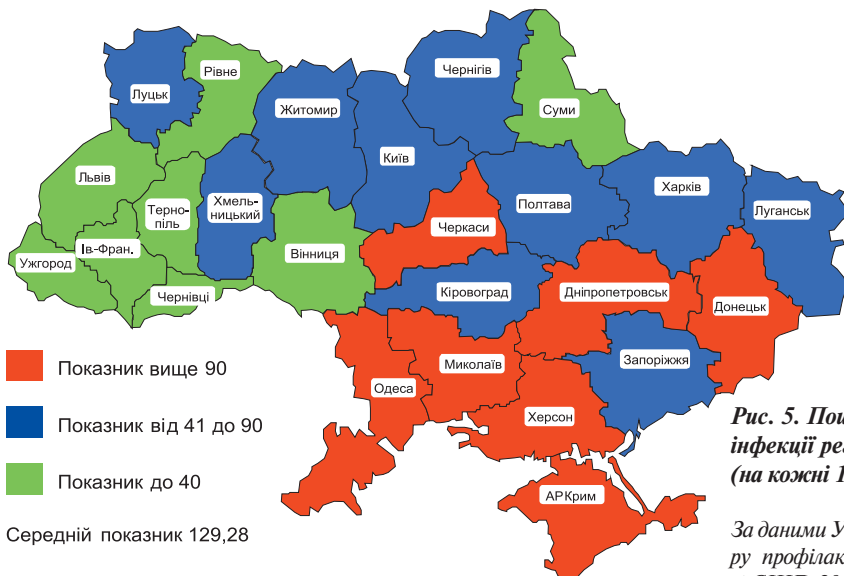


Рис. 5. Поширення ВІЛ-інфекції регіонами України (на кожні 100 000 жителів)

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД, 2004 р.

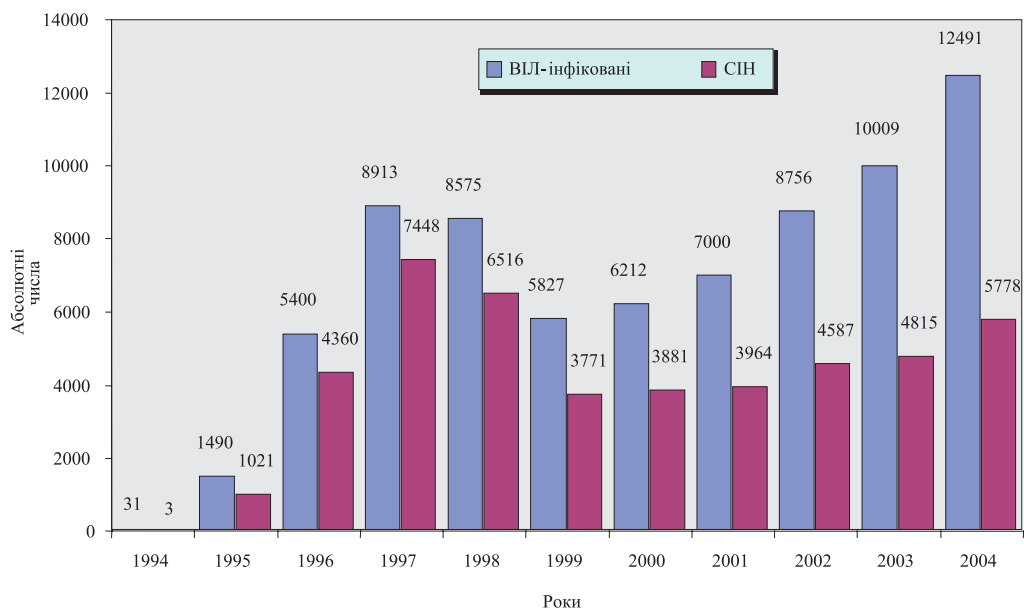


Рис. 6. Кількість офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян України, в тому числі СНІД, за період 1994–2003 років

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД, 2004 р.

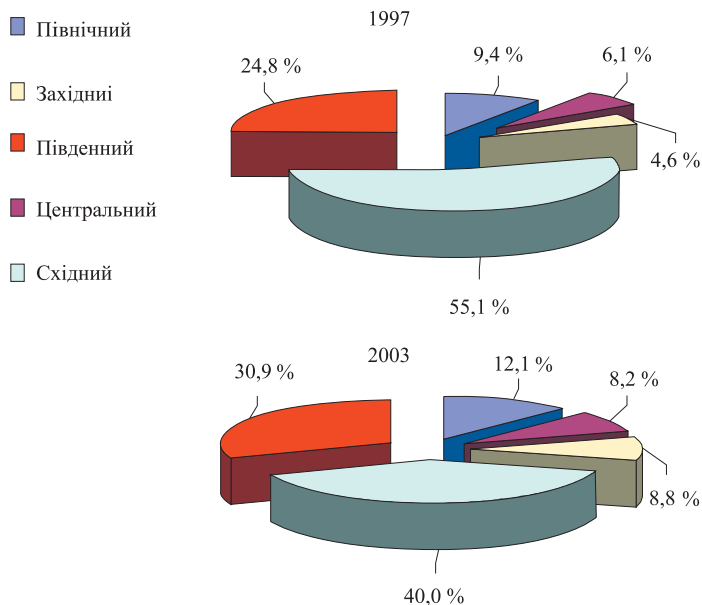


Рис. 7. Розподіл ВІЛ+СНІД за регіонами України

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД, 2004 р.

Таблиця 7

**Результати «дозорних» досліджень серед ЖКС, які вживають і не вживають
наркотичні речовини ін'єкційним шляхом**

Міста	% ВІЛ-позитивних результатів	
	ЖСБ-СІН	ЖСБ, що не вживають ін'єкційних наркотиків
м. Донецьк	35.6	20.7
м. Луцьк	33.3	2.1
м. Миколаїв	83.3	18.3
м. Одеса	33.3	8.7
м. Полтава	34.3	7.7
м. Сімферополь	31.6	0.0
м. Харків	38.9	5.6
УСЬОГО	38.6	8.3

Джерело: Щербінська А.М., Круглов Ю.В., Марциновська В. Впровадження другої генерації епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією в Україні // Анотований звіт по дозорному епідеміологічному нагляду за ВІЛ-інфекцією. – К.: ЮНІСЕФ, Український центр профілактики і боротьби зі СНІД МОЗ України, 2003.

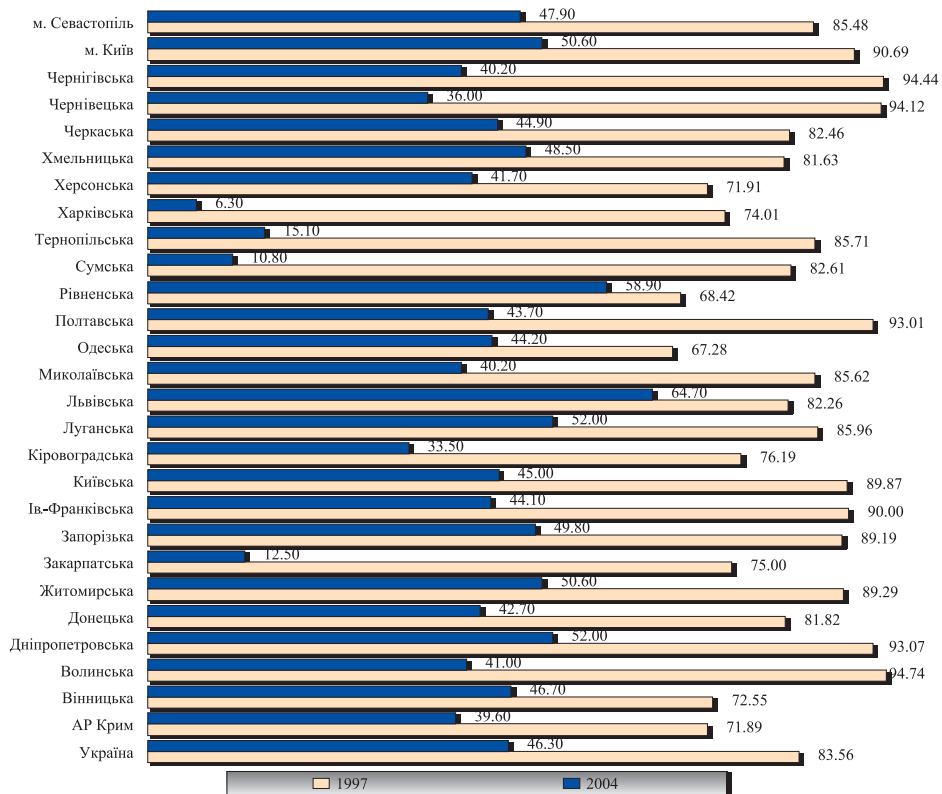


Рис. 8. Питома вага СІН серед ВІЛ-інфікованих громадян України (регіональний розподіл) (%)

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД, 2004 р.

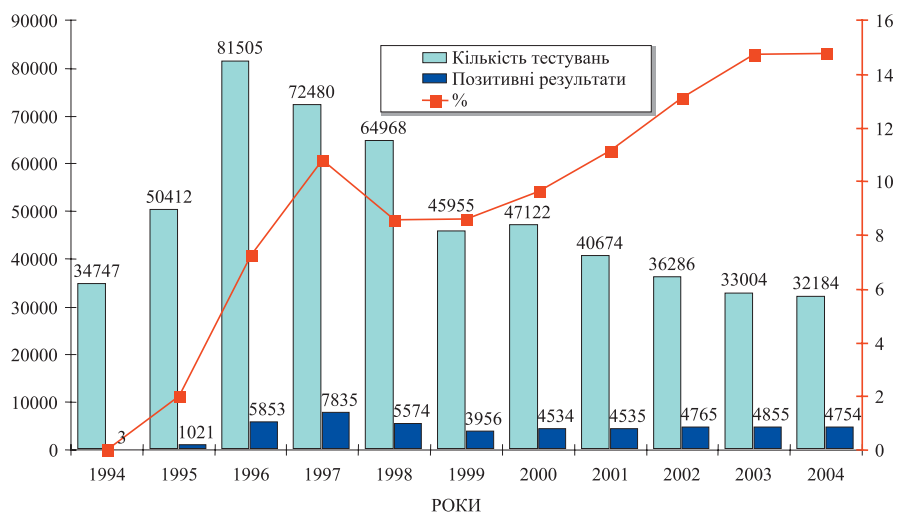


Рис. 9. Кількість проведених тестувань серед СІН в Україні за даними сероепідемоніторингу (код 102)

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД, 2004 рік

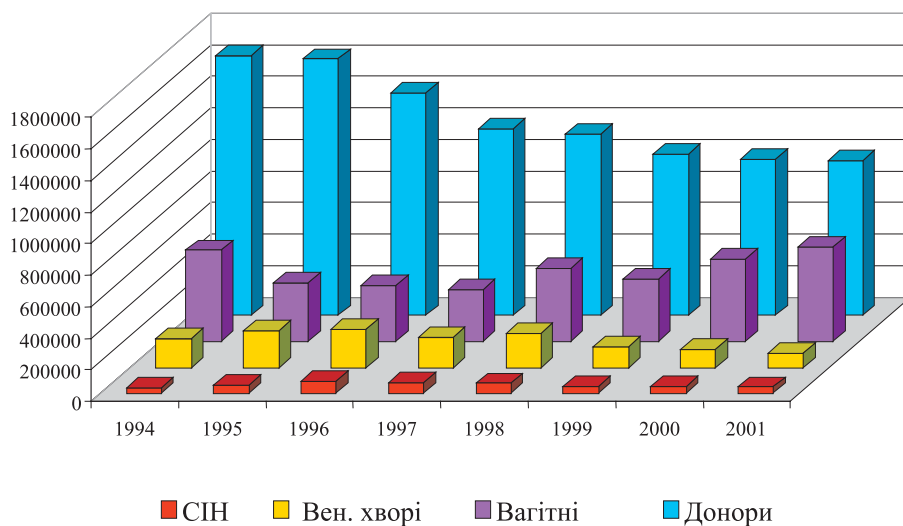


Рис. 10. Кількість тестувань на ВІЛ у різних групах населення

Джерело: Щербінська А.М., Круглов Ю.В., Марциновська В. Впровадження другої генерації епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією в Україні // Анотований звіт по дозорному епідеміологічному нагляду за ВІЛ-інфекцією. — К.: ЮНІСЕФ, Український центр профілактики і боротьби зі СНІД МОЗ України, 2003.

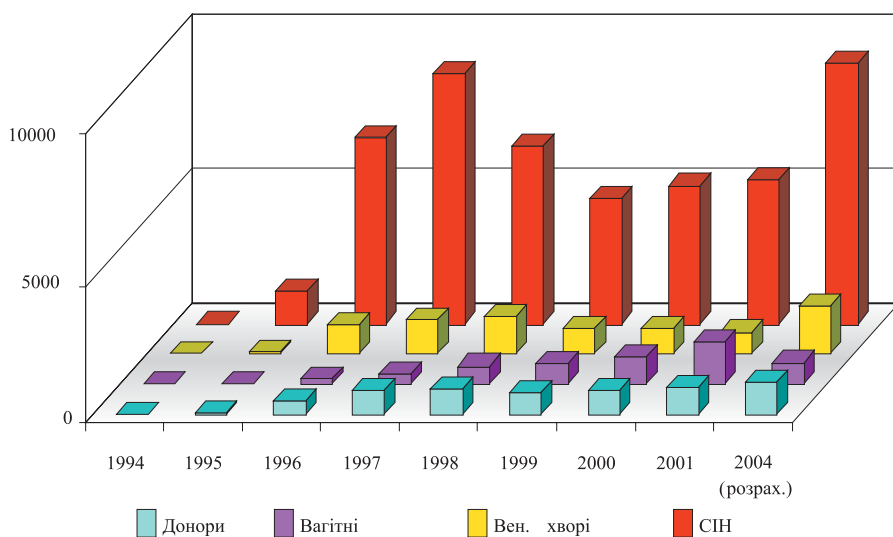


Рис 11. Кількість ВІЛ-позитивних тестів серед окремих груп населення України (1994-2004 роки)
За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД (неопубл.).

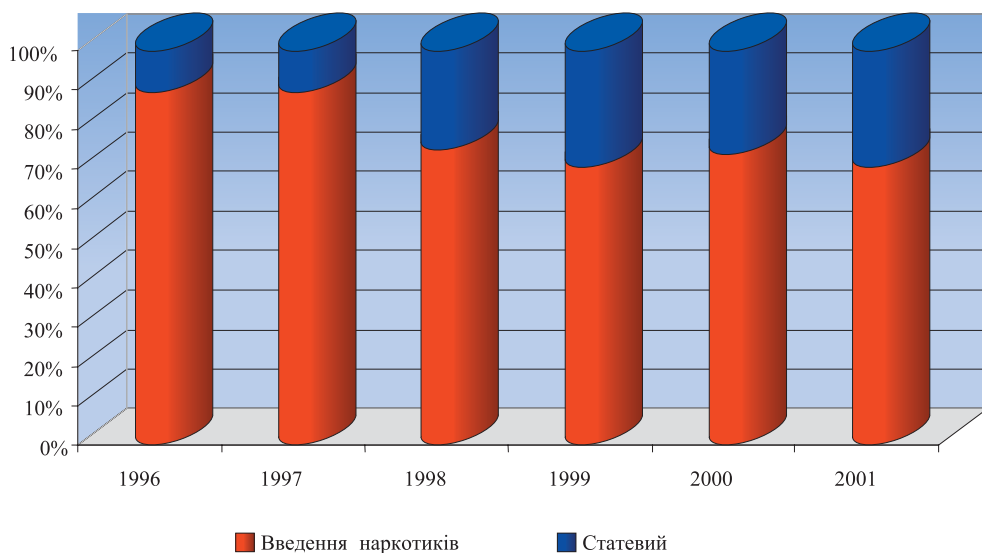


Рис 12. Шляхи інфікування осіб, що слугували джерелом інфекції для своїх сексуальних партнерів у м. Одеса
За даними спільного дослідження Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД (неопубл.).

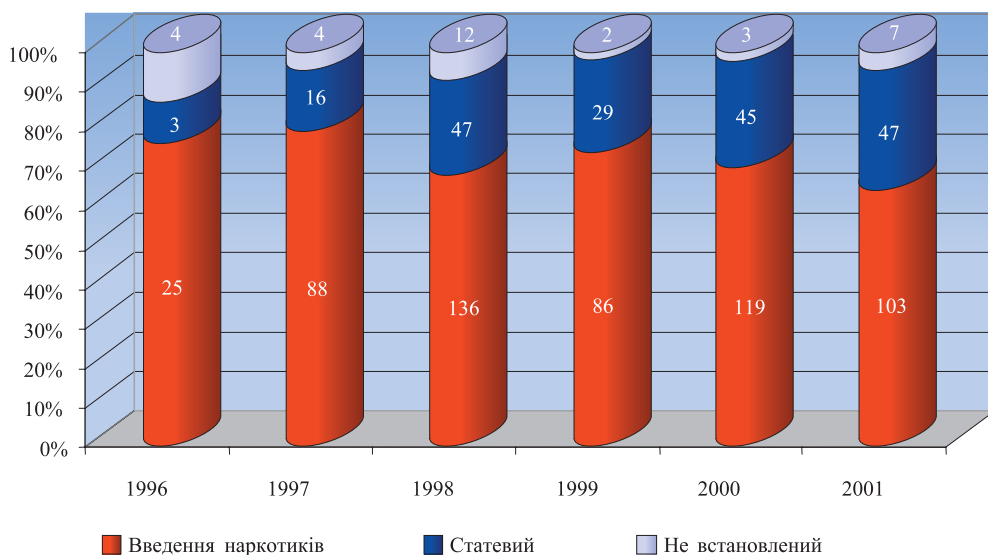


Рис. 13. Шляхи інфікування осіб, що слугували джерелом інфекції для своїх сексуальних партнерів у м. Донецьк

Джерело: Український Центр профілактики і боротьби зі СНІД (неопубл.).

Таблиця 8

Забезпеченість нарколіжками (на кінець 2003 року)

Рангові місця	Найменування адміністративних територій	Показник на 100 тис. населення	Рангові місця	Найменування адміністративних територій	Показник на 100 тис. населення
1.	Дніпропетровська область	26,5	15.	Львівська область	12,5
2.	Одеська область	24,8	16.	Рівненська область	12,4
3.	Київська область	21,9	17.	Закарпатська область	12,4
4.	Кіровоградська область	21,7	18.	Донецька область	10,2
5.	Полтавська область	20,6	19.	Вінницька область	9,2
6.	Миколаївська область	18,4	20.	м. Київ	8,5
7.	Запорізька область	17,6	21.	Черкаська область	8
8.	АР Крим	17,2	22.	Івано-Франківська область	7,9
9.	Луганська область	17	23.	Тернопільська область	7,5
10.	Житомирська область	16,7	24.	Волинська область	7,1
11.	м.Севастополь	15,9	25.	Чернівецька область	6,6
12.	Харківська область	15	26.	Херсонська область	5,6
13.	Сумська область	14,5	27.	Чернігівська область	4,9
14.	Хмельницька область	14,2		Україна	14,6

Джерело: Всеукраїнська наркологічна асоціація (неопубл.).

**Видання у 2002 році соціально-рекламної продукції ЦССМ, присвяченої
профілактиці наркоспоживачів та ВІЛ/СНІД в молодіжному середовищі**

Область	Назва видання
АР Крим	Листівка "Профілактика наркоманії" Листівки для СІН
Вінницька	Збережіть свою дитину від прірви наркоманії
Дніпропетровська	Листівка "Профілактика наркоманії" Листівки, буклет для СІН
Донецька	Буклет "Просто о важном" (профілактика ВІЛ/СНІДу)
Житомирська	Листівки, пам'ятки "Профілактика наркоманії"
Закарпатська	Буклет "Вам на допомогу" (для СІН)
Запорізька	Листівка "Наркоманія - яка вона є" Закладка "Обери майбутнє без наркотиків" Буклет "Обери життя" Довідник "Ні єдиного шансу СНІД" Листівка "Негативним явищам скажи "Ні" Буклет "Збережи себе від прірви наркоманії"
Київська	Буклет "Батькам про наркотики" Буклет "Наркотики - шлях, що веде в прірву. Твій вибір?"
Кіровоградська	Буклет "Що потрібно знати про СНІД" Буклет "Виявлення різних ознак наркоманії" Буклет "Скажи "ні" наркотикам" Буклет "Наркоманія - смертельна небезпека" Буклет "Рекомендації для родин наркозалежних"
Луганська	Буклет "Захисти себе від СНІД" Буклет "Профілактика негативних явищ в молодіжному середовищі"
Львівська	Буклет "КП для СІН"
Миколаївська	Брошура "ВІЛ/СНІД і закон"
Одеська	Буклет "Ін'єкційні споживачі наркотиків"
Полтавська	Буклет "СНІД і сім'я"
Сумська	Пам'ятка "Скажи "ні" наркотикам" Буклет "Обережно - СНІД" Буклет "СНІД не спить"
Тернопільська	Плакат "СНІД - це смерть" Плакат "Скажи наркотикам "ні"
Харківська	Плакат "Скажи наркотикам - "ні!" Плакат "Наркотикам - ні! Обери здорове майбутнє" Методичні рекомендації "Консультативні пункти "Довіра" для СІН"
Херсонська	Буклет "Разговор с детьми о наркотиках и алкоголе" Буклет "Як розмовляти зі своєю дитиною, щоб застерегти її від вживання наркотиків"
Хмельницька	Буклет "Чи знаєш ти, що таке СНІД?" Буклет "Марево задоволення - не більше"

Таблиця 9 (продовження)

Чернігівська	Брошура "Що кожен повинен знати про СНІД" Буклет "Скажи наркотикам - ні" Плакат "Будь-яка речовина, яка змінює твою свідомість, — це наркотик" Календар на 2003 рік "Профілактика наркоманії"
м. Севастополь	Буклет "Важная информация для участников программ снижения вреда от употребления нелегальных наркотиков" Буклет "Как защитить свою иммунную систему" Буклет "Безопасность. Дезинфекция" Буклет "Передозировка" Буклет "Жизнь с ВИЧ"

Джерело: Наказ про виконання у 2002 році Програми системи центрів соціальних служб для молоді «Створення та розповсюдження соціальної рекламної інформації» на 2002–2004 роки та затвердження плану заходів щодо її реалізації у 2003 році.

Таблиця 10

Організації та заклади, які здійснюють соціально-реабілітаційну роботу із наркозалежними в Україні

Назва закладу
АР Крим
Благодійний фонд "Новий спосіб життя"
Християнсько-реабілітаційний оздоровчий центр "Свобода"
Християнська громадська організація "Благовіст"
Спеціалізована установа "Кримський республіканський центр профілактики наркоманії і ресоціалізації наркозалежної молоді "Твоя перемога"
Кримська асоціація Гун-Фу
Вінницька область
Центр реабілітації "Ковчег"
Реабілітаційний центр "Ступені"
Волинська область
Реабілітаційний центр "Переображення"
Реабілітаційний центр "Ковчег"
Дніпропетровська область
Реабілітаційний центр "Благодать"
Донецька область
Обласний центр медико-соціальної реабілітації неповнолітніх
Донецька міська молодіжна громадська організація "Віссон"
Благодійний фонд допомоги наркозалежним, хворим на психічні розлади, СШД, ВІЛ-інфікованим
Благодійний фонд "Лепта"
Реабілітаційний центр "Скала спасіння" Благодійного фонду "Милість" (християнська церква Повного Євангелія "Слово Життя")
Центр реабілітації Церкви "Місто-сховище"
Реабілітаційний християнський центр "Миротворець"
Реабілітаційний центр "Свобода"
Реабілітаційний центр "Ранкова зірка"
Реабілітаційний центр "Нове життя"

Таблиця 10 (продовження)

Назва закладу
Донецька область (продовження)
Реабілітаційний центр "Благодать"
Реабілітаційний центр "Вітрила надії"
Реабілітаційний центр Церкви Христової
Монастир
Закарпатська область
Центр медико-соціальної реабілітації неповнолітніх
Запорізька область
Християнський реабілітаційний центр "Маран Афа"
Клуб ім. Т. Шичко
Центр "За життя"
Енергодарський міський благодійний фонд "Центр ресоціалізації"
Мелітопольська громадська організація созалежних мам "Пролісок" (психологічна, юридична, медична допомога наркозалежним підліткам та членам їх родин)
Житомирська область
Обласний центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Твоя перемога"
Івано-Франківська область
Центр реабілітації та адаптації молоді, яка вживає наркотики ін'єкційним шляхом
Київська область
Громадська організація "Центр духовної соціально-психологічної реабілітації "Перемога"
Центр соціальної реабілітації "Нове життя"
Церква "Перемога"
Реабілітаційний центр "Восток"
Антинаркотична громадська організація "Панагія"
Реабілітаційний центр благодійної організації "Батьки проти наркотиків"
Центр соціальної реабілітації наркозалежної молоді "Вибір" при церкві "Сила Воскресіння"
Кіровоградська область
Обласний центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Твоя перемога"
Луганська область
Центр ресоціалізації наркозалежної молоді
Миколаївська область
Центр ресоціалізації наркозалежної молоді, Миколаївський обласний благодійний фонд "Злагода"
Вознесенський центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Твоя перемога"
Одеська область
Центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Оазис"
Центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Шлях до Творця"
Центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Крафт"
Центр ресоціалізації наркозалежних "Відродження"
Міжнародна благодійна організація "Реабілітаційний центр "Сходи"

Таблиця 10 (продовження)

Назва закладу
Полтавська область
Полтавський інформаційно-методичний та профілактичний центр ресоціалізації з питань наркоманії "Вибір"
Центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Твоя перемога"
Кіровоградська область
Обласний центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Твоя перемога"
Луганська область
Центр ресоціалізації наркозалежної молоді
Миколаївська область
Центр ресоціалізації наркозалежної молоді, Миколаївський обласний благодійний фонд "Злагода"
Вознесенський центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Твоя перемога"
Одеська область
Центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Оазис"
Центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Шлях до Творця"
Центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Крафт"
Центр ресоціалізації наркозалежних "Відродження"
Міжнародна благодійна організація "Реабілітаційний центр "Сходи"
Полтавська область
Полтавський інформаційно-методичний та профілактичний центр ресоціалізації з питань наркоманії "Вибір"
Центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Твоя перемога"
Сумська область
Шосткинський реабілітаційний центр для наркозалежних хворих
Тернопільська область
Реабілітаційний центр "Довіра"
Центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Твоя перемога"
Центр духовно-соціальної реабілітації осіб, залежних від хімічних речовин "АГАПЕ"
Херсонська область
Генічеський районний благодійний центр становлення особистості "Відродження"
Хмельницька область
Хмельницький обласний реабілітаційний центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Твоя перемога"
Нетішинський міський центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Твоя перемога"
Християнський центр реабілітації алко- та наркозалежних "Любов Отця"
Черкаська область
Благодійний фонд "Смілянський центр ресоціалізації наркозалежної молоді "Твоя перемога"
Благодійний фонд "ВАМ"
Центр реабілітації і соціальної адаптації наркозалежних на базі Черкаського обласного центру "Світло спасіння"
Чернігівська область
Реабілітаційний центр "Ступені"
Центр соціалізації хімічно залежних "ВЕДИС"

Таблиця 10 (продовження)

м. Київ
Дружня клініка для молоді
Дружня клініка для молоді Оболонського району
Євангельський центр соціальної реабілітації залежних від алкоголю та наркотиків
Терапевтична спільнота "Марііна школа" Київської міської наркологічної лікарні "Соціотерапія"
Асоціація "Наркон-Хелп"
Благодійний фонд "Нове життя"
Клуб "Еней"
Денний стаціонарний центр ресоціалізації наркозалежної молоді Всеукраїнської молодіжної громадської організації "Молодь проти злочинності та наркоманії"
Міжнародний благодійний фонд "Вертикаль"
Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІД
Громадська організація "Крок за кроком"
Громадська організація "Батьки проти наркотиків"
Реабілітаційний центр "Любов"
Денний центр "Наша сім'я"
Благодійна організація "Гуманітарна ініціатива"
Всеукраїнський батьківський комітет боротьби з наркотиками
Київське відділення Міжнародної благодійної організації "Реабілітаційний центр "Сходи"

*Джерело: За даними Департаменту молодіжної політики
Міністерства України у справах молоді та спорту, доступними на момент підготовки огляду*

Д Л Я Н О Т А Т О К

УДК 364.272:616.98:578.828ВІЛ
ББК 60.5+55.1
О-37

О-37 **Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІД/СНІД** / Л.Амджадін, Л.Андрушак, І.Звершховська, Л.Зябров, К.Кашенкова, Т.Коноплицька, О.Лисенко, В.Марциновська, Ю.Привалов, Ю.Саєнко, А.Якобчук. — К.: Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України, 2005. — 168 стор.

ISBN 966-8869-02-8

ЦЕНТР СОЦІАЛЬНИХ ЕКСПЕРТИЗ ІНСТИТУТУ СОЦІОЛОГІЇ НАН УКРАЇНИ

**ОГЛЯД РОБОТИ ЗІ СПОЖИВАЧАМИ
ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ В УКРАЇНІ
В КОНТЕКСТІ БОРОТЬБИ
З ЕПІДЕМІЄЮ ВІЛ/СНІД**

Технічний редактор *В.Гломозда*

Підписано до друку 08.06.2005
Формат 70х100/16. Папір офсетний.
Гарнітура Newton. Друк офсетний. Тираж 1 000.

Видавництво «Версо-04»
Україна, 03057, м. Київ, вул. Желябова, 4-а
Код 33155949
