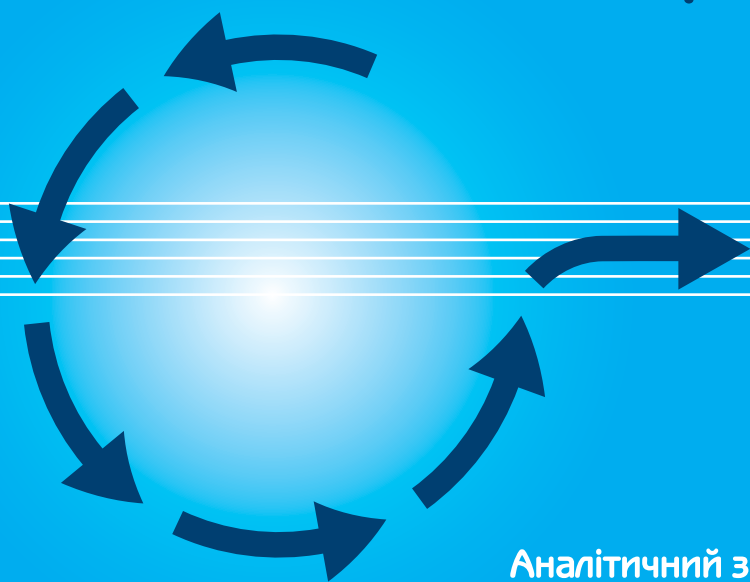


# ЧИННИКИ ВПЛИВУ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОЧАТКУ ВЖИВАННЯ МОЛОДДЮ НАРКОТИКІВ ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ



Аналітичний звіт та Стратегії  
профілактики ініціації вживання  
наркотиків ін'єкційним шляхом  
серед уразливих груп підлітків та молоді

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ  
ім.ОЛЕКСАНДРА ЯРЕМЕНКА

за участю  
ДОСЛІДНИЦЬКОГО ТА НАВЧАЛЬНОГО ЦЕНТРУ „DV8”  
та ІНСТИТУТУ З ПИТАНЬ ДОСЛІДЖЕНЬ  
НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ (Нідерланди)

# **ЧИННИКИ ВПЛИВУ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОЧАТКУ ВЖИВАННЯ МОЛОДДЮ НАРКОТИКІВ ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ**

Аналітичний звіт та Стратегії профілактики ініціації  
вживання наркотиків ін'єкційним шляхом  
серед уразливих груп підлітків та молоді

Київ 2006

УДК 61413.83.-053.6(047)

ББК 51.1(4УКР)5

Ч-63

### **За редакцією**

Ольги Балакіревої, канд. соціол. наук (керівник проекту)

Український інститут соціальних досліджень;

Жана-Поля Грунда, PhD (співкерівник проекту),

дослідницький та навчальний центр „DV8” Нідерланди).

Розроблено та надруковано в рамках впровадження проекту „Профілактика залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом уразливих груп підлітків та молоді” за сприяння Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні та Об'єднаної Програми ООНСНІД (ЮНЕЙДС) в Україні.

### **Координатор проекту від ЮНІСЕФ:**

Олена Сакович, керівник проектів з питань профілактики ВІЛ серед молоді

### **Радники від ЮНЕЙДС:**

Лідія Андрущак, радник з питань соціальної мобілізації та партнерства;

Віней Салдана, радник з моніторингу та оцінки

### **Публікація складається з двох основних частин:**

**Частина I.** Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом: Аналітичний звіт

#### **Автори:**

О. М. Балакірева, канд. соціол. наук, керівник проекту; Ж.-П. Грунд, PhD, співкерівник проекту; Кас Барендрегт, МА; Ю. В. Рубанець; М. В. Рябова; А. М. Волик; Н. М. Левчук; О. В. Мещеріна; Т. В. Бондар

**Частина II.** Стратегії профілактики ініціації вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед уразливих груп підлітків та молоді

#### **Автори:**

О. М. Балакірева, канд. соціол. наук, керівник проекту; Ж.-П. Грунд, PhD, співкерівник проекту; Кас Барендрегт, МА; М. В. Рябова; О. Т. Сакович

#### **Рецензенти:**

В. О. Соболев, д-р соціол. наук;

В. Є. Пилипенко, д-р соціол. наук

Рекомендовано до друку вченою радою Українського інституту соціологічних досліджень ім. Олександра Яременка (протокол № 3 від 12.09.2006 р.)

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

Всі права застережено. Зміст цієї публікації може бути вільно використано з освітньою та іншою некомерційною метою за умови відповідного посилання на ЮНІСЕФ та ЮНЕЙДС.

**ISBN 978-966-8869-14-3**

© ЮНІСЕФ, 2006

© ЮНЕЙДС, 2006

## ЗМІСТ

Перелік скорочень та аббревіатур .....	4
<b>Частина I. „ЧИННИКИ ВПЛИВУ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОЧАТКУ ВЖИВАННЯ МОЛОДДЮ НАРКОТИКІВ ІН’ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ”: АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ .....</b>	<b>5</b>
Подяки .....	7
Вступ .....	9
Стислий виклад основних результатів .....	15
Методологія дослідження .....	20
<b>Розділ 1. Соціальний портрет респондентів .....</b>	<b>31</b>
<b>Розділ 2. Уживання наркотиків неін’єкційним шляхом .....</b>	<b>38</b>
<b>Розділ 3. Залучення до вживання наркотиків ін’єкційним шляхом .....</b>	<b>48</b>
3.1. Перша ін’єкція .....	48
3.2. Друга ін’єкція. Планування першої та другої ін’єкцій .....	57
3.3. Масштаби залучення до вживання наркотиків ін’єкційним шляхом .....	60
<b>Розділ 4. Чинники залучення до вживання наркотиків ін’єкційним шляхом .....</b>	<b>67</b>
4.1. Бар’єрні фактори щодо початку вживання наркотиків ін’єкційним шляхом .....	67
4.2. Мотиви, що спонукали зробити першу ін’єкцію .....	73
4.3. Поінформованість батьків та їх ставлення до ін’єкційного вживання наркотиків ..	79
4.4. Доступність наркотиків у містах, де реалізовувався проект .....	84
4.5. Друзі та вільний час: аналіз взаємозв’язків між споживачами ін’єкційних наркотиків та неспоживачами .....	86
4.6. Поінформованість щодо ВІЛ/СНІДу .....	92
<b>Розділ 5. Проблеми, пов’язані з вживанням наркотиків .....</b>	<b>96</b>
5.1. Життя після початку вживання ін’єкційних наркотиків .....	96
5.2. Конфлікти з правоохоронними органами .....	98
5.3. Поінформованість щодо програм профілактики ВІЛ-інфікування серед СІН .....	101
<b>Післямова .....</b>	<b>105</b>
<b>Література .....</b>	<b>107</b>
<b>Додатки .....</b>	<b>109</b>
Додаток 1. Ілюстративні матеріали за результатами аналізу реалізації методології RDS для рекрутингу СІН та їхніх друзів-не-СІН .....	109
Додаток 2. Розподіл відповідей СІН на окремі запитання „без” та „з” урахуванням коефіцієнта зважування, що розрахований за допомогою RDS Analysis Tool .....	111
<b>Частина II. СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІНІЦІАЦІЇ ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ ІН’ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ СЕРЕД УРАЗЛИВИХ ГРУП ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ .....</b>	<b>115</b>
Вступ .....	117
<b>1. Огляд даних з інших джерел щодо залучення неповнолітніх та молоді до споживання ін’єкційних наркотиків .....</b>	<b>120</b>
<b>2. Основні результати спеціально проведеного дослідження: ризики початку вживання ін’єкційних наркотиків .....</b>	<b>123</b>
<b>3. Рекомендовані стратегії .....</b>	<b>128</b>
3.1. Стратегія “ЗУПИНИТИ ПЕРЕХІД ДО ІН’ЄКЦІЙНОГО ВЖИВАННЯ” .....	130
3.2. Стратегія “НЕ ЗАЛУЧАЙ ІНШИХ” .....	134
<b>4. Чи готове українське суспільство до впровадження пропонованих стратегій? .....</b>	<b>137</b>
<b>Література .....</b>	<b>138</b>

## ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ ТА АБРЕВІАТУР

ООН	Організація Об'єднанцій Націй
СНІД	Синдром набутого імунodefіциту
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд ООН
ЮНЕЙДС	Об'єднана Програма ООН з питань протидії СНІДу
СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків
СНН	Споживачі неін'єкційних наркотиків
НН	Особи, що не вживають наркотичні речовини
ВІЛ	Вірус імунodefіциту людини
RDS	Метод для реалізації вибіркової сукупності – Respondent Driven Sampling. Перекладається як „вбірка, що спрямовується та реалізується респондентом”.
RDS AT, RDS Analysis Tool	Програма для аналізу даних, що зібрані за допомогою методики RDS для реалізації вибіркової сукупності
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
ДЕН	Дозорний епіднадгляд
ПАР	Психоактивні речовини
ЕСПАД	Назва міжнародного дослідницького проекту „Європейське опитування учнівської молоді з питань вживання алкоголю та наркотичних речовин”. Від перших літер назви проекту англійською мовою: ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.
HBSC	Назва міжнародного дослідницького проекту ВООЗ „Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді”. Від перших літер назви проекту англійською мовою: The Health Behaviour in School-Age Children Study.
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
НГО	Недержавні громадські організації
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
SPSS	Статистична програма для обробки баз даних
ПТНЗ	Професійно-технічний навчальний заклад
АТС	Стимулянти типу амфетамінів
ВНЗ	Вищий навчальний заклад
ІОМ	Інформаційно-освітні матеріали
ЗТ	Замісна терапія
ЗПТ	Замісна підтримуюча терапія
АРВ-терапія	Антиретровірусна терапія
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
МВС України	Міністерство внутрішніх справ України

## **Частина I**

# **ЧИННИКИ ВПЛИВУ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОЧАТКУ ВЖИВАННЯ МОЛОДДЮ НАРКОТИКІВ ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ:**

## **АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ**

**Автори:**

**О. М. Балакірєва, канд. соціол. наук, керівник проекту;**

**Ж.-П. Грунд, PhD, співкерівник проекту;**

**Кас Барендрегт, MA;**

**Ю. В. Рубанець;**

**М. В. Рябова;**

**А. М. Волик;**

**Н. М. Левчук;**

**О. В. Мещеріна;**

**Т. В. Бондар**

## ПОДЯКИ

У реалізації дослідницького проекту взяли участь представники різних організацій, які мають досвід з підготовки та впровадження профілактичних програм для молоді, роботи з групами ризику, фахівці, які надають допомогу наркозалежній молоді, та науковці, які досліджують проблеми, пов'язані із вживанням наркотичних речовин серед молоді.

*Авторський колектив висловлює подяку усім, хто брав участь в організації і проведенні дослідження та підготовці даного видання, а саме:*

- Представництву Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні;
- Програмі ЮНЕЙДС в Україні;
- Нілу Ганту, Центр дослідження наркотиків і здорової поведінки, Імперіал Коледж (Лондон), одному з авторів програми «Розірви коло» (“Break the Cycle”);
- професору Дугласу Д. Геккаторну, департамент соціології, Корнельський університет, Ітака, Нью-Йорк 14850, США;
- Всеукраїнській наркологічній асоціації в особі її голови А. М. Вієвського та членів асоціації І. Г. Звершховської, Ю. П. Галича;
- співробітникам Українського інституту соціальних досліджень: Т. П. Микитюк, Л. М. Воїновій, Л. С. Романовській, Т. С. Шамоті.

Особлива вдячність експертам, з якими були проведені консультування, глибокі інтерв'ю в рамках підготовки запропонованої стратегії: Олександрю Ахмерову, Тетяні Андрееві, Анатолію Вієвському, Павлу Дупленку, Тетяні Климовій, Роману Бойку, Андрію Микитину, Віктору Сакову, Олександрю Остапову, Ірині Цисар, Дмитру Альтману, Анатолію Волику, Тетяні Воронцовій, Костянтину Красовському, Ользі Курмишевій, Роману Пасіцельському, Володимирю Пономаренку.

*Успішна реалізація проекту стала можливою за активної підтримки з боку регіональних організацій (надання приміщення для проведення інтерв'ю, здійснення рекрутингу респондентів, проведення інтерв'ю) та, зокрема, завдячуючи таким їх працівникам:*

- В. Ф. Морозову (головний лікар) та Т. Климовій (психолог), Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом;
- працівникам клубу „Еней”, м. Київ;
- Р. Бойку (завідуючий відділом), І. Шишканову, А. Самбурову (соціальні працівники), терапевтична спільнота „Мар’їна школа”, м. Київ;
- К. Чекалову (соціальний працівник), громадська організація «Центр психосоціальної реабілітації хімічно залежної молоді „Крок за кроком”», м. Київ;
- О. М. Петровському, В. Кулешову (соціальні працівники), консультативний пункт „Довіра” при центрі соціальних служб для молоді, м. Київ;
- Н. М. Федоровій (головний лікар), О. Г. Курмишевій (лікар-нарколог денного стаціонару центру реабілітації дітей та підлітків), обласний наркологічний диспансер, м. Одеса;
- С. І. Костіну (директор), П. П. Іванову (координатор проектів), О. В. Кулешовій (інформаційний менеджер), Н. В. Тихолуз (старший соціальний працівник), О. І. Полторацькій (соціальний працівник), А. П. Невзорову (соціальний працівник), благодійний фонд „Дорога до дому”, м. Одеса;
- С. В. Федорову (голова правління), Н. Кіценко (координатор проектів), І. Дятловій (соціальний працівник), клуб взаємодопомоги „Жизнь +”, м. Одеса;
- О. В. Архипенко (соціальний працівник), О. І. Семіній (підлітковий нарколог), обласний наркологічний диспансер, м. Павлоград;
- О. З. Луповій (голова правління), Н. В. Жадан (соціальний працівник), В. В. Лупову (соціальний працівник), клуб „Імпульс”, м. Павлоград;
- В. М. Селіній (начальник відділу), відділ у справах сім’ї та молоді, м. Павлоград;



- І. М. Устименко (директор), кінотеатр “Мир”, м. Павлоград;
- В. Ю. Задорожнюку (директор), палац “Ровесник”, м. Павлоград;
- Ю. Б. Бідненко (соціальний працівник), благодійна організація „Твоя перемога”;
- В. І. Лежнєвій (волонтер), регіональне представництво ЛЖВ, м. Павлоград;
- О. Д. Гладуш (директор), Л. Д. Ткачовій (волонтер), І. Д. Афанасьєвій (психолог), міський центр соціальних служб для молоді, м. Павлоград;
- І. А. Маціцькому (головний лікар), обласний наркологічний диспансер, м. Полтава;
- В. О. Коршенку (головний лікар), Полтавський обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД;
- М. В. Коробовій (президент), В. В. Гапончуку (фотограф, соціальний працівник), Ю. Б. Парадіз (соціальний працівник), молодіжна організація „Коло тебе”, м. Полтава;
- М. В. Демченку (менеджер), О. Ю. Димарецькому (консультант з питань хімічних залежностей), О. Л. Солянику (консультант з АРТ), Р. О. Бондаренку (соціальний працівник), Асоціація допомоги ВІЛ-інфікованим „Світло надії”, м. Полтава;
- Є. М. Анічину (голова правління), Ю. В. Кривонос (консультант), клуб „Квітень”, м. Полтава;
- Я. В. Богдан (соціальний працівник в середовищі жінок), С. В. Воловодській (координатор проекту зменшення шкоди в середовищі жінок), О. В. Липовцю (соціальний працівник), К. М. Силантьєву (соціальний працівник, водій), благодійний фонд „Громадське здоров’я”, м. Полтава;
- Я. Р. Бочаренку (юрист), м. Полтава;
- М. Є. Воловоду (волонтер), Полтавський державний педагогічний університет;
- І. В. Малюкову, творче об’єднання „Онейроїд”, м. Полтава;
- регіональним організаторам: Т. В. Проць (м. Київ), С. В. Єєренко (м. Одеса), О. З. Луповій (м. Павлоград) та В. В. Рябоклячу (м. Полтава);
- представникам постійної мережі інтерв’юєрів Українського інституту соціальних досліджень (М. А. Івановій, Н. Б. Титовій, А. А. Зенченко, Н. В. Бесєдіній, Т. М. Бесєдіній, Р. В. Гринь).

## ВСТУП

Сучасна ситуація в Україні характеризується високим рівнем поширення вживання наркотичних речовин, у тому числі серед підлітків та молоді. Протягом останніх років в Україні стрімко збільшується кількість людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом<sup>1</sup>. Спостерігається „омолодження” хворих із різними розладами внаслідок уживання наркотичних речовин. Особливу тривогу викликає той факт, що значна частина споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) – це молоді люди, в тому числі неповнолітні<sup>2</sup>.

Згідно з даними Міністерства охорони здоров'я України <<http://www.moz.gov.ua>>, на 01.01.2006 р. кількість наркозалежних, що перебували на диспансерному наркологічному обліку, складала 84 325 осіб (179,03 на 100 тис. населення, 117,73 з яких – серед чоловіків, 61,3 – серед жінок). Ще 32 663 особи (69,35 на 100 тис. населення) перебували на профілактичному наркологічному обліку. Таким чином, на 01.01.2006 р. на наркологічному обліку в цілому знаходилось 116 988 осіб з наркотичними проблемами (248,4 на 100 тис. населення). Кількість зареєстрованих осіб з наркотичною залежністю в Україні зросла з 22 466 у 1990 р. до 84 325 у 2005 р. Найбільша кількість наркозалежних зареєстрована у Дніпропетровській – 13 446 особи (387,1 на 100 тис. населення), Одеській – 7550 (314,0 на 100 тис. населення), Донецькій – 10 163 (218,1 на 100 тис. населення) областях та в м. Києві – 9097 (346,5 на 100 тис. населення). За даними МОЗ України, рівень поширеності вживання наркотичних речовин вищий на Півдні та Сході України та нижчий – на Заході країни. <<http://www.medstat.com.ua>>

Згідно з даними Міністерства внутрішніх справ України, за станом на 1 лютого 2006 р. 152 тис. осіб були взяті на облік міліцією за порушення, пов'язані з незаконним обігом наркотиків. Серед них ті, хто використав наркотики не для медичних цілей (як наркозалежні, так і не наркозалежні люди). <<http://www.mvs.gov.ua>>

Одна з перших спроб оцінити кількість споживачів ін'єкційних наркотиків на національному рівні була зроблена Центром „Соціальний моніторинг” за підтримки Дитячого фонду Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ), Програми ООНСНІД (ЮНЕЙДС) в Україні та за активної участі представників регіональних проектів у 20 містах країни у 2002 р. Методологія дослідження базувалася на методі коефіцієнтів, повторного охоплення („capture – recapture”) та експертних оцінках. Екстраполяція співвідношення оціночної кількості СІН до кількості населення у вибраних містах (8,35 млн. чол.) на все міське населення України (33,25 млн. чол.) дала можливість оцінити загальну кількість СІН щонайменше у 560 тис. осіб [12].

При цьому вживання наркотиків ін'єкційним шляхом залишається найбільш поширеним серед шляхів ВІЛ-інфікування в Україні: за даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД за 2005 р., 45,5% ВІЛ-інфікованих були інфіковані шляхом уживання наркотиків ін'єкційним шляхом [1]. Однак, існуюча система тестування на ВІЛ та реєстрації нових випадків ВІЛ не відображає реальної кількості ВІЛ-позитивних споживачів ін'єкційних наркотиків, в той час як загальна кількість зростає [2].

Результати дозорного епіднадзора (ДЕН) серед груп ризику, проведеного в окремих містах, вказують на те, що офіційно зареєстрована кількість ВІЛ-інфікованих не відображає реальної ситуації в країні. Поширеність ВІЛ-інфекції, за даними епідеміологічних (дозорних) досліджень у групі СІН восьми регіонів країни серед споживачів ін'єкційних наркотиків, має різні, але доволі високі значення рівнів: від 10,0% у Сумській області до 59,0% у м. Сімферополі, і це є підтвердженням того, що СІН дотепер є основною групою, що визначає поширення епідемії ВІЛ/СНІД в Україні [3].

<sup>1</sup> У 1992 р. показники захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (у тому числі токсикоманії) становила 9,4 випадку на 100 тис., а поширеності – 51 випадок на 100 тис., а в 2003 р. – 18,0 та 178,8 випадку відповідно, тобто зросли у 2–3 рази. (Стат. щорічник України за 2002–2003 роки. – К.: Держ. комітет статистики України. 2004. – С. 174).

<sup>2</sup> У 2004 р. на обліку перебувало 124 805 споживачів наркотиків, у тому числі 4850 неповнолітніх (дані Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України, неопубл.).

За результатами ДЕН, високим, але на рівні попередніх років, залишається відсоток поширеності ВІЛ-інфекції серед СІН в Одесі – 58,3%. У Донецьку частка ВІЛ-інфікованих серед СІН протягом останніх п'яти років також практично не змінилася і залишилася достатньо високою – 41,6%. Проте отриманий результат не свідчить про стабілізацію епідемічного процесу, оскільки у 2004 р. в Донецьку зареєстрована найбільша кількість нових випадків інфікування ВІЛ серед 15–19-річних СІН (55,6%), що може означати швидке поширення епідемії в цьому регіоні серед підлітків-СІН. У Волинській області показник інфікування ВІЛ серед СІН є стабільним і високим (32,8%). Зниження питомої ваги ВІЛ-інфікованих серед СІН виявлено у Полтаві. Разом з тим, в регіоні зафіксовано значний відсоток „нових” випадків у віковій групі 15–19 років (36%), що перевищує відповідний показник в Одесі (26,1%), де в цілому поширення ВІЛ-інфекції значно вище.

Враховуючи стрімке поширення епідемій ВІЛ/СНІДу та наркоманії, особливо серед молоді, актуалізується необхідність вивчення різних аспектів ініціації вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та розроблення програми профілактики залучення молодих людей до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. До теперішнього часу профілактичні програми залишаються зорієнтованими на регулярних споживачів або широке коло неспоживачів психоактивних речовин (ПАР) з метою первинної профілактики.

Існує нагальна потреба у розвитку програм втручання, які були б орієнтовані на тих, хто знаходиться між „групами ризику” та широкими верствами („загальне населення”). Такі програми мають бути зорієнтовані на вузьке коло людей, які не обов'язково належить до „традиційно визначених” груп ризику. Звичайно, умовою успішної реалізації таких програм є розуміння поведінки представників таких груп людей. Кампанія з профілактики залучення до ін'єкційного вживання наркотиків є прикладом стратегії, що спрямована на зниження ризику для окремих груп молоді, які умовно можна визначити як „групи високого ризику ініціації наркоживання і, зокрема, вживання наркотиків ін'єкційним шляхом”. Авторам не відомі програми профілактики саме залучення до ін'єкційного вживання наркотиків на пострадянському просторі.

Інформаційно-освітні програми з метою профілактики вживання наркотичних речовин зазвичай спрямовані на широкий загальний молоді і не передбачають приділення уваги групам високого ризику ініціації наркоживання та молодим людям, які знаходяться на стадії „експериментування з вживання ПАР”. Загальні освітні програми відіграють свою роль щодо „закріплення” негативного ставлення до наркотиків серед тих, хто свідомо утримується від їх вживання. Але вони не є ефективними щодо профілактики ініціації вживання ПАР, ініціації СІН або припинення експериментування з ПАР.

Розробка програм профілактики ініціації ін'єкційного вживання наркотиків пов'язана з нагальною (але й досі не забезпеченою) потребою кращого розуміння чинників та процесів, які мають вплив на рішення молодої людини спробувати ін'єкційний наркотик. До теперішнього часу існує дуже мало даних щодо основних чинників залучення молоді до ін'єкційного вживання наркотиків. Практично не існує відповідних даних в країнах пострадянського простору, де спостерігається стрімке зростання рівня вживання ін'єкційних наркотиків.

На даний момент в Україні в організаціях та установах, які працюють з наркозалежними молодими людьми, відсутня система обліку чи реєстрації тієї молоді, що становить групу ризику залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (особливо друзі/близькі знайомі СІН, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом). Відсутня також інформація про соціальну структуру цієї групи молоді, не вивчаються причини та механізми її залучення до вживання наркотиків.

За результатами різних поведінкових досліджень, в Україні серед споживачів ін'єкційних наркотиків питома вага молодих людей віком до 24 років (включно) становить від 42 до 58% [4, с. 53, 67; 12]. Залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом відбувається саме через найближче оточення (друзі/близькі знайомі, сексуальні партнери)<sup>3</sup>. Чверть СІН вказують, що їм

<sup>3</sup> За даними дослідження, яке було проведено Укр. ін-том соціальних досліджень восени 2002 р. в м. Харкові. Основна стратегія побудови вибірки – метод „снігової кулі”. Загальний обсяг вибірки 450 СІН (250 – „вуличні”, 200 – тих, хто лікується).

доводилося залучати інших людей до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, тобто робити першу ін'єкцію людині, яка не вживала ін'єкційні наркотики раніше<sup>4</sup>.

Упродовж 2004–2005 рр. у рамках проекту „Профілактика залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом уразливих груп підлітків та молоді”, що реалізовувався Українським інститутом соціальних досліджень за участю дослідницького та навчального центру „DV8” (DV8RTD Research, Training and Development) (Роттердам, Нідерланди) та Центру з дослідження хімічних залежностей (IVO) (Роттердам, Нідерланди) за сприяння Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні та Програми ООНСНІД (ЮНЕЙДС) в Україні було проведено дане дослідження, яке ставило за мету з'ясувати суб'єктивні мотиви та зовнішні фактори початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та розробити на основі отриманих результатів стратегії профілактики залучення до споживання наркотиків ін'єкційним шляхом уразливих груп молоді та підлітків.

Наскільки авторам відомо, це дослідження є одним з перших в Україні стосовно соціокультурних обставин залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед молоді. Однак в міжнародному досвіді є приклади аналогічних досліджень. Стандартним сценарієм початку ін'єкційного вживання був такий: початок не планувався, але була людина, яка до цього заохотила. Більшість споживачів наркотиків зазначили як важливий чинник наявність іншої людини, яка “допомогла” розпочати (деякі з таких людей були дилерами), і близько половини, в подальшому, самі спровокували до початку нарковживання інших, у середньому 0,6 людини за рік: після п'яти років вживання 237 молодих СНІ залучили до ін'єкцій, як мінімум, 420 інших. Ті, що неодноразово залучали інших, найчастіше були безробітними та мали досвід торгівлі наркотиками [5, с. 10].

Російський психолог Г. Роот, який працює у центрі допомоги сім'ї та дітям та має багаторічний досвід роботи з підлітками, що споживають наркотичні речовини, називає такі передумови, які оберігають підлітків від потягу до наркотиків: стосунки з батьками, засновані на повазі та взаєморозумінні, побудовані на принципах демократичного контролю; можливість активної участі в роботі та сімейних справах, спілкування, побудоване на довірі хоча б з одним авторитетним дорослим, та почуття гумору [6, с. 215].

Серед мотивів первинного вживання виділяють такі: атарактичні (досягнення психологічного комфорту та релаксації), субмісивні (потяг до належності та схвалення групи), гедоністичні (отримання специфічного фізичного задоволення), гіперактивації (підвищення тону та самооцінки), псевдокультурні (демонстрація будь-якої якості, наприклад дорослої поведінки), а також пізнавально-дослідницькі (цікавість, потяг до нових відчуттів). А мотивом до систематичного вживання може бути намагання запобігти болю та напруженню. Тобто наркотики, перш за все, використовуються як самолікування [7, с. 133–134].

У сучасній психології існує декілька підходів до мотивації. Найпоширеніші серед них такі: *поведінковий* (людина керується у власній поведінці сигналами, що отримує з навколишнього світу, а її внутрішній світ для поведінки не має істотного значення) та *гуманістичний* (людина має свободу вибору та у власних вчинках керується рішеннями, заснованими на мотивах – потребах, інтересах, потягах, емоціях, настановах та ідеалах). При цьому стимули, що надходять з навколишнього світу, вона лише бере до уваги та використовує у власній діяльності [8, с. 4].

Узагальнюючи, *найпоширенішими мотивами вживання наркотиків підлітками* можна назвати: бажання „своєї” компанії спробувати наркотик, намагання продемонструвати свою незалежність, „крутизну”, дорослість, матеріальну забезпеченість, бажання зміни у своєму житті, пошук чогось нового, проблеми в стосунках з батьками, просто так, без поважних причин, сильні почуття до друга, який уже вживає наркотики.

У свою чергу, *найпоширенішими варіантами відмови від вживання наркотиків* є: просто не подобається, вже „не прикольно”, не викликає ніякого кайфу, відкидається своєю компанією, заважає реалізації домінуючих бажань, активне фізичне неприйняття наркотиків (героїну), фізіо-

<sup>4</sup> Там само.

логічний страх, що виникає від вигляду шприца та уявлень про ін'єкцію, вигляд крові, пережите на власному досвіді передозування.

Аналіз чинників поширеності нарковживання серед підлітків та молоді став однією з дослідницьких проблем соціологів з перших років незалежності України. Але дослідження носили локальний і переважно – аматорський характер. Досить цікаві результати дало опитування підлітків, що відпочивали влітку 1997 р. в Міжнародному дитячому центрі „Артек”, з питань поширення вживання наркотичних речовин<sup>5</sup>. Серед опитаних 34% були в ситуації, коли в їхній присутності вживались наркотики (мова йде про будь-які наркотики, без виокремлення ін'єкційних), 7% зазначили, що були присутніми при ін'єкційному вживанні. Отримували пропозиції спробувати наркотики 27% опитаних, а 20% зазначили, що мали спробу (переважно це куріння препаратів конопель або вживання пігулки). Результати дослідження дозволили зробити висновок, що перебування у компанії споживачів наркотику, наявність споживачів серед знайомих, пропозиції від товаришів, особисте знайомство з наркоторговцями підвищують вірогідність спроби вживання наркотичної речовини. Умовний рейтинг чинників, що спонукають молодь до спроби, за оцінками опитаних підлітків, виявився таким: вплив компанії (84%), бажання отримати насолоду (57%), знічев'я від неробства (45%), бажання виглядати дорослим (43%), щоб забути погане (43%), цікавість до „забороненого” (41%), відсутність знань щодо наслідків (21%), невміння контролювати себе (20%), внаслідок примусу (16%), через відсутність контролю з боку дорослих (13%), внаслідок вживання спиртних напоїв (6%).

Хвильове опитування підлітків 15–16 років в межах Європейського опитування учнівської молоді щодо тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин (ЕСПАД – ESPAD: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) [9] дозволяє відстежити тенденцію збільшення питомої ваги підлітків, які „спробували” наркотики, та зменшення віку першої спроби. З 1995 р. по 2003 р. спостерігається збільшення частки підлітків 15–16 років, які мали першу спробу наркотиків: серед хлопців з 20 до 29%, а серед дівчат з 9 до 12%. Найбільший приріст відбувся за період між 1995 та 1999 рр. Нарковживання серед українських підлітків є більш характерним для великих міст, ніж для сільської місцевості. А опитування 2003 р. засвідчило, що 0,8% учнів середніх закладів освіти віком 15–16 років мали спробу наркотику ін'єкційним шляхом. Основними джерелами отримання підлітками першого наркотику у 1995, 1999 та 2003 рр. є їх соціальне оточення: компанія друзів, товариші – старші, молодші та віку респондента, старші брат або сестра. Основним визначальним мотивом спробувати наркотик як юнаками, так і дівчатами була визначена цікавість. Цей показник залишається майже незмінним: 10% у 1999 р. та 9% у 2003 р. Результати опитування ЕСПАД показують легку доступність наркотичних речовин для широкого кола підлітків та молоді. І ці результати застерігають від ілюзорних уявлень, що наркотизацію дітей та підлітків можна зупинити, якщо засудити її та впроваджувати методи заборони. На думку національних експертів, формуванню та поширенню цієї субкультури в Україні сприяють відсутність достатнього рівня поінформованості дітей та підлітків щодо вживання наркотиків, відсутність реальних навичок протистояння пропозиції, в т.ч. першій пропозиції.

У 2002 р. в Україні було розпочато міжнародне дослідження «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (HBSC – The Health Behaviour in School-Age Children Study) за підтримки Всесвітньої організації охорони здоров'я. Схожі дослідження проводилися в 35 країнах в Європі та Північній Америці того самого року. В Україні було опитано 4500 респондентів, віком 11, 13 та 15 років. Згідно з результатами дослідження, число 15-річних дівчат, що мали досвід вживання марихуани, становило 15,4%, хлопців – 33,1%. Кількість тих, хто вживав марихуану за останні 12 місяців, становила 8% для дівчат і 20,8% для хлопців. Приблизно 6% цієї молоді вживали марихуану постійно [10, с. 84–89].

<sup>5</sup> Поточний архів Міжнародного дитячого центру „Артек”. Дослідження здійснено Університетом внутрішніх справ (м. Харків, кер. проекту І.П. Руденко) за сприяння Центру стратегічних досліджень проблем дитинства (директор – І.В. Роговий). Усього опитано 656 підлітків віком 14 років і старше з різних регіонів України (51%) та Росії (47%), метод опитування – групове роздаткове анкетування шляхом самозаповнення.



Згідно з даними національних експертів, діти та молодь мають недостатньо інформації з питань вживання наркотиків. Їм також не вистачає справжніх навичок, щоб відмовитися (під час першої спроби зокрема). Саме це і визначає формування та розвиток субкультури наркотиків в Україні.

Окремі аспекти вивчення шляхів залучення до вживання ін'єкційних наркотиків здійснювалися різноманітними громадськими організаціями в межах реалізації проектів зменшення шкоди. Дослідження серед СІН<sup>6</sup> засвідчили, що, за відповідями самих СІН, серед чинників переходу на споживання ін'єкційних наркотиків головними є такі: бажання отримати кращий кайф – 38%, тиск найближчого оточення (всі друзі та приятелі навколо мене вживають наркотики ін'єкційно) – 29%, доступний наркотик не придатний для неін'єкційного вживання – 13%, привабливість самого процесу ін'єкційного вживання як певного „ритуалу” – 12% [11, с. 20–21].

У цьому звіті представлено аналіз даних за результатами якісного та кількісного етапів соціологічного дослідження обставин залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед молодих СІН (до 24 років) та їхніх друзів, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Дослідження було проведено в чотирьох містах України: Києві, Одесі, Павлограді (Дніпропетровська область) та Полтаві. Всього опитано 1610 респондентів віком до 24 років: 808 споживачів ін'єкційних наркотиків та 802 їхніх друзів, які не є споживачами ін'єкційних наркотиків (476 вживають ПАР неін'єкційним шляхом, 326 не вживають наркотичні речовини). Більш детальний аналіз соціально-демографічних характеристик опитаних подано у першому розділі аналітичного звіту.

Після завершення кількісного етапу дослідження в усіх містах, де реалізовувався проект, були проведені групові дискусії з інтерв'юерами та рекрутерами первинних респондентів. Отриманий досвід дозволив підготувати методичні рекомендації застосування методики RDS (Heckathorn DD (2002) “Respondent-Driven Sampling II: Deriving Valid Population Estimates from Chain-Referral Samples of Hidden Populations. Social Problems, 2002.) [див.: [www.respondentdrivensampling.org](http://www.respondentdrivensampling.org)] для вивчення ситуації серед важкодоступних груп населення. Отримані результати стали основою для розроблення стратегії профілактики залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, а також конкретних планів дій на її основі для кожного з міст, де реалізовувався проект.

Для розробки стратегії були також використані можливості засідань „круглих столів” зі спеціалістами, які працюють у цій галузі, а також групових дискусій з молодими СІН та їхніми друзями, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом, у містах, де проводилося дослідження.

Попередні результати проекту було презентовано на засіданні “круглого столу” за участю міжнародних консультантів проекту, представників міжнародних організацій, які працюють в сфері протидії ВІЛ/СНІД, та регіональних виконавців; отримані результати були також обговорені з широким колом міжнародних та вітчизняних фахівців.

Унікальність даного дослідження полягає в тому, що вперше в Україні для формування вибіркової сукупності застосовано методику RDS (Respondent Driven Sampling) – вибірка, що спрямовується та реалізується респондентом. Дана методика передбачає використання системи купонів для запрошення учасників на інтерв'ю та відстеження ланцюга рекрутування, а також інформаційних листівок про дослідження, які роздавалися учасникам опитування, рекрутерам, інтерв'юерам і тим, хто цікавився проектом. Методологічні основи дослідження більш детально розкрито в розділі „Методологія дослідження”.

Завдяки використанню цієї методики дослідницька команда вийшла на достатньо представницьку латентну групу молодих СІН та їхніх друзів/близьких знайомих, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом, чого, напевно, не вдалося б досягнути при проведенні дослідження іншими методами. Використання даної методики забезпечило також статистичну репрезентативність отриманих даних. Важливим аспектом є також те, що використання аналітичного пакета методики RDS (RDS AT) дає можливість визначити структурні характеристики цільової групи СІН віком

<sup>6</sup> Опитано 1025 СІН – клієнтів проектів в 11 містах України.

до 23 років (на момент проведення інтерв'ю респонденту не повинно виповнитися 24 роки) та поширити отримані результати на всю когорту СІН цього віку.

Запропонована методика та підходи можуть у подальшому використовуватися при вивченні латентних груп населення, молоді, зокрема – жінок, залучених до комерційного сексу; чоловіків, які мають секс з чоловіками; молодих людей, чиї друзі або сексуальні партнери є ВІЛ-інфікованими, а також молодих споживачів ін'єкційних та неін'єкційних наркотиків в інших містах. Слід також відмітити, що методику RDS можна використовувати не лише як дослідницьку (як це було зроблено при реалізації даного проекту), але й для виходу на важкодоступні групи з метою проведення інформаційно-просвітницької та інших видів профілактичної діяльності за принципом „рівний–рівному”.

Уперше в Україні розроблено інструментарій та проведено опитування молодих початкуючих СІН та осіб з їхнього близького соціального оточення (друзі/близькі знайомі), які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Розроблені анкети містили запитання щодо обставин, за яких відбулася перша ін'єкція, мотивів, що вплинули на рішення зробити цей крок, та факторів, що були/є бар'єрними на шляху залучення до ін'єкційного споживання ПАР.

Оскільки досі мало що відомо про залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом в Україні, дана робота має розвідувальний (зондажний) характер. Існує багато різних факторів, що можуть впливати на залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, але не всі з них є визначальними. Звіт містить основні результати, які дозволяють визначитися щодо стратегій, націлених на зменшення вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Більш глибокий науковий аналіз отриманої бази даних і додаткова розробка окремих тем (наприклад, гендерні особливості) у майбутньому можуть покращити наше розуміння соціальних та психологічних факторів, які впливають на залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Але вже отримані дані дозволяють обґрунтувати цільові фокусовані програми – такі, як пілотні проекти “способи вживання” (“mode of administration” – MOA) та адаптація для українських умов методу “Розірви коло” (“Break the Cycle”).

Аналітичний звіт починається із стислого викладення основних результатів, які більш детально представлені у відповідних розділах. Розділ „Методологія дослідження” стисло презентує основні методологічні підходи, технологію реалізації дослідження, особливості реалізації вибірки. Більш повний виклад можна знайти в підготовлених у межах проекту технічному звіті про реалізацію проекту та в методичних рекомендаціях з вивчення ситуації стосовно залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом підлітків та молоді (див.: [www.uisr.org.ua](http://www.uisr.org.ua) або на запит за адресою [uisr@ukrnet.net](mailto:uisr@ukrnet.net)). Перший розділ носить описовий характер та має на меті дати уявлення щодо основних характеристик різних груп респондентів. Решта розділів та підрозділів побудовані за єдиною структурою: представлення результатів опитування СІН та їхніх друзів, інтерпретація отриманих результатів та висновки. Висновки більшою мірою орієнтовані на визначення тих аспектів, які є вагомими для стратегій профілактики ініціації вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед уразливих груп підлітків та молоді.

Аналітичний звіт буде корисним для тих, хто залучений до програм зменшення шкоди серед СІН, діяльності з профілактики наркоживання серед дітей та молоді, проектів зі збереження здоров'я дітей та молоді, профілактики ВІЛ-інфікування, для фахівців (медиків, педагогів, соціальних працівників, психологів, правоохоронців, юристів) та волонтерів державних і громадських організацій, які працюють у зазначених сферах, для тих, хто приймає рішення з питань профілактики наркоспоживання, наркозалежності, протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні.

## СТИСЛИЙ ВИКЛАД ОСНОВНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

### Соціальний портрет респондентів

Усього опитано 1610 респондентів: 808 споживачів ін'єкційних наркотиків та 802 їхніх друзів, які не є споживачами ін'єкційних наркотиків (476 вживають ПАР неін'єкційним шляхом (СНН), 326 не вживають наркотичні речовини (НН))<sup>7</sup>. Середній вік опитаних СІН становить 20 років, СНН та НН – 19 років. Найменший вік опитаних – 12–13 років. Переважна більшість опитаних усіх трьох категорій мають повну середню освіту. Враховуючи вік респондентів, більшість з них ніколи не перебували у шлюбі. Респонденти жіночої статі, порівняно з чоловіками, у більш ранньому віці набувають досвіду сімейного життя, здебільшого у формі незареєстрованого шлюбу. Молодь, яка не вживає наркотики ін'єкційним шляхом, частіше оформляє шлюб офіційно порівняно з ровесниками-СІН. Половина респондентів у підгрупах СНН та НН мають середнє матеріальне становище, тобто в цілому на життя вистачає, проте придбання речей тривалого користування викликає труднощі (відповідно 52 і 51%). Серед СІН таких трохи більше третини – 36%. Загалом опитана молодь найчастіше серед основних джерел матеріального забезпечення зазначала матеріальну допомогу батьків. Що стосується місця проживання, то респонденти проживають у квартирах своїх батьків або родичів, разом з ними.

### Вживання неін'єкційних наркотиків

Вживання наркотиків неін'єкційним шляхом значно підвищує ризик залучення до вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. 80% СІН мали досвід вживання неін'єкційних наркотиків до першої ін'єкції. Більшість респондентів-СІН (87%) вживають наркотики також неін'єкційним шляхом.

Серед друзів СІН 59% вказали на вживання ПАР, з них більше половини вживають щотижнево або частіше (раз на 2–3 дні та щоденно).

У Києві рівень вживання неін'єкційних наркотиків серед друзів СІН виявився найвищим, в Одесі – найнижчим.

Серед тих, хто зараз вживає наркотики неін'єкційно, 10% впевнені, що коли-небудь спробують ін'єкційні наркотики, а ще 34% не відкидають таку можливість у майбутньому.

Структура вживання наркотиків, які молодь уживає неін'єкційно (до початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом), є досить близькою для СНН та СІН. Коноплі та їх препарати посідають перше місце в рейтингу поширеності, на другому місці – таблетовані наркотичні анальгетики (трамадол), на третьому – поєднання алкоголю з ПАР.

### Перша ін'єкція

Перша ін'єкція відбувається, головним чином, у приміщенні, у колі друзів, знайомих, сексуальних партнерів, які вже мали досвід вживання ін'єкційних наркотиків. Середній вік, в якому відбувається перший укол, – 18 років. Першу ін'єкцію „допомагають” зробити переважно особи, які вже мали досвід вживання ін'єкційних наркотиків (83%). Лише 13% зробили собі перший укол самостійно. Наркотик для першої ін'єкції отримують найчастіше від близьких друзів безкоштовно. Найчастіше під час першої ін'єкції респонденти вживали екстракт макової соломки. Прийом будь-яких інших психотропних речовин, передусім алкоголю та неін'єкційних наркотиків, помітно підвищує ймовірність початку вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Важливими чинниками залучення жінок до ін'єкційної практики споживання наркотиків є, по-перше, ініціа-

<sup>7</sup> Надалі будуть використовуватися такі аббревіатури для окремих груп респондентів: СІН – для споживачів ін'єкційних наркотиків; не-СІН – їхні друзі, які не є споживачами ін'єкційних наркотиків. Група не-СІН представлена двома підгрупами: СНН – споживачі неін'єкційних наркотиків; НН – не вживають наркотики.



тива з боку сексуального партнера, по-друге – вживання алкоголю. Перша ін'єкція наркотику супроводжується підвищеним ризиком інфікування ВІЛ та іншими небезпечними інфекціями. Вживання алкоголю та інших психотропних препаратів не лише сприяє залученню до споживання ін'єкційних наркотиків, але й провокує поширення ризикованих практик їх вживання.

### **Планування першої та другої ін'єкції. Друга ін'єкція**

*Перша спроба ін'єкційного наркотику не є результатом самостійного вибору молодої людини, а значною мірою обумовлена впливом і тиском соціального оточення. Про це свідчать виявлена спонтанність і незапланованість першої ін'єкції, з одного боку, та групове приготування і вживання наркотику – з іншого. Планували першу ін'єкцію 40%, другу – 57%. Рівень запланованості першої ін'єкції є вищим серед тих осіб, які вже мали можливість спробувати ін'єкційний наркотик, але не реалізували її. Найвищий рівень незапланованості першої ін'єкції спостерігається серед наймолодших СІН. Чоловіки порівняно з жінками частіше зважуються спробувати ін'єкційний наркотик, заздалегідь обдумавши свій крок. Перша спроба ін'єкційного наркотику серед жінок порівняно з чоловіками відбувається спонтанніше, під тиском соціального оточення, передусім сексуального партнера та за умов споживання алкоголю. Перехід від першої до другої ін'єкції відбувається досить швидко і в трьох з чотирьох випадків триває не більше місяця. Жінки дещо випереджують чоловіків за темпами залучення до споживання ін'єкційних наркотиків, вони швидше переходять до другої ін'єкції, проте вона, як і перша, відбувається спонтанно і не заплановано.*

### **Залучення інших до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом**

Серед споживачів ін'єкційних наркотиків, що робили ін'єкції новачкам, середнє число залучених становить 3,6 особи на одного СІН; серед усіх опитаних СІН цей показник становить 0,7 особи. 21% опитаних СІН повідомили, що вони робили першу ін'єкцію іншим.

70% від усіх опитаних СІН зазначили, що їм пропонували спробувати ін'єкційний наркотик. Серед усіх опитаних СІН таких виявилось 42%. Половина СІН (51%) неодноразово отримувала пропозиції щодо спроби наркотику ін'єкційно до своєї першої ін'єкції. Кожний другий СІН також мав два та більше пропонувань. І майже чверть СІН, які є друзями СІН, вже також більше одного разу мали пропозиції щодо спроби наркотику ін'єкційно.

80% СІН та 56% СІН вказали, що в них ніколи не виникало бажання чи думок спробувати ін'єкційний наркотик. Але в той самий час 2% як СІН, так і СІН відповіли, що хотіли б спробувати ін'єкційний наркотик, переважно це респонденти чоловічої статі. 43% СІН та 18% СІН вказали, що в них думки щодо бажання спроби ін'єкційного наркотику виникали кілька разів або досить часто.

Кожний третій з тих СІН, у яких виникало бажання спроби ін'єкційного наркотику, та кожний п'ятий СІН, що мають такі думки, обговорювали з іншою людиною можливість спільно спробувати ін'єкційний наркотик.

### **Особа, яка залучає до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом**

Особою, яка залучає до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (пропонує спробувати не СІН або робить першу ін'єкцію СІН), найчастіше виступає для СІН та СІН, як і для СІН, друг чи подруга, близький знайомий. На це вказали 79% СІН та 69% СІН, яким пропонували спробувати наркотик ін'єкційно. Щодо споживачів ін'єкційних наркотиків, то 64% СІН зазначили, що першу ін'єкцію їм також робили близькі знайомі та друзі. Значну роль у пропонуванні спробувати наркотик ін'єкційно відіграють випадкові знайомі (29% СІН та 18% СІН вказали на це), а також сексуальні партнери (12 та 14%, відповідно).

## **Самооцінка вірогідності спроби ін'єкційного наркотику**

Більше половини СНН та НН (54 та 64% відповідно) впевнені, що ніколи не будуть пробувати наркотики ін'єкційно. Значна частина з оточення споживачів ін'єкційних наркотиків, що брали участь в опитуванні (34% СНН та 29% НН), відповіли, що зараз не збираються пробувати, але не знають, як буде далі, тобто не мають впевненості щодо виключення такої можливості. Ще 10% СНН та 5% НН переконані, що спробують вжити наркотичні речовини ін'єкційним шляхом.

## **Бар'єрні фактори щодо початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом**

*Найбільш поширеними серед основних бар'єрів для першої ін'єкції є приклад знайомих СІН, а саме зміни в їхньому житті після початку вживання ін'єкційних наркотиків. (21% НН та 24% СНН зазначили це як основний фактор.)* Другим за важливістю стримуючим фактором для СІН та СНН був (є) страх перед наркотичною залежністю. Побоювання шкідливих наслідків для власного здоров'я та страх перед ВІЛ/СНІДом також є важливими причинами, щоб не починати вживати наркотики ін'єкційним шляхом. Фактори здоров'я загалом (включаючи ризик ВІЛ-інфікування) відіграють найсильнішу роль як бар'єри щодо першої спроби.

Практичні бар'єри (недоступність наркотику, відсутність коштів на наркотик, незнання, як правильно робити ін'єкцію тощо) відіграють вельми незначну роль у відкладанні першої ін'єкції.

## **Мотиви, що спонукали зробити першу ін'єкцію**

*Найбільш поширеною причиною початку вживання ін'єкційних наркотиків є цікавість, які при цьому відчуття (76% НН, 90% СНН та 90% СІН).* Молоді люди часто починають вживати ін'єкційні наркотики через невміння організувати власне дозвілля (56% НН, 60% СНН та 42% СІН). Вагомим чинником залучення до вживання ін'єкційних наркотиків є вплив друзів, в тому числі через розповіді СІН про приємні відчуття при ін'єкційному вживанні. Жінки частіше починали вживати ін'єкційні наркотики через бажання схуднути, для стимуляції сексуальної активності, їх частіше змушували вжити наркотики інші люди. Удвічі частіше респонденти жіночої статі починали вживати ін'єкційні наркотики з метою позбавитися душевного болю. Чоловіки частіше робили першу ін'єкцію, оскільки вважали, що краще вживати наркотики, ніж алкоголь. Для чоловіків вплив друзів відіграв більшу роль, вони також частіше обирали варіант відповіді „це круто“. Оскільки більша частина чоловіків-СІН мали попередній досвід вживання неін'єкційних наркотиків, вони відповідно частіше зазначали бажання порівняти відчуття при ін'єкційному та неін'єкційному вживанні.

## **Стосунки молоді з батьками**

*У молоді, яка не вживає наркотики ін'єкційним шляхом, краще складаються стосунки з батьками. Ймовірність залучення дітей до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом вища в тих сім'ях, де батьки зловживають алкоголем.* Серед опитаної молоді факти вживання наркотиків батьками зустрічалися вкрай рідко, отож за наявних даних не можна робити висновків про вплив уживання наркотиків батьками на залучення молоді до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Батьки дітей-СІН більш негативно налаштовані стосовно друзів/близьких знайомих своїх дітей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Загалом ставлення батьків усіх респондентів до такої молоді є негативним.

*Досить часто батьки СІН не знають, що їхні діти вживають наркотики, про це впевнено вказала майже чверть респондентів. Майже така ж кількість опитаних зазначили, що батьки знають про те, що вони вживають ін'єкційні наркотики. Матері СІН частіше, порівняно з батьками, знають про звички своїх дітей. Серед опитаних, чії батьки знають про вживання ними ПАР, біль-*

шість відповіли, що мають погані стосунки з батьками. Відповідно, якщо батьки не знають цього, респонденти мають хороші стосунки та характеризують їх повним взаєморозумінням.

### **Друзі та вільний час**

Найбільший відсоток респондентів, чиї друзі вживають алкоголь, наркотики ін'єкційним та неін'єкційним шляхом, серед СІН.

Респонденти-не-СІН порівняно із СІН частіше практикують змістовне проведення дозвілля. Більшість СІН та НН вважають, що споживачі та неспоживачі ін'єкційних наркотиків, абсолютно різні групи для спільного проведення вільного часу.

Найбільш популярним музичним стилем серед молоді, яка вживає наркотики (ін'єкційні та неін'єкційні), є клубна музика, неспоживачі наркотиків найчастіше слухають популярну музику. Щодо молодіжних субкультур, то суттєвих відмінностей між респондентами СІН, СНН та НН щодо ідентифікації себе з певною молодіжною субкультурою не виявлено.

Більшості опитаних споживачів неін'єкційних наркотиків (76%) доводилося бувати в компанії, де вживали ін'єкційні наркотики. Серед опитаних неспоживачів наркотичних речовин були в подібних компаніях 47%.

### **Доступність наркотиків у містах, де реалізовувався проект**

*Рівень доступності наркотичних речовин у містах, де реалізовувався проект, є високим, причому навіть молоді люди, які не вживають наркотичні речовини, вважають, що отримати їх досить легко: 39% НН, 61% СНН та 65% СІН. Найдоступніші психотропні речовини в Павлограді та Києві, нижчий рівень доступності ПАР в Одесі та Полтаві. Старші респонденти частіше вказували, що можуть отримати наркотики без проблем. Молоді люди, які навчаються у вищих навчальних закладах, також частіше вказували, що придбання/отримання наркотичних речовин не викликає у них суттєвих проблем.*

### **Поінформованість щодо ВІЛ/СНІДу**

Переважна більшість респондентів (90% СІН, 95% СНН та 86% НН) мають певні знання про ВІЛ/СНІД. Однак лише половина респондентів, обізнаних щодо ВІЛ/СНІД, зазначили, що вважають свої знання достатніми. З одного боку, отримані дані свідчать про високий рівень знань щодо передачі ВІЛ статевим шляхом та через використання спільного інструментарію споживачами ін'єкційних наркотиків. З іншого боку, залишаються поширеними невірні уявлення щодо можливостей інфікування ВІЛ через укуси комарів, побутовим шляхом, під час розмови або кашлю.

Серед джерел інформації щодо наркоживання, безпечного сексу та ВІЛ/СНІДу лідерами є телебачення, друковані інформаційно-освітні матеріали, однолітки/друзі та заклади освіти. Крім того, достатньо поширеними джерелами інформування виступають батьки, цільові акції в містах, інтернет, лікарні, брати та сестри.

40% СІН, 24% СНН та 20% НН проходили коли-небудь тест на ВІЛ. Найвищий відсоток СІН, які проходили тестування, зафіксовано в м. Одесі – 53%, а в інших містах – 34–37%. СІН, які є клієнтами програм профілактики ВІЛ-інфікування, частіше звертаються по тести (50% проти 38%). Питома вага тих, хто проходив тестування на ВІЛ, зростає із стажем споживання ін'єкційних наркотиків.

### **Життя після початку вживання ін'єкційних наркотиків**

Більшість змін, які відбулися в житті СІН після початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, носять негативний характер і достатньо усвідомлюються СІН: погіршення стосунків з батьками, друзями, родичами, погіршення здоров'я, зовнішнього вигляду. Частина опитаних вказали, що вони стали більш енергійними, життя стало яскравішим. На це вказали опитані, які мають переважно невеликий стаж вживання ПАР.

Друзі СІН, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом, також називали негативні зміни в житті своїх близьких з числа СІН після початку вживання ін'єкційних наркотиків, і вони рідше вказували на ті позитивні аспекти, які зазначили СІН.

### **Конфлікти з правоохоронними органами**

Більше половини опитаних СІН (57%) принаймні раз у житті були затримані міліцією (заарештовані або відбували покарання), в той час як серед СНН таких 25%, а серед НН – лише 5%. Вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом значно підвищує ризик виникнення непорозумінь із правоохоронними органами. Найчастіше СІН потрапляють у поле зору міліції саме через уживання або зберігання наркотиків, крадіжки, вживання алкогольних напоїв у громадських місцях, підозрілу поведінку та під час „облав”. Серед друзів та близьких знайомих СІН частими причинами виникнення проблем у стосунках із правоохоронними органами є такі, що опосередковано пов'язані з їхнім близьким оточенням із числа СІН, наприклад: затримання під час облави, хуліганство/розбій та підозріла поведінка.

### **Участь у профілактичних програмах**

*Загалом опитана молодь має обмежену інформацію про будь-які профілактичні програми для СІН у місті свого проживання.* Найбільш поінформовані з приводу таких програм СІН (36%), на яких, власне, вони і націлені, менше – СНН (25%), та найменше про такі програми відомо молоді, яка не вживає наркотичні речовини взагалі (14%). Найбільш відомими профілактичними програмами для СІН є програми зменшення шкоди. Найбільш поінформованими про реалізацію профілактичних програм для СІН є мешканці Києва та Полтави, а також СІН, які мають більший стаж вживання. Лише 14% серед усіх опитаних СІН є клієнтами профілактичних програм.

## МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета та завдання дослідження були орієнтовані на практичні потреби розробки стратегії створення бар'єрів щодо залучення нових СІН. Тому дослідницька мета є двокомпонентною: з'ясувати суб'єктивні мотиви та зовнішні фактори початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та на основі отриманих результатів розробити стратегії профілактики залучення до споживання наркотиків ін'єкційним шляхом уразливих груп молоді та підлітків.

Проблема вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, особливо протягом останнього часу, перебуває в полі зору фахівців різних галузей: соціологів, психологів, педагогів тощо. В рамках реалізації проекту було проаналізовано праці як вітчизняних, так і зарубіжних авторів, які розробляють цю проблематику. Окремі роботи присвячено дискусіям навколо термінології та визначень експериментального вживання, епізодичного вживання, схильності до вживання, готовності до вживання ПАР тощо. Значна увага приділяється впливу соціального середовища. Визнається вплив багатьох факторів макрорівня, які посилюють вразливість молодих людей, зокрема: соціальна та економічна неуспішність, бідність, безробіття, зміна соціальних норм та цінностей, руйнування системи охорони здоров'я, зміна каналів обороту наркотиків, торгівля людьми, маргіналізація та дискримінація, міграційні процеси, соціальні конфлікти. Більш детально нас цікавили чинники мікрорівня, які підлягають впливу чи регулюванню з метою пошуку шляхів попередження початку вживання наркотиків, і перш за все ін'єкційних.

Визнаючи необхідність підвищення ефективності дій щодо профілактики поширення нарковживання серед молоді та, зокрема, протидії залученню молоді до споживання ін'єкційних наркотиків, дослідники вважали за доцільне звернути увагу на ту групу молодих людей, яка безпосередньо стикається з СІН і тому розглядається як група, уразлива щодо ризику ініціації ін'єкційного наркоспоживання. Отже, в даному дослідженні під *„уразливими групами“ підлітків та молоді* ми розуміємо підлітків та молодь, які серед своїх друзів чи близьких знайомих мають СІН. Цю групу неможливо описати за допомогою наявних статистичних даних, її важко виокремити за допомогою стандартних процедур, відсутні кількісні оцінки цієї групи. Найбільш адекватним каналом „виходу“ на таку групу є молодь з групи СІН. Саме з цих міркувань було визначено групу СІН до 23 років, що на практиці еквівалентно тому, що СІН мають невеликий стаж вживання<sup>8</sup>. Через цю групу було заплановано забезпечити „вихід“ на вразливі групи підлітків та молоді.

Отже підхід, який взято за основу з метою розробки стратегії попередження початку вживання ін'єкційних наркотиків серед уразливих груп підлітків та молоді, полягав у тому, що дослідження проводиться у двох напрямках. Перший – дослідити роль СІН у залученні не-СІН до ін'єкційного вживання наркотиків. Другий – визначити не-СІН, які перебувають “на межі ризику”, та розробити стратегію втручання з метою “зниження” схильності цих людей перейти на вживання ін'єкційних наркотиків.

Для цього передбачалися такі дослідницькі завдання:

- провести глибинні інтерв'ю з молодими людьми, які мають недавній досвід споживання ін'єкційних наркотиків, задля з'ясування причин, які призвели до початку вживання ін'єкційних наркотиків, та з метою розробки анкети для кількісного дослідження;
- провести кількісне дослідження в чотирьох містах із споживачами ін'єкційних наркотиків та їхніми друзями, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом;
- підготувати методичні рекомендації з вивчення ситуації щодо ризику залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед уразливих груп підлітків та молоді;
- здійснити аналіз факторів, пов'язаних з початком ін'єкційного вживання наркотиків;
- провести тестування підготовленої стратегії втручання через проведення експертних оцінок фахівцями, що не були залучені до реалізації дослідження.

<sup>8</sup> На етапі розробки методології для відбору респондентів передбачався критерій „стаж споживання ін'єкційних наркотиків до трьох років”, але виявилось, що вікового обмеження достатньо і переважна більшість СІН віком до 23 років має невеликий стаж вживання ін'єкційних наркотиків.

## Обґрунтування географії дослідження

*Відбір міст для дослідження здійснювався за такими критеріями:*

- високий показник поширеності вживання наркотиків, зокрема серед молоді віком до 24 років;
- наявність недержавних громадських організацій (НГО), які працюють з СІН;
- наявність пунктів обміну шприців (як стаціонарних, так і мобільних);
- політична підтримка діяльності програм та проектів серед СІН та зацікавленість органів місцевої влади в поліпшенні роботи з протидії епідемії ВІЛ-інфекції.

Після аналізу ситуації, необхідних консультацій та пошуку потенційних партнерів для проведення дослідження було відібрано міста Київ, Одеса, Полтава та Павлоград (Дніпропетровська область). Необхідно зазначити, що кількість офіційно зареєстрованих СІН як на рівні України, так і на рівні окремих міст не відповідає їх реальній кількості, що зумовлено системою реєстрації, нетолерантним та дискримінаційним ставленням суспільства до СІН.

Перша спроба оцінити кількість споживачів ін'єкційних наркотиків на національному рівні була зроблена Центром „Соціальний моніторинг” за підтримки Дитячого фонду Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ), Програми ЮНЕЙДС в Україні та за активної участі представників регіональних проектів у 20 містах країни у 2002 р. (О. Балакірева). Методологія проведення дослідження базувалася на стратегії поєднання кількісних та якісних методик отримання інформації, паралельному використанні різних джерел інформації, триангуляції та верифікації результатів у ході дослідження. Застосовані методи та технології (інтерв'ювання споживачів ін'єкційних наркотиків; інтерв'ювання експертів з числа представників соціального оточення споживачів ін'єкційних наркотиків; аналіз статистичних даних щодо кількості споживачів ін'єкційних наркотиків; вторинний аналіз попередніх поведінкових досліджень; аналіз кількості СІН, охоплених профілактичними програмами зменшення шкоди; “повторне охоплення” або „capture-recapture”; підрахунок загальної кількості споживачів ін'єкційних наркотиків методом коефіцієнтів) дозволили здійснити оціночні розрахунки кількості СІН у 20 містах, серед яких були й Одеса та Полтава, та екстраполяцію даних на міське населення країни. Кількість СІН була оцінена на рівні не менш як 560 тис. осіб [12, с. 32–39].

У таблиці 1 наведені основні характеристики обраних міст.

Міста в даному дослідженні різні за кількістю населення, адміністративним статусом, соціально-економічною та культурною специфікою. Територіально обрані міста належать до Центральної та Південної України, але в соціально-економічному та культурному значенні представляють чотири різних типи. *Охарактеризувати ці типи можна так:*

Київ – столиця, мегаполіс, прогресуючий, мультикультурний центр, якому притаманні високі темпи індустріалізації, інноваційних технологій, інформатизації, інтенсивний та напружений ритм життя, високий рівень міграційних потоків, відчуженості між людьми.

Одеса – портове морське місто, з пляжною естетикою, що асоціюється насамперед з морем, сонцем, відпочинком, релаксацією і оптимістичним настроєм людей. Разом з тим – великий індустріальний та культурний центр, з високим рівнем міграційних потоків. Місто із особливою субкультурою, яка характеризується одеським гумором, високим рівнем самооцінок та інноваційним потенціалом.

Павлоград (Дніпропетровська область) – промисловий, шахтарський, екологічно дестабілізований регіон, якому притаманні напруженість, дефіцит вибору форм відпочинку, “культурна відсталість”, “сірість”, високий рівень алкоголізації дорослого населення і виражене відчуження дітей від батьків (“колапс виховання”, емоційна депривація).

Полтава – невелике, тихе місто, своєрідна “духовна столиця України”, як її іменують через те, що з цих країв родом Котляревський, Гоголь, Сковорода, М'ясоєдов, Кондратюк та інші видатні



культурні та наукові діячі. В Полтаві не виражений промисловий фактор, домінує аграрний сектор та легка промисловість, життя не інтенсивне, немає факторів напруженості.

Таблиця 1

### Характеристика обраних міст

	м. Київ	м. Одеса	м. Павлоград	м. Полтава
<b>Адміністративний статус</b>	<b>Столиця</b>	<b>Обласний центр</b>	<b>Місто обласного підпорядкування</b>	<b>Обласний центр</b>
Загальне населення, осіб	2 566 916	1 010 298	119 672	310 755
Кількість офіційно зареєстрованих СІН в наркологічних установах (на 01.04.2004 р.)*, осіб	8 844	5900	510	1016
Кількість СІН на 100 тис. осіб	343,1	573,3	43,8	330
Оціночні дані кількості СІН, осіб	18–37 тис.***	15–16 тис.** та ***	10 тис.***	8 тис.**
Питома вага молоді (до 24 років включно) серед СІН****	43%	Дані по Одеській обл. – 36%	Дані відсутні (по Дніпр-ській обл. – 47%)	Дані по Полтавській обл. – 20%

\* На момент відбору міст для дослідження.

\*\* Оцінка можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / О. Балакірєва, М. Варбан, О. Яременко та ін. – К.: Центр „Соціальний моніторинг”, 2003. – С. 40.

\*\*\* За результатами дослідження „Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні”, МБФ „Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005 р.

\*\*\*\* Моніторинг поведінки СІН, 2004 р., МБФ „Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”.

### Якісний етап дослідження

Зважаючи на те, що зазначена дослідницька проблема є мало розробленою, окремі спроби локальних досліджень в різних країнах ще не сформовані як методичні напрацювання, що можуть бути використані за основу, виникла потреба проведення „окремого дослідження в межах дослідження”. Фактично було проведено два самостійних дослідження. Перше – якісне, яке дозволило вирішити низку методичних питань та підготувати основний кількісний етап.

**Метою** якісного етапу дослідження було отримати детальну інформацію щодо обставин залучення молоді до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та на основі цих даних розробити інструментарій для проведення кількісного етапу опитування.

**Критеріями відбору респондентів** були вік – до 23 років, тривалість уживання наркотиків – до трьох років. Усі респонденти були активними споживачами ін'єкційних наркотиків, тобто протягом останніх трьох місяців напередодні інтерв'ю вживали наркотики ін'єкційно та на момент опитування не перебували на лікуванні.

У кожному з визначених чотирьох міст були проведені глибинні інтерв'ю з 10 СІН за вимогами, описаними вище, – всього 40 інтерв'ю.

**Рекрутинг респондентів** здійснено головними лікарями наркологічних лікарень у містах проведення досліджень. Для рекрутингу респондентів було складено етнографічні карти по містах.

Для проведення дослідження було спеціально розроблено **інструментарій**: інструкція щодо проведення глибинного інтерв'ю з СІН для інтерв'юера та сценарій проведення глибинного інтерв'ю з СІН.

**Опитувальний лист** включав такі тематичні блоки: демографічні дані, характеристика соціального середовища, перше вживання наркотику ін'єкційним шляхом, друга ін'єкція, залучення інших до ін'єкційного вживання, останнє вживання наркотику ін'єкційним шляхом, структура нарковживання, зміни в житті після початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, друзі та вільний час, сімейне оточення, знання та участь у профілактичних програмах, знання щодо ВІЛ/СНІДу, характеристика групи СІН у місті, планування кількісного етапу дослідження, а також блок, що заповнюється інтерв'юером, – оцінка надійності інформації, оцінка легкості/складності запитань для респондента, загальні коментарі.

**Запис інтерв'ю:** інтерв'юери активно записували відповіді респондентів під час інтерв'ю та робили письмові коментарі відразу по закінченні. Тексти інтерв'ю було перенесено в електронний формат (в програмі Excel), що дало можливість скласти весь спектр відповідей по кожному запитанню.

**Аналіз інтерв'ю:** якісний аналіз текстів інтерв'ю дозволив окреслити ситуацію першої ін'єкції та визначити найбільш типові ситуації; аналіз спектра відповідей на ключові запитання було використано для розробки стандартизованих анкет для СІН та їхніх друзів-не-СІН для кількісного етапу дослідження.

## Кількісний етап дослідження

### Цільові групи дослідження:

1. Молоді споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН) віком до 23 років (*теоретичне завдання – по 200 осіб у кожному з чотирьох міст, всього – 800 СІН; реалізована кількість – 808 респондентів*);
2. Друзі або близькі знайомі СІН, які не вживають ін'єкційні наркотики (не-СІН) (*теоретичне завдання – по 200 осіб у кожному з чотирьох міст, всього – 800 СІН; реалізована кількість – 802 респонденти*).

Додатковим критерієм була контрольна квота щодо респондентів жіночої статі. Орієнтовна квота для жінок складала 25–30%.

### Критерії відбору представників цільових груп:

1. Споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН): вік – до 23 років (на момент проведення інтерв'ю респондентові не повинно виповнитися 24 роки); є активним споживачем (вживання ін'єкційних наркотиків хоча б 1 раз за останні три місяці); на момент проведення інтерв'ю респондент не проходить лікування від наркозалежності та не є учасником будь-якої реабілітаційної програми.
2. Друзі СІН, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом (не-СІН): вік – до 23 років (на момент проведення інтерв'ю респондентові не повинно виповнитися 24 роки). Передбачалося, що друзі можуть уживати наркотики не ін'єкційним шляхом або не бути споживачами наркотиків узагалі, хоча цей критерій не контролювався під час рекрутингу.

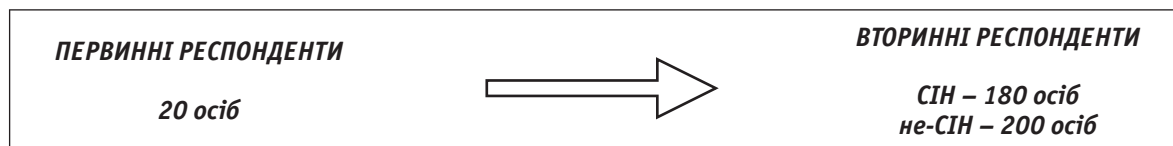
## Характеристика вибіркової сукупності та її реалізація

У кожному місті дослідження реалізувалася самостійна вибірка сукупності СІН та через них – не-СІН (див. рис. 1). Реалізація вибіркової сукупності здійснювалася за методикою **RDS** (respondent-driven sampling), тобто **вибірка, що направляється і реалізується самими респондентами**<sup>9</sup>.

Згідно з методикою RDS, респонденти складаються з двох категорій – первинних та вторинних (рис.1).

<sup>9</sup> Методика RDS була розроблена на початку 1990-х рр. професором Дугласом Гекаторном (Douglas Heckathorn). Методику RDS розроблено, щоб зменшити обмеження інших форм реалізації вибіркової сукупності та охопити значно ширше коло респондентів. Відбір респондентів проводиться за допомогою соціальних зв'язків осіб, які беруть участь у реалізації методики RDS.





**Рис. 1. Схема вибіркової сукупності в кожному місті**

**Первинні респонденти** – респонденти-СІН, рекрутинг яких здійснюється представниками різних структур, котрі мають доступ до цільової групи дослідження. Такими структурами можуть бути громадські організації (в тому числі регіональні представництва ЛЖВ), пункти обміну шприців (стаціонарні, польові), заклади охорони здоров'я (наркологічні диспансери, центри профілактики та боротьби зі СНІДом, інфекційні відділення лікувальних установ), центри соціальних служб для молоді тощо.

Респонденти, які брали участь на якісному етапі дослідження, могли бути первинними респондентами на кількісному етапі дослідження.

**Вторинні респонденти** – учасники опитування, рекрутинг яких здійснюється самими респондентами-СІН. Тобто кожному респонденту-СІН, який відповів на запитання анкети, пропонується далі виступити в ролі рекрутера. Всі респонденти, крім первинних (СІН і не-СІН), які рекрутовані СІН, є вторинними.

#### **Технологія рекрутингу первинних респондентів**

Рекрутинг первинних респондентів (20 осіб) у кожному місті здійснювався представниками громадських організацій за критеріями відбору, зазначеними вище. Завдання стояло, щоб первинні респонденти представляли різні соціальні групи, тобто відрізнялися за такими параметрами: рівень матеріальної забезпеченості; соціальний статус; рівень освіти; місце проживання (район, мікрорайон міста); корінні жителі/приїжджі; до 25% мали складати жінки. Під час проведення рекрутингу особлива увага приділялася *готовності первинних респондентів до співпраці* (умовою обрання респондента первинним була його готовність взяти активну участь у проведенні рекрутингу вторинних респондентів), тому що від них у значній мірі залежить ефективність реалізації методики RDS.

Аналіз рекрутингу первинних респондентів свідчить<sup>10</sup>, що первинними респондентами виконавці на місцях обирали молодих людей, яких вони добре знали та які довіряли їм (*„За принципом взаємної симпатії: ці люди мене давно знають, дуже добре до мене ставляться, не лише як до психолога, але й як до людини“*). Рекрутери первинних респондентів зазначили, що вони орієнтувалися на можливість через первинних респондентів вийти на молодіжну підгрупу СІН, у тому числі серед учнівської та студентської молоді. Працівники стаціонарних пунктів обміну шприців переважно обирали первинними респондентами тих, хто був клієнтами програми (*„Це люди, яких я бачу кожен день, з якими я працюю“*). Аутріч-працівники вказували, що вибирали тих, хто має зв'язки та вплив у середовищі потенційних респондентів, *„пацанят, які можуть командувати іншим“*, *„... за ким може потягнутися ланцюжок“*. Деякі інтерв'юери вказували, що вони обирали респондентів, які на той момент не перебували під дією наркотику. Взагалі, особливих проблем у ході проведення рекрутингу первинних респондентів у м. Києві не виникало, відмов практично не було. Однак виникали ситуації, коли первинні респонденти погоджувалися виступити рекрутером вторинних, але не приводили своїх друзів для участі в інтерв'ю. Як зазначив один з волонтерів: *„Це звичайна поведінка для наркоманів“*. Деякі респонденти в Одесі сумнівалися в анонімності опитування, боялися розголосу, в тому числі того, що дані потраплять в органи внутрішніх справ (*„Вони часто запитували, як буде проводитися анкетування, чи будуть дані кудись передаватися“*). Але після роз'яснення, що опитування анонімне і не потрібно

<sup>10</sup> Дана інформація подається на основі результатів фокус-груп з інтерв'юерами та рекрутерами первинних респондентів, проведених в усіх містах, де реалізовувався проект. In what follows, the quotations from the texts of focus groups are given by italics.

надавати особисті дані, респонденти погоджувалися взяти участь в інтерв'ю. У Павлограді більш проблемно відбувався рекрутинг первинних респондентів. Оскільки це маленьке місто, респонденти боялися розголосу інформації. Були випадки, коли респонденти відмовлялися пройти інтерв'ю через страх були поставленим на облік в наркологічний диспансер. Також боялися, що батьки можуть дізнатися (*„У більшості випадків близькі навіть не підозрювали, що їхні діти живають наркотики“*). У Полтаві деякі респонденти відмовлялися взяти участь в інтерв'ю також через страх розголосу, особливо серед тих, хто навчається в професійно-технічних училищах, вищих навчальних закладах. Були окремі випадки, коли СІН після обміну шприців поспішав вжити наркотик (*„все стигне“*), але погоджувався прийти для участі в інтерв'ю через декілька годин або наступного дня. Первинні респонденти, як правило, не відмовлялися запросити своїх друзів до участі в інтерв'ю, оскільки вони були матеріально зацікавлені. За здійснення рекрутингу кожного наступного респондента (як СІН, так і не-СІН), який відповідає встановленим вимогам та пройшов інтерв'ю, респондент отримував винагороду.

### **Технологія рекрутингу вторинних респондентів**

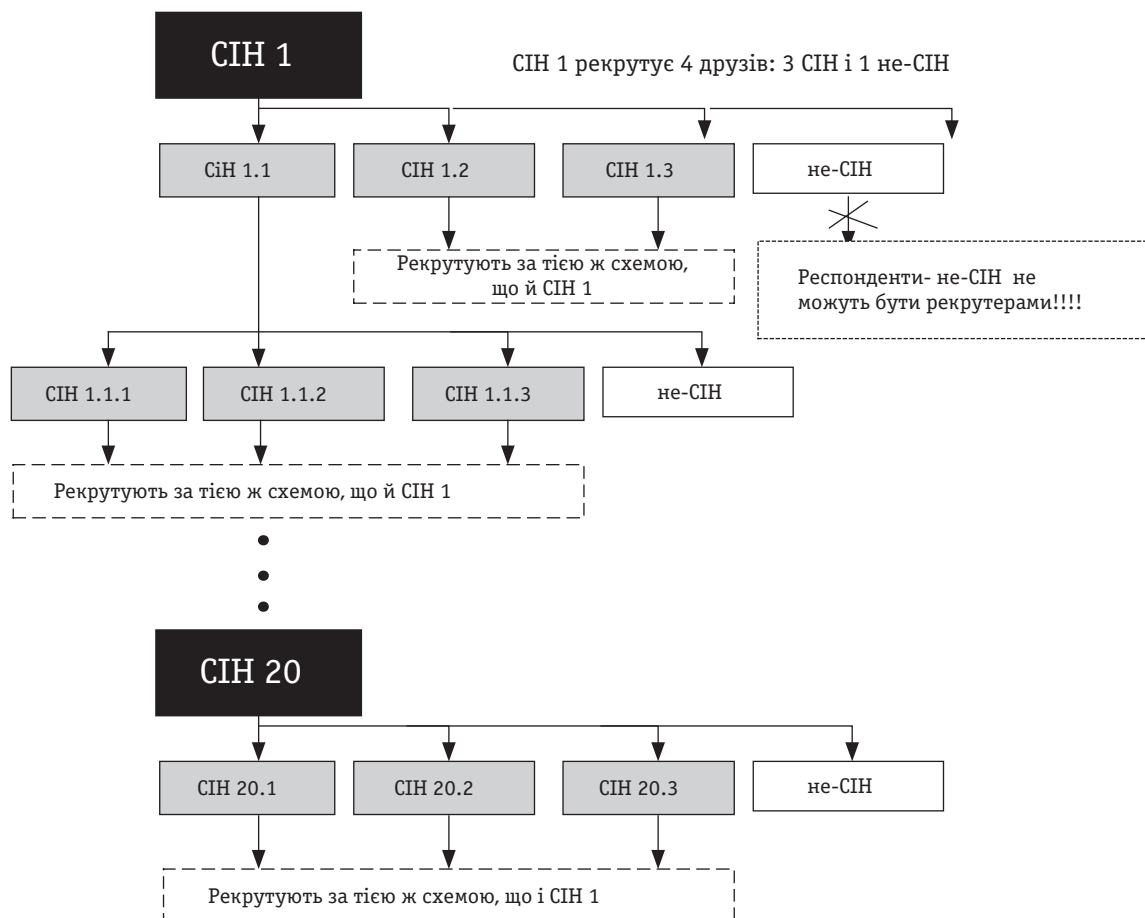
1. Після проведення інтерв'ю з первинним респондентом йому пропонують запросити для участі в опитуванні своїх друзів (добрих знайомих) – 3 СІН і 1 не-СІН. Вони повинні відповідати критеріям добору. Таким чином, первинний респондент виступає в ролі рекрутера.
2. У разі згоди респондента, інтерв'юєр проводить з ним інструктаж для рекрутерів і видає купони учасника (3 купони для СІН і 1 – для не-СІН).
3. Кожен респондент (як СІН, так і не-СІН), який прийшов за запрошенням первинного респондента-СІН, вважається вторинним.
4. Після проведення інтерв'ю з вторинними респондентами-СІН їм також пропонується стати рекрутерами. Респонденти-СІН, які прийшли від них, є вторинними, і їм у свою чергу пропонується виступити в ролі рекрутерів. У разі згоди респондента, інтерв'юєр проводить з ним інструктаж для рекрутерів і видає купони учасника (3 купони для СІН і 1 – для не-СІН).
5. За здійснення рекрутингу кожного наступного респондента (як СІН, так і не-СІН), який відповідає встановленим вимогам та пройшов інтерв'ю, респондент отримував винагороду.
6. Респонденти-не-СІН не беруть участь у рекрутингу.

На рисунку 2 представлено теоретичну схему здійснення рекрутингу вторинних респондентів. На рисунку 3 зображені приклади реальних „ланцюжків” рекрутингу за методологією RDS у місті Одесі. У додатку 1 наведені таблиці та діаграми, які ілюструють результати рекрутингу за методикою RDS груп СІН та їхніх друзів-не-СІН у різних містах – учасниках дослідницького проекту.

**Аналіз рекрутингу** вторинних респондентів<sup>11</sup> засвідчив досить високий рівень згоди. Інтерв'юєри в Києві зазначали, що частина респондентів не відмовлялися виступити в ролі рекрутерів, а висловлювали побоювання, чи зможуть вони запросити трьох СІН, оскільки опитування проводилося *„... в період активного споживання ін'єкційних наркотиків: опіатів, макової соломки – сезон. Багато з них просто їхали на промисел, лише незначна частина перебували в ремісії”*. На запитання „Як ви переконували молодь залучати до опитування своїх друзів?” інтерв'юєри в Одесі відповіли: *„Переконували? А їх не треба було переконувати. З першого дня як повалили, тільки встигай обслуговувати. Взагалі в місті проводиться багато проектів – американці, голландці, – і люди знають, що якщо проект, то це матеріально заохочується. Тому вони готові, вони йдуть, як на роботу. Вони могли приходити сюди, а на вулиці стояли люди, їх тут же хапали за руку і тягли до себе.”* Більшість респондентів в усіх містах цікавилися темою дослідження, в тому числі тим, хто його проводить та фінансує та куди „підуть” отримані дані. Деякі респонденти запитували, де можна буде прочитати інформацію про результати дослідження. Також респондентів цікавило, чи будуть проводитися аналогічні дослідження в майбутньому та яка буде винагорода за участь у них. Основною мотивацією до участі в інтерв'ю та здійсненні рекрутингу для

<sup>11</sup> Дана інформація подається на основі результатів проведених в усіх містах, де реалізовувався проект, фокус-груп з інтерв'юєрами та рекрутерами первинних респондентів.

респондентів була фінансова зацікавленість. Молоді люди, які є учнями або студентами навчальних закладів, частіше відмовлялися запросити до участі в інтерв'ю своїх знайомих. Це пов'язано з тим, що їхні друзі та знайомі досить часто не знають про те, що вони є споживачами наркотиків, а з іншими споживачами (крім особи, яка виступила його рекрутером) вони не спілкуються.



Первинні респонденти : CIN 1 ... CIN 20.

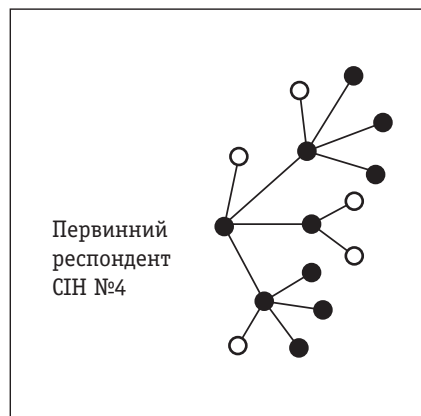
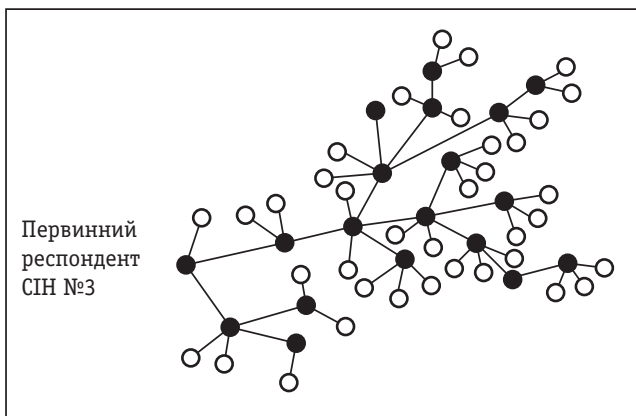
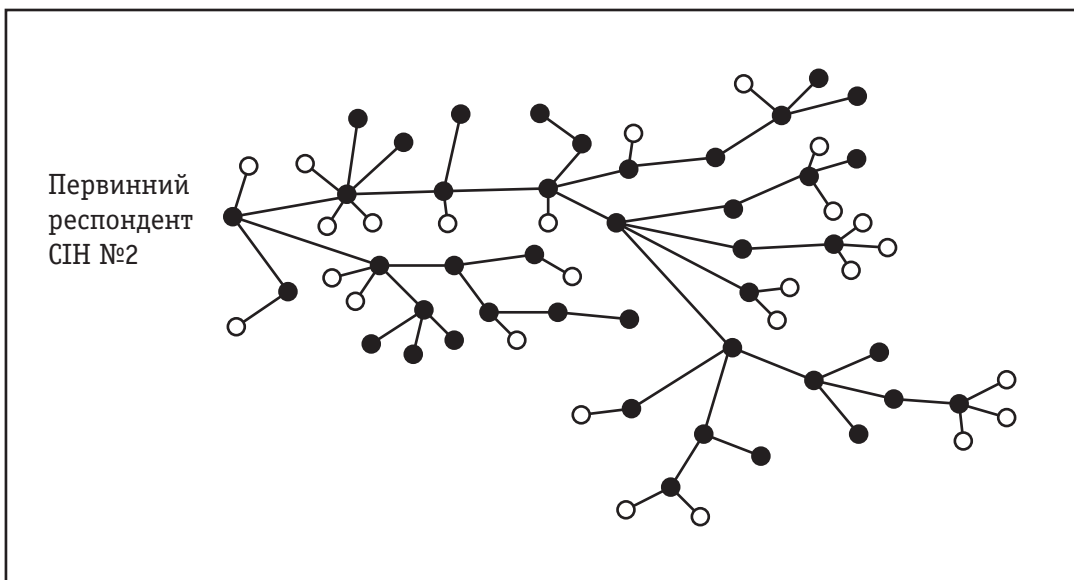
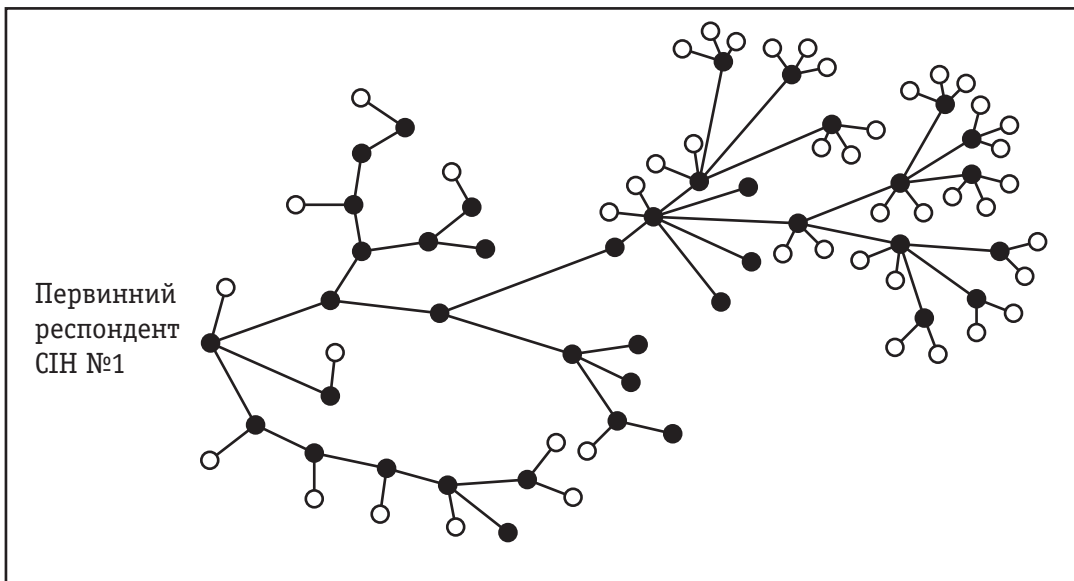
**Рис. 2. Теоретична схема здійснення рекрутингу**

### **Система купонів RDS**

У зв'язку із тим, що, згідно з технологією, вибірка реалізується самими респондентами, було використано нейтральну назву дослідження – „Молодіжне опитування” (з метою формування толерантного ставлення до дослідження та щоб не відштовхувати потенційних респондентів від участі), інформаційні листівки, **систему купонів**<sup>12</sup> та **електронну картотеку**.

Система купонів дозволила стандартизувати нумерацію респондентів та вести облік зв'язків „рекрутер–рекрутований”, забезпечити ідентифікацію вторинних респондентів, надати стандартну інформацію про дослідження та про забезпечення анонімності всім потенційним респондентам. Аналіз використання системи купонів свідчить, що потрібен спеціальний інструктаж для інтерв'юерів та для респондентів, які погоджуються виступати рекрутерами. Але купони цілком виправдовують себе як елемент технології RDS.

<sup>12</sup> **Купон учасника** – це «запрошення» для участі в інтерв'ю. У даному опитуванні використовуються два види купонів учасника: для респондентів-CIN та не-CIN. Купони для CIN і не-CIN відрізнялися за кольором і дизайном (наявністю зображення). Зважаючи на те, що представники цільової групи – молоді люди, більшість з яких приховують факт уживання наркотиків від батьків (або інших людей), на купонах учасників зазначена робоча назва проекту – «Молодіжне опитування». Купон містив також інформацію про місце проведення опитування (адреса, телефон) та час, коли можна прийти на інтерв'ю.



● Вторинний респондент СІН    ○ Вторинний респондент не-СІН

Рис. 3. Приклад реалізованих „ланцюжків” рекрутингу респондентів-СІН та не-СІН у м. Одесі

До початку дослідження значна частина інтерв'юерів<sup>13</sup> вказувала, що респонденти будуть губити, забувати купони. Потім інтерв'юери в Одесі зазначали: *„Вони берегли їх, як зіницю ока”, „Вони навіть продавали купони один одному”, „Для них це були гроші. Вони носили купони в гаманці разом з грошима.”* Інтерв'юери навіть казали, що СІН намагалися вкрасти купони, якщо вони лежали на столі під час проведення інтерв'ю. Респонденти в Полтаві боялися, що вони загублять купон учасника та відповідно не зможуть отримати винагороду (*„...спосіб життя такий: сьогодні тут, завтра там. Хай краще купон у тебе полежить”*). У Києві були випадки, коли респонденти приходили на інтерв'ю без купона, в такому випадку інтерв'юери намагалися відновити зв'язок між респондентом та його рекрутером за допомогою *„генеалогічного дерева”*, де фіксували, хто від кого прийшов (у тому числі номер респондента, рекрутера, а також ім'я або кличку). Якщо це не вдавалося зробити, інтерв'ю не проводили, але таких випадків було небагато. В Одесі випадків, коли на інтерв'ю приходили без купона, практично не було, тому що респонденти знали, що це обов'язкова умова для участі в опитуванні. У разі якщо купон забували, то йшли по нього і поверталися вже з купоном. Після того як СІН отримували купони, то *„тут же галопом приводили своїх друзів і стояли тут, щоб отримати гроші. А наступні, у свою чергу, хотіли вже скоріше пройти анкетування, щоб побігти за іншими”*. У Павлограді всі респонденти приходили з купоном, іноді забували купон вдома, але потім поверталися вже з купоном, лише після цього з ними проводили інтерв'ю. Часто рекрутер приходив разом зі знайомими, яких він запросив на інтерв'ю, *„щоб підстрахуватися, що людина дійшла”*. Але інтерв'юери вказували, що вони *„дуже переживали, чи принесуть вони купон, це такі непередбачувані люди”*. У Полтаві досить часто були випадки, коли респонденти приходили на інтерв'ю без купона. Щоб запобігти цьому, на початку дослідження всі інтерв'юери навіть видавали респондентам копію купонів, вели окремі зошити для фіксації номерів купонів та малювали *„піраміди”*. Респонденти приходили без купона, тому що губили їх, *„по халатності”*. У такому випадку, як правило, респондент приходив з рекрутером, який підтверджував, що саме він запросив його до опитування.

Інтерв'юери пропонували зробити розмір купона меншим, щоб він вміщався в паспорт, гаманець, та виготовляти купони з більш щільного матеріалу, можливо, використовувати ламінування, щоб їх не можна було згорнути. Це пов'язано з тим, що були випадки, коли респонденти повертали купони і було видно, що в них загортали наркотичні речовини, а також були сліди крові, жувальної гумки.

**Електронна картотека** респондентів була розроблена спеціально для даного дослідження з метою забезпечення обліку опитаних. Електронний облік (база даних респондентів) забезпечував такі основні функції: фіксація ланцюжків *„хто кого залучив до опитування”*, що є важливим для використання RDS Analysis Tool; контроль за тим, щоб уникнути дублювання і не опитувати двічі одну особу; контроль за процесом реалізації вибіркової сукупності та структурою опитаних. Оскільки опитування було анонімним, для того щоб прослідкувати за тим, що один респондент не опитаний двічі, та проаналізувати довжину ланцюга рекрутингу, була розроблена спеціальна електронна база даних. Організатори опитування в регіонах вносили в цю базу особисті дані респондентів, а саме: ініціали, дату народження (повну), чи народився респондент в місті, де проводилося дослідження, стать. У базі також фіксувався індивідуальний номер респондента (номер купона) та особи, яка виступила рекрутером (номер купона рекрутера). Ці дані було використано як критерії ідентифікації.

**Місце проведення інтерв'ю** – персональні інтерв'ю проводилися в спеціально визначених місцях (приміщеннях громадських організацій, пунктах обміну шприців, центрах соціальних служб для молоді).

<sup>13</sup> Дана інформація подається на основі результатів фокус-груп з інтерв'юерами та рекрутерами первинних респондентів, проведених в усіх містах, де реалізовувався проект.

**Інструментарій дослідження** – до інструментарію дослідження входили: два види купонів (для СІН та їхніх друзів, які не є СІН), методичні рекомендації організаторам з проведення дослідження, інструкція для інтерв'юєрів, для рекрутерів первинних та вторинних респондентів (кожна інструкція окремим документом), картка інтерв'юєра, електронна база обліку респондентів та інструкція роботи з нею, дві анкети – „Основна анкета” для респондентів-СІН та „Анкета для друзів” (відрізнялась як назвою, так і дизайном – мала зображення підлітків) для респондентів-не-СІН.

**Тематичні блоки анкет:**

Основна анкета (СІН)	Анкета для друзів (не-СІН)
<i>Блок А. Демографічні дані та відбір респондентів</i>	
<i>Блок Б. Перше вживання наркотиків ін'єкційним шляхом</i>	<i>Блок Б. Практика вживання неін'єкційних наркотиків</i>
<i>Блок В. Друге вживання наркотиків ін'єкційним шляхом</i>	<i>Блок В. Ставлення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом</i>
<i>Блок Г. Ініціація вживання ін'єкційних наркотиків інших людей</i>	–
<i>Блок Д. Структура вживання ін'єкційних наркотиків у теперішній час, зміни в житті після початку вживання ін'єкційних наркотиків</i>	–
<i>Блок Е. Знання та джерела інформації про вживання наркотиків, безпечний секс, ВІЛ/СНІД</i>	
<i>Блок Ж. Про здоров'я</i>	
<i>Блок І. Друзі та вільний час</i>	
<i>Блок К. Ваша родина</i>	
<i>Блок Л. Профілактичні програми</i>	

**Бази даних за результатами опитування**

За результатами опитування СІН та їхніх друзів (не-СІН) було створено дві окремих бази даних (для СІН та для не-СІН) та об'єднану базу даних для всіх опитаних респондентів (в програмі SPSS). Бази даних підготовлені з описом змінних та значень змінних у різних варіантах: українською та англійською мовами. Бази даних містять відповіді на всі запитання анкети, а також номери купонів респондентів та номери купонів рекрутерів, що забезпечує можливість використовувати для аналізу RDS Analysis Tool.

**Аналіз даних**

Для аналізу даних використані стандартні можливості програми SPSS (лінійний розподіл, групування, крос-табуляції, кореляційний та регресійний аналіз). Крім того, для ключових (з точки зору цілей та завдань дослідження) змінних було застосовано weighting – процедуру із коефіцієнтами зважування, що надає RDS Analysis Tool для кожної окремої змінної. (Таблиці результатів розрахунків у програмі SPSS, коефіцієнти зважування, які пропонує RDS Analysis Tool, та результати після зважування див. у додатку № 1.)

Аналіз результатів здійснено також залежно від статі та віку респондентів і за окремими містами дослідження.

## **Підсумок**

Уперше в Україні розроблено інструментарій для опитування молодих початкуючих СІН та їхніх друзів (близьких знайомих), які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом.

Загалом, на початку дослідження більшість регіональних виконавців були досить скептично налаштовані щодо здійснення рекрутингу за методикою RDS. Працівники громадських організацій вважали, що нереально опитати таку кількість молодих СІН та їхніх друзів – неспоживачів ін'єкційних наркотиків за встановлений період часу. Проте отриманий результат (1610 опитаних за 5 тижнів) перевищив навіть найбільш оптимістичні очікування. Інтерв'юери зазначали, що навіть після того, як потрібну кількість респондентів було опитано, нові СІН та їхні друзі ще довго приходили, щоб взяти участь в опитуванні. Завдяки використанню методики RDS для рекрутингу респондентів удалося вийти на латентну групу молодих СІН.



# Розділ 1. Соціальний портрет респондентів

Цільові групи дослідження склали молоді споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН) віком до 23 років (включно) та їхні друзі/близькі знайомі, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом (не-СІН) тієї ж вікової когорти. Опитано всього 808 СІН та 802 не-СІН у чотирьох містах України – Київ, Одеса, Павлоград та Полтава. За результатами рекрутингу (з використанням RDS-технології) виявилось, що цільова група не-СІН складається з двох досить представницьких підгруп молоді – тих, хто не вживає нелегальних наркотиків узагалі (N = 326), та тих, хто має досвід вживання наркотиків неін'єкційним шляхом (N = 476) (див. рис. 1.1).

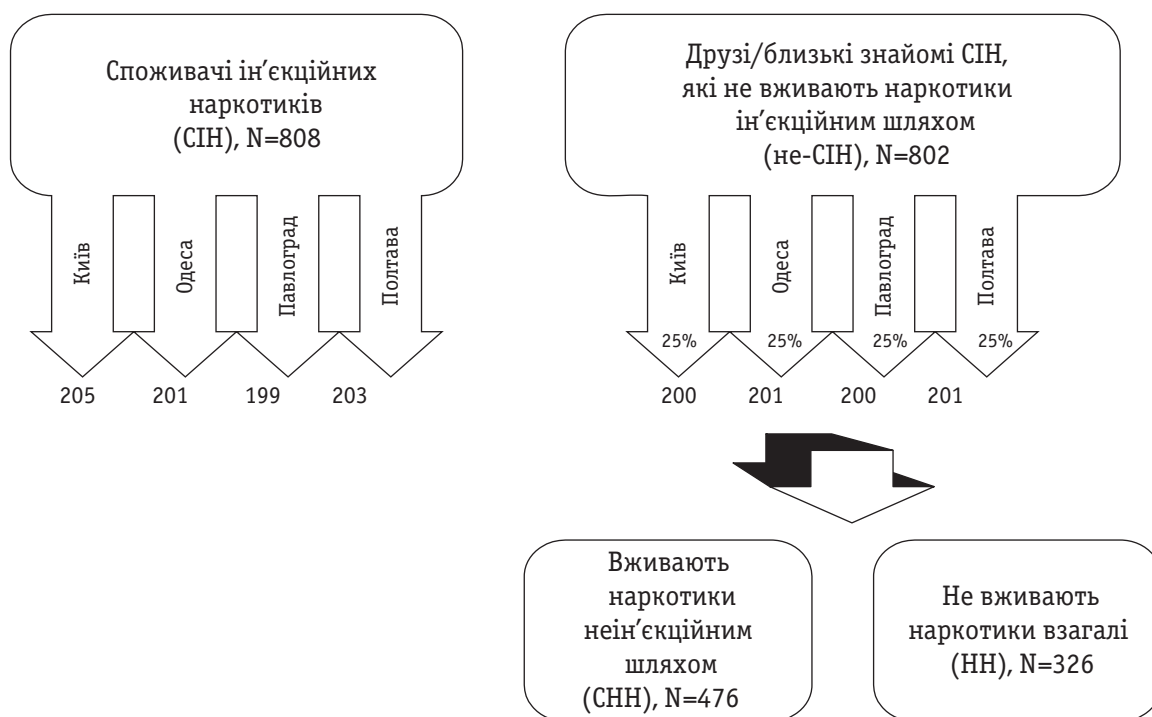


Рис. 1.1. Структура вибіркової сукупності дослідження, за містами опитування

Для інтерпретації отриманих результатів та використання даних у розробці стратегій профілактики ініціації вживання наркотиків ін'єкційним шляхом важливо надати базові характеристики опитаних. Цей розділ надає описовий аналіз соціального портрета опитаних, дозволяє з'ясувати, що спільного між виокремленими групами молоді та яка саме молодь належить до кожної з них.

Серед друзів СІН, які не є споживачами ін'єкційних наркотиків, питома вага молодих людей, які вживають наркотики неін'єкційним шляхом, виявилася досить різною у різних містах дослідження: найбільше – в м. Києві – 155 осіб, у м. Павлограді – 143 особи, у м. Полтаві – 104, і найменше в м. Одеса – 74 особи.

Серед респондентів – друзів СІН підгрупа тих, хто взагалі не вживає наркотичні речовини (НН), так само як і СНН, нерівномірно представлена у різних містах: в Одесі – 127 респондентів, Полтаві – 97 осіб, Павлограді – 57 та Києві – 45 осіб.



## Структура респондентів за віком та статтю

Структура респондентів СІН, СНН та НН за статтю та віком представлена у таблиці 1.1.

Серед опитаних молодих СІН жінки склали 22,5%. Наймолодшим серед опитаних СІН – 12 років (нижня вікова межа респондентів не встановлювалася під час рекрутингу), найстаршим респондентам – 23 роки, що обумовлено критеріями відбору респондентів. Серед опитаних СІН питома вага неповнолітніх (тим, кому ще не виповнилося 18 років) склала 11%, це в основному підлітки 16–17 років. Середній вік опитаних – 20,6 року.

Серед СНН жінки склали 31%. Середній вік опитаних чоловіків становить 19,9 року, жінок – 20,5. Найменший вік респондентів-СНН – 13 років.

Жінки складають 44% серед опитаних НН. Середній вік респондентів становить 19,5 року.

Таблиця 1.1

Три групи респондентів за статтю і віком, %

	СІН	СНН	НН
	Стать		
Чоловіки	78	69	56
Жінки	22	31	44
	Вік		
12–15 років	2	5	5
16–17 років	8	16	16
18–19 років	17	18	27
20–21 рік	27	31	25
22–23 роки	46	30	27

## Рівень освіти респондентів

Важливою характеристикою молодих СІН є рівень освіти. Згідно із законодавством України базова середня освіта є обов'язковою та безкоштовною для всіх громадян України. Базову середню освіту досліджувана група молоді мала б здобути у віці 14–15 років, отже аналізувати освітній рівень молоді доцільно, починаючи з 16-річного віку<sup>14</sup>.

Переважає більшість 16–17-річних респондентів отримали базову або повну середню освіту. У даній групі респондентів 25% (N=16) ще не закінчили 9 класів, це переважно діти з сімей, в яких батьки зловживають алкоголем, а також діти вулиці. У віковій групі 18–19 років більшість опитаних (63%) закінчили загальноосвітню школу, більше третини мають неповну середню освіту (більшість із них навчаються в професійно-технічних училищах). Аналогічна тенденція спостерігається і серед опитаних віком 20–21 та 22–23 роки. Кожен десятий (11%) опитаний СІН віком 22–23 роки має вищу освіту (див. табл. 1.2).

Вищу освіту на момент опитування мав кожен п'ятий (26%) опитаний СНН у віці 22–23 роки. У віковій групі 18–19 років більшість опитаних (69%) отримали повну загальну середню освіту. У віковій групі 20–21 рік – 71% закінчили загальноосвітню школу, 12% мають вищу освіту (див. табл. 1.2).

Переважає більшість респондентів-НН по досягненні 16-річного віку здобуває базову середню освіту та продовжує підвищувати свій освітній рівень.

Серед опитаної молоді більш високий освітній рівень, як і передбачалося, виявився у молоді, яка не вживає наркотики ін'єкційним шляхом. Свій освітній рівень більшість опитаних виз-

начили як повна загальна середня (або професійно-технічна) освіта (11 класів тощо). У цілому цей відсоток майже однаковий серед СІН, СНН, НН (відповідно 58, 57 та 52%). Близько чверті опитаних в усіх визначених підгрупах зазначили, що мають базову (неповну) середню освіту (повних 9 класів) – 21% СІН, 24% СНН, 30% НН.

Таблиця 1.2

**Рівень освіти респондентів-СІН залежно від віку та статі, %**

	12–15 років	16–17 років	18–19 років	20–21 рік	22–23 роки	Чол.	Жін.
<b>СІН N=759, осіб</b>	<b>13</b>	<b>64</b>	<b>133</b>	<b>204</b>	<b>345</b>	<b>596</b>	<b>163</b>
Початкова освіта (менше 9 класів)	77	25	5	6	5	7	11
Базова (неповна) середня освіта (9 класів)	23	45	27	19	18	22	24
Повна загальна середня освіта (11 класів або ПТНЗ)	-	30	63	68	66	63	57
Вища освіта (базова, повна)	-	-	5	7	11	8	8
<b>СНН N=476, осіб</b>	<b>26</b>	<b>77</b>	<b>84</b>	<b>148</b>	<b>141</b>	<b>327</b>	<b>149</b>
Початкова освіта (менше 9 класів)	58	10	5	1	4	6	9
Базова (неповна) середня освіта (9 класів)	42	60	24	16	9	22	27
Повна загальна середня освіта (11 класів або ПТНЗ)	-	30	69	71	61	59	53
Вища освіта (базова, повна)	-	-	2	12	26	13	11
<b>НН N=326, осіб</b>	<b>16</b>	<b>52</b>	<b>87</b>	<b>82</b>	<b>89</b>	<b>181</b>	<b>145</b>
Початкова освіта (менше 9 класів)	63	11	7	4	3	7	10
Базова (неповна) середня освіта (9 класів)	37	60	38	22	12	27	34
Повна загальна середня освіта (11 класів або ПТНЗ)	-	29	54	60	67	58	46
Вища освіта (базова, повна)	-	-	1	14	17	8	10

**Сімейний статус респондентів-СІН**

Із загальної кількості респондентів-СІН, СНН, НН переважна більшість ніколи не перебували у шлюбі, що пов'язано, передусім, із юним віком опитаних. Молоді чоловіки, на противагу молодим дівчатам віком до 24 років, рідше вступають у шлюб (у т. ч. незареєстрований), що відображає загальну тенденцію в Україні – жінки у більш ранньому віці, ніж чоловіки, вступають у шлюб. За Сімейним кодексом України право вступати у шлюб для чоловіків настає у віці 18 років, а для жінок – у віці 17 років. Дівчата, на противагу юнакам, у більш ранньому віці набувають досвіду сімейного життя, здебільшого у формі незареєстрованого шлюбу. Молодь, яка не вживає наркотики ін'єкційним шляхом, частіше оформляє шлюб офіційно порівняно з ровесниками-СІН (див. табл. 1.3).

Таблиця 1.3

## Сімейний статус респондентів-СІН за статтю та віком, %

	СІН – чоловіки (N=628)					СІН – жінки (N=145)				
	12–15 років	16–17 років	18–19 років	20–21 рік	22 –23 роки	12–15 років	16–17 років	18–19 років	20–21 рік	22 –23 роки
<b>N=803</b>	14	49	109	157	299	4	20	26	56	69
Ніколи не перебували у шлюбі	100	96	94	84	69	100	80	69	55	51
Одружені, проживають разом	-	2	1	2	7	-	-	-	5	4
Одружені, проживають окремо/розлучені	-	2	1	3	11	-	-	4	11	16
Незарєєстрований шлюб	-	-	4	11	13	-	20	27	29	29

	СНН – чоловіки (N=327)					СНН – жінки (N=149)				
	12–15 років	16–17 років	18–19 років	20–21 рік	22–23 роки	12–15 років	16–17 років	18–19 років	20–21 рік	22–23 роки
<b>N=476</b>	15	49	58	99	106	11	28	26	49	35
Ніколи не перебували у шлюбі	100	100	95	84	76	100	93	84	74	60
Одружені, проживають разом	-	-	-	5	11	-	4	8	8	3
Одружені, проживають окремо, розлучені	-	-	-	1	5	-	-	4	6	14
Незарєєстрований шлюб	-	-	5	10	8	-	3	4	12	23

	НН – чоловіки (N=181)					НН – жінки (N=145)				
	12–15 років	16–17 років	18–19 років	20–21 рік	22 –23 роки	12–15 років	16–17 років	18–19 років	20–21 рік	22–23 роки
<b>N=326</b>	9	20	44	49	59	7	32	43	33	30
Ніколи не перебували у шлюбі	100	100	93	76	71	100	94	88	64	43
Одружені, проживають разом	-	-	-	8	10	-	-	2	6	30
Одружені, проживають окремо, розлучені	-	-	-	8	-	-	-	2	18	10
Незарєєстрований шлюб	-	-	7	8	19	-	6	7	12	17

## Зайнятість респондентів

Дуже важливою характеристикою опитаних СІН є те, що 56% вчаться або працюють (18% вчаться за денною формою навчання, 7% – на вечірніх або заочних відділеннях, 35% працюють), а 44% не вчаться і не працюють (див. табл. 1.4). Серед опитаних СНН 85% навчаються або працюють: 54% вчаться (41% – на денному відділенні, 4% – на вечірньому, 9% – заочно) і 44% працюють (31% оформлені офіційно та 13% працюють без офіційного оформлення стосунків з роботодавцем).

Серед опитаних друзів СІН, які взагалі не вживають наркотики, більше половини навчалися: 48% за денною формою навчання, 2% – за вечірньою та 7% – на заочній формі. Працювали 34% опитаних, з них 18% були офіційно оформлені на робочому місці, а 16% – ні. Неповнолітня молодь зайнята, переважно, навчанням: 77% серед 12–17-річних НН на момент опитування навчалися, а 15% були не зайняті ні навчанням, ні роботою. Серед молоді 18–23 років 53% опитаних навчаються, в т. ч. 14% поєднують навчання з роботою, 27% працюють та п'ята частина (20%) не зайняті ні навчанням, ні роботою. Таким чином, 41% серед опитаних повнолітніх НН працюють, більшість із них зайняті як некваліфіковані робітники та робітники, які не потребують високої кваліфікації. Молоді жінки вдвічі рідше поєднують навчання з роботою (відповідно 14% дівчат та 28% юнаків) та частіше за юнаків не зайняті ні роботою, ні навчанням (див. табл. 1.4). Загалом, 81% з цієї групи респондентів віднесені до зайнятих, а 19% не навчаються і не працюють.

Таблиця 1.4

### Зайнятість респондентів з різних груп: СІН, СНН та НН за статтю та віком, %

	Чол.	Жін.	12–17 років	18–23 роки	Серед усіх
<b>СІН</b>	<b>N=634</b>	<b>N=174</b>	<b>N=86</b>	<b>N=722</b>	<b>N=808</b>
Навчається або працює	58	49	63	55	56
Не навчається та не працює	42	51	37	45	44
<b>СНН</b>	<b>N=327</b>	<b>N=149</b>	<b>N=103</b>	<b>N=373</b>	<b>N=476</b>
Навчається або працює	87	80	82	86	85
Не навчається та не працює	13	20	18	14	15
<b>НН</b>	<b>N=181</b>	<b>N=145</b>	<b>N=67</b>	<b>N=259</b>	<b>N=326</b>
Навчається або працює	86	75	85	80	81
Не навчається та не працює	14	25	15	20	19

Серед тих респондентів, що навчаються, більшість відвідує денну форму навчання. Більшість респондентів, що брали участь у дослідженні, навчаються або працюють, хоча 44% СІН не працюють і не навчаються. Працюючими на момент проведення опитування виявилися 35% серед СІН та 40% серед не-СІН. Як правило, респонденти всіх цільових груп зайняті на ринку праці як некваліфіковані робітники.

## Джерела фінансової підтримки та рівень матеріального забезпечення

Основними джерелами матеріального забезпечення є гроші батьків та інших родичів, для тих, хто працює, – заробітна плата, випадкові заробітки. Четверть СІН вказали також на продаж особистих речей, неповнолітні вдаються до жебракування (12% серед 12–17-річних СІН вказали на це), дівчата та молоді жінки – до надання платних секс-послуг (26% СІН жіночої статі). Крім того, близько 40% молодих СІН час від часу просять гроші у друзів та знайомих, третина опитаних вдаються до крадіжок.

Основними джерелами матеріального забезпечення СНН є гроші батьків та інших родичів, для тих, хто працює, – заробітна плата, випадкові заробітки. Третина неповнолітніх та кожний п'ятий серед повнолітніх отримують стипендії. Майже половина бере в борг у друзів та знайомих; 43% серед 12–17-річних та 18% молодих повнолітніх СНН час від часу просять гроші у друзів та знайомих. На продаж особистих речей вказали 15% неповнолітніх та 6% серед 18–23-річних СНН. 12% серед неповнолітніх вдаються до жебракування. До крадіжок вдаються 13% серед 12–17-річних СНН та 7% більш старшої молоді. Більше 10% дівчат та молодих жінок, а також 3% неповнолітніх хлопців, серед джерел матеріально забезпечення назвали надання платних секс-послуг.

Серед основних джерел матеріального забезпечення НН незалежно від віку та статі найчастіше згадувалася грошова допомога батьків – 85% серед неповнолітніх та 76% серед старшої групи зазначили цей варіант відповіді. Ще 58% 12–17-річної молоді та 47% 18–23-річних покладаються на допомогу інших родичів. Загалом повнолітня молодь порівняно з неповнолітніми значно частіше серед основних джерел матеріального забезпечення називала заробітки: відповідно 55 та 31% – випадкові заробітки, 38 та 3% – офіційна зарплата. Близько чверті опитаних обох вікових груп молоді зазначали також стипендію (22 та 25%).

Загалом опитана молодь найчастіше серед основних джерел матеріального забезпечення зазначала матеріальну допомогу батьків. Частка тих, хто покладається на грошову допомогу інших родичів, в усіх групах респондентів майже однакова (45, 46 та 49% відповідно серед СІН, СНН та НН). Споживачі наркотиків (як ін'єкційним, так і не ін'єкційним шляхом) частіше, ніж неспоживачі, зазначали випадкові заробітки (71–72% споживачів наркотиків та 51% НН вказали випадкові заробітки) та офіційну зарплату (36% СІН, 44% СНН та 31% НН). Крім того, неспоживачі найрідше вказували на крадіжки, продаж особистих речей, позичання та прохання грошей у друзів та знайомих. Отже, споживачі наркотиків порівняно із неспоживачами користуються більшим спектром можливих джерел матеріального забезпечення і частіше вдаються до таких заходів, як крадіжки, продаж особистих речей, комерційні сексуальні послуги, позичають або просять гроші у знайомих та родичів. Причому частка тих, хто користується такими джерелами матеріального забезпечення, найбільша серед СІН.

Половина респондентів у підгрупах СНН та НН мають середнє матеріальне становище, тобто в цілому на життя вистачає, проте придбання речей тривалого користування викликає труднощі (відповідно 52 і 51%). Порівнюючи ці дані із репрезентативними даними опитування молоді, бачимо, що друзі споживачів наркотиків віком менш ніж 23 роки оцінюють їхній фінансовий стан так само, як молодь віку респондентів оцінює свій [13, с. 94–96].

Серед СІН таких трохи більше третини – 36%. Загалом 58% молодих СІН визначили рівень свого матеріального становище як дуже низький або нижче середнього (у Павлограді – 41%, Києві – 59%, Полтаві – 69%, Одесі – 72%) і лише 6% віднесли себе до тих, хто живе забезпечено.

Загалом 40% молодих СНН визначили рівень свого матеріального добробуту як дуже низький або нижче середнього. Кожен третій опитаний серед НН оцінює рівень свого матеріального забезпечення як низький, нижче середнього, 9% опитаних – «вище за середнє, живу забезпечено». Найгіршим своє матеріальне становище вважають опитані одесити та кияни.

### **Житлові умови різних груп респондентів**

Переважна більшість респондентів (63% як повнолітніх, так і неповнолітніх) зазначили, що живуть у квартирі батьків, причому чоловіки, порівняно з жінками, частіше називали цей варіант відповіді. Слід також звернути увагу на той факт, що майже кожен п'ятий (19%) неповнолітній респондент СІН не має житла (живе на вулиці), серед повнолітніх таких виявилось лише 1%. Більше половини молодих СІН (56% серед неповнолітніх та 58% серед 18–23-річних) не впевнені в тому, чи зможуть вони залишатися на наявному місці проживання протягом найближчого року.

Переважає більшість респондентів СНН (79% неповнолітніх та 57% серед 18–23-річних) зазначили, що живуть у квартирі батьків, причому чоловіки, порівняно з жінками, частіше назвали цей варіант відповіді. Серед молодих СНН старше 18 років 12% мають власне житло, 11% винаймають квартиру і 10% мешкають на житловій площі шлюбного або сексуального партнера. Переважає більшість (75–79%) молодих СНН різних вікових груп „абсолютно впевнені” або „більш-менш впевнені” в тому, що зможуть залишатися у місці проживання протягом найближчого року, але кожний четвертий-п’ятий не впевнений в цьому.

Переважає більшість НН проживають у квартирі батьків/родичів (79% серед неповнолітніх та 57% серед 18–23-річних). Серед повнолітніх 12% мають власне помешкання, 11% наймають житло, 10% живуть у квартирі жінки/чоловіка або сексуального партнера, 7% проживають у гуртожитку. Переважає більшість (75–79%) молодих НН різних вікових груп „абсолютно впевнені” і ще 7–10% „більш-менш впевнені” в тому, що зможуть залишатися у місці проживання протягом найближчого року, а 15% – не впевнені в цьому.

Загалом переважає більшість усіх респондентів проживає в квартирі своїх батьків або родичів, що пов’язано із молодим віком опитаних та відбиває загальну ситуацію в країні щодо досить тривалого проживання дітей з батьками. Для друзів СІН питання подальшого проживання там, де вони мешкають зараз, не є проблемним – до 85% впевнені, що зможуть там залишатися. А серед СІН більше половини не впевнені, чи зможуть вони залишатися у помешканні протягом найближчих півроку.

Варто окремо зазначити, що 24 СІН (17 неповнолітніх та 7 дорослих) 1 СНН та 1 НН зазначили, що протягом останніх 6 місяців вони жили на вулиці. Оскільки наше опитування проводилося восени, ми можемо припустити, що вони жили на вулиці приблизно з квітня по жовтень, особливо у південних регіонах України. Проте незначна їх кількість не дає змоги здійснювати окремий аналіз. Цій групі потрібна окрема експертиза в контексті форм ризикованої поведінки з метою детальної розробки адекватних робочих стратегій і підходу до цього.

Більшість опитаних усіх категорій (СІН, СНН, НН) обох статей є корінними мешканцями міст. Мігранти становлять близько чверті респондентів в кожному місті. Однією з наших гіпотез було те, що приїжджі можуть бути більш уразливими до вживання ін’єкційних наркотиків. Дані, які ми отримали, ані спростовують цього, ані підтверджують. Крім того, характеристика респондентів стосовно того, чи вони мігранти, чи корінні мешканці, не має статистично значущої кореляції ані з поведінковими практиками молодих СІН та їхніх друзів-не-СІН, ані з намірами ініціації вживання наркотиків ін’єкційним шляхом.

Аналіз, представлений у цьому звіті, здійснено для трьох вищезгаданих груп респондентів (СІН, СНН, НС). У тих випадках, коли це було доцільно (залежно від рівня статистичної значущості), аналіз проведено залежно від вікових груп, статі та регіону проживання (міста – учасника дослідження).

## Розділ 2. Уживання наркотиків неін'єкційним шляхом

У цьому розділі представлені дані щодо вживання наркотиків неін'єкційним шляхом респондентами: СІН до першої ін'єкції та в теперішній час, а також друзями СІН, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом, але вживають неін'єкційно. Метою аналізу є з'ясувати, який з'язок існує між вживанням наркотиків неін'єкційним шляхом та споживанням ін'єкційних наркотиків.

### ❖ РЕЗУЛЬТАТИ

#### Поширеність та особливості неін'єкційного вживання наркотиків

Більшість молодих людей (80%), які вживають наркотики ін'єкційно, мали попередній досвід уживання наркотиків неін'єкційним шляхом: 84% чоловіків та 63% жінок-СІН до своєї першої ін'єкції вживали неін'єкційні наркотики. Тобто для 16% юнаків та 37% жінок серед молодих СІН (віком до 23 років) першим досвідом вживання наркотику було вживання ін'єкційним шляхом. Слід зазначити, що 87% СІН вказали на вживання неін'єкційних наркотиків протягом останніх 6 місяців (89% чоловіків та 77% жінок). Аналіз даних показує, що 13% СІН почали вживати наркотики неін'єкційно вже після залучення до ін'єкційного вживання, а 3% СІН, які мали досвід неін'єкційного вживання ПАР до першої ін'єкції, не вживали неін'єкційні наркотики протягом останніх 6 місяців.

59% з числа опитаних друзів/близьких знайомих СІН (64% серед чоловіків та 51% серед жінок), які не є споживачами ін'єкційних наркотиків, практикують вживання ПАР неін'єкційним шляхом (див. рис. 2.1).

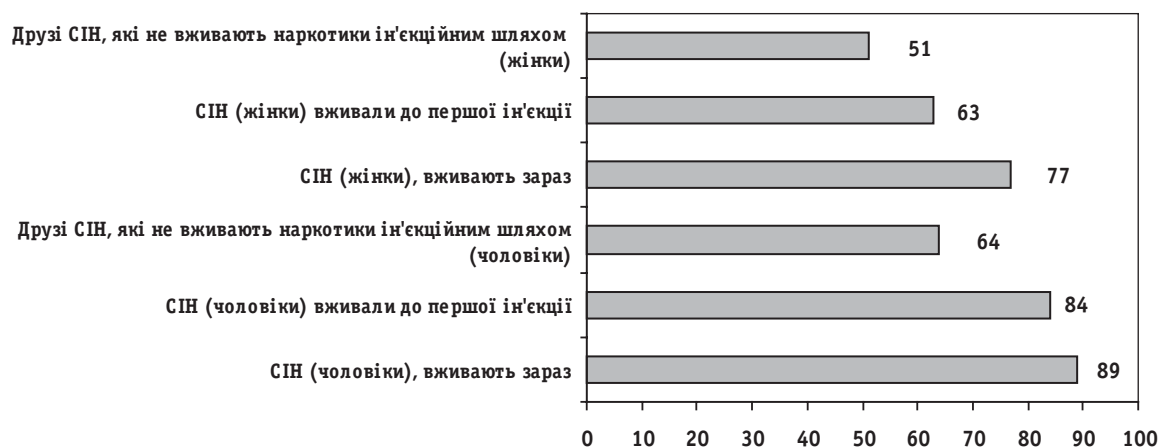


Рис. 2.1. Рівень вживання наркотиків неін'єкційним шляхом<sup>15</sup> серед СІН та їхніх друзів-не-СІН, за статтю, %

Структура ПАР, які опитані СІН та СІНН вживали та вживають неін'єкційно, наведена у таблиці 2.1. Найбільш поширеними є препарати конопель: 86% опитаних СІН вказали на те, що вони вживали препарати конопель до першої ін'єкції; така ж кількість СІНН вживає препарати конопель протягом останніх 6 місяців; 71% СІН зазначили, що вживали їх протягом останніх 6 місяців. Серед СІН частіше, ніж серед СІНН, згадувалися також таблетовані анальгетики (опіоїдний анальгетик трамадол), на що вказали відповідно 41 та 32% опитаних. Вживали алкоголь та наркотичні речовини неін'єкційним шляхом до своєї першої ін'єкції 33% СІН. Зараз таке поєднання практикують 32% СІНН. Чверть СІН протягом останніх 6 місяців вживали снодійні та барбітурати, трохи

<sup>15</sup> Для СІН запитання звучало так: "Чи мали Ви досвід вживання наркотиків неін'єкційним шляхом до першої ін'єкції?".



більше (27%) вживали їх до першої ін'єкції, а серед СНН 22% вживали ці речовини протягом життя. Стимулянти типу амфетамінів<sup>16</sup> (АТС) до першої ін'єкції вживали 22% СІН, майже така ж частка СНН (21%) вказали на це, а протягом останніх 6 місяців ці препарати вживала вдічі менша кількість СІН (11%).

Таблиця 2.1

**Наркотичні речовини, які вживали та вживають  
неін'єкційним шляхом СІН та СНН, %**

СІН		Наркотичні та психотропні речовини	СНН
До першої ін'єкції	Протягом останніх 6 міс.		Протягом життя
86	71	Препарати конопель	86
41	37	Таблетовані анальгетики (трамадол)	32
33	29	Поєднання алкоголю з різними ПАР	32
27	25	Снодійні та барбітурати	22
22	11	Стимулянти типу амфетамінів (АТС)	21
13	13	Транквілізатори (бензодіазепіни)	10
12	3	Інгалянти	12
12	5	Екстракт макової соломки	9
11	10	Поєднання різних ПАР	7
5	5	Героїн	5
1	3	Засоби для наркозу (кетамін)	5
1	3	Ампуловані наркотичні анальгетики	2
-	4	ЛСД	10
-	4	Метадон	-
-	3	Кокаїн	5

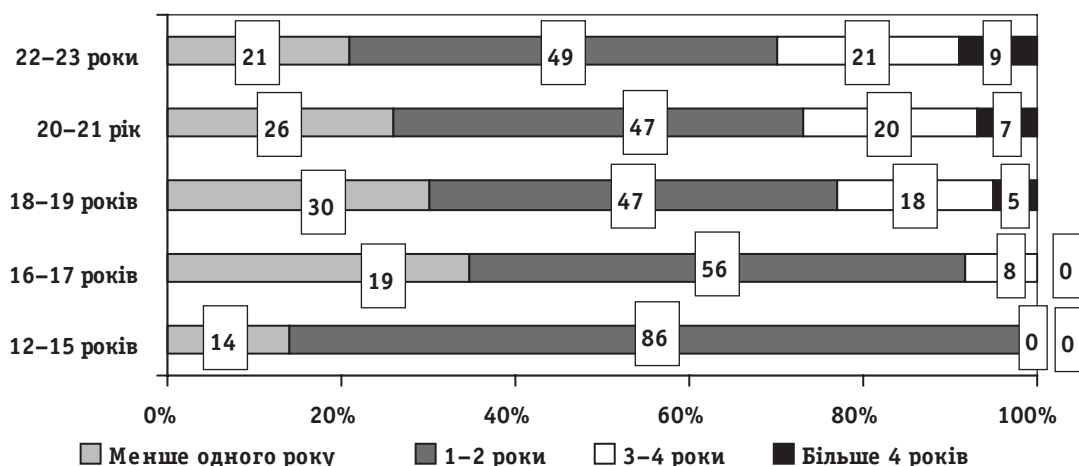
Тривалість вживання наркотиків неін'єкційним шляхом коливається залежно від віку респондентів (див. рис. 2.2). Але слід зазначити, що серед СІН переважна більшість вживали наркотики неін'єкційно до 2 років перш ніж відбулася перша ін'єкція. Тільки 7% СІН вживали ПАР неін'єкційно більш ніж 4 роки до першої ін'єкції.

Найменша кількість СІН, які вживали неін'єкційні наркотики до першої ін'єкції, так само як і кількість тих, хто вживав неін'єкційні наркотики протягом останніх 6 місяців, виявилася в Одесі (відповідно 64 та 67%). Це одначає, що в Одесі 36% молодих СІН розпочали нарковживання з ін'єкційного. В усіх інших містах майже всі респонденти-СІН вживають ПАР як ін'єкційним, так і неін'єкційним шляхом (87–94%). Чоловіки-СІН частіше, порівняно з жінками, практикують ін'єкційне та неін'єкційне вживання наркотичних речовин (відповідно 89 та 77%).

Найбільш високий рівень вживання неін'єкційних наркотиків серед друзів СІН, за даними опитування, в м. Києві (78%) та в м. Павлограді (72%). У м. Полтаві та в м. Одесі цей рівень склав відповідно 52 та 37% (див. рис. 2.3).

<sup>16</sup> АТС (Amphetamine-type stimulants) – стимулянти типу амфетамінів включають: метамфетаміни (первітин), амфетаміни, фетаміни, екстазі та меткатінон. Метафетаміни та меткатінон можуть бути домашнього приготування з медикаментів, що містять ефедрин – наприклад „Ефект” та „Колдакт”, але можуть бути придбані й на „чорному ринку”.



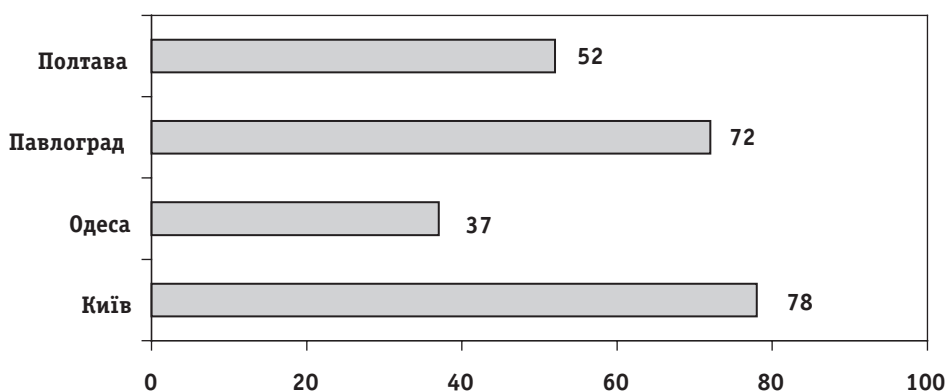


**Рис. 2.2.** Стаж вживання наркотиків неін'єкційним шляхом серед СІН до першої ін'єкції, залежно від віку опитаних, %

Таблиця 2.2

**Питома вага СІН, які вживали наркотики неін'єкційним шляхом до першої ін'єкції та вживають протягом останніх 6 місяців, залежно від міста опитування, %**

	Місто				Серед усіх N=808
	Київ N=205	Одеса N=201	Павлоград N=199	Полтава N=203	
Вживали наркотики неін'єкційним шляхом до першої ін'єкції	73	64	81	89	80
Вживають наркотики неін'єкційним шляхом протягом останніх 6 місців	92	67	94	93	87



**Рис. 2.3.** Питома вага СНН (друзів СІН, які вживали коли-небудь наркотики неін'єкційним шляхом), у містах проведення опитування, %

Структура вживання неін'єкційних наркотиків серед неповнолітніх та дорослих друзів СІН відрізняється. Неповнолітні частіше вживають таблетовані анальгетики (40% проти 30% серед дорослих), втричі частіше інгалянти (24% проти 8%) та вдвічі частіше транквілізатори (16% проти 8%) (див. табл. 2.3). АТС є більш популярними серед повнолітніх СНН (24% проти 9% серед неповнолітніх); так само як і екстракт макової соломки – (11% проти 7%). Також більш висока частка вживає алкоголь з різними наркотиками, героїн та кокаїн.

Виявлено також суттєві розбіжності у структурі вживання неін'єкційних наркотиків між різними містами, що були включені у дослідження (див. табл. 2.3). У Києві найбільшою мірою поширено вживання препаратів конопель (98%), АТС (46%), поєднання алкоголю з наркотиками (39%), снотворного та барбітуратів (27%), ЛСД (18%). В Одесі, крім препаратів конопель (62%), найвищі показники вживання інгалянтів (18%). Для СНН м. Павлограда характерним є вживання (крім препаратів конопель) таблетованих анальгетиків (46%), поєднання алкоголю з наркотиками (36%), снодійного та барбітуратів (27%). У Полтаві також лідером є препарати конопель (93%), поєднання алкоголю з наркотиками (28%), таблетовані анальгетики (22%). Але практично відсутні екстракт макової соломки та кокаїн.

Таблиця 2.3

**Розподіл відповідей респондентів на запитання:  
“Які з перерахованих наркотиків Ви вживали неін'єкційно? ”,**

*%, серед СНН, залежно від віку та регіону дослідження (протягом життя)*

Групи наркотичних та психотропних речовин	Вікові групи, років		Міста			
	12–17 (N=103)	18–23 (N=373)	Київ (N=205)	Одеса (N=201)	Павлоград (N=199)	Полтава (N=203)
Препарати конопель	80	89	98	62	82	93
Медичні анальгетики у таблетках	40	30	34	15	46	22
Поєднання алкоголю с різними наркотиками	25	33	39	12	36	28
Снодійні та барбітурати	24	22	27	15	27	15
Леткі розчинники (інгалянти)	24	8	6	18	15	13
Транквілізатори (бензодіазепіни)	16	8	14	3	13	5
АТС	9	24	46	5	11	7
ЛСД	10	10	18	5	7	4
Екстракт макової соломки	4	11	10	3	19	0
Героїн	2	6	4	6	9	5
Кокаїн	2	6	10	7	2	0

Середній стаж неін'єкційного вживання наркотиків серед усіх опитаних СНН – 2,7 року (серед чоловіків – 2,8, жінок – 2,6; неповнолітніх – 1,7, повнолітніх – 2,9 року).

У м. Києві основна частина респондентів-СНН вживає неін'єкційні наркотики до 4 років (27%). У Полтаві домінує група споживачів наркотичних речовин зі стажем вживання 2 роки (36%). У Павлограді найбільш численна група – це ті, хто вживає наркотики неін'єкційним шляхом від 1 до 2 років, і близька до неї за численністю група тих, чий стаж менше 1 року (відповідно 30 та 25%). В Одесі основна частина респондентів – це молоді споживачі неін'єкційних наркотиків зі стажем вживання менше 1 року (36%) (див. табл. 2.4).

Третина респондентів чоловічої та жіночої статі серед опитаних СНН вживають неін'єкційні наркотики раз на тиждень; 17% опитаних чоловіків та 11% жінок вживають їх раз на 2–3 дні, а 14% чоловіків та 6% жінок – раз на день і частіше. Таким чином, 62% чоловіків та 47% жінок вказали на вживання щотижневе або частіше (раз на 2–3 дні та щоденно). Раз на місяць вжива-

ють неін'єкційні наркотики 25% жінок на 15% чоловіків. Кожний десятий вказав, що вживає раз на 2–3 місяці, а кожний шостий – декілька разів на рік або ще рідше. Серед неповнолітніх 63% хлопців та 55% дівчат вживають щотижнево або частіше (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.4

**Розподіл відповідей респондентів на запитання:  
“Протягом якого часу Ви вживаєте наркотики неін'єкційним шляхом?”,  
% серед СНН, залежно від міста проведення інтерв'ю**

Стаж вживання неін'єкційних наркотиків	Київ N=154	Одеса N=73	Павлоград N=142	Полтава N=102
До 1 року	10	36	25	12
1–2 роки	42	42	47	53
3–4 роки	27	14	15	23
Більше 4 років	21	8	13	12

Таблиця 2.5

**Розподіл відповідей респондентів на запитання:  
“Як часто Ви вживаєте неін'єкційні наркотики?”,  
%, серед СНН, залежно від статі та віку**

	Стать				Вік			
	Чоловіки N=324		Жінки N=147		12–17 років N=101		18–23 роки N=373	
Раз на день і частіше	14	62	6	47	13	63	11	55
Раз на 2–3 дні	17		11		12		16	
Раз на тиждень	31		30		38		28	
Раз на місяць	15		25		20		17	
Раз на 2–3 місяці	9		10		4		11	
Декілька разів на рік	4		3		2		4	
Ще рідше	11		15		12		12	

Переважає більшість СНН (90%) не вважають, що вони є систематичними<sup>17</sup> споживачами неін'єкційних наркотиків. 35% СНН, які не відносять себе до категорії систематичних споживачів неін'єкційних наркотиків, вживають їх раз на тиждень. 12% СНН, які не відносять себе до категорії систематичних споживачів неін'єкційних наркотиків, вживають їх раз на 2–3 дні. Кожен п'ятий опитаний споживач неін'єкційних наркотиків не вважає, що вживає їх систематично при частоті вживання раз на місяць.

Більше половини (56%) респондентів, що відносять себе до категорії систематичних споживачів неін'єкційних наркотиків, вживають наркотики раз на день і частіше. Третина опитаних, які визнали себе систематичними споживачами неін'єкційних наркотиків, вживають їх раз на 2–3 дні. 8%

<sup>17</sup> У ході опитування респондентам не надавалося пояснення, що означає „систематичний споживач”. Під час інтерпретації результатів виникла проблема змістовного наповнення даного терміну. За свідченнями інтерв'юєрів, термін не викликав незрозумілості у СНН, що дозволяє припустити, що респонденти розуміли запитання, як „бути в системі” або „не бути в системі”. Хоча даний термін не є еквівалентом „бути залежним – не бути залежним”. Необхідно зауважити, що в подальшому необхідно визначитися щодо терміна, більш чітко з'ясувати його змістове наповнення, прийняти рішення щодо доцільності його використання та відповідно будувати запитання.

молодих людей, які відносять себе до категорії систематичних споживачів неін'єкційних наркотиків, вживають наркотики раз на тиждень. 4% респондентів, що відносять себе до категорії систематичних споживачів неін'єкційних наркотиків, вживають наркотики раз на місяць (див. табл. 2.6).

Таблиця 2.6

**Співвідношення відповідей на запитання: “Чи відносите Ви себе до категорії систематичних споживачів неін'єкційних наркотиків?”, за частотою вживання неін'єкційних наркотиків, %**

Частота вживання неін'єкційних наркотиків	Чи відносять себе до систематичних споживачів неін'єкційних наркотиків	
	Так, N=83	Ні, N=393
Раз на день і частіше	56	2
Раз на 2–3 дні	31	12
Раз на тиждень	8	35
Раз на місяць	4	21
Раз на 2–3 місяці	0	11
Декілька разів на рік	0	4
Дуже рідко	1	15

До категорії систематичних споживачів неін'єкційних наркотиків себе відносять 21% чоловіків та 10% жінок. Серед друзів СІН, які є споживачами неін'єкційних наркотиків, віком 12–17 років, 15% визнали себе систематичними споживачами неін'єкційних наркотиків, а серед повнолітніх (18–23 роки) – 18%.

**Аналіз впливу вживання неін'єкційних наркотиків на можливість залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом**

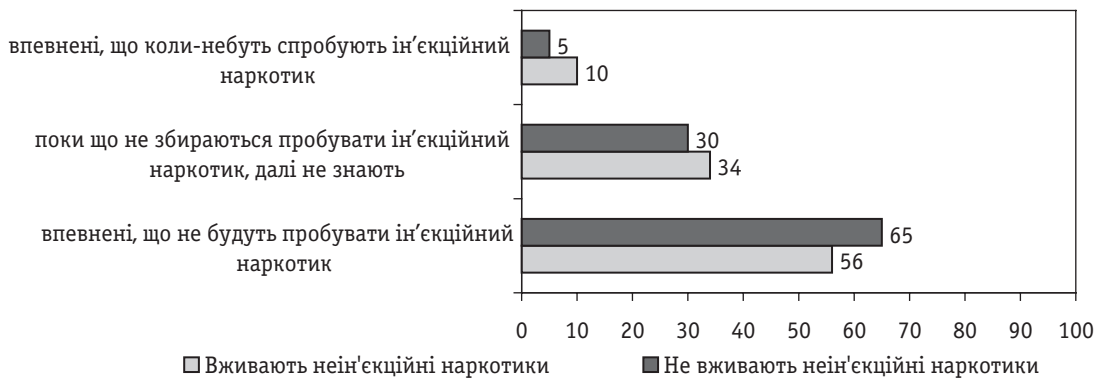
Друзям СІН, які не вживають наркотик ін'єкційним шляхом, було запропоновано відповісти на запитання „Наскільки реально для Вас спробувати ін'єкційний наркотик?“, яке дозволило виокремити три групи:

- 1) респонденти, які впевнені, що не будуть пробувати ін'єкційний наркотик;
- 2) респонденти, які поки що не збираються пробувати ін'єкційний наркотик, далі – не знають;
- 3) респонденти, які впевнені, що коли-небудь спробують ін'єкційний наркотик.

Більше половини друзів СІН впевнені, що не будуть вживати наркотики ін'єкційним шляхом: 56% серед тих, хто має досвід вживання наркотичних речовин неін'єкційним шляхом, та 65% тих, хто взагалі не вживає наркотики. Третина зазначили, що „поки що не збираються вживати ін'єкційні наркотики, але не знають, як буде далі“ (34% серед СНН та 30% – НН). Частка друзів СІН, які впевнені, що спробують ін'єкційний наркотик, становить 10% серед СНН та 5% серед НН (див. рис. 2.4).

Жінки-СНН частіше, порівняно з чоловіками, висловлювали впевненість, що вони почнуть вживати наркотики ін'єкційним шляхом (див. табл. 2.7). Неповнолітні споживачі неін'єкційних наркотиків удвічі частіше вказували, що коли-небудь спробують ін'єкційні наркотики.

Як уже зазначалося, більшість опитаних неспоживачів ін'єкційних наркотиків вважають, що не почнуть вживати наркотики ін'єкційним шляхом. Проте звертають на себе увагу ті 5% респондентів-НН, які впевнені, що спробують ін'єкційний наркотик: серед них більше респондентів чоловічої статі та молодих людей віком 18–23 роки (див. табл. 2.7).



**Рис. 2.4. Самооцінка ймовірності залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед СНН та НН, %**

Таблиця 2.7

**Самооцінка ймовірності залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом друзів СНН,**

*залежно від залучення до вживання неін'єкційних наркотиків, статі та віку, %*

	СНН				НН			
	Стать		Вік		Стать		Вік	
	Чол. N=322	Жін. N=143	12–17 років N=102	18–23 роки N=363	Чол. N=177	Жін. N=141	12–17 років N=67	18–23 роки N=251
Впевнені, що не будуть пробувати ін'єкційний наркотик	58	50	40	60	62	69	66	65
Поки що не збираються пробувати ін'єкційний наркотик, далі – не знають	33	38	44	32	31	28	31	29
Впевнені, що коли-небудь спробують ін'єкційний наркотик	9	12	16	8	7	3	3	6

Коефіцієнт кореляції між змінною „вживали будь-які неін'єкційні наркотики протягом життя” та змінною щодо виникнення бажання спробувати ін'єкційний наркотик дорівнює – 0,224\* (*Pearson Correlation, Sig.= 0.000*), а зі змінною самооцінки реальності спробувати ін'єкційний наркотик він дорівнює – 0,106\*\* (*Pearson Correlation, Sig.= 0.003*). Тобто, досвід вживання неін'єкційних наркотиків підвищує бажання спроби та самооцінку реальності спроби наркотику ін'єкційним шляхом.

❖ **ОБГОВОРЕННЯ**

Перше місце серед неін'єкційних наркотиків, які респонденти вживають найчастіше, посідають препарати конопель, що пояснюється поширеністю цієї рослини на території України і доступністю продуктів конопель як на “чорному ринку”, так і “серед своїх”. Коноплі у свідомості молодих уявляються як “легкий наркотик” або “взагалі не наркотик”, що сприяє їх популярності. До того ж, щоб їх дістати, не завжди треба йти на небезпечні стосунки з “баригною” (продавцем наркотиків), а досить просто знати “де”, як зазначали респонденти в м. Полтаві.

Цілком імовірно, що молоді люди, які вживають неін'єкційно медичні анальгетики у таблетках і віддають їм перевагу серед наркотичних речовин, скоріше за все, перейдуть на вживання

ін'єкційних опіатів, тому що трамадол і екстракт макової соломки ("ширка") належать до однієї фармакологічної групи, мають схожу дію на організм і психіку і, як наслідок, формують схожу психологію сприйняття і модель поведінки. Відштовхуючись від цього припущення, можна з високою ймовірністю сказати, що ті СНН, які віддають перевагу коноплям і акцентовано вживають їх, скоріше, не перейдуть до ін'єкційного вживання опіатів, тому що це зовсім два різних за дією типи наркотику, споживачам яких властиві принципові відмінності у психології. Це підтверджується також спостереженнями за СНН – учасниками програми обміну шприців у м. Полтаві, які неодноразово висловлювались про коноплі як наркотик, який їм не підходить.

Більш **«дорослими»** слід вважати коноплі, «коктейлі», амфетаміни, метамфетаміни, а також екстракт макової соломки, які інтенсивніше вживаються в групі повнолітніх. Амфетаміни, метамфетаміни, а також екстракт макової соломки мають ін'єкційний еквівалент, тому існує ймовірність що повнолітні, які їх вживають, швидше, перейдуть до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом.

Більш **«підлітковими»** слід вважати леткі розчинники (інгалянти), таблетовані анальгетики та транквілізатори. Але з переходом до категорії повнолітніх змінюється картина вживання наркотиків молодими СНН з тяжінням до більш сильнодіючих препаратів.

Згідно з нашими результатами та на думку експертів, молоді люди, які починають вживання наркотичних речовин, як правило, не віддають перевагу якимсь конкретним ПАР. Старт може починатися з будь-якого препарату, патерни поведінки формуються в процесі.

В Україні безрецептурне розповсюдження лікарських засобів на основі анальгетиків опійного типу („трамадол“, „трамалгін“, „трамал“) набуло статусу серйозної проблеми. Доступність цих та інших лікарських препаратів, що належать до стимулянтів амфетамінового типу („Ефект“, „Колдакт“), через аптеки, незаконний збут наркотичних та психотропних речовин через лікувальні заклади сприяють поширенню наркозалежності<sup>18</sup>. Таке вживання знижує поріг переходу до вживання ін'єкційних наркотиків.

Для України характерним є поліспоживання, в тому числі споживачі ін'єкційних наркотиків можуть споживати неін'єкційні в таких випадках:

- на початкових етапах вживання героїну може проходити шляхом нюхання чи пиття в розчиненому вигляді;
- одно-двократне вживання нового наркотику з цікавості (в наш час мало ймовірно);
- неможливість дістати звичний наркотик;
- намагання зменшити негативні прояви вживання основного наркотику – вживання стимулянтів опійними наркоманами в період абстиненції, вживання опіатів чи транквілізаторів стимулянтними наркоманами з метою вийти з „запою“;
- намагання модифікувати стан наркотичного сп'яніння (хоча досить часто це робиться в ін'єкційній формі);
- факультативне вживання в компаніях та на дискотеках;
- як замісної речовини при намаганнях зменшити чи відмовитися від вживання основного наркотику.

*Невеликий відсоток молоді, що визнає себе систематичними споживачами неін'єкційних наркотиків, у порівнянні з доволі високою частотою вживання можна пов'язати з недостатньо чітким формулюванням запитання та різним розумінням змісту поняття «систематичний споживач». Цілком можливо, що молоді СНН сприймали це запитання як самовизначення „залежності– незалежності“ і небажання визнавати свою залежність від ПАР висловлювали відповіддю про невизнання себе систематичними споживачами. Крім того, як свідчили результати якісного етапу дослідження та фокус-групи з інтерв'юерами, для багатьох молодих СНН було характерним бажання приховати статус наркоспоживача. А для частини СНН характерним є відносно невеликий термін вживання наркотичних речовин, за який ще не встигла сформуватись «система» і потре-*

<sup>18</sup> За матеріалами прес-конференції начальника Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України М. Андреева 19.04.2006 ([http://www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art\\_id=34426488](http://www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art_id=34426488)).

ба приймати наркотики регулярно. Як систематичних споживачів неін'єкційних наркотиків себе усвідомлюють 21% чоловіків та 10% жінок серед молодих СНН (до 23 років включно). Відповіді щодо частоти вживання свідчать, що, за певним припущенням, системними споживачами можна вважати всіх, хто вживає наркотик щотижнево або частіше, а таких, за результатами опитування серед СНН, виявилось 57%.

Той факт, що 10% тих, хто зараз вживає наркотики неін'єкційно, впевнені, що коли-небудь спробують ін'єкційні наркотики, свідчить про свідоме припущення для себе переходу на **споживання ін'єкційних наркотиків у майбутньому**.

Можна припустити, що для споживачів неін'єкційних наркотиків з більшим стажем вживання (більше 4 років) ймовірність переходу на ін'єкційне вживання є нижчою, що вони "визначилися щодо наркотику та способу його вживання". В той час як молоді СНН, які мають невеликий стаж вживання ПАР неін'єкційним шляхом, можуть ще перебувати на стадії експериментування. На початкових етапах наркоспоживання, людина проходить стадію підліткового полінаркотизму – коли вона шукає „свій” наркотик. У цей період, зазвичай, пробуються всі доступні психотропні речовини. Потім підліток зупиняється на одній з них і починає більш-менш систематично її вживати.

## ❖ ВИСНОВКИ

Вживання наркотиків неін'єкційним шляхом у більшості випадків передує початку вживання наркотиків ін'єкційно. Чотири з п'яти СІН до своєї першої ін'єкції вживали наркотики неін'єкційно. 59% не-СІН із числа близьких друзів та знайомих СІН уживають наркотики неін'єкційно.

Але слід наголосити, що для 37% жінок серед молодих СІН (віком до 23 років) першим наркотиком був саме ін'єкційний. Серед інших міст, де проведено дослідження, виокремлюється Одеса, де 36% молодих СІН розпочали нарковживання з ін'єкційного.

Серед тих, хто зараз вживає наркотики неін'єкційно, 10% впевнені, що коли-небудь спробують ін'єкційні наркотики, а ще 34% не відкидають таку можливість у майбутньому. Кореляційний аналіз отриманих даних дозволяє зробити висновок, що вживання наркотиків неін'єкційним шляхом підвищує ризик залучення до вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом.

Структура вживання наркотиків, які молодь уживає неін'єкційно (до початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом), є досить близькою для СНН та СІН. Коноплі та їх препарати посідають перше місце в рейтингу поширеності, на другому місці – таблетовані наркотичні анальгетики (трамадол), на третьому – поєднання алкоголю з ПАР.

Неін'єкційні наркотики, які мають ін'єкційний еквівалент (амфетаміни, екстракт макової соломки) є більш популярними в групі повнолітніх.

У середовищі неповнолітніх більш популярні легкі розчинники (інгалянти) та транквілізатори, мабуть, через те, що в більшості неповнолітніх ще немає доступу до більш «дорослих» наркотиків, та й не вистачає можливостей (грошей) їх придбати.

Порівнюючи картину вживання неін'єкційних наркотиків у середовищі повнолітніх і неповнолітніх, бачимо, що з віком має місце поступальний рух у вживанні наркотиків від «меншого» («слабшого») до «більшого» («сильнішого»), що також підтверджує гіпотезу про високий ризик переходу від неін'єкційного до ін'єкційного вживання.

Серед чоловіків-друзів СІН 64% вживають ПАР неін'єкційним шляхом, а серед жінок – 51%. Отже чоловіки-друзі СІН мають більший ризик залучення до вживання спочатку неін'єкційних, а потім і ін'єкційних наркотиків.

Частка СНН, які мають великий стаж вживання наркотиків неін'єкційним шляхом, удвічі більша порівняно з часткою СІН (мова йде про досвід вживання неін'єкційних наркотиків до першої ін'єкції). Відповідно ймовірність переходу на ін'єкційне вживання для молодих СНН, які мають стаж вживання більше 4 років, є меншою.



Більшість респондентів-СІН вживають наркотики також і неін'єкційним шляхом. Части- ну молоді (87% серед СІН), яка практикує вживання наркотиків як ін'єкційним шляхом, так і неін'єкційним шляхом, можна розглядати як цільову групу для проведення програм, спрямованих на відмову від ін'єкційного споживання ПАР та переходу на вживання неін'єкційним шляхом.

У Києві рівень вживання неін'єкційних наркотиків серед друзів СІН виявився найвищим – 78%. На другому місці – Павлоград (72%). В Одесі 52% та в Полтаві 37% друзів СІН є споживачами неін'єкційних наркотиків.

У Києві і Полтаві в дослідженні значною мірою брали участь СНН, які мають більший стаж вживання (переважно 2–4 роки і більше), ніж в Одесі та Павлограді (переважно зі стажем вжи- вання неін'єкційних наркотиків 1–2 роки).

Найбільш поширена частота вживання неін'єкційних наркотиків в середовищі опитаних СНН – раз на тиждень. Ця частота притаманна 38% опитаних у віці 12–17 років та 28% – у віці 18–23 роки. Друга за поширеністю частота вживання – це раз на місяць (20% опитаних у віці 12–17 років, 17% – у віці 18–23 роки). Така частота, як правило, характерна для *рекреаційного* вжи- вання наркотиків (відпочинок з наркотиками) на молодіжних вечірках, святкових подіях, клуб- них акціях тощо. При розробці та реалізації конкретних планів дій у містах необхідним є більш глибоке вивчення особливостей такого вживання неін'єкційних наркотиків, як раз на місяць та раз на тиждень. Доцільно з'ясувати, з якими саме подіями пов'язане таке вживання неін'єкційних наркотиків, що допоможе визначити місця (конкретні клуби, місця відпочинку, місця проведення вечірок, тощо) і можливості проведення профілактичних заходів методом «рівний–рівному»<sup>19</sup>.

Отримані результати мають лягти в основу як національної стратегії щодо профілакти- ки переходу від неін'єкційного до ін'єкційного вживання наркотиків, так і стати матеріалом для розробки окремого напрямку в галузі зменшення шкоди – зменшення шкоди від вживання неін'єкційних (клубних, психоделічних) наркотиків в Україні. Подібна робота вже проводиться в Сербії, Хорватії, Чехії, Словенії та інших країнах Європи. Необхідний всебічний аналіз досвіду країн, де легалізовано “легкі” наркотики і за спеціальними програмами лікують СІН методами замісної терапії.

Враховуючи надзвичайно високий рівень вживання неін'єкційних наркотиків серед друзів СІН (особливо в Києві та Павлограді), можна твердити, що існує нагальна необхідність реаліза- ції профілактичних програм, спрямованих на зменшення шкоди від нарковживання в широкому розумінні та, зокерма, на профілактику залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, оскільки саме СНН, які спілкуються зі споживачами ін'єкційних наркотиків, є групою найбільшого ризику щодо ініціації.

Отримані результати також свідчать про необхідність більш глибокого вивчення патернів та типологізації практик вживання неін'єкційних наркотиків серед неповнолітніх та молоді, моти- ваційних та ціннісних настанов щодо вживання ПАР.

<sup>19</sup> Наприклад, у Хорватії, Сербії, Словенії діють профілактичні програми для клубної молоді з залученням до цієї діяльності ді-джеїв (DJ's), які під час свого виступу або перед виступом звертаються до аудиторії з профілак- тичним повідомленням або розповсюджують профілактичну літературу. Таку форму роботи у вигляді експе- рименту також було апробовано на фестивалі електронної музики «Казантип» (с. Мирне поблизу Євпаторії). Фестивальна аудиторія щорічного фестивалю «Казантип», де збираються близько 15 000 молодих любителів електронної музики з різних країн світу, є актуальною цільовою групою для проведення роботи з профілакти- ки особливо ризикованого вживання наркотиків.

## Розділ 3. Залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом

Початок ін'єкційного вживання – це важливий чинник подальшого поповнення групи СІН і загрози поширення ВІЛ та інших інфекцій, що переносяться через кров. Однак мало відомо про те, як відбувається залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Цей розділ присвячено досить детальному розгляду того, як відбувається перша та друга ін'єкції, чи плануються перша та друга ін'єкції, здійснено аналіз того, як молоді СІН заохочують інших до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, окрема увага приділена ризикам, що пов'язані з ін'єкційним вживанням наркотиків.

### 3.1. Перша ін'єкція

У цьому підрозділі проаналізовано обставини залучення молоді до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, а саме: місяць та рік початку вживання, середній вік початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, наркотичні речовини, які вживалися опитуваними під час першої ін'єкції, характеристика людини, яка виступила ініціатором ін'єкції, спосіб отримання наркотику, його оброблення, поведінкові ризики при вживанні. Розглянуто також питання, де відбулася перша ін'єкція, особи, які були присутні (в тому числі „новачки” – особи, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом), вплив інших наркотиків та психотропних речовин в момент першого уколу.

#### ❖ РЕЗУЛЬТАТИ

**Середній вік** початку вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом становить 17,7 року, із стандартним відхиленням 2,23 року, тобто середній вік – 18 років. Цей показник істотно не відрізняється у представників жіночої та чоловічої статі. Середній вік першої ін'єкції виявився найнижчим серед респондентів, що проживають в Одесі (16,5 року), найвищим – серед жителів столиці (18,4 року).

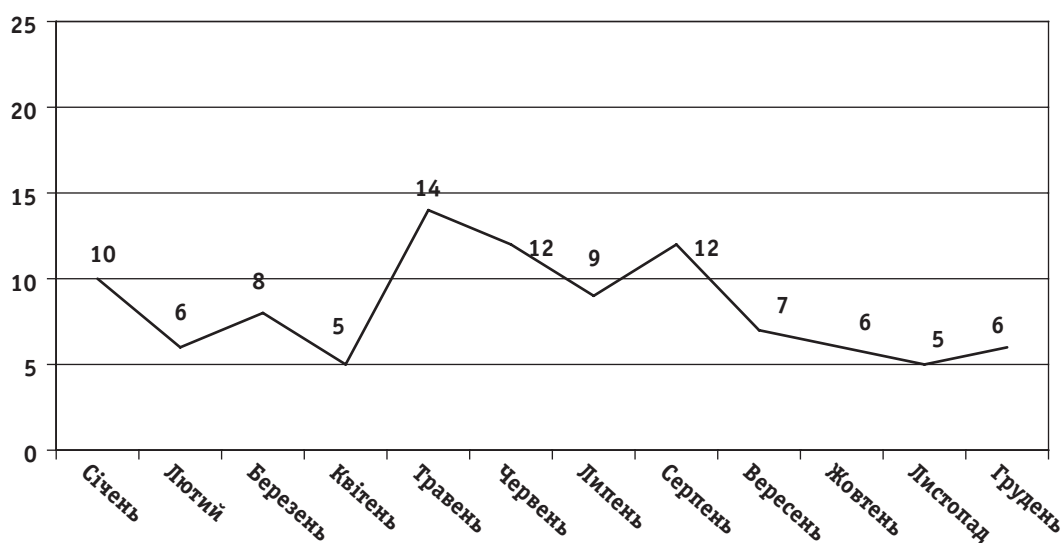


Рис. 3.1.1. Місяць першої ін'єкції, % серед СІН

Отримані результати свідчать про певні сезонні коливання – серед респондентів-СІН найчастіше вперше почали вживати наркотики ін'єкційним шляхом у травні-серпні – 9–14%, а також у січні – 10% (див. рис. 3.1.1). За оцінками експертів, коливання показників першої ін'єкції по місяцях в основному збігаються з пропозицією наркотиків на ринку України.

Аналіз відповідей щодо року початку вживання (див. рис. 3.1.2) показує постійне поповнення групи молодих споживачів ін'єкційних наркотиків протягом останніх десяти років.

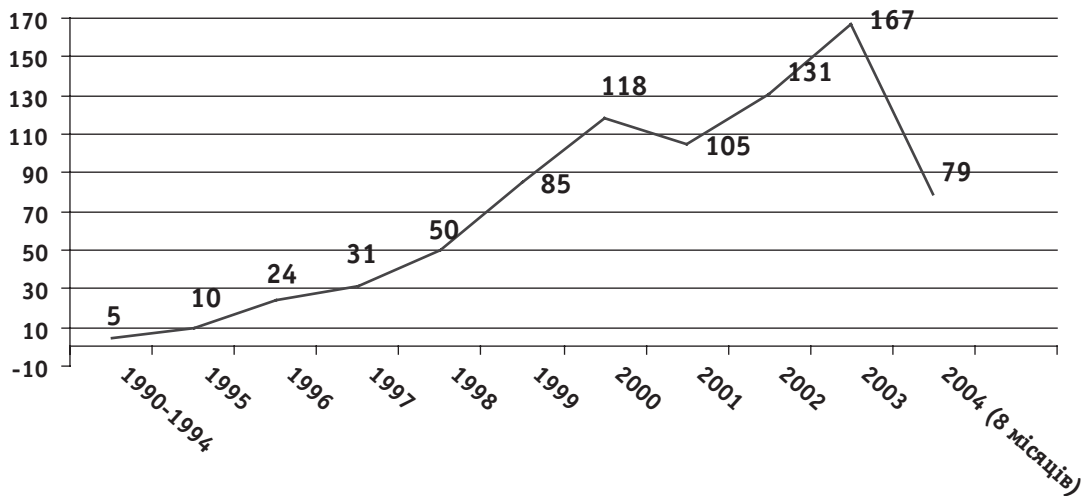


Рис. 3.1.2. Рік першої ін'єкції, кількість СІН, осіб

### Наркотичні речовини, які вживали респонденти під час першої ін'єкції

Найбільш поширеними препаратами, які молоді люди вживали під час першої ін'єкції, є екстракт макової соломки – 60% опитаних СІН відповіли, що розпочали вживати ін'єкційні наркотики саме з макової соломки, з амфетамінів (АТС) почали 25%<sup>20</sup>, героїну – 5%. При цьому спостерігаються певні регіональні відмінності. Якщо в Полтаві під час першої ін'єкції вживали екстракт макової соломки понад три чверті опитаних (77%), то у Павлограді – лише одна третина (35%). АТС користуються найбільшою популярністю серед СІН – жителів Павлограда і Києва: частка тих, хто вживав амфетаміни як перший ін'єкційний наркотик, становить у цих містах 55 та 23% відповідно. Попит на героїн серед початківців є значно меншим: його вживали лише по 9% СІН, які мешкають у Києві та Одесі, 1% у Полтаві та жоден – у Павлограді (див. рис. 3.1.3). Це свідчить, що Україна не є винятком і „входження” нових наркотиків відбувається через столицю та морські порти.

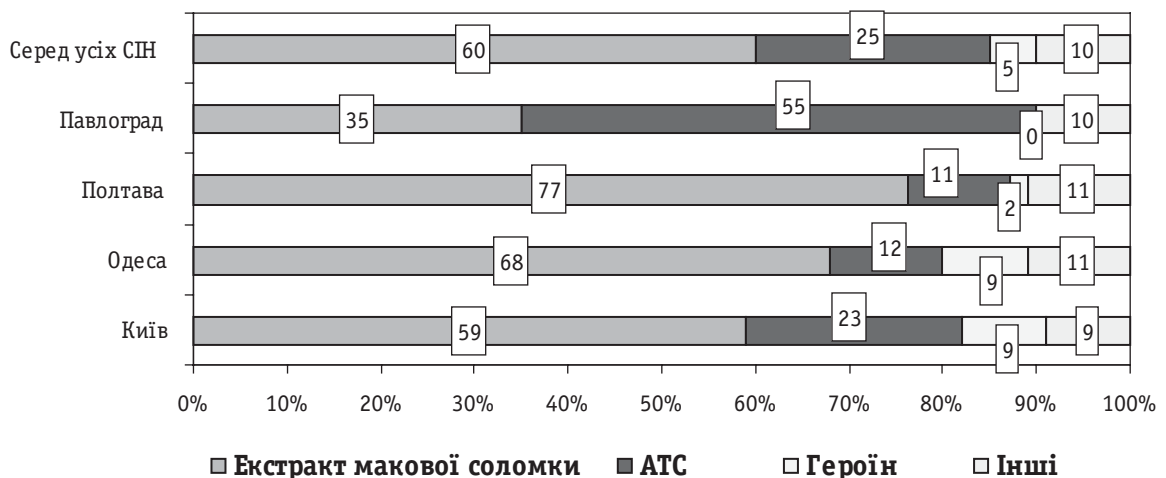


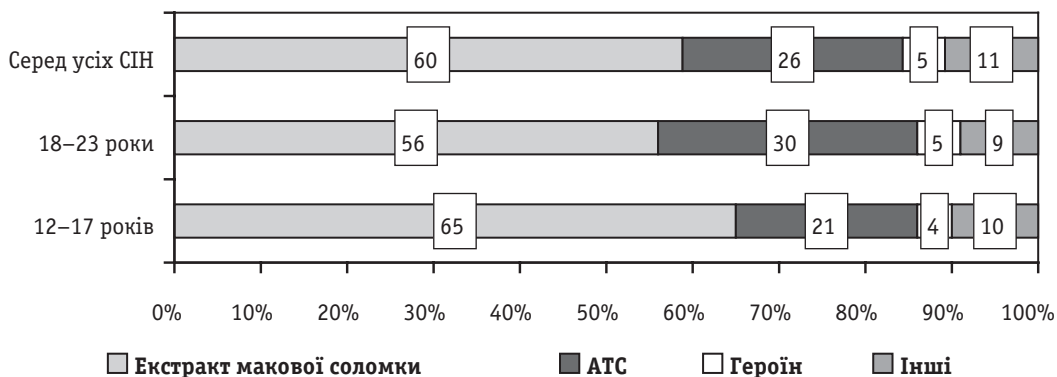
Рис. 3.1.3. Наркотичні та психотропні речовини, які респонденти вживали під час першої ін'єкції, за місцем проживання СІН, %

Респонденти, які починали ін'єкційне вживання наркотиків у віці 12–17 років, частіше порівняно з молоддю віком 18–23 роки під час першої ін'єкції вживали екстракт макової соломки (відповідно 65 та 56%). Кожен п'ятий опитаний (21%), якому на момент першої ін'єкції не

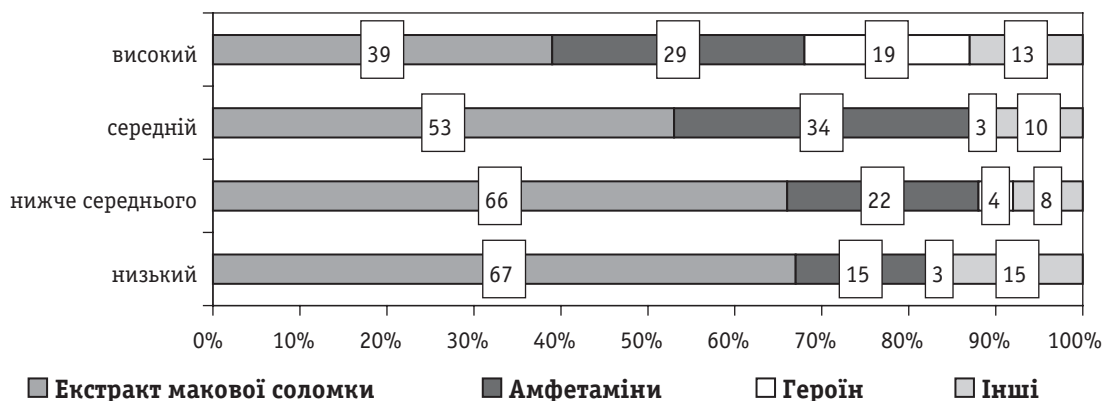
<sup>20</sup> Див. табл. 2.1.

виповнилося 18 років, уперше вживав ін'єкційним шляхом амфетаміни. Серед повнолітніх респондентів (мова йде про вік, коли відбулася перша ін'єкція) цей варіант відповіді обрав кожен третій (30%) (див. рис. 3.1.4).

Вибір наркотику для першої ін'єкції певним чином пов'язаний з матеріальним становищем СІН. Серед СІН з низьким матеріальним статком та таким, що нижче середнього, найчастіше першим наркотиком був екстракт макової соломки (66–67%), а серед СІН з високим матеріальним забезпеченням 40% вживали його під час першої ін'єкції. Амфетаміни вживали 15% СІН з найменш забезпеченої групи та 29–34% СІН, які належать до середнього та високого майнового прошарку. Частка осіб, які вживали під час першої ін'єкції героїн, серед СІН з низьким рівнем достатку становить 3%, нижче середнього – 4%, середнім рівнем – 3%, високим – 19% (див. рис. 3.1.5).



**Рис. 3.1.4. Наркотичні та психотропні речовини, які респонденти вживали під час першої ін'єкції, за віком СІН, %**



**Рис. 3.1.5. Наркотичні та психотропні речовини, які респонденти вживали під час першої ін'єкції, за рівнем матеріального забезпечення СІН, %**

**Соціальні умови, в яких відбувається перша ін'єкція.** Для аналізу залучення до споживання ін'єкційних наркотиків важливо розуміти, в якому соціальному оточенні це відбувається. Як показали результати дослідження, перша спроба ін'єкційного вживання наркотичного препарату дуже рідко трапляється на самоті: молода людина, зазвичай, наважується спробувати наркотик у компанії близьких друзів, про що зазначили 80% респондентів: „Ми були в компанії, відпочивали, веселилися. Було спиртне, дівчата – все класно” (Полтава, чол., 21 рік). 20% опитаних перебували в колі випадкових знайомих і лише 5% – наодинці (див. табл. 3.1.1).

**Особа, яка залучає до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом.** Водночас привертають увагу виявлені розбіжності щодо соціального оточення осіб чоловічої статі та жінок під час першої ін'єкції та особи, яка зробила їм перший укол (див. табл. 3.1.2 та рис. 3.1.6).

Особою, яка залучає до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (пропонує не-СІН спробувати або робить першу ін'єкцію), найчастіше виступає для СНН та НН друг чи подруга, близький

знайомий. На це вказали 79% СНН та 69% НН, яким пропонували спробувати наркотик ін'єкційно. Щодо споживачів ін'єкційних наркотиків, то 64% з них зазначили, що першу ін'єкцію їм також робили близькі знайомі та друзі. Значну роль у пропонуванні спробувати наркотик ін'єкційно відіграють випадкові знайомі (29% СНН та 18% НН вказали на це), а також сексуальні партнери (12 та 14% відповідно).

Таблиця 3.1.1

**Розподіл відповідей респондентів на запитання:  
“Хто був з Вами під час першої ін'єкції?”,  
% (респондент міг обрати декілька варіантів відповіді)**

Друзі або близькі знайомі	80
Випадковий знайомий	20
Сексуальний партнер	17
Незнайомі люди	7
Наодинці	5

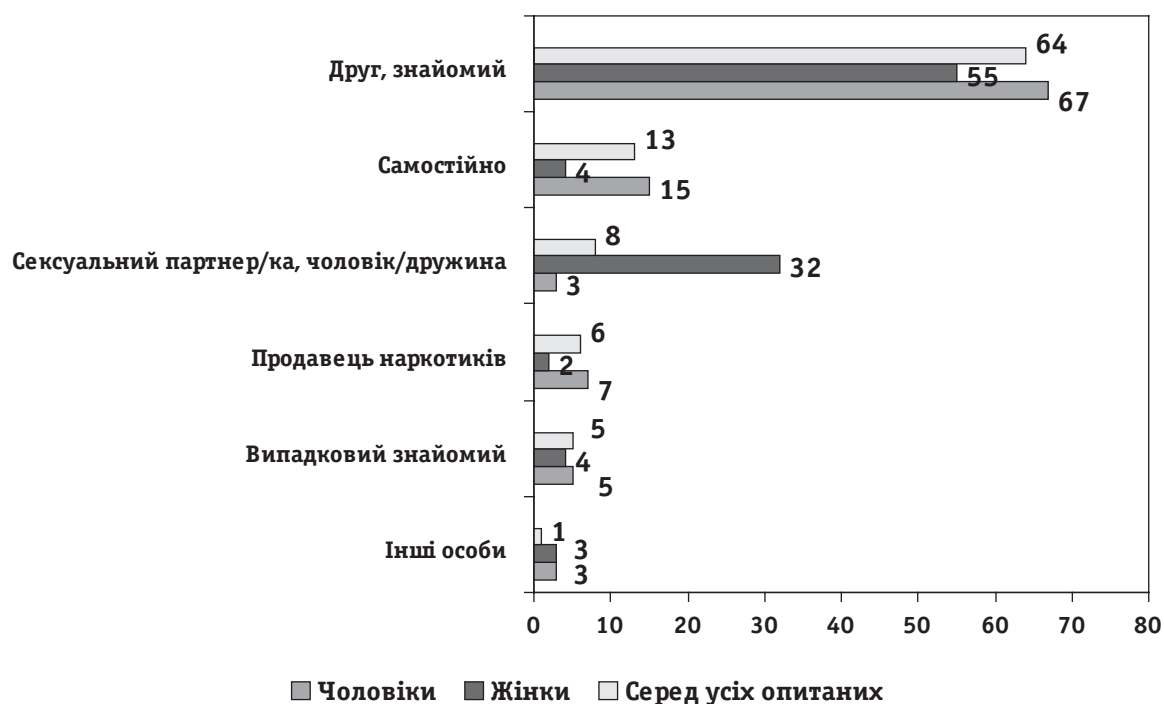
Таблиця 3.1.2

**Статус особи, яка залучає до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом,  
% серед СІН та серед СНН, НН, яким пропонували спробувати наркотик ін'єкційно  
(респонденти СНН та НН могли обрати декілька варіантів відповіді)**

	Хто робив Вам першу ін'єкцію?	Хто пропонував Вам спробувати наркотик ін'єкційно?	
	СІН N=808	СНН N=330	НН N=134
Друг/подруга, близький знайомий/а	64	79	69
Продавець наркотиків	6	18	6
Сексуальний партнер/партнерка, чоловік/дружина	9	12	14
Випадковий знайомий/а	5	29	18
Незнайома людина	1	8	10
Брат/сестра	2	2	2
Робив/ла сам/а	13	–	–

Серед тих, хто спробував наркотик на самоті і самостійно зробив собі першу ін'єкцію, переважають саме чоловіки: „Я бачив, як це робив мій друг, але купляв і коловся сам” (Полтава, чол., 22 роки). Вони також частіше порівняно з жінками довіряють зробити перший укол випадковим людям і продавцям наркотиків. Натомість у жінок досить часто перше вживання наркотику відбувається у компанії сексуального партнера або чоловіка. Близько третини жінок (32%) заявили, що перший укол їм зробив їхній сексуальний партнер/чоловік, а в чоловіків відповідний показник становить лише 3%.

Середній вік початківця-наркоспоживача, як уже зазначалось, становить 17,7 року, а середній вік особи, яка зробила йому першу ін'єкцію, становить 22,8 року. Першу ін'єкцію „допомагають” зробити переважно особи, які вже мали досвід вживання ін'єкційних наркотиків (83%). Частка тих, хто ніколи не вживав наркотики або вживав тільки неін'єкційні препарати, становить серед „надавачів послуги” лише 4% (див. табл. 3.1.3).



**Рис. 3.1.6. Розподіл відповідей СІН на запитання: “Хто робив Вам першу ін’єкцію?”, за статтю, %**

*Таблиця 3.1.3*

**Розподіл відповідей респондентів на запитання: “Чи вживала наркотики людина, яка робила Вам перший укол?”, серед СІН, яким робила ін’єкцію інша особа, %**

Ні, не вживала ніяких наркотиків	4
Так, вживала тільки неін’єкційні наркотики	5
Так, вживала ін’єкційні наркотики	28
Так, вживала як ін’єкційні, так і неін’єкційні наркотики	55
<i>Мені нічого про це невідомо</i>	8

Під час першої ін’єкції майже половина опитаних СІН (45%) поєбували в будинку чи квартирі своїх друзів і знайомих, лише 16% респондентів – у себе вдома: „на квартирі у друга, ми з дитинства разом росли, разом проводили час. На кухні, тому що застілля було в кімнаті” (Полтава, чол., 21 рік).

Кожен другий (54%) із числа опитаних СІН отримав наркотик для своєї першої ін’єкції безкоштовно, найчастіше – від друзів або знайомих, родичів, сексуальних партнерів, іноді – від наркоторговця. Кожен четвертий (27%) – купив „у складчину” з друзями і лише кожен шостий (16%) придбав його самостійно: „Це було свято – день Києва, в мене були гроші. І я захотів разом з пацанами, вони склалися, я кинув грошей” (Київ, чол., 18 років).

Як свідчать результати дослідження, питома вага тих, хто сам зготував наркотик для першої ін’єкції, є досить малою (3%). Чим молодші респонденти під час першої спроби наркотику, тим рідшими є випадки його самостійної купівлі. Зокрема, серед підлітків віком 12–15 років жоден не купував самостійно, серед 16–17-річних самостійно купували лише 6%, а серед СІН віком 22–23 роки – 19% (див. табл. 3.1.4). При цьому чоловіки значно частіше, ніж жінки, вдаються до самостійного приготування чи купівлі наркотику: відповідні показники становлять 21 і 8%.

**Розподіл відповідей респондентів на запитання: “Як Ви отримали наркотик, що використовувався під час першого уколу?”, за віком СІН, %**

Канали отримання та придбання наркотику для першої ін'єкції	Вік респондентів, років					Усі респонденти
	12–15	16–17	18–19	20–21	22–23	
Приготував (зварив) самостійно	6	6	3	1	3	3
Купив самостійно	0	6	14	17	19	16
Купив разом з друзями („скинулися грошима“)	23	30	33	27	25	27
Дали друзі, знайомі, родичі, сексуальний партнер	71	58	50	55	53	54

**Поведінкові ризики під час першої ін'єкції.** Проведений аналіз дозволяє стверджувати, що практика першої ін'єкції наркотику, виготовленого найчастіше у домашніх умовах, супроводжується багатьма ризиками, є вкрай небезпечним явищем з огляду на стрімке поширення епідемії ВІЛ/СНІДу в середовищі споживачів наркотиків: 42% СІН належать до групи ризику ВІЛ-інфікування (використання спільного шприца, розподіл наркотику, не дезінфікують інструменти).

По-перше, вживання ін'єкційних наркотиків відбувається в групі: 80% опитаних відповіли, що разом з ними той самий наркотик вживали інші присутні особи. Більшість респондентів (75%) отримали наркотик для своєї першої ін'єкції у вигляді рідини, набраної у шприц, при цьому лише 21% опитаних зазначили, що в кожного з групи був свій окремий шприц з наркотиком. Решта набирали речовину із спільного посуду або загального шприца, тобто частково або повністю користувалися спільним інструментарієм: „З одного фанфурика ділилися цим розчином. Це витягання було ” (Полтава, чол., 21 рік).

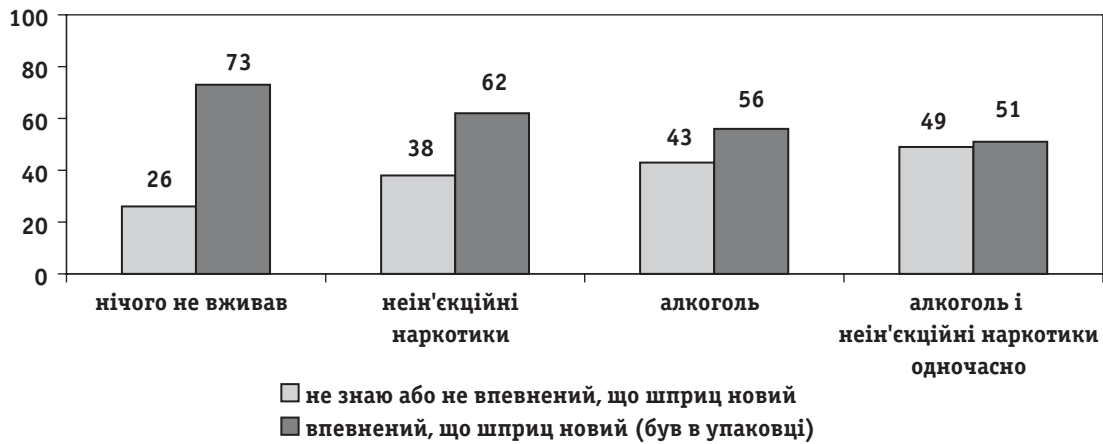
По-друге, нові, „чисті” шприци для першої ін'єкції використовували 66% опитаних; третина респондентів не знали або виявились невпевненими щодо того, чи були ці шприци раніше використаними кимось. Про користування неновим шприцом повідомили одиниці, але в більшості випадків (два з трьох) вони не змогли відповісти, чи підлягав він дезінфекції, а чверть не дезінфікували його.

На поширення ризикованих ін'єкційних практик впливає вік респондентів. Спільне використання шприців під час першої ін'єкції більш поширене серед наймолодших СІН. Так, лише 23% підлітків висловили переконання в одноразовості використаного ними шприца, а серед найстарших опитаних СІН (віком 22–23 роки) таких було майже 66%.

Чим триваліший період часу вживання неін'єкційних наркотиків передував першій ін'єкції, тим більш поінформованими щодо „чистого” шприца були „початківці”: серед тих, хто мав стаж споживання неін'єкційних наркотиків до 2 років, 32% були не впевненими або не знали, чи новий шприц було використано, а серед осіб зі стажем більше 4 років – 21%.

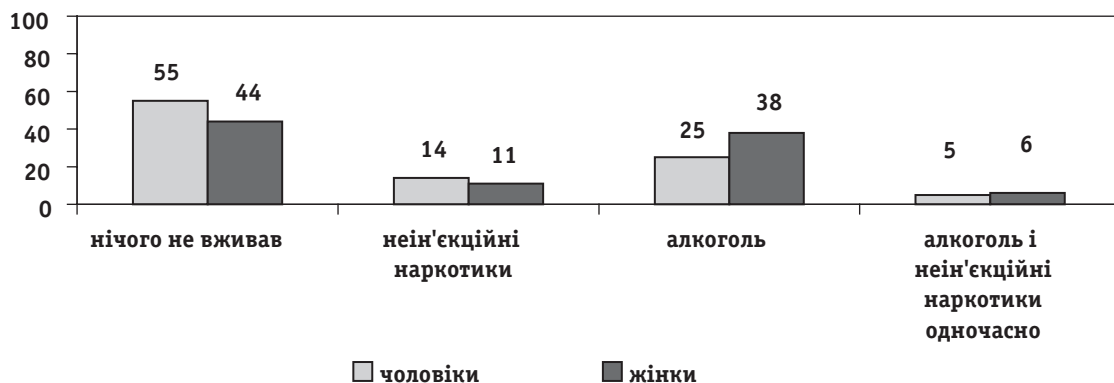
Заслугує на увагу ще один, не менш важливий чинник, що суттєво впливає на мотивацію і «характер» першої ін'єкції з точки зору ймовірних ризиків, – вживання інших психотропних речовин. Як показало проведене опитування, лише половина респондентів, у тому числі 55% чоловіків і 44% жінок, на момент першої ін'єкційної спроби наркотику не вживали інших психотропних препаратів: „Я в момент першої ін'єкції знаходилася під впливом алкоголю та марихуани” (Полтава, жін., 19 років). Показники використання нових шприців під час першої ін'єкції серед тих, хто перебував і не перебував у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, помітно відрізняються. Зокрема, вони знижуються від 73% для СІН, які не вживали ніяких стимулюючих засобів, до 56% серед тих, хто вживав алкоголь, і до 51% для осіб, які на момент першої ін'єкції випивали та вживали інші, неін'єкційні наркотики одночасно (див. рис. 3.1.7).





**Рис. 3.1.7. Розподіл відповідей респондентів на запитання: "Чи був новим шприц, який Ви використовували під час першої ін'єкції?", за фактом перебування СІН під впливом інших наркотиків або психотропних речовин, %**

Слід зазначити, що роль алкоголю як чинника залучення до споживання ін'єкційних наркотиків для жінок є вагомішою і помітнішою порівняно з чоловіками: майже 40% з них під час першої спроби вживали алкоголь; для чоловіків цей показник становить лише 25% (див. рис. 3.1.8). При цьому 71% чоловіків відзначили, що не використовували спільні шприци для ін'єкції, а в жінок цей показник становить лише 49%.



**Рис. 3.1.8. Розподіл відповідей СІН на запитання: "Чи перебували Ви під дією інших наркотиків або психотропних речовин на момент першої ін'єкції наркотику?", за статтю, %**

## ❖ ОБГОВОРЕННЯ

Найбільша кількість молоді почала вживати ін'єкційні наркотики в літні місяці та в січні. Це обумовлено як тим, що вживання екстракту макової соломки збільшується під час "сезону збирання" макових голівки, так і тим, що підлітки в літні місяці більше полишені самі на себе. Взаємозв'язок незайнятості, відсутності структурованості заняття часу та наркотизації підтверджується збільшенням кількості людей, які вжили наркотики уперше в січні та травні, тобто в періоди різдвяних та пасхальних свят. Звідси впливає необхідність планомірних профілактичних заходів у ці періоди.

Екстракт макової соломки, амфетаміни і героїн є найпоширенішими наркотичними речовинами, що використовуються СІН для першої ін'єкції. Виявлені регіональні відмінності щодо наркотичних речовин, що вживаються під час першого уколу, ймовірно, є відображенням їх популярності й доступності в різних містах. Значна поширеність екстракту макової соломки, вочевидь, пов'язана з його доступністю для молоді через дешеву ціну. Натомість героїн, що є елітним,

дорожчим, а тому менш доступним наркотиком, використовується як перший наркотик, головним чином, у великих містах.

Неабиякою мірою тип наркотиків, який опитані вживали під час першої ін'єкції, залежить від матеріального становища опитаних. Якщо вживання достатньо дешевого екстракту макової соломки майже не залежить від фінансових можливостей СІН, то використання амфетамінів, і особливо героїну, спостерігається, головним чином, серед достатньо заможних СІН. Загалом, чим вищою є оцінка респондентами свого матеріального становища, тим різноманітнішим є склад наркотичних речовин під час першої ін'єкції і тим більшою стає у ньому частка дорожчих наркотичних речовин.

Ранній початок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом можна пояснити, по-перше, особливостями підліткового віку, труднощами соціалізації. Це той суперечливий і відповідальний віковий період, коли молоді люди виходять з-під опіки батьків і вступають до самостійного дорослого життя, коли формуються їхні життєві настанови й соціальні навички. Як відомо, для молоді особливо характерна демонстративність, „колективність” (заодно з компанією), готовність до неаргументованого протесту, сприйнятливість до тих чи інших ідей та моделей поведінки. Саме в цьому віці наявні труднощі і суперечності на тлі юнацького максималізму та відсутності життєвого досвіду можуть стати поштовхом до першої спроби наркотиків. Вікова межа 17–18 років для української молоді характеризується закінченням повної середньої освіти (у разі успішного процесу соціалізації) та початком нового етапу життя, набуттям повноліття та повноти прав громадянина, коли суспільство починає визнавати молоду людину юридично „дорослою”. Зникає контроль школи, суттєво знижується контроль з боку сім'ї, для частини молодих людей відбувається зміна місця проживання (переїзд в інше місто на навчання, пошук роботи тощо). Молоді люди, які не мають можливості продовжувати освіту, шукають роботу. Нові умови буття формують виклики та ставлять питання, до вирішення яких молоді люди виявляються не завжди підготовленими. Батьки та дорослі сприймаються як „зайве навантаження”, „відсталіми від сучасного життя” і не здатними зрозуміти нові проблеми дорослих дітей. У такій ситуації легше знайти спільну мову з друзями та однолітками, у компанії, де спілкування легке та цікаве. Саме в компанії з друзями, знайомими, сексуальними партнерами, а іноді й незнайомими у 95% початківців відбувається перша спроба ін'єкційного наркотику.

Отримані дані дають підставу висунути гіпотезу, що вживання алкоголю та інших психотропних речовин (особливо „змішане” вживання і алкоголю, і неін'єкційних наркотиків) може знижувати бар'єри початку ін'єкційного споживання наркотичних речовин. Адже 45% юнаків та 56% молодих жінок вказали, що на момент першої ін'єкції вони перебували під дією інших психотропних речовин (алкоголю та/або неін'єкційних наркотиків). Вживання неін'єкційних наркотиків може провокувати інтерес до інших препаратів та підвищувати схильність до експериментування. Можливо, це пояснюється тим, що вживання алкоголю та інших психотропних речовин є певним психологічним бар'єром, переступивши через який, молоді люди виявляють готовність до вживання ін'єкційних препаратів. Можливо, вживання ПАР суттєво знижує самоконтроль, і молоді люди погоджуються на першу спробу ін'єкції. При цьому надзвичайно важливим є той факт, що вживання алкоголю та інших препаратів не лише сприяє залученню до споживання ін'єкційних наркотиків, а й провокує поширення ризикованих практик їх введення.

Перший укол, зазвичай, робить новачку добре знайома людина, друг або сексуальний партнер, старші за віком і з досвідом вживання наркотиків. Тобто досвідченіші і старші СІН залучають молодших новачків до ін'єкційного наркоспоживання.

Те, що наркотик для першої ін'єкції більше половини молодих людей отримують безкоштовно, свідчить про доступність наркотику. А той факт, що більше чверті споживачів купили наркотик, склавшись грошима з друзями, знов підтверджує вплив компанії друзів та опосередковано свідчить про певну спланованість спроби ін'єкційного вживання серед частини молодих людей.

Отримані результати щодо статевої особливості залучення до споживання ін'єкційних наркотиків дозволяють висловити припущення, що жінки можуть виявитися особливо вразливими щодо всіх ризиків, пов'язаних з першою ін'єкцією. Це, з одного боку, пов'язане з тим, що у форму-

ванні їхньої мотивації до споживання наркотиків особисті зв'язки і стосунки відіграють вагомішу роль, ніж серед чоловіків, оскільки жінки є сприйнятливішими до думки і моделі поведінки своїх сексуальних партнерів. З іншого боку, жінки частіше зважуються на першу ін'єкцію під впливом алкоголю, використовуючи інструменти для приготування наркотиків спільно з іншими особами, що робить їх більш уразливими щодо ВІЛ-інфікування.

Позитивний зв'язок попереднього досвіду вживання наркотиків (неін'єкційних) та поведінкових ризиків під час першої ін'єкції може пояснюватися тим, що наркоспоживачі зі „стажем” мають кращий рівень обізнаності щодо ймовірних ризиків і небезпек ін'єкційного введення наркотику і тому рідше практикують використання неодноразового інструментарію. Цьому може сприяти знайомство та залученість СНН до освітньо-профілактичних програм, що реалізуються різними громадськими організаціями в середовищі наркозалежних.

## ❖ ВИСНОВКИ

Отримані дані дозволяють надати узагальнену характеристику першої ін'єкції. Середній вік, в якому відбувається перший укол, – 18 років. Серед наркотичних речовин, які молоді люди вживали під час першої ін'єкції, найбільш поширеним є екстракт макової соломки (60%), легкодоступний через його дешевизну. З амфетамінів почали 25%, з героїну – 5%.

Перша ін'єкція відбувається, головним чином, у приміщенні (82%), у колі друзів, знайомих, сексуальних партнерів (95% і лише 5% роблять її на самоті), які вже мали досвід вживання ін'єкційних наркотиків (83%). Наркотик для першої ін'єкції отримують найчастіше від близьких друзів безкоштовно (54%). Тобто нові СІН залучаються самими СІН. Лише 13% зробили собі перший укол самостійно.

Прийом будь-яких інших психотропних речовин, особливо алкоголю та неін'єкційних наркотиків, помітно підвищує ймовірність початку вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Це дає підставу стверджувати, що „старт” наркотичної «кар'єри» відбувається не власне з першої ін'єкції, а значно раніше, коли раннє знайомство з тими чи іншими легальними психотропними речовинами поступово формує у молоді людини готовність до засвоєння моделі поведінки, пов'язаної із вживанням більш дієвих, нелегальних наркотиків, що має враховуватися під час розробки молодіжних превентивних програм. Алкогольний чинник важливий не сам по собі, має значення соціально-культурне оточення його вживання. Споживання алкоголю в середовищі наркозалежних може відіграти провідну роль у залученні до ін'єкційного споживання наркотиків. Окрім цього, той факт, що більшість опитаних СІН проводять свій вільний час, зустрічаючись з друзями і випиваючи разом, свідчить про те, що наркотики в подальшому не замінюють алкоголь, а комбінуються з ним.

Важливими чинниками залучення жінок до ін'єкційної практики споживання наркотиків є, по-перше, ініціатива з боку сексуального партнера, по-друге, вживання алкоголю. При цьому, найімовірніше, саме алкоголь, знімаючи певний соціальний і психологічний бар'єр, спонукає жінок погодитись на пропозицію партнера.

Перша ін'єкція наркотику супроводжується підвищеним ризиком інфікування ВІЛ та іншими небезпечними інфекціями. Вагомим аргументом на користь цього твердження є досить поширене використання частково або повністю спільного інструментарію для приготування наркотику. Менш часто зустрічається спільне використання шприців для ін'єкції. Нові, „чисті” шприци використовували для першої ін'єкції 66% опитаних СІН. Чоловіки частіше, ніж жінки, відмовляються від використання ін'єкційних інструментів спільно з іншими особами.

Вживання алкоголю та інших психотропних препаратів не лише сприяє залученню до споживання ін'єкційних наркотиків, але й провокує поширення ризикованих практик їх введення. Частка осіб, які використовували нові шприци, становить 73% серед СІН, які на момент першої ін'єкції не вживали ніяких інших психотропних препаратів, та 56% серед тих СІН, які вживали алкоголь.

Досвід попереднього вживання неін'єкційних наркотиків може впливати на характер першої ін'єкції наркотику. Вірогідність спільного використання шприців під час першої ін'єкції є нижчою серед осіб із наркотичним „стажем” порівняно з тими, хто спробував наркотик уперше в житті. Найбільш уразливими щодо ризиків, пов'язаних з першою ін'єкцією, є наймолодші СІН з низьким рівнем освіти, оскільки вони частіше порівняно з іншими віковими групами користуються неодноразовим ін'єкційним інструментарієм.

Отримані характеристики першої ін'єкції засвідчують необхідність впровадження програм зменшення шкоди (спрямованих і на аспекти, пов'язані з вживанням алкоголю, і на вживання наркотиків) серед споживачів неін'єкційних наркотиків, важливість розробки та впровадження цільових програм серед молодих СІН (особливо – до 25 років) з метою зниження ризику залучення ними підлітків та молоді до ін'єкційного вживання наркотичних засобів.

### **3.2. Друга ін'єкція. Планування першої та другої ін'єкції**

У цьому підрозділі проаналізовано обставини, за яких відбулася друга ін'єкція, а саме: період часу між першою та другою ін'єкцією, порівняльний аналіз рівня запланованості першої та другої ін'єкції залежно від віку, статі та факту вживання інших наркотиків та психотропних речовин.

#### **❖ РЕЗУЛЬТАТИ**

Друга спроба ін'єкційного наркотику, зазвичай, відбувається через короткий проміжок часу після першої. 74% опитаних зробили другу ін'єкцію протягом найближчого місяця, причому 7% – через кілька годин, 42% – через декілька днів, 25% – за кілька тижнів: *„З моменту, коли я прийняв, минуло тижнів два. Захотілося збадьоритися, ми зібрали гроші та укололися” (Одеса, чол., 23 роки)*. Ще 10% – через один місяць. Лише у 2% серед усіх опитаних СІН цей показник перевищував один рік.

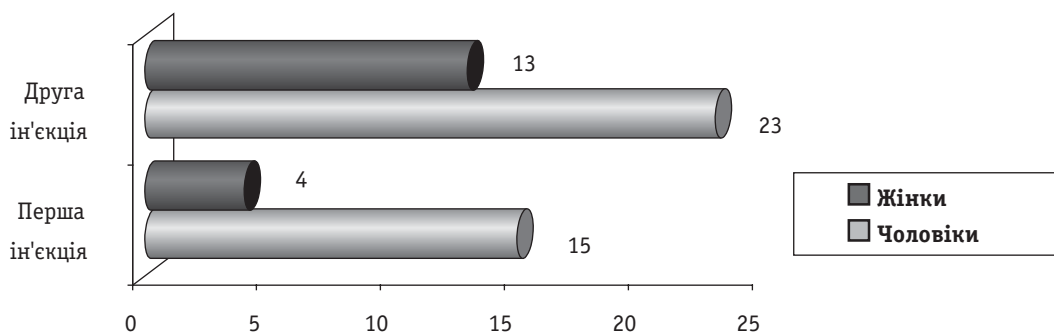
Результати опитування свідчать, що перехід до другої ін'єкції у чоловіків відбувається швидше, ніж у жінок. Зокрема, частка осіб, які зробили другий укол наркотику протягом періоду менше місяця, становить 70% серед жінок і 82% серед чоловіків. Окрім цього, період часу між першою та другою спробами ін'єкційного наркотику зменшується по мірі зниження віку респондентів. Чим у молодшому віці зроблена перша ін'єкція, тим під більший ризик підпадає підліток.

Під час другої ін'єкції, так само як першої, практикується спільне вживання наркотику; ініціатива другої ін'єкційної спроби належить також близьким друзям та знайомим, сексуальним партнерам. Водночас співвідношення колективного та індивідуального споживання наркотику дещо змінюється. Практика самостійного введення наркотику під час другої ін'єкції порівняно з першою стає поширенішим явищем: *„Другий та наступні рази я шукав наркотик сам і вживати його намагався наодинці, щоб ніхто про це не знав” (Полтава, чол., 20 років)*. Якщо перший укол самостійно зробили 13% опитаних, то другий – уже 21%. При цьому чоловіки практикують власноруч другу ін'єкційну спробу частіше, ніж жінки (див. рис. 3.2.1).

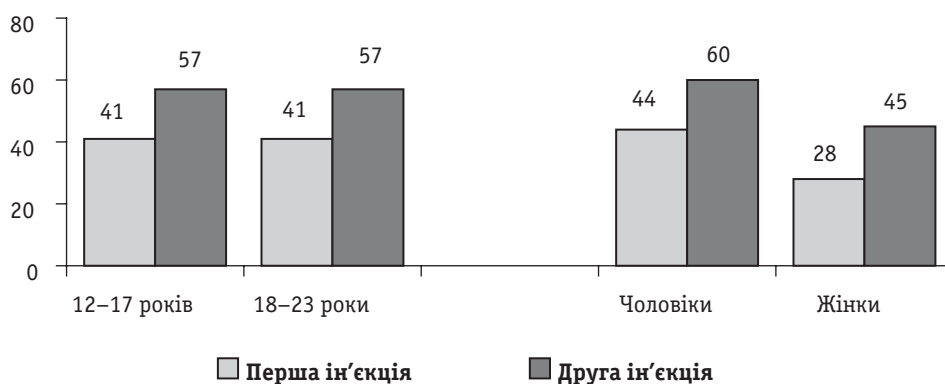
Перша спроба ін'єкційного наркотику відбувається переважно спонтанно, другу ін'єкцію планують більшою мірою: *„Я думав весь час про те, як би мені ще раз спробувати, в результаті сам був ініціатором ін'єкції” (Полтава, чол., 18 років)*. Про запланованість першої ін'єкції повідомили 40% опитаних, другої – 57%.

Рівень запланованості початку вживання ін'єкційних наркотиків має такі особливості: по-перше, впадає у вічі певна вікова диференціація показників запланованості першої ін'єкції наркотику, в той час як друга ін'єкція відбувається переважно обдумано незалежно від віку опитаних. Частка осіб, для яких перша ін'єкція була запланованою акцією, становить 29% серед респондентів віком 12–15 років і майже 43% серед опитаних віком 20 років і старше: *„Випадково. Веселилися, чогось не вистачало, хотілося більш яскравих відчуттів. Ось і запропонували*

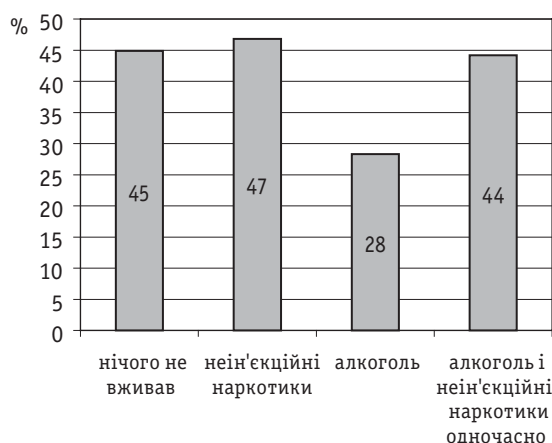
чогось нового, я і погодився" (Полтава, чол., 21 рік). Для другої ін'єкції зазначені показники зростають до 59 та 61% відповідно (див. рис. 3.2.2).



**Рис. 3.2.1. Частка СІН, які робили свою першу і другу ін'єкцію наркотиків самостійно, за статтю, %**



**Рис. 3.2.2. Рівень запланованості першої і другої ін'єкції наркотику, за віком та статтю СІН, %**



**Рис. 3.2.3. Рівень запланованості першої ін'єкції залежно від вживання інших психотропних речовин на момент ін'єкції, %**



**Рис. 3.2.4. Рівень запланованості першої ін'єкції залежно від наявності попередньої можливості спробувати ін'єкційний наркотик, %**

По-друге, чоловіки порівняно з жінками частіше зважуються на першу спробу ін'єкційного наркотику, заздалегідь обдумавши свій крок. У жінок це відбувається значно спонтанніше. Про це свідчить той факт, що серед опитаних СІН планували свою першу ін'єкцію 44% чоловіків і 28% жінок, другу – 60 і 45% відповідно (див. рис. 3.2.3).

По-третє, рівень незапланованості вживання ін'єкційних наркотиків посилюється за умови вживання інших психотропних речовин, передусім алкоголю. Якщо серед початківців, які не вживали інших психотропних речовин, планували першу ін'єкцію 45%, то серед осіб, які вживали алкогольні напої, – 28% (див. рис. 3.2.3). Має значення і наявність попередньої можливості ознайомлення з ін'єкційними наркотиками. Зокрема, серед СІН, які вже мали можливість спробувати ін'єкційний наркотик, але не реалізували її, 43% планували свою першу ін'єкцію; відповідний показник серед тих, хто не мав такої можливості, становить 37% (див. рис. 3.2.4).

## ❖ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані дані характеризують першу ін'єкцію як досить випадкову дію, яка не планується. Друга ін'єкція планується більшою мірою, але знов-таки значною мірою трапляється під впливом неконтрольованих обставин, незаплановано. Найменшою мірою перша та друга ін'єкції є спланованою та свідомою дією серед жінок та наймолодших вікових груп початківців СІН. Оскільки перехід до другої ін'єкції у жінок відбувається швидше, ніж у чоловіків, а серед молодших СІН швидше, ніж серед старших, остільки це дозволяє висловити припущення про існування певних чинників, передусім соціально-психологічного змісту, що сприяють найшвидшим темпам залучення наймолодших СІН та жінок до споживання ін'єкційних наркотиків.

По-перше, серед підлітків перша ін'єкція наркотиків відбувається найбільш спонтанно, проте серед цієї вікової групи значно збільшується кількість респондентів, які планували другу ін'єкцію.

По-друге, чоловіки порівняно з жінками частіше зважуються на першу спробу ін'єкційного наркотику обдумано і сплановано, а в жінок це відбувається значною мірою не заплановано, часто під впливом алкогольних напоїв.

Вірогідність спонтанного початку ін'єкційного споживання наркотиків особливо зростає за умови споживання алкоголю. Рівень спланованості першої ін'єкції є більш високим за наявності попередньої можливості спробувати ін'єкційний наркотик. Йдеться про те, що СІН, які вже перебували у ситуації, коли їм пропонували ін'єкційний наркотик, реалізують свою першу спробу більш обдумано і менш спонтанно, ніж СІН, які не мали такої можливості. Це може пояснюватися тим, що ця категорія респондентів відзначається помітно вищим рівнем обізнаності і зацікавленості щодо можливостей споживання ін'єкційних наркотиків. Водночас, це означає, що більш тривале спілкування з СІН знижує бар'єри щодо ін'єкційного вживання наркотиків та сприяє формуванню позитивних планів щодо першої спроби. Незважаючи на те, що перша ін'єкція є особистим вибором молодої людини, це рішення значною мірою обумовлено впливом соціального оточення. Про це свідчать виявлені спонтанність й незапланованість першої ін'єкції, з одного боку, та групове приготування і вживання наркотику, – з іншого. Окрім цього, нами встановлено, що рівень запланованості першої ін'єкції є вищим серед тих осіб, які вже мали можливість спробувати ін'єкційний наркотик, але не реалізували її. Очевидно, це пояснюється тим, що, потрапляючи в середовище наркозалежних, молода людина перебуває в такому оточенні, де легко дістати ін'єкційний наркотик і де поступово формується мотивація до його вживання. Із збільшенням частоти контактів із СІН вірогідність залучення до споживання наркотиків безсумнівно зростає, оскільки таке спілкування послаблює особисті та соціальні бар'єри щодо ініціації, з одного боку, та формує налаштованість на прийом наркотиків – з іншого.

## ❖ ВИСНОВКИ

Перша спроба ін'єкційного наркотику відбувається частіше спонтанно, друга ін'єкція частіше спланована. Чоловіки порівняно з жінками частіше зважуються спробувати ін'єкційний наркотик, заздалегідь обдумавши свій крок. Перша спроба ін'єкційного наркотику серед жінок



порівняно з чоловіками відбувається спонтанніше, часто під впливом соціального оточення, в тому числі сексуального партнера, та за умов споживання алкоголю.

Найвищий рівень незапланованості першої ін'єкції спостерігається серед неповнолітніх СІН. Така ситуація викликає особливу тривогу з огляду на той факт, що неповнолітні „початківці”, зазвичай, мають найнижчий рівень обізнаності щодо ВІЛ/СНІДу і відповідно найвищий ступінь ризику враження ВІЛ, оскільки вони частіше користуються неодноразовим ін'єкційним інструментарієм.

Перехід від першої до другої ін'єкції відбувається досить швидко і в трьох випадках з чотирьох триває не більше місяця. Реалізація першої спроби ін'єкційного наркотику означає високий рівень вірогідності його повторного вживання протягом найближчого часу. Жінки дещо випереджують чоловіків за темпами залучення до споживання ін'єкційних наркотиків, вони швидше переходять до другої ін'єкції, проте вона, як і перша, відбувається спонтанно і незаплановано.

Отже, можна зробити припущення, що для профілактичних програм запобігання початку ін'єкційного вживання наркотиків молоді жінки становлять одну з важливих цільових груп, особливо дівчата та молоді жінки, які мають друзів серед чоловіків-СІН та не відмовляють собі у вживанні алкоголю. Зважаючи на поширення слобалкогольних напоїв та обсяги їх споживання серед дітей та молоді в Україні, беручи до уваги вікові психологічні особливості юнаків та дівчат, їх взаємний попит на спілкування з представниками іншої статі, виникає потреба пошуку ефективних форм роботи з питань профілактики вживання ПАР, формування навичок „розумного” та свідомого (контрольованого) вживання алкоголю (в тому числі слобалкогольних напоїв), з питань формування сексуальної культури в широкому її розумінні, включаючи навички спілкування, навички розпізнавати ризики щодо здоров'я та уникати їх.

Окремим завданням мають стати програми роботи з молодими СІН з метою розірвати ланцюг залучення своїх друзів та знайомих до ін'єкційного вживання наркотиків.

### **3.3. Масштаби залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом**

У цьому підрозділі проаналізовано дані дослідження щодо масштабів залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, у тому числі загальну кількість людей, яким опитані СІН робили першу ін'єкцію, та скільки з них вживають наркотики ін'єкційним шляхом зараз, було розраховано середню кількість залучених осіб на одного споживача ін'єкційних наркотиків. Розглянуто також питання про ймовірність залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом молодих людей, які не вживають ін'єкційні наркотики зараз.

#### **❖ РЕЗУЛЬТАТИ**

**Залучення СІН інших людей до вживання ін'єкційних наркотиків.** Як уже зазначалося, споживання ін'єкційних наркотиків розпочинається в групі, коли більш старші і досвідченіші СІН залучають новачків до вживання наркотичних речовин. Згідно з результатами дослідження, кожен п'ятий опитаний (21%) відповів, що йому доводилося хоча б раз залучати інших людей до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Серед залучених до спроби ін'єкційного вживання наркотику новачків переважають друзі, близькі знайомі та сексуальні партнери: *„Так, і багато разів. Це були і дівчата, з якими я знайомився на вулиці. Вважаю їх дуже слабкими, які не усвідомлювали. Так само як і я колись. Тепер на місці того хлопця, що пропонував мені, пропонував я, люди погоджувалися, я так само робив укол”* (Полтава, чол., 21 рік). 53% респондентів відповіли, що новачкам не робили ін'єкцій, 16% зазначили, що ніколи нікому не робили ін'єкцій: *„Чесно кажучи, я нікого не залучував у наркотики – це гнила справа.”* (Київ, чол., 22 роки) (див. табл. 3.3.1). Ще 10% робили ін'єкції різним людям, але не знають, чи було це для когось уперше.



**Характеристика обсягів залучення молодими СІН новачків  
до вживання ін'єкційних наркотиків**

Чи доводилося Вам робити ін'єкцію новачку?	%	Скільки з тих, кому Ви робили першу ін'єкцію, зараз споживають ін'єкційні наркотики ?	%
Так, доводилося,	21		
<i>в т. ч. разів:</i>			
один – 7%		Ніхто	6
двічі – 6%		Одна особа	38
тричі і більше – 8%		Дві особи	24
Не доводилося	79	Троє та більше осіб	27

У більшості випадків люди, яким СІН зробили першу ін'єкцію, продовжують вживати ін'єкційні наркотики і зараз: *„Так, вони „двигаются” ще більше, ніж я” (Київ, чол., 18 років); „Не впевнений, але інколи бачу його в злочинних місця – на точках, де торгують наркотиками” (Полтава, чол., 20 років).*

Для подальших розрахунків до уваги бралися лише відповіді тих респондентів, які точно вказали, що робили першу ін'єкцію іншим людям (21% СІН, N=167). Загальна кількість людей, яких респонденти-СІН залучили до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, згідно з їхніми відповідями, становить 605 осіб. Таким чином, середня кількість залучених до вживання наркотиків становить 3,6 особи на одного СІН, серед тих, хто робив „перший укол” новачкам, та 0,7 особи серед усіх опитаних СІН. Серед СІН-чоловіків, які робили ін'єкції новачкам, середній показник кількості залучених до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом становить 3,83 особи на 1 СІН, а серед СІН-жінок – 2,61.

22% СІН чоловічої статі робили ін'єкцію новачкам, у той час як серед жінок цей показник становить 16%. Таким чином, можна говорити про те, що СІН-чоловіки частіше, ніж СІН-жінки, залучали новачків до ін'єкційного вживання наркотиків. Однак, зважаючи на обсяг вибіркової сукупності та різницю в 6%, не можна розглядати підгрупу СІН-чоловіків як групу більш високого ризику в питаннях втягнення інших молодих людей в ін'єкційне вживання наркотиків.

Як свідчать результати, навіть СІН зі стажем вживання до одного року повідомили, що зробили першу ін'єкцію, в середньому, трьом новачкам. Найбільше число перших ін'єкцій, зроблених новачкам, серед СІН зі стажем вживання ін'єкційних наркотиків більше п'яти років.

Чисельність соціального оточення СІН (наявність більшого або меншого числа друзів) не впливає на кількість залучених до ін'єкційного вживання.

Найбільш часто опитані СІН робили ін'єкції друзям або знайомим. На другому місці за числом згадувань стоїть відповідь «випадковому/ій знайомому/ій». Майже третина опитаних СІН робили ін'єкції сексуальному партнерові/партнерці (в т.ч. чоловіку/дружині) (див. табл. 3.3.2).

СІН жіночої статі значно рідше, ніж чоловіки, робили першу ін'єкцію незнайомій або випадковій людині, що може характеризувати їх як більш закриту групу, менш схильну ініціювати залучення незнайомих людей, ніж чоловіки.

За даними якісного етапу дослідження, стосунки з людьми, яким СІН робили першу в їх житті ін'єкцію, складаються по-різному: *„Одна проклинала, інша захищала, коли та проклинала. Про інших не знаю, хто помер, хто сидить” (Київ, жін., 21 рік); „Нормально, навпаки вони звертаються, щоб їм зробили укол” (Київ, чол., 20 років); „Ми ще побули півроку та розійшлися. Я почав полишати, а вона не захотіла” (Одеса .чол., 22 роки).*

Таблиця 3.3.2

**Розподіл відповідей респондентів на запитання:  
„Кому з перерахованих людей Ви робили їхній перший укол?“,  
% серед СІН, які робили ін'єкції новачкам  
(респонденти могли вибрати кілька варіантів відповіді)**

	Чоловіки	Жінки	Разом
Другові, близькому знайомому	75	85	76
Випадковому/ій знайомому/ій	36	22	34
Сексуальному партнерові/партнерці або чоловіку/дружині	29	33	30
Незнайомій людині	13	4	12
Братові/сестрі/іншому родичеві	2	4	2

**Намір вжити наркотики ін'єкційним шляхом.** 80% НН та 56% СНН вказали, що в них ніколи не виникало бажання чи думок спробувати ін'єкційний наркотик. Але в той же час 2% як СНН, так і НН відповіли, що хотіли б спробувати ін'єкційний наркотик, переважно це респонденти чоловічої статі. 43% СНН та 18% НН вказали, що в них думки щодо спроби ін'єкційного наркотику виникали кілька разів або досить часто (див. табл. 3.3.3).

Таблиця 3.3.3

**Розподіл відповідей респондентів на запитання:  
„Чи виникало у Вас коли-небудь бажання спробувати  
ін'єкційний наркотик?“, % серед СНН, НН**

	СНН	НН
Ні, ніколи не виникало такого бажання	56	80
Декілька разів виникали думки спробувати	37	17
Часто виникають думки про те, щоб спробувати	5	1
Я хотів би спробувати ін'єкційний наркотик	2	2

Серед СНН про бажання спробувати ін'єкційний наркотик найчастіше вказали 16–17-річні. Серед тих, хто не вживає наркотики, такі думки більшою мірою притаманні 20–21-річним.

**Обговорення наміру спробувати ін'єкційний наркотик з іншими людьми.** Дві третини (67%) серед тих СНН, у кого виникали думки чи бажання спробувати ін'єкційний наркотик (30% від усіх СНН), та кожний другий (51%) з числа НН, які мали таке бажання (10% від усіх НН), обговорювали своє бажання спробувати ін'єкційний наркотик з іншою людиною. Більш схильні до обговорення таких питань жінки. А за віковим критерієм маємо певні розбіжності: серед СНН більшою мірою схильні обговорювати подібні питання неповнолітні, в той час як серед НН до таких розмов частіше вдаються повнолітні.

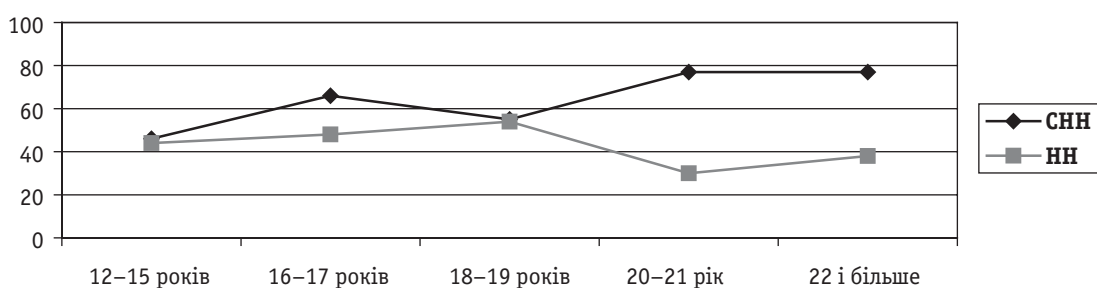
Людиною, з якою обговорювали своє бажання спробувати ін'єкційний наркотик, для СНН найчастіше виступала особа, що вживає наркотики як ін'єкційно, так і не ін'єкційно (53% серед тих, хто обговорював своє бажання спробувати ін'єкційний наркотик), а також такі ж самі споживачі неін'єкційних наркотиків (відповідно 31%). Дещо іншу ситуацію спостерігаємо серед НН, коло спілкування яких дещо інше: 33% тих НН, які обговорювали своє бажання спробувати ін'єкційний наркотик, робили це з СІН; 27% обговорювали це з людьми, які не вживають наркотики взагалі; зі споживачами неін'єкційних наркотиків обговорювали це ще 15% НН, а 18% радилися з особами, які вживають наркотики обома шляхами.

Кожний третій з тих СНН, у яких виникало бажання спроби ін'єкційного наркотику, та кожний п'ятий НН, що мають такі думки, обговорювали з іншою людиною можливість спільно спробувати ін'єкційний наркотик. Це переважно юнаки.

**Можливості для початку ін'єкційного вживання: пропозиції спробувати ін'єкційний наркотик.** У ході опитування респондентам пропонувалося запитання „Чи пропонували Вам коли-небудь спробувати ін'єкційний наркотик?“. 70% від усіх опитаних СНН дали ствердну відповідь на це запитання. Серед усіх опитаних НН таких виявилось 42%.

Споживачам неін'єкційних наркотиків чоловічої статі пропонують спробувати наркотик ін'єкційно частіше, ніж СНН-дівчатам. У колі НН, навпаки, частіше пропонують спробувати ін'єкційні наркотики особам жіночої статі. Найбільше ствердних відповідей на дане запитання було отримано серед не-СІН у м. Києві в обох категоріях респондентів (СНН та НН).

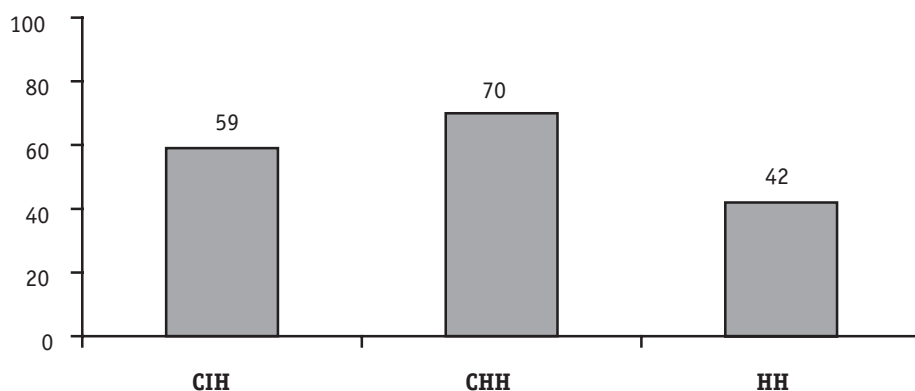
Різниця існує за віковою ознакою. Що стосується СНН, то найбільший відсоток ствердних відповідей спостерігається серед респондентів віком 20 років і старших (77%), найменший відсоток – серед 12–15-річних (46%). Серед НН найчастіше вказували на пропозиції спробувати ін'єкційні наркотики 18–19-річні респонденти (54%), найрідше – 20–21-річні (30%) (див. рис. 3.3.1).



**Рис. 3.3.1. Розподіл позитивних відповідей респондентів на запитання: „Чи пропонували Вам коли-небудь спробувати ін'єкційний наркотик?“, за віком, %**

Схоже запитання ставилося і СІН, які брали участь в опитуванні: „Чи траплялися у Вас ситуації до Вашого першого уколу, коли Ви могли б спробувати ін'єкційний наркотик, але не робили цього?“. Ствердну відповідь надали 59% опитаних СІН (див. рис. 3.3.2).

З інтерв'ю: „Було дуже багато можливостей, але не хотілося, боявся – страх того, що буде передозування“ (Київ, чол., 20 років).



**Рис. 3.3.2. Розподіл ствердних відповідей респондентів на запитання: „Чи бували Ви в ситуації, коли Вам пропонували спробувати ін'єкційно наркотик?“ (Для СІН – до першої ін'єкції)**

Цілком природно, що ті, хто отримував пропозиції спробувати ін'єкційні наркотики (як СНН, так і НН), частіше замислюються над питанням можливої спроби (див. табл. 3.3.4).

Таблиця 3.3.4

Чи виникало у Вас бажання спробувати наркотик ін'єкційним шляхом?	Чи бували Ви в ситуації, коли Вам пропонували спробувати ін'єкційно наркотик?			
	СНН, N=476		НН, N=326	
	Так	Ні	Так	Ні
	N=331	N=145	N=138	N=188
Ні, ніколи не виникало такого бажання	47	77	70	88
Декілька разів виникали думки спробувати	43	21	27	10
Часто виникають думки про те, щоб спробувати	7	2	2	
Я хотів би спробувати ін'єкційний наркотик	3	-	1	2

Половина СІН (51%) неодноразово отримувала пропозиції щодо спроби наркотику ін'єкційно до своєї першої ін'єкції. СНН також досить наполегливо отримують такі пропозиції – кожний другий вже мав два та більше пропонувань. І майже чверть НН, які є друзями СІН, вже також більше одного разу мали пропозиції щодо спроби наркотику ін'єкційно.

**Самооцінка вірогідності спробувати ін'єкційний наркотик.** Щодо особистісних установок відносно вірогідності спробувати ін'єкційний наркотик, то маємо такі результати (див. табл. 3.3.5): більше половини СНН та НН (54 та 64% відповідно) впевнені, що ніколи не будуть пробувати наркотики ін'єкційно. Значна кількість осіб з оточення споживачів ін'єкційних наркотиків, що брали участь в опитуванні (34% СНН та 29% НН), відповіли, що зараз не збираються пробувати, але не знають, як буде далі, тобто не мають впевненості щодо виключення такої можливості. Ще 10% СНН та 5% НН переконані, що спробують вжити наркотичні речовини ін'єкційним шляхом.

Таблиця 3.3.5

**Розподіл відповідей респондентів на запитання:  
„Наскільки реально для Вас спробувати ін'єкційний наркотик?“, %**

	СНН	НН
Впевнений, що не буду пробувати	54	64
Зараз не збираюся, далі не знаю	34	29
Впевнений, що коли-небудь спробую	10	5
Немає відповіді	2	2

## ❖ ОБГОВОРЕННЯ

Справжні масштаби залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом важко оцінити. За результатами дослідження, 21% молодих СІН віком до 23 років (включно) повідомили, що вони вже робили ін'єкції іншим новачкам (у середньому 3–4 особам), а ще 10% робили ін'єкції іншим, але не впевнені, чи були то ін'єкції вперше. Отже рівень відтворення 808 СІН, що потрапили до вибірки, становить 0,7. Можна припустити, що не всі респонденти СІН були достатньо відвертими і частина з них просто „сховалися“ за таким варіантом відповіді, усвідомлюючи, що залучати інших не є суспільно схвальною дією. Отже розрахований рівень поповнення популяції СІН слід вважати консервативною оцінкою.

Як свідчить проведене опитування, три чверті (76%) споживачів неін'єкційних наркотиків та майже половина (47%) тих, хто не вживає ніяких наркотичних препаратів, неодноразово були у компаніях, де вживають наркотики ін'єкційним шляхом. За результатами дослідження, як

СНН, так і НН потрапляли до таких компаній неодноразово. До того ж, найчастіше вони потрапляли в подібні компанії разом зі своїми близькими друзями та знайомими.

Отже, середовище СІН є досить відкритим для друзів СІН. Можливо, на це впливає полінаркотичне споживання, яке є характерним для СІН в Україні. Така ситуація знімає бар'єри серед молоді щодо спроби та початку вживання ін'єкційних наркотиків, формує в частини друзів СІН досить позитивні настанови щодо можливості спроби. Отримані результати дають підставу стверджувати, що необхідно реалізовувати програми втручання, спрямовані на ці групи молоді.

Споживачі неін'єкційних наркотиків мають можливість спробувати наркотики ін'єкційним шляхом набагато раніше, ніж їхні однолітки з числа осіб, які не вживають наркотики. Більшість опитаних СНН потрапляють у компанії, де вживають наркотики ін'єкційно, та мають можливість споглядати цей процес у віці 12–17 років, в той час як пік подібних практик серед тих, хто не вживає наркотики, припадає на 18–19 років. З огляду на це викликає занепокоєність і той факт, що більший відсоток СНН, які зазначили, що хотіли б спробувати ін'єкційний наркотик, припадає саме на вік 16–17 років. Зазвичай, більшість молодих людей саме в цьому віці закінчує загальноосвітні заклади та змінює під впливом цієї обставини своє оточення, знаходить нових друзів.

Вірогідність спільного вживання наркотиків ін'єкційним шляхом найчастіше обговорюється зі своїми друзями. Для СНН – це найчастіше ті, хто вже має досвід вживання наркотиків подібним методом. Молодь, яка не вживає наркотики, але яка тим не менш відповіла, що час від часу думає про можливість спроби ін'єкційного наркотику, має досить широке коло спілкування з цього приводу, що свідчить про відкритість та навіть певну „популярність” теми ін'єкційного вживання наркотику серед широких верств молоді.

Переважній більшості друзів СІН, які вживають наркотики неін'єкційним шляхом (70%), пропонували спробувати ін'єкційний наркотик. Серед тих, хто не вживає ПАР, таких виявилось 42%. Якщо взяти до уваги, що 59% СІН мали такі пропозиції до своєї першої спроби, то можна припустити, що певна частка нинішніх друзів СІН, які ще не залучені до ін'єкційного вживання, мають високий рівень ризику одного разу не сказати „ні” на отриману пропозицію „уколотися”. Отримані дані показують, що пропозиції ін'єкційного вживання двічі підвищують кількість СНН та втричі – кількість НН, які повідомили про наявність бажання або думок щодо спроби ін'єкційного наркотику.

Окремої уваги заслуговує роль сексуальних партнерів як осіб, які пропонують спробувати ін'єкційні наркотики. Така пропозиція для молодих, які лише починають набувати досвід сексуального життя та цінують свої перші стосунки, може набувати особливої ваги та бути більш переконливою, ніж інші пропозиції. Розробка стратегії профілактики ініціації має враховувати особливу роль сексуальних партнерів. Цілком можливо, що потрібні спеціальні дослідження для більш глибокого вивчення цих аспектів з метою пошуку мотивів для роботи з СІН щодо незалучення своїх сексуальних партнерів. Окремим завданням є розробка форм та методів роботи з молодими СНН щодо усвідомлення ризиків ін'єкційного вживання наркотиків та набуття навичок менш небезпечного вживання, якщо таке рішення приймається. Однією з цільових груп можуть бути ті СНН та НН, чиїми сексуальними партнерами є СІН.

Те, що 18% СНН та 6% НН отримували пропозиції спроби від продавців наркотичних речовин, також свідчить про досить високий рівень інтегрованості не-СІН у коло спілкування СІН. А з точки зору профілактичних дій продавці наркотиків можуть розглядатись як канал доступу до молодих людей, які мають ризик бути залученими до ін'єкційного вживання. Навряд чи наркоторговці будуть дружні до співпраці з метою незалучення нових споживачів, але вони можуть не заперечувати проти поширення знань щодо безпечного вживання. І через такий канал опосередковано можна поширювати інформацію про різні організації та проекти, розширювати їх вихід на СІН та СНН.

## ❖ ВИСНОВКИ

Середня кількість залучених до вживання наркотиків становить 3,6 особи на одного СІН серед тих, хто робив „перший укол” новачкам, та 0,7 особи серед усіх опитаних СІН. Серед СІН 21% повідомили про те, що робили перший укол іншому. Споживачі ін’єкційних наркотиків чоловічої статі та респонденти, які мають більший стаж уживання наркотиків ін’єкційним шляхом, частіше залучають інших людей до вживання наркотиків ін’єкційним шляхом.

2% як СНН, так і НН зазначили, що хотіли б спробувати ін’єкційний наркотик. Серед споживачів неін’єкційних наркотиків більший відсоток таких, хто хотів би спробувати ін’єкційний наркотик, спостерігається у віковому інтервалі 16–17 років, а серед тих, хто не вживає наркотики, – у віці 20–21 років. Пасивна співучасть у процесі вживання ін’єкційних наркотиків (перебування в компаніях, де їх вживають, спостереження за цим процесом) підвищує ймовірність того, що в людини виникне бажання самій спробувати вжити ПАР ін’єкційним шляхом.

70% від усіх опитаних СНН відповіли, що їм пропонували спробувати ін’єкційний наркотик. Серед усіх опитаних НН таких виявилось 42%. Необхідно проводити роботу серед СІН, спрямовану на незалучення інших людей до вживання наркотиків ін’єкційним шляхом, у тому числі пропагувати, щоб вони не вживали наркотики при людях, які їх не вживають.

Особою, яка залучає до вживання наркотиків ін’єкційним шляхом, найчастіше виступає для СНН та НН, як і для СІН, друг чи подруга, близький знайомий. На це вказали 79% СНН та 69% НН, яким пропонували спробувати наркотик ін’єкційно. Окремо зазначимо, що 12% СНН та 14% НН пропонували спробувати ін’єкційний наркотик їхні сексуальні партнери. 18% СНН та 6% НН отримували пропозиції спроби від продавців наркотичних речовин.

Більше половини СНН та НН (54 та 64% відповідно) впевнені, що ніколи не будуть пробувати наркотики ін’єкційно. 10% СНН та 5% НН переконані, що спробують вжити наркотичні речовини ін’єкційним шляхом. Частина респондентів з оточення споживачів ін’єкційних наркотиків (34% СНН та 29% НН), які були рекрутовані СІН, не визначилися, чи слідувати прикладу своїх друзів-СІН.

Для категорії СНН характерна тенденція зростання питомої ваги тих, хто бажає або час від часу думає про спробу наркотику ін’єкційним шляхом, спостерігається зі збільшенням віку опитаних. Виокремлюється віковий інтервал 16–17 років, в якому найвищі показники тих, хто припускає спробу. Для НН таким віком є 18–19 років.

Серед опитаних не-СІН, які мають друзів серед СІН, зафіксовано високий відсоток тих, хто впевнений, що не буде вживати наркотики ін’єкційним шляхом. Проте, з іншого боку, результати опитування доводять необхідність проведення подальшої профілактичної роботи серед цієї групи молоді в означеному напрямі.

Споживачі ін’єкційних наркотиків вже не є такою закритою групою, як раніше. У молодих людей, бажаючих спробувати наркотики ін’єкційно, практично не викликає труднощів потрапити до компаній, де вживають наркотики. З одного боку, це може сприяти впровадженню більшої кількості профілактичних програм в середовищі СІН та залученню самих СІН до роботи в подібних програмах, але, з іншого боку, цей факт свідчить і про загрозу залучення самими СІН та особами, що займаються наркобізнесом, нових споживачів з числа СНН та НН.



## **Розділ 4. Чинники залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом**

У цьому розділі, як і в інших, аналіз здійснювався по трьох групах респондентів: молоді люди, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом (СІН), їх друзі, які вживають неін'єкційні наркотики (СНН), та молодь з числа друзів/знайомих СІН, яка не вживає будь-які наркотики (НН). Хоча інструментарій виміру дещо різний для СІН та їхніх друзів, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом, питання були сформульовані таким чином, що в цілому забезпечило можливість порівнювати отримані результати по трьох групах опитаних.

Розробка інструментарію та аналіз отриманих даних здійснювалися на основі основних теорій девіантної поведінки [14, с. 165–168].

Крім того, зважаючи на поширеність серед бар'єрних факторів початку вживання наркотиків таких, які пов'язані із природним страхом багатьох індивідів зашкодити власному здоров'ю, в ході аналізу бралися до уваги основні теорії, щодо яких простежується зв'язок із сучасною концепцією здоров'я [15; 16].

У розділі розглядається, які чинники виступають бар'єрами, які мотиви спонукають зробити першу ін'єкцію, доступність наркотиків, соціальне оточення (сім'я та друзі), поінформованість щодо зв'язку між ін'єкційним вживанням та ризиком ВІЛ-інфікування.

### **4.1. Бар'єрні фактори щодо початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом**

Інструментарій кількісного етапу дослідження передбачав можливість виміру рівня поширення тих чи інших факторів, які виступали (для СІН) або виступають (для не-СІН) стримуючими, тобто впливають на те, що перша ін'єкція не відбулася (для СІН – не відбулася раніше). Крім того, учасників опитування просили назвати основний фактор, що надає можливість визначити умовний рейтинг „сили” впливу названих факторів. Перелік факторів включав такі, що пов'язані із здоров'ям, соціальними наслідками та практичними аспектами. Крім того, респонденти могли надати власну відповідь.

#### **❖ РЕЗУЛЬТАТИ**

Три чверті респондентів-НН (77%) та 72% СНН відповіли, що вони не починають вживати наркотики ін'єкційним шляхом через страх перед ВІЛ/СНІДом. Серед їхніх друзів/близьких знайомих з числа СІН цей стримуючий фактор відіграв значно меншу роль: менше половини опитаних СІН вважають, що їхня перша ін'єкція не відбулася раніше через те, що вони боялися ВІЛ/СНІДу. Значна частина респондентів НН (75%) та СНН (70%) (порівняно з 49% СІН) називають піклування про власне здоров'я як бар'єрний фактор на шляху до початку вживання ін'єкційних наркотиків.

Усвідомлювали можливість виникнення залежності від наркотиків більше половини теперішніх СІН. Страх „присісти” як стримуючий фактор назвали 69% споживачів неін'єкційних наркотиків та 68% молоді, яка не вживає будь-які наркотики. Страх перед можливим передозуванням назвали бар'єрним фактором 36% НН, 46% СНН та 39% СІН. Серед респондентів-СНН, якщо порівнювати з неспоживачами наркотичних речовин, більший відсоток опитаних відповіли, що вони не починають вживати ін'єкційні наркотики через те, що бачили негативні зміни в житті друзів/знайомих з числа СІН (відповідно 75 та 63%).



56% НН та 36% СНН вказали, що негативне ставлення соціального оточення до тих, хто вживає наркотики ін'єкційним шляхом, є стримуючим фактором щодо початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. 24% теперішніх СІН назвали цей фактор стримуючим до початку вживання ними наркотиків ін'єкційним шляхом. Власне негативне ставлення до СІН є бар'єром для 45% НН та 21% СНН. Майже чверть СІН не починали вживати ін'єкційні наркотики раніше, тому що самі негативно ставилися до тих, хто їх вживає.

Страх перед уколом у вену вважають бар'єрним фактором щодо першої ін'єкції більше третини респондентів (СІН, СНН, НН). Не починають вживати ін'єкційні наркотик через те, що бояться міліції, 31% неспоживачів ПАР та 21% молоді, яка вживає неін'єкційні наркотики. Цей бар'єр також назвали майже чверть теперішніх СІН.

Досить поширеним зовнішнім стримуючим фактором є незнання, як правильно робити ін'єкцію, яка доза (39% СІН, 32% СНН, 26% НН). Недоступність ін'єкційних наркотиків виступає одним з бар'єрів для кожного п'ятого НН та кожного десятого СНН. Щодо такого стримуючого фактору, як відсутність коштів на придбання наркотику, суттєвих відмінностей між респондентами усіх трьох категорій не було виявлено. Молоді НН порівняно з тими, хто вживає неін'єкційні наркотики, відповіли, що не починають вживати ін'єкційні наркотики через те, що нікому зробити укол (відповідно 14 та 7%), в той час як серед молоді, яка зараз вживає ін'єкційні наркотики, це стримувало кожного п'ятого (див. табл. 4.1.1).

Таблиця 4.1.1

**Бар'єрні фактори щодо початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом**  
(респондент міг обрати всі варіанти відповіді, що підходять)

	СІН N=808	СНН N=476	НН N=326
<b>Страх наслідків вживання, пов'язаних із здоров'ям (негайних або які проявляються з часом)</b>			
Побоювання ВІЛ-інфікування/СНІДу	48	72	77
Побоювання зашкодити здоров'ю	49	70	75
Побоювання „присісти“, стати залежним	58	69	68
Побоювання передозування	39	46	36
Побоювання уколу у вену	38	35	36
<b>Страх соціальних наслідків</b>			
Я бачу, як змінилося життя моїх друзів/знайомих після того, як вони почали вживати ін'єкційні наркотики	– *	75	63
Я спілкувався (спілкуюсь) з друзями/знайомими, які дуже негативно ставляться до вживання ін'єкційних наркотиків	32	36	56
Я дуже погано ставився (ставлюся) до тих, хто вживає ін'єкційні наркотики	24	21	45
Боявся (боюся) міліції	24	21	31
<b>Практичні бар'єри</b>			
Я не знав/ла (не знаю), як правильно робити ін'єкцію, яка доза	39	32	26
Я не міг/не могла (не можу) дістати ін'єкційний наркотик	23	10	20
Не було (нема) коштів на наркотик	14	16	16
Нікому (було) зробити укол	20	7	14

\*Для СІН варіант не було включено до анкети з етичних міркувань.

Основним бар'єрним фактором щодо початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом найбільша кількість респондентів, які вживають неін'єкційні наркотики, назвали те, що вони бачать, як змінилося життя їхніх друзів/близьких знайомих з числа СІН (24%). Для кожного п'ятого респондента-НН досвід друзів з числа СІН також є основним бар'єром на шляху до початку вживання ін'єкційних наркотиків (див. табл. 4.1.2). Власне негативне ставлення до СІН основною причиною, через яку не починають вживати, частіше називали молоді люди, які не вживають наркотики, порівняно зі споживачами неін'єкційних наркотиків (відповідно 8 та 2%).

Сукупна вага факторів, що визначають побоювання наслідків, пов'язаних із впливом на здоров'я, найбільша. Кожен п'ятий респондент СІН основною причиною того, чому він раніше не почав вживати наркотичні речовини ін'єкційним шляхом, назвав страх перед наркотичною залежністю. Цей бар'єр є другим найбільш поширеним як серед СНН, так і серед НН (відповідно 20 та 12%). Також важливим бар'єрним фактором є піклування про власне здоров'я (8% СІН, 12% СНН, 11% НН). Усвідомлення того, що вживання наркотиків ін'єкційним шляхом значно підвищує ризик ВІЛ-інфікування, назвали основним стримуючим фактором 8% СІН, 9% СНН та 11% НН. Серед СІН 8% назвали основним стримуючим фактором страх перед уколом у вену, серед СНН та НН лише 2% обрали цей варіант відповіді. Страх передозування стримував 5% теперішніх СІН, кількість споживачів неін'єкційних наркотиків та неспоживачів ПАР, які назвали цей фактор основним, зовсім незначна (1%).

Практичні питання не мають суттєвого значення як бар'єрні фактори. Лише 9% респондентів, які зараз вживають ін'єкційні наркотики, не зробили це раніше через їх недоступність. Кількість опитаних СНН та НН, для яких неможливість дістати ін'єкційний наркотик була бар'єром, є ще меншою (відповідно 2 та 1%) (див. табл. 4.1.2).

Суттєвих відмінностей між респондентами чоловічої та жіночої статі щодо більшості зазначених бар'єрних факторів першої спроби ін'єкційного наркотику не було виявлено. Разом з тим, жінки з групи СНН майже вдвічі більше за чоловіків називали стримуючим фактором страх перед уколом у вену (чоловіки – 28%, жінки – 50%), а молоді жінки з групи НН більшою мірою бояться передозування (чоловіки – 29%, жінки – 45%). Для жінок СНН також більш суттєвим бар'єром є страх перед правоохоронними органами: 27% опитаних жіночої статі та 19% чоловічої обрали цей варіант відповіді.

Таблиця 4.1.2

**Розподіл відповідей респондентів на запитання:  
“Який з цих факторів був основним?”<sup>21</sup>, %  
(респондент міг обрати лише один варіант відповіді)**

	<b>СІН N=808</b>	<b>СНН N=476</b>	<b>НН N=326</b>
<b>Страх наслідків вживання, пов'язаних із здоров'ям (негайних або які проявляються з часом)</b>			
Боявся (боюся) „присісти”, стати залежним	20	20	12
Вважав (вважаю), що це зашкодить здоров'ю	8	12	11
Боявся (боюся) ВІЛ/СНІДу	5	9	11
Боявся (боюся) уколу у вену	8	2	2
Боявся (боюся) передозування	5	1	1
<b>Страх соціальних наслідків</b>			
Я бачу, як змінилося життя моїх друзів/знайомих після того, як вони почали вживати ін'єкційні наркотики	– *	24	21
Я дуже погано ставився (ставлюся) до тих, хто вживає ін'єкційні наркотики	4	2	8
<b>Практичні бар'єри</b>			
Я не міг/не могла (не можу) дістати ін'єкційний наркотик	9	2	1

\* Для СІН варіант не було включено до анкети з етичних міркувань.

<sup>21</sup> До уваги бралися лише варіанти відповідей, які обрали більше 5% хоча б в одній групі.

Підлітки 12–17 років, які взагалі не вживають наркотики, частіше називали такий бар'єрний фактор щодо першої ін'єкції, як зміни в житті друзів/знайомих з числа СІН після початку вживання ін'єкційних наркотиків (відповідно 70 та 61%), а молоді люди 18–23 років частіше зазначали побоювання інфікування на ВІЛ (70% серед неповнолітніх та 79% серед 18–23-річних).

Розглянемо сукупну роль кожної групи бар'єрних факторів для різних груп респондентів.

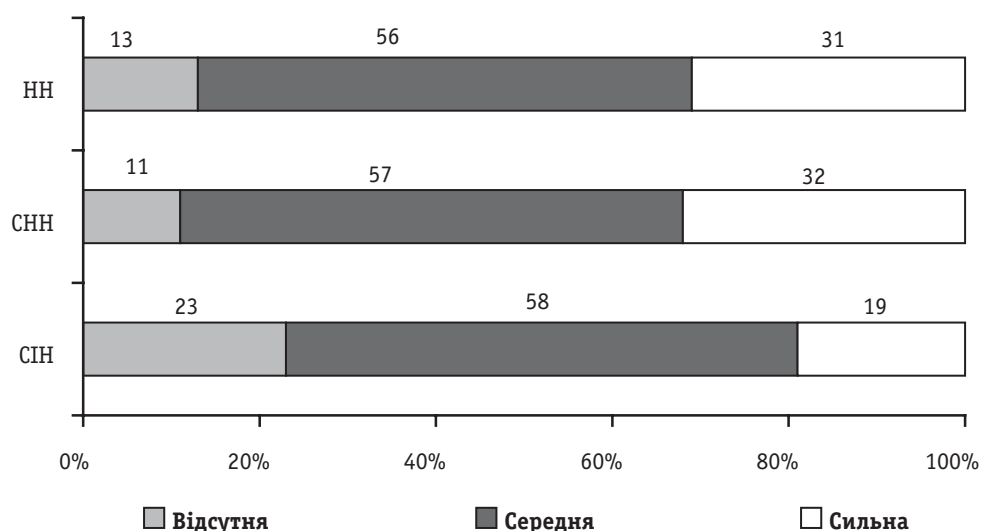
До групи „страх наслідків вживання, пов'язаних із здоров'ям” включені: острах перед ВІЛ/СНІДом, шкода для здоров'я, побоювання стати залежним, передозування та уколу в вену. (Чинник „бачу зміни в житті друзів після початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом” не включався, оскільки він пропонувався лише респондентам з числа не-СІН і не пропонувався СІН.)

До групи „страх соціальних наслідків” – негативне ставлення друзів/знайомих до вживання ін'єкційних наркотиків, власне негативне ставлення до СІН, побоювання міліції.

До групи „практичні бар'єри” – об'єктивно зумовленні чинники неможливості застосування практики ін'єкційного вживання наркотиків, а саме: недоступність ін'єкційних наркотиків, відсутність коштів, щоб придбати їх, незнання, як правильно робити ін'єкцію, яка доза, та відсутність поруч людини, яка може зробити ін'єкцію.

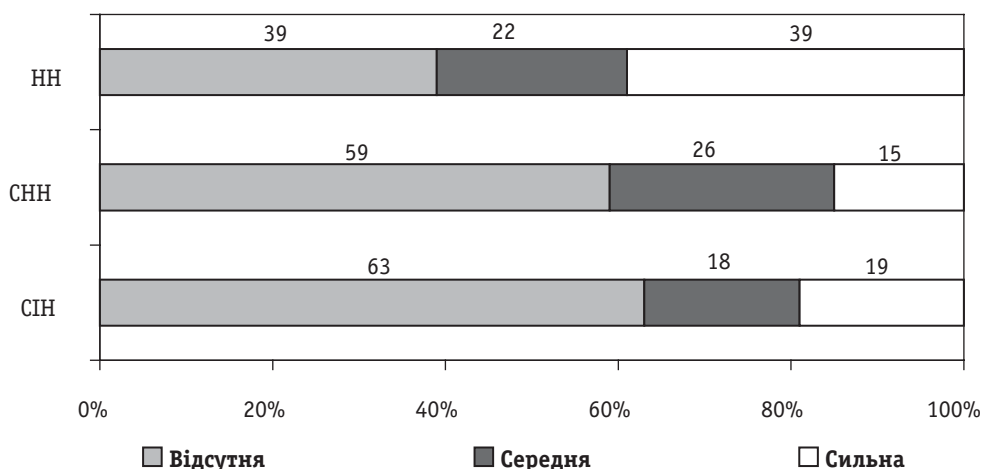
Будемо вважати, що роль „суттєва”, якщо респондент дав позитивну відповідь на всі альтернативи, включені до даної групи, роль „середня” – якщо респондент обрав хоча б один фактор з групи, роль „відсутня” – коли респондент не обрав жодної альтернативи з включених до даної групи.

Фактори, пов'язані із здоров'ям, відіграють сильну бар'єрну роль для третини респондентів СНН та НН та відігравали для кожного п'ятого СІН. Слід звернути увагу, що вплив цього фактора повністю відсутній для 23% СІН, серед СНН – 11%, НН – 13% (див. рис. 4.1.1).



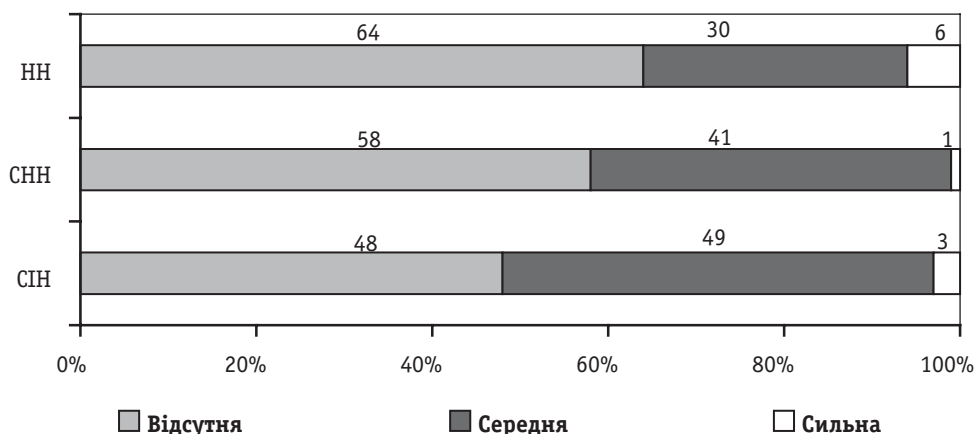
**Рис. 4.1.1. Роль бар'єрних факторів „страх наслідків вживання, пов'язаних із здоров'ям” як стримуючих першу ін'єкцію, %**

Більшість респондентів СІН та СНН визначають фактор можливих соціальних наслідків як такий, що не є стримуючим (відповідно 63 та 59%). Для групи НН „соціальні” фактори як бар'єрні мають найбільше значення (39%). Майже для кожного п'ятого СІН саме цей фактор мав велике значення до початку вживання (див. рис. 4.1.2).



**Рис. 4.1.2. Роль бар'єрних факторів „страх соціальних наслідків” як стримуючих першу ін'єкцію , %**

Вплив практичних бар'єрів у цілому можна охарактеризувати як незначний: майже для половини теперішніх СІН практичні аспекти абсолютно не виступали бар'єром до першої ін'єкції. Серед СНН та НН у більшості випадків також відсутній вплив цього фактора (відповідно 58% та 64%). Найбільша кількість людей, для яких відсутність практичних навичок відіграє значну роль, серед НН (6%), найменша серед споживачів неін'єкційних наркотиків (1%) (див. рис. 4.1.3).



**Рис. 4.1.3. Роль факторів „практичні бар'єри” як стримуючих першу ін'єкцію , %**

## ❖ ОБГОВОРЕННЯ

Молоді люди, які спілкуються з СІН, на прикладі своїх друзів-СІН бачать і відчувають можливі негативні наслідки ін'єкційного вживання наркотиків (проблеми у стосунках з батьками та іншими родичами, у навчанні, працевлаштуванні, можливе погіршення здоров'я тощо), для них це виступає основним стримуючим фактором. Таке субкультурне знання може змінити соціальний імідж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та вживання наркотиків взагалі у бік більш негативної оцінки, а також виступити важливим фактором при проведенні профілактики. Молоді люди бачать реальні приклади з життя, а не просто чують загальні фрази дорослих на зразок “Так робити не можна” (психологічні особливості віку – найбільший вплив мають саме друзі). Можна припустити, що саме таке „знайомство з реальними прикладами” формує розуміння, що „якщо спробують, то „присядуть”, не зможуть зупинитися”. Тобто абстрактне побоювання стати залежним, яке само по

собі є досить сильним бар'єрним фактором, посилюється реальними випадками з життя друзів, проблемами друзів, прикладами втрачених можливостей та погіршення стану здоров'я.

Більшість молодих людей, які роблять першу в своєму житті ін'єкцію, як правило, впевнені в тому, що це перший і останній раз, що вони сильніші за тих, хто залежний від наркотиків: *"Подумав, що один раз уколюся і більше не буду. Про наслідки трохи здогадувався, але думав, що більше не буду"* (глибинне інтерв'ю, Павлоград, чол., 21 рік, стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом 2 роки). Але отримані результати показують, що це не так: більше половини опитаних СІН (58%) до початку вживання мали побоювання щодо *небезпеки виникнення залежності*. Але це не спинило їх, *"зі мною це не станеться"* вважали вони: *"Друзі намагалися мене відмовити, а я відповідала, що в мене є голова на плечах, я не підсяду, я розумна"* (групова дискусія з СІН, Київ, жін., 30 років, стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом 15 років). Слід звернути увагу, що саме цей бар'єр був основним для СІН і є другим за значенням (як основний) для СНН та для НН. Отже поширення чесної інформації, пояснення формування механізмів виникнення залежності також має бути одним з напрямів конкретної роботи серед друзів СІН, які або вживають наркотики неін'єкційно, або не вживають ПАР.

Одним з найбільш сильних стримуючих факторів є побоювання негативних наслідків для здоров'я, причому молоді люди, які не вживають ін'єкційних наркотиків, значно частіше називали цей бар'єр, ніж СІН. Можливо СІН, на відміну від своїх друзів, почали вживання наркотиків ін'єкційним шляхом через недостатнє розуміння його шкідливості для здоров'я. Отже цей бар'єрний фактор (побоювання за своє здоров'я) відіграє превентивну роль для СНН та НН та утримує їх від ін'єкційного вживання.

Більшість молодих людей добре знають, що вживання ін'єкційних наркотиків значно підвищує ризик *ВІЛ-інфікування*, проте лише для кожного десятого це є основним бар'єром. СНН та НН значно частіше порівняно з СІН називали страх перед ВІЛ/СНІДом стримуючим фактором.

Такі бар'єрні фактори, як *погане ставлення до тих, хто вживає ін'єкційні наркотики, та вплив друзів, які негативно ставляться до СІН*, найбільше виражений у групі НН. Це можна пояснити тим, що серед їхнього найближчого соціального оточення обмежена кількість СІН, вони більшою мірою знаходяться у полоні міфів та стереотипів щодо споживачів, транслюють нетолерантне ставлення, яке досить характерне для українського суспільства в цілому.

Побоювання передозування наркотику як стримуючий фактор частіше називали СНН. Цей чинник називали більше третини СІН і НН та 46% СНН, хоча як основний зазначили 5% СІН та 1% не-СІН.

На початку вживання наркотиків людині потрібна невелика доза, щоб досягнути бажаного ефекту. З підвищенням частоти вживання ризик стати наркозалежним та, відповідно, отримати передозування також підвищуються. Більшість респондентів, що називали страх перед передозуванням, є СНН. Це може бути тому, що ця група респондентів найближча до того, щоб стати свідками передозування, можливо, навіть з летальними випадками.

Майже однаково незначна кількість респондентів усіх трьох груп назвали страх перед уколом у вену одним із стримуючих факторів. Якщо це не зупинило теперішніх СІН, можна припустити, що не стане бар'єром і для тих, хто зараз не вживає наркотики.

Страх перед міліцією можна розглядати як усвідомлення факту підвищення ймовірності виникнення конфліктів з правоохоронними органами через вживання ПАР. У руслі теорій контролю [14, с. 165–168] це є страх бути покараним: *"спробував би, якби мені за це нічого не було"*.

Порівняно з іншими стримуючими факторами менш важливими для молоді є, умовно кажучи, суб'єктивні зовнішні бар'єри щодо початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Проте, з іншого боку, ситуація вражає – так, теоретично, кожен третій СНН і кожен четвертий НН ініціювали б ін'єкційне вживання, якщо б знали, як правильно колотися. Кожен п'ятий СНН не має доступу до ін'єкційних наркотиків. Кожен шостий СНН та НН респондент не має грошей на придбання наркотику та кожен сьомий НН спробував би, якщо мав би когось, хто міг зробити йому ін'єкцію.

## ❖ ВИСНОВКИ

Найбільш впливовим серед основних бар'єрів для першої ін'єкції є приклад знайомих з числа СІН, а саме зміни в їхньому житті після початку вживання ін'єкційних наркотиків. Другим за важливістю стримуючим фактором для СІН та СНН був (є) страх перед наркотичною залежністю. Побоювання шкідливих наслідків для власного здоров'я та страх перед ВІЛ/СНІДом також є важливими причинами, щоб не починати вживати наркотики ін'єкційним шляхом. Фактори здоров'я загалом (включаючи ризик ВІЛ-інфікування) відіграють найсильнішу роль як бар'єри щодо першої спроби.

Практичні бар'єри (недоступність наркотику, відсутність коштів на наркотик, незнання, як правильно робити ін'єкцію тощо) можуть відігравати певну роль у відкладанні першої ін'єкції для молодих людей, але завдяки тісним контактам з СІН легко долаються і не сприймаються як реальні бар'єри.

Серед молодих людей, які не вживають наркотики, необхідно проводити інформаційну роботу про шкідливість ін'єкційного вживання, в тому числі про характерні для СІН хвороби вен (абсцеси), а також про шкідливість ін'єкцій взагалі.

При проведенні профілактичних програм необхідно акцентувати увагу молодих людей на безпосередній взаємозв'язок між поширенням ВІЛ-інфекції та нарколепидемії в Україні (ін'єкційне вживання наркотиків на даний момент є основним шляхом зараження ВІЛ), також надавати інформацію про процес перебігу хвороби, кількість летальних випадків тощо.

Оскільки для частини опитаних стримуючим фактором є зовнішні бар'єри, також необхідно проводити роботу серед СІН щодо незалучення інших людей до вживання ін'єкційних наркотиків: у тому числі не пропонувати наркотик, не пропонувати зробити ін'єкцію, не розповідати, як робив ін'єкцію собі (як правильно, яка доза).

### 4.2. Мотиви, що спонукали зробити першу ін'єкцію

Для ефективної реалізації профілактичних програм серед СІН необхідно добре розуміти природу причин виникнення цього явища. Що ж спонукає молодих людей ставати на небезпечний шлях вживання ін'єкційних наркотиків, незважаючи на страх перед ВІЛ/СНІДом, можливість передозування, зміни в житті друзів-СІН та інші бар'єрні фактори, проаналізовані в попередньому підрозділі? У даному підрозділі представлено аналіз причин, які вплинули на рішення СІН зробити першу ін'єкцію, та мотивів виникнення такого бажання у молоді, яка не вживає ін'єкційні наркотики.

## ❖ РЕЗУЛЬТАТИ

Найбільша кількість опитаних СІН (89%) вказали, що зробили першу ін'єкцію тому, що хотіли дізнатися, які відчуття при ін'єкційному вживанні наркотиків: „Заради інтересу, хочуть чогось новенького” (Одеса, чол., 22 роки)<sup>22</sup>. Більшість молодих людей, які не вживають ін'єкційні наркотики, також схильні вважати, що їхні друзі вперше спробували ін'єкційний наркотик, щоб самим відчутти його дію. Другою найбільш поширеною причиною початку вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, за результатами дослідження, є прагнення отримати приємні відчуття (74% СІН, 82% СНН, 64% НН).

Більше половини НН (56%) та СНН (60%) вважають, що їхні друзі спробували ін'єкційний наркотик просто з нудьги, “не було чого робити” – це стало причиною першої ін'єкції для 42% теперішніх СІН: „Нудьга, нема чого робити, зайнятися нічим. Припустимо, я не п'ю, бари мене не цікавлять. Навіть з грошима нема куди піти” (Павлоград, чол., 22 роки); „Грошей просто багато, і нема куди їх дівати. Хтось запропонував, і все. У батьків беруть гроші, є можливість в нього” (Київ, чол., 20 років). Однакова кількість молодих людей (37%), які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, вперше спробували наркотик ін'єкційним шляхом, щоб порівняти його дію з неін'єкційними та тому,

<sup>22</sup> У запитальнику якісного етапу дослідження запитання звучало так: „У чому, на Вашу думку, полягає причина, чому молоді люди вживають ін'єкційні наркотики?”.



що вважали, що це «круто»: „Щоб не відставати від дорослих – ось основна причина” (Полтава, чол., 23 роки). Причому серед СНН такі варіанти відповіді називали частіше.

Вживання ін'єкційних наркотиків вважали одним із способів проведення часу з друзями третина СІН; 43% СНН та 37% НН також вважають це мотивом, що спонукав їхніх друзів вперше вжити ін'єкційний наркотик: „З одногрупниками вирішили спробувати наркотик ін'єкційно. Деякі з нас уже пробували і знали, де взяти. Ми вирішили так провести вільний час” (Полтава, чол., 18 років); „В основному стадний інстинкт. Вони це роблять, щоб не відрізнятись” (Полтава, жін., 19 років). Неспоживачі ін'єкційних наркотиків частіше називали можливими причинами першої ін'єкції бажання ввійти в групу, психологічні проблеми.

Кожен п'ятий респондент з усіх трьох груп вважає причиною першої ін'єкції недовіру офіційній інформації про наркотики. Крім того, молоді люди, які не вживають ін'єкційні наркотики, в п'ять разів частіше, порівняно з СІН, вважають, що їхніх друзів змусили зробити ін'єкцію: „Хтось на цьому гроші заробляє. Втягують спеціально, тому що для них це заробіток” (Київ, жін., 23 роки). Найменша кількість опитаних (СІН, СНН, НН) назвали бажання схуднути причиною, що могла вплинути на рішення вперше вжити наркотик ін'єкційним шляхом (див. табл. 4.2.1).

Таблиця 4.2.1

**Розподіл відповідей респондентів на запитання: „Які причини могли вплинути на Ваше рішення зробити перший укол?”<sup>23</sup>, % серед СІН, СНН та НН (респондент міг обрати всі варіанти відповіді, що підходять)**

	СІН	СНН	НН
<b>Мотиви, пов'язані з ефектом від вживання наркотиків ін'єкційним шляхом</b>			
Було цікаво, які при цьому відчуття	89	90	76
Хотілося приємних відчуттів	74	82	64
Для порівняння кайфу від неін'єкційних наркотиків та ін'єкційних	37	60	33
Вважали, що краще вживати наркотики, ніж спиртне	18	32	20
Не було неін'єкційних наркотиків, вирішили спробувати ін'єкційні	13	31	13
<b>Соціальні мотиви</b>			
Не було чого робити	42	60	56
Вважали, що це “круто”	37	57	45
Це один із способів проведення часу з друзями	30	43	37
Не довіряв “офіційній” інформації про наркотики	20	22	21
Хотів/ла ввійти в групу, “стати своїм/єю”	18	34	30
Заставили вживати, “підсадили”	4	20	21
<b>Психологічні та фізіологічні мотиви</b>			
Хотіли позбавитися душевного болю	15	32	26
Були невдоволені собою	15	27	21
Для стимуляції сексуальної активності	10	19	15
Втратили близьких людей	5	21	18
Для стимуляції творчої активності	5	13	11
Хотіли позбавитися фізичного болю	4	16	15
Хотілося схуднути	3	4	3

<sup>23</sup> Для респондентів СНН та НН запитання звучало так: “Які причини могли вплинути на те, що Ваші друзі/знайомі спробували ін'єкційний наркотик?”.

## Роль неін'єкційного вживання наркотиків

Респонденти-СІН, які вживали неін'єкційні наркотики до першої ін'єкції, порівняно з тими, хто не мав такого досвіду, частіше зазначали, що почали вживати наркотики ін'єкційним шляхом, оскільки вважали, що це «круто» (відповідно 60 та 28%): „Це своєрідна мода. Всі прагнуть до цієї моди, намагалися угнатися і самі себе кинули в яму” (Одеса, чол., 22 роки). Для молодих СІН, які вживали неін'єкційні наркотики, значно частіше також причинами першої ін'єкції були такі: порівняння кайфу від неін'єкційних та ін'єкційних наркотиків (46 та 6%), через відсутність неін'єкційних наркотиків (16% порівняно з 6% тих, хто не мав досвіду неін'єкційного вживання до першої ін'єкції). Молоді люди з числа СІН, які вживали неін'єкційні наркотики до початку вживання ін'єкційних, удвічі частіше вказували, що зробили першу ін'єкцію, оскільки вважали, що краще вживати наркотики, ніж алкоголь (див. табл. 4.2.2).

Таблиця 4.2.2

### Розподіл відповідей респондентів на запитання: “Які причини могли вплинути на Ваше рішення зробити Ваш перший укол?”, %

	СІН, які вживали неін'єкційні наркотики до першої ін'єкції N=622	СІН, які не вживали неін'єкційні наркотики до першої ін'єкції N=186
Це „круто”	40	28
Для порівняння кайфу від неін'єкційних наркотиків та ін'єкційних	46	6
Краще вживати наркотики, ніж алкоголь	20	10
Не було неін'єкційних, вирішили спробувати ін'єкційні	16	6

Основною причиною, яка вплинула (могла вплинути) на рішення теперішніх СІН зробити першу ін'єкцію, є бажання дізнатися, які при цьому відчуття (42% СІН, 35% СНН, 22% НН). Друге місце посідає бажання отримати приємні відчуття – 15% респондентів, які вживають ін'єкційні наркотики, 22% опитаних, які вживають неін'єкційні, та 12% тих, хто не вживає будь-які наркотичні речовини, обрали цей варіант відповіді. Бажання порівняти ефект від ін'єкційного вживання та неін'єкційного як основну причину найчастіше називали СНН – 8% порівняно з 6% СІН та 2% НН. Однакова кількість опитаних СІН та НН (6%) вважають головним мотивом бажання позбавитися душевного болю: „Занижена самооцінка, невираженість себе, думають, що це якось підвищує самооцінку. Мені спочатку здавалося, що багато проблем вирішуються, стаєш крутим” (Одеса, чол., 23 роки). Серед СНН так вважають 4% молодих людей (див. рис. 4.2.1).

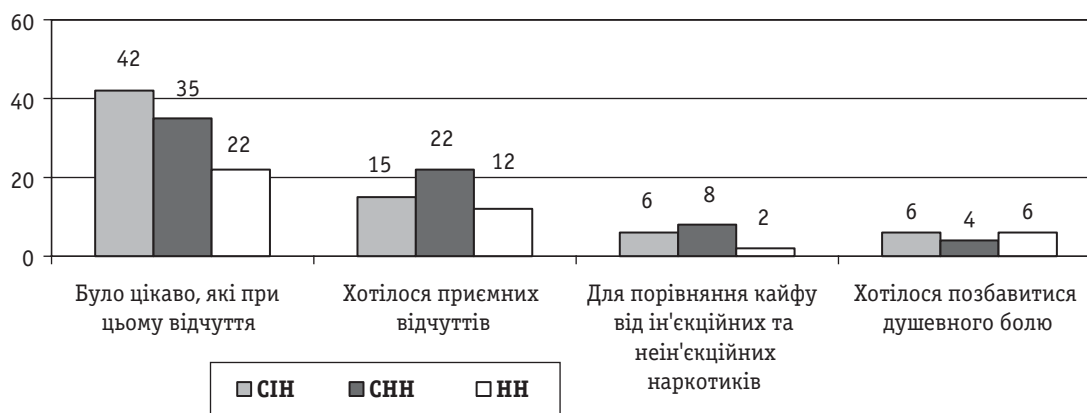


Рис. 4.2.1. Основні мотиви, які вплинули на рішення зробити першу ін'єкцію, %<sup>24</sup>

<sup>24</sup> Для респондентів-СНН та НН запитання звучало так: “Які причини могли вплинути на те, що Ваші друзі/знайомі спробували ін'єкційний наркотик?”. Подано варіанти відповідей, які обрали не менше 5% в одній з груп респондентів.

### Особливості за статтю

Цікавість щодо того, які відчуття при ін'єкційному вживанні наркотиків, стала причиною першої ін'єкції для 91% чоловіків та 82% жінок. Для того щоб отримати приємні відчуття, спробували наркотик ін'єкційним шляхом 74% СІН чоловічої статі та 71% жіночої.

Чоловіки вдвічі частіше, ніж жінки, робили першу ін'єкцію для порівняння ефекту вживання наркотиків ін'єкційним та неін'єкційним шляхом. Вживання ін'єкційних наркотиків як один із способів проведення вільного часу з друзями назвали 42% респондентів чоловічої статі та лише 19% жіночої. Чоловіки в порівнянні з жінками частіше вважали, що це «круто» (відповідно 39 та 28%), що краще вживати наркотики, ніж алкоголь (20 та 9%).

Майже кожна четверта жінка вперше спробувала ін'єкційний наркотик для стимуляції сексуальної активності, в той час як серед чоловіків цю причину назвали лише 6% опитаних. Жінки частіше вказували, що спробували вжити наркотик ін'єкційним шляхом з метою позбавитися душевного болю (22% жінок, 12% чоловіків):

*„Мій батько хворів раком, я його колола. Я почувала себе самотньою та знесиленою. В мене був хлопець, який вживав наркотики” (Київ, жін. 23 роки).*

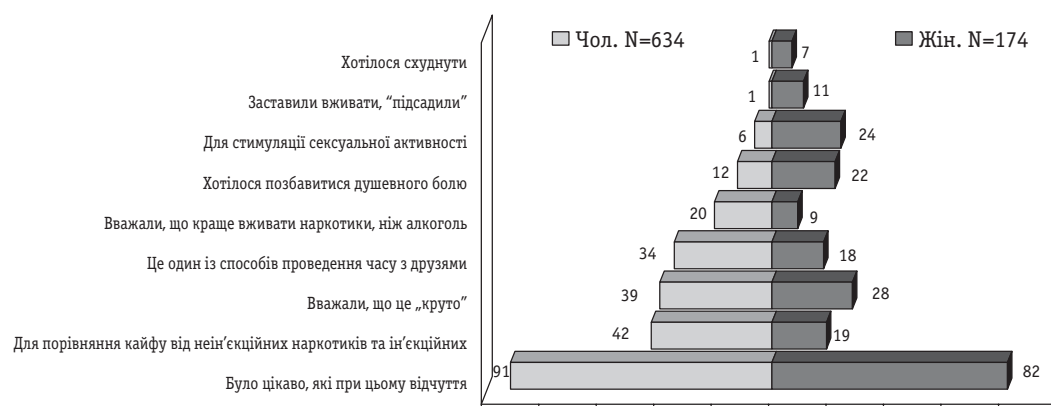
Мотивом, що спонукав зробити наркотичну ін'єкцію, 7% жінок назвали прагнення схуднути, серед чоловіків це стало причиною лише для 1% опитаних (див. рис. 4.2.2).

Як зазначалося раніше (див. табл. 3.3.3), хоча б раз в житті бажання спробувати ін'єкційний наркотик відчували 44% споживачів неін'єкційних наркотиків та лише 20% молодих людей, які не вживають наркотики.

Серед респондентів СНН та НН, у яких виникало бажання спробувати ін'єкційний наркотик, найбільша кількість (відповідно 93 та 69%) пояснили це зацікавленістю, які при цьому відчуття, та бажанням отримати приємні відчуття (74% СНН та 43% НН).

Бажання вжити наркотик ін'єкційним шляхом відчули, коли не було чого робити, 40% СНН та 35% НН. Кожен четвертий респондент-СНН та НН хотів спробувати ін'єкційний наркотик, щоб позбавитися від душевного болю. Хотіли спробувати щось “заборонене” 52% споживачів неін'єкційних наркотиків та 28% молоді, яка не вживає наркотики взагалі. Удвічі частіше СНН називали причиною бажання спробувати ін'єкційний наркотик те, що в житті треба все спробувати.

Респонденти, які вживають наркотичні речовини неін'єкційним шляхом, частіше пов'язували бажання спробувати ін'єкційний наркотик з відсутністю неін'єкційного (34% СНН та 5% НН), бажанням порівняти дію ін'єкційних та неін'єкційних наркотиків (63% СНН та 8% НН). Серед СНН, на відміну від НН, бажання зробити наркотичну ін'єкцію виникало через те, що багато друзів вживають ін'єкційні наркотики (47% СНН та 26% НН) (див. табл. 4.2.3).



**Рис. 4.2.2. Мотиви, які впливають на рішення зробити перший ін'єкцію, за статтю, %, (респондент міг обрати всі варіанти відповіді, що підходять)<sup>25</sup>,%, серед СІН**

<sup>25</sup> В аналізі подано мотиви, щодо яких різниця між відповідями чоловіків та жінок становила не менше 10%.

**Розподіл відповідей респондентів на запитання: „З чим Ви можете пов’язати своє бажання спробувати ін’єкційний наркотик?“,**  
%, серед тих, у кого виникло таке бажання

	<b>СНН</b> N=211	<b>НН</b> N=65
Цікаво, які при цьому відчуття	93	69
Хочеться приємних відчуттів	74	43
Для порівняння кайфу від неін’єкційних наркотиків та ін’єкційних	63	8
Хочеться спробувати щось “заборонене”	52	28
У житті треба все спробувати	50	26
Серед моїх друзів багато хто вживає, гадаю, може, й мені спробувати	47	26
Нема чого робити	40	35
Для різноманіття проведення вільного часу з друзями	37	20
Щоб позбавитися душевного болю	26	25
Коли нема неін’єкційних наркотиків, думаєш, а чи не спробувати ін’єкційні	34	5
Це „круто”	20	9
Через втрату близьких людей	16	14
Не довіряю «офіційній» інформації про наркотики	16	12
Хочеться справити враження	15	17
Через невдоволення собою	15	9
Для стимуляції сексуальної активності	14	6
Для стимуляції творчої активності	12	8
Краще вживати наркотики, ніж спиртне	10	5
Щоб позбавитися фізичного болю	10	14
Хочеться схуднути	3	2

## ❖ ОБГОВОРЕННЯ

Умовно можна виділити групу причин, пов’язану зі вживанням неін’єкційних наркотиків. Більшість СІН вважають мотивом першої ін’єкції цікавість, які при цьому відчуття, що важко назвати об’єктивною причиною такого рішення. Більшість друзів СІН стосовно своїх знайомих також вважають цікавість причиною початку вживання ін’єкційних наркотиків. Так, більш ніж третина теперішніх СІН зробили наркотичну ін’єкцію саме для порівняння ефекту від ін’єкційного та неін’єкційного вживання. Респонденти чоловічої статі називали цю причину частіше, оскільки вони частіше порівняно з жінками мали досвід неін’єкційного вживання. Слід звернути увагу на те, що молодь, яка вживає наркотики неін’єкційним шляхом, пояснювала рішення СІН саме цією причиною вдвічі частіше. Можливо, це пов’язано з тим, що у СНН самих виникло таке бажання. Третина СНН також вважають, що їхні знайомі почали вживати ін’єкційні наркотики через відсутність неін’єкційних, в той час як серед СІН цей варіант відповіді обрали 13% опитаних.

Дуже часто опитані СІН вказували, що зробили першу ін’єкцію через те, що хотіли отримати приємні відчуття. З одного боку, це свідчить про невміння організувати своє дозвілля, невміння або небажання отримувати задоволення від інших видів діяльності. Про незайнятність та неорганізованість дозвілля молоді свідчить інша причина, яку називали респонденти, – „не було чого робити”. Загалом така ситуація є об’єктивним відображенням процесів, які відбуваються в суспільстві. Відповідно до теорій соціального напруження період, коли старі норми, стандарти поведінки застаріли, а нові ще не виробилися, суспільство перебуває в стані, при якому значно

послаблюється регулятивна та стимулююча дія моралі й суспільство на деякий час втрачає вплив на людину. Зокрема, соціальна дезорганізація виявляється в явищі *аномії* – цей запозичений з теологічного лексикону термін буквально перекладається як “безнормативність”.

Як показують дані дослідження, вагомим чинником залучення до вживання наркотиків ін’єкційним шляхом є вплив оточення, в якому спілкується молодь (теорії субкультури). Третина СІН назвали причиною першої ін’єкції те, що вживання ін’єкційних наркотиків було одним із способів проведення часу з друзями. Можливо, якби їх оточували люди, які не вживають ін’єкційні наркотики, молоді люди не почали б і самі їх вживати. До цієї групи причин можна віднести також прагнення ввійти в певну групу, тобто молоді люди почали вживати ін’єкційні наркотики, лише щоб стати частиною компанії, яка для них на той час була важливою та впливовою.

За теорією субкультури втечі Кловарда–Охліна, розчарування в навколишньому світі, почуття власної неповноцінності, відсутність/небажання реалізувати себе, знайти власне місце в суспільстві змушує частину молодих людей шукати інший варіант. Цим варіантом стає створення власного ілюзорного світу, в якому можна жити за власними правилами. Вони шукають втіху в наркотиках і, можливо, на певний час знаходять її. Але коли починають розуміти, що замість однієї проблеми, мають іншу, причому значно більшу, то часто просто не можуть зупинитися. Проте незначна частина СІН назвала психологічні проблеми причиною початку вживання ін’єкційних наркотиків. Причому не-СІН значно частіше називали більш „глибокі” психологічні проблеми. У п’ять разів частіше, ніж самі СІН, їхні друзі пояснювали початок вживання ін’єкційних наркотиків тим, що їх підсадили інші люди. Така різниця у відповідях, скоріше за все, обумовлена тим, що близькі люди намагаються виправдати поведінку СІН з числа своїх знайомих, частково перекласти вину на інших людей.

## ❖ ВИСНОВКИ

Найбільш поширеною причиною початку вживання ін’єкційних наркотиків є цікавість, які при цьому відчуття. Молоді люди часто починають вживати ін’єкційні наркотики через невміння організувати власне дозвілля. Для відвернення молоді від наміру долучитися до вживання ін’єкційних наркотиків необхідно робити акцент на альтернативні способи проведення часу з друзями, зняття стресу. Вагомим чинником залучення до ін’єкційного споживання є попередній досвід вживання неін’єкційних наркотиків.

Цікавість, які відчуття виникають при ін’єкційному вживанні наркотиків, та бажання отримати приємні відчуття були основними причинами початку вживання як для чоловіків, так і для жінок-СІН. Можливо, слід надавати інформацію про відчуття при ін’єкційному вживанні наркотиків паралельно з даними медицини про дію кожного наркотику на організм людини, про швидкість виникнення залежності та наслідки наркотичних ін’єкцій.

Один з найголовніших факторів, що спонукають до початку вживання ін’єкційних наркотиків, – це вплив друзів, у тому числі їх розповіді про приємні відчуття, які дає наркотик. Під час проведення превентивних заходів не слід говорити про ці відчуття з тими, хто наркотиків не вживає, – очевидно те, що про «приємні сторони» вживання наркотиків СНН та НН вже чули від СІН.

Жінки частіше починали вживати ін’єкційні наркотики через бажання схуднути, для стимуляції сексуальної активності, їх частіше змушували вжити наркотики інші люди. Удвічі частіше респонденти жіночої статі починали вживати ін’єкційні наркотики з метою позбавитися душевного болю. Чоловіки частіше робили першу ін’єкцією, оскільки вважали, що краще вживати наркотики, ніж алкоголь. Для чоловіків вплив друзів відіграв більшу роль, вони також частіше обирали варіант відповіді „це круто”. Оскільки більша частина чоловіків-СІН мали попередній досвід вживання неін’єкційних наркотиків, вони відповідно частіше зазначали бажання порівняти відчуття при ін’єкційному та неін’єкційному вживанні.

### 4.3. Поінформованість батьків та їх ставлення до ін'єкційного вживання наркотиків

У формуванні особистості кожної людини та її подальшому житті значну роль відіграє сімейне оточення. У цьому підрозділі проаналізовано стосунки з батьками молодих споживачів ін'єкційних наркотиків та їхніх друзів, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Також розглянуто питання, чи вживають батьки респондентів наркотичні речовини, а також чи зловживають алкоголем. Крім того, представлена думка СІН про те, чи знають батьки, що діти вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Розглянуто також уявлення різних груп респондентів щодо ставлення батьків до тих друзів, які є споживачами наркотиків.

## ❖ РЕЗУЛЬТАТИ

### Стосунки СІН та не-СІН з батьками

За даними проведеного дослідження, респонденти – неспоживачі наркотиків (НН) значно частіше вказували на те, що мають добрі стосунки з батьками – 84% опитаних НН відповіли, що мають добрі стосунки з матір'ю/мачухою, в той час, як серед споживачів неін'єкційних наркотиків (СНН) таких 69%, а серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) – 31%. Відповідно 63, 53 та 28% респондентів мають добрі стосунки з батьком/вітчимом. У п'ять разів частіше СІН порівняно з НН повідомляли про погані стосунки з матір'ю/мачухою (25 і 5%). Причому особливої різниці серед респондентів різних вікових категорій не спостерігається. Говорячи про стосунки з батьками, близько третини респондентів різних вікових категорій зауважили, що їхні стосунки з батьками можна охарактеризувати як “скоріше, добрі, але бувають розбіжності”. Важливо відмітити, що на поверхневій стосунки між батьками і дітьми вказали 20% респондентів віком 20–21, і лише 12% молодих людей віком 12–15 років.

Таблиця 4.3.1

### Розподіл відповідей респондентів на запитання: „Як би Ви охарактеризували Ваші стосунки з батьками”, %

	СІН N=800	СНН N=465	НН N=322
<b>Які у Вас стосунки з батьком/вітчимом?, %</b>			
У мене немає батька/вітчима	25	22	13
Дуже добрі стосунки, повне взаєморозуміння	7	13	28
Скоріше, добрі стосунки, але зрідка бувають розбіжності	21	40	45
Ні добрі, ні погані, скоріше, поверхові	25	17	9
Скоріше, погані, ніж добрі. Ми рідко розуміємо одне одного	14	5	4
Дуже погані стосунки. Ми абсолютно не розуміємо одне одного	8	3	1
<b>Які у Вас стосунки з матір'ю/мачухою?, %</b>			
У мене немає матері/мачухи	8	7	4
Дуже добрі стосунки, повне взаєморозуміння	11	22	35
Скоріше, добрі стосунки, але зрідка бувають розбіжності	30	47	49
Ні добрі, ні погані, скоріше, поверхові	26	15	7
Скоріше, погані, ніж добрі. Ми рідко розуміємо одне одного	17	6	4
Дуже погані стосунки. Ми абсолютно не розуміємо одне одного	8	3	1



Респонденти-СІН удвічі частіше в порівнянні з НН зазначали, що не мають батька/вітчима взагалі (відповідно 25 та 13%): „У мене мати померла в тому році, а батько помер від раку в 1998 році” (Київ, жін., 22 роки). Це дає підстави думати про те, що наявність/відсутність рідних батьків (чи одного з них) у сім’ї може впливати на залучення молоді до вживання наркотиків ін’єкційним шляхом (див. табл. 4.3.1).

Респонденти-СІН також частіше повідомляли про те, що їхні батько/вітчим або мати/мачуха вживають алкоголь у великій кількості: „Горілку п’є, що я можу ще сказати” (Павлоград, чол., 21 рік). Дані щодо вживання наркотиків серед батьків респондентів-СІН та не-СІН не дають підстав вважати, що існує зв’язок між споживанням наркотиків батьками та залученням до вживання наркотиків дітей (див. табл. 4.3.2), хоча на вживання наркотиків батьками вказали саме деякі респонденти-СІН.

Таблиця 4.3.2

### Вживання батьками СІН та не-СІН алкоголю та/або наркотиків

Респонденти-СІН N=808		Респонденти-не-СІН N=802	
<i>% тих, хто зазначив, що батько/вітчим ... (серед тих, хто проживає разом з батьком/вітчимом) N=374 N=432</i>			
27	вживає алкоголь у великій кількості	16	
1	вживає наркотики неін’єкційним шляхом	-	
1	вживає наркотики ін’єкційним шляхом	-	
<i>% тих, хто зазначив, що мати/мачуха ... (серед тих, хто проживає разом з матір’ю/мачухою) N=478 N=525</i>			
6	вживає алкоголь у великій кількості	3	
0,2	вживає наркотики неін’єкційним шляхом	-	
0,2	вживає наркотики ін’єкційним шляхом	-	

### Ставлення батьків до вживання наркотиків (ін’єкційного)

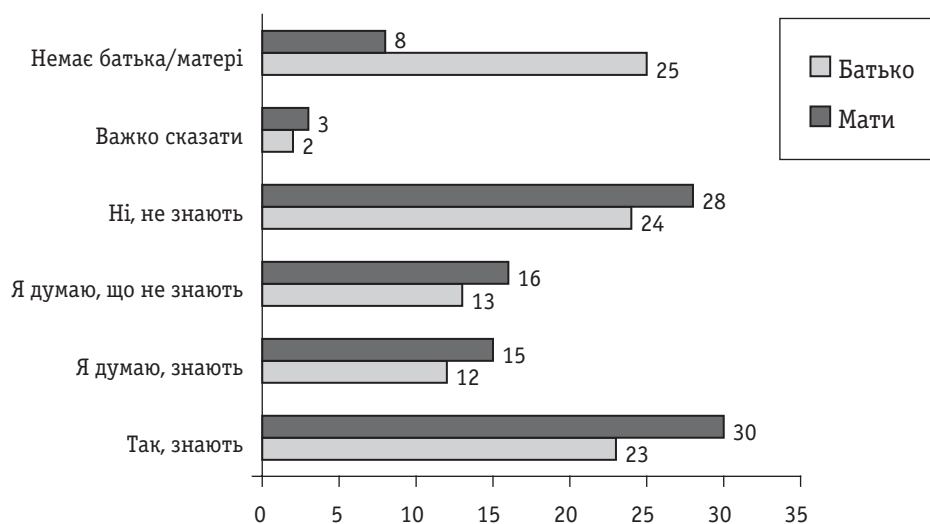
Цілком зрозуміло, що батьки тих дітей, які вживають наркотики ін’єкційним шляхом, частіше знають, що в їхніх дітей є друзі/близькі знайомі з числа СІН. Це підтверджують і дані дослідження. Більшість батьків, діти котрих уживають наркотики ін’єкційним шляхом, украй негативно ставляться до їхніх друзів/близьких знайомих з числа СІН і вважають, що серед оточення їхніх дітей не повинно бути таких людей. В той же час батьки не-СІН менш агресивно налаштовані проти друзів/близьких знайомих своїх дітей, які вживають наркотики ін’єкційним шляхом, і частіше співчують їм (відповідно 24 та 15%). Респонденти-СІН частіше зазначали, що, на думку їхніх батьків, друзі з числа СІН мають бути притягнуті до кримінальної відповідальності (див. табл. 4.3.3).

Кожен четвертий респондент на запитання стосовно того, чи знають батьки про вживання ним наркотиків ін’єкційно, з упевненістю відповів, що знають, ще 12% опитаних думають, що батьки знають про це (див. рис. 4.3.1).

Як можна побачити, третина батьків, діти яких є споживачами ін’єкційних наркотиків, знають про звички своїх дітей. Але при цьому матері більш обізнані щодо способу життя дітей: „Знають, мати навіть брала участь, щоб мене посадили” (Київ, чол., 22 роки). Так, 30% матерів знають, а 15% респондентів думають, що їхні матері знають про те, що вони є споживачами ін’єкційних наркотиків. Це може бути обумовлено тим, що у матерів більш тісний контакт зі своїми дітьми. Причому, чим старше діти, тим більш обізнаними є їхні батьки та матері щодо факту вживання ін’єкційних наркотиків.

**Розподіл відповідей на запитання: „Як Ваші батьки ставляться до тих Ваших друзів/близьких знайомих, які вживають наркотики ін’єкційно?“, % серед тих, у кого батько/вітчим чи мати/мачуха знають про те, що є такі друзі/близькі знайомі**

СІН N=255		Не-СІН N=109
80	Вкрай негативно	64
55	Вважають, що серед мого оточення не має бути таких людей	63
41	Вважають, що це хворі люди, яким потрібна медична допомога	44
53	Вважають, що ці люди погано впливають на мене	47
24	Вважають, що вони мають бути притягнуті до кримінальної відповідальності	15
15	Щиро співчують їм	24
7	Для моїх батьків не має значення, чи споживають мої друзі/близькі знайомі наркотики ін’єкційним шляхом	6
2	Цілком нормально. Вважають, що споживання наркотиків ін’єкційним шляхом – звичне явище серед сучасної молоді	2



**Рис. 4.3.1. Розподіл відповідей респондентів на запитання: „Чи знають Ваші батьки, що Ви вживаєте наркотики ін’єкційним шляхом“, %**

Досить природним є той факт, що переважна більшість респондентів, які є СІН та чий батьки знають про це, перебувають у поганих стосунках з ними: „Вони знають, що я вживаю, але не розуміють. Раніше вони підтримували, пропонували допомогу, а тепер не довіряють взагалі – махнули рукою” (Полтава, чол., 21 рік) (див. табл. 4.3.4).

Як зазначили респонденти, стосунки СІН з матерями дещо гірші, ніж з батьками чи вітчимами. Це видно з табл. 4.3.5.

Таблиця 4.3.4

**Розподіл відповідей респондентів на запитання:  
„Як би Ви охарактеризували Ваші стосунки з батьком/вітчимом”  
за рівнем обізнаності, що їхні діти є СІН, %**

	<b>Знають</b>	<b>Думаю, що знають</b>	<b>Думаю, що не знають</b>	<b>Не знають</b>	<b>Не знаю</b>
Дуже гарні стосунки, повне розуміння	13	6	14	60	7
Скоріше, гарні, але іноді бувають непорозуміння	12	10	19	55	4
Ні гарні, ні погані. Скоріше, поверхові	24	21	21	30	3
Скоріше, погані, ніж гарні. Ми рідко розуміємо один одного	43	16	13	26	3
Дуже погані. Ми взагалі не розуміємо одне одного	43	19	15	19	5

Таблиця 4.3.5

**Розподіл відповідей респондентів на запитання:  
„Як би Ви охарактеризували Ваші стосунки з матір'ю/мачухою?”  
за рівнем обізнаності, що їхні діти є СІН, %**

	<b>Знають</b>	<b>Думаю, що знають</b>	<b>Думаю, що не знають</b>	<b>Не знають</b>	<b>Не знаю</b>
Дуже гарні стосунки, повне розуміння	14	9	13	59	5
Скоріше, гарні, але іноді бувають непорозуміння	16	12	17	51	4
Ні гарні, ні погані. Скоріше, поверхові	28	22	22	23	4
Скоріше, погані, ніж гарні. Ми рідко розуміємо одне одного	47	17	13	19	4
Дуже погані. Ми взагалі не розуміємо один одного	51	19	11	11	8

## ❖ ОБГОВОРЕННЯ

Вивчення того, які стосунки з батьками були у молодих людей до початку вживання наркотичних речовин та як вони змінилися після того, як батьки дізналися про їх вживання, не було метою нашого дослідження. З одного боку, конфлікти з батьками можуть стати причиною залучення молоді до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, з іншого – вживання наркотичних речовин стає причиною погіршення стосунків із батьками. Для аналізу причинно-наслідкових зв'язків (чи погані стосунки є одним з чинників залучення до вживання наркотиків, чи початок їх вживання зумовлює погіршення стосунків з батьками) формування стосунків між батьками та молодими СІН необхідні інші дослідницькі стратегії.

Певна інформація була отримана з інтерв'ю з СІН під час якісного етапу дослідження:

*„Батько на пенсії, інвалід другої групи, після інсульту його паралізувало. В дитинстві я його боявся, потім став ненавидіти, бо від мене сторонилися друзі, тому що він працював у міліції. Він відвернувся від мене, коли дізнався, що я почав колотися. Коли я півроку не коловся, у нього стався інсульт. Я сидів біля нього в лікарні два місяці, стосунки більш-менш налагодилися” (Полтава, чол., 23 роки).*

Аналіз даних показав також, що обізнаність батьків про те, що їхня дитина належить до наркоманів, тісно пов'язана з поганими стосунками між батьками та дітьми.

Батьки свідомо чи несвідомо впливають на формування та розвиток молодих людей декількома шляхами. Батьки виступають як рольові моделі для своїх дітей, які наслідують їхню поведінку. Батьківські стилі та система виховання справляють значний вплив на соціальний та емоційний розвиток молоді людини. Також батьки передають свої життєві цінності та моральні норми дітям. Це ж стосується і загальної системи світогляду особистості, яка формується та розвивається в процесі сімейного спілкування. Тому дуже важливо розуміти, що якщо в родині не все гаразд, то це може підштовхнути дітей до шкідливих звичок, у даному контексті ми маємо на увазі вживання психотропних речовин (ПАР).

Порівняння відповідей молодих СІН та їхніх друзів з числа не-СІН стосовно батьківської сім'ї досить чітко показує, що СІН частіше мають неповні батьківські сім'ї, вказують на гірші стосунки з батьком, із матір'ю.

Варте уваги те, що молоді СІН значно більшою мірою зазначили наявність проблеми вживання батьками (особливо татом) алкоголю у великій кількості. Серед дослідницьких гіпотез було також припущення, що частина батьків молодих СІН можуть також мати проблеми із вживанням ПАР. Але такі запитання є досить проблематичними для стандартизованого інтерв'ю. Можливо, доцільно було б розробити окрему програму дослідження щодо зв'язку між вживанням ПАР серед батьків та дітей. У нашому випадку ми лише зафіксували наявність такої проблеми, але маємо обмеження методики стосовно визначення ступеня впливу прикладу батьків на вживання наркотиків дітьми.

Цілком природно, що, на думку опитаних, їхні батьки негативно ставляться до вживання наркотиків ін'єкційно.

Те, що чверть молодих СІН впевнені, що їхні батьки не знають про наркоживання, та кожний сьомий думає, що батьки, скоріше за все, не знають, свідчить про серйозну комплексну проблему. Можливо, батьки не мають достатньо інформації з проблеми наркоживання, можливо, це просто неухважність батьків до дітей. Тобто більш поглиблений аналіз ролі батьків та різних аспектів взаємодії молодих СІН та їхніх батьків конче потрібен.

## ❖ ВИСНОВКИ

У молоді, яка не вживає наркотики ін'єкційним шляхом, краще складаються стосунки з батьками. Ймовірність залучення дітей до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом вища в тих сім'ях, де батьки зловживають алкоголем. Серед опитаної молоді факти вживання наркотиків батьками зустрічалися вкрай рідко, отож за наявних даних не можна робити висновків про вплив уживання наркотиків батьками на залучення молоді до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом.

Батьки дітей-СІН більш негативно налаштовані стосовно їхніх друзів/близьких знайомих, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Загалом ставлення батьків усіх респондентів до такої молоді є негативним.

Досить часто виявлялося, що батьки СІН не знають, що їхні діти вживають наркотики, про це впевнено вказала майже чверть респондентів. Можливо, вони просто не хочуть визнавати цю проблему. Майже така ж кількість опитаних зазначили, що батьки знають про те, що вони вживають ін'єкційні наркотики. Матері СІН частіше, порівняно з батьками, знають про звички своїх дітей.

Серед опитаних, чиї батьки знають про вживання ними ПАР, більшість відповіли, що мають погані стосунки з батьками. Відповідно, якщо батьки не знають цього, респонденти мають гарні взаємостосунки та характеризують їх повним взаєморозумінням.

Важливо відзначити, що соціальним працівникам, які розпочинають роботу з кризовою молоддю, необхідно обов'язково з'ясувати ситуацію з батьками та виявити, чи можуть вони бути партнерами у вирішенні проблем, а можливо, необхідно буде проводити роботу і з батьками.

Необхідно створювати програми, спрямовані на спільну роботу з СІН та їхніми родичами. Також у програми, спрямовані на зменшення ризику, необхідно включати і батьків, однією із складових може бути робота зі зближення СІН та їхніх батьків.

#### 4.4. Доступність наркотиків у містах, де реалізовувався проект

Важливу роль у формуванні наркотичної ситуації відіграє доступність наркотичних речовин. Ми намагалися подивитися на різні показники для більшої ясності ситуації.

Як показали результати дослідження, у тих містах, де рівень доступності наркотиків вищий, збільшується й кількість людей, які вживають ПАР: „Тому що доступно. Хто хоче, може купити в аптеці. Більшість малоліток сидять на трамадолі, в аптеці він продається, як хліб, треба – прийшов і купив” (Київ, жін., 22 роки). Як свідчать дані опитування, придбання наркотиків, здебільшого, не викликає значних труднощів у сучасної молоді: „Все легкодоступно, аптеки працюють спеціально для наркоманів” (Київ, жін., 23 роки). Майже дві третини (65%) респондентів-СІН та 61% СНН вважають, що це досить легко, навіть серед НН більше третини опитаних (39%) висловлюють таку думку (див. табл. 4.4.1).

Таблиця 4.4.1

##### Розподіл відповідей респондентів щодо доступності наркотиків у їхньому місті, залежно від вживання наркотиків, %

Наскільки легко придбати наркотики у Вашому місті?, %	СІН N=802		СНН N=475		НН N=319	
Легко		29		23		11
Скоріше, легко, ніж складно	65	36	61	38	39	28
Ні легко, ні складно	20		25		30	
Скоріше, складно, ніж легко		11		12		20
Складно	15	4	14	2	31	11

За даними офіційної статистики, найбільша кількість офіційно зареєстрованих СІН в Одесі, потім у Києві, Полтаві та Павлограді. Логічно припустити, що за рівнем доступності наркотичних речовин має простежуватися така ж сама тенденція. Проте аналіз відповідей респондентів свідчить про те, що нині простіше за все дістати наркотик у Павлограді та Києві, більше складнощів у Полтаві та Одесі (див. табл. 4.4.2). На думку фахівців, в Одесі така ситуація обумовлена активізацією роботи міліції, зокрема проведенням міліцейських рейдів з виявлення шляхів проходження наркотиків. Крім того, опитування збіглося в часі з кампанією до виборів Президента України, отож міліція у цей час була особливо пильною.

Таблиця 4.4.2

##### Розподіл відповідей респондентів різних міст щодо доступності наркотиків, залежно від міста опитування, %

Наскільки легко придбати наркотики у Вашому місті?, %	Київ, N=400	Одеса, N=395	Павлоград, N=398	Полтава, N=403
Сума відповідей „легко” та „скоріше, легко, ніж складно”	68	42	74	50
Ні легко, ні складно	25	25	19	24
Сума відповідей „скоріше, складно, ніж легко” та „складно”	7	33	7	26

За словами респондентів, раніше діставати наркотики було простіше, ніж зараз:

„Раніше було легше, зараз немає постійних точок” (Одеса, жін., 23 роки).

„Зараз – дуже важко, не знаю, чи то міліція, чи то щось ще... дуже складно дістати” (Полтава, чол., 21 рік).

„Не сильно легко їх придбати. Можна навіть з ранку вийти шукати і тільки увечері знайти” (Полтава, жін., 23 роки).

„Зараз важко. Коли починали, було набагато простіше придбати” (Полтава, жін., 23 роки).

„Ін'єкційні важко стало знайти, а інші простіше” (Одеса, чол., 20 років).

Кияни та мешканці Павлограда, на відміну від мешканців Одеси та Полтави, не вважають діставання наркотиків дуже складною справою:

„Знайти легше, ніж самогон” (Павлоград, чол., 22 роки).

„Запросто. Йди і купи, тільки знати треба у кого” (Павлоград, жін., 20 років).

„Придбати можна скрізь, навіть у міліції” (Київ, чол., 19 років).

Доступність наркотичних речовин відрізняється в залежності від віку. Так, молоді після 15 років легше їх придбати (див. табл. 4.4.3). 62% респондентів віком 22 роки і більше зазначили, що наркотики придбати “легко” або “скоріше, легко, ніж складно”.

Таблиця 4.4.3

**Розподіл відповідей респондентів різних міст щодо доступності наркотиків, в залежності від віку респондентів, %**

Наскільки легко придбати наркотики у Вашому місті?, %	12–15 років, N=58	16-17 років, N=194	18–19 років, N=307	20–21 рік, N=442	22 роки та більше, N=595
Сума відповідей „легко” та „скоріше, легко, ніж складно”	41	59	57	57	62
Ні легко, ні складно	28	24	21	27	21
Сума відповідей „скоріше, складно, ніж легко” та „складно”	31	17	22	16	17

## ❖ ОБГОВОРЕННЯ

Справді, наркотики останнім часом стали надзвичайно доступними, їх можна придбати через знайомих, в аптеках, вищих навчальних закладах і навіть у міліції. Результати опитування шкільної молоді [9, с. 67–68] свідчать, навіть для широкого кола підлітків, які навчаються у школах та інших закладах освіти, наркотики дістати досить легко, особливо інгалянти, марихуану або гашиш. Це може бути зумовлено саме тим фактом, що переважна більшість «експериментаторів» навчається. Серед усіх навчальних закладів можна виокремити вищі, де доступність до наркотичних речовин більш легка, в тому числі в гуртожитках. Наркотики можна придбати на вулицях, у парку, на дискотеках, у барі, в наркотогровця та в навчальному закладі, про що повідомляють до 10% підлітків.

Результати нашого дослідження також свідчать, що для молодих людей, особливо для СІН та СНН, наркотики є доступними. Цікавим є факт, що серед міст, які були включені в дослідження, найбільше складнощів з придбанням наркотичних речовин виникає у молоді в Одесі, хоча побуває думка, що саме тут це зробити надзвичайно легко, оскільки це велике портове місто. Можна припустити, що така ситуація пов'язана з тим, що опитування проводилося в період передвиборчої кампанії, відповідно в той час значно активізували свою роботу правоохоронні органи. Як зазначали регіональні виконавці з Одеси, більшість великих точок, де продавали наркотики, були закриті. Таким чином виникло значно більше дрібних точок, причому вони стали більш прихованими. В той же час у Павлограді, що є значно меншим за розміром містом, можливо, залишилося декілька значних дилерів, у яких будь-хто може придбати наркотик.

Старші респонденти частіше вказували на високий рівень доступності наркотичних речовин у своєму місті, мабуть, тому що мають більший досвід вживання ПАР і відповідно ширше коло людей, у яких можна придбати наркотик.



## ❖ ВИСНОВКИ

У цілому рівень доступності наркотичних речовин у містах, де реалізовувався проект, можна охарактеризувати як високий, причому навіть молоді люди, які не вживають наркотичні речовини, вважають, що отримати їх досить легко. Психотропні речовини найдоступніші в Павлограді та Києві, нижчий рівень доступності ПАР в Одесі та Полтаві. Старші респонденти частіше вказували, що можуть отримати наркотики без проблем. Молоді люди, які навчаються у вищих навчальних закладах, частіше вказували, що придбання/отримання наркотичних речовин не викликає у них суттєвих труднощів.

### 4.5. Друзі та вільний час: аналіз взаємозв'язків між споживачами ін'єкційних наркотиків та неспоживачами

Дослідити найближче соціальне оточення молодих СІН та їхніх друзів, а також з'ясувати, наскільки ці дві групи тісно спілкуються чи разом проводять вільний час, якою є структура дозвілля, передбачалося серед інших завдань дослідження.

## ❖ РЕЗУЛЬТАТИ

Більшість підлітків проводять вільний час зі своїми однолітками, у школі та в компаніях з друзями. Проте в респондентів виявилися доволі різні уявлення щодо поняття «друг».

Досить важливу роль у процесі соціалізації будь-якої людини, а тим паче підлітка, відіграє найближче оточення – батьки, однолітки, друзі. Зазвичай, друг – це людина, яка вам близька і з якою ви проводите багато часу разом. У даному дослідженні поняття „друзі” трактується як вузьке коло людей, з якими респонденти частіш за все спілкуються, оскільки досить часто респонденти зазначали, що „В мене нема друзів, лише знайомі та товариші” (Київ, чол., 22 роки); „В мене нема друзів, це люди, з якими я живу наркотики. Або їм щось потрібно від мене, або мені від них” (Київ, чол., 21 рік). Деякі опитані на запитання про друзів відповідали, що це „нормальні люди, у яких є робота, автомобілі, молоді люди, нормальне коло спілкування” (Павлоград, чол., 22 роки).

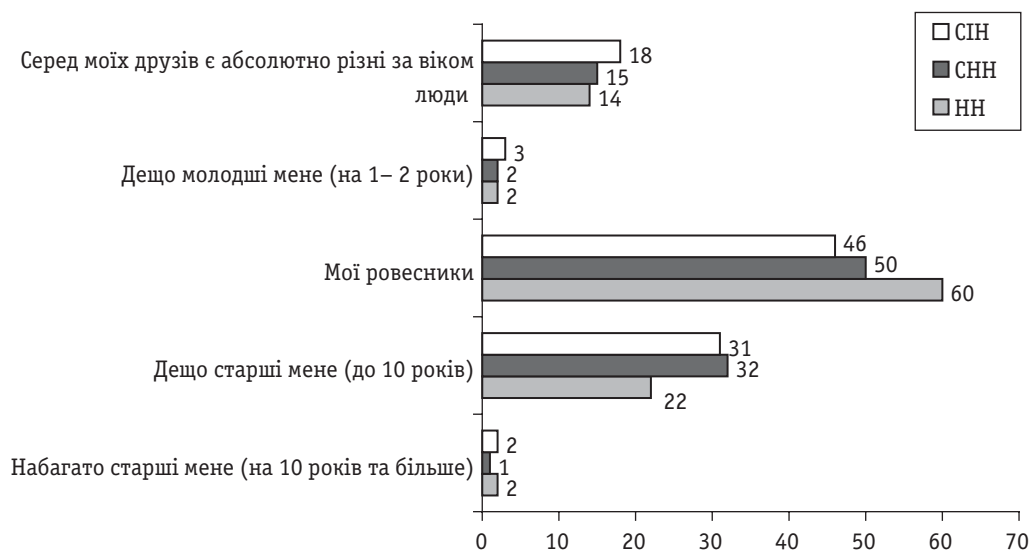
60% НН та 67% СНН мають 11 чи більше друзів, але лише 31% СІН назвали таку кількість друзів (див. рис. 4.5.1.). Найбільша кількість друзів виявилися у СНН.

Таблиця 4.5.1

#### Розподіл відповідей респондентів на запитання „Скажіть, скільки у Вас друзів?”, %

	СІН N=808	СНН N=474	НН N=324
1–5 осіб	25	13	22
6–10 осіб	44	20	18
11–20 осіб	25	50	53
21 і більше осіб	6	17	7

Більшість респондентів зазначили, що найближчі друзі – це однолітки, що характерно для всіх груп опитаних (відповідно 46% СІН, 50% СНН, 60% НН) (див. рис. 4.5.1.).



**Рис 4.5.1 Розподіл відповідей респондентів на запитання: „Якого віку більшість Ваших друзів?“, %**

#### Вживання наркотиків серед друзів

Майже половина опитаних C1H зазначили, що деякі їхні друзі вживають ін'єкційні наркотики. 18% респондентів C1H вказали, що практично всі люди з їхнього оточення вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Щодо вживання неін'єкційних наркотиків, то 38% C1H вказали, що мають більшість таких друзів: „Нормальні друзі, люблять покурити траву, первітин, пиво, трамадол. Друзі як друзі, звичайні люди“ (Павлоград, чол., 19 років). Практично всі друзі вживають алкогольні напої в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків – 57% C1H вказали на це.

78% C1H мають декількох друзів, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Майже половина C1H вказали, що деякі друзі вживають неін'єкційні наркотики. Більше третини (31%) опитаних C1H вказали, що більшість їхніх друзів вживають неін'єкційні наркотики та алкоголь (33%).

Серед опитаних неспоживачів наркотиків (H1N) 60% вказали, що мають декількох друзів, які вживають ін'єкційні наркотики, майже стільки ж (61%) вказали на вживання їхніми друзями неін'єкційних наркотиків, майже третина опитаних вказала, що має деяких друзів, які вживають алкоголь (див. табл. 4.5.2).

Таблиця 4.5.2

**Розподіл відповідей респондентів на запитання: „Чи вживають Ваші друзі...?“, %**

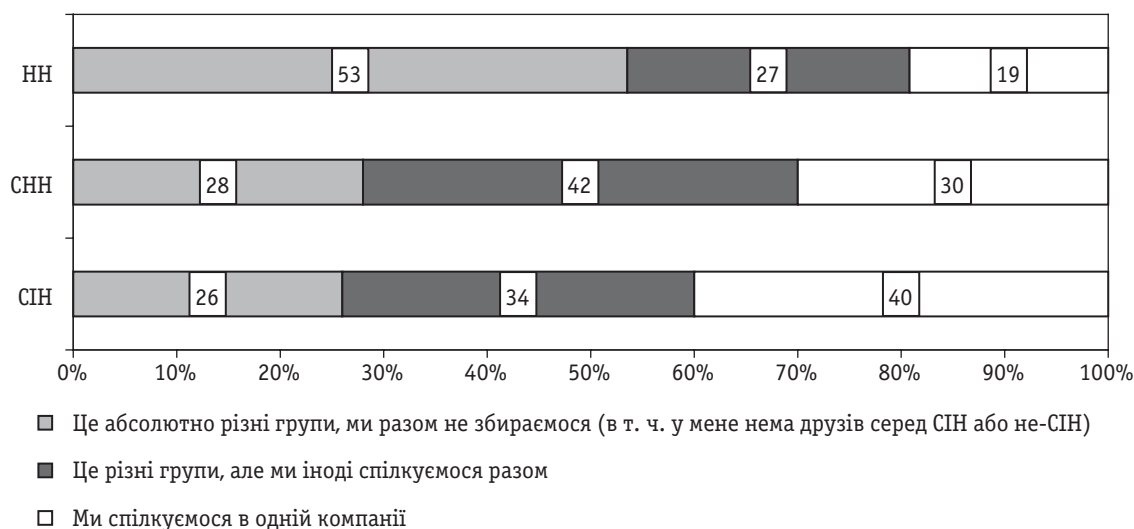
	Ін'єкційні наркотики			Неін'єкційні наркотики			Алкоголь		
	C1H N=808	C1H N=476	H1N N=324	C1H N=808	C1H N=476	H1N N=324	C1H N=808	C1H N=476	H1N N=324
Так, практично всі вживають	18	1	1	28	18	2	57	48	27
Більшість вживає	31	3	2	38	31	5	26	33	32
Деякі вживають	49	78	60	31	47	61	16	18	37
Ніхто не вживає	2	18	37	3	4	32	1	1	4

### Компанії друзів СІН та не-СІН

40% споживачів ін'єкційних наркотиків вказали, що вони з неспоживачами ін'єкційних наркотиків спілкуються в одній компанії: „Зустрічаємося всі разом, перетинаємося” (Одеса, жін., 23 роки). Серед споживачів неін'єкційних наркотиків на це вказав кожен третій опитаний (30%), серед неспоживачів ПАР – кожен п'ятий.

Частка СНН більша серед тих, хто вважає, що це різні між собою групи, але інколи все ж таки вони спілкуються зі споживачами ін'єкційних наркотиків – 42%. Серед СІН таких 34%, трохи менше серед неспоживачів наркотиків (27%).

Більше половини НН (53%) відповіли, що споживачі та неспоживачі ін'єкційних наркотиків – це взагалі різні групи, разом вони не збираються для проведення вільного часу: „Ні, не зустрічаюсь. У нас нема спільних інтересів: у тих, хто п'є пиво, та тих, хто хоче уколотися” (Полтава, чол., 23 роки). Таку думку поділяють 28% споживачів неін'єкційних наркотиків, серед СІН таких 26% (див. рис. 4.5.2).



**Рис. 4.5.2. Розподіл відповідей респондентів на запитання: „Які взаємостосунки між друзями респондентів, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, і тими, хто не вживає наркотики ін'єкційно?”, %**

### Вільний час з друзями

Структура вільного часу дещо відрізняється у СІН, СНН та НН (див. табл. 4.5.3), а також залежить від групи друзів/близьких знайомих.

Споживачі ін'єкційних наркотиків, коли зустрічаються зі своїми друзями чи близькими знайомими, які не вживають наркотики ін'єкційно, вільний час проводять переважно у дворі, на вулиці (відповідно 86 і 74%): „Куримо, випиваємо, коли дзвонять і кажуть, що є розчин, я йду” (Одеса, жін., 23 роки). Частина СІН віддають перевагу спілкуванню зі знайомими, які не вживають ін'єкційні наркотики, по телефону – 67%.

Така ж тенденція спостерігається і серед споживачів неін'єкційних наркотиків – 95, 87, 85%.

Неспоживачі наркотиків також віддають перевагу виходам з дому для проведення вільного часу – 87% спілкуються у дворі, на вулиці, 86% їздять на природу. Трохи менше люблять зі своїми друзями, знайомими слухати музику.

Серед тих СІН, які мають друзів чи близьких знайомих, що вживають наркотики ін'єкційно, під час вільного проведення часу або спілкуються на дворі, вулиці або разом вживають наркотики ін'єкційно або неін'єкційно (відповідно 90, 92%): „Укололися і відпочиваємо, як звичайні люди: на пляж ідемо, в магазин, в кафе. А коли не вкололися, нікуди не йдемо – шукаємо” (Одеса, чол., 18 років); „Можемо постояти, поспілкуватися про життя, все зводиться до того ж – наркотики. Починаєш за одне – закінчуєш наркотиком” (Полтава, чол., 23 роки). Споживачі

неін'єкційних наркотиків, які мають друзів чи близьких друзів – споживачів ін'єкційних наркотиків, спілкуються у дворі, на вулиці, разом вживають наркотики та випивають (відповідно 82, 61, 54%). Неспоживачі наркотиків меншою мірою під час проведення вільного часу віддають перевагу спілкуванню з друзями (у дворі, на вулиці, по телефону), випивці або слуханню музики (відповідно 60, 34, 31, 29%).

Змістовні форми проведення дозвілля СІН частіше практикують з друзями з числа не-СІН. Молоді НН намагаються культурно проводити час із знайомими, які не вживають наркотичні речовини (див. табл. 4.5.3).

Таблиця 4.5.3

**Як респонденти зазвичай проводять час з друзями/близькими знайомими, %**

З друзями/близькими знайомими з числа не-СІН			Активність у вільний час	З друзями/близькими знайомими з числа СІН		
СІН N=808	СНН N=476	НН N=326		СІН N=808	СНН N=476	НН N=326
86	95	87	Спілкуємося у дворі, на вулиці	90	82	60
67	85	78	Спілкуємося по телефону	69	52	34
63	86	81	Слухаємо музику	61	50	29
55	79	73	Ходимо на дискотеку	46	41	25
51	83	86	Їздимо на природу	42	27	22
25	39	32	Ходимо в інтернет-кафе	20	19	10
26	36	35	Граємо в спортивні ігри	17	15	10
6	10	18	Ходимо в церкву	4	2	1
64	81	-	Разом вживаємо наркотики (ін'єкційні/неін'єкційні)	92	61	-
74	87	70	Випиваємо разом	70	54	31
66	81	76	Граємо в азартні ігри	66	48	34

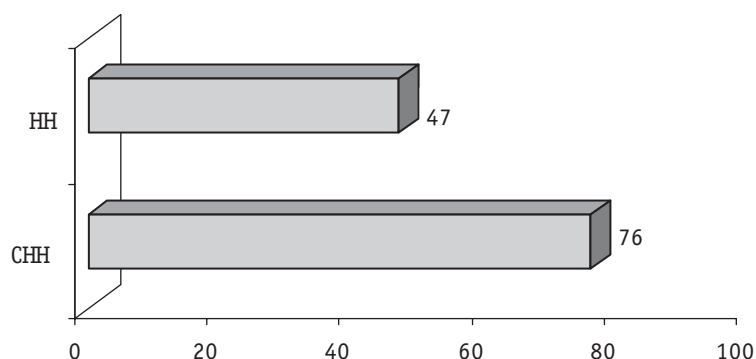
За даними якісного етапу дослідження, більшість опитаних СІН не мають захоплення чи хобі. За їхніми словами, вільний час для більшості з них перетворюється на пошук грошей та пошук наркотику. Серед інших хобі, які називали СІН, були такі: спорт, література, техніка, риболовля, в'язання, ігрові автомати.

**Музичні преференції (захоплення)**

Найбільш популярним музичним стилем серед споживачів ін'єкційних наркотиків (близько 50%) є клубна музика (наприклад, техно, електро, драм енд бейс). Цей напрям є улюбленим і серед споживачів неін'єкційних наркотиків (50%). На другому місці серед музичних стилів у цих групах респондентів є рок (відповідно 36 і 45%). Не менш популярним серед СІН є стиль шансон, так звана „блатна” музика, іноді музика „кримінального світу” – 35% опитаних: „Я люблю типа Шуфутинського, Круга. Нові репери мені не подобаються, я це не розумію. Я люблю шансон” (Київ, чол., 22 роки). Неспоживачі наркотиків є найбільшими прихильниками поп (популярної) музики (43%), а також клубної (близько 40%).

**Перебування СІН та не-СІН у спільних компаніях**

За результатами проведеного дослідження, більшості опитаних споживачів неін'єкційних наркотиків (СНН) (76%) доводилося бути в компанії, де вживали ін'єкційні наркотики. Неспоживачі наркотичних речовин (НН) бували в подібних компаніях дещо рідше: таких серед опитаних НН виявилось 47% (див. рис. 4.5.3).



**Рис. 4.5.3. Питома вага СНН та НН, які бували в компанії, де вживали ін'єкційні наркотики, %**

Найбільший відсоток респондентів, як СНН, так і НН, які були в компаніях, де вживають наркотики ін'єкційно, спостерігається в м. Києві.

36% СНН та 47% НН (серед тих, які бували в компаніях, де вживають наркотики ін'єкційно), зазначили, що такі випадки траплялися в їх житті 2–3 рази. Споживачі неін'єкційних наркотиків частіше, ніж неспоживачі, проводять час у середовищі СІН.

Респонденти-СНН чоловічої статі частіше порівняно з жінками зазначали, що бували в компаніях, де вживають наркотики ін'єкційним шляхом, більше 10 разів (відповідно 30 та 23%). Найбільша частина опитаних неспоживачів ін'єкційних наркотиків бували в компаніях СІН 2–3 рази, причому респонденти жіночої статі частіше обирали цей варіант відповіді (відповідно 53 та 43%). Водночас чоловіки-НН утричі частіше, ніж жінки, зазначали, що бували в таких компаніях більше 10 разів (див. табл. 4.5.4).

*Таблиця 4.5.4*

**Розподіл відповідей респондентів на запитання:  
„Скільки разів Ви бували в компаніях, де вживають наркотики ін'єкційним шляхом?“, % серед СНН та НН, які бували в компаніях, де вживають наркотики ін'єкційно, за статтю**

	СНН			НН		
	Усі N=360	Чоловіки N=245	Жінки N=115	Усі N=153	Чолові- ки N=87	Жінки N=66
Один раз	17	17	17	23	22	24
Два-три рази	36	35	37	47	43	53
Від трьох до десяти разів	19	18	23	19	19	18
Більше 10 разів	28	30	23	11	16	5

Оточуючі, які були разом з опитаним СНН в подібних компаніях, найчастіше виступають як друзі та близькі знайомі (68% серед усіх опитаних), так і випадкові знайомі та незнайомі люди (44 та 27% відповідно). Причому дівчата найчастіше потрапляли в такі компанії зі своїми друзями, а хлопці в компанії випадкових знайомих. Відносно НН, які брали участь в опитуванні, то спостерігається подібна тенденція: 36% відвідували компанії, де вживають ін'єкційні наркотики разом зі своїми друзями, 15% – з випадковими знайомими.

У компаніях, де вживають наркотики ін'єкційно, зі слів опитаних респондентів з числа не-СІН, були присутні й інші люди, які не є споживачами ін'єкційних наркотиків, але «споглядали за процесом». На цей факт вказують 63% усіх опитаних СНН та 37% НН.

## ❖ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані дані показують, що в молодих людей, які починають вживати ін'єкційні наркотичні речовини, звужується коло спілкування, зменшується кількість друзів.

Ті з молодих людей, хто не вживає взагалі наркотики, більшою мірою мають друзів-ровесників за віком, а початок вживання наркотиків (як ін'єкційних, так і неін'єкційних) суттєво збільшує частку друзів старшого віку.

Споживачі ін'єкційних наркотиків інтегруються в окрему групу, однак ця група залишається „відкритою” для СНН та НН, оскільки зберігаються спільні вікові інтереси, спільне проведення вільного часу, спільне відвідування клубів, дискотек тощо, спілкування на ґрунті стосунків, що зберігаються з минулого часу. В Україні сьогодні відсутні цільові дослідження молодіжної субкультури, пов'язані з вживанням наркотичних засобів та психотропних речовин. Але навіть за відсутності спеціальних досліджень відомо, що відбувається поширення вживання наркотичних засобів на дискотеках, у клубах, кафе, барах та інших місцях розваг. Аналіз структури вільного часу та музичних уподобань показують, що спільні зацікавлення молодих СІН та їхніх друзів, які не є СІН, створюють передумови активного спілкування між представниками цих груп. Як наслідок, значна кількість друзів СІН, які не є споживачами ін'єкційних наркотиків, мають можливість і високий рівень вірогідності знаходитися в компаніях, де відбувається вживання ін'єкційних наркотиків. Приблизно половина опитаних як СНН, так і НН зазначали, що в компаніях, де вживають наркотики ін'єкційно, доволі часто присутні особи, що не вживають наркотики, а лише „споглядають за процесом”. Безумовно, для молоді віком від 12 до 17 років побачене сприймається, певною мірою, як театралізоване дійство, досить широко „розрекламоване” кінематографом та таке, що надихає на бажання теж „бути крутим”.

## ❖ ВИСНОВКИ

Найбільший відсоток респондентів, чиї друзі вживають алкоголь, наркотики ін'єкційним та неін'єкційним шляхом, серед СІН. Респонденти з числа не-СІН порівняно із СІН частіше практикують змістовне проведення дозвілля. Спілкування НН зі знайомими СІН відбувається на нижчому культурному рівні порівняно з НН; це найчастіше випадкові зустрічі, наприклад спілкування у дворі осіб, котрі мешкають в одному будинку.

Більшість СІН та НН вважають, що споживачі та неспоживачі ін'єкційних наркотиків – абсолютно різні групи для спільного проведення вільного часу. Тому більшість виявляє бажання проводити свій вільний час з тими, „хто буде такий, як ти”. У значної частки молоді є настанова на отримання задоволення та пошук нових відчуттів за допомогою наркотику, і цій налаштованості нічого не протистоїть у плані молодіжних групових та субкультурних норм, цінностей та правил поведінки.

Щодо музичних уподобань молоді виявлено те, що найбільш популярним музичним стилем серед молоді, яка вживає наркотики (ін'єкційні та неін'єкційні), є клубна музика. На другому місці для СНН є рок-музика. Шансон однаково слухають як СІН, так і СНН. Неспоживачі наркотиків найчастіше слухають поп-музику, потім клубну та рок-музику.

Структурування вільного часу, пошук задоволення та розваг є мотивом включення підлітків у субкультурні спільноти. Щодо молодіжних субкультур, то суттєвих відмінностей між респондентами СІН, СНН та НН щодо ідентифікації себе з певною молодіжною субкультурою не виявлено.

За результатами проведеного дослідження, більшості опитаних споживачів неін'єкційних наркотиків (76%) доводилося бувати в компанії, де вживали ін'єкційні наркотики. Серед опитаних неспоживачів наркотичних речовин бували в подібних компаніях 47%. Ті, хто перебував у компаніях, де вживають наркотики ін'єкційним шляхом, удвічі частіше вказали на наявність бажання або думок спробувати наркотик ін'єкційним шляхом. Хоча в даному випадку неможливо говорити про причинно-наслідкові зв'язки. Цілком можливо, що ті з не-СІН, у яких з різних причин виникають думки про спробу ін'єкційного наркотику, частіше перебувають у компаніях з



СІН, де відбувається вживання. Але результати дослідження дають підстави розглядати бажання спроби та перебування в компаніях споживачів як чинники, що підвищують ймовірність першої спроби ін'єкційного наркотику молоддю з числа друзів СІН.

З точки зору пошуку ефективних стратегій профілактики вживання наркотиків та попередження ініціації ін'єкційного вживання доцільно звернути увагу на те, що і СІН, і їхні друзі досить активно відвідують дискотеки, музичні клуби, інтернет-кафе, грають у спортивні ігри (що означає використання спортивних майданчиків, залів, клубів тощо), азартні ігри (зали ігрових автоматів, казино тощо). Таким чином, саме ці заклади проведення вільного часу та розваг необхідно використовувати для розширення доступу молоді до інформації стосовно наркотиків та наслідків нарковживання, а також для впровадження адекватних заходів профілактики.

#### 4.6. Поінформованість щодо ВІЛ/СНІДу

##### ❖ РЕЗУЛЬТАТИ

Переважна більшість респондентів (90% СІН, 95% СНН та 86% НН) мають певні знання про ВІЛ/СНІД. Найнижчий рівень поінформованості серед опитаних у Полтаві, серед неповнолітніх СІН та жінок, які не вживають наркотичні речовини (див. табл. 4.6.1).

Однак лише половина респондентів, які обізнані щодо ВІЛ/СНІД, зазначили, що вважають свої знання достатніми. Хоча аналіз відповідей опитаних СІН, СНН та НН свідчить про досить високий рівень поінформованості щодо шляхів інфікування на ВІЛ та як ВІЛ не передається (див. табл. 4.6.2). Більше 95% вказали на можливість інфікування через спільне використання шприців та голок, 70% – ризик інфікування через спільні інструменти і посуд для приготування наркотику та розчин наркотику. Досить високими є також показники обізнаності щодо інфікування через незахищені сексуальні контакти (крім оральних контактів без презерватива, які чверть опитаних або не вважає ризикованими, або не може визначити за браком знань) та продукти крові. Стосовно існуючих стереотипів, то близько 40% не знають, що ВІЛ не передається через укуси комах/тварин та через спільний посуд, а кожний четвертий СІН та кожний п'ятий не-СІН не знає, що ВІЛ-інфекція не передається через спільне користування рушником, мочалкою та милом. У частини респондентів є сумніви щодо того, що ВІЛ не передається через дружній поцілунок, баню, басейн, туалет, під час розмови та кашлю й навіть через рукоштовкування, обійми та масаж.

Таблиця 4.6.1

#### Розподіл позитивних відповідей респондентів щодо поінформованості про ВІЛ/СНІД, % в залежності від міста, статі, віку

	СІН	СНН	НН
<i>Залежно від міста</i>			
Київ	93	97	84
Одеса	92	91	93
Павлоград	92	96	95
Полтава	82	95	71
<i>Залежно від віку</i>			
12–17 років	78	92	88
18–23 роки	91	96	85
<i>Залежно від статі</i>			
Чоловіки	89	95	87
Жінки	91	95	83

Таблиця 4.6.2

**Рівень обізнаності СІН, СНН та НН щодо шляхів інфікування на ВІЛ**  
 (% правильних відповідей на запитання „Чи передається ВІЛ через ...?“)

	СІН	СНН	НН
<b>Вірні твердження, % відповідей „так“:</b>			
Вагінальні сексуальні контакти без використання презерватива	96	97	96
Спільне використання шприців та голок	95	98	92
При переливанні інфікованої крові/продуктів крові	92	98	91
Анальний секс без використання презерватива	85	83	83
Від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час вагітності, пологів	78	79	86
Оральні сексуальні контакти без використання презерватива	71	73	75
Спільні інструменти та посуд для приготування наркотику, розчину наркотику	69	71	75
Від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при годуванні дитини груддю	58	60	68
<b>Невірні твердження, % відповідей „ні“:</b>			
Рукоштовання, обійми, масаж	93	94	91
Під час розмови, кашлю	87	91	88
Спільне користування туалетом, банею, сауною, басейном	83	79	86
Дружній (соціальний) поцілунок	82	81	83
Спільне користування рушником, мочалкою, милом	74	77	84
Якщо харчуватися з ВІЛ-інфікованою людиною з одного посуду	63	59	60
Укуси комах, тварин	60	56	71

Беручи до уваги основні шляхи ВІЛ-інфікування, які визначають епідемію в Україні (ін'єкційний та гетеросексуальний), до інструментарію опитування було включено запитання щодо джерел інформації про вживання наркотиків, безпечний секс та ВІЛ/СНІД. З усіх трьох тем лідерами інформування є телебачення, друковані інформаційно-освітні матеріали, однолітки/друзі та заклади освіти (див. табл. 4.6.3). Крім того, достатньо поширеними джерелами інформування виступають батьки, цільові акції в містах, інтернет, лікарні, брати та сестри. Серед опитаних СІН кожний шостий вказав на пункти обміну шприців, а кожний десятий – на інші проекти зменшення шкоди.

Слід зазначити, що 40% СІН, 24% СНН та 20% НН проходили коли-небудь тест на ВІЛ. Найвищий відсоток СІН, які проходили тестування, зафіксовано в м. Одесі – 53%, а в інших містах – 34–37%. СІН, які є клієнтами програм профілактики ВІЛ-інфікування, частіше звертаються по тести (50% проти 38%). Питома вага тих, хто проходив тестування на ВІЛ, зростає із стажем споживання ін'єкційних наркотиків: з 22% серед тих, хто вживає менше 2 років, до 57% серед тих, хто вживає більше 4 років.

Майже 90% як СІН, так і не-СІН, що проходили тестування на ВІЛ, отримують свій результат. Але не всі готові повідомити його. Серед СІН погодилися повідомити про свій результат 73%, і серед тих, хто повідомив, 13% вказали на позитивний статус (11% серед чоловіків та 21% серед жінок). Серед друзів про свій статус погодилися повідомити 90% тих, хто проходив тестування. ВІЛ-інфікованими себе назвали 5% СНН та 2% НН.

Більш охочими до відкриття свого статусу виявилися респонденти Києва та Одеси. Жінки були більш відвертими у цій частині інтерв'ю. Аналіз показує, що із збільшення стажу вживання наркотиків ін'єкційним шляхом зростає питома вага позитивних результатів тестів на ВІЛ.

Таблиця 4.6.3

**Питома вага СІН, СНН та НН, які отримують інформацію щодо вживання наркотиків, безпечний секс та ВІЛ/СНІД з різних джерел, %**

	Отримують інформацію щодо ...								
	вживання наркотиків			безпечного сексу			ВІЛ/СНІД		
<i>Групи респондентів</i>	<i>СІН</i>	<i>СНН</i>	<i>НН</i>	<i>СІН</i>	<i>СНН</i>	<i>НН</i>	<i>СІН</i>	<i>СНН</i>	<i>НН</i>
<i>Джерела інформації:</i>									
Телебачення	70	73	63	64	74	58	75	82	69
Друковані інформаційно-освітні матеріали (книги, буклети, брошури)	65	68	56	63	69	50	66	74	56
Однолітки, друзі	65	69	56	58	62	53	58	62	51
Школа	54	60	62	41	49	52	54	58	64
Навчальні заклади (коледж, ПТНЗ, ВНЗ тощо)	28	45	33	25	44	29	29	49	34
Лікарня	19	17	15	17	20	14	26	30	22
Акції, що проводяться в місті	22	31	25	18	25	17	26	35	25
Батьки	29	43	37	22	38	41	22	34	36
Пункт обміну шприців	17	2	1	17	2	1	18	1	1
Інтернет	14	19	23	12	17	21	12	19	22
Проект зменшення шкоди	10	3	2	10	2	1	11	3	2
Брати, сестри	10	19	14	10	19	12	9	17	11
Міліція	10	5	3	3	1	1	5	2	1
Центр соціальних служб для молоді	6	6	7	5	4	5	5	6	5

## ❖ ОБГОВОРЕННЯ

В умовах стрімкого поширення епідемії ВІЛ-інфекції в Україні за останні роки суттєво підвищився рівень обізнаності молоді щодо проблеми в цілому, шляхів інфікування та попередження інфікування. Хоча поруч із цим поширеними залишаються невірні стереотипи стосовно можливостей інфікування на ВІЛ через укуси комарів, побутовим та повітряно-крапельним шляхами. Групи підвищеного ризику, до яких належать і СІН, крім загальних інформаційно-освітніх заходів, стають об'єктом різноманітних профілактичних програм, спрямованих на підвищення поінформованості щодо ВІЛ-інфікування та зміну поведінки. Загальний достатньо високий рівень поінформованості щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції серед опитаних СІН та досить високий показник про походження тесту на ВІЛ серед них збігається з результатами інших досліджень і може свідчити про інтенсивність інформаційно-освітньої роботи громадських організацій в середовищі СІН. Зважаючи на молоду за віком цільову групу дослідження, можна зробити висновок й щодо впливу навчальних закладів (перш за все – середніх шкіл) на загально високий рівень обізнаності молодих людей (як СІН, так і не-СІН) з питань ВІЛ/СНІДу. На жаль, як свідчить моніторинг поведінки СІН [17; 18; 19], знання з питань безпечної стосовно ВІЛ-інфікування поведінки не є запорукою безпечних поведінкових практик. Так, серед СІН лише 20% почали дотримуватися безпечної поведінки [3].

Отримані результати свідчать про те, що для різних категорій молоді телебачення відіграє роль „основного” каналу інформування з широкого кола питань, пов’язаних із ВІЛ-інфікуванням. Разом з тим, якщо проаналізувати обсяги та зміст інформації з проблем ВІЛ/СНІДу, наркоживання та безпечного сексу, то отриманий результат виявляється досить дивним, оскільки сучасний телепростір містить лише поодинокі ролики соціальної реклами (які, скоріше, звертають увагу на проблему, ніж надають змістовну інформацію), характеризується відсутністю цільових програм, фільмів, орієнтованих на молоді, привабливих шоу за визначеною тематикою, повною відсутністю відвертих та професійних передач стосовно безпечного сексу та наркоживання. Отже телебачення, яке визначено опитаними лідером серед джерел інформації щодо зазначеної проблематики, скоріше, показує на високий рівень доступності цього каналу інформації та реальний попит (очікування) молоді від нього. Друковані інформаційно-освітні матеріали (ІОМ), друзі та однолітки дійсно відіграють роль основних джерел отримання інформації з таких питань, як наркотики, секс та ВІЛ/СНІД. У зв’язку з упровадженням відповідних шкільних програм в межах нових державних стандартів середньої освіти та підвищення ролі закладів охорони здоров’я у профілактиці ВІЛ-інфікування, зокрема створення мережі клінік, дружніх до молоді, внесок цих джерел впливу на підвищення обізнаності підлітків та молоді зростатиме. Мала частка СІН та їхніх друзів, які вказали, що отримують інформацію через спеціальні акції, проекти зменшення шкоди, пункти обміну шприців та центри соціальних служб для молоді, може свідчити про низький рівень охоплення підлітків та молоді в цілому і молодих СІН зокрема профілактичними програмами. Значною проблемою залишається низький рівень доступності для молоді (в тому числі для неповнолітніх, і особливо для представників груп ризику) добровільного консультування та тестування на ВІЛ. Крім того, низький рівень толерантності до ВІЛ-позитивних, факти дискримінації СІН та ЛЖВС, початковий етап впровадження замісної терапії, обмеженість доступу до АРВ-терапії поки що не сприяють бажанню молодих людей знати свій ВІЛ-статус та розкрити його.

## ❖ ВИСНОВКИ

Незважаючи на зусилля державного та недержавного секторів в Україні, значна частина молодих людей, у тому числі й серед груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування, зокрема – СІН, мають недостатній рівень поінформованості щодо шляхів ВІЛ-інфікування та методів захисту. З одного боку, отримані дані свідчать про високий рівень знань щодо передачі ВІЛ статевим шляхом та через використання спільного інструментарію споживачами ін’єкційних наркотиків. З іншого боку, залишаються поширеними невірні уявлення щодо можливостей інфікування на ВІЛ через укуси комарів, побутовим шляхом, під час розмови або кашлю.

Отже, забезпечення молодих людей вірними знаннями щодо шляхів передачі та захисту від ВІЛ-інфекції залишається нагальною проблемою національного рівня. У підрозділі 4.1 було показано, що до бар’єрних факторів початку вживання наркотиків ін’єкційним шляхом належить страх ВІЛ-інфікування. Використання цього бар’єра передбачає наявність адекватного рівня знань щодо шляхів ВІЛ-інфікування, скасування стереотипів та формування поінформованої безпечної поведінки.

Отримані результати показують високий рівень запиту на побудову інформаційно-освітніх програм за принципом „рівний–рівному”, необхідність підвищення ефективності шкільних програм, більш інтенсивне використання можливостей проектів зменшення шкоди.

## Розділ 5. Проблеми, пов'язані з вживанням наркотиків

### 5.1. Життя після початку вживання ін'єкційних наркотиків

Природно, що ініціація вживання наркотиків ін'єкційним шляхом призводить до ряду серйозних змін у житті людини. У цьому підрозділі проаналізовано найбільш важливі зміни в житті респондентів після початку вживання ін'єкційних наркотиків з точки зору самих СІН та їхніх друзів, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Здійснено також аналіз відповідей респондентів-СІН щодо змін в їхньому житті в залежності від тривалості вживання ними ін'єкційних наркотиків.

#### ❖ РЕЗУЛЬТАТИ

Як зазначають опитані споживачі ін'єкційних наркотиків, у переважній більшості із них (64%) погіршилися стосунки з батьками. Погіршення в стані здоров'я відмічають 58% опитаних СІН, а кожний другий сказав, що став гірше виглядати. Серед важливих змін у своєму житті більше половини (55%) респондентів відмічають погіршення матеріального становища. Майже половина (47%) опитаних споживачів ін'єкційних наркотиків відмітили підвищену агресивність як одну із змін, які відбулися в житті після початку вживання ін'єкційних наркотиків (див. табл. 5.1.1).

*Таблиця 5.1.1*

**Розподіл відповідей респондентів-СІН на запитання: „Зараз я Вам зачитаю твердження відносно змін у Вашому житті після початку споживання ін'єкційних наркотиків. Що з нижченаведеного стосується Вас?“, %  
(респондент міг обрати всі варіанти відповіді, що підходять)**

Можливі зміни в житті	Серед всіх СІН	Залежно від стажу вживання		
		Від 1 місяця до 2 років	Від 2 до 4 років	4 роки та більше
Погіршилися стосунки з батьками	64	50	68	72
Погіршився стан здоров'я	58	41	56	73
Погіршилось матеріальне становище	55	39	57	67
Став(ла) гірше виглядати	49	38	50	58
Став(ла) агресивним(ою)	47	35	53	53
Погіршилися стосунки з друзями	43	28	40	56
Погіршилися стосунки з родичами	41	28	45	48
Втратив(ла) друзів/знайомих	37	21	36	51
Став(ла) енергійнішим(ою), активнішим(ою)	36	38	40	32
Втратив(ла) інтерес до життя	25	16	24	33
Життя стало яскравим	18	27	15	11
Став(ла) більш спокійним(ою), урівноваженим(ою)	14	15	8	18
Знайшов(ла) справжніх друзів	12	15	11	10
Нічого не змінилося	6	9	7	3

Цікаво подивитись, чи відрізняються відповіді щодо змін в житті, які вбачають безпосередньо СІН, та які зміни в житті СІН бачать їхні друзі, які не є споживачами ін'єкційних наркотиків.

Загальний рейтинг змін у житті після початку вживання ін'єкційних наркотиків майже однаковий як серед СІН, так і серед їхніх друзів. Майже одностайно були названі такі проблеми, як погіршення стосунків з батьками, погіршення стану здоров'я, погіршення матеріального становища. Важливо відмітити, що деякі зміни були дещо більше виділені саме СНН та НН. Так, 60% СНН та НН вважають, що їхні друзі-СІН втратили друзів або знайомих, тоді як це вказали значно менше (37%) самих споживачів ін'єкційних наркотиків (див. табл. 5.1.2).

Таблиця 5.1.2

**Розподіл відповідей респондентів-не-СІН на запитання: „Зараз я Вам зачитаю твердження відносно змін у житті після початку споживання ін'єкційних наркотиків. Що з нижченаведеного стосується Ваших друзів/близьких знайомих?“, % (респондент міг обрати всі варіанти відповіді, що підходять)**

	СНН	НН
Погіршилися стосунки з батьками	81	76
Погіршився стан здоров'я	81	75
Погіршилось матеріальне становище	77	71
Став(ла) гірше виглядати	82	66
Став(ла) агресивним(ою)	69	55
Погіршилися стосунки з друзями	66	64
Погіршилися стосунки з родичами	67	58
Втратив(ла) друзів/знайомих	60	60
Став(ла) енергійнішим(ою), активнішим(ою)	29	29
Втратив(ла) інтерес до життя	51	48
Життя стало яскравим	14	9
Став(ла) більш спокійним(ою), урівноваженим(ою)	6	9
Знайшов(ла) справжніх друзів	8	10
Нічого не змінилося	2	3

Якщо вести мову про молодих людей, які вживають наркотичні речовини та їх ставлення до змін у житті, то можна з упевненістю стверджувати, що воно різниться в залежності від стажу вживання ін'єкційних наркотиків (див. табл. 5.1.1). Так, наприклад, серед респондентів, що є споживачами ПАР від 1 місяця до 1 року, на запитання стосовно погіршення стосунків з батьками ствердно відповів кожний другий. У той же час на це запитання відповіли ствердно вже 72% СІН, які є споживачами 4 роки та більше. На запитання про погіршення здоров'я відповіла ствердно переважна більшість респондентів (73%), які є споживачами ПАР вже 4 роки та більше. Погіршення стану здоров'я не може не позначитись на зовнішньому вигляді. Так, 58% молодих людей, які споживають ПАР 4 роки та більше, відзначають той факт, що вони стали гірше виглядати. Цікаво відзначити, що найбільша частина респондентів-СІН, які вважають, що після початку вживання ін'єкційних наркотиків вони стали більш спокійними та урівноваженими, – серед опитаних, які “в системі” вже 4 або більше років, – 18% (див. табл. 5.1.1).



## ❖ ОБГОВОРЕННЯ

Не можна не відмітити той факт, що молоді люди, які є споживачами ін'єкційних наркотиків, досить об'єктивно оцінюють ситуацію, що складається в їхньому житті. Слід зауважити, що усвідомлення негативних наслідків збільшується із збільшенням стажу вживання наркотиків.

Респонденти СІН зі стажем вживання більше 4 років частіше називали негативні зміни в своєму житті після початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Це можна пояснити тим, що ейфорія, характерна для початкових стадій вживання ПАР, минула, а залишилося усвідомлення своєї залежності, з одного боку, та неможливість припинити вживання – з іншого. При цьому чим більший стаж вживання, тим більше коштів потрібно витратити на придбання необхідної для отримання „кайфу” дози, важче приховувати вживання від батьків, друзів, відповідно псуються стосунки з ними, погіршується здоров'я (ВІЛ/СНІД, гепатити, абсцеси тощо).

Респонденти, які мають стаж вживання від 1 місяця до 2 років, частіше вказували, що їхнє життя змінилося на краще після початку вживання ін'єкційних наркотиків. Цей факт можна пояснити тим, що молоді люди не завжди до кінця розуміють можливі наслідки вживання ін'єкційних наркотиків. Але коли минає певний час, СІН починають розуміти, що життя вже не є таким яскравим, як було раніше, що воно вже не є таким цікавим, що єдиним сенсом життя є пошук можливостей “отримати дозу”.

## ❖ ВИСНОВКИ

Більшість змін, які відбулися в житті СІН після початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, носять негативний характер і достатньо усвідомлюються СІН: погіршення стосунків з батьками, друзями, родичами, погіршення здоров'я, зовнішнього вигляду. Частина опитаних вказали, що вони стали більш енергійними, життя стало яскравішим. На це вказали опитані, які мають переважно невеликий стаж вживання ПАР.

Друзі СІН, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом, також називали негативні зміни в життя своїх близьких з числа СІН після початку вживання ін'єкційних наркотиків і рідше вказували на ті позитивні аспекти, які зазначили СІН.

Отримані результати дають підстави вважати, що профілактичні втручання в середовищі молодих СІН (принаймні до 23 років і з невеликим стажем) з метою зменшення шкоди, включаючи перехід на неін'єкційне вживання, замісну терапію, а можливо й програми ресоціалізації, будуть позитивно сприйматися частиною СІН, оскільки підґрунтям вже є певне усвідомлення негативних наслідків. Ці результати дають надію, що частина з СІН можуть стати активними учасниками цільових програм на кшталт „розірви коло”, виступаючи проти залучення молоді до ін'єкційного вживання наркотиків.

Досить об'єктивне сприйняття друзями СІН можливих наслідків ін'єкційного вживання наркотиків також має бути використано як аргументоване мотивування щодо відмови від їх спроби.

### **5.2. Конфлікти з правоохоронними органами**

У цьому підрозділі розглянуто питання про наявність та частоту конфліктів з правоохоронними органами молодих споживачів ін'єкційних наркотиків, їхніх друзів, які вживають наркотичні речовини неін'єкційним шляхом, та тих, які не вживають нелегальні наркотики. Також проаналізовано основні обвинувачення при арештах, які були пред'явлені представникам кожної з вищезазначених груп.

## ❖ РЕЗУЛЬТАТИ

За результатами дослідження, більше половини опитаних СІН (57%) принаймні раз у житті були затримані міліцією (заарештовані або відбували покарання), в той час як серед СНН таких 25%, а серед НН – лише 5%.

Таблиця 5.2.1

### Розподіл відповідей різних груп респондентів на запитання „Скільки разів Ви були заарештовані?“, %

	СІН (N=801)	СНН (N=470)	НН (N=325)
Жодного разу	53	75	95
Хоча б раз у житті	47	25	5
<i>В тому числі:</i>			
1 раз	7	9	3
2 рази	12	6	1
3–5 разів	16	6	1
6 і більше разів (до 50)	12	4	0

Основні причини затримання правоохоронними органами, які називали респонденти-СІН, безпосередньо пов'язані з наркотичними речовинами (вживання, зберігання, виготовлення, торгівля). На це вказали 72% споживачів ін'єкційних наркотиків, які коли-небудь були затримані.

Необхідність постійного пошуку коштів на придбання наркотиків штовхає молодь на використання додаткових, зазвичай кримінальних, джерел отримання грошей. Так, крадіжки є другим найпоширенішим звинуваченням при арештах серед СІН; їх кількість порівняно з НН серед осіб, які були затримані за крадіжки, більша майже втричі (СІН – 43%, СНН – 17%, НН – 16%). Саме це джерело матеріального забезпечення за останні півроку респонденти із числа СІН назвали основним у 10 разів частіше порівняно з НН (СІН – 29%, СНН – 8%, НН – 2%).

Перебування в стані наркотичного сп'яніння, зустрічі з наркодилерами в точках продажу наркотиків та спілкування з особами, які відомі міліції як споживачі ін'єкційних наркотиків, або через інші причини суттєво підвищують імовірність затримання міліцією через підозрілу поведінку. Про це свідчать і отримані результати: за підозрілу поведінку затримувалися 39% опитаних СІН, 34% СНН і 11% НН.

Також респонденти із числа СІН часто називали такі звинувачення: вживання алкогольних напоїв у громадських місцях (37%), хуліганство/розбій (34%), затримання під час облави, невідомо, за що саме (32%).

Найбільш поширеним звинуваченням при арештах опитаних СНН є вживання алкогольних напоїв у громадських місцях (54%). Аналіз причин затримання респондентів СНН дає підстави вважати, що спілкування з друзями (або близькими знайомими), які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, спричинює виникнення непорозумінь із міліцією, що є досить поширеною повсякденною практикою. Так, 34% респондентів, які вживають наркотики неін'єкційним шляхом, були затримані через підозрілу поведінку, 33% – затримувалися під час облави, конкретна причина арешту їм невідома.

У групі НН серед пред'явлених їм звинувачень переважають такі: вживання алкоголю в громадських місцях, затримання під час облави, хуліганство/розбій (по 21%). Однак кількість респондентів, які були хоч раз заарештовані (19 осіб), не дозволяє робити висновки щодо загальних тенденцій у цій групі, оскільки вона недостатньо наповнена (див. табл. 5.2.2).

Таблиця 5.2.2

**Звинувачення, що були пред'явлені при арештах,  
% серед тих, хто був затриманий представниками правоохоронних органів  
(респондент міг обрати декілька варіантів відповіді)**

	<b>СІН (N=382)</b>	<b>СНН (N=123)</b>	<b>НН (N=19)</b>
Обвинувачення, безпосередньо пов'язані з наркотиками (вживання, зберігання, виготовлення, торгівля наркотиками)	72	18	-
Заняття секс-бізнесом (проституція)	5	4	11
Крадіжки	43	17	16
Бродяжництво або вторгнення в чужі володіння	12	19	11
Наклеп	4	3	-
Підозріла поведінка	39	34	11
Заподіяння тілесних ушкоджень, насилля, вбивство	12	12	-
Хуліганство/розбій	34	37	21
Вживання алкогольних напоїв у громадських місцях	37	54	21
Затримали під час облави, невідомо, за що саме	32	33	21

Ситуація в різних містах проведення дослідження досить близька. Серед СІН проблеми з правоохоронними органами частіше виникають у юнаків, ніж у молодих жінок (51% проти 34%), а серед СНН різниця за статтю не є статистично значущою.

Якщо вести мову про кількість проведеного часу в місцях попереднього затримання або місцях позбавлення волі, то майже половина опитаних серед тих, хто був затриманий на одну ніч або більше (46%), побувала в таких місцях до трьох діб, кожний четвертий респондент провів там від 4 діб до 1 місяця, а кожний восьмий – більше року (див. табл. 5.2.3).

Таблиця 5.2.3

**Розподіл відповідей респондентів на запитання: „Скільки часу Ви провели в місцях попереднього затримання чи в місцях позбавлення волі за період, протягом якого Ви вживали наркотики ін'єкційним шляхом?”,  
% серед СІН, які були затримані на одну ніч чи більше**

	<i>N= 382</i>
До трьох діб	46
Від 4 діб до 1 місяця	26
Від 1 до 6 місяців	8
Від 6 місяців до року	8
Більше року	12

## ❖ ОБГОВОРЕННЯ

Логічним є той факт, що велика кількість споживачів ін'єкційних наркотиків були затримані. Причому ті звинувачення, які висувалися більшості з них, базувалися на фактах вживання та зберігання наркотичних речовин. Це зумовлено тим, що працівникам правоохоронних органів, як правило, відомі місця продажу наркотиків, місця, де легко можна придбати наркотик, а також місця скупчення споживачів наркотиків та вживання. Крім того, існує система інформантів серед самих СІН, які заради „спокійного” життя час від часу надають працівникам правоохоронних органів інформацію про інших („стукають”). СІН, СНН, а також роздрібні продавці наркотиків дуже часто видають таку інформацію працівникам правоохоронних органів в обмін на полегшення

відповідальності за порушення або дрібні хуліганські чи протиправні дії. Не дивує той факт, що третина опитаних вказали, що їх затримали за підозрілу поведінку, пов'язану, як правило, з підозрою в продажу чи вживанні наркотику. Хоча чіткої відповіді, що саме за визначенням працівників органів внутрішніх справ є підозрілою поведінкою, немає. За таких умов дуже важливо залишатися об'єктивним та робити так, як цього вимагає буква закону та норми суспільства, чого досить часто не дотримуються працівники органів внутрішніх справ. Під час проведення планових акцій працівники правоохоронних органів проводять "облави", у ході яких затримують всіх, хто під час такої операції опинився в полі зору. Деякі з респондентів тому і заявляють, що не завжди знають, за що їх арештовували.

## ❖ ВИСНОВКИ

Вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом значно підвищує ризик виникнення непорозумінь із правоохоронними органами. Найчастіше СІН потрапляють у поле зору міліції саме через уживання або зберігання наркотиків, крадіжки, вживання алкогольних напоїв у громадських місцях, підозрілу поведінку та під час „облав”. Серед друзів та близьких знайомих СІН частими причинами виникнення проблем у стосунках із правоохоронними органами є такі, що опосередковано пов'язані з їхнім близьким оточенням із числа СІН, наприклад: затримання під час облави, хуліганство/розбій та підозріла поведінка.

Результати дослідження свідчать, що правоохоронні органи через проведення репресивних заходів мають контакти майже з половиною молодих СІН та кожним четвертим СІНН. Отже працівників правоохоронних органів можна розглядати як джерело інформації про місця перебування СІН та СІНН на рівні окремих міст, районів, мікрорайонів. Така інформація буде дуже корисною для розробки сфокусованих програм зменшення шкоди серед окремих груп молоді.

### 5.3. Поінформованість щодо програм профілактики ВІЛ-інфікування серед СІН

В Україні до основних профілактичних програм для споживачів ін'єкційних наркотиків належать: програми зменшення шкоди (включаючи обмін шприців, консультативні пункти „Довіра”, групи самопідтримки, „рівний–рівному” тощо), пілотні проекти замісної терапії, реабілітаційні програми та мережа центрів ресоціалізації наркозалежної молоді.

*„Програма зменшення шкоди* – робота серед СІН за стратегією зменшення шкоди. Це стратегія профілактики негативних медичних та соціальних наслідків, спрямована на вирішення першочергових проблем та зменшення ризиків, пов'язаних із вживання ін'єкційних наркотиків, серед тих, хто не може чи не готовий відмовитися від уживання” [12, с. 18].

*„Замісна терапія* (ЗТ), або замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) – це вид лікування опіоїдної залежності, за якого використовують опіатні антагоністи – 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 активним” [20, с. 103]. На даному етапі в Україні програми замісної терапії не реалізуються на державному рівні, були проведені лише пілотні проекти (впровадження почалося з квітня 2004 р.).

*Реабілітаційні програми* (в широкому, не лише медичному розумінні) включають у себе 12-крокову програму, центри ресоціалізації наркозалежної молоді „Твоя перемога”, курси реабілітації в клініках, наркологічних диспансерах тощо. Це комплекс медичних, педагогічних, соціальних і психологічних заходів, спрямованих на відновлення (чи компенсацію) порушених функцій організму, а також соціальних функцій і працездатності людей з наркотичною залежністю [21, с. 172].

## ❖ РЕЗУЛЬТАТИ

Серед опитаних СІН лише 36% знають про будь-які програми для споживачів ін'єкційних наркотиків, які реалізуються в місті, де вони мешкають, серед опитаних СНН таких чверть. Щодо НН, то частка тих, хто про них знає, не велика, але суттєва як для такої категорії респондентів – 14% (див. табл. 5.3.1).

Таблиця 5.3.1

### Рівень поінформованості респондентів про профілактичні програми для СІН у їхньому місті, %

Чи знаєте про будь-які програми для споживачів ін'єкційних наркотиків у Вашому місті?	СІН, N=808	СНН, N=476	НН, N=326
Так	36	25	14
<i>Розподіл ствердних відповідей респондентів щодо поінформованості про певні види профілактичних програм для СІН (серед тих, хто відповів, що взагалі знає про будь-які профілактичні програми для СІН). Респондент міг обрати кілька варіантів відповіді.</i>	N=289	N=118	N=45
Програма зменшення шкоди	80	66	62
Програми замісної терапії	12	10	11
Реабілітаційні програми	48	44	62
Ні	64	75	86

Активність респондентів в реалізації будь-яких програм для споживачів ін'єкційних наркотиків як волонтерів, консультантів, тренерів тощо є досить низькою.

Найбільш поінформовані стосовно профілактичних програм виявилися респонденти-СІН у Полтаві (50%) та Києві (45%). В Одесі про реалізацію таких програм знає кожен четвертий опитаний СІН (26%). Найменша кількість респондентів, які володіють цією інформацією, виявилася в Павлограді (20%).

Кількість молодих СІН, які користуються послугами різних програм профілактики (14%), майже в 2,5 разу менша, ніж кількість респондентів поінформованих з цього питання (36%) (див. рис. 5.3.1). Дещо більше третини (39%) опитаних, які взагалі знають про будь-які профілактичні програми для СІН, є клієнтами цих програм.

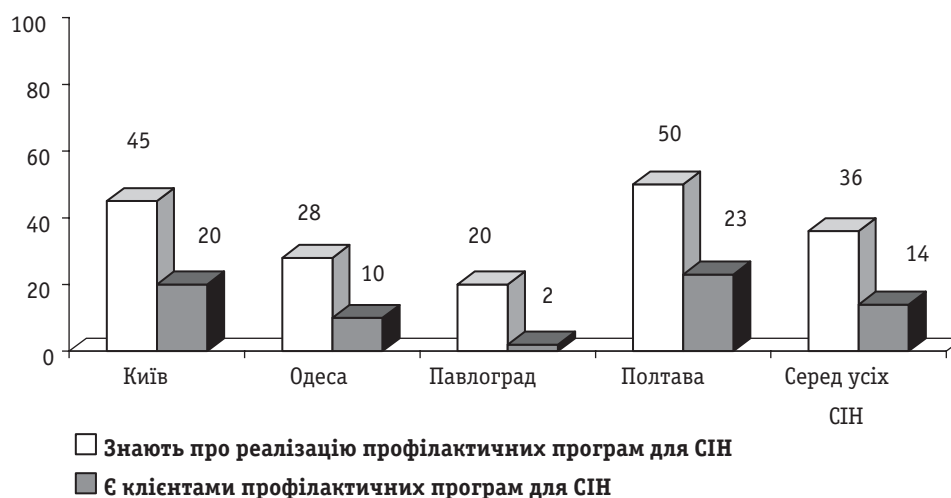
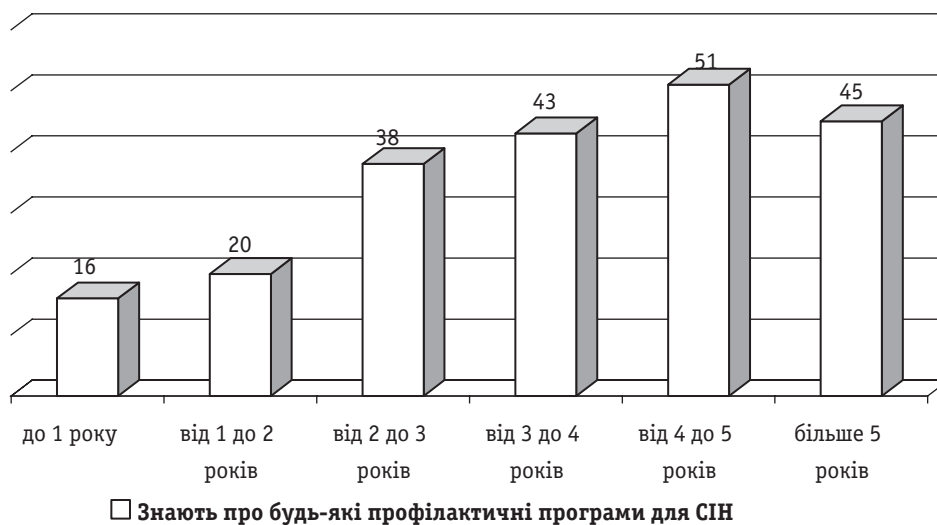


Рис. 5.3.1. Інформованість респондентів-СІН про профілактичні програми для СІН у їхньому місті, за місцем проживання, %

Серед тих респондентів, які знають про будь-які профілактичні програми для СІН, більше тих, які мають стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом від чотирьох до п'яти років, – 51%. Найменший відсоток (16%) поінформованості відносно таких програм у молодих людей, які вживають ін'єкційні наркотики менше одного року, та трохи більший (20%) серед тих, які мають досвід вживання від одного до двох років (див. рис. 5.3.2).



**Рис. 5.3.2. Поінформованість респондентів про профілактичні програми для СІН у їхньому місті, за стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, %**

Майже половина (49%) первинних та більше третини вторинних (34%) респондентів відповіли, що знають про реалізацію будь-яких профілактичних програм для СІН в місті, де вони мешкають.

Старші за віком респонденти (як споживачі ін'єкційних наркотиків, так і ті, хто не є споживачами ПАР), незалежно від статі, більшою мірою обізнані про будь-які профілактичні програми для СІН.

## ❖ ОБГОВОРЕННЯ

Незважаючи на реалізацію профілактичних програм для споживачів ін'єкційних наркотиків у кожному з міст опитування, рівень поінформованості про них серед опитаної молоді досить низький. Найбільшою популярністю серед тих, хто взагалі знає про профілактичні програми, користується програма зменшення шкоди та реабілітаційні програми. Участь у профілактичних програмах як волонтера, консультанта, тренера, спеціаліста тощо для всіх опитаних категорій респондентів не характерна. Незважаючи на поінформованість про профілактичні програми, лише незначна частина тих, на кого вони спрямовані, користується їх послугами. Найменшою мірою знають про профілактичні програми СІН з малим стажем вживання, але саме вони більшою мірою потребують інформації щодо безпечного вживання наркотиків, шляхів захисту від інфікування на ВІЛ, попередження негативних наслідків для здоров'я, наявні послуги для СІН тощо.

Отримані дані опосередковано підтверджують, що програми замісної терапії знаходяться лише на стадії пілотних проектів, молоді люди не знають про них і не мають можливості користуватися.

Методикою опитування передбачалося, що первинні респонденти мають бути готові до активної співпраці та виступити рекрутерами інших респондентів. Передбачалося, що серед первинних респондентів більшість будуть клієнтами профілактичних програм, проте лише половина з них поінформовані про профілактичні програми для СІН. Це знов-таки підтверджує, що загальний рівень охоплення СІН (віком до 23 років) профілактичними програмами доволі низький.



## ❖ ВИСНОВКИ

Загалом опитана молодь має обмежену інформацію про будь-які профілактичні програми для СІН у місті свого проживання. Найбільш поінформовані з приводу таких програм СІН (36%), на яких, власне, вони і націлені, менше – СНН (25%) та найменше про діяльність за такими програмами відомо молоді, яка не вживає наркотичні речовини взагалі (14%). Найбільш відомими профілактичними програмами для СІН є програми зменшення шкоди: серед тих, хто взагалі знає про профілактичні програми для СІН, програми зменшення шкоди згадали 80% серед СІН, 66% серед СНН та 62% серед НН; про реабілітаційні програми відомо лише половині 48% СІН, 44% СНН та 62% НН. Лише кожен десятий з опитаних респондентів цих груп (близько 11%) знає про програми замісної терапії.

Лише 14% опитаних СІН є клієнтами профілактичних програм для СІН. Зафіксовані поодинокі випадки того, коли молодь бере участь у таких програмах як волонтери, консультанти, тренери, спеціалісти тощо: 1 особа з числа СІН, 2 – СНН та 2 – з числа НН.

Найбільша кількість поінформованих щодо реалізації профілактичних програм для СІН серед молоді Полтави та Києва, найменша – в м. Павлограді.

Чим більший період вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, тим більша частка СІН зазначала, що знає про профілактичні програми для СІН. СІН-початківці з малим стажем вживання залишаються поза увагою профілактичних програм.

СІН з числа первинних респондентів (тобто тих, кого рекрутували представники громадських та державних організацій, які за фахом роботи мають справу з наркозалежною молоддю) більш інформовані про профілактичні програми для СІН, ніж вторинні респонденти-СІН (рекрутинг яких здійснювався самими респондентами-СІН).

Молодь старшого віку, як серед СІН, так і серед не-СІН, більш обізнана з приводу профілактичних програм у місті свого проживання. Рівень поінформованості як чоловіків, так і жінок з приводу таких програм майже однаковий в усіх вікових групах респондентів.

Отримані результати яскраво засвідчують нагальну потребу поширення інформації щодо діючих профілактичних програм, збільшення рівня охоплення СІН різноманітними послугами, особливо СІН наймолодшого віку (зокрема неповнолітніх) та споживачів з малим стажем. Дуже важливим є поширення інформації про відповідні проекти серед друзів СІН, зокрема споживачів неін'єкційних наркотиків.

## Післямова

Проблема наркоспоживання та, зокрема, споживання ін'єкційних наркотиків є комплексною, з компонентами соціального, медико-біологічного, психологічного, педагогічного, правового та економічного аспектів.

Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД висвітлив широке коло питань та актуальних завдань, які стосуються поліпшення роботи із СІН силами державних структур та недержавних організацій [20, с. 133–139]. Але питання роботи з молодими СІН, з тими неповнолітніми, які знаходяться на стадії експериментів і належать до груп ризику ініціації споживання ін'єкційних наркотиків, не знайшли висвітлення на рівні постановки завдань та пріоритетів державної політики. Зважаючи на широке коло фахівців, залучених до підготовки зазначеного огляду, це опосередковано свідчить про те, що навіть експертне середовище не усвідомлює важливості стратегії попередження ініціації споживання наркотиків ін'єкційним шляхом як пріоритетної складової у загальній концепції протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні.

У контексті епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на перший план роботи із СІН виступають такі завдання:

- зупинити поповнення групи СІН;
- добитися зменшення шкоди від споживання ін'єкційних наркотиків, включаючи створення умов безпечного споживання, надання замісної підтримуючої терапії та профілактику передозування;
- пропагувати безпечні сексуальні практики серед СІН;
- забезпечити доступність послуг ресоціалізації для наркозалежних (у тому числі для неповнолітніх);
- забезпечити доступність для СІН тестування та лікування ІПСШ;
- забезпечити доступність для СІН консультування та тестування на ВІЛ;
- забезпечити доступність для СІН АРВ терапії;
- забезпечити доступність для СІН тестування на гепатит С та відповідного лікування;
- добиватися зміни ставлення до СІН та колишніх СІН з боку суспільства (толерантність, соціальна підтримка, програми зайнятості тощо).

Спеціально проведене дослідження, результати якого представлені в аналітичному звіті, було націлено на обґрунтування підходів, які б дозволили досягти першого з вищеперелічених завдань – призупинити поповнення групи СІН, не допустити першої ін'єкції, не допустити початку ін'єкційного вживання наркотиків, не допустити переходу на ін'єкційні наркотики для тих, хто вживає неін'єкційні.

Дослідники ще раз отримали підтвердження, що існує група дітей та молоді, які є найбільш уразливими щодо ризику початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Перш за все – це друзі молодих СІН. Ця група має високий рівень інтеграції у соціальні зв'язки із СІН і реально перебуває в зоні ризику ініціації. Дослідження показало широкий спектр факторів, які визначають цей ризик. Подальший, більш глибокий аналіз дозволить побудувати ієрархію визначених факторів, встановити взаємозв'язок між чинниками, визначити окремі цільові підгрупи серед молодих людей, що мають високий ризик ініціації.

Але вже здійснений рівень аналізу є достатнім для обґрунтування необхідних стратегій, їх спрямування та ключових складових. Проект можливих стратегій профілактики залучення молоді до ініціації споживання ін'єкційних наркотиків пропонується як окремий документ.

Проведене дослідження надало новий рівень знань про групу молодих СІН, її соціальну структуру, види зайнятості та джерела доходів, особливості організації вільного часу, стосунки з соціальним оточенням, ставлення до вживання наркотиків, зокрема ін'єкційних, а також рівень

знань щодо ризиків та шляхів попередження ВІЛ-інфікування. З'ясовано чинники залучення до ін'єкційного споживання та бар'єрні фактори. Усвідомлений більш високий рівень ризику для молодих жінок, що перебувають у колі спілкування СІН. На статистичному рівні значущості виявлено вплив перебування у стані алкогольного сп'яніння на ініціацію вживання ін'єкційних наркотиків, особливо для молодих жінок.

Отже, аналітичний звіт за підсумками дослідження, з одного боку, додає науково обґрунтоване знання щодо проблем нарковживання, з іншого – дає можливість запропонувати сфокусовану стратегію попередження ініціації першої ін'єкції.

Крім того, відбулася апробація нової методики реалізації вибіркової сукупності та рекрутування СІН, а також рекрутування друзів СІН, які не є споживачами ін'єкційних наркотиків, і запрошення їх до участі в дослідженні. Успішність її використання дає підстави сподіватися, що така методика рекрутингу може бути влокристана і під час впровадження профілактичних програм, зокрема інформаційно-освітніх стратегій за принципом „рівний – рівному”. Опанована нова програма аналізу отриманих даних, яка дозволяє поширити отриману інформацію на всю сукупність СІН визначеного віку в місті дослідження.

Дослідження засвідчило необхідність подальшого, більш поглибленого вивчення охопленої ним проблематики за такими аспектами:

- роль сексуальних партнерів у процесі залучення до початку вживання наркотиків, зокрема ін'єкційних;
- зв'язки між комерційним сексом та ін'єкційним споживанням наркотиків;
- структура груп споживачів неін'єкційних наркотиків (СНН), їх субкультурні стереотипи, наслідки від вживання наркотиків;
- мотивації „залучення інших”: чому СІН залучають інших; які мотиви можуть вплинути на поведінку „залучення” та перебороти її; гендерні, вікові та інші соціальні особливості такої поведінки;
- роль представників правоохоронних органів у поширенні ПАР;
- роль медичних працівників у поширенні ПАР;
- вартість та економічна ефективність програм зменшення шкоди;
- споживання ПАР (алкоголю та наркотичних речовин) серед дітей, що перебувають у стані бродяжництва.

І це не повний перелік питань, які гостро поставило здійснене дослідження. Крім того, отримані дані загострюють широке коло питань збереження здоров'я дітей та підлітків та проблему низької ефективності загальних інформаційно-освітніх програм.

Автори мають надію, що аналітичний звіт буде корисним для державних службовців, молоді (в т. ч. для молодих СІН), волонтерів, аутич-працівників, громадських організацій, батьків та інших представників найближчого оточення СІН, вчителів, працівників правоохоронних органів та медиків, інших фахівців, які працюють з молоддю, та тих, хто приймає рішення.

## Література

1. ВІЛ-інфекція в Україні : Інформ. бюлетень / Укр. центр профілактики та боротьби зі СНІД. – К., 2004. – № 24.
2. Грунд Ж.-П., Щербинська А., Бочкова Л. та ін. QUO VADIS? Роль потребителів ін'єкційних наркотиків в розвитку епідемії ВІЧ-інфекції в Україні. – К.: Укр. центр профілактики та боротьби со СПИД, Министерство охрани здоровья Украины. – 2000. – С. 32.
3. Національний звіт України про виконання Декларації ССГАООН щодо відданості справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, – К., 2005 (проект).
4. Ситуація стосовно вживання ін'єкційних наркотиків у м. Харкові : Дослідження ВООЗ ін'єкційного вживання наркотиків. Друга фаза / О. М. Балакірева, Ю. Л. Білоусов, М. Ю. Варбан та ін. – К.: Укр. ін-т соціальних досліджень, 2003. – 106 с.
5. The first hit: circumstance surrounding initiation into injecting: Research report / Nick Crofts, Robyn Louie, Doreen Rosenthal & Damien Jolley. – 1996.
6. Герои нашего времени : Социол. очерки / Под ред. Е. Омельченко. – Ульяновск: Изд-во Гос. науч. учреждения „Средневолжский научный центр“, 2000. – С. 215.
7. Змановская Е. В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения) : Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издат. центр «Академия», 2003. – 260 с.
8. Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики : Пособие для социальных работников программ профилактики ВИЧ/СПИД / Отдел поддержки НПО Междунар. Альянса по ВИЧ/СПИД совместно со «СПИД Фондом Восток – Запад» и Южноукр. тренинг. центром.
9. 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.: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2003. – 246 с.
10. Young people health in context. Health Behaviour School Children (HBSC) study: international report on the from the 2001/2002 survey / edited by Candace Currie... [et al.]. (Health Policy for Children and Adolescents; No. 4). – Copenhagen: WHO Regional office in Europe, 2004. – 237 p.
11. Оценка эффективности проектов «Снижение вреда» в Украине / Укр. ин-т социальных исследований; Междунар. фонд «Возрождение». – К., 2002. – 51 с.
12. Оцінка можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / О.М. Балакірева (наук. кер. проекту), М.Ю. Варбан, О.О. Яременко та ін. – К.: Центр „Соціальний моніторинг“, 2003. – 230 с.
13. Сільська молодь України: стан, проблеми та шляхи їх вирішення: Щоріч. доп. Президентів України, Верховній Раді України про становище молоді в Україні (за підсумками 2004 р.). – К.: Гопак, 2005. – 264 с.
14. Панасюк Н. Б. Соціологія девіантної поведінки про злочинність і превентивні методи // Соціологічна освіта та наука в Україні. – 2003. – Вип. 2. – С. 165–168.
15. Формування здорового способу життя молоді: стратегія розвитку українського суспільства. Частина 1 / О. О. Яременко (кер. авт. кол.), О. В. Вакуленко, Ю. М. Галустян та ін. – К.: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, Укр. ін-т соціальних досліджень, 2004. – Кн. 2. – 164 с. – (Сер. „Формування здорового способу життя“. У 14 кн.).
16. The Skills Needed for Health. The education in the Field of Health, based on inculcation of living skills – the important component of the Friendly to the Child/Reinforcing Health School. The Informative Series about Health Protection in Schools. Document 9, pgs. 27–31.
17. Впровадження сучасних методів епідеміологічного нагляду за ВІЛ в Україні. – К., 2003. – 52 с.

18. Молоді люди, які вживають ін'єкційні наркотики: поінформованість, усвідомлення ризику ВІЛ-інфікування, поведінка / О. М. Балакірєва (кер. авт. кол.), М. Ю. Варбан, О. Р. Артюх, Н. А. Дмитрук та ін. – К.: Представництво Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, 2001. – 64 с.; Моніторинг та оцінка ефективності проекту “Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків та молоді Південного регіону України” / О. О. Яременко (кер. авт. кол.), О. М. Балакірєва, І. М. Пінчук та ін. – К.: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді; Держ. центр соціальних служб для молоді, 2002. – 78 с.
19. Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду другого покоління / О.Р. Артюх, О.М. Балакірєва, Л.В. Бочкова та ін. – К.: МБФ „Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”, 2005. – 68 с.
20. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД. – К.: Центр експертиз Ін-ту соціології НАН України, – К., 2005. – 172 с.
21. Методичні рекомендації з питань організації та функціонування центрів ресоціалізації наркозалежних / Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді. – К., 2004. – 200 с.

# ДОДАТКИ

## Додаток 1

Ілюстративні матеріали за результатами аналізу реалізації методології RDS для рекрутингу СІН та їхніх друзів-не-СІН

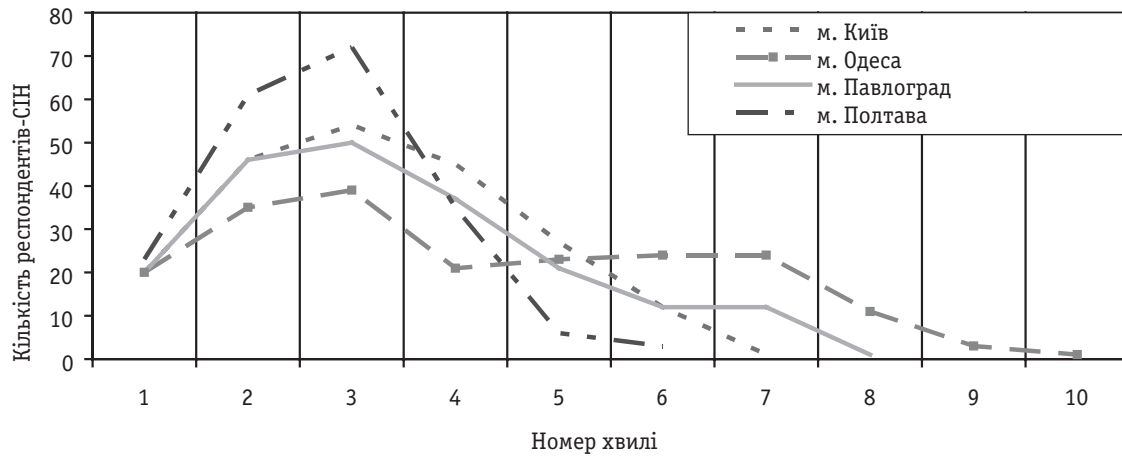
### Аналіз довжини ланцюгів рекрутингу

ХВИЛЯ	м. Київ		м. Одеса		м. Павлоград		м. Полтава		Всього	
	СІН	не-СІН	СІН	не-СІН	СІН	не-СІН	СІН	не-СІН	СІН	не-СІН
1 (первинні)	20	-	20	-	20		23	-	83	-
2	46	19	35	13	46	27	61	43	188	102
3	54	28	39	34	50	48	72	61	215	171
4	45	48	21	19	37	49	35	37	138	153
5	27	50	23	14	21	34	6	24	77	122
6	12	25	24	18	12	15	3	3	51	61
7	1	22	24	38	12	17			37	77
8		3	11	40	1	7			12	50
9			3	17		2			3	19
10			1	6					1	6
11				1						1
<b>Всього</b>	<b>205</b>	<b>195</b>	<b>201</b>	<b>200</b>	<b>199</b>	<b>199</b>	<b>200</b>	<b>168</b>	<b>805</b>	<b>762</b>

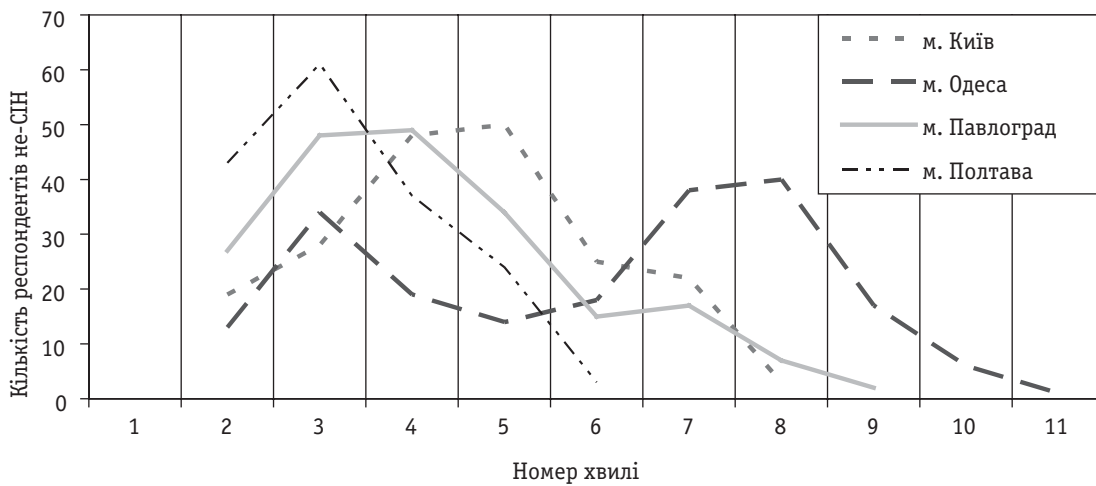
### Загальна кількість ланцюгів певної довжини

Довжина ланцюгів, хвиль	м. Київ	м. Одеса	м. Павлоград	м. Полтава	По чотирьох містах
1	-	-	-	-	-
2	21	20	20	31	92
3	30	26	29	57	142
4	29	8	24	31	92
5	19	11	14	5	49
6	11	11	5	3	30
7	1	19	11		31
8		7	1		8
9		2			2
10		1			1
<b>Всього ланцюгів</b>	<b>111</b>	<b>105</b>	<b>104</b>	<b>127</b>	<b>447</b>
<i>Середня довжина ланцюгів</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>4</i>	<i>3</i>	<i>4</i>





**Діаграма 1. Кількість рекрутованих респондентів-СІН на різних хвилях рекрутингу, осіб**



**Діаграма 2. Кількість рекрутованих респондентів-не-СІН на різних хвилях рекрутингу, осіб**

**Розподіл відповідей СІН на окремі запитання „без” та „з”  
урахуванням коефіцієнта зважування, що розрахований  
за допомогою RDS Analysis Tool**

**Особиста інформація про респондентів**

**Чи народився респондент у місті проведення дослідження**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Народився у цьому місті	80,5	1,002	80,661
2. Приїжджий	19,5	0,992	19,344

**Стать респондента**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Чоловіча	78,5	0,987	77,4795
2. Жіноча	21,5	1,048	22,532

**Зайнятість респондента**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Навчається чи працює	55,9	1,037	57,9683
2. Не навчається і не працює	44,1	0,957	42,2037

**До першої ін'єкції**

**До Вашого першого уколу чи були у Вас ситуації, коли Ви могли спробувати  
наркотик, але не робили цього?**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Так	58,8	0,948	55,7424
2. Ні	41,2	1,074	44,2488

**Чи вживали Ви які-небудь неін'єкційні наркотики до першого уколу?**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Так	76,9	1,038	79,8222
2. Ні	23,1	0,873	20,1663

**Перша ін'єкція**

**Чи був хто-небудь присутній з Вами під час першого вживання наркотиків?**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Нікого	5,2	1,319	6,8588
2. Так, були	94,8	0,982	93,0936

**Питома вага тих, хто отримав наркотик для першої ін'єкції безкоштовно?**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Так	53,8	0,953	51,2714
2. Ні	46,2	1,055	48,741

**Чи планували Ви свою першу ін'єкцію?**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Так	40,4	1,055	42,622
2. Ні	59,3	0,962	57,0466

**Чи були ще „початківці” під час Вашого першого уколу?**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Так	28,0	0,917	25,676
2. Ні	72,0	1,032	74,304

**Чи знаходились Ви під впливом інших наркотиків або психотропних речовин під час першого уколу?**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Так	47,1	1,033	48,6543
2. Ні	52,9	0,97	51,313

**Хто робив Вам першу ін'єкцію?**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Сам	12,8	1,064	13,6192
2. Інша людина	87,2	0,991	86,4152

**Інші питання****Чи проходили Ви курс лікування від наркозалежності?**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Так	74,5	0,986	73,457
2. Ні	25,5	1,041	26,5455

**Чи проходили Ви коли-небудь тест на ВІЛ?**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Так	40,0	1,004	40,16
2. Ні	60,0	0,997	59,82

**Чи знаєте Ви про програми для СІН у Вашому місті?**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Так	35,9	1,092	39,2028
2. Ні	64,1	0,948	60,7668

**Чи є Ви клієнтом профілактичної програми для СІН?**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Так	14,0	1,114	15,596
2. Ні	86,0	0,981	84,366

**Наскільки легко придбати наркотики у Вашому місті?**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Легко	64,0	0,829	53,056
2. Скоріше, важко, ніж легко	36,0	1,303	46,908

**Затримання та арешти, коли звинувачення були пов'язані із наркотиками (зберігання, вживання, виготовлення, торгівля)?**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Так	34,2	0,878	30,0276
2. Ні	65,8	1,063	69,9454

**Чи заарештовували Вас протягом часу, коли Ви вживали наркотики?**

	%	Коефіцієнт зважування	% після зважування
1. Так	47,5	0,844	40,09
2. Ні	52,5	1,141	59,9025



## **Частина II**

# **СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІНІЦІАЦІЇ ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ СЕРЕД УРАЗЛИВИХ ГРУП ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ**



**Автори:**

**О. Балакірєва, канд. соціол. наук;**

**Ж.-П. Грунд, д-р;**

**К. Барендрегт;**

**М. Рябова;**

**О. Сакович**

**Подяки**

Автори висловлюють подяки за підтримку та допомогу у підготовці цього документу:

- Сергію Дворяку, Український інститут громадського здоров'я;
- Костянтину Леженцеву, Міжнародна програма зменшення шкоди;
- Ані Шакаришвілі, Програма ЮНЕЙДС в Україні;
- Віктору Штенгелову, Український інститут громадського здоров'я;
- Людмилі Шурпач, МБФ „Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу”;
- Гундо Вейлер, офіс ВООЗ в Україні;
- Анатолію Вієвському, Всеукраїнська наркологічна асоціація.

## Вступ

Для сучасного стану українського суспільства проблема боротьби з епідеміями немедичного вживання наркотиків та ВІЛ-інфекції/СНІДу визнається фахівцями на рівні проблем національної безпеки держави. Вживання наркотичних речовин є проблемою всіх верств населення, різних регіонів країни та одним з визначальних чинників поширення епідемії ВІЛ/СНІДу. Незважаючи на відсутність сучасної та адекватної державної політики щодо наркотиків, існує низка програм на національному та регіональному рівнях, які вирішують окремі завдання пом'якшення наслідків наркоманії, зменшення шкоди від вживання наркотиків та профілактики ВІЛ-інфікування в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) та їх оточення.

Аналіз тенденцій поширення наркоманії, визначення особливостей поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків, оцінка питомої ваги СІН серед ВІЛ-інфікованих та кількості СІН, які потребуватимуть антиретровірусної терапії, а також розрахунки вартості програм зменшення шкоди та прогнози стосовно обсягів витрат на наслідки немедичного вживання наркотиків, переконливо доводять, що одним з пріоритетів сьогодення має стати розробка інтервенцій, спрямованих на зменшення поповнення когорти СІН, зокрема – попередження переходу до споживання ін'єкційних наркотиків, профілактика ініціації ін'єкційного споживання, утримання від першої ін'єкції.

Основні аргументи на користь стратегій, спрямованих на попередження початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом:

- 1) СІН є групою високого ризику до ВІЛ-інфікування та поширення епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні;
- 2) споживання ін'єкційних наркотиків у ранньому віці підвищує ризик погіршення здоров'я та смертей від передозування;
- 3) споживання ін'єкційних наркотиків у ранньому віці негативно позначається на процесі соціалізації особистості (припинення навчання, незвершена професійна освіти, безробіття тощо);
- 4) споживання ін'єкційних наркотиків має негативні наслідки на рівні сімей, формує групу співзалежних, які також потребують спеціальних програм соціальної підтримки;
- 5) високоякісні програми зменшення шкоди від ін'єкційного вживання наркотиків дорого коштують зараз і коштуватимуть більше, як ефективні втручання, що є одним з обов'язкових компонентів універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки;
- 6) поширення ін'єкційного нарковживання зумовлюватиме необхідність додаткових зусиль з боку системи охорони здоров'я: фінансування, збільшення кількості фахівців, розширення мережі лікувальних установ тощо.

Ефективна профілактика ВІЛ-інфікування серед споживачів ін'єкційних наркотиків передбачає охоплення цієї групи високого ризику на рівні 60%<sup>26</sup> (на регулярній основі) програмами зменшення шкоди. Такі програми включають профілактику нарковживання, інформаційно-освітні заходи, діяльність, спрямовану на відмову від ризикованих поведінкових практик, обмін шприців, замісну підтримуючу терапію, профілактику інфекцій, що передаються статевим шляхом та ВІЛ [1; 2]. Додамо, що, на думку експертів, в Україні частина СІН готові до відмови від ін'єкційного вживання, частина – до відмови від вживання наркотичних речовин взагалі. Отже вони потребуватимуть розширення замісної терапії та реабілітаційних програм. За оціночними розрахунками (орієнтуючись на консервативні оцінки чисельності СІН на початок 2006 р. на рівні 325 тис. осіб<sup>27</sup>), річна вартість різноманітних програм (обмін шприців, інформаційно-освіти, консультації спеціалістів, послуги ресоціалізації) серед СІН у контексті протидії епідемії ВІЛ/СНІДу

<sup>26</sup> На думку експертів, для досягнення серйозних змін у розвитку епідемії необхідно охопити щонайменше 60% усієї групи СІН (ця цифра розглядалася як стратегічний пріоритет на Стратегічній зустрічі в Женеві з метою поліпшення координації підтримки національних програм боротьби з ВІЛ/СНІДом у Східній і Центральній Європі, що відбулася 4–5 листопада 1999 р.).

<sup>27</sup> Аналітичний звіт за результатами дослідження „Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні”. – К., 2005.

на національному рівні може становити до 150 млн. грн.<sup>28</sup>. І це є мінімальною оцінкою. Тому збільшення популяції СІН буде непосильним тягарем для бюджету країни, а також впливатиме на бюджети домогосподарств, у складі яких є залежні. Тобто, вихід лише один – зупинити епідемію споживання ін'єкційних наркотиків. І це потребує спеціальних, чітко вивірених стратегій.

Загалом, профілактичні програми включають дуже широкий спектр різноманітних втручань, включаючи профілактичну роботу з широким загалом (первинна профілактика) та цільові проекти для СІН. Програми відрізняються специфікою цілей, методами, роллю можливих агентів впливу на молодь, зокрема соціальне та сімейне оточення молоді, спеціалізовані установи, навчальні, позанавчальні та розважальні молодіжні заклади. Первинна профілактика включає широкий спектр навчальних програм, шкільних курсів (обов'язкових, варіативних та факультативних). Найбільш ефективними визнаються інтерактивні методи формування настанов та навичок здорового способу життя. Вагомим чинником є соціальний маркетинг, включаючи інформаційні кампанії через ЗМІ, видання та розповсюдження спеціальних інформаційно-освітніх матеріалів тощо.

Метою даного документа не є детальний аналіз методів первинної профілактики, тому ми лише зауважимо, що первинна профілактика орієнтована на широке коло підлітків та молоді, передбачає міжгалузевий комплексний підхід, ставить за мету надання підліткам та молоді необхідної інформації щодо наслідків вживання ПАР, сформувані у молоді неприйняття вживання ПАР, сприяти взаємодії молоді з відповідними соціальними інституціями, батьками та фахівцями щодо формування навичок здорового способу життя (ЗСЖ).

Одним з недоліків існуючих стратегій профілактики є їх несфокусованість, направленість на широку, як правило, не визначену аудиторію. Ефективні програми профілактики передбачають наявність чітко сформульованих цілей, завдань та стратегій відповідно до конкретних цільових груп. Для побудови профілактичних програм важливо чітко визначити цілі та очікувані результати, на яку категорію населення розрахована дія, її часові межі, спрямованість (на особистість чи на середовище, яке її оточує), в якій формі здійснюється вплив.

Пропоновані стратегії профілактики залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом розроблені на основі результатів якісного та кількісного етапів соціологічного дослідження серед СІН та їхніх друзів віком до 23 років (кому ще не виповнилося 24 роки), які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом (не-СІН), у чотирьох містах України. Дослідження проведено впродовж 2004–2005 рр. у рамках проекту „Профілактика залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом уразливих груп підлітків та молоді”, що реалізовувався Українським інститутом соціальних досліджень за участю дослідницького та навчального центру „DV8” (DV8RTD – Research, Training and Development, Роттердам, Нідерланди) та Інституту з питань досліджень наркотичної залежності (IVO, Роттердам, Нідерланди) за сприяння Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні та Програми ООНСНІД (ЮНЕЙДС) в Україні. Мета дослідження – з'ясувати суб'єктивні мотиви та зовнішні фактори початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та розробити на основі отриманих результатів стратегії профілактики залучення до споживання наркотиків ін'єкційним шляхом уразливих груп молоді та підлітків. Дослідження було проведено в чотирьох містах України: Києві, Одесі, Павлограді (Дніпропетровська область) та Полтаві. Всього опитано 1610 респондентів віком до 23 років: 808 споживачів ін'єкційних наркотиків та 802 їхніх друзів, які не є споживачами ін'єкційних наркотиків. Як з'ясувалося за підсумками проведеного дослідження, до групи не-СІН (які є друзями СІН) належать молоді люди, що є споживачами неін'єкційних наркотиків (СНН) – 476 вживають ПАР неін'єкційним шляхом, і такі, що не вживають наркотики взагалі (НН) – 326 не вживають наркотичні речовини. Детальний аналіз отриманих даних подано в аналітичному звіті „Чинники впливу та попередження почат-

<sup>28</sup> Розрахунки здійснені О. Балакіревою на основі методики, що представлена у дослідженні „Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків” [2, с. 74–96], та бюджетів діючих центрів ресоціалізації наркозалежної молоді, проектів замісної терапії в окремих областях України.

ку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом" (див. частину I). Отримані результати та проекти стратегій були також обговорені на засіданнях "круглих столів" за участю молодих СІН та їхніх друзів-не-СІН, що брали участь у дослідженні, зі спеціалістами, які працюють у сфері профілактики. Всі вищезазначені заходи були проведені в кожному з міст, де реалізовувався проект: Києві, Одесі, Павлограді (Дніпропетровська область) та Полтаві.

**Запропоновані стратегії є узагальненими рекомендаціями щодо проведення профілактики залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед уразливих груп підлітків та молоді.** Стратегія профілактики розроблялася з урахуванням особливостей цільової групи молоді, яка перебуває в умовах високого ризику щодо залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом.

Під *групами високого ризику щодо залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом* ми розуміємо молодь, яка нині не вживає наркотики ін'єкційним шляхом (хоча може вживати неін'єкційні наркотики), проте з тих чи інших обставин більшою мірою ризикує долучитися до такої практики.

Результати аналізу даних спеціального дослідження дали змогу виокремити дві стратегії запобігання вживанню наркотиків, що вирізняють методичку роботи з наркозалежними, визначають цільові групи та методи ефективного запобігання вживанню наркотичних засобів. Ці дві стратегії (див. підрозділи 3.1 та 3.2) включають (1) роботу з не-СІН (які знаходяться у колі тісного спілкування з СІН і складаються з двох підгруп – СНН та НН), що має на меті переконати їх взагалі не пробувати вживати наркотичні засоби або не пробувати наркотики ін'єкційним шляхом; (2) роботу з СІН, що має на меті переконати їх не заохочувати до вживання наркотиків інших (не пропонувати спробу ін'єкційного вживання, не пропонувати ін'єкційний наркотик, не робити першу ін'єкцію).

Перша стратегія під назвою „**Зупинити перехід до ін'єкційного вживання**” спрямовується на НН та СНН, а також тих, хто є нерегулярними СІН та почали вживати ін'єкційні наркотики як експеримент, відносно нещодавно.

Друга стратегія під назвою „**Не залучай інших**” стосуватиметься регулярних СІН, які будуть виступати в ролі активних волонтерів у програмах незалучення інших до вживання ін'єкційних наркотиків і працюватимуть безпосередньо в колі СІН за технологією „рівний–рівному”.

## 1. Огляд даних з різних джерел щодо залучення до споживання ін'єкційних наркотиків

На базі різних літературних джерел та окремих досліджень, проведених в різних країнах світу, можна проаналізувати, що відомо про природу вживання ін'єкційних наркотиків молоддю, початок та припинення вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, поведінкові ризики, пов'язані з ін'єкційним вживанням наркотиків, а також взаємодію СІН з профілактичними програмами.

Наявні дані свідчать, що досить велика кількість молодих СІН практикує поведінку, яка наражає їх на ризик ВІЛ-інфікування. Це спостерігається як в Україні, так і в інших країнах Східної Європи та Центральної Азії [3, с. 47–55]. При цьому рівень поінформованості СІН щодо шляхів попередження ВІЛ-інфікування та про наявні профілактичні програми залишається невисоким, а питома вага тих, хто користується профілактичними послугами, пов'язаними з ВІЛ, за самими оптимістичними оцінками, не перевищує 15–20%.

Як було показано, в різних країнах важливими факторами залучення до вживання ін'єкційних наркотиків є роль активних СІН, які залучають „новачків”, та соціальне середовище, що може сприяти залученню до ін'єкційного вживання (Stenbacka, 1990; Crofts et al., 1996; Stillwell et al., 1999). Але в більшості випадків вплив активних СІН не є тиском. Вони виступають прикладом та „інструментом” першої ін'єкції. Ініціаторами зазвичай виступають потенційні споживачі, які мають намір „спробувати” наркотик. Для більшості людей соціальні чинники (бачити людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, або обговорювати таке вживання) відіграють важливу роль у процесі прийняття рішення спробувати самим (Stillwell et al., 1999). Розуміння цього стало основою започаткування програми „Розірви коло” („Break the Cycle”), яка була реалізована у Великій Британії та довела свою ефективність (результати впровадження програми було представлено в роботі Hunt et al., 1998). Ця програма спрямована на вирішення таких завдань: дати СІН можливість замислитися над своїм ставленням до залучення інших людей до ін'єкційного вживання; створити атмосферу неприйняття залучення інших; підняти рівень знань щодо уникнення дій та практик, які можуть сприяти залученню інших; навчити казати „ні” на прохання зробити комусь ін'єкцію<sup>29</sup> [4; 5; 6; 7; 8].

Існують й інші шляхи впливу на ці соціальні процеси та зменшення кількості людей, які залучаються до ін'єкційного вживання. Цілком зрозуміло що будь-які програми повинні брати до уваги місцевий культурний контекст, в якому відбувається ін'єкційне вживання наркотиків.

Перегляд матеріалів щодо залучення або переходу до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом [4; 5; 6; 11; 12; 13], а також дані, отримані в ході швидкої оцінки ситуації (RAR Study) в шести країнах Південно-Східної Європи (Cusic, 2002; Wong 2002) [9; 10], дали такі результати щодо вживання наркотиків в цьому регіоні:

- Людина може переходити від ін'єкційного до неін'єкційного вживання наркотиків протягом життя.
- Зазвичай такий „перехід” є процесом, а не „разовою” подією.
- Практики, пов'язані з вживанням наркотиків, зокрема ін'єкційним способом, тісно пов'язані з доступністю наркотику, культурними, соціальними та економічними факторами, а також практиками правоохоронних органів. При цьому спостерігаються суттєві відмінності між регіонами (навіть у межах одного регіону) та представниками різних культур.
- Якщо переважає один конкретний спосіб вживання наркотиків, існує велика ймовірність, що нові наркотики будуть вживатися тим же шляхом (наприклад, при поширеному ін'єкційному вживанні героїну, існує ризик, що амфетамінові стимулятори також будуть вживатися ін'єкційно).

<sup>29</sup> Ми будемо використовувати термін „Розірви коло” як назву методу роботи серед СІН, яка має на меті створити умови, які б спонукали їх замислитися над своїм ставленням до залучення інших людей до ін'єкційного вживання; створити атмосферу неприйняття залучення інших. Вона також орієнтована на підвищення рівня знань щодо уникнення дій та практик, які можуть сприяти залученню інших, та на навчання казати „ні” на прохання зробити комусь ін'єкцію.

- Якщо ін'єкційні наркотики дешеві та продаються готовими до ін'єкційного вживання, ймовірність такого вживання є вищою, ніж за умов, коли наркотики продаються готовими до куріння або „нюхання” (це питання якості та складу). (Ринковий фактор).
- Ін'єкційне вживання дає сильніший „кайф”. Це відмічають багато СІН.
- „Економічна ефективність” ін'єкційного вживання.
- „Цікавість” до нового може бути чинником ін'єкційного вживання.
- Ін'єкційне вживання наркотиків може бути ритуалом, який „відчиняє двері” до членства в групі. (Роль групових ритуалів).
- Тиск із боку компанії (як правило, однолітків) або бажання наслідувати поведінку також є чинниками залучення.
- Регулярне спілкування з СІН робить більш імовірним залучення до ін'єкційного вживання наркотиків (наслідування поведінки).
- Бажання екстраполювати на себе образ СІН як „крутий” або „витончений”. Крім того, молоді люди, яких суспільство розглядає як „девіантних” (через психічні особливості, скоєння правопорушень і т. д.), можуть намагатися отримати „альтернативний” образ.

Огляд різноманітних досліджень в різних країнах [4; 5; 7; 9; 10; 12; 13; 15], показав, що перша ін'єкція зазвичай характеризується тим, що в більшості випадків вона не планується „новачками” та зазвичай відбувається в компанії. Досить часто жінки залучаються до ін'єкційного вживання наркотиків своїми статевими партнерами. У більшості випадків чоловіків залучають друзі. Один і той же інструментарій для ін'єкції використовується декількома споживачами, оскільки „новачок” може не мати доступу до стерильного інструментарію, не мати контактів з відповідними службами підтримки та грошей на придбання стерильного інструментарію (якщо він не є безкоштовним).

У роботі Крофта та інших показано, що переважна більшість (88%) молодих СІН у країнах Південно-Західної Європи, які під час першої ін'єкції вживали амфетамін, мали попередній досвід неін'єкційного вживання амфетаміну (Crofts et al. 1996 [4]). Серед тих, хто як перший наркотик, спожитий ін'єкційно, використав героїн (18%), тільки 52% вже мали попередній досвід вживання героїну неін'єкційним способом. Більшість зробили першу ін'єкцію в той рік (28%) або після того (49%), як закінчили школу, лише 15% зазначили, що почали ін'єкційне вживання ще в школі. Майже половина (46%) заявили, що почати ін'єкційне вживання – це була їхня власна ідея, та менше ніж третина – що це не було їхньою власною ініціативою (31%). Дві третини опитаних (65%) зазначили, що перша ін'єкція була спонтанною, в той час як 25% сказали, що планували це. Лише 12% самі зробили собі першу ін'єкцію; 94% заявили, що це було їхнє власне бажання. Жінки частіше отримували перший досвід ін'єкційного вживання від сексуального партнера. Найбільш поширеною причиною для вибору саме ін'єкційного, а не іншого вживання було бажання досягти швидкого ефекту (34%), проста цікавість (24%), тиск оточення (кола спілкування, з боку однолітків) або бажання „бути не гіршим” (18%). Більшість (76%) перший досвід ін'єкційного вживання отримали зі старшими за віком СІН; 20% перший досвід отримали в колі однолітків та 4% – з молодшими за віком. Половина з опитаних СІН (47%) залучили до ін'єкційного нарковживання як мінімум одну особу з часу своєї першої ін'єкції. Кількість нових залучених осіб зростала відповідно до тривалості вживання. Протягом першого року вживання 22% молодих СІН залучили інших, а через п'ять років вживання вже 63% СІН робили першу ін'єкцію іншим. У середньому вони залучили від 0,3 особи за перший рік вживання до 2,5 особи після 5 років. Автори роботи роблять висновок, що якщо залучення інших осіб до „ін'єкційного вживання” – це одне з основних „правил” зростання кількості СІН, то дослідження інтенсивності цього процесу та моделювання темпів може в подальшому стати важливою технологією для оцінки одного з найголовніших параметрів, що контролює динаміку поширення ін'єкційного вживання, а саме – проблему залучення. Це ключовий момент для контролю за успішністю профілактичних втручань.

Ж.П. Грунд зазначає, що перший укол, як правило, є незапланованою подією, що відбувається (часто, але не завжди) у певному соціальному контексті: з друзями СІН та/або сексу-



альними партнерами, у приватному або напівприватному місці, помешканні друзів, у підвальних приміщеннях житлових будинків. Може бути багато різних причин початку вживання ін'єкційних наркотиків, серед них – економічний чинник, коли наркотик дорого коштує, або, коли звичка неін'єкційного вживання стає безконтрольною, субкультурні причини (“Кожний вживає “чорне”/ханку ін'єкційно!”), або особисті приводи, наприклад бажання вдатися до “екстриму” (що не є характерним для вікової когорти нашого спеціального дослідження), або щоб добре проводити час [11]. Ініціація ін'єкційного вживання наркотиків в Україні відбувається в контексті спільного проведення часу, коли перетинається „межа дружніх стосунків” з СІН, тобто знання та практики „як вживати ін'єкційні наркотики” передаються через вербальне спілкування та спостереження. Новачки СІН входять в цю мережу з досить низьким рівнем розуміння, які саме ризики пов'язані з ін'єкційним вживанням наркотиків.

Результати дослідження ситуації стосовно вживання ін'єкційних наркотиків у м. Харкові (Україна) [16, с. 52–70] свідчать, що близько 40% опитаних СІН мають стаж вживання до 3 років; серед СІН, що були рекрутовані через лікувальні заклади, питома вага молоді до 24 років склала 20%, а серед „вуличних” (не були охоплені програмами лікування протягом останніх 6 місяців) – 54%; програмами профілактики ВІЛ-інфікування охоплені 15% СІН; доступ до групи СІН утруднений через репресивну політику правоохоронних органів; кожний другий був у ситуації, коли інший СІН відчував передозування наркотиками, 40% особисто знали споживачів, які померли від передозування; 25% повідомили про випадки власного передозування. Серед підгрупи віком до 23 років (включно) першу ін'єкцію самостійно зробили лише 7%, більшість (майже 90%) указали, що першу ін'єкцію їм робили друзі, сексуальні партнери, приятелі друзів, наркодилер тощо; середній вік першої ін'єкції – 16,8 року (стандартне відхилення 1,4 року); більшість (85%) опитаних відзначили погіршення здоров'я.

Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні, підготовлений за підтримки ЮНІСЕФ та ЮНЕЙДС протягом 2004 р. [1, с. 127–133], засвідчив „омолодження” хворих із різними розладами внаслідок уживання наркотичних речовин, полегшення доступу до споживання наркотиків через людей найближчого соціального оточення потенційних споживачів, неефективність репресивних заходів впливу на споживання наркотичних речовин, відсутність цілісної державної стратегії та політики щодо наркотиків, високий рівень нетолерантності до СІН в українському суспільстві, низький рівень доступності програм реабілітації (ресоціалізації) та замісної терапії, низький рівень охоплення СІН програмами зменшення шкоди, відсутність систем соціальної підтримки для СІН та колишніх СІН, малі обсяги та нестабільність фінансування послуг наркозалежним з державного бюджету. Висновки щодо профілактики наркозалежності підтверджують те, що наявні профілактичні програми зорієнтовані на локальні території, досить часто мають суто інформаційний характер, діють короткий час.

Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні в межах проекту „САНРАЙЗ” було проведено дослідження „Регіональна оцінка ситуації щодо залучення до участі” (РОПУ) [17], однією з цільових груп якого були СІН. Більшість СІН, які були залучені до участі в дослідженні, погодилися на співпрацю з громадськими організаціями, успішно пройшли тренінги та набули певних навичок роботи за методом „рівний–рівному” з питань зменшення шкоди. Це означає, що ми можемо очікувати досить високий рівень готовності СІН до співпраці у розробці та впровадженні втручань в середовищі споживачів.

За результатами огляду наявних даних щодо ініціації ін'єкційного вживання наркотиків можна зробити висновок, що активні СІН відіграють значну роль в залученні нових споживачів, що перша ін'єкція, я правило, не планується і відбувається у компанії. Є досвід успішної програми „Розірви коло” (Великобританія, Н. Гант та ін., 1998), яка має на меті створити атмосферу відмови від залучення інших до вживання, навчити СІН відповідати „ні” своїм друзям на прохання зробити їм першу ін'єкцію.



## 2. Основні результати спеціально проведеного дослідження: ризика залучення до вживання ін'єкційних наркотиків

Результати спеціально проведеного дослідження (2005 р.) серед СІН (808 осіб) та їхніх друзів, які не є СІН (802 особи), віком до 23 років, у чотирьох містах України (див. частину 1 цього видання, де результати дослідження представлені більш детально) дозволили виокремити такі ризики залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом:

### 1) загальні чинники залучення до нарковживання:

- бажання „нових” відчуттів, цікавість, прагнення до «забороненого», до екстриму;
- бажання отримати насолоду, задоволення, приємні відчуття;
- відсутність змістовного дозвілля („нема чого робити”);
- доступність наркотиків у місцях проживання чи навчання;
- відсутність «підтримуючого оточення», тобто тих (друзів, знайомих, батьків чи ін. родичів, фахівців), хто виступає фактором стримування на шляху до експериментування з ПАР;
- брак інформації про негативний вплив на здоров'я від вживання наркотиків;

### 2) специфічні чинники, які визначають ризики „переходу” до ін'єкційного вживання:

- наявність СІН серед друзів та близьких знайомих, сусідів, родичів, які виступають фактором „втягнення” („тиск” групи однолітків та соціального оточення);
- перебування у компанії СІН, спостереження за ін'єкційним вживанням;
- наявність у молоді досвіду вживання ПАР неін'єкційним шляхом;
- брак інформації щодо вживання окремих неін'єкційних наркотиків;
- недостатність інформації щодо шляхів інфікування на ВІЛ.

Основні результати, які ілюструють високий рівень значущості цих ризиків, представлені в таблиці „Результати спеціального дослідження як аргументи до розробки стратегій втручання”, де також наведені можливі стратегії втручання, що базуються на отриманих висновках.

Таблиця 2.1

### Результати спеціального дослідження як аргументи до розробки стратегій втручання

Основні результати	Висновки	Можливі стратегії втручання
<b>Мотиви до спроби/початку</b> (для СІН та НН запитання мало проєктивний характер про друзів, які спробували)		
Немає/не було чого робити: 56% НН, 60% СІН, 42% СІН. Для НН, які бажають спробувати наркотик, цей чинник є другим за рівнем важливості, яким вони пояснюють це своє бажання (35%).	Незайнятість підлітків та молоді.	Молодіжна політика: організація змістовного дозвілля.
Вважають, що це „круто”: 45% НН, 60% СІН, 37% СІН.	„Тиск” групи однолітків і соціального оточення.	Усвідомлення ризику. Дегламуризація ін'єкційного вживання наркотиків.
Для порівняння „кайфу” від неін'єкційних та ін'єкційних наркотиків: 33% НН, 60% СІН, 37% СІН (третє місце серед основних причин).	Відсутність підтримуючого оточення.	Навчання методом „рівний-рівному”. Розірви коло.
Хотіли позбавитися душевного болю: 26% НН, 32% СІН, 15% СІН (четверте місце серед основних причин).	Соціальна дезадаптація.	Молодіжна політика: розвиток мережі соціальних та соціально-психологічних послуг.

Основні результати	Висновки	Можливі стратегії втручання
Серед не-СІН, у яких виникало бажання спробувати ін'єкційний наркотик, вагома частка називає причини, пов'язані з проведенням вільного часу та з оточенням, серед представників якого є СІН: „серед моїх друзів багато хто вживає, гадаю, може, й мені спробувати” (47% СІН та 26% НН); „для різноманіття проведення вільного часу з друзями” (37% СІН та 20% НН).	„Тиск” групи однолітків і соціального оточення та відсутність підтримуючого оточення.	Зменшення шкоди (надання адекватної інформації щодо ін'єкційного вживання наркотиків та практик вживання неін'єкційних наркотиків). Розірви коло.
Для СІН фактором ризику першої спроби виступає відсутність неін'єкційного наркотику: 16% СІН, які до того вживали неін'єкційні наркотики, вказали на це. Також 34% СІН зазначили, що думають, чи не спробувати ін'єкційні наркотики, коли немає неін'єкційних.	„Тиск” групи однолітків і соціального оточення та відсутність підтримуючого оточення. Недоступність менш шкідливих (для здоров'я) наркотиків для СІН.	Зменшення шкоди (інформація щодо безпечного вживання ін'єкційних та неін'єкційних наркотиків). Декриміналізація легких наркотиків (наприклад, марихуани; хоча безумовно необхідне вивчення цього питання: спеціальні додаткові дослідження та аналіз можливих наслідків). Розширення комплексних послуг з лікування та реабілітації.
<b>Бар'єри, які стримують від спроби/початку вживання</b>		
<u>Страх перед наслідками для здоров'я:</u> Бояться ВІЛ/СНІДу 77% НН та 72% СІН (четверте місце серед основних факторів: 11% НН та 9% СІН). Вважають, шкодить здоров'ю 75% НН та 70% СІН (третє місце серед основних факторів: 11% НН та 12% СІН). Бояться стати залежними 68% НН та 69% СІН (друге місце серед основних факторів: 12% НН та 20% СІН). Бояться передозування 36% НН та 46% СІН. Бояться уколу у вену 36% НН та 35% СІН.	Цінність здоров'я для підлітків та молоді. Сукупна вага факторів, що визначають побоювання наслідків, пов'язаних із впливом на здоров'я, найбільша серед інших.	Інформаційно-освітні програми для широкого кола населення. Зменшення шкоди (інформація та консультування). Розірви коло.
<u>Страх перед соціальними наслідками:</u> Бачать, як змінилось життя друзів, знайомих СІН: 63% НН та 75% СІН (серед основних факторів посів перше місце для 21% НН та 24% СІН). Негативне ставлення до ін'єкційного вживання з боку найближчого соціального оточення: 56% НН та 36% СІН. Загальне погане ставлення до тих, хто вживає ін'єкційні наркотики: 45% НН та 21% СІН (п'яте місце серед основних факторів: 8% НН та 2% СІН).	Неприйняття вживання ін'єкційних наркотиків.	Інформаційно-освітні програми для широкого кола населення. Розірви коло.
<u>Побоювання міліції:</u> 31% НН та 21% СІН.	Соціальний контроль.	Формування підтримуючого середовища. Реформування репресивної політики щодо наркотиків.
<u>Практичні бар'єри:</u> Не знають, як робиться ін'єкція: 26% НН та 32% СІН. Не можуть дістати наркотик: 20% НН та 10% СІН. Не мають коштів на наркотик: 16% НН та СІН. Нікого немає поруч, хто міг би зробити укол: 14% НН та 7% СІН.	Вплив соціального середовища.	Розірви коло.

Основні результати	Висновки	Можливі стратегії втручання
<b>Практика першої ін'єкції</b>		
Середній вік першої ін'єкції – 18 років.	Вік переходу до самостійного життя для молоді є віком ризику.	Молодіжна політика. Сімейна політика. Соціальна політика.
60% не планували першу ін'єкцію. Серед жінок не планували 72%.	Тиск соціального середовища. Молоді жінки частіше зазнають такого тиску, ніж чоловіки. Як правило, першу ін'єкцію не планують. Досвідчені в ін'єкційному вживанні залучають „новачків”. Залучає людина з близького оточення – друзі, добрі знайомі. Дівчат та молодих жінок залучають сексуальні партнери. Старші СІН залучають новачків, молодших за віком. Молоді СІН (до 23 років) залучають нових СІН.	Розірви коло. Програми усвідомлення ризику, орієнтовані на молодих жінок.
Перша ін'єкція, як правило, відбувається в компанії друзів (80%), сексуальних партнерів (17%), випадкових знайомих (20%), і лише 5% робили це наодинці.		
Першу ін'єкцію, як правило, робить людина, яка сама є СІН (83%).		
У більшості випадків це друзі, знайомі (64%), сексуальні партнери (8%, але серед жінок – 32%), продавець наркотиків (6%), випадковий знайомий (5%). Самостійно – 13% (чоловіки – 15%, жінки – 4%).		
Особа, яка робить ін'єкцію, як правило, старша за „новачка” (середній вік – 23 роки).		
Кожний другий (54%) отримав наркотик для першої ін'єкції безкоштовно. Кожний четвертий (27%) – купив у складчину.		
21% СІН робили першу ін'єкцію новачкам. Кількість залучених на одного СІН становить 3,6 особи. 10% тих, що робили ін'єкції іншим, не знають, чи було то вперше.		
Кожний другий (близько 50%) на момент першої ін'єкції перебував під дією психотропних речовин (алкоголь та/або неін'єкційні наркотики). Жіноча молодь частіше за чоловіків була під дією алкоголю (38%) під час першого уколу.	Для дівчат та молодих жінок алкоголь створює передумови для першої ін'єкції.	Високоякісні програми зменшення шкоди з орієнтацією на гендерні та вікові особливості, а також типи споживання неін'єкційних наркотиків.
66% використовували новий (або „чистий”) шприц під час першої ін'єкції. Вплив алкоголю зменшує цей показник (73% серед тих, хто не був під дією ПАР, використовували новий або „чистий” шприц; 56% серед тих, хто був під дією алкоголю).	Досить часто перша ін'єкція відбувається з ризиком інфікування на ВІЛ (через спільне використання шприців).	Зменшення шкоди (пропозиція нових шприців та інформування щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції).
<b>Друга ін'єкція</b>		
43% не планували другу ін'єкцію (серед жінок – 55%).	Кожна друга ін'єкція (у 50% випадків) відбувається незаплановано. Інтервал між першою та другою ін'єкцією, у переважній більшості випадків, є коротким та, як правило, триває не більше місяця.	Зменшення шкоди (всі компоненти). Розірви коло.
74% зробили другу ін'єкцію протягом найближчого місяця (42% – через кілька днів), ще 10% – через один місяць.		

Основні результати	Висновки	Можливі стратегії втручання
<b>Вживання наркотиків</b>		
87% СІН протягом останніх 6 місяців вживали також неін'єкційні наркотики (чоловіки – 89%, жінки – 77%).	Молоді СІН продовжують вживання і неін'єкційних наркотиків, що створює передумови для розробки програм відмови від ін'єкційного вживання.	Зменшення шкоди (компонент підтримки зміни ін'єкційного вживання наркотиків на неін'єкційне).
<b>Чинники, що підвищують ризик „переходу” від неін'єкційного вживання до ін'єкційного</b>		
<p><b>Вживання ПАР неін'єкційно:</b> 80% СІН вживали неін'єкційні наркотики (чоловіки – 84%, жінки – 63%) раніше, ніж почали вживання ін'єкційних. 59% серед не-СІН (які є друзями СІН) вживають наркотики неін'єкційно (чоловіки – 64%, жінки – 51%). Структура вживання неін'єкційних наркотиків серед СІН (тепер та до першої ін'єкції) та СНН досить схожа. Ті з друзів СІН, які вживають неін'єкційні наркотики (у більшості випадків це є полінаркотичне вживання), дещо більшою мірою орієнтовані на спробу ін'єкційного наркотику, ніж ті, хто не є споживачем наркотиків (10% СНН та 5% НН впевнені, що спробують).</p>	Вживання неін'єкційних наркотиків підвищує ризик залучення до ін'єкційного вживання, але це залежить від типу, якості неін'єкційного наркотику (зокрема, це не так для марихуани).	Виокремлювати СНН як цільову групу. Для доступу до цієї групи використовувати СІН. На рівні громад (окремих населених пунктів, районів, мікрорайонів) визначити місця „скупчення” СНН, субкультурні особливості цієї групи, залучити їх до вироблення змісту та методів роботи за напрямками: „не переходити на ін'єкційне споживання”, „якщо робити ін'єкцію, то безпечно”, „інформація щодо відповідних послуг”. Зниження ризику серед СНН. Надавати спеціальну інформацію щодо практик неін'єкційного вживання. Підвищити рівень поінформованості НГО та інших надавачів послуг щодо типів наркотиків, які вживаються на місцевому рівні, з метою впровадження спеціальних втручань на локальному рівні та серед цільових груп СНН (з урахуванням місцевих особливостей).
<p><b>Намір спробувати ін'єкційний наркотик:</b> 70% СНН та 42% НН з числа друзів СІН отримували пропозицію спробувати наркотик. 59% СІН отримували таку пропозицію кілька разів протягом певного часу до того, як вони зробили перший укол.</p>	Наявність пропозицій вжити ін'єкційний наркотик посилює бажання зробити це. Наявність можливостей спробувати наркотик підвищує частку тих, хто планує першу ін'єкцію.	Розірви коло.
<p><b>Доступність наркотиків:</b> 65% СІН, 61% СНН та 39% НН вважають, що в їхньому місті легко придбати наркотики.</p>	Соціальний контроль. Вплив соціального середовища. Тіньова економіка. Мода на вживання наркотиків.	Розірви коло. Підвищити рівень поінформованості НГО ат інших надавачів послуг щодо типів наркотиків, які вживаються на місцевому рівні, з метою впровадження спеціальних втручань на локальному рівні та серед цільових груп СНН (з урахуванням місцевих особливостей).
<p><b>Перебування не-СІН у компаніях СІН:</b> 76% СНН та 47% НН перебували в компаніях, де вживали ін'єкційні наркотики.</p>	„Тиск” соціального середовища споживачів на неспоживачів.	Зменшення шкоди (доступність до чистого/нового інструменту). Розірви коло. Депопуляризація ін'єкційного вживання наркотиків (дегламуризація)

Основні результати	Висновки	Можливі стратегії втручання
<p><b>Низький рівень поінформованості про профілактичні програми для СІН:</b> 36% СІН, 25% СНН та 14% НН знають про програми для СІН у своєму місті.</p>	<p>Низький рівень поінформованості щодо місцевих профілактичних програм. Відсутність політики поширення інформації про послуги з профілактики ВІЛ для СІН та інших груп високого ризику.</p>	<p>Поширення інформації про наявні ВІЛ-сервісні послуги для СІН. Розробка та впровадження інноваційних підходів до досягнення („виходу на”) найбільш уразливих підгруп СІН (особливо з низьким рівнем поінформованості з проблем ВІЛ/СНІДу) з метою надання їм інформації щодо наявних ВІЛ-сервісних послуг для СІН. Розширення мережі послуг.</p>
<p><b>Низький рівень поінформованості щодо ВІЛ/СНІД, шляхів передачі та попередження інфікування:</b> Майже кожний десятий з опитаних респондентів (як СІН, так і не-СІН) відповіли, що „не знають про ВІЛ/СНІД”. Незважаючи на доволі високий рівень знань щодо передачі ВІЛ при спільному використанні шприців та голочок (95% вірних відповідей як серед СІН, так і серед не-СІН), знання про ризик передачі ВІЛ при приготуванні наркотику (використанні спільних інструментів, матеріалів та посуду для приготування наркотику) недостатні – 32% СІН та 27% не-СІН відповіли, що це не є шляхом передачі ВІЛ.</p>	<p>Відсутність спеціальних дій, спрямованих на поширення інформації про послуги для СІН та інших груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування.</p>	<p>Широке інформування про шляхи передачі та засоби попередження ВІЛ-інфікування. Розробка та впровадження інноваційних підходів до досягнення („виходу на”) найбільш уразливих підгруп СІН (особливо з низьким рівнем поінформованості з проблем ВІЛ/СНІДу) з метою підвищення їх обізнаності щодо шляхів передачі та профілактики ВІЛ-інфекції, а також надання інформації про наявні ВІЛ-послуги для СІН. Збільшення рівня охоплення СІН програмами профілактики. Зменшення шкоди (інформаційно-освітній компонент).</p>
<p><b>Незайнятість:</b> 44% СІН не працюють і не навчаються. 17% не-СІН (15% СНН та 19% НН) не працюють і не навчаються. 13% СНН та 16% НН оформлені на робочому місці неофіційно.</p>	<p>Значна частина молоді з цільових груп не працює і не вчиться або працює без офіційного оформлення. Тобто ці групи не можуть бути охоплені програмами профілактики ВІЛ, що впроваджується на інституціональній основі, зокрема через систему освіти та на робочому місці.</p>	<p>Для інформаційно-освітніх програм – широке застосування можливостей ЗМІ (особливо телебачення) та соціальної реклами для широкого кола населення. Для цілеспрямованих втручань – навчання методом „рівний-рівному”, аутич-робота, фокусоване/цілеспрямоване консультування та соціальна підтримка.</p>
<b>Особливості міст</b>		
<p>В Києві серед не-СІН (які є друзями СІН) 70% виявилися споживачами неін'єкційних наркотиків. В Полтаві це менш поширене (52%), а в Одесі – найнижчий показник (37%). В Одесі найменша частка СІН, які вживали неін'єкційні наркотики до першої ін'єкції. За відповідями СІН, у Павлограді та Києві легше, ніж в Одесі, придбати наркотики.</p>	<p>Важко остаточно зробити висновок щодо регіональних розбіжностей.</p>	<p>Планування заходів на рівні конкретних міст, районів та мікрорайонів мають базуватися на аналізі ситуації. Розробка конкретних програм роботи з СНН потребує досить детального вивчення особливостей роботи з різними групами СНН, залежно від типу наркотику, соціального середовища, матеріального становища, тривалості вживання.</p>



### 3. Рекомендовані стратегії

Споживачі ін'єкційних наркотиків вже не є такою закритою групою, як раніше. Для підлітків та молодих людей (особливо, якщо вони мають друзів або знайомих СІН серед найближчого оточення), які думають про спробу наркотиків або бажають спробувати їх ін'єкційно, практично не становить труднощів потрапити до компаній, де вживають наркотики. З одного боку, це може сприяти впровадженню більшої кількості профілактичних програм в середовищі СІН та залученню самих СІН до роботи в подібних програмах, але, з іншого боку – це збільшує ризик залучення самими СІН та особами, що займаються наркобізнесом, нових споживачів з числа СНН та НН.

Головна мета пропонованих стратегій – «поставити бар'єри» для початку нарковживання, зокрема ін'єкційним шляхом, у середовищі молоді, що належить до груп високого ризику.

При цьому під „стратегією” будемо розуміти напрям та зміст системної і цілеспрямованої діяльності з метою досягнення певного результату. Вибір стратегій ґрунтується на результатах наукового дослідження, досвіді експертів, знанні ситуації та усвідомленні цілей.

Зважаючи на дані спеціально проведеного дослідження, вочевидь, доцільно спрямувати профілактичні заходи щодо незалучення молоді до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом **за двома основними стратегіями** (див. схему 1):

1. Інтервенції в середовищі не-СІН, побудовані на основі навчання методом „рівний–рівному”, щоб вони не залучалися до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Крім того, молоді особи, які „спробували” першу ін'єкцію або почали епізодичне вживання („початківці на ранній стадії” або „експериментатори”), мають отримати достатньо інформації та можливість необхідної підтримки для призупинення ін'єкційного вживання (вибір альтернативи – відмова, програми реабілітації, ресоціалізації, неін'єкційне вживання, замісна терапія). Цей підхід передбачає не „широке” (орієнтоване на загал молоді) втручання, а спрямування сфокусованих інтервенцій на найбільш уразливі групи підлітків та молоді<sup>30</sup>.
2. Впливати на СІН (використовуючи самих СІН для навчання методом „рівний–рівному”), щоб вони не сприяли залученню інших до вживання ін'єкційних наркотиків. Тобто СІН перестають бути активними „інструментами” залучення нових підлітків та молодих людей до споживання ін'єкційних наркотиків.

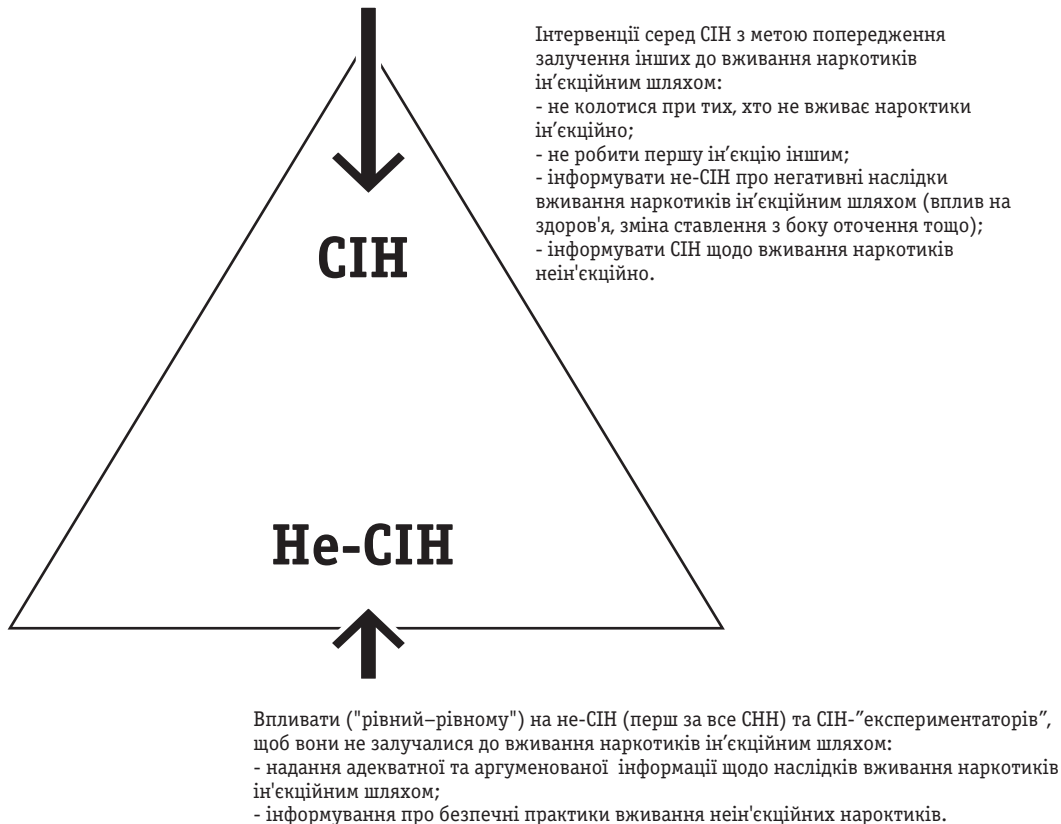
**Спеціально проведене дослідження забезпечило отримання конкретних даних і визначення орієнтирів для розробки адресних стратегій профілактики залучення (втягнення) до ін'єкційного вживання наркотиків уразливих груп молоді.** Отримані результати дозволили обґрунтувати профілактичні заходи для СІН та різних підгруп їхніх друзів з числа не-СІН.

У контексті характеристики епідемії ВІЛ-інфікування в Україні та низького рівня охоплення СІН програмами профілактики зростає необхідність та актуальність розвитку програм зменшення шкоди. Необхідно визнати, що ці програми мають сприяти й інформуванню „потенційних” СІН про безпечні практики ін'єкційного вживання. Ефективність програм зменшення шкоди та розширення рівня охоплення ними СІН суттєво залежать від толерантного ставлення до СІН з боку суспільства в цілому та окремих соціальних інститутів (міліція, система охорони здоров'я, органи місцевої влади, ЗМІ тощо).

Для споживачів неін'єкційних наркотиків, які є друзями СІН та мають високий рівень ризику дійти до першої ін'єкції, найбільш адекватною стратегією є програми, які обмежать негативну дію „соціального навчання” та сформують позитивний вектор, наприклад – „Розірви коло” (див. розділ 1 частини II). Ці програми передбачають, що має статися розрив такого ланцюжка, коли один СІН залучає нового, а той, згодом, – наступного і так далі, як „снігова куля”. Мотивування СІН та

<sup>30</sup> В умовах українського контексту ми вважаємо за необхідне підкреслити актуальність загальнопрофілактичної (первинна профілактика) роботи із молоддю, з наголосом на інтегрованість профілактичних програм в систему шкільної освіти, із забезпеченням системності та високого рівня охоплення, але такі профілактичні стратегії не є метою цієї роботи.

їх широке залучення до програми може реально уповільнити темпи залучення підлітків та молоді до ініціації та ін'єкційного споживання наркотиків. Ідея програми „Розірви коло” передбачає також вагому інформаційно-освітню складову, спрямовану на СНН та НН з числа друзів СІН, щодо наслідків та ризиків ін'єкційного споживання.



### Схема 1. Напрями дії стратегій профілактики

#### **Отже, пропонувані стратегії:**

1. Базуються на аналізі даних спеціального дослідження, з точки зору соціальних теорій поведінки (більшою мірою орієнтуються на індивідуальний та соціальний підхід до особистості).
2. Базуються на досвіді конкретних програм втручання в інших країнах.
3. Потребують ситуаційного аналізу на місцевому рівні (включаючи знання щодо видів наркотиків, вживання яких поширене в конкретній місцевості) та передбачають розробку сфокусованих дій на обмежені та чітко визначені цільові групи (СІН та їхніх друзів, які не є СІН, особливо СНН), що зазнають підвищеного ризику.
4. Вимагають залучення самої молоді з цільових груп до розробки та реалізації конкретних профілактичних заходів.
5. Потребують розробки спеціальних інструментів втручання, технік та методів, а також їх пілотування.
6. Потребують розробки навчальної програми та ретельного тренінгу тих, хто буде виступати безпосередніми виконавцями (сервіс-провайдерами) заходів у межах розроблених стратегій.

#### **Ключовими принципами** пропонуваних стратегій є такі:

- Використання методу „рівний–рівному”.
- Звернення до лідерів серед цільової групи.
- Визначення партнерів, які мають зв'язки, природні стосунки з представниками цільової групи.
- Використання субкультурних норм цільової групи.
- Тісний зв'язок з реальною ситуацією.



- Доцільність, прийнятність і чесність інформації.
- Орієнтація на зміну поведінки.
- Орієнтація на формування відповідних навичок.
- Взаємодія сервісних організацій, розподіл функцій та координація дій, використання потенціалу та переваг державних установ та недержавних структур (громадські організації, приватні особи, що надають відповідні послуги, тощо).

Обидві стратегії потребують підтримуючого соціального середовища, чітко визначеної державної політики щодо дотримання прав людини, розширення програм замісної терапії, що відповідають міжнародним стандартам, доступність до замісної терапії всіх, хто її потребує, на конфіденційній та анонімній основі, посилення державної підтримки стосовно програм зменшення шкоди для СІН.

Обидві стратегії включають інформування про ВІЛ/СНІД та про вплив немедичного вживання наркотичних речовин на організм людини, про негативний вплив регулярного вживання наркотиків на самопочуття та стосунки з соціальним оточенням, про потенційний ризик виникнення психологічних проблем, проблем з законом, працевлаштуванням, про стигматизацію тощо.

Крім того, молоді надається точна та повна інформація про існуючі організації з допомоги наркозалежним, соціальні служби для молоді, послуги для безробітної молоді, підтримку молодих сімей, дітей вулиці та бездомних людей, формування здорового способу життя тощо.

### **3.1. СТРАТЕГІЯ „ЗУПИНИТИ ПЕРЕХІД ДО ІН’ЄКЦІЙНОГО ВЖИВАННЯ”**

#### **❖ Цільові групи підлітків та молоді:**

- СНН (споживачі неін’єкційних наркотиків), що вживають наркотики, які також можуть вживатися ін’єкційним шляхом та асоціюються з високим ризиком переходу на ін’єкційне вживання;
- СІН, які є нерегулярними споживачами, почали вживати ін’єкційні наркотики задля експерименту відносно нещодавно (СІН-епізодичні, споживачі ін’єкційних наркотиків з невеликим досвідом вживання ін’єкційних наркотиків, стадія експериментування).

#### **❖ Цілями такої стратегії є:**

- стримати молодь від переходу до регулярного вживання ін’єкційних наркотичних речовин;
- скоротити кількість тих, хто із СНН переходить до СІН;
- а також сприяти зворотному переходу – від СІН до СНН, зокрема для СІН-початківців.

**Додатковою метою** впровадження зазначеної стратегії є також зменшення ризиків від вживання неін’єкційних наркотиків.

#### **❖ Основні напрями діяльності**

##### **СЕРЕД ГРУПИ СНН:**

- надання адекватної та аргументованої інформації щодо наслідків вживання наркотиків ін’єкційним шляхом;
- надання чесної та достовірної інформації про різні методи вживання наркотичних речовин;
- сприяння формуванню субкультурних норм на користь вживання неін’єкційних наркотиків у порівнянні з ін’єкційними ;
- надання СНН інформації на основі реальних фактів щодо різних способів вживання наркотиків, наявних на ринку, та ризиків, пов’язаних із цими способами;
- формування навичок утримувати самого себе від першої ін’єкції;
- інформування про шляхи інфікування та засоби запобігання ВІЛ-інфекції;

- надання інформації про можливі шляхи залучення молоді до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, зокрема роль друзів, знайомих, сексуальних партнерів із середовища СІН;
- надання інформації про ризики інфікування ВІЛ (гепатитами В та С) при вживанні ін'єкційних наркотиків та небезпечних сексуальних контактах;
- навчання, як відмовити інших від спроби ін'єкційного вживання наркотиків, формування відповідних навичок.

**СЕРЕД ГРУПИ СІН,  
які є початківцями, експериментаторами та епізодичними  
споживачами:**

- надання доцільної, прийнятної та чесної інформації про різні методи вживання наркотичних речовин та формування субкультурних норм на користь вживання неін'єкційних наркотиків;
- інформування про шляхи інфікування та засоби запобігання ВІЛ-інфекції;
- детальне інформування про наслідки ін'єкційного вживання наркотиків (обговорення між собою; демонстрація відеофільмів про реальні випадки та наслідки вживання наркотиків, бесіди із споживачами наркотиків, які готові продемонструвати наслідки від вживання наркотиків на власному досвіді, відвідування стаціонарів центрів СНІДу, ПОШ, центрів ресоціалізації тощо);
- розвіювання міфу про контрольованість прийому ін'єкційних наркотиків та можливу відмову від них у будь-який час за власним бажанням;
- навчання, як відмовити інших від спроби ін'єкційного вживання наркотиків, формування відповідних навичок;
- вироблення мотивації до припинення вживання наркотиків ін'єкційним шляхом;
- роз'яснення про шляхи зменшення шкоди від вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (від переходу до неін'єкційного споживання до повної відмови від вживання ПАР);
- формування норм та звички не вести розмови про вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та не колотися у присутності тих, хто не вживає наркотики ін'єкційно. (Але разом з тим, запобігати створенню атмосфери секретності – „забороненого плоду“.)

**❖ Допоміжні (додаткові) напрями діяльності:**

- інформування про безпечні шляхи вживання наркотичних речовин;
- інформування про причини та наслідки передозування, а також навчання наданню першої допомоги при передозуваннях;
- формування негативного ставлення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом;
- пропонувати здорові джерела стимуляції та задоволення, вирішення питання зайнятості, організації вільного часу та дозвілля (участь у спортивних секціях, фестивалях, гуртках тощо), формувати навички організації змістовного проведення вільного часу;
- надання детальної інформації про організації та заклади, які надають допомогу наркозалежній молоді;
- надання інформації про діяльність центрів ресоціалізації наркозалежної молоді;
- формування активної позиції не вживати наркотики в присутності тих, хто їх не вживає. (Але разом з тим, запобігати створенню атмосфери секретності – „забороненого плоду“);
- робота з батьками (надання інформації про вживання наркотиків у дитячому та молодіжному середовищі, роз'яснення необхідності забезпечення постійного контакту з дітьми, навчання, веденню розмови з дітьми на тему вживання ПАР, безпечної сексуальної поведінки тощо);
- формування та розвиток соціально-підтримуючих мереж однолітків, формування навичок соціально-підтримуючої та долаючої стрес поведінки.

### ❖ **Методи**

Можна застосовувати різноманітні *методи роботи*:

- структуровані інтервенції „сам на сам”;
- індивідуальні консультації;
- групова робота;
- групові консультації;
- робота за методом „рівний–рівному”;
- інформаційно-освітні програми;
- цілеспрямовані інформаційні кампанії;
- аутич-робота в клубах та інших місцях, де проводить час молодь груп ризику.

Можна застосовувати різноманітні *канали роботи*:

- проекти зменшення шкоди;
- НГО, в тому числі організації мережі ЛЖВС;
- батьки та групи батьківської підтримки;
- соціальні працівники, включаючи аутич-працівників та волонтерів;
- працівники клубів, диско-клубів тощо.

### ❖ **Необхідні кроки**

#### **НА НАЦІОНАЛЬНОМУ РІВНІ:**

- ініціація реформи роботи проектів зменшення шкоди із спеціальним спрямуванням на зміцнення аутич-компоненту, розробка підходів для роботи з наркозалежною молоддю, залучення груп однолітків, здатних працювати з цією особливою цільовою групою;
- започаткування та поширення проектів, сфокусованих на клубній культурі, впровадження найкращих стратегій для роботи з СНН, які вживають „дискотечні” наркотики, розробка спеціальних підходів до клубних працівників, консультування за методою „рівний–рівному” для цієї категорії молоді;
- стимуляція (фінансова, політична та моральна підтримка) діяльності громадських організацій, які працюють у напрямі зменшення шкоди (діяльність громадських організацій виявляється значно ефективнішою, оскільки в них, порівняно з державними, менш відчутна стигматизація, ставлення до СІН більш толерантне. Самі споживачі ін’єкційних наркотиків частіше звертаються до працівників ГО, оскільки вони не засуджують їх, а спілкуються на рівних, при цьому надають необхідну допомогу);

#### **НА РІВНІ МІСТА, РАЙОНУ, ГРОМАДИ:**

- визначити характеристики цільових груп;
- знайти та визначити канали, що забезпечать досягнення цільових груп та „точки входження” до окремих груп;
- розробка/адаптація потрібних інструментів;
- рекрутування лідерів, які готові до роботи за методою „рівний–рівному”, з числа представників цільових груп;
- підготовка цих лідерів до роботи за методом „рівний–рівному”;
- пілотування діяльності на початковому етапі впровадження;
- оцінка результатів;
- планування стратегії та поширення інтервенцій.

### ❖ **Можливі показники оцінки результатів**

1. Підвищення рівня інформованості молоді та батьків про наслідки вживання ПАР.
2. Збільшення кількості молоді з числа СНН та епізодичних СІН, які звертаються по фахову допомогу (до психологів, наркологів).

3. Батьки та діти знають, до кого звернутися за консультацією з приводу вживання ПАР, наслідків вживання тощо.
4. Молодь розуміє послідовність кроків залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом.
5. Молодь знає про ризики інфікування ВІЛ при вживанні ін'єкційних наркотиків та небезпечних сексуальних контактах.
6. Молодь знає про відповідальність за залучення інших до вживання наркотиків.
7. Молодь знає про різні способи вживання наркотиків та відповідні ризики.
8. Наявність та тенденції зростання кількості груп взаємодопомоги.
9. Налагодження роботи за принципом «рівний–рівному».
10. Зменшення інтересу у не-СІН до споживання наркотиків ін'єкційним шляхом.
11. Батьки допомагають дітям у подоланні залежності (відвідують спеціальні заняття для батьків, чиї діти вживають наркотики).
12. Збільшення активності батьків щодо участі в профілактичних заходах.
13. Підвищення доступності збалансованої інформації щодо способів та ризиків вживання наркотиків.
14. Підвищення рівня обізнаності молоді про структури, установи, організації, що надають послуги щодо ресоціалізації наркозалежній молоді.

#### ❖ Основні бар'єри

При реалізації цього напрямку профілактики основною проблемою є досяжність представників цільової групи. На сьогоднішній день в Україні не розроблено конкретних технологій та методів проведення профілактичної роботи серед друзів СІН, які не споживають наркотики або споживають їх лише неін'єкційно. Група молоді, яка перебуває в умовах ризику ініціації ін'єкційного вживання, має розмиті в соціумі стратифікаційні ознаки, канали виходу на цю групу не визначені.

Вкрай необхідно розглянути інноваційні методи для досягнення молоді, яка є цільовою групою для втручання. Ймовірно, можливо досягти неспоживачів наркотичних речовин та споживачів неін'єкційних наркотиків в групах (компаніях) СІН та їх соціальному колі безпосередньо через самих СІН, використовуючи для роботи “всередині” групи модель інтервенції через та силами представників самої групи (“Peer-Driven Intervention model”, *Broadhead R and Heckathorn D, 1994*), але пристосувавши її до взаємостосунків СІН-НН та СІН-СНН.

Можлива протидія (принаймні, створення несприятливих умов) з боку власників дискотек, клубів та нічних барів, де значною мірою відбувається нелегальне (приховане) вживання неін'єкційних наркотиків. Можна очікувати, що власники клубів (незалежно від того, чи дійсно наркотики в них вживаються чи ні), будуть уникати співпраці та заперечуватимуть проти будь-яких асоціацій між клубним закладом та наркотиками.

Істотною проблемою є відсутність досвіду такої роботи в Україні та, відповідно, відсутність підготовлених кадрів, для впровадження цієї стратегії. Це вимагатиме певних зусиль щодо розробки (або адаптації) та апробації форм, методів і технологій втручання, навчальних програм та тренінгів для фахівців, підготовки фахівців.

Відсутність толерантного ставлення до СІН та СНН може гальмувати розробку та впровадження програм з реалізації запропонованої стратегії.

Ще одним бар'єром може стати „офіційна позиція” окремих державних структур, неприйняття ними зазначеної стратегії через свою зорієнтованість на консервативну політику, що забороняє вживання будь-яких наркотичних речовин, не припускає права на їх вживання навіть серед наркозалежних, не сприймає програми зменшення шкоди.

## 3.2. СТРАТЕГІЯ „НЕ ЗАЛУЧАЙ ІНШИХ”<sup>31</sup>

❖ **Цільова група:** молоді СІН (споживачі ін'єкційних наркотиків, які вживають наркотики систематично).

❖ **Цілі стратегії:**

- залучення СІН у ролі активістів-волонтерів до профілактичних програм роботи в середовищі наркозалежних молодих людей;
- формування у молодих СІН норм поведінки, які перешкодили б СІН залучати інших до вживання ін'єкційних наркотиків.

**Додаткова ціль** цієї стратегії – зав'язати діалог між колишніми та нинішніми СІН з метою переконати нинішніх СІН почати жити без наркотиків та поінформувати їх про замісну терапію, про шляхи зменшення шкоди від вживання наркотиків, про програми лікування, реабілітації та ресоціалізації.

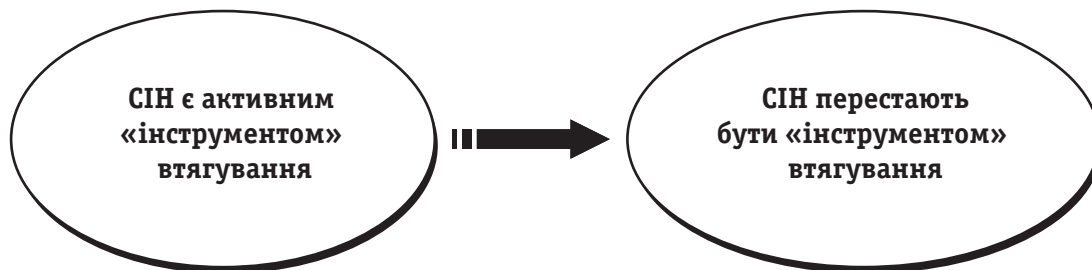


Схема 2. Ідеологія стратегії „Не залучай інших”

❖ **Основні напрями діяльності:**

- підтримати формування субкультурних норм, спрямованих на:
  - › неприпустимість залучення інших до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом;
  - › відмову робити першу ін'єкцію іншим (зокрема, своїм друзям-не-СІН);
  - › формування активної позиції та звички не вживати наркотики при тих, хто їх не вживає;
  - › формування настанов та звичок не вести розмов про вживання наркотиків ін'єкційним шляхом;
- навчання вміню відмовити інших від спроби ін'єкційного вживання наркотиків;
- надання чесної інформації про вплив вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (на здоров'я, стосунки з соціальним оточенням, спосіб життя тощо);
- надання інформації про ризики інфікування ВІЛ при вживанні ін'єкційних наркотиків і небезпечних сексуальних контактах, про діяльність організацій, які працюють з ВІЛ-інфікованими;
- робота з батьками та співзалежними (надання інформації про наслідки вживання ін'єкційних наркотиків, надання інформації про різні профілактичні програми для СІН та залучення батьків до участі у них тощо).

❖ **Допоміжні (додаткові) напрями діяльності**

Допоміжними напрямами діяльності мають стати:

- інформування про менш небезпечні практики вживання ін'єкційних наркотиків;
- інформування про причини та наслідки передозування, а також навчання наданню першої допомоги при передозуваннях, включаючи введення препарату „налксон” з допомогою друзів-СІН;
- проведення бесід СІН з колишніми СІН з метою формування у теперішніх споживачів ін'єкційних наркотиків впевненості у можливості існування без наркотичних речовин; інфор-

<sup>31</sup> Для розробки стратегії автори базувалися на досвіді методики „Розірви коло” (див. Ніл Гант [4; 5; 6; 8]. Разом з тим, враховувалося що ситуація в Україні потребує застосування втручань такого типу з більш широким колом завдань, включаючи компонент програми зменшення шкоди як обов'язковий з огляду на особливості політики щодо нарковживання та пріоритети протидії епідемії ВІЛ/СНІДу.

мування про замісну терапію, про шляхи зменшення шкоди від наркотиків та про програми реабілітації;

- полегшення доступу до замісної терапії як один із основних факторів незалучення інших до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (залучення інших перестає бути засобом заробітку для придбання наркотику);
- пропонування здорових джерел стимуляції та задоволення (участь у спортивних секціях, фестивалях, гуртках тощо).

#### ❖ **Методи**

Основним методом роботи є освітні проекти щодо формування у СІН норм неприпустимості робити першу ін'єкцію іншим та щодо залучення СІН до передачі профілактичних знань та настанов у своєму середовищі, серед інших СІН.

Прикладом реалізації подібних профілактичних напрямів є програма „Розірви коло” („Break the cycle”), автор Ніл Гант [5; 6; 7; 8]. Основною метою цієї програми було зменшення кількості людей, залучених до вживання наркотиків ін'єкційним, через спонукання СІН замислитися над своїм ставленням до залучання інших людей до ін'єкційного вживання наркотиків; створення атмосфери неприпустимості залучення інших; підвищення рівня знань щодо дій та практик, які можуть сприяти залученню інших; навчання вмінню казати “ні” на прохання зробити ін'єкцію.

Досвід реалізації програми “Розірви коло” засвідчив ефективність мотиваційних інтерв'ю, методу “рівний–рівному”, коротких бесід “сам на сам”, групових форм роботи. Оцінка впливу програми показала, що СІН удвічі рідше практикують вживання наркотику ін'єкційним шляхом у присутності не-СІН; зросли показники неприйняття залучення інших до першої ін'єкції; учасники програми більш ніж удвічі рідше отримували прохання від інших зробити їм першу ін'єкцію; зменшився показник залучення „новачків” (з 6 до 2 у середньому на одного учасника).

Слід також згадати про досвід реалізації дослідницького та освітнього проекту в місті Ярославль (Росія). Цільовою групою були молоді споживачі ін'єкційних наркотиків, серед яких найвищий рівень ризикованої поведінки. Після завершення інтерв'ю кожному респонденту пропонувалося виступити рекрутером проекту: здійснювати рекрутинг та навчання інших СІН шляхам і способам зменшення ризику інфікування ВІЛ та ІПСШ. При цьому кожен респондент міг отримати лише 3 купони для проведення рекрутингу. За проведений рекрутинг та навчання респонденти отримували грошову винагороду. Таким чином члени дослідницької команди використовували методу RDS не лише в дослідницьких, а й в освітніх цілях.

Досвід впровадження програми „Розірви коло” накопичено також у Центральній Азії. < <http://www.psi.org> > За підтримки Агенції міжнародного розвитку США (USAID) в межах проекту PSI (Population Services International) у країнах цього регіону проводяться тренінги для працівників пунктів обміну шприців та аутич-працівників. Підготовлені працівники ПОШ та аутич- працівники проводять мотиваційні інтерв'ю (30–60 хв.) із споживачами ін'єкційних наркотиків, яке складається із вступного слова, обговорення історії власної ініціації, досвіду ініціації інших, дискусії стосовно ризиків для себе та „новачків”, соціального навчання (як не робити першу ін'єкцію іншим), обговорення складних ситуацій та шляхів виходу з них. Напрацьований досвід PSI в Центральній Азії показав, що для успішного впровадження проекту „Розірви коло” профілактичні методи мають бути ретельно розроблені з тим, щоб запобігти звинуваченням СІН в тому, що вони поширюють ін'єкційне вживання. Проект також показав, що необхідно було підкріпити мотивацію СІН спеціальним навчанням з питань передозувань наркотичними речовинами, яке додає важливий стимул для участі у профілактичних заходах. Проект профілактики передозування, включаючи призначення налоксону, стає важливим інструментом політики охорони здоров'я, орієнтованим на подолання епідемії „передозування від наркотиків”.

У Чикаго (США) споживчі опіатів були навчені способами попередження передозувань від опіатів за допомогою введення налоксону внутрішньом'язово, як антагоніста опіоїдів. З початку програми (січень 2001 р.) було розповсюджено більш ніж 3 500 десятимілілітрових пляшечок (0,4 мг/мл) з налоксоном та отримано 319 повідомлень, що передозування були попереджені з



допомогою з числа друзів СІН. Якщо між 1996 та 2000 рр. було зафіксоване чотирикратне збільшення зареєстрованих смертей від передозування, то ця тенденція була подолана у 2001 р. з 20%-м зниженням цього показника в 2001 р. та 10%-м зниженням у 2002 р. і у 2003 р. [18].

Поєднання методики „Розірви коло” з компонентом профілактик передозувань орієнтоване на вирішення двох проблем громадського здоров'я: (1) зменшити число нових випадків вживання ін'єкційних наркотиків, що, міркуючи реалістично, є довгостроковою стратегією; та (2) зменшити поширеність передозувань, що разом з ВІЛ визначає переважну частину смертей, пов'язаних із наркоживанням.

Таким чином, є всі підстави вважати, що технології програми „Розірви коло” для роботи серед СІН можуть бути використані і на території України. Програми зменшення шкоди можуть стати реальним каналом впровадження стратегії. Хоча слід зазначити, що пропоновану стратегію необхідно підкріпити допоміжним компонентом з метою посилення мотивації СІН. Бачиться доцільним використання досвіду Центральної Азії та посилення технології „Розірви коло” навчальними програмами з питань передозування. Необхідно покращити та розширити наявні програми зменшення шкоди, особливо замісної терапії, ресоціалізації та інші інтервенції, зорієнтовані на те, щоб допомогти СІН відмовитися від вживання ін'єкційних наркотиків. Також важливо забезпечити доступ СІН до інших послуг, яких вони потребують.

#### ❖ **Можливі показники оцінки результатів**

1. Зниження рівня намірів зробити першу ін'єкцію серед молоді, яка не вживає наркотики ін'єкційним шляхом;
2. Зниження рівня ін'єкційного споживання наркотиків у присутності неспоживачів.
3. Зменшення частоти розмов про ін'єкційні наркотики (СІН з молоддю, яка не вживає наркотики ін'єкційним шляхом);
4. Зростання негативного ставлення молоді (як СІН, так і тих, хто не вживає наркотики ін'єкційним шляхом) до залучення інших до ін'єкційного наркоспоживання;
5. Зменшення кількості людей, залучених до ін'єкційного вживання за 1 рік споживачами ін'єкційних наркотиків (які є учасниками даного напряму профілактичної програми);
6. Збільшення кількості СІН, які погоджуються з принципом „Не залучай інших”; дотримуються його в своїй поведінці;
7. Збільшення чисельності СІН, які працюють за принципом „рівний–рівному” та формують негативне ставлення до залучення інших людей до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Бажано, що б ці СІН мали багато знайомих серед СІН, були впливовими в їх середовищі;
8. Підвищення рівня поінформованості СІН щодо використання налоксону при передозуваннях;
9. Зменшення числа смертних випадків від передозування серед СІН.

#### ❖ **Основні бар'єри**

Бар'єрами будуть і відсутність досвіду такої роботи з СІН (використання СІН з метою не залучати інших до ін'єкційного вживання), і неготовність тих структур та організацій, які працюють з СІН та у сфері протидії епідемії, сприйняти запропонований підхід. Навіть серед активістів ВІЛ-сервісних організацій, які тривалий час працюють із СІН, превалює точка зору „захисту прав СІН”, яка абсолютизує право на ін'єкцію та не припускає іншого погляду на проблему.

Тому для реалізації подібних програм в Україні необхідно зрозуміти ставлення до такого підходу волонтерів, аутрич-працівників та інших людей, які можуть брати участь в реалізації профілактичних програм, спрямованих на профілактику залучення до наркоживання, з'ясування наявних стереотипів та їх підґрунтя. Важливим аспектом є також адаптація таких програм до місцевого контексту з урахування стигматизованого та більшою мірою негативного ставлення до групи СІН.

Можна також очікувати якщо не на протидію, то на відсутність ефективної підтримки з боку представників структур, які мають або можуть мати прибуток від збуту наркотиків, включаючи окремих представників правоохоронних органів та закладів охорони здоров'я [19].



#### 4. Чи готове українське суспільство до впровадження пропонованих стратегій?

Сучасна ситуація у сфері національної наркотичної політики є невизначеною. На законодавчому рівні не зафіксована філософія „зменшення шкоди” від уживання наркотиків. Акценти у нормативно-правовій базі зроблені на первинній та третинній профілактиці, концентрують увагу на загальних інформаційно-освітніх технологіях – з одного боку, боротьбі із кримінальними структурами та незаконним обігом наркотиків – з другого та лікуванні – з третього. Як бачимо, вагомий пласт проблем, що пов’язані із вживанням наркотичних речовин, та питання толерантності суспільства до хворих на наркозалежність залишаються поза визначеними пріоритетами. Отже, слід визнати, що в українському суспільстві на сьогодні не створено умов для комплексного вирішення широкого кола питань державної політики щодо наркотиків. Між тим упровадження пілотних проектів серед СІН (проекти „зменшення шкоди”, замісної терапії, ресоціалізації тощо) свідчать про актуальність накопичення та впровадження позитивного досвіду реалізації різноманітних програм [1, с. 91–92; 20, с. 4–5, 32–33;].

Розробка конкретних програм роботи із СНН потребує досить детального вивчення особливостей роботи з різними групами СНН, залежно від типу наркотику, соціального середовища, матеріального становища, тривалості вживання.

Новітнім для України є запропоноване в стратегіях проведення профілактичної роботи (вихід на представників цільових груп, здійснення навчання тощо) через СІН.

Незважаючи на тривалість застосування програм зменшення шкоди серед СІН, для профілактичних програм в Україні підхід „надання споживачам наркотиків інформації та навичок безпечного вживання” залишається мало відомим та сприйнятим досить вузьким колом фахівців. Підвищення рівня охоплення СІН інтервенціями та поширення програм „безпечного вживання” на СНН може зустріти нову хвилю нерозуміння та протидії.

Таким чином, слід наголосити, що впровадження запропонованих стратегій потребуватиме відповідної підготовки суспільства. Перед початком реалізації стратегій необхідно провести попередню роботу, а саме:

- проаналізувати, чи не суперечать нормам законодавства запропоновані види діяльності. У разі, якщо існують певні невідповідності, запропонувати зміни до законодавчих актів та обґрунтувати їх доцільність;
- ініціювати вивчення структури та внутрішніх комунікацій у середовищі СІН;
- провести дослідження серед споживачів неін’єкційних наркотиків з метою вивчення потреб цієї групи структури та зв’язків з групою СІН, ступеня усвідомлення ризиків наркоживання та ВІЛ-інфікування;
- провести пілотні проекти з метою тестування на практиці запропонованої програми профілактики та оцінки її ефективності;
- працювати в напрямі формування толерантного ставлення суспільства до СІН, зокрема в контексті того, що вихід на цільову групу передбачається здійснювати саме через споживачів ін’єкційних наркотиків; з’ясувати, що виступає бар’єром для цього та яким чином можна стимулювати участь СІН у таких програмах;
- оцінити готовність представників установ та їх працівників, які можуть виступати реалізаторами програми, здійснювати таку діяльність;
- оцінити готовність СІН дотримуватися норм, передбачених стратегіями, та проводити навчання інших;
- розробити програму та провести навчання представників усіх установ (у т.ч. громадських організацій), які будуть реалізовувати дану стратегію;
- запровадити систему моніторингу та оцінки результатів реалізації стратегій.

У разі підтвердження ефективності запропонованої стратегії необхідно запропонувати внести відповідні зміни в державну політику та впроваджувати такі програми на державному рівні.

## Література

1. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД. – К.: Центр соціальних експертиз Ін-ту соціології НАН України, 2005. – 172 с.
2. Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / О.М. Балакірева (наук. кер. проекту), М.Ю. Варбан, О.О. Яременко, Л.І. Андрущак, О.Р. Артюх. – К.: Центр „Соціальний моніторинг”, 2003. – 124 с.
3. Развитие эпидемии СПИДа: Спец. доклад, посвящ. профилактике ВИЧ: Декабрь 2005 : Пер. с англ. / ЮНЕЙДС; ВОЗ. – Женева, 2005. – С. 47–55.
4. Crofts N, Louie R., Rosenthal D and Jolley D (1996) The first hit: circumstances surrounding initiation into injecting. *Addiction*; 91(8):1187–1196.
5. Howard J, Hunt N and Arcuri A (2003) A situation assessment and review of the evidence for interventions for the prevention of HIV/AIDS among Occasional, Experimental and Young Injecting Drug Users. Background Paper prepared for: UN Interagency and CEEHRN Technical Consultation on Occasional, Experimental and Young IDUs in CEE/CIS and Baltics. UNICEF.
6. Hunt N (2003) A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. London: Forward Thinking on Drugs. <http://forward-thinking-on-drugs.org/review2.html>
7. Hunt N, Stillwell G, Taylor C, Griffiths P (1998) Evaluation of a brief intervention to reduce initiation into injecting. *Drugs: Education, Prevention and Policy*.5: 185–194.
8. Hunt N, Preston A and Stillwell G (2005) A guide to assessing 'route transitions' and developing interventions that promote safer drug use. Published by Exchange Supplies.
9. Cucic V (2002) Rapid Assessment and Response on HIV/AIDS among Especially Young People in Serbia. Belgrade: UNICEF.
10. Wong E (2002) Rapid Assessment and Response on HIV/AIDS among Especially Young People in South Eastern Europe: UNICEF.
11. Grund J-PC: From the Straw to the Needle? Determinants of Heroin Administration Routes. in Inciardi JA and Harrison LA (eds.): *Heroin in the Age of Crack-Cocaine. Drugs, Health, and Social Policy Series, volume 6.* Thousand Oaks: Sage Publications, 1998, pp. 215–258.
12. Rogers, EM. (1995) *Diffusion of innovations* (fourth edition). New York: The Free Press.
13. Strang J, Griffiths P, Powis B, Gossop M: First use of heroin: changes in route of administration over time, *BMJ* 1992; 304: 1222–1223.
14. Grund J-PC: *Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation.* Rotterdam: Addiction Research Institute (IVO), 1993. (<http://www.drugtext.org/library/books/grund01/grundcon.html>; <http://www.drugpolicy.org/library/grundcon.cfm>)
15. Treloar C, Nakamura T, Abelson J, Crawford J, Kippax S, Howard J, van Beek I, Copeland J, Wetherall A, Madden A. (2003) Risk for hepatitis C: transition and initiation to injecting drug use among youth in a range of injecting user networks. Sydney: National Centre in HIV Social Research: University of New South Wales. (<http://www.google.nl/search?sourceid=navclient&hl=de&ie=UTF-8&rls=GGLC,GGLC:1970-01,GGLC:de&q=Treloar+injecting+drug+use+initiation>)
16. Ситуація стосовно вживання ін'єкційних наркотиків у м. Харкові : Дослідження ВООЗ ін'єкційного вживання наркотиків. Друга фаза / О. М. Балакірева, Ю. Л. Білоусов, М. Ю. Варбан та ін. – К.: Укр. ін-т соціальних досліджень, 2003. – 106 с.
17. *Новости ВИЧ/СПИД / МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине».* – 2005. – Вып. 2(14) – С. 8–13.
18. Maxwell S. et al. Prescribing Naloxone to Actively Injecting Heroin Users: A Program to Reduce Heroin Overdose Deaths. *Journal of Addictive Diseases*, Vol. 25 (3) 2006. (Available online at <http://jad.haworthpress.com>).
19. Rhetoric and Risk. Human Rights Abuses impeding Ukraine's Fight Against HIV/AIDS, March 2006, Volume 18, No.2 (D) (<http://hrw.org/reports/2006/ukraine0306/...>)
20. Концепція державної політики України щодо наркотиків та алкоголю // Міжнародний центр перспективних досліджень. – К.: ПП „ЕКМО”, 2006. – 50 с.

**Ч-63**

**Чинники** впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом: Аналітичний звіт та Стратегії профілактики ініціації вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед уразливих груп підлітків та молоді / Кол. авт.; За ред. О.М. Балакіревої та Ж.-П. Ґрунда. – К.: „Версо 04”, 2006. – 140 с.

ISBN 978-966-8869-14-3

В аналітичному звіті представлено аналіз даних за результатами соціологічного дослідження обставин залучення молодих осіб віком до 24 років до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Вперше в Україні в цьому дослідженні було застосовано для формування вибіркової сукупності методику RDS (Respondent Drieven Sampling) – вибірку спрямували і реалізували самі респонденти – споживачі ін'єкційних наркотиків.

У другій частині пропонуються стратегії, спрямовані на зменшення поповнення когорти споживачів ін'єкційних наркотиків, „Зупини перехід” та „Не залучай інших”.

Видання розраховане на фахівців (медиків, педагогів, соціальних працівників, психологів, правоохоронців, юристів) та волонтерів, які працюють у сфері профілакти нарковживання і протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, та на тих, хто приймає рішення з цих питань.

УДК 61413.83.-053.6(047)  
ББК 51.1(4УКР)5

Наукове видання

Чинники впливу та попередження початку вживання  
молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом  
Аналітичний звіт та Стратегії профілактики ініціації вживання наркотиків  
ін'єкційним шляхом серед уразливих груп підлітків та молоді

За редакцією:  
Балакіревої Ольги Миколаївни (керівник проекту) та  
Ґрунда Жана-Поля (співкерівник проекту)

Літературне редагування та коректура:  
Ілляш М.М.

Дизайн та комп'ютерна верстка: Олійник А.Г.  
Обкладинка: Холюк М.В.

Підписано до друку 14.03.2007 р.

ГО „Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка”  
01011 Київ, вул. Панаса Мирного, 26.  
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців, ви-  
готівників і розповсюджувачів видавничої продукції  
ДК № 2542 від 26.06. 2006 р.

Віддруковано в друкарні:  
ТОВ „ДКБ „РОТЕКС”  
Адреса: 03680 м. Київ, вул. Машинобудівна, 46.

