

● Інформаційний блок

СЬОГОДНІШНЯ ЗАГРОЗА ЗАВТРАШНЬОМУ ДОБРОБУТУ

Нині Україна балансує на краю загальної епідемії ВІА/СНІДу. Цей вірус добре прижився серед певних груп населення, особливо серед споживачів ін'єкційних наркотиків, кількість яких постійно зростає. Проте характер інфікування змінюється і вже з'являються ознаки поширення вірусу серед широких мас населення, причому інфікується усе більше жінок і немовлят.

Серйозність загрози епідемії ВІА/СНІДу в Україні ілюструється нині такими основними даними:

- Близько 250 000 українців живуть з ВІА/СНІДом.
- Щодня близько 150-200 осіб інфікуються ВІА.
- Можливо, що 11 000 жителів України померли від СНІДу в 2001 році.
- Україна має найвищі показники поширення ВІА у віковій групі 15—49 років серед країн Європи, за нею йдуть Росія та Естонія.

За найточнішими епідеміологічними оцінками, Україна має найвищий серед країн Європи та США показник поширеності ВІА серед дорослого населення (15—49 років). На початку 2002 року поширеність інфекції в Україні становила 1%, що дорівнювало показник Естонії та трохи перевищувало показник Росії. В абсолютних числах Україна посідає друге місце після свого сусіда — Росії, у якій, за підрахунками, проживає 700 000 інфікованих вірусом.

Кількість офіційно зареєстрованих ВІА-інфікованих в Україні (приблизно 55 000 на момент написання цієї доповіді) становить лише 20% справжньої кількості. Але офіційні дані дозволяють простежити динаміку і тенденції поширення епідемії як на національному рівні, так і в окремих регіонах країни за певний період часу.

Три стадії Історії ВІА/СНІДу

Епідемія ВІА/СНІДу в Україні пройшла три стадії.

- Перша стадія (1987—1994 рр.) характеризувалася поодинокими випадками реєстрації нових інфікованих. Масове тестування виявило приблизно 400 випадків інфікування ВІА, причому в 2/3 випадків хвороба поширювалася унаслідок

гетеросексуальних стосунків. Співвідношення між ВІА-позитивними чоловіками та жінками становило 1:1. Більше половини інфікувань зареєстровано серед іноземців.

- Друга стадія (1995—1998 рр.) характеризувалася масовим вибухом інфікувань серед СІН, уперше ідентифікованих у 1995р. у Миколаєві та Одесі. Через два роки ВІА-позитивні СІН були зареєстровані в усіх областях, причому їх кількість становила 84% усіх офіційно зареєстрованих випадків ВІА-інфекції. Основним шляхом передачі було спільне користування зараженими голками і шприцами. Співвідношення між кількістю інфікованих чоловіків і жінок становило 4:1. Приблизно 70% ВІА-позитивних СІН мали вік 15—30 років.

- На третій стадії (1999 р. — сьогодні) спостерігається підвищення показників нових випадків ВІА-інфекції та з'являються ознаки четвертої стадії — поширеної епідемії, спричиненої передачею ВІА статевим шляхом серед людей, які не вживають наркотики. Понад 99% ВІА-інфікованих є громадянами України, більшість з них — СІН та їх сексуальні партнери. Спостерігається і зростання кількості ВІА-інфікованих жінок та дітей, народжених ними. Тенденція розвитку епідемії ВІА/СНІДу демонструє зміну шляхів передачі збудника. Головним шляхом передачі протягом 1987—1994 рр. були статеві стосунки між партнерами різної статі, а протягом 1995—1998 рр. — споживання ін'єкційних наркотиків. СІН продовжують бути основним джерелом інфекції, але кількість випадків гетеросексуальної та вертикальної передачі ВІА зростала з 1999 року.

Жоден регіон не є винятком

Починаючи з 1997р. нові випадки інфікування ВІА реєструвалися на території усієї країни. Найбільш враженими є південні та східні регіони України, до яких належать Донецька, Дніпропетровська, Одеська і Миколаївська області та Крим. Наприкінці 2002 року ці п'ять регіонів, у яких проживало близько 30% усього населення, нараховували 70% усіх ВІА-позитивних осіб.

Західні регіони України, до яких належать вісім областей, залишаються найменш ураженими, кількість ВІА-інфікованих жителів там становить лише 6% усіх ВІА-позитивних українців.

Хвороба двадцятирічних

Епідемія ВІА-інфекції найбільш поширена серед молоді, що становить групу найвищого ризику внаслідок багатьох соціальних та економічних причин. У той час як в усьому світі приблизно 50% усіх випадків інфікування ВІА припадає на людей віком 15—24 років. В Україні, за даними офіційної статистики, вікова група 20 — 29 років має найвищі показники захворюваності, за нею йде вікова група 30—39 років. Відносно велика кількість інфікованих дітей віком до 12 років є наслідком передачі інфекції від матері до дитини.

Епідемія не вражає чоловіків та жінок однаковою мірою з багатьох причин. Ілюстрацією цього можуть слугувати офіційні дані щодо смертності внаслідок СНІДу. Загалом з 1987 року найвищі показники смертності серед чоловіків мала вікова група 30 — 34 років (30% загальної кількості), тоді як пік смертності серед жінок припадав на вікову групу 25—29 років (26% загальної кількості).

Кількість інфікованих жінок зростає щороку. Підраховано, що нині в Україні 40% інфікованих ВІА/СНІДом є жінками. Дві третини зареєстрованих ВІА-позитивних жінок мають вік 20-29 років, що є піком їх репродуктивної активності. Фактично, 60% вагітних ВІА-позитивних жінок молодші 25 років. Не дивно, що з 1999 року внаслідок зростання кількості інфікованих вагітних жінок значно зросла кількість ВІА-позитивних дітей. Понад 97% ВІА-позитивних дітей (віком до 14 років в контексті епідемії ВІА/СНІД в Україні) народжені ВІА-позитивними матерями.

Оскільки епідемія ВІА сконцентрована серед окремих груп населення, більшість ВІА-позитивних дітей народжуються у соціальне неблагополучних сім'ях. Ці діти зростають без необхідного забезпечення вітамінами, одягом, іграшками, шкільним приладдям та іншими життєвими умовами, що визначають хороший рівень життя.

- 70% ВІА-позитивних дітей народжуються у соціальне неблагополучних сім'ях, наприклад, де один або обоє батьків вживають наркотики, ведуть бродячий спосіб життя або перебувають у в'язниці;

- 20% дітей, народжених ВІА-позитивними матерями, залишені на державне піклування та перебувають у дитячих будинках або медичних закладах;

- 85% батьків ВІА-позитивних дітей молодші 30 років;

- жоден з цих дітей не має шансів на всиновлення.

З 2000 року кількість ВІА-позитивних дітей, які самі вживають наркотики, невідповідно зростає, хоча нині їх кількість ледве перевищує 2% всіх офіційно зареєстрованих ВІА-позитивних дітей. Однак їх справжня кількість набагато більша. За даними досліджень більшість ВІА-позитивних дітей народжуються у соціальне неблагополучних сім'ях, багато з них живуть на вулиці та належать до вікової групи 10—13 років, причому вже мають досвід вживання наркотиків і статевого стосунку.

Загроза всьому населенню

Щоб отримати більш реалістичну картину щодо епідемічної ситуації з ВІА/СНІД, у 2002 році Україна запровадила новий інструмент моніторингу:

— епідеміологічний нагляд другого покоління. До нього входять «дозорний» епідеміологічний нагляд за ВІА-інфекцією та іншими інфекціями, що передаються статевим шляхом, та моніторинг за поведінкою груп уразливих щодо ВІА.

В Україні цей вид моніторингу був проведений у 7 містах, розташованих в областях, що мають високі, середні та низькі показники поширеності вірусу. Дозорні групи епідагляду включали СІН, жінок та чоловіків секс-бізнесу, пацієнтів, хворих на ХПСШ. Дослідження підтвердили, що більшість факторів ризику, які мають відношення до ВІА, наявні в цих групах, а майбутній розвиток епідемії залежить від природи стосунків між цими групами та рештою населення.

Як і в попередньому випадку, найвищі показники поширеності ВІА спостерігаються серед СІН. Рівень поширення коливався від 20 до 60%, причому найвищі показники спостерігалися у містах південного та східного регіонів країни (Донецьк, Одеса, Миколаїв). У 2002 році високий показник поширення ВІА серед СІН — понад 30% — уперше був зафіксований в одному з міст Західної України (Луцьку). Це означає, що Західна Україна, яка протягом довгого часу вважалася регіоном з дуже низьким показником поширеності ВІА, тепер теж під загрозою.

У той час як у містах Луцьк, Сімферополь та Харків поширеність ВІА серед жінок секс-бізнесу коливалася в межах від 4 до 12%, у містах Донецьку, Одесі, Миколаєві та Полтаві вона коливалась від 17 до 31%. Фактично, понад 35% ВІА-позитивних жінок секс-індустрії споживають наркотики ін'єкційним шляхом, що є типовим явищем для більшості країн Європи та Північної Америки. В інших країнах різке

● Інформаційний блок

зростання кількості ВІЛ-позитивних жінок секс-бізнесу та зростання показників поширеності вірусу у цій групі до 50—80% вважається попереджувальним сигналом поширення епідемії серед широких мас населення. Той факт, що сексуальна торгівля в Україні є незаконним видом діяльності, значно ускладнює процес підрахування кількості людей, задіяних у ньому, та створює перешкоди для впровадження ефективних заходів з метою обмеження процесу поширення ВІЛ, оскільки ЖСБ працюють приховано, подалі від людського ока.

Хоча у 1991 році Україна першою серед колишніх республік СРСР скасувала заборону на сексуальні стосунки за взаємною згодою між дорослими чоловіками, досліджувати проблеми гомосексуалістів також надзвичайно важко через упереджене ставлення до цієї категорії. Таким чином, є лише невелика кількість надійних оцінок загальної кількості гомосексуалістів у країні. З моменту появи ВІЛ/СНІДу в Україні офіційно зареєстровано лише 43 ВІЛ-інфікованих гомосексуалістів і бісексуалів, що є надто малою кількістю для статистичної інформації.

Хоча офіційні дані свідчать про те, що з середини 90-х років частота випадків захворювання на ХПСШ зменшилася, це може відображувати зростання кількості приватних клінік, які не зобов'язані повідомляти про встановлені ними діагнози. У 2001 році у міських клініках України у 13,3% чоловіків, хворих на ХПСШ, був виявлений ВІЛ. Наявність венеричного захворювання збільшує ризик передачі ВІЛ під час незахищених статевих стосунків майже в 10 разів, оскільки хвороба надає вірусу більше можливостей для поширення або розмноження. Багато венеричних хворих можна лікувати за допомогою антибіотиків, але відсутність належних послуг, медикаментів та обмежений доступ до діагностики ускладнюють процес ефективної діагностики і лікування. Це створює ще одну перешкоду в процесі боротьби з ВІЛ/СНІДом в Україні.

Серед в'язнів ВІЛ поширюється швидко, в основному через незахищені сексуальні стосунки та обмін голками. У країнах, де проводилися дослідження, поширення вірусу значно вище у в'язницях, ніж у суспільстві в цілому. Хоча ситуація з ВІЛ у в'язницях України не вивчалася достатньо широко, за даними офіційної статистики 6,7% з 11841 в'язнів є ВІЛ-інфікованими (згідно з результатами серологічного дослідження, проведеного у 2000 році).

Поширення ВІЛ/СНІДу в українських в'язницях тісно пов'язане зі вживанням наркотиків. Ще у 1998 році Олександр Гунченко, заступник начальника відділу охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ, писав: «Швидке поширення (ВІЛ в Україні) спричинило зростання кількості в'язнів, хворих на ВІЛ. Між 1987 і 1994 роками в місцях позбавлення волі нараховувалося лише 11 ВІЛ-інфікованих. У 1995 році їх кількість уже становила 455 осіб, у 1996 році — 2937, а за перші 9 місяців 1997 року — понад 1300. 83% інфікованих були наркоманам».

Економічна трансформація в Україні вплинула на розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу, внаслідок чого з'явилися суттєві фактори, які збільшили вразливість суспільства

Економічний спад в Україні в 1990—1998 рр. призвів до поширення бідності, збільшення безробіття та швидкого зростання прірви між прошарками населення. Кожен з цих факторів здійснював могутній вплив на поширення ВІЛ за рахунок збільшення вразливості різних прошарків населення. Ситуація почала покращуватися у 2000 року, частково завдяки урядовим реформам, але прибутки розподіляються нерівномірно в залежності від регіону, статі, віку та сектора зайнятості.

За даними Державного комітету статистики України у 2000 році приблизно 26% українців жили поза межею бідності, причому 14% надзвичайно бідували. Значні злидні настали для тих, хто не зумів пристосуватися до ринкових умов або не мав достатнього соціального захисту. За результатами опитування, проведеного у 1996 році, понад 2/3 найбідніших жителів України були пенсіонерами. Решту складали багатодітні сім'ї та сім'ї інвалідів.

Більш того, на ринку праці спостерігається недостатня кількість пропозицій роботи, відбувається зменшення кількості високооплачуваних працівників, існує високий рівень прихованого та офіційного безробіття, зростає нелегальний ринок праці. За оцінкою Міжнародної Організації Праці, яка набагато перевищувала кількість офіційно зареєстрованих безробітних, загальна кількість безробітних в Україні в 2001 році перевищувала 2,5 млн., тобто рівень безробіття становив 11,1%. Приблизно третина всіх безробітних — це молоді люди віком 20 — 29 років, що становить 15,4%. Більш того, оскільки сектор виробництва лише починає відновлюватися, показники безробіття швидко не зменшаться. А чим довше молоді люди залишаються без роботи, тим вразливішими вони стають.

Середня тривалість перебування без роботи у 2001 році становила 23 місяці, а це означає, що цей процес стає невід'ємною рисою сучасного суспільства.

Досвід інших країн свідчить про тісний зв'язок між нерівними доходами та поширенням ВІЛ. За даними Світового Банку, Україна посідає 71-ше місце серед 96 країн за нерівномірністю розподілу прибутків, яка вимірюється індексом Гіні. Розмах нерівності продовжує зростати. Спотворений розподіл прибутків в Україні визначається такими факторами, як різний рівень заробітної платні в різних галузях промисловості, нерівні можливості отримання прибутків від приватизованої власності, експлуатація суспільної та державної власності в особистих інтересах.

Сім'ї розпадаються, відсторонюються спільноти

Українські сім'ї нині знаходяться у стані надзвичайного стресу, здебільшого внаслідок економічного занепаду. Зросло безробіття, життєві стандарти знизилися, багато сімей дестабілізовано, вони втратили здатність формувати та підтримувати моральні й етичні принципи. Ні держава, ні соціальні інститути не можуть замінити сім'ю в забезпеченні безпеки та стабільності у світі, що так швидко змінюється. Спостерігається тенденція до відкладення терміну одруження, тому відбувся спад народжуваності в усіх областях країни, включаючи сільські райони. Водночас, співвідношення між кількістю розлучень і кількістю зареєстрованих шлюбів продовжує зростати.

Спільноти традиційно відігравали значну роль в особистому розвитку та соціалізації, але за останні роки їх вплив значно зменшився. На думку багатьох, українське суспільство більше орієнтується на індивідуалізм, що шкодить традиційному національному духу, як кажуть багато людей.» Безсумнівно, це значно впливає на вразливість молоді до ВІЛ/СНІДу.

Кількість осіб, які знаходяться під опікою держави, та бездомних дітей в Україні невпинно зростає. Кількість підопічних зросла з 1800 у 1991 році до 6000 у 2000 році, а кількість дітей, покинутих при народженні, зросла з 12300 до 19800. Офіційно зареєстровано принаймні 40000 бездомних дітей та дітей, які не отримують належного догляду, причому ця цифра постійно зростає. У 2001 році під час рейдів «Діти вулиці», що проводилися міліцією та командами соціальних служб, було виявлено 6200 бездомних дітей (збільшення на 23% порівняно з 2000 роком), а 19100 дітей були охаракте-

ризовані як «схильні до жебрацтва та бродяжництва».

Опитування показують, що багато бездомних дітей займаються випадковим сексом і не усвідомлюють ризику інфікування ВІЛ. Червоний Хрест України утримує національну мережу з 60 медичних і соціальних центрів для роботи з ними, але є небагато спеціалізованих проектів або матеріалів.

Діти перехідного періоду

Молодь віком 15—24 років є «дітьми перехідного періоду», більша частина життя яких пройшла в умовах змін соціального, культурного та економічного середовища. Це, звичайно, відкрило перед молодими людьми нові можливості, але також збільшило ключові фактори ризику: секс без запобіжних заходів та зловживання наркотиками алкоголем.

Зміни у сексуальній поведінці молодих українців включають більш ранній початок статевого життя. Дослідження, проведене Українським інститутом соціальних досліджень та Центром соціального моніторингу в 1999 році, виявило, що 6% підлітків мали перший сексуальний контакт у віці 11—13 років, 11% — у 14 років. Це особливо характерно для центральних і західних регіонів України, що може призвести до зростання показників поширення ВІЛ/СНІДу, які були до цього часу тут досить низькими. За даними опитування, проведеного серед молоді у 2001 році, майже 2/3 молодих людей віком 15—22 років уже мали статеві стосунки. Лише 55% сексуально активних молодих людей використовували презервативи, тоді як 10-20% заявили, що не мають коштів на їх придбання. Між 1998 і 2002 рр. частота інфікування сифілісом серед дівчат віком 15—17 років зросла з 5,5 до 73,1 випадку на кожні 100000 жителів, та з 2,6 до 21,5 випадку серед хлопців. Цей процес значно підвищує ризик інфікування ВІЛ, оскільки створює більше можливостей для поширення вірусу або його репродукування.

Дані офіційної статистики свідчать, що переважна більшість українців (83%), у яких було встановлено наркотичну залежність, мали вік 15—17 років. Водночас, вік зареєстрованих наркоманів продовжує зменшуватися. Багато молодих людей зараз вважають наркотики частиною свого життя, що тісно пов'язане з друзями, клубами та дискотеками, хоча ставлення можуть поступово змінюватися. За результатами опитування, проведеного серед молоді у 2002 році, багато респондентів заявили,

● Інформаційний блок

що збільшення використання наркотиків (36%) та поширення ВІЛ/СНІДу (14%) становить найбільшу загрозу для їх здоров'я. Також молоді люди висловили більш критичне ставлення до ін'єкцій наркотиків, ніж до вживання «м'яких наркотиків», таких, як маріхуана і гашиш.

Перевантажена система освіти

Система освіти відіграє провідну роль у протистоянні будь-якої країни ВІЛ/СНІДу та вживанню наркотиків. Працюючи з дітьми та підлітками майже щодня, школи мають можливість забезпечувати молодь інформацією про ВІЛ/СНІД. Однак, мережа закладів системи освіти України скоротилася частково через зменшення кількості дітей у країні та збільшення кількості бездомних дітей. З'явилися комерційні навчальні заклади, які вилучають все більше дітей з навчального процесу. Загалом:

- мережа дошкільних навчальних закладів скоротилася на 36% між 1991 та 2001рр., що зменшило доступ до дошкільної освіти та соціалізації на 45%;

- кількість державних шкіл не змінилася, а кількість комерційних навчальних закладів подвоїлася;

- кількість професійних навчальних закладів зменшилася на 21% між 1991 та 2001рр.;

- збільшується набір до вищих навчальних закладів, як і кількість студентів престижних навчальних закладів та вартість навчання. У 1995—1996 рр. лише 18% студентів платили за навчання, у 2001—2002 — вже 59%. Звичайно, це зменшує шанси дітей з бідних сімей отримати вищу освіту.

Якість освіти в Україні також погіршилася, як і проблеми працевлаштування та неадекватні матеріальні умови. Більшість видів діяльності, що стосуються запобігання ВІЛ/СНІДу та вживанню наркотиків, зараз знаходяться на стадії розробки або лише розпочинаються. Міжнародні донори, такі, як Програма розвитку ООН та Європейська Комісія, виділили кошти на впровадження освітніх заходів щодо здорового способу життя та ВІЛ/СНІДу в шкільній системі та будинках сиріт. Цей процес потрібно прискорити, щоб більша кількість молодих людей могла отримати необхідну інформацію для прийняття ефективних рішень.

Гендерний розрив зростає

Гендер — широко поширені у суспільстві норми та правила «прийнятної» поведінки чоловіків і жінок, їх характеристики та ролі — значно впливає на вразливість особи до ВІЛ-інфекції. Внаслідок цього люди не можуть

приймати правильні рішення стосовно власного здоров'я і життя. Хоча Україна має порівняно високий показник гендер нової рівності, розрахований за методикою Програми розвитку ООН, він відображає юридичну та інституційну рівність, а не щоденне ставлення та поведінку.

Нині 3/5 ВІЛ-позитивних українців є чоловіками, що відповідає переважаючій кількості чоловіків серед СІН. Це узгоджується у більш широкому контексті з гендерною різницею в Україні щодо ризикованої поведінки та тривалості життя. Серед українців віком від 20 до 40 років смертність серед чоловіків у 3—3,5 рази вища, ніж серед жінок, здебільшого внаслідок нездорового способу життя, умов праці, вживання алкоголю та паління тютюну.

Тоді як позашлюбні стосунки вважаються нормою для чоловіків, жінки повинні бути вірними дружинами та матерями. Іронія полягає у тому, що для жінки ризик інфікування ВІЛ менше залежить від стилю її життя, моральних принципів або кількості сексуальних партнерів, ніж від її здатності наполягти на використанні презерватива під час статевого акту.

Жінки секс-бізнесу та СІН мають високий ризик інфікування ВІЛ. Крім того, що вони мають мало шансів примусити клієнтів або партнерів користуватися презервативами, не існує офіційних профілактичних заходів на їх підтримку. Також вони мають недостатній доступ до медичних послуг, хоча їх часто примушують проходити тестування. Дослідження, проведене Державним інститутом з питань сім'ї та молоді, виявило, що для багатьох жінок торгівля своїм тілом стала єдиним джерелом прибутку: понад 50% з них утримують своїх дітей та батьків.

Жінки-СІН більш вразливі до ВІЛ-інфекції, ніж їх співвітчизники-чоловіки, частково тому, що чоловіки намагаються купувати сировину та готувати власні наркотики, тоді як жінки найчастіше роблять ін'єкцію шприцом наркомилера або партнера. Більше того, сексуальними партнерами жінок-СІН найчастіше є наркомани-чоловіки, особливо через те, що значна частина жінок торгують своїм тілом, щоб заробити на наркотики.

Міграція населення

Епідеміологічні дослідження у всьому світі свідчать, що процеси міграції — як внутрішньої, так і зовнішньої — можуть відігравати важливу роль у зростанні епідемії ВІЛ/СНІДу. Між 1991 та 2002 рр. в Україні були офіційно зареєстровані великі міграційні потоки до

● Інформаційний блок

країни та з неї, хоча загальні цифри стабілізувалися. Проте офіційні дані показують лише вершину айсберга, оскільки незаконна міграція продовжує бути суттєвою.

Ще з того часу як процедури виїзду з України були спрощені у 1994р., все більше українців виїжджають за кордон у пошуках роботи. Ризик ВІА-інфекції для робітників-емігрантів полягає у тому, що більшість працівників є молодими людьми 20—40 років, тобто знаходяться на найбільш активній стадії життя. Невлаштоване життя далеко від своїх сімей сприяє випадковим сексуальним стосункам та комерційному сексу, що несуть в собі великий ризик інфікування. Коли ВІА-позитивні мігранти повертаються додому вони можуть поширити інфекцію серед своїх родичів та/або сексуальних партнерів.

Водночас, десятки тисяч молодих українців займаються проституцією за кордоном — як добровільно, так і примусово. Як секс-робітники, нелегальні мігранти та жінки знаходяться під загрозою потрійного ризику за кордоном і після повернення додому вони можуть не звернутися за психологічною та медичною допомогою і, таким чином, поширюють вірус.

Хоча багато людей не розрізняють біженців і незаконних іммігрантів, ставлення до обох груп є негативним. Однією з головних відмінностей між цими групами є їх чисельність. Тоді як за деякими оцінками кількість нелегальних мігрантів в Україні досягла 550000, лише 2942 особи мають статус біженця станом на 1 липня 2003 р. 60% біженців прибули з азіатських країн, які мають відносно низькі показники поширення ВІА. Африканські біженці, в основному з Конго, становлять 11%. Більшість біженців проживають у містах Києві та Одесі.

Одним із факторів, що впливають на наплив біженців до України, є те, що східні кордони порівняно відкриті, на відміну від західних. Більшість нелегальних мігрантів спочатку мали намір проминути Україну та потрапити до Західної Європи.

Ключові проблеми цих груп тісно пов'язані з проблемою ВІА/СНІДу:

- невелика кількість превентивних послуг спрямовані на задоволення різних потреб та культурних цінностей;
- унаслідок реорганізації Державної міграційної служби особи, які очікували надання статусу біженця, залишилися з невизначеним статусом;
- навіть ті біженці, які мають офіційний статус, стикаються з безробіттям і фінансовими труднощами;

- оскільки Україна не може повернути незаконних мігрантів та біженців на їх батьківщину, вони продовжують жити в країні без офіційного статусу. Деякі з них займаються торгівлею, інші виживають за рахунок більш ризикових видів діяльності, таких, як торгівля наркотиками та проституція;

- оскільки для біженців не існує обов'язкового тестування на ВІА/СНІД, вони можуть пройти лише платне тестування, чого вони якраз і не можуть собі дозволити.

Торгівля наркотиками

Ін'єкційні наркотики, що стали великою проблемою для України, тісно пов'язані з епідемією ВІА в країні. За повідомленням Міністерства охорони здоров'я, з 83868 українців, які на 1 січня 2003 року були офіційно зареєстровані як наркозалежні, 96% є СН. Ця кількість продовжує зростати на 11-12% щороку, причому більшість наркоманів є молодими людьми і середній вік наркоманів постійно зменшується. За деякими оцінками справжня кількість СН в Україні становить приблизно 560 тисяч. Найбільш враженими регіонами є Донецьк, Дніпропетровськ, Одеса, Миколаїв, Крим, а також місто Київ. Постійно збільшується різноманітність наркотичних субстанцій.

Деякі аспекти споживання наркотиків в Україні роблять наркозалежних більш вразливими до ВІА-інфекції. Дослідження, проведене серед наркоманів міст Києва та Харкова, показало, що більше половини з них платять за наркотики різними «послугами», такими, як виробництво наркотиків та секс, посилюючи ризик інфікування ВІА, що і так є високим. Іншою характерною рисою наркоманів в Україні є тенденція колотися у компанії, а не наодинці, внаслідок чого, найбільш імовірно, відбувається обмін голками.

Україна розташована на перехресті встановлених шляхів транспортування наркотиків зі Сходу, причому понад 95% розфасованого героїну, що проходить через Росію та Центральну Азію, має афганське походження. Україна традиційно не була виробником наркотиків. Але нещодавно у доповіді Міністерства внутрішніх справ було зазначено, що втрата державного контролю над виробництвом наркотиків призвела до появи синтетичних наркотиків та амфетамінів, вироблених на території країни, які потім нелегально розповсюджуються на внутрішньому ринку. У 2002 році було закрито 142 повністю обладнані нелегальні лабораторії, що демонструє серйозний масштаб цієї проблеми.

● Інформаційний блок

Такі соціальні та економічні проблеми, як бідність та безробіття, значно впливають на ріст наркоманії, особливо серед соціально неблагополучних осіб. Високий рівень безробіття змушує молодих людей починати торгівлю наркотиками просто тому, що вони не бачать іншого способу заробити на життя.

Життя з тавром ВІА/СНІДу

Громадське ставлення до ВІА/СНІДу та людей, уражених цією хворобою, є однією з найбільших перешкод на шляху до ефективного протистояння поширенню епідемії у будь-якій країні. Коли статус ВІА-позитивних осіб стає офіційним, перед ними постає проблема дискримінації з боку громадськості:

- ізоляція та остракізм з боку сім'ї і друзів;
- звільнення з роботи або створення таких умов, що змушують людину залишити роботу;
- дискримінація з боку сусідів, включаючи навіть вимоги змінити адресу.

Ще гіршим в те, що презирливе ставлення суспільства є, мабуть, важливим фактором як низької кількості офіційно зареєстрованих випадків захворювання на ВІА/СНІД, так і недостатнього використання медичних закладів, таких, як державні центри боротьби зі СНІДом. 73 Нещодавно міжнародні організації почали приділяти значну увагу захисту прав тих, хто живе з ВІА/СНІДом, що може мати значний вплив на зміну ставлення до ВІА-інфікованих в Україні.

Упереджене ставлення частково є наслідком неправильної поінформованості громадськості про ВІА/СНІД, а уряду не вдалося запровадити таку інформаційну політику, яка б об'єктивно висвітлювала цю проблему. Навіть нині Україна не має стратегій захисту хворих та просвіти громадськості для покращення ситуації. У сенсаційних повідомленнях преси і телебачення рідко згадується про те, що дії суспільства щодо охорони здоров'я можуть значно допомогти у припиненні поширення епідемії, а результати опитувань продовжують свідчити, що загальна громадськість не є толерантною до людей з ВІА/СНІДом.

Однак ще більше хвилює дискримінація з боку працівників галузі охорони здоров'я. Не дотримуючись як професійної етики, так і закону України, медичні працівники часто порушують конфіденційність та анонімність інформації про хворих на ВІА/СНІД. Деякі з них навіть відмовляються надавати ВІА-інфікованим пацієнтам будь-які медичні послуги, незалежно від того, пов'язані вони з

ВІА чи ні. Така практика не є рідкістю. Наприклад, профілактика ВІА та можливість для жінок пройти тестування на ВІА до вагітності раніше майже не існували, тепер вагітні жінки заохочуються до проходження тестування на ВІА. Якщо виявляється, що жінка ВІА-позитивна, медичний персонал зазвичай рекомендує аборт, не повідомляючи жінку про можливість запобігти передачі інфекції від матері до дитини. Ще гірше те, що такі засоби до цього часу доступні далеко не в усіх регіонах України, хоча цим повинен займатися уряд.

У більшості випадків громадська думка не розрізняє ВІА-позитивних дітей та дітей ВІА-позитивних батьків. Такі батьки часто змушені забрати свою дитину з дитсадка чи школи і виховувати її вдома або перевести до іншого закладу лише для того, щоб уникнути конфронтації та надати дитині змогу вчитися у більш сприятливих умовах. Діти, які осиротіли внаслідок СНІДу або від яких відмовилися ВІА-позитивні батьки, часто до моменту досягнення ними шкільного віку виховуються у дитячих будинках, переважно в окремих групах, або в інфекційних лікарнях. Таким дітям надається надзвичайно мала соціальна та психологічна підтримка, загальноосвітні школи здебільшого не бажають приймати таких дітей на навчання. Питання про створення для таких дітей спеціальних умов навчання, включаючи навчання вдома, знаходиться у процесі розгляду.

Друкується за виданням:
Україна та ВІА/СНІД: час діяти: Звіт про людський розвиток в Україні 2003: Спеціальне видання. — Київ: Програма розвитку ООН, 20003. — 36 с.

«Україна перейшла рубіж у своєму ставленні до ВІА/СНІДу. Було висловлене чітке політичне бачення, визначені нові механізми координації та надані значні додаткові фонди. Майбутні виклики ... будуть залежати від того, наскільки реальними є нові інституційні механізми, чи вони є результатом перестановок старих і демонстративно неефективних структур, чи підкріплені заявлені програми цілі реальним фінансуванням і чи здатна країна ефективно використати ці нові фонди»

(Даглас Гарднер, координатор системи ООН в Україні, постійний представник ПРООН)