

допомоги, насамперед дітей, які проживають у сільській місцевості, та недостатньою поінформованістю населення щодо здорового способу життя, раціонального харчування, збереження репродуктивного здоров'я тощо.

Крім проблем системи охорони здоров'я на здоров'я дитини, на рівень та структуру смертності дітей впливають і соціально-економічні чинники, серед яких одним із найсуттєвіших є бідність. За даними ВООЗ, діти у країнах із низьким і середнім рівнем достатку мають ризик смерті до досягнення віку п'яти років у 10 разів вищий, ніж в економічно розвинутих країнах. Крім того, смертність серед дітей може в 3-5 разів бути вищою в сім'ях із низьким рівнем освіти. На формування показника смертності впливає і рівень санітарної культури батьків. За даними соціологічних досліджень, в Україні лише 28% батьків, що мають дітей віком до 1 року, вважають постійне медичне спостереження за дитиною вкрай необхідним². Наведені факти свідчать про необхідність розробки і впровадження програм із формування відповідального ставлення до збереження здоров'я.

3.2. Протидія ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, наркоманії

В останні десятиріччя спостерігається зростання кількості хворих на ВІЛ/СНІД, туберкульоз і наркоманію, зокрема й серед дітей, що можна вважати ознакою кризових явищ, які відбуваються в українському суспільстві.

За даними Міністерства охорони здоров'я, станом на 1 січня 2008 р. в країні офіційно зареєстровано майже 110 тисяч ВІЛ-позитивних громадян. Більше 12 тисяч українців померли від СНІДу.

Разом із тим існує значна недооцінка кількості ВІЛ-інфікованих. Зокрема, згідно з узгодженою оцінкою вітчизняних та зарубіжних експертів (Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, ВООЗ, ЮНЕЙДС, МБФ „Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”) загальна кількість ВІЛ-інфікованих (усі вікові групи) на кінець 2007 р. становила майже 440 тис. осіб, у тому числі 395,3 тис. осіб у віці 15-49 років, з яких 163,7 тис. є ін'єкційними споживачами наркотиків. ВІЛ-інфікованим в Україні є 1,63% населення у віці 15-49 років³.

З поширенням епідемії ВІЛ/СНІДу перед Україною постало чимало проблем, пов'язаних із життям та здоров'ям дітей. Оскільки впродовж останніх років змінюються шляхи передачі ВІЛ у напрямі зниження частки парентерального (переважно при введенні ін'єкційних наркотиків) шляху передачі ВІЛ і зростання питомої ваги статевого шляху інфікування, збільшується число жінок у складі ВІЛ-інфікованих та кількість дітей, народжених ними. Як відомо, ВІЛ може передаватись від матері до дитини під час вагітності, пологів та вигодовування материнським молоком. Передача ВІЛ від матері до новонародженої дитини (так звана вертикальна трансмісія) є

² Концепція державної програми „Здорова дитина на 2009–2013 рр.”

³ ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень № 29. — К.: МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІДом, 2008.

основним шляхом ВІЛ-інфікування дітей в Україні. Кількість дітей, що народилися від ВІЛ-інфікованих матерів, збільшилась зі 196 в 1997 р. до 3430 у

2007 р. У цілому за період епідемії, за даними Міністерства охорони здоров'я, у ВІЛ-інфікованих жінок в Україні народилось 14000 дітей.

Станом на 1 січня 2008 р. частка зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфікування серед дітей віком від 0 до 14 років становила 19,5% (2006 р. – 17,6%), віком від 15 до 17 років – 0,7% (2006 р. – 0,7%) від загальної кількості офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування. Рівень вертикальної трансмісії у 2007 р. в Україні становив 19,4%, тоді як у країнах Західної Європи – 1%, у країнах Центральної Європи – 5%.

Оціночна кількість дітей, які живуть з ВІЛ (віком від 0 до 14 років), становить 5 126 осіб⁴. За даними Держкомстату, рівень захворюваності дітей на ВІЛ-інфекцію у 2007 р. (52,7 на 100000 населення серед дітей віком 0–14 років, відповідно 6,1 на 100000 населення серед дітей віком 15–17 років) зріс майже у два рази проти 2004 р. (28,6 на 100000 населення серед дітей віком 0–14 років, відповідно 3,1 на 100000 населення серед дітей віком 15–17 років) (рис. 3.2.1). Найвищий рівень захворюваності дітей спостерігається в Одеській, Дніпропетровській, Миколаївській та Донецькій областях.

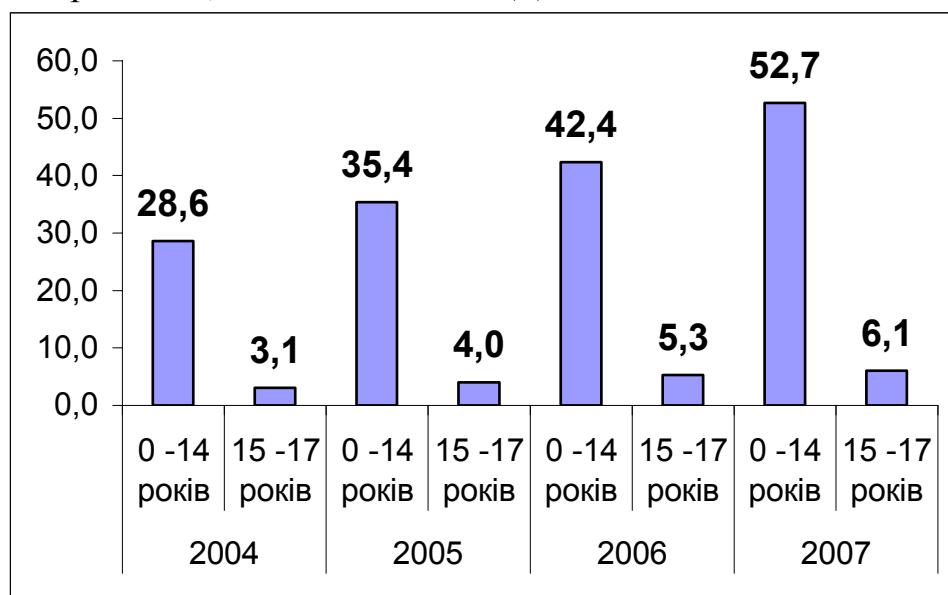


Рис. 3.2.1 Динаміка рівня захворюваності на ВІЛ серед дітей у 2004–2007 рр. (в показниках на 100 тисяч населення)

(за даними Держкомстату України)

Держава проводить роботу щодо лікування і соціальної підтримки ВІЛ-позитивних дітей, що є пріоритетним напрямком державної політики. Про це переконливо свідчить значний відсоток дітей, охоплених антиретровірусною терапією (АРТ): у 2006 р. – 58% від оціночної кількості дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією, а у 2007 р. – 74,8%. Зокрема, станом на 1 січня 2008 р. 767 дітей отримують життєво необхідну антиретровірусну терапію в рамках програми

⁴ ВІЛ-інфекція в Україні. Вказ. джерело.

„Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні”, підтриманої Глобальним фондом⁵. У країні налагоджено роботу щодо ранньої діагностики ВІЛ-інфекції в дітей, що дає змогу за період до 3-4 –х місяців визначити їх ВІЛ-статус і розпочати антиретровірусну терапію.

У 2007 р. у структурі Національної дитячої спеціалізованої лікарні “Охматдит” розпочав роботу Центр “Клініка для лікування дітей, хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД”. Протягом 2007 р. фахівцями Центру в амбулаторно-поліклінічному підрозділі прийнято 226 первинних пацієнтів, усього 697 дітей, проведено 120 консультацій у регіонах, здійснено виїзди в 22 регіони для моніторингу та в 5 регіонів – для оцінки роботи. У стаціонарному підрозділі проліковано 45 дітей. Завдяки діяльності центру створено умови для реального поліпшення медичної допомоги дітям, подальшого впровадження антиретровірусного лікування, розробки стандартів моніторингу ефективності програм допомоги ВІЛ-інфікованим дітям.

Вказані заходи сприяють поступовому зниженню рівня дитячої смертності від ВІЛ/СНІДу. Так, у 2005 р. від цієї хвороби померло 36 дітей, у 2006 р. – 32 дитини, у 2007 р. - померло 23 ВІЛ-позитивні дитини⁶.

Варто зауважити, що вертикальна трансмісія є доволі доступною для вжиття дієвих профілактичних заходів. З 2001 р. у межах діючих національних програм в Україні активно реалізуються програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини; з 1999 р. впроваджено щорічний моніторинг ефективності профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. Головними видами послуг, що надаються у межах програми, були: консультування вагітних жінок; передпологове та інтранатальне тестування на ВІЛ; антиретровірусна (АРВ) профілактика серед ВІЛ-позитивних вагітних жінок; консультування щодо штучного вигодовування та надання молочної формули. Зараз Україна має один з найвищих рівнів покриття щодо попередження передачі ВІЛ від матері до дитини в регіоні Центральної та Східної Європи, що включає в себе тестування на ВІЛ серед усіх вагітних жінок на національному рівні (96% – у 2007 р.) та частку ВІЛ-позитивних жінок, які отримали АРВ-профілактику (92,5% – у 2007 р.). За цими показниками Україна є однією з тих країн світу, що досягають цілі, поставленої на спеціальній сесії Генеральної Асамблеї ООН з ВІЛ/СНІДу – охопити до 2010 року послугами з профілактики перинатальної трансмісії 80% вагітних жінок.

Забезпечення широкого спектра потреб ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, дітей, молоді та членів їх сімей є одним із завдань діяльності центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, яке реалізовувалося у 2007 р. шляхом надання соціально-педагогічних, психологічних, соціально-медичних, юридичних, інформаційних послуг ВІЛ-інфікованим дітям, молоді та членам їх сімей, зокрема через:

⁵ Інформаційний вісник Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні. – 2007. - Жовтень-грудень.

⁶ ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень № 29. — К.: МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІДом, 2008.

- формування мережі центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді;
- здійснення соціального супроводу сімей із дітьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом;
- організацію роботи груп взаємодопомоги для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, а також батьків або осіб, що їх замінюють;
- забезпечення надання соціальних послуг вагітним ВІЛ-позитивним жінкам, породіллям та членам їх сімей;
- навчання батьків, дітей та молоді, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, навичкам здорового способу життя.

Протягом 2007 р. отримувачами послуг центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді стали 961 ВІЛ-інфікована дитина, 3531 ВІЛ-інфікована молода особа та 891 сім'я з проблемою ВІЛ/СНІДу, з них під соціальним супроводом спеціалістів центрів перебували: діти – 164 особи, молодь – 183 особи та сім'ї – 246. При зіставленні вищевказаних даних із вищенаведеними про те, що під диспансерним наглядом у СНІД-центрах перебувають майже 7 тис. дітей (із них майже чверть – 1624 дитини з підтвердженим діагнозом), з'ясовується, що постійною соціальною підтримкою охоплено приблизно 2% цих дітей (або одна із десяти із ВІЛ-позитивним статусом).

Разом із тим слід відзначити позитивну динаміку розвитку цього напрямку діяльності центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді:

- збільшилась чисельність клієнтів (дітей і молоді): 1364 особи у 2005 р., 2973 - у 2006 р. і 4492 - у 2007 р.;
- зростає кількість наданих індивідуальних послуг: якщо порівнювати з 2006 р., їх кількість у 2007 р. збільшилася на 5520 послуг.

Одним з ефективних засобів забезпечення потреб ВІЛ-позитивних дітей, молоді та членів їх сімей є розвиток і організація діяльності мережі спеціалізованих соціальних закладів – центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, а також сприяння діяльності мережі недержавних закладів. У 2007 р. за ініціативи Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді, Ради міністрів АР Крим, Луганської, Одеської і Харківської обласних державних адміністрацій і Київської міської державної адміністрації Міністерством у справах сім'ї, молоді та спорту підтримано ідею Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ, щодо організації діяльності центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді як державних закладів. Основна мета діяльності цих центрів – створення умов для соціальної адаптації ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, розроблення і здійснення заходів щодо соціальної підтримки й супроводу таких дітей та молоді, що спрямовані на їх інтеграцію в суспільство. За рахунок субвенцій із державного бюджету у 2007 р. було проведено організаційні заходи щодо створення шести центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді: два у місті Києві та по одному в Автономній Республіці Крим, Луганській, Одеській та Харківській областях. Крім того, протягом року Полтавський обласний, Чернігівський та Київський міські центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді сприяли діяльності денних центрів для ВІЛ-інфікованих дітей, які діють при громадських організаціях.

Протидія епідемії ВІЛ/СНІДу потребує активного розвитку програм первинної профілактики, оскільки саме поведінкові практики відіграють ключову

роль у запобіганні поширенню інфекції. Підліткам і молоді важливо знати шляхи передачі ВІЛ і те, як можна від нього вберегтися, де і як можна пройти тестування на ВІЛ. Водночас ставлення до тих, хто живе з ВІЛ/СНІДом, слугує вагомим мотиваційним чинником для проходження тестування на ВІЛ, а отже - і переривання специфічних ланцюгів поширення інфекції, пов'язаних із закритим, латентним характером його передачі. Нетолерантне, дискримінаційне ставлення до ВІЛ-позитивних осіб є суспільним бар'єром, що стримує розвиток ВІЛ-сервісних організацій, завадить проведенню профілактичної роботи, а головне – стримує бажання знати свій ВІЛ-статус.

За даними дослідження „Рівень знань щодо ВІЛ/СНІДу, поведінка та ставлення до людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом”, проведеного у 2007 р. Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді, 32,7% підлітків віком 14-17 років, що стали респондентами дослідження, правильно визначають шляхи статевої передачі ВІЛ і знають, як ВІЛ не передається. Це нижчий рівень обізнаності, ніж серед інших вікових груп молоді, й ніж той, який очікується згідно із міжнародними зобов'язаннями України (У 2000 р. Спеціальна сесія Генеральної Асамблеї ООН з ВІЛ/СНІДу ухвалила документ – „Декларація про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом”, де визначено, що за період до 2005 р. рівень обізнаності молоді з питань ВІЛ/СНІДу має зрости й сягнути 90%).

Дані дослідження також свідчать, що у профілактичних заходах із питань ВІЛ/СНІДу брала участь незначна кількість дітей. Так, за національним показником „Відсоток людей, яких охоплено профілактичними програмами з профілактики ВІЛ/СНІДу” (комплексний показник за сумою відповідей на два питання „Чи отримували Ви презерватив протягом останніх 12 місяців?” та „Чи знаєте Ви, куди потрібно звертатися, якщо Ви хочете пройти тестування на ВІЛ-інфекцію?”) 8,1% підлітків віком 14-17 років брали участь у таких програмах. Причому на запитання „За останні 6 місяців чи брали Ви участь у профілактичних заходах, присвячених питанням ВІЛ/СНІДу?” ствердну відповідь дали 34,3% підлітків віком 14-17 років і 36,7% – ствердні відповіді на питання „За останні 6 місяців чи отримували Ви які-небудь друковані інформаційні матеріали, присвячені ВІЛ/СНІДу?”. Привертає увагу той факт, що рівень толерантності підлітків до ВІЛ-позитивних людей вкрай низький.

Слід відзначити, що значна частина заходів із запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, запланованих Національною програмою, протягом 2004–2007 рр. впроваджувалися МБФ „Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні” разом з партнерськими організаціями неурядового та урядового секторів. Фінансування цих заходів відбувалося в основному за рахунок Програми „Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні” Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією і „Посилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні шляхом надання послуг та інформації” (проект САНРАЙЗ Агентства США з міжнародного розвитку, USAID).

Таким чином, завдяки реалізації профілактичних програм Україні вдалося суттєво зменшити рівень передачі ВІЛ від матері до дитини. У той же час потрібно значно активізувати діяльність для ефективної протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, оскільки незважаючи на докладені зусилля, кількість ВІЛ-

позитивних дітей продовжує зростати. Значною проблемою є організація та соціальна підтримка дітей з ВІЛ, які зазнають стигматизації із самого народження; їх неохоче приймають у будинки дитини чи дитячі дошкільні заклади; педіатром нерегулярно здійснюється нагляд, такі діти часто позбавлені як батьківської турботи й опіки, так і соціального захисту в цілому. Звертає на себе увагу й те, що збільшується питома вага ВІЛ-інфікованих дітей, які інфікувались ін'єкційним шляхом або використовуються для комерційного сексу. Більшість із них - це діти, які опинилися в кризових ситуаціях і мешкають на вулиці. Саме ця категорія дітей є найбільш уразливою групою. Серйозного перегляду щодо подальшого розвитку потребують програми первинної профілактики.

Однією з найгостріших медико-соціальних проблем у країні є поширення туберкульозу. З 1995 р. продовжує поширюватися епідемія туберкульозу. За даними Міністерства охорони здоров'я, у 2007 р. хворіли на туберкульоз 37 095 осіб (у 2006 р. – 38 884). На обліку в лікувальних закладах України (тубдиспансерах) станом на 1 січня 2008 р. перебувало 96 207 осіб, з них: дітей у віці 0–14 років – 932 , дітей у віці 15–17 років – 857 осіб.

Однак слід звернути увагу на думку тих фахівців, які вважають, що офіційна цифра хворих на туберкульоз є применшеною принаймні втричі, що пов'язано з проблемами пізньої діагностики захворювання.

Захворюваність дорослого населення віком 18 років і старші була 94,6 на 100 тис. дорослого населення. Захворюваність на бактеріальні та деструктивні форми туберкульозу (на 100 тис. населення) які є основним джерелом інфікування дітей та підлітків, становила у 2007 р. – 31,5 та 30,6 (у 2006 р. – 30,4 та 30,5, відповідно).

Загальна кількість дітей (0–14 років) із уперше виявленим активним туберкульозом становила у 2007 р. - 621 дитина з урахуванням рецидивів - 629 (у 2006 р. - 652 дитини, з урахуванням рецидивів – 656). Захворюваність дітей віком 0–14 років (на 100 тис. населення відповідного віку) у 2007 р. зменшилась проти 2006 р. на 2,1% і становила 9,4 (у 2006 р. цей показник збільшився на 8% проти 2005 р. і сягнув - 9,6).

За даними Держкомстату, у 2007 р. серед дітей віком від 0 до 14 років кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу становила 9,5 на 100 тис. населення, а серед дітей 15-17 років відповідно – 32,1 на 100 тис. населення (рис. 3.2.2). Аналіз статистичних даних свідчить про те, що найвищий рівень захворюваності в Україні серед дітей віком 0–14 років спостерігається в АР Крим, у Кіровоградській та Луганській областях, найнижчий – у Тернопільській, Полтавській та Закарпатській областях.

Особливістю структури захворюваності на туберкульоз серед дітей (на відміну від дорослих) є співвідношення туберкульозу легенів та позалегеневого туберкульозу (ПЗ ТБ), яке, за даними Міністерства охорони здоров'я, у 2007 р. було 35% (216 дітей) та 65% (405 дітей) (у 2006 р. - 32% та 68% відповідно). У структурі захворюваності дітей на позалегеневий туберкульоз 74% (301 дитина) припадало на туберкульоз органів дихання і 26% (104 дитини) - туберкульоз

інших органів (у 2006 р. – 71% і 29%, відповідно). Як і в попередні роки, найбільш поширеним залишається туберкульоз кістково-суглобової системи – 59% (у 2006 р. - 45%), туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів – 15% (у 2006 р. - 19%), туберкульоз ока – 7% (у 2006 р. - 13,0%), туберкульоз нервової системи – 5 % (у 2006 р. – 3%), міліарний туберкульоз – 5% (у 2006 р. - 5 %).

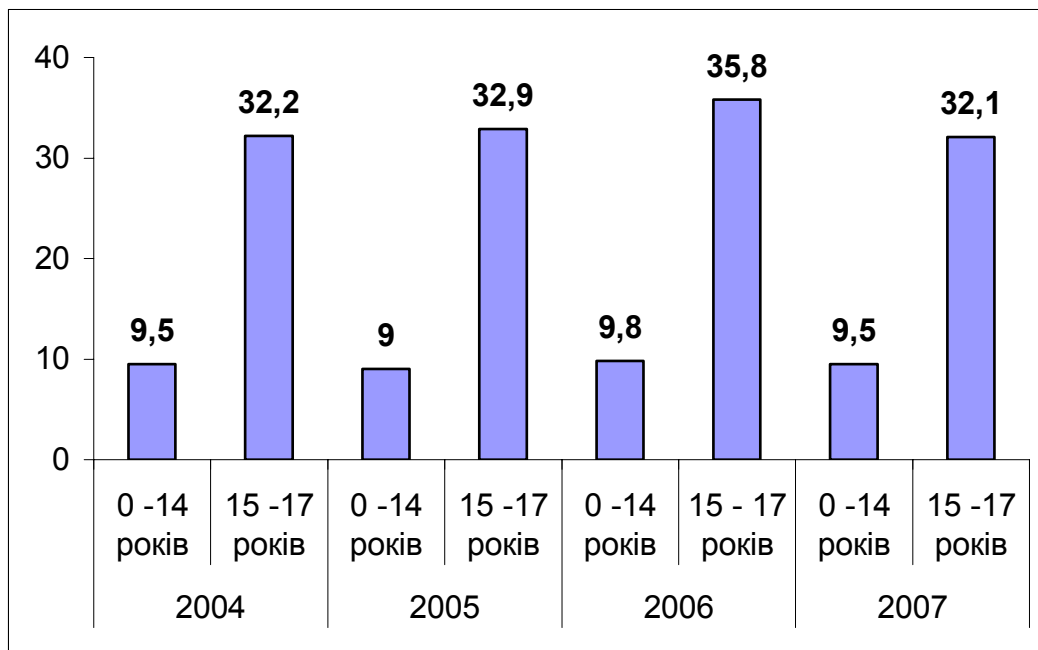


Рис. 3.2.2. Захворюваність дітей на активний туберкульоз (у показниках на 100 тисяч населення)

(за даними Держкомстату України)

У 2007 р. від туберкульозу загинуло 6 дітей (у 2006 - 7 дітей), з них у 2-х діагностовано СНІД.

До заходів протидії епідемії туберкульозу серед дітей слід віднести вакцинацію новонароджених, вчасне виявлення інфекції у дітей, забезпечення лікування хворих дітей у спеціалізованих закладах, просвітницьку роботу серед батьків та фахівців, що працюють із дітьми.

За даними Міністерства охорони здоров'я, 95%-98% новонароджених отримують вакцину проти туберкульозу. У країні діє мережа дитячих туберкульозних лікарень (загальна кількість дитячих туберкульозних ліжок – 1309), а також дитячих протитуберкульозних санаторіїв, у яких проводиться контрольована хіміопрофілактика та лікування хворих (переважно після курсу інтенсивної хіміотерапії в умовах стаціонару). Мережа санаторних закладів для дітей у 2007 р. включала загалом 51 санаторій: 9 санаторіїв підпорядкування МОЗ і 42 – підпорядкування місцевим управлінням охорони здоров'я (у 2006 р. – 9 та 43 відповідно). У 2007 р. зменшилась кількість дитячих санаторіїв за рахунок розформування місцевого санаторію в Донецькій області.

Вважається, що 80% хворих на туберкульоз перебувають за межею бідності. Водночас зростає кількість тих, хто захворів на цю хворобу, серед представників відносно благополучних, навіть заможних груп населення. Проте вагомими причинами, що призводять до масштабного поширення туберкульозу, є

не тільки соціально-економічна нестабільність, зниження життєвого рівня населення, неякісне харчування значних верств населення, збільшення кількості соціально дезадаптованих осіб, а й також застосування неефективних засобів діагностики, лікування та заходів профілактики.

Наукові дослідження засвідчили, що обсяг і якість профілактичних заходів, зокрема й тих, які стосувалися раннього виявлення туберкульозної інфекції, та ефективність специфічної профілактики БЦЖ в Україні, особливо за останні роки, були недостатніми. Фахівці, вивчаючи причини несвоєчасного виявлення туберкульозу в дітей, виявили той факт, що педіатри звертають на цю недугу недостатньо уваги, не завжди обізнані в питаннях її діагностики. Відсутня тісна співпраця між педіатрами і фтизіатрами. Про останнє свідчить тривале (від 1-го місяця до 1,5 року) неправильне лікування дітей, хворих на туберкульоз, нерідко у кількох лікарнях і з приводу інших хвороб. Крім того, багато дітей, які повинні знаходитися під наглядом фтизіатра, не перебувають на диспансерному обліку і профілактичні протитуберкульозні заходи серед них не проводяться⁷.

Населення України, яке має загальний низький рівень соціальної культури, недостатньо поінформоване про захворювання на туберкульоз, а це суттєво впливає на ріст захворюваності та смертності від цієї хвороби.

Епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні збіглася в часі з епідемією ін'єкційної наркоманії. Динаміка поширення залежності від наркоманії в Україні дуже висока. За оцінками деяких експертів, загальна кількість споживачів наркотиків у нашій державі становить 560 тис. осіб⁸. Проте замість пом'якшувальних заходів, які б дали змогу взяти до уваги природу епідемії, спостерігається карально-заборонна політика і практика щодо споживачів ін'єкційних наркотиків та жінок комерційного сексу, значна частина яких споживає наркотики. Такий карально-заборонний характер заходів протидії наркоманії заганає епідемію в „тінь”, оскільки стає на заваді бажанню отримати медичну допомогу. Одна із суттєвих причин – офіційна реєстрація в наркологічних диспансерах, що має правові наслідки у вигляді обмеження певної діяльності. Проведені 2007 р. дослідження засвідчують, що наркологічний облік в існуючому вигляді стає гальмом на шляху ефективного лікування, бракує зв'язків між медичною допомогою та соціальними послугами, не витримуються міжнародні стандарти лікування наркозалежності тощо⁹.

Тому, хоча офіційна статистика Міністерства охорони здоров'я дає позитивну динаміку зловживання наркотиками серед дітей (дещо зменшується кількість дітей, зареєстрованих у наркологічних диспансерах), проте реальну

⁷ Костроміна В.В. Актуальні проблеми туберкульозу в дітей у період епідемії // Здоров'я України. – 2007. - № 2(1). – С. 58-59.

⁸ Бега А. Громадський нагляд за державною політикою з ВІЛ/СНІД в Україні: Цикл звітів про політику у сфері ВІЛ/СНІДу у В'єтнамі, Нікарагуа, Сенегалі, Сполучених Штатах Америки й Україні. - К., 2007. - 63 с.

⁹ Вієвський А.М., Дворяк С.В., Синяк С.В. Лікування наркозалеженості в Україні та оцінка її ефективності: Звіт про дослідження. – К., 2008. – 154 с.; Толопило А., Власенко Л. Регістрація потребителів наркотиків: практика, последствия и дальнейшие перспективы: Отчет об исследовании. – К., 2008. - 76 с.

ситуацію щодо поширення наркоманії в дитячому середовищі оцінити важко. Причиною є й розгортання практики анонімного лікування, і вживання клубних наркотиків та побутових речовин (що часто не розглядаються як реальна шкода здоров'ю) і небажання звертатися по медичну допомогу дітей, які приходять із родин, що не можуть собі дозволити лікувати дитину чи не бажають розголосу, або дітей, що живуть і працюють на вулиці.

Про поширеність наркотиків у підлітковому середовищі свідчать одержані дані соціологічного дослідження “Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді (HBSC)”. Так, наркотичні речовини (марихуану, гашиш) вживали щонайменше 1–2 рази в житті (на час опитування) від 8% восьмикласників до 26% першокурсників ПТУ, причому хлопці зазвичай у 2–4 рази частіше, ніж дівчата. Вживання наркотиків найчастіше спостерігалось серед підлітків, які проживали в обласних центрах, найрідше – серед мешканців сіл. Найбільш неблагополучною виявилася ситуація на сході, у м. Києві та АР Крим; найменша частка респондентів західного регіону¹⁰ вказали на досвід уживання наркотиків. Разом із тим слід відзначити, що в Україні найбільш поширеними є не ті наркотики, вживання яких вивчалось згідно із міжнародною методологією, а опіати (зокрема кустарного виробництва) й так звані клубні наркотики.

Проблема допомоги дітям, які зловживають наркотиками, залишається складною. Медична допомога тим дітям, які вживають наркотичні та інші психоактивні речовини, надається у спеціалізованих закладах системи охорони здоров'я - наркологічних диспансерах і лікарнях. Основною проблемою є те, що в Україні досі не існує повноцінної мережі реабілітаційних центрів для дітей, які вживають наркотики. Самостійні центри медико-соціальної реабілітації дітей працюють тільки у 5 областях України, ще в 5 – працюють відділення у складі наркологічних диспансерів. Слід також зазначити, що існуюча робота ведеться переважно в медичному аспекті, а методики роботи, яка повинна проводитися з метою ре соціалізації наркозалежних дітей, практично не розроблено .

Профілактична робота щодо попередження наркоманії в дитячому середовищі здійснюється державними і громадськими організаціями. Так, одним із завдань центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді є запобігання соціально небезпечним хворобам, подолання їх наслідків, формування навичок здорового способу життя. У 2007 р. в системі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді функціонували 544 мобільні консультаційні пункти соціальної роботи в сільській та гірській місцевостях, віддалених районах міст. Аналіз проблематики наданих цими структурами у 2007 р. індивідуальних та групових соціальних послуг показав, що їх найбільша кількість припадає на проблеми залежностей, пов'язаних, зокрема, зі зловживанням алкоголем, наркотичними речовинами, у т.ч. тими, що вживаються ін'єкційним шляхом, тютюнокурінням, токсикоманією, проблеми ВІЛ/СНІДу. Отже, це свідчить про те, що існує нагальна потреба у наданні

¹⁰ Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України: моногр. / О.М. Балакірева, Н.О. Рингач, Р.Я. Левін та ін. / Наук. ред. О.М. Балакірева. – К. Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2007. – 128 с.

соціальних послуг, спрямованих на розв'язання проблем, спричинених різними видами залежностей та епідемією ВІЛ/СНІДу.

3.3. Оздоровлення та відпочинок

З метою реалізації права кожної дитини на оздоровлення та відпочинок у державі запроваджено комплекс спеціальних заходів соціального, виховного, медичного, гігієнічного, спортивного характеру, які спрямовані на поліпшення і зміцнення стану здоров'я дітей та створення умов для змістовного відпочинку.

Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту приділяє значну увагу питанням, пов'язаним з удосконаленням нормативно-правової бази щодо забезпечення якості надання оздоровчих послуг для дітей, а саме: у 2007 р. Міністерство ініціювало прийняття в першому читанні проекту Закону України „Про оздоровлення та відпочинок дітей”; розробило Концепцію Державної цільової програми розвитку ДП „УДЦ „Молода гвардія на 2008–2012 роки” і проект постанови Кабінету Міністрів України „Про внесення змін та доповнень до Державної програми відпочинку та оздоровлення дітей на період до 2008 р.”.

За даними Держкомстату, у 2007 р. в Україні працювало 18363 оздоровчі заклади, з яких 702 – заміські оздоровчі, 63 – санаторного типу, 16 757 – з денним перебуванням, 66 – праці й відпочинку, 35 – закладів відпочинку старшокласників та учнівської молоді, 513 – профільних, 227 – інших. Серед дитячих оздоровчих закладів, які працювали влітку 2007 р., майже 91,3% - це табори з денним перебуванням, які орієнтовані на організацію змістовного дозвілля дітей. Але повноцінний курс оздоровлення діти можуть пройти тільки у стаціонарних оздоровчих закладах (заміських оздоровчих та санаторного типу), мережа яких скорочується. З 1995 р. кількість стаціонарних закладів зменшилась на 130. Якщо за період з 2000 р. до 2005 р. мережа скоротилась на 2 заклади, то тільки за 2006–2007 рр. їх кількість зменшилась на 75, причому за 2007 р. – на 44 одиниці.

У 2007 році під час літньої оздоровчої кампанії основні зусилля були спрямовані на покращення якості оздоровчих послуг та збільшення кількості дітей, охоплених організованими формами оздоровлення та відпочинку. І хоч кількість дитячих закладів оздоровлення та відпочинку в 2007 р. проти 2005 р. майже не змінилася, проте значно скоротилась кількість місць у них (табл. 3.3.2). Водночас зріс відсоток оздоровлених дітей у загальній чисельності дітей 7-16 років: у 2005 р. – 37,4%, а у 2007 р. – 39,9%(табл. 3.3.3).

Таблиця 3.3.2

Дитячі оздоровчі заклади, які працювали влітку в Україні

(за даними Держкомстату України)

Кількість таборів			У них місць			Кількість дітей, які оздоровлювалися влітку		
2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
18366	18238	18363	23571	230840	22572	2147810	2092224	2043643

6

8