

Міністерство освіти і науки України  
Національний університет «Києво-Могилянська академія»  
Факультет охорони здоров'я, соціальної роботи і психології  
Кафедра Школа соціальної роботи ім. В. І. Полтавця

**Кваліфікаційна робота**  
Освітній ступінь - бакалавр

На тему: **“ГЕНДЕРНОЧУТЛИВИЙ ПІДХІД У РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК З  
НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ”**

Виконала: студентка 4 року навчання  
Спеціальності

231 Соціальна робота

Бондаровська Кароліна Едуардівна

Керівник: Ростовська Т.В.,  
старша викладачка Школи соціальної роботи

Рецензент: Бойко О.М.

Доцентка Школи соціальної роботи

Кваліфікаційна робота захищена

з оцінкою «\_\_\_\_\_»

Секретар ЕК \_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 р.

Київ - 2025

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК. 5	
1.1. Чинники наркотичної залежності жінок .....	5
1.2. Бар'єри в доступі жінок з наркозалежністю до програм реабілітації.....	10
1.3. Гендерночутливий підхід реабілітації жінок з наркотичною залежністю .....	17
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	29
2.1. Час і місце дослідження .....	29
2.2. Етапи дослідження .....	29
2.3. Процедура дослідження .....	30
2.4. Методи та інструменти дослідження .....	31
2.5. Характеристика вибірки .....	32
2.6. Труднощі та обмеження дослідження .....	34
2.7. Концептуалізація та операціоналізація понять .....	35
РОЗДІЛ 3. ГЕНДЕРНОЧУТЛИВИЙ ПІДХІД РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК З НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ .....	37
3.1. Елементи гендерночутливого підходу у практиках українських організацій, які надають послуги особам з наркотичною залежністю .....	37
3.2. Бар'єри в доступі жінок з наркотичною залежністю до отримання послуг.....	43
3.3. Перспективи вдосконалення послуг для жінок з наркотичною залежністю ...	51
ВИСНОВОК .....	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	60

## ВСТУП

Наркотична залежність серед жінок є не лише медичною, а й соціально значущою проблемою, яка негативно впливає як на самих жінок, так і на їхні сім'ї, дітей та суспільство загалом. За даними Управління ООН з наркотиків і злочинності (UNODC, 2022), жінки становлять більше 40% від загальної кількості осіб, які вживають наркотики, але лише 20% (1 із 5 жінок, що вживають наркотики) із них отримують необхідну допомогу. Ця нерівність зумовлена соціальними, культурними та економічними бар'єрами, що заважають жінкам звертатися по лікування.

В Україні проблема загострюється через недостатню кількість спеціалізованих реабілітаційних програм, які враховують гендерні особливості. Дослідження свідчать, що жінки з наркотичною залежністю частіше стикаються із соціальною стигматизацією, дискримінацією, домашнім насильством, економічною залежністю та високим рівнем психічних розладів (SAMHSA, 2021). Також вони мають високий ризик втрати батьківських прав. Відповідно до Сімейного кодексу України, стаття 164, підставою для позбавлення батьківських прав може бути ухилення від виконання батьківських обов'язків, зокрема, зловживання наркотичними засобами. Згідно статистики та експертних оцінок, актуальність проблеми наркозалежності в Україні зростає. За словами Ірини Венедіктової, від 1 до 1,5 мільйона громадян України споживають наркотики, і цей показник щорічно збільшується на 8-10% (Прищеп, 2021). В умовах війни ця тенденція може посилюватися, оскільки бойові дії є додатковим чинником стресу, що сприяє розвитку залежності. Це створює нові виклики для державної політики та системи реабілітації як загалом, так і для жінок.

Водночас існуючі програми лікування та реабілітації розроблені переважно для чоловіків і не враховують специфічних потреб жінок, зокрема тих, хто має дітей, пережив травматичний досвід або зіштовхується з подвійною стигматизацією.

Таким чином, дослідження питання гендерночутливого підходу у реабілітації жінок з наркотичною залежністю є вкрай актуальним. Воно дозволяє проаналізувати існуючі методи підтримки, виявити недоліки системи та запропонувати ефективні шляхи її

вдосконалення, що сприятиме соціальній інтеграції жінок та покращенню загального рівня громадського здоров'я.

Мета:

Описати застосування гендерночутливого підходу у реабілітації жінок з наркотичною залежністю в українських організаціях

Завдання

1. Описати теоретичні аспекти залежності та реабілітації жінок
2. Виокремити елементи гендерночутливого підходу у практиці українських організацій, які надають послуги особам з наркотичною залежністю
3. З'ясувати, з якими бар'єрами стикаються жінки при отриманні послуг
4. Описати перспективи вдосконалення послуг для жінок із наркотичною залежністю в Україні

Об'єкт дослідження - гендерночутливий підхід у реабілітації жінок з наркотичною залежністю

Предмет дослідження - елементи гендерночутливого підходу в реабілітації жінок з наркотичною залежністю та бар'єри в доступі до послуг

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК**

### **1.1 Чинники наркотичної залежності жінок**

Наркотична залежність є багатофакторним явищем, яке формується під впливом складних взаємопов'язаних чинників: біологічних, психологічних і соціальних. Гендерний аспект цієї проблеми суттєво впливає на перебіг залежності у жінок, визначаючи специфічні механізми її розвитку, перебігу та лікування. Зокрема,

врахування гендерних відмінностей є критичним у створенні програм профілактики та реабілітації.

Біологічні механізми відіграють важливу роль у розвитку наркотичної залежності у жінок. Фізіологічні та нейрохімічні відмінності між жінками й чоловіками визначають різну чутливість до наркотиків, їх впливу та розвитку залежності. Наприклад, жінки мають вищу щільність дофамінових рецепторів у певних ділянках мозку, що підвищує їхню чутливість до винагороди, яку пропонують психоактивні речовини. Дослідження підтверджують, що в певні фази гормонального циклу вивільнення дофаміну у жінок може бути значно інтенсивнішим, що пояснює швидший розвиток залежності (*Hersey et al., 2023*).

Крім того, жінки частіше відчують сильніші симптоми абстиненції через більшу нейрохімічну реактивність їхньої дофамінової системи. Це створює такий цикл "винагороди-покарання", що сприяє розвитку залежності та ускладнює процес відмови від наркотиків (*Clare et al., 2021*). Гормональні коливання також відіграють важливу роль: під час фолікулярної фази підвищений рівень естрогену може посилювати чутливість до наркотиків, тоді як у лютеїновій фазі зниження рівня естрогену та прогестерону сприяє появі симптомів депресії та тривожності, що може підвищити ризик вживання психоактивних речовин як способу емоційної регуляції (*Zallar et al., 2024*).

Дослідження генетики залежності виявили, що поліморфізми у генах, які кодують дофамінові рецептори (DRD2, DRD4), впливають на чутливість до наркотиків. Жінки, які мають ці генетичні варіанти, можуть бути більш схильні до швидкого формування залежності (*Webb et al., 2022*). Однак взаємодія між генетичними факторами та розвитком залежності є складною і потребує подальших досліджень.

Загалом, генетичний поліморфізм у генах дофамінових рецепторів може впливати на індивідуальну вразливість до наркотичної залежності, але точні механізми та ступінь цього впливу залишаються предметом наукових досліджень (*Stolf et al., 2019*).

Психологічні фактори також відіграють роль у формуванні та підтриманні наркотичної залежності. Емоційні, когнітивні та поведінкові особливості жінок суттєво впливають на розвиток залежності, зокрема через травматичний досвід, тривожні розлади або низьку самооцінку.

Травматичний досвід є одним із найпотужніших предикторів залежності у жінок. Згідно зі звітом UNODC, жінки, які вживають наркотики, мають підвищений ризик зазнати фізичного, сексуального або психологічного насильства, що, у поєднанні зі стигматизацією та дискримінацією, значно ускладнює доступ до лікування, реабілітації та соціальної підтримки (UNODC, 2023). Зокрема, за даними ОБСЄ, 67% жінок в Україні віком від 15 років зазнали психологічного, фізичного, економічного або сексуального насильства (ОБСЄ, 2019).

Жінки, що зіткнулися із насильством та залежністю, можуть потрапити у так зване “замкнуте коло”: отримана травма веде до вживання наркотиків, а вживання наркотиків приводить до отримання нової травми, що знову ж повертає людину до наркотиків (Moroz, Durjava & Plotko, 2023).

Варто зазначити, що точні статистичні дані про відсоток жінок із залежністю, які зазнали насильства, можуть варіюватися залежно від методології досліджень та регіону. Однак загальна тенденція свідчить про значний перетин цих проблем, що вимагає комплексного підходу до їх вирішення.

Згідно з даними Укрінформ, жінки, які вживають наркотики, частіше стають постраждалими від гендернозумовленого насильства. Зокрема, в 5 містах України (Львові, Києві, Одесі, Дніпрі й Кривому Розі) було створено спеціальні кімнати комплексної допомоги наркозалежним жінкам, які потерпають від насильства. Сергій Харитонов, представник МБФ “Альянс громадського здоров’я” аргументує: “Метою цього проєкту є зменшення бар’єрів та доступу до профілактичних і медичних послуг для жінок з розладами, пов’язаними зі вживанням опіоїдів, пацієнток програми

замісної підтримувальної терапії, а також комплексна підтримка жертв насильства”  
(Укрінформ, 2024)

Досвід наркозалежності часто супроводжується коморбідними психічними розладами, такими як депресія, тривожність або посттравматичний стресовий розлад (National Institute on Drug Abuse, 2020). У звіті Управління ООН з наркотиків і злочинності (UNODC) зазначено, що поширеність психічних коморбідностей серед людей із розладами, пов’язаними з вживанням наркотиків, становить від 50% до 80%.

Жінки частіше використовують наркотики як механізм подолання емоційного болю або психологічного стресу, що сприяє формуванню стійкої залежності. Крім того, низька самооцінка, тривожні розлади та співзалежні стосунки збільшують ризик вживання психоактивних речовин (UNODC 2022).

Поширеність тривожних розладів значно вища у жінок, ніж у чоловіків. Такі розлади можуть супроводжуватися почуттям страху, нервозності та панічними атаками. Вживання наркотиків може тимчасово полегшувати ці симптоми, що в свою чергу призводить до розвитку залежності (Farhane-Medina, Luque, Tabernero & Castillo-Mayen, 2022). Також жінки в півтора рази частіше, ніж чоловіки, страждають від депресії. Депресивні симптоми, такі як втрата інтересу до життя, почуття безнадії та самозвинувачення, можуть підштовхувати до вживання наркотиків з метою самолікування (World Health Organization, 2023).

Дослідження вказують, що жінки можуть починати вживати наркотики під впливом своїх партнерів, вважаючи, що це зміцнить їхні взаємини або у відповідь на соціальний тиск, що ще більше ускладнює їхній вихід із залежності (Сазонова, 2010).

Особистісні характеристики, такі як низька самооцінка, нав’язливі думки та схильність до самокритики, можуть підвищувати вразливість жінок до розвитку різних форм залежності, включаючи наркотичну.

Низька самооцінка у жінок не виникає безпідставно - вона формується під впливом гендерної соціалізації. Гендерні стереотипи та очікування суспільства щодо ролі жінки можуть негативно впливати на її самосприйняття та знижувати самооцінку. Зокрема, традиційні уявлення про жіночність, які підкреслюють пасивність, залежність та підпорядкованість, сприяють формуванню у жінок відчуття меншовартості та невпевненості у собі.

Таким чином, гендерна соціалізація, що нав'язує жінкам обмежувальні стереотипи, може бути одним із ключових чинників, які сприяють зниженню самооцінки та підвищенню ризику розвитку наркотичної залежності (Суслик & Бондаревич, 2021).

Соціальні фактори відіграють важливу роль у розвитку та підтриманні наркотичної залежності у жінок. До найсуттєвіших належать стигматизація, дискримінація та економічні труднощі. У багатьох країнах жінки, які вживають наркотики, піддаються суворішій суспільній критиці, ніж чоловіки. Жінки, які стикаються з осудом суспільства через невідповідність до соціальних норм, часто переживають соціальну ізоляцію, брак підтримки та обмежений доступ до допомоги, що може сприяти вживанню наркотиків як способу подолання стресу та соціального тиску. Таким чином, соціальне неприйняття, дискримінація та гендерні очікування створюють несприятливе середовище для жінок, що підвищує ризик розвитку наркотичної залежності та ускладнює подальшу реабілітацію (Всеукраїнське об'єднання наркозалежних жінок «ВОНА», 2023).

Економічна нерівність також сприяє розвитку залежності. Багато жінок із залежністю зіштовхуються з безробіттям, фінансовими труднощами (через нижчу заробітну плату та обмежені можливості кар'єрного зростання) або втратою житла, що змушує їх залишатися в токсичних середовищах або займатися проституцією для виживання. Ці фактори підвищують ризик вживання наркотиків як способу уникнення стресу і одночасно вихід із залежності стає значно складнішим (Войтовська & Кравченко, 2018).

Загалом, розвиток наркотичної залежності у жінок визначається складною взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників. Для ефективного лікування необхідний гендерночутливий підхід, що враховує унікальні виклики, з якими зіштовхуються жінки. Інтеграція цих знань у реабілітаційні програми сприятиме підвищенню ефективності лікування та поверненню жінок до повноцінного життя.

## **1.2 Бар'єри в доступі жінок з наркотичною залежністю до програм реабілітації**

Бар'єри в доступі жінок з наркозалежністю до програм реабілітації становлять складне міждисциплінарне явище, зумовлене взаємодією системних, соціальних і психологічних чинників. Жінки, які вживають наркотики, зіштовхуються з унікальними труднощами, що відрізняються від досвіду чоловіків і потребують окремого дослідження. Розуміння цих бар'єрів є важливим для впровадження гендерночутливих програм реабілітації, які відповідатимуть реальним потребам жінок.

Системні та структурні бар'єри є одним із найскладніших компонентів, що обмежують доступ жінок до програм лікування та реабілітації залежностей. Вони включають недостачу гендерночутливих програм, недостатнє фінансування сфери подолання залежностей, а також каральну наркополітику. За даними Європейського центру моніторингу наркотиків та наркоманії, жінки становлять приблизно чверть споживачів наркотиків у Європі, але лише 20% з них отримують лікування (EMCDDA, 2021). Аналогічні тенденції спостерігаються і в США: лише 11% жінок із розладами, пов'язаними з вживанням наркотиків, проходили лікування у 2019 році. Брак спеціалізованих послуг, таких як стаціонарні програми з доглядом за дітьми, обмежує участь жінок, особливо матерів. У 2020 році лише 6% американських

закладів мали ресурси для одночасного перебування матері та дитини під час реабілітації (SAMHSA, 2020).

Жінки значно рідше отримують лікування порівняно з чоловіками. За даними World Drug Report 2024, лише одна з 18 жінок з розладами, пов'язаними з вживанням наркотиків, отримує лікування, тоді як серед чоловіків цей показник становить один з семи (UNODC, 2024). Аналогічно, у 2020 році, хоча одна з трьох осіб, які вживають наркотики, є жінкою, лише одна з п'яти осіб, які отримують лікування, є жінкою (UNODC, 2020). Ці цифри свідчать про значний гендерний розрив у доступі до лікування, що зберігається протягом років. Така стійка невідповідність між поширеністю розладів вживання психоактивних речовин серед жінок та їх доступом до лікування вказує на глибоко вкорінену системну нерівність (Molina-Fernández et al., 2024).

Історично, програми лікування залежностей були орієнтовані на чоловіків, і лише з кінця 1970-х років почала змінюватися суспільна думка, частково завдяки публічним заявам. Ця історична орієнтація на чоловіків призвела до того, що більшість існуючих послуг залишаються "гендернонейтральними" або "чоловікоорієнтованими", не враховуючи унікальних біологічних, психосоціальних та соціокультурних потреб жінок. Як наслідок, ці програми часто структурно не відповідають потребам жіночої аудиторії, що пояснює низький рівень звернень та високий відсоток відмов від лікування серед жінок. Це не просто питання кількісної нестачі програм, а й їхньої якісної невідповідності (Green, 2016).

Відсутність сталої міжвідомчої взаємодії між системами охорони здоров'я, соціального захисту й юстиції створює ситуації, коли жінки залишаються без комплексної підтримки. Різні цінності систем, наприклад, судових органів та служб захисту дітей, створюють фундаментальний конфлікт, що безпосередньо впливає на лікування та реабілітацію жінок.

Неадекватна комунікація та відсутність спільного знання між установами призводять до поганої координації лікування, стресу для клієнтів та припинення участі в програмах. Це означає, що навіть якщо послуги існують, відсутність координації заважає наданню комплексної допомоги. Жінкам, які часто мають численні супутні потреби (догляд за дітьми, житло, психічне здоров'я, юридичні питання), переважно доводиться самостійно орієнтуватися в складних та розрізнених системах (U.S. Department of health and human services, 2022)

Каральні практики щодо жінок із залежністю створюють додаткові ризики: криміналізація вживання наркотиків призводить до ситуацій, коли лікування та реабілітація розглядається не як допомога, а як ризик. Національні наркополітики часто недостатньо враховують потреби жінок та дітей, а каральні заходи відлякують жінок від звернення за лікуванням. (UNODC, 2021). В Україні додатковим стримувальним фактором є стаття 164 Сімейного кодексу, яка передбачає можливість позбавлення батьківських прав через зловживання наркотичними речовинами (Сімейний кодекс України, 2002, ст. 164). Це положення чинного законодавства створює атмосферу страху серед матерів із залежністю, змушуючи їх приховувати свій стан замість звертатися за допомогою. У США "війна з наркотиками" призвела до політики, що пріоритезує вилучення дітей над збереженням сім'ї, часто базуючись на припущеннях, а не на доказах шкоди дитині. Наприклад, у 2017 році близько 40% дітей, які потрапили до прийомної сім'ї, були вилучені саме через вживання наркотиків батьками (U.S. Department of Health and Human Services, 2018). Незважаючи на відсутність деталізованої публічної статистики щодо вилучення дітей з сімей саме через вживання наркотиків батьками, в Україні простежуються подібні до США тенденції. Впродовж тривалого часу домінував інституційний підхід, за якого пріоритетом було вилучення дитини з "неблагополучного" середовища, а не підтримка родини (Войтовська & Кравченко, 2018). Дослідження Укрінформу засвідчують, що сам факт вживання жінкою психоактивних речовин часто розглядається як автоматична загроза для дитини, навіть без підтверджених фактів насильства чи нехтування (Укрінформ, 2024).

Економічні бар'єри також є значними: жінки частіше стикаються з фінансовими труднощами, включаючи низькі зарплати, відсутність медичного страхування та загальну бідність, що обмежує доступ до лікування. Хронічна неповноцінна зайнятість та відсутність фінансових ресурсів є не лише перешкодою, а й потенційним чинником розвитку залежності та значною перешкодою для одужання. Якщо базові потреби, такі як їжа та житло, не задоволені, жінки не можуть повноцінно зосередитися на лікуванні. Наприклад, для бездомних жінок, пріоритетність базових потреб часто витісняє фокус на лікуванні. Відсутність медичного страхування, неадекватний транспорт, відсутність обізнаності про ресурси та недовіра до влади є додатковими перешкодами для цієї вразливої групи. Програми, що надають житло ("Housing First"), виявилися ефективними у зменшенні бездомності, навіть серед осіб з важкими психічними захворюваннями (в тому числі й розлад, пов'язаний з вживанням), що підкреслює важливість задоволення базових потреб як основи для лікування залежності (Upshur, 2018)

Географічні обмеження, особливо в сільській місцевості, створюють значні перешкоди. У таких регіонах менше закладів лікування, вони більш розкидані, часто бракує фінансування та кваліфікованого персоналу, а також відсутні спеціалізовані програми для жінок чи меншин. Це призводить до довгих черг та обмеженого доступу до доказових методів лікування, таких як медикаментозна терапія. Жінки в сільській місцевості стикаються з подвійним недоліком: загальною нестачею послуг та відсутністю спеціалізованих програм, адаптованих до їхніх унікальних потреб (American Addiction Centers, 2024).

Соціальні бар'єри пов'язані зі стигматизацією жінок, які вживають наркотики, їх соціальним статусом, економічною нестабільністю та відповідальністю за догляд за дітьми. Гендерні норми та очікування щодо жіночих ролей у суспільстві створюють особливий тиск на жінок із залежністю. Дослідження показують, що стигма щодо жінок із наркозалежністю сильніша, ніж щодо чоловіків, оскільки вона поєднується зі сприйняттям «неадекватної матері» або «девіантної жінки» (Webb et al., 2022).

Суспільний осуд і страх засудження з боку медичного персоналу, родичів або громадськості часто відштовхує жінок від звернення до служб. Крім того, економічна залежність від партнера, відсутність роботи або житла часто змушує жінок залишатися в аб'юзивному середовищі, що перешкоджає реабілітації (UNODC, 2022).

Стигма є фундаментальною причиною нерівності в галузі охорони здоров'я, що призводить до розвитку розладів вживання психоактивних речовин, підриває зусилля з лікування та посилює стійкі розбіжності. Жінки, які вживають наркотики, стигматизуються за свою поведінку, що маргіналізує їх у суспільстві. Ця стигма посилюється традиційними гендерними ролями та очікуваннями щодо жінок як "відповідальних матерів та опікунок". Це створює подвійний стандарт, де чоловіча залежність часто сприймається з розумінням як відповідь на стрес, тоді як жіноча залежність призводить до морального осуду та ярликів "непридатна мати" або "морально розбещена". Стигма також впливає на сприйняття жінками власної потреби в лікуванні. Багато жінок, які потребують допомоги, не вважають, що їм потрібне лікування, або вірять, що можуть впоратися із залежністю самостійно. Це може бути формою заперечення, що посилюється суспільним осудом та відсутністю раннього виявлення (Lee & Voeri, 2017).

Особливої уваги потребує проблема догляду за дітьми: багато жінок є єдиними опікунами, і відсутність послуг з догляду за дітьми в межах програм лікування позбавляє їх можливості проходити реабілітацію. У країнах з низьким рівнем соціальної підтримки ці труднощі є ще більш вираженими. В Україні, наприклад, такі послуги майже відсутні на національному рівні, за винятком окремих локальних ініціатив (UNWUD, 2023).

Жінки частіше за чоловіків мають членів сім'ї, друзів та партнерів, які вживають наркотики та підтримують їхнє вживання. Це створює соціальне середовище, яке може перешкоджати одужанню, оскільки соціальна мережа не заохочує утримання від психоактивних речовин. Страх втратити партнера під час лікування також є бар'єром (UNODC, 2014).

Психологічні бар'єри ґрунтуються на високому рівні психологічного дистресу, травматичних досвідів, низькій самооцінці та супутніх психічних розладах.

Значна частина жінок, які вживають наркотики, мають в анамнезі досвід насильства або сексуальної експлуатації. Цей досвід є не лише передумовою розвитку залежності, а й чинником, що ускладнює процес звернення до реабілітації.

Якщо послуги не є травмаорієнтованими, жінки можуть уникати звернення за допомогою, побоюючись ретравматизації або відплати від кривдників. Це підкреслює критичну потребу в гендерночутливій та травмаорієнтованій допомозі, яка створює безпечне, підтримуюче та виховне середовище для жінок (Pyramid Healthcare, 2024).

Низька самооцінка, почуття провини або сорому можуть перешкоджати зверненню до служб допомоги. У дослідженні Social Science Research Institute зазначено, що жінки частіше відкладають лікування через відчуття неготовності, сорому та страху.. Ці почуття посилюються суспільним осудом та страхом бути засудженими персоналом, родичами чи громадськістю, що часто відштовхує жінок від звернення до служб. У контексті нерозуміння працівників, ці почуття посилюються і формують стійке уникання допомоги. Саме тому розробка програм із фокусом на емоційній підтримці, терапії травми та формуванні довіри між пацієнтками та персоналом є критичною складовою успішної реабілітації (Krug, 2023).

Крім того, значна частина жінок, які потребують лікування, просто "не готові" припинити вживання психоактивних речовин. Це може бути пов'язано з запереченням або вірою в те, що вони можуть впоратися із залежністю самостійно. Такі психологічні бар'єри, як низька самооцінка та заперечення, можуть перешкоджати навіть усвідомленню проблеми та пошуку допомоги, незалежно від наявності зовнішніх ресурсів (Apsley et al., 2023).

Таким чином, бар'єри в доступі жінок із наркозалежністю до програм реабілітації є багаторівневими та системно взаємопов'язаними. Вони охоплюють структурні недоліки, гендерну стигматизацію, соціальні обмеження та індивідуальні

психологічні особливості. Аналіз виявлених бар'єрів демонструє, що вони рідко існують ізольовано, натомість часто переплітаються, створюючи кумулятивний ефект, який значно ускладнює доступ до лікування. Наприклад, страх втрати дитини (системний бар'єр, посилений каральною наркополітикою) нерозривно пов'язаний зі стигмою "поганої матері" (соціальний бар'єр) та почуттям провини (психологічний бар'єр). Цей взаємозв'язок означає, що усунення одного бар'єру без урахування інших може бути недостатнім для забезпечення ефективного доступу та утримання в лікуванні. Подолання цих перешкод можливе лише через впровадження комплексного гендерночутливого підходу, що враховує не лише медичні, а й соціальні, психологічні та правові аспекти. Такий підхід передбачає адаптацію сервісів до реальних умов життя жінок, підготовку персоналу до роботи з травмою, створення безпечного простору та зменшення соціального осуду, що в довгостроковій перспективі сприятиме покращенню доступу жінок до допомоги та їх успішній соціальній реінтеграції.

### **1.3 Гендерночутливий підхід реабілітації жінок з наркотичною залежністю**

Гендерночутливий підхід в реабілітації враховує особливі потреби та обставини жінок з наркозалежністю, що відрізняють їх від чоловіків. У попередніх підрозділах було описано фактори залежності та бар'єри в доступі для жінок до програм реабілітації; натомість даний підрозділ зосереджується на тому, які підходи до лікування й реабілітації виявилися ефективними з урахуванням гендерних особливостей жінок.

Міжнародний досвід, передусім практики США, Канади та країн ЄС, свідчить, що адаптація програм реабілітації до потреб жінок покращує результати лікування і сприяє залученню цієї вразливої групи. Провідні організації в галузі залежностей, такі як Служба зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров'я США (SAMHSA) та Європейський центр моніторингу наркотиків та наркоманії

(EMCDDA), підкреслюють важливість гендерноорієнтованих інтервенцій. Зокрема, рекомендації SAMHSA акцентують, що програми для жінок мають включати комплексний, «цілісний» підхід, який передбачає одночасне вирішення медичних, психологічних і соціальних проблем, врахування сімейних обов'язків, застосування травмоінформованої практики, фокус на супутніх розладах (таких як депресія, тривожність) та створення безпечного підтримувального середовища (SAMHSA, 2016)

Подібну позицію займає EMCDDA, підкреслюючи важливість врахування індивідуальних потреб жінок різного віку, сімейного статусу та історії вживання (EMCDDA, 2021).

Нижче розглянуто ключові моделі гендерночутливого підходу – такі як травмоінформований підхід, гендерні жіночі («women-only») програми, інтегровані моделі допомоги, сервіси для вагітних і матерів, сімейноорієнтоване лікування та адаптовані для жінок практики зниження шкоди, а також доказову базу їх ефективності.

Травмоінформований підхід (англ. *trauma-informed care*) визнаний одним із ключових компонентів допомоги жінкам із наркозалежністю. Травматичний досвід, як розглянуто вище, часто тісно переплітається із розвитком залежності та ускладнює процес реабілітації. Травмоінформований підхід означає, що всі аспекти лікування, від першого контакту і оцінки до безпосередньо терапевтичних методик, побудовані з урахуванням можливих травм пацієнтки. Практично це включає: скринінг на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і насильство, створення атмосфери безпеки та довіри, уникнення тригерів повторної травматизації, навчання пацієнток навичкам подолання наслідків травми, а також підготовку персоналу працювати чутливо до теми насильства (Giggie, Boudreaux, & Harper, 2023).

Ефективність травмоінформованого підходу підтверджується зростаючою кількістю наукових даних. Зокрема, систематичний огляд 15 досліджень, проведений Дерілом

Махоном, засвідчив, що впровадження травмоінформованих змін у лікувальних закладах для залежних пов'язане зі зниженням рівня вживання наркотиків, послабленням симптомів психічного напруження і ПТСР, а також з покращенням утримання в програмі лікування. Іншими словами, жінки, які отримують допомогу в установах з травмоінформованою моделлю, рідше достроково припиняють лікування і демонструють кращу динаміку як у подоланні залежності, так і у відновленні психічного здоров'я. Окрім того, відзначаються і *суб'єктивні покращення*: пацієнтки повідомляють про вищу задоволеність послугами і відчуття підтримки (Mahon, 2024).

На практиці травмоінформований підхід реалізується через спеціально розроблені терапевтичні програми для жінок. Прикладом є інтеграція в реабілітацію модулів, спрямованих на опрацювання травми. Зокрема, поширеними у США стали авторські курси Стефані Ковінгтон “*Helping Women Recover*” («Допомогти жінкам одужати») та “*Beyond Trauma*” («Поza межами травми»), побудовані спеціально для жінок з залежністю. Комбінована програма *Helping Women Recover & Beyond Trauma* (HWR/BT) складається з 32 сесій, що охоплюють теми самосприйняття, взаємин, сексуальності, духовності, насильства, впливу травми та процесу зцілення. Програма має на меті зменшення вживання психоактивних речовин, зниження симптомів депресії та ПТСР, підвищення самоефективності та стабілізацію процесу одужання (Covington, 2019; Covington, 2016). Досвід застосування таких травмоінформованих модулів (в тому числі серед жінок у місцях позбавлення волі) показав значні переваги: зменшуються симптоми депресії, тривожності та ПТСР, знижуються показники вживання та покращується психологічне самопочуття (CEWH, 2024). Тож включення компонентів, що враховують травму, не лише допомагає жінкам пропрацювати глибинні причини залежності, але й підвищує їхню залученість і довіру до лікування. Сьогодні травмоінформований підхід рекомендований провідними організаціями як елемент гендерночутливих програм реабілітації. Наприклад, у настановах SAMHSA та ВООЗ підкреслюється, що ефективне лікування має враховувати травматичний досвід, включати елементи безпеки, довіри та уникнення повторної травматизації, а

також надавати спеціалізовані сервіси з урахуванням гендерних потреб (SAMHSA, 2015; WHO, 2014).

Гендерноорієнтовані програми - це такі програми лікування залежності, які передбачають окремі групи або навіть окремі заклади тільки для жінок. Історично більшість реабілітаційних центрів та груп взаємодопомоги були змішаними або навіть чоловікоорієнтованими, що створювало дискомфорт і перешкоди для пацієнок. Змішані групи нерідко стають “чоловічим простором” - чоловіки можуть чисельно переважати і домінувати у спілкуванні, що відображає загальні культурні гендерні норми (Roa et al., 2022). Жінки в таких умовах часто не наважуються відкрито говорити про свої проблеми (особливо про пережите насильство, сексуальну експлуатацію, втрату дітей тощо) в присутності чоловіків, або ж відчувають меншу довіру і підтримку. Деякі жінки описують змішані групи як потенційно небезпечні - одна з учасниць назвала таку групу *«мисливськими угіддями» для хижих чоловіків*, де вона почувалася вразливою (Whitehead et al., 2023). Тому у деяких країнах за останні десятиліття впроваджено “*women-only*” підходи: створено спеціалізовані жіночі відділення, групи взаємодопомоги для жінок та окремі реабілітаційні центри, куди приймають виключно жінок (та їхніх дітей).

Ранні дослідження повідомляли про певні переваги жіночих програм. Наприклад, у США жінки, які проходили реабілітацію в суто жіночих групах демонстрували значно менше вживання психоактивних речовин та кримінальної поведінки, ніж ті, хто лікувався в змішаних групах. Зокрема, інтеграція в жіночі програми компонентів, що враховують травматичний досвід та психічне здоров'я, показала вищу задоволеність клієнок і кращі результати щодо симптомів ПТСР і депресії, порівняно зі стандартним лікуванням (Greenfield et al., 2013)

Досвід інших країн також підтверджує користь таких програм. Наприклад, у Чилі на національному рівні з 2010 року діє мережа державних жіночих реабілітаційних центрів, покликана зменшити бар'єри для жінок. Чилійська програма забезпечує комплексний супровід: психологічну допомогу з акцентом на травми, соціальну

роботу (в тому числі з сім'єю), навички виходу з ситуацій насильства тощо. Порівняльне дослідження результатів цих women-only центрів проти звичайних змішаних програм виявило цікаві тенденції. Хоча загальний рівень утримання від лікування був схожим, у довгостроковій перспективі частка жінок, що успішно завершили повний курс лікування, була вищою в жіночих програмах (34% проти 23% у змішаних). Дослідники роблять висновок, що гендерноорієнтовані програми принаймні не поступаються за ефективністю стандартним, а потенційно й перевершують їх за окремими показниками, однак потребують подальшого вивчення (Olivari et al., 2021).

Отже, створення окремого «безпечного простору» є дієвим інструментом, щоб жінки могли зосередитись на одужанні, не побоюючись осуду чи домінування з боку чоловіків.

Також ефективним підходом вважаються інтегровані моделі допомоги, які надають комплекс послуг одночасно або в тісній координації. Ідея полягає в тому, щоб лікувати «цілу людину» (*whole-person care*), а не лише її наркозалежність, об'єднуючи зусилля різних спеціалістів у єдиній програмі.

Для жінок особливо актуально інтегрувати в лікування служби психічного здоров'я (оскільки розлади настрою, тривожність і ПТСР значно поширені серед жінок із залежністю) та медичні послуги (гінекологічні, акушерські, лікування інфекцій тощо). Типовий приклад інтегрованої моделі - це центр, де під одним дахом або в рамках єдиної програми жінка може отримати: допомогу нарколога (або доступ до замісної терапії), консультацію психолога чи психіатра, огляд гінеколога, підтримку соціального працівника у питаннях житла чи роботи, юридичну консультацію, а також займатися в групі підтримки. Такий підхід зменшує кількість кроків, які жінці треба зробити, щоб отримати повноцінну допомогу, і тим самим підвищує ймовірність, що вона залишиться в полі зору фахівців та успішно пройде реабілітацію (Hrytsanyuk, 2015).

На практиці інтегровані моделі набувають різних форм. Наприклад, налагоджується співпраця між наркологічними клініками та службами психічного здоров'я, аби жінки могли одночасно отримувати допомогу від обох. Інший напрям - координація між центрами реабілітації та соціальними службами: жінкам допомагають з тимчасовим житлом, навчанням професійним навичкам, працевлаштуванням, що знижує ризик повернення до вживання унаслідок соціальної вразливості. Враховуючи, що частина жінок, що вживають наркотики, залучені до проституції, інтеграція може включати виїзні мобільні бригади і гнучкий графік роботи служб, щоб такі жінки теж мали доступ до допомоги. Загалом, інтегровані моделі відображають розуміння, що «один підхід не підходить для всіх»: необхідно враховувати всю сукупність потреб жінки (Springer, 2023).

Варто згадати і про *інтегровані програми з урахуванням культури*. Жінки з етнічних меншин чи мігрантки можуть потребувати додаткових адаптацій - наприклад, залучення перекладачів, культурних посередників, персоналу-жінок тієї ж спільноти. Такі елементи теж є частиною гендерночутливої інтегрованої допомоги, оскільки вони сприяють тому, щоб жінки, котрі подвійно маргіналізовані (і за залежністю, і за етнічним походженням), отримали необхідні послуги (Гетьман та ін., 2017).

Особливу категорію становлять жінки з наркозалежністю, які є вагітними або мають малолітніх дітей. Для них традиційні підходи реабілітації часто малодоступні або недостатні, адже такі жінки стикаються з різними страхами та перепонами. Гендерночутливий підхід приділяє окрему увагу створенню сервісів, де вагітні та матері можуть отримати необхідне лікування без загрози для їхнього материнства (CEWH, 2024).

Однією з ключових стратегій є впровадження спеціалізованих програм для вагітних із залежністю. У США розроблено клінічні рекомендації для ведення вагітних із опіоїдною залежністю, що наголошують на важливості підходу: замісна підтримувальна терапія (метадоном або бупренорфіном) вважається золотим стандартом, оскільки різке припинення вживання може зашкодити плоду. Також

рекомендується забезпечити акушерський нагляд, скринінг на ВІЛ/гепатити, консультування щодо ризиків для дитини і підтримку у підготовці до пологів (SAMHSA). Практика показує, що вагітні, які отримують інтегровану допомогу (нарколог, акушер-гінеколог і психолог), значно краще дотримуються лікування і мають кращі перинатальні наслідки (менше випадків передчасних пологів, вищу масу тіла новонароджених тощо), порівняно з тими, хто лікується фрагментарно або не лікується взагалі. Іншими словами, *пренатальні програми* з фокусом на залежних жінках не лише допомагають самим жінкам стабілізуватися, але й захищають здоров'я майбутніх дітей (Hubberstey et al., 2022).

Для жінок, які вже стали матерями, надзвичайно важливим є збереження зв'язку з дитиною під час лікування. Тут на допомогу приходить модель сімейноорієнтованого лікування (*family-oriented treatment*) - це підхід, при якому в процес реабілітації залучаються члени сім'ї пацієнтки та враховуються сімейні взаємозв'язки. Для жінок із залежністю така модель є надзвичайно актуальною, оскільки їхня роль у сім'ї (як матері, партнерки, доньки) істотно впливає і на виникнення проблеми, і на шанси успішного одужання.

Конкретно для матерів створюються такі умови, щоб вони могли або привезти дитину із собою у реабілітаційний центр, або отримувати амбулаторні послуги в зручний час, коли є з ким залишити дитину. Це усуває головну перепону для лікування - страх втратити дитину - і водночас дозволяє *поєднати реабілітацію з навчанням материнським навичкам* (CEWH, 2024)..

Інтеграція послуг для матерів часто включає також педіатричну допомогу дітям і підтримку розвитку навичок материнства. Дослідження доводять, що додавання компоненту материнського навчання до програм лікування може допомогти зменшити вживання у матері і покращує її стосунки з дитиною. Роблячи материнство частиною терапії, ми не “відволікаємося” від лікування залежності, а навпаки, робимо його більш дієвим і стійким (Sternberger et al., 2023).

Український контекст в цьому аспекті також потребує уваги: останніми роками впроваджуються прогресивні підходи: зокрема, замісна підтримувальна терапія дозволяється і для вагітних, створюються програми “Матері і дитини” при підтримці міжнародних організацій. Втім, масштаб таких сервісів поки обмежений. Інтеграція акушерської допомоги, педіатрії та наркології в Україні знаходиться лише на початкових етапах, але усвідомлення цієї потреби зростає (Стасенко, 2024).

Сімейноорієнтований підхід реалізується різними способами. Один із компонентів - це сімейна терапія, коли психолог працює не тільки з жінкою, але і з її близькими (чоловіком/партнером, батьками, дітьми старшого віку). Мета - покращити взаєморозуміння в сім'ї, навчити рідних як підтримувати жінку в тверезості та як вирішувати конфлікти без рецидивів. Інший компонент - навчання партнерів і родини особливостям залежності (щоб зменшити стигму і хибні уявлення) та спільне планування життя після лікування. Крім того, сімейноорієнтована модель може передбачати, що рішення щодо лікування приймаються з урахуванням сімейних обставин (Hogue et al., 2022).

Діти, чий матері проходять реабілітацію, мають менше шансів потрапити до системи інтернатів чи прийомних сімей, якщо програма дозволяє зберегти єдність сім'ї. Іншими словами, лікування матері дорівнює профілактиці сирітства (Casey Family Programs, 2019).

Цей підхід визнається вдалим для довгострокової реабілітації. Він не лише допомагає жінці сформувати міцніше коло підтримки поза стінами центру, але й враховує благополуччя наступного покоління - дітей, які завдяки одужанню матері отримують шанси на стабільніше життя. Міжнародні організації (наприклад NIDA) все частіше рекомендують інтегрувати заходи з підтримки сімей у програми для жінок, підкреслюючи, що подолання жіночої наркозалежності і захист прав дитини повинні йти поруч (NIDA, 2018).

Окрім лікування і реабілітації, важливою складовою підтримки є програми зниження шкоди - обмін шприців, пункти безпечного споживання, роздача налоксону, інформаційні кампанії тощо (Центр громадського здоров'я, 2020). *Гендерноадаптовані* послуги зниження шкоди намагаються подолати бар'єри, що заважають жінкам користуватися такими програмами, і зробити їх більш доступними та безпечними.

Основні принципи адаптації включають гнучкість і виїзну роботу. Наприклад, враховуючи, що жінки-СПН (споживачки ін'єкційних наркотиків) часто обтяжені доглядом за дітьми або залучені в проституцію, пункти обміну шприців та консультацій працюють безпосередньо на місцях вживання наркотиків і пропонують мобільний аутріч (outreach) – виїзд соціальних працівників до місць, де перебувають жінки (Brussa, van Wanrooij, 2013) . Деякі сервіси запроваджують послуги з догляду за дітьми на місці: поки мати отримує консультацію чи міняє шприци, дитина може побути у спеціально обладнаному дитячому куточку під наглядом персоналу (Клуб «Еней», 2019) .

Окремий фокус - гендернозумовлене насильство і експлуатація. Жінки, які вживають наркотики, значно частіше зазнають сексуального та фізичного насильства, стають жертвами торгівлі людьми або примусової проституції. Тому програми зниження шкоди дедалі частіше інтегрують механізми виявлення і реагування на насильство (Open Society Institute, 2010). Наприклад, в Україні впроваджується підхід, коли працівники ВІЛ-сервісів і пунктів обміну шприців опитують жінок про досвід насильства та можуть негайно скерувати до кризових центрів чи поліції у разі потреби. Також розробляються *алгоритми захисту прав жінок*, щоб, скажімо, жінка-СПН могла отримати притулок в притулку, навіть якщо вона продовжує вживати. Ці заходи визнаються життєво необхідними, бо безпека - перший крок до того, щоб жінка взагалі почала думати про лікування або хоча б підтримувала контакт із соціальними службами (Елеос, 2022).

Для країн з обмеженими ресурсами впровадження окремих жіночих центрів може бути складним, але навіть *малі кроки* у адаптації програм зниження шкоди приносять користь. Наприклад, в програмах обміну шприців можна забезпечити наявність жінок-консультанток і гінекологічних наборів (контрацептиви, засоби інтимної гігієни) – це вже робить сервіс більш дружнім до жінок. Виїзні бригади можуть пріоритетно відвідувати місця, де перебувають жінки, пропонуючи їм і базові послуги, і гарячу лінію на випадок насильства. Україна, маючи високий рівень ВІЛ серед жінок, що вживають наркотики, також рухається в цьому напрямку: громадські організації спільно з державою все активніше впроваджують гендерний компонент у програми зменшення шкоди (інтегруючи, наприклад, кейс-менеджмент для жінок, що зазнали насильства, у рамках ВІЛ-сервісу). Такий підхід відповідає міжнародним рекомендаціям, які закликають забезпечити орієнтацію на жінок у всіх інтервенціях - від профілактики до лікування. Зокрема, дослідження міжнародних та національних практик запобігання насильству щодо жінок і дівчат, проведене ООН Жінки в Україні, підкреслює важливість впровадження гендерночутливих послуг для ефективної боротьби з насильством та підтримки постраждалих (UN Women, 2021).

Крім того, Міністерство соціальної політики України активно працює над впровадженням гендерної політики, спрямованої на забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, що включає заходи з запобігання насильству на гендерній основі.

Ці зусилля свідчать про прагнення України відповідати міжнародним стандартам у сфері гендерної рівності та ефективно реагувати на проблему насильства щодо жінок, зокрема серед спільнот, що вживають наркотики.

Отже, гендерночутливий підхід до реабілітації жінок з наркозалежністю на сьогодні не є теоретичною концепцією, а чітко окресленим набором практик, підтверджених досвідом. Моделі, розглянуті вище - травмоінформована допомога, програми тільки для жінок, інтегровані сервіси, фокус на матерях, сімейна терапія та адаптоване зниження шкоди - демонструють позитивний вплив на залученість жінок до

лікування, рівень успішного завершення програм і покращення якості життя. Міжнародні організації (ВООЗ, UNODC, EMCDDA та ін.) закликають уряди впроваджувати ці підходи і фінансувати спеціалізовані сервіси для жінок, наголошуючи, що гендерна пріоритетизація (*gender mainstreaming*) в політиках щодо наркотиків сприяє загальному зниженню шкоди та нерівностей. В Європейському Союзі, наприклад, гендерний підхід є частиною офіційної стратегії: країни-члени заохочуються розробляти “*women-centered*” інтервенції і враховувати потреби різних підгруп жінок (від молодих до літніх, від вагітних до тих, хто вийшов із в’язниці).

Для України гендерночутливий підхід також має стати невід’ємною частиною системи допомоги при залежностях. Хоча жінки складають меншість наркозалежних, їхня частка поступово зростає, і вони мають ряд неврахованих потреб. Впровадження міжнародних напрацювань - створення притулків та реабілітаційних центрів, дружніх до жінок, навчання персоналу травмоінформованості, надання правового захисту матерям, інтеграція послуг охорони здоров’я – здатне суттєво підвищити охоплення і ефективність лікування. Перші кроки вже робляться неурядовими організаціями спільно з державними (наприклад, проекти, підтримані UNODC та UN Women, що запускають гендерноорієнтовані сервіси на рівні громад). Гендерночутливий підхід - це інвестиція не лише в здоров’я самих жінок, але й у благополуччя їхніх дітей, сімей і суспільства загалом. Міжнародний досвід однозначно вказує на його ефективність, а отже, адаптація цих практик у національний контекст є завданням сучасної наркологічної служби.

Впровадження гендерночутливих програм у сфері залежностей неможливе без міждисциплінарної співпраці, де соціальна робота виступає ключовою ланкою між медициною, психологічною допомогою, освітою, правозахистом і громадськими ініціативами. Саме соціальна робота здатна забезпечити цілісну підтримку, враховуючи соціальне оточення, психоемоційний стан, потребу в безпеці, відновленні соціальних ролей і стосунків. Фахівці соціальної сфери можуть координувати різні послуги - доступ до житла, правової допомоги, програм

материнства, ресоціалізації професійного навчання тощо, що особливо актуально для жінок.

## РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1 Час і місце дослідження

Дослідження проводилось з жовтня 2024 року по квітень 2025 року у місті Києві шляхом проведення офлайн-інтерв'ю із представниками організацій, які надають послуги людям із наркотичною залежністю. Інтерв'ю відбувалися безпосередньо у приміщеннях відповідних організацій. У межах дослідження було здійснено візити до таких установ: Київська міська клінічна лікарня «Соціотерапія» (психіатричне відділення №3), Київська міська клінічна лікарня №10, громадська організація «Клуб Еней», ВБО «Конвіктус Україна», реабілітаційний центр «Український інститут залежностей», а також Всеукраїнське об'єднання наркозалежних жінок «ВОНА» та Всеукраїнське об'єднання наркозалежних людей «VOLNa».

### 2.2 Етапи дослідження

Дослідження проводилося у три етапи: підготовчий, основний та заключний.

На першому етапі (жовтень – лютий 2025 року) був проведений огляд зарубіжної та вітчизняної наукової літератури щодо гендерної чутливості жінок з наркотичною залежністю. Було проаналізовано актуальні дані про вплив гендеру на чинники формування наркотичної залежності, бар'єри в доступі до допомоги, а також існуючі практики гендерночутливого підходу реабілітації жінок.

Визначено метод дослідження – напівструктуроване інтерв'ю – та розроблено відповідний гайд для його проведення.

Другий етап (березень 2025 року) включав збір емпіричного матеріалу. Проведено 10 глибинних офлайн-інтерв'ю з представниками семи організацій, які працюють у

сфері допомоги особам з наркотичною залежністю в Україні. За усною згодою учасників інтерв'ю записувались на диктофон та пізніше транскрибувалися.

На третьому етапі (квітень 2025 року) здійснювався аналіз отриманих даних та узагальнення результатів. На основі отриманих результатів сформульовано висновки в межах емпіричного розділу, які стали основою для розробки практичних рекомендацій у роботі.

### **2.3 Процедура дослідження**

За результатами опрацювання наявних наукових джерел, дотичних до теми бакалаврської роботи, було визначено об'єкт та предмет дослідження. Окрім цього, також на основі проведеного аналізу літератури було сформовано інструмент дослідження, за допомогою якого у подальшому проводилося інтерв'ю.

Наступним кроком стало визначення каналів доступу до респондентів із організацій, що працюють у сфері залежностей. Первинно контакт із організаціями здійснювався через офіційні канали (електронна пошта, веб-сайти), однак відповіді на звернення не надходили. У зв'язку з цим було застосовано метод "снігової кулі": більшість респондентів були знайдені через особисті контакти дослідниці, а також через попередніх учасників, які рекомендували інших фахівців у сфері. Домовленість про інтерв'ю відбувалася переважно через особисті повідомлення у месенджерах (Telegram, Facebook Messenger) або телефоном.

Всім респондентам попередньо було повідомлено про мету дослідження. Також, всі респонденти були проінформовані щодо особливостей проведення інтерв'ю, оформлення та висвітлення результатів дослідження. Була отримана згода на використання диктофону для запису усіх інтерв'ю. Зазначався процес збереження конфіденційності, а саме: видалення аудіозапису розмови зі всіх інформаційних

носіїв після її транскрибування, кодування транскриптів та використання кодування під час аналізу та висвітлення загальних результатів дослідження. Надавалась уточнююча інформація за особистим запитом респондентів.

Далі, збір даних відбувався в обумовленому заздалегідь місці ( у всіх випадках це були безпосередньо приміщення організацій). Інтерв'ю тривали від 30 хвилин до 2 годин. Надалі відбувався аналіз зібраних даних.

## **2.4 Методи та інструменти дослідження**

Дане дослідження проводилось з використанням якісного дизайну. Для збору даних дослідження був використаний метод напівструктурованого інтерв'ю.

Цей метод дозволяє не лише отримати відповіді на заздалегідь сформульовані запитання, але й гнучко реагувати на зміст розмови, занурюючись у контекст досвіду респондента. Саме такий підхід надає можливість виявити специфіку практик організацій, їх ставлення до гендерного компонента в реабілітаційній роботі, а також побачити реальні бар'єри, з якими стикаються жінки з наркозалежністю у доступі до допомоги.

Під час проведення інтерв'ю використовувався заздалегідь підготовлений гайд, який допоміг зосередитися на ключових аспектах дослідження, відповідно до сформульованих завдань. Гайд складався зі вступного слова та п'яти змістовних блоків запитань: (1) загальна інформація про діяльність організації; (2) спостережувані бар'єри в доступі жінок до програм реабілітації; (3) специфіка гендерночутливих підходів у роботі з клієнтками; (4) наявні програми або практики підтримки жінок із залежністю; (5) експертний блок із баченням шляхів покращення системи допомоги.

По завершенню інтерв'ю респондентам пропонувалося поділитися додатковими коментарями, зробити уточнення або підняти теми, які, на їхню думку, є важливими в контексті дослідження, але не були прямо включені до гайду. Такий підхід сприяв формуванню більш глибокої картини щодо застосування або відсутності гендерночутливого підходу у реабілітаційній практиці.

## 2.5 Характеристика вибірки

Вибірка дослідження була цільовою: респондентами стали працівники організацій, які надають послуги особам із наркотичною залежністю. Основним критерієм відбору було залучення респондентів із практичним досвідом у сфері надання допомоги особам з наркозалежністю, незалежно від того, чи спеціалізується організація винятково на роботі з жінками. Деякі з респондентів також мають власний досвід залежності, однак це не було обов'язковою умовою включення до вибірки.

Характеристики групи респондентів надані у таблиці 2.5.1

Таблиця 2.5.1 Характеристики респондентів

№	Назва організації	Посада	Стать	Досвід роботи
1	Київська міська наркологічна клінічна лікарня “Соціотерапія” (Психіатричне відділення №3)	Соціальний працівник	Жіноча	7 років
2	Київська міська наркологічна клінічна лікарня “Соціотерапія” (Психіатричне відділення №3)	Психолог	Жіноча	3,5 роки
3	Київська міська клінічна лікарня №10, психіатричне відділення	Соціальний працівник і психолог	Чоловіча	5 років

4	Всеукраїнське об'єднання наркозалежних жінок "ВОНА"	Директорка організації	Жіноча	17 років
5	Реабілітаційний центр "Український інститут залежностей"	Керівник реабілітаційної програми	Жіноча	4
6	ВБО "Конвіктус Україна"	Кейс-файндер	Жіноча	11
7	ВБО "Конвіктус Україна"	Кейс-файндер	Чоловіча	9
8	Громадська організація "Клуб Еней"	Менеджерка з моніторингу та оцінки	Жіноча	3
9	Всеукраїнське об'єднання людей з наркозалежністю "VOLNa"	Консультант регіонального розвитку Київської області	Жіноча	8
10	Всеукраїнське об'єднання людей з наркозалежністю "VOLNa"	Директор організації	Чоловіча	25

## 2.6 Труднощі та обмеження дослідження

На етапі рекрутування респондентів дослідниця зіштовхнулася з рядом труднощів. Зокрема, офіційні звернення до організацій, що працюють із людьми з наркозалежністю, залишилися без відповіді, попри надання пояснення мети дослідження та запиту на інтерв'ю. Це ускладнило процес формування вибірки та потребувало пошуку альтернативних шляхів доступу до потенційних учасників дослідження через особисті контакти або неформальні мережі.

Труднощі виникали і на етапі організації самих інтерв'ю. Частина потенційних респондентів відкладала зустріч через зайнятість або велику кількість поточних

обов'язків у межах своєї професійної діяльності, що зумовлювало необхідність повторних домовленостей про нову дату інтерв'ю або ж його скасування.

Обмеженням дослідження виступає відносно невеликий обсяг вибірки, що не дозволяє зробити узагальнення на всю сферу надання реабілітаційних послуг в Україні. Крім того, дослідження базується на досвіді саме представників організацій, а не безпосередньо жінок, які проходять або проходили реабілітацію. Це звужує кут зору та вимагає подальшого дослідження теми на основі досвіду самих клієнток. Водночас отримані дані є цінними для аналізу професійного бачення бар'єрів і практик, що використовуються у роботі з жінками з наркозалежністю.

## **2.7 Концептуалізація та операціоналізація понять**

Жінки з наркозалежністю — це особи жіночої статі, які мають розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, що впливають на їхню фізичну, психологічну, соціальну та поведінкову сфери. (World Health Organization, 2014)

Гендерночутливий підхід - це такий підхід до планування, реалізації та оцінки програм і послуг, який враховує соціально зумовлені гендерні відмінності, потреби, бар'єри та вразливості, пов'язані з належністю до певної статі. У контексті реабілітації це означає врахування впливу насильства, материнства, стигматизації та психоемоційного стану жінок на їхній досвід залежності. (UNODC, 2016; WHO, 2014)

Бар'єри в доступі до послуг - це фактори, що ускладнюють або унеможливають жінкам з наркозалежністю звернення за допомогою або участь у програмах лікування. (SAMHSA, 2020; EMCDDA, 2021)

Реабілітаційні послуги - це комплекс медичних, психологічних, соціальних та освітніх інтервенцій, спрямованих на подолання залежності, відновлення функціональності та ресоціалізацію особи. У цьому дослідженні поняття охоплює як

класичні стаціонарні програми, так і підходи зменшення шкоди та підтримуючі соціальні послуги. (UNODC, 2016)

Травмоінформований підхід - це підхід до надання допомоги, що передбачає визнання впливу психологічної травми на життя клієнтки та побудову взаємодії на принципах безпеки, емпатії, довіри, а також уникнення повторної травматизації. Такий підхід особливо важливий у роботі з жінками з наркозалежністю, які мають досвід насильства або інших форм травми. (SAMHSA, 2014)

## РОЗДІЛ 3. ГЕНДЕРНОЧУТЛИВИЙ ПІДХІД РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК З НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

### 3.1. Елементи гендерночутливого підходу у практиках українських організацій, які надають послуги особам з наркотичною залежністю

Результати інтерв'ю свідчать, що окремі організації в Україні вже впроваджують гендерночутливі практики, адаптовані до потреб жінок, проте спеціалізовані програми для жінок є радше винятком. У відповідях експертів простежуються дві тенденції. З одного боку, недержавні організації та програми зменшення шкоди намагаються створити дружнє середовище для жінок (через додаткові послуги – консультації з питань здоров'я жінок, наявність соціальних нянь, окремих просторів для жінок тощо). З іншого боку, стаціонарні реабілітаційні центри (як державні, так і приватні) переважно працюють за уніфікованою програмою для обох статей, хоча й враховують гендерні особливості на рівні індивідуального підходу (роздільне проживання чоловіків і жінок, можливість вибору психолога, забезпечення безпеки в групах).

Нижче наведено ключові гендерночутливі компоненти, про які згадували респонденти, а також вказано, де існують прогалини.

Спеціалізовані послуги та програми для жінок. Деякі організації розробили окремі ініціативи, спрямовані саме на жінок, особливо з урахуванням їхніх ролей матері та підвищених ризиків насильства. Яскравим прикладом є Всеукраїнське об'єднання наркозалежних жінок “Вона” та партнерські з ним проекти. Респондентка розповіла про запуск “кімнат матері та дитини” в кількох областях – безпечних просторів при сайтах замісної терапії.

*“В цій кімнаті можна залишити на час прийому препарату дитину. Там є лікар-педіатр, соціальний працівник, психолог. Є доступ до дружніх лікарів - гінеколог,*

дермовенеролог. Ми знаємо що лікуватись дуже дорого, обстеження ще дорожче. І це дуже рідко роблять дівчата, жінки, тому що це дуже дорогавартісна історія. От у нас можна перевіритись на панель гормональну, на онкопанель. Ну і там за призначенням лікаря зробити аналізи, які потрібні. Прийти на огляд знову ж таки” (Респондентка №4)

Також особливу увагу в організації приділяють темам насильства:

“Такі кімнати, це просто як вихід, це дуже круто і для жертв гендерно-зумовленого насильства, бо кожна дівчина наркозалежна, я думаю, що і не наркозалежна, в своєму житті відчувала, чи гендернозумовлене, чи фізичне, чи економічне, сексуальне, домагання на роботі, ну все що завгодно, якийсь вид насильства кожна жінка відчувала на собі” (Респондентка №4)

Подібна практика демонструє розуміння унікальних потреб жінок: одночасна турбота про дитину і про власне здоров’я, фізичне та психічне, матері.

Інший приклад гендерноорієнтованої послуги – “жіночі кімнати” при денних центрах. У київській ГО “Клуб Еней” (працює в сфері зменшення шкоди) створено окремий простір, де жінки можуть відпочити та почуватися вільно. За словами представниці організації, у їхньому центрі є “дитяча кімната з соціальною нянею, [та] жіноча кімната, тобто простір, де жінки можуть саме відпочити” (Респондентка №8)

Таке розділення простору за гендерною ознакою дозволяє клієнткам відчутти себе у безпеці, обговорити свої проблеми в колі інших жінок, не остерігаючись осуду або небажаних реакцій з боку чоловіків. Наявність соціальної няні при дитячій кімнаті – ще одна гендерночутлива інновація, яка відгукується на описаний у розділі 3.1 бар’єр: мама може прийти отримати послуги (консультації, групи підтримки, тощо), не турбуючись, де подіти дитину протягом кількох годин.

Крім того, організація інтегрує у свою програму компоненти, пов’язані з гендернозумовленим насильством та репродуктивним здоров’ям жінок. Так, у згаданому проєкті діють спеціальні сесії та тренінги: “У нас є сесії WINGS, які мають

*на меті протидію гендернозумовленому насильству адаптовані для жінок” (Респондентка 8)*

Жінки-клієнтки також можуть отримати консультації з питань сексуального і репродуктивного здоров'я, пройти тестування на ВІЛ та ПСШ в комфортній атмосфері. Окрім медико-психологічних послуг, гендерночутливий підхід проявляється і в гуманітарних ініціативах: наприклад, забезпечення жінок засобами гігієни, дитячими товарами, підтримка вагітних. В “Клубі Еней” при роздачі гуманітарної допомоги *“роблять акцент на тому, щоб це були також товари для маленьких дітей і жіночі [гігієнічні], окрім продуктових сертифікатів” (Респондентка 8)*. Такий підхід враховує реальні потреби клієнток-жінок, які часто опиняються в ситуації бідності.

Варто зазначити, що благодійний сектор більше виявляє гнучкості у впровадженні подібних гендерноорієнтованих компонентів, тоді як стаціонарні реабілітаційні центри менш диференціюють програми за статтю. Респонденти з державного та приватного центрів вказали, що “програма розрахована взагалі на всіх людей”, і немає окремих груп чи курсів лише для жінок. Це частково пов'язано з малою кількістю жінок-клієнток.

*“Окремої жіночої групи у нас також немає, тому що є 3-4 жінки на реабілітації, робити окрему групу недоцільно” (Респондентка №5)*

Тим не менш, навіть за спільної програми, працівники враховують гендерні аспекти, впроваджуючи індивідуальні рішення.

Важливим елементом гендерночутливості є можливість вибору жінкою фахівця, якому вона довіряє. Більшість респондентів наголосили, що в командах їхніх організацій обов'язково присутні жінки-консультантки, психологині. Це дає клієнткам опцію спілкуватися з працівницею своєї статі, якщо їм так комфортніше.

*“Звісно, жінка може обрати з ким хоче спілкуватися, з чоловіком чи жінкою. В нас є працівники різної статі” (Респондентка №7).*

Це критично, коли мова про пережите насильство: деяким жінкам принципово легше відкриватися саме жінці-психологу.

*“Є такі теми, які жінці складно обговорити з чоловіком. Особливо, якщо це щось інтимне. Вона може закриватися, не договорювати, уникати допомоги” (Респондент №6)*

Інтерв'ю також підкреслили важливість забезпечення безпечного середовища для жінок у змішаних групах. У реабілітаційних закладах практикується роздільне проживання: жінки розміщуються в окремих кімнатах, що саме собою усуває низку ризиків (інтимні стосунки між пацієнтами, сексуальні домагання). Представниця державного центру “Соціотерапія” детально описала, як їхня команда реагує на найменші випадки порушення меж: якщо чоловік-пацієнт проявляє небажані знаки уваги чи фізичний контакт щодо пацієнтки, він отримає попередження, а за повторення – може бути достроково виписаний.

*“Якщо, наприклад, вона попросила взагалі не чіпати [її], а чоловік взяв її за руку, то це буде зауваження, або розрив контракту... Якщо... не зупиняється, ми скажемо: дивись, ти їдеш додому, поки вона закінчить реабілітацію... Якщо якась сексуальна [ситуація], то ми одразу прощаємось” (Респондентка №1).*

Ця політика нульової толерантності до домагань забезпечує жінкам відчуття захищеності. Кілька респондентів наголошували, що атмосфера довіри і безпеки є передумовою успішної реабілітації для жінок. Якщо її немає, клієнтка “закриється” і не буде відкрито працювати з проблемами. Тому психологи/соціальні працівники в змішаних групах беруть на себе роль гаранта безпеки.

*“Я дуже уважно слідкую за безпекою в тому просторі” (Респондентка №5).*

Обмеження та прогалини. Попри наведені вище позитивні приклади, слід зазначити, що повністю гендерночутливі програми (такі, як окремі реабілітаційні центри для жінок або довгострокові реабілітаційні програми, де жінка може перебувати разом з дитиною) фактично відсутні або знаходяться лише на етапі проектних ініціатив. Наприклад, у жодному з опитаних стаціонарних центрів немає окремої жіночої групи або курсу, присвяченого саме пережитому насильству чи материнству – ці питання інтегруються в загальну терапію. Так само відсутні спеціальні програми для вагітних жінок – хоча їх іноді і приймають на реабілітацію, лікування відбувається за стандартним протоколом, без окремих поправок на стан вагітності. Фахівці визнають цю прогалину:

*“Вагітних жінок ми приймаємо, але нема окремих програм для них – послуги надаються загальні” (Респондент №6).*

Деякі респонденти висловили сумнів, чи потрібні зовсім відокремлені жіночі групи. Аргумент проти полягає в тому, що спільна реабілітація з чоловіками, але в безпечних умовах, дає жінкам цінний досвід взаємодії та підтримки від протилежної статі, який знадобиться їм у реальному житті.

*“Чи зможуть вони відчувати себе спокійніше і отримати досвід адекватного ставлення від чоловічої частини населення, якщо проходитимуть реабілітацію лише з жінками?” (Респондентка №5)*

*“Якраз у взаємодії з чоловіками вони можуть вирішити ті питання, які взагалі у них є з батьком, з сином, з чоловіком. А коли тупо жінки збираються, це завжди конкуренція, яка відволікає певний процес. Це завжди якась історія про те, що не поділили, що поділили” (Респондентка №1)*

Натомість інші вважають, що для жінок варто створювати окремі малі групи або центри, де вони почуватимуться спокійніше.

*“Повинні бути як спільні, так і окремі групи. Щоб людина мала вибір завжди. Є ж якісь, напевно, бар'єри, якщо жінка не хоче з чоловіками бути в одній [групі], якийсь час. Вона просто хоче відпочити, більше не хоче ніяких там ні приставань, ні відносин, або інші причини. Звичайно, завжди повинен бути вибір, бо ми ж знаємо, що людина обере” (Респондентка №9)*

У будь-якому разі, усі сходяться на думці, що брак ресурсів наразі не дозволяє реалізувати повноцінно гендерно розділені програми в державному секторі.

Таким чином, гендерночутливі підходи присутні у діяльності організацій переважно у формах адаптації умов і послуг (наявність жінок-фахівчинь, соціальні няні, консультації з жіночого здоров'я, захист від стигми і насильства), а також гнучкого індивідуального підходу (врахування ролі матері, психологічного стану, травматичного досвіду). Ці елементи значно покращують доступність і якість допомоги для жінок, що підтверджується успішними кейсами. Проте спеціалізована інфраструктура для жінок (окремі центри, відділення для матерів з дітьми тощо) практично відсутня і розвивається лише точково зусиллями ентузіастів.

### **3.2. Бар'єри в доступі жінок з наркотичною залежністю до отримання послуг**

Аналіз інтерв'ю підтвердив наявність численних бар'єрів, що заважають жінкам звертатися по допомогу та успішно проходити реабілітацію. Респонденти відзначили як зовнішні перешкоди (стигматизація, осуд з боку суспільства, відсутність підтримки), так і внутрішні чинники (почуття сорому, низька мотивація, страх втрати дітей). Нижче узагальнено основні бар'єри, про які йшлося в інтерв'ю.

Стигматизація та осуд суспільства: майже всі опитані наголосили, що стигма є серйозним чинником, який стримує жінок від звернення по допомогу. У суспільстві вкорінені осудливі уявлення про жінку, яка вживає наркотики – її вважають “поганою

матір'ю”, “неморальною” і винною в усіх проблемах. Як зауважила одна з респонденток, у суспільній свідомості діє гендерноупереджений принцип:

*“Коли щось трапляється з жінкою, хто винуватий? Жінка. Для суспільства завжди винувата жінка. А тут ще й коли вона має проблеми з вживанням, то вона на х200 винна у тому, що вже з нею відбудеться” (Респондентка №4).*

Жінки, які стикаються з таким осудом, часто приховують свою залежність та уникають звернення до реабілітаційних центрів. На думку респондентів, це не тому, що жінки рідше мають проблему залежності, а радше через страх, який їх зупиняє від пошуку допомоги.

*“Стигма дуже сильна. Люди вважають: “я наркозалежна, зі мною будуть погано поводитись, мене будуть принижувати”. Це впливає на бажання звернутись. Людина повинна зрозуміти, що допомога — це нормально, і нема в цьому нічого соромного” (Респондент №7)*

*“Вона [стигматизація] просто в кокон жінку вбиває.. тому що, ну, навіщо я буду говорити про свої проблеми, якщо я знаю, що мене зараз за них будуть палками лупити, грубо кажучи, і камнями закидують. Я краще просто забуду про них, чи буду вживати, і мій емоційний стан буде просто десь на одному рівному рівні. Спільнота, в цілому суспільство, не приймає наркозалежну жінку” (Респондентка №4)*

Стигматизація проявляється і в системі охорони здоров'я. Деякі учасники інтерв'ю навели приклади негативного або упередженого ставлення до жінок з наркотичною залежністю з боку медичних працівників.

*“Мене, наприклад, називали героїня. Від слова героїн. Хоча лікарі там дуже класні. І є там толерантні лікарі. Але можна потрапити і ти завжди на них потрапиш. Навіть до ВІЛ ставлення набагато краще. Типу їм трошки співчують. А наркозалежність, це от, ми самі собі вибрали і робити нам більше було нема що” (Респондентка №4)*

Через такий досвід жінки навіть уникають базових медичних послуг. Декілька респондентів зазначили, що клієнтки часто десятиліттями не звертаються до гінеколога після травматичного досвіду осуду або насилля з боку лікарів. Подібні випадки породжують у жінок недовіру до системи допомоги й сором говорити про свої проблеми.

*“Когось домагався лікар-гінеколог, спроба зґвалтування, когось там зґвалтували десь і вона через це не ходила, когось просто так стигматизували, що вона залежна, бачивши її вени чи просто зовнішній вигляд, що вона теж не ходила до гінеколога”*  
(Респондентка №4)

*“Клієнки часто кажуть, що вони можуть 10-річчями не звертатися до гінеколога через негативний досвід, який могли отримати в молодості”* (Респондентка №8)

Проте декілька респондентів зазначали, що стигматизація не є жіночим бар'єром, адже може стосуватися всіх гендерів.

*“Але з приводу стигматизації, я думаю, цю стигматизацію можна накинути абсолютно на кожну людину, якщо ми розглядаємо зі сторони суспільства”*  
(Респондентка №2)

Найбільш повторюваною темою в інтерв'ю були труднощі, пов'язані з материнством. Наявність малолітніх дітей істотно ускладнює для жінки можливість поїхати на реабілітацію або навіть регулярно відвідувати денні програми. По-перше, багато хто з цих жінок є єдиними або основними опікунами дітей. У патріархальній культурній моделі саме мати вважається відповідальною за дитину, тому навіть на тлі залежності очікується, що вона продовжить виконувати цю роль. Відповідно, рішення їхати на лікування сприймається як “залишити дитину”, що викликає у жінки сильне почуття провини і тривоги за дітей.

*“У нас в суспільстві прийнято, що дитиною займається тільки мама. Якщо вона потрапляє в цю проблему [наркозалежність], то я ще не бачила, щоб переймав хтось на себе цю відповідальність [догляду за дитиною]” (Респондентка №5)*

По-друге, проблема відсутності з ким залишити дитину є суто практичним бар'єром. Респондентка навела реальний випадок, як її подруга не змогла потрапити на реабілітацію саме через це:

*“В неї була маленька дитина на руках. Вона не наважилась лишити дитину з своїми батьками. Ми не могли няню найняти – оцих варіантів у нас не було” (Респондентка №5).*

Цей приклад ілюструє типову ситуацію: жінка з залежністю, навіть усвідомлюючи потребу лікування, відмовляється від нього, бо не має доступних альтернатив догляду за дитиною на час своєї відсутності.

Якщо жінці потрібно отримати послуги зменшення шкоди, тобто профілактику, а не повноцінну реабілітацію, то думки респондентів розійшлися - дехто вважає, що жінки можуть це робити і з дітьми, інші заперечують цю думку:

*“Зараз жінки часто просто не мають бажання йти з дитиною в місце, де досить багато людей, які можуть не лише отримувати терапію, а додатково вживати вуличні наркотики” (Респондентка №8)*

*“Жінки приходять із дітьми і ми їх приймаємо. Ми всіх приймаємо. Тому в цьому випадку діти не є проблемою” (Респондентка №6)*

Побоювання втратити дітей доповнює цей блок бар'єрів. Деякі респондентки згадували страх жінок, що звернення по допомогу “офіційно” може призвести до позбавлення їх батьківських прав або вилучення дитини соціальними службами. Цей страх небезпідставний, адже законодавство дозволяє такі дії

*“Є стаття 164, згідно якої можуть...Ну, от просто сусіди сказали, що я погана мама, що я не доглядаю свою дитину, він там бігає десь, пригає і голодний, холодний,*

*і можуть просто до мене приїхати соціальні служби, і якщо вони доведуть дійсно, що я залежна, чи це може бути видно, то можуть забрати дитину” (Респондентка №4)*

*“Тому що через криміналізацію є страх, що дитину можуть просто забрати, тому жінка може не звертатися за допомогою. Можливо, дитину немає на кого залишитися, якщо жінка вирішить проходити лікування” (Респондентка №8)*

Отже, багато жінок із залежністю уникають офіційних структур допомоги, щоб не ризикувати своїм материнським статусом.

Однак, деякі респонденти зазначали, що це не є бар'єром, а скоріше “відмовкою”, адже головним в зверненні по допомогу є насамперед бажання людини.

*“У багатьох жінок зараз, вибачте, діти і чоловіки це одне і те саме. Якщо вже так казати, бар'єром може бути все, що завгодно. Виправдання і ніяких таких історій про те, що комусь важче, комусь складніше. Ні, умови для всіх однакові” (Респондентка №1)*

Окремою перешкодою, яку підкреслили респонденти, є ситуація співзалежності. По-перше, частина жінок починає вживати наркотики під впливом партнера – якщо чоловік теж вживає, він може не підтримувати її бажання лікуватися. У таких випадках, якщо жінка вирішує припинити вживання і звернутися на реабілітацію, партнер може чинити опір.

*“Бо коли у жінки є тільки оцей чоловік, і вона повністю живе ним, покладається тільки на нього, то звичайно, вона не буде звертатися ні за допомогою, ані за чим. А якщо цей чоловік ще є тим, хто насильство над нею влаштовує, то тим паче. А вона повністю живе в його квартирі, бо боїться його. Це замкнуте коло. І тому жінка повинна знати, до кого може звернутися за допомогою” (Респондентка №9)*

Також зазначалося, що партнери, які також вживають наркотики, можуть в подальшому, після реабілітації, негативно впливати на тверезість жінки.

*“Взагалі немає, скажімо так, різниці, скільки тверезого часу, наскільки ти прокачаний, якась твоя особиста історія. Якщо ти знаходишся поряд з людиною, яка вживає, в тебе немає шансу. Чому? Тому що тут задіяні і твої клітини, і твій досвід. І це тільки питання часу” (Респондентка №1)*

Домашнє насильство посилює уразливість жінок із залежністю. Деякі з них не отримують допомоги саме через аб'юзивного партнера, жінки не мають ресурсів втекти від кривдника, знову ж через дітей чи фінансову залежність. Такі ситуації вимагають комплексного вирішення (одночасно з реабілітацією забезпечувати безпеку жінки), але за відсутності належних програм багато жінок залишаються в небезпечному середовищі й не отримують своєчасної допомоги.

*“Важко насправді, коли буває таке, що приходить і партнер зі своєю жінкою і видно, що там аб'юзивні стосунки і треба якось поговорити з жінкою, запросити її на групу, запропонувати підтримку так, щоб він це не почув” (Респондентка №8)*

*“Жінки не йдуть тоді, коли є ситуації насильства. В неї дитина залежить [фінансово] при цьому від чоловіка, вона просто може не мати можливості піти, тому що насильство не факт, що буде завтра, а дитину не буде чим годувати” (Респондентка №8)*

Фінансові чинники також згадувалися всіма респондентами як вагома перешкода. З одного боку, в Україні обмежена кількість безкоштовних державних програм реабілітації, з іншого – не всі можуть оплатити послуги приватних центрів.

*“Бар'єри для жінок — перше, це фінансові. Безкоштовних реабілітаційних центрів дуже мало. Так, є різні реабілітаційні центри, але не всі можуть собі дозволити оплатити. Вони дорогі” (Респондентка №7)*

Фінансові труднощі тісно пов'язані і з соціальними: жінки, що вживають наркотики, часто втрачають роботу тож опиняються без ресурсів для лікування.

*“За реабілітацію потрібно платити, правильно? Правильно. Якщо я сама з дитиною, хто мені заплатить? Добре, я назбирала, і заплатила за реабілітацію. Але хто буде працювати? Я можу загубити своє робоче місце за цей час” (Респондентка №4)*

Деякі бар’єри виникають через недостатню поінформованість жінок про наявні можливості лікування і свої права.

*“Багато клієнтів не знають, куди звертатись, що є безкоштовні програми, які в них є права взагалі” (Респондент №7).*

Також кілька експертів згадували про негативний досвід перебування в деяких реабілітаційних закладах, який відлякує жінок. Існують установи з сумнівними методами (наприклад, примусова праця, суворі релігійні правила, а подекуди навіть насильницькі “виховні” заходи). Почувши подібні історії або зіткнувшись особисто, жінка може більше не наважитися шукати допомогу.

*“І дуже важко працювати з тими клієнтами, які мали досвід реабілітації в закритих закладах.*

*Там, де їх примушували рубати ліс, дерева, викопати двометрову яму, щоб заховати туди свої переживання. Що це таке? Або ті люди, яких могли закривати в підвалах. Як ламали пальці клієнтці за те, що вона бунтувала. Цих історій багато. І з цими людьми працювати ще важче. В них немає довіри, навіть коли приїжджають до нас” (Респондентка №5)*

*“Реабілітації я боялась, бо всі, хто приїжджав з моїх знайомих з реабілітації, вони або в підвалах сиділи, або жорстко їх карали, там трудотерапія в цьому хворобливому стані.*

*Я взагалі була проти, ні-ні-ні, я боялась реабілітації” (Респондентка №9)*

Хоча інтерв’ю не фокусувалися спеціально на війні як бар’єрові в доступі, одна із респонденток побіжно згадала цей фактор, як фізичний бар’єр. Зокрема, часті повітряні тривоги можуть ускладнювати роботу.

*“Ще питання повітряних тривог. Центр СНІДу, наприклад, закривається на час тривоги, пункти ЗПТ так само. І що робити клієнтам? Чекати годинами завершення тривоги?” (Респондентка №6)*

Війна також відволікає державну увагу та ресурси від питань наркозалежності. Хоча цей фактор є спільним і для чоловіків, для жінок він може посилювати інші бар'єри (наприклад, погіршення економічної ситуації б'є по матерях-одиначках, а скорочення програм – по найуразливіших).

Говорячи про бар'єри, декілька респондентів звертали увагу на мотивацію людини, адже саме вона є вирішальним чинником чи звернеться жінка по допомогу, не дивлячись на бар'єри.

*“Так часто буває, що людина навіть знаходячись в складному становищі з різних причин, в тому числі вживання психоактивних речовин, вона має певний спротив до змін. Саме тому всі ці фінансові, сімейні чи соціальні фактори вони є скоріше поясненням чому тим змінам не бути. Це такі відмазки” (Респондент №3)*

Отже, дані інтерв'ю висвітлюють комплекс причин, чому жінкам важче отримати реабілітаційну допомогу. Ключові бар'єри – це стигматизація і страх осуду, суміщення лікування з материнством, токсичне оточення (партнери-споживачі, насильство), фінансові обмеження та інформаційний вакуум. Важливо підкреслити, що ці фактори часто переплітаються: наприклад, жінка може одночасно боятися втратити дитину (юридично і емоційно), соромитися свого стану і не мати грошей на послуги. Як наслідок, багато жінок залишаються поза системою допомоги або звертаються тоді, коли ситуація вже критична (“пробивають дно”, за висловом одного з учасників дослідження). Подолання окреслених бар'єрів потребує гендерночутливого підходу в організації реабілітаційних послуг – про що докладніше йдеться в наступному підрозділі.

### 3.3. Перспективи вдосконалення послуг для жінок з наркотичною залежністю

Під час інтерв'ю експерти не лише ділилися наявними практиками, але й висловлювали рекомендації та ідеї про те, що варто змінити або запровадити, щоб реабілітаційна система краще відповідала потребам жінок. Багато з цих пропозицій прямо пов'язані з подоланням описаних у розділі 3.2 бар'єрів. Загалом, можна виокремити такі ключові напрями вдосконалення: створення спеціалізованих жіночих реабілітаційних центрів/відділень (з можливістю перебування з дітьми), розширення доступних (безоплатних) послуг та державної підтримки, підвищення стандартів і якості послуг з урахуванням гендерних особливостей, а також боротьба зі стигматизацією на різних рівнях.

Майже всі респонденти погоджуються, що найбільш радикальне і водночас потрібне рішення – це створення таких умов реабілітації, де жінка не мусила б залишати дитину або хвилюватися про неї.

*“Було б дуже класно, щоб був реабілітаційний центр саме для жінок, де будуть якісь няні, які будуть дивитися за дитинками, де буде ... продумано, щоб ці жінки мали можливість займатися собою і не лишати дітей” (Респондентка №5)*

Така ініціатива потребує значних ресурсів, адже довелось б утримувати додатковий персонал (нянь, педіатрів), забезпечувати окреме приміщення для проживання матерів і дітей тощо. Проте, на думку респондентки, реалізація цього задуму суттєво знизила б головний бар'єр для жінок-матерів.

Отже, розвиток мережі гендерноспецифічних послуг – від окремих груп підтримки для жінок до спеціалізованих центрів – залишається першочерговою рекомендацією.

Іншою наскрізною пропозицією є розширення державного фінансування сфері реабілітації залежних, щоб послуги стали доступнішими, а не лише платними. Експерти відзначили, що зараз більшість допомоги надається за гроші донорів або самих клієнтів, тоді як державна роль мінімальна.

*“Щоб покращити ситуацію, треба більше безкоштовних центрів, більше державної підтримки, а не тільки допомога з-за кордону. Треба щоб наша держава давала на це гроші, а не інші країни” (Респондентка №6).*

*“Потрібна підтримка, фінансування і саме головне масштабування. Для того, аби масштабуватись, потрібна зацікавленість держави. Сфера тримається на ентузіазмі людей” (Респондент №3).*

Залежність – проблема суспільного здоров'я, і держава не може перекладати її вирішення лише на волонтерів чи родини. Необхідно відкривати нові бюджетні програми реабілітації, зокрема розраховані на жінок (наприклад, відділення при наркодиспансерах, куди жінка могла би лягти на лікування безкоштовно).

Крім фінансування місць у центрах, державна підтримка повинна включати і соціальні послуги, що допомагають жінкам подолати бар'єри. Йдеться про забезпечення тимчасового нагляду за дітьми (державні соціальні няні чи садочки при кризових центрах), про надання тимчасового житла для жінок, які тікають від насильства лікуватися, тощо.

Половина опитаних респондентів згадувала про важливість надання і гуманітарної підтримки жінкам, адже це також допомагає одразу в декількох сферах життя - і в материнстві, і у турботі про власне здоров'я.

*“Ну, по-перше, зробіть (звернення до державних органів) гуманітарну допомогу як гарантований пакет послуг. Справа в тому наскільки часто жінка приходить. Якщо вона не має зацікавленості, вона навіть ходити не буде. Тому цю річ потрібно зробити. Вітамін С - це навіть ні про що, він нічого не коштує. Але це може і має бути гарантовано. Він дуже важливий для залежних” (Респондент №10).*

Декілька респондентів висловили думку, що нині ці завдання виконують переважно громадські організації та окремі ентузіасти:

*“Робиться окремими людьми, окремими організаціями. Чи робить щось конкретно держава? Важко адекватно ставитися до нашої держави в питанні залежностей” (Респондентка №5).*

Іншими словами, потрібна інституційна відповідальність: щоб державні органи взяли на себе координацію і фінансування програм реабілітації, зокрема гендерночутливих. На жаль, як зауважив один експерт, влада традиційно не приділяла цьому пріоритету, а тепер і поготів (під час війни “не на часі”).

*“Але ключове, що я хотів би надати коментар, на жаль, держава не хоче організовувати гендерноорієнтовані послуги” (Респондент №10)*

Тому фахівці галузі закликають до адвокації – щоб питання реабілітації жінок з залежністю все ж увійшло до порядку денного соціальної політики.

Деякі пропозиції стосуються необхідності впорядкувати та покращити самі реабілітаційні програми, зробити їх більш професійними і людяними. Зокрема, пролунала ідея розробити національні стандарти реабілітації, які б враховували права людини та гендерну специфіку.

*“Круто було б, якби держава розробила якийсь стандарт реабілітації, тому що є багато реабілітаційних центрів, які лікують взагалі без підготовки спеціалістів” (Респондентка №8)*

*“Ми хотіли, щоб були мобільні послуги та доступність, щоб змінено це було на законодавчому рівні. Як мінімум прописаноно стратегії” (Респондент №10)*

Впровадження стандартів і сертифікація центрів допомогло б усунути практики, що шкодять – наприклад, випадки насильницького “виховання” чи нехтування психологічною допомогою. Експерти різко засуджують підхід, коли залежність намагаються “вибити” покараннями. Тому державний нагляд і стандарти мають виключити подібне поводження.

Покращення якості послуг передбачає й кадровий розвиток: навчання персоналу гендерночутливим підходам, забезпечення мультидисциплінарної команди (медики, психологи, соціальні працівники). Респонденти наголошували, що реабілітація – непроста робота, яка повинна належно оплачуватися, щоб притягувати мотивовані кадри.

*“Будь-яка робота має оплачуватися... хоча б на [гідному] рівні” (Респондентка №2).*

Тому підвищення зарплат у державних закладах, фінансування ставок соціальних працівників, психологів є необхідною умовою для розширення підтримки для жінок. Без цього навіть найкращі стандарти можуть лишитися на папері.

Окремо респонденти згадували про важливість відкритості та інформування. Зокрема, що потрібно активно поширювати інформацію серед спільнот, щоб жінки знали про існування дружніх до них програм

*“Треба більше інформування – багато клієнтів не знають, куди звертатись, що є безкоштовні програми, які в них є права” (Респондент №7)*

Мова йде про соціальну рекламу, гарячі лінії, просвітницькі кампанії, які б доносили, що наркозалежність – це хвороба, яку можна лікувати, а не “вирок” чи ганьба.

Нарешті, кілька пропозицій стосувалися ширшого культурного контексту – зменшення стигми щодо жінок із залежністю. Однією з конкретних рекомендацій є запровадження коректної термінології у мові медіа, фахівців і суспільства.

*“Було би добре, якби всі говорили хоча б наркозалежні жінки, а не наркоманки” (Респондентка №8)*

Мова формує ставлення, тому коректність у термінах – перший крок до менш упередженого сприйняття.

*“До речі, робота з адиктологією, з залежностями, які є від їжі, сексу, будь-яких речей, це повинно відпрацьовувати Міністерство освіти. Для початку, вживаючи*

*термінологію таки інакше. Це стосується і лікарів, і психологів, і соціальний працівників, всіх, але такий фаховий шлях, він повинен бути” (Респондент №10).*

Кілька експертів наголосили, що декриміналізація вживання наркотиків теж позитивно вплинула б на ситуацію жінок. Коли споживачів не бояться ув’язнення, вони частіше звертаються по допомогу, не ховаються “в тіні”.

*“Послаблення, там, декриміналізації вживання – це дуже важливо, тому що знижує і кількість передозувань, і сприяє зверненню за допомогою” (Респондентка №4).*

Йдеться, звісно, про загальну політику, яка впливає на всіх залежних, але для жінок це особливо актуально через описаний страх втрати дітей при судимості. Дружня до людини наркополітика (замість репресивної) створює умови для розвитку сервісів допомоги, орієнтованих на підтримку, а не покарання.

Підсумовуючи, пропозиції респондентів можна звести до таких стратегічних кроків:

- Розвиток мережі гендерноорієнтованих реабілітаційних послуг: від окремих груп підтримки для жінок до спеціалізованих центрів, де матері можуть проходити лікування разом із дітьми під наглядом кваліфікованого персоналу
- Підсилення ролі держави у фінансуванні і координації реабілітації: відкриття безкоштовних центрів, збільшення державного замовлення на такі послуги, інтеграція їх у систему охорони здоров’я та соціального захисту. Це включає і забезпечення сталості програм (щоб вони не залежали лише від грантів, які можуть скорочуватися)
- Підвищення стандартів якості та професіоналізації сфери: розробка протоколів реабілітації з урахуванням гендерних аспектів; навчання і атестація персоналу; моніторинг дотримання прав людини в центрах (недопущення насильницьких методів). Забезпечення мультидисциплінарної підтримки (медичної, психологічної, соціальної) в кожному випадку реабілітації.

- Антистигматизаційна просвіта і підтримка клієнток під час й після реабілітації: інформаційні кампанії, зміна мови (використання коректних термінів замість образливих), залучення медіа для формування більш співчутливого образу наркозалежної жінки (як людини, що потребує допомоги, а не осуду).
- Залучення самих жінок з досвідом залежності до планування та реалізації цих змін: як лідерок, консультанток (“рівний-рівному”), адвокаток своїх прав. Це забезпечить, що жодні потреби не залишаться неврахованими.

Усі перелічені напрямки взаємопов’язані. Так, без боротьби зі стигмою суспільство не підтримає ідею жіночих реабілітаційних центрів; без фінансування не реалізувати жоден новий проект; без стандартів якості існує ризик, що кількість центрів збільшиться, але не їх ефективність. Респонденти підкреслюють, що потрібен комплексний підхід, і висловлюють готовність брати участь у таких змінах, якщо будуть можливості.

*“Було б насправді добре, якби... хтось просто взяв і... зайнявся такими проектами”* (Респондентка №5). Наразі ентузіазм окремих фахівців наштовхується на відсутність підтримки “згори”. Втім, озвучені ідеї можуть слугувати дорожньою картою для реформування системи реабілітації наркозалежних жінок в Україні у більш гуманний і результативний бік.

## ВИСНОВОК

1. Теоретичні підходи до проблеми реабілітації жінок з наркотичною залежністю фокусуються на комплексному аналізі біопсихосоціальних чинників, що обумовлюють розвиток залежності. Гендерний аспект визнається критично важливим: дослідження підкреслюють роль травматичного досвіду, гендерної соціалізації, психічних розладів та стигматизації, які ускладнюють процес реабілітації жінок і вимагають адаптації програм до їхніх потреб.
2. Елементи гендерночутливого підходу, виявлені в практиках українських організацій, включають: використання травмоінформованого підходу, індивідуалізацію програм, створення безпечного простору, гнучкий формат надання послуг, можливість вибору статі спеціаліста, підтримку матерів та співпрацю з різними службами. Частина організацій практикує інтегровані моделі допомоги, однак повноцінні “women-only” програми в Україні залишаються рідкісним явищем.
3. Серед основних бар’єрів доступу жінок до реабілітаційних послуг респонденти виділяють страх втрати дитини, осуд з боку медичного персоналу, низьку самооцінку, психологічні травми, відсутність послуг з догляду за дітьми, економічну залежність, недовіру до системи, а також відсутність спеціалізованих жіночих програм. Особливу роль відіграють нормативні обмеження (наприклад, загроза позбавлення батьківських прав), що змушують жінок приховувати залежність.
4. Респонденти вказують на такі шляхи покращення системи реабілітації для жінок: створення окремих програм для жінок або жіночих груп усередині існуючих центрів; впровадження послуг психологічної підтримки, орієнтованої на досвід травми; розширення доступу до реабілітації для матерів; підвищення кваліфікації персоналу у сфері гендерної чутливості; забезпечення міжвідомчої взаємодії між системами охорони здоров’я, соціального захисту та правосуддя.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Войтовська, А. І., & Кравченко, О. О. (2018). *Актуальні проблеми соціальної роботи з жінками*. Видавниче підприємство «Візаві». <https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/6789/8961/1/Актуальні%20проблеми%20соц.%20роб.%20з%20жінками.pdf>
2. Гетьман, Л., Гриценко, Т., Іванчук, І., Коломієць, В., Скринник-Надута, К., Філіппович, С., & Шост, А. (2017). *Інтегрована допомога для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — пацієнтів замісної підтримувальної терапії: Практичний посібник*. Alliance for Public Health. [https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/Integrated-Care\\_MAT.pdf](https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/Integrated-Care_MAT.pdf)
3. Глуган, К. (2021). Гендерні аспекти відносин серед наркозалежних жінок та чоловіків. *ЛІКАРСЬКА СПРАВА: ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА* – Дніпропетровський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики. <https://doctor.dniprophc.com.ua/wp-content/uploads/2021/12/genderni-aspekty.pdf>
4. Грицанюк, Т. М. (2015). *Упровадження інтегрованих послуг СІН в ЗОЗ: Практичний посібник*. Ужгородський національний університет.
5. Корнієнко, Г., Темченко, О., & Скипальська, Г. (2022). *Посібник з розвитку послуг та започаткування сервісів для жінок з уразливих груп, які страждали від гендерно-зумовленого насильства під час пандемії COVID-19 та/або збройної агресії російської федерації та інтеграція послуг для них в існуючі програми профілактики ВІЛ, догляду та підтримки*. Захищена сторінка. [https://eleos.com.ua/wp-content/uploads/2022/09/Servis\\_GendeR.pdf](https://eleos.com.ua/wp-content/uploads/2022/09/Servis_GendeR.pdf)
6. ОБСЄ. (2019, 27 листопада). *ОБСЄ представляє результати Дослідження з питань добробуту та безпеки жінок в Україні під час кампанії «16 днів активізму проти гендерно-зумовленого насильства»*. Organization for Security and Co-operation in Europe | OSCE. <https://www.osce.org/uk/project-coordinator-in-ukraine/440375>
7. Проблеми наркозалежних жінок і наркополітики України: Що варто змінювати? | UNWUD. (2021). UNWUD.

- <https://www.unwud.org/novosti/problemy-narkozaleznykh-zhinok-i-narkopolityky-ukrainy-shcho-varto-zminiuvaty/>
8. Сазонова, Я. (2010). Аналіз факторів, що спричиняють першу спробу наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. *Українське суспільство*. [https://ukr-socium.org.ua/wp-content/uploads/2010/10/97-107\\_no-4\\_vol-35\\_2010\\_UKR.pdf](https://ukr-socium.org.ua/wp-content/uploads/2010/10/97-107_no-4_vol-35_2010_UKR.pdf)
  9. Сімейний кодекс України. (2002). *Офіційний вебпортал парламенту України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#Text>
  10. Стасенко, Т. (2024, 25 вересня). *Кімната «Матері та дитини» для жінок, які отримують ЗПТ, гостинно відчинила свої двері у Києві*. ThePharma.Media.
  11. Суслік, Л., & Бондаревич, С. (2021). ВПЛИВ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ НА ФОРМУВАННЯ САМООЦІНКИ ОСОБИСТОСТІ. *Наукові праці міжрегіональної академії управління персоналом*. *Психологія*. <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2021.3.4>
  12. Укрінформ. (2024). *Протидія насильству щодо жінок, які живуть з наркозалежністю: Тенденції, проблематика звернень, виклики, практики допомоги*. Укрінформ - актуальні новини України та світу. <https://www.ukinform.ua/rubric-presshall/3929941-protidia-nasilstvu-sodo-zinok-aki-zivut-z-narkozaleznistu-problemtika-zvernen-vikliki-praktiki-dopomogi.html>
  13. Центр Громадського здоров'я. (2020). *В Україні впроваджують програми, спрямовані на підтримку людей, що живуть із наркозалежністю*. Центр громадського здоров'я України | МОЗ. <https://www.phc.org.ua/news/v-ukraini-vprovadzhuut-programi-spryamovani-na-pidtrimku-lyudey-scho-zhivut-iz>
  14. American Addiction Centers. (2024, December 31). *Barriers to getting help for addiction*. <https://americanaddictioncenters.org/rehab-guide/treatment-barriers>
  15. Apsley, H. B., Vest, N., Knapp, K. S., Santos-Lozada, A., Gray, J., Hard, G., & Jones, A. A. (2023). Non-engagement in substance use treatment among women with an unmet need for treatment: A latent class analysis on multidimensional barriers. *Drug and Alcohol Dependence*, 242, 109715. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36495652/>

16. Casey Family Programs. (2019, September 5). *How can family-based residential treatment programs help reduce substance use and improve child welfare outcomes?* <https://www.casey.org/family-based-residential-treatment/>
17. Centre of Excellence for Women's Health. (2024). *Women's substance use treatment and recovery: What do we know and what are the research and evaluation priorities for Canada?* <https://cewh.ca/wp-content/uploads/2024/10/Final-Womens-Substance-Use-Treatment-and-Recovery.pdf>
18. Clare, K., Pan, C., Kim, G., Park, K., Zhao, J., Volkow, N. D., ... & Du, C. (2021). Cocaine reduces the neuronal population while upregulating dopamine D2-receptor-expressing neurons in brain reward regions: sex-effects. *Frontiers in Pharmacology*, 12, 624127. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.624127> (Примітка: Додано DOI та повне посилання на журнал).
19. Covington, S. S. (2008). Women and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(sup5), 377–385. <https://doi.org/10.1080/02791072.2008.10400665>
20. Covington, S. S. (2016). *Beyond trauma: A healing journey for women* (2nd ed.). Hazelden Publishing.
21. Covington, S. S. (2019). *Helping women recover: A program for treating addiction* (3rd ed.). Jossey-Bass.
22. Domino, M. E., Laveist, T. A., & Newman, V. (2006). Changes in service use during a trauma-informed intervention for women. *Women & Health*, 44(3), 105–122.
23. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2021). *Women and drugs: Health and social responses*. Publications Office of the European Union. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/women-and-drugs-health-and-social-responses\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/women-and-drugs-health-and-social-responses_en)
24. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2021). *Women and drugs: Health and social responses*. Publications Office of the European Union. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/women-and-drugs-health-and-social-responses\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/women-and-drugs-health-and-social-responses_en)

25. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2024). *Women and drugs: Health and social responses. Adapted for Latin America and the Caribbean*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. [https://copolad.eu/wp-content/uploads/2025/03/miniguide\\_women\\_adapted\\_lac\\_en\\_finalweb1\\_0.pdf](https://copolad.eu/wp-content/uploads/2025/03/miniguide_women_adapted_lac_en_finalweb1_0.pdf)
26. Farhane-Medina, M., Luque, B., Tabernero, C., & Castillo-Mayén, R. (2022). Gender differences in perceived health, depression, and anxiety as predictors of self-efficacy in substance use prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6840. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116840>
27. Farhane-Medina, N. Z., Luque, B., Tabernero, C., & Castillo-Mayén, R. (2022). Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. *Science Progress*, 105(4), 1–20. <https://doi.org/10.1177/00368504221135469>
28. Giggie, M., Boudreaux, M., & Harper, E. (2023). Characteristics of a Southern Intensive Trauma- and Psychiatric-Focused Recovery Program. *Southern Medical Journal*, 116(9), 776–781. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000001321>
29. Green, C. A. (2006). Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol Research & Health*, 29(1), 55–62. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6470905/>
30. Greenfield, S. F., Cummings, A. M., Kuper, L. E., Wigderson, S. B., & Koroljungberg, M. (2013). A qualitative analysis of women's experiences in single-gender versus mixed-gender substance abuse group therapy. *Substance Use & Misuse*, 48(9), 750–760. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.787100>
31. Hersey, M., Bartole, M. K., Jones, C. S., Newman, A. H., & Tanda, G. (2023). Are there prevalent sex differences in psychostimulant use disorder? A focus on the potential therapeutic efficacy of atypical dopamine uptake inhibitors. *Molecules*, 28(13), 5270. <https://doi.org/10.3390/molecules28135270> (Примітка: Додано DOI, оскільки його бракувало.)

32. Hogue, A., Schumm, J. A., MacLean, A., & Bobek, M. (2022). Couple and family therapy for substance use disorders: Evidence-based update 2010-2019. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(1), 178–203. <https://doi.org/10.1111/jmft.12546>
33. Human Rights Watch. (2022, November 17). “If I wasn't poor, I wouldn't be unfit”: The family separation crisis in the US child welfare system. <https://www.hrw.org/report/2022/11/17/if-i-wasn-t-poor-i-wouldn-t-be-unfit/family-separation-crisis-us-child-welfare>
34. Hubberstey, C., Rutman, D., Van Bibber, M., & Poole, N. (2022). Wraparound programmes for pregnant and parenting women with substance use concerns in Canada: Partnerships are essential. *Health & Social Care in the Community*, 30(5), e2264–e2276. <https://doi.org/10.1111/hsc.13664>
35. Krug, M. (2023, April 12). *Women less likely to seek substance use treatment due to stigma, logistics*. Penn State University. <https://www.psu.edu/news/social-science-research-institute/story/women-less-likely-see-substance-use-treatment-due-stigma>
36. Lee, N., & Boeri, M. (2017). Managing stigma: Women drug users and recovery services. *Fusio*, 1(2), 65–94. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6103317/>
37. Mahon, D. (2024). A systematic review of trauma-informed care in substance use settings. *Community Mental Health Journal*, 61(4), 734–753. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01309-8>
38. Molina-Fernández, A. J., Saiz-Galdos, J., Arribas-Tiemblo, I. M., Hansen-Rodríguez, G., Sánchez-Iglesias, I., Ayllón-Alonso, E., & Mena-García, B. (2024). Gender Perspective and Women Drug Users: Specific Needs in Relation to Substance Use Treatments. *Psychiatry International*, 5(4), 939–948.
39. Moroz, S., Durjava, L., & Plotko, M. (2023). *CHECK magazine – Women who use drugs* (3rd issue). International Drug Policy Consortium. <https://idpc.net/publications/2023/06/check-3rd-issue-women-who-use-drugs>
40. National Institute on Drug Abuse. (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed.). U.S. Department of Health and Human Services.

<https://nida.nih.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition>

41. Olivari, C. F., Gonzáles-Santa Cruz, A., Mauro, P. M., Martins, S. S., Sapag, J., Gaete, J., Cerdá, M., & Castillo-Carniglia, A. (2021). Treatment outcome and readmission risk among women in women-only versus mixed-gender drug treatment programs in Chile. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *134*, 108616. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108616>
42. Pyramid Healthcare. (2024, October 29). *Women and trauma: How it fuels substance use and the importance of gender-specific treatment*. <https://www.pyramid-healthcare.com/blog/2024/10/29/women-and-trauma-how-it-fuels-substance-use-and-the-importance-of-gender-specific-treatment/>
43. Roa, C., Labraña, A. M., & González, F. (2022). Treatment outcome and readmission risk among women in women-only versus mixed-gender drug treatment programs in Chile. *PLoS ONE*, *17*(1), e0262514. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262514>
44. Seaglass Recovery. (2023). *The connection between dopamine and addiction*. Seaglass Recovery | Inpatient & Outpatient Substance Abuse Program in Prescott, Arizona. <https://seaglassrecoveryarizona.com/the-connection-between-dopamine-and-addiction/>
45. Springer, C. (2023). Integrated care models: HIV and substance use. *Current HIV/AIDS Reports*, *20*(2), 65–75. <https://doi.org/10.1007/s11904-023-00667-9>
46. Stolf, A. R., Cupertino, R. B., Müller, D., Sanvicente-Vieira, B., Roman, T., Vitola, E. S., ... & Schuch, J. B. (2019). Effects of DRD2 splicing-regulatory polymorphism and DRD4 48 bp VNTR on crack cocaine addiction. *Journal of Neural Transmission*, *126*, 193–199. <https://doi.org/10.1007/s00702-018-1971-8>
47. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (HHS Publication No. SMA14-4884). U.S. Department of Health and Human Services. [https://www.sccollege.edu/Accreditation/ISEREvidence/QFE\\_04\\_SAMHSAs.pdf](https://www.sccollege.edu/Accreditation/ISEREvidence/QFE_04_SAMHSAs.pdf)

48. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). *Substance abuse treatment: Addressing the specific needs of women* (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 51). U.S. Department of Health and Human Services. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma15-4426.pdf>
49. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). *Clinical guidance for treating pregnant and parenting women with opioid use disorder and their infants* (HHS Publication No. SMA 18-5054). U.S. Department of Health and Human Services. <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma18-5054.pdf>
50. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2020*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.samhsa.gov/data/report/n-ssats-2020-detailed-tables>
51. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *Застосування телемедицини у поведінковому здоров'ї: Розширення доступу до послуг в умовах віддаленого обслуговування*. Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб США. [https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA\\_Digital\\_Download/PEP21-06-02-001\\_ukr.pdf](https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP21-06-02-001_ukr.pdf)
52. Sternberger, L., Horgan, C. M., Wilens, T. E., Rosenbloom, D., Brandeis, M., D'Ippolito, D., Horgan, D. E., & Liebschutz, J. M. (2023). Lessons learned serving pregnant, postpartum, and parenting people with substance use disorders in Massachusetts: The Moms Do Care Program. *Maternal and Child Health Journal*, 27(Suppl 1), 67–74. <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03775-5>
53. United Nations Office on Drugs and Crime. (2004, November). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned*. [https://www.unodc.org/docs/treatment/Toolkits/Women\\_Treatment\\_Case\\_Studies\\_E.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/Toolkits/Women_Treatment_Case_Studies_E.pdf)

54. United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *A gender-sensitive approach to addressing drug use disorders*. [https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Gender\\_2022.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Gender_2022.pdf)
55. United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *Comorbidities in drug use disorders: No wrong door*. [https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC\\_Comorbidities\\_in\\_drug\\_use\\_disorders.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_Comorbidities_in_drug_use_disorders.pdf)
56. United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World Drug Report 2023*. United Nations. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>
57. Upshur, C. C. (2018). Homeless women's service use, barriers, and motivation for participating in substance use treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 44(2), 252–262. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28806101/>
58. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau. (2018, November 8). *AFCARS Report #25: Preliminary estimates for FY 2017*. <https://acf.gov/sites/default/files/documents/cb/afcarsreport25.pdf>
59. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. (2022, May). *Challenges in identifying and supporting human services participants with substance use disorder* (Issue Brief). <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/542cc4c90c384b7178984771821c0158/sud-id-framing-paper.pdf>
60. Webb, L., Delaloye, J., Turner, R., Moore, K., & Steynor, M. (2022). Gendered stigma and substance use: Exploring barriers to treatment for women with addiction. *Journal of Substance Use*, 27(5), 481–489. <https://doi.org/10.1080/14659891.2022.2038887>
61. World Health Organization. (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107130/9789241548731\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107130/9789241548731_eng.pdf)

62. World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
63. World Health Organization, & United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders*. [https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/WHO-UNODC\\_International\\_Standards\\_Treatment\\_Drug\\_Use\\_Disorders\\_unoff\\_2020\\_UKR.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/WHO-UNODC_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_unoff_2020_UKR.pdf)
64. Zallar, L. J., Rivera-Irizarry, J. K., Hamor, P. U., Pigulevskiy, I., Rico Rozo, A. S., Mehanna, H., ... & Pleil, K. E. (2024). Rapid nongenomic estrogen signaling controls alcohol drinking behavior in mice. *Nature Communications*, *15*(1), 10725. <https://doi.org/10.1038/s41467-024-54737-1>

