



МІЖНАРОДНИЙ
ФОНД
ВІДРОДЖЕННЯ



АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

Результати дослідження серед учасників бойових дій, які є споживачами психоактивних речовин і алкогольних напоїв.

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ
за результатами дослідження
серед учасників бойових дій, які є споживачами
психоактивних речовин і алкогольних напоїв

Авторський колектив:

О. Яцура, канд.філол.наук –
керівник дослідницької групи;
С. Глущик, канд.філол.наук –
аналітик;
Д. Потапова – соціолог-аналітик;
Н. Земляна – соціолог-аналітик;
Л. Тарасюк – координатор
польового етапу дослідження

Це дослідження здійснено в межах проєкту, що реалізується Благодійною організацією «БЛАГОДІЙНЕ ТОВАРИСТВО «ВСЕУКРАЇНСЬКЕ ОБ'ЄДНАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙ «ДЛЯ СВОЇХ» за підтримки Міжнародного фонду «ВІДРОДЖЕННЯ» в межах Програми «Громадська стійкість».

Зміст

ПОДЯКИ.....	5
ВСТУП.....	6
МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	8
I. Соціально-демографічні характеристики респондентів дослідження	12
1.1. Характеристики учасників базового опитування	12
1.2. Характеристики учасників глибинних інтерв'ю.....	18
II. Фактичні моделі й практики споживання ПАР, у т. ч. алкоголю, ветеранами(-ками) ЗСУ в умовах воєнного часу	20
2.1. Практики споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, до початку війни	20
2.2. Способи споживання психоактивних (наркотичних) речовин і алкогольних напоїв під час війни	22
Способи споживання психоактивних (наркотичних) речовин	22
Способи споживання алкогольних напоїв	25
2.3. Частота споживання психоактивних (наркотичних) речовин і алкогольних напоїв під час війни	26
Частота споживання психоактивних (наркотичних) речовин	26
Частота споживання алкогольних напоїв.....	33
Зміна частоти споживання ПАР, у т.ч. алкоголю	35
2.4. Основні тенденції до споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, у зоні бойових дій	37
III. Вплив ПАР, у т. ч. алкоголю, на ветеранів(-ок) ЗСУ в екстремальних умовах (кризових ситуаціях).....	40
3.1. Фактори, що вплинули на споживання ПАР, у т.ч. алкоголю	40
3.2. Вплив війни на потребу в послугах	43
IV. Надання послуг ветеранам(-кам), які споживають ПАР, у т.ч. алкоголь	47
4.1. Напрями перенаправлення пацієнтів для отримання послуг	47
4.2. Запит на послуги: поліпшення психологічного стану	49
Невирішеність нагальних потреб.....	49
Потреба у поліпшенні психологічного стану	50
4.3. Потреба в послугах.....	51
4.4. Пільги для ветеранів.....	53
4.5. Задоволення потреб у послугах	54
Медичні послуги.....	54
Соціальні послуги	56
Відмова в наданні послуг.....	57
4.6. Перешкоди в отриманні послуг та шляхи подолання цих перешкод	59
4.7. Дотримання конфіденційності та захисту медичної інформації.....	61
Забезпечення конфіденційності	61
Порушення конфіденційності	64
V. Можливі шляхи профілактики вживання ПАР, у т. ч. алкоголю серед ветеранів(-нок) ЗСУ під час бойових дій	66
5.1. Готовність споживачів ПАР відмовитися від споживання	66
5.2. Шляхи підвищення відповідальності за власне здоров'я	69

5.3. Пропозиції щодо профілактики споживання ПАР, у т.ч. алкоголю	74
VI. Шляхи зменшення стигматизації ветеранів війни та підвищення обізнаності щодо їхніх проблем у сучасному суспільстві	76
Прояви стигми з досвіду респондентів – учасників глибинних інтерв'ю.....	76
Пропозиції щодо зменшення стигматизації ветеранів(-ок), які споживають ПАР	77
Шляхи підвищення обізнаності з проблемами ветеранів(-ок)	78
РЕКОМЕНДАЦІЇ для профільних міністерств і відомств щодо забезпечення прав та інтересів ветеранів і ветеранок ЗСУ, які споживають ПАР, у т.ч. алкоголь	81
Суб'єкти формування політики щодо профілактики споживання ПАР серед ветеранів(-ок).....	81
Які програми запровадити для ветеранів	83
Що зробити для захисту прав ветеранів на національному і регіональному рівнях	84
ВИСНОВКИ.....	87
ДОДАТКИ.....	90

ПОДЯКИ

Цей аналітичний звіт підготовлено колективом авторів за результатами дослідження, проведеного серед учасників бойових дій, які є споживачами психоактивних речовин, зокрема алкогольних напоїв, а також здійсненого в межах проєкту, що реалізується Благодійною організацією «БЛАГОДІЙНЕ ТОВАРИСТВО «ВСЕУКРАЇНСЬКЕ ОБ'ЄДНАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙ «ДЛЯ СВОЇХ» за підтримки Міжнародного фонду Відродження в межах Програми «Громадянська стійкість».

Авторський колектив висловлює щиру подяку усім партнерам проєкту за надану допомогу протягом всіх етапів впровадження цього дослідження, сприяння і висловлені рекомендації щодо удосконалення організаційних, методологічних та етичних підходів проведення дослідження, організації та здійснення опитування, зокрема:

Юрію Михайловичу Лазаревичу, керівнику проєкту,

Наталії Несват, регіональній координаторці у Черкаській області,

Євгену Баборикіну, регіональному координатору у Рівненській області,

Дмитру Грицюку, регіональному координатору у Дніпропетровській області,

Дмитру Шевченку, регіональному координатору у Київській області,

Ользі Білик, регіональній координаторці у Львівській області

та усім консультантам, фахівцям, які були залучені до збору й аналізу даних.

ВСТУП

Війна й активізація бойових дій на території України щодня створюють нові виклики – не тільки політичні і гуманітарні в усіх сферах діяльності нашої держави, зокрема у медичній і соціальній галузях, а й, перш за все, для населення нашої країни в цілому.

До початку повномасштабного російського вторгнення, 24 лютого 2022 року в Україні налічувалося майже пів мільйона учасників бойових дій проти російської агресії – ветеранів і учасників АТО. На сьогодні за даними Міністерства у справах ветеранів України в країні налічується 1,3 млн. учасників бойових дій та осіб з інвалідністю внаслідок війни. А нині до оборони держави залучено майже мільйон українців² – це нове покоління українських ветеранів та ветеранок, чий досвід значно відрізняється від попередніх поколінь захисників(-иць) України.

Відтак, оскільки ветерани й ветеранки зазнають не тільки фізичних травм, значних ускладнень зі станом власного здоров'я, а й погіршення психічного здоров'я³, війна стає як для учасників і учасниць бойових дій, так і для тих, хто звільняється після служби, вагомим фактором, що впливає на формування залежності й зловживання психоактивними речовинами (далі – ПАР)⁴, у т.ч. алкоголем. Отже, споживання ПАР, у т.ч. й алкоголю, стимуляторів учасниками бойових дій вже сьогодні створює серйозний соціальний та медичний виклик в державі, що виникає з різних аспектів, пов'язаних з безпосередньою участю захисників і захисниць у війні.

Як свідчать дані опитувань, споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, і/або стимуляторів стає все більш поширеною практикою серед учасників бойових дій та осіб з інвалідністю внаслідок війни, оскільки вони досить часто зазнають фізичних і психологічних травм під час виконання завдань, а це може призводити до хронічних депресій, тривожно-депресивних розладів, безсоння, фантомних болей, наслідків акубаротравм (контузій), хронічного болю, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших проблем, що можуть спровокувати вживання ПАР як спробу самолікування або знеболювання. Разом з цим, у деяких випадках ветерани та ветеранки можуть мати доступ до рецептурних або нерецептурних наркотиків через медичну систему, що може призвести до зловживання цими речовинами.

Слід враховувати, що перехід до мирного життя може включати проблеми з соціалізацією, порозумінням в родині, пошуком роботи, навчанням, встановленням стабільних міжособистісних відносин тощо. Зокрема процеси звільнення з підрозділів сил безпеки та оборони, реабілітації й адаптації до мирного життя, проблеми з працевлаштуванням і самореалізацією, погіршення, у т.ч. й розрив, родинних стосунків для ветеранок і ветеранів створюють у більшості випадків додаткові виклики, з якими вони стикаються, що також впливає на їхній емоційний стан та психічне здоров'я.

Окрім цього, ПАР, у т.ч. алкоголь тягнуть за собою підвищену ризиковану поведінку, що, безперечно, збільшує ризики передачі соціально небезпечних захворювань, зокрема ВІЛ, гепатитів, інфекцій, що передаються статевим шляхом, тощо.

На жаль, сьогодні в інформаційному просторі офіційних аналітичних та статистичних даних і результатів досліджень стосовно вживання ПАР, у т.ч. алкоголю, і/або стимуляторів ветеранами та ветеранками війни в Україні не має. А відсутність аналітичної інформації та статистичних даних, які б дозволяли побачити чітку картину ситуації, що склалась, результатів

² З інтерв'ю Президента України. – URL: <https://suspilne.media/671816-zelenskij-u-nas-miljonna-armia/>.

³ За даними Міністерства у справах ветеранів України. – URL: <https://mva.gov.ua/presenter/category/86-novini/diagnostichnou-sistemou-stanu-psihichnogo-zdorovya-marta-vid-minveteraniv-skoristalasya-91-tisyacha-ludey-statistika>

⁴ URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin>

проведених досліджень, направлених на визначення можливих шляхів попередження вживання ПАР, у т.ч. алкоголю, і/або стимуляторів ветеранами(-ками), не дозволяють об'єктивно поглянути на проблему та вжити не тільки попереджувальних дій, а й заходів для її вирішення, розробити й надати комплекс необхідних послуг учасникам бойових дій, які є споживачами ПАР, забезпечити їх права та інтереси на національному й місцевих рівнях тощо.

Таким чином, зазначена проблема з кожним днем набуває актуальності й вимагає комплексного підходу до вирішення на національному й регіональному рівнях, що повинно:

- по-перше, включати здійснення аналізу факторів, які впливають на вживання ПАР, у т.ч. алкоголю, визначення причин їх вживання;

- по-друге, мати розуміння подальших заходів з реагування на проблему вживання ПАР серед ветеранів і ветеранок війни з метою поліпшення їхнього благополуччя та якості життя – зокрема доступ до якісної медичної й психологічної допомоги, програми реабілітації, а також зменшення стигматизації та підвищення свідомості населення країни стосовно проблем ветеранів/ветеранок війни в сучасному суспільстві.

З огляду на все вищезазначене та у контексті нинішньої гуманітарної кризи, вкрай важливим було проведення цього операційного дослідження, спрямованого на аналіз факторів, що впливають на вживання психоактивних речовин і алкоголю ветеранами й ветеранками, діючими військовослужбовцями й демобілізованими або звільненими у запас учасниками(-цями) бойових дій на території України внаслідок агресії російської федерації (з 24.02.2022 р. по теперішній час), а також визначення причин споживання й вплив різних видів ПАР, у т.ч. алкоголю й/або стимуляторів, на їх свідомість і самопочуття.

Саме тому Благодійною організацією «БЛАГОДІЙНЕ ТОВАРИСТВО «ВСЕУКРАЇНСЬКЕ ОБ'ЄДНАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙ «ДЛЯ СВОЇХ» (далі – БО «БТ «ДЛЯ СВОЇХ»)) було ініційовано виконання такого дослідження, що реалізовано за підтримки Міжнародного фонду Відродження в межах Програми «Громадянська стійкість».

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Це операційне дослідження ґрунтується на стандартах проведення досліджень ЦГЗ МОЗ України, рекомендаціях міжнародних організацій, Конвенції ООН про захист прав людини і основоположних свобод, Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) та інших підходах.

При розробці інструментарію дослідження використано матеріали УНП ООН:

- керівництв з профілактики, лікування, догляду та підтримки для ключових груп населення, уразливих до інфікування ВІЛ, які вживають стимулюючі препарати⁵ (запропоновані в посібниках підходи та рекомендації⁶ не тільки сприяють впровадженню ефективних методів, які відповідають потребам груп споживачів ПАР і/або стимуляторів, що зростає в усьому світі за чисельністю, а й передбачає розширення послуг для цих груп населення), а також
- оціночних досліджень щодо аналізу основних потреб та перешкод у доступі представників ключових груп населення з числа споживачів НПАР/стимуляторів до медичних і соціальних послуг у сфері ВІЛ, проведених УНП ООН в Україні у 2020⁷ і 2022 роках.

Методологічні засади проведення дослідження враховують нормативно-правову базу України, зміст документів, розроблених з метою протидії наркозалежності в Україні, а також спрямованих на забезпечення прав і інтересів захисників(-иць), учасників(-иць) бойових дій.

Мета дослідження – проаналізувати фактори, що впливають на вживання психоактивних речовин (далі – ПАР), у т.ч. алкоголю, ветеранів і ветеранок – учасниками(-цями) бойових дій (починаючи з 24.02.2022 р. по теперішній час), а також визначити причини споживання й вплив різних видів ПАР, у т.ч. алкоголю, і/або стимуляторів на свідомість та самопочуття ветеранів і ветеранок.

Сформульовані цілі досягалися шляхом виконання наступних **завдань дослідження**:

- визначити та проаналізувати фактичні моделі споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, і/або стимуляторів ветеранами(-ками) в умовах воєнного часу;
- визначити та проаналізувати вплив ПАР, у т.ч. алкоголю, і/або стимуляторів на ветеранів(-ок) в екстремальних умовах (кризових ситуаціях);
- визначити можливі шляхи запобігання вживання ПАР, у т.ч. алкоголю, і/або стимуляторів серед ветеранів(-ок) ЗСУ під час бойових дій та після їх звільнення;
- проаналізувати факт початку споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, і/або стимуляторів серед ветеранів(-ок);
- запропонувати подальші дії щодо зменшення стигматизації та підвищення свідомості про проблеми ветеранів війни в сучасному суспільстві;
- розробити рекомендації для профільних міністерств і відомств щодо забезпечення прав і інтересів ветеранів і ветеранок які є споживачами ПАР і/або стимуляторів.

⁵ HIV Prevention. UNODC. – URL: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/19-04568_HIV_Prevention_Guide_ebook.pdf.

⁶ URL: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/1_Stim_HIV_Syst_Lit_rev_Part_1_methodology_and_summary.pdf;
URL: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/2_Stim_HIV_Syst_Lit_Rev_Part_2_ATS.pdf;
URL: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/3_Stim_HIV_Syst_Lit_Rev_Part_3_Cocaine_and_Crack-Cocaine.pdf;
URL: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/4_Stim_HIV_Syst_Lit_Rev_Part_4_-_New_Psychoactive_Substances.pdf;
URL: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/5_Stim_HIV_Syst_Lit_rev_Part_5_Prevention_and_treatment.pdf.

⁷ URL: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/NPS/NPS_Ukraine-Russian.pdf

Цільові групи дослідження (далі – ЦГД): *ветерани і ветеранки*, особи, які беруть/брали безпосередню участь у заходах, спрямованих на забезпечення оборони України, захист безпеки населення й інтересів держави у зв'язку з військовою агресією російської федерації проти України, та які є споживачами ПАР, у т.ч. алкоголю, і/або стимуляторів і на момент дослідження

- перебували у зоні бойових дій на території України;
- поранені та проходять тимчасове лікування чи знаходяться на реабілітації;
- звільнені з лав підрозділів сил безпеки та оборони після проходження служби у зоні бойових дій на території України.

Географічне охоплення: *Дніпропетровська, Київська, Львівська, Рівненська і Черкаська області.*

Для збору емпіричних даних застосовано такі **методи дослідження**:

- **кількісний метод** – базове опитування, в межах якого проводились напівструктуровані інтерв'ю (face-to-face) з представниками ЦГД з використанням опитувальника;
- **якісні методи** – *глибинні інтерв'ю* (ГІ) з експертами – фахівцями, які працюють у сфері охорони здоров'я та надають медичні чи соціальні послуги споживачам ПАР, у т.ч. алкоголю, і/або стимуляторів (лікарі-наркодиспансерів, лікарі багатoproфільних лікарень, лікарі психоневрологічних диспансерів, лікарі військових шпиталів, водолікарень, інші спеціалісти).

Рекрутинг і організація опитування респондентів дослідження здійснювався представниками НУО: БО «БТ «ДЛЯ СВОЇХ», БО «100% Життя Рівне», БО «100% Життя Черкаси», БО «БТ « 100% Життя Дніпро», БО «ВІЛЬНА ЗОНА».

Загалом до участі у дослідженні залучено:

- *1000 респондентів* з числа ЦГД, які взяли участь у базовому (кількісному) опитуванні;
- *24 експерти* з числа надавачів послуг ЦГД, які взяли участь у глибинних інтерв'ю (ГІ).

Більш детально інформацію про респондентів дослідження див. у розділі «Соціально-демографічні характеристики учасників дослідження».

Критерії відбору респондентів для участі у базовому опитуванні:

- на момент залучення респондента(-ки) до участі у дослідженні він/вона досяг(-ла) 18-річного віку;
- респондент(-ка) є представником(-цею) цільових груп дослідження (ЦГД);
- на момент опитування знаходяться у військових частинах, лікарнях, реабілітаційних центрах або демобілізувались та перебувають у регіонах дослідження: Дніпропетровська, Київська, Львівська, Рівненська чи Черкаська області;
- має практику споживання ПАР і/або стимуляторів (одного чи кількох, у т.ч. й алкоголю) як до початку бойових дій в Україні (до 24.02.2022 р.), так і під час війни;
- надав(-ла) поінформовану згоду на участь у дослідженні.

Критерії відбору респондентів для участі у глибинних інтерв'ю:

- на момент залучення респондента(-ки) до участі у дослідженні він/вона досяг(-ла) 18-річного віку;
- має досвід надання медичних чи соціальних послуг представникам ЦГД;
- на момент опитування працює/служить у регіонах дослідження: Дніпропетровська, Київська, Львівська, Рівненська чи Черкаська області;
- надав(-ла) поінформовану згоду на участь у дослідженні.

Етичні засади проведення дослідження:

Збір, зберігання й аналіз емпіричних даних дослідження базуються на дотриманні етичних стандартів і захисті прав учасників дослідження на добровільність, анонімність та конфіденційність. З цією метою усі консультанти й фахівці, залучені до виконання цього дослідження, зокрема усі рекрутери та інтерв'юери, підписували угоду про конфіденційність, згідно з якою вони зобов'язувалися не розголошувати та іншим чином не передавати третім особам будь-які відомості про респондентів, які стали їм відомі у ході виконання своїх обов'язків у рамках цього дослідження.

Добровільна участь

Перед початком базового опитування чи глибинного інтерв'ю кожного з учасників дослідження було поінформовано про мету і завдання дослідження, особливості його проведення, а також про гарантії анонімності й конфіденційності для респондентів, їхнє право на добровільну участь в опитуванні, а також на його припинення у будь-який момент.

Поінформована згода

Дослідження проводилося на основі конфіденційності та анонімності.

Після детального пояснення теми дослідження, процедури та умов участі усім респондентам, які відповідали необхідним вимогам (*критерії відбору респондентів* описано вище), інтерв'юером отримувалася поінформована згода на участь у дослідженні. Усі учасники підтвердили, що вони розуміють та погоджуються з усіма пунктами поінформованої згоди перед тим, як почали відповідати на запитання анкети базового опитування чи гайду глибинного інтерв'ю.

Конфіденційність. Питання щодо важливості конфіденційності було підкреслено в тексті інформованої згоди, з якою усіх респондентів було ознайомлено до початку проведення базового опитування чи глибинного інтерв'ю. Уся інформація, отримана під час цього дослідження, буде зберігатися на захищеному паролем комп'ютері, який доступний тільки дослідницькій групі. Жодна ідентифікаційна інформація про співробітників і учасників дослідження не використовуватиметься у звітах.

Опрацювання та аналіз даних:

● **Базове опитування:**

Інструментарій для проведення базового опитування було адаптовано на підставі даних, отриманих за результатами пілотування шляхом проведення 5 інтерв'ю з представниками ЦГД, після чого опитувальник було доопрацьовано.

Забезпечено координацію польового етапу опитування.

Опитування респондентів відбувалося особисто (face-to-face) за узгодженим інструментарієм. Для збору даних використовувалися опитувальник на паперових носіях; опрацювання та аналіз отриманих даних відбувалося кількісними методами за допомогою програми SPSS. PC з можливістю проведення аналізу за ЦГД, статтю, віком та географією опитування.

● **Глибинні інтерв'ю:**

Глибинні інтерв'ю проводилися згідно заздалегідь розробленим опитувальником. Відбувався запис інтерв'ю, який згодом транскрибувався у вигляді текстового файлу.

Для аналізу отриманих даних застосовувалися якісні методи, на основі яких проведено первинний аналіз та узагальнено інформацію щодо моделей і досвіду споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, основних потреб ЦГД та бар'єрів у доступі до якісних медичних і соціальних послуг; Проаналізовану інформацію й дані, отримані в ході ГІ, представлено у цьому звіті.

Обмеження дослідження:

Нерепрезентативність вибірки. Через обмеженість вибіркової сукупності та географії цього операційного дослідження (що визначено технічним завданням проєкту), а також в умовах воєнного часу через міграцію населення, зокрема представників ЦГД, розрахувати репрезентативну вибірку неможливо. Але, оскільки цілі, завдання та географія дослідження дозволяли використовувати нерепрезентативні вибірки, тому до дослідження залучено визначену проєктом кількість респондентів.

Високий рівень професіоналізму дослідника як необхідна умова для отримання об'єктивної й необхідної інформації. Цільова аудиторія дослідження є важкодоступною та досить закритою групою осіб, що обумовлено військовим станом на території України. Тому організація дослідження і високий рівень кваліфікації дослідницької команди, НУО, які забезпечували рекрутинг і опитування респондентів у регіонах дослідження, досвід інтерв'юерів були необхідною умовою для проведення цього дослідження.

Відсутність повної об'єктивності й надійності висновків пов'язані з тим, що респондент самостійно вибирає варіанти відповідей та може у будь-який момент припинити чи відмовитися від опитування. Водночас максимальній відкритості у наданні інформації респондентами сприяли гарантовані анонімність і конфіденційність, забезпечені максимально комфортні умови під час опитування та робота з підготовленими інтерв'юерами.

Дотримання термінів виконання. Враховуючи низку факторів, що вплинули на порушення термінів здійснення завдань цього дослідження (зокрема ці причини були пов'язані з бойовими діями на території України, відключенням електроенергії, відсутністю зв'язку, інтернету, закритістю цільової аудиторії, переїздом представників ЦГД, небажанням певної частки представників ЦГД йти на контакт, перенесенням термінів проведення інтерв'ю, відмовою від участі в дослідженні тощо), терміни виконання польового етапу цього дослідження може були дещо подовжені.

I. Соціально-демографічні характеристики респондентів дослідження

1.1. Характеристики учасників базового опитування

У межах дослідження було опитано 1000 респондентів з 5 областей України по 200 осіб у кожній: Дніпропетровська, Київська, Львівська, Рівненська та Черкаська. Важливою особливістю, за якою відбиралися респонденти, був їх досвід споживання ПАР, у т.ч. алкоголю.

Загальні характеристики респондентів – учасників опитування представлено у Таблиці 1.1.1.

Таблиця 1.1.1. Характеристики респондентів базового опитування

Характеристики респондентів		Всього	
		N ⁸	%
Вік	18-24 роки	64	6,4
	25-34 роки	272	27,2
	35-44 роки	377	37,7
	45-50 роки	189	18,9
	Понад 50 років	98	9,8
Загалом		1000	100
Стать	Чоловіча	936	93,6
	Жіноча	63	6,3
Загалом		999	99,9
Сімейний статус	Маю офіційного(-у) чоловіка/дружину (офіційний шлюб)	457	45,7
	Маю неофіційного(-у) чоловіка/дружину (партнера/партнерку)	188	18,8
	Розлучений/розлучена	154	15,4
	Удівець/удова	29	2,9
	Самотній(-я)	133	13,3
	Немає часу на особисте життя	1	0,1
	В активному пошуку	1	0,1
	Важко відповісти	37	3,7
Загалом		1000	100
Освіта	Середня або середня спеціальна	543	54,3
	Незакінчена вища	175	17,5
	Вища	276	27,6
	Маю науковий ступінь (кандидат/доктор наук)	4	0,4
	Важко відповісти	2	0,2
Загалом		1000	100

Віковий розподіл демонструють, що найбільш представленою часткою є люди в середині свого циклу працездатності – 25-44 роки (64,9% опитаних). При цьому частка осіб віком понад 50 років більша відносно наймолодшої групи людей віком 18-24 років (9,8% та 6,4% відповідно).

Запланована вибірка за статевою ознакою значно відрізняється від наявного масиву опитаних респондентів у бік переваги чоловічої статі (93,6%), що може бути обґрунтовано

⁸ N – абсолютне число.

особливостями даної групи осіб, а саме тим, що військова справа є традиційно чоловічою професією. Однак, 6,3% жінок, які перебувають безпосередньо у війську, отримали поранення та проходять реабілітацію, демобілізувалися – це значний показник, що говорить про початок системної зміни і відходження від традиційних гендерних ролей.

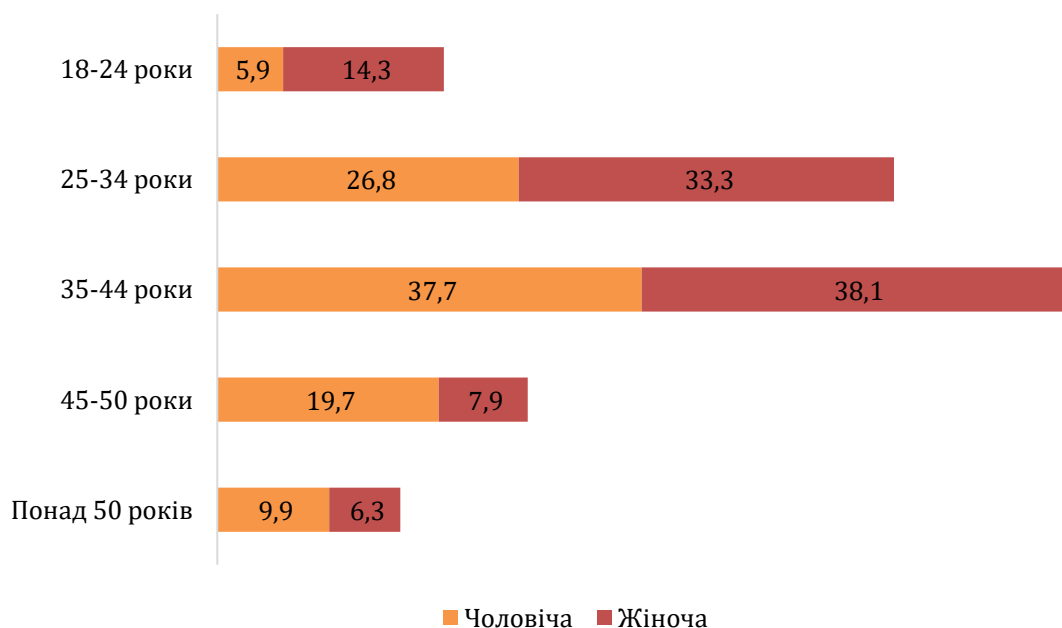


Рис. 1.1.1. Статеві-вікові розподіли респондентів базового опитування, %

З графіка, представленого вище, видно розподіл для кожної статі в залежності від того, до якої вікової групи вони належать. Умовна «демографічна піраміда» зберігається, але серед жінок більше молодших за віком, а серед чоловіків – частка тих, хто старший за 45 років.

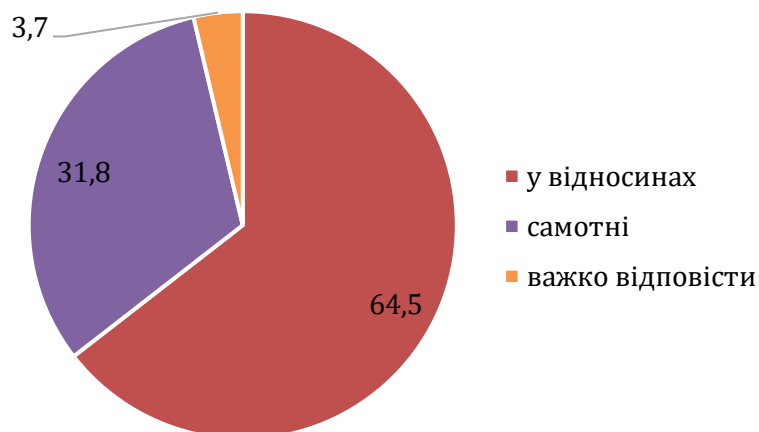


Рис. 1.1.2. Сімейний стан, %

Розподіл за сімейним станом демонструє, що більшість респондентів перебувають у стосунках (64,5%). Так, 45,7% опитаних офіційно одружені, а 18,8% мають постійного партнера. Вагалися відповісти на це запитання 3,7% опитаних.

Серед розподілу за рівнем освіти переважають респонденти, які мають середню або середню спеціальну освіту (54,3%). На другому місці — ті, хто має повну вищу освіту (27,6%) та незакінчену вищу (17,6%). При цьому, чотири особи зазначили, що мають науковий ступінь.

Відповідно до цілей і завдань дослідження було опитано ветеранів і ветеранок, осіб, які беруть/брали безпосередню участь у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією російської федерації проти України, які є споживачами ПАР, у т.ч. алкоголю, і/або стимуляторів та на момент дослідження:

- перебувають у зоні бойових дій на території України (n=404);
- поранені та проходять тимчасове лікування чи знаходяться на реабілітації (n=434);
- демобілізувались із лав ЗСУ після проходження служби у зоні бойових дій на території України (n=162).

Таблиця, представлена нижче (табл. 1.1.2.), демонструє основні розподіли за категорією респондентів відповідно до їх статусу військової служби.

Таблиця 1.1.2. Розподіл респондентів базового опитування за статусом військової служби

Характеристики респондентів		Всього	
		N	%
Категорія	Перебуваю у зоні бойових дій на території України	404	40,4
	Поранений/-на та проходжу тимчасове лікування та/або знаходжуся на реабілітації	434	43,4
	Демобілізувався/-лась із лав ЗСУ після проходження служби у зоні бойових дій на території України	162	16,2
Загалом		1000	100,0
Час перебування в зоні бойових дій	Менше 6 місяців	34	8,4
	Від 6 місяців до 1 року	126	31,2
	Від 1 року до 3 років	190	47,0
	Понад 3 роки	52	12,9
	Важко відповісти	2	0,5
<i>*серед тих, хто вказав, що перебуває у зоні бойових дій</i>			
Загалом		404*	100,0
Час повернення з зони бойових дій	Менше 6 місяців	394	66,1
	Від 6 місяців до 1 року	146	24,5
	Від 1 року до 3 років	47	7,9
	Понад 3 роки	2	0,3
	Важко відповісти (не зачитувати)	7	1,2
Загалом		596*	100,0
<i>*серед тих, хто вказав, що демобілізувався або проходить лікування</i>			

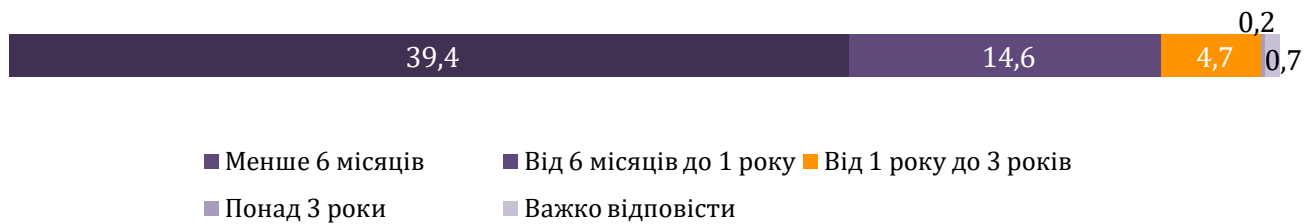
Можна простежити, що більшість опитаних, які перебувають у зоні бойових дій, знаходяться там у середньому від пів року до трьох років, тобто вони долучилися вже після повномасштабного вторгнення. При цьому частка тих, хто воює понад три роки, становить 12,9%, що більше, ніж кількість осіб, які тільки-но доєдналися до війська (8,4%).

Серед тих, хто повернувся із зони бойових дій, найбільше опитано осіб, які перебувають поза зоною менше ніж шість місяців (66,1%) і до року (24,5%).



■ Менше 6 місяців ■ Від 6 місяців до 1 року ■ Від 1 року до 3 років ■ Понад 3 роки ■ Важко відповісти

Рис. 1.1.3. Час перебування в зоні бойових дій, %



■ Менше 6 місяців ■ Від 6 місяців до 1 року ■ Від 1 року до 3 років
■ Понад 3 роки ■ Важко відповісти

Рис. 1.1.4. Час, який пройшов від повернення з військової служби (зони бойових дій), %

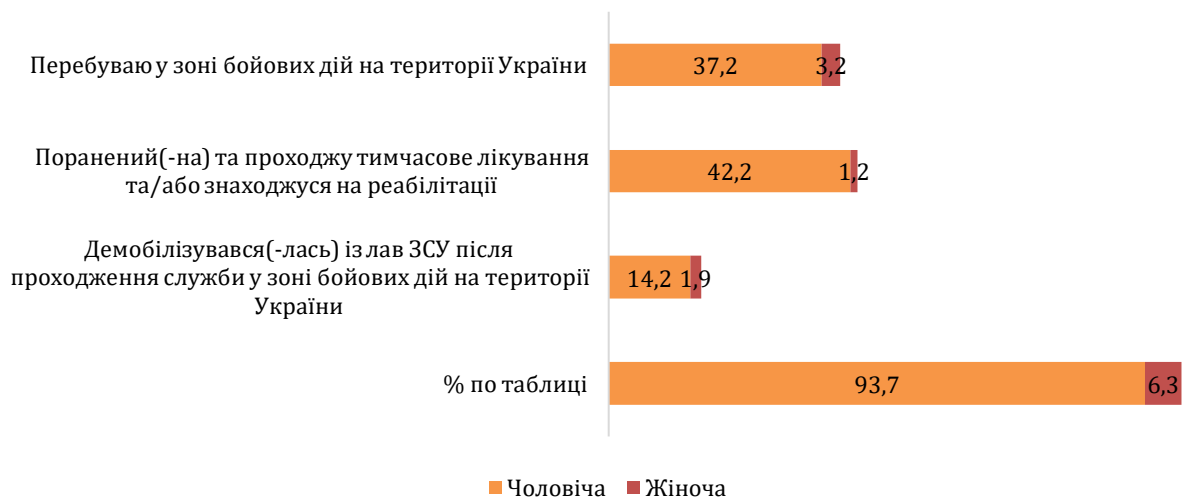


Рис. 1.1.5. Категорія респондентів-учасників бойових дій, за статтю, %

Як можна побачити на малюнку, представленому вище (1.1.5), згідно з розподілом по всьому масиву даних, найбільша кількість опитаних (43,3%) перебуває на реабілітації. Серед них найбільшу частку становлять чоловіки (42,2%). При цьому, що характерно для опитаних жінок — більшість із них зараз перебуває в зоні бойових дій, а не проходить лікування чи демобілізована.

Імовірно, це пов'язано, з одного боку, з тим, що жінок традиційно оберігають від важких завдань, а з іншого — що жіноча група почала брати участь у бойових завданнях лише з початком повномасштабного вторгнення.

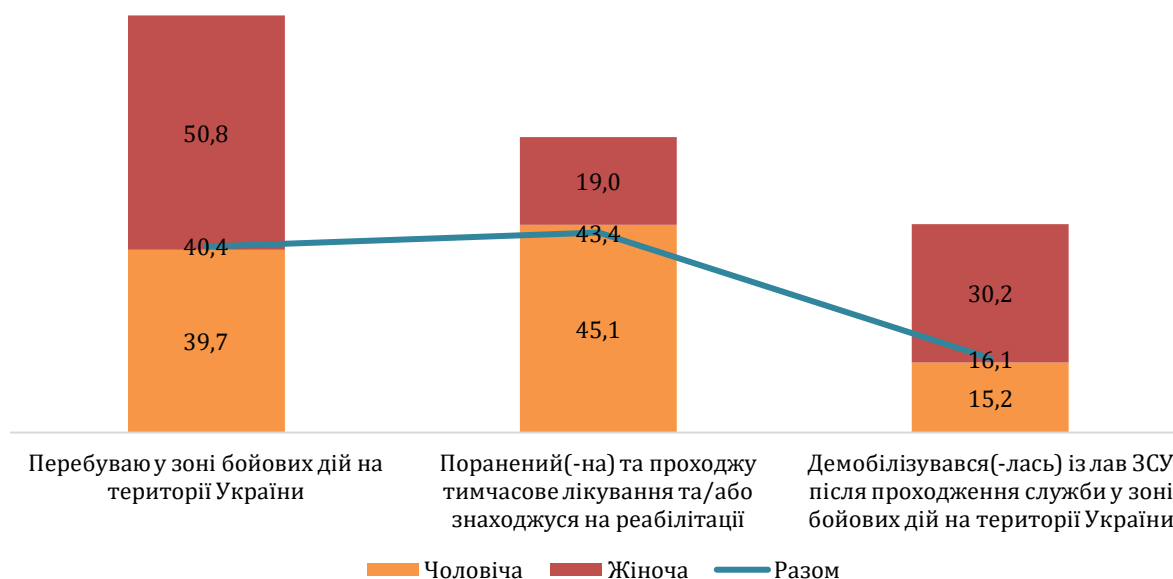


Рис. 1.1.6. Категорія респондентів-учасників бойових дій, серед усіх, за статтю, %

На представленому вище малюнку 1.1.6 зображено категорії опитаних в розрізі статі та в середньому за категорією. Як видно з графіка, в зоні бойових дій на момент опитування перебувало 50,8% респондентів жіночої статі, що вище ніж частка опитаних чоловіків з даної категорії. Водночас, серед чоловіків набагато більше тих, хто був поранений та проходить лікування чи реабілітацію (45,1% проти 19% серед жінок). Окрім того, найменшу частку з усіх категорій (15,2%) – це респонденти чоловічої статі, які демобілізувалися.

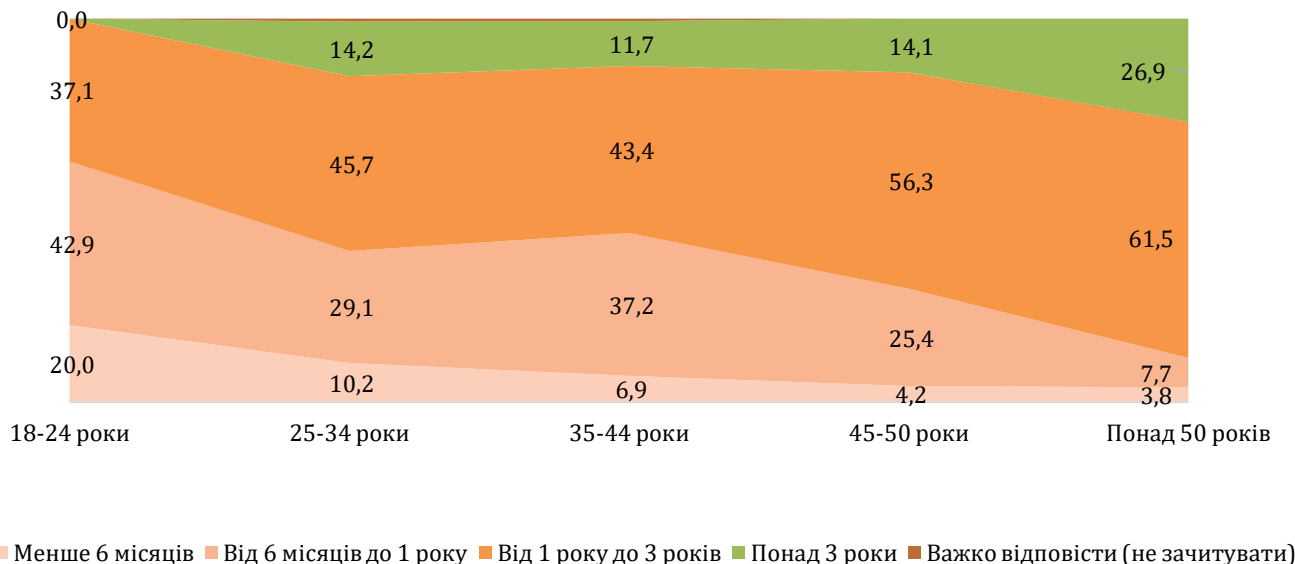


Рис. 1.1.7. Перебування в зоні бойових дій, за віком, %

Частка тих, хто перебуває в зоні бойових дій, залежно від тривалості перебування на позиціях, дуже сильно залежить від віку. Так, чим старший вік, тим більше тих, хто перебуває на позиціях не з початку повномасштабного вторгнення, а раніше. Водночас молодь здебільшого пішла воювати або на початку повномасштабного вторгнення, або приблизно рік тому.

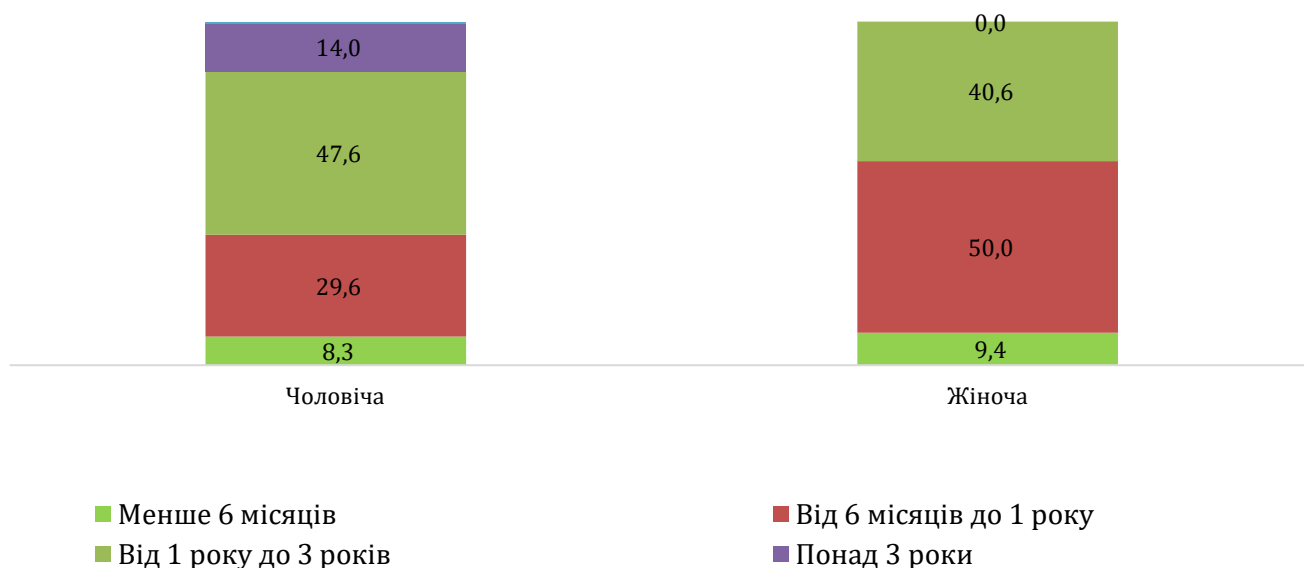


Рис. 1.1.8. Перебування в зоні бойових дій, за статтю, %

За гендерними розподілом прослідковується неоднозначна ситуація: видно, що жінки більше долучаються зараз до бойових дій і, серед опитаних, не було жодної, яка б вступила до підрозділів сил безпеки та оборони до повномасштабного вторгнення. Чоловіки ж, за розподілом всередині групи, більш-менш відображають загальну картину. Найбільше тих, хто залучився до лав ЗСУ від 6 місяців до 3 років тому (77,2%).

Невелика кількість опитаних вже демобілізувалася, здебільшого вони знаходились на лікуванні, або на бойовому завданні. Так, на графіку представленому нижче (рис. 1.1.9), видно разючу відмінність між тим, скільки осіб демобілізувалися та скільки осіб проходять лікування чи реабілітацію. Серед поранених – найбільше тих, хто перебуває на лікуванні менше 6 місяців. При цьому різниця в інших категоріях, між тими, хто проходить реабілітацію більше ніж пів року, набагато менша і не може бути значимою. Лише 161 особа серед опитаних демобілізувалася.

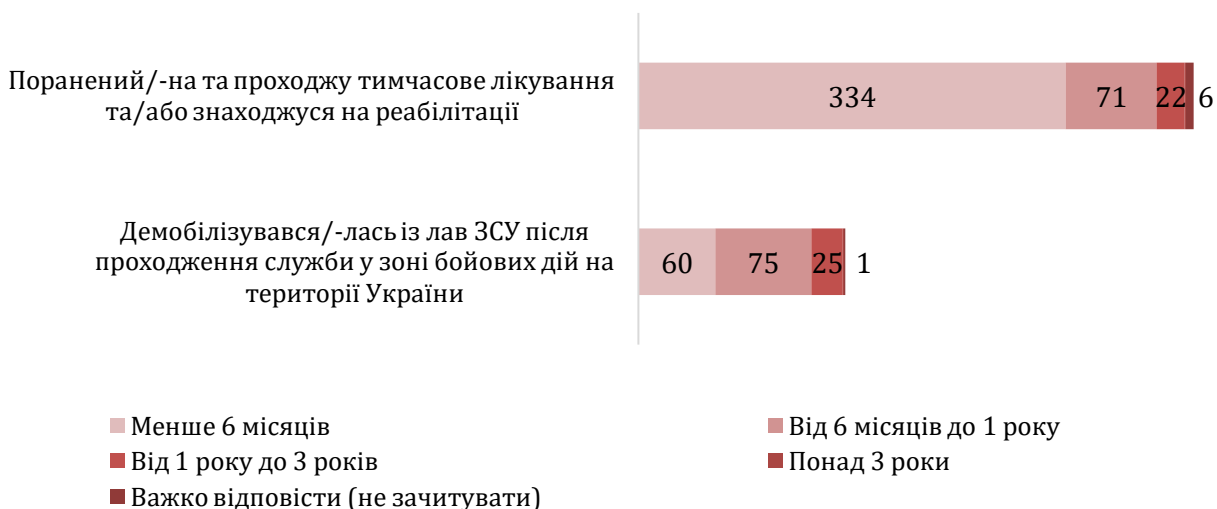


Рис. 1.1.9. Категорія в залежності від часу перебування поза зоною бойових дій, N

Серед тих, хто зараз не знаходиться в зоні бойових дій, найбільша кількість – серед поранених чоловіків, які знаходяться на лікуванні чи реабілітації (n=325). Найбільша кількість знаходяться у віці 35-44 роки (n=133) і перебувають на лікуванні менше 6 місяців.

1.2. Характеристики учасників глибинних інтерв'ю

У дослідженні взяли участь 24 респонденти (по чотири особи – у Дніпропетровській та Львівській областях, по п'ять осіб – у Київській та Рівненській областях, шість осіб – у Черкаській області), з них 6 чоловіків та 18 жінок. Демографічні характеристики респондентів (такі як вік, географія, заклад, спеціальність, стаж) наведено в таблиці 1.2.1.

Таблиця 1.2.1. Характеристики респондентів дослідження (n=24):

Категорії респондентів	Всього	Регіон опитування респондентів				
		Дніпропет- ровська область	Київська область	Львівська область	Рівненська область	Черкаська область
Стать респондента						
Чоловіки	6	1			3	2
Жінки	18	3	5	4	2	4
Спеціальність						
Головний лікар	1					1
Інфекціоніст	3		1			2
Нарколог	5				3	2 (з них 1 – нарколог- анестезіолог)
Психіатр	7		1	4 (з них 1 – психіатр і психолог, 1 – є одночасно завідувачем відділення)	2 (з них 1 – психіатр, нарколог, невролог)	
Психолог	4	2	2			
Психотерапевт	2	2 (з них 1 – психотерапевт, клінічний психолог)				
Старша медична сестра	1		1			
Фтизіатр	1					1
Стаж роботи						
● На цій посаді на момент дослідження						
2 і менше (роботу розпо- чато після 24.02.2022 р.)	7		1	2	2	2
3–10 років	9	3	2	1	1	2
11–20 років	6		2	1	1	2
21–30 років	1				1	
31 рік і більше	1	1				
● Загальний медичний стаж						
2 і менше (роботу розпо- чато після 24.02.2022 р.)	3		1		2	
3–10 років	11	2	3	2	1	3
11–20 років	4			2	1	1
21–30 років	4	1	1		1	1
31 рік і більше	2	1				1

Заклади, де працюють респонденти, представляють найближчі до теми дослідження галузі медицини – наркологію, психіатрію, реабілітацію. Зокрема, дослідження охоплено наркологічними, психоневрологічними закладами, а також міською лікарню (як приклад

багатопрофільного закладу). Також для представлення діяльності закладів через призму відповідей респондентів важливо, що:

- охоплено різні види закладів: профільні (різних профілів), загальні; приватні та комунальні тощо;
- декілька респондентів працювали (або зараз працюють) у кількох закладах, у тому числі – різної форми власності (комунальна і приватна);
- у ході інтерв'ю респонденти вказували конкретне місце роботи в закладі (наркологічний стаціонар, кризовий центр тощо).

Щодо розподілу респондентів-учасників ГІ за спеціальностями, то серед них переважають психологи (n=13), друга за обсягом група – наркологи (n=5). Важливість залучення до опитування фтизіатрів, інфекціоністів пояснюється тим, що їх думки є важливими в контексті перенаправлення для лікування залежності як супутнього захворювання. Крім того, серед респондентів є представники керівного складу (завідувач центру, головний лікар, завідувач відділення, старша медсестра), чиї відповіді є впливовими у контексті формування політики та прийняття рішень.

За стажем роботи найбільшу частку респондентів як у закладі, так і загального медичного стажу, становлять фахівці зі стажем від 3 до 20 років. Наявність стажу, який було розпочато до повномасштабної війни, давав змогу респондентам порівнювати потреби пацієнтів у послугах до та після 24 лютого 2022 року. Тому респондентів, які мають медичний стаж 2 роки і менше, вказано окремо: такий стаж (загальний медичний) мали тільки 3 особи з 24, стаж на посаді на момент дослідження – 7 осіб.

II. Фактичні моделі й практики споживання ПАР, у т. ч. алкоголю, ветеранами(-ками) ЗСУ в умовах воєнного часу

Аналіз даних дослідження з інформації, отриманої як від експертів-учасників глибинних інтерв'ю (ГІ), так і респондентів базового опитування, демонструє наявні факти споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, чи стимулюючих препаратів ветеранами(-ками) ЗСУ – учасниками дослідження під час війни.

2.1. Практики споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, до початку війни

Слід зауважити, що у цьому питанні, у відповідях на запитання учасників базового опитування щодо їхнього досвіду споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, здебільшого збігаються з думками лікарів-учасників ГІ (коментарі учасників ГІ з цього питання аналізують нижче).

Так, за даними кількісного опитування представників цільової аудиторії дослідження до початку повномасштабного вторгнення в цілому 94,8%, тобто абсолютна більшість, опитаних споживали алкоголь, а інші ПАРи споживали до початку війни 40,3%, менше половини, опитаних респондентів. Водночас, 92,4% споживали алкоголь різної міцності вже після початку повномасштабної війни, після 24.02.2022 року.

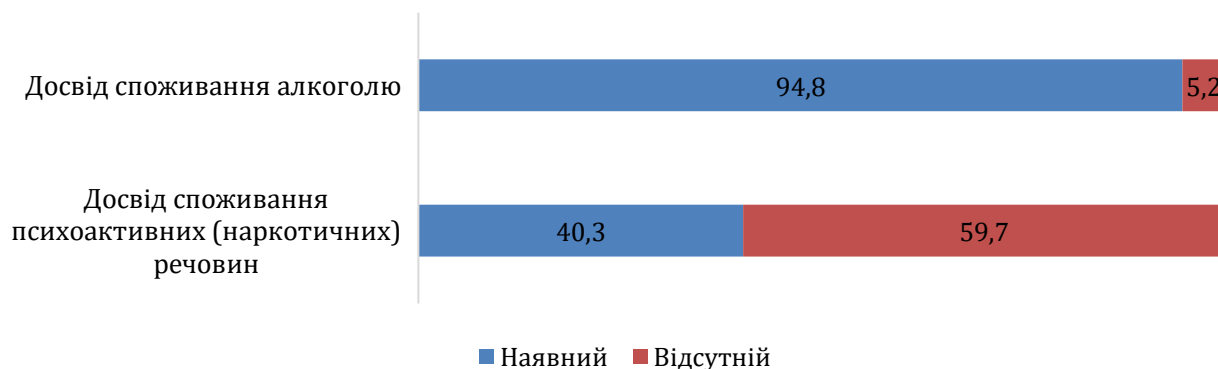


Рис. 2.1.1. Досвід споживання до початку війни, %

Найбільша кількість опитаних до 24 лютого 2022 року вживали психоактивні речовини (ПАР) за допомогою куріння — 74,9% з тих, хто відповів, що приймає ПАР (без алкоголю). На другому місці за чисельністю — категорія, що вживає ПАР нозально: 43,5% опитаних обирають саме такий спосіб. А 34,6% застосовують пероральний спосіб вживання. Парентеральний спосіб вживання був у 17,9% опитаних, що є досить високим показником.

Таблиця 2.1.1. Способи споживання психоактивних (наркотичних) речовин до початку війни, до 24.02.2022 р. (питання множинного вибору), серед тих, хто відповів

Відповіді респондентів		Всього	
		N	%
Як саме споживали ПАР (наркотичні речовини)	Перорально/ковтав(-ла)	139	34,6
	Нозально/нюхав(-ла)	175	43,5
	Парентерально/коловся(-лась)	72	17,9
	Кутив(-ла)	301	74,9
	Важко відповісти	13	3,2
Загалом		402*	100
*серед тих, хто вказав що споживав ПАР (наркотичні речовини)			

Таким чином, до початку війни серед тих респондентів базового опитування, які відповіли (n=402), найбільш популярними способами споживання ПАР (наркотичних речовин) були: куріння (n=310; 74,9%), нюхання/нозально (n= 175; 43,5%), ковтання/перорально (n=139; 34,6%). А про парентеральний спосіб споживання вказали 72 (17,9%) респондентів. 13 (3,2%) було важко відповісти.

Щодо загального досвіду споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, розподіл відповідей респондентів дослідження на ці запитання розподілився наступним чином (див. Таблиці 2.1.2 і 2.1.3).

Таблиця 2.1.2. Розподіл відповідей респондентів щодо їх досвіду споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, до початку війни, до 24.02.2022 р., серед усіх

	Відповіді респондентів	Всього	
		N	%
Загальний досвід споживання ПАР, у т.ч. алкоголю	до 5-ти років (включно)	233	23,3
	6-10 років	288	28,8
	11-15 років	133	13,3
	16-20 років	172	17,2
	21-25 років	60	6,0
	26-30 років	65	6,5
	30 і більше років	35	3,5
	Важко відповісти	14	1,4
Загалом		1000	100

Отже, спостерігаємо з відповідей респондентів базового опитування, що загальний досвід споживання ПАР, в т.ч. алкоголю, переважно в більшості з них становив до 10 років (51,2%). До 5 років включно споживали 23,3% опитаних, а до 10 років – 28,8%. 11-15 років приймали ПАР 13,3%, а до 20 років – 17,2% опитаних. При цьому, 30 і більше років приймали ПАР, а т.ч. алкоголь 3,5% опитаних.

Таблиця 2.1.3. Розподіл відповідей респондентів щодо їх досвіду споживання психоактивних (наркотичних) речовин і алкоголю, до початку війни, до 24.02.2022 р., %

Відповіді респондентів		Споживали до початку війни в Україні <u>алкоголь</u> , %	Споживали до початку війни в Україні <u>психоактивні (наркотичні) речовини</u> , %
Загальний досвід споживання психоактивних (наркотичних) речовин і алкоголю	до 5-ти років (включно)	23,6	50,0
	6-10 років	36,1	34,6
	11-15 років	16,7	7,7
	16-20 років	14,9	3,8
	21-25 років	2,4	3,8
	26-30 років	2,9	0,0
	30 і більше років	1,9	0,0
	Важко відповісти	1,6	0,0

Так, 36,1% тих респондентів, хто приймав алкоголь, зазначили, що споживали його близько 6-10 років; 23,6% – до 5 років. При цьому, інші ПАР 50% опитаних споживали до 5 років, а 34,6% – від 5 до 10 років.

Більш детально розподіли відповідей респондентів базового опитування (за різними характеристиками – віком, статтю, сімейним станом, досвідом споживання, освітою, ін.) щодо їх вживання ПАР, у т.ч. алкоголю, до початку війни представлено у Додатку до цього звіту.

2.2. Способи споживання психоактивних (наркотичних) речовин і алкогольних напоїв під час війни

Способи споживання психоактивних (наркотичних) речовин

Що стосується способів споживання ПАР у період війни, то серед респондентів дослідження переважають такі:

Таблиця 2.2.1. Способи споживання психоактивних (наркотичних) речовин у період з 24.02.2022 р. по теперішній час (питання множного вибору), у розрізі регіонів

Відповіді респондентів	Розподіл за регіонами										Всього відповідей	
	Дніпропетровська область		Київська область		Львівська область		Рівненська область		Черкаська область			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N*	%
Перорально (ковтаю)	32	11,8	73	22,3	35	14,2	60	23,5	39	14,4	239	17,4
Нозально (нюхаю)	46	16,9	53	16,2	38	15,4	20	7,8	53	19,6	210	15,3
Парентерально (колюся)	11	4,0	36	11,0	15	6,1	16	6,3	25	9,3	103	7,5
Курю	64	23,5	106	32,4	44	17,9	56	22,0	100	37,0	370	27,0
Не вживаю(-ав) наркотичні речовини	119	43,8	58	17,7	113	45,9	98	38,4	53	19,6	441	32,2
Важко відповісти	0	0,0	1	0,3	1	0,4	5	2,0	0	0,0	7	0,5
Загалом	272	100,0	327	100,0	246	100,0	255	100,0	270	100,0	1370*	100,0
* респонденти мали можливість надати кілька варіантів відповідей, тому N не дорівнює 1000												

Так, згідно з даними базового опитування третина (n=441; 32,2%) респондентів вказали, що «Не вживаю(-ав) наркотичні речовини». А от серед власне способів споживання психоактивних (наркотичних) речовин найбільш популярним є «куріння» (n=370; 27,0%). Далі майже з однаковою за чисельністю йде когорта респондентів, які споживають ПАР «перорально» та «назально» – 239 (17,4%) та 210 (15,3%) відповідно. Парентеральне споживання застосовують 103 (7,5%) респонденти. 7 (0,5%) вказали, що їм «Важко відповісти».

При розподілі відповідей за регіоном спостерігається, що усі групи даних за географією дослідження мають розподіл відповідей подібний до загального розподілу. Також значимих відмінностей у розподілі даних щодо споживання ПАР за віком чи частотою вживання не виявляємо.

У відповідях на запитання «З ким зазвичай Ви вживаєте психоактивні (наркотичні) речовини у період з 24.02.2022 р. по теперішній час?» спостерігаємо, що більшість респондентів вказали, що вони переважно споживають їх «наодинці» (n=397; 42,6%). Друга за навантаженням категорія відповідей «З побратимами/посестрами» (n=328; 35,2%); далі – «З друзями/знайомими» (n=164; 17,6%). Таким чином, більшість учасників базового опитування (n=492; 52,8%) споживають психоактивні (наркотичні) речовини у колі друзів, знайомих або побратимів/посестер (колег). Тобто, вживання може бути зумовленим у тому числі соціальним оточенням чи впливом («всі вживають, і я буду, щоб не виокремлюватися з групи»). Детальніше – див. таблиці 2.2.2 нижче.

Загалом у розподілі відповідей за регіонами, як і у попередніх питаннях, спостерігаємо подібну тенденцію – розподіл відповідей подібний до загального розподілу.

А от щодо розподілу відповідей за частотою вживання ПАР (наркотичних) та у компанії споживання, можна побачити наступний тренд: респонденти, що споживають «наодинці» частіше мають великий строк споживання психоактивних (наркотичних) речовин – від 11 років і більше, ніж ті, хто обирають споживати у компаніях побратимів та посестер (див. табл. 2.2.3).

Таблиця 2.2.2. Розподіл відповідей на запитання «З ким зазвичай Ви вживаєте психоактивні (наркотичні) речовини у період з 24.02.2022 р. по теперішній час?» (питання множного вибору), у розрізі регіонів

Відповіді респондентів	Розподіл за регіонами										Всього відповідей	
	Дніпропетровська область		Київська область		Львівська область		Рівненська область		Черкаська область			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Наодинці	64	43,5	123	46,4	53	39,3	64	34,8	93	46,3	397	42,6
З побратимами/посестрами	50	34,0	94	35,5	44	32,6	49	26,6	91	45,3	328	35,2
З друзями/знайомими	29	19,7	41	15,5	22	16,3	57	31,0	15	7,5	164	17,6
З членами своєї сім'ї/близькими людьми	0	0,0	2	0,8	0	0,0	4	2,2	2	1,0	8	0,9
З незнайомими випадковими людьми	4	2,7	4	1,5	0	0,0	4	2,2	0	0,0	12	1,3
Важко відповісти	0	0,0	1	0,4	16	11,9	6	3,3	0	0,0	23	2,5
Загалом	147	100,0	265	100,0	135	100,0	184	100,0	201	100,0	932	100,0

Таблиця 2.2.3. Розподіл відповідей на запитання «З ким зазвичай Ви вживаєте психоактивні (наркотичні) речовини у період з 24.02.2022 р. по теперішній час?» (питання множного вибору), у розрізі вікових груп

Відповіді респондентів	Розподіл за віком														Всього відповідей	
	До 5-ти років (включно)		6-10 років		11-15 років		16-20 років		21-25 років		26-30 років		30 і більше років			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Наодинці	116	41,3	130	47,4	61	39,9	49	38,3	14	48,3	12	46,2	7	30,4	389	42,6
З побратимами/посестрами	126	44,8	95	34,7	44	28,8	36	28,1	6	20,7	7	26,9	7	30,4	321	35,1
З друзями/знайомими	35	12,5	42	15,3	37	24,2	31	24,2	3	10,3	6	23,1	7	30,4	161	17,6
З членами своєї сім'ї/близькими людьми	0	0,0	1	0,4	4	2,6	3	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	0,9
З незнайомими випадковими людьми	3	1,1	3	1,1	4	2,6	1	0,8	1	3,4	0	0,0	0	0,0	12	1,3
Важко відповісти	1	0,4	3	1,1	3	2,0	8	6,3	5	17,2	1	3,8	2	8,7	23	2,5
Всього	281	100,0	274	100,0	153	100,0	128	100,0	29	100,0	26	100,0	23	100,0	914	100,0

Способи споживання алкогольних напоїв

Стосовно даних базового опитування щодо споживання алкоголю респондентами під час війни, то дані свідчать, що абсолютна більшість опитаних респондентів (n=959; 95,9%) зазначили, що вживали алкоголь різної міцності в період з 24.02.2022 р. по теперішній час.

У розподілі відповідей за регіоном спостерігається тенденція: усі дані, отримані у регіонах дослідження мають розподіл відповідей подібний до загального розподілу.

Таблиця 2.2.4. Розподіл відповідей на запитання «Чи вживали(-єте) Ви алкогольні напої різної міцності в період з 24.02.2022 р. по теперішній час?», у розрізі регіонів

Відповіді респондентів	Дніпро-петровська область		Київська область		Львівська область		Рівненська область		Черкаська область		Всього	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Так	199	99.5	179	89.5	198	99.0	186	93.0	197	98.5	959	95.9
Ні	0	0.0	21	10.5	2	1.0	11	5.5	2	1.0	36	3.6
Не пам'ятаю/не хочу відповідати	1	0.5	0	0.0	0	0.0	3	1.5	1	0.5	5	0.5
Всього	200	100.0	200	100.0	200	100.0	200	100.0	200	100.0	1000	100.0

Відповіді респондентів-учасників базового опитування щодо того з ким безпосередньо, у якій компанії зазвичай вони споживали(-ють) алкогольні напої див. на Рис. 2.2.1.



Рис 18. Розподіл відповідей на запитання «З ким зазвичай Ви вживали(-єте) алкогольні напої в період з 24.02.2022 р. по теперішній час?», % від тих, хто відповів (множинний варіант відповіді), N=1926

Оскільки у цьому запитанні учасники опитування мали можливість відповісти на кілька варіантів відповідей, N перевищує 1000 – тому відсоток підраховано від кількості наданих відповідей (n=1926).

Отже, більше третини респондентів вживає алкоголь з «З побратимами/посестрами» – про це надано 752 (39,0%) відповідей. Другою за популярністю серед респондентів є компанія «друзів/знайомих» (n=505; 26,2%). 423 (22,0%) респонденти також вказали, що вживають алкоголь наодинці. Вживання алкоголю з «З членами своєї сім'ї/близькими людьми» або з «З незнайомими випадковими людьми» не настільки популярне серед респондентів – 201

(10,4%) та 39 (2,0%) респондентів відповідно. Це може бути зумовлено тим, що багато військовослужбовців просто не покидають місце служби і відповідно не можуть пити з близькими людьми /родиною чи випадковими людьми.

2.3. Частота споживання психоактивних (наркотичних) речовин і алкогольних напоїв під час війни

Частота споживання психоактивних (наркотичних) речовин

У своїх відповідях на запитання «Як часто під час воєнних дій в Україні (в період з 24.02.2022 р. по теперішній час) за останні 90 днів Ви вживали психоактивні (наркотичні) речовини?» учасники базового опитування надали наступну інформацію (див. табл. 2.2.4. нижче).

Опіати. З аналізу відповідей респондентів базового опитування виявлено, що в цілому серед тих опитаних, хто відповідав на даний блок запитань, спостерігаємо досить низьку частотність споживання опіатів. Отже, «Трамадол (трамал), трам» визначено як найбільш популярним для споживання серед вказаної когорти респондентів: так, про його споживання за останні 90 днів «кожен день» згадали 8 (1,4%) опитаних, «3-4 рази на тиждень» – 22 (3,9%), «1-2 рази на тиждень» – 25 (4,5%), «1-3 рази на місяць» – 15 (2,7%), «Не вживав(-ла) останні 90 днів» – 55 (9,8%). Другий за популярністю серед опитаних ПАР – «Метадон – ЗПТ»: його споживали останні 90 днів «кожен день» 15 (2,7%) респондентів, «3-4 рази на тиждень» – 8 (1,4%), «1-2 рази на тиждень» – 1 (0,2%), «1-3 рази на місяць» – 4 (0,7%), «Не вживав(-ла) останні 90 днів» – 56 (10,0%). Майже ідентичний за популярністю до «Метадон – ЗПТ» є «Вуличний метадон (мед, камінь, метал)», про це свідчить і схожа кількість обраних опцій у відповідях учасників опитування: «кожен день» його споживали 10 (1,8%) респондентів, «3-4 рази на тиждень» – 16 (2,9%), «1-2 рази на тиждень» – 8 (1,4%), «1-3 рази на місяць» – 8 (1,4%), «Не вживав(-ла) останні 90 днів» – 41 (7,3%).

Стимулятори. Не зважаючи на те, що дана група препаратів з аналізу даних опитування виділяється невисокий рівнем споживання серед респондентів, проте є досить популярні та доступні респондентам винятки. Так, серед винятків виокремлюється «Амфетамін у вигляді порошку (фен, спіди, амфа тощо)»: «кожен день», його споживали за останні 90 днів 21 (3,8%) опитаних, «3-4 рази на тиждень» – 52 (9,3%), «1-2 рази на тиждень» – 60 (10,7%), «1-3 рази на місяць» – 31 (5,5%), «Не вживав(-ла) останні 90 днів» – 31 (6,6%). Другий за популярністю у цій групі препарат «Сіль»: споживали його «кожен день» 13 (2,3%) респондентів, «3-4 рази на тиждень» – 24 (4,3%), «1-2 рази на тиждень» – 28 (5,0%), «1-3 рази на місяць» – 26 (4,7%), «Не вживав(-ла) останні 90 днів» – 42 (7,5%). «Амфетамін в кристалах (Ефедрин та ін.)» та «Метамфетамін у вигляді порошку (кристали) – мет, лід, ісе» були обрані як менш популярні стимулятори серед респондентів. Більш детальна інформація щодо частоти їх споживання представлена у Таблиці 2.3.1.

Контрольовані лікарські засоби. З цієї групи визначених в анкеті ПАР респонденти вказали про споживання лише двох препаратів – «Прегабалін (Лірика)» та «Налбуфін». Усі інші варіанти цієї групи ПАР або не вживалися протягом останніх 90 днів, або не вживалися взагалі. Щодо споживання «Прегабалін (Лірика)», то його споживали «кожен день» 38 (6,8%) респондентів, «3-4 рази на тиждень» – 35 (6,3%), «1-2 рази на тиждень» – 25 (4,5%), «1-3 рази на місяць» – 15 (2,7%), «Не вживав(-ла) останні 90 днів» – 50 (8,9%). «Налбуфін» споживали «кожен день» 12 (2,1%) респондентів, «3-4 рази на тиждень» – 21 (3,8%), «1-2 рази на

тиждень» – 22 (3,9%), «1-3 рази на місяць» – 14 (2,5%), «Не вживав(-ла) останні 90 днів» – 51 (9,1%).

Препарати для короткочасного наркозу – найменш популярна категорія серед респондентів базового опитування, адже майже ніхто, окрім поодиноких випадків, не вказав про споживання препаратів з цієї групи протягом останніх 90 днів.

Інші речовини. У даній групі препаратів найчастіше респонденти визначали «Канабіс (марихуана, травка, драп, план, дурь, анаша, шишки)». Зокрема про його споживання «кожен день» сказали 70 (12,5%) респондентів, «3-4 рази на тиждень» – 165 (29,5%), «1-2 рази на тиждень» – 121 (21,6%), «1-3 рази на місяць» – 21 (3,8%), «Не вживав(-ла) останні 90 днів» – 11 (2,0%). Тобто більше половини з тих респондентів, які обрали цю опцію, стверджують, що споживають Канабіс на регулярній основі.

Також серед інших популярних для споживання препаратів у цій категорії є «Колеса» з алкоголем (Гідазепам з алкоголем), «Антигістамінні (у т.ч. Димедрол)» та «Снодійні (у т.ч. Донорміл)». Більш детально дані щодо розподілу їх споживання дивіться у Таблиці 2.3.1.

Щодо розподілу відповідей за регіонами, то оскільки респондентам пропонувалося оцінити уже велику кількість препаратів, і більшість з них має низький рівень споживання, розподіл за регіонами представлено вже на основі тих препаратів, які визначено респондентами як ті, що вони споживають (див. Таблицю 2.3.2).

Зокрема, в розрізі регіонів виділяються різні за популярністю споживанням серед респондентів ПАР. Так, у Дніпропетровській області найбільш популярними визначено речовини «Канабіс (марихуана, травка, драп, план, дурь, анаша, шишки)» та «Амфетамін у вигляді порошку (фен, спіди, амфа тощо)». У Київській області – більш рівномірний розподіл серед популярних за споживанням речовин: «Амфетамін у вигляді порошку (фен, спіди, амфа тощо)», «Прегабалін (Лірика)», «Снодійні (у т.ч. Донорміл)», «Канабіс (марихуана, травка, драп, план, дурь, анаша, шишки)». У Львівській області визначають популярність «Прегабаліну (Лірика)» та «Канабісу (марихуана, травка, драп, план, дурь, анаша, шишки)». У Рівненській – «Колеса» з алкоголем (Гідазепам з алкоголем), «Антигістамінні (у т.ч. Димедрол)», «Снодійні (у т.ч. Донорміл)», «Канабіс (марихуана, травка, драп, план, дурь, анаша, шишки)». У Черкаській – лише «Канабіс (марихуана, травка, драп, план, дурь, анаша, шишки)».

Таблиця 2.3.1. Розподіл відповідей на запитання щодо частоти споживання психоактивних (наркотичних) речовин за останні 90 днів в період з 24.02.2022 р. по теперішній час, від усіх, хто відповів

№	Група ПАР	Розподіл відповідей за частотою споживання ПАР												Всього відповіли	
		Кожен день		3-4 рази на тиждень		1-2 рази на тиждень		1-3 рази на місяць		Не вжив(-ла) останні 90 днів		Важко відповісти			
		N	%	%	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Опіати															
1	Трамадол (трамал), трам	8	1,4	22	3,9	25	4,5	15	2,7	55	9,8	434	77,6	559	100,0
2	Героїн	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,4	57	10,2	499	89,3		
3	Метадон – ЗПТ	15	2,7	8	1,4	1	0,2	4	0,7	56	10,0	475	85,0		
4	Вуличний метадон (мед, камінь, метал)	10	1,8	16	2,9	8	1,4	8	1,4	41	7,3	476	85,2		
5	Бупренорфін	1	0,2	3	0,5	1	0,2	8	1,4	57	10,2	489	87,5		
6	Опій ацетильований («ширка»)	4	0,7	2	0,4	0	0,0	5	0,9	50	8,9	498	89,1		
Стимулятори															
7	Кокаїн (крек)	0	0,0	0	0,0	1	0,2	9	1,6	56	10,0	493	88,2	559	100,0
8	Амфетамін у вигляді порошку (фен, спіди, амфа тощо)	21	3,8	52	9,3	60	10,7	31	5,5	37	6,6	358	64,0		
9	Амфетамін в кристалах (Ефедрин та ін.)	7	1,3	18	3,2	12	2,1	14	2,5	59	10,6	449	80,3		
10	Метамфетамін у вигляді порошку (кристали) - мет, лід, ісе	2	0,4	7	1,3	15	2,7	10	1,8	58	10,4	467	83,5		
11	Сіль	13	2,3	24	4,3	28	5,0	26	4,7	42	7,5	426	76,2		
12	Метилендиоксіметамфетамін (екстазі, MDMA)	0	0,0	2	0,4	0	0,0	4	0,7	55	9,8	498	89,1		
13	Мефедрон («швидкість», меф, мяу-мяу)	0	0,0	2	0,4	0	0,0	7	1,3	60	10,7	490	87,7		
14	Меткатіон	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	59	10,6	500	89,4		
Контрольовані лікарські засоби															
15	Налбуфін	12	2,1	21	3,8	22	3,9	14	2,5	51	9,1	439	78,5	559	100,0
16	Кодтерпін, кодеїн (препарати, що містять кодеїн)	4	0,7	2	0,4	10	1,8	5	0,9	60	10,7	478	85,5		
17	Кофекс (препарат, що містить кодеїн)	1	0,2	1	0,2	4	0,7	0	0,0	61	10,9	492	88,0		
18	Морфін	3	0,5	3	0,5	1	0,2	2	0,4	62	11,1	488	87,3		
19	Фентаніл	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	62	11,1	495	88,6		
20	Прегабалін (Лірика)	38	6,8	35	6,3	25	4,5	15	2,7	50	8,9	396	70,8		
21	Тропікамід	1	0,2	3	0,5	0	0,0	0	0,0	59	10,6	496	88,7		
22	Глікодин	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	58	10,4	501	89,6		

23	Атусин	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	58	10,4	499	89,3		
Препарати для короткочасного наркозу															
24	Кетамін	1	0,2	2	0,4	3	0,5	0	0,0	59	10,6	494	88,4	559	100,0
25	Каліпсол	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	59	10,6	498	89,1		
26	Кеталар, Натрію оксибутират (бутират)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	59	10,6	499	89,3		
Інші речовини															
27	«Колеса» з алкоголем (Гідазепам з алкоголем)	8	1,4	17	3,0	16	2,9	24	4,3	53	9,5	441	78,9	559	100,0
28	Антигістамінні (у т.ч. Димедрол)	9	1,6	15	2,7	10	1,8	8	1,4	47	8,4	470	84,1		
29	Снодійні (у т.ч. Донорміл)	24	4,3	25	4,5	18	3,2	6	1,1	51	9,1	435	77,8		
30	Галюциногени (ЛСД, гриби, тріп, сальвія (шавлія))	0	0,0	3	0,5	2	0,4	16	2,9	57	10,2	481	86,0		
31	Канабіс (марихуана, травка, драп, план, дурь, анаша, шишки)	70	12,5	165	29,5	121	21,6	21	3,8	11	2,0	171	30,6		
32	Суміші для куріння, спайси	17	3,0	19	3,4	12	2,1	9	1,6	58	10,4	444	79,4		
33	Клей	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	56	10,0	502	89,8		
34	Гідазепам	2	0,4	2	0,4	0	0,0	0	0,0	17	3,0	538	96,2		

Таблиця 2.3.2. Розподіл відповідей на запитання щодо частоти споживання психоактивних (наркотичних) речовин за останні 90 днів в період з 24.02.2022 р. по теперішній час, від усіх, хто відповів; у розрізі регіонів

Регіон опитування	Група ПАР	Розподіл відповідей за частотою споживання ПАР												Всього відповіли	
		Кожен день		3-4 рази на тиждень		1-2 рази на тиждень		1-3 рази на місяць		Не вжив(-ла) останні 90 днів		Важко відповісти			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Дніпропетровська область	Трамадол (трамал), трам	1	1,2	2	2,5	10	12,3	4	4,9	0	0,0	64	79,0	81	100,0
	Метадон – ЗПТ	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,5	0	0,0	79	97,5		
	Вуличний метадон (мед, камінь, метал)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	80	98,8		
	Амфетамін у вигляді порошку (фен, спіди, амфа тощо)	0	0,0	11	13,6	18	22,2	12	14,8	0	0,0	40	49,4		
	Амфетамін в кристалах (Ефедрин та ін.)	0	0,0	3	3,7	1	1,2	3	3,7	0	0,0	74	91,4		
	Метамфетамін у вигляді порошку (кристали) - мет, лід, ісе	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	80	98,8		
	Сіль	0	0,0	0	0,0	2	2,5	3	3,7	0	0,0	76	93,8		

	Налбуфін	1	1,2	1	1,2	9	11,1	4	4,9	0	0,0	66	81,5		
	Прегабалін (Лірика)	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	1,2	0	0,0	79	97,5		
	«Колеса» з алкоголем (Гідазепам з алкоголем)	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0	80	98,8		
	Антигістамінні (у т.ч. Димедрол)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	81	100,0		
	Снодійні (у т.ч. Донорміл)	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	1,2	0	0,0	79	97,5		
	Канабіс (марихуана, травка, драп, план, дурь, анаша, шишки)	5	6,2	24	29,6	23	28,4	8	9,9	0	0,0	21	25,9		
Київська область	Трамадол (трамал), трам	0	0,0	5	3,5	9	6,3	9	6,3	32	22,5	87	61,3	142	100,0
	Метадон – ЗПТ	9	6,3	4	2,8	0	0,0	1	0,7	32	22,5	96	67,6		
	Вуличний метадон (мед, камінь, метал)	6	4,2	4	2,8	4	2,8	3	2,1	20	14,1	105	73,9		
	Амфетамін у вигляді порошку (фен, спіди, амфа тощо)	2	1,4	21	14,8	23	16,2	6	4,2	11	7,7	79	55,6		
	Амфетамін в кристалах (Ефедрин та ін.)	0	0,0	0	0,0	1	0,7	2	1,4	33	23,2	106	74,6		
	Метамфетамін у вигляді порошку (кристали) - мет, лід, ісе	0	0,0	0	0,0	2	1,4	7	4,9	33	23,2	100	70,4		
	Сіль	1	0,7	1	0,7	8	5,6	20	14,1	14	9,9	98	69,0		
	Налбуфін	3	2,1	9	6,3	10	7,0	6	4,2	18	12,7	96	67,6		
	Прегабалін (Лірика)	4	2,8	19	13,4	16	11,3	10	7,0	22	15,5	71	50,0		
	«Колеса» з алкоголем (Гідазепам з алкоголем)	0	0,0	1	0,7	10	7,0	6	4,2	28	19,7	97	68,3		
	Антигістамінні (у т.ч. Димедрол)	2	1,4	6	4,2	2	1,4	4	2,8	22	15,5	106	74,6		
	Снодійні (у т.ч. Донорміл)	6	4,2	12	8,5	8	5,6	4	2,8	29	20,4	83	58,5		
	Канабіс (марихуана, травка, драп, план, дурь, анаша, шишки)	22	15,5	67	47,2	26	18,3	1	0,7	0	0,0	26	18,3		
Львівська область	Трамадол (трамал), трам	6	6,9	13	14,9	4	4,6	2	2,3	1	1,1	61	70,1	87	100,0
	Метадон – ЗПТ	0	0,0	2	2,3	0	0,0	0	0,0	1	1,1	84	96,6		
	Вуличний метадон (мед, камінь, метал)	0	0,0	0	0,0	2	2,3	0	0,0	1	1,1	84	96,6		
	Амфетамін у вигляді порошку (фен, спіди, амфа тощо)	13	14,9	5	5,7	4	4,6	2	2,3	1	1,1	62	71,3		
	Амфетамін в кристалах (Ефедрин та ін.)	1	1,1	5	5,7	1	1,1	6	6,9	3	3,4	71	81,6		
	Метамфетамін у вигляді порошку (кристали) - мет, лід, ісе	2	2,3	2	2,3	6	6,9	0	0,0	1	1,1	76	87,4		

	Сіль	5	5,7	4	4,6	6	6,9	0	0,0	2	2,3	70	80,5		
	Налбуфін	1	1,1	4	4,6	1	1,1	0	0,0	2	2,3	79	90,8		
	Прегабалін (Лірика)	19	21,8	7	8,0	5	5,7	0	0,0	0	0,0	56	64,4		
	«Колеса» з алкоголем (Гідазепам з алкоголем)	2	2,3	6	6,9	2	2,3	3	3,4	0	0,0	74	85,1		
	Антигістамінні (у т.ч. Димедрол)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,3	1	1,1	84	96,6		
	Снодійні (у т.ч. Донорміл)	2	2,3	4	4,6	1	1,1	0	0,0	2	2,3	78	89,7		
	Канабіс (марихуана, травка, драп, план, дурь, анаша, шишки)	17	19,5	17	19,5	6	6,9	1	1,1	3	3,4	43	49,4		
Рівненська область	Трамадол (трамал), трам	1	1,0	1	1,0	2	2,0	0	0,0	22	21,6	76	74,5	102	100,0
	Метадон – ЗПТ	5	4,9	2	2,0	0	0,0	1	1,0	23	22,5	71	69,6		
	Вуличний метадон (мед, камінь, метал)	1	1,0	2	2,0	0	0,0	2	2,0	20	19,6	77	75,5		
	Амфетамін у вигляді порошку (фен, спіди, амфа тощо)	1	1,0	1	1,0	6	5,9	3	2,9	24	23,5	67	65,7		
	Амфетамін в кристалах (Ефедрин та ін.)	0	0,0	0	0,0	2	2,0	2	2,0	23	22,5	75	73,5		
	Метамфетамін у вигляді порошку (кристали) - мет, лід, ice	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	24	23,5	77	75,5		
	Сіль	2	2,0	2	2,0	1	1,0	1	1,0	26	25,5	70	68,6		
	Налбуфін	2	2,0	1	1,0	1	1,0	3	2,9	31	30,4	64	62,7		
	Прегабалін (Лірика)	5	4,9	3	2,9	1	1,0	2	2,0	28	27,5	63	61,8		
	«Колеса» з алкоголем (Гідазепам з алкоголем)	6	5,9	10	9,8	3	2,9	11	10,8	25	24,5	47	46,1		
	Антигістамінні (у т.ч. Димедрол)	7	6,9	9	8,8	8	7,8	2	2,0	24	23,5	52	51,0		
	Снодійні (у т.ч. Донорміл)	15	14,7	8	7,8	8	7,8	1	1,0	20	19,6	50	49,0		
	Канабіс (марихуана, травка, драп, план, дурь, анаша, шишки)	18	17,6	24	23,5	16	15,7	4	3,9	8	7,8	32	31,4		
Черкаська область	Трамадол (трамал), трам	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	146	99,3	147	100,0
	Метадон – ЗПТ	1	0,7	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	145	98,6		
	Вуличний метадон (мед, камінь, метал)	3	2,0	10	6,8	2	1,4	2	1,4	0	0,0	130	88,4		
	Амфетамін у вигляді порошку (фен, спіди, амфа тощо)	5	3,4	14	9,5	9	6,1	8	5,4	1	0,7	110	74,8		
	Амфетамін в кристалах (Ефедрин та ін.)	6	4,1	10	6,8	7	4,8	1	0,7	0	0,0	123	83,7		

	Метамфетамін у вигляді порошку (кристали) - мет, лід, ісе	0	0,0	5	3,4	7	4,8	1	0,7	0	0,0	134	91,2		
	Сіль	5	3,4	17	11,6	11	7,5	2	1,4	0	0,0	112	76,2		
	Налбуфін	5	3,4	6	4,1	1	0,7	1	0,7	0	0,0	134	91,2		
	Прегабалін (Лірика)	10	6,8	6	4,1	2	1,4	2	1,4	0	0,0	127	86,4		
	«Колеса» з алкоголем (Гідазепам з алкоголем)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,7	0	0,0	143	97,3		
	Антигістамінні (у т.ч. Димедрол)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	147	100,0		
	Снодійні (у т.ч. Донорміл)	1	0,7	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	145	98,6		
	Канабіс (марихуана, травка, драп, план, дурь, анаша, шишки)	8	5,4	33	22,4	50	34,0	7	4,8	0	0,0	49	33,3		

Частота споживання алкогольних напоїв

Аналіз відповідей респондентів-учасників базового опитування щодо того, які саме алкогольні напої та з якою частотою вони переважно вживають, свідчить про наступне.

Найбільше респонденти вживають «Напої сильної міцності (горілка, самогон, текіла, коньяк, бренді, віскі, ром, джін, кальвадос)», зокрема: «кожен день» (n=47; 4,9%) респондентів, «3-4 рази на тиждень» (n=219; 22,8%), «1-2 рази на тиждень» (n=295; 30,8%), «1-3 рази на місяць» (n=195; 20,3%), «Не вживав(-ла) останні 90 днів» (n=98; 10,2%). Друга за популярністю категорія алкогольних напоїв «Слабоалкогольні напої (наприклад, вино шампанське, пиво, ін,)», які опитані споживають «кожен день» (n=82; 8,6%), «3-4 рази на тиждень» (n=226; 23,6%), «1-2 рази на тиждень» (n=229; 23,9%), «1-3 рази на місяць» (n=117; 12,2%), «Не вживав(-ла) останні 90 днів» (n=87; 9,1%). «Напої середньої міцності (лікери, вина, коктейлі)» найменш популярна категорія алкогольних напоїв серед респондентів базового опитування. Детальніше – див. таблицю 2.3.3 нижче.

Окремим пунктом до анкети опитування респонденти доповнили свої відповіді таким явищем як *«запой»* та *«не вживання під час бойових дій»*. Такі дописи свідчать про регулярність вживання, і це є важливими зауваженнями, адже схильність вживати алкоголь до становища *«запою»* та свідомо відмова від алкоголю під час бойових дій можуть пояснити, чому проміжки частоти вживання алкоголю *«3-4 рази на тиждень»*, *«1-2 рази на тиждень»* та *«1-3 рази на місяць»* стабільно більш навантажені ніж вживання алкоголю кожного дня.

При розподілі відповідей за регіонами знову спостерігається тенденція, де дані з усіх регіонів мають розподіл відповідей подібний до загального розподілу.

Значимих відмінностей у розподілі даних щодо вживання алкоголю під час повномасштабного вторгнення за віком чи частотою вживання не виявлено.

Таблиця 2.3.3. Розподіл відповіді на запитання «Як часто Ви вживали(-єте) алкогольні напої різної міцності в період з 24.02.22 р. по теперішній час (протягом останніх 90 днів)?, за частотою споживання

Відповіді респондентів	Розподіл відповідей за частотою споживання алкоголю												Всього відповіли	
	Кожен день		3-4 рази на тиждень		1-2 рази на тиждень		1-3 рази на місяць		Не вживав (-ла) останні 90 днів		Важко відповісти			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Слабоалкогольні напої (наприклад, вино шампанське, пиво, ін.)	82	8,6	226	23,6	229	23,9	117	12,2	87	9,1	218	22,7	959	100,0
Напої середньої міцності (лікери, вина, коктейлі)	11	1,1	58	6,0	110	11,5	129	13,5	228	23,8	423	44,1	959	100,0
Напої сильної міцності (горілка, самогон, текіла, коньяк, бренді, віскі, ром, джін, кальвадос)	47	4,9	219	22,8	295	30,8	195	20,3	98	10,2	105	10,9	959	100,0
Не вживав(-ла) під час участі у бойових діях алкоголь. тому що купити/дістати не має можливості	0	0,0	2	0,2	1	0,1	2	0,2	32	3,3	922	96,1	959	100,0
Мав(-ла) «запой»	1	0,1	0	0,0	1	0,1	3	0,3	18	1,9	936	97,6	959	100,0

Зміна частоти споживання ПАР, у т.ч. алкоголю

При розгляді причин зміни частоти споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, від моменту початку повномасштабного вторгнення по теперішній час виявлено таке (див. Таблицю 2.3.4).

Таблиця 2.3.4. Причини зміни частоти споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, під час війни, в період з 24.02.22 р. по теперішній час (питання множного вибору) – серед тих, хто став споживати частіше, у розрізі регіону

Відповіді респондентів	Дніпропетровська область		Київська область		Львівська область		Рівненська область		Черкаська область		Всього відповідей	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N*	%
Наркотичні речовини, у т.ч. алкоголь, стало легше доставати під час війни	10	3,6	36	10,0	10	3,0	17	9,3	16	4,1	89	5,8
Наркотичні речовини, у т.ч. алкоголь, стали більш дешевшими, ніж до війни	1	0,4	4	1,1	0	0,0	1	0,5	2	0,5	8	0,5
Мій психологічний стан погіршився через війну	100	36,0	109	30,3	87	26,4	46	25,1	121	31,1	463	30,1
Знаходжусь постійно у стані стресу	84	30,2	93	25,8	94	28,5	42	23,0	98	25,2	411	26,7
Збільшилась кількість пропозицій щодо продажу наркотиків від дилерів, знайомих	8	2,9	9	2,5	5	1,5	8	4,4	1	0,3	31	2,0
Знаходився(-лась) / перебував(-аю) довгий час без близьких і рідних мені людей	27	9,7	19	5,3	41	12,4	15	8,2	44	11,3	146	9,5
Втратив(-ла) близьких мені людей/побратимів	40	14,4	54	15,0	66	20,0	43	23,5	105	27,0	308	20,0
Маю можливість доставати ПАР безкоштовно під час війни	8	2,9	35	9,7	26	7,9	7	3,8	2	0,5	78	5,1
Важко відповісти	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Наркотичні речовини використовуються як "снодійне"	0	0,0	1	0,3	0	0,0	2	1,1	0	0,0	3	0,2
Поранення, втрата здоров'я	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,1	0	0,0	2	0,1
Загалом	278	100,0	360	100,0	330	100,0	183	100,0	389	100,0	1540*	100,0
* респонденти мали можливість обрати кілька варіантів відповідей, , тому N не дорівнює 1000												

За інформацію, проаналізовану у Таблиці 2.3.4. відповідь «Мій психологічний стан погіршився через війну» було обрано третиною респондентів (n=463; 30,1%), як однієї з причин початку частішого споживання ПАР чи алкоголю після початку повномасштабного вторгнення. Другою за завантаженістю є відповідь «Знаходжусь постійно у стані стресу» (n=411; 26,7%), третя – «Втратив(-ла) близьких мені людей/побратимів» (n=308; 20,0%). Усі

інші варіанти відповідей було обрано менше, ніж 10% респондентів: «Знаходився(-лась) /перебував(-аю) довгий час без близьких і рідних мені людей» (n=146; 9,5%), «Наркотичні речовини стало легше доставати під час війни» (n=89; 5,8%), «Маю можливість доставати ПАР безкоштовно під час війни» (n=78; 5,1%), «Збільшилась кількість пропозицій щодо продажу наркотиків від дилерів, знайомих» (n=31; 2,0%), «Наркотичні речовини стали більш дешевшими, ніж до війни» (n=8; 0,5%), «Наркотичні речовини використовуються як "снодійне"» (n=3; 0,2%) та «Важко відповісти» та «Поранення, втрата здоров'я» – по 0,1% відповідно. Так, основні причини збільшення частоти споживання ПАР і/або алкоголю під час війни, в період з 24.02.2022 р. по теперішній час, базуються на особистому стані, самосприйнятті, відчутті належності до певної соціальної групи та безпосередньо пов'язано із навколишніми умовами самого респондента. Зважаючи на реалії війни, що безперервно присутні у житті людини, що служить у ЗСУ, це власне психологічний стан респондентів з числа ЦГД, їх постійний стрес та втрата близьких людей і побратимів.

Щодо розподілу відповідей за регіоном, то загалом, усі дані за регіонами мають розподіл подібний до загального. Значимих відмінностей у розподілі даних стосовно зміни частоти споживання ПАР/алкоголю за віком не виявлено.

Причини зменшення частоти споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, під час війни, у період з 24.02.2022 р. по теперішній час, розглядається у Таблиці 2.3.5.

Таблиця 2.3.5 Причини зміни частоти споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, під час війни, в період з 24.02.22 р. по теперішній час (питання множного вибору) – серед тих, хто став споживати рідше, у розрізі регіону

Відповіді респондентів	Дніпропетровська область		Київська область		Львівська область		Рівненська область		Черкаська область		Всього відповілі	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N*	%
Наркотичні речовини стало важче купувати/доставати під час війни	3	5,6	3	9,4	0	0,0	7	4,8	0	0,0	13	3,7
Наркотичні речовини стали більш дорогими, ніж до війни	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	1	4,8	2	0,6
Погіршилось моє фінансове становище (не можу купувати ПАР так часто, як до війни)	7	13,0	1	3,1	3	2,9	2	1,4	0	0,0	13	3,7
Посилився контроль з боку поліції/правоохоронних органів	0	0,0	1	3,1	1	1,0	6	4,1	0	0,0	8	2,2
Зменшилась кількість пропозицій щодо продажу наркотиків від дилерів, знайомих	2	3,7	1	3,1	2	1,9	7	4,8	0	0,0	12	3,4
В мене виникло багато життєво важливих справ/питань, які потрібно вирішувати	23	42,6	13	40,6	49	47,6	56	38,4	7	33,3	148	41,6
В мене змінилося ставлення до власного стану здоров'я	18	33,3	7	21,9	30	29,1	50	34,2	12	57,1	117	32,9

Поранення, втрата здоров'я	1	1,9	0	0,0	0	0,0	2	1,4	0	0,0	3	0,8
Не вживаю під час завдань/контроль з боку побратимів або керівництва	0	0,0	6	18,8	6	5,8	11	7,5	1	4,8	24	6,7
Немає часу/бажання	0	0,0	0	0,0	5	4,9	2	1,4	0	0,0	7	2,0
Відповідальність за життя інших (побратими або сім'я)	0	0,0	0	0,0	2	1,9	2	1,4	0	0,0	4	1,1
Важко відповісти	0	0,0	0	0,0	5	4,9	0	0,0	0	0,0	5	1,4
Загалом	54	100,0	32	100,0	103	100,0	146	100,0	21	100,0	356	100,0
<i>* респонденти мали можливість обрати кілька варіантів відповідей, тому N не дорівнює 1000</i>												

За даними, наведеними у Таблиці 2.3.5. чверть респондентів (n=148; 41,6%) зазначили, що у них «Виникло багато життєво важливих справ/питань, які потрібно вирішувати» як основну причину зменшення частоти споживання ПАР чи алкоголю під час повномасштабного вторгнення. Друга за завантаженістю категорія відповідей – «В мене змінилося ставлення до власного стану здоров'я» (n=117; 32,9%). Усі інші категорії відповідей обрано менше, ніж 10% учасників базового опитування, серед них: «Не вживаю під час завдань/ контроль з боку побратимів або керівництва» (n=24; 6,7%), «Погіршилось моє фінансове становище (не можу купувати ПАР так часто, як до війни)» та «Наркотичні речовини стало важче купувати/доставати під час війни» (n=13; 3,7%), «Зменшилася кількість пропозицій щодо продажу наркотиків від дилерів, знайомих» (n=12; 3,4%), «Немає часу/бажання» (n=7; 2,0%), «Посилився контроль з боку поліції/ правоохоронних органів» (n=8; 2,2%), «Важко відповісти» (n=5; 1,4%), «Відповідальність за життя інших (побратими або сім'я)» (n=4; 1,1%), «Поранення, втрата здоров'я» (n=3; 0,8%), «Наркотичні речовини стали більш дорогими, ніж до війни» (n=2; 0,6%). Відтак, основні причини зменшення частоти вживання ПАР, у т.ч. алкоголю, під час війни базуються більше на зміні життєвих пріоритетів та зміні зовнішніх обставин, ніж на індивідуальних глибинних переживаннях.

У розподілі відповідей за регіонам тенденція відповідей є подібною до загального розподілу відповідей на це запитання. Значимих відмінностей у розподілі даних за віком також не виявлено.

Більш детальні розподіли відповідей респондентів за їх різними характеристиками див. у Додатку до цього звіту.

За інформацією експертів, надавачів послуг ЦГД, які брали участь у ГІ, моделі й практики споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, є досить різними, тому кожен їх пацієнт потребує індивідуального підходу.

2.4. Основні тенденції до споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, у зоні бойових дій

Зокрема, на думку респондентів-учасників ГІ, у зоні бойових дій спостерігаються кілька тенденцій до споживання ПАР:

1) Військові **починають** уживати ПАР:

«Багато хлопців і дівчат, на жаль, починають приймати психоактивні речовини, зловживати алкоголем, перебуваючи у зоні бойових дій, у цій ситуації»;

«Є хлопці, які вже набули цієї залежності у війні»;

«На мою думку і по моїх спостереженнях, дійсно багато людей почало, починають надмірно вживати алкогольні напої, психоактивні речовини, перебуваючи у зоні військового конфлікту».

Однією з причин початку вживання є необхідність зняти біль від хронічних захворювань або набутих ушкоджень для можливості виконання бойових завдань:

«Є певна кількість людей, які були з хронічними захворюваннями, чи болями в спині, вони приходили на передову, і їм потрібно для того, щоб виконувати якісь завдання, вони почали вживати якісь препарати».

Респонденти назвали препарати, які можуть формувати залежність:

«Налбуфін не вважається наркотичним... Він відноситься до наркотичних, но залежності певно не буде такої від налбуфіну. Це знеболююче. І вони цим знеболюючим користувалися, щоб зняти больові ефекти. Я розповідаю випадок, який я спілкувався з військовим. Він використовував його для того, щоб зняти біль. У нього болі в спині дуже сильні, і він без того не міг вийти на передову виконати завдання, болі починалися. А налбуфін взагалі вважається таким пограничним препаратом між знеболюючим і вже наркотичні речовини – це вже наступний етап... Налбуфін ніби не наркотична речовина, але так же можна і наркотичну речовину [споживати]. Я думаю, що є більшість людей, які думали, що я роблю це для того, щоб виконувати бойові завдання, вони приймали наркотичні препарати, то що було в аптечці. Тому що аптечку збирає медик батальйону або медик підрозділу. І то, що він туди кладе, то і використовує той військовий»;

«В плані медичних препаратів залежність виникала виключно на препараті триаполін (?). Досить багато військових, які не вперше лікуються, а повторно. То в силу частого вживання і в деяких моментах зловживання даним препаратом, дійсно потрапляють на лікування вже з залежністю від препарату. Від якихось інших антидепресантів зазвичай такі не потрапляють, оскільки звикання до даних препаратів є досить таким довготривалим».

2) У зоні бойових дій **спостерігається вживання ПАР і алкоголю**:

«В мене був випадок з військовим, коли він до мене приходив і казав: «Я в принципі повертаюсь на гражданочку, я не п'ю так, як там, на передовій. Но там є дуже багато військових, які зловживають психоактивними речовинами наркотичними, і мені це не ок, мені краще піти 100 грам випити, мені не подобається це. Як би мені не було хреново, мені краще випити 50 грам, ніж вживати психоактивні речовини». Хоча він відмічає, що їх дуже велика кількість, я ще тих людей, що з наркотичними, поки що не зустрічав на початку війни».

3) Деякі споживачі ПАР **відмовляються** від уживання в умовах бойових дій:

«У мене просто були такі випадки, коли людина, яка зловживала психоактивними речовинами і наркотичними, почалася повномасштабна війна і вони побачили ціль в тому, щоб захищати родину і вони перестали зловживати наркотичними речовинами».

4) Військові **утримуються** від початку вживання ПАР, перебуваючи в зоні бойових дій:

«Рідко хто починає вживати там».

5) Споживачі, які вживали ПАР до повномасштабної війни, **продовжують** споживання:

«В більшості ті, що вживали до того (до війни) і вживають після»;

«Є люди, які вживали до війни, і вони вживають після війни. і тут не можна сказати, що залежність наступила внаслідок бойових дій»;

«Є категорія хлопців, яка пішла на війну, вже маючи залежність, або була в стані якоїсь ремісії, а на війні у неї загострилася. Тобто був посил, стався рецидив».

III. Вплив ПАР, у т. ч. алкоголю, на ветеранів(-ок) ЗСУ в екстремальних умовах (кризових ситуаціях)

Учасники дослідження, як респонденти базового опитування, так і ПІ, аналізували проблематику впливу ПАР і/або алкоголю на ветеранів(-ок), які перебувають в екстремальних умовах, тобто з точки зору того, як війна (екстремальні умови) впливає на стан учасників(-иць) бойових дій, а відтак, на потребу споживачів ПАР у підтримці, отриманні допомоги, послуг, у т.ч. й медичних послуг щодо лікування (подолання) залежності.

3.1. Фактори, що вплинули на споживання ПАР, у т.ч. алкоголю

З аналізу даних дослідження визначаємо серед факторів, що вплинули на споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, під час війни в Україні, респондентами базового опитування наступні (див. Таблицю 3.1.1.):

Таблиця 3.1.1. Фактори, що вплинули на споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, під час війни в Україні, у період з 24.02.2022 р. по теперішній час (питання множного вибору), у розрізі регіону

Відповіді респондентів	Дніпропетровська область		Київська область		Львівська область		Рівненська область		Черкаська область		Всього відповідей	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N*	%
Приймав(-ла) ПАР, у т.ч. алкоголь, ще до початку війни в Україні	199	39,6	137	23,7	162	23,9	122	24,9	132	22,5	752	26,5
Постійно знаходжусь у стані стресу	88	17,5	112	19,4	137	20,2	93	19,0	112	19,1	542	19,1
Маю великі фізичні та психологічні навантаження	91	18,1	111	19,2	116	17,1	78	16,0	119	20,3	515	18,2
Маю хронічну біль від поранення, ПАР, у т.ч. алкоголь, полегшують мій фізичний стан	6	1,2	29	5,0	54	8,0	34	7,0	19	3,2	142	5,0
Довгий час не маю зв'язку з рідними/близькими мені людьми	31	6,2	19	3,3	44	6,5	34	7,0	36	6,1	164	5,8
Втратив(-ла) під час війни рідних/близьких мені людей	39	7,8	69	12,0	89	13,1	62	12,7	70	11,9	329	11,6
У військовому підрозділі, де я знаходжусь, ПАР, у т.ч. алкоголь, вживає більшість побратимів/ посестер	44	8,8	68	11,8	51	7,5	43	8,8	97	16,5	303	10,7
Маю доступ до отримання безкоштовних ПАР, у т.ч. алкоголю	4	0,8	30	5,2	21	3,1	10	2,0	2	0,3	67	2,4
Щоб пережити власні почуття (сум) та не втратити здоровий глузд	0	0,0	1	0,2	2	0,3	5	1,0	0	0,0	8	0,3
ПАР, у т.ч. алкоголь, як "снодійне"	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,6	0	0,0	3	0,1
Важко відповісти	0	0,0	1	0,2	2	0,3	4	0,8	0	0,0	7	0,2
Загалом	502	100,0	577	100,0	678	100,0	489	100,0	587	100,0	2833*	100,0
* респонденти мали можливість обрати кілька варіантів відповідей, тому N не дорівнює 1000												

Отже, основними факторами, що впливали чи впливають на рішення щодо споживання ПАР і/або алкоголь є: «Приймав(-ла) ПАР, у т.ч. алкоголь, ще до початку війни в Україні» (n=752; 26,5%) респондентів, «Постійно знаходжусь у стані стресу» (n=542; 19,1%), «Маю великі фізичні та психологічні навантаження» (n=512; 18,2%), «Втратив(-ла) під час війни рідних/близьких мені людей» (n=329; 11,6%), «У військовому підрозділі, де я знаходжусь, ПАР, у т.ч. алкоголь, вживає більшість побратимів/посестер» (n=303; 10,7%). Усі інші відповіді були визначені менш ніж 10% учасниками опитування, зокрема це: «Довгий час не маю зв'язку з рідними/близькими мені людьми» (n=164; 5,8%), «Маю хронічний біль від поранення, ПАР, у т.ч. алкоголь, полегшують мій фізичний стан» (n=142; 5,0%), «Маю доступ до отримання безкоштовних ПАР, у т.ч. Алкоголю» (n=67; 2,4%), «Щоб пережити власні почуття (сум) та не втратити здоровий глузд» (n=8; 0,3%) респондентів, «Важко відповісти» (n=7; 0,2%), «ПАР, у т.ч. алкоголь як "снодійне"» (n=3; 0,1%).

Як і у попередніх запитаннях, в розподілі відповідей за регіоном зберігається тенденція, подібна до загального розподілу. Значимих відмінностей у розподілі даних за віком також не виявлено. Детальніше розподіли відповідей респондентів за їх різними характеристиками представлено у Додатку до цього звіту.

Учасники ГІ при обговоренні основного фактору, що впливає на споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, під час війни, вказують, що є факт його споживання ПАР і до початку повномасштабного вторгнення РФ на територію України, до 24.02.2022 р. Чотири інші значимі фактори базуються на індивідуальному стані респондента (психологічний стан і постійний стрес), а також зовнішніх обставинах війни:

- втрата близьких та побратимів;
- споживання ПАР, у т.ч. алкоголю;
- самі побратимами/посестрами, які також впливають на споживання.

Далі, у таблиці 3.1.2 систематизовано дані щодо відповідей на запитання, що стосується формування залежності від ПАР (наркотичних речовин), призначених лікарем у зв'язку з пораненням або тяжкою хворобою.

Таблиця 3.1.2. Призначення медичних препаратів лікарем у зв'язку з пораненням або тяжкою хворобою, які на думку респондентів, сформували у них залежність від ПАР (наркотичних речовин), у розрізі регіону

Відповіді респондентів	Дніпропетровська область		Київська область		Львівська область		Рівненська область		Черкаська область		Всього	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Так	4	2,0	25	12,5	36	18,0	29	14,5	52	26,0	146	14,6
Не мав(-ла) потреби у таких медичних препаратах	108	54,0	85	42,5	142	71,0	153	76,5	117	58,5	605	60,5
Не хворів(-ла), не був(-ла) поранений(-на)	88	44,0	76	38,0	21	10,5	5	2,5	28	14,0	218	21,8
Важко відповісти	0	0,0	14	7,0	1	0,5	13	6,5	3	1,5	31	3,1
Всього	200	100,0	200	100,0	200	100,0	200	100,0	200	100,0	1000	100,0

Так, всього 146 (14,6%) респондентів вказали, що вважають призначення ПАР лікарями у зв'язку з пораненням або тяжкою хворобою вплинуло на формування у них залежності. Абсолютна більшість опитаних вказали, що «Не мав(-ла) потреби у таких медичних

препаратах» (n=605; 60,5%). Ще 218 (21,8%) респондентів вказали, що «Не хворів(-ла), не був(-ла) поранений(-на)», 31 (3,1%) учасник опитування обрав опцію «Важко відповісти».

У розрізі регіонів, загалом зберігається тенденція переважного обрання відповіді «Не мав(-ла) потреби у таких медичних препаратах» для усіх регіонів дослідження. Проте, індивідуальний розподіл для кожної області має певні відмінності. Наприклад, у Дніпропетровській та Київській областях відповіді більше сконцентровані на опціях, що заперечують потребу у медичних препаратах або хворобу чи поранення. Натомість у Львівській, Рівненській та Черкаській областях переважають відповіді респондентів, що вважають, що їх залежність у т.ч. була сформована завдяки призначенню ПАР лікарями раніше.

Значимих відмінностей у розподілі даних щодо споживання ПАР за віком не виявлено.

Саме які призначені медичні препарати на думку респондентів вплинули на їх залежність від ПАР (наркотичних засобів) див на Рис. 3.1.1.

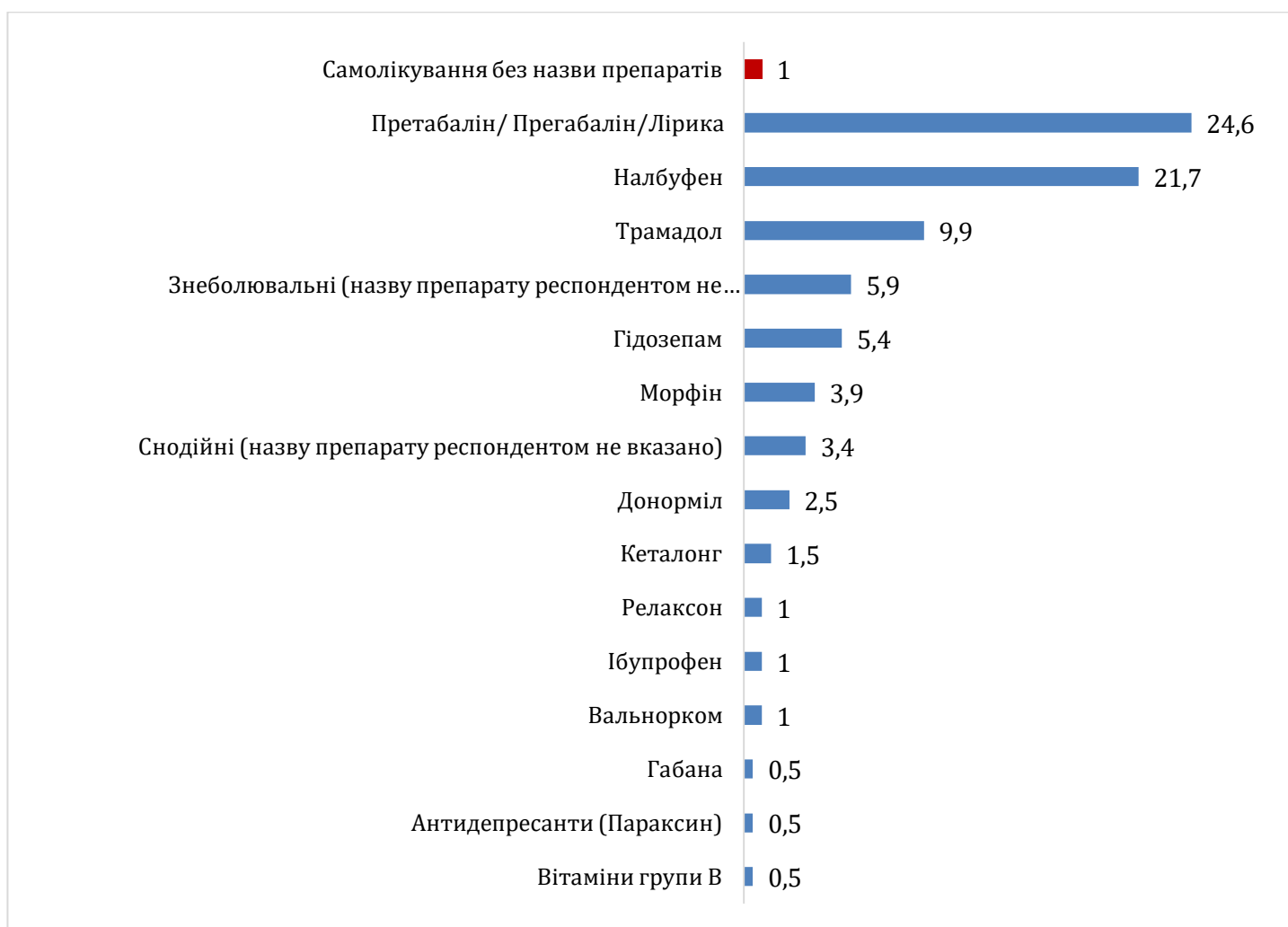


Рис. 3.1.1. Відповіді на запитання «Які саме медичні препарати були Вам призначені лікарем?», %, N=203

Так, серед зазначених респондентами базового опитування препаратів, які, на їх думку, вплинули на їх залежність від ПАР, найчастіше вказувалися «Прегабалін/ Лірика» (n=50; 24,6%) та «Налбуфін» (n=44 (21,7%). Серед інших досить чисельних опцій визначено «Трамадол» (n=20; 9,9%), «Знеболювальні» (без уточнення які саме) (n=12; 5,9%),

«Гідазепам» (n=11; 5,4%), «Морфін» (n=8; 3,9%), «Снодійні» (n=7; 3,4%). Усі інші опції згадувалися менше, ніж 1% опитаних.

У відповідях на «Чи достатньо Вам було призначених лікарем медичних препаратів для зняття больового синдрому (полегшення вашого стану)?», то із 146 респондентів, які відповіли на це запитання, 78 (53,4%) сказали, що «так», ніж «ні», у той час, як 68 (46,6%) – навпаки вказали, що їм не вистачило первинного призначення, що спонукало їх шукати інші варіанти (рис. 3.1.2).

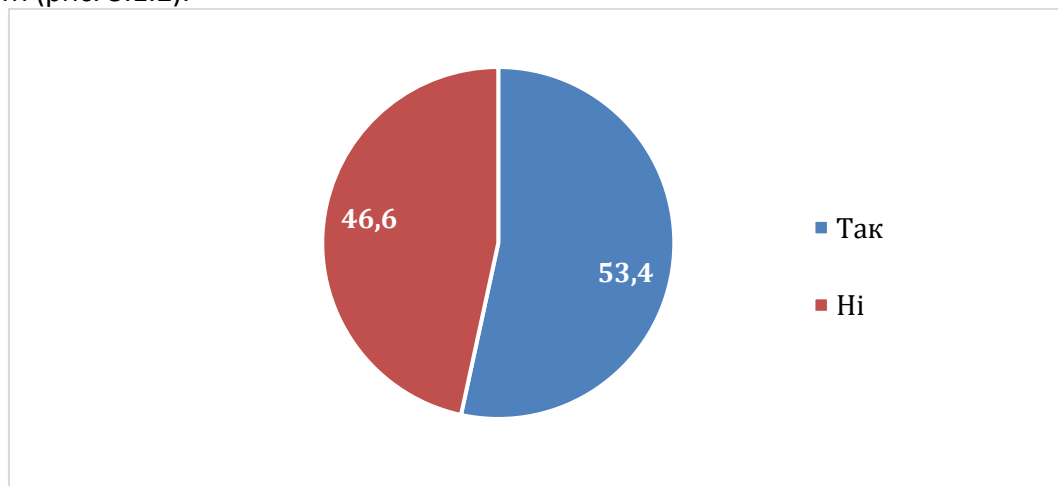


Рис. 3.1.2. Розподіл відповідей на запитання «Чи достатньо Вам було призначених лікарем медичних препаратів для зняття больового синдрому (полегшення вашого стану)?», % серед тих, хто відповів, N=146

Із 68 учасників базового опитування, які надали відповіді на запитання «Чи була недостатність медикаментів, призначених лікарем, причиною того, що Ви стали споживати психоактивні (наркотичні) речовини додатково (без призначення лікаря) для зняття болю (полегшення вашого стану)?» для певної частки опитаних (n=41; 60,3%) все ж виходом стало додаткове споживання ПАР без призначення лікаря; хоча 4 (5,9%) респондентів вказали, що це не стало причиною вживання додаткових ПАР, а 11 (6,2%) і 12 (17,6%) сказали, що «Не хочу відповідати» та «Важко відповісти» відповідно.

3.2. Вплив війни на потребу в послугах

Існує дуже багато чинників, які турбують респондентів-учасників базового опитування, з одного боку, а з іншого – визначаються ними як фактор прихильності до подальшого вживання ПАР, в тому числі алкоголю.

На першому місці, серед цих факторів – втрата побратимів/посестер (n=744; 19,8% від усіх). На другому та на третьому місцях – психічний та фізичний стан здоров'я (n=615; 16,4% та n=498; 13,2% відповідно). 6,6% опитаних зазначають, що їх турбує несприйняття учасників бойових дій у суспільстві, 4,8% турбуються про відсутність зв'язку з рідними. Лише 1,5% зазначили, що не мають жодних проблем. Серед «іншого» у своїх відповідях опитані додали: «Відчуття злості та несправедливості (щодо командування чи цивільного населення)», «командир у тилу», «не відпускають додому», «дії ТЦК і влади», «не бережуть людей» тощо.

Детальніше – див. таблицю 3.2.1.

Таблиця 3.2.1. Розподіл відповідей на запитання «Які саме із зазначених нижче проблемних питань турбують Вас найбільше на сьогоднішній день?» (множинний варіант відповіді)

Відповіді респондентів		Всього відповідей	
		N*	% від N=1000
Проблеми, що найбільше турбують на сьогоднішній день	Втрата моїх побратимів/посестер	744	19,8
	Психічний стан мого здоров'я	615	16,4
	Фізичний стан мого здоров'я	498	13,2
	Залежність від шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, стимулюючих/психотропних препаратів)	263	6,7
	Несприйняття учасників бойових дій та ветеранів/-ок війни суспільством	249	6,6
	Отримання медичної допомоги, оздоровлення, реабілітації	224	5,9
	Проблеми у стосунках з батьками, дітьми, дружиною/чоловіком	211	5,6
	Фінансові труднощі	199	5,3
	Відсутність зв'язку з моїми рідними/близькими мені людьми	180	4,8
	Відсутність можливості самореалізації, саморозвитку	124	3,3
	Нестача або відсутність інформації про права м пільги ветеранів/-ок	109	2,9
	Відсутність друзів, проблеми у спілкуванні з оточуючими	106	2,8
	Неможливість знайти роботу, працевлаштуватися	97	2,7
	Відсутність житла або погані житлові умови	67	1,7
	Ніяких проблем не маю	43	1,5
	Важко відповісти	16	0,4
	Інше: Відчуття злості та несправедливості (щодо командування чи цивільного населення); командир у тилу; не відпускають додому; дії ТЦК і влади; не бережуть людей тощо.	15	0,4
Загалом		3760*	100,0
*респонденти мали змогу обрати кілька варіантів відповідей			

Отже, наявність великого спектру проблемних питань створюють додаткові проблеми для споживачів ПАР, у т.ч. алкоголю.

Саме тому, кілька запитань у ГІ стосувалися міркувань респондентів з числа надавачів послуг щодо впливу війни на вживання ПАР і потребу у відповідних медичних/соціальних послугах, які б змогли допомогли ветеранам(-кам) у вирішенні їх проблем.

Перше із цих запитань стосувалося досвіду роботи з пацієнтами, які зверталися ще до початку повномасштабної війни: «**А чи є серед ветеранів(-ок) ЗСУ, які вживають ПАР, у т. ч. алкоголь, і/або стимулятори, ті що звертались до Вас за медичними послугами ще до початку війни в Україні (до 24.02.2022 р.)?**» Можливість аналізу в цьому напрямі було забезпечено добором респондентів: як видно з їхніх демографічних даних, досить невелика частка осіб не мали досвіду роботи на цій посаді (дві особи) або в охороні здоров'я загалом (сім осіб) до початку повномасштабної війни (тобто їхній досвід становить до двох років); див. Розділ І.

Респонденти підтвердили наявність таких пацієнтів: «*Так, є, вони зверталися і до початку війни, і звертаються і зараз*». Кількість таких пацієнтів є різною (від «Є така

достатня частина» до «Дійсно, були такі випадки, але вони поодинокі»). Втім, у деяких респондентів таких пацієнтів ще не було.

Далі респондентів запитали: **«Яких саме медичних послуг потребували такі пацієнти до початку війни в Україні? Чи були ці медичні послуги пов'язані з вживанням ПАР, у т.ч. алкоголю, і/або стимуляторів?»**

Серед основних запитів таких пацієнтів респонденти назвали:

- медико-психологічну допомогу;
- дезінтоксикацію (для тих, хто зловживає алкоголем), виведення з фізичної залежності;
- психологічну допомогу на тлі дистресу, навчання самодопомозі; консультацію психіатра (*«Тому що були різні психотичні та депресивні стани, і консультації психіатра як мінімум були потрібні, і багато хто були пацієнтами психіатра»*).

Для аналізу змін у запитах пацієнтів респонденти-учасники ГІ відповідали на запитання: **«Чи відрізняються потреби таких пацієнтів в медичних послугах до початку та у період війни в Україні? Якщо «Так», як саме? Поясніть».**

Респонденти звернули увагу на те, що запити пацієнтів щодо медичної допомоги для подолання залежності загалом не змінилися, проте поглибилися (ускладнилися) на тлі психологічних проблем (ПТСР, стресу, депресії, тривожності), соматичних чинників (травм, контузій, загострення хронічних захворювань тощо), що зумовлює необхідність розширення обсягів надання цих послуг загалом та посилення психологічної складової:

«Просто зараз додатково обтяжується стан таких пацієнтів посттравматичними розладами, тривожністю, депресивною симптоматикою. Часто ще є органічні ураження. Тобто такі пацієнти – люди, які отримали контузії, травми під час бойових дій, бо це також дає свою симптоматику. Але першочергово для проведення дезінтоксикаційної терапії що тоді зверталися, що зараз, то це не міняється»;

«На сьогодні до проблеми узалежнення додалась ще наявність ПТСР. Це також потребує медичної і психологічної допомоги»;

Суттєво вони не відрізняються, але є один нюанс. Ті пацієнти, які повертаються з «нуля», крім того, що повинні пройти дезінтоксикаційну терапію (виведення з запійних станів), потребують лікування з психологами і психотерапевтами, щоб подолати не те що потяг до психоактивної речовини, а навчитися відмовлятися і виходити з критичної ситуації, ту, яку вони пережили, без вживання якихось психоактивних речовин. Щоб вони зверталися чи до медичних спеціалістів, чи до родичів. Щоб вони свою проблему навчилися обговорювати, а не замикалися в собі і приймали щось»;

«Так, дійсно відрізняються. Наразі пацієнти, які проходять, проходили службу в ЗСУ, наразі вони потребують крім реабілітації психологічної потребують також роботи, допомоги, консультації психіатрів, оскільки є ПТСР, гостра реакція на стрес у таких пацієнтів»;

«Допомога вона не відрізняється. Відрізняється те, що складніше працювати з хлопцями, які були залежними до війни. Але ті хлопці, які набули залежності на війні, у них умовно закінчується війна можна сказати так, умовно закінчується їх залежність. Вона залишається, але працювати з ними простіше»;

«У психологічній роботі трішечки змінились, Тому що додалось посттравматичний стресовий розлад і досвід перебування в бойових умовах. А з приводу медичного, мені здається, що ні»;

«Для них потрібна і психотерапія більше. Для таких пацієнтів»;

«Є різниця в тому, що їм зараз потрібна ще і психологічна допомога, як би їх нервовий стан чи психологічний зараз в такому більше гострому захворюванні»;

«Якщо людина перебувала в зоні бойових дій, там більше підключати все-таки травматерапевтів, психіатр більше потрібний, але трошки інакшого напрямку. Якщо до війни більше працювали там з якимось тривожними станами, депресіями, настирливостями, зараз вже багато є ПТСР, з якими доводиться, тут трошки лікування по-іншому, інший підхід, ніж до війни».

Респонденти звернули увагу на те, що гострі психологічні проблеми зумовлюють необхідність мультидисциплінарного підходу та коригування послідовності надання послуг:

«Так, звісно змінилися. Раніше ми їм давали послугу просто детоксикація, реабілітація стану залежності. А зараз до стану залежності у них ще додається посттравматичний стресовий розлад, депресивні розлади, розлади адаптації і декомбіноване, комбіновані діагнози, тобто комбіновані потреби і вже на фоні спілкування з пацієнтом потрібно вирішувати команді психологів, лікарів та медичних сестер, яку саме медичну допомогу в першу чергу потрібно надати ветерану і вже від цього тоді йде розписується індивідуальний план до кожного пацієнта, що передує, що потрібно насамперед і в якій послідовності надаються послуги в нашому медичному закладі».

Ще один аспект змін у медичних послугах – оновлення протоколів лікування, поява нових лікарських засобів:

«В принципі різниця в наданні медичних послуг з кожним роком змінюється, оскільки вводяться нові препарати, нові схеми та протоколи лікування. Відносно якоїсь такої дезінтенситаційної терапії, то вона є в переважній більшості не змінна».

Проте навіть за незмінних схем лікування запит на послуги значно зріс:

«Послуги надаються ті самі, але потреби на надання послуг значно вирости з початку війни».

До питань залежності та психологічних проблем додаються інші захворювання:

«Ті, хто вживають алкоголь, у них там зараз більше проблем з печінкою, потребують додаткового лікування».

Респонденти-психологи вказали на те посилення сімейних проблем на тлі війни:

«Різко збільшились звернення з сімейними дизгармоніями, звернення з дітьми з цих сімей та інших аутоагресивною поведінкою. Агресивними станами, тривожними депресивними порушеннями та іншими розладами у дітей та підлітків. Тому паралельно такі сім'ї потребують і соціальної допомоги».

IV. Надання послуг ветеранам(-кам), які споживають ПАР, у т.ч. алкоголь

Глибинні інтерв'ю з лікарями дали змогу отримати інформацію про їхні міркування щодо найважливіших аспектів надання послуг. Зокрема, йшлося про те, як пацієнти звертаються до закладу, яких послуг потребують та які послуги отримують, чи стикаються вони з перешкодами або відмовами. В інтерв'ю також обговорювалися питання конфіденційності та доступності лікування. У цьому розділі проаналізовано відповіді респондентів на запитання, що стосуються послуг для ветеранів, які вживають ПАР.

4.1. Напрями перенаправлення пацієнтів для отримання послуг

Респондентів попросили відповісти на запитання: **«Які установи/організації/заклади направляють до Вас на консультацію таких ветеранів(-нок) ЗСУ, які споживають ПАР, у т. ч. алкоголь, і/або стимулятори? З яких питань?»**

Подібне запитання ставилося респондентами при обговоренні аспектів доступності медичних і соціальних послуг для ветеранів(-ок): **«Скажіть, будь ласка, як саме до Вас потрапляли(-ють) ветерани(-ки) ЗСУ, які є споживають(-али) ПАР, у т.ч. алкоголь, і/або стимулятори у період з 24.02.2022 р. по теперішній час? Звідки вони дізнаються чи їх направляють у Ваш медичний заклад?»**

У відповідях на ці запитання респонденти вказували, що маршрутів може бути багато, все залежить від конкретного пацієнта.

Перелік суб'єктів перенаправлення, за відповідями респондентів, має кілька напрямів:

1) Військові частини, командири направляють військових до відповідного закладу з оформленням направлення:

«Надаємо допомогу тільки тим військовослужбовцям, які звертаються до нас із направленням із військових частин або служби військового правопорядку».

Респонденти підкреслили, що військові потрапляють до їхніх закладів тільки за направленням з військової частини, тоді як ветерани і ветеранки можуть звернутися самостійно або отримати направлення від будь-якого лікаря:

«Ветеранів має право направляти будь-хто. Кожен лікар, до якого звертається на консультацію, якщо це медичні установи, має право запропонувати людині пройти обстеження або консультацію у лікаря-психіатра або нарколога. Але це виключно за згодою пацієнта, оскільки даний огляд проводиться згідно Закону «Про психіатричну допомогу».

Також респонденти звернули увагу на зростання ролі **психологів у військових частинах**, яким стали більше довіряти і які за потреби перенаправляють військових до психіатрів:

«Психолог є в батальйонах, підрозділі. Вони з ними працюють. Знають, що психолог не дуже страшний. Також є просвітницька робота в плані наших робіт, і вони [військові] довіряють психологу. Якщо психолог каже, що «Тобі треба психіатр, у мене є дуже хороший психіатр, ти йому дзвониш і він тебе приймає» – і в принципі вони так приходять».

2) **Інші лікарні** (інші відділення цієї самої лікарні) направляють до нарко/психо/реабілітаційних центрів або перед початком лікування основного захворювання, або одночасно з ним, мотивуючи неефективність соматичного лікування без зняття проявів залежності:

«У пацієнта, крім ПТСР, була проблема з узалежненням, і [лікар?], який проводив обстеження, казав, що першочергово треба працювати з узалежненням, і тоді можна продовжувати роботу з посттравматичним стресовим розладом, оскільки терапія буде не ефективна»;

«Це заклади, в яких конкретно пацієнти проходять лікування по основних захворюваннях. Це більшість медичних закладів нашого міста»;

«Якщо вони бачать, що пацієнт, звернувшись за соматичними якимось пакетами медичних гарантій, потребує ще і реабілітації психологічної або з приводу посттравматичних стресових розладів, або реабілітації з приводу вживання психоактивних речовин, або детоксикації, вони до нас направляють».

3) **Лікарі**, які дізналися про ці послуги від колег: *«Остання була міжнародна [конференція], де було 11 спікерів міжнародних. І за рахунок контактів вони знають, що є така громадська організація, на якій території є військовий госпіталь. До нас направляють і знають, що є психіатр-нарколог, може приймати військових»;*

4) **Сімейні лікарі**.

5) **Бригада швидкої допомоги**: *«Швидка допомога привозить, якщо це якісь стани на вулиці».*

6) **Психологи**, які працюють з військовим або з його сім'єю, перенаправляють до психіатрів або до наркологів з огляду на потребу у відповідному обсязі допомоги;

7) **Реабілітаційні центри** також здійснюють перенаправлення до психіатрів (психологів, наркологів) для подолання проблем залежності; направлення відбувається і у зворотному напрямі:

«Направляють, як правило, це лікарі-наркологи або лікарі-психіатри, психотерапевти, у яких є приватна практика, але вони розуміють, що не можуть допомогти клієнту, тому вони направляють їх до реабілітаційного центру».

8) **Громадські, волонтерські організації, соціальні служби**, які працюють з військовими та ветеранами.

9) Респонденти повідомляли про випадки **самозвернення** пацієнтів.

10) **Родичі** супроводжують або ініціюють звернення пацієнта до закладу: *«Є одиничні випадки, коли дані особи йдуть у відпустку і потрапляють додому і доставляються до швидкої у супроводі родичів. Геть рідко, коли родичі привозять їх самотійно»;* *Потрапляють в більшій мірі 90 % тому, що родичі починають бити тривогу, що людина щось вживає близька»* «зазвичай це родичі, це інтернет, і родичі, які привезли. Родичі, зазвичай, шукають».

Джерелами інформації для пацієнтів стають:

1) соціальні мережі: *«Інформацію отримують на сторінці лікарні, на сайті в Фейсбуці, по телефону довіри, який працює в реєстратурі»;* вони нас можуть знайти є сторінка фейсбук, інстаграм, телеграм канал;

2) рекомендації знайомих: «їм можуть рекомендувати їх побратими або рідні, які також через знайомих дізнаються»;

3) пацієнти, які лікувалися в закладі: «До нас пацієнти можуть звернутися самостійно, дізнавшись про нас з соціальних мереж, або так званим сарафанним радіо, коли передають з вуст в уста пацієнти, які пройшли у нас курс лікування і отримали гарні результати».

4.2. Запит на послуги: поліпшення психологічного стану

Невирішеність нагальних потреб

Наявність існуючих проблем, які неможливо або складно вирішити самотужки формують певний перелік потреб серед учасників ветеранів(-ок) в Україні на сьогодні.

Так, аналіз даних свідчить, що найбільш актуальною потребою для респондентів базового опитування на сьогоднішній день є оздоровлення та реабілітація постраждалих внаслідок бойових дій (n=456; 15,9%). Окрім того, респонденти зазначають, що їм дуже необхідна психологічна допомога (n=404; 14,1%), медична допомога (n=316; 11,0%) та потреба у юридичній підтримці (n=251; 8,7%). Інші названі проблеми здебільшого стосуються саме реінтеграції у суспільство: сімейні стосунки (n=241; 8,4%), житлова проблема (n=144; 5,0%), працевлаштування (n=88; 8,8%), перекваліфікація (n=77; 2,7%). Забезпечення прийняття суспільством нової реальності, також, дуже важливе: інформаційна допомога (n=187; 6,5%), фінансова допомога (14,3%), супровід для оформлення документів (n=102; 3,6%). Серед інших важливих проблем – проходження лікування від алкогольної й наркотичної залежності (n=154; 5,4%), покращення харчування (n=73; 2,5%), потреба у необхідному одязі та взутті (n=32; 1,1%). І 0,4% додали у своїх відповідях, що їм необхідна демобілізація/ротація. І тільки 2,1% (n=65) – не мають жодних із зазначених проблем.

Детальніше відповіді на запитання див. у Таблиці 4.2.1.

Таблиця 4.2.1. Розподіл відповідей на запитання «Які найбільш актуальні потреби у Вас виникають на сьогоднішній день?» (множинний варіант відповіді)

Відповіді респондентів		Всього відповідей	
		N*	% від N=1000
Найбільш актуальні потреби на сьогоднішній день	Оздоровлення та фізична реабілітація	456	15,9
	Психологічна допомога, консультація психолога	404	14,1
	Медична допомога (лікування, обстеження)	316	11,0
	Потреба у юридичній консультації, послуги нотаріусу, адвоката	251	8,7
	Налагодження сімейних стосунків	241	8,4
	Інформаційна допомога щодо прав і пільг ветеранів(-ок)	187	6,5
	Проходження лікування від алкогольної чи наркотичної залежності	154	5,4
	Житлова проблема (пошук чи покращення житлових умов)	144	5,0
	Отримання фінансової допомоги, субсидії на житлово-комунальні послуги тощо	143	4,9
	Супровід оформлення документів, пільг, субсидій, допомоги по безробіттю	102	3,6

Відповіді респондентів		Всього відповідей	
		N*	% від N=1000
	Проблема з працевлаштуванням, пошуком роботи	88	3,1
	Отримання та/або підвищення освіти, перекваліфікація, перепідготовка	77	2,7
	Покращання харчування (їжа, вода, ліки)	73	2,5
	Оформлення інвалідності	71	2,3
	Ніяких потреб немає	65	2,1
	Важко відповісти	44	1,5
	Інше: <i>Потреба необхідного одягу, взуття</i>	32	1,1
	<i>Потреба у відпочинку та демобілізації/ротації</i>	13	0,4
Загалом		2861*	100,0
<i>*респонденти мали змогу обрати кілька варіантів відповідей</i>			

Потреба у поліпшенні психологічного стану

Отже, незадоволеність великого спектру потреб, що виникають у ветеранів(-нок) на сьогодні створюють додаткові психологічні проблеми в їхньому середовищі та у них безпосередньо. Але, аналізуючи відповіді респондентів-учасників базового опитування спостерігаємо, що їхні оцінки щодо власного психологічного стану значно відрізняються позицій лікарів, які аналізували це питання під час глибинних інтерв'ю.

Так, майже половина (n=493; 49,3%) опитаних учасників базового опитування оцінюють свій психологічний стан як посередній. Здебільшого, наступні коливання по оцінці впадають у поганий (n=252; 25,2%) та дуже поганий стан (n=12; 12%). Лише 11,6% (n=116) оцінили його як добрий і 0,5% (n=5) – як дуже добрий. Ще 1,4% (n=14) вагалися з відповіддю. Однак, важливо розуміти, що така оцінка дуже навіяна станом в момент опитування і не включає у себе глибинних почуттів та загального стану в динаміці.

Таблиця 4.2.2. Розподіл відповідей на запитання «Як би Ви на сьогодні оцінили власний психологічний стан, наскільки комфортно і врівноважено Ви себе почуваете?», серед усіх

Оцінка психологічного стану на сьогоднішній день (комфорт та спокій)	Відповіді респондентів	Всього	
		N	%
	Дуже добре	5	0,5
	Добре	116	11,6
	Посередньо, не добре, але й не погано	493	49,3
	Погано	252	25,2
	Дуже погано	120	12,0
	Важко відповісти	14	1,4
Загалом		1000	100

Водночас, в ході глибинних інтерв'ю респонденти з числа надавачів послуг – лікарів, аналізували два аспекти послуг, які надаються в їхніх закладах представникам цільової групи дослідження: з одного боку, з яким запитом (проханням) приходять пацієнти, з іншого боку, які послуги їм надаються відповідно до їхнього стану.

Респондентів запитали: «**За якими медичними послугами звертаються до Вашого медичного закладу та до Вас особисто ветерани(-ки) ЗСУ, які вживають ПАР, у т. ч. алкоголь, і/або стимулятори, під час війни в Україні (з 24.02.2022 р. по теперішній час)?**»

Основні запити пацієнтів стосувалися трьох напрямів:

- 1) у суто медичному напрямі запити пацієнтів включали **стабілізацію**, виведення з запійного стану, усунення наслідків інтоксикації, *«зменшення дозування речовини, яку вони приймають»*, полегшення симптомів абстиненції (*«зняти ломку»*);
- 2) запити про **психологічну допомогу**, пов'язані з мотивацією до більш здорового способу життя: самореабілітаційна підтримка, *«знайти внутрішні ресурси, щоб не вживати ПАР»*, *«зняти потяг до наркотичних»*;
- 3) **поєднані проблеми** психологічного та соматичного характеру, які зумовлюються вживанням або, навпаки, приводять до вживання ПАР, – порушення сну, тривожність, депресивний стан тощо:

«Амбулаторно такі пацієнти можуть звертатися до мене для надання суто там психіатричних послуг, коли є депресивні розлади або порушення сну»;

[Респондент цитує пацієнта]: *«Я без 100 грам навіть не можу лягти спати. В тому є проблема. У мене залежності як такої немає, але я приїжджаю і без 100 грам не можу лягти спати. І це входить в залежність. Я не хочу, щоб у мене в цьому була залежність»;*

«Скарги на порушення сну, дратівливість, такі, які у більшості випадків виникають у період утримання від вживання психоактивних речовин або алкоголю».

4.3. Потреба в послугах

Респонденти з числа лікарів в ході глибинних інтерв'ю відповіли на запитання: **«Яких саме медичних послуг на сьогоднішній день, найбільше всього потребують ветерани(-ки) ЗСУ, які споживають(-ли) ПАР, у т.ч. алкоголь, і/або стимулятори, у період з 24.02.2022 р. на сьогоднішній день?»**

На їхню думку, пацієнти потребують таких послуг:

- 1) **стабілізація стану**, детоксикація: *до нас привозять, щоб зняти інтоксикацію, щоб ізолювати хоча б на деякий час від алкоголю*
- 2) **послуги психіатра, психотерапевта, психолога** для вирішення психологічних проблем, а також для встановлення факту вживання ПАР, про яке пацієнт може не повідомляти:

«Найбільше послуг психолога... який докопається до того, від чого людина тікає в психоактивні речовини, і тоді буде все це продуктивно і корисно. Тому [потрібні] психологи, які розбираються, що це, і можуть з тим впоратися»;

«Як на мою думку, найбільше, що вони потребують, – це психологічна і психотерапевтична допомога. Це є виговоритися. Бо зазвичай буває, що вони не завжди лікарю признаються, що вони вживають наркотичну речовину. Вже в ході лікування, відповідно, як беруть аналізи, тоді виявляють можливо ще щось додатково, окрім того, що вживання тільки алкоголю. Вони є замкнуті»;

«Найбільші послуги – це робота з психологом, психотерапевтичні послуги. Це найбільше, що вони зараз потребують. То чим більше таких центрів, де вони можуть звернутися, тим краще»;

«Я думаю, психолог, психотерапевт потрібен. Потрібні групи підтримки в форматі «рівний – рівному». При чому це не тільки для людей, які мають узалежнення, але й тих, які мають військовий досвід».

3) лікування ушкоджень (поранень, контузій), які посилюються вживанням ПАР:

«Можливо, ці медичні послуги не пов'язані з узалежненням або вживанням. Ці медичні послуги більше пов'язані з тим, що вони мають фізіологічні ушкодження після перебування в бойових умовах. Частіше за все це контузії, які [вони] мають і симптоматика посилюється через вживання психоактивних речовин. Це саме те, що дуже гостро хлопці потребують».

Особливістю відповідей респондентів-часників ГІ було те, що вони не лише наводили послуги, які вони надають, а й вказували, яких подальших послуг потребують ці пацієнти після медикаментозного лікування (чи інших отриманих послуг). Подальші кроки після отримання медичних послуг, на думку респондентів, повинні включати:

- якісну і тривалу реабілітацію;
- психологічний супровід для формування мотивації до більш здорового способу життя та подолання психологічних проблем:

«Має бути робота побудована в реабілітаційну сторону, щоб не було не самого акту вживання і наслідків, а не було самого бажання. Тобто щоб було більше реабітологів, психологічної допомоги і розвантаження, які би допомогали ветеранам не звертатися до наркотичних речовин, а за відчуттям якоїсь проблеми внутрішньої, тобто чи напруженість, чи тривожність, тих самих флешбеків, або їх основних симптомів, краще вже звернутися до кваліфікованих спеціалістів. Має бути побудований повністю і бездоганно влаштований маршрут».

- соціальний супровід: роботу з родичами та сім'єю.

Також респонденти з числа лікарів звернули увагу на дві конкретні проблеми пацієнтів, які не озвучувалися в запитах споживачів ПАР при зверненні про допомогу:

1) необхідність організації надання **замісної підтримувальної терапії** за місцем служби військового: *«До речі, однією із проблем на сьогоднішній день ми з нею безпосередньо не стикалися, але знаємо про існування такої проблеми, це замісна підтримувальна терапія. На сьогоднішній день змінилися вимоги до призову, і особи, які приймають, вживають психоактивні речовини, вони можуть бути призвані до армії, і серед них є ті, що проходять курси замісної підтримувальної терапії, а ми таку допомогу тут, наприклад, надавати не можемо, виходячи з її характеру, час і все. Це, на мій погляд, потрібно робитися по місцю служби»;*

2) зростання **залежності від налбуфену**, який використовується в польових умовах для знеболення:

«Ще на зараз і виросла проблема з опіоїдної залежності з налбуфіновою залежністю. Таких людей збільшилось. Тут виникає така нова проблема»;

«Я же говорив з людьми, люди поважні анестезіологи кажуть: «Не коліть, тому що він не діє». А тут є людина, яка приходить і каже: «Я колю, мені діє». Повертаються в реалії, може бути, що коли буде синдром відміни, у нього почнуться болі, а налбуфіну нема,.. тоді він буде шукати цей налбуфін або буде

шукати замітники... Це ми тільки розбираємо налбуфін, а там ще є кодеїн, морфін».

4.4. Пільги для ветеранів

Респондентів з числа лікарів в ході ГІ запитали: **«Чи є якісь пільги у Вашому медичному закладі для ветеранів(-ок) ЗСУ, у т.ч. й тих, хто споживає(-ав) ПАР, у т.ч. алкоголь, і/або стимулятори у період війни (талони на безоплатні аналізи, обстеження, першочергове відвідування лікарів, видача гуманітарних ліків, видача направлення в інші лікувальні заклади на безоплатні додаткові обстеження тощо)?».**

Зокрема, опитані в ході ГІ лікарі, які представляли державні та комунальні заклади, повідомляли про те, що в їхніх закладах пільг, по суті, немає, тому що пацієнтам надається безкоштовне лікування, що включає надання послуг, проведення аналізів, витратні матеріали, направлення до іншого лікаря, харчування (з урахуванням дієти); за наявності безоплатно надаються «гуманітарні» ліки.

«Лікування є безкоштовним. Аналізи, перебування в стаціонарі, капання, все, яке надається в стаціонарі, є і для них, і для інших абсолютно безкоштовним».

При цьому респонденти підкреслювали, що безоплатно обслуговуються всі пацієнти: і військові, і ветерани, і цивільні:

«В нашому закладі немає якихось особливих послуг, які б ми могли надавати позачергово. Всі послуги надаються як ветеранам, так і звичайним пацієнтам в повному обсязі».

Серед можливих пільг для військових та ветеранів у комунальних закладах респонденти назвали безоплатний характер додаткових послуг (які не входять до пакетів, що оплачуються державою) та першочергове надання гуманітарної допомоги (речей, ліків) – за наявності:

«Що стосується ветеранів, то ті послуги, які ідуть додатково, для цієї категорії безкоштовні»;

«Ми отримуємо гуманітарну допомогу, яка в першу чергу іде, знову ж таки ліками, харчами, одежею, яку в першу чергу ми надаємо військовослужбовцям. Завдяки волонтерам і допомозі благодійних організацій ми маємо можливість при виписці надавати ліки для підтримуючого лікування з собою, щоб приймали».

Представники приватних закладів повідомляли про те, що для ветеранів вони надають послуги зі знижкою в оплаті, повністю безкоштовно або за символічну плату (оплачена послуга вище цінується):

«Якщо ми говоримо про пільги, то ми надаємо знижку 50% на лікування таких хлопців. Є такі хлопці, які не готові платити або не можуть платити з якихось причин. Такі хлопці проходять лікування безкоштовно. І, як правило, ці люди проходять лікування в дуже короткі строки. Не тому, що вони там не платять, а тому, що у них немає можливості перебувати довго, і я з таких грошей не беру»;

«Там були знижки на лікування, і також в особистій практиці у мене є розділ для ветеранів «Знижка», і є у мене спеціальний цінник для тих, у кого взагалі немає коштів, благодійний цінник, 200 гривень за консультацію. Це як раз більше для людини, мені ці 200 гривень ні туди, ні сюди. Просто коли людина щось віддає, вона

готова брати. Скільки я бачила: коли я безкоштовно щось розповідала, інформація влітає-вилітає. Воно не потрібно людям. Але якщо до мене звернеться людина скаже у мене немає коштів, мені потрібно зараз терміново, то звичайно, без питань».

4.5. Задоволення потреб у послугах

Медичні послуги

Респонденти з числа лікарів в ході ГІ поділилися своїми міркуваннями про задоволення потреб споживачів ПАР у послугах, відповідаючи на запитання: **«Чи завжди вдається задовольнити потреби у медичних послугах ветеранів(-ок) ЗСУ, які споживають ПАР, у т. ч. алкоголь, і/або стимулятори? Якщо «Ні», чому?»** Представники різних закладів загалом сформували досить багатогранну картину при відповіді на це запитання.

Якщо брати суто надання медичних послуг у закладі, то, як можна зрозуміти з відповідей, **матеріальні передумови** для цього є, персонал працює **відповідно до протоколів** і надає належну допомогу:

«В нашій лікарні розгорнуто широкий спектр надання послуг людям, які вживають наркотичні та психоактивні речовини, а також алкоголь. Тому ми можемо надати послугу від детоксикації до реабілітації стану залежності, все згідно протоколів»;

«В закладі у нас підписаний цей пакет послуг. Звичайно виділяються кошти на ліки, тобто медичний заклад ліками в принципі забезпечений. Тому зі сторони лікарської, наявність медикаментів достатня. Також психологічна підтримка, у нас ще працюють психологи в закладі, тому як для закладу, допомога у нас, думаю, ми достатньо забезпечені».

Також чинниками успішного задоволення потреб у медичних послугах, на думку респондентів-учасників ГІ, є:

- **комплексна робота з пацієнтами** (медичні, психологічні соціальні послуги тощо);
- **дотримання пацієнтами рекомендацій;**
- **мінімізація в умовах стаціонару стресових чинників**, які спонукають до вживання ПАР (перебування в зоні бойових дій): *«Коли хлопці, які вже списалися з армії, з ними ми отримуємо хороші результати в плані ремісії. У них є можливість перебувати в центрі, а, по-друге, у них є можливість не отримувати той же самий стрес, від якого вони почали випивати. Ми їх позбавляємо від цього стресу. Те, що відбувається у воєнних діях, – це є дуже потужним тригером для запуску самої залежності».*

Проте інші аспекти лікувального процесу менш оптимістичні, тому, на думку респондентів, потреби пацієнтів задовольняються не повністю. Серед таких проблемних питань респонденти назвали:

1) **занадто стислі строки лікування**, визначені як протоколом, так і можливостями військових перебувати у стаціонарі:

«Діючі військові, ти ніяк йому не допоможеш, тому що ти його не можеш покласти в стаціонар, тому що йому треба там через... Він приїхав, два дні має відпустки чи там проїздом, чи його там направили безпосередньо, і йому треба повертатися»;

«Якщо ці хлопці не списані з армії, у них максимально короткі строки, за які дуже складно допомогти таким хлопцям. Тобто, умовно, якщо програма розрахована на чотири-п'ять місяців, ці хлопці перебувають місяць-півтора. І потім виходять і досить часто бувають рецидиви не тому, що ми погано пропрацювали, а тому, що було мало часу»;

«Час лікування зокрема в стаціонарі лікарні є 21 день. За рідкими винятками лікуючий лікар може подовжити це лікування. Якщо це діючий військовий, він має повертатися назад в частину, і вважається, що термін лікування його закінчився».

2) дефіцит фахівців, зокрема психіатрів, які мають досвід роботи з поєднаною проблемою ПТСР і вживання ПАР:

«Психіатри, які мали компетенції роботи з ПТСР плюс зловживання речовин, насправді їх мало, тому ні, не задовольняємо»;

«Також є обмежений ресурс власне професіоналів, це причина чому я волонтеру власне в державній клініці».

3) недостатньо розвинена мережа закладів і фахівців для надання тривалої або постійної допомоги:

«Потребують, мабуть, спеціалізованих закладів для лікування або має бути постійний спеціаліст, який може якось там скорегувати лікування і нагляд має бути за ними постійний»;

«Відділення є повні і черга на госпіталізацію. Пріоритет надається діючим військовим, тому ветерани вимушені чекати, коли з'явиться місце».

4) відсутність комунікації між лікарями, командної роботи:

«Таки я не бачу системи в плані того, щоб був розроблений план для кожного пацієнта, не тільки це неможливо через брак професіоналів і через відсутність певної комунікації між собою, така, яка є, я знаю в «Лісовій поляні», де є різні терапевти, є арттерапевт, є трудотерапія, догляд за рослинами, є психіатр, психотерапевт, психолог, і їхні висновки після роботи з пацієнтом якось групувалися і аналізувалося. Вони доволі автономні, і я в тому теж бачу проблему. Про якісь думки пацієнт може сказати одному спеціалісту, але це не буде донесено тим спеціалістом до лікуючого лікаря».

5) стан пацієнта потребує іншого лікування, ніж те, з яким він звернувся:

«Ми обмежені саме в наданні детоксикації. Тому якщо людина приходить зараз в стані активного вживання, ми перенаправляємо для отримання такої медичної допомоги, як детоксикація, а потім вони приходять до нас за отриманням медично-психологічної підтримки»;

«Дуже-дуже багатьом хлопцям на перших етапах потрібен детокс. Тобто медичний підхід із призначенням медичних препаратів».

Водночас опитані лікарі оцінювали задоволеність послугами дещо ширше: не лише за якістю наданих послуг під час лікування, а й за наявністю і тривалістю стійкої ремісії пацієнтів: *«Результатом гарної роботи рахується стійка ремісія. Наші програми дають гарний відсоток людей, які пройшли реабілітацію і не вживають».*

Зі спостережень респондентів, покращення стану завдяки проведеному лікуванню не завжди означає тривалу ремісію, на що впливають:

1) вид залежності:

«80% так вдається задовольнити. Ці 20%, напевно, для мене будуть ці наркозалежні, тому що, шкода, але більшість все ж таки повертається до прийому наркотичних речовин. З алкозалежними, як на мене, трошки простіше, тому що є ремісії, в кожного по-різному, але більшість пацієнтів тривалий період часу утримуються від прийому алкоголю...»;

2) мотивація пацієнта, його поведінка піл час та після лікування щодо утримання від уживання:

«Якщо людина не хоче сама по собі виходити з того стану, то ми не можемо задовольнити її потреби відчувати себе добре... І звичайно ж, задоволення потреб при такому діагнозі воно, я скажу вам, не зовсім коректно, тому що те, що вони на п'ятий день кажуть: «Все, відпускайте мене, мені вже не погано, мені вже хорошо, я вживать не буду». Це ж потреба їхня? – Потреба. Але. Окей, задовольняємо, відпускаємо, вони знову вживають, знову повертаються»;

«В принципі, завжди ми можемо задовольнити потреби відповідно до протоколів лікування. Єдине, що ми не можемо задовольнити, – це цивільний вихід їх на вулицю і перебування за межами лікарні під час госпіталізації»;

«На мою думку, повністю задовольнити потреби в даний час неможливо. Це я пояснюю обмеженими можливостями як по часу перебування в медичному закладі. Воно на сьогоднішній день вимушено є не тривалим. Ми надаємо невідкладну допомогу, те, що необхідно на даний момент, потім ми даємо рекомендації, що робити таким пацієнтам при поверненні в частину або по місцю служби. Чи вони дотримуються там наших рекомендацій, нам важко судити. Тому в повному обсязі лікування проблематичне».

Респонденти-учасники ГІ звернули увагу на те, що для стійкої ремісії після успішного лікування необхідно забезпечити тривалий психологічний супровід, і проблема полягає в тому, що в умовах військової частини це не завжди вдається:

«В більшості з чим вони приходять, ми робимо, знімаємо, але в подальшому, що найбільше потребують і в нас вони не можуть в повній мірі отримати, – то все ж психотерапія. Але психотерапія передбачена тривало... Треба тривало відвідувати психотерапевта, щоб пропрацьовувати всі свої травми... Просто супроводжувати ще далі, тому що гострий стан ти зняв, і людина не мусить сидіти в установі медичній, щоб брати в подальшому то лікування. То можна продовжувати, але в частині. Там воно може бути обмежене. Так самі розумієте, бо там є нюанси».

Таким чином, задоволення потреб у медичних послугах залежить від багатьох чинників і не завжди продовжується стійкою ремісією пацієнта.

Соціальні послуги

На запитання про задоволення потреби споживачів ПАР у соціальних послугах респонденти з числа лікарів у своїх ГІ переважно відповідали, що за потреби перенаправляють пацієнтів до відповідних соціальних служб, а в межах закладу надають насамперед медичну допомогу.

«Якщо людина потребує, має необхідність якихось ще соціальних послуг отримати, ми направляємо їх до соціальної служби».

Респонденти-учасники ГІ підтверджували, що їхні пацієнти потребують цілого спектру соціальних послуг:

«Адаптування у цивільне життя. Пошук роботи, смисл життя. Налагодження стосунків з близькими тощо».

Деякі опитані лікарі мали досвід співпраці з громадськими організаціями для надання соціальних послуг:

«Також задовольняємо у соціальних послугах. Тісно співпрацюємо з громадською організацією «Центр підтримки сім'ї», соціальними службами Новомосковських ОТГ. За потребою сім'я береться на соціальний супровід, проводять працевлаштування, допомагають відновити документи, надають за потреби психологічну допомогу сім'ї і дітям, пацієнту та іншим. Особлива увага надається адаптації пацієнтки та пацієнта в соціумі»;

«Соціальні послуги наша лікарня не надає пацієнтам, але ми тісно співпрацюємо з громадськими організаціями, які надають соціальні послуги, соціальний супровід, соціальні послуги ветеранам та ветеранкам ЗСУ. Також тісно співпрацюємо з соціальною службою м. Києва, в яку за потреби перенаправляємо пацієнтів, які потребують вирішення якихось соціальних проблем».

Проте, з досвіду респондентів, пацієнти знають, куди звертатися для отримання соціальних послуг, тому не чекають таких послуг від суто медичного закладу:

«За соціальними [послугами] в принципі до нас не звертаються. Ми не вирішуємо таких питань, тому що з того, що я чую від військових, вони чітко знають, куди мають за якимось там довідками звертатися, за отриманням документації».

Відмова в наданні послуг

Респондентів з числа лікарів під час ГІ запитували: **«Чи були випадки з 24.02.2022 р., коли Ви, з якихось причин відмовляли таким пацієнтам у наданні медичних послуг? Якщо «так», розкажіть, будь ласка, про такі випадки більш детально».**

Респонденти-учасники ГІ загалом повідомили, що відмов не допускають (не пам'ятають, не було в їхній практиці): *«Жодних випадків відмов в наданні медичних послуг, невідкладних медичних послуг не було».* Водночас вони навели такі варіанти реальних та потенційних ситуацій, які можна певним чином розглядати як відмову в наданні послуг пацієнтові тут і зараз:

1) перенаправлення відповідно до пріоритетності надання допомоги і стану пацієнта:

«Це було перекерування в інше відділення, де може людина отримати те, що зараз необхідно. По якимось фізичному стані, це може бути погане самопочуття, в плані там температура, де спочатку вирішуються одні питання, потім вони приходять до нас. Тому так, щоб повністю відмовити, не було»;

«Загалом випадки такі траплялися через те, що ми не надаємо допомогу хворим, які мають гостру тяжку психіатричну патологію... Ми рекомендуємо їм звернутися в Павлівську психіатричну лікарню для проходження лікування»;

«Ми ніколи нікому не відмовляємо. Якщо це не в наших компетенціях, якщо пацієнти в гострих станах, ми перенаправляємо в обласну лікарню або в інші психіатричні заклади»;

«Ми могли перенаправити на вирішення першочергових питань в якісь інші лікарні соматичного характеру, або якщо людина, крім зловживання психоактивними речовинами, мала дуже складний психіатричний діагноз, який потребував безпосередньо стаціонару психіатричного з обмеженим наглядом, тоді ми відправляли, але за рекомендацією пройти лікування в закладі, в який ми направляємо, з поверненням до нас для отримання подальших реабілітаційних послуг посттравматичних послуг та реабілітації залежності»;

«Якщо там, наприклад, людина має якесь складне соматичне захворювання, що ми в нашому закладі не можемо з ним справитися в зв'язку з тим, що у нас немає супутніх спеціалістів, які займаються тими захворюваннями, які є в людей, то тут вже вирішуємо, що потрібно першочергово. Тому і, буває, відмовляємо та перенаправляємо в інший заклад».

2) Неможливість обслуговування військових за самозверненням, без направлення:

«Згідно чинного законодавства, то як би військові мали право на звернення до медичних станцій виключно за направленням або військового лікаря, або їхнього безпосереднього керівництва частини, або в супроводі швидкої. Якби в інших випадках, коли вони самі захотіли, тобто тоді ми мали право відмовити в госпіталізації, оскільки тоді ми порушуємо закон»;

«Були поодинокі випадки індивідуальних звернень, коли військовослужбовці не мали відповідних медичних направлень з частин до лікаря і ми їм допомогу офіційно не надавали»;

«Це випадки, коли пацієнти до нас приходять, які не мають направлення».

3) Пізніша госпіталізація пацієнта у зв'язку з відсутністю місць у відділенні:

«Це було перенесення пацієнта на наступний день у зв'язку з тим, що у відділенні фізично не було місця, а пацієнта пожити на підлогу ніхто не може. То по узгодженню з госпіталем вони положили його до себе на один день, а на наступний день, коли тут виписували іншого пацієнта, то госпіталізували в принципі одразу».

4) Відмова пацієнта від лікування (з різних причин):

«Були випадки, коли люди не мали можливості, знову повторюся, на тривалий строк лягти на реабілітацію. Це перший момент, а другий – дуже багато військовослужбовців, у їхніх сімей немає можливості підключатися до терапії».

5) Стан сп'яніння пацієнта, який робить послуги психолога неефективними і тому потребує насамперед зняття цього стану:

«Бували випадки, коли до мене зверталися в алкогольному або наркотичному сп'янінні, тоді я відмовляла в своїх послугах психолога і направляла вже до клініки. Давай ти з клінікою розберешся, знімеш абстиненцію, вийдеш з цього стану сп'яніння, і тоді я буду з тобою працювати. Тому що в стані сп'яніння то вже діла не буде»;

«У мене завжди єдина умова, що ми спілкуємось, тільки коли пацієнт є чистий. Тобто... не перебуває під дією [алкоголю чи наркотиків]... Тому що терапія буде не

ефективна. Я не вважаю, що це відмова. Ми тоді переносимо зустріч чи розмову на інший час. Але загалом всі це приймають».

4.6. Перешкоди в отриманні послуг та шляхи подолання цих перешкод

Під час ГІ респондентів запитали: **«З якими проблемами/перешкодами стикаються ветерани(-ки) ЗСУ на сьогоднішній день при отриманні медичних послуг в закладах охорони здоров'я?»**

Деякі опитані лікарі повідомляли, що в їхніх закладах пацієнти не мають проблем з отриманням медичних послуг.

Водночас у відповідях було згадано проблемні для пацієнтів аспекти, які різною мірою залежать від медичного закладу, системи охорони здоров'я загалом, військового керівництва, зокрема:

1) Обов'язкове оформлення направлення для діючих військових, яке створює складнощі для них:

«Перше, з чим вони стикаються, – це необхідність брати направлення в своїй військовій частині, яка не зацікавлена в тому, щоб давати ці направлення. Хоча людина потребує медичної допомоги»;

«Єдина проблема – це направлення. Повинно бути чіткий якийсь алгоритм між командуванням, між представниками і пацієнтами, які до нас приходять»;

«Військові, так, дійсно, вони якби не мають виходу. Хіба за умови, що вони приховують цей факт, але цим вони трошки видозмінять умови перебування, оскільки військові по принципу «рівний – рівному» мають перебувати в умовах серед військових. Якщо же звернутися до ветеранів, то ветерани не мають ніяких перешкод в наданні медичної допомоги в будь-яких структурах»;

«Або їм взагалі не дають можливості отримати допомогу. З частини не відпускають. Тобто їх потребу не помічають, в тому що їм потрібно своє фізичне здоров'я привести до ладу».

2) Неможливість проходження лікування анонімно:

«Основною проблемою є те, що вони хочуть, щоб це ніде не афішувалося. Анонімність. Відповідно, анонімності у нас в закладі як такої немає. Пацієнти переживають: якщо вони є діючими військовими, але є на період відпустки, щоб їх не подали в СЗЧ, вони просять надати якусь довідку і в той же час просять анонімності. Такого не буває, тому що як надати довідку аноніму? В основному пацієнти погоджуються на лікування. Я вважаю, що це є основною їхньою проблемою».

3) Обмежена тривалість перебування у стаціонарі, яка не сприяє досягненню максимального результату лікування:

«Ми державою обмежені в ліжко-дні перебування пацієнтів. Колись був довший час для лікування. Зараз ми більш так втиснуті трошки в рамки, деє так від 10 днів і там два тижні плюс-мінус. Гострий стан можна зняти за два-три дні. А в подальшому там рахується лікування не є вже ургентне»;

«Я можу сказати про заклади нашого психіатричного, наркологічного профілю. По-перше, це обмежені можливості по часу в наданні психіатричної і наркологічної допомоги».

4) Черги в медичних закладах:

«Вони приходять в медичний заклад як військові, і там черги, записи»;

«Те, що дуже довго їх ганяють по кабінетах, на це витрачається багато часу»;

«Відсутність чіткого графіку прийому. Тобто пацієнти можуть чекати до трьох годин на консультацію лікаря, хоча там вказані робочі години лікаря, а лікаря немає. І інформації коли він буде, теж немає. Брак професіоналів, хамство».

5) Фінансові труднощі: необхідність купувати ліки власним коштом через їхню відсутність у лікарні, звертатися до приватного закладу через відсутність фахівця у державному закладі:

«Основна проблема – це нестача медикаментів. Бо наша лікарня є державна, ми багатьом пацієнтам рекомендуємо сходити в аптеку для отримання медикаментів, які вони потребують»;

«Взагалі-то для військовослужбовців лікування повинно бути безкоштовним. Але не всі медпрепарати є в закладі. Трошки більше треба медпрепаратів»;

«На жаль, на сьогодні фінансування такої [психіатричної і наркологічної] допомоги є мінімальним. Національна служба здоров'я України фінансує нашу діяльність. Є певні коефіцієнти, по яким нараховуються гроші, які ідуть на оплату праці і медичних працівників, на оплату ліків, на оплату харчування, але на мою думку, вони не достатні. Особливо для такої категорії пацієнтів. Вони дуже маленькі. Навіть в порівнянні з іншими»;

«В подальшому рекомендується, щоб вони десь зверталися до психотерапевтів, психологів. З тим у нас на сьогоднішній день теж є проблема, тому що психотерапевтів є доволі мало. Більшість з них працює по реабілітаційних центрах. А як відомо, психореабілітаційні центри в основному є приватні структури, і для них це є трошки важкувато»;

«На жаль, на сьогоднішній день із того, що я знаю, у нас в Україні немає безкоштовних реабілітаційних центрів, безкоштовних реабілітаційних програм для людей, яких є залежності. Знаю, що є такий реабілітаційний центр для ветеранів та ветеранок в м. Києві, але він один. Там невелика кількість людей може проходити реабілітацію, і це насправді дуже велика проблема, яку треба вирішувати на державному рівні, оскільки через приватний сектор, через малий бізнес, я не думаю, що це можна зробити настільки, наскільки того потребує держава і наші люди на сьогоднішній день».

Підсумком обговорення перешкод в отриманні послуг стали відповіді респондентів-учасників ГІ на запитання **«Яких, на Ваш погляд, заходів слід вжити, щоб запобігти цим проблемам?»**

Зокрема, респонденти висловили такі пропозиції, які не охоплюють усіх наведених ними перешкод, а стосуються окремих напрямів покращення:

1) Збільшувати обсяги надання реабілітаційної, психологічної допомоги з огляду на зростання кількості пацієнтів, які потребують таких послуг:

«Потрібно збільшувати обсяги надання такої допомоги, розширювати область надання і медичні заклади мають в принципі...момент детоксикації можуть надавати різні заклади, не тільки вузькоспеціалізовані. І розширювати реабілітаційну допомогу таким пацієнтам, збільшувати її об'єми, збільшувати ліжка, збільшувати обсяги і навчати спеціалістів».

2) Розвивати **мультидисциплінарний підхід** до лікування залежності, надавати державну підтримку цьому підходу:

«Було б добре, якби державні органи включалися і допомагали... з створенням більш таких мультидисциплінарних [команд]».

3) Покращувати **етику спілкування** з ветеранами при наданні їм послуг через інформування про права та обов'язки і посилення контролю:

«Стосовно хамства, я вважаю, що за це повинно бути покарання. Тобто має бути відкрито формат скарг... Ми дуже з різних сімей і форми спілкування у нас всіх дуже різні. Але якщо є вимоги і люди про них поінформовані, вони поінформовані про наслідки, то можливо, це якось вплине. Я не хотіла би, щоб це переросло в агресію і конфлікти зі сторони ветеранів, тому що вони є дуже чутливі і ці провокації вони зайві».

4.7. Дотримання конфіденційності та захисту медичної інформації

У ході глибинних інтерв'ю респонденти проаналізували питання дотримання конфіденційності.

Забезпечення конфіденційності

Зокрема, вони відповіли на запитання: **«Скажіть, будь ласка, на скільки на сьогоднішній день медичний персонал вашого закладу та особисто Ви дотримуетесь правил анонімності та конфіденційності будь-якої інформації, що стосується ветеранів(-ок) ЗСУ, які, зокрема, споживають ПАР, у т.ч. алкоголь, і/або стимулятори?».**

Усі респонденти підтвердили, що в їхньому закладі дотримуються принципів конфіденційності або анонімності. Відповіді були з різним ступенем деталізації: від загального підтвердження (*«В нашому закладі весь медперсонал, який працює тут, він дотримується 100-відсотково принципів конфіденційності»*) до викладу деталей, які забезпечують конфіденційність, зокрема:

- нормативні засади: респонденти вказали, що керуються законами України «Про психіатричну допомогу» («Про психіатрію»), «Про конфіденційність» (можливо, малися на увазі закони «Про інформацію», «Про захист персональних даних»);
- яка інформація є конфіденційною: *«імен, діагнозів, термінів і причини їхнього лікування»;*
- як відбуваються контакти лікаря і пацієнта: *«В межах закладу контакти з пацієнтами відбуваються тет-а-тет. Загальні питання типу «Як спав?», «Як себе відчуваєте?», то це ми ще можемо запитати, але всі розмови є особисто в кабінеті, окремо. І не тільки з військовими і ветеранами, а також з іншими пацієнтами».*

- умови доступу до інформації:
 - виписка надається в руки тільки пацієнтові;
 - інші лікарі можуть переглянути інформацію тільки за згодою пацієнта;
 - інформацію про пацієнта не надають навіть його родичам;
 - інформацію надають тільки за запитом правоохоронних органів або суду:

«Коли даний пацієнт пролікувався в психіатричному закладі або наркологічному, потім звертається до сімейного лікаря, сімейний лікар не може побачити даний епізод. Він може зробити запит на такі заклади, і тоді вже зі згоди самого пацієнта лікар надає або відмовляє в даному проханні»;

«Навіть історія хвороби, вона не передається із рук в руки, вона залишається в стаціонарі або архіві, і доступність цієї інформації може отримати по запиту суду, адвоката або тої людини, яка там лягла»;

«В тому плані дуже все строго. Лишньому ніякої там інформації не надавати, комусь виписки чужому, крім тієї людини, яка лікується. Заяву, що вона хоче отримати, з паспортом, все як має бути. В тому плані у нас все там чітко»;

«Ми не можемо розголошувати навіть там родичам, що прийшли. Якщо вони привели класу, то да. А якщо там хто завгодно, без надання документів, що це найближчий родич, мама, тато, сестра, які займаються цим хворим, які його супроводжують, які з ним. Лише по запиту прокуратури ми маємо право надавати інформацію»;

«Це виключно запити правоохоронних органів чи судової системи».

На підтвердження дотримання конфіденційності респонденти наводили такі аргументи:

- 1) До їхнього закладу діючі військові звертаються саме тому, що вони **впевнені в нерозголошенні** інформації:

«Діючі військові, це не тільки звичайний підрозділ. У нас є спеціальних операцій. Є якісь підрозділи, про які взагалі не можна говорити. Вони звертаються. Якби у нас не було цієї конфіденційності, вони б не зверталися до нас»;

- 2) Лікарі проходять **регулярне навчання** з питань дотримання етики та конфіденційності:

«Медичний персонал щорічно проходить навчання по етиці роботи медичного персоналу з пацієнтами, тому в нашому закладі постійно дотримується разом зі мною правил анонімності та конфіденційності будь-якої інформації»;

- 3) Лікарі знають, що за розголошення інформації настає **кримінальна відповідальність**:

«В будь-якій наркології це кримінальна відповідальність за розголошення, тому цього правила дотримуються»;

«За це є стаття, яку всі відповідно знають і дотримуються за те, щоб не розголошувати ніде».

- 4) Після початку воєнних дій контроль за дотриманням конфіденційності щодо військових посилюється:

«З початком військових дій, зрозуміло, ці контроль і додержання цього стало ще сильніше контролювано. Зрозуміло, коли це стосується військових і їхнього перебування».

Респонденти звернули увагу на дотримання анонімності в лікуванні (особа не розголошує свого імені). У державних (комунальних) закладах анонімність неможлива за законодавством, її практикують у приватних закладах:

«Анонімність – то вже таке питання, вона характерна більш для приватних структур»;

«В нас абсолютна анонімність, це перше. І друге, ми маємо абсолютну добровільність. Добровільність має на увазі і конфіденційність, і анонімність. А оскільки ми не працюємо з державними структурами, це добре чи погано – це інше питання, тому на нас не заходять жодних запитів, тому ми жодних запитів не віддаємо».

Водночас, анонімність ускладнює потрапляння військових до закладу:

«Але тут бувають складнощі у самих військових. Тому що він не може до мене лягти, бо за військовим законодавством вирішує начмед госпіталю, куди йому лягти».

Недоступність анонімного лікування для діючих військових зумовлює їх лікування у державних закладах, де застосовуються коротші нормативи перебування і зменшуються можливості надання якісної допомоги з огляду на зростання кількості пацієнтів:

«Як правило, вони лягають у державні структури, і їх там дуже багато. Відповідно, коли їх дуже багато, мало того що сама кількість військових у таких закладах велика плюс скорочені строки, то самому медичному персоналу немає можливості допомогти їм якісно».

Респонденти-учасники ГІ звернули увагу на те, що конфіденційність може бути порушено при прибутті військового на місце служби після лікування: на вимогу командира він може надати йому для ознайомлення виписку з лікувального закладу.

«Якщо його привезли з направленням з частини, то пацієнт дає згоду на лікування, тобто він уже дає свої паспортні дані в обробку, і його командири знають, хто він і куди його доставили. За згодою пацієнта їм видається довідка, своєму начальнику чи хто його супроводив. що він дійсно ліг в наш заклад і перебуває з того моменту по такий-то період часу тут. Але виписка чи щось таке іншим особам без згоди самого пацієнта не видається. Тобто якщо командир каже: «Тобі виписку в лікарні надали на лікування?» – «Так, надали». – «Мусиш її дати мені». – «Я не хочу надавати». Тобто що він буде там, чи надасть чи не надасть, це його особиста справа».

Для з'ясування механізмів захисту медичної інформації респондентів запитали: **«Скажіть, будь ласка, наскільки на сьогодні у вашому медичному закладі захищена медична інформація щодо збереження таємниці діагнозу ветеранів(-ок) ЗСУ, зокрема тих, хто споживає ПАР, у т. ч. алкоголь, та/або стимулятори?»**

Респонденти підтвердили захищеність медичної інформації в їхніх закладах попри те, що медичний персонал працює з нею:

«Звичайно медичний персонал знає, що відбувається, медсестри знають, лікарі знають, це на п'ятихвилинках обговорюється, що з пацієнтом, який план лікування, а все інше вона нікуди не надається. Тобто в інтернет нікуди не вноситься».

Механізмами захисту медичної інформації є такі:

1) Інформація **надається тільки пацієнтові особисто або за рішенням суду**: *«Ми нікому ніякої інформації не видаємо, окрім якщо це є номер кримінального провадження, зареєстрований в єдиному реєстрі, і постанова суду, тоді ми згідно закону України не запитуємо пацієнта про видачу інформації. Але це єдиний момент, коли вона видається за постановою суду».*

2) У штаті закладу є **працівник, який відповідає** за ці питання: *«Є люди, які відповідають саме за збереження цієї інформації»;*

3) **доступ до електронних або паперових записів обмежений**:

«У нас і паперово, і електронно зберігається медична документація. Але цю систему, що електронного, що паперового архіву достатньо добре захищена, де сторонній просто доступу не має»;

«Вся інформація, яка є на комп'ютері, входить в програму, то це має свій індивідуальний пароль своїх пацієнтів. Відповідно, санітарочка, медсестра не може зайти, увійти, подивитися. Так само з документацією: кожен має свою історію хвороби, папочку, і вони у відповідному місці лежать».

4) заклад не інтегровано в електронну систему охорони здоров'я, тому **дані зберігаються автономно** (або в паперовому вигляді):

«Поки що не користуємось [електронною платформою], тому що ми не державна установа. Тому тут є один великий плюс»;

«У нас вся інформація знаходиться в паперових носіях, тому вона зберігається лише в архівних даних, і інформацію про перебування і діагноз, який виставлений, можуть отримати тільки пацієнт особисто при написанні заяви і при власній присутності».

5) лікарі **пояснюють пацієнтам правила збереження інформації** в роботі з ними:

«Під час своїх зустрічей і роботи з реабілітантом, пацієнтами завжди наголошую, що це завжди конфіденційно, вся інформація конфіденційна. Я попереджаю, що якщо є загроза для життя самого пацієнта чи реабілітанта або його оточення, я зобов'язана попередити лікуючого лікаря і діяти згідно процедур».

Порушення конфіденційності

На запитання **«Чи були випадки у період з 24.02.2022 р. у Вашому закладі та особисто у Вашій медичній практиці, коли з якихось причин була розголошена конфіденційна інформація таких пацієнтів?»** респонденти відповідали з різним ступенем узагальнення: від повного заперечення (*«Таких випадків не було»*) до більш уточнених формулювань:

«Я такого не пам'ятаю»;

«Про такі випадки, коли інформація розголошувалася з вини медичних працівників нашого закладу, такі випадки мені не відомі»;

«І скарг до нас таких з приводу такого не поступало всі ці роки»;

«За період моєї роботи тут жодного разу не було ніяких конфліктів, прецедентів, щоб хтось комусь розголосив інформацію».

Водночас респонденти вказували, що в деяких випадках вони зобов'язані порушити конфіденційність: *«Але якщо будуть у пацієнта суїцидальні думки або він буде*

розповідати мені про плани якогось вбивства, то я по закону маю попередити про це поліцію»;

Порушення конфіденційності може відбуватися за межами закладу, при ознайомленні з випискою про результатами лікування або із самим фактом перебування пацієнта в закладі: *«Якщо людину привозять з частини, вони мають доступ до тої виписки, самі військові, вони ж мусять там...вони складають, де людина була в той період по такий-то».*

Наведення деталізованої інформації про пацієнта у виписці за результатами його лікування в закладі є одним з імовірних шляхів порушення конфіденційності. Попри можливу необхідність такої інформації для подальшого лікування, її наведення в документі може створити певні проблеми для пацієнта:

«У мене був випадок, коли у пацієнта була виписка на руках. Я її не бачила, він мені її читав, там було описано анамнез життя, анамнез його захворювання, тобто його, я так розумію, особистого життя, дитинства, підліткового віку, він читав мені цю інформацію, і з його слів ця інформація була сказана психологу, і його обурювало, чому вона є в цьому документі і чому тепер має його супроводжувати у всіх інших закладах. Він вважав, що так не мало бути... Я вважаю, що в будь-якому випадку виписку мали проговорити з пацієнтом: якщо йому некомфортно, щоб ця інформація в таких деталях була в виписці і далі передавалася у всіх наступних [документах?]... вона додається до карти пацієнта, яку відповідно в кожному наступному закладі це буде, фахівці будуть знайомитися, буде відображатися. Можна було якось узгодити висновки психіатра вже на фоні тих всіх, тої всієї інформації, яку він отримав, без деталізації, яка була травматична для пацієнта... Я не знаю всю картину, всю історію. Я просто знаю реакцію одного конкретного пацієнта».

V. Можливі шляхи профілактики вживання ПАР, у т. ч. алкоголю серед ветеранів(-нок) ЗСУ під час бойових дій

Шляхи зменшення вживання ПАР, зокрема й алкоголю, аналізувалися як у загальному контексті, так і з позиції дій та намірів самих споживачів. Для цього лікарям-учасникам глибоких інтерв'ю було поставлено кілька тематичних запитань у різних частинах інтерв'ю.

5.1. Готовність споживачів ПАР відмовитися від споживання

Респонденти аналізували перспективи відмови їхніх пацієнтів – споживачів ПАР – від споживання. Для цього їм поставили запитання: **«Чи завжди ветерани(-ки) ЗСУ, які споживають(-ли) ПАР, у т.ч. алкоголь, і/або стимулятори і мають залежність від них, готові відмовитися від споживання, проходити певні схеми лікування від наркотичної та алкогольної залежності?»**.

Діапазон відповідей був на ці запитання (про відмову і про лікування) був досить широким: від малої ймовірності таких перспектив до наведення випадків усвідомленого прагнення пацієнтів проходити лікування і позбутися залежності.

Респонденти звернули увагу на мінливу психіку споживачів ПАР, яка визначає, зокрема, і їхнє рішення щодо лікування:

«Відсутність логіки, поведінка такої людини не піддається закономірності. Адже сьогодні він може бути готовим до лікування, а вже завтра починає знову споживати».

Небажання пацієнтів проходити лікування для подолання залежності респонденти пояснювали такими причинами:

1) Відсутність мотивації:

«Є такі випадки, коли вони відмовляються проходити певну програму, для того, щоб позбутися залежності. Вони на сьогодні не готові, не мають бажання»;

«Вмотивованих не дуже багато».

2) Пацієнти (а також їхнє близьке оточення) не бачать проблеми в залежності, їх влаштовує такий стан речей:

«Є пацієнти, які ще не готові, скажемо так, пройти оцей шлях лікування, їх влаштовує життя на фоні прийому алкоголю чи на фоні прийому наркотичних речовин»;

«Під впливом зовнішніх факторів алкоголік не завжди вживає спиртне. Такі люди не вважають себе алкоголіками і лікуватися не хочуть»;

«Ні, тому що не визнають своїх залежностей, тому і не хочуть отримувати ніякої допомоги»;

«Тому що психоактивні речовини, алкоголь є частина життя»;

«Комусь цей стан подобається, і він відмовлятися не хоче»;

«Тут питання в тому, давайте подивимось в середину. Я зараз залежна, ширнулась, нюхнулась, і мені добре. Для того щоб вийти з цього, мені треба як

мінімум місяць страждань пройти. Мені треба, щоб мені було боляче, нарушався сон, шлунково-кишкові проблеми починаються, я погано себе буду почувати. Чи хочу я цього? Не хочу, звичайно. Ні одна людина не хоче, щоб їй було погано і боляче. Тому і не хочу»;

«Але знаєте, в сім'ї є таке: «Ой, бідний, нещасний, стільки всього пережив, він часто п'є, всі п'ють зараз». ... Це вже алкоголізм. Тобто він ще як починає пити або вживати, починає жалітися, як йому погано, родичам стає його жалко: «Та хай вже вживає, він нічого поганого не робить і нічого поки що не сталося».

3) У зоні бойових дій пацієнти повертаються до вживання алкоголю і ПАР, тому що потрапляють у ті самі стресові обставини і в те саме коло спілкування:

«Частіше за все не готові, тому що вони повертаються на позиції, і там єдине, що допомагає трішечки забутись, зняти напруження, хоча вони розуміють, що напруження посилюється, то вони не готові відмовитися. Тому що це дуже важко»;

«Навіть така думка: «Як я зустрінусь з побратимами? Всі будуть пити, вживати, а що я? А ми всі на одному рівні, ми одне ціле». І із-за цього іноді багато перешкод»;

«Навіть, після проходження лікування і покращення, при поверненні в ті самі умови, які сприяли, призвели до такої поведінки, дуже важко очікувати, що, навіть, при наявності бажання, у багатьох буде позитивний результат. На жаль, в даному випадку дуже великий вплив мають обставини, в яких знаходяться люди».

4) Ветерани **важко соціалізуються** і знімають психологічні проблеми вживанням ПАР:

«Ветерани, які приходять сюди, їм також дуже важко соціалізуватися і спосіб єдиний, як трішечки себе підрівняти, це алкоголь і психоактивні речовини і вони розумом знають, що потрібно відмовитись, але сил немає. І знову таки обставини поки до того не підштовхують».

5) Лікування залежності є досить **тривалим**:

«З послугою реабілітації це важкий шлях, пацієнт інколи його лишає 2-3-4-5 раз, поки пройде весь від початку до кінця і поки зрозуміє, що йому це необхідно. Це досить тривале лікування, це не за один день. Це не чарівна пігулка. І не за 2 дні. Іноді потрібно повертатися людині до реабілітаційного процесу декілька разів, щоб пройти його повністю і дійти до якоїсь певної часу ремісії, щоб не вживати».

6) Пацієнти відмовляються від **дискомфортних для них форм лікування** (наприклад, ін'єкційних, тривале перебування у стаціонарі):

«Були, що, наприклад, не хотіли ін'єкційних форм, їм дискомфортно там. Тільки таблетовані, крапельниці, так в більшості. В більшості ін'єкції трохи, ну...через те, що не люблять, дискомфортно там, не приємно. А так в більшості не відмовлялися, хіба часом отак»;

«Людина просто не готова з цим працювати, не готова перебувати в якихось закритих умовах, навіть реабілітаційних там закладів, щоб з тим давати собі раду. Просто відмовляються часто».

Водночас респонденти повідомляли, що **успішне подолання залежності** можливе тільки за усвідомленого бажання пацієнта:

«У мене просто були такі випадки, коли людина, яка зловживала психоактивними речовинами і наркотичними, почалася повномасштабна війна, і вони побачили ціль в тому, щоб захищати родину, і вони перестали зловживати наркотичними речовинами»;

«На моєму досвідідесь військових чотири чи п'ять з тим самим тригаболіном, то вони просто приносили їх пачками, кажуть: «Лікарю, заберіть їх, я вже не хочу їх вживати, але воно мене тягне». Тобто є військові усвідомлені, які дійсно знають, що це є проблема, і вони бажать з нею боротися»;

«Якщо людина самотійно вирішила і готова робити певні кроки, ми звісно допоможемо їй і все вийде. Ті особи, що зверталися до нас, мали особисте бажання проходити терапевтичне лікування»;

«Гарного результату в лікуванні вдається досягти, коли залежний сам погоджується розпочати лікування»;

«Перш за все людина має сама прийняти рішення, що вживання руйнує її життя. поки такого рішення немає, то і продовження вживання буде»;

«Це взагалі не залежить від того, чи є людина ветераном чи не є людина ветераном. Все це залежить індивідуально: чи хоче людина справлятися зі своєю проблемою, чи ховається за свою проблему, мотивуючи тим, що вона ветеран»;

«Комусь цей стан не подобається і тому він вирішує ще свої якісь певні питання щодо залишення вживання шкідливих речовин»;

«Якщо в людини є усвідомлення, заради чого вона повинна відмовитись, що вона втрачає, то завдання як раз психотерапевта – якимось направити пацієнта, допомогти знайти йому якісь цінності, заради чого йому варто відмовитись. Є частина, які свідомо хочуть, і їм просто треба допомога в тому»;

«Більшість людей свої проблеми усвідомлюють і більшість готові приймати лікування і налаштовані добросовісно».

З досвіду респондентів, велику роль як у збереженні, так і подоланні залежності відіграє сім'я (оточення) пацієнта:

«Ті, хто для себе прийняв рішення і побачив, що... Зачасту це більше від сім'ї залежить, коли всі зібралися і такі: «Ні, так бути не може, ми будемо працювати»... І тут, звичайно, родичі включаються. І коли людина вже включилася, готова, то можна злізти з чого завгодно, навіть з героїну. При підтримці, звичайно, оточуючих»;

«Дуже важливо, щоб було це не токсичне коло... Якщо людина повертається в цивільне життя і в неї є хороше коло підтримки, вона буде шукати шляхи змінити свою залежність та її позбутися. Але дуже часто вони в те ж коло попадають і тут, до людей, у яких також є залежність, є бойовий досвід, і воно просто затягує, як рутину, болото, і воно іде по колу. Дуже важливо, щоб були успішні приклади. Гарні приклади».

Іноді усвідомлене бажання лікуватися формується після практично примусового (силами родичів) попереднього циклу лікування:

«Були моменти, коли родичі частково насильно викликали швидку, привозили сюди, а пацієнт відмовлявся, а через місяць-півтора він проходив сам самотійно з тими

ж родичами і вже не родичі говорили, а вже пацієнт говорив я буду лікуватися, допоможіть мені. Це все питання часу і питання бажання самого пацієнта».

5.2. Шляхи підвищення відповідальності за власне здоров'я

На питання щодо факторів, які б могли вплинути на припинення споживання ПАР, у т.ч. алкоголю 53,6% респондентів-учасників базового опитування відповіли, що це могло б бути закінчення війни перемогою України. На другому місці – більш особистісні чинники: демобілізація з лав ЗСУ (n=422; 42,2%), адаптація до цивільного життя (n=331; 33,1%) та об'єднання з близькими людьми (n=263; 26,3%). Аспект щодо проходження курсу з лікування залежності виділяють як важливий лише 18,9% (n=189) опитаних, при цьому припиняти споживання ПАР, у т.ч. алкоголю поки не планують 23,1% (n=231). Вже припинили споживання ПАР тільки 0,6% опитаних. Ці дані свідчать про драматичність процесу адаптації військових як до цивільного життя в цілому, так і до життя у стані війни.

Серед програм, які можуть бути запроваджені для ветеранів(-ок), які є споживачами ПАР, у т.ч. алкоголю, найбільша кількість респондентів назвали групові програми для реабілітації (АА, «рівний-рівному») (n=677; 25%), психологічну допомогу їм та їхнім сім'ям (n=596; 22,7%), програми для реабілітації наркозалежних (n=530; 20,2%). Важливими, на думку опитаних, також є соціальне менторство (n=391; 14,9%) та впровадження заходів, спрямованих на протидію стигматизації, а також підвищення свідомості та поінформованості населення про проблеми ветеранів війни (n=338; 12,9%). Цікавим є те, що лише 0,7% вважають за потребу впровадження програм юридичного супроводу. Детальніше – див. Таблицю 5.2.1.

Таблиця 5.2.1. Розподіл відповідей на запитання «Які, на Ваш погляд, мають бути запроваджені програми для ветеранів(-ок), які споживають ПАР, у т.ч. алкоголь?» (множинний варіант відповіді)

Відповіді респондентів		Всього	
		N	%
Програми, що мають бути запроваджені для ветеранів(-ок), які споживають ПАР, у т.ч. алкоголь	Програми реабілітації для ветеранів(-ок) («групи АА мене врятували», «живе спілкування в групах "рівний-рівному"»)	677	25,8
	Психологічна допомога для ветеранів(-ок) та членів їхніх сімей	596	22,7
	Програми реабілітації для наркозалежних (лікування, групи самопомогі, психологічна підтримка тощо)	530	20,2
	Соціальний супровід (менторська допомога) для ветеранів(-ок)	391	14,9
	Впровадження заходів з протидії стигматизації та підвищення свідомості населення про проблеми ветеранів війни	338	12,9
	Програми юридичного супроводу	7	0,2
	Важко відповісти	79	3,0
Загалом		2618*	100
<i>*респонденти мали змогу обрати кілька варіантів відповідей</i>			

Треба, також зазначити, що з аналізу більшої половини відповідей респондентів (n=699; 66,3%), спостерігаємо, що переважна більшість учасників базового опитування не знають жодної програми для реабілітації ветеранів, ще 0,6% знають про конкретні програми, але не знають їх назву, а що по 0,5% відповідно називають релігію та проведення часу за допомогою активних видів спорту як відому програму реабілітації учасників бойових дій. Про можливість пройти реабілітацію за місцем проживання програми у госпіталі та санаторії

знають лише 7,3% (n=77) опитаних респондентів. Серед програм, які змогли назвати більше 1% від усіх опитаних – КМКНЛ «Соціотерапія», Центр Незламних /UNBROKEN, «Лісова Поляна», «12 кроків», «Мар'їна школа» (реабілітаційний центр), «Повернись до мирного життя» тощо. Завагалися з відповіддю – 8,3% (n=88) опитаних.

Розподіл відповідей респондентів щодо можливих реабілітаційних програм для ветеранів(-нок), які можуть бути запропоновані для підтримки ветеранів, за різними їх характеристиками додатково див. у Додатках до цього звіту.

Таблиця 5.2.2. Поінформованість респондентів базового опитування щодо існування програм реабілітації (множинний варіант відповіді), серед усіх

Відповіді респондентів		Всього відповіли	
		№*	%
Відомі респондентами програми для реабілітації ветеранів(-ок)	Не знаю таких програм	699	66,3
	Госпіталі та санаторії за місцем проживання (в тому числі приватні)	77	7,3
	КМКНЛ «Соціотерапія»	42	3,9
	Центр Незламних /UNBROKEN	34	3,2
	«Лісова Поляна»	18	1,7
	«12 кроків»	17	1,6
	Мар'їна школа (реабілітаційний центр)	17	1,6
	«Повернись до мирного життя»	12	1,3
	СЕТА	9	0,8
	Супер Хюменс центр / Super Humens	8	0,7
	Знають про наявність програм, але не знають конкретних	7	0,6
	Реабілітація на природі, сплави на річці, походи у гори	6	0,5
	Церква та віра у Бога	6	0,5
	Іпотерапія	4	0,3
	Центр "Життя" за місцем проживання	3	0,2
	Анонімні алкоголіки	3	0,2
	Ветеран-хаб	2	0,1
	Фонд «Я Маріуполь»	1	0,01
	RECOVERY, м. Львів	1	0,01
	Важко відповісти	88	8,3
Загалом		1054*	100,0
* респонденти мали можливість називати усі відомі для них програми з реабілітації			

Таким чином, ці відповіді свідчать про низьку поінформованість учасників базового опитування — споживачів ПАР, зокрема й алкоголю, — про наявні програми з реабілітації та допомогу учасникам бойових дій. Отже, існує потреба в посиленні роботи громадських активістів, фахівців, надавачів послуг та волонтерів, які працюють у сфері допомоги й підтримки ветеранів і ветеранок. Це потрібно для поширення інформації про чинну роботу, можливості отримання різних видів послуг, а також про діяльність реабілітаційних програм у різних регіонах України. Щодо відповідей респондентів стосовно того, учасниками яких реабілітаційних програм вони були особисто, то в ході опитування з'ясовано наступне:

Таблиця 5.2.3. Відповіді на запитання «Учасником(-цею) якої(-их) програми Ви були або є на сьогоднішній день?» (множинний варіант відповіді)

	Відповіді респондентів	Всього відповідей	
		N*	%
Учасником(-цею) якої(-их) програми були або є на сьогоднішній день	Лікування в госпіталі / санаторії за місцем прописки (в т.ч. у приватних)	54	5,3
	КМКНЛ «Соціотерапія»	41	4,0
	Мар'їна школа (реабілітаційний центр)	17	1,6
	«Лісова Поляна»	14	1,3
	«12 кроків»	12	1,1
	СЕТА	9	0,8
	Повернись до мирного життя	9	0,8
	Superhumans center	5	0,4
	Анонімні алкоголіки України/ Анонімні Наркомани	4	0,3
	Реабілітація на природі, сплави на річці, походи у гори	4	0,3
	Центр «Життя»	3	0,2
	«Незламні»	3	0,2
	Іпотерапія	1	0,01
	Фонд «Я Маріуполь»	1	0,01
	Християнський реабілітаційний центр	1	0,01
	Може і брав, але не знаю, що це за програма	2	0,02
	Важко відповісти	60	5,8
	Не брав(-ла) участь в жодній із програм	780	76,5
	Загалом	1020*	100,0
*респонденти мали можливість називати усі програми реабілітації, учасниками яких вони є/були			

Як можна побачити з відповідей учасників базового опитування, з Таблиці 5.2.3, наведеної вище, на першому місці за кількістю наданих відповідей є категорія «лікування у санаторіях та госпіталах за місцем проживання» (n=54; 5,3%) та в Києві, у КМКНЛ «Соціотерапія» (n=41; 4,0%) – тобто йдеться про доступні державні програми. При цьому, не брали участі в жодній з програм переважна більшість (n=780; 76,5%) опитаних, а 5,8% (n=60) вагалися з відповіддю. Ще 0,3% (n=4) як програму обрали активний відпочинок на природі.

Щодо того, які заходи можливо запровадити задля підтримки ветеранів(-нок), які є споживачами ПАР, у т.ч. алкоголю, то учасниками кількісного опитування запропоновано наступне.

Таблиця 5.2.4. Відповіді респондентів на запитання «Які дії, на Ваш погляд, можливо запропонувати задля підтримки ветеранів(-ок), які споживають ПАР, у т.ч. алкоголь?» (множинний варіант відповіді)

	Відповіді респондентів	Всього відповідей	
		N	%
Дії, які можливо запропонувати задля підтримки ветеранів(-ок), які	Реабілітація у лікувальних закладах за місцем проживання	161	14,7
	Підтримка рідних, робота з психологом, наркологом	110	10,0
	Фінансова допомога	44	4,0

споживають ПАР, у т.ч. алкоголь	Групи по принципу "рівний – рівному"	38	3,1
	Вчасна ротація та відпустки, доступ до реабілітації під час служби	33	3,0
	Прийняття людей з залежністю суспільством та державою (не залишати їх на самоті з проблемою, надати їм відчуття прийняття)	29	2,6
	Нічого не можна зробити, якщо немає у людини бажання обмежити доступ до ПАР та алкоголю	25	2,3
	Зміна законодавства, яке не зобов'язує залежних людей воювати або надати доступ військовослужбовців до програми ЗПТ	22	2,0
	Інформаційна підтримка, юридична підтримка	20	1,8
	Групи анонімних алкоголіків або інші, де можна спілкуватися; Анонімні групи підтримки роботи з особовим складом	18	1,6
	Безоплатна реабілітація та лікування (в тому числі психологічна)	18	1,6
	Працевлаштування	7	0,6
	Заняття спортом	7	0,6
	«12 кроків»	3	0,3
	Важко відповісти	559	51,1
Загалом		1094*	100,0
* респонденти мали можливість пропонувати кілька варіантів дій			

Таким чином, з відповідей респондентів бачимо, що майже половина з них завагалася з відповіддю на питання про можливі дії, які можуть бути запропоновані для підтримки ветеранів – 51,1% (n=559). Серед тих, хто зміг визначитися з напрямками зазначили таке: 14,7% (n=161) – що необхідно зробити реабілітацію за місцем проживання; 10,0% (n=110) вказали на необхідність підтримки рідних, роботу з психологом та наркологом. Важливо також зазначити, що серед пропонованих дій вказано 2,0% (n=22) опитаних на зміни у законодавстві для забезпечення утримання від мобілізації залежних людей, 2,6% (n=29) – про необхідність прийняття залежних людей суспільством. При цьому 2,3% (n=25) опитаних зазначали, що не можна нічого зробити, якщо у людини немає бажання обмежити вживання ПАР та алкоголю.

Розподіл відповідей респондентів щодо можливих реабілітаційних заходів, які можуть бути запропоновані для підтримки ветеранів, за різними їх характеристиками представлено у Додатках до цього звіту.

Респондентів з числа лікарів, учасників ГІ запитали: **«На Вашу думку, що потрібно зробити, щоб у період військових дій в Україні підвищити відповідальність таких осіб за своє здоров'я?»**

Як і запитання про можливість відмови від споживання ПАР, це запитання стосувалося особистих рішень і мотивації людини.

Думки респондентів щодо доречності цієї проблематики в умовах війни розділилися. З одного боку, **відповідальність варто формувати в будь-який час:**

«На мою думку, відповідальність за здоров'я людини треба підвищувати незалежно від того чи є це військові дії, чи ні. Чудово знаємо, що це дуже важка

робота, що це дуже важке завдання. Дуже важко з ними справлятися. Але воно має бути. А зараз особливо».

З іншого боку, екстремальні умови перебування ставлять на перше місце **проблеми виживання, зняття болю та стресу:**

«У нас це не вийде. Тому що, коли ми опиняємось на війні, у нас включається не режим життя, а включається режим виживання, нам потрібно вижити. І щоб не чокнутись, ми починаємо виживати, вживаючи психоактивні речовини навіть на фронті... Тому там про здоров'я не дбають. Там питання вижити, і тому ми там ніфіга не можемо зробити. А тоді, як повернулися, у нас з режиму виживання переходимо в режим життя, отут ми можемо включатися. Краще ми зробимо на виході, те, що допоможе, чим будемо тратити енергію і сили на то, де там не подіє»;

«Люди, які самотійно не можуть побороти стрес, вживають хімію для того, щоб купірувати біль. В таких умовах ніхто не думає про здоров'я»;

«Це є вибір самої людини. Тобто людина розуміє, що вона отримує стрес, що їй важко. І що буде зрив, особливо якщо в анамнезі вони зловживали, але людині простіше звернутися повторно до вживання психоактивних речовин, ніж звернутися до психолога».

Респонденти вказали на відсутність мотивації у споживачів ПАР щодо відповідального ставлення до власного здоров'я:

«В таких людей немає мотивації, немає погляду на майбутнє».

Втім, мотивацію можна (певною мірою) сформувати під впливом зовнішніх чинників. Такими чинниками респонденти назвали:

- психологічне, **мотиваційне консультування** психологами, психотерапевтами:

«Я думаю, що тут основна робота мала належати психотерапевтам, які повинні були розказувати про то, що повернувшись з зони бойових дій, не отримавши якихось значних поранень, не зловивши тої пулі і вбивати себе невидимою зброєю, невидимим патроном – це потрібно до них доносити».

- психологічну допомогу зі **зняття стресу:**

«Можливо це якась робота з профілактики стресу, якщо можна так сказати».

- **просвітництво** щодо наслідків уживання ПАР:

«Провести просвітницьку роботу щодо цих питань. Побачити, розповісти наочно які довгострокові наслідки можуть бути від вживання наркотичної речовини».

- **увагу з боку командирів** до психологічного та фізичного стану їхніх бійців:

«Тут дуже багато залежить від того, як командир ставиться до своїх солдатів, не просто підлеглих, а солдатів. Я знаю тих командирів, яким було байдуже, і вони відповідальність за солдатів, він бухає і все, це твоя відповідальність, він переклав на мене, на лікаря, ніби йди, лікуй. Але є й інші командири, які не знімають із себе відповідальності за те, що його солдат п'є. І він ніби несе цю відповідальність за те, що він чудово розуміє, де і як живе його солдат, в яких умовах він завтра може бути і все інше».

5.3. Пропозиції щодо профілактики споживання ПАР, у т.ч. алкоголю

Респондентам ставилося запитання: **«Скажіть, будь ласка, на Вашу думку, що необхідно зробити, щоб попередити споживання ПАР, у т. ч. алкоголю, і/або стимуляторів ветеранами(-ками) ЗСУ у період війни в Україні?»**

Основні думки респондентів (деякі не змогли надати відповіді на це запитання) стосувалися двох аспектів: мотивації (психічного та фізичного стану) людини та зовнішніх чинників.

Що стосується мотивації людини, то, респонденти висловлювали досить скептичні думки щодо можливості **спрогнозувати відповідь організму (і вживання ПАР) на стрес:**

«Я думаю, що такого суттєвого не зробиш нічого, тому що це буде залежати від самої людини. А як зреагує конкретний організм на стресову ситуацію в тому чи іншому випадку, не спрогнозує ніхто. Якоїсь суттєвої рекомендації надати не можна»;

«Це може бути індивідуальне. Масово це не можна попередити»;

«Нічого не можна зробити. Вони все одно будуть вживати. Покращити їх умови. Давати відпустки вчасно, вихідні, відноситися, як до людей. Але це в умовах війни, як показує досвід, неможливо»;

Серед зовнішніх чинників, які можуть запобігти вживанню ПАР, респонденти вказали:

- **закінчення війни:** *«Зменшити стрес, тривожність, але зрозуміло, що в умовах війни це дуже складно зробити»;*
- **обмежувальні заходи:** зменшення реклами спиртних напоїв; не продавати спиртні напої неповнолітнім;
- **просвітницькі заходи:** підвищити соціальну грамотність і культуру населення; проводити пропаганду здорового та тверезого способу життя; починати первинну профілактику алкоголізму та споживання ПАР зі шкільного віку: *«Мабуть, це повинно бути виховання ще з садочка, школа і т.д. ЗСУ – це вже люди дорослі. Тут навіть важко сказати».*

Серед **медичних способів** допомоги респонденти вказали такі:

- *«вживання препаратів, що знімають потяг, що дають відразу до алкоголю»;*
- *«додавати препарати, які покращують настрій, антидепресанти, протитривожні, препарати для сну. Це такі препарати, які замінюють дію алкоголю»;*
- психологічна підтримка: тренінги на тему профілактики стресу, стресостійкості, психологічної допомоги: *«Якщо до психолога у нас людина звертається, тоді ми попереджаємо початок вживання»;*
- кризове консультування щодо психологічної травми та ПТСР, стратегій виживання в умовах війни;
- робота з психотерапевтом;
- ізоляція: *«Колись людину залежну психотерапевт не брав в терапію, коли вона не була ізольована, тому що ти не міг спрогнозувати: людина іде додому і вона може зірватися. Зараз трошки ті рамки зм'якли, але в ідеалі якщо людина не дає ради*

сама, не може стримуватися, її треба ізолювати, пропрацювати з нею там в групах»;

- залучення колишніх залежних до роботи в реабілітаційних центрах і групах взаємопідтримки.

На думку респондентів, для запобігання вживанню ПАР у ЗСУ необхідно проводити **профілактичну роботу на всіх етапах:**

- до потрапляння у військо: *«Вони повинні усвідомлювати, як цивільні, так і військові, про небезпеку, тобто це має бути скеровано ще на навчаннях, коли вони проходять ще підготовку»;*
- у лавах Збройних Сил із залученням командирів, психологів та капеланів: *«Дуже велику роботу треба проводити саме у Збройних Силах. Я не звинувачую, що вони погано працюють. Але ми бачимо, що там є, на жаль, велика можливість, велика кількість і, як мені здається, і доступність до вживання алкоголю і психоактивних речовин. Я не кажу, що це кругом є таке, безумовно. Але випадки такі нам відомі, і на жаль, треба починати там»;*
- після звільнення із ЗСУ важливо надати таким людям психологічну допомогу: *«Якщо такі люди звільняються з Збройних Сил і т. д., їх би в першу чергу мали направляти в центри психологічної допомоги, щоб знімати рівень перенесеного стресу. Можливо, це би не привело їх до вживання».*

VI. Шляхи зменшення стигматизації ветеранів війни та підвищення обізнаності щодо їхніх проблем у сучасному суспільстві

Прояви стигми з досвіду респондентів – учасників глибинних інтерв'ю

Респондентів запитували: «Чи спостерігали Ви за цей період випадки стигматизуючого ставлення до ветеранів(-ок) ЗСУ, які споживають ПАР, у т.ч. алкоголь, і/або стимулятори?».

Діапазон відповідей респондентів був досить широким – від констатації частих проявів стигми, які вони спостерігали, до повної відсутності таких випадків у їхньому досвіді (в тому числі професійному).

На думку респондентів, упереджене, недоброзичливе, обмежувальне ставлення проявляється за поєднання двох умов – військової форми та стану сп'яніння:

«В соціумі такі випадки трапляються, коли військовий в стані підпитку може заходити в громадський транспорт. До нього не дуже коректно відносяться. Випадки, коли людину виганяють з магазину, коли є підозра, що людина знаходиться в стані сп'яніння наркотичного, хоча людина насправді знаходиться в стані ПТСР або стресового розладу»;

«А дуже легко побачити людину п'яну там в камуфляжі, до речі. Не всі ті, що валяються, то військові. А легко повісити на нього ярлик, що це військовий і це алкоголік».

З іншого боку, респонденти вказували на те, що не чули про випадки стигматизації військових:

«Я не чув навіть таких посилів від чужих людей, що всі там військові вони алкоголіки або наркомани».

Також респонденти вказували на відсутність стигматизації військових у їхніх закладах, де вони отримують лікування від залежності, і наявність такої стигми в соціумі, в соцмережах тощо:

«Такі випадки, вони непоодинокі. Я не стикалася з цим особисто в своїй роботі в рамках реабілітаційного центру, в якому я працюю, або в рамках своєї індивідуальної роботи. Але я стикаюсь з цим в соціальних мережах: інстаграм, фейсбук, де ставлення до ветеранів, які вживають речовини, скажемо так, негативне і неприйнятне»;

«Взагалі-то поза межами роботи до військовослужбовців почали ставитися більш агресивно, і такі ярлики на них вішають, то так, таке може статися, але з такими гострими ситуаціями я не стикалася».

Відсутність стигматизації uzалежнених військових у медичних закладах респонденти пояснюють кількома причинами:

1) лікарі діють **професійно** і дотримуються етичних норм:

«Ми працювали до початку повномасштабних військових дій, більше 10 років стаж роботи у медичних працівників з пацієнтами, які вживали наркотичні речовини та алкоголь, тому наше відношення до них не змінилося абсолютно. Ми розуміємо з ким ми працюємо, як нам потрібно працювати з дотриманням всіх етичних норм та правил і щоб не порушувати права наших пацієнтів».

2) лікарі не розглядають таких пацієнтів як безнадійних і прагнуть допомогти:

«Це та стигма, про яку я вже розповідала, що вживають, тому що слабаки. Це стигматизація, яка не сприяє лікуванню людей, і вона накладалася і раніше, і зараз. Зараз я від лікарів чую таку історію: Та вони і до війни вживали». Це в державних установах я таку історію чула не від одного лікаря і в цьому далі стигма. Але питання в тому, що чого ми хочемо: ми хочемо стигматизувати чи допомогти? Окей, до війни вживали. Давай найдемо, яка у нього травма до війни його змусила вживати, і полікуємо».

Більше того, деякі респонденти вказували, що до цієї категорії пацієнтів вони ставляться з більшим співчуттям, ніж до «цивільних»:

«Навпаки, всі якось так з розумінням. Навпаки, в інший бік, якесь таке співчуття, переживання»;

«В нашому закладі це виключено. Такого не було. В нашому закладі не зважаючи на характер розладів, незважаючи на діагнози, до військовослужбовців ЗСУ ставлення відповідно, так як вони цього заслуговують своєю роботою, своєю службою»;

«Стигматизуючого відношення в нашому закладі до ветеранів і ветеранок не спостерігалось. Навпаки, я б сказав, що до них ставлення уважніше, чим до інших»;

«Абсолютно ні, навпаки: до таких пацієнтів ставляться абсолютно з розумінням, що на фоні якихось стресів перенесених, посттравматичних розладів. Навпаки, персонал намагається допомогти, сприяти, порадити і т. д.».

Водночас респонденти визнавали наявність стигматизації щодо військових у медичних закладах і вказували на необхідність проведення навчання для медичного персоналу з цих питань:

«Конкретний випадок, зараз дуже збільшилась кількість гепатиту С, оскільки надання допомоги в клінічних умовах не завжди зберігає людину, яка надає допомогу. Це такі реалії. І, відповідно, гепатит мають не тільки ін'єкційні наркомани, а мають тактичні бойові медики, мають бійці, які надають допомогу. Має велика кількість людей, і перше, коли медичний персонал бачить цей гепатит С, звучить фраза: «А, ти ж наркоман». Я вважаю, що це взагалі не те, з чого має починатися розмова чи звучати подібне формулювання»;

«Так, дуже багато. Я вважаю, що глобально всім працівникам медичної системи охорони здоров'я, які пересікаються з ветеранами чи військовими, треба провести тренінг базової розмови. Від «Добрий день» до «До побачення».

Пропозиції щодо зменшення стигматизації ветеранів(-ок), які споживають ПАР

Респонденти навели свої міркування та пропозиції, відповідаючи на запитання: **«Що, на Ваш погляд, потрібно зробити, щоб зменшити прояви стигми та дискримінації по відношенню до ветеранів(-ок) ЗСУ, які споживають ПАР, у т.ч. алкоголь, і/або стимулятори, зі сторони оточуючих?».**

Серед запропонованих шляхів респонденти вказали такі:

1) інформаційні та освітні заходи для широких верств суспільства і для фахівців (медичних та соціальних працівників), проведення навчання щодо толерантного ставлення до таких людей з такими основними меседжами та роз'ясненнями:

«Це є захворювання, а не просто погана поведінка»;

«Це захворювання таке ж саме, як і інші соматичні, допустимо, як гіпертонічна хвороба або цукровий діабет, щоб люди розуміли, що це хвороба і має проводитися в суспільстві просвітлювальна робота»;

«Люди, які приходять з зони бойових дій, мають проблеми психологічного характеру, які вони стараються тамувати алкоголем в зв'язку з тим, що, напевно, так як вони це пояснюють, це найпростіше і найлегший вихід з цієї ситуації»; «люди, які повертаються з війни, вони вже не будуть такими, як були, тобто і військові, і цивільне населення мають знати, що таке ПТСР, і хоч трошки якось усвідомлювати цю проблему і трошки вивчати»;

«Це такі самі люди, тільки вони окрім посттравматичних стресових розладів, депресивних розладів, розладів адаптації, мають ще і таку хворобу, як зловживання певними речовинами».

2) подолання недовіри до роботи психіатра, який може знизити або відвернути вживання за рахунок психологічної допомоги: *«Навіть такими маленькими кроками вимивать цю стигму, що психіатр – це не є поганий лікар, який всіх робить овочами, як всі люблять сказати... З часом дійсно підемо вже в рамки того, як роблять наші західні колеги, що стигми до психіатра і до психотерапевта вже такої не буде і людина не почне вже мовчати про свої проблеми роками, коли воно вже не надавить повністю, а відразу до них звертатися. Дійсно можна повернутися до питання як це все знизить кількість і якість вживання, просто це треба звертатися на початках. І коли ми вже зрозуміємо цю стигму, то боротися з наслідками стане набагато легше».*

3) правовий захист ветеранів та ветеранок ЗСУ, які споживають у тому числі алкоголь та стимулятори;

4) дотримання медперсоналом професійних та етичних норм: *«Ввести систему покарань. Такого явного. Коли одна людина в закладі неправильно сформулювала свій діалог, щоб весь штат був повідомлений про покарання і за що воно було. Бо я іншого виходу не бачу як це суспільство перевиховати».*

Шляхи підвищення обізнаності з проблемами ветеранів(-ок)

Респондентів запитали: **«Як Ви вважаєте, чи достатньо на сьогоднішній день наше суспільство переймається проблемами ветеранів та ветеранок ЗСУ? Якщо «Ні», що потрібно зробити, для того, щоб привернути більше уваги до проблем ветеранів та ветеранок ЗСУ?».**

Респонденти по-різному оцінювали і пояснювали ступінь уваги суспільства до проблем ветеранів.

Скептична оцінка (**«мало, недостатньо уваги»**) базувалася на тому, що:

1) У людей в умовах війни є свої проблеми:

«На жаль, ми живемо ще в активних бойових діях, і дуже багато верств населення, які потребують саме уваги країни, уваги соціальних служб, уваги міжнародних якихось організацій і допомоги, окрім ветеранів і військовослужбовців. А ветерани – це дуже велика когорта людей, яка буде потребувати допомоги, уваги, певних дій від цивільного населення, але, на жаль, у нас зараз цивільне населення знаходиться в таких само умовах, як і ветерани і військовослужбовці. Поки не закінчиться війна, важко сказати».

2) Люди втомилися від війни, спрацьовує захисна функція психіки на тлі постійного стресу:

«На сьогоднішній день наше суспільство продовжує жити в військовому стані і має купу своїх власних потреб, проблем і тому це також впливає на те, щоб вони підтримували залежних військових. У кожного є якісь свої проблеми, які треба вирішити. Народ втомився. І тому так мало уваги»;

«Взагалі не переймається. Пішло розділення, мені так здається, кожен сам собі. Ветерани, які приходять, знову ж діючі військовослужбовці – вони наче в вакуумі своїх проблем, потреб, і їх мало хто розуміє. Не чують. Тому що, по-перше, вже втома така колективна від цього, і кожен якийсь спрямовує на себе, впоратись би з моїм: тривогою, втратами, закритим баченням майбутнього. Тому проблемами ветеранів мало хто займається. Дуже багато говорять, але нічого не роблять»;

«Я думаю, що кожен бачить: у нас суспільство зараз розділилося. Є люди, які мають відношення до війни, а є люди, які не хочуть чути і не беруть жодної участі. Я їх теж можу зрозуміти, бо це їхня захисна функція, захисна реакція їхньої психіки... Коли зараз військові повертаються в мирне життя і бачать, що зараз твориться в мирному житті, ніби взагалі не існує війни, то кожен задається собі питанням: «А що я там роблю?» Поки суспільство не поводитиметься скромніше, я чудово розумію, ми всі маємо право на відчуття щастя, радості чи ще чогось, але все це треба робити набагато скромніше».

Більш оптимістичну оцінку («**є увага до ветеранів**») респонденти обґрунтовували кількома чинниками:

1) Війна зачепила дуже багато людей, тому мимоволі всі обізнані з проблемою:

Та певно що так. Багато у кого в сім'ях є... та в кожній родині, кожній сім'ї є ті, хто воює або близькі, або кум, брат, сват».

2) Наприклад, для маломобільних груп зробили кращі умови пересування на вулицях:
«Думаю, що суспільство станом ветеранів переймається так в процентному співвідношенні 50 на 50. Тому що багато чого робиться для тих ветеранів, які пересуваються на інвалідних візках, пересуваються з допомогою милиць. Тобто є навіть ті ж самі рампи, сходишки, які розроблені спеціально для них».

3) Відсутність стигматизаційного ставлення до ветеранів, які споживають ПАР, саме завдяки розумінню їхнього стану:

«Насправді я думаю, що проблеми враховують. В більшості і суспільство розуміє, чому такі пацієнти вживають. Особливо ті, які були довго і тривало в зоні бойових дій. Такого немає знову-таки, що про якусь стигматизацію ідеться. Більшість з розумінням ставиться до таких людей. Це їхній вибір. Нікого не звинувачують в тому, навпаки, стараються допомогти».

У контексті підвищення обізнаності з проблемами ветеранів/ветеранок респонденти обговорювали насамперед **інформаційні, просвітницькі заходи** щодо проблем ветеранів, наслідків війни тощо. Одні з них підкреслювали необхідність такої роботи

«Інформування та нормалізація, оскільки, на жаль, у нас деякі люди не знають, в якій області у нас знаходиться Маріуполь»;

«Наше суспільство недостатньо усвідомлює ті негативні психологічні наслідки війни, з якими стикаються наші ветерани. Я думаю, що важливо більш популяризувати ці проблеми в суспільстві»;

«Привертаючи увагу до проблеми ветеранів та ветеранок ЗСУ потрібно рекламою у всіх засобах інформації по здоровому способу життя»;

«Це проблема, пов'язана з інформаційною обізнаністю населення. Напевно, не достатньо працюють засоби масової інформації на сьогодні»;

Водночас деякі респонденти вважали, що інформаційна складова досить розвинена:

«Роликів, я думаю, на сьогоднішній день теж є в соцмережах і по телебаченню достатньо».

Відповідаючи на це запитання, респонденти часто пропонували не стільки шляхи привернення уваги до проблем ветеранів, як безпосереднє вирішення таких проблем, зокрема:

1) створення умов для **інтеграції ветеранів у мирне життя** (розроблення комплексних програм, соціальний супровід, забезпечення житлом, працевлаштування, повага і вдячність з боку населення тощо):

«Необхідно створення комплексних програм для ветеранів, направлених на адаптацію в мирне життя»;

«Ветерани, які приходять, залишаються, вони є частиною суспільства. Можливо, якісь центри, які допоможуть соціалізуватися ветеранам. Допоможуть в отриманні роботи. Покращення їх житлових умов. Це потрібно можливо соцпрацівники, які будуть мати у себе в базі 10-15 ветеранів, які будуть дійсно перейматися їхніми долями. Але на це потрібно дуже багато соцпрацівників, і що це може забезпечити держава, маю сумніви. Повага, увага і все таки надання матеріальних благ ветеранів, щоб вони могли жити, а не існувати після того, в чому вони перебували»;

«Відноситися до них з більшою повагою. Приділяти їм більше уваги, навіть не їм, а їхнім сім'ям. Щоб вони зверталися, куди вони зверталися можливо, без черги... Можливо, щоб там були такі служби, що спілкувалися ще, щоб пом'якшувати їх стан».

2) **державна підтримка** ветеранів: розроблення державних програм, фінансове забезпечення, розвиток мережі закладів та місць надання психологічних та медичних послуг:

«Нам необхідні державні програми. Державна підтримка по створенню реабілітаційних центрів, по створенню реабілітаційних відділень. Як мінімум таких як, на рівні відділень фізичної реабілітації. Для цього треба фінансування, треба багато всього»;

«Однозначно треба розширити надання психологічної реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах»;

«Мабуть, якимось більше розвинути державні програми по підтримці ветеранів та ветеранок ЗСУ. Щоб це стало більш доступним».

РЕКОМЕНДАЦІЇ

для профільних міністерств і відомств щодо забезпечення прав та інтересів ветеранів і ветеранок ЗСУ, які споживають ПАР, у т.ч. алкоголь

У ході глибинних інтерв'ю респонденти не лише аналізували певні проблеми, а й пропонували шляхи їх вирішення. Зокрема, це стосувалося питань профілактики вживання ПАР, подолання стигми, підвищення обізнаності суспільства із проблемами ветеранів/ветеранок, які споживають ПАР, подолання перешкод в отриманні послуг.

Водночас цілий блок запитань інтерв'ю стосувався міркувань респондентів щодо формування політики в цій сфері на національному та регіональному рівнях.

Суб'єкти формування політики щодо профілактики споживання ПАР серед ветеранів(-ок)

Респондентів запитали: **«На Вашу, думку, хто саме повинен формувати політику щодо роботи з ветеранами(-ками) ЗСУ з питань профілактики залежності споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, і/або стимуляторів? Які напрямки такої діяльності мають бути розвинуті на сьогоднішній день?».**

Респонденти визнавали складність і багатогранність цього запитання. На їхню думку, основними гравцями у цій сфері повинні бути:

1) Держава загалом:

«На мою думку, на сьогоднішній час і на майбутнє, по-перше, це має бути державна програма, або скажемо так державне фінансування, державна програма, державна ініціатива»;

«Має займатися держава. Це має бути на державному рівні».

2) Влада (в тому числі місцева) – в тому числі з огляду на необхідність зменшення економічних втрат шляхом працевлаштування і соціалізації колишніх військових:

«Органи місцевого самоврядування, які допоможуть сформувати комплексний підхід у підтримці ветеранів, ветеранок та їхній сімей з наданими послугами»;

«Люди, які повертаються, військові, і вони ж і будуть формувати нашу економічну [стабільність?]. Навіть наркотичні речовини, вони можуть приводити до ревалітації. Вони втрачають економічну здатність. А це економічний спад такий дуже великий. Треба і пенсії виплачувати, якісь соціальні допомоги. А якщо вони працюють, вони можуть хоча б поповняти цей [фонд?]»;

«Щоб вона [країна] не втрачала кошти на те, щоб виплачувала пособие по інвалідності, а отримувала працездатну людину, яка може виконувати якісь певні функції, започатковувати бізнес, займатися фермерським господарством, але їм же треба соціалізуватися, військовим. Вони останні три роки, крім зброї, нічого в руках не тримали. Вони дуже класні. Військові всі в якихось сферах спеціалісти... Людина, яка починає пробувати, і щось йому підходить, заходить, як людині, щоб було цікаво. Якщо йому цікаво, він тільки тим буде займатися. Бо це прибуток приносить».

3) МОЗ – з огляду на медичний характер проблем: *«Цим має займатися Міністерство охорони здоров'я, оскільки це стосується саме здоров'я».*

4) Збройні Сили:

«На мою думку, сьогодні дуже велике завдання стоїть перед медичною службою, психологічною службою Збройних Сил»;

«В кожній частині має бути підтримка цих людей, виявлення і інформування що стосовно їхнього подальшого лікування»;

«Якщо вони [ветерани і ветеранки] діючі, то цим мають займатися безпосередньо їхні медичні керівники, медичні психологи».

5) Компетентні **фахівці**: *«Політику повинні формувати спеціалісти, які розуміються на проблематиці і через громадські слухання доносити інформацію до профільних комісій і міністерств».*

6) **Кожна структура** відповідно до компетенції: *Я вважаю, що всі повинні. Повинні військова частина і начальники медчастин... Якщо нормальний адекватний командир, у нього навіть останній аватар перестане пити, якщо він це поставить собі ціллю. Якщо командир сам зловживає, то і молодь, яка прийшла на добровільних засадах, в тому оточенні буде поступати так само. Тому я вважаю, що починати треба з військових частин, куди вони попадають. З лікарень, де вони проходять лікування. Тобто вони не зразу попадають в цивільні місця, вони попадають в прифронтові лікарні, відповідно там повинна бути допомога психотерапевтів, психологів. І відповідно вже потім, після демобілізації, повинні сімейні лікарі, перша ланка, до кого звертається ветеран. Вони для отримання пенсій мають звертатися в ЦНАП, в ці структури. Відповідно допомога, поінформованість, чи скерування, чи налагодження контактів на цьому рівні повинно бути. Далі сімейний лікар, до якого також ветеран звертається. Якщо він стоїть на обліку в психіатра, відповідно, лікарі-психіатри. Тобто всі максимально».*

Серед напрямів діяльності респонденти вказали на такі:

1) **Медичний та психологічний супровід** військових, які звільняються з лав ЗСУ: *«Якщо вони не діючі, то вони повинні звертатися у військових госпіталях до медичних працівників, які повинні виділити якусь частку і в кінцевому результаті це в подальшому повинно переводитися в цивільні медичні заклади. Тобто ті самі психдиспансери, ті самі наркодиспансери. Ті самі приватні реабілітаційні центри, приватні медичні клініки».*

2) **Соціальний супровід** військових/ветеранів та їхніх родин: *«Комплексні соціальні послуги формування життєстійкості, соціальне відновлення для військових та їх родин. Супровід військових та їх сімей та інші направлення».*

3) **Формування попиту на послуги психіатра, психолога:**

«Інформування та нормалізація як реабілітаційної роботи, як роботи з психологом, консультування психіатрів... поки наші люди не будуть розуміти, що психіатр це такий самий лікар, як, наприклад, стоматолог, позитивних змін не буде. тому я вважаю, що інформування та нормалізація»;

«У нас немає культури звернення до медичних закладів до психологів, психіатрів з проблемами розладів адаптації та поведінки. Це вважається слабкістю в нашій ментальності, і це дуже погано. Тому це потрібно робити на рівні держави, бо стан буде погіршуватися і людей, які будуть зловживати, зловживати до суїцидів дуже багато»;

«Психологічна допомога і реабілітаційна допомога. І плюс допомога спеціалістів наркологів»;

«Спочатку це психологічна допомога, щоб люди розуміли свою залежність. Хто це повинен робити? – Мабуть, кожен лікар, до якого людина звертається, щоб донести інформацію про це».

4) Реабілітаційні програми на рівні держави: *«Держава має запровадити певні програми щодо реабілітації військових або створювати спеціалізовані відділення, де ці військові можуть проходити реабілітацію».*

5) Мультидисциплінарний підхід:

«Це має бути мультидисциплінарний підхід. Має бути лікар, соціальний працівник, має бути ...не знаю, представники якихось організацій. це має бути командна робота»;

«Медики разом з психологами, психотерапевтами. Медичні працівники більше. Я думаю, що має бути якась така група людей, щоб тим займалися, щоб там мав бути і психіатр, і психологи, і психотерапевти, може по медицині такі ще там терапевт»;

«Формувати... соціальні якісь заклади чи як правильно розвивають оцю психологічну допомогу. Але я думаю, що там централізовано, на рівні обласних рад створювати такі центри і надавати інформацію всім ветеранам, де вони консультуються, що є такі заклади, де вони можуть звертатися. А першочергово там мають бути і соціальні працівники, і психологи, щоб працювати з такими пацієнтами. Ну є консультанти, інші спеціалісти також. І психіатри, можливо інші фахівці. Можливо соматичного профілю лікарі, які би просто були в таких центрах як консультанти, щоб надавати певну допомогу амбулаторно».

6) Фінансова підтримка з боку держави: *«Допомога на рівні держави, тому що це має бути оплачувана робота. Мотивувати людей, тому що це дуже важка робота з узалежненими».*

7) Поширення досвіду експертів, які працюють із залежностями, зокрема надають послуги військовим та ветеранам:

«До цієї програми варто залучати людей, які вже мають великий досвід роботи з людьми, які вживають, вживали психоактивні речовини та алкоголь. Тобто психологів, психотерапевтів, соціальних працівників і лікарів, які вже мали досвід до війни»;

«Також слід залучати людей, які мають досвід роботи не тільки з людьми, які вживають, а також із військовослужбовцями, ветеранами, які вже мають певний досвід і можуть навчати медичний персонал, соціальних працівників в роботі з такими людьми. Тобто розповсюджувати свої знання і навчати ще когось».

Які програми запровадити для ветеранів

Відповідаючи на запитання **«На Вашу думку, які програми мають бути запроваджені для ветеранів(-ок) ЗСУ, які споживають ПАР, у т.ч. алкоголь, і/або стимуляторів?»**, респонденти назвали такі програми (щодо багатьох із них підкреслювалися безкоштовна форма надання та підтримка з боку держави):

- реабілітаційні програми (зокрема адаптовану 12-крокову програму реабілітації для наркозалежних), програми психомедикаментозної реабілітації:

«Мають бути державні програми реабілітації, в яких би ветерани та ветеранки могли би проходити реабілітаційну роботу і також я вважаю, що це має бути на безкоштовній основі»;

«Програми реабілітації мають бути однозначно для ветеранів, і вони мають бути безкоштовні або за якусь часткову вартість»;

- психологічна, психотерапевтична, мотиваційна допомога: *«Це психологічна допомога, щоб людина усвідомила свою проблему, залежність, і в подальшому розвиток реабілітації»;*
- *«розширений доступ до ЗПТ, там де обмежений доступ, і для ЗСУ»;*
- просвітницькі програми: *«психоедукаційні групи, щоб людям пояснювали і давали знання, що цього можна позбутися і потрібно»;*
- формування мережі підтримки, здорового підтримувального середовища: *«Створення кол підтримки у всіх містах, містечках регіонах. Щоб вони знали, куди звертатися не до кола, яке вони вже знають, а в нове коло, де можна отримати допомогу і де будуть такі ж бійці, такі ж ветерани»;*
- соціалізація та подолання залежності через реабілітацію у змішаних групах: *«Краще працюють групи реабілітації, якщо збираються і цивільні, і ветерани, і, можливо, вживаючи і алкоголь, і наркотики, тоді більш іде соціалізація, адаптація, і тоді люди розуміють, починають розуміти один одного. Цивільні з ветеранами, зловживачі алкоголю з зловживачами наркотиків. З точки зору соціалізації і інтеграції все ж таки змішані групи будуть кращими, ніж відокремлені, акцентовані на певних проблемах».*

Що зробити для захисту прав ветеранів на національному і регіональному рівнях

Респондентів запитали: **«Як Ви вважаєте, що необхідно зробити, щоб забезпечити права і інтереси ветеранів(-ок) ЗСУ, які є зокрема споживачами ПАР, у т.ч. алкоголь, і/або стимуляторів, на регіональному та національному рівнях?».**

Загальні підходи включають ті самі напрями, які респонденти наводили у відповідях на попередні запитання: реабілітація, психологічна допомога, розширення мережі реабілітаційних центрів, мультидисциплінарний підхід, просвітницькі програми тощо. Також респонденти звернули увагу на такі напрями діяльності:

1) Забезпечити широке інформування про **можливості отримання** психологічної допомоги, реабілітації, лікування залежності тощо:

«Напевно, щоби їм інформацію якось надавали, коли у разі їхнього зриву вони могли би звернутися... Вот ми звернулися в поліклініку (у мене такий був випадок), там нам сказали, що немає при поліклініці такого кабінету психологічної допомоги військовим чи там ветеранам. Щоб більше було такої інформації куди вони могли б звертатися за допомогою».

2) Подолати стигму та упередженість щодо залежних, зокрема клієнтів ЗПТ:

«Суспільство повинно простіше ставитися до зловживаючих психоактивними речовинами, тому що суспільство їх якось відсторонюється і не хоче. Дані пацієнти, навіть ті самі наркозалежні, які отримують замісну підтримуючу терапію цілком реально можуть спокійно працювати, але чомусь до них ставляться так, що можливо він щось вкраде, можливо він там перебував в місцях позбавлення волі»;

«Ставтеся до них добріше, не просто добріше, а з вдячністю, величезною вдячністю, тому що як людина військова, яка сьогодні вживає наркотики чи алкоголь, ви бачите в ньому тільки її проблему, але ви не бачите, що вона ще вчора захищала просто вас».

3) Подолати бюрократичні перешкоди, **сформувати чіткі алгоритми отримання послуг:**

«Треба, щоб наш уряд розробив якесь законодавство, де все це буде враховано і чіткий алгоритм надання допомоги їм. Починаючи стаціонаром і закінчуючи реабілітацією»;

«Спростити їх звернення до різних установ. А не це хожденіє по колу».

4) Створити умови для успішної **інтеграції в цивільне життя, формування відчуття потреби:**

«На всеукраїнському рівні я вважаю, що має бути глобально змінена політика в плані працевлаштування, в плані допомоги з отриманням освіти, в плані допомоги з забезпеченням житлом, забезпеченням ліками»;

«Якісь навчальні програми, переорієнтація, інші професії, залучення їх до цивільного життя, інтеграція це цивільне життя. Коли людина проходить реабілітацію, соціалізацію, інтеграцію і вона бажає це зробити, то вона досягає результату і виходить в ремісію невживання психоактивних речовин. Коли вона себе почуває доцільною, доречною в цьому суспільстві і не покинутою, вона не буде вживати»;

«Щоб вони себе чули, що вони потрібні, що не просто так вони віддали своє здоров'я. Що якось для них більше робити та...можливо якісь зустрічі, концерти. Щоб вони почули, що до них є повага, вони потрібні, їх так поважають, і вони не просто так своє здоров'я віддавали, а багато хто і життя»;

«Я вважаю, що в нашій державі пацієнти ветерани мають отримувати достойну пенсію і паралельно бути залучені, ініційовані, підтриманні в можливості відкриття власних бізнесів, отримання освіти безкоштовної, отримання лікування безкоштовного. Паралельно з пенсією це буде найкращий благодійний ефект для їхнього ментального здоров'я».

5) Розширювати психологічну допомогу військовим та ветеранам, зокрема з питань ПТСР:

«Більш щоб зараз психологів зорієнтовували на роботу з посттравматичними станами. Такі центри були глобальні. На національному рівні і далі на регіональних рівнях, щоб навчали такого психологів чи психотерапевтів навчали надавати допомогу таким людям».

6) Залучати лідерів громад до підтримки ветеранів та їхніх сімей:

«На регіональному [рівні], безумовно, це залучення громад... Це дуже хороший підхід. Хто основними був стейкхолдерами в селах, маленьких містечках? Священники, голови сілрад. Родини військових ветеранів найкраще залучати і об'єднувати їх зусилля».

Водночас респонденти звернули увагу на те, що захисту прав потребують не лише ветерани (військові), а й кожен член суспільства загалом:

«У мене таке бачення, що не тільки ветерани потребують якихось... Захисту своїх прав і інтересів. Коли це буде налагоджено в суспільстві, то, напевно, тоді і буде приділятися більше уваги і військовим»;

«Думаю, що їхні інтереси все одно є збережені».

ВИСНОВКИ

Аналіз даних проведеного дослідження серед ветеранів і ветеранок Збройних Сил України, які вживають ПАР й алкоголь, дав змогу зробити такі висновки.

Важливим моментом є те, що, попри заплановану вибірку дослідження, опитаних чоловіків значно більше, ніж жінок. Це свідчить про гендерну нерівномірність у цій категорії. Окрім того, сама наявність жінок серед військовослужбовців — це значний показник, який демонструє початок системних змін і відхід від традиційних гендерних ролей.

Окрім того, серед жінок спостерігається важливий зсув у бік молодшого віку, тоді як серед чоловіків — до старшого.

Більшість опитаних перебувають у стосунках, що пояснює необхідність реабілітації та лікування саме за місцем проживання.

Головною мотивацією долучитися до ЗСУ став повномасштабний наступ та війна в Україні. Однак, детальніше розглянувши проблеми, можна побачити, що побоювання за країну тісно межує з бажанням захистити близьких і рідних людей.

Більшість опитаних перебувають у зоні бойових дій — від умовного початку, 24 лютого 2022 року, і дотепер. Однак це не може тривати вічно, і військові повертатимуться з передової. Частка ветеранів з пораненнями, які потребуватимуть реабілітації та відповідного лікування, буде значною. Це розвіює міф про неминучу загибель кожного, хто долучається до лав ЗСУ. Водночас частка поранених, які проходять лікування, — дуже велика. З цією новою реальністю важливо рахуватися в подальшому при формуванні політик і розробці програм реабілітації для ветеранів і ветеранок війни в Україні.

Хоча серед проблем, які могли б вирішити їх, респонденти базового опитування зосереджуються здебільшого на особистих мотивах і переживаннях, прийняття суспільством та створення умов для подальшої реінтеграції є дуже важливим чинником.

Важливою також є інформаційна кампанія щодо наявних програм та проєктів, які зможуть забезпечити поступову психологічну та фізичну підтримку ветеранам на шляху до суспільства.

У рамках дослідження серед учасників бойових дій, які вживають психоактивні речовини, зокрема й алкоголь, було проведено глибинні інтерв'ю з 24 надавачами медичних послуг. Ці фахівці працюють із ветеранами, які вживають ПАР та/або алкоголь. Інтерв'ю відобразили досвід, спостереження, висновки та пропозиції респондентів (переважно лікарів наркологічного та психологічного профілів) щодо стану надання цільовій групі необхідних медичних, психологічних та реабілітаційних послуг, пов'язаних із вживанням ПАР.

Зі спостережень респондентів, моделі вживання ПАР в умовах воєнного часу досить різноманітні: одні ветерани починають вживати, інші припиняють; одні продовжують вживання ще з часів до повномасштабної війни, а інші утримуються від нього.

Більшість респондентів мали досвід надання послуг вживачам ПАР ще до повномасштабної війни. На їхню думку, запити пацієнтів щодо медичної допомоги для подолання залежності загалом не змінилися. Однак вони поглибилися й ускладнилися на тлі психологічних проблем (ПТСР, стресу, депресії, тривожності та ін.) та соматичних чинників (травм, контузій, загострення хронічних захворювань тощо). Це зумовлює необхідність розширення обсягів надання таких послуг, а також посилення їхньої психологічної складової.

Для отримання послуг пацієнтів направляють до закладів

- 1) військові частини;
- 2) інші лікарні та лікарі, волонтерські та громадські організації;
- 3) практикується самозвернення;
- 4) ініціатива родичів (оточення).

Джерелами інформації про послуги в закладі є соціальні мережі, родичі/знайомі та колишні пацієнти цього закладу.

Запити пацієнтів про послуги загалом відповідають їхнім справжнім потребам: подолання абстиненції, психологічних проблем, а також реабілітація для утримання від вживання. Респонденти також звернули увагу на потребу в замісній підтримувальній терапії (ЗПТ), яку необхідно надавати за місцем перебування військового, та в подоланні залежності від препаратів, що надаються в зоні бойових дій для знеболення (зокрема налбуфіну).

За словами респондентів, уся можлива медична допомога надається вживачам ПАР, зокрема й алкоголю, безкоштовно. У приватних закладах для ветеранів діють знижки. Тому вони задовольняють потреби пацієнтів у медичних послугах (по соціальні послуги пацієнти звертаються рідше, з огляду на профіль закладів). За загальним правилом, відмови в наданні послуг не буває. Втім, заклад або лікар може перенаправити пацієнта до іншого закладу, враховуючи його стан, потреби, профіль закладу тощо. Респонденти не бачили перешкод у наданні послуг їхніми закладами, проте визначили деякі норми (реалії) медичної системи, які створюють труднощі: обов'язкове оформлення направлення та неможливість анонімного лікування для діючих військових, обмежену тривалість перебування в стаціонарі, черги в медичних закладах, а також фінансові труднощі (придбання ліків власним коштом, висока вартість платних послуг).

Усі респонденти-учасники глибинних інтерв'ю підтвердили дотримання в їхніх закладах принципів конфіденційності або анонімності, належну захищеність медичної інформації. Порушення конфіденційності може відбуватися при оформленні направлення на лікування або при ознайомленні з медичними документами після його завершення.

Респонденти обох методів опитування всебічно аналізували можливості зменшення споживання ПАР і/або алкоголю, зокрема в аспекті відмови пацієнтів від споживання, посилення відповідальності за власне здоров'я і профілактичних заходів загалом. Як скептична, так і оптимістична оцінка респондентами перспектив зменшення споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, була пов'язана передусім із мотивацією, психологічним станом пацієнта, котрі, у свою чергу, залежать як від особистої позиції, так і від впливу зовнішніх чинників (таких як стрес, важка соціалізація, занадто тривале лікування, перебування в колі таких самих споживачів тощо). Тому серед можливих шляхів профілактики споживання ПАР і/або алкоголю респонденти вказали збільшення обсягів відповідних медичних послуг, посилення психологічної складової для зняття стресу та ПТСР, просвітництво щодо наслідків уживання ПАР, у т.ч. алкоголю, увагу з боку командирів до стану їхніх підлеглих тощо.

Більшість респондентів з числа надавачів послуг цільовій аудиторії дослідження вказала на відсутність проявів стигми щодо ветеранів – споживачів ПАР, у т.ч. алкоголю, – у

їхніх закладах (ба більше, до цієї категорії пацієнтів, навпаки, ставляться з більшим співчуттям, ніж до «цивільних»). Проте деякі респонденти повідомили про наявність стигматизаційного ставлення до цієї категорії пацієнтів. Для подолання стигми та підвищення обізнаності щодо проблем ветеранів – споживачів ПАР, у т.ч. алкоголю, на думку респондентів, потрібно проводити інформаційні та освітні заходи, забезпечити дотримання медперсоналом професійних та етичних норм, сприяти інтеграції ветеранів у цивільне життя.

Респонденти навели свої міркування щодо формування та реалізації політики в цій сфері на національному та регіональному рівнях. Зокрема, на їхню думку, політику щодо профілактики споживання ПАР формують різні суб'єкти: держава, Збройні Сили, МОЗ, органи місцевої влади, а також велику роль відіграють фахівці – надавачі послуг і кожна структура, до якої звертаються ветерани(-ки). Пропозиції респондентів у цьому напрямі включають розширення медичних та реабілітаційних послуг, соціальний супровід ветеранів та членів їхніх сімей, розвиток психологічної, психотерапевтичної, мотиваційної допомоги, подолання стигми та упередженості щодо залежних, зокрема клієнтів ЗПТ, інформаційні та просвітницькі заходи, створення умов для успішної інтеграції ветеранів у цивільне життя, залучення лідерів громад до підтримки ветеранів та їхніх сімей.

Зокрема, глибинні інтерв'ю показали складність і багатогранність проблеми споживання ПАР військовими та ветеранами. Наявні напрацювання (досвід надання необхідних медичних, реабілітаційних, психологічних послуг, дотримання конфіденційності та доступності лікування тощо) потребують подальшої підтримки з боку держави, подолання нормативних перешкод, збільшення обсягів таких послуг з огляду на масштаби проблеми та деструктивний вплив війни на психологічний та фізичний стан ветеранів(-ок) – споживачів ПАР – і населення загалом.

Отже, аналіз даних проведеного дослідження свідчить про актуальність визначеної проблематики в Україні та про потребу в розв'язанні питань на загальнонаціональному рівні. Це передбачає запровадження дієвих заходів з реабілітації, адаптації до мирного життя та подальшої соціальної підтримки учасників і учасниць бойових дій, зокрема з числа споживачів ПАР та членів їхніх сімей.

ДОДАТКИ

Розподіли відповідей за характеристиками респондентів – учасників базового опитування

Таблиця 1. Розподіл відповідей на запитання «Чи споживали Ви раніше до початку війни (до 24.02 2022 р.) в Україні психоактивні (наркотичні) речовини?»

Характеристики респондентів		Споживання респондентом психоактивних (наркотичних) речовин до війни		Загальний досвід споживання ПАР, у т.ч. алкоголю							
		Так	Ні	до 5-ти років (включно)	6-10 років	11-15 років	16-20 років	21-25 років	26-30 років	30 і більше років	Важко відповісти
Вік	18-24 роки	8,2	5,2	20,6	4,9	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	7,1
	25-34 роки	31,0	24,6	41,6	43,1	29,3	5,2	1,7	0,0	0,0	14,3
	35-44 роки	40,4	35,8	24,0	38,5	51,1	61,0	48,3	4,6	0,0	35,7
	45-50 роки	16,4	20,6	11,6	9,7	14,3	27,9	35,0	55,4	17,1	28,6
	Понад 50 років	4,0	13,7	2,1	3,8	5,3	5,2	15,0	40,0	82,9	14,3
Стать	Чоловіча	94,5	93,1	89,7	94,1	95,5	95,9	91,7	96,9	97,1	92,9
	Жіноча	5,5	6,9	10,3	5,9	4,5	4,1	8,3	3,1	2,9	7,1
До якої з нижченаведених категорій Ви себе відносите?	Перебуваю у зоні бойових дій на території України	45,2	37,2	38,6	49,0	39,8	36,0	36,7	35,4	28,6	21,4
	Поранений(-на) та проходжу тимчасове лікування та/або знаходжуся на реабілітації	39,0	46,4	49,4	37,8	45,1	40,1	38,3	49,2	51,4	57,1

Характеристики респондентів		Споживання респондентом психоактивних (наркотичних) речовин до війни		Загальний досвід споживання ПАР, у т.ч. алкоголю							
		Так	Ні	до 5-ти років (включно)	6-10 років	11-15 років	16-20 років	21-25 років	26-30 років	30 і більше років	Важко відповісти
	Демобілізувався(-лась) із лав ЗСУ після проходження служби у зоні бойових дій на території України	15,9	16,4	12,0	13,2	15,0	23,8	25,0	15,4	20,0	21,4
Скільки часу Ви перебували(-єте) у зоні бойових дій в Україні?	Менше 6 місяців	11,0	6,3	15,6	9,9	5,7	3,2	0,0	4,3	0,0	0,0
	Від 6 місяців до 1 року	30,8	31,5	28,9	31,9	32,1	37,1	31,8	26,1	0,0	66,7
	Від 1 року до 3 років	45,1	48,6	45,6	42,6	43,4	51,6	63,6	52,2	70,0	33,3
	Понад 3 роки	12,6	13,1	10,0	14,2	18,9	8,1	4,5	17,4	30,0	0,0
	Важко відповісти	0,5	0,5	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Скільки минуло часу після Вашого повернення з військової служби (із зони бойових дій в Україні)?	Менше 6 місяців	65,2	66,7	76,2	64,6	61,3	62,7	63,2	66,7	52,0	63,6
	Від 6 місяців до 1 року	24,4	24,5	15,4	21,8	32,5	29,1	34,2	23,8	40,0	9,1
	Від 1 року до 3 років	9,5	6,9	8,4	11,6	5,0	5,5	2,6	7,1	8,0	18,2
	Понад 3 роки	0,5	0,3	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1
	Важко відповісти	0,5	1,6	0,0	1,4	1,3	2,7	0,0	2,4	0,0	0,0
Сімейний статус	у відносинах	57,3	69,3	62,7	63,2	58,6	70,3	71,7	72,3	54,3	64,3
	самотні	35,5	29,3	33,9	29,2	38,3	28,5	28,3	26,2	45,7	35,7
	важко відповісти	7,2	1,3	3,4	7,6	3,0	1,2	0,0	1,5	0,0	0,0
Освіта	Середня або середня спеціальна	54,6	54,1	53,2	52,8	54,1	47,7	61,7	66,2	68,6	64,3

Характеристики респондентів		Споживання респондентом психоактивних (наркотичних) речовин до війни		Загальний досвід споживання ПАР, у т.ч. алкоголю							
		Так	Ні	до 5-ти років (включно)	6-10 років	11-15 років	16-20 років	21-25 років	26-30 років	30 і більше років	Важко відповісти
	Незакінчена вища	20,1	15,7	19,3	20,8	18,8	15,1	10,0	10,8	14,3	7,1
	Вища	24,6	29,6	27,0	26,0	26,3	36,6	26,7	23,1	17,1	21,4
	Маю науковий ступінь (кандидат/доктор наук)	0,2	0,5	0,0	0,3	0,8	0,6	1,7	0,0	0,0	0,0
	Важко відповісти	0,5	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1

Таблиця 2. Розподіл відповідей на запитання «Як зазвичай Ви споживали психоактивні (наркотичні) речовини до початку війни (до 24.02 2022 р.) в Україні?» (множинний варіант відповідей)

Характеристики респондентів		Способи споживання психоактивних (наркотичних) речовин до початку війни (до 24.02 2022 р.) в Україні (усі слушні варіанти відповіді)				
		Перорально / ковтав(-ла)	Нозально / нюхав(-ла)	Парентерально / коловся(-лась)	Кутив(-ла)	Важко відповісти
Вік	18-24 роки	7,2	13,7	11,1	9,3	0,0
	25-34 роки	25,9	33,1	23,6	29,9	38,5
	35-44 роки	40,3	39,4	36,1	40,2	53,8
	45-50 роки	23,0	12,0	25,0	15,9	7,7
	Понад 50 років	3,6	1,7	4,2	4,7	0,0
Стать	Чоловіча	97,1	92,6	97,2	94,0	92,3
	Жіноча	2,9	7,4	2,8	6,0	7,7

До якої з нижченаведених категорій Ви себе відносите?	Перебуваю у зоні бойових дій на території України	41,7	52,6	37,5	44,5	30,8
	Поранений/-на та проходжу тимчасове лікування та/або знаходжуся на реабілітації	38,1	34,9	38,9	39,9	38,5
	Демобілізувався/-лась із лав ЗСУ після проходження служби у зоні бойових дій на території України	20,1	12,6	23,6	15,6	30,8
Скільки часу Ви перебували(-єте) у зоні бойових дій в Україні?	Менше 6 місяців	15,5	9,8	14,8	11,2	0,0
	Від 6 місяців до 1 року	22,4	35,9	22,2	30,6	0,0
	Від 1 року до 3 років	43,1	45,7	51,9	44,0	50,0
	Понад 3 роки	17,2	8,7	11,1	13,4	50,0
	Важко відповісти	1,7	0,0	0,0	0,7	0,0
Скільки минуло часу після Вашого повернення з військової служби (із зони бойових дій в Україні)?	Менше 6 місяців	59,3	61,4	60,0	62,3	55,6
	Від 6 місяців до 1 року	28,4	21,7	31,1	26,9	33,3
	Від 1 року до 3 років	12,3	14,5	6,7	10,2	11,1
	Понад 3 роки	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0
	Важко відповісти	0,0	1,2	2,2	0,6	0,0
Сімейний статус	у відносинах	57,6	56,0	54,2	56,1	69,2
	самотні	40,3	36,6	37,5	37,2	30,8
	важко відповісти	2,2	7,4	8,3	6,6	0,0
Освіта	Середня або середня спеціальна	56,8	57,1	61,1	55,1	38,5
	Незакінчена вища	19,4	17,7	19,4	19,6	23,1

	Вища	22,3	24,6	19,4	24,3	38,5
	Маю науковий ступінь (кандидат/доктор наук)	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
	Важко відповісти	1,4	0,6	0,0	0,7	0,0

Таблиця 3. Розподіл відповідей на запитання щодо наявних проблем, які турбують респондентів на сьогоднішній день, нагальних потреб і оцінки власного психологічного стану, серед тих, хто відповідав про споживання алкогольних напоїв різної міцності у період з 24.02.2022 р. по теперішній час

Відповіді респондентів		Вживання респондентом алкогольних напоїв різної міцності в період з 24.02.2022 р. по теперішній час		
		Так	Ні	Важко відповісти
Які саме із проблемних питань турбують Вас найбільше на сьогоднішній день?	Втрата моїх побратимів/посестер	74,9	61,1	80,0
	Залежність від шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, стимулюючих/психотропних препаратів)	26,0	36,1	20,0
	Психічний стан мого здоров'я	61,3	66,7	80,0
	Фізичний стан мого здоров'я	50,3	38,9	40,0
	Відсутність зв'язку з моїми рідними/близькими мені людьми	18,3	13,9	0,0
	Відсутність друзів, проблеми у спілкуванні з оточуючими	10,6	11,1	0,0
	Відсутність житла або погані житлові умови	6,9	2,8	0,0
	Відсутність можливості самореалізації, саморозвитку	12,6	8,3	0,0
	Неможливість знайти роботу, працевлаштуватися	9,7	11,1	0,0
	Несприйняття учасників бойових дій та ветеранів/-ок війни суспільством	24,9	22,2	40,0
	Нестача або відсутність інформації про права й пільги ветеранів/-ок	11,0	8,3	20,0
	Отримання медичної допомоги, оздоровлення, реабілітації	22,3	25,0	20,0
	Проблеми у стосунках з батьками, дітьми, дружиною/чоловіком	20,8	27,8	40,0
	Фінансові труднощі	19,6	25,0	40,0
	Ніяких проблем не маю	4,3	5,6	0,0

Відповіді респондентів		Вживання респондентом алкогольних напоїв різної міцності в період з 24.02.2022 р. по теперішній час		
		Так	Ні	Важко відповісти
	Важко відповісти	1,6	2,8	0,0
	Відчуття злості та несправедливості (щодо командування чи цивільного населення) (командир у тилу, не відпускають додому, дії ТЦК і влади, не бережуть людей)	1,5	2,8	0,0
Які найбільш актуальні потреби у Вас виникають на сьогоднішній день?	Житлова проблема (пошук чи покращення житлових умов)	14,6	8,3	20,0
	Покращання харчування (їжа, вода, ліки)	7,5	2,8	0,0
	Інформаційна допомога щодо прав і пільг ветеранів(-ок)	19,0	5,6	60,0
	Медична допомога (лікування, обстеження)	31,7	27,8	40,0
	Оздоровлення та фізична реабілітація	46,3	25,0	60,0
	Налагодження сімейних стосунків	24,5	13,9	20,0
	Потреба необхідного одягу, взуття	3,2	0,0	20,0
	Отримання та/або підвищення освіти, перекваліфікація, перепідготовка	7,6	11,1	0,0
	Психологічна допомога, консультація психолога	41,0	27,8	20,0
	Проблема з працевлаштуванням, пошуком роботи	8,9	8,3	0,0
	Супровід оформлення документів, пільг, субсидій, допомоги по безробіттю	10,5	0,0	20,0
	Отримання фінансової допомоги, субсидії на житлово-комунальні послуги тощо	14,6	8,3	0,0
	Потреба у юридичній консультації, послуги нотаріусу, адвоката	25,1	25,0	20,0
	Проходження лікування від алкогольної чи наркотичної залежності	15,4	16,7	0,0
	Оформлення інвалідності	7,3	2,8	0,0
	Ніяких потреб немає	6,2	16,7	0,0
	Важко відповісти	4,1	13,9	0,0
	Потреба у відпочинку та демобілізації/ротації	1,3	2,8	0,0
Оцінка власного психологічного	Дуже добре	0,5	0,0	0,0
	Добре	11,1	27,8	0,0

Відповіді респондентів		Вживання респондентом алкогольних напоїв різної міцності в період з 24.02.2022 р. по теперішній час		
		Так	Ні	Важко відповісти
стану, наскільки комфортно і врівноважено себе почуває респондент (один варіант відповіді)	Посередньо, не добре, але й не погано	49,6	36,1	80,0
	Погано	25,7	16,7	0,0
	Дуже погано	11,9	16,7	0,0
	Важко відповісти	1,3	2,8	20,0

Таблиця 4. Розподіл відповідей на запитання щодо факторів, які можуть сприяти припиненню споживання ПАР, у т.ч. алкоголю респондентів дослідження, а також запровадження можливих програм реабілітації, серед тих, хто відповідав про споживання алкогольних напоїв різної міцності у період з 24.02.2022 р. по теперішній час

Відповіді респондентів		Вживання респондентом алкогольних напоїв різної міцності в період з 24.02.2022 р. по теперішній час		
		Так	Ні	Важко відповісти
Які фактори можуть сприяти Вашому припиненню споживання ПАР, у т.ч. алкоголю?	Закінчення війни перемогою України	54,2	36,1	60,0
	Демобілізація	42,6	33,3	20,0
	Одужання після поранення	9,6	5,6	20,0
	Об'єднання з рідними/близькими мені людьми	26,4	25,0	20,0
	Адаптування до цивільного життя	34,0	13,9	0,0
	Оформлення пільги учасника бойових дій на території України внаслідок агресії російської федерації	9,4	0,0	0,0
	Працевлаштування/зайнятість (повернення на попереднє або влаштування на нове місце роботи, створення бізнесу тощо)	16,8	11,1	20,0
	Покращення житлових умов (отримання чи ремонт житла)	7,4	0,0	0,0
	Проходження курсу (програми) лікування від алкогольної та/чи наркотичної залежності	18,2	38,9	0,0
	Припинення споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, стимуляторів поки не планую	23,1	22,2	20,0

Відповіді респондентів		Вживання респондентом алкогольних напоїв різної міцності в період з 24.02.2022 р. по теперішній час		
		Так	Ні	Важко відповісти
	Важко відповісти	9,1	13,9	0,0
	Вже припинили споживання	0,6	0,0	0,0
	Створення сім'ї	0,3	2,8	0,0
Які, на Ваш погляд, мають бути запроваджені програми для ветеранів(-ок), які споживають ПАР, у т.ч. алкоголь?	Програми реабілітації для ветеранів(-ок) (групи АА мене врятували, живе спілкування в групах «рівний-рівному»)	67,8	63,9	80,0
	Програми реабілітації для наркозалежних (лікування, групи самопомоги, психологічна підтримка тощо)	52,7	61,1	60,0
	Соціальний супровід (менторська допомога) для ветеранів(-ок)	39,5	27,8	40,0
	Психологічна допомога для ветеранів(-ок) та членів їхніх сімей	59,6	58,3	60,0
	Впровадження заходів з протидії стигматизації та підвищення свідомості населення про проблеми ветеранів війни	33,5	38,9	60,0
	Важко відповісти	7,8	8,3	20,0
	Програми юридичного супроводу	0,7	0,0	0,0

Таблиця 5. Розподіл відповідей на запитання щодо наявних проблем, які турбують респондентів на сьогоднішній день, нагальних потреб і оцінки власного психологічного стану, серед тих, хто визначив фактори, які вплинули на їхнє рішення щодо споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, під час війни в Україні в період з 24.02.2022 р. по теперішній час

Відповіді респондентів		Фактори, що вплинули на рішення респондента щодо споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, під час війни в Україні в період з 24.02.22 р. по теперішній час											
		Приймав(-ла) ПАР, у т.ч. алкоголю, ще до початку війни в Україні	Постійно знаходжуся у стані стресу	Маю великі фізичні та психологічні навантаження	Маю хронічну біль від поранення, ПАР, у т.ч. алкоголю, полегшують мій фізичний стан	Довгий час не маю зв'язку з рідними/близькими мені людьми	Втратив(-ла) під час війни рідних/близьких мені людей	"У військовому підрозділі, де я знаходжуся, ПАР, у т.ч. алкоголю, вживає більшість побратимів/посестер"	Маю доступ до отримання безкоштовних ПАР, у т.ч. алкоголю	Звичка	Щоб пережити власні почуття (сум) та не втратити здоровий глузд	ПАР, у т.ч. алкоголю як "снодійне"	Важко відповісти
Які саме із проблемних питань турбують Вас найбільше на сьогоднішній день?	Втрата моїх побратимів/посестер	78,5	76,0	76,5	86,6	70,1	87,8	77,2	76,1	100,0	37,5	100,0	100,0
	Залежність від шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, стимулюючих/психотропних препаратів)	25,5	30,1	29,6	39,4	38,4	24,3	31,7	44,8	0,0	37,5	33,3	42,9
	Психічний стан мого здоров'я	60,2	75,8	73,5	69,0	67,1	64,1	74,9	83,6	0,0	25,0	66,7	42,9
	Фізичний стан мого здоров'я	52,7	55,6	58,0	69,7	48,2	50,5	54,1	65,7	0,0	50,0	33,3	71,4
	Відсутність зв'язку з моїми рідними/близькими мені людьми	15,7	21,6	21,6	15,5	56,7	18,2	23,4	23,9	0,0	25,0	0,0	14,3
	Відсутність друзів, проблеми у спілкуванні з оточуючими	11,0	11,1	12,1	9,9	13,4	16,7	10,6	10,4	0,0	0,0	0,0	28,6
	Відсутність житла або погані житлові умови	6,5	6,8	6,6	7,0	12,8	6,4	4,3	3,0	0,0	12,5	0,0	28,6
	Відсутність можливості самореалізації, саморозвитку	13,4	14,4	14,8	15,5	17,1	19,8	10,6	11,9	0,0	12,5	0,0	28,6
	Неможливість знайти роботу, працевлаштуватися	10,8	10,7	9,5	21,1	9,8	13,7	6,3	7,5	0,0	0,0	0,0	42,9

Відповіді респондентів		Фактори, що вплинули на рішення респондента щодо споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, під час війни в Україні в період з 24.02.22 р. по теперішній час											
		Приймав(-ла) ПАР, у т.ч. алкоголь, ще до початку війни в Україні	Постійно знаходжуся у стані стресу	Маю великі фізичні та психологічні навантаження	Маю хронічну біль від поранення, ПАР, у т.ч. алкоголь, полегшують мій фізичний стан	Довгий час не маю зв'язку з рідними/близькими мені людьми	Втратив(-ла) під час війни рідних/близьких мені людей	"У військовому підрозділі, де я знаходжуся, ПАР, у т.ч. алкоголь, вживає більшість побратимів/посестер"	Маю доступ до отримання безкоштовних ПАР, у т.ч. алкоголю	Звичка	Щоб пережити власні почуття (сум) та не втратити здоровий глузд	ПАР, у т.ч. алкоголь як "снодійне"	Важко відповісти
	Несприйняття учасників бойових дій та ветеранів(-ок) війни суспільством	26,2	29,9	30,0	43,7	22,6	42,9	29,4	28,4	0,0	25,0	0,0	42,9
	Нестача або відсутність інформації про права і пільги ветеранів(-ок)	11,2	12,0	11,3	14,1	4,9	10,9	10,6	10,4	0,0	25,0	0,0	42,9
	Отримання медичної допомоги, оздоровлення, реабілітації	22,9	31,1	29,2	43,0	25,6	31,3	26,7	34,3	0,0	12,5	0,0	14,3
	Проблеми у стосунках з батьками, дітьми, дружиною/чоловіком	20,1	28,1	25,7	19,7	31,7	34,7	29,0	34,3	0,0	25,0	0,0	42,9
	Фінансові труднощі	20,1	18,7	19,8	30,3	20,7	21,9	10,2	22,4	0,0	37,5	33,3	71,4
	Ніяких проблем не маю	3,6	3,5	4,1	4,2	5,5	4,6	4,6	1,5	100,0	12,5	0,0	0,0
	Важко відповісти	1,6	1,3	1,2	0,0	1,2	1,8	1,3	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Відчуття злості та несправедливості (щодо командування чи цивільного населення) (командир у тилу, Не відпускають додому, дії ТЦК і влади, не бережуть людей)	0,5	1,5	1,6	1,4	2,4	2,1	1,3	1,5	0,0	12,5	0,0	0,0
Які найбільш актуальні	Житлова проблема (пошук чи покращення житлових умов)	14,2	14,4	14,6	17,6	16,5	13,7	9,2	17,9	0,0	37,5	0,0	42,9

Відповіді респондентів		Фактори, що вплинули на рішення респондента щодо споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, під час війни в Україні в період з 24.02.22 р. по теперішній час											
		Приймав(-ла) ПАР, у т.ч. алкоголь, ще до початку війни в Україні	Постійно знаходжуся у стані стресу	Маю великі фізичні та психологічні навантаження	Маю хронічну біль від поранення, ПАР, у т.ч. алкоголь, полегшують мій фізичний стан	Довгий час не маю зв'язку з рідними/близькими мені людьми	Втратив(-ла) під час війни рідних/близьких мені людей	"У військовому підрозділі, де я знаходжусь, ПАР, у т.ч. алкоголь, вживає більшість побратимів/посестер"	Маю доступ до отримання безкоштовних ПАР, у т.ч. алкоголю	Звичка	Щоб пережити власні почуття (сум) та не втратити здоровий глузд	ПАР, у т.ч. алкоголь як "снодійне"	Важко відповісти
потреби у Вас виникають на сьогоднішній день?	Покращання харчування (їжа, вода, ліки)	7,7	7,0	7,8	14,8	7,9	6,4	4,3	14,9	0,0	0,0	0,0	14,3
	Інформаційна допомога щодо прав і пільг ветеранів(-ок)	19,3	22,9	18,1	25,4	15,9	22,2	15,2	26,9	0,0	25,0	0,0	28,6
	Медична допомога (лікування, обстеження)	33,8	37,1	35,9	52,8	28,7	38,0	27,4	44,8	0,0	25,0	33,3	42,9
	Оздоровлення та фізична реабілітація	45,1	51,3	52,8	70,4	52,4	52,9	43,9	56,7	0,0	12,5	33,3	42,9
	Налагодження сімейних стосунків	24,1	28,6	26,0	25,4	43,3	32,5	30,0	22,4	0,0	0,0	0,0	28,6
	Потреба необхідного одягу, взуття	3,2	3,1	2,9	5,6	3,0	2,7	1,7	3,0	0,0	0,0	0,0	28,6
	Отримання та/або підвищення освіти, перекваліфікація, перепідготовка	8,4	8,7	7,2	2,8	8,5	10,6	9,2	14,9	0,0	12,5	0,0	28,6
	Психологічна допомога, консультація психолога	40,3	46,5	48,9	38,0	42,7	45,0	45,5	41,8	0,0	12,5	33,3	57,1
	Проблема з працевлаштуванням, пошуком роботи	9,7	9,8	9,3	14,1	7,9	12,5	6,9	6,0	0,0	37,5	33,3	28,6
	Супровід оформлення документів, пільг, субсидій, допомоги по безробіттю	10,4	12,2	10,7	24,6	9,1	11,9	9,2	19,4	0,0	12,5	0,0	28,6

Відповіді респондентів		Фактори, що вплинули на рішення респондента щодо споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, під час війни в Україні в період з 24.02.22 р. по теперішній час											
		Приймав(-ла) ПАР, у т.ч. алкоголь, ще до початку війни в Україні	Постійно знаходжуся у стані стресу	Маю великі фізичні та психологічні навантаження	Маю хронічну біль від поранення, ПАР, у т.ч. алкоголь, полегшують мій фізичний стан	Довгий час не маю зв'язку з рідними/близькими мені людьми	Втратив(-ла) під час війни рідних/близьких мені людей	"У військовому підрозділі, де я знаходжусь, ПАР, у т.ч. алкоголь, вживає більшість побратимів/посестер"	Маю доступ до отримання безкоштовних ПАР, у т.ч. алкоголю	Звичка	Щоб пережити власні почуття (сум) та не втратити здоровий глузд	ПАР, у т.ч. алкоголь як "снодійне"	Важко відповісти
	Отримання фінансової допомоги, субсидії на житлово-комунальні послуги тощо	14,8	14,6	13,0	19,7	15,9	17,6	11,2	31,3	0,0	0,0	33,3	42,9
	Потреба у юридичній консультації, послуги нотаріусу, адвоката	26,6	31,2	29,3	37,3	28,0	37,4	27,7	32,8	0,0	25,0	33,3	42,9
	Проходження лікування від алкогольної чи наркотичної залежності	12,6	19,4	19,8	16,9	27,4	14,0	21,1	29,9	0,0	12,5	33,3	14,3
	Оформлення інвалідності	7,3	5,4	4,5	17,6	5,5	8,2	4,3	9,0	0,0	12,5	33,3	28,6
	Ніяких потреб немає	6,5	5,9	5,0	4,2	5,5	6,1	6,6	4,5	100,0	12,5	0,0	14,3
	Важко відповісти	4,4	3,9	4,3	3,5	2,4	4,0	3,0	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Потреба у відпочинку та демобілізації/ротації	1,3	0,9	0,4	0,0	0,6	0,6	0,7	1,5	0,0	25,0	0,0	0,0
Оцінка власного психологічного стану, наскільки комфортно і врівноважено себе почуває респондент (один варіант відповіді)	Дуже добре	0,4	0,6	0,4	0,0	0,6	0,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Добре	11,8	8,3	9,7	9,9	13,4	12,8	8,3	10,4	100,0	50,0	66,7	14,3
	Посередньо, не добре, але й не погано	53,7	46,7	47,0	38,0	36,6	48,6	49,8	35,8	0,0	25,0	0,0	57,1
	Погано	22,9	28,0	28,2	30,3	25,6	28,3	26,7	19,4	0,0	12,5	33,3	28,6
	Дуже погано	10,2	15,3	13,6	19,7	22,6	8,5	13,9	34,3	0,0	12,5	0,0	0,0
	Важко відповісти	0,9	1,1	1,2	2,1	1,2	1,2	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Таблиця 6. Розподіл відповідей на запитання щодо факторів, які можуть сприяти припиненню споживання ПАР, у т.ч. алкоголю респондентів дослідження, а також запровадження можливих програм реабілітації, серед тих, хто визначив фактори, які вплинули на їхнє рішення щодо споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, під час війни в Україні в період з 24.02.2022 р. по теперішній час

Відповіді респондентів		Фактори, що вплинули на рішення респондента щодо споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, під час війни в Україні в період з 24.02.22 р. по теперішній час											
		Приймав(-ла) ПАР, у т.ч. алкоголь, ще до початку війни в Україні	Постійно знаходжуся у стані стресу	Маю великі фізичні та психологічні навантаження	Маю хронічну біль від поранення, ПАР, у т.ч. алкоголь, полегшують мій фізичний стан	Довгий час не маю зв'язку з рідними/близькими мені людьми	Втратив(-ла) під час війни рідних/близьких мені людей	"У військового підрозділі, де я знаходжуся, ПАР, у т.ч. алкоголь, вживає більшість побратимів/посестер"	Маю доступ до отримання безкоштовних ПАР, у т.ч. алкоголю	Звичка	Щоб пережити власні почуття (сум) та не втратити здоровий глузд	ПАР, у т.ч. алкоголь як "снодійне"	Важко відповісти
Які фактори можуть сприяти Вашому припиненню споживання ПАР, у т.ч. алкоголю?	Закінчення війни перемогою України	60,5	50,2	53,6	52,1	45,7	51,4	49,8	62,7	100,0	0,0	0,0	71,4
	Демобілізація	41,4	47,2	47,6	30,3	47,6	39,5	60,4	52,2	0,0	12,5	33,3	42,9
	Одужання після поранення	9,7	12,0	13,2	35,2	6,7	10,3	14,2	19,4	0,0	0,0	0,0	0,0
	Об'єднання з рідними/близькими мені людьми	27,4	31,7	35,7	19,0	54,9	31,6	41,9	35,8	0,0	0,0	0,0	28,6
	Адаптування до цивільного життя	33,2	38,7	42,7	45,1	34,1	44,1	44,9	38,8	0,0	0,0	0,0	28,6
	Оформлення пільги учасника бойових дій на території України внаслідок агресії російської федерації	9,7	10,9	10,5	17,6	12,2	10,3	8,6	13,4	0,0	0,0	0,0	0,0
	Працевлаштування/зайнятість (повернення на попереднє або влаштування на нове місце роботи, створення бізнесу тощо)	18,6	19,0	20,8	15,5	18,3	23,7	21,1	17,9	0,0	12,5	33,3	14,3
	Покращення житлових умов (отримання чи ремонт житла)	8,1	6,8	9,3	10,6	8,5	7,9	7,3	10,4	0,0	0,0	0,0	0,0
	Проходження курсу (програми) лікування від алкогольної та/чи наркотичної залежності	16,6	25,3	25,6	25,4	34,1	17,3	25,7	35,8	0,0	0,0	33,3	14,3

Відповіді респондентів		Фактори, що вплинули на рішення респондента щодо споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, під час війни в Україні в період з 24.02.22 р. по теперішній час											
		Приймав(-ла) ПАР, у т.ч. алкоголю, ще до початку війни в Україні	Постійно знаходжуся у стані стресу	Маю великі фізичні та психологічні навантаження	Маю хронічну біль від поранення, ПАР, у т.ч. алкоголю, полегшують мій фізичний стан	Довгий час не маю зв'язку з рідними/близькими мені людьми	Втратив(-ла) під час війни рідних/близьких мені людей	"У військовому підрозділі, де я знаходжусь, ПАР, у т.ч. алкоголю, вживає більшість побратимів/посестер"	Маю доступ до отримання безкоштовних ПАР, у т.ч. алкоголю	Звичка	Щоб пережити власні почуття (сум) та не втратити здоровий глузд	ПАР, у т.ч. алкоголю як "снодійне"	Важко відповісти
	Припинення споживання ПАР/стимуляторів поки не планую	23,8	26,8	25,6	31,0	28,0	30,4	27,7	38,8	0,0	25,0	33,3	14,3
	Важко відповісти (не зачитувати)	7,6	9,0	7,4	12,0	7,9	6,7	5,6	9,0	100,0	12,5	0,0	14,3
	Вже припинили споживання	0,1	0,6	0,0	0,0	1,2	0,6	0,3	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0
	Створення сім'ї	0,3	0,2	0,2	0,0	1,2	0,6	0,3	0,0	0,0	12,5	33,3	0,0
Які, на Ваш погляд, мають бути запроваджені програми для ветеранів(-ок), які споживають ПАР, у т.ч. алкоголь?	Програми реабілітації для ветеранів(-ок) (групи АА мене врятували, живе спілкування в групах "рівний-рівному")	70,6	64,4	70,5	78,2	64,0	69,3	62,7	76,1	100,0	37,5	100,0	42,9
	Програми реабілітації для наркозалежних (лікування, групи самодопомоги, психологічна підтримка тощо)	53,1	59,4	61,6	70,4	67,1	61,1	58,7	61,2	0,0	75,0	66,7	42,9
	Соціальний супровід (менторська допомога) для ветеранів(-ок)	40,8	45,6	46,0	59,2	41,5	44,7	42,6	50,7	0,0	25,0	0,0	42,9
	Психологічна допомога для ветеранів(-ок) та членів їхніх сімей	60,1	66,2	66,4	71,8	66,5	70,8	69,0	77,6	0,0	62,5	33,3	42,9
	Впровадження заходів з протидії стигматизації та підвищення свідомості населення про проблеми ветеранів війни	33,0	37,3	37,3	48,6	47,0	41,9	30,4	41,8	0,0	37,5	66,7	28,6
	Важко відповісти	8,5	7,4	6,2	4,9	2,4	5,2	6,9	7,5	0,0	12,5	0,0	14,3

Відповіді респондентів		Фактори, що вплинули на рішення респондента щодо споживання ПАР, у т.ч. алкоголю, під час війни в Україні в період з 24.02.22 р. по теперішній час											
		Приймав(-ла) ПАР, у т.ч. алкоголь, ще до початку війни в Україні	Постійно знаходжусь у стані стресу	Маю великі фізичні та психологічні навантаження	Маю хронічну біль від поранення, ПАР, у т.ч. алкоголь, полегшують мій фізичний стан	Довгий час не маю зв'язку з рідними/близькими мені людьми	Втратив(-ла) під час війни рідних/близьких мені людей	"У військовому підрозділі, де я знаходжусь, ПАР, у т.ч. алкоголь, вживає більшість побратимів/посестер"	Маю доступ до отримання безкоштовних ПАР, у т.ч. алкоголю	Звичка	Щоб пережити власні почуття (сум) та не втратити здоровий глузд	ПАР, у т.ч. алкоголь як "снодійне"	Важко відповісти
	Програми юридичного супроводу	0,4	0,7	0,8	1,4	0,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Таблиця 7. Розподіл відповідей на запитання щодо наявних проблем, які турбують респондентів на сьогоднішній день, нагальних потреб і оцінки власного психологічного стану, розподіл за досвідом (термінами) споживання ПАР, у т.ч. алкоголю

Відповіді респондентів		Загальний досвід споживання ПАР, у т.ч. алкоголю							
		до 5-ти років (включно)	6-10 років	11-15 років	16-20 років	21-25 років	26-30 років	30 і більше років	Важко відповісти
Які саме із зазначених нижче питань турбують Вас найбільше на сьогоднішній день?	Втрата моїх побратимів/посестер	60,8	66,3	85,7	86,6	85,0	86,2	85,7	85,7
	Залежність від шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, стимулюючих/психотропних препаратів)	36,6	30,6	21,1	19,2	21,7	16,9	11,4	7,1
	Психічний стан мого здоров'я	67,7	57,6	65,4	61,6	55,0	56,9	57,1	64,3
	Фізичний стан мого здоров'я	37,5	44,1	53,4	59,9	58,3	69,2	68,6	42,9
	Відсутність зв'язку з моїми рідними/близькими мені людьми	28,0	16,7	16,5	13,4	10,0	9,2	20,0	21,4
	Відсутність друзів, проблеми у спілкуванні з оточуючими	10,8	10,8	10,5	8,7	13,3	7,7	22,9	0,0

Відповіді респондентів		Загальний досвід споживання ПАР, у т.ч. алкоголю							
		до 5-ти років (включно)	6-10 років	11-15 років	16-20 років	21-25 років	26-30 років	30 і більше років	Важко відповісти
	Відсутність житла або погані житлові умови	8,6	4,9	6,0	7,0	8,3	7,7	5,7	7,1
	Відсутність можливості самореалізації, саморозвитку	14,2	9,4	9,8	14,5	18,3	10,8	20,0	7,1
	Неможливість знайти роботу, працевлаштуватися	8,2	8,7	8,3	16,3	10,0	4,6	14,3	0,0
	Несприйняття учасників бойових дій та ветеранів/-ок війни суспільством	18,1	17,0	25,6	34,3	36,7	35,4	48,6	21,4
	Нестача або відсутність інформації про права і пільги ветеранів(-ок)	9,5	10,1	11,3	14,0	10,0	15,4	5,7	7,1
	Отримання медичної допомоги, оздоровлення, реабілітації	20,7	19,8	24,1	23,8	30,0	16,9	45,7	7,1
	Проблеми у стосунках з батьками, дітьми, дружиною/чоловіком	27,6	20,1	18,8	16,9	26,7	12,3	25,7	14,3

	Фінансові труднощі	22,4	22,2	22,6	15,7	15,0	21,5	8,6	0,0
	Ніяких проблем не маю	3,0	7,3	3,8	4,1	3,3	0,0	2,9	0,0
	Важко відповісти	1,3	3,1	0,8	1,2	0,0	0,0	0,0	7,1
	Відчуття злості та несправедливості (щодо командування чи цивільного населення) (командир у тилу, не відпускають додому, дії ТЦК і влади, не бережуть людей)	0,9	1,7	1,5	1,7	3,3	0,0	2,9	0,0
Які найбільш актуальні потреби у Вас виникають на	Житлова проблема (пошук чи покращення житлових умов)	16,7	17,7	12,8	11,6	11,7	9,2	8,6	7,1
	Покращання харчування (їжа, вода, ліки)	6,9	8,3	5,3	7,6	11,7	3,1	8,6	7,1

сьогоднішній день?	Інформаційна допомога щодо прав і пільг ветеранів(-ок)	12,9	19,1	20,3	23,3	26,7	18,5	17,1	7,1
	Медична допомога (лікування, обстеження)	21,5	29,5	32,3	34,9	36,7	40,0	71,4	35,7
	Оздоровлення та фізична реабілітація	42,9	44,1	48,1	47,1	46,7	43,1	60,0	50,0
	Налагодження сімейних стосунків	27,5	22,6	19,5	29,1	28,3	13,8	28,6	0,0
	Потреба необхідного одягу, взуття	3,0	2,4	1,5	6,4	3,3	1,5	2,9	7,1
	Отримання та/або підвищення освіти, перекваліфікація, перепідготовка	6,9	10,1	4,5	9,3	6,7	4,6	2,9	14,3
	Психологічна допомога, консультація психолога	40,3	37,2	47,4	40,7	48,3	33,8	37,1	42,9
	Проблема з працевлаштуванням, пошуком роботи	8,6	8,3	9,0	12,8	6,7	3,1	11,4	0,0
	Супровід оформлення документів, пільг, субсидій, допомоги по безробіттю	8,6	8,3	11,3	15,1	6,7	10,8	5,7	28,6
	Отримання фінансової допомоги, субсидії на житлово-комунальні послуги тощо	11,2	14,2	23,3	15,7	15,0	7,7	8,6	7,1
	Потреба у юридичній консультації, послуги нотаріусу, адвоката	16,7	22,6	24,1	29,7	48,3	27,7	45,7	7,1
	Проходження лікування від алкогольної чи наркотичної залежності	29,6	14,2	15,0	8,1	6,7	7,7	2,9	0,0
	Оформлення інвалідності	5,2	6,3	8,3	4,7	13,3	10,8	14,3	14,3
	Ніяких потреб немає	6,0	8,3	9,0	7,0	1,7	3,1	0,0	0,0
	Важко відповісти	6,0	3,8	2,3	4,7	1,7	4,6	2,9	21,4
	Потреба у відпочинку та демобілізації/ротації	0,4	1,4	0,0	1,2	1,7	6,2	2,9	0,0

Оцінка власного психологічного стану, наскільки комфортно і врівноважено себе почуває респондент (один варіант відповіді)	Дуже добре	0,4	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Добре	12,4	12,5	5,3	16,9	8,3	7,7	11,4	7,1
	Посередньо, не добре, але й не погано	33,0	51,0	56,4	52,3	63,3	63,1	54,3	42,9
	Погано	33,0	22,9	28,6	15,7	26,7	18,5	28,6	42,9
	Дуже погано	18,9	10,4	9,0	14,5	1,7	9,2	2,9	7,1
	Важко відповісти	2,1	1,7	0,8	0,6	0,0	1,5	2,9	0,0

Таблиця 8. Розподіл відповідей на запитання щодо факторів, які можуть сприяти припиненню споживання ПАР, у т.ч. алкоголю респондентів дослідження, а також запровадження можливих програм реабілітації, розподіл за загальним досвідом споживання ПАР, у т.ч. алкоголю

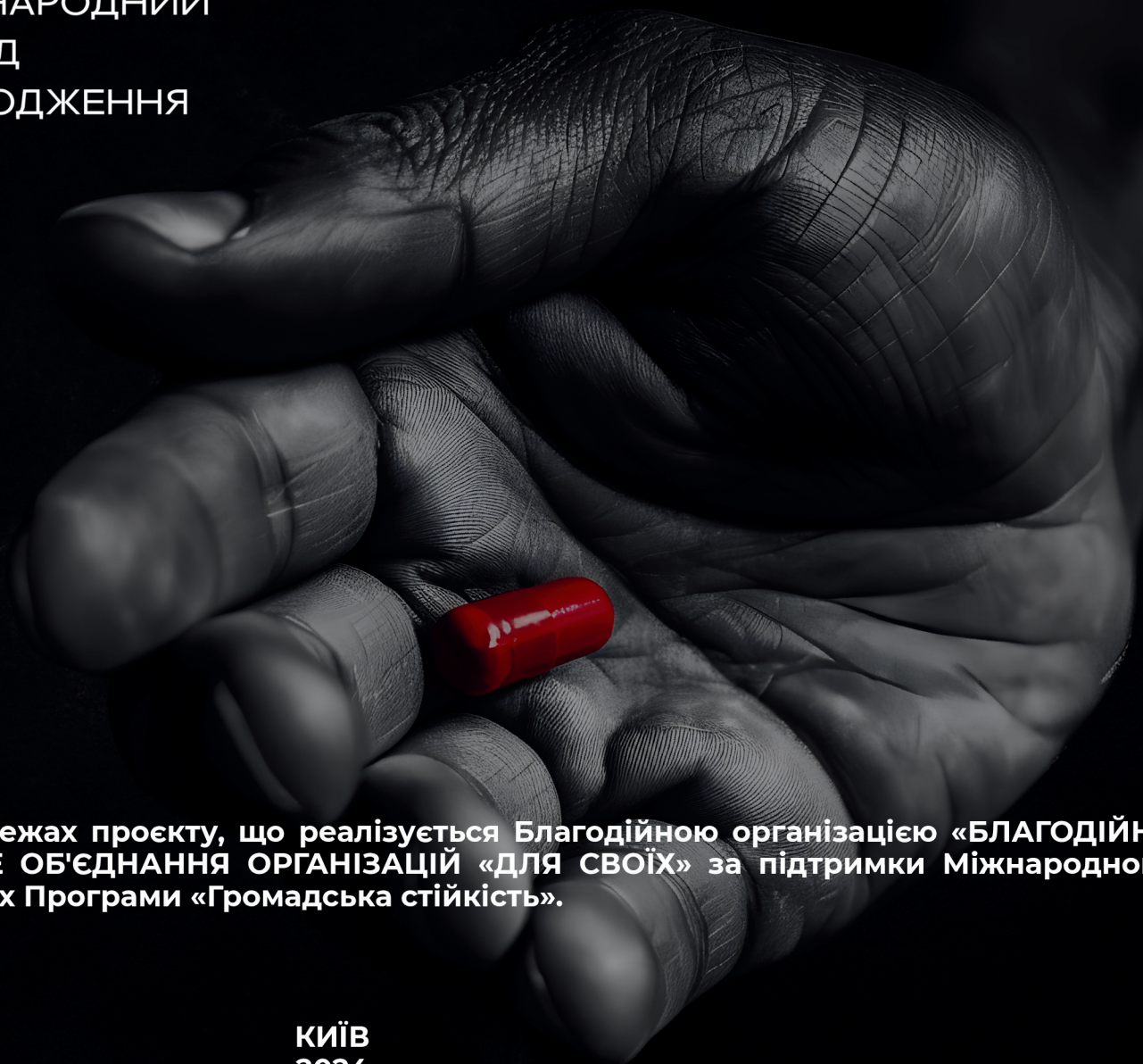
Відповіді респондентів		Загальний досвід споживання ПАР, у т.ч. алкоголю							
		до 5-ти років (включно)	6-10 років	11-15 років	16-20 років	21-25 років	26-30 років	30 і більше років	Важко відповісти
Які фактори можуть сприяти Вашому припиненню споживання ПАР, у т.ч. алкоголю?	Закінчення війни перемогою України	41,2	54,2	66,9	63,4	53,3	53,8	45,7	21,4
	Демобілізація	52,8	42,4	40,6	39,5	38,3	35,4	20,0	14,3
	Одужання після поранення	8,6	5,6	13,5	11,6	18,3	7,7	8,6	14,3
	Об'єднання з рідними/близькими мені людьми	28,3	24,3	28,6	29,1	30,0	21,5	14,3	14,3
	Адаптування до цивільного життя	35,2	28,1	34,6	40,7	31,7	33,8	28,6	7,1
	Оформлення пільги учасника бойових дій на території України внаслідок агресії російської федерації	7,7	8,3	8,3	11,0	11,7	13,8	5,7	0,0

Відповіді респондентів		Загальний досвід споживання ПАР, у т.ч. алкоголю							
		до 5-ти років (включно)	6-10 років	11-15 років	16-20 років	21-25 років	26-30 років	30 і більше років	Важко відповісти
	Працевлаштування/зайнятість (повернення на попереднє або влаштування на нове місце роботи, створення бізнесу тощо)	14,6	17,7	16,5	22,1	8,3	16,9	14,3	0,0
	Покращення житлових умов (отримання чи ремонт житла)	6,4	8,0	7,5	9,9	6,7	3,1	0,0	0,0
	Проходження курсу (програми) лікування від алкогольної та/чи наркотичної залежності	32,6	18,4	21,1	12,8	8,3	7,7	0,0	0,0
	Припинення споживання ПАР/стимуляторів поки не планую	21,0	20,8	22,6	25,6	23,3	23,1	42,9	28,6
	Важко відповісти	7,3	9,7	9,8	6,4	10,0	9,2	14,3	42,9
	Вже припинили споживання	0,4	1,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0
	Створення сім'ї	0,4	0,7	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0
Які, мають бути запроваджені програми для ветеранів(-ок), які споживають ПАР, у т.ч. алкоголь?	Програми реабілітації для ветеранів(-ок) (групи АА мене врятували, живе спілкування в групах «рівний-рівному»)	58,4	67,0	78,2	72,1	71,7	70,8	60,0	71,4
	Програми реабілітації для наркозалежних (лікування, групи самопомогі, психологічна підтримка тощо)	53,2	47,9	49,6	62,8	53,3	52,3	65,7	35,7
	Соціальний супровід (менторська допомога) для ветеранів(-ок)	25,8	36,1	43,6	50,6	53,3	43,1	48,6	35,7

Відповіді респондентів		Загальний досвід споживання ПАР, у т.ч. алкоголю							
		до 5-ти років (включно)	6-10 років	11-15 років	16-20 років	21-25 років	26-30 років	30 і більше років	Важко відповісти
	Психологічна допомога для ветеранів(-ок) та членів їхніх сімей	56,7	53,8	63,9	62,8	70,0	64,6	71,4	50,0
	Впровадження заходів з протидії стигматизації та підвищення свідомості населення про проблеми ветеранів війни	32,2	33,3	31,6	37,2	31,7	30,8	57,1	14,3
	Важко відповісти	8,2	7,3	10,5	6,4	3,3	12,3	2,9	21,4
	Програми юридичного супроводу	0,9	0,7	0,8	0,6	1,7	0,0	0,0	0,0



МІЖНАРОДНИЙ
ФОНД
ВІДРОДЖЕННЯ



Це дослідження здійснено в межах проєкту, що реалізується Благодійною організацією «БЛАГОДІЙНЕ ТОВАРИСТВО «ВСЕУКРАЇНСЬКЕ ОБ'ЄДНАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙ «ДЛЯ СВОЇХ» за підтримки Міжнародного фонду «ВІДРОДЖЕННЯ» в межах Програми «Громадська стійкість».

КИЇВ
2024