

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

КРУЧАНИЦЯ Василь Васильович

УДК 614.2:616.82-008.441.3.001.73.001.57

**Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі
наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони
здоров'я**

14.02.03- соціальна медицина

Галузь знань: 222 – Медицина

Дисертація
на здобуття наукового ступеня
доктора філософії (кандидата медичних наук)

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ В.В. Кручаниця

Науковий керівник
Миронюк І.С. доктор медичних наук, доцент

Київ – 2019

Анотація

Кручаниця В. В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії, кандидата медичних наук (за спеціальністю 14.02.03 „Соціальна медицина” (222 – Медицина).

Дисертація виконана в державній установі „Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України”. Київ, 2018.

Дисертація захищається в Ужгородському національному університеті, Ужгород, 2018.

Дисертація присвячена вирішенню важливої науково-практичної задачі охорони здоров'я – оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Завдання дослідження були комплексними та скерованими на досягнення поставленої мети. Вони базувалися на системному підході і їх виконання забезпечило досягнення мети дослідження. Обсяги дослідження були обрахованими і забезпечили отримання репрезентативних результатів.

Досягнення мети дослідження потребувало розробки спеціальної програми, яка передбачала його реалізацію у шість організаційних етапів з використанням адекватних методів, на кожному з яких виконувались взаємопов'язані завдання, що дало можливість забезпечити системний підхід у проведенні дослідження та отримати репрезентативні результати для оцінки об'єкту дослідження.

Наукова новизна полягає в тому, що вперше в Україні системно представлено проблеми організації наркологічної допомоги населенню на сучасному етапі соціального розвитку і реформування системи охорони здоров'я країни та шляхи їх вирішення у відповідності до кращого світового досвіду з експертним визначенням їх прийнятності; встановлено детермінанти формування наркоманій та алкоголізму у населення гірської, транскордонної території

України: недостатність фінансів на найважливіші потреби родини (0,75), безробіття (0,74), самотність (0,70), несприятливий психологічний клімат у сім'ї, конфліктна сім'я (0,64), непостійний заробіток (0,63), відсутність постійного місця проживання (0,62), трудова міграція (0,61), постійні надлишкові гроші (0,61); розроблено комплексний алгоритм інтеграції наркологічної допомоги населенню на первинний рівень медичної допомоги; принциповою відмінністю від існуючих підходів є те, що послуги наркологічного профілю визначаються функцією сімейних лікарів та медичних сестер з чітким розмежуванням їх функцій та впровадженням стимуляційних механізмів матеріального та морального характеру; обґрунтовано необхідність набуття додаткових компетенцій з питань дитячої наркології/психіатрії для лікарів загальної практики-сімейних лікарів з питань сучасних підходів до профілактики вживання алкоголю та психоактивних речовин у дитячому віці, раннього виявлення підлітків з ризиком формування залежності та їх психологічної підтримки: до 65 підлітків щорічно звертається за медичною допомогою в стані алкогольного отруєння, із числа студентів молодших курсів $93,5 \pm 1,2\%$ хлопців та $95,3 \pm 1,1\%$ дівчат мають досвід вживання алкогольних напоїв при відсутності в області посад лікарів-наркологів дитячих; науково обґрунтовано оптимізовану модель наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні, яка є суспільно орієнтованою та носить міжсекторальний характер, профілактична складова якої реалізується через максимальну корисну зайнятість підлітків та молоді і підвищення ролі сім'ї шляхом формування родинних традицій та цінностей, а реабілітаційна складова реалізується шляхом створення медико-соціальних амбулаторно-поліклінічних реабілітаційних центрів/кабінетів за місцем проживання населення з їх відвідуванням залежними особами з партнером, якого вони обрали для забезпечення психологічної підтримки в повсякденному житті.

Набула подальшого розвитку методологія підготовки та реалізації регіональних цільових програм людям, що вживають психоактивні речовини,

зловживають алкоголем та мають залежність від них, яка спрямована на профілактику та соціальну реабілітацію, яка полягає в послідовному алгоритмі організаційних та управлінських дій.

Комплексним медико-соціальним дослідженням доведено обмежені можливості системи наркологічної допомоги регіонального рівня виконувати поставлені задачі по забезпечення задоволеності потреб населення у своєчасній, доступній та результативній спеціалізованій медичній допомозі.

Виявлені недоліки існуючої системи наркологічної допомоги регіонального рівня засвідчили необхідність наукового обґрунтування, розробки та впровадження оптимізованої функціонально-організаційної моделі наркологічної допомоги населенню на регіональному рівні в умовах реформування системи охорони здоров'я, в основу якої покладались положення програмних документів ВООЗ щодо боротьби із залежностями, позитивний світовий та національний досвід, стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні та результати власного дослідження.

Запропонована модель є суспільно орієнтованою на допомогу людям, що вживають ПАР та зловживають алкоголем та мають залежність від них і спрямована на профілактику та на відновлення їх соціального функціонування. Вона базується на міжсекторальному підході з реалізацією профілактичної складової через максимальну корисну зайнятість підлітків та молоді і підвищення ролі сім'ї шляхом формування родинних традицій та цінностей, а реабілітаційна складова реалізується шляхом створення медико-соціальних амбулаторно-поліклінічних реабілітаційних центрів/кабінетів за місцем проживання населення з можливістю їх відвідування залежними особами з партнером, якого вони обрали для забезпечення психологічної підтримки в повсякденному житті та створення доступних сайтів замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків.

Необхідною умовою її реалізації є інтеграція наркологічної допомоги на первинний рівень надання медичної допомоги, для чого розроблено комплексний алгоритм інтеграції. Принциповою відмінністю від існуючих

підходів є те, що послуги наркологічного профілю визначаються функцією сімейних лікарів та медичних сестер з чітким розмежуванням їх функцій і впровадженням стимуляційних механізмів матеріального та морального характеру.

Ефективна діяльність запропонованої моделі забезпечується регіональною міжсекторальною координаційною радою з організацією системи електронно-інформаційного забезпечення діяльності наркологічної служби на рівні регіону з формуванням електронного реєстру осіб, які вживають психоактивні речовини, зловживають алкоголем чи мають залежність та системою моніторингу та оцінки її діяльності з використанням індикаторів структури, процесу та результату.

Запропонована модель впроваджена в області, позитивно оцінена незалежними експертами (9,6 балів із 10 можливих) та рекомендується до впровадження в систему охорони здоров'я України.

Ключові слова: система охорони здоров'я, реформування, наркологічна допомога, проблеми, оптимізація, модель.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Кручаниця В. В. Характеристика захворюваності та поширеності алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області / В. В. Кручаниця. // Науково-практичний журнал. “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України”. – 2014. – №4(62). – С.60–66.

2. Кручаниця В. В. Характеристика кадрового забезпечення наркологічної служби Закарпатської області / В. В. Кручаниця. // Науково-практичний журнал. “Україна. Здоров'я нації”. – 2015. – №1(33). – С.72–75.

3. Кручаниця В. В. Смертність населення Закарпатської області внаслідок вживання алкоголю / В. В. Кручаниця. // Науково-практичний журнал. “Україна. Здоров'я нації”. – 2015. – №2(34). – С.59–62.

4. Кручаниця В.В. Методичні підходи до розробки та впровадження регіональних цільових антиалкогольних програм / В.В.Кручаниця // Науково-практичний журнал “Україна. Здоров’я нації”. – 2016. – №4(40), – С.167–170.

5. Кручаниця В.В. Антиалкогольна робота лікаря загальної практики-сімейного лікаря / В.В.Кручаниця // Науково-практичний журнал. “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України”. – 2016. – №3(69). – С.22–26.

6. Кручаниця В. В. Значення раннього виявлення сімейними лікарями та лікарями загальномедичної практики осіб, які зловживають алкогольними напоями / В. В.Кручаниця // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія “Медицина”. – 2001. – вип.16. – С.48–49.

7. Kruchanytsya V. V. The level of distribution and trends in the use of alcoholic beverages among schoolchildren and students of transcarpathia/ G.O. Slabkiy, V.V. Kruchanytsya, L.A.Kachala // "THE UNITY OF SCIENCE" / International scientific professional periodical journal Vienna, Austria, Februry. – 2016 – С. 296–298

8. Кручаниця В. В. Результати соціологічного дослідження серед медичних працівників оцінки ефективності антиалкогольної роботи та шляхів її оптимізації / І. С. Миронюк, В. В.Кручаниця, Г. О.Слабкий // Економіка і право охорони здоров’я. – 2017. – №2. – С. 51–57

9. Кручаниця В. В. Детермінанти зловживання алкоголем населенням Закарпаття / В. В.Кручаниця // Науково-практичний журнал. “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України”. – 2016. – №4(70). – С. 18–22

10. Кручаниця В. В. Організація замісної підтримуючої терапії для споживачів ін’єкційних наркотиків у Закарпатській області / В. В. Кручаниця, І. С. Миронюк, Г. О. Слабкий // “Україна. Здоров’я нації”. – 2018. – №1 (47). – С. 57–61.

11. Кручаниця В. В. Враженість населення Закарпатської області алкоголем та наркотиками / В. В. Кручаниця, І. С. Миронюк, Г. О. Слабкий // Wiadomości Lekarskie (Польща). – 2018. – Tom LXXI, № 5. – С. 1245–1249.

12. Кручаниця В. В. Характеристика розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області / В.В. Кручаниця // Науково-практичний журнал. “Україна. Здоров’я нації.” – 2017. – №4/1(46). – С.73–79

13. Кручаниця В. В. Стан і проблеми наркоманії та алкоголізації населення / Ф.П. Ринда, В.В. Кручаниця // Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2013 рік [Монографія] за ред. О. С. Мусія. 2014. К., – С. 114–129

Опубліковані наукові праці апробаційного характеру

14. Кручаниця В. В. Щодо кримінальних правопорушень, які вчинені жителями Закарпатської області в стані алкогольного, наркотичного, токсичного або психотропного сп’яніння / В.В. Кручаниця, І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий // Матеріали VII Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров’я України». 25-27 квітня 2018 року, м. Київ. – С. 11

15. Кручаниця В. В. До питання впливу соціальних детермінант на стан психічного здоров’я населення / Н. С. Защик, Р. А. Абрахімов, В. В. Кручаниця // XII з’їзд ВУЛТ “Українські медичні вісті”. – січень-грудень 2013. Том 10, Число 1-4 (76–79) – С.210.

16. Кручаниця В. В. Функції сімейних лікарів з профілактики порушень психіки і поведінки та алкоголізму / Н.С.Защик, В.В. Кручаниця // Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю “Організація і управління охороною здоров’я 2015”. 20-21 жовтня 2015 року, м. Київ. - С.38-39

17. Кручаниця В. В. Щодо тягаря проблем в Україні, пов’язаних зі споживанням алкоголю / Г. О. Слабкий, В. В. Кручаниця, А. Г. Круть / Матеріали міжнародної науково-практичної конференції “Можливості превентивного та лікувального впливу на соціально-значимі захворювання в закладах первинної медико-санітарної допомоги”. 12-13 квітня 2016 року, м.

Ужгород // Україна. Здоров'я нації. - 2016. – №1-2(37-38) – тези доп – С. 258–259

18. Кручаниця В. В. Результати соціологічного серед організаторів охорони здоров'я з питань організації антиалкогольної роботи/ Г. О.Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Кручаниця // Збірник тез наукових робіт Міжнародної НПК “Сучасні погляди на актуальні питання теоретичної, експериментальної та практичної медицини”. 15-16 грудня 2017 року, м. Одеса, – С. 91–97

19. Кручаниця В. В. Актуальні питання розробки та впровадження антиалкогольних регіональних цільових програм / Г. О.Слабкий, І. С.Миронюк, В. В. Кручаниця, Л. О. Качала // Тези доповідей 71-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, м. Ужгород. – 26.02. 2017р. – С.59–60.

20. Кручаниця В. В. Аналіз результатів соціологічного дослідження серед осіб, що зловживають алкоголем з оцінки діяльності наркологічної служби та перспектив оптимізації її діяльності / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Кручаниця // Вітчизняна та світова медицина в умовах сучасності: Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції, м. Дніпро, 12-13 січня 2018 року. – м. Дніпро: Організація наукових медичних досліджень “Salutem”, 2018. – С. 106–108.

21. Кручаниця В. В. Законодавче визначення впровадження замісної терапії споживачам ін'єкційних наркотиків в Україні / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Кручаниця // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня Здоров'я 2018 р. “Загальне охоплення послугами охорони здоров'я - для всіх і всюди” м. Київ, 05–06 квітня 2018 р. – К., 2018. С. 80–83

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертаційної роботи

22. Кручаниця В. В. Основи здорового способу життя. Навчальний посібник / М. І. Кручаниця, В. В. Кручаниця, К. П. Мелега, О. А. Дуло, Н. В. Розумикова. м. Ужгород. 2016. – 264с.

23. Кручаниця В. В. Антиалкогольна робота лікаря загальної практики-сімейного лікаря (методичні рекомендації) // Методичні рекомендації/ Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Кручаниця – м. Київ, 2016.–21 с

24. Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я. / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, І. С. Миронюк, В. В. Кручаниця // Методичні рекомендації – К., 2016. – 20 с.

25. Функціонально-організаційна оптимізована модель наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні. Методичні рекомендації // І. С. Миронюк, Г. О. Слабкий, В. В. Кручаниця. м. Київ, 2018 – 40 с.

26. Кручаниця В. В. Модель профілактичної роботи з вживання наркотиків та психотропних речовин на первинному рівні медичної допомоги / Г. О. Слабкий, В. В. Кручаниця, О. В. Олексієнко, А. Є. Горбань, О. М. Дзюба, Ф. П. Ринда // Реєстр галузевих нововведень. № 354/1/14, С. 215–216

Abstract

Kruchanytsya V.V. Medico-social substantiation of optimized drug treatment model within the context of the health care service reform - Qualifying scientific paper

Manuscript copyright

Dissertation for the Ph.D degree in Philosophy, Candidate of Medical Sciences (specialty 14.02.03 "Social Medicine" (222 - Medicine).

The thesis was completed at the State Institution "Ukrainian Institute for Strategic Studies of the Ministry for Health of Ukraine". Kyiv, 2018.

The thesis is defended at Uzhgorod National University, Uzhgorod, 2018.

The dissertation is dedicated to solving an important scientific and practical task for health care service – an **optimized drug treatment model in the context of the health care service reform**

The objectives of the study were comprehensive and aimed at achieving the goal. They were based on a systematic approach and their implementation ensured the achievement of the research goal. The study volume was calculated and provided representative results.

The achievement of the research goal required the development of a programme that envisaged its implementation in six organizational stages applying appropriate methods that carried out interrelated tasks enabling to provide systematic approach to the research and to obtain representative results for the the research object evaluation .

The scientific novelty is as follows: the problems of drug treatment organized for the population at the present stage of social development and reforms within the country's health care system along with the ways of their solution in accordance with the best international experience with an expert definition of their admissibility are presented in Ukraine for the first time; The determinants of drug addiction formation and alcoholism among the population of the mountainous, transboundary territory of Ukraine were established: financial insufficiency for the most important needs of the family (0.75), unemployment (0.74), loneliness (0.70), unfavorable psychological climate within the family, conflicting families(0.64), non-permanent earnings (0.63), absence of permanent residence (0.62), labor migration (0.61), surplus income (0.61); a comprehensive algorithm was developed for drug treatment integration of the population at the primary level of medical care; a crucial difference from the existing approaches is that narcological services are determined by function of family physicians and nurses with a clear demarcation of their functional duties, and the establishment of material and mental incentive mechanisms; the necessity of acquiring additional competencies in child narcology / psychiatry for general practitioners-family doctors was substantiated on modern approaches to the prevention of alcohol and psychoactive substances abuse in childhood, the early

detection of adolescents with the risk of dependency and their psychological support is substantiated: up to 65 adolescents with alcohol poisoning annually seek medical treatment; the number of undergraduates is $93.5 \pm 1.2\%$ of boys and $95.3 \pm 1.1\%$ of girls- they had experience in drinking alcoholic beverages without the option to be treated as no position of children`s narcologist found locally ; scientifically substantiated optimized model of drug treatment was presented in the context of the regional health care reforms, socially oriented and cross-sectoral, the preventive component of its nature is realized through the effective and useful employment of adolescents as well as young people, and by the increase of the family role through the formation of family traditions and values , whereas the rehabilitation aspect is implemented by the establishment of medical and social outpatient-polyclinic rehabilitation centers / cabinets at places of residence of the population with the focus on attendance for dependent persons with a partner providing psychological support in everyday life.; the methodology for the preparation and implementation of regionally targeted programs for people who abuse psychoactive substances and alcohol, has been developed, aimed at prevention and social rehabilitation, which consist of organizational and managerial algorithms of actions.

Complex medical and social research has proved the limited possibilities of the regional level of drug treatment assistance to fulfill the tasks set for ensuring the satisfaction of the population's needs in timely, accessible and effective specialized medical care.

The identified shortcomings of the existing narcological assistance system at the regional level demonstrated the necessity of scientific substantiation, development and implementation of an optimized functional and organizational model of narcological assistance to the population at the regional level in the context of health care reform, based on the provisions of the WHO policy guidelines on overcoming addictions, positive international and national experience, health care reform strategy in Ukraine and the results of our own research experience.

The proposed model is socially oriented for people using psychoactive substances and abusing alcohol, aimed to prevent and restore their social functioning.

It is based on a cross-sectoral approach to the implementation of the rehabilitational component through the efficiency of adolescents and young people, the role of the family through the formation of its traditions, values, while the rehabilitation aspect is implemented through the creation of medical and social outpatient rehabilitation centers / cabinets at the residential places with the possibility of attendance, and creation of accessible substitution maintenance therapies for injectable drugs abusers.

Necessary condition for its implementation is the integration of narcological treatment into the primary level of medical care provision, for which a comprehensive integration algorithm has been developed. The fundamental difference from the existing approaches is that medical services of narcological profile are determined by the functions of family physicians and nurses with a clear delimitation of their functional duties and the introduction of mental and material incentive mechanisms.

The effectiveness of the proposed model is explained by regional inter-sectoral coordination council with the organization of electronic and informational support systems for the needs of narcological service activity at the regional level with the formation of electronic register of persons who use psychoactive substances, abuse alcohol or have a dependency, and a system for monitoring and evaluating its activities using indicators of structure, process and result.

The proposed model was implemented in the region, positively assessed by independent experts (9.6 points out of 10 possible) and recommended for introduction into Ukrainian the health care system.

Key words: health care system, reform, narcological assistance, problems, optimization, model.

References

1. Kruchanytsia V. V. Characteristics of the morbidity and prevalence of alcoholism among the adult population of the Transcarpathian region / V. V. Kruchanitsa. // Scientific and practical journal. "Bulletin of social hygiene and organization of public health of Ukraine". - 2014 - №4 (62). - P.60-66.

2. Kruchanytsia V. V. Characteristics of Transcarpathian regional narcological service / V. V. Kruchanytsia // Scientific and practical journal. "Ukraine. Health of the nation ". - 2015 - № 1 (33). - P.72-75.

3. Kruchanytsia V. V. Mortality of the population of the Transcarpathian region as a result of alcohol consumption / V. V. Kruchanytsia // Scientific and practical journal. "Ukraine. Health of the nation ". - 2015 - # 2 (34). - P. 59-62.

4. Kruchanchitsa V. V. Methodical Approaches to the Development and Implementation of Regionally Targeted Anti-Alcohol Programs / V. V. Kruchanytsia // Scientific and Practical Journal "Ukraine. Health of the nation ". - 2016 – №. 4 (40), - P.167-170.

5. Kruchanytsia V. V. Anti-alcoholic work of a general practitioner-family doctor / V. V. Kruchanytsia // Scientific and practical journal. "Bulletin of social hygiene and organization of public health of Ukraine". - 2016 - № 3 (69). - P.22-26.

6. Kruchanytsia V. V. Significance of early detection by family doctors and doctors of general medical practice of persons abusing alcoholic beverages / V. V. Kruchanytsia // Scientific Bulletin of Uzhgorod University. "Medicine" series. - 2001. - issue.16. - P.48-49.

7. Kruchanytsia V. V. The level of distribution and trends in the use of alcoholic beverages among schoolchildren and students of Transcarpathia / G. O. Slabkiy, V. V. Kruchanytsya, L. A. Kachala // "THE UNITY OF SCIENCE" / International scientific professional periodical journal Vienna, Austria, February. - 2016 - P. 296-298

8. Kruchanytsia V. V. Results of a sociological survey among medical staff on the evaluation of anti-alcoholic activities efficiency and ways of its optimization / I. S. Mirnyuk, V. V. Kruchanytsia, G. O. Slabky // Economy and Law of Public Health. - 2017 - №2. - P. 51-57

9. Kruchanytsia VV Determinants of alcohol abuse among the Transcarpathian Population / V. V. Kruchanytsia // Scientific and Practical Journal. "Bulletin of social hygiene and organization of public health of Ukraine". - 2016 -№.4 (70). - P. 18-22

10. Kruchanytsia V. V. Organization of substitution maintenance therapy for injecting drug users in the Transcarpathian region / V. V. Kručanica, I. S. Myronyuk, G. O. Weak // "Ukraine. Health of the nation ". - 2018 - No. 1 (47). - P. 57-61.

11. Kruchanytsia V. V. Drugs and alcohol impact on the Transcarpathian region population / V. V. Kruchanytsia, I. S. Myronyuk, G. O. Weak // Wiadomości Lekarskie (Poland). - 2018. - Tom LXXI, No. 5. - P. 1245-1249.

12. Kruchanytsia V.V. Characteristics of the primary medical and sanitary care development in the Transcarpathian region / V. V. Spiderman // Scientific and practical journal. "Ukraine. Health of the Nation " - 2017. - No. 4/1 (46). - P.73-79

13. Kruchanytsia V. V. Condition and problems of drug addiction and alcohol abuse of the population / F. P. Rinda, V. V. Spiderman // Annual report on the state of health of the population, the sanitary-epidemic situation and the results in the health care system of Ukraine. 2013 .[Monograph] for ed. O. S. Musii. 2014. K., P. 114-129

Published research papers of aprobatory character

14. Kruchanytsia V. V. On criminal offenses committed by residents of the Transcarpathian region in the state of alcohol, narcotic, toxic or psychotropic intoxication / V. V. Kruchanytsia, I. S. Myronyuk, G. O. Weak // Materials of the VII International Medical Congress "Implementation of modern medical science achievements in the practice of health care in Ukraine". April 25-27, 2018, Kyiv. - P. 11

15. Kruchanytsia V. V. The questions of social determinants influence on the state of the population`s mental health / N. S. Zaschyk, P. A. Abyakhimov, V. V. Spiderman // XII Congress of VULT "Ukrainian Medical News". - January-December 2013. Volume 10, №1-4 (76-79) - P.210.

16. Kruchanytsia V.V. Functions of family doctors in the prevention of mental, behavioral disorders and alcoholism / N. S. Zashchik, V. V. Spiderman // Collection of materials for the scientific and practical conference with the international participation "Organization and management of health care 2015". October 20-21, 2015, Kyiv. - P.38-39

17. Kruchanytsia V. V. On the burden of problems related to alcohol consumption in Ukraine / G. O. Weak, V. V. Kruchanytsia, AG Circle / Materials of the international scientific and practical conference "Possibilities of preventive and therapeutic influence on socially significant diseases in primary health care institutions". April 12-13, 2016, Uzhgorod / Ukraine. Health of the nation. - 2016. - № 1-2 (37-38) - theses dop. - P. 258-259

18. Kruchanytsia V. V. Results of the sociological organization among the health care organization of anti-alcoholic work / G. O. Slabky, I. S. Mironyuk, V. V. Kruchnytsia // Compilation of abstracts from the International "Modern views on topical issues of theoretical, experimental and practical medicine " conference. December 15-16, 2017, Odessa, - P. 91-97

19. Kruchanytsia V. V. Topical issues of the regional target programs development and their implementation / G. O. Slabky, I. S. Myronyuk, V. V. Kruchanytsia, L. O. Kachala // Abstracts of the 71st final scientific conference of the faculty of postgraduate education and pre-university education, Uzhgorod. - 26.02. 2017 - P. 59-60.

20. Kruchanytsia V. V. Analysis of sociological survey results among alcohol abusers for assessing narcological service activities and the prospects for their optimization/ G. O. Weak, I. S. Mironyuk, V. V. Spiderman // Homeland and world medicine in modern circumstances: Materials of the international scientific and practical conference, Dnipro, January 12-13, 2018. - the city of Dnipro: the organization of scientific medical research "Salutem", 2018. - P. 106-108.

21. Kruchanytsia V. V. Legislative definition of substitution therapy introduction for injected drug users in Ukraine / G. O. Slabky, I. S. Myronyuk, V. V. Kruchanytsia // Materials of the scientific-practical conference for international participation in the World Health Day 2018 " General coverage of health care services - for everyone and everywhere "Kyiv, April 5 - April 2018 - K., 2018. P. 80-83

Scientific works, which additionally reflect the results of dissertation research

22. Kruchanytsia V. V. The basics of a healthy lifestyle. Textbook / M.I. Kruchnytsia, V. V. Kruchnytsia, K. P.Melega, O. D. Dulo, N. V. Rozumikova. Uzhgorod. 2016 - 264s.
23. Kruchanytsia V.V. Anti-alcoholic work of a general practitioner-family doctor (methodical recommendations) // Methodical recommendations / G. O. Weak, I. S. Mironyuk, V. V. Kruchanytsia - Kyiv, 2016-21
24. Communication and social mobilization for the health of the population within the public health system. / G. O. Weak, V. V. Shafransky, I. S. Mironyuk, V.V. Kruchanytsia // Methodical recommendations - K., 2016. - 20 p.
25. Functional-organizational optimized model of narcological treatment in the context of regional health care system reform. Methodological recommendations // I. C. Myronyuk, G. O. Weak, V. V. Kruchanytsia. Kyiv, 2018 – 40 p.
26. Kruchanytsia V. V. Models of preventive work on the use of drugs and psychotropic substances at the primary level of medical care / G. O. Weak, V. V. Kruchanytsia, O. V. Alekseyenko, A. E. Gorban, O. M. Dzyuba, F. P. Rinda // Register of branch innovations. No. 354/1/14, P. 215-216

Зміст

Умовні скорочення	19
Вступ	20
Розділ I. Вплив на здоров'я вживання алкоголю і психоактивних речовин та досвід профілактики, лікування та реабілітації залежних осіб	29
1.1. Медико-соціальні аспекти вживання населенням алкоголю та психоактивних речовин	29
1.2. ООН та Всесвітня організація охорони здоров'я в боротьбі із шкідливим вживанням алкоголю та вживанням наркотиків	36
1.3. Профілактика, як ефективний засіб протидії вживанню наркотиків та шкідливого вживання алкоголю	40
1.4. Про необхідність проведення подальших наукових досліджень із зазначеної теми	45
Розділ II. Програма, матеріали, методи і обсяги дослідження	46
Розділ III. Епідеміологія наркоманій та алкоголізму в Закарпатській області та його медико-соціальні наслідки	59
3.1. Епідеміологія наркоманій в Закарпатській області. Порівняння даних з середньоукраїнськими показниками	59
3.2. Захворюваність дорослого населення Закарпатської області на алкоголізм	72
3.3. Поширеність алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області	84
3.4. Епідеміологія гострих психотичних розладів внаслідок вживання алкоголю	91
3.5. Смертність дорослого населення Закарпатської області внаслідок причин, пов'язаних із вживанням алкоголю	92
3.5.1. Насильницька смерть, отруєння алкоголем та сурогатами алкоголю	100
3.6. Детермінанти зловживання алкоголем населенням Закарпатської області	103

	17
3.7. Результати вивчення питання вживання алкоголю підлітками	108
3.8. Кримінальні правопорушення в стадії сп'яніння	112
Висновки за розділом	113
Розділ ІV. Характеристика розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області	119
4.1. Характеристика мережі закладів первинної допомоги та їх ресурсного забезпечення	119
4.2. Показники звернення населення до сімейних лікарів за медичною допомогою	126
Висновки за розділом	129
Розділ V. Характеристика та основні показники діяльності наркологічної служби Закарпатської області	132
5.1. Структура наркологічної служби Закарпатської області	132
5.2. Характеристика кадрового забезпечення наркологічної служби Закарпатської області	132
5.3. Характеристика основних показників амбулаторно-поліклінічної наркологічної допомоги населенню Закарпатської області	132
5.4. Характеристика основних показників стаціонарної наркологічної допомоги населенню Закарпатської області	151
5.5. Організація замісної підтримуючої терапії	154
Висновки за розділом	158
Розділ VI. Результати соціологічного дослідження серед медичних працівників та осіб, що вживають психоактивні речовини	160
6.1. Аналіз результатів соціологічного дослідження серед організаторів охорони здоров'я	160
6.2. Аналіз результатів соціологічного дослідження серед лікарів-наркологів	168
6.3. Аналіз результатів соціологічного дослідження серед лікарів загальної практики-сімейних лікарів	175
6.4. Аналіз результатів соціологічного дослідження серед осіб, що	181

зловживають алкогольні напої	
Висновки за розділом	186
Розділ VII. Характеристика функціонально-організаційної оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні	189
7.1. Теоретичне обґрунтування та концептуальні підходи до створення оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні	189
7.2. Методичні підходи до розробки та впровадження регіональних цільових програм профілактики розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психотропних речовин	194
7.3. Характеристика функціонально-організаційної оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні	202
7.4. Алгоритм впровадження функціонально-організаційної оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні	211
7.5. Функції медичних працівників в умовах створення сайтів ЗПТ на базі сімейних амбулаторій	211
7.6. Експертна оцінка запропонованої функціонально-організаційної оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні	217
Висновки за розділом	219
Висновки	221
Практичні рекомендації	226
Список використаної літератури	227
Додатки	247

Умовні скорочення

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗОЗ	Заклади охорони здоров'я
ЗПТ	Замісна підтримуюча терапія
ЛЗП-СЛ	Лікар загальної практики-сімейний лікар
МВС	Міністерство внутрішніх справ
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
МЛ	Міська лікарня
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ОДА	Обласна державна адміністрація
ПАР	Психоактивні речовини
ПСМД	Первинна медико-санітарна допомога
СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків
ФАП	Фельдшерсько-акушерський пункт
ЦРЛ	Центральна районна лікарня

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасних умовах суспільного розвитку з притаманними йому глобалізацією, швидкою урбанізацією, комерціалізацією, значною неконтрольованою мобільністю, агресивною рекламою алкоголю, збільшенням доступності алкогольних напоїв та наркотиків, населення багатьох країн світу стикається зі зростанням тягаря хвороб, пов'язаних із нездоровою поведінкою, перш за все через шкідливе вживання алкоголю та психоактивних речовин [1,2].

Наркотики та алкоголь виступають провідним фактором ризику, посідаючи провідні місця за впливом на формування глобального тягаря хвороб у багатьох країнах [3]. За даними ВООЗ, шкідливе вживання наркотиків та алкоголю є причинним фактором понад 200 порушень здоров'я, пов'язаних із хворобами і травмами. Близько 5,1% загального глобального тягаря хвороб і травм обумовлено алкоголем за оцінками в показниках DALY. Дослідження “Глобальний тягар хвороб, травм і причин ризику” (2010 р.) [4] показало, що протягом 1990–2010 рр. втрата здорових років життя в результаті вживання алкоголю збільшилася на 32%. Споживання наркотиків та алкоголю призводить до смерті та інвалідності на більш ранніх стадіях життя людини [5]. Серед населення у віці 20–39 років приблизно 25% усіх випадків смерті пов'язані з алкоголем. Алкоголь – одна з провідних причин передчасної смертності чоловіків у віці 40–60 років, що обумовлює розрив у тривалості життя чоловіків і жінок. Існує причинно-наслідковий зв'язок між шкідливим вживанням наркотиків та алкоголю і цілим рядом психічних і поведінкових розладів, інших неінфекційних порушень здоров'я, а також травм [6-8]. Встановлено причинно-наслідкові зв'язки між шкідливим вживанням алкоголю та наркотиків і захворюваністю на туберкульоз і ВІЛ/СНІД. Крім наслідків для здоров'я вживання алкоголю та наркотиків завдає значних соціальних та економічних збитків окремим людям і суспільству в цілому. Завдана алкоголем та наркотиками шкода виходить за рамки фізичного і психологічного здоров'я

осіб із залежністю [9-12]. Вони серйозно позначаються на добробуті суспільства, здоров'ї та якості життя оточуючих [13-15].

Проведений аналіз наукових даних вказує на те, що незважаючи на значний арсенал засобів та методів боротьби з незаконним обігом та наслідками вживання психоактивних речовин, ефективність профілактичних заходів та лікування хворих із залежністю залишається достатньо низькою [16-18].

ООН та ВООЗ приділяють надзвичайно важливе значення питанням скорочення шкідливого впливу наркотиків та алкоголю на здоров'я населення [19-22].

Це обумовило актуальність дослідження, визначило його мету і завдання, стало основою при розробці дизайну дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами. Дисертаційна робота стала фрагментом комплексних науково-дослідних робіт: “Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації системи охорони здоров'я України”, № державної реєстрації 0112U002809, термін виконання 2012-2014 рр.; “Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні” № державної реєстрації 0115U2852, термін виконання 2015-2017 рр., які виконувалися в ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”. Дисертант є виконавцем фрагментів НДР.

Мета дослідження — наукове обґрунтування концептуальних основ та розробка оптимізованої функціонально-організаційної моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою, передбачали:

1) провести системно-історичний аналіз вітчизняних та світових наукових джерел щодо організації наркологічної допомоги населенню на сучасному етапі розвитку суспільства та охорони здоров'я;

2) розробити спеціальну програму та методологічний інструментарій проведення наукового дослідження;

3) дослідити динаміку порушень психіки та поведінки внаслідок вживання населенням Закарпатської області ПАР та зловживання алкоголем, а також їх вплив на демографічну та криміногенну ситуацію;

4) дослідити мережу і показники діяльності наркологічної служби Закарпатської області;

5) встановити рівень впровадження первинної медико-санітарної допомоги в області, як пріоритетного напрямку реформування системи охорони здоров'я;

6) встановити, шляхом соціологічного дослідження, відношення медичних працівників та осіб, які зловживають алкоголем до оптимізації наркологічної допомоги;

7) науково обґрунтувати концептуальні підходи та розробити оптимізовану функціонально-організаційну модель наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні та експертним шляхом оцінити рівень її прийнятності для України;

База наукового дослідження охоплювала наркологічну службу Закарпатської області за період 2006–2016 років.

Об'єкт дослідження — організація наркологічної допомоги населенню Закарпатської області.

Предмет дослідження – показники захворюваності населення Закарпатської області на наркоманії та алкоголізм і поширеності вказаних хвороб серед населення області та їх медико-демографічні і криміногенні наслідки, мережа закладів наркологічної медичної допомоги та показники діяльності наркологічної служби на регіональному рівні, результати соціологічних опитувань організаторів охорони здоров'я, лікарів і пацієнтів щодо проблем організації наркологічної допомоги, запропонована оптимізована модель наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні.

У дослідженні безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні **методи наукового дослідження**:

1) системного підходу та аналізу — для проведення кількісного та

якісного аналізу проблем наркологічної допомоги на регіональному рівні та обґрунтування і розробки оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні;

2) *бібліосемантичний* — для вивчення та проведення аналізу існуючих підходів до вирішення проблеми організації наркологічної допомоги на сучасному етапі розвитку медичної науки та практичної медицини;

3) *соціологічний* — для дослідження проблем наркологічної допомоги та шляхів їх вирішення в інтерпретації організаторів охорони здоров'я, лікарів та пацієнтів;

4) *медико-статистичний* — для збору, обробки та аналізу отриманої під час дослідження інформації;

5) *епідеміологічний* — для вивчення рівнів захворюваності, поширеності вживання ПАР та залежності від алкоголю та смертності населення;

5) *концептуального моделювання* — для моделювання та представлення концептуальних основ оптимізованої функціонально-організаційної моделі наркологічної моделі на регіональному рівні;

6) *описового моделювання* — для проведення наукового функціонально-структурного аналізу, обґрунтування та представлення інновацій в організації наркологічної допомоги населення в умовах пріоритетного розвитку ПМСД;

7) *експертних оцінок* — для визначення окремих напрямків діяльності та оцінки прийнятності запропонованої оптимізованої функціонально-організаційної моделі наркологічної допомоги регіонального рівня.

8) *організаційного експерименту* — для апробації та оцінки ефективності запропонованих за результатами дослідження нововведень.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що вперше в Україні:

- системно представлено проблеми організації наркологічної допомоги населенню на сучасному етапі соціального розвитку і реформування системи охорони здоров'я країни та шляхи їх вирішення у відповідності до кращого світового досвіду з експертним визначенням їх прийнятності;

- встановлено детермінанти формування наркоманій та алкоголізму у

населення гірської, транскордонної території України: недостатність фінансів на найважливіші потреби родини (0,75), безробіття (0,74), самотність (0,70), несприятливий психологічний клімат у сім'ї, конфліктна сім'я (0,64), непостійний заробіток (0,63), відсутність постійного місця проживання (0,62), трудова міграція (0,61), постійні надлишкові гроші (0,61);

- розроблено комплексний алгоритм інтеграції наркологічної допомоги населенню на первинний рівень медичної допомоги; принциповою відмінністю від існуючих підходів є те, що послуги наркологічного профілю визначаються функцією сімейних лікарів та медичних сестер з чітким розмежуванням їх функцій та впровадженням стимуляційних механізмів матеріального та морального характеру;

- обґрунтовано необхідність набуття додаткових компетенцій з питань дитячої наркології/психіатрії для лікарів загальної практики-сімейних лікарів з питань сучасних підходів до профілактики вживання алкоголю та психоактивних речовин у дитячому віці, раннього виявлення підлітків з ризиком формування залежності та їх психологічної підтримки: до 65 підлітків щорічно звертається за медичною допомогою в стані алкогольного отруєння, із числа студентів молодших курсів $93,5 \pm 1,2\%$ хлопців та $95,3 \pm 1,1\%$ дівчат мають досвід вживання алкогольних напоїв при відсутності в області посад лікарів-наркологів дитячих;

- науково обґрунтовано оптимізовану модель наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні, яка є суспільно орієнтованою та носить міжсекторальний характер, профілактична складова якої реалізується через максимальну корисну зайнятість підлітків та молоді і підвищення ролі сім'ї шляхом формування родинних традицій та цінностей, а реабілітаційна складова реалізується шляхом створення медико-соціальних амбулаторно-поліклінічних реабілітаційних центрів/кабінетів за місцем проживання населення з їх відвідуванням залежними особами з партнером, якого вони обрали для забезпечення психологічної підтримки в повсякденному житті.

Набула подальшого розвитку методологія підготовки та реалізації регіональних цільових програм людям, що вживають психоактивні речовини, зловживають алкоголем та мають залежність від них, яка спрямована на профілактику та соціальну реабілітацію, яка полягає в послідовному алгоритмі організаційних та управлінських дій.

Удосконалено організацію системи надання первинної медичної допомоги населенню на регіональному рівні в умовах реформування системи медичної допомоги населенню.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає у доповненні теорії соціальної медицини в частині управління охороною здоров'я, зокрема щодо обґрунтування оптимізованої моделі організації наркологічної допомоги населенню в сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що вони стали підставою для:

- обґрунтування алгоритму інтеграції наркологічної допомоги на первинний рівень надання медичної допомоги;
- запровадження системи комунікацій та соціальної мобілізації в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я.

Впровадження результатів дослідження проводилося на етапах його виконання:

а) на галузевому рівні матеріали дослідження використані при розробці наказів МОЗ України: наказ МОЗ України від 28.07.2011 № 443 “Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу”; наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 732 “Про затвердження положень про заклади охорони здоров'я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів”; наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 131 “Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи”; наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 132 “Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну

медичну (медико-санітарну) допомогу”.

Розроблено *галузеві нововведення*, які затверджено проблемною комісією МОЗ та АМН України з соціальної медицини та організації охорони здоров'я: Модель профілактичної роботи з вживання наркотиків та психотропних речовин на первинному рівні медичної допомоги/ Слабкий Г.О., Кручаниця В.В., Олексієнко О.В. , Горбань А.Є. , Дзюба О.М., Ринда Ф.П. // Реєстр галузевих нововведень. № 354/1/14, 215–216 с.

Розроблено *методичні рекомендації*:

Антиалкогольна робота лікаря загальної практики-сімейного лікаря (методичні рекомендації)// Методичні рекомендації/ Г.О.Слабкий, І.С.Миронюк, В.В.Кручаниця – Київ, 2016.–21 с.

Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я. / Г.О. Слабкий, В.В. Шафранський, І.С. Миронюк, В. В. Кручаниця// Методичні рекомендації – К., 2016. – 20 с.

Функціонально-організаційна оптимізована модель наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні. Методичні рекомендації// І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий Г.О, В.В.Кручаниця. м. Київ, 2018 – 40 с.

б) на *регіональному* рівні окремі інновації впроваджується в Донецькій області (акт впровадження від 03.07.2017 року), Запорізькій області (акт впровадження від 20.06.2017 року), Полтавській (акт впровадження від 08.08.2017 року) області, Харківському обласному наркологічному диспансері (акт впровадження від 03.10. 2017 року), Львівському обласному наркологічному диспансері (акт впровадження від 25.10. 2017 року), Вінницькому обласному наркологічному диспансері (акт впровадження від 10.11. 2017 року), Київській міській наркологічній клінічній лікарні “Соціотерапія” (акт впровадження від 20. 06. 2017 року), Центрі ПМСД м. Мукачево (акт впровадження від 20. 06. 2017 року), Центрі ПМСД м. Ужгород (акт впровадження від 12.10. 2017 року).

Результати дослідження впроваджені в навчальний процес в наступних ВНМЗ: Запорізька медична академія післядипломної освіти (акт впровадження від

5 вересня 2017 року), Українська медична стоматологічна академія (акт впровадження від 2 вересня 2017 року), Житомирський інститут медсестринства (акт впровадження від 12 вересня 2017 року).

Особистий внесок автора. Автором самостійно визначено напрямок, мету та завдання дослідження; розроблено його програму; розроблено методологію дослідження для вирішення поставлених завдань; здійснено збір та викопіювання первинної документації; розроблено анкети для проведення соціологічного дослідження, проведено дослідження та статистично опрацьовані і проаналізовані результати; здійснено формування баз даних і статистичну обробку результатів дослідження на основі пакету статистичного аналізу Microsoft Excel, отримані дані оброблені на персональному комп'ютері за допомогою ліцензованої програми Statistika 6.0, проведена систематизація та наукова інтерпретація отриманих результатів, організовано проведення експертного визначення видів наркологічної допомоги на первинному рівні, базуючись на отриманих результатах та міжнародному досвіду запропоновано оптимізовану функціонально-організаційну модель організації наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я та проведена експертна оцінка її прийнятності, сформовано висновки, розроблено практичні рекомендації, що знайшло відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації.

Апробація роботи. Основні положення дисертації доповідались та обговорювались:

- на *міжнародному рівні*: НПК з міжнародною участю “Організація і управління охороною здоров'я 2015”, 20-21 жовтня 2015 року, м. Київ; міжнародна НПК “Можливості превентивного та лікувального впливу на соціально-значимі захворювання в закладах первинної медико-санітарної допомоги”, 12-13 квітня 2016, м. Ужгород; НПК з міжнародною участю “Організація та управління охороною здоров'я 2016”, 18–20 жовтня 2016, м. Київ; міжнародна НПК “Сучасні погляди на актуальні питання теоретичної, експериментальної та практичної медицини”, 15-16 грудня 2017 року, м. Одеса;

міжнародна НПК “Вітчизняна та світова медицина в умовах сучасності”, 12-13 січня 2018 року, Дніпро; НПК з міжнародною участю до Всесвітнього дня Здоров’я 2018 р. “Загальне охоплення послугами охорони здоров’я - для всіх і всюди”, 05–06 квітня 2018 р., м. Київ; VII Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров’я України». 25-27 квітня 2018р., м. Київ;

- *на національному рівні*: XII з’їзд ВУЛТ січень-грудень 2013; НПК “Актуальні питання практичної інтеграції відомчих медичних структур в загальнодержавну систему охорони здоров’я в контексті реалізації державної політики у сфері охорони здоров’я України”. 15 жовтня 2015 року, м. Київ; 71-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки. 26 лютого 2017р., м. Ужгород.

Публікації. Матеріали дисертації знайшли відображення в 26 наукових публікаціях в тому числі 12 статтях у наукових фахових виданнях (в одноосібному авторстві — 8 , за кордоном - 2), 1 розділі монографій, 1 навчальному посібнику, 8 матеріалах науково-практичних конференцій, 3 методичних рекомендаціях та 1 галузевому нововведенні.

Обсяг та структура дисертації. Дисертацію викладено на 292 сторінках в тому числі 150 власного друкованого тексту, складається із вступу, огляду наукової літератури, програми дослідження , 6 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій; ілюстрована 59 таблицями, 11 рисунками, має 19 додатків. Список використаної літератури містить 172 наукових джерел, у тому числі 33 іноземних авторів.

Розділ 1

ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ І ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН ТА ДОСВІД ПРОФІЛАКТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗАЛЕЖНИХ ОСІБ

Вживання населенням світу психоактивних речовин є актуальною глобальною медичною, соціальною та економічною проблемою.

1.1. Медико-соціальні аспекти вживання населенням алкоголю та психоактивних речовин

Проблема залежності від психоактивних речовин є однією з ключових проблем в глобальному плані та для сучасної України [23,24]. Вона пронизує всі рівні функціонування суспільства, оскільки ставить під загрозу фізичне здоров'я нації, призводить до редукції її інтелектуального потенціалу, порушення соціальних відносин та духовного занепаду [25].

Вживання ПАР є одним із найбільш вагомих детермінант в структурі захворюваності населення в світі. На нього приходить до 11% всіх порушень здоров'я [26].

Актуальність питань моніторингу та аналізу наркологічного здоров'я населення обумовлена тим, що серед численних чинників ризику розвитку НІЗ нездорове споживання алкоголю займає особливе місце [27]. У світовому вимірі алкоголь є причиною значного числа смертей, яке у 2014 р. досягло 3,3 млн.[28]. А число втрачених років життя через нездоров'я, інвалідність та передчасну смертність внаслідок зловживання алкоголем становить 5,1% загального глобального тягара хвороб [29]. У Європейському регіоні ВООЗ внесок алкоголю у формування глобального тягара хвороб досягає 10,8%, а питома вага у загальній структурі смертності становить 6,3% [30]. Понад 200 різних захворювань етіологічно пов'язані з нездоровою алкогольною поведінкою [31].

Як було зазначено алкоголь виступає провідним фактором ризику, займаючи перше-друге місце за впливом на формування глобального тягара

хвороб у багатьох країнах [32]. Споживання алкоголю призводить до смерті та інвалідності на більш ранніх стадіях життя людини. Серед населення у віці 20–39 років приблизно 25% всіх випадків смерті пов'язано з алкоголем [33].

Важливо відмітити, що вживання ПАР є однією із головних детермінант порушень психіки та поведінки [34,35]. Так, гострі та хронічні розлади психіки та поведінки які розвиваються внаслідок вживання наркотиків та зловживання алкоголем займають перші місця в структурі причин розладів психіки та поведінки. За літературними даними розлади психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР достовірно перевищують розлади які виникли внаслідок органічних чи фізіологічних порушень [36,37].

Крім наслідків для здоров'я шкідливе вживання алкоголю завдає значних соціальних й економічних збитків окремим людям і суспільству в цілому [38]. Завдана алкоголем шкода виходить за рамки фізичного і психологічного здоров'я осіб, що ним зловживають. Він серйозно позначається на добробуті суспільства, здоров'ї та якості життя оточуючих [39].

Прямі та непрямі економічні втрати внаслідок алкоголізації населення завдають істотної шкоди соціально-економічному розвитку країн [40]. Вживання алкоголю у великих кількостях призводить до погіршення демографічної ситуації, зростання травматизму, насилля в суспільстві і сім'ях, зниження продуктивності праці, сприяє безробіттю, бідності, скорочує тривалість життя населення [41,42]. Розміри прямих і побічних економічних втрат внаслідок шкідливого вживання алкоголю населенням оцінюються в світовому масштабі в 210–665 млрд дол. США на рік і досягають в країнах 2–5% ВВП [43]. Так, тільки в США фінансові збитки внаслідок вживання ПАР оцінюються понад 26 млрд доларів, а всі економічні втрати суспільства внаслідок вживання алкоголю оцінюються в 185 26 млрд доларів [44].

При цьому необхідно відмітити, що за даними ВООЗ вживання алкоголю є глобальною проблемою. Так, найвищі показники щодо вживання алкоголю зареєстровані в Клумбії (32,0%) та Грузії (28,0%), а найвищі показники

залежності від алкоголю зареєстровані в Польщі (12,0%) та в Бразилії (11,0%) [45,46].

Проведений аналіз Європейської бази даних «Здоров'я для всіх» вказує на тенденцію до скорочення за 2000–2011 рр. період щорічного споживання алкоголю на душу населення в європейському регіоні в перерахунку на чистий спирт таким чином:

- в країнах Європейського Союзу з 11,0 л до 9,9 л.;
- в Європейському Регіоні ВООЗ в цілому – з 8,9 л до 8,7 л.;
- збільшення його споживання в країнах СНД – з 7,2 л до 8,6 літра.

Найвищі рівні споживання алкоголю, за даними ВООЗ, на душу населення зареєстровані у Молдові (18,2 л), Чехії (16,5 л), Угорщині (16,3 л), Російській Федерації (15,8 л). Україна займає відповідне місце з показником споживання алкоголю 15,6 літра на душу населення. Необхідно відмітити, що реєструється негативна тенденція до зростання цього показника в Україні з 5,4 л у 2002 р. до 15,6 л в 2014 році [47,48].

Аналіз даних ВООЗ щодо вживанню алкоголю в Україні у 2010 р. серед різних груп населення показав, що епізодично вживали алкоголь 22,6% населення, в т.ч. 35,2% чоловіків і 12,1% жінок [49].

В Україні проводиться детальний щорічний моніторинг наркотичної ситуації [50-54] та вживання населенням алкоголю [55- 57].

Населення України переважно споживає алкогольні напої вітчизняного виробництва. Частка продажу алкогольних напоїв, які вироблені на території України, у товарообороті торгової мережі підприємств становила: від 68,0% (вина) – 80,1–80,5% (коньяк, вина ігристі) до 81,7% (горілка та лікєро-горілчані вироби) – 88,5% (пиво) – 92,6% (слабоалкогольні напої) у 2013 р. та 67,8%, 79,8%, 82,3%, 79,7%, 90,0% та 94,4% в 2014 р. відповідно [58,59].

Показником алкогольної ситуації є витрати населення на алкоголь. За останні роки витрати населення на алкогольні напої та тютюн залишаються стабільно значними. За даними Державного комітету статистики України, частка витрат українця у торговельній мережі країни на спиртне та тютюн

становить від 6,5% до 8,0% (розраховані витрати населення тільки в тих торгових точках, де видають товарні чеки) [60].

Алкоголь є найбільш популярним продуктом споживання українських громадян. Так, за даними асоціації «Український клуб аграрного бізнесу», населення країни споживає в чотири рази більше алкогольних напоїв, ніж молока. За розрахунками в 2014 р. було вироблено близько 1,1 млрд л питного молока, а вітчизняна промисловість виробила близько 2,4 млрд л пива, 0,2 млрд л горілки і 0,2 млрд л лікерів і вин [61].

Тривогу викликає існуюча домінуюча модель споживання алкоголю. Це; ранній вік початку вживання алкоголю, часте вживання у великих дозах та переважно міцних алкогольних напоїв, зі значною часткою вжитих неякісних і небезпечних [62]. Статистичні дані говорять про те, що, у структурі споживання населенням країни алкогольних напоїв переважають міцні напої (48%) і пиво (40%), вино складає 9% всіх споживаних алкогольних напоїв. В рейтингу європейських країн за показником споживання міцних алкогольних напоїв Україна посідає сьоме місце. Новою проблемою країні є так званий «пивний» алкоголізм [63].

При цьому слід зазначити, що в Україні спостерігається північний тип споживання алкоголю населенням, що характеризується вживанням більш міцних алкогольних напоїв [64].

Аналітики відзначають, що тенденція скорочення виробництва алкогольних напоїв не свідчить про зменшення кількості його споживання, адже не враховується контрафактна продукція. Як вказують деякі дані, обсяги нелегального ринку алкогольних напоїв в країні зростають. За даними ВООЗ, Україна є єдиною країною Європи, у якій обіг незареєстрованого алкоголю становить 36% ринку, та являється рекордсменом за абсолютним обсягом спожитого тіньового алкоголю: п'ять літрів чистого спирту на одного жителя в рік [65].

Аналіз даних Центру медичної статистики МОЗ України вказує на те, що протягом 2015 р. у ЗОЗ було зареєстровано 2,0 тис. гострих алкогольних

психозів, 26,9 тис. нових випадків хронічного алкоголізму, 3,5 тис. вперше зареєстрованих випадків захворювань на наркоманії. Усього у 2015 р. на обліку в ЗОЗ перебувало 535,9 тис. осіб, з яких 471,9 тис. по причині хронічних алкогольних розладів, 60,2 тис. – по причині наркоманій, 3,8 тис. – по причині гострих психотичних алкогольних розладів [66].

За період 2010–2015 рр. захворюваність на розлади психіки і поведінки по причині вживання алкоголю за даними звернень до ЗОЗ мала тенденцію до зниження. У зрівнянні з 2014 р. показники захворюваності на хронічні алкогольні психотичні розлади зменшилися на 5,7%, на гострі алкогольні психотичні розлади – на 11,7%, на наркоманії – на 3,4% [67].

Аналіз статистичних даних МОЗ України вказує на те, що захворюваності населення внаслідок вживання алкоголю в розрізі регіонів дозволив виявити найбільш високі показники захворюваності на гострі психотичні алкогольні розлади в Черкаській області (13,7 випадку на 100 тис. нас.), Вінницькій області (12,4), Чернігівській (11,3), Івано-Франківській області (9,2), Донецькій області (9,1) при середньому показнику по країні 4,7 випадку на 100 тис. населення.

При цьому показник захворюваності на хронічні алкогольні психози найвищою зареєстрована в Київській області (164,2 випадку на 100 тис. нас.), Хмельницькій області (119,2), Миколаївській області (103,8), Луганській області (97,6), що в 1,6–2,6 разу перевищує середній показник по країні.

При цьому найвищі показники захворюваності на наркоманії зареєстровано у Запорізькій області (19,6 випадку на 100 тис. нас.), Дніпропетровській області (17,7), Кіровоградській області (17,3), Полтавській області (14,9) при середньому показнику в Україні - 8,4 випадку на 100 тис. населення[68].

У 2015 р. поширеність гострих психотичних алкогольних розладів була найвищою у Хмельницькій області (37,2 випадку на 100 тис. нас.), Черкаській області (23,3), Івано-Франківській області (21,2), Донецькій області (17,4), Чернігівській області (16,0). У більшості вказаних областей зареєстровано

найвищі рівні поширеності хронічних алкогольних розладів (Хмельницька область, Чернігівська область, Івано-Франківська область). Поширеність наркоманій була значною у Запорізькій області (364,1 випадку на 100 тис. нас.), Кіровоградській області (251,3), Донецькій області (247,3), Одеській області (232,1), Миколаївській області (206,9) при середньому показнику в Україні - 140,8 випадку на 100 тис. населення [69].

Також характеризує стан наркологічних проблеми смертність внаслідок розладів психіки та поведінки через вживання психоактивних речовин. У 2016 р. найвищі рівні смертності внаслідок розладів психіки і поведінки через вживання алкоголю виявлено у Закарпатській області (9,5 на 100 тис.), Чернігівській області (7,5 на 100 тис.) та Житомирській області (5,6 на 100 тис.). При цьому, смертність внаслідок вживання алкоголю і серед сільського, і серед міського населення була найвищою у Закарпатській області та Чернігівській області [70, 71].

Тривогу викликають високі показники смертності від розладів психіки і поведінки через вживання алкоголю населення працездатного віку. Так, найвищі показники смертності зареєстровано в Чернігівській області (10,6 на 100 тис.), Закарпатській області (8,0 на 100 тис.), Житомирській області (7,7 на 100 тис.). За рівнем смертності внаслідок розладів психіки і поведінки через вживання алкоголю серед сільського населення у 2016 р. лідерами були Чернігівська область, Хмельницька область та Закарпатська область, серед міського населення – Чернігівська область, Житомирська область та Чернівецька область [72].

Вживання алкоголю обумовило високі показники смертності населення країни внаслідок алкогольної кардіоміопатії (8,0 на 100 тис.), алкогольної хвороби печінки (4,1 на 100 тис.), випадкових отруєнь алкоголем (7,0 на 100 тис.) тощо [73].

Особливу тривогу, що відмічається в значній частині наукових публікацій [74-77] викликає вживання психоактивних речовин як в усьому світі так і в

Україні підлітками та молоддю. При цьому відмічається зростання кількості молоді, яка все частіше починає раннє вживання ПАР [78-80].

Так, за даними Балакіревої О.М. та співавторів [81] при проведенні репрезентативної вибірки соціологічним дослідженням в усіх регіонах України було встановлено, що 4% опитаних вказали на вживання наркотичних речовин з їх найбільшою часткою в м. Київ (13%) та Північному регіоні (10%). Протягом останніх 12 місяців наркотичні речовини ін'єкційним шляхом вживало із них 7%. При цьому із них 8% вживали наркотики по два і більше рази на день і 8% щоденно. Із числа опитаних 1% вживали алкогольні напої щоденно, а 18% - щотижня. На ранній початок вживання наркотиків та небезпечний спосіб їх вживання вказують і результати іншого дослідження [82].

На це вказує і Вієвський А.М., який відмічає, що 32% респондентів почали вживати наркотики у віці 12-16 років, а ще 32% почали їх вживати у віці 17-18 років. При цьому за останні 30 днів 4% вживали наркотики не рідше одного разу на тиждень [83].

За даними Чемерис Н.М. та Любінця О.В. [84] 83,5% студентської молоді регулярно вживають алкогольні напої.

За даними Національного звіту щодо наркотичної ситуації в Україні за даними 2016 року загальна кількість підлітків групи ризику віком від 10 до 19 років в Україні оцінюється у 129 тис осіб. Кумулятивна кількість підлітків групи ризику становить 991 особу на 100 тис підлітків. При цьому кількість підлітків, які є СІН в 2015 році становить 21700 із яких 17500 є хлопцями та 4200 дівчатами. Це вдвічі менше ніж їх оціночна чисельність в 2008/2009 роках [85].

Отримані під час проведення аналізу дані підтверджують результати опубліковані в закордонних публікаціях [86-88], щодо раннього початку вживання підлітками в сучасних умовах розвитку суспільства алкоголю та психоактивних речовин.

Аналіз даних наукової літератури вказує на те, що основними детермінантами, які спонукають підлітків до вживання ПАР є їх доступність при відсутності навиків здорового способу життя та незайнятості негативний вплив сучасної масової культури, яка включає кіно та рекламу, інтернет інформація, які впливають на свідомість підлітків, відсутність у батьків та педагогів достатньої інформації про проблему та навиків протидії, особливо в підлітковому середовищі [89-93].

Проблемам молодіжного алкоголізму присвячена значна кількість наукових публікацій [94-96]. Деякі спеціалісти відмічають, що відсутність у молодих людей навиків корисної зайнятості та небажання її мати призводить до вживання ПАР, як до форми само затвердження з наступними негативними наслідками для здоров'я та соціальними наслідками [97,98]. Характерною особливістю сучасного стану вживання молоддю алкоголю є манера «напиватися доп'яна» [99,100].

В літературі детально представлені біологічні чинники [101-103], психологічні передумови [104-108], соціальні детермінанти [109,110] вживання ПАР дітьми та підлітками, які мають бути врахованими при формуванні профілактичної політики від базового до національного рівнів.

Необхідно відмітити, що на сучасному етапі вживання молоддю ПАР має чисельні мотиваційні фактори на які мають вплив індивідуальні-психологічні чинники як соціальне оточення та соціально детерміновані особливості поведінки [111,112],

1.2. ООН та Всесвітня організація охорони здоров'я в боротьбі із шкідливим вживанням алкоголю та вживанням наркотиків

ООН та ВООЗ послідовно постійно проводить цілеспрямовану політику, скеровану на скорочення споживання населенням алкоголю та наркотиків [113].

В Цілях Стійкого Розвитку Організації Об'єднаних націй (SDGs) до 2030 року, попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання

психоактивних речовин та лікування залежних визначено в якості глобальних завдань [114,115]. Це визначено двома наступними завданнями:

- посилення методів попередження та лікування розладів внаслідок вживання ПАР, включаючи вживання опіодів і алкоголю з шкідливими наслідками;

- Загальне охоплення медичною допомогою.

Політика ВООЗ, як провідника ідей ООН по скороченню споживання алкоголю та наркотиків, відображену в 10 резолюціях Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я. Уже в 1979 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я в прийнятій резолюції WHA 32.40 визнала, що «Проблеми, пов'язані з алкоголем, особливо з його надмірним споживанням, відносяться до найбільш серйозних проблем громадського здоров'я»[116]. У 2008 р. на 61-й сесії ВООЗ була прийнята резолюція «Про стратегію скорочення шкідливого вживання алкоголю», яка закликала до розробки проекту глобальної антиалкогольної стратегії [117].

Використовуючи існуючий досвід та дані з доведеною ефективністю ВООЗ своїми документами визначила ряд вискоелективних стратегій та профілактичних заходів загальної спрямованості неінфекційних захворювань та скорочення факторів ризику їх розвитку.

Такими документами у Європейському регіоні ВООЗ зокрема є «Основи нової Європейської політики в охороні здоров'я «Здоров'я-2020» (2012 р.) [118], декларація I Глобальної міністерської конференції щодо здорового способу життя та боротьби з неінфекційними захворюваннями (2011 р.) [119], Європейська стратегія профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями на 2012–2016 рр. [120].

За останні роки на глобальному рівні прийнята низка документів, які скеровані на рішення проблем наркотизації та алкоголізації населення.

Серед прийнятих за останній час документів необхідно відмітити наступні:

- Проблемы общественного здравоохранения, вызываемые вредным употреблением алкоголя. IV резолюция пятьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (Май 2005 г.) WHA58.26 [121];

- Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя, 2010 Всемирная организация здравоохранения [122];

- Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. [123];

- Наша общая приверженность эффективному решению мировой проблемы наркотиков и борьбе с ней. Заключительный документ специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 2016 года по мировой проблеме наркотиков. Нью-Йорк, 19–21 апреля 2016 года [124];

- Глобальная комиссия по вопросам наркополитики. На пути реформы наркополитики: новый подход к декриминализации, ноябрь 2016 [125];

- Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2017 год [126];

- Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Всемирный доклад о наркотиках, 2017 год [127];

- Мировая проблема наркотиков с позиций общественного здравоохранения Всемирная организация здравоохранения Семидесятая сессия всемирной ассамблеи здравоохранения A70/29 Пункт 15.3 предварительной повестки дня 27 марта 2017 г. [128].

Європейський план дій по скороченню шкідливого вживання алкоголю на 2012 – 2020 рр. [129] передбачає десять цільових напрямків дій і безпосередньо: розвиток лідерства, інформованості і прихильності; заходи на рівні служб охорони здоров'я; дії в громадах і на робочих місцях, політику і контрзаходи з управління транспортними засобами в стані алкогольного сп'яніння; зменшення доступності алкогольних напоїв; маркетинг і відповідну цінову політику; зменшення негативних наслідків вживання алкоголю та алкогольного сп'яніння; зменшення наслідків для громадського здоров'я, пов'язаних зі

спиртними напоями, виготовленими незаконно і в неорганізованому секторі; моніторинг та епіднагляд.

Таким чином, проведений аналіз положень Європейського плану дій по скороченню шкідливого вживання алкоголю на 2012–2020 рр. свідчить про рекомендації щодо застосування всебічних комплексних дій, поєднання підходів, які спрямовані на профілактику ризиків на рівні всього населення, сумісно зі стратегіями, які націлені на окремих осіб з груп підвищеного ризику або з виявленими залежностями. Дії на рівні всього населення включають комплексну політику боротьби з алкоголем, оподаткування з метою зниження споживання алкогольних напоїв. На індивідуальному рівні ефективними профілактичними заходами має бути формування здорового способу життя, пропаганда здорової поведінки, утримання від споживання і зловживання алкоголем.

Глобальна стратегія зі скорочення шкідливого вживання алкоголю і глобальні цілі, які прийняті ВАОЗ в 2013 р та прийнятий Європейський план дій зі скорочення шкідливого вживання алкоголю на 2012–2020 рр. вказують на те, що країни в своїй діяльності повинні, крім іншого, приділяти першочергову увагу діям і їх дії мають бути спрямованими на скорочення шкідливого вживання алкоголю, посилювати зусилля на профілактику пов'язаних з ним хвороб і забезпечувати доступ до основних медичних технологій і лікарських засобів.

Таким чином, країнам, в тому числі Україні, при розробці Національного плану дій та цільових програм щодо скорочення шкідливого вживання населенням алкоголю необхідно враховувати національний контекст і рекомендації ВООЗ з міжсекторальної взаємодії, у т.ч. підвищення ефективності діяльності служб системи охорони здоров'я, які включають якісну профілактику і ефективне результативне лікування порушень, що викликані вживанням алкоголю та наркотиків, обмеження продажу і доступності алкогольних напоїв, ефективну протидію поширенню, виготовлення і збуту алкогольних напоїв, які виготовлені незаконно, у т.ч. фальсифікатів,

проведення контрзаходів щодо управління автотранспортом у стані сп'яніння, постійну активізацію діяльності місцевих громад, значне ослаблення впливу маркетингу алкогольної продукції.

Необхідно відмітити, що прийняття та реалізація в Україні на науковій комплексній міжсекторальній основі Національного плану дій зі скорочення шкідливого вживання населенням алкоголю дозволить скоротити поширеність цього значного чинника ризику розвитку неінфекційних хронічних захворювань серед населення; ефективно знизити передчасну смертність і інвалідність населення і в першу чергу працездатного віку, які обумовлені алкоголем, сформулювати засади тверезого та здорового способу життя.

1.3. Профілактика, як ефективний засіб протидії вживанню наркотиків та шкідливого вживання алкоголю

Успішність проведення антиалкогольних стратегій залежить від наявності політичної прихильності на рівні держави, послідовності та рішучості з боку багатьох партнерів учасників процесу у рамках міжгалузевого підходу дій [130]. Реалізація заходів боротьби із вживанням ПАР та зловживанням алкоголем має охоплювати всі рівні, починаючи з родини, громади, стосуватися всебічних аспектів життя і діяльності населення, включаючи політику щодо управління транспортними засобами в нетверезому стані, фізичної доступності алкогольних напоїв, регулювання їх збуту, цінової політики [131].

На важливе значення профілактичних цільових програм, міжсекторальний підхід і їх початок з молодшого шкільного віку з залученням до їх проведення школи та родин вказує в своїх документах ВООЗ, показуючи їх ефективність в країнах де вони впроваджені [132-134].

Досвід провідних країн показує, що антиалкогольні та антинаркотичні заходи повинні стосуватися як усього населення, так і уразливих груп населення та конкретних осіб з алкогольними та наркотичними проблемами. План дій потрібно спрямовувати на ефективне зниження шкоди від вживання

алкоголю та вживання ПАР, спираючись на переконливі фактичні дані, культурні особливості, місцеві потреби тощо [135,136].

Більшість дослідників вказують недостатній рівень знань про ЗСЖ і ефективні способи профілактики факторів ризику, насамперед вживання ПАР та шкідливого вживання алкоголю у населення та працівників первинної ланки [137-139]. Наведене вказує на необхідність впровадження програм раннього виявлення і короткого консультування для людей із вживанням ПАР та небезпечним і шкідливим рівнем вживання алкоголю в закладах первинної медичної допомоги, спеціалізованої акушерсько-гінекологічної, травматологічної служб, ЕМД, у закладах соціального забезпечення, на робочих місцях і в організаціях та у навчальних закладах [140-141].

Інформаційні, освітні та методичні потреби населення в цілому, груп ризику та працівників ПМСД з питань профілактики і лікування неінфекційних захворювань, у т.ч. алкогольної та наркотичної залежності, і чинників ризику їх розвитку полягають у високому їх попиті. Існує висока потреба в розробці методичних рекомендацій для фахівців ПМСД та загальної лікарської мережі з виявлення осіб із небезпечним і шкідливим рівнем вживання алкоголю та вживанням ПАР, з проведення коротких і поглиблених консультаційних втручань з профілактики та корекції поведінки щодо вживання ПАР та алкоголю [142]. При цьому важливо передбачити забезпечення відповідної підготовки фахівців ПМСД, а також отримання адекватної оплати за надання наркологічних послуг. Необхідно забезпечити розвиток послуг щодо відмови від вживання ПАР та алкоголю і лікування розладів, викликаних їх вживанням, при цьому використовуючи засновані на фактичних даних поведінкові і фармакологічні методи реабілітації та лікування [143-145].

Важливими та ефективними аспектами антиалкогольної політики є достатнє інвестування в шкільну освіту та постійні і адекватні інформаційно-просвітницькі кампанії, які спрямовані на боротьбу з алкоголем та вживанням ПАР, підтримка ініціатив місцевих громад та муніципалітетів щодо скорочення вживання ПАР та шкідливого вживання алкоголю, адвокація антиалкогольних

заходів на робочих місцях, впровадження на робочому місці за потребою коротких порад, психологічних консультацій та інформаційних програм антиалкогольного спрямування [146-149].

Профілактичні дії в напрямку зменшення наркологічних проблем молоді в теперішній час є частиною стратегії з формування ЗСЖ, що формується на засадах життєвих навичок з координаційним забезпеченням МОН та МОЗ України [150].

Необхідно відмітити, що в деяких країнах світу було здійснено спробу підготовки державного освітнього стандарту з профілактики наркоманій та алкоголізму. Але враховуючи їх неовов'язковість, вони залишилися документами рекомендаційного характеру, за якими проводять профілактичну роботу [151-153].

Враховуючи комплексність проблеми алкоголізації населення надзвичайно важливим є створення на державному рівні адекватної структури суспільного здоров'я, що має забезпечувати реалізацію антиалкогольної політики держави, а також забезпечення формування координаційного органу – Координаційної ради з проблем алкоголю з участю представників причетних відомств, недержавного сектору, професійних асоціацій та громадських об'єднань, організацій пацієнтів. Необхідною умовою є проведення широких інформаційно-просвітницьких кампаній для населення з роз'ясненням шкоди від вживання алкоголю для людей, сімей та громад і адвокацією заходів з питань зменшення шкоди, можливостей лікування тощо [154,155].

Таким чином, можна зробити висновок, що алкоголізація населення залишається однією з актуальних проблем українського суспільства. Україні, як і більшості країн Європейського союзу, притаманна значна поширеність шкідливого вживання алкоголю та вживання ПАР, що сприяє розвитку епідемії неінфекційних захворювань і вагомим медико-соціальним втратам та економічним збиткам. Необхідно відмітити, що Україна у рейтингу країн Європейського регіону ВООЗ посідає п'яте місце за споживанням алкоголю на душу населення [156].

При цьому, в Україні порівняно з країнами ЄС, недостатньо застосовуються стимули для зменшення споживання алкоголю. Так, якщо в ЄС вартість 1 пляшки горілки перевищує вартість молока мінімум в 10 разів, то в Україні цей показник становить близько 3. За даними Євростату (2012 р.), відношення роздрібної ціни пляшки горілки до пляшки пива в Україні становить 5,6 разу, у той час як у Латвії – 19,4 разу, Словенії – 13,7 разу, Литві – 13,1 разу, Франції – 11,9 разу, Німеччині – 10,5 разу [157].

Слід зазначити, що в 2015 р.в Україні було розроблено низку заходів щодо вдосконалення механізмів контролю запобігання виробництву та реалізації нелегальної продукції, зокрема встановлення мінімальних цін. Постановою КМУ від 17.06.2015 №1426 внесено зміни у додаток до постанови КМУ від 30.10.2008 №957 щодо розміру мінімальних оптово-відпускних і роздрібних цін на окремі види алкогольних напоїв. Зокрема встановлено розмір цін, що застосовуються до 31.08.2015 р. та з 01.09.2015 р. мінімальна роздрібна ціна за 1 пляшку горілки та лікєро-горілочаних виробів місткістю 0,5 літра та міцністю 40% повинна бути 54,9 гривні [158].

Також з 1 липня 2015 р. набули чинності зміни до Податкового кодексу, що були ухвалені ВР України в грудні 2014 р., відповідно до яких усі напої, які містять спирт етиловий в кількості понад 0,5% об'ємних одиниць, віднесені до категорії алкогольних напоїв. Ця норма стосується також пива. З цього часу, на пиво поширюються усі норми законодавства, які регулюють алкогольну галузь. Дане призведе до зменшення доступності придбання пива, тому що воно заборонено через дрібно-роздрібну торговельну мережу. Торгівля пивом вимагає наявності ліцензії (річна на оптову продажі становить 0,5 млн грн, а для роздрібної торгівлі – 8,0 тис. грн у містах і 0,5 тис. на селі) та наявності касового апарату. Також на пиво розповсюджуються всі обмеження щодо рекламування алкоголю, у т.ч. забороняється його реклама на телебаченні і радіо в денний час, зовнішня реклама, використання брендіваних меблів, келихів, а також спонсорство, зокрема і спортивних команд [159].

Таким чином, Україна долучилася до країн (Велика Британія, Данія, США, Швеція тощо), де алкогольними вважаються напої із вмістом спирту від 0,5%.

Важливу роль відіграє діяльність системи охорони здоров'я, що забезпечує виявлення осіб із високим ризиком розвитку алкогольної залежності на ранніх стадіях з використанням простих методик, таких як таблиці для прогнозування конкретних ризиків [160,161].

При ранньому виявленні зловживання, ефективним є використання недорогого лікування. При цьому, об'єднання економічно ефективних заходів ПМСД зі стратегіями профілактики серед всього населення та груп ризику може мати ефективний вплив на скорочення зловживання алкоголем. Зміцнення систем охорони здоров'я для здійснення найбільш доцільних заходів за допомогою підходу, заснованого на первинній медичній допомозі, є важливим кроком із досягнення охоплення населення профілактичними послугами і скорочення вживання ПАР та шкідливого вживання алкоголю [162-164].

Вивчення рівня знань, умінь і прихильності ЛЗП-СЛ профілактичній роботі з попередження та мінімізації вживання алкоголю населенням виявило, що бесіди з пацієнтами профілактичного напрямку щодо вживання алкоголю проводять тільки 25,5% лікарів первинної ланки. Що стосується корекції алкогольної поведінки у пацієнтів, то постійно в рамках прийому нею займаються 49,4% ЛЗП-СЛ, час від часу рекомендують зменшення вживання алкоголю 21,3% лікарів, а 3,8% – ніколи. Більшість опитаних ЛЗП-СЛ підтвердили, що метою профілактичних втручань повинна бути зміна поведінки пацієнтів в напрямку, який вважається доцільним з медичної точки зору (97,3%). В той же час, 94,1% опитаних ЛЗП-СЛ вказали, що успіх заходів по зміцненню здоров'я та профілактиці захворювань, тому числі антиалкогольної спрямованості, залежить головним чином, від мотивації учасників як медичних працівників так і пацієнтів [165].

1.4. Про необхідність проведення подальших наукових досліджень із зазначеної теми

Вивчення та проведення аналізу вітчизняного і світового досвіду боротьби та профілактики із вживанням ПАР та зловживанням алкоголем, аналіз показників, структури і динаміки захворюваності, поширеності даного явища, показників і динаміки смертності внаслідок хвороб, які пов'язані з вживанням алкоголю та ПАР, оцінка стану діяльності на рівні ПМСД щодо профілактики споживання алкоголю дозволили визначити масштаби поширеності вказаної детермінанти розвитку неінфекційних хронічних захворювань і встановити існуючі проблеми та потреби, сформувані підґрунтя для розробки адекватних профілактичних заходів.

При цьому встановлено, що існуюча в Україні система профілактики небезпечного і шкідливого вживання ПАР та алкоголю і лікування хвороб, пов'язаних з їх вживанням, виявляється неефективними, не відповідають сучасним суспільним потребам та міжнародним підходам. Дане обумовлює необхідність обґрунтування нових сучасних підходів до профілактики небезпечного і шкідливого вживання ПАР та алкоголю, раннього активного виявлення осіб, що вживають ПАР та зловживають алкоголем з залученням ПМСД, організації надання своєчасної професійної допомоги, реабілітації та ресоціалізації таких хворих.

Таким чином, тягар проблем, пов'язаних з вживанням ПАР та зловживанням алкоголем, в значній мірі можна попередити, що підтверджують численні фактичні опубліковані дані, які свідчать про ефективність окремих стратегій і заходів зі скорочення шкоди, яка пов'язана зі зловживанням алкоголем та вживанням ПАР. З огляду на багатоплановість і комплексність проблем, пов'язаних зі вживанням спиртними напоями та ПАР для їх ефективного вирішення необхідне застосування різних варіантів стратегій та елементів політики, яка спрямована на попередження їх шкідливого вживання.

Дане визначило актуальність дисертаційного дослідження, його напрямок та забезпечило формування програми та дизайну дослідження.

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, МЕТОДИ І ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Досягнення мети дослідження потребувало розробки спеціальної програми, складеної з використанням системного підходу виконання якої передбачалося у сім організаційних етапів, що забезпечило комплексність дослідження та можливість отримання достовірної інформації для оцінки стану об'єкту дослідження та досягнення поставленої мети. Рис.2.1.

Методи та дизайн досліджування були затверджені на засіданні біоетичної комісії ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (Протокол № 5 від 21.10. 2014р.).

Використані методи дослідження за етапами виконання дослідження представлено в табл. 2.1.

Для проведення дослідження були розроблені відповідна програма та робочий план. Програма включала наступні розділи:

1. Визначення напрямку, об'єкту та предмету дослідження.
2. Визначення мети та завдань дослідження.
3. Визначення генеральної сукупності дослідження та розрахунок репрезентативної вибірки.
4. Розробка та затвердження інструментарію дослідження.
5. Розробка програми та дизайну дослідження.
6. Збір, статистична обробка та аналіз первинної статистичної інформації.
7. Проведення соціологічних досліджень.
8. Статистична обробка та аналіз отриманих результатів.
9. Комплексний аналіз отриманих результатів.
10. Розробка функціонально-організаційної оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я та її складових.

Мета дослідження	Наукове обґрунтування оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні.	
I етап	Аналіз існуючих підходів до ефективної діяльності закладів охорони здоров'я	
Методи системного підходу і аналізу, бібліосемантичний	Джерела наукова літератури (усього джерел – 172, з них 33 – іноземних авторів, Інтернет-мережі Medline, Pubmed, Medscape тощо)	
II етап	Вибір напрямку дослідження, формування мети, завдань, обґрунтування методів та обсягів дослідження	
Обґрунтування методів та обсягів дослідження	Розробка дизайну дослідження	Розробка анкет для соціологічного дослідження
	Збір та обробка інформації	
III етап	Оцінка епідеміології наркоманії та алкоголізму в Закарпатській області та їх медико-соціальних наслідків	
Статистична звітність закладів охорони здоров'я області, звітні форми (2006-2016 рр.): форми: №11, №32. Всього 308 од; Анкети опитування 400 осіб учнівської та студентської молоді Анкети опитування 437 дорослого населення		Методи системного підходу та аналізу, медико-статистичний, соціологічний, епідеміологічний
IV етап	Оцінка мережі та основних показників діяльності системи ПМСД в Закарпатській області	
Методи системного підходу та аналізу, медико-статистичний	Статистична звітність, форми (2011-2016 рр.): ф.№20 “Звіт лікувально-профілактичного закладу”, 84 од.;	
V етап	Оцінка мережі та основних показників діяльності наркологічної служби в Закарпатській області	
Статистична звітність закладів охорони здоров'я області, звітні форми (2006-2016 рр.): форми: №17, №20, №32, №47. Всього 462 од;		Методи системного підходу та аналізу, медико-статистичний
VI етап	Соціологічне дослідження з питань оцінки діяльності наркологічної служби	
Соціологічне дослідження; аналіз даних анкетних опитувальників: організаторів охорони здоров'я (340 од.), ЛЗП-СЛ (356 од.), залежних від ПАР (400 од.), лікарів-наркологів (21 од).		Методи системного підходу та системного аналізу, медико-статистичний, соціологічного (анкетного) опитування
VII етап	Наукове обґрунтування, розробка і впровадження оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні	
Методи системного підходу та системного аналізу наукових праць (157 од.), результатів власного дослідження; соціологічного опитування (1117 од.), концептуального та описового моделювання, метод експертних оцінок	Наукове обґрунтування та розробка оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я	
	Розробка алгоритму інтеграції наркологічної допомоги на рівень первинної медичної допомоги	
	Апробація та оцінка ефективності запропонованих за результатами дослідження нововведень.	
Впровадження 1. При розробці 4 наказів МОЗ України 2. 12 статей у наукових фахових виданнях (в одноосібному авторстві — 8, за кордоном - 2), 1 розділ монографії, 1 навчальний посібник, 8 матеріалів науково-практичних конференцій, 3 методичних рекомендацій та 1 галузеве нововведення. 3. 13 актів впровадження.		Експертна оцінка прийнятності запропонованої моделі. Анкети соціологічного опитування експертів. Експерти: 7 науковців, 8 організаторів охорони здоров'я вищої та першої кваліфікаційної категорії, 10 практикуючих лікарів.

Рис. 2.1. Програма, матеріали, обсяги та методи дослідження

11. Експертна оцінка та впровадження запропонованих інновацій, їх апробація та представлення в науковій літературі.

12. Формування висновків та практичних рекомендацій.

При розробці програми враховувались методичні принципи її створення: актуальність дослідження, системність, комплексність, достовірність результатів, наступність, практична значущість результатів.

Таблиця 2.1

Методичне забезпечення дослідження

Методи дослідження	Етапи
Системного підходу та аналізу	I-УІІ
Бібліосемантичний	I - УІІ
Соціологічний	УІ, УІІ
Медико-статистичний	ІУ-УІІ
Описового моделювання	УІІ
Концептуального моделювання	УІІ
Експертних оцінок	УІІ

Перший етап дослідження передбачав вивчення досвіду провідних країн світу, країн СНД та України з організації антинаркотичної та антиалкогольної діяльності на первинному рівні надання медичної допомоги, а також виявлення проблемних питань з даного питання в Україні. На даному етапі дослідження важливу увагу приділено аналізу документів ВООЗ з антинаркотичної та антиалкогольної діяльності та визначенню можливості їх застосування в Україні.

Інформаційною базою дослідження стало 172 джерел наукової літератури в тому числі 108 кирилицею та 33 латиною.

Другий етап дослідження включав вибір напрямку дослідження, визначення мети та завдань дослідження, об'єкту та предмету дослідження, бази наукового дослідження, обґрунтування методів та обсягів дослідження. Під час вибору напрямку дослідження та визначення його мети за основу взято

результати аналізу наукової літератури та наукових розробок останніх років з визначеної проблеми [1, 10, 17, 20, 30, 54, 157, 158]. На даному етапі були визначені та обґрунтовані методи наукового дослідження, які використовувалися в дослідженні для досягнення поставленої мети та рішенню завдань дослідження. На цьому етапі дослідження розроблено уніфіковану програму збору первинної інформації. При розробці програми дослідження були визначені основні вимоги, які передбачали узгодженість даних документів з чинною нормативною базою в Україні та ВООЗ з відсутністю в термінах подвійної інтерпретації, можливість отримання достовірних даних та статистичної їх обробки.

Метою третього організаційного етапу стало вивчення та проведення аналізу даних щодо епідеміології наркоманії та алкоголізму в Закарпатській області. Вивчалось питання первинної захворюваності населення області на наркоманії та алкоголізм, поширеності наркоманій та алкоголізму серед населення області, смертності населення від причин, що пов'язані з зловживанням алкоголю. Дане дослідження проводилося в розрізі міського та сільського населення, чоловіків та жінок.

Інформаційною базою, на даному етапі дослідження, стали статистичні звіти закладів охорони здоров'я області за 2006-2016 рр.:

- Форма № 11 «Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин» в кількості 154 одиниць;

- Форма № 32 «Звіт щодо осіб, які мають розлади психіки через уживання психоактивних речовин» в кількості 154 одиниць.

Всього опрацьовано 308 статистичних форм звітності.

Окремо досліджувався зловживання алкоголем підлітками. При вивченні питання вживання алкоголем підлітками було проведене соціологічне дослідження за спеціально розробленою анкетною (Додаток А-1). Серед підлітків соціологічне дослідження проводилося з дозволу батьків.

Під час розробки анкет було забезпечено збереження конфіденційності інформації про респондентів. Анкети були анонімними. Збір заповнених анкет

проводив безпосередньо дисертант. За пропозицією батьків до анкети не були включені питання щодо вживання підлітками ПАР.

Методом соціологічного дослідження охоплено 400 представників учнівської та студентської молоді: 100 студентів вищих навчальних закладів IV рівня акредитації, 150 учнів 9-11 класів сільських та 150 учнів 9-11 класів міських шкіл. Розподіл респондентів за статтю був наступним: 215 респондентів чоловічої та 185 жіночої статі. Отримані результати статистично оброблялися з використанням загальноприйнятих статистичних методів та програм EXCEL і STATISTICA 6. З ЗОЗ області були отримані моніторингові дані щодо звернення підлітків за медичною допомогою за причини отруєння алкоголем.

Крім того було вивчено соціальні, економічні та медичні детермінанти розвитку алкоголізму у дорослого населення Закарпатської області. Було роздано 500 спеціально розроблених анкет (Додаток А-2), Зібрано заповненими 437. Активність респондентів склала 87,4%. Статистично опрацьовано 400 анкет. 37 анкет статистично не були опрацьованими в зв'язку з некоректним заповненням респондентами.

Під час розробки анкет було забезпечено збереження конфіденційності інформації про респондентів. Анкети були анонімними. Збір заповнених анкет проводив безпосередньо дисертант.

Під час виконання *четвертого організаційного етапу*, з використанням статистичного методу був вивчено та проаналізовано пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини в області в розрізі адміністративних територій за 2012-2016 роки. Даний період визначено тим, що в 2012-2013 роках в області проводилася робота з формування Центрів ПМСД та юридичного розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги. Під час дослідження вивчалися та аналізувалися дані щодо динаміки мережі закладів ПМСД (сімейних амбулаторій), введення штатних посад ЛЗП-СЛ та рівня їх укомплектування в тому числі фізичними особами, кваліфікації ЛЗП-

СЛ, ресурсного забезпечення сімейних амбулаторій, показників звернення населення на первинний рівень надання медичної допомоги в тому числі з профілактичною метою.

Інформаційною базою дослідження даного етапу стали статистичні звіти адміністративних територій (Центрів ПМСД) за період 2012-2016 рр. – форма № 17 «Звіт про медичні кадри» та форма №20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу». Всього опрацьовано 84 форми статистичної галузевої звітності.

Під час виконання *п'ятого організаційного етапу* було вивчено та проаналізовано систему наркологічної допомоги в регіоні. В ході дослідження було вивчено мережу наркологічної допомоги, рівень кадрового забезпечення та основні показники діяльності.

Інформаційною базою дослідження стали статистичні звіти наркологічної служби за 2012-2016 роки:

- Форма № 17 «Звіт про медичні кадри»;
- Форма № 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу»;
- Форма № 32 «Звіт щодо осіб, які мають розлади психіки через уживання психоактивних речовин»;
- Форма № 47-здоров "Звіт про мережу та діяльність медичних закладів".

Всього опрацьовано 462 форми статистичної звітності.

Під час виконання *шостого організаційного етапу* було проведено соціологічне дослідження серед медичних працівників (організатори охорони здоров'я, лікарі загальної практики-сімейні лікарі та лікарі - наркологи) і серед населення, в тому числі серед осіб, які вживають ПАР.

При проведенні соціологічного дослідження дотримані принципи Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (1964-2000рр.), Конвенції ради Європи про права людини та біомедицину (1997р.) Європейської конвенції по використанню хребетних тварин для експериментів (1986р.), відповідні положення ВООЗ,

Міжнародної ради медичних наукових товариств, міжнародного кодексу медичної етики (1983р.) та закони України.

Для проведення соціологічного дослідження були розроблені спеціальні анкети (додатки А-3- А- 6), яка була затверджена рішенням комісії з біоетики Українського інституту стратегічних досліджень (протокол від 27.12. 2016 р № 8). До проведення соціологічного дослідження були залучені респонденти з усіх адміністративних територій області. До проведення соціологічного дослідження на віддалених адміністративних територіях залучалися волонтери.

Отримані під час соціологічного дослідження дані оброблялися статистично. При проведенні порівняння використано критерій хі-квадрат із поправкою Йейтса.

Далі наведено загальні дані про респондентів, які прийняли участь в дослідженні. В табл.2.2 наведені дані щодо респондентів-організаторів охорони здоров'я.

Відповідно до наведених в табл.2.2 даних серед респондентів 28,2% працює в сільській місцевості та 60,9% в містах. 10,9% респонденті на дане питання не відповіли. Чоловіки-респонденти склали 37,3%, а жінки - 55,9%. Найбільшу групу респондентів склали ті, що працюють до 5 років (24,7%), 5-9 років (21,5%) та більше 21 року (20,9%).

Таблиця 2.2

Дані про респондентів організаторів охорони здоров'я

Показник	абс.	%
Всього	340	100
Розподіл за місцем роботи		
Працює в сільській місцевості	96	28,2
Працює в містах	207	60,9
Не відповіли	37	10,9
Розподіл за статтю		
Чоловіки	127	37,3
Жінки	190	55,9
Не відповіли	23	6,8

Стаж роботи організатором охорони здоров'я		
До 5 років	84	24,7
5-9 років	73	21,5
10-15 років	63	18,5
16-20 років	37	10,9
21 рік і більше	71	20,9
Не відповіли	12	3,5

Далі, в табл. 2.3 наведені дані щодо загальної характеристики респондентів лікарів загальної практики - сімейних лікарів.

Відповідно до наведених табл. 2.3 даних 46,6% респондентів працює в сільській місцевості та 45,8% працює в містах. Чоловіки серед респондентів склали частку в 24,4%, а жінки в 71,1%. Із загальної кількості респондентів 29,5% пройшли підготовку в інтернатурі, а 90,5% навчалися сімейній медицині на курсах спеціалізації.

Таблиця 2.3

Дані про респондентів лікарів загальної практики - сімейних лікарів

Показник	абс	%
Всього	356	100
Розподіл за місцем роботи		
Працює в сільській місцевості	166	46,6
Працює в містах	163	45,8
Не відповіли	27	7,6
Розподіл за статтю		
Чоловіки	87	24,4
Жінки	253	71,1
Не відповіли	16	4,5
Стаж роботи сімейним лікарем		
До 5 років	34	9,5
5-9 років	26	7,3
10-15 років	43	12,1

Продовження таблиці 2.3

16-20 років	49	13,8
21 рік і більше	198	55,6
Не відповіли	6	1,7
Рівень навчання		
Інтернатура	105	29,5
Стажування	251	70,5

Далі, в табл.2.4 наведено дані щодо характеристики респондентів – лікарів-наркологів, які надають спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу.

Таблиця 2.4

Дані про респондентів лікарів - наркологів

Показник	абс	%
Всього	19	100
Розподіл за місцем роботи		
ЦРЛ	13	68,4%
Диспансер	6	31,6%
Вид медичної допомоги		
Стаціонарна	5	26,3%
Амбулаторно-поліклінічна	14	73,7%

Аналіз наведених в табл.2.4 даних вказує на те, що із загальної кількості респондентів 68,4% працює в ЦРЛ та 31,6% в наркологічному диспансері при цьому 73,7% надає амбулаторно-поліклінічну та 26,3% стаціонарну медичну допомогу.

Далі, в табл.2.5 наведено дані щодо характеристики респондентів – осіб, що вживають психоактивні речовини.

Аналіз наведених в табл.2.5 даних вказує на те, що із числа респондентів, що зловживають алкоголем найбільшу частку складають особи, що є безробітними – 53,75%. Частка працюючих становить 12,75%, а підприємців –

9,75%. Із загальної кількості респондентів 64,25% проживає в місті, а 35,75% - в сільській місцевості при цьому 74,5% є чоловіками та 25,5% - жінками.

Найбільшу частку склали респонденти у віці 30-50 років – 43,75% а респонденти у віці до 30 років склали 13,5%.

Крім того 34,75% респондентів має сім'ю, 17,25% проживає з батьками, а 12,25% - проживає один, 9,0% респондентів не мають постійного місця проживання.

Економічний стан респондентів наступний: 16,75% мають гарний економічний стан, 83,25% респондентів проживає в умовах бідності.

На сьомому заключному етапі базуючись на отриманих в ході дослідження результатах розроблено концептуальні основи та оптимізовану модель наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні і проведена її експертна оцінка.

Для розробки оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні та її складових використано методи описового та концептуального моделювання, структурно-логічного аналізу. Базою дослідження був системний підхід.

Напрямки антиалкогольної діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря в рамках оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні визначалися експертним шляхом. Групу експертів склали 50 осіб серед яких – 4 доктора та 11 кандидатів медичних наук, 16 організаторів охорони здоров'я, 5 лікарів-наркологів та 14 лікарів загальної практики-сімейних лікарів. Кваліфікація практичних лікарів та організаторів охорони здоров'я була підтверджена наявністю в них вищої або першої кваліфікаційної категорії.

З метою ефективної інтеграції розробленої та запропонованої моделі на первинний рівень надання медичної допомоги, у відповідності до чинного законодавства, було розроблено алгоритм вказаної інтеграції з визначенням функцій лікарів-наркологів, ЛЗП-СЛ та сімейних медичних сестер і механізми стимуляції медичних працівників ПМСД до даного виду роботи.

Дані про респондентів осіб, що вживають психоактивні речовини

Характеристика респондентів	абс	%
Всього	400	100
Соціальний статус		
працюю	51	12,75
підприємець	39	9,75
безробітний	215	53,75
інвалід	32	8,0
студент	7	1,75
пенсіонер	24	6,0
інше	32	8,0
Місце проживання		
Село	143	35,75
Місто	267	64,25
Стать		
Чоловіча	298	74,5
Жіноча	102	25,5
Вік		
До 30 років	54	13,5
30-50 років	175	43,75
50-60 років	93	23,25
старше 60 років	78	19,5
Сімейний стан		
маю сім'ю	139	34,75
маю дітей	107	26,75
живу один	49	12,25
живу з батьками	69	17,25
не маю постійного місця проживання	36	9,0
Економічний стан		
живу в повному достатку	19	4,75
маю все необхідне для життя	48	12,0
можу придбати тільки вкрай необхідне для життя	121	30,25
не можу придбати навіть вкрай необхідного для життя	110	27,5
живу в борг	102	25,5

Запропоновані інновації були висвітлені в науковій літературі та обговорювалися на наукових конференціях.

З метою визначення прийнятності запропонованої функціонально-організаційної моделі антиалкогольної діяльності сімейного лікаря була проведена її експертна оцінка. До проведення експертної оцінки були залучені незалежні експерти та розроблена спеціальна анкета. Анкета представлена в додатку А- 7. Групу експертів склали 7 науковців, 8 організаторів охорони здоров'я та 10 практичних лікарів з вищою кваліфікаційною категорією. Всього 25 осіб.

Експерти оцінювали кожен позицію-нововведення за 10 бальною системою: від одиниці до 10 балів. 10 балів – найвища оцінка, а 0 балів – повне неприйняття інновації.

На початку експертизи дисертант доповів експертам результати дисертаційного дослідження та відповів на питання. Далі експерти оцінювали запропоновані систему та інновації. Питання сформульовані у загально прийнятих термінах. Для їх обробки застосовувався аналіз, який включав підрахунки в абсолютних та відносних показниках. Результати дослідження підлягали статистичній обробці даних, а також здійснювався їх аналіз і пояснення отриманих даних.

За результатами експертного оцінювання було проведено розрахунок ступеню узгодженості думок експертів. Відомо, чим менший коефіцієнт варіації, тим більша ступінь узгодженості думок експертів, яка вважається низькою, якщо коефіцієнт варіації становить більше, ніж 20%, середньою 10-20%, та високою – менше ніж 10%. При проведенні аналізу враховувалось, що експертиза є ефективним інструментом аналізу об'єкта, що вивчається, слугує вивченню його якісних характеристик та практичної цінності.

У проведеному дослідженні застосовувались два типи методів статистичного аналізу: представлення (опис) дослідження і пояснення одержаних фактів (встановлення зв'язків між типами відповідей на запитання

анкети, оцінка характеру і спрямованості цих зв'язків та залежностей між даними).

Цей метод статистичного аналізу спрямований на пошук причинно-наслідкових відношень у проблемі і ґрунтується на статистичних методах множинного аналізу (порівняльний аналіз тримірних розподілів). При обробці статистичного матеріалу для відповіді на запитання: чи узгоджуються результати експерименту з гіпотезою про те, що і генеральна сукупність, використовувався критерій узгодженості λ Пірсона. Він дозволяє порівняти емпіричний і припустимий теоретичний розподіл.

Медико-статистична обробка даних включала встановлення помилки репрезентативності для оцінки достовірності результатів дослідження та визначення довірчого інтервалу. Таким чином, структура аналізу дослідження включала: опис первинної інформації, систематизоване подання отриманих результатів та виявлення чинників та закономірностей; формування висновків дослідження; розробка практичних рекомендацій на ґрунті висновків.

Методичною основою дисертаційного дослідження став системний підхід і системний аналіз. Системний аналіз застосовувався під час виконання роботи для вирішення прикладних, практичних завдань і розглядався як метод системного підходу. Системний підхід розглядався в ході проведення дослідження як метод і процес дослідження. На основі зазначеного механізму з використанням системного підходу та аналізу було науково обґрунтовано оптимізовану модель наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні. На етапах виконання дисертаційного дослідження було здійснено впровадження окремих результатів дослідження та елементів запропонованої моделі.

Таким чином, використання сучасних методів наукового дослідження як самостійно, так і в комплексі дозволило отримати репрезентативні результати які покладені в основу наукового обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні.

Розділ 3

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ НАРКОМАНІЙ ТА АЛКОГОЛІЗМУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ЇХ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ

3.1. Епідеміологія наркоманій в Закарпатській області. Порівняння даних з середньоукраїнськими показниками

На початку дослідження були вивчені та проаналізовані дані щодо динаміки зареєстрованих розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (захворюваності та поширеності серед дорослих) в Закарпатській області та Україні за ПАР з 2012 по 2016рр. Дані наведено в табл.3.1. динаміки зареєстрованих розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (захворюваності та поширеності серед дорослих) в Закарпатській області та Україні за ПАР з 2012 по 2016рр.

Динаміка захворюваності загалом по області за вказаний період демонструвала незначне зростання з 2,3 в 2012 році до 2,7 на 100 тис.нас. в 2016 році. Отримані нами дані по Закарпатській області (2,55 на 100 тис.нас.) були значно нижчими за середні показники по Україні (середнє значення за 5 років - 10,43 на 100 тис. нас.)

За результатами ранжування даних за середнім значенням за 5 років, встановлено найвищий рівень захворюваності з 1 ранговим місцем у м. Ужгород (17,49 на 100 тис. нас.) із значним зростанням з 9,7 в 2012 році до 16,5 в 2016 році при середньообласному показникові за 5 років 2,55 на 100 тис. нас. Друге рангове місце зайняв Берегівський район, з показником 2,78 на 100 тис.нас. та зниженням показника захворюваності з 5,0 в 2012 році до 1,7 в 2016 році. У Свалявському, Воловецькому, В. Березнянському, Мукачівському, Хустському, Тячівському, Виноградівському, Рахівському, Іршавському районах встановлено показники захворюваності нижчі за середньообласний показник за останні 5 років (2,55) та 3-11 ранговим місцем відповідно.

Однак, в окремих районах встановлено приріст захворюваності. Зокрема, вперше виявлені випадки захворюваності на розлади психіки та поведінки

Таблиця 3.1

Динаміка зареєстрованих розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (захворюваності та поширеності серед дорослих) в Закарпатській області та Україні з 2012 по 2016рр.

Адмін.територія	Захворюваність на 100000 відповідного населення							Поширеність на 100000 відповідного населення						
	2012	2013	2014	2015	2016	середн є за 5 років	ранг по середньо му	2012	2013	2014	2015	2016	середн є за 5 років	ранг по середньо му
м. Ужгород	9,7	5,4	14,1	21,9	16,5	17,5	1	155,1	157,8	172,8	203,3	223,1	182,4	1
Берегівський	5,0	3,3	3,3	3,3	1,7	2,8	2	6,6	10,0	8,3	8,4	6,8	8,0	5
Виноградівський	2,2	-	1,1	-	1,1	0,7	9	3,4	3,3	4,4	4,4	4,4	4,0	8
Великобerezнянський	4,8	-	-	4,8	-	1,6	5	4,8	4,8	4,8	9,7	9,7	6,8	6
Воловецький	-	-	-	-	5,3	1,8	4	-	-	-	-	5,3	1,1	11
Іршавський	-	-	-	-	1,3	0,4	11	-	-	-	-	1,3	0,3	12
Міжгірський	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	13
Мукачівський	2,1	1,4	1,4	0,7	1,4	1,2	6	18,0	15,2	15,8	15,1	16,5	16,1	3
Перечинський	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	13
Рахівський	-	-	1,5	-	-	0,5	10	17,7	17,6	19,1	19,0	19,0	18,5	2
Свалявський	-	-	-	2,4	4,8	2,4	3	2,4	4,8	4,8	7,2	12,1	6,3	7
Тячівський	1,5	0,8	-	0,7	2,2	1,0	8	1,5	2,3	2,3	3,0	5,2	2,9	10
Ужгородський	1,6	-	-	-	-	-	12	3,3	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	9
Хустський	1,0	1,0	-	3,1	-	1,0	7	10,2	9,2	8,2	11,2	11,2	10,0	4
Всього по області/ середньообласний показник	2,3	1,1	2,0	3,0	2,7	2,6		21,3	21,3	22,8	26,1	28,7	24,0	
Показник по Україні	12,1	12,4	10,5	10,2	10,6	10,4		174,1	200,98	171,5	171,2	173,5	179,3	

внаслідок вживання наркотичних речовин встановлено у 2015 році у Свалявському районі, з показником 2,4 на 100 тис. нас. із зростанням до 4,8 у 2016 році та третім ранговим місцем за останні 5 років.

Крім цього, у 2016 році вперше виявлені випадки захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин встановлено у Воловецькому (5,3) та Іршавському (1,3) районах.

У В. Березнянському районі, у 2012 та 2015 роках зареєстровано 4,8 на 100 тис. населення випадків захворюваності, тоді як у 2013, 2014 та 2016 роках нових випадків зареєстровано не було.

Приріст захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин за вказаний період з 2012 по 2016 роки встановлено також у Хустському та Тячівському районах. У Хустському районі встановлено зростання рівня захворюваності з 1,0 на 100 тис. населення до 3,1 на 100 тис. в 2015 році. В 2016 році, нових випадків зареєстровано не було. У Тячівському районі, показник захворюваності зріс з 1,5 на 100 тис. населення в 2012 році до 2,2 на 100 тис. нас. в 2016 році.

У Перечинському, Ужгородському та Міжгірському районах вперше виявлених випадків розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин за вказаний період не було.

Отже, зниження захворюваності за вказаний період зареєстровано тільки у Берегівському, Мукачівському та Виноградівському районах. Найбільший внесок у приріст середньообласного показника захворюваності відбувся за рахунок зростання рівня вперше виявлених випадків у м. Ужгород. Також можна стверджувати про загальну тенденцію до приросту захворюваності у Свалявському, Воловецькому, В. Березнянському, Хустському, Тячівському, Рахівському та Іршавському районах.

Рівень поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин за вказаний період з 2012 по 2016 роки демонстрував зростання з 21,3 на 100 тис. населення в 2012 році до 28,7 на 100 тис. населення в 2016 році, з середнім значенням за 5 років 24,03 на 100 тис. населення.

Отримані нами дані по Закарпатській області (23,03) були достовірно нижчими за середні показники по Україні (середнє значення за 5 років – 179,3 на 100 тис. населення): $7,79(p \leq 0,01)$ разів.

За отриманими нами даними, найвищим був рівень поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин в м. Ужгород, з першим рейтинговим місцем та середнім значенням за 5 років 182,4 на 100 тис. нас., що значно перевищувало середній показник по області 24,03 на 100 тис. населення і тенденцією до подальшого зростання з 155,1 в 2012 році до 223,1 на 100 тис. населення в 2016 році.

В усіх інших районах, у період з 2012 по 2016 роки, показники поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин не перевищували середньообласний показник за 5 років - 24,03 на 100 тис. населення та 3-11 ранговим місцем відповідно.

2-ге рангове місце за рівнем поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин за 5 років займав Рахівський район з середнім показником за 5 років - 18,5 на 100 тис. населення, що не перевищував середньообласний показник за 5 років - 24,03 на 100 тис. населення, однак демонстрував тенденцію до зростання з 17,7 на 100 тис. населення в 2012 році до 19,0 на 100 тис. населення в 2016 році.

3-тє рангове місце за рівнем поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин за 5 років займав Мукачівський район з середнім показником за 5 років 16,11 на 100 тис. населення та незначним зниженням показника з 18,0 на 100 тис. населення в 2012 році до 16,5 на 100 тис. населення в 2016 році.

4-тє рангове місце за рівнем поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин за 5 років займав Хустський район з середнім показником за 5 років 10,01 на 100 тис. населення та зростанням показника з 10,2 на 100 тис. населення в 2012 році до 11,2 на 100 тис. населення в 2016 році.

5-те рангове місце за рівнем поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин за 5 років займав Берегівський район з середнім показником за 5 років 8,0 на 100 тис. населення та зростанням даного показника з 6,6 на 100 тис. населення в 2012 році до 10,0 в 2013 році, та подальшим зниженням до 6,8 у 2016 році.

У Перечинському та Міжгірському районах зареєстрованих випадків розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин за вказаний період не було.

Отже, зростання рівня поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин у вказаний період з 2012 по 2016 роки відбувалось за рахунок зростання показника поширеності у м. Ужгород, Рахівському, В. Березнянському, Свалявському, Виноградівському Тячівському, Воловецькому та Іршавському районах. В Ужгородському районі, показник поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин залишався відносно сталим. Існуюча тенденція до зниження зареєстрованих випадків захворюваності у Берегівському та Мукачівському районах, призвела до скорочення числа поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин в цих районах.

Таким чином, враховуючи загальну тенденцію до приросту захворюваності у період з 2012 по 2016 роки в м. Ужгород, Свалявському, Воловецькому, В. Березнянському, Хустському, Тячівському, Рахівському та Іршавському районах, а також зростання рівня поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин у м. Ужгород, Рахівському, В. Березнянському, Свалявському, Виноградівському Тячівському, Воловецькому та Іршавському районах, можна припустити про зростання доступності наркотичних речовин, а також розширення наркоцени у районах з більшою часткою сільського населення, що імовірно пов'язано із зростаючими міграційними процесами та свідчить про необхідність розробки та впровадження адекватних профілактичних стратегій втручання, забезпечення можливостей для діагностики та надання медичної допомоги в даних районах.

Закарпатська область демонструє деякі відмінності в тенденціях/динаміці захворюваності та поширеності за синдромо-нозологічними формами внаслідок вживання окремих груп наркотичних речовин (табл. 3.2).

Зокрема, за кількістю вперше виявлених випадків гострої інтоксикації внаслідок вживання опіоїдів, каннабіноїдів, кокаїну, галюциногенів та інших психоактивних речовин, загалом по Україні відмічається зростання даного показника з 14,6 на 100 тис. нас. в 2014 році до 14,8 в 2016 році з середнім значенням за 3 роки 14,5 на 100 тис. населення. Водночас, по Закарпатській області, кількість вперше виявлених випадків гострої інтоксикації даними групами речовин за аналогічний період, була значно нижчою, з середнім значенням за 3 роки 5,6 на 100 тис. населення, при 14,5 на 100 тис. населення по Україні та демонструвала значне зниження, з 8,3 на 100 тис. нас. до 0,1 в 2016 році.

Така ж динаміка відмічалась і щодо показника поширеності випадків гострої інтоксикації внаслідок вживання опіоїдів, каннабіноїдів, кокаїну, галюциногенів та інших психоактивних речовин. З 2014 по 2016 рік, за даним показником по Україні відмічалось незначне зниження 67,5 на 100 тис. нас. до 67,1 на 100 тис. нас. та середнім значенням за 3 роки – 66,7 на 100 тис. нас. По Закарпатській області, поширеність випадків гострої інтоксикації даними групами речовин за аналогічний період, була значно нижчою, з середнім значенням за 3 роки 6,7 на 100 тис. населення при середньому показникові по Україні за 3 роки 66,7 на 100 тис. населення та демонструвала значне зниження, з 9,3 на 100 тис. населення в 2014 році до 1,4 в 2016 році.

По Закарпатській області, кількість вперше виявлених випадків гострої інтоксикації внаслідок вживання седативних або снодійних речовин, інших стимуляторів була значно нижчою і за середнім значенням за 3 роки ніж по Україні і склала всього 0,1 на 100 тис. населення з тенденцією до зростання кількості вперше виявлених випадків гострої інтоксикації даними групами речовин.

По Закарпатській області, поширеність випадків гострої інтоксикації

Основні показники зареєстрованих розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (захворюваності та поширеності серед дорослих) в Закарпатській області та Україні за групами речовин

Показник	Україна/область	Захворюваність на 100 тис.нас.			середнє	Поширеність на 100 тис.нас.			середнє
		2014	2015	2016		2014	2015	2016	
Гостра інтоксикація внаслідок вживання опіоїдів, каннабіноїдів, кокаїну, галюциногенів та ін. ПАР	Україна	14,6	14,0	14,8	14,5	67,5	65,7	67,1	66,7
	Закарпатська	8,3	8,4	0,1	5,6	9,3	9,5	1,4	6,7
Гостра інтоксикація внаслідок вживання седативних або снодійних речовин, інших стимуляторів	Україна	0,5	0,6	0,9	0,7	3,6	3,6	3,8	3,7
	Закарпатська	0,1	-	0,2	0,1	0,6	0,6	0,8	0,7
Розлади психіки та повед.через уживання нарк.речовин-усього	Україна	10,5	10,2	10,6	10,4	171,5	171,2	173,5	172,1
	Закарпатська	2,0	3,0	2,7	2,6	22,8	26,1	28,7	25,8
у т.ч. опіоїдів F11.2-9	Україна	-	6,5	6,4	6,4	-	119,6	119,7	119,7
	Закарпатська	0,3	1,7	1,4	1,1	12,6	14,7	15,9	14,4
каннабіноїдів F12.2-9	Україна	-	0,9	1,0	1,0	-	12,6	13,0	12,8
	Закарпатська	0,2	0,2	0,3	0,2	2,1	2,3	2,5	2,3
кокаїну F14.2-9	Україна	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1
	Закарпатська	-	-	-	-	-	-	-	-
галюциногенів F16.2-9	Україна	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1
	Закарпатська	-	-	-	-	-	-	-	-
кількох наркотичних речовин та інших ПАР F19.2-9	Україна	-	2,7	3,2	2,9	-	36,9	38,7	37,8
	Закарпатська	1,4	1,1	1,0	1,2	8,1	9,1	10,4	9,2
Розлади психіки та поведінки через уживання ін. психоактивних речовин	Україна	0,2	0,2	0,3	0,2	4,6	4,3	4,3	4,4
	Закарпатська	1,1	0,4	0,1	0,5	3,1	2,5	2,3	2,6
у т.ч. седативних або снодійних речовин F13.2-9	Україна	-	-	-	-	-	0,6	0,6	0,6
	Закарпатська	-	0,1	-	-	0,2	0,3	0,3	0,3
інших стимуляторів включно з кофеїном F15.2-9 (частина)	Україна	-	0,2	0,2	0,2	-	3,2	3,2	3,2
	Закарпатська	1,0	0,3	0,1	0,5	2,3	1,7	1,6	1,8
летких розчинників F18.2-9	Україна	-	-	-	-	-	0,6	0,5	0,5
	Закарпатська	-	-	-	-	0,6	0,5	0,4	0,5

«-» дані не обчислювались

даними групами речовин за аналогічний період, була значно нижчою ніж по Україні (3,7), та за середнім значенням склала 0,7 на 100 тис. населення і демонструвала незначне зростання, з 0,6 на 100 тис. населення в 2014 році, до 0,8 в 2016 році.

По Закарпатській області, кількість вперше виявлених розладів психіки та поведінки через вживання наркотичних речовин за аналогічний період, була значно нижчою ніж по Україні (10,5) і за середнім значенням за 3 роки склала 2,6 випадків на 100 тис. населення із зростанням з 2,0 в 2014 році до 3,0 на 100 тис. населення в 2015 році та зниженням до 2,7 на 100 тис. населення в 2016 році.

В структурі розладів психіки та поведінки через вживання наркотичних речовин (опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин та інших психоактивних речовин F11; 12; 14; 16; 19 2-9), встановлено суттєві відмінності відносно даних по Україні.

Так, якщо в структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин загалом по Україні, зберігається стійка перевага вживання наркотиків опійної групи (6,4 на 100 тис. нас. по середньому значенню за три роки); кількох наркотичних речовин (2,9 на 100 тис. нас. за середнім значенням за три роки); вживання каннабіноїдів (1,0 на 100 тис. населення за середнім значенням за три роки), то по Закарпатській області, найвищим був рівень захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання кількох наркотичних речовин (1,2 на 100 тис. населення за середнім значенням за три роки).

Поширеність розладів психіки та поведінки через вживання наркотичних речовин (опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин F11; 12; 14; 16; 19 2-9), за останні три роки, загалом по Україні та по Закарпатській області зросла. В Україні за даною синдромо-нозологічною групою відбулося зростання з 171,5 на 100 тис. населення в 2014 році до 172,1 на 100 тис. населення в 2016 році з середнім значенням за три роки 172,1 на 100 тис. населення. По Закарпатській області, рівень поширеності зріс з 22,8 на 100

тис. нас в 2014 році до 28,7 на 100 тис. населення в 2016 році з середнім значенням 25,8 на 100 тис. населення, що значно нижче середнього показника по Україні - 171,1 на 100 тис. населення.

Зростання показника поширеності і по Україні загалом і по Закарпатській області відбулося переважно за рахунок групи розладів психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів, кількох наркотичних речовин та каннабіноїдів.

Рівень захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання інших психоактивних речовин, за середнім значенням за три роки по Україні склав 0,2 на 100 тис нас., та демонстрував незначне зростання з 0,2 до 0,3 на 100 тис. нас. з 2014 по 2016 роки, тоді як по Закарпатській області перевищував середній показник по Україні за 3 роки і складав 0,5 на 100 тис. нас. із зниженням рівня захворюваності з 1,1 на 100 тис. населення в 2014 році до 0,1 на 100 тис. населення в 2016 році.

В структурі даної групи, найбільшу кількість складала вперше зареєстровані розлади психіки та поведінки внаслідок вживання інших стимуляторів включно з кофеїном як по Україні загалом, так і по Закарпатській області. Однак за середнім значенням за 3 роки по Закарпатській області, кількість вперше зареєстрованих випадків розладів психіки та поведінки внаслідок вживання інших стимуляторів включно з кофеїном складала 0,5 на 100 тис. населення і значно перевищувала середній показник по Україні – 0,2 на 100 тис. населення.

Поширеність розладів психіки та поведінки через вживання інших психоактивних речовин, як загалом по Україні так і по Закарпатській області дещо знизилась. По Україні з 2014 року по Україні відбулось незначне зниження з 4,6 на 100 тис. нас. до 4,3 на 100 тис. населення у 2016 році з середнім показником за 3 роки 4,4 на 100 тис. населення. По Закарпатській області рівень поширеності розладів психіки та поведінки через вживання інших психоактивних речовин знизився з 3,1 на 100 тис. населення в 2014 році до 2,3 на 100 тис. населення в 2016 році та середнім показником за 3 роки 2,6 на 100 тис. населення.

В структуру поширеності розладів даної групи найбільший вклад як по Україні так і по Закарпатській області внесли розлади психіки та поведінки внаслідок вживання інших стимуляторів включно з кофеїном з середнім значенням за три роки по Україні 3,2 на 100 тис. населення, по Закарпатській області – 1,8 на 100 тис. населення за три роки.

Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання седативних та снодійних речовин по Україні залишалась відносно сталою та складала 0,6 на 100 тис. населення. По Закарпатській області, відбулось зростання даного показника з 0,2 на 100 тис. населення в 2014 році до 0,3 на 100 тис. населення в 2016 році.

Вищевказані відмінності в динаміці показників захворюваності та поширеності за синдромо-нозологічними формами внаслідок вживання окремих груп наркотичних речовин пов'язані з існуючими етно-культуральними особливостями вживання психоактивних речовин, соціально-демографічними характеристиками споживачів наркотиків притаманними для регіону, географічними особливостями регіону (наявність 4 кордонів з країнами Євросоюзу та пов'язаними з цим особливостями наркотрафіку; великою кількістю трудових мігрантів, які працюють в країнах Єврорегіону та пов'язаного з цим впливу на наркосцену існуючих тенденцій в країнах-сусідах, зокрема витіснення «традиційних» груп наркотичних речовин новими психоактивними речовинами.

На наступному етапі дослідження, нами проаналізовано структуру захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин F11; 12; 14; 16; 19 2-9), в розрізі районів області в динаміці за 5 років (табл.3.3).

Отримані дані (табл.3.3) за результатами ранжування по середньому значенню захворюваності за 5 років, дозволили встановити райони з найвищим рівнем захворюваності та позитивним приростом показника захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин

Таблиця 3.3

Захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин F11; 12; 14; 16; 19 2-9), серед дорослого населення (на 100 тис. населення) в динаміці за 5 років

Адміністративна територія	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє за 5 років	Середній абсолютний приріст	Ранг по сер.знач.
м. Ужгород	9,7	5,4	14,1	21,9	16,5	13,5	1,70	1
Берегівський	5,0	3,3	3,3	3,3	1,7	3,3	-0,82	2
Великобerezнянський	4,8	0,0	0,0	4,8	0,0	1,9	-1,21	3
Свалявський	0,0	0,0	0,0	2,4	4,8	1,4	1,21	4
Мукачівський	2,1	1,4	1,4	0,7	1,4	1,4	-0,18	5
Воловецький	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	1,1	1,33	6
Тячівський	1,5	0,8	0,0	0,7	2,2	1,1	0,18	7
Хустський	1,0	1,0	0,0	3,1	0,0	1,0	-0,26	8
Виноградівський	2,2	0,0	1,1	0,0	1,1	0,9	-0,28	9
Ужгородський	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	-0,41	10
Рахівський	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,3	0,00	11
Іршавський	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,3	0,33	12
Міжгірський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	13
Перечинський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	13
Середньообласний показник	2,3	1,1	2,0	3,0	2,7	2,2	0,10	

(опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин F11; 12; 14; 16; 19 2-9)

Захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин F11; 12; 14; 16; 19 2-9), серед дорослого населення за середнім значенням за 5 років (з 2012 по 2016 роки) склала 2,2 на 100 тис. нас. В динаміці за 5 років, відбувся позитивний приріст (+0,1) середньообласного показника захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин F11; 12; 14; 16; 19 2-9).

За результатами ранжування по середньому значенню захворюваності за 5 років, стале перевищення середньообласного показника (2,2) демонстрували м. Ужгород – 13,5 на 100 тис.нас. та Берегівський район – 3,3 на 100 тис.нас., з 1-м та 2-м ранговим місцем відповідно. У всіх інших районах, середнє значення захворюваності за період з 2012 по 2016 роки було нижчим за середньообласний показник: Великобerezнянський - 1,9, Свалявський - 1,4, Мукачівський - 1,4, Воловецький - 1,1, Тячівський - 1,1, Хустський - 1,0, Виноградівський - 0,9, Ужгородський - 0,3, Рахівський - 0,3, Іршавський - 0,3 на 100 тис. нас. У Міжгірському та Перечинському районах вперше зареєстрованих випадків захворюваності не було.

Приріст захворюваності встановлено в м. Ужгород (+1,7), Воловецькому (+1,33), Свалявському (+1,21), Іршавському (+0,33) та Тячівському (+0,18) районах. Зниження рівня захворюваності встановлено у В. Березнянському (-1,21), Берегівському (-0,82), Ужгородському (-0,41), Виноградівському (-0,28), Хустському (-0,26), Мукачівському (-0,18) районах.

Далі вивчалися та аналізувалися дані щодо поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин F11; 12; 14; 16; 19 2-9), серед дорослого населення в розрахунку на 100 тис. населення. Отримані дані наведено в табл.3.4.

Таблиця 3.4

Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин F11; 12; 14; 16; 19 2-9), серед дорослого населення (на 100 тис. населення)

в динаміці за 5 років

Адміністративна територія	2012	2013	2014	2015	2016	середнє за 5 років	Середній абсолютний приріст	ранг по сер.знач.
м. Ужгород	155,1	164,3	172,8	203,3	223,1	183,7	16,99	1
Рахівський	17,7	17,6	19,1	19,0	19,0	18,5	0,33	2
Мукачівський	18,0	15,2	15,8	15,1	16,5	16,1	-0,37	3
Хустський	10,2	9,2	8,2	11,2	11,2	10,0	0,26	4
Берегівський	6,6	10,0	8,3	8,4	6,8	8,0	0,03	5
Великобerezнянський	4,8	4,8	4,8	9,7	9,7	6,8	1,21	6
Свалявський	2,4	4,8	4,8	7,2	12,1	6,3	2,42	7
Виноградівський	3,4	3,3	4,4	4,4	4,4	4,0	0,27	8
Ужгородський	3,3	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	-0,01	9
Тячівський	1,5	2,3	2,3	3,0	5,2	2,9	0,93	10
Воловецький	-	-	-	-	5,3	1,1	1,33	11
Іршавський	-	-	-	-	1,3	0,3	0,33	12
Міжгірський	-	-	-	-	-	-	-	13
Перечинський	-	-	-	-	-	-	-	13
Середньообласний показник	21,3	22,0	22,8	26,1	28,7	24,2	1,85	

Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин F11; 12; 14; 16; 19 2-9), серед дорослого населення за середнім значенням за 5 років (з 2012 по 2016 роки) склала 24,2 на 100 тис. нас. В динаміці за 5 років, відбувся приріст (+1,85) середньообласного показника поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин F11; 12; 14; 16; 19 2-9).

За результатами ранжування по середньому значенню поширеності за 5 років, стало перевищення середньообласного показника (24,2) встановлено тільки в м. Ужгород – 183,7 на 100 тис. населення.

У всіх інших районах, середнє значення поширеності за період з 2012 по 2016 роки було нижчим за середньообласний показник: Рахівський – 18,5, Мукачівський - 16,1, Хустський - 10,0, Берегівський - 8,0, В. Березнянський - 6,8, Свалявський - 6,3, Виноградівський - 4,0, Ужгородський - 3,2, Тячівський - 2,9, Воловецький - 1,1, Іршавський - 0,3 на 100 тис. населення У Міжгірському та Перечинському районах зареєстрованих випадків не було.

Найвищий приріст поширеності встановлено в м. Ужгород (+16,99), а також у Свалявському (+2,42), Воловецькому (+1,33), В. Березнянському (+1,21), Тячівському (+0,93) Рахівському (+0,33), Іршавському (+0,33), Виноградівському (+0,27), Хустському (+0,26) та Берегівському (+0,03) районах. Незначне зниження поширеності встановлено в Мукачівському (-0,37) та Ужгородському (-0,01) районах.

3.2. Захворюваність дорослого населення Закарпатської області на алкоголізм

На першому етапі дослідження було вивчено показники зареєстрованої захворюваності дорослого населення Закарпатської області на алкоголізм – залежність від алкоголю. Отримані результати наведені в табл. 3.5.

Аналіз наведених в табл.3.5 даних вказує на те, що в цілому в області показник зареєстрованої захворюваності дорослого населення на алкоголізм за

роки дослідження (2006-2016 рр) скоротився на 22,6% і в 2016 році склав 131,1 на 100 тис дорослого населення. При цьому найвищий показник захворюваності дорослого населення на алкоголізм було зареєстровано в 2008 році (184,4), а найнижчий – в 2015 році (118,04). Гранична різниця показника захворюваності дорослого населення на алкоголізм в області за роками дослідження склала 1,56 разу.

За роки дослідження зниження показника захворюваності дорослого населення на алкоголізм було зареєстровано на території 9 (64,3%) адміністративних територій, а його зростання зареєстровано на території 5 (35,7%) адміністративних територій в тому числі в м. Ужгород.

Значення зареєстрованого показника захворюваності дорослого населення на алкоголізм має достовірні відмінності в розрізі адміністративних територій.

В 2016 році, найвище значення вказаного показника зареєстровано Берегівському (244,83), а найменше - у Воловецькому (31,89) районі. Гранична різниця показника складає 7,68 разів.

За період дослідження найвище значення показника захворюваності дорослого населення на алкоголізм було зареєстровано в Великобerezнянському (393,6), а найнижчий – у Воловецькому (26,6) районі. Гранична різниця показника складає 14,81 разів.

За середнім значенням за період з 2006 по 2016 роки, показник вперше зареєстрованих випадків захворюваності на алкоголізм по Закарпатській області склав 145,3 на 100 тис. нас. В шести районах встановлено перевищення даного показника. Найвищий рівень захворюваності та 1-ше рангове місце встановлено у Міжгірському районі – 238,0 на 100 тис.нас.; 2-ге місце – Берегівський район – 220,8; 3-тє місце – Мукачівський район – 197,2; 4-те місце -В. Березнянський – 196,2; 5-те місце -Перечинський – 156,0; 6-те місце – Ужгородський район – 147,7 на 100 тис.нас.

Ще у 8-ми районах, середні показники за період з 2006 по 2016 роки не перевищували середньообласний показник.

Таблиця 3.5

Захворюваність дорослого населення області на алкоголізм (на 100 тис. відповідного населення), 2006-2016 рр

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє	Ранг
м. Ужгород	144,4	152,0	136,2	99,4	104,5	81,8	100,2	104,8	131,5	131,2	161,5	122,5	11
Берегівський	335,4	302,2	254,3	99,7	121,4	91,4	179,4	245,7	357,5	197,1	244,8	220,8	2
Виноградівський	151,7	134,3	144,2	121,3	133,8	102,4	110,7	105,9	135,4	125,1	88,6	123,0	10
Великобerezнянський	393,6	317,7	269,2	110,6	241,3	241,8	62,7	91,6	168,5	130,4	130,7	196,2	4
Воловецький	31,3	41,8	89,8	63,4	47,6	37,0	132,0	116,5	84,6	26,6	31,9	63,9	13
Іршавський	65,5	50,5	100,2	116,5	92,4	68,0	71,6	108,3	113,4	90,6	115,5	90,2	12
Міжгірський	250,0	280,2	382,1	184,2	241,5	266,2	164,5	268,4	236,2	181,5	162,7	238,0	1
Мукачівський	187,4	196,7	193,8	206,5	213,5	229,7	228,8	199,4	193,4	167,4	152,5	197,2	3
Перечинський	84,7	97,5	178,4	212,4	186,5	139,3	164,2	240,0	176,7	67,3	168,6	156,0	5
Рахівський	138,7	128,0	131,6	142,2	154,1	112,8	128,4	139,7	155,5	139,0	131,8	136,5	9
Свалявський	221,0	262,3	263,9	99,3	84,5	86,8	62,6	154,0	134,8	55,5	84,6	137,2	8
Тячівський	142,9	133,5	127,9	131,7	140,7	163,4	133,8	153,0	153,1	155,7	137,6	143,0	7
Ужгородський	145,3	186,3	216,5	142,7	139,6	113,2	146,7	131,4	126,0	138,3	138,3	147,7	6
Хустський	81,1	91,5	93,0	68,2	28,8	33,8	43,9	68,3	34,7	47,0	86,9	61,6	14
Середньообласний показник	169,5	169,6	184,4	128,4	137,9	126,3	123,5	151,9	157,2	118,0	131,1	145,3	

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу показників захворюваності на алкоголізм серед жінок Закарпатської області. Отримані результати наведено в табл.3.6.

Аналіз наведених в табл.3.6 вказує на те, що за роки дослідження зростання показника захворюваності жіночого населення на алкоголізм було зареєстровано на території 4 (28,6%) адміністративних територій, а його зниження зареєстровано на території 10 (71,4%) адміністративних територій в тому числі в м. Ужгород.

Значення зареєстрованого показника захворюваності жіночого населення на алкоголізм має достовірні відмінності в розрізі адміністративних територій.

За середнім значенням за період з 2006 по 2016 рік, найвище значення вказаного показника зареєстровано у В. Березнянському 96,3 на 100 тис. нас., а найменше в Хустському – 24,5 на 100 тис. нас. Гранична різниця показника складає 3,9 разів. При цьому на території Воловецького району в 2014 та 2016 роках випадків захворюваності жінок на алкоголізм зареєстровано не було.

В результаті ранжування середніх показників захворюваності на алкоголізм серед жінок з 2006 по 2016 роки, встановлено 6 районів, в яких даний показник перевищував середній показник по області (58,2): Берегівський район -96,3 на 100 тис. населення, Міжгірський -92,4; Мукачівський – 80,0; Перечинський – 73,6, Берегівський – 73,1; Свалявський – 67,5.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу співвідношення захворілих на алкоголізм чоловіків та жінок Закарпатської області та частка вперше зареєстрованих випадків захворюваності на алкоголізм серед жінок в загальній структур захворюваності. Отримані результати наведено в табл.3.7 та 3,8.

Аналіз наведених в табл.3.7 даних вказує на те, що за роки проведеного дослідження показник співвідношення зареєстрованих захворілих чоловіків/жінок на алкоголізм становить 3 до 1, крім 2006-2008 років, коли даний показник складав 2:1 та 2011 й 2015 року, коли даний показник становив 4 до 1. Вказаний показник за період з 2006 по 2016 роки демонстрував значні

Захворюваність на алкоголізм жінок (на 100 тис. відповідного населення), 2006-2016 рр

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє	Ранг
м. Ужгород	77,8	53,5	60,4	55,5	32,6	29,3	37,3	30,9	50,6	32,7	58,1	47,2	10
Берегівський	117,2	131,9	105,7	39,3	24,8	42,2	49,8	92,1	79,7	47,5	73,6	73,1	5
Виноградівський	62,3	68,9	57,1	27,7	74,8	30,7	41,9	35,3	47,9	33,5	35,0	46,8	11
Великоберезнянський	184,3	212,6	150,4	50,1	93,4	93,8	36,2	28,9	86,6	72,1	50,5	96,3	1
Воловецький	15,6	39,0	62,8	23,6	39,5	15,8	7,9	78,8	0,0	7,9	0,0	26,4	13
Іршавський	23,3	25,3	50,6	44,8	40,9	21,4	40,9	33,0	40,8	17,4	27,0	33,2	12
Міжгірський	145,7	129,5	174,4	60,9	53,1	78,0	53,4	106,7	98,6	57,7	57,9	92,4	2
Мукачівський	77,2	76,2	79,0	93,5	73,1	91,4	100,3	75,5	83,4	63,8	66,1	80,0	3
Перечинський	42,9	36,7	79,7	85,8	85,7	73,5	79,3	115,6	96,7	24,1	90,1	73,6	4
Рахівський	55,7	68,6	75,0	19,3	57,7	36,2	53,1	52,9	73,9	58,9	60,8	55,6	7
Свалявський	93,0	132,3	121,8	35,8	60,9	32,2	25,0	92,6	71,1	32,0	46,2	67,5	6
Тячівський	44,8	47,1	67,6	52,7	58,2	40,9	48,8	43,0	65,4	47,3	48,4	51,3	8
Ужгородський	68,6	61,0	70,5	35,3	64,6	37,1	29,5	31,8	38,9	31,3	52,5	47,4	9
Хустський	30,4	33,4	54,8	28,9	12,2	12,2	21,3	27,4	16,7	13,7	18,3	24,5	14
Середнє по області	74,2	79,7	86,4	46,7	55,1	45,3	44,6	60,3	60,7	38,6	48,9	58,2	

Співвідношення захворілих чоловіків/жінок на алкоголізм, 2010-2014 рр.

Адміністративна територія	2006 ч/ж	2007 ч/ж	2008 ч/ж	2009 ч/ж	2010 ч/ж	2011 ч/ж	2012 ч/ж	2013 ч/ж	2014 ч/ж	2015 ч/ж	2016 ч/ж
м. Ужгород	2:1	3:1	2:1	2:1	4:1	3:1	3:1	4:1	3:1	5:1	3:1
Берегівський	3:1	2:1	3:1	3:1	6:1	2:1	4:1	3:1	6:1	5:1	4:1
Виноградівський	2:1	2:1	3:1	5:1	2:1	4:1	3:1	3:1	3:1	4:1	3:1
Великобerezнянський	2:1	2:1	2:1	2:1	3:1	3:1	2:1	4:1	2:1	2:1	3:1
Воловецький	2:1	1:1	1:1	3:1	1:1	3:1	24:1	1:1	0:1	4:1	0:1
Іршавський	3:1	2:1	2:1	3:1	2:1	4:1	2:1	4:1	3:1	7:1	5:1
Міжгірський	2:1	2:1	2:1	3:1	6:1	4:1	4:1	3:1	3:1	4:1	3:1
Мукачівський	3:1	3:1	3:1	2:1	3:1	3:1	2:1	3:1	2:1	3:1	2:1
Перечинський	2:1	3:1	2:1	3:1	2:1	2:1	2:1	2:1	2:1	3:1	2:1
Рахівський	3:1	2:1	1:1	9:1	3:1	3:1	2:1	3:1	2:1	2:1	2:1
Свалявський	3:1	2:1	2:1	3:1	1:1	3:1	3:1	1:1	2:1	2:1	2:1
Тячівський	4:1	3:1	3:1	3:1	3:1	5:1	3:1	4:1	3:1	4:1	3:1
Ужгородський	2:1	4:1	4:1	5:1	2:1	4:1	7:1	5:1	4:1	6:1	3:1
Хустський	3:1	3:1	2:1	2:1	3:1	3:1	2:1	3:1	2:1	4:1	6:1
Всього по області	2:1	2:1	2:1	3:1	3:1	4:1	3:1	3:1	3:1	4:1	3:1

Частка жінок серед захворілих на алкоголізм, %

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє	Ранг
м. Ужгород	36,1	23,6	29,4	37,0	20,6	23,7	24,7	19,6	25,6	16,7	23,8	25,5	10
Берегівський	23,8	29,7	28,1	26,7	13,7	30,9	18,5	25,0	14,9	16,1	20,0	22,5	13
Виноградівський	29,0	36,2	27,8	16,0	39,0	20,9	26,3	23,2	24,6	18,6	27,5	26,3	8
Великобerezнянський	31,3	44,8	37,5	30,4	26,0	26,0	38,5	21,1	34,3	37,0	25,9	32,1	3
Воловецький	33,3	62,5	47,1	25,0	55,6	28,6	4,0	45,5	0,0	20,0	0,0	29,2	4
Іршавський	25,0	35,1	35,1	26,7	30,4	21,6	38,9	20,7	24,4	13,0	15,9	26,1	9
Міжгірський	39,6	31,4	30,9	22,4	14,8	19,6	21,7	26,5	27,9	21,2	23,7	25,4	11
Мукачівський	28,1	26,4	27,6	30,7	23,2	26,9	29,6	25,6	29,2	25,8	29,3	27,5	6
Перечинський	35,0	26,1	31,0	28,0	31,8	36,4	33,3	33,3	38,1	25,0	37,5	32,3	2
Рахівський	28,6	38,1	40,2	9,6	26,2	22,4	28,7	26,3	33,0	29,5	32,2	28,6	5
Свалявський	28,6	34,3	31,2	24,4	48,6	25,0	26,9	40,6	35,7	39,1	37,1	33,8	1
Тячівський	21,4	24,1	35,8	27,1	27,7	16,7	24,3	18,7	28,4	20,2	23,4	24,3	12
Ужгородський	31,8	22,0	21,7	16,5	30,6	21,7	13,3	16,0	20,5	15,1	25,6	21,3	14
Хустський	25,6	25,0	40,0	28,8	28,6	24,2	32,6	26,9	32,4	19,6	14,1	27,1	7
Всього по області	29,2	29,4	31,1	25,5	26,5	21,8	25,8	24,6	26,2	21,2	24,7	26,0	

коливання та має достовірні відмінності за адміністративними територіями.

У 2008 році, частка жінок серед захворілих на алкоголізм в області, склала 31,1% від усіх захворілих, та була найвищою за досліджуваний період. У 2015 році, частка захворілих жінок була найнижчою за досліджуваний період і склала 21,2%. Гранична різниця показника складає 1,47 разів.

В результаті ранжування середніх значень по районах області з 2006 по 2016 роки, встановлено 9 районів, в яких даний показник перевищував середній показник по області (26,0): Свалявський район -33,8%, Перечинський – 32,3%, В. Березнянський – 32,1%, Воловецький – 29,2%, Рахівський – 28,6%, Мукачівський – 27,5%; Хустський – 27,1%, Виноградівський – 26,3%, Іршавський – 26,1%.

Таким чином, встановлено істотні відмінності по рівню захворюваності на алкоголізм в окремих регіонах області серед чоловічого та жіночого населення в окремих районах області, виявлено райони, що потребують впровадження гендерно чутливих підходів профілактики, діагностики та лікування.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу показників зареєстрованої захворюваності на алкоголізм сільського населення Закарпатської області. Отримані результати наведено в табл.3.9.

Аналіз наведених в табл.3.9 даних вказує на те, що в цілому в області показник зареєстрованої захворюваності дорослого сільського населення на алкоголізм за роки дослідження (2006-2016 рр) скоротився на 25,6% (в області в цілому на 22,6%) і в 2016 році склав 101,5 на 100 тис дорослого населення. При цьому найвищий показник захворюваності дорослого населення на алкоголізм було зареєстровано в 2008 році (144, 27), а найнижчий – в 2015 році (90,88). Гранична різниця показника захворюваності дорослого населення на алкоголізм в області за роками дослідження склала 1,59 разу.

За період дослідження найвище значення показника захворюваності дорослого населення на алкоголізм було зареєстровано в Берегівському (186,4), а найнижчий - в Воловецькому (11,01) районі. Гранична різниця показника складає 16,93 разів.

Аналіз наведених в табл.3.10 вказує, що частка сільських мешканців за період з 2006 по 2018 була дуже істотною. Найбільша кількість вперше зареєстрованих випадків захворюваності на алкогольну залежність в області було встановлено в 2013 році-66,4%, найнижчу – 59,3% у 2007році, у всі інші періоди - не була нижчою за 60%.

В окремих районах, частка вперше зареєстрованих випадків захворюваності на алкогольну залежність перевищувала 90%. Так, у 2010 році в Ужгородському районі встановлено найвищу частку вперше зареєстрованих випадків захворюваності на алкогольну залежність серед сільського населення – 97,6%.

За середнім значенням за період з 2006 по 2016 роки найвищий рівень вперше зареєстрованих випадків захворюваності на алкогольну залежність серед сільського населення встановлено в наступних районах: Ужгородському – 89,6%, Іршавському -88,6%, В. Березнянському – 85,7%, Тячіському - 78,0%, Перечинському - 76,4%. Міжгірському – 74,6%, Виноградівському – 74,3%, Рахівському – 65,3%, Хустському – 65,3%, Берегівському – 65,1%, Свалявському – 64,0%, Воловецькому – 62,9%.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу співвідношення кількості захворілих на алкоголізм в розрізі адміністративних територій за місцем проживання: село/місто. Отримані результати наведено в табл.3.11.

Встановлено, що вказані показники мають достовірні відмінності за адміністративними територіями області.

Так, в 2016 році коливання показника співвідношення захворілих на алкоголізм за місцем проживання відмічалися від 1:1 на території Воловецького та Мукачівського районів до 10:1 на території Ужгородського району.

Географічні особливості місцевості Закарпатської області та мережа закладів охорони здоров'я області дозволяють зробити припущення, що для значної частки вперше захворілих сільських жителів медична допомога, а тим паче спеціалізована наркологічна - можуть бути доступними обмежено.

Таблиця 3.9

Захворюваність на алкоголізм сільського населення (на 100 тис. відповідного населення), 2006-2016 рр

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Берегівський	288,6	258,5	189,8	78,8	79,2	81,4	105,8	225,5	294,5	162,7	186,4
Виноградівський	115,3	102,9	121,5	106,6	95,2	82,5	91,8	81,6	121,3	101,5	71,3
Великобerezнянський	372,5	246,7	262,8	104,1	216,6	228,5	61,2	81,7	163,5	81,9	117,9
Воловецький	16,1	26,8	54,6	54,6	38,4	16,4	87,7	93,3	54,9	22,0	11,0
Іршавський	42,2	36,7	71,5	80,4	70,2	50,1	55,6	87,5	86,3	66,1	86,9
Міжгірський	172,1	154,4	273,4	115,0	156,9	191,2	129,3	199,3	189,4	119,4	122,3
Мукачівський	144,0	145,1	150,9	144,1	168,2	184,6	191,0	163,9	165,9	143,4	120,3
Перечинський	48,5	68,8	122,1	179,1	141,8	84,8	104,5	171,7	142,7	59,1	129,8
Рахівський	127,6	103,9	100,6	131,7	169,7	65,5	96,0	102,8	97,0	103,7	101,8
Свалявський	169,0	187,7	191,6	62,1	64,9	48,7	51,4	102,6	105,1	35,0	67,4
Тячівський	105,8	96,3	99,4	90,8	114,7	138,5	111,6	127,5	120,0	136,5	119,3
Ужгородський	120,9	143,2	174,5	117,9	129,0	97,5	123,0	111,5	110,7	112,9	117,0
Хустський	51,5	52,6	62,9	26,5	17,7	25,4	32,0	57,2	31,9	37,3	68,1
Середнє по обл.	136,5	124,9	144,3	99,3	112,5	99,6	95,5	123,5	129,5	90,9	101,5

Таблиця 3.10

Частка сільських мешканців серед захворілих на алкоголізм, %

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Сер. знач.	Ранг
м. Ужгород	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14
Берегівський	71,3	70,9	61,4	65,0	53,4	72,7	48,1	75,0	67,4	67,8	62,8	65,1	10
Виноградівський	71,0	71,6	77,8	81,1	65,3	73,6	75,8	70,5	82,0	74,3	73,8	74,3	7
Великобerezнянський	92,8	76,1	94,6	91,3	86,0	90,0	92,3	84,2	91,4	59,3	85,2	85,7	3
Воловецький	50,0	62,5	58,8	83,3	77,8	42,9	64,0	77,3	62,5	80,0	33,3	62,9	12
Іршавський	79,2	89,2	86,5	83,7	91,3	88,2	92,6	96,3	90,7	87,0	89,8	88,6	2
Міжгірський	74,7	59,8	77,0	67,2	69,3	76,3	83,3	78,6	84,9	69,7	79,7	74,6	6
Мукачівський	48,7	46,7	48,7	43,7	49,0	49,8	51,7	50,9	53,0	52,9	48,6	49,4	13
Перечинський	60,0	73,9	71,4	88,0	79,5	63,6	66,7	75,4	85,7	93,8	82,5	76,4	5
Рахівський	76,9	67,9	63,2	76,6	90,3	47,4	60,9	60,0	50,9	61,1	63,3	65,3	8
Свалявський	69,2	64,8	65,1	56,1	68,6	50,0	73,1	59,4	69,6	56,5	71,4	64,0	11
Тячівський	73,6	71,8	76,4	67,6	79,3	82,3	80,8	80,8	76,0	85,1	84,2	78,0	4
Ужгородський	89,4	82,6	86,0	88,2	97,6	91,3	88,9	90,1	93,6	87,2	90,7	89,6	1
Хустський	60,3	54,5	63,3	36,4	57,1	69,7	67,4	77,6	85,3	73,9	72,9	65,3	9
Всього	63,4	59,3	63,6	60,6	64,9	63,7	62,3	66,4	65,7	64,0	63,3	63,4	

3.3. Поширеність алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області

На початку даного етапу дослідження було вивчено та проаналізовано статистичні дані щодо поширеності алкоголізму серед дорослого населення області. Аналізувалися показники поширеності алкоголізму з розрахунку на 100 тис. дорослого населення області в цілому чи адміністративної території. Результати вивчення статистичних показників зареєстрованої поширеності алкоголізму серед дорослого населення в розрізі адміністративних територій наведено в табл.3.12.

Аналіз наведених в табл.3.12 даних вказує на те, що показники поширеності алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області за роки дослідження мали хвилеподібний характер. Найвищі показники були зареєстровані в 2008 році - 1996,6 на 100 тис. дорослого населення області, а найнижчі - 1880,1 в 2016 році. Гранична різниця вказаних показників склала 1,06 разу. В цілому в області за період дослідження (2006-2016 рр) показник поширеності алкоголізму серед дорослого населення скоротився на 1683,48 на 100 тис населення (5,8%). Встановлена достовірна різниця зареєстрованого показника поширеності алкоголізму серед дорослого населення в розрізі адміністративних територій області: від 1392,8 на 100 тис. дорослого населення в Хустському районі до 3087,9 в Міжгірському районі. Гранична різниця становить 2,2 разів. Необхідно відмітити, що показники поширеності алкоголізму серед дорослого населення в Міжгірському районі є самими високими серед інших адміністративних територій області за весь період дослідження.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу показників поширеності алкоголізму серед жінок в розрізі адміністративних територій.

За результатами аналізу даних табл.3.13 встановлено достовірні відмінності в показниках поширеності алкоголізму серед жінок Закарпатської області в розрізі адміністративних територій. По області, найнижчим був рівень

Поширеність алкоголізму серед дорослого населення області (на 100 тис. відповідного населення), 2006-2016 рр

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє	Ранг
м. Ужгород	1599,1	1740,3	1705,7	1591,1	1574,1	1572,4	1607	1688,3	1693,8	1756,5	1819,7	1668,0	10
Берегівський	2741,2	2794,3	2790,1	2610,7	2358,9	1947,8	1785,4	1972,3	2013,6	1718,8	1637,8	2215,5	3
Виноградівський	1432,7	1488,3	1512,0	1510,9	1515,7	1537,4	1569,2	1586,1	1499,3	1478,6	1430,7	1505,5	13
Великобerezнянський	2323,8	2527,7	2730,9	2610,7	2630,7	2674,1	2671,3	2686,4	2638,8	2631,7	2701,0	2620,6	2
Воловецький	1539,8	1534,6	1573,6	1594,7	1555,2	1539,9	1462,2	1530	1507,8	1478	1482,7	1527,1	12
Іршавський	1652,6	1630,8	1591,5	1517	1494,8	1417,3	1437,3	1505	1566,5	1549,8	1576,4	1539,9	11
Міжгірський	2483,6	2615,5	2795,4	2828,4	2818,6	2939	2953,4	3034,4	3106	3104,8	3087,9	2887,9	1
Мукачівський	1871,2	1851,2	1799,0	1817,3	1876,4	1915	1835,5	1874,3	1872,8	1850,2	1673,5	1839,7	8
Перечинський	1728,7	1699,1	1733,3	1814	1983,5	2021,5	2067	2189,1	2170,5	2031,5	2107,7	1958,7	6
Рахівський	1962,8	1972	2022,7	2074,1	2079,6	2064,5	2055,1	2057,1	2047,6	2034,5	2031,7	2036,5	4
Свалявський	1906,6	1977,1	2053,2	2072,5	2016,6	1989	1983,2	2026,5	1987,9	1944,4	1966,2	1993,0	5
Тячівський	1811,2	1881,9	1880,1	1916,5	1932,9	1935,3	1927,9	1935,7	1924,6	1913,8	1912,9	1906,6	7
Ужгородський	2154,1	2251,5	2249,4	1940,5	1891,7	1642,8	1597,8	1518,8	1522,2	1533,9	1500,3	1800,3	9
Хустський	1412,5	1465,5	1515,9	1552	1543,8	1496,9	1506,2	1480,7	1416,1	1376,1	1392,8	1469,0	14
Середньообласний показник	1901,4	1959,3	1996,6	1960,7	1948,0	1906,6	1889,9	1934,6	1926,3	1885,9	1880,1	1926,3	

поширеності алкогольної залежності серед жінок в 2006 році – 281,0 на 100 тис. населення, найвищим - 643,6 на 100 тис. населення в 2009 році. Гранична різниця вказаних показників склала 1,1 разу.

За середнім значенням за період з 2006 по 2016 роки, серед районів області, найвище значення поширеності встановлено у В.Березнянському районі – 944,7 на 100 тис. нас. при середньому по області 626,3 на 100 тис.нас. Найнижче – у Хустському районі, 358,8 на 100 тис.нас. Гранична різниця показника складає 2,6 разів.

Крім цього, перевищення середньо обласного показника поширеності алкогольної залежності серед жінок встановлено в Міжгірському – 854,2, Свалявському – 784,8, Перечинському – 750,9, Рахівському – 750,0, Берегівському районі – 661,5 на 100 тис. нас. та м. Ужгород – 633,6 на 100 тис. населення.

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня співвідношення поширеності алкоголізму серед чоловіків та жінок. Отримані результати наведено в табл.3.14.

Аналіз наведених в табл.3.14 даних вказує на те, що за роками дослідження співвідношення хворих на алкоголізм чоловіків та жінок за період дослідження складає 4 чоловіка до 1 жінки крім 2014 року, коли дане співвідношення склало 3 чоловіка до 1 жінки. Дане вказує на зростання частки хворих на алкоголізм жінок в загальній кількості хворих дорослих в області.

Далі вивчалось питання щодо поширеності алкоголізму серед дорослого сільського населення. Отримані дані наведено в табл.3.15.

Аналіз наведених в табл.3.15 даних дозволив встановити найвищий показник поширеності алкоголізму серед дорослого сільського населення в області в 2008 році з рівнем 1485,9 на 100 тис дорослого сільського населення та найнижчий – 1336,3 у 2016 році.

Таблиця 3.13

Поширеність алкоголізму серед жінок (на 100 тис. жіночого населення), 2006-2016 рр

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє	Ранг
м. Ужгород	608,2	637,3	637,2	619,2	612,0	610,1	631,1	648,3	642,5	644,7	679,1	633,6	7
Берегівський	713,2	742,5	752,5	902,5	693,8	605,8	547,4	647,4	682,4	502,1	487,0	661,5	6
Виноградівський	323,1	355,8	393,1	383,3	404,9	407,7	427,0	432,9	423,4	435,0	407,2	399,4	13
Великобerezнянський	843,4	971,0	1074,0	966,6	948,1	960,1	955,8	923,8	873,5	916,0	959,8	944,7	1
Воловецький	530,7	546,3	518,1	557,4	552,7	543,6	432,2	496,6	464,8	448,3	442,6	503,0	11
Іршавський	482,6	482,6	502,4	502,4	521,9	492,9	510,5	520,3	545,7	528,7	516,9	509,7	10
Міжгірський	663,6	752,6	864,1	847,9	858,4	849,3	850,4	882,5	928,6	947,4	951,4	854,2	2
Мукачівський	573,0	579,3	578,8	587,2	611,5	627,4	639,6	659,0	674,1	663,5	612,8	618,7	8
Перечинський	630,6	630,6	655,8	735,4	698,2	765,8	750,3	839,5	846,2	812,3	894,7	750,9	4
Рахівський	720,3	718,1	765,3	767,4	758,5	743,4	747,7	755,3	755,7	757,1	761,0	750,0	5
Свалявський	682,9	757,9	784,2	766,3	777,4	772,1	771,4	822,9	824,6	831,3	841,6	784,8	3
Тячівський	440,8	469,5	516,4	533,6	569,1	575,5	583,2	573,3	599,2	599,8	605,1	551,4	9
Ужгородський	553,8	569,0	554,2	478,6	474,8	422,7	412,8	337,2	366,8	373,8	384,2	448,0	12
Хустський	367,5	369,0	368,5	362,4	385,8	355,2	369,8	355,8	349,6	331,4	331,9	358,8	14
Середньообласний показник	581,0	613,0	640,3	643,6	633,4	623,7	616,4	635,3	641,2	627,9	633,9	626,3	

Таблиця 3.14

Співвідношення хворих на алкоголізм чоловіків та жінок, 2010-2014 рр

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	ч/ж	ч/ж	ч/ж	ч/ж	ч/ж	ч/ж	ч/ж	ч/ж	ч/ж	ч/ж	ч/ж
м. Ужгород	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1
Берегівський	5:1	6:1	4:1	3:1	4:1	4:1	4:1	4:1	3:1	4:1	4:1
Виноградівський	5:1	6:1	4:1	5:1	4:1	4:1	4:1	4:1	4:1	4:1	4:1
Великобerezнянський	3:1	4:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	4:1	3:1	3:1
Воловецький	3:1	4:1	4:1	3:1	3:1	3:1	4:1	4:1	4:1	4:1	4:1
Іршавський	4:1	5:1	4:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1
Міжгірський	5:1	5:1	4:1	4:1	4:1	4:1	4:1	4:1	4:1	4:1	4:1
Мукачівський	4:1	5:1	4:1	4:1	4:1	4:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1
Перечинський	3:1	4:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	2:1
Рахівський	3:1	4:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1
Свалявський	3:1	4:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	2:1	2:1
Тячівський	5:1	6:1	4:1	4:1	4:1	4:1	4:1	4:1	4:1	4:1	4:1
Ужгородський	5:1	6:1	5:1	5:1	5:1	5:1	5:1	6:1	5:1	5:1	5:1
Хустський	5:1	6:1	5:1	5:1	5:1	5:1	5:1	5:1	5:1	5:1	5:1
Всього по області	4:1	5:1	4:1	4:1	4:1	4:1	4:1	4:1	3:1	4:1	3:1

Таблиця 3.15

Поширеність алкоголізму серед сільського населення (на 100 тис. відповідного населення), 2006-2016 рр

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє	Ранг
м. Ужгород													
Берегівський	2286,6	2350,7	2427,5	2245,8	2061,0	1743,0	1517,2	1686,2	1638,8	1429,4	1343,7	1884,5	2
Виноградівський	940,72	986,6	1056,2	1099,5	1089,5	1116,4	1144,9	1147,7	1053	1035,8	1004,8	1061,4	12
Великобerezнянський	1867,4	2036,8	2230,9	2196,2	2277,3	2331,0	2347,1	2251,5	2192,6	2195,6	2250,7	2197,9	1
Воловецький	1092	1097,4	1151,5	1184,2	1200,7	1172,0	1101,8	1142,1	1119,8	1104,3	1101,0	1133,3	11
Іршавський	1232,1	1199,9	1179,0	1127,7	1119,5	1077,8	1092,7	1150,3	1193,2	1170,5	1191,8	1157,7	10
Міжгірський	1444,9	1500,6	1678,6	1704,1	1713,4	1813,5	1862,2	1933,1	1998,1	1999,3	2001,3	1786,3	4
Мукачівський	1374,9	1337,8	1302,9	1329,9	1358,9	1445,2	1389,5	1401,1	1400,7	1390,6	1331,2	1369,3	7
Перечинський	1237,8	1253,9	1298,2	1404,0	1531,8	1559,5	1550,7	1633,1	1608,9	1533,6	1581,7	1472,1	5
Рахівський	1784,8	1768,4	1810,6	1860,0	1883,5	1846,7	1891,7	1867,9	1834,5	1829,6	1797,7	1834,1	3
Свалявський	1284,6	1324,8	1373,4	1405,8	1374,5	1342,6	1343,9	1344,1	1363	1347,4	1380,5	1353,1	8
Тячівський	1082,8	1140,4	1168,8	1194,8	1233,9	1250,7	1283,2	1364,9	1349	1396,1	1417,5	1262,0	9
Ужгородський	1676,7	1737,1	1737,6	1434,1	1414,8	1270,1	1258,1	1204,9	1222,2	1235,4	1204,9	1399,6	6
Хустський	832,2	236,8	901,0	909,8	904,1	891,2	901,94	953,42	953,03	942,88	963,2	853,6	13
Середньообласний показник	1395,2	1382,4	1485,9	1468,9	1474,1	1450,7	1437,3	1467,7	1455,9	1431,6	1336,3	1435,1	

Таблиця 3.16

**Питома вага вперше виявлених випадків алкоголізму в загальній структурі поширеності алкоголізму серед
дорослого сільського населення, 2006-2016 рр, %**

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
м. Ужгород	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Берегівський	12,6	11,0	7,8	3,5	3,8	4,7	7,0	13,4	18,0	11,4	13,9
Виноградівський	12,3	10,4	11,5	9,7	8,7	7,4	8,0	7,1	11,5	9,8	7,1
Великобerezнянський	19,9	12,1	11,8	4,7	9,5	9,8	2,6	3,6	7,5	3,7	5,2
Воловецький	1,5	2,4	4,7	4,6	3,2	1,4	8,0	8,2	4,9	2,0	1,0
Іршавський	3,4	3,1	6,1	7,1	6,3	4,6	5,1	7,6	7,2	5,6	7,3
Міжгірський	11,9	10,3	16,3	6,7	9,2	10,5	6,9	10,3	9,5	6,0	6,1
Мукачівський	10,5	10,8	11,6	10,8	12,4	12,8	13,7	11,7	11,8	10,3	9,0
Перечинський	3,9	5,5	9,4	12,8	9,3	5,4	6,7	10,5	8,9	3,9	8,2
Рахівський	7,2	5,9	5,6	7,1	9,0	3,5	5,1	5,5	5,3	5,7	5,7
Свалявський	13,2	14,2	13,9	4,4	4,7	3,6	3,8	7,6	7,7	2,6	4,9
Тячівський	9,8	8,4	8,5	7,6	9,3	11,1	8,7	9,3	8,9	9,8	8,4
Ужгородський	7,2	8,2	10,0	8,2	9,1	7,7	9,8	9,3	9,1	9,1	9,7
Хустський	6,2	22,2	7,0	2,9	2,0	2,9	3,5	6,0	3,3	4,0	7,1
Середнє по обл.	9,2	9,0	9,3	7,1	7,8	7,4	7,4	8,7	9,0	7,4	7,7

Відмічається достовірна різниця вказаного показника в розрізі адміністративних територій. В 2016 році найнижчий показник (963,2) було зареєстровано в Хустському районі, а найвищий - 2250,7 на 100 тис дорослого сільського населення у Великоберезнянському районі.

Далі вивчалоя та аналізувалося питання щодо питомої ваги вперше виявлених випадків алкоголізму в загальній структурі поширеності алкоголізму серед дорослого сільського населення. Отримані дані наведено в табл. 3.16.

Проведений аналіз наведених в табл.3.16 даних вказує на те, що питома вага вперше виявлених випадків алкоголізму в загальній структурі поширеності алкоголізму серед сільського населення за роками дослідження складає до 10% щорічно. При цьому дана частка за роками дослідження істотно коливалась із 9,2% у 2006 році до 7,1 в 2009 році з наступним поступовим зростанням до 9,0 в 2014 році та зниженням до 7,7 в 2016 році.

3.4. Епідеміологія гострих психотичних розладів внаслідок вживання алкоголю

Отримані результати щодо епідеміології гострих психотичних розладів внаслідок вживання алкоголю (на 100 тис дорослого населення) за період 20006-2016 рр наведено в табл. 3.17-3.19.

За даними таб.3.17 видно, що показник захворюваності дорослого населення області на гострі психотичні розлади внаслідок вживання алкоголю за роки дослідження скоротився з 30,3 до 8,4 (3,6 разу ($p \leq 0,05$)) з найвищим рівнем в Берегівському (26,4) та найнижчим рівнем в Мукачівському (8,0) районі. Різниця складає 3,3 разу ($p \leq 0,05$). Дана ситуація вказує на підвищення рівня профілактичної роботи серед осіб, які зловживають алкоголем.

Дані табл.3.18 вказують, що показник захворюваності дорослого жіночого населення області на гострий алкогольний психоз за роки дослідження скоротився з 6,5 до 1,4 з найвищим показником (8,3) в м. Ужгород та відсутністю зареєстрованих випадків в 9 районах області. Показник захворюваності жінок на гострий алкогольний психоз у шість разів є нижчим ніж дорослого населення в цілому.

За даними табл.3.19 показник захворюваності дорослого сільського населення на гострий алкогольний психоз теж знизився: з 23,3 в 2006 році до 6,6 в 2016 році. Зниження показника відбулося в 3,5 разу ($p \leq 0,05$).

3.5. Смертність дорослого населення Закарпатської області внаслідок причин, пов'язаних із вживанням алкоголю

Результати вивчення смертності дорослого населення Закарпатської області внаслідок причин, пов'язаних із вживанням алкоголю наведено в табл.3.20 та табл.3.21.

За даними, що наведені в табл.3.20 видно, що за період дослідження внаслідок вказаних причин в області померло 1107 осіб, що склало 4,5% від загальної кількості померлих людей в регіоні. В динаміці дослідження кількість осіб, що помирали щорічно має суттєві відмінності, але в цілому відмічається тенденція до їх зменшення, що є позитивним чинником і вказує на підвищення рівня наркологічної допомоги населенню.

За даними табл.3.21, в якій наведено структуру причин смертності даної категорії населення, видно, що всі роки дослідження провідні місця в структурі смертності займають алкогольна кардіоміопатія та алкогольна хвороба печінки, розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю.

Так в 2016 році алкогольна кардіоміопатія в структурі смертності займала 39,4%, а алкогольна хвороба печінки - 32,8%, порушення психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю – 18,6%.

За даними табл.3.22, частка померлих внаслідок причин, пов'язаних із вживанням алкоголю в працездатному віці склала 64,2% .

Таблиця 3.17

Захворюваність дорослого населення області на гострі психотичні розлади внаслідок вживання алкоголю (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє	Ранг
м. Ужгород	41,3	45,6	44,3	34,6	14,0	8,6	14,0	10,8	15,2	14,2	17,6	23,7	2
Берегівський	53,1	56,5	41,5	46,5	15,0	19,9	18,3	13,3	11,6	6,7	8,4	26,4	1
Виноградівський	39,4	31,3	10,3	16,0	15,8	9,0	8,9	5,6	6,7	4,4	7,8	14,1	8
Великобerezнянський	47,4	47,4	38,5	9,6	19,3	9,7	14,5	14,5	14,4	0,0	19,4	21,3	3
Воловецький	41,8	20,9	26,4	26,4	26,5	15,9	10,6	10,6	5,3	5,3	5,3	17,7	6
Іршавський	17,7	15,0	19,0	8,1	5,3	8,0	6,6	9,2	10,5	7,9	11,8	10,8	12
Міжгірський	16,5	30,2	22,0	22,0	27,4	19,2	8,2	30,1	22,0	2,8	-	18,2	5
Мукачівський	15,0	14,3	10,6	10,6	6,9	5,6	5,5	5,5	4,8	4,8	4,8	8,0	14
Перечинський	46,6	42,4	29,7	17,0	8,4	8,4	8,4	4,2	4,2	0,0	4,2	15,8	7
Рахівський	16,8	16,8	16,6	18,2	11,9	3,0	7,4	8,8	7,3	7,3	7,3	11,0	11
Свалявський	21,9	48,6	29,1	9,7	12,1	9,6	4,8	4,8	2,4	2,4	4,8	13,7	9
Тячівський	10,2	17,3	20,9	10,1	8,4	12,2	6,0	6,8	6,8	0,7	1,5	9,2	13
Ужгородський	44,4	75,2	31,9	21,8	9,8	8,2	6,5	4,9	3,2	3,2	3,2	19,3	4
Хустський	12,5	18,7	19,6	10,3	4,1	8,2	4,1	11,2	2,0	11,2	21,5	11,2	10
По області	30,3	34,3	25,7	18,6	13,2	10,4	8,8	10,0	8,3	5,1	8,4	15,7	

Таблиця 3.18

Захворюваність на гострі психотичні розлади серед жінок (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє	Ранг
м. Ужгород	17,8	11,4	11,4	13,1	3,3	1,6	6,5	1,6	4,9	-	8,3	7,3	1
Берегівський	7,3	12,2	4,9	4,9	-	2,5	-	5,0	5,0	2,5	2,5	4,3	6
Виноградівський	9,8	3,3	3,3	6,5	4,9	1,6	1,6	1,6	-	-	3,2	3,3	9
Великобerezнянський	7,1	21,3	14,3	7,2	14,4	7,2	7,2	-	-	-	-	7,2	2
Воловецький	-	15,6	23,6	-	23,7	7,9	-	-	-	-	-	6,4	3
Іршавський	1,9	1,9	3,9	-	1,9	3,9	-	-	-	3,9	-	1,6	13
Міжгірський	8,1	12,1	8,1	-	4,1	-	4,1	8,2	8,2	-	-	4,8	4
Мукачівський	6,3	5,2	2,1	4,2	3,1	-	3,1	1,0	2,0	2,0	2,0	3,3	8
Перечинський	6,1	-	-	12,3	-	-	-	-	-	-	-	1,7	12
Рахівський	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
Свалявський	10,7	17,9	10,7	3,6	3,6	-	-	-	3,6	-	-	4,6	5
Тячівський	4,6	3,4	10,3	1,1	3,4	3,4	-	-	1,1	1,1	-	2,6	11
Ужгородський	7,6	10,2	5,0	2,5	5,0	2,5	2,5	-	4,9	-	-	3,7	7
Хустський	3,0	3,0	9,1	4,6	-	1,5	1,5	1,5	-	3,0	3,0	2,7	10
По області	6,5	8,4	7,6	4,3	4,8	2,7	1,9	1,4	2,1	0,9	1,4	3,8	

Таблиця 3.19

Захворюваність на гострі психотичні розлади сільського населення (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє	Ранг
м. Ужгород													
Берегівський	48,1	50,1	26,3	40,4	12,2	18,3	16,3	8,1	10,2	6,1	8,2	22,2	1
Виноградівський	24,8	24,8	7,4	12,4	14,8	7,4	8,6	6,1	7,3	4,8	7,2	11,4	7
Великобerezнянський	48,4	38,7	39,7	9,9	15,1	10,2	10,2	15,3	15,3	-	20,5	20,3	2
Воловецький	32,1	21,4	21,8	21,8	27,4	16,4	5,5	11,0	5,5	-	-	14,8	4
Іршавський	11,1	11,1	14,5	6,7	4,5	4,5	5,6	7,7	8,8	5,5	9,9	8,2	11
Міжгірський	5,1	20,2	12,8	15,3	15,4	15,5	5,2	23,3	15,6	0,0	-	11,7	6
Мукачівський	14,6	13,5	10,1	7,9	6,7	6,7	6,7	5,6	4,5	6,7	5,6	8,1	12
Перечинський	40,4	28,3	24,4	12,2	8,1	8,1	4,0	4,0	4,0	-	-	12,1	5
Рахівський	20,1	20,1	18,3	18,3	11,0	3,6	5,4	7,2	5,4	5,4	5,4	10,9	8
Свалявський	10,7	37,5	21,6	5,4	10,8	8,1	2,7	5,4	-	2,7	5,4	10,0	9
Тячівський	3,2	13,4	12,6	5,5	6,3	7,0	5,5	5,4	5,4	0,8	1,5	6,1	13
Ужгородський	35,0	65,2	28,3	18,9	9,3	7,7	6,2	3,1	1,5	3,0	3,0	16,5	3
Хустський	9,9	11,0	11,0	4,4	4,4	5,5	4,4	9,9	2,2	9,9	18,7	8,3	10
По області	23,3	27,3	19,1	13,8	11,2	9,2	6,6	8,6	6,6	3,4	6,6	12,3	

**Кількість померлих в Закарпатській області внаслідок причин, пов'язаних із вживанням алкоголю в розрізі
адміністративних територій, абс. (2006-2016рр)**

Адміністративна територія	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Всього
<i>Міста</i>												
Ужгород	55	53	66	31	34	37	36	28	35	34	32	333
Мукачево	44	64	99	79	66	48	46	50	62	46	49	545
Хуст	24	26	27	17	13	13	16	16	11	17	12	142
Берегове	22	14	33	27	16	16	20	21	20	17	21	191
Чоп	4	7	4	2	3	0	0	2	5	5	1	22
<i>Райони</i>												
Берегівський	59	63	70	45	45	32	44	51	33	44	33	70
В.Березнянський	31	49	46	30	23	17	20	18	14	18	20	46
Виноградівський	91	87	136	103	92	65	97	74	87	76	79	136
Воловецький	3	12	20	8	18	6	9	12	7	6	7	20
Іршавський	26	33	51	37	40	28	39	34	29	33	24	51
Міжгірський	12	13	13	15	2	8	22	20	11	9	9	13
Мукачівський	72	111	138	139	104	69	99	110	83	98	79	138
Перечинський	18	34	54	32	32	19	23	16	22	17	13	54
Рахівський	48	61	94	105	55	58	55	55	43	54	37	94
Свалявський	30	36	74	42	41	27	31	30	44	23	27	74
Тячівський	41	58	90	56	58	58	61	49	43	39	41	90
Ужгородський	16	26	43	27	24	20	30	16	21	29	20	43
Хустський	30	29	49	49	13	25	38	41	29	36	24	49
Всього по області	626	776	1107	844	679	546	686	643	599	601	528	1107
% від загальної кількості померлих	3,9	4,7	6,9	5,4	4,5	3,8	4,6	4,3	4,0	3,9	3,4	4,5

**Структура причин смертності внаслідок причин, що пов'язані із вживанням алкоголю в Закарпатській області,
абс. (2006-2016рр)**

Причини	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	абс	%	абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	113	18,1	155	19,9	192	17,3	186	22	111	16,3	91	16,5	118	17,2	123	19,1	98	16,4	119	19,8	98	18,6
Алкогольна кардіоміопатія	312	49,8	361	46,5	372	33,6	268	31,7	222	32,7	189	34,4	285	41,5	256	39,8	237	39,6	209	34,8	208	39,4
Дегенерація нервової системи, спричинена вживанням алкоголю	-	-	-	-	118	10,7	89	10,5	78	11,5	55	10,0	57	8,3	44	6,8	40	6,7	42	7,0	33	6,3
Випадкове отруєння та дія алкоголю	-	-	-	-	65	5,9	75	8,9	61	9,0	76	13,8	54	7,9	21	3,3	42	7,0	36	6,0	15	2,8
Хронічний алкогольний панкреатит	-	-	-	-	4	0,4	4	0,5	4	0,6	2	0,4	4	0,6	1	0,2	-	-	3	0,5	1	0,2
Алкогольна хвороба печінки	201	32,1	260	33,6	356	32,1	222	26,4	202	29,7	137	24,9	167	24,3	198	30,8	181	30,2	192	31,9	173	32,8
Алкогольна поліневропатія	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,1	-	-	1	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Отруєння (вплив) алкоголем, намір невизначений	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,2	-	-	-	-
Всього померло від причин пов'язаних із вживанням алкоголю	626	100	776	100	1107	100	844	100	679	100	550	100	686	100	643	100	599	100	601	100	528	100

Померлі у працездатному віці, 2006-2016 рр.

Рік	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Разом
Всього померлих, за усіма причинами смертності	15899	16488	16155	15587	14947	14588	14813	14801	14808	15549	15399	169034
Із них, померли у працездатному віці (16-59 для чоловіків, 16-54 для жінок)	4023	4402	4301	3740	3311	2975	3057	3091	3111	3192	3119	38322
%	25,3	26,7	26,6	24,0	22,2	20,4	20,6	20,9	21,0	20,5	20,3	22,7
В т. ч. внаслідок причин, пов'язаних із вживанням алкоголю	626	774	1107	844	679	550	686	643	599	601	528	7637
Із них, померли у працездатному віці (16-59 для чоловіків, 16-54 для жінок)	435	540	770	561	408	310	398	401	371	383	327	4904
%	69,5	69,8	69,6	66,5	60,1	56,4	58,0	62,4	61,9	63,7	61,9	64,2
Алкогольна кардіоміопатія	312	361	372	268	222	189	285	256	237	209	208	2919
Із них, померли у працездатному віці (16-59 для чоловіків, 16-54 для жінок)	226	266	288	205	157	121	180	184	162	150	154	2093
%	72,4	73,7	77,4	76,5	70,7	64,0	63,2	71,9	68,4	71,8	74,0	71,7
Алкогольна поліневропатія	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	2
Із них, померли у працездатному віці (16-59 для чоловіків, 16-54 для жінок)	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	2
%	-	-	-	-	100,0	-	100,0	-	-	-	-	100,0
Випадкове отруєння та дія алкоголю	-	-	65	75	61	76	54	21	42	36	15	445
Із них, померли у працездатному віці (16-59 для чоловіків, 16-54 для жінок)	-	-	58	62	55	65	45	18	35	30	12	380
%	-	-	89,2	82,7	90,2	85,5	83,3	85,7	83,3	83,3	80,0	85,4

Дегенерація нервової системи, спричинена вживанням алкоголю	-	-	118	89	78	55	57	44	40	42	33	556
Із них, померли у працездатному віці (16-59 для чоловіків, 16-54 для жінок)	-	-	52	36	12	9	18	13	11	18	10	179
%	-	-	44,1	40,4	15,4	16,4	31,6	29,5	27,5	42,9	30,3	32,2
Отруєння (вплив) алкоголем, намір невизначений	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Із них, померли у працездатному віці (16-59 для чоловіків, 16-54 для жінок)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
%	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-	100,0
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	113	155	192	186	111	91	118	123	98	119	98	1404
Із них, померли у працездатному віці (16-59 для чоловіків, 16-54 для жінок)	61	78	100	86	49	38	44	58	51	60	41	666
%	54,0	50,3	52,1	46,2	44,1	41,8	37,3	47,2	52,0	50,4	41,8	47,4
Хронічний алкогольний панкреатит	-	-	4	4	4	2	4	1	-	3	1	23
Із них, померли у працездатному віці (16-59 для чоловіків, 16-54 для жінок)	-	-	3	4	3	1	3	1	-	2	0	17
%	-	-	75,0	100,0	75,0	50,0	75,0	100,0	-	66,7	0,0	73,9
Алкогольна хвороба печінки	201	258	356	222	202	137	167	198	181	192	173	2287
Із них, померли у працездатному віці (16-59 для чоловіків, 16-54 для жінок)	148	196	269	168	131	76	107	127	111	123	110	1566
%	73,6	76,0	75,6	75,7	64,9	55,5	64,1	64,1	61,3	64,1	63,6	68,5

3.5.1. Насильницька смерть, отруєння алкоголем та сурогатами алкоголю

Відповідно до програми дослідження було проведено дослідження щодо вивчення та проведення аналізу випадків насильницької смерті, отруєння алкоголем та сурогатами алкоголю в розрізі районних та міжрайонних відділень судово-медичної експертизи за період 2012-2016 рр. Отримані результати наведено в табл.3.23.

Таким чином за роки дослідження (2011-2016 рр) в області:

- від насильницької смерті в стадії алкогольної інтоксикації загинуло 2199 осіб, що складає 47,4% (4638 осіб) від всіх випадків насильницької смерті. За роками дослідження кількість осіб, які загинули насильницькою смертю в стадії алкогольної інтоксикації складає: 2011 рік - 407 ; 2012 рік - 366; 2013 рік - 336 ; 2014 рік - 365; 2015 рік - 372; 2016 рік - 353. В цілому відмічається зниження кількості осіб, які загинули насильницькою смертю в стадії алкогольної інтоксикації на 54 (13,3%). Відмічається достовірна різниця кількості осіб, які загинули насильницькою смертю в стадії алкогольної інтоксикації в розрізі адміністративних територій.

- загинуло в результаті отруєння алкоголем 353 особи в тому числі за роками дослідження: 2011 рік - 76 ; 2012 рік - 69 ; 2013 рік - 37 ; 2014 рік - 65; 2015 рік - 62 ; 2016 рік - 44. В цілому відмічається зниження кількості осіб, які загинули в результаті отруєння алкоголем на 32 (42,1%). Відмічається достовірна різниця кількості осіб, які загинули в результаті отруєння алкоголем в розрізі адміністративних територій.

- загинуло в результаті отруєння сурогатами 68 осіб в тому числі за роками дослідження: 2011 рік - 20; 2012 рік - 27; 2013 рік - 9; 2014 рік - 6; 2015 рік - 5 ; 2016 рік - 1. В цілому відмічається зниження кількості осіб, які загинули в результаті отруєння сурогатами на 19 (95,0%) з найбільшою кількістю в 2012 році (27 осіб). Відмічається достовірна різниця кількості осіб, які загинули в результаті отруєння сурогатами в розрізі адміністративних територій.

Таблиця 3.23

**Насильницька смерть, отруєння алкоголем та сурогатами алкоголю в розрізі районних та міжрайонних відділень
судово-медичної експертизи, 2012-2016 рр (абс. кількість)**

Рік	Найменування	Відділення	Мукачівське	Іршавське	Берегівське	Свалявське міжрайонне (Свалява, Воловець)	Хустське	Міжгірське	Виноградівське	Ужгородське міжрайонне (Ужгородський, В. Березнянський, Перечинський)	Тячівське міжрайонне (Тячівський, Рахівський)	По області
2011	Насильницька смерть	Всього	117	48	68	75	72	34	78	185	136	813
		із них, в стані алк.інтокс.	64	31	23	46	40	18	48	77	60	407
	Отруєння алкоголем	Всього	12	8	6	12	8	-	4	18	8	76
		із них, в стані алк.інтокс.	12	8	6	12	8	-	4	18	8	76
	Отруєння сурогатами	Всього	2	1	9	1	-	-	2	3	2	20
		із них, в стані алк.інтокс.	2	1	1	-	-	-	2	2	0	8
2012	Насильницька смерть	Всього	128	56	55	53	58	19	92	189	145	795
		із них, в стані алк.інтокс.	43	25	21	27	25	11	51	86	77	366
	Отруєння алкоголем	Всього	6	13	4	7	6	1	7	15	10	69
		із них, в стані алк.інтокс.	6	13	4	7	6	1	7	15	10	69
	Отруєння сурогатами	Всього	-	3	13	4	-	-	2	4	1	27
		із них, в стані алк.інтокс.	-	3	6	4	-	-	2	1	1	17

Продовження таблиці 3.23

2013	Насильницька смерть	Всього	126	41	42	52	58	28	85	171	99	702
		із них, в стані алк.інтокс.	65	21	13	27	27	18	43	80	42	336
	Отруєння алкоголем	Всього	11	4	-	4	1	1	4	8	4	37
		із них, в стані алк.інтокс.	11	4	-	4	1	1	4	8	4	37
	Отруєння сурогатами	Всього	4	-	2	-	-	-	3	-	-	9
		із них, в стані алк.інтокс.	4	-	1	-	-	-	3	-	-	8
2014	Насильницька смерть	Всього	115	51	54	70	70	23	76	175	132	766
		із них, в стані алк.інтокс.	50	25	29	30	33	15	33	93	57	365
	Отруєння алкоголем	Всього	14	4	2	13	3	-	1	25	3	65
		із них, в стані алк.інтокс.	14	4	2	13	3	-	1	25	3	65
	Отруєння сурогатами	Всього	-	1	2	-	-	-	1	2	-	6
		із них, в стані алк.інтокс.	-	1	1	-	-	-	1	2	-	5
2015	Насильницька смерть	Всього	131	54	46	61	58	24	94	155	166	789
		із них, в стані алк.інтокс.	54	16	24	29	37	14	50	70	78	372
	Отруєння алкоголем	Всього	10	4	4	8	6	3	9	13	5	62
		із них, в стані алк.інтокс.	10	4	4	8	6	3	9	13	5	62
	Отруєння сурогатами	Всього	1	-	1	-	-	-	2	1	-	5
		із них, в стані алк.інтокс.	0	-	1	-	-	-	2	1	-	4
2016	Насильницька смерть	Всього	112	51	47	59	62	32	81	171	154	769
		із них, в стані алк.інтокс.	41	25	21	32	36	22	44	66	66	353
	Отруєння алкоголем	Всього	7	3	5	4	7	1	5	9	3	44
		із них, в стані алк.інтокс.	7	3	5	4	7	1	5	9	3	44
	Отруєння сурогатами	Всього	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
		із них, в стані алк.інтокс.	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1

3.6. Детермінанти зловживання алкоголем населенням Закарпатської області

Аналізуючи середньорічні показники захворюваності дорослого населення на алкоголізм у розрізі адміністративних районів області можна констатувати, що найвищий показник рівня захворюваності зареєстровано у Мукачівському (228,83 на 100 тис. дорослого населення), Берегівському (179,372 відповідно), Міжгірському (164,532 відповідно) районах.

Найнижчий рівень показників захворюваності дорослого населення на алкоголізм зареєстровано у Хустському (43,938 відповідно), Свалявському (62,578 відповідно), Великоберезнянському (62,684 відповідно) районах. Різниця показників рівнів захворюваності на алкоголізм у розрізі адміністративних територій області становить 5,2 разу ($p \leq 0,01$). У табл. 3.24 наведено середньорічні рівні показників захворюваності дорослого населення Закарпатської області на алкоголізм у розрізі адміністративних територій.

Таблиця 3.24

Рейтингові рівні середньорічних показників захворюваності дорослого населення Закарпатської області на алкоголізм у 2012–2015 рр., на 100 тис. відповідного населення

Адміністративна територія	Рейтингові рангові позиції		Середньорічний показник захворюваності на алкоголізм
	Рейтинг	Ранг	
Берегівський район	1	1	244,92
Міжгірський район	2		212,65
Мукачівський район	3	2	197,27
Перечинський район	4		162,03
Тячівський район	5	3	148,90
Рахівський район	6		140,66
Ужгородський район	7		135,62
Виноградівський район	8		119,27
м. Ужгород	9		116,91
Великоберезнянський район	10		113,31
Свалявський район	11		101,72

Іршавський район	12	4	95,97
Воловецький район	13		89,92
Хустський район	14	5	48,48

Подібна територіальна характеристика встановлена і щодо середньорічних рівнів показників поширеності алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області в розрізі адміністративних територій (табл. 3.25).

Найвищі показники поширеності алкоголізму зареєстровано у Міжгірському (2953,4 на 100 тис. дорослого населення), Перечинському (2067,02 відповідно), Рахівському (20,55 відповідно) районах. Найнижчі рівні захворюваності дорослого населення на алкоголізм зареєстровано у Іршавському (1437,3 на 100 тис. дорослого населення), Воловецькому (1462,3 відповідно), Хустському (1506,7 відповідно) районах. Різниця показників рівня захворюваності на алкоголізм у розрізі адміністративних територій області становить 2,05 разу ($p \leq 0,05$).

Аналіз отриманих результатів показує, що різниця в адміністративно-територіальному аспекті середньорічних показників рівнів поширеності серед дорослого населення алкоголізму становить 2,1 разу ($p \leq 0,05$) – від 1444,77 у Хустському до 3049,64 у Міжгірському районі.

Таблиця 3.25

Рейтингові рівні середньорічних показників поширеності алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області, на 100 тис. відповідного населення

Адміністративна територія	Рейтингові рангові позиції		Середньорічний показник поширеності алкоголізму
	Рейтинг	Ранг	
Міжгірський район	1	1	3049,64
Великобerezнянський район	2		2657,05
Перечинський район	3	2	2114,53
Рахівський район	4		2048,57

Продовження таблиці 3.25

Свалявський район	5	3	1985,50
Тячівський район	6		1925,53
Берегівський район	7		1872,54
Мукачівський район	8		1858,19
м. Ужгород	9		1686,40
Ужгородський район	10		1543,17
Виноградівський район	11		1533,28
Іршавський район	12		1514,65
Воловецький район	13	4	1494,50
Хустський район	14		1444,77

Далі вивчалися соціальні детермінанти, які впливають на рівень захворюваності дорослого населення Закарпатської області на алкоголізм. У табл.3.26 наведено рангову структуру, кореляцію її величини та сили соціальних детермінант розвитку алкоголізму у дорослого населення області.

Соціальні детермінанти різною мірою можуть виступати факторами ризику розвитку алкоголізму. Як видно із даних табл. 3.26, прямий сильний кореляційний зв'язок встановлено між показником наявності алкоголізму у дорослого населення Закарпатської області і такими соціальними детермінантами, як безробіття, самотність, несприятливий психологічний клімат у сім'ї (конфліктна сім'я), повна сім'я з проблемними дітьми.

Прямий кореляційний зв'язок середньої сили встановлено між показником наявності алкоголізму у дорослого населення і такими соціальними детермінантами, як несприятливі умови проживання (до 5 кв. м житлової площі на члена сім'ї без зручностей), трудова міграція та робота на керівних посадах, а прямий кореляційний зв'язок слабкої сили – з наявністю у сім'ї осіб, які потребують постійного догляду, за відсутності відповідних житлових і побутових умов та робота приватним підприємцем.

**Рейтингова структура і кореляція деяких соціальних детермінант розвитку
алкоголізму у дорослого населення Закарпатської області**

Соціальні детермінанти	Рейтинг	Коефіцієнт кореляції	Спрямованість зв'язку та його сила
Безробіття	1	+0,74	Прямий сильний зв'язок
Самотність	2	+ 0,70	
Несприятливий психологічний клімат у сім'ї. Конфліктна сім'я	3	+0,64	Прямий сильний зв'язок
Відсутність постійного місця проживання	4	+0,62	Прямий сильний зв'язок
Трудова міграція	5	+0,61	Прямий сильний зв'язок
Несприятливі умови проживання: до 5 кв. м на члена сім'ї без зручностей	6	+0,48	Прямий зв'язок середньої сили
Робота на керівних посадах	7	+0,43	Прямий зв'язок середньої сили
Повна сім'я з проблемними дітьми	8	+0,32	Прямий зв'язок середньої сили
Наявність у сім'ї осіб, які потребують постійного догляду, за відсутності відповідних житлових та побутових умов	9	+0,28	Прямий слабкий зв'язок
Робота приватним підприємцем	10	+0,19	Прямий слабкий зв'язок

Дані про рейтингову структуру і кореляцію деяких медичних детермінант розвитку алкоголізму у дорослого населення наведено в табл. 3. 27.

Таблиця 3. 27

Рейтингова структура і кореляція деяких медичних детермінант розвитку алкоголізму у дорослого населення Закарпатської області

Медичні детермінанти	Рейтинг	Коефіцієнт кореляції	Спрямованість зв'язку та його сила
ВІЛ-інфікований	1	+0,68	Прямий сильний зв'язок
Хворий на туберкульоз	2	+0,35	Прямий середньої сили зв'язок
Хворий на злоякісне новоутворення	3	+0,20	Прямий слабкий зв'язок
Інвалід у осіб працездатного віку	4	+0,16	Прямий слабкий зв'язок

Як видно з табл.3.27, важливими медичними детермінантами у дорослого населення Закарпатської області (прямий сильний кореляційний зв'язок із наявністю алкоголізму) виступає ВІЛ-інфікування. Менше значення, як фактор ризику розвитку алкоголізму, має захворювання на туберкульоз (прямий кореляційний зв'язок середньої сили) і незначним фактором ризику (прямий слабкий кореляційний зв'язок) є наявність у дорослого населення працездатного віку інвалідності та злоякісних новоутворень.

В табл.3.28 наведено рейтингову структуру і кореляцію деяких економічних детермінант розвитку алкоголізму у дорослого населення Закарпатської області.

Встановлено прямий сильний зв'язок розвитку алкоголізму з такими економічними детермінантами, як недостатність фінансів на найважливіші потреби родини, непостійний зарібок та постійна наявність при собі

надлишкових грошей, а також встановлено прямий зв'язок середньої сили з наявністю великих нетрудових доходів.

Таблиця 3.28

Рейтингова структура і кореляція деяких економічних детермінант розвитку алкоголізму у дорослого населення Закарпатської області

Економічні детермінанти	Рейтинг	Коефіцієнт кореляції	Спрямованість зв'язку та його сила
Недостатність фінансів на найважливіші потреби родини	1	+0,75	Прямий сильний зв'язок
Непостійний заробіток	2	+0,63	Прямий сильний зв'язок
Постійно має при собі надлишкові гроші	3	+0,61	Прямий сильний зв'язок
Великі нетрудові доходи	4	+0,51	Прямий зв'язок середньої сили

Таким чином, за результатами проведено дослідження найважливішими соціальними детермінантами, які виступають факторами ризику розвитку алкоголізму у дорослого населення Закарпатської області (прямий сильний кореляційний зв'язок), є безробіття, самотність, несприятливий психологічний клімат у сім'ї (конфліктна сім'я), відсутність постійного місця проживання; а медичними, відповідно, – ВІЛ-інфікування. До економічних детермінант розвитку алкоголізму із прямим сильним кореляційним зв'язком виступають недостатність фінансів на найважливіші потреби родини (бідність), непостійний заробіток та наявність при собі надлишкових грошей.

3.7. Результати вивчення питання вживання алкоголю підлітками

Питання залучення учнівської молоді до вживання алкогольних напоїв є актуальним для більшості країн світу. В Україні комплексні дослідження щодо вживання учнівською молоддю алкогольних напоїв проводилися в 2003, 2007, 2011 роках і їх результати широко представлялися суспільству [81, 82].

Питання вживання молоддю алкогольних напоїв висвітлюється у Щорічних доповідях про стан здоров'я населення України [166-168].

Враховуючи, що надзвичайно важливою проблемою є вживання та зловживання алкоголю підлітками нами, відповідно до програми дослідження, було вивчено та проаналізовано статистичні дані щодо звертання підлітків до закладів охорони здоров'я з причини отруєння алкоголем. Отримані дані наведено в табл.3.29.

Таблиця.3.29

Кількість звернень неповнолітніх за медичною допомогою в лікувальні заклади, з діагнозом «алкогольне отруєння», 2012-2016 рр (абс. кількість)

Район/Рік	2012	2013	2014	2015	2016
Іршавський	1	5	8	6	2
Тячівський	4	12	1	6	2
Хустський	1	8	9	10	10
Рахівський	3	-	3	1	7
Перечинський	2	3	3	2	5
м. Ужгород	1	21	15	14	20
Виноградівський	3	12	18	8	13
Воловецький	2	-	-	-	-
Берегівський	-	1	-	-	1
Мукачівський	-	1	1	1	3
В. Березнянський	-	2	-	-	-
Свалявський	-		-	3	2
По області	17	65	58	51	65

За даними, що наведені в табл.3.29 видно, що за роки дослідження (2012-2016 рр) кількість підлітків, які зверталися до закладів охорони здоров'я з діагнозом «алкогольне отруєння» склала 256 осіб з найбільшою кількістю в 2013 та 2016 роках – по 65 осіб. В розрізі адміністративних маються достовірні відмінності кількості підлітків, які зверталися до закладів охорони здоров'я з діагнозом «алкогольне отруєння». Так, в 2016 році на двох адміністративних територіях (Воловецький та В. Березнянський райони) підлітків, які зверталися

до закладів охорони здоров'я з діагнозом «алкогольне отруєння» зареєстровано не було, в місті Ужгороді таких підлітків було зареєстровано 20. Серед сільських районів найбільша кількість підлітків, які зверталися до закладів охорони здоров'я з діагнозом «алкогольне отруєння» бала зареєстрована у Виноградівському (13 осіб) та Хустському (10 осіб) районах. В даних районах найбільша кількість підлітків, які зверталися до закладів охорони здоров'я з діагнозом «алкогольне отруєння» бала зареєстрована і в попередні роки.

Наведені статистичні дані щодо кількості звернень неповнолітніх за медичною допомогою в лікувальні заклади з діагнозом «алкогольне отруєння» за період 2012-2016 рр вказує на наявність проблеми в регіону із зловживанням підлітками алкогольних напоїв.

Далі, відповідно до програми дослідження вивчалось питання вживання алкогольних напоїв учнівською та студентською молоддю Закарпаття.

На початку дослідження було вивчено наявність досвіду вживання алкогольних напоїв протягом життя. Вивчення проводилося в розрізі статі, місця проживання (місто, село) та типом навчального закладу.

Аналіз отриманих даних вказує на те, що найбільших досвід вживання алкогольних напоїв мають студенти ВНЗ, а найменший – учні загально навчальних шкіл (ЗНШ) сільської місцевості. Необхідно відмітити, що частка дівчат, які мають досвід вживання алкогольних напоїв, не достовірно, але є більшою ніж хлопців відповідного віку. Так, різниця даного показника серед дівчат складає від $79,5 \pm 2,0\%$ серед учениць сільських загально навчальних шкіл до $95,3 \pm 1,1\%$ серед студенток (різниця становить $8,0\%$). Різниця даного показника серед хлопців складає від $77,0 \pm 2,1\%$ серед учнів сільських загально навчальних шкіл до $93,5 \pm 1,2\%$ серед студентів (різниця становить $16,5\%$).

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу вживання алкогольних напоїв учнівською та студентською молоддю за останні 30 днів до опитування.

Аналіз отриманих в ході дослідження даних вказує на те, що більше половини студентів, як хлопців ($59,5 \pm 2,5\%$) так і дівчат ($55,3 \pm 2,5\%$) за останні 30 днів які передували дослідженню вживали алкогольні напої.

Частка учнів загальноосвітніх шкіл, які вживали за останні 30 днів алкогольні напої, що знаходяться як в містах так і в сільській місцевості була приблизно в одних значеннях і складала:

- серед дівчат: $49,5 \pm 2,5\%$ в сільських школах та $47,3 \pm 2,5\%$ в міських школах;
- серед хлопців: $47,0 \pm 2,5\%$ в сільських школах та $48,5 \pm 2,5\%$ в міських школах.

Далі вивчалось питання частоти вживання алкогольних напоїв учнівською молоддю за останні 30 днів та види алкогольних напоїв які вживали представники учнівської молоді під час їх останнього вживання.

Аналіз отриманих даних вказує на те, що найбільшу частку складають представники учнівської молоді, які за останні 30 днів вживали алкогольні напої один або два рази. Частка таких серед хлопців склала $32,7 \pm 2,3\%$, а серед дівчат $35,8 \pm 2,4\%$. Достовірно не відрізнялася частка таких серед сільської ($33,4 \pm 2,4\%$) та міської ($35,8 \pm 2,4\%$) учнівської молоді. Частка тих, хто за 30 днів вживали алкогольні напої 10 і більше разів серед хлопців склала $1,7 \pm 0,7\%$, а серед дівчат $1,2 \pm 0,6\%$. Достовірно більша частка таких серед міської ($2,1 \pm 0,7\%$) ніж серед сільської ($0,4 \pm 0,2\%$) молоді. Різниця склала 5,25 ($p \leq 0,05$) разів.

Під час останнього вживання алкогольних напоїв хлопці найчастіше вживали пиво ($43,7 \pm 2,5\%$), різні алкогольні напої ($17,5 \pm 1,9\%$) та міцні напої ($11,7 \pm 1,6\%$), а дівчата найчастіше вживали пиво ($35,5 \pm 2,4\%$), слабоалкогольні напої ($22,6 \pm 2,1\%$).

Таким чином отримані результати дослідження щодо рівнів поширення та тенденцій вживання алкогольних напоїв учнівською та студентською молоддю Закарпатської області. В ході дослідження було встановлено наступне: частка студентської молоді, що має досвід вживання алкогольних напоїв серед хлопців склала $93,5 \pm 1,2\%$, а серед дівчат – $95,3 \pm 1,1\%$, а відповідно учнів сільських шкіл

77,0±2,1% і 79,5±2,0% та міських шкіл 85,5±1,8% і 87,3±1,7%; за останні 30 днів які передували дослідженню вживали алкогольні напої більше половини студентів, як хлопців (59,5±2,5%) так і дівчат (55,3±2,5%), а серед учнів загально навчальних шкіл частка таких склала серед дівчат: 49,5±2,5% в сільських школах та 47,3±2,5% в міських школах і серед хлопців: 47,0±2,5% в сільських школах та 48,5±2,5% в міських школах; під час останнього вживання алкогольних напоїв хлопці найчастіше вживали пиво (43,7±2,5%), різні алкогольні напої (17,5±1,9%) та міцні напої (11,7±1,6%), а дівчата найчастіше вживали пиво (35,5±2,4%), слабоалкогольні напої (22,6±2,1%) та вино (15,4±1,8%); у віці до 13 років найбільша частка хлопців спробувала шампанське (55,8±2,5%), пиво (53,7±2,5%) та слабоалкогольні напої (45,5±2,5%). Міцні алкогольні напої спробувало 15,2±1,8% хлопців, з яких 10,6±1,5% відчували стан сп'яніння; у віці до 13 років частка дівчат, що вживали шампанське склала 51,5±2,5%, пиво - 43,6±2,5%, слабоалкогольні напої - 40,6±2,4%. При цьому у віці до 13 років частка дівчат, які переживали відчуття сп'яніння, склала 5,7±1,2%.

3.8. Кримінальні правопорушення в стадії сп'яніння

Відповідно до програми дослідження вивчалося питання кількості кримінальних правопорушень, які були здійснені при перебування в стані алкогольного сп'яніння, наркотичного, токсичного або психотропного сп'яніння. Отримані дані наведено в табл.3.30.

Таблиця 3.30

Кількість виявлених осіб, які вчинили кримінальні правопорушення (за даними прокуратури Закарпатської області)

Показник	Усього по області	у т.ч. перебували у стані алкогольного сп'яніння		у т.ч. перебували у стані наркотичного, токсичного або психотропного сп'яніння	
	абс.	абс.	%	абс.	%
2006	3232	448	13,9	2	0,1
2007	3265	394	12,1	8	0,2
2008	3165	461	14,6	8	0,3
2009	3402	504	14,8	11	0,3

Продовження таблиці 3.30

2010	3887	705	18,1	20	0,5
2011	3905	906	23,2	23	0,6
2012	3311	758	22,9	33	1
2013	2997	802	26,8	10	0,3
2014	2901	533	18,4	9	0,3
2015	2598	399	15,4	14	0,5
2016	2363	452	19,1	7	0,3
2017	3164	394	12,5	10	0,3
Всього		6756		145	

За даними прокуратури, за роки дослідження (2006-2017рр) в області було скоєно 6756 кримінальних правопорушень особами у стані алкогольного сп'яніння та 145 кримінальних правопорушень у стані наркотичного або токсичного або психотропного сп'яніння.

Висновки за розділом

1. Порівняно з показниками по Україні, рівень захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотиків в Закарпатській області залишається низьким та має істотні відмінності в тенденціях/динаміці захворюваності та поширеності за синдромо-нозологічними формами внаслідок вживання окремих груп наркотичних речовин. Захворюваність та поширеність випадків гострої інтоксикації опіоїдами, каннабіноїдами, кокаїном, галюциногенами та ін. психоактивними речовинами, загалом по Україні мала тенденцію до зростання, по Закарпатській області була значно нижчою за середній показник по Україні за три роки та демонструвала значне зниження; захворюваність та поширеність випадків гострої інтоксикації внаслідок вживання седативних або снодійних речовин, інших стимуляторів, по Україні демонструвала зростання (захворюваність - з 0,62 на 100 тис. нас. в 2015 році до 1,74 в 2017 році; поширеність - з 3,58 на 100 тис. нас. до 4,9 на 100 тис. нас.). Захворюваність та поширеність випадків гострої інтоксикації внаслідок

вживання седативних або снодійних речовин, інших стимуляторів по Закарпатській області, зайняла середні рангові місця серед 27 адміністративно-територіальних одиниць України (15 та 18 відповідно), однак відмічалось зростання кількості вперше виявлених випадків гострої інтоксикації даними групами речовин із відставанням у часовому періоді.

2. В структурі захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин та інших психоактивних речовин F11; 12; 14; 16; 19 2-9), встановлено суттєві відмінності відносно інших регіонів та України загалом: в структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин загалом по Україні, зберігається стійка перевага вживання наркотиків опійної групи (6,54 на 100 тис. населення по середньому значенню за три роки); кількох наркотичних речовин (3,08 на 100 тис. нас. за середнім значенням за три роки); вживання канабіноїдів (1,01 на 100 тис. населення за середнім значенням за три роки), тоді як по Закарпатській області, найвищим є рівень захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання кількох наркотичних речовин (1,28 на 100 тис. населення за середнім значенням за три роки- 20 рейтингове місце серед 27 адміністративно-територіальних одиниць) із тенденцією до зростання із 1,14 в 2015 році до 1,66 в 2017 році. Водночас, відмічається зниження рівня захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів з 1,65 в 2015 році до 0,73 в 2017 році з середнім значенням за три роки – 1,24 на 100 тис. населення (всього 25 рейтингове місце), що менше в 5 разів аналогічного показника по Україні (6,54).

3. Рівень захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання канабіноїдів загалом по Україні зріс з 0,91 в 2015 році до 1,13 в 2017 році. В Закарпатській області даний показник за вказаний період залишався відносно сталим, з незначним підвищенням в 2016 році: 0,21 в 2015 році, 0,31 в 2016 році та 0,1 – в 2017 році з середнім показником за три роки – 0,21 на 100

тис. населення та 23-ім рейтинговим місцем серед 27 адміністративно-територіальних одиниць.

4. Поширеність розладів психіки та поведінки через вживання наркотичних речовин (опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин F11; 12; 14; 16; 19 2-9), за останні три роки, загалом по Україні та по Закарпатській області зростає. Зростання показника поширеності і по Україні загалом і по Закарпатській області відбулося переважно за рахунок групи розладів психіки та поведінки внаслідок вживання кількох наркотичних речовин, тоді як поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання інших груп наркотичних речовин демонстрували відносну сталість.

5. В структурі захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання інших психоактивних речовин, встановлено наступні істотні відмінності відносно інших регіонів та України загалом: рівень захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання інших психоактивних речовин, за середнім значенням за три роки по Україні склав 0,32 на 100 тис. нас., по Закарпатській області – 0,31 на 100 тис. населення з високим 8-м рейтинговим місцем серед 27 адміністративно-територіальних одиниць. Однак, якщо по Україні даний показник з 2015 по 2017 рік демонстрував зростання з 0,21 до 0,45 на 100 тис. населення, то по Закарпатській області в 2015 році складав 0,41 на 100 тис. населення і майже в 2 рази перевищував середньоукраїнський показник (0,21 на 100 тис. нас.), із зниженням рівня захворюваності в 2016 році та відновленням попереднього рівня в 2017 році- до 0,41 на 100 тис. населення при 0,45 на 100 тис. населення по Україні.

6. В структурі даної групи, найбільшу кількість складали вперше встановлені розлади психіки та поведінки внаслідок вживання інших стимуляторів включно з кофеїном як по Україні загалом (0,26 на 100 тис. населення), так і по Закарпатській області (0,27 на 100 тис. населення з високим 8-м рейтинговим місцем серед 27 адміністративно-територіальних одиниць) та тенденцією до зростання.

7. За рівнем захворюваності на розлади психіки а поведінки внаслідок вживання седативних або снодійних речовин, з 2015 по 2017 рік по Україні відбулося зростання з 0,1 до 0,2 на 100 тис. населення. В Закарпатській області, в 2015 році зафіксовано 0,1 на 100 тис. населення вперше встановлених випадків розладів психіки та поведінки внаслідок вживання седативних або снодійних речовин, в 2016 та 2017 роках нових випадків зареєстровано не було. За середнім значенням за три роки, рівень захворюваності на розлади психіки а поведінки внаслідок вживання седативних або снодійних речовин по Закарпатській області склав 0,03 на 100 тис. населення, що в три рази перевищувало середнє значення за три роки по Україні – 0,01 та зайняв високе 4-те рейтингове місце серед 27 адміністративно-територіальних одиниць

8. За рівнем поширеності розладів психіки та поведінки через вживання інших психоактивних речовин, загалом по Україні та в Закарпатській області відмічалось зростання. По Закарпатській області, даний показник зріс з 2,48 на 100 тис. населення в 2015 році до 2,59 на 100 тис. населення в 2017 році, з середнім показником за три роки 2,45 та середнім 12-м рейтинговим місцем серед 27 адміністративно-територіальних одиниць. В структуру поширеності розладів даної групи найбільший вклад як по Україні так і по Закарпатській області внесли розлади психіки та поведінки внаслідок вживання інших стимуляторів включно з кофеїном з середнім значенням за три роки по Україні 3,24 на 100 тис. населення, по Закарпатській області – 1,69 на 100 тис. населення за три роки та середнім 12-м рейтинговим місцем серед 27 адміністративно-територіальних одиниць.

9. Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання седативних та снодійних речовин по Україні знизилась з 0,61 на 100 тис. населення в 2015 році до 0,58 на 100 тис. нас. в 2017 році з середнім значенням за три роки 0,59 на 100 тис. населення. По Закарпатській області, даний показник з 2015 по 2017 роки залишався сталим і склав 0,31 на 100 тис. населення з 7-м рейтинговим місцем серед 27 адміністративно-територіальних одиниць.

10. Слід відмітити зниження поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання легких розчинників як по Україні, так і по Закарпатській області. По Україні, поширеність розладів даної групи знизилась із 0,55 на 100 тис. населення в 2015 році до 0,44 на 100 тис. населення в 2017 році з середнім значенням за три роки 0,5 на 100 тис. населення. По Закарпатській області поширеність розладів даної групи знизилась з 0,52 на 100 тис. населення в 2015 році до 0,41 на 100 тис. населення в 2017 році з середнім значенням за три роки 0,45 на 100 тис. населення та високим 9-м рейтинговим місцем серед 27 адміністративно-територіальних одиниць.

11. Відмінності в тенденціях захворюваності та поширеності за синдромо-нозологічними формами внаслідок вживання окремих груп наркотичних речовин пов'язані з існуючими етно-культуральними особливостями вживання психоактивних речовин, соціально-демографічними характеристиками споживачів наркотиків притаманними для регіону, географічними особливостями регіону (наявність 4 кордонів з країнами Євросоюзу та пов'язаними з цим особливостями наркотрафіку; великою кількістю трудових мігрантів, які працюють в країнах Євросоюзу та пов'язаного з цим впливом на наркосцену існуючих тенденцій в країнах-сусідах.

12. За роки дослідження в області померло 1107 осіб внаслідок причин, які пов'язані з вживанням алкоголю при цьому даний показник має тенденцію до зниження. В структурі причин смертності провідні місця займають алкогольна кардіоміопатія (39,4%), алкогольна хвороба печінки (32,8%), порушення психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (18,6%). Із числа померлих 64,2% склали особи працездатного віку. В результаті отруєння алкоголем загинуло 353 особи, а від отруєння сурогатами 68 осіб. В результаті насильницької смерті в стадії алкогольного оп'яніння загинуло 2199 осіб, що склало 47,4% від всіх випадків насильницької смерті в області за роки дослідження.

13. За роки дослідження до закладів охорони здоров'я звернулося 256 осіб з отруєнням алкоголем. В ході соціологічного дослідження серед

студентської та учнівської молоді було встановлено наступне: частка студентської молоді, що має досвід вживання алкогольних напоїв серед хлопців склала $93,5 \pm 1,2\%$, а серед дівчат – $95,3 \pm 1,1\%$, а відповідно учнів сільських шкіл $77,0 \pm 2,1\%$ і $79,5 \pm 2,0\%$ та міських шкіл $85,5 \pm 1,8\%$ і $87,3 \pm 1,7\%$; за останні 30 днів які передували дослідженню вживали алкогольні напої більше половини студентів, як хлопців ($59,5 \pm 2,5\%$) так і дівчат ($55,3 \pm 2,5\%$), а серед учнів загально навчальних шкіл частка таких склала серед дівчат: $49,5 \pm 2,5\%$ в сільських школах та $47,3 \pm 2,5\%$ в міських школах і серед хлопців: $47,0 \pm 2,5\%$ в сільських школах та $48,5 \pm 2,5\%$ в міських школах; під час останнього вживання алкогольних напоїв хлопці найчастіше вживали пиво ($43,7 \pm 2,5\%$), різні алкогольні напої ($17,5 \pm 1,9\%$) та міцні напої ($11,7 \pm 1,6\%$), а дівчата найчастіше вживали пиво ($35,5 \pm 2,4\%$), слабоалкогольні напої ($22,6 \pm 2,1\%$) та вино ($15,4 \pm 1,8\%$); у віці до 13 років найбільша частка хлопців спробувала шампанське ($55,8 \pm 2,5\%$), пиво ($53,7 \pm 2,5\%$) та слабоалкогольні напої ($45,5 \pm 2,5\%$). Міцні алкогольні напої спробувало $15,2 \pm 1,8\%$ хлопців, з яких $10,6 \pm 1,5\%$ відчували стан сп'яніння; у віці до 13 років частка дівчат, що вживали шампанське склала $51,5 \pm 2,5\%$, пиво - $43,6 \pm 2,5\%$, слабоалкогольні напої - $40,6 \pm 2,4\%$. При цьому у віці до 13 років частка дівчат, які переживали відчуття сп'яніння, склала $5,7 \pm 1,2\%$.

14. За даними прокуратури, за роки дослідження (2006-2017pp) в області було скоєно 6756 кримінальних правопорушень особами у стані алкогольного сп'яніння та 145 кримінальних правопорушень у стані наркотичного, токсичного або психотропного сп'яніння.

Список особистих робіт за темою розділу [1, 3, 4, 7, 9, 11, 16, 19, 20].

Розділ 4

ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Відповідно до програми дослідження на даному етапі було вивчено та проаналізовано дані щодо розвитку в області первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Вивченню підлягали питання наявності мережі первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, кадрового та ресурсного забезпечення, основних показників діяльності.

4.1. Характеристика мережі закладів первинної допомоги та їх ресурсного забезпечення

На початку дослідження було вивчено та проаналізовано мережу закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та питання юридичного розмежування закладів первинної та вторинної медичної допомоги. Мережу закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини складають центри ПМСД, сімейні амбулаторії та ФАПи. Дані про мережу закладів ПМСД наведено в табл. 4.1.

Аналіз наведених в табл.4.1 даних вказує на те, що в області функціонує 13 Центрів ПМСД, що є чинним юридичного розмежування закладів первинної та вторинної медичної допомоги. Центри ПМСД відсутні в Виноградівському та Тячівському районах, де вказане розмежування не проведено. В області функціонує 293 сімейні амбулаторії кількість яких за адміністративними територіями має достовірні відмінності. При цьому важливим є показник забезпеченості амбулаторіями з розрахунку на 10 тис населення. При даному показнику по області 2,33 на 10 тис населення (норматив 5) в розрізі адміністративних даних показник коливається від 0,79 в м. Ужгород до 3,74 Перечинському районі. Різниця складає 4,79 разів ($p \leq 0,05$).

Далі вивчалася частка населення, яке обслуговується лікарями загальної практики-сімейними лікарями – отримує первинну медико-санітарну допомогу

**Мережа закладів охорони здоров'я первинної медико-санітарної допомоги,
2016 рік**

Адміністративна територія	Наявність Центру ПМСД	Сімейні амбулаторії		Кількість ФАПів	Кількість сімейних амбулаторій без лікаря (основного працівника)	Кількість ФАПів без мед. працівника
		кількість	Показник на 10 тис.нас.			
Всього по області	13	293	2,33	285	6	8
Берегівський	1	24	3,19	19	2	1
В.Березнянський	1	8	2,98	26	-	-
Виноградівський	-	32	2,64	16	-	-
Воловецький	1	5	2,05	23	-	-
Іршавський	1	33	3,30	11	3	-
Міжгірський	1	12	2,51	32	-	-
Мукачівський	2	34	1,82	45	-	1
Перечинський	1	12	3,74	10	1	1
Рахівський	1	25	2,70	8	-	-
Свалявський	1	13	2,41	14	-	-
Тячівський	-	29	1,66	34	-	-
Ужгородський	1	28	3,52	31	-	5
Хустський	1	29	2,28	16	-	-
м. Ужгород	1	9	0,79	-	-	-

за принципом загальної лікарської практики-сімейної медицини. Отримані результати наведено в табл.4.2.

Аналіз наведених в табл.4.2 даних вказує на те, що в області частка населення, яке обслуговується лікарями загальної практики-сімейними лікарями – отримує первинну медико-санітарну допомогу за принципом загальної лікарської практики-сімейної медицини в 2016 році складає 100,0%. Така частка в розрізі регіонів за період дослідження була в усіх регіонах, крім Мукачівського району, а з 2016 року все населення вказаного району

обслуговується за принципом загальної лікарської практики-сімейної медицини.

Таблиця 4.2

Частка населення, яке обслуговується лікарями загальної практики-сімейними лікарями – отримує первинну медико-санітарну допомогу за принципом загальної лікарської практики-сімейної медицини, 2012-2016рр, %

Адміністративна територія	2012	2013	2014	2015	2016	2016 до 2012,%
Всього по області	97,00	97,00	96,23	96,31	100,00	+ 3,0
Берегівський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-
Великоберезнянський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-
Виноградівський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-
Воловецький	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-
Іршавський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-
Міжгірський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-
Мукачівський	75,00	75,00	74,57	75,15	100,00	+ 25,0
Перечинський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-
Рахівський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-
Свалявський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-
Тячівський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-
Ужгородський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-
Хустський	100,00	100,00	100,00	99,99	100,00	-
м. Ужгород	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу забезпеченості населення області штатними посадами лікарів загальної практики-сімейних лікарів. Отримані в ході аналізу дані наведено в табл.4.3.

Аналіз наведених в табл.4.3 даних вказує на те, що за період дослідження кількість посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів в області збільшилася на 27 посад (3,9%) і в 2016 році склала 713,00 посад. При цьому показник забезпеченості населення штатними посадами лікарів загальної

практики-сімейних лікарів збільшився на 0,27 (3,8%) і в 2016 році склав 7,39 на 10 тис населення області.

Таблиця 4.3

Забезпеченість штатними посадами лікарів загальної практики-сімейних лікарів, 2012-2016 рр

Адміністративна територія	2012		2013		2014		2015		2016	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Всього по області	686,0	7,12	654,5	6,78	652,25	6,75	653,2	6,76	713,0	7,39
Берегівський	38,50	6,39	39,50	6,56	41,25	6,86	40,75	6,81	42,50	7,18
Великобerezнянський	18,50	8,92	16,50	7,96	16,00	7,70	17,00	8,21	17,00	8,23
Виноградівський	64,00	7,16	35,50	3,96	36,50	4,05	36,50	4,04	36,50	4,04
Воловецький	10,50	5,54	18,50	9,79	17,75	9,39	17,75	9,44	18,50	9,83
Іршавський	53,50	7,09	55,25	7,29	53,50	7,05	55,25	7,26	57,25	7,51
Міжгірський	34,00	9,32	35,00	9,59	34,00	9,34	34,00	9,35	35,00	9,65
Мукачівський	87,75	6,07	81,75	5,64	78,00	5,37	79,25	5,44	103,7	7,12
Перечинський	20,25	8,52	23,50	9,89	22,50	9,46	22,75	9,57	22,75	9,59
Рахівський	49,75	7,35	64,50	9,48	64,00	9,39	63,00	9,22	62,00	9,08
Свалявський	19,75	4,75	21,75	5,23	21,75	5,23	20,00	4,82	19,00	4,60
Тячівський	114,0	8,62	92,00	6,93	92,00	6,91	92,00	6,89	92,00	6,88
Ужгородський	47,50	7,74	57,25	9,29	57,25	9,25	57,25	9,20	56,25	9,06
Хустський	69,75	7,13	50,25	5,12	47,00	4,80	45,00	4,59	72,00	7,36
м. Ужгород	58,25	6,27	63,25	6,84	70,75	7,69	72,75	7,95	78,50	8,63

1. кількість посад

2. на 10 тис населення

В розрізі адміністративних територій за період дослідження зареєстровано як збільшення так зменшення даних показників. На території 11 адміністративних територій зареєстровано збільшення вказаних показників, а на 3 адміністративних територіях зареєстровано зменшення вказаного показника. Найбільший рівень зменшення даного показника зареєстровано в Виноградівському районі. В даному районі кількість посад зменшено з 64,00 до 36,50, а показник забезпеченості зменшено з 7,16 до 4,04 на 10 тис населення.

Далі вивчалось питання динаміки укомплектованості штатних посад лікарів загальної практики-сімейної медицини за роки дослідження. Отримані результати наведено табл. 4.4.

Аналіз наведених в табл.4.4 даних вказує на те, що рівень укомплектованості штатних посад лікарів загальної практики-сімейної медицини за період дослідження збільшився на % і в 2016 році склав 93,37%. В розрізі адміністративних територій рівень укомплектованості штатних посад лікарів загальної практики-сімейної медицини коливається від 63,53% в Берегівському до 100,0% в Великоберезнянському районі та м. Ужгород.

Таблиця 4.4

Укомплектованість штатних посад лікарів загальної практики-сімейної медицини, 2012-2016 рр, %

Адміністративна територія	2012	2013	2014	2015	2016	2016 до 2012, %
Всього по області	92,89	92,09	91,99	93,49	93,37	+0,48
Берегівський	93,51	75,95	72,73	66,26	63,53	-29,98
Великоберезнянський	97,30	100,00	100,00	100,00	100,00	+2,7
Виноградівський	85,16	86,62	90,41	88,36	91,10	+5,94
Воловецький	100,00	95,95	94,37	94,37	90,54	-9,46
Іршавський	93,93	95,48	98,13	98,64	96,51	+2,58
Міжгірський	89,71	80,00	88,24	91,18	97,14	+7,43
Мукачівський	95,73	97,25	96,79	95,90	97,59	+1,86
Перечинський	88,89	92,55	86,67	90,11	93,41	+4,52
Рахівський	89,95	96,51	94,92	98,41	97,18	+7,23
Свалявський	75,95	74,71	65,52	81,25	90,79	+14,84
Тячівський	91,67	91,85	92,39	97,28	92,12	+0,45
Ужгородський	94,21	94,76	94,32	88,21	93,78	-0,43
Хустський	97,85	92,04	89,36	99,44	92,36	-5,49
м. Ужгород	100,00	98,42	100,00	100,00	100,00	-

Наступним кроком дослідження було вивчено рівень укомплектованості штатних посад лікарів загальної практики-сімейної медицини фізичними особами. Отримані дані наведено в табл.4.5.

Аналіз наведених в табл.4.5 даних вказує на те, що повністю фізичними особами укомплектовані штатні посади лікарів загальної практики-сімейних лікарів тільки в м. Ужгороді. Рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами в розрізі адміністративних територій коливається від 63,53% в Берегівському до 97,14% в Міжгірському районі. За роки дослідження найбільше збільшився показник, який досліджувався в Свалявському (18,58%), а найбільше скоротився в Берегівському (16,99%) районі.

Таблиця 4.5

Укомплектованість штатних посад лікарів загальної практики-сімейної медицини фізичними особами, 2012-2016 рр, %

Адміністративна територія	2012	2013	2014	2015	2016	2016 до 2012
Всього по області	87,32	86,63	87,39	89,40	89,34	+2,02
Берегівський	80,52	75,95	72,73	66,26	63,53	-16,99
Великоберезнянський	91,89	96,97	100,00	94,12	94,12	+2,23
Виноградівський	76,56	64,79	68,49	65,75	71,23	-5,23
Воловецький	85,71	86,49	84,51	84,51	81,08	-4,63
Іршавський	91,59	94,12	97,20	97,74	96,07	+4,48
Міжгірський	88,24	80,00	88,24	91,18	97,14	+8,90
Мукачівський	92,31	91,74	93,59	94,64	95,42	+3,11
Перечинський	83,95	89,36	75,56	79,12	83,52	-0,43
Рахівський	70,35	80,62	79,69	87,30	82,26	+11,91
Свалявський	70,89	73,56	64,37	80,00	89,47	+18,58
Тячівський	86,84	85,87	86,96	94,57	93,48	+6,64
Ужгородський	92,63	94,32	94,32	85,59	83,56	-9,07
Хустський	93,19	83,58	89,36	100,00	91,67	-1,52
м. Ужгород	100,0	99,60	100,35	98,97	100,0	-

Далі, в табл.4.6 кваліфікаційна характеристика лікарів загальної практики-сімейних лікарів за 2016 рік.

Аналіз наведених в табл. 4.6 даних вказує на те, що в області 50,31% лікарів загальної практики-сімейних лікарів атестовано на вищу атестаційну категорію, 12,89% - на першу категорію, 8,02% - на другу категорію. Вказані

показники мають відмінності за адміністративними територіями. При цьому найменша частка не атестованих лікарів загальної практики-сімейних лікарів (17,14%) працює в Хустському, а найбільша (41,18%) в Свалявському районі. Гранична різниця показника відрізняється в 2,4 разу.

Таблиця 4.6

Характеристика лікарів загальної практики-сімейних лікарів, 2016 рік

Адміністративна територія	Всього	Вища категорія		Перша категорія		Друга категорія		Не атестований	
		1	2	1	2	1	2	1	2
Всього по області	636	320	50,31	82	12,89	51	8,02	183	28,77
Берегівський	28	10	35,71	6	21,43	2	7,14	10	35,71
Великоберезнянський	17	10	58,82	2	11,76	1	5,88	4	23,53
Виноградівський	28	11	39,29	6	21,43	3	10,71	8	28,57
Воловецький	15	6	40,00	2	13,33	1	6,67	6	40,00
Іршавський	58	27	46,55	12	20,69	4	6,90	15	25,86
Міжгірський	35	15	42,86	4	11,43	4	11,43	12	34,29
Мукачівський	78	39	50,00	15	19,23	1	1,28	23	29,49
Перечинський	19	10	52,63	3	15,79	2	10,53	4	21,05
Рахівський	51	25	49,02	3	5,88	3	5,88	20	39,22
Свалявський	17	9	52,94			1	5,88	7	41,18
Тячівський	91	46	50,55	7	7,69	6	6,59	32	35,16
Ужгородський	47	13	27,66	12	25,53	12	25,53	10	21,28
Хустський	70	44	62,86	7	10,00	7	10,00	12	17,14
м. Ужгород	82	55	67,07	3	3,66	4	4,88	20	24,39

1. Абсолютне число

2. Відсоток

Наступним кроком дослідження було вивчення стану ресурсного забезпечення сімейних амбулаторій. В ході дослідження встановлено, що жодна із амбулаторій не оснащена відповідно до табеля оснащення, який затверджено МОЗ України і є галузевим стандартом.

Дані про забезпеченість сімейних амбулаторій автотранспортом наведено в табл. 4.7.

Аналіз наведених в табл. 4.7 даних вказує на те, що сімейні амбулаторії в цілому в області забезпечені на 29,36% від потреби. При цьому в Воловецькому районі та м. Ужгород жодна сімейна амбулаторія не забезпечена санітарним автотранспортом. В розрізі адміністративних територій показник забезпеченості сімейних амбулаторій автотранспортом має достовірні відмінності. Найнижчий показник зареєстровано в Мукачівському (5,89%), а найвищий - в Свалявському (76,93%) районах. Гранична різниця показників відрізняється в 13,07 разів.

Таблиця 4.7

Забезпечення сімейних амбулаторій автотранспортом, 2016 р.

Адміністративна територія	Всього сімейних амбулаторій	Забезпечено автотранспортом	
		абс	%
Всього по області	293	86	29,36
Берегівський	24	8	33,34
Великобerezнянський	8	3	37,50
Виноградівський	32	12	37,50
Воловецький	5	-	-
Іршавський	33	3	9,09
Міжгірський	12	7	58,34
Мукачівський	34	2	5,89
Перечинський	12	4	33,34
Рахівський	25	12	48,00
Свалявський	13	10	76,93
Тячівський	29	6	20,69
Ужгородський	28	11	39,29
Хустський	29	8	27,58
м. Ужгород	9	-	-

4.2. Показники звернення населення до сімейних лікарів за медичною допомогою

Далі в табл.4.8 наведені дані про загальну кількість звернень до сімейних лікарів в розрізі адміністративних територій.

Аналіз наведених в табл. 4.8 даних вказує на те, що в цілому в області за роки дослідження загальна кількість звернень населення до лікарів загальної практики-сімейних лікарів збільшилася на 178283 і в 2016 році склала 2 995 428.

Таблиця 4.8

Загальна кількість звернень населення до сімейних лікарів всього, абс

Адміністративна територія	2013	2014	2015	2016	2016 до 2013
Всього по області	2 817 145	2 916 636	2 901 665	2 995 428	+ 178283
Берегівський	139 997	141 944	144 073	149 778	+9781
Великобerezнянський	76 668	70 705	65 442	69 063	-7605
Виноградівський	245 423	240 774	250 966	249 161	+3738
Воловецький	56 269	50 241	47 893	49 264	-7005
Іршавський	288 614	300 099	308 768	321 189	+ 32575
Міжгірський	157 193	149 735	155 741	160 649	+3456
Мукачівський	278 982	286 435	289 662	368 796	+89814
Перечинський	82 049	70 474	70 872	71 214	-10835
Рахівський	223 022	230 133	216 947	203 383	-19639
Свалявський	53 495	63 783	60 383	59 118	+5623
Тячівський	470 006	473 735	460 558	483 319	+13313
Ужгородський	189 371	254 567	231 806	208 998	+19627
Хустський	283 163	272 278	277 794	287 556	+4393
м. Ужгород	272 893	311 733	320 760	313 940	+41047

В розрізі адміністративних територій загальна кількість звернень населення до лікарів загальної практики-сімейних лікарів має достовірні відмінності, що пов'язано як із кількістю населення яке там проживає так і з кількістю лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

На більшості адміністративних територій загальна кількість звернень населення до лікарів загальної практики-сімейних лікарів збільшилася крім Великобerezнянського, Воловецького, Перечинського та Рахівського районів, де загальна кількість звернень населення до лікарів загальної практики-сімейних лікарів зменшилася.

Важливим є показник кількості звернень населення до лікарів загальної практики-сімейних лікарів в перерахунку на одного жителя. Отримані в цьому напрямку дані наведено в табл.4.9.

Таблиця 4.9

Кількість звернень населення до сімейних лікарів в перерахунку на одного жителя

Адміністративна територія	2013	2014	2015	2016	2016 до 2012
Всього по області	2,25	2,33	2,31	2,38	+0,13
Берегівський	1,84	1,87	1,90	1,99	+0,15
Великоберезнянський	2,88	2,65	2,44	2,58	-0,30
Виноградівський	2,05	2,00	2,08	2,06	+0,01
Воловецький	2,30	2,05	1,96	2,02	-0,28
Іршавський	2,90	3,01	3,09	3,21	+0,31
Міжгірський	3,27	3,12	3,25	3,36	+ 0,09
Мукачівський	1,51	1,54	1,55	1,98	+0,47
Перечинський	2,59	2,21	2,21	2,22	+0,37
Рахівський	2,43	2,50	2,34	2,19	-0,24
Свалявський	0,99	1,18	1,12	1,10	+0,11
Тячівський	2,71	2,72	2,64	2,76	+0,05
Ужгородський	2,42	3,23	2,92	2,63	+0,21
Хустський	2,22	2,14	2,18	2,26	+0,04
м. Ужгород	2,38	2,73	2,81	2,76	+0,38

В результаті проведеного аналізу наведених в табл. 4.9 даних було зроблено висновок, що за роки дослідження (2013-2016 рр.) в цілому в області показник звернення населення до лікарів загальної практики-сімейних лікарів зріс в 2016 році в перерахунку на одного жителя на 0,13 і склав 2,38. В розрізі адміністративних територій вказаний показник має достовірні відмінності: від 1,10 в Свалявському до 3,36 в Міжгірському районі. Гранична різниця показника відрізняється в 3,05 разу.

На останньому етапі дослідження було вивчено частку звернень населення до лікарів загальної практики - сімейних лікарів з профілактичною метою. Отримані результати наведено в табл.4.10.

Таблиця 4.10

Звернення населення до сімейних лікарів з профілактичною метою, 2013-2016 рр., %

Адміністративна територія	2013	2014	2015	2016	2016 до 2012
Всього по області	34,33	32,53	33,89	36,19	+ 1,86
Берегівський	26,82	28,16	32,98	32,82	+6,00
Великобerezнянський	39,39	39,41	39,93	37,51	-1,88
Виноградівський	34,90	36,45	36,57	36,81	+1,91
Воловецький	49,61	48,17	49,25	51,31	+1,70
Іршавський	44,27	45,02	43,89	45,76	+1,49
Міжгірський	48,71	44,00	40,49	46,54	-2,17
Мукачівський	22,53	21,57	20,56	31,16	+8,63
Перечинський	43,33	46,85	47,94	46,92	+3,59
Рахівський	33,50	32,96	33,09	33,45	-0,05
Свалявський	41,93	39,57	38,37	42,05	+0,12
Тячівський	35,02	31,54	31,10	35,93	+ 0,91
Ужгородський	25,91	26,80	26,37	30,86	+4,95
Хустський	28,75	28,77	32,74	32,65	+3,90
м. Ужгород	33,25	24,44	34,90	30,86	-2,39

За проведеним аналізом наведених в табл.4.10 даних видно, що за роки дослідження (2013-2016 рр.) частка звернень населення до лікарів загальної практики - сімейних лікарів з профілактичною метою зросла на 1,86% і склала 36,19%. Найменш часто до лікарів загальної практики - сімейних лікарів з профілактичною метою звертається населення м. Ужгород та Ужгородського району (30,86%), а найчастіше (51,31%) – населення Воловецького району.

Висновки за розділом

Отримані дані вказують на пріоритетний розвиток в області первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини.

В області функціонує 13 Центрів ПМСД, що є чинним юридичного розмежування закладів первинної та вторинної медичної допомоги. Центри ПМСД відсутні в Виноградівському та Тячівському районах, де вказане розмежування не проведено. В області функціонує 293 сімейні амбулаторії кількість яких за адміністративними територіями має достовірні відмінності.

Частка населення, яке обслуговується лікарями загальної практики-сімейними лікарями – отримує первинну медико-санітарну допомогу за принципом загальної лікарської практики-сімейної медицини в 2016 році складає 100,0%.

З період дослідження кількість посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів в області збільшилася на 27 посад (3,9%) і в 2016 році склала 713,00 посад. При цьому показник забезпеченості населення штатними посадами лікарів загальної практики-сімейних лікарів збільшився на 0,27 (3,8%) і в 2016 році склав 7,39 на 10 тис населення області. Це визначає, що на одну посаду в області прикріплено 1353,2 населення при визначеному МОЗ нормативі 2000 осіб.

Повністю фізичними особами укомплектовані штатні посади лікарів загальної практики-сімейних лікарів тільки в м. Ужгороді. Рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами в розрізі адміністративних територій коливається від 63,53% в Берегівському до 97,14% в Міжгірському районі.

В області 50,31% лікарів загальної практики-сімейних лікарів атестовано на вищу атестаційну категорію, 12,89% - на першу категорію, 8,02% - на другу категорію.

В ході дослідження встановлено, що жодна із амбулаторій не оснащена відповідно до табеля оснащення, який затверджено МОЗ України і є галузевим стандартом. В плані визначення об'єкту дослідження важливим є низький рівень забезпечення сімейних амбулаторій комп'ютерною технікою з доступом до системи інтернет. Вказана ситуація ускладнює отримання необхідної

інформації та здійснення можливості підвищення кваліфікації в дистанційному режимі.

За роки дослідження (2013-2016 рр.) в цілому в області показник звернення населення до лікарів загальної практики-сімейних лікарів зріс в 2016 році в перерахунку на одного жителя на 0,13 і склав 2,38. В розрізі адміністративних територій вказаний показник має достовірні відмінності: від 1,10 в Свалявському до 3,36 в Міжгірському районі. Гранична різниця показника відрізняється в 3,05 разу.

Частка звернень населення до лікарів загальної практики - сімейних лікарів з профілактичною метою зросла на 1,86% і склала 36,19%.

Вказані показники мають відмінності за адміністративними територіями та є підґрунтям для інтеграції наркологічної допомоги на первинний рівень.

Особисті друковані роботи за темою розділу [12].

Розділ 5

ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ДІЯЛЬНОСТІ НАРКОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

5.1. Структура наркологічної служби Закарпатської області

Наркологічна служба Закарпатської області представлена Закарпатським обласним наркологічним диспансером з диспансерним відділенням з 2 лікарями амбулаторного прийому, стаціонарним відділенням на 75 ліжок, відділенням профілактичних наркологічних оглядів, кабінетом замісної підтримувальної терапії, а також 35 наркологічними ліжками Берегівської обласної психіатричної лікарні та мережею наркологічних кабінетів в районних та міських лікарнях в кількості 13.

Всього в області функціонує 105 наркологічних ліжок, число яких становить 8,36 на 10 тис населення і за роки дослідження скоротилося на 23%.

На даний час, в області відсутні спеціалізовані дитячі медичні центри, а підготовка фахівців з питань психіатричної допомоги дітям, зокрема з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин, на всіх рівнях надання медичної допомоги, потребує суттєвого вдосконалення.

5.2. Характеристика кадрового забезпечення наркологічної служби Закарпатської області

На початку дослідження було вивчено та проаналізовано забезпеченість дорослого населення Закарпатської області штатними посадами лікарів-наркологів. Отримані результати наведено в табл.5.1.

Станом на кінець 2017 року, чисельність штатних посад лікарів-наркологів в Україні складала 1314,75 (3,1 на 100тис. населення). З них зайнято – 1100 посад, що складає 83,8% (2,58 на 100 тис. населення), з них укомплектовано фізичними особами, всього 898, що складає 68,3% (2,12 на 100 тис. населення), що свідчить про значний дефіцит кадрів. Табл.5.1.

Середня по Україні забезпеченість штатними посадами лікарів-наркологів складала 3,1 на 100 тис.нас. Найнижчий рівень за кількістю штатних посад

**Забезпеченість лікарями-наркологами систем и охорони здоров'я України
в регіональному аспекті, 2017 рік**

Найменування	Штатні посади		Зайняті посади		Число фізичних осіб		% укомпл. фізичними особами штатних посад
	Абс	показник	Абс	показник	Абс	показник	
Україна	1314,75	3,10	1 100,00	2,59	898,00	2,12	68,30
АР Крим	-	-	-	-	-	-	-
Вінницька	52,25	3,30	50,25	3,17	43,00	2,72	82,30
Волинська	34,50	3,32	31,25	3,01	28,00	2,70	81,16
Дніпропетровська	112,50	3,49	84,50	2,62	61,00	1,89	54,22
Донецька	76,75	3,94	57,50	2,95	39,00	2,00	50,81
Житомирська	48,25	3,89	42,75	3,44	31,00	2,50	64,25
Закарпатська	30,00	2,39	28,25	2,25	28,00	2,23	93,33
Запорізька	66,75	3,84	55,25	3,18	46,00	2,65	68,91
І.Франківська	38,75	2,81	36,25	2,63	35,00	2,54	90,32
Київська	59,25	3,43	42,00	2,43	31,00	1,79	52,32
Кіровоградська	45,75	4,77	38,00	3,96	28,00	2,92	61,20
Луганська	46,50	6,60	22,25	3,16	15,00	2,13	32,26
Львівська	55,00	2,19	52,75	2,10	51,00	2,03	92,73
Миколаївська	50,25	4,37	45,25	3,94	28,00	2,44	55,72
Одеська	67,75	2,85	50,50	2,13	46,00	1,94	67,90
Полтавська	71,75	5,06	54,00	3,81	47,00	3,31	65,51
Рівненська	28,50	2,45	26,75	2,30	23,00	1,98	80,70
Сумська	56,50	5,13	47,75	4,33	43,00	3,90	76,11
Тернопільська	33,50	3,17	31,50	2,98	27,00	2,56	80,60
Харківська	88,75	3,30	80,75	3,01	64,00	2,38	72,11
Херсонська	32,25	3,06	28,75	2,73	21,00	1,99	65,12
Хмельницька	37,25	2,91	34,50	2,69	33,00	2,57	88,59
Черкаська	48,00	3,91	44,25	3,60	40,00	3,26	83,33
Чернівецька	26,50	2,93	26,50	2,93	24,00	2,65	90,57
Чернігівська	48,00	4,68	38,25	3,73	29,00	2,83	60,42
м.Київ	59,50	2,06	50,25	1,74	37,00	1,28	62,18
м.Севастополь	-	-	-	-	-	-	-

демонстрували м. Київ (2,06), Львівська (2,19), Закарпатська (2,39), Рівненська (2,45), І.Франківська (2,81), Одеська (2,85), Хмельницька (2,91) та Чернівецька (2,93 на 100 тис.нас.) області.

Далі вивчалось питання забезпечення лікарями-наркологами в Закарпатській області в розрізі адміністративних територій. Дослідження охоплювало період з 2012 по 2016 рр. Отримані дані наведені в табл.5.2.

За весь період дослідження не вводилися посади лікарів-наркологів у Воловецькому районі.

В цілому, по області, кількість штатних посад лікарів-наркологів скоротилась на 4,41%. Число фізичних осіб основних працівників в цілому в закладі на зайнятих посадах скоротилось на 11,76%.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу рівня атестації лікарів-наркологів та частки осіб пенсійного віку серед лікарів, які працюють в області.

З 29 лікарів, які працювали в 2016 році, 20 лікарів пенсійного віку (80%). Аналіз даних, що наведені в табл.5.3 вказує на те, що в області рівень атестації лікарів-наркологів є вищим ніж по Україні (86,2% проти 78,2%). При цьому рівень атестації на вищу кваліфікаційну категорію є теж значно вищим і становить 80,0% проти 51,3% в Україні. В області працює 4 не атестованих лікарів-наркологів.

5.3. Характеристика основних показників амбулаторно-поліклінічної наркологічної допомоги населенню Закарпатської області

При вивченні питання основних показників амбулаторно-поліклінічної наркологічної допомоги населенню Закарпатської області були вивчені та порівняні з показниками по Україні таких даних, як функція посади лікаря-нарколога та частка відвідувань з лікувальною та профілактичною метою. Отримані результати наведено в табл.5.3.

За даними табл.5.3 видно, що кількість населення, яке знаходиться під наглядом лікарів-наркологів (в перерахунку на одну посаду) в Закарпатській області на 89,6 осіб менше ніж в цілому по Україні при цьому і кількість

Динаміка забезпеченості лікарями-наркологами в Закарпатській області

Рік	Лікарів-наркологів		Закарпатська	Берегівський	Великоберезнянський	Виноградівський	Воловецький	Іршавський	Міжгірський	Мкачівський	Перечинський	Рахівський	Свалявський	Тячівський	Ужгородський	Хустський	Заклади обласного підпорядкування, Закарпатський обласний наркологічний диспансер, ОПЛ м. Берегово
2012	Число посад в цілому в закладі	штатних	34,00	1	0,5	1,5	-	1,5	1	3	0,5	1,25	1	3	1	2	16,75
		зайнятих	34,00	1	0,5	1,5	-	1,5	1	3	0,5	1,25	1	3	1	2	16,75
	В т.ч. в поліклініці (амбулаторії) диспансері, консультації	штатних	20,75	1	0,5	1,5	-	1,5	1	3	0,5	1	1	3	1	2	3,75
		зайнятих	20,75	1	0,5	1,5	-	1,5	1	3	0,5	1	1	3	1	2	3,75
	Число фізичних осіб основних працівників в цілому в закладі на зайнятих посадах		34,00	1	1	1	-	1	1	3	1	2	1	3	1	2	16
2013	Число посад в цілому в закладі	штатних	33,00	1	0,5	1,5	-	1,5	1	3	0,5	1,25	1	3	1	1	16,75
		зайнятих	32,00	1	0,5	1,5	-	1,5	1	3	0,5	1,25	1	3	1	1	15,75
	В т.ч. в поліклініці (амбулаторії) диспансері, консультації	штатних	19,75	1	0,5	1,5	-	1,5	1	3	0,5	1	1	3	1	1	3,75
		зайнятих	19,25	1	0,5	1,5	-	1,5	1	3	0,5	1	1	3	1	1	3,25
	Число фізичних осіб основних працівників в цілому в закладі на зайнятих посадах		31,00	1	-	2	-	1	1	3	-	2	1	3	1	1	15
2014	Число посад в цілому в закладі	штатних	32,75	1	0,5	1,5	-	1,5	1	3	0,5	1	1	3	1	1	16,75
		зайнятих	32,75	1	0,5	1,5	-	1,5	1	3	0,5	1	1	3	1	1	16,75
	В т.ч. в поліклініці (амбулаторії) диспансері, консультації	штатних	19,75	1	0,5	1,5	-	1,5	1	3	0,5	1	1	3	1	1	3,75
		зайнятих	19,75	1	0,5	1,5	-	1,5	1	3	0,5	1	1	3	1	1	3,75
	Число фізичних осіб основних працівників в цілому в закладі на зайнятих посадах		29,00	1	-	2	-	1	1	3	-	1	1	3	1	1	14

2015	Число посад в цілому в закладі	штатних	32,50	1	0,5	1,5	0	1,25	1	3	0,5	1	1	3	1	1	16,75
		зайнятих	32,00	1	0,5	1,5	0	1,25	1	3	0,5	1	0,5	3	1	1	16,75
	В т.ч. в поліклініці (амбулаторії) диспансері, консультації	штатних	19,50	1	0,5	1,5	0	1,25	1	3	0,5	1	1	3	1	1	3,75
		зайнятих	19,00	1	0,5	1,5	0	1,25	1	3	0,5	1	0,5	3	1	1	3,75
	Число фізичних осіб основних працівників в цілому в закладі на зайнятих посадах		31,00	1	-	2	-	1	1	3	-	1	1	3	1	1	16
2016	Число посад в цілому в закладі	штатних	32,50	1	0,5	1,5	-	1,25	1	3	0,25	1,25	1	3	1	1	16,75
		зайнятих	32,00	1	0,5	1,5	-	1,25	1	3	0,25	1,25	0,5	3	1	1	16,75
	В т.ч. в поліклініці (амбулаторії) диспансері, консультації	штатних	19,50	1	0,5	1,5	-	1,25	1	3	0,25	1,25	1	3	1	1	3,75
		зайнятих	19,00	1	0,5	1,5	-	1,25	1	3	0,25	1,25	0,5	3	1	1	3,75
	Число фізичних осіб основних працівників в цілому в закладі на зайнятих посадах		30,00	1	-	1	-	1	1	3	-	1	1	3	1	1	16
Скорочення у %	Число посад в цілому в закладі	штатних	-4,41	-	-	-	посада відсутня	-16,67	-	-	-50,00	-	-	-	-	-50,00	-
		зайнятих	-5,88	-	-	-		-16,67	-	-	-50,00	-	-50,00	-	-	-50,00	-
	В т.ч. в поліклініці (амбулаторії) диспансері, консультації	штатних	-6,02	-	-	-		-16,67	-	-	-50,00	25,00	-	-	-	-50,00	-
		зайнятих	-8,43	-	-	-		-16,67	-	-	-50,00	25,00	-50,00	-	-	-50,00	-
	Число фізичних осіб основних працівників в цілому в закладі на зайнятих посадах		-11,76	-	-100,00	-		-	-	-	-100,00	-50,00	-	-	-	-50,00	-

Таблиця 5.3

Показники відвідування лікарів-наркологів, 2012-2016 рр

Рік	Область	Кількість відвідувань – усього						
		Усього			у т.ч.з приводу захвор.		профілактичних наркооглядів	
		абс.числа	відвідувань на 1 лікаря	на 100 осіб під наглядом	абс.числа	% до всього	абс.числа	% до всього
2012	Україна	5 230 766,0	6 380,9	597,8	2 424 646,0	46,4	2 806 120,0	53,6
2012	Закарпатська	118 466,0	6 491,3	593,8	48 885,0	41,3	69 581,0	58,7
2013	Україна	5 143 854,0	6 362,2	599,9	2 391 787,0	46,5	2 675 223,0	52,0
2013	Закарпатська	124 678,0	6 476,8	623,0	51 077,0	41,0	73 601,0	59,0
2014	Україна	4 666 897,0	6 880,8	655,7	2 247 116,0	48,2	2 419 781,0	51,8
2014	Закарпатська	113 486,0	5 746,1	573,7	49 617,0	43,7	63 869,0	56,3
2015	Україна	4 743 764,0	7 190,2	677,7	2 358 677,0	49,7	2 385 087,0	50,3
2015	Закарпатська	108 708,0	5 721,5	557,2	49 931,0	45,9	58 777,0	54,1
2016	Україна	4 389 180,0	6 765,6	631,6	2 082 626,0	47,4	2 306 554,0	52,6
2016	Закарпатська	103 889,0	5 467,8	542,0	38 652,0	37,2	65 237,0	62,8

звернень до лікарів на 1297,8 до одного лікаря в рік менше ніж в середньому по Україні. Необхідно відмітити, що в області частка звернень до лікарів-наркологів з профілактичною метою на 10,2% є вищою ніж в цілому по Україні.

Далі було вивчено та проведено аналіз функції посади лікарів-наркологів в розрізі адміністративних територій Закарпатської області. Отримані результати наведено в табл.5.4.

Аналіз даних, що наведені в табл.5.4 вказує на достовірні коливання функції посади лікарів-наркологів в розрізі адміністративних територій. Так, найвища функція посади лікаря-нарколога зареєстрована в Мукачівському районі (23763 прийомів на рік), а найменша в Воловецькому (4284) районі.

Таблиця 5.4

**Функція посади лікарів-наркологів в розрізі адміністративних територій
Закарпатської області (кількість прийомів на зайняту посаду),
2011-2016 рр**

Адміністративна територія	2011	2012	2013	2014	2015	2016
м. Ужгород	9337	10367	10500	10269	12000	10800
Берегівський	7051	3803	5389	6418	2447	7302
Виноградівський	9291	8692	10050	8525	9293	8649
Великобerezнянський	3726	3725	4104	3853	1971	3840
Воловецький	-	-	-	-	5827	4284
Іршавський	9979	11416	11891	11118	10291	9751
Міжгірський	11189	9942	11127	10746	10129	9824
Мукачівський	17726	18305	18181	21116	21592	23763
Перечинський	3281	3342	3444	3025	4378	4990
Рахівський	7358	5250	7920	7668	7756	6818
Свалявський	6053	6083	5801	6049	5010	5250
Тячівський	15919	13267	15835	14418	13357	12812
Ужгородський	11105	11989	9820	8992	8994	9019
Хустський	8729	7415	10700	5062	5421	7576

Різниця складає 5,5 разів. Це вказує на різне навантаження лікарів та виконаннями ними своїх функцій.

Враховуючи важливість диспансерного нагляду в системі надання наркологічної допомоги населенню, з метою недопущення прогресування хвороби та попередження розвитку ускладнень було вивчено питання щодо взяття на облік та під диспансерний нагляд осіб із залежністю від алкоголю.

Отримані результати щодо взяття під нагляд лікарями – наркологами осіб із синдромом алкогольної залежності без психотичних розладів наведено в табл.5.5.

Представлена динаміка середніх показників рівня взятих під нагляд із синдромом алкогольної залежності за останні п'ять років характеризується нерівномірним розподілом показників захворюваності на алкоголізм та загальною тенденцією до зростання.

В 2016 році у зрівнянні з 2012 роком рівень взятих під нагляд збільшився на 4,8 на 100 тис. населення або на 3,7%.

Далі, в табл. 5.6 показано зміну показників взятих під нагляд із синдромом алкогольної залежності без психотичних розладів в цілому в області за період 2012 – 2016 рр.

Таблиця 5.6

Динаміка зміни показників взяття під нагляд населення з алкогольною залежністю без психотичних розладів в області (2012 – 2016 рр.)

Рік	Захворюваність	Абсолютний приріст		Темп росту		Темп приросту	
		базисний	ланцюговий	базисний	ланцюговий	базисний	Ланцюговий
2012	129.3	-	-	100	100	-	-
2013	146.8	17.5	17.5	113.53	113.53	13.53	13.53
2014	153.4	6.6	24.1	104.5	118.64	4.5	18.64
2015	127.8	-25.6	-1.5	83.31	98.84	-16.69	-1.16
2016	134.1	6.3	4.8	104.93	103.71	4.93	3.71

В результаті ранжування середніх показників рівня взяття під нагляд осіб з синдромом алкогольної залежності за останні п'ять років встановлені істотні відмінності по кількості осіб, взятих під нагляд з вперше в житті встановленим діагнозом алкогольної залежності на різних адміністративних територіях

Таблиця 5.5

Взято під нагляд хворих із синдромом алкогольної залежності без психотичних розладів (на 100 тис дорослого населення), 2012-2016 рр

Адміністративна територія	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє за останні 5 років	Середній абсолютний приріст.	Ранг по середньому значенню за останні 5 років	Ранг за 2016 рік
м. Ужгород	100,2	104,8	131,5	131,2	161,5	125,8	15,3	8	4
Берегівський	179,4	245,7	357,5	197,1	244,8	244,9	16,4	1	1
Виноградівський	110,7	105,9	135,4	125,1	88,6	113,1	-5,5	10	11
Великоберезнянський	62,7	91,6	168,5	130,4	130,7	116,8	17,0	9	9
Воловецький	132,0	116,5	84,6	26,6	31,9	78,3	-25,0	13	14
Іршавський	71,6	108,3	113,4	90,6	115,5	99,9	11,0	11	10
Міжгірський	164,5	268,4	236,2	181,5	162,7	202,7	-0,5	2	3
Мукачівський	228,8	199,4	193,4	167,4	152,5	188,3	-19,1	3	5
Перечинський	164,2	240,0	176,7	67,3	168,6	163,3	1,1	4	2
Рахівський	128,4	139,7	155,5	139,0	131,8	138,9	0,8	6	8
Свалявський	62,6	154,0	134,8	55,5	84,6	98,3	5,5	12	13
Тячівський	133,8	153,0	153,1	155,7	137,6	146,6	1,0	5	7
Ужгородський	146,7	131,4	126,0	138,3	138,4	136,2	-2,1	7	6
Хустський	43,9	68,3	34,7	47,0	86,9	56,2	10,7	14	12
Середнє	123,5	151,9	157,2	118,0	131,2	136,4	1,9		
Всього по області/середньообласний показник по населенню	129,3	146,8	153,4	127,8	134,1	138,3	1,2		

області. За отриманими нами даними, найвищий рівень взятих під нагляд за останні 5 років був у Берегівському районі-244,9 на 100 тис.нас. (1-ше рангове місце), Міжгірському -202,7 та Мукачівському -188,3 районах (2-ге та 3-тє рангове місце), Перечинському-163,3 та Тячівському-146,6 районах (4-те та 5-те рангове місце). Середньорічна чисельність осіб, взятих під нагляд з вперше в житті встановленим діагнозом за останні 5 років в даних районах перевищувала середньообласний показник-138,3 на 100тис.нас.

Подальший аналіз даних середнього абсолютного приросту кількості осіб, взятих під диспансерний нагляд з вперше в житті встановленим діагнозом алкогольної залежності в розрізі районів за останні 5 років дозволив встановити найвище середнє зростання захворюваності з кожним періодом в В. Березнянському (17,0) та Берегівському районі (16,4), м. Ужгород (15,3), Іршавському (11,0), Хустському (10,7), Свалявському (5,5), Перечинському (1,1), Тячівському (1,0), Рахівському (0,8) районах.

В чотирьох із цих районів, позитивний середній абсолютний приріст захворюваності поєднувався з високою середньорічною чисельністю осіб, взятих під нагляд з вперше в житті встановленим діагнозом алкогольної залежності. В Берегівському районі, при найвищій середньорічній захворюваності 244,9 при середньообласному 139,9 на 100 тис.нас., (1-рангове місце), середній абсолютний приріст склав 16,4. В Перечинському -163,3, Тячівському - 146,6 Рахівському-138,9 (4-6 те рангове місце), середній абсолютний приріст склав 1,1; 1,0 та 0,8 відповідно.

Від'ємний абсолютний приріст кількості осіб, взятих під диспансерний нагляд з вперше в житті встановленим діагнозом алкогольної залежності встановлено в п'яти районах – Воловецькому (-25,0), Мукачівському (-19,1), Виноградівському (-5,5), Ужгородському (-2,1), Міжгірському (-0,5) районах.

В двох із цих районів, Міжгірському та Мукачівському, наявна висока середньорічна чисельність осіб, взятих під нагляд з вперше в житті встановленим діагнозом алкогольної залежності поєднується із зниженням середнього приросту захворюваності.

Зокрема, в Міжгірському районі, який зайняв друге рангове місце за середньорічним показником захворюваності за останні 5 років – 202,7 при середньообласному 138,3 встановлено незначне зниження абсолютного приросту по кількості осіб, взятих під диспансерний нагляд з вперше в житті встановленим діагнозом алкогольної залежності (-0,5).

В трьох районах, встановлено зниження абсолютного приросту по кількості осіб, взятих під диспансерний нагляд з вперше в житті встановленим діагнозом алкогольної залежності поєднане з нижчими за середньообласний показник рівнями захворюваності.

Зокрема, Воловецький район, з одним із найнижчих середньорічних рівнів зареєстрованої захворюваності (78,3) та 13 місцем у рейтингу продемонстрував зниження середнього абсолютного приросту кількості осіб, взятих під диспансерний нагляд з вперше в житті встановленим діагнозом алкогольної залежності в розрізі районів за останні 5 років на -25,0.

Далі вивчалися та аналізувалися показники, що характеризують знаходження під наглядом у лікарів-наркологів хворих із синдромом алкогольної залежності без психотичних розладів за період 2012-2016 рр.

Отримані результати щодо знаходження під наглядом у лікарів – наркологів хворих із синдромом алкогольної залежності без психотичних розладів наведено в табл.5.7.

Представлена динаміка середніх показників рівня зареєстрованої поширеності синдрому алкогольної залежності за останні п'ять років характеризується нерівномірним розподілом показників поширеності алкогольної залежності та загальною тенденцією до зниження.

В 2016 році, порівняно з 2012 роком поширеність зменшилась на 30,6 на 100 тис.нас. або на 1,7%. Максимальний приріст спостерігався у 2013 році (35,3 на 100 тис. населення). Мінімальний приріст зафіксовано у 2015 (-31 на 100 тис. населення). Темп приросту свідчить, що тенденція ряду є зростаючою.

Таблиця 5.7

**Знаходиться під наглядом хворих із синдромом алкогольної
залежності без психотичних розладів (на 100 тис дорослого населення), 2012-2016 рр**

Адміністративна територія	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє за останні 5 років	Середній абсолютний приріст	Ранг по середньому значенню	Ранг за 2016 рік
м. Ужгород	1607,0	1688,3	1693,8	1756,5	1819,7	1713,1	53,2	9	7
Берегівський	1785,4	1972,3	2013,6	1718,8	1637,8	1825,6	-36,9	7	9
Виноградівський	1569,2	1586,1	1499,3	1478,6	1430,7	1512,8	-34,6	12	13
Великоберезнянський	2671,3	2686,4	2638,8	2631,7	2701,0	2665,8	7,4	2	2
Воловецький	1462,2	1530,0	1507,8	1478,0	1482,7	1492,1	5,1	13	12
Іршавський	1437,3	1505,0	1566,5	1549,8	1576,4	1527,0	34,8	11	10
Міжгірський	2953,4	3034,4	3106,0	3104,8	3087,9	3057,3	33,6	1	1
Мукачівський	1835,5	1874,3	1872,8	1850,2	1673,5	1821,3	-40,5	8	8
Перечинський	2067,0	2189,1	2170,5	2031,5	2107,7	2113,2	10,2	3	3
Рахівський	2055,1	2057,1	2047,6	2034,5	2031,7	2045,2	-5,9	4	4
Свалявський	1983,2	2026,5	1987,9	1944,4	1966,2	1981,6	-4,3	5	5
Тячівський	1927,9	1935,7	1924,6	1913,8	1912,9	1923,0	-3,8	6	6
Ужгородський	1597,8	1518,8	1522,2	1533,9	1502,0	1534,9	-24,0	10	11
Хустський	1506,2	1480,7	1416,1	1376,1	1392,8	1434,4	-28,3	14	14
Середнє	1889,9	1934,6	1926,3	1885,9	1880,2	1903,4	-2,4		
Всього по області/середньообласний показник по населенню	1799,0	1834,3	1824,4	1793,4	1768,4	1803,9	-7,7		

Далі, в табл. 5.8 показано зміну показників знаходження під наглядом осіб із алкогольною залежністю без психотичних розладів в цілому в області за період 2012 – 2016 рр.

Таблиця 5.8

**Динаміка зміни показників знаходження під наглядом населення з
алкогольною залежністю без психотичних розладів в області (2012 – 2016
рр.)**

Рік	Поширеність	Абсолютний приріст		Темп росту		Темп приросту	
		Базисний	Ланцюговий	Базисний	Ланцюговий	Базисний	Ланцюговий
2012	1799	-	-	100	100	-	-
2013	1834.3	35.3	35.3	101.96	101.96	1.96	1.96
2014	1824.4	-9.89999	25.4	99.46	101.41	-0.54	1.41
2015	1793.4	-31	-5.59999	98.3	99.69	-1.7	-0.31
2016	1768.4	-25	-30.6	98.61	98.3	-1.39	-1.7

В результаті ранжування зареєстрованих середньорічних показників кількості осіб, які перебувають під наглядом з синдромом алкогольної залежності за останні п'ять років встановлено 6 районів, де середньорічний показник кількості осіб, які перебувають під наглядом з синдромом алкогольної залежності є вищим за середньообласний показник (1803,9 на 100 тис.нас.).

Найвищу середньорічну кількість осіб, які перебувають під наглядом з синдромом зареєстровано в Міжгірському районі (3057,3) – 1-ше рангове місце. 2-6 рангові місця зареєстровано у В. Березнянському (2665,8), Перечинському (2113,2), Рахівському (2045,2), Свалявському (1981,6), Тячівському (1923,0) районах.

7-14 рейтингові місця з нижчою за середньообласний показник кількістю осіб, які перебувають під наглядом з синдромом алкогольної залежності встановлено в Березівському (1825,6), Мукачівському (1821,3) районах, м. Ужгород (1713,1), Ужгородському (1534,9), Іршавському (1527,0), Виноградівському (1512,8), Воловецькому (1492,1) та Хустському (1434,4) районах.

Від'ємний середній абсолютний приріст встановлено (зниження кількості осіб, які перебувають під наглядом з приводу алкогольної залежності або зниження показника поширеності) встановлено в шести районах.

З них, значне зниження кількості осіб, які перебувають під наглядом з приводу алкогольної залежності відбулося в Мукачівському (-40,5), Берегівському (-36,9), Виноградівському (-34,6), Ужгородському (-24,0) районах. При цьому, в цих районах середньорічні показники рівня поширеності алкогольної залежності не перевищували середньообласний показник (1803,9).

В трьох районах, відбулося незначне зниження кількості осіб, які перебувають під наглядом з приводу алкогольної залежності, однак рівень зареєстрованої середньорічної поширеності перевищував середньообласний показник (1803,9). В Рахівському районі (-5,9) з середньорічним показником 2045,2, Свалявському (-4,3) з середньорічним показником 1981,6, Тячівському (-3,58) з середньорічним показником 1923,0.

Позитивний середній абсолютний приріст кількості осіб, які перебувають під наглядом з приводу алкогольної залежності встановлено на шести адміністративних територіях.

Найвищий середній абсолютний приріст кількості осіб, які перебувають під наглядом з приводу алкогольної залежності встановлено у м. Ужгород (53,2), Іршавському (34,8), Міжгірському (33,6) та Перечинському (10,2) районах.

З районів, в яких відмічено позитивний середній абсолютний приріст кількості осіб, які перебувають під наглядом з приводу алкогольної залежності рівень зареєстрованої середньорічної поширеності перевищував середньообласний показник (1803,9). Зокрема, в Міжгірському районі при середньорічній поширеності 3057,3 приріст склав 33,6, в Перечинському районі при середньорічній поширеності 2113,2, приріст склав 10,2, у В. Березнянському районі при середньорічній поширеності 2665,8 приріст склав 7,4.

Далі, в табл.5.9, наведено дані що взяття на облік осіб, які перенесли гострі психотичні розлади з вперше в житті встановленим діагнозом в розрахунку на 100 тис дорослого населення за період 2012-2016 рр.

Таблиця 5.9

Показники взяття на облік осіб, які перенесли гострі психотичні розлади з вперше в житті встановленим діагнозом (на 100 тис дорослого населення), 2012-2016 рр

Адміністративна територія	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє за останні 5 років	Середній абсолютний приріст	Ранг по середньому значенню	Ранг за 2016 рік
м. Ужгород	14,0	10,8	15,2	14,2	17,6	14,4	0,9	1	3
Берегівський	18,3	13,3	11,6	6,7	8,4	11,7	-2,5	4	5
Виноградівський	8,9	5,6	6,7	4,4	7,8	6,7	-0,3	9	6
Великобerezнянський	14,5	14,5	14,4	0,0	19,4	12,5	1,2	3	2
Воловецький	10,6	10,6	5,3	5,3	5,3	7,4	-1,3	8	8
Іршавський	6,6	9,2	10,5	7,9	11,8	9,2	1,3	6	4
Міжгірський	8,2	30,1	22,0	2,8	0,0	12,6	-2,1	2	14
Мукачівський	5,5	5,5	4,8	4,8	4,8	5,1	-0,2	10	10
Перечинський	8,4	4,2	4,2	0,0	4,2	4,2	-1,1	13	11
Рахівський	7,4	8,8	7,3	7,3	7,3	7,6	0,0	7	7
Свалявський	4,8	4,8	2,4	2,4	4,8	3,9	0,0	14	9
Тячівський	6,0	6,8	6,8	0,7	1,5	4,4	-1,1	11	13
Ужгородський	6,5	4,9	3,2	3,2	3,2	4,2	-0,8	12	12
Хустський	4,1	11,2	2,0	11,2	21,5	10,0	4,3	5	1
Середнє	8,8	10,0	8,3	5,1	8,4	8,1	-0,1		
Всього по області/середньообласний показник по населенню	8,1	8,9	7,7	5,8	8,5	7,8	0,1		

Середні показники рівня зареєстрованої захворюваності на гострі психотичні розлади за останні п'ять років залишаються відносно сталими та демонструють незначне підвищення.

В 2016 році порівняно з 2012 кількість осіб, які перенесли гострі психотичні розлади з вперше в житті встановленим діагнозом зросла на 0,4 на 100 тис.населення або на 4,9%.

В табл. 5.10 показано зміну показників взяття під нагляд осіб із алкогольною залежністю з психотичними розладами в цілому в області за період 2012 – 2016 рр.

Таблиця 5.10

Динаміка зміни показників взяття під нагляд населення з алкогольною залежністю з психотичними розладами в області (2012 – 2016 рр.)

Рік	Захворюваність	Абсолютний приріст		Темп росту		Темп приросту	
		базисний	ланцюговий	базисний	ланцюговий	базисний	Ланцюговий
2012	8.1	-	-	100	100	-	-
2013	8.9	0.8	0.8	109.88	109.88	9.88	9.88
2014	7.7	-1.2	-0.4	86.52	95.06	-13.48	-4.94
2015	5.8	-1.9	-2.3	75.32	71.6	-24.68	-28.4
2016	8.5	2.7	0.4	146.55	104.94	46.55	4.94

В результаті ранжування середніх показників взяття під нагляд населення з алкогольною залежністю з психотичними розладами за останні п'ять років встановлені істотні відмінності по кількості осіб, взятих під нагляд з вперше в житті встановленим діагнозом алкогольної залежності з психотичними розладами на різних адміністративних територіях області.

За отриманими нами даними, найвищий рівень (1-6 рейтингові місця) взятих під нагляд за середньорічним показником за останні 5 років був у м. Ужгород (14,4), Міжгірському (12,6), В. Березнянському (12,5), Берегівському (11,7), Хустському (10,0) та Іршавському (9,2) районах при середньообласному показникові 7,8 на 100 тис.нас.

За рівнем середнього абсолютного приросту по кількості осіб взятих під нагляд, з вперше в житті встановленим діагнозом гострого психотичного розладу внаслідок вживання алкоголю, тільки в одному з районів Хустському (4,3) встановлено значний позитивний приріст. Ще на трьох адміністративних територіях встановлено незначний приріст кількості осіб взятих під нагляд, з вперше в житті встановленим діагнозом гострого психотичного розладу внаслідок вживання алкоголю, зокрема в Іршавському (1,3), В. Березнянському (1,3) районах та м. Ужгород (0,9). Такий позитивний приріст кількості осіб взятих під нагляд, з вперше в житті встановленим діагнозом гострого психотичного розладу в даних районах спостерігався на фоні середньорічних показників поширеності, що перевищували середньообласний показник 7,8.

Далі, в табл.5.11, наведено дані щодо осіб, які перенесли гострі психотичні розлади з вперше в житті встановленим діагнозом в розрахунку на 100 тис. дорослого населення за період 2012-2016 рр. та перебувають під наглядом.

В 2016 році порівняно з 2012 роком показник осіб, які знаходяться під наглядом зменшився на 2,0 на 100 тис. населення або на 10,5%. В 2016 році порівняно з 2015 роком, кількість осіб, які перебували під наглядом в зв'язку з перенесеними гострими психотичними розладами зросла на 5,1 на 100 тис. населення або на 42,9%. Максимальний приріст спостерігався в 2016 році (5,1 на 100 тис. населення). Мінімальний приріст зафіксовано в 2015 році (-6.5 на 100 тис. населення). Темп приросту показує, що тенденція ряду є зростаючою, що свідчить про прискорення поширеності патології.

Таблиця 5.11

Знаходиться під наглядом хворих, які перенесли психотичні розлади (на 100 тис дорослого населення), 2012-2016 рр

Адміністративна територія	2012	2013	2014	2015	2016	Середнє за останні 5 років	Середній абсолютний приріст	Ранг по середньому значенню	Ранг за 2016 рік
м. Ужгород	24,8	20,5	19,6	21,9	24,2	22,2	-0,1	3	4
Берегівський	29,9	43,2	76,5	11,7	40,5	40,4	2,7	1	1
Виноградівський	14,5	10,0	10,0	10,0	8,9	10,7	-1,4	10	10
Великобerezнянський	28,9	19,3	19,3	0,0	19,4	17,4	-2,4	7	6
Воловецький	10,6	10,6	5,3	5,3	5,3	7,4	-1,3	13	12
Іршавський	13,3	14,5	21,1	21,0	24,9	19,0	2,9	6	3
Міжгірський	16,5	41,1	27,5	8,3	8,3	20,3	-2,0	5	11
Мукачівський	34,6	24,8	19,3	14,4	21,3	22,9	-3,3	2	5
Перечинський	8,4	8,4	4,2	4,2	12,6	7,6	1,1	12	8
Рахівський	10,3	13,2	14,7	11,7	13,2	12,6	0,7	8	7
Свалявський	14,4	7,2	16,8	9,6	9,7	11,6	-1,2	9	9
Тячівський	13,6	12,1	8,3	1,5	3,0	7,7	-2,7	11	14
Ужгородський	6,5	4,9	3,2	3,2	3,2	4,2	-0,8	14	13
Хустський	18,4	21,4	15,3	21,4	30,7	21,4	3,1	4	2
Середнє	17,5	17,9	18,6	10,3	16,1	16,1	-0,3		
Всього по області/середньообласний показник по населенню	19,00	18,24	18,4	11,9	17,0	16,9	-0,5		

В табл. 5.12 показано зміну показників перебування під наглядом хворих, які перенесли психотичні розлади в цілому в області за період 2012 – 2016 рр.

Таблиця 5.12

Динаміка зміни показників знаходження на обліку хворих, які перенесли психотичні розлади в області (2012 – 2016 рр.)

Рік	Поширеність	Абсолютний приріст		Темп росту		Темп приросту	
		базисний	ланцюговий	базисний	ланцюговий	базисний	ланцюговий
2012	19	-	-	100	100	-	-
2013	18.2	-0.8	-0.8	95.79	95.79	-4.21	-4.21
2014	18.4	0.2	-0.6	101.1	96.84	1.1	-3.16
2015	11.9	-6.5	-7.1	64.67	62.63	-35.33	-37.37
2016	17	5.1	-2	142.86	89.47	42.86	-10.53

В результаті ранжування середніх показників кількості осіб, які перебувають під наглядом в зв'язку з гострими психотичними розладами внаслідок вживання алкоголю за останні п'ять років встановлено 7 районів, в яких середньорічна поширеність перевищує середньо обласний показник 16,9 на 100 тис. нас.

1-ше рейтингове місце з найвищим показником по кількості осіб, які перебувають під наглядом в зв'язку з гострими психотичними розладами внаслідок вживання алкоголю в Берегівському районі (40,4 при середньообласному 16,9). 2-7 рейтингові місця в Мукачівському (22,9) районі та м. Ужгород (22,2), Хустському (21,4), Міжгірському (20,3), Іршавському (19,0), В. Березнянському (17,4) районах.

8-14 рейтингові місця зайняли райони, в яких середньорічна чисельність осіб, які перебувають під наглядом в зв'язку з гострими психотичними розладами не перевищувала середньообласний показник: Рахівський (12,6), Свалявський (11,6), Виноградівський (10,7), Тячівський (7,7), Перечинський (7,6), Воловецький (7,4), Ужгородський (4,2).

Відносно сталою, з незначним зниженням за показником середнього абсолютного приросту є поширеність гострих психотичних розладів внаслідок вживання алкоголю в м. Ужгород (-0,1). Однак, середньорічний рівень

поширеності гострих психотичних розладів в м. Ужгород (22,2) перевищує середньообласний показник 16,9.

Зниження за показником середнього абсолютного приросту взяття на облік лікарями – наркологами осіб з гострими психотичними розладами внаслідок вживання алкоголю встановлено в Ужгородському (-0,8), Свалявському (-1,2), Воловецькому (-1,3), Виноградівському (-1,4), Міжгірському (-2,0), В. Березнянському (-2,4), Тячівському (-2,7), Мукачівському (-3,3) районах. Однак в трьох із них, середньорічний рівень даного показника перевищував середньообласний показник (Міжгірський-20,3, В. Березнянський-17,4, Мукачівський-22,9 при середньообласному 16,9).

5.4. Характеристика основних показників стаціонарної наркологічної допомоги населенню Закарпатської області

На початку дослідження було вивчено забезпечення населення області спеціалізованими наркологічними ліжками.

По Закарпатській області, станом на кінець 2017 року – забезпеченість наркологічними ліжками складає 105 ліжок (8,4 на 100 тис. нас.)

Спеціалізована наркологічна допомога надається в Закарпатському обласному наркологічному диспансері (75 ліжок) та наркологічних ліжках Берегівської обласної психіатричної лікарні (30 ліжок).

За останні 10 років, кількість наркологічних ліжок скоротилась із 140 до 105 на 35 ліжок (на 25%) (табл.5.13).

Таблиця 5.13

Динаміка чисельності наркологічних ліжок для надання спеціалізованої наркологічної медичної допомоги (на 100 тис населення), 2006-2017 рр

Рік	Закарпатськи й ОНД	Берегівська ОПЛ	Рахівська ЦРЛ	Вільшанська ПЛ	Всього по області	Показник на 100 тис. нас.	Динаміка у %, порівняно з попереднім періодом
	абс.						
2006	80	40	-	20	140	14,87	-
2007	80	40	-	20	140	14,87	-
2008	80	40	-	20	140	14,76	-0,71

2009	80	40	5	20	145	15,29	3,57
2010	80	40	5	20	145	15,17	-0,81
2011	75	40	5	20	140	14,59	-3,83
2012	75	30	-	-	105	10,90	-25,27
2013	75	30	-	-	105	10,88	-0,18
2014	75	30	-	-	105	10,87	-0,12
2015	75	30	-	-	105	10,86	-0,07
2016	75	30	-	-	105	10,88	0,17
2017	75	30	-	-	105	8,36	-23,15

Найістотніше скорочення відбулося в 2011 році, коли було скорочено 20 наркологічних ліжок Вільшанської психіатричної лікарні та 5 наркологічних ліжок у Рахівській центральній районній лікарні, що значно знизило територіальну доступність наркологічної допомоги.

Нами були вивчені показники використання спеціалізованого ліжкового фонду наркологічного профілю в області за період 2012-2017 рр. Отримані результати наведено в табл.5.14.

За отриманими нами даними, які наведені в табл.. 5.14 в Закарпатській області відзначається тенденція до збільшення показника роботи наркологічного ліжка з 323,7 днів на рік у 2012 році о 247,6 днів у 2016 році при збільшенні середніх термінів лікування хворих в стаціонарі з 25,9 до 26,1 дня, в той час як в цілому по Україні показник роботи ліжка має тенденцію до скорочення, а середні терміни лікування скоротилися з 14,4 до 12,9 дня.

Показники використання спеціалізованого ліжкового фонду наркологічного профілю (2012-2017 рр.)

Рік	Показник	Україна	Закарпатська область
2012	Середнє число днів роботи нарколіжок	335,2	323,7
	Середня тривалість перебування в стаціонарі	14,4	25,9
	Обіг ліжка	23,2	12,5
	Показник лікарняної летальності	0,4	0,1
2013	Середнє число днів роботи нарколіжок	338,6	350,4
	Середня тривалість перебування в стаціонарі	14,6	23,6
	Обіг ліжка	23,2	14,8
	Показник лікарняної летальності	0,4	0,4
2014	Середнє число днів роботи нарколіжок	342,7	332,8
	Середня тривалість перебування в стаціонарі	14,5	23,0
	Обіг ліжка	23,6	14,4
	Показник лікарняної летальності	0,3	0,3
2015	Середнє число днів роботи нарколіжок	332,9	337,5
	Середня тривалість перебування в стаціонарі	13,8	23,3
	Обіг ліжка	24,2	14,5
	Показник лікарняної летальності	0,3	0,1
2016	Середнє число днів роботи нарколіжок	329,9	347,6
	Середня тривалість перебування в стаціонарі	12,9	26,1
	Обіг ліжка	25,6	13,3
	Показник лікарняної летальності	0,3	0,1

5.5. Організація замісної підтримуючої терапії

Наказом управління охорони здоров'я Закарпатської обласної державної адміністрації від 31 березня 2008р. №115-о «Про впровадження практики застосування замісної терапії при наданні медичної допомоги наркозалежним хворим» в області створено один сайт проведення замісної підтримуючої терапії на базі обласного наркологічного диспансеру в м. Ужгород.

В 2013 році, наказом по Департаменту охорони здоров'я Закарпатської ОДА від 065.12.2013 № 777-О «Про забезпечення безперервності надання замісної підтримувальної терапії» Ужгородський міський центр первинної медико-санітарної допомоги визначено закладом охорони здоров'я для подальшого обслуговування клієнтів, які за своїм клінічним станом не можуть відвідувати кабінет ЗПТ Закарпатського обласного наркологічного диспансеру.

Від початку реалізації ЗПТ, 174 пацієнти, стали учасниками програми замісної підтримувальної терапії, завершили ЗПТ -139 осіб, продовжують ЗПТ - 35 осіб. Табл.5.15.

Таблиця 5.15

Кількість осіб, які прийняті та вибули з програми замісної підтримуючої терапії з 2008 по 2018 роки

Рік початку ЗПТ	Прийнято в програму ЗПТ всього	Вибуло з програми ЗПТ осіб											Продовжують участь в ЗПТ
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
2008	27	11	8	3	1	1			1				2
2009	36		10	7	7	1	3	1	1				6
2010	21			3	6	2	1	2	1	3			3
2011	13				8	3	1				1		
2012	16					4	3	3	1	1			4
2013	11						4	3	1				3
2014	18							6	7	1	1		3
2015	16								6	6			4
2016	11									2	2		7
2017	5										1	1	3
Всього	174	11	18	13	22	11	12	15	18	13	5	1	35

Одним із найважливіших індикаторів ефективності програми є показник утримання в лікуванні. Із 35 пацієнтів, які продовжують участь в програмі ЗПТ, даний показник утримання в програмі ЗПТ понад 1 рік складає 32 осіб - 91,4%.

За іншими показниками, рекомендованими для оцінки ефективності програми ЗПТ: всі учасники ЗПТ проходять медичне обстеження перед прийомом в програму, та в плановому порядку - не менше ніж 1 раз на рік. Зокрема, скринінг на туберкульоз, ВІЛ, вірусний гепатит С. Нових випадків ВІЛ та гепатитів серед пацієнтів програми за весь період реалізації програми ЗПТ не виявлено.

Серед усіх пацієнтів програми ЗПТ, 8,6% складають ВІЛ-інфіковані пацієнти, у яких замісна підтримувальна терапія дає можливість проведення антиретровірусної терапії. У 87,4% діагностовано гепатит С.

31,4% (11 особам) встановлено групу інвалідності по загальному захворюванню. Рівень зайнятості пацієнтів ЗПТ коливається 54-62%.

Розподіл учасників ЗПТ за статтю, середнім віком та стажом вживання опіоїдів наведено в табл.5.16.

Таблиця 5.16

Розподіл учасників ЗПТ за статтю, середнім віком та стажом вживання опіоїдів

Рік початку ЗПТ	Жінок			Чоловіків			Всього	Середній стаж споживання опіоїдів на момент прийому в програму ЗПТ	Серед ній вік
	Кількість	Середній стаж	Середній вік	Кількість	Середній стаж	Середній вік			
2008	6	7,7	33,0	21	9,2	30,0	27	8,9	30,7
2009	9	9,2	32,3	27	9,7	29,5	36	9,6	30,2
2010	1	4,0	31,0	20	13,4	33,3	21	13,0	33,2
2011	2	17,5	35,0	11	11,5	30,9	13	12,4	31,5
2012	2	8,0	32,0	14	11,5	31,1	16	11,1	31,2
2013	4	11,8	37,8	7	9,4	29,4	11	10,3	32,5
2014	3	12,3	33,0	15	15,1	33,8	18	14,6	33,7
2015	4	7,8	29,3	12	16,1	37,6	16	14,0	35,5

Продовження таблиці 5.16

2016				11	18,8	40,5	11	18,8	40,5
2017	1	5,0	26,0	4	18,3	37,3	5	15,6	35,0
Всього	32	9,5	32,7	142	12,5	32,6	174	11,9	32,6

Аналіз наведених в табл.5.16 даних вказує на те, що із усіх учасників ЗПТ (174 особи), 18,4% (32 особи) склали жінки, 81,6% (142 осіб)-чоловіки. Середній вік жінок - 32,7 років; середній вік чоловіків – 32,6 років. Середній стаж вживання опіоїдів на момент прийому в ЗПТ у жінок складав 9,5 років, у чоловіків – 12,5 років.

Дані про кількість осіб, які вибули з програми замісної підтримуючої терапії за причинами припинення наведено в табл. 5. 17.

За весь період реалізації програми ЗПТ, станом на 01.03.2018р., з програми ЗПТ вибуло 139 осіб. З них, 41,01% - завершили програму ЗПТ, 17,27% за власним бажанням припинили замісну підтримуючу терапію, 15,83%- виписані в зв'язку із порушенням правил участі у ЗПТ, 13,67% - були переадресовані до інших лікувально-профілактичних закладів, 6,47% - вибули в зв'язку з ув'язненням, 2,16%- в зв'язку із смертю, 2,16% - вибули, в зв'язку із зміною проживання, 1,44% - припинили участь в ЗПТ в зв'язку із наявними медичними протипоказами.

Таблиця 5.17

Кількість осіб, які вибули з програми замісної підтримуючої терапії за причинами припинення

Причина припинення	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018 рік, станом на 01.02.18		Разом к-ть	Разом %
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%		
адміністративна виписка з ініціативи персоналу	6	4,3	8	5,8	1	0,7	1	0,7	2	1,4	1	0,7		0,0		0,0	1	0,7	2	1,4		0,0	22	15,8
за власним бажанням		0,0		0,0		0,0		0,0	4	2,9	3	2,2	6	4,3	4	2,9	7	5,0		0,0		0,0	24	17,3
за медичними показами	1	0,7	1	0,7		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	2	1,4
завершення курсу ЗПТ	3	2,2	9	6,5	10	7,2	14	10,1	2	1,4	3	2,2	3	2,2	9	6,5	2	1,4	2	1,4		0,0	57	41,0
зміна місця проживання (якщо пацієнт не переадресований до іншого ЛПЗ)		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	2	1,4		0,0		0,0		0,0		0,0	1	0,7	3	2,2
переадресація до іншого ЛПЗ		0,0		0,0	1	0,7	4	2,9	2	1,4	1	0,7	5	3,6	4	2,9	2	1,4		0,0		0,0	19	13,7
позбавлення пацієнта волі	1	0,7		0,0	1	0,7	2	1,4	1	0,7	1	0,7	1	0,7		0,0	1	0,7	1	0,7		0,0	9	6,5
смерть		0,0		0,0		0,0	1	0,7		0,0	1	0,7		0,0	1	0,7		0,0		0,0		0,0	3	2,2
Всього	11	7,9	18	12,9	13	9,4	22	15,8	11	7,9	12	8,6	15	10,8	18	12,9	13	9,4	5	3,6	1	0,7	139	100,0

Подальша реалізація програми, потребує вдосконалення механізмів покращення доступу до замісної терапії. В першу чергу, за рахунок подальшого підвищення якості послуг, підвищення доступу до замісної терапії в рамках загальної медичної практики.

Це пов'язано з тим, що через низьку щільність населення Закарпатської області, створення великих сайтів замісної підтримувальної терапії є необґрунтованим. Водночас, доступ до замісної підтримувальної терапії на рівні первинної ланки медичної допомоги, з одного боку - дасть можливість досягти більшої соціальної адаптації пацієнтів, а з іншого - забезпечити безперервність надання допомоги хворим за місцем їх проживання.

Висновки за розділом

В розділі показано, що наркологічна допомога населенню надається наркологічним обласним диспансером та розгалуженою мережею наркологічних кабінетів в центральних районних лікарнях при достатньому рівні укомплектованості посад лікарів-наркологів та відсутності системи дитячої наркологічної допомоги.

В розділі показано:

1) загальну тенденцію до зростання кількості осіб, з вперше взятими під нагляд з діагнозом алкогольної залежності в області (1,2);

2) райони з найбільшою та вищою за середню по області (138,3) середньорічну кількість осіб, взятих під нагляд з вперше встановленим діагнозом алкогольної залежності за останні 5 років - 1-Берегівський-244,9 на 100 тис.нас., 2-Міжгірський-202,7, 3-Мукачівський-188,3, 4-Перечинський - 163,3, 5-Тячівський-146,6;

3) райони, в яких середньорічний показник чисельності осіб, взятих під нагляд з вперше в житті встановленим діагнозом алкогольної залежності за останні п'ять років, не перевищував середньообласний показник (138,3): Ужгородський, м. Ужгород, В. Березнянський, Виноградівський, Іршавський, Свалявський, Воловецький, Хустський (7-14 рангові місця);

4) райони з найвищим середнім зростанням захворюваності з кожним періодом (В. Березнянський (17,0), Берегівський (16,4), м. Ужгород (15,3), Іршавський (11,0), Хустський (10,7), Свалявський (5,5), Перечинський (1,1), Тячівський (1,0), Рахівський (0,8)),

- з них, райони де високий рівень захворюваності поєднується із позитивним середнім приростом захворюваності (Берегівський $(244,9+16,4)$, Перечинський $(163,3+1,2)$, Тячівський $(146,6+1,0)$, Рахівський $(138,9+0,8)$);

5) райони з від'ємним абсолютним приростом кількості осіб, взятих під диспансерний нагляд з вперше в житті встановленим діагнозом алкогольної залежності (Воловецький $(-25,0)$, Мукачівський $(-19,1)$, Виноградівський $(-5,5)$, Ужгородський $(-2,1)$, Міжгірський $(-0,5)$),

- з них райони, де наявна висока середньорічна чисельність осіб, взятих під нагляд з вперше в житті встановленим діагнозом алкогольної залежності поєднується із зниженням середнього приросту захворюваності (незначне зниження - Міжгірський $202,7-0,5$; значне зниження - Мукачівський $188,3-19,1$).

- район (Воловецький), де один із найнижчих середньорічних рівнів зареєстрованої захворюваності (78,3) поєднується із найбільшим зниженням середнього абсолютного приросту кількості осіб, взятих під диспансерний нагляд з вперше в житті встановленим діагнозом алкогольної $(-25,0)$.

- та 2 райони (Ужгородський, Виноградівський) де зареєстрована середньорічна захворюваність (136,2 та 113,1), що не перевищує середньообласний показник (138,3) поєднується з незначним зниженням середнього абсолютного приросту кількості осіб, взятих під диспансерний нагляд з вперше в житті встановленим діагнозом алкогольної залежності $(-2,1$ та $-5,5)$.

Особисті друковані роботи за темою розділу [2, 10, 21].

Розділ 6

РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ОСІБ, ЩО ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ

Відповідно до програми дослідження під час виконання шостого організаційного етапу дослідження було проведено соціологічне дослідження серед організаторів охорони здоров'я, лікарів-наркологів, лікарів загальної практики-сімейних лікарів щодо вивчення їх думки з питань актуальності проблеми наркотизації та алкоголізації населення Закарпатської області та вивчення їх відношення до оптимізації наркологічної допомоги в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини. Також під час виконання даного етапу дослідження було проведено соціологічне дослідження серед контингенту населення яке вживає ПАР з метою вивчення рівня їх оцінки доступності наркологічної допомоги, задоволеності отриманою медичною допомогою та їх відношення до оптимізації наркологічної допомоги в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини.

6.1. Аналіз результатів соціологічного дослідження серед організаторів охорони здоров'я

На початку вивчалось питання, які стосуються професійної діяльності респондентів. Отримані результати наведено в табл.6.1.

Аналіз наведених в табл.6.1 даних вказує на наступне:

- в закладах охорони здоров'я, в яких працюють респонденти-організатори охорони здоров'я, надаються наступні види медичної допомоги з причин зловживання населенням ПАР: ургентна стаціонарна медична допомога ($49,5 \pm 2,5\%$), планова амбулаторно-поліклінічна медична допомога з причини безпосереднього вживання ПАР ($54,8 \pm 2,5\%$), планова амбулаторно-поліклінічна медична допомога з причини до яких привело вживання ПАР

Питання, які стосуються професійної діяльності респондентів

Показник	Позитивна відповідь		Негативна відповідь		Не визначився	
	абс	%	абс	%	абс	%
Надання закладом охорони здоров'я медичної допомоги особам, що зловживають наркотики та алкогольні напої						
Ургентна стаціонарна медична допомога	46	49,5±2,5	47	50,5±2,5	-	-
Планова амбулаторно-поліклінічна медична допомога з причини безпосереднього зловживання ПАР	51	54,8±2,5	42	45,2±2,5	-	-
Планова амбулаторно-поліклінічна медична допомога з причини до яких привело зловживання ПАР	54	58,1±2,5	39	41,9±2,5	-	-
Стаціонарна медична допомога з причини безпосереднього зловживання ПАР	51	54,8±2,5	42	45,2±2,5	-	-
Планова стаціонарна медична допомога з причини до яких привело зловживання ПАР	56	60,2±2,4	37	39,8±2,4	-	-
Профілактична робота з пацієнтами	65	69,9±2,3	28	30,1±2,3	-	-
Профілактична робота серед населення	62	66,7±2,4	31	33,3±2,4	-	-
Профілактична робота серед підлітків та молоді	59	63,5±2,4	31	33,3±2,4	3	3,2±0,9
Заклад охорони здоров'я має необхідні ресурси для надання медичної допомоги особам, що зловживають ПАР						
Кваліфіковані лікарі	55	59,1±2,5	34	36,6±2,4	4	4,3±1,0
Кваліфіковані середні медичні працівники	59	63,4±2,4	30	32,3±2,3	4	4,3±1,0
Необхідні матеріально-технічні ресурси	42	45,2±2,5	45	48,3±2,5	6	6,5±1,2

($58,1 \pm 2,5\%$), планова стаціонарна медична допомога з причини до яких привело вживання ПАР ($60,2 \pm 2,4\%$);

- різні види профілактичної антинаркотичної роботи проводять більше ніж у 60% закладів охорони здоров'я в тому числі:

- $59,1 \pm 2,5\%$ закладів охорони здоров'я мають кваліфікованих лікарів, $63,4 \pm 2,4\%$ - кваліфікованих середніх медичних працівників та $45,2 \pm 2,5\%$ - необхідні матеріально-технічні ресурси.

Далі вивчався рівень задоволеності опитаних організаторів охорони здоров'я діяльністю наркологічної служби на рівні регіону та адміністративної території.

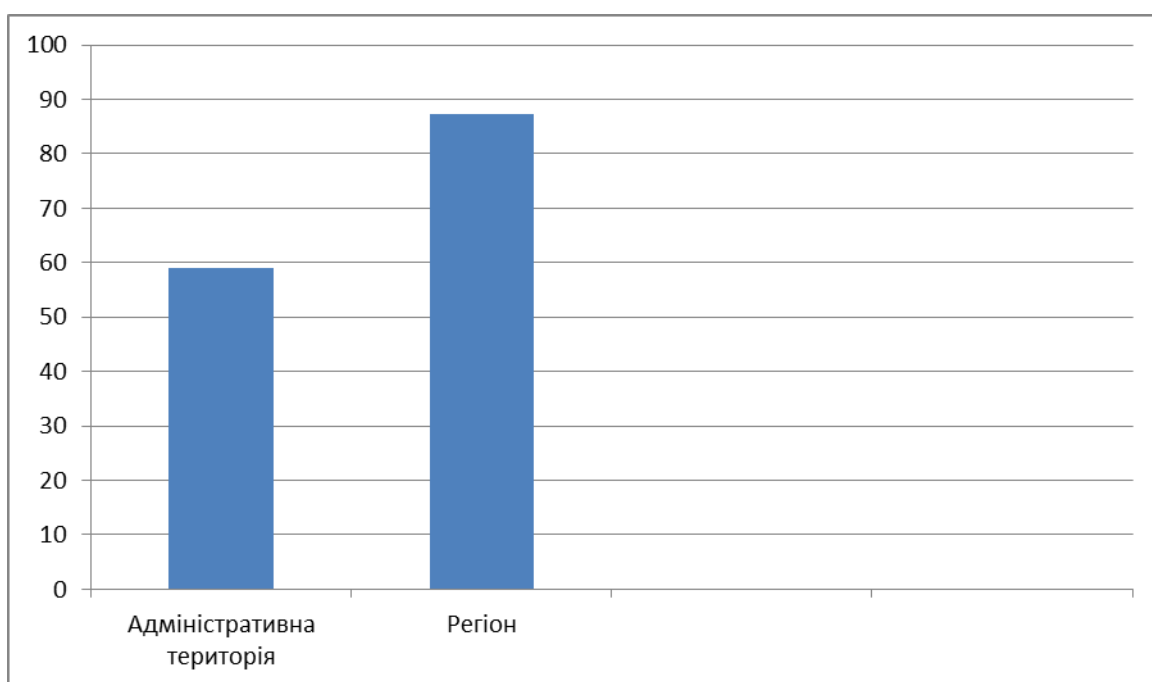


Рис.6.1. Рівень задоволеності діяльністю наркологічної служби, %

Аналіз наведених на рис.6.1 вказує на те, що $59,1 \pm 2,5\%$ опитаних організаторів охорони здоров'я задовольняє діяльність наркологічної служби на рівні адміністративної території та $87,2 \pm 1,7\%$ - на рівні регіону. Таким чином можна відмітити низький рівень в цілому задоволеності організаторів охорони здоров'я діяльністю наркологічної служби на рівні адміністративних територій.

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня оцінки організаторами охорони здоров'я задоволеності потреби населення існуючою системою медичної допомоги з проблем наркотизації та алкоголізації. Отримані результати наведено на рис. 6.2.

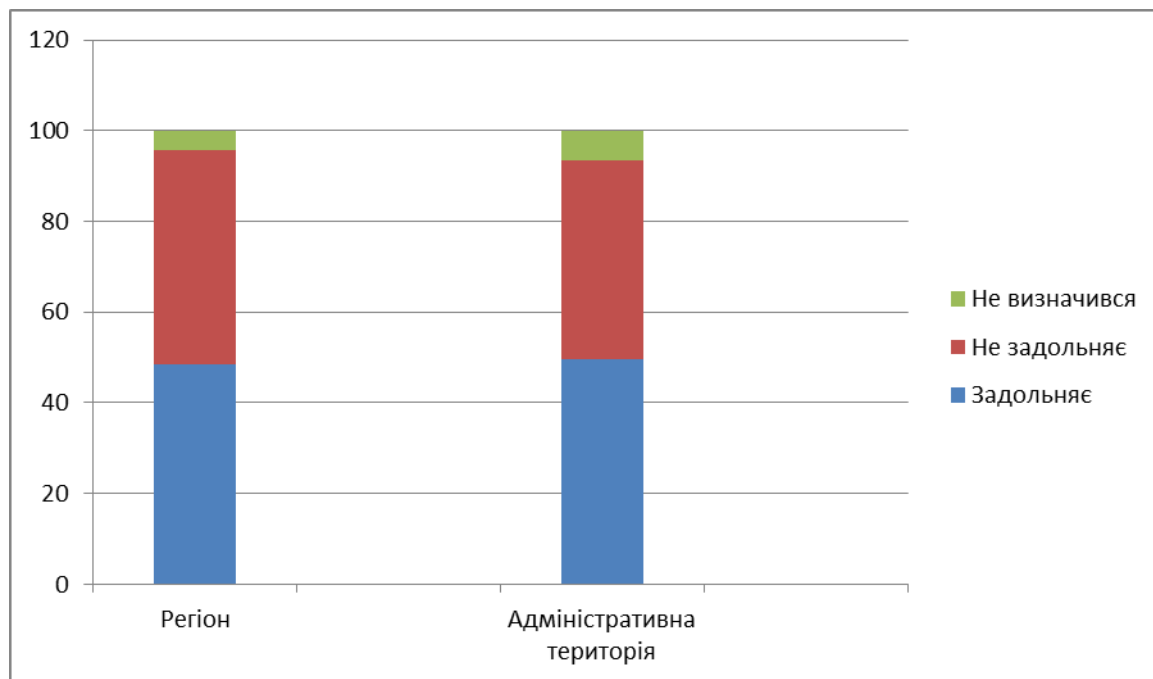


Рис. 6.2. Наскільки задовольняє потреби населення з проблем наркотизації та алкоголізації існуюча система медичної допомоги, %

Аналіз наведених на рис.6.2 даних вказує на наступний рівень оцінки організаторами охорони здоров'я питання наскільки задовольняє потреби населення з проблем наркотизації та алкоголізації існуюча система медичної допомоги:

- на рівні регіону: 48,4±2,5% опитаних дали позитивну оцінку, 47,3±2,5% - дали негативну оцінку, 4,3±% - не визначилися;
- на рівні адміністративної території: 45,5±2,5% опитаних дали позитивну оцінку, 44,0±2,5% - дали негативну оцінку, 6,5±1,2% - не визначилися.

Далі вивчалоя питання щодо рівня підтримки організаторами охорони здоров'я заходів з антинаркотичної та антиалкогольної роботи в умовах реформування системи охорони здоров'я. Отримані результати наведено в табл.6.2.

**Рівень підтримки заходів по попередженню розладів психіки та поведінки
внаслідок вживання психоактивних речовин в умовах реформування
системи охорони здоров'я**

Заходи	Підтримую		Не підтримую		Не визначився	
	абс	%	абс	%	абс	%
Залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до активної антинаркотичної та антиалкогольної роботи	76	81,7±1,9	12	12,9±1,7	5	5,4±1,1
Розробка регіональних міжсекторальних програм антинаркотичної та антиалкогольної спрямованості	81	87,1±1,9	9	9,7±1,5	3	3,2±0,9
Розробка міжсекторальних програм антинаркотичної та антиалкогольної спрямованості на рівні громади	91	97,8±0,8	2	2,2±0,7	-	-
Розробка в рамках системи громадського здоров'я комплексних регіональних програм профілактики зловживання молоддю та підлітками ПАР	85	91,4±1,4	4	4,3±1,0	4	4,3±1,0
Розробка в рамках системи громадського здоров'я комплексних програм профілактики зловживання молоддю та підлітками ПАР на рівні громад	90	96,7±0,9	2	2,2±0,7	1	1,1±0,5
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антинаркотичну та антиалкогольну тему на рівні громади	89	95,7±1,0	4	4,3±1,0	-	-
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антинаркотичну та антиалкогольну тему на рівні сімей	89	95,7±1,0	4	4,3±1,0	-	-
Індивідуальна інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антинаркотичну та антиалкогольну тему	88	94,6±1,2	5	5,4±1,1	-	-

Продовження таблиці 6.2

Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антинаркотичну та антиалкогольну тему з групами підвищеного ризику вживання алкоголю	90	96,8±0,9	3	3,2±0,9	-	-
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему в навчальних закладах	84	90,3±1,5	9	9,7±1,5	-	-
Організація сімейним лікарем роботи школи здоров'я «Тверезе життя»	74	79,6±2,0	12	12,9±1,7	7	7,5±1,3
Створення психореабілітаційних амбулаторних центрів за місцем роботи або на базі сімейних амбулаторій	69	74,2±2,2	19	20,4±2,0	5	5,4±1,1
Запровадження руху в молодіжному середовищі за принципом «Рівний рівному»	82	88,1±1,6	9	9,7±1,5	2	2,2±0,7
Диспансерний нагляд сімейними лікарями за особами, що зловживають ПАР за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом	79	85,0±1,8	11	11,8±1,6	3	3,2±0,9
Міжсекторальний підхід до антинаркотичної та антиалкогольної діяльності на рівні громади	86	92,5±1,3	7	7,5±1,3	-	-
Лікування сімейним лікарем осіб, що зловживають ПАР за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом	67	72,0±2,2	21	22,6±2,1	5	5,4±1,1
Залучення до антинаркотичної та антиалкогольної діяльності церкви	79	85,0±1,8	11	11,8±1,6	3	3,2±0,9
Психологічна підтримка членів сімей осіб, що зловживають ПАР	88	94,5±1,1	5	5,4±1,1	-	-
Виявлення сімейним лікарем осіб, що схильні до зловживання ПАР та проведення з ними індивідуальної психореабілітаційної роботи по недопущенню залежності	81	87,1±1,7	7	7,5±1,3	5	5,4±1,1

Аналіз наведених в табл. 6.2 результатів соціологічного опитування вказує на те, що запропоновані заходи з антинаркотичної та антиалкогольної діяльності підтримує наступна частка респондентів:

- залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до активної антинаркотичної та антиалкогольної роботи – $81,7 \pm 1,9\%$;
- розробка регіональних міжсекторальних програм антинаркотичної та антиалкогольної спрямованості – $87,1 \pm 1,7\%$;
- розробка в рамках системи громадського здоров'я комплексних регіональних програм профілактики зловживання молоддю та підлітками ПАР – $91,4 \pm 1,4\%$;
- інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антинаркотичну та антиалкогольну тему - $95,7 \pm 1,1\%$;
- диспансерний нагляд сімейними лікарями за особами, що зловживають ПАР за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом - $85,0 \pm 1,8\%$;
- психологічна підтримка членів сімей осіб, що зловживають ПАР – $94,5 \pm 1,1\%$;
- виявлення сімейним лікарем осіб, що схильні до зловживання ПАР та проведення з ними індивідуальної психореабілітаційної роботи по недопущенню залежності – $87,1 \pm 1,7\%$.

Далі, відповідно до програми дослідження, було вивчено наскільки оцінюють організатори охорони здоров'я актуальним для адміністративної території та області зловживання населенням ПАР Отримані результати дослідження наведено на рис.6.3.

Аналіз наведених на рис.6.3 даних вказує на наступний рівень оцінки організаторами охорони здоров'я актуальності зловживання населенням психоактивними речовинами:

- на рівні області: $82,8 \pm 1,9\%$ опитаних дали позитивну оцінку, $12,9 \pm 1,7\%$ - дали негативну оцінку, $4,3 \pm 1,0\%$ - не визначилися;
- на рівні адміністративної території: $79,5 \pm 2,0\%$ опитаних дали позитивну оцінку, $15,1 \pm 1,8\%$ - дали негативну оцінку, $5,4 \pm 1,1\%$ - не визначилися.

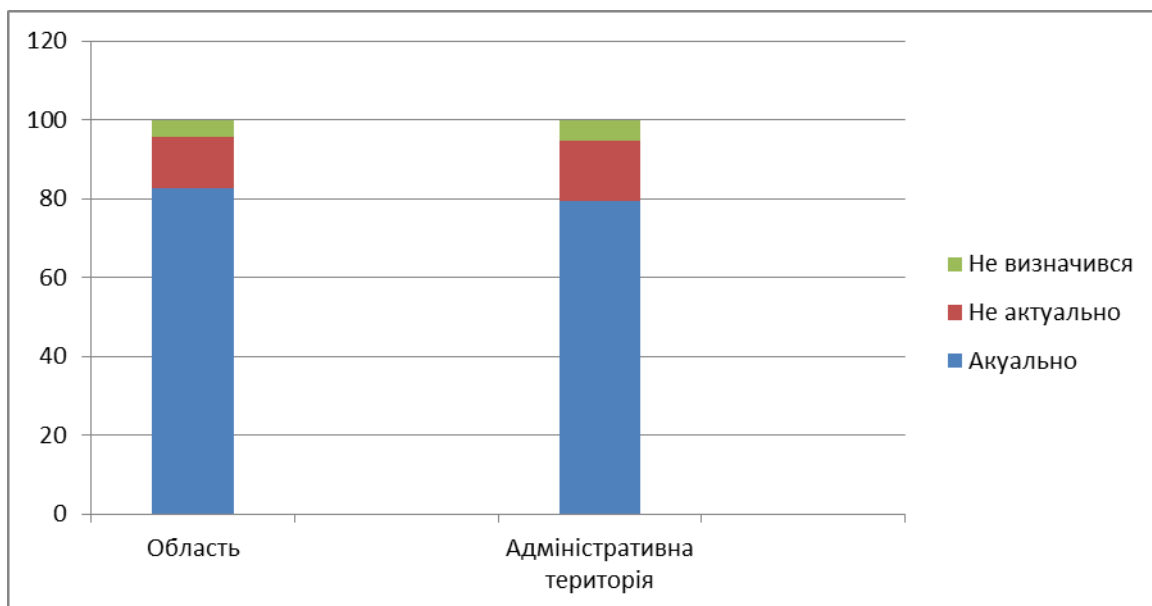


Рис. 6.3. Рівень актуальності для адміністративної території та області зловживання населенням психоактивними речовинами, %

Останнім питанням анкети для організаторів охорони здоров'я було питання «Чи визначаєте Ви зловживання молоддю та підлітками ПАР для Вашої адміністративної території та області, в якості актуальної проблеми?» Отримані результати наведено на рис.6.4.

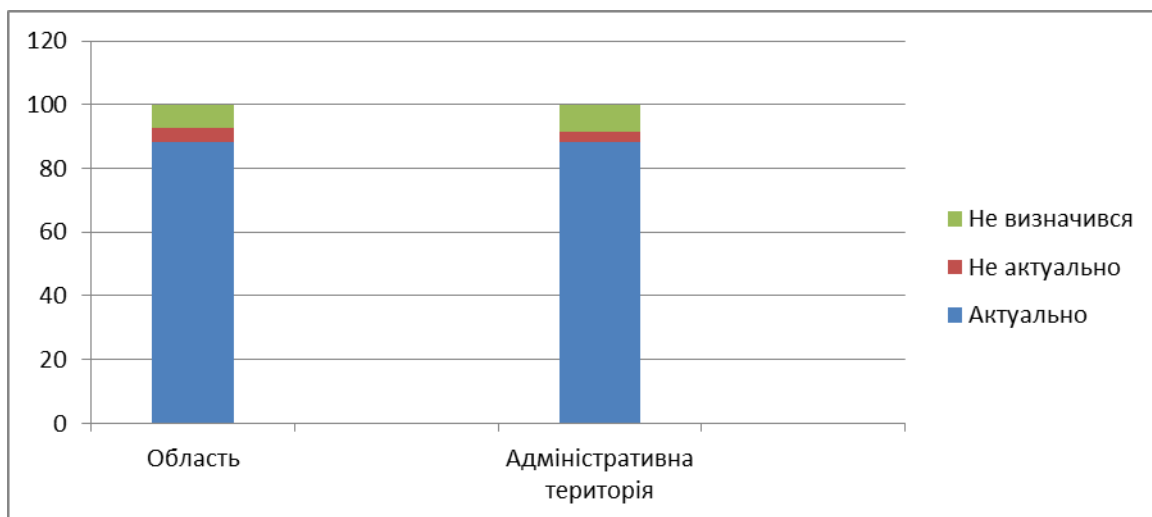


Рис. 6.4. Рівень актуальності для адміністративної території та області зловживання підлітками та молоддю психоактивних речовин напоїв, %

Аналіз наведених на рис.6.4 даних вказує на наступний рівень оцінки організаторами охорони здоров'я актуальності зловживання підлітками та молоддю ПАР:

- на рівні області: $88,2 \pm 1,6\%$ опитаних дали позитивну оцінку, $4,3 \pm 1,0\%$ - дали негативну оцінку, $7,5 \pm 1,3\%$ - не визначилися;
- на рівні адміністративної території: $88,2 \pm 1,6\%$ опитаних дали позитивну оцінку, $3,2 \pm 0,9\%$ - дали негативну оцінку, $8,6 \pm 1,4\%$ - не визначилися.

Таким чином, задовольняє діяльність наркологічної служби на територіальному рівні $59,1 \pm 2,5\%$ організаторів охорони здоров'я та $87,2 \pm 2,5\%$ на регіональному рівні. При цьому тільки $45,5 \pm 2,5\%$ організаторів охорони здоров'я вказали, що існуюча система наркологічної допомоги задовольняє існуючі потреби населення.

Більше 80% опитаних організаторів охорони здоров'я підтримує створення цільових між секторальних програм по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин з залученням до даної діяльності системи громадського здоров'я та лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

6.2. Аналіз результатів соціологічного дослідження серед лікарів-наркологів

За результатами дослідження встановлено, що із загальної кількості респондентів 68,4% працює в ЦРЛ та 31,6% в наркологічному диспансері при цьому 73,7% надає амбулаторно-поліклінічну та 26,3% стаціонарну медичну допомогу. 68,4% працює на вторинному та 31,6% третинному рівні медичної допомоги.

Із загальної кількості респондентів лікарів-наркологів по 42,1% атестовані на вищу та першу атестаційні категорії, а 15,8% - на другу атестаційну категорію.

Наступним кроком дослідження було вивчення питань, які стосуються професійної діяльності респондентів. Отримані результати наведено в табл.6.3.

Питання, які стосуються професійної діяльності респондентів

Показник	Позитивна відповідь		Негативна відповідь		Не визначився	
	абс	%	абс	%	абс	%
Задоволеність умовами праці	11	57,9±2,5	6	31,6±2,3	2	10,5±1,5
Можливості в повній мірі використовувати свої знання та вміння	10	52,6±2,5	8	42,1±2,5	1	5,3±1,1
Вважає свою професійну діяльність ефективною	7	36,9±2,4	10	52,6±2,5	2	10,5±1,5
Всі особи, які мають залежність від алкоголю в регіоні знаходяться на обліку в наркологічній службі	-	-	19	100,0	-	-
Всі особи, які зловживають ПАР в регіоні знаходяться на обліку в наркологічній службі			19	100,0		
Наркологічна служба застосовує всі свої можливості в профілактичній антиалкогольній роботі	8	42,1±2,5	8	42,1±2,5	3	15,8±1,8
Має можливості посилити профілактичну роботу серед підлітків та молоді:	9	47,3±2,5	7	36,9±2,4	3	15,8±1,8
Має доступ до сучасної наукової інформації з питань антинаркотичної та антиалкогольної діяльності	14	73,3±2,2	3	15,8±1,8	2	10,5±1,5
Задовольняє рівень післядипломної підготовки	7	36,9±2,4	10	52,6±2,5	2	10,5±1,5
Маєте необхідні матеріально-технічні ресурси для виконання свої професійних обов'язків	8	42,1±2,5	8	42,1±2,5	3	15,8±1,8

Аналіз наведених в табл. 6.3 результатів дослідження вказав на наступне:

- умовами праці задоволено $57,9 \pm 2,5\%$ опитаних лікарів;
- мають можливості в повній мірі використовувати свої знання та вміння - $52,6 \pm 2,5\%$;
- вважають свою професійну діяльність ефективною - $36,9 \pm 2,4\%$;
- вважають, що наркологічна служба застосовує всі свої можливості в профілактичній роботі - $42,1 \pm 2,5\%$;
- мають можливості посилити профілактичну роботу серед підлітків та молоді - $47,3 \pm 2,5\%$;
- мають доступ до сучасної наукової інформації з питань антинаркотичної та антиалкогольної діяльності - $73,3 \pm 2,2\%$;
- задовольняє рівень післядипломної підготовки - $36,9 \pm 2,4\%$;
- мають необхідні матеріально-технічні ресурси для виконання своїх професійних обов'язків - $42,1 \pm 2,5\%$.

При цьому, всі респонденти відмітили, що не всі особи що які мають алкогольну залежність та зловживають ПАР в регіоні знаходяться на обліку в наркологічній службі.

Далі, на рис. 6.5. представлено результати соціологічного опитування щодо рівня задоволеності респондентів діяльністю наркологічної служби.

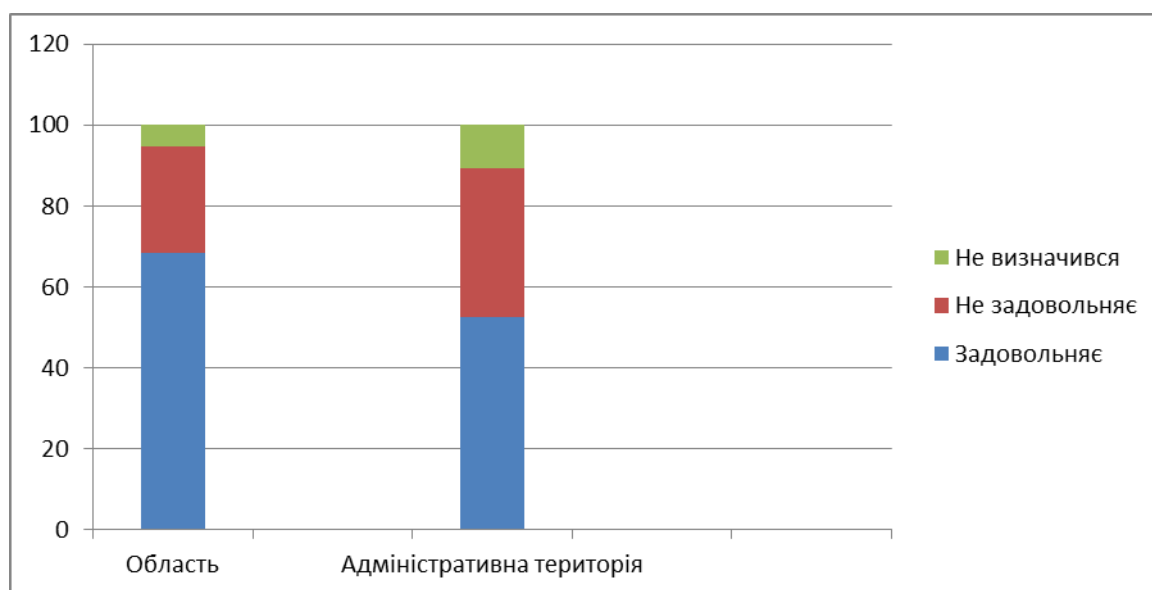


Рис.6.5. Рівень задоволеності діяльністю наркологічної служби, %

Аналіз наведених на рис.6.5 вказує на те, що $52,6\pm 2,5\%$ опитаних лікарів-наркологів задовольняє діяльність наркологічної служби на рівні адміністративної території та $68,4\pm 2,3\%$ - на рівні регіону. Відповідно $36,8\pm 2,4\%$ та $26,3\pm 2,2\%$ лікарів-наркологів діяльність наркологічної служби не задовольняє. Таким чином можна відмітити низький рівень в цілому задоволеності лікарів-наркологів діяльністю наркологічної служби особливо на рівні адміністративних територій.

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня оцінки лікарями-наркологами задоволеності потреби населення існуючою системою медичної допомоги з проблем алкоголізації. Отримані результати наведено на рис. 6.6.

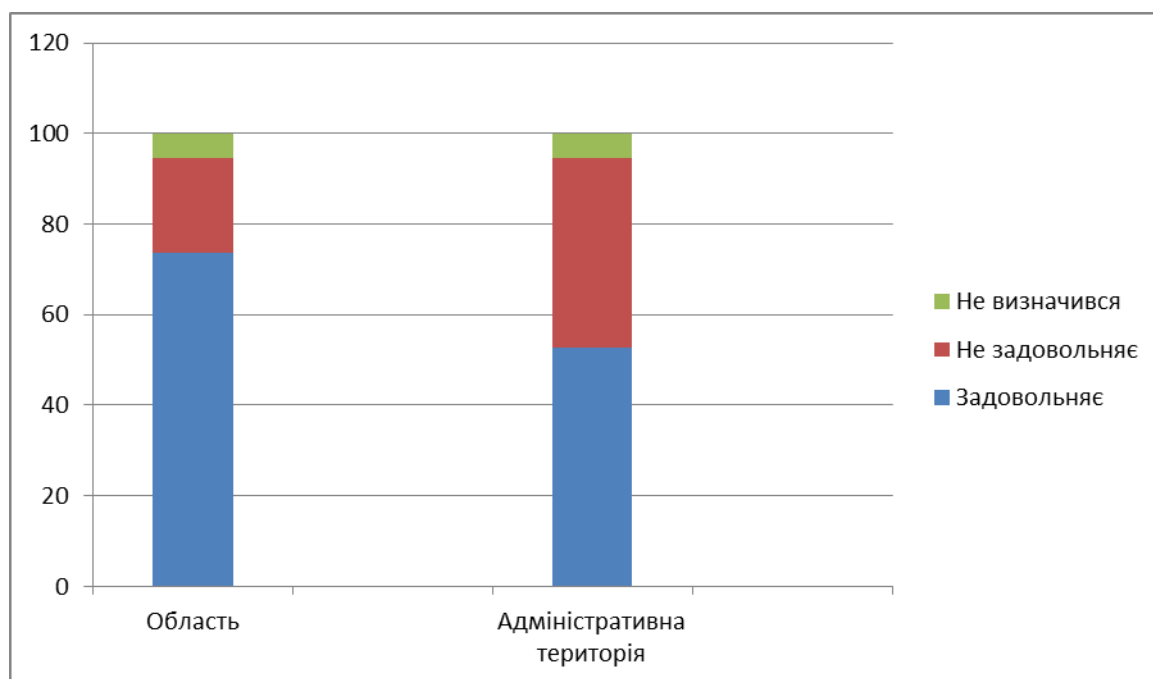


Рис. 6.6. Наскільки задовольняє потреби населення з проблем медичної допомоги при розладах психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин існуюча система медичної допомоги, %

Аналіз наведених на рис.6.6 даних вказує на наступний рівень оцінки лікарями-наркологами питання наскільки задовольняє потреби населення з проблем медичної допомоги при розладах психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин існуюча система медичної допомоги:

- на рівні області: $73,6 \pm 2,2\%$ опитаних дали позитивну оцінку, $21,1 \pm 2,0\%$ - дали негативну оцінку, $5,3 \pm 1,1\%$ - не визначилися;

- на рівні адміністративної території: $52,6 \pm 2,5\%$ опитаних дали позитивну оцінку, $42,1 \pm 2,5\%$ - дали негативну оцінку, $5,3 \pm 1,1\%$ - не визначилися.

Далі вивчалось питання щодо рівня підтримки лікарями-наркологами заходів з антиалкогольної роботи в умовах реформування системи охорони здоров'я. Отримані результати наведено в табл.6.4.

Аналіз наведених в табл.6.4 даних вказує на наступне (більше 70%):

-залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до активної роботи по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин підтримує $84,2 \pm 1,8\%$ респондентів;

-інформаційну-просвітницьку роботу сімейного лікаря по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин - $89,4 \pm 1,5\%$;

-інформаційну-просвітницьку роботу сімейного лікаря на по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин в навчальних закладах - $78,9 \pm 2,1\%$;

-організацію сімейним лікарем роботи школи здоров'я «Тверезе життя» - $78,9 \pm 2,1\%$;

-створення психореабілітаційних амбулаторних центрів за місцем роботи або на базі сімейних амбулаторій - $78,9 \pm 2,1\%$.

При цьому 100 % респондентів вважає зловживання дорослим населенням адміністративної території ПАР актуальною, $89,4 \pm 1,5\%$ опитаних вважає актуальною проблемою для адміністративної території зловживання ПАР молоддю та підлітками.

**Рівень підтримки заходів по попередженню розладів психіки та поведінки
внаслідок вживання психоактивних речовин в умовах реформування
системи охорони здоров'я**

Заходи	Підтримую		Не підтримую		Не визначився	
	абс	%	абс	%	абс	%
Залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до активної роботи по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин	16	84,2±1,8	2	10,5±1,5	1	5,3±1,1
Розробка регіональних міжсекторальних програм по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин	15	78,9±2,0	3	15,8±1,8	1	5,3±1,1
Розробка міжсекторальних програм по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на рівні громади	16	84,2±1,8	1	5,3±1,1	2	10,5±1,5
Розробка в рамках системи громадського здоров'я комплексних регіональних програм профілактики зловживання молоддю та підлітками ПАР	17	89,4±1,5	1	5,3±1,1	1	5,3±1,1
Розробка в рамках системи громадського здоров'я комплексних програм профілактики зловживання молоддю та підлітками ПАР на рівні громад	17	89,4±1,5	1	5,3±1,1	1	5,3±1,1
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на рівні громади	17	89,4±1,5	1	5,3±1,1	1	5,3±1,1
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на рівні сімей	19	100,0				
Індивідуальна інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин	19	100,0				

Продовження таблиці 6.4

Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин з групами підвищеного ризику вживання алкоголю	19	100,0	-	-	-	-
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин в навчальних закладах	15	78,9±2,0	1	5,3±1,1	3	15,8±1,8
Організація сімейним лікарем роботи школи здоров'я «Тверезе життя»	15	78,9±2,0	1	5,3±1,1	3	15,8±1,8
Створення психореабілітаційних амбулаторних центрів за місцем роботи або на базі сімейних амбулаторій	15	78,9±2,0	1	5,3±1,1	3	15,8±1,8
Запровадження руху в молодіжному середовищі за принципом «Рівний рівному»	15	78,9±2,0	3	15,8±1,8	1	5,3±1,1
Диспансерний нагляд сімейними лікарями за особами, що зловживають ПАР за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом	13	68,4±2,4	5	26,3±2,2	1	5,3±1,1
Міжсекторальний підхід по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на рівні громади	19	100,0	-	-	-	-
Лікування сімейним лікарем осіб, що зловживають ПАР за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом	13	68,4±2,4	5	26,3±2,2	1	5,3±1,1
Залучення до роботи по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин церкви	15	78,9±2,0	1	5,3±1,1	3	15,8±1,8
Психологічна підтримка сімейними лікарями членів сімей осіб, що зловживають ПАР	11	57,9±2,5	5	26,3±2,2	3	15,8±1,8
Виявлення сімейними лікарями осіб, що схильні до зловживання ПАР та проведення з ними індивідуальної психореабілітаційної роботи по недопущенню залежності	13	68,4±2,4	5	26,3±2,2	1	5,3±1,1

6.3. Аналіз результатів соціологічного дослідження серед лікарів загальної практики-сімейних лікарів

Спочатку вивчалось питання надання лікарями загальної практики-сімейними лікарями медичної допомоги особам, що зловживають алкоголем. Отримані результати наведено в табл.6.5.

Наведені в табл. 6.5 дані вказують на те, що до $34,3 \pm 2,4\%$ із опитаних звертаються пацієнти з проблемами зловживання ПАР, до $32,9 \pm 2,3\%$ звертаються за порадами члени сімей осіб, що зловживають ПАР, $18,9 \pm 2,0\%$ надавали невідкладну допомогу при гострих отруєннях ПАР, $6,3 \pm 1,2\%$ - надавали невідкладну допомогу при гострих психозах, які пов'язані з зловживанням ПАР. При цьому $60,8 \pm 2,4\%$ проводить заходи з профілактики зловживання ПАР на рівні громади, $44,8 \pm 2,5\%$ проводить заходи з профілактики зловживання ПАР індивідуального характеру, а $18,9 \pm 2,0\%$ проводить заходи з профілактики зловживання ПАР в навчальних закладах.

Таблиця 6.5

Надання медичної допомоги особам, які зловживають психоактивними речовинами

Показник	абс	%
Чи звертаються до Вас пацієнти з проблемами зловживання ПАР	49	$34,3 \pm 2,4$
Чи звертаються до Вас члени сімей осіб, що зловживають ПАР	47	$32,9 \pm 2,3$
Чи надавали Ви невідкладну допомогу при гострих отруєннях ПАР	27	$18,9 \pm 2,0$
Чи надавали Ви невідкладну допомогу при гострих психозах, які пов'язані з ПАР	9	$6,3 \pm 1,2$
Чи проведете Ви заходи з профілактики зловживання ПАР на рівні громади	87	$60,8 \pm 2,4$
Чи проведете Ви заходи з профілактики зловживання ПАР на рівні сімей	38	$26,6 \pm 2,2$
Чи проведете Ви заходи з профілактики зловживання ПАР індивідуального характеру	64	$44,8 \pm 2,5$
Чи проведете Ви заходи з профілактики зловживання ПАР в навчальних закладах	27	$18,9 \pm 2,0$

Далі вивчався рівень самооцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями підготовки та забезпечення для організації роботи по попередженню

розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин. Отримані дані наведено в табл.6.6.

Як вказують дані, що наведені в табл.6.6 рівень теоретичної підготовки до проведення роботи по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин як достатній оцінило $32,9 \pm 2,3\%$ опитаних, рівень практичної підготовки як достатній оцінило $31,5 \pm 2,3\%$ опитаних. При цьому достатнім оцінили рівень методичного забезпечення $27,3 \pm 2,2\%$ та матеріально-технічного забезпечення - $24,5 \pm 2,2\%$. Достатність часу для профілактичної роботи та раннього виявлення осіб, що схильні до формування залежності внаслідок вживання ПАР позитивно оцінили $18,9 \pm 2,0\%$ опитаних.

Таблиця 6.6

**Рівень самооцінки лікарями загальної практики-сімейними
лікарями підготовки та забезпечення медичної допомоги при вживанні
психоактивних речовин**

	Достатній		Не достатній		Не визначився	
	абс	%	абс	%	абс	%
Рівень теоретичної підготовки	47	$32,9 \pm 2,3$	87	$60,8 \pm 2,4$	9	$6,3 \pm 1,2$
Рівень практичної підготовки	45	$31,5 \pm 2,3$	89	$62,2 \pm 2,4$	9	$6,3 \pm 1,2$
Рівень методичного забезпечення	39	$27,3 \pm 2,2$	93	$65,0 \pm 2,4$	11	$7,7 \pm 1,3$
Рівень матеріально - технічного забезпечення	35	$24,5 \pm 2,2$	99	$69,2 \pm 2,3$	9	$6,3 \pm 1,2$
Достатність часу для профілактичної роботи та раннього виявлення осіб, що схильні до формування залежності	27	$18,9 \pm 2,0$	109	$76,2 \pm 2,1$	7	$4,9 \pm 1,1$

При цьому $18,9 \pm 2,0\%$ респондентів вказали, що під час проходження спеціалізації розглядаються питання роботи по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на первинному рівні, а $11,2 \pm 1,6\%$ вказали, що дані питання розглядалися під час проходження ПАЦ.

Наступним кроком дослідження було вивчення питання щодо джерел отримання інформації з сучасних методик роботи по попередженню розладів

психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на первинному рівні медичної допомоги. Отримані дані наведено на рис. 6.7.

Аналіз наведених на рис.6.7 даних вказує на те, що джерелами отримання сімейними лікарями інформації з сучасних методик роботи по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на первинному рівні медичної допомоги є наступні: $9,8 \pm 1,5\%$ - спеціальні видання, $3,5 \pm 0,9\%$ - клінічні протоколи, що затверджені МОЗ, $4,9 \pm 1,1\%$ - монографії та наукові журнали, $19,6 \pm 2,0\%$ - курси тематичного удосконалення, $25,2 \pm 2,2\%$ - Інтернет. При цьому $57,3 \pm 2,5\%$ опитаних вказали, що відповідну інформацію не отримують.

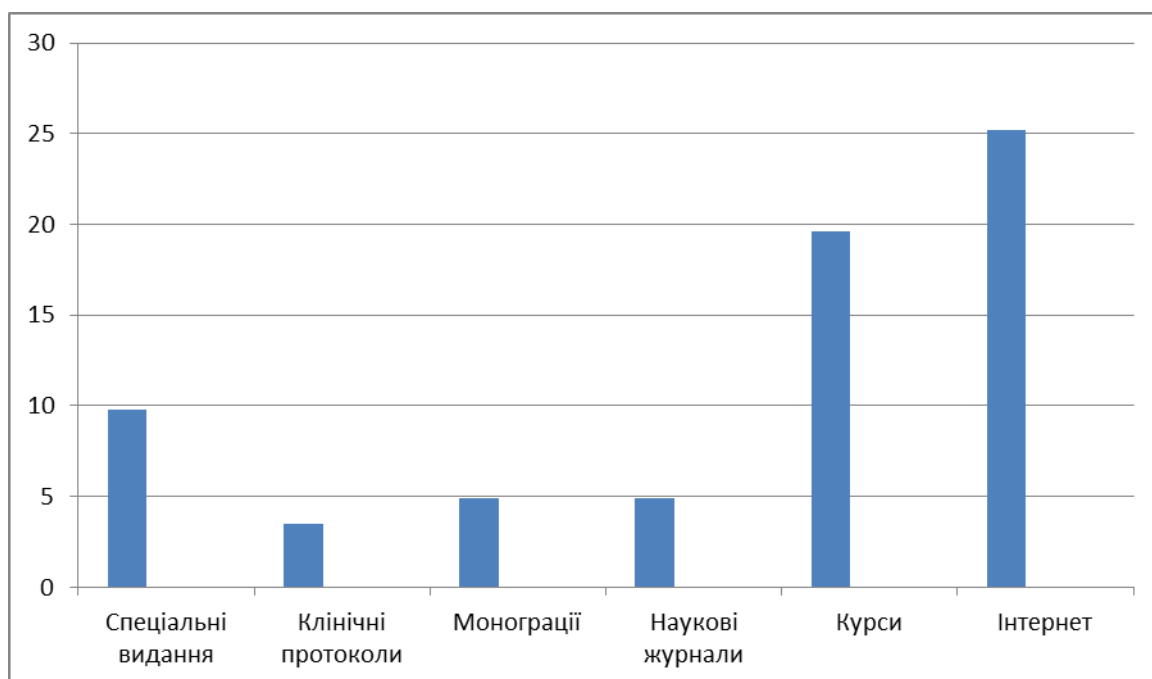


Рис. 6.7. Джерела отримання сімейними лікарями інформації з сучасних методик роботи по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на первинному рівні медичної допомоги, %

На питання «Чи в змозі медичні сестри виконувати Ваші призначення з профілактичної роботи по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та раннього виявлення осіб, які схильні до формування залежності внаслідок вживання ПАР» позитивно відповіло $29,4 \pm 2,3\%$ опитаних лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

При цьому $75,5 \pm 2,2\%$ опитаних вважає, що на первинному рівні медичної допомоги повинна проводитися профілактична робота по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та раннє виявлення осіб, що схильні до формування залежності внаслідок вживання ПАР.

Далі вивчалось питання щодо рівня підтримки лікарями загальної практики-сімейними лікарями заходів з роботи по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин в умовах реформування системи охорони здоров'я. Отримані результати наведено в табл.6.7.

Аналіз наведених в табл. 6.7 даних вказує на те, що $67,8 \pm 2,4\%$ опитаних лікарів загальної практики-сімейних лікарів підтримує їх активне залучення до роботи з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин. Найвищий рівень підтримки отримали наступні заходи: інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на рівні громади ($97,7 \pm 0,7\%$), інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин з групами підвищеного ризику вживання алкоголю ($97,2 \pm 0,8\%$), індивідуальна інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин ($91,6 \pm 1,4\%$), міжсекторальний підхід до діяльності з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на рівні громади ($95,2 \pm 1,1\%$). Найнижчий рівень підтримки отримали наступні заходи: лікування сімейним лікарем осіб, що зловживають ПАР за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом ($50,3 \pm 2,5\%$), диспансерний нагляд сімейними лікарями за особами, що зловживають ПАР за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом ($60,8 \pm 2,4\%$).

**Рівень підтримки заходів з попередження розладів психіки та поведінки
внаслідок вживання психоактивних речовин в умовах реформування
системи охорони здоров'я**

Заходи	Підтримую		Не підтримую		Не визначився	
	абс	%	абс	%	абс	%
Залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до активної роботи з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин	97	67,8±2,3	37	25,9±2,2	9	6,3±1,2
Розробка регіональних міжсекторальних програм з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин	102	71,3±2,3	37	25,9±2,2	4	2,8±0,8
Розробка міжсекторальних програм з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на рівні громади	121	84,6±1,8	19	13,3±1,7	3	2,1±0,7
Розробка в рамках системи громадського здоров'я комплексних регіональних програм профілактики зловживання молоддю та підлітками ПАР	109	76,2±2,1	32	22,4±2,1	2	1,4±0,6
Розробка в рамках системи громадського здоров'я комплексних програм профілактики зловживання молоддю та підлітками ПАР на рівні громад	121	84,6±1,8	19	13,3±1,7	3	2,1±0,7
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на рівні громади	140	97,9±0,7	3	2,1±0,7	-	-
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на рівні сімей	121	84,7±1,8	20	13,9±1,7	2	1,4±0,6
Індивідуальна інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин	131	91,6±1,4	10	7,0±1,3	2	1,4±0,6

Продовження таблиці 6.7

Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин з групами підвищеного ризику вживання ПАР	139	97,2±0,7	-	-	4	2,8±0,8
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин в навчальних закладах	102	71,3±2,3	34	23.8±2,1	7	4,9±1,1
Організація сімейним лікарем роботи школи здоров'я «Тверезе життя»	97	67,8±2,3	31	21,7±2,0	15	10,5±1,5
Створення психореабілітаційних амбулаторних центрів за місцем роботи або на базі сімейних амбулаторій	97	67,8±2,3	31	21,7±2,0	15	10,5±1,5
Запровадження руху в молодіжному середовищі за принципом «Рівний рівному»	90	64,9±2,4	39	27.3±2,2	14	7.8±1,3
Диспансерний нагляд сімейними лікарями за особами, що зловживають ПАР за програмою, розробленою сумісно з лікарем - наркологом	87	60,8±2,4	39	27.3±2,2	17	11,9±1,6
Міжсекторальний підхід до діяльності з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на рівні громади	136	95,2±1,1	6	4.2±1,0	1	0,6±0,4
Лікування сімейним лікарем осіб, що зловживають ПАР за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом	72	50,3±2,5	58	40.6±2,5	13	9,1±1,4
Залучення до діяльності з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин церкви	125	87,4±1,7	16	11.2±1,6	2	1,4±0,6
Психологічна підтримка сімейними лікарями членів сімей осіб, що зловживають ПАР	96	67,1±2,4	36	25.2±2,2	11	7,7±1,3
Виявлення сімейними лікарями осіб, що схильні до зловживання ПАР та проведення з ними індивідуальної психореабілітаційної роботи по недопущенню залежності	95	66,4±2,4	35	24.5±2,2	13	9,1±1,4

6.4. Аналіз результатів соціологічного дослідження серед осіб, що зловживають алкогольні напої

На першому етапі дослідження вивчалось питань віку першого вживання респондентами алкогольних напоїв та віку початку регулярного вживання алкогольних напоїв. Отримані результати наведено на рис.6.8.

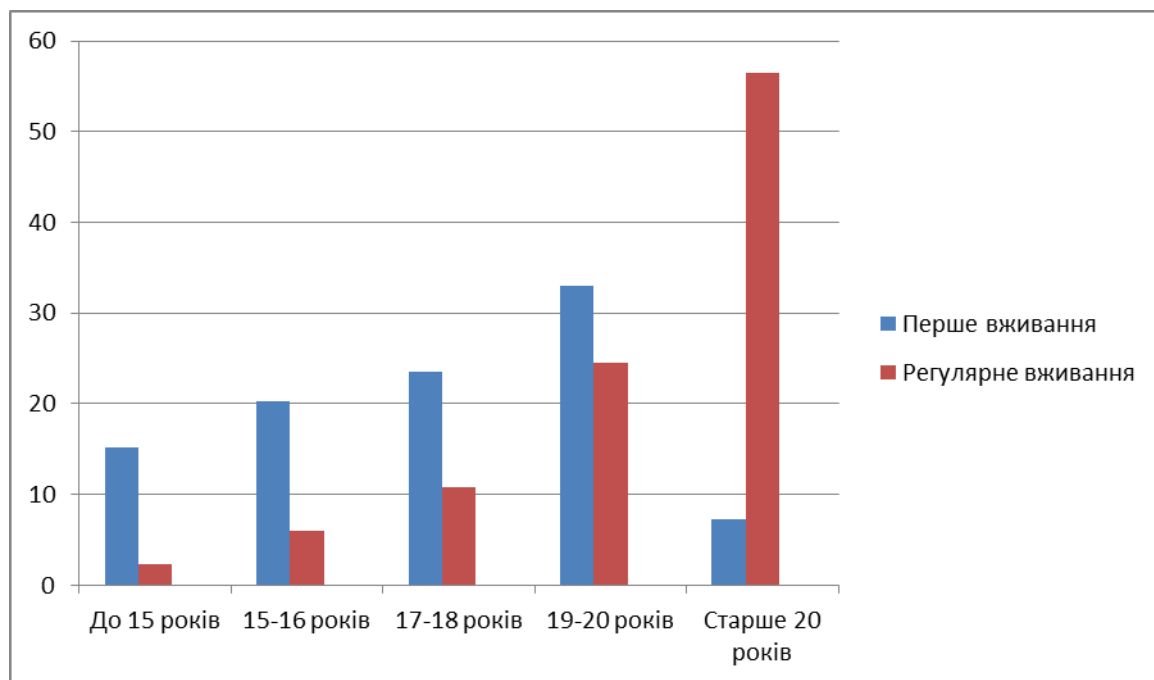


Рис. 6.8. Вік першого вживання алкогольних напоїв та початку регулярного вживання алкогольних напоїв

Аналіз наведених на рис.6.8 даних вказує на наступне:

- вік першого вживання алкоголю: до 15 років – $15,25 \pm 1,8\%$, 15-16 років $20,5 \pm 2,0\%$, 17-18 років – $23,5 \pm 2,1\%$, 19-20 років – $33,0 \pm 2,4\%$, старше 20 років – $7,75 \pm 1,3\%$;

- вік початку зловживання алкоголем: до 15 років – $2,25 \pm 0,7\%$, 15-16 років – $6,0 \pm 1,2\%$, 17-18 років – $10,75 \pm 1,5\%$, 19-20 років – $24,5 \pm 2,2\%$, старше 20 років – $56,5 \pm 2,5\%$.

На питання « Хто в перший раз пригостив Вас алкогольними напоями?» були отримані наступні відповіді: друзі – $20,75 \pm 2,0\%$, знайомі – $15,25 \pm 1,8\%$, батько – $11,25 \pm 1,6\%$, мати – $4,75 \pm 1,0\%$, дід – $13,0 \pm 1,7\%$, бабуся – $5,75 \pm 1,3\%$, брат – $11,75 \pm 1,6\%$, сестра – $9,75 \pm 1,5\%$, інші особи – $7,75 \pm 1,3\%$.

Наступним кроком дослідження було вивчення впливу алкогольної залежності на якість життя та бажання її позбавитися. Отримані дані наведено в табл.6.8.

Таблиця 6.8

**Вплив алкогольної залежності на якість життя та бажання її
позбавитися**

Показник	Позитивна відповідь		Негативна відповідь		Утримався	
	абс	%	абс	%	абс	%
Раніше виникало бажання позбавитися залежності від алкоголю	277	69,25±2,3	115	28,75±2,3	8	2,0±0,7
Лікувався раніше від залежності від алкоголю	116	29,0±2,3	284	71,0±2,3	-	
Є бажання в теперішній час позбавитися залежності від алкоголю	217	54,25±2,5	168	42,0±2,5	15	3,75±0,9
Зловживання алкоголю вплинуло негативно на якість життя	291	72,75±2,2	96	24,0±2,1	13	3,25±0,9
Зловживання алкоголю вплинуло негативно на економічний стан	301	75,25±2,2	86	21,5±2,1	13	3,25±0,9

Аналіз наведених в табл.6.8 даних вказує на те, що у 75,25±2,2% респондентів зловживання алкоголю вплинуло негативно на економічний стан, а у 72,75±2,2% зловживання алкоголю негативно вплинуло на якість життя.

При цьому у 69,25±2,3% раніше виникало бажання позбавитися залежності від алкоголю, а 54,25±2,5% має бажання в теперішній час позбавитися залежності від алкоголю.

В табл. 6.9 наведені дані статистичної обробки анкет щодо оцінки респондентами доступності та якості медичної допомоги.

Аналіз наведених в табл.6.9 даних щодо оцінки респондентами доступності та якості медичної допомоги вказує на їх недостатній рівень: тільки 24,5±2,2% може звернутися за медичною допомогою до лікаря-нарколога коли виникла потреба, а 56,5±2,5% не звертаюся за медичною допомогою із за браку особистих коштів, 7,25±1,3% не можуть звернутися за медичною допомогою за місцем проживання до лікаря-нарколога із за свого статусу.

На питання «Чи задовольняє Вас рівень діяльності наркологічної служби»

Оцінка доступності та якості медичної допомоги

Показник	Позитивна оцінка	
	абс	%
Можу звернутися за медичною допомогою до лікаря-нарколога коли мені треба	98	24,5±2,2
Звертаюся до лікаря-нарколога тільки за викликом	102	25,5±2,2
Я завжди отримую медичну допомогу якої потребую	137	34,25±2,4
При зверненні за медичною допомогою до лікаря-нарколога мене не принижують	309	77,25±2,1
Із за свого статусу я не можу звернутися за медичною допомогою за місцем проживання	29	7,25±1,3
Медичну допомогу в лікарні за місцем проживання я отримую безоплатно	174	43,5±2,5
Я не звертаюся за медичною допомогою із за браку особистих коштів	226	56,5±2,5
Якість медичної допомоги я вважаю:		
Достатньою	307	76,75±2,1
Низькою	93	23,25±2,1

були отримані наступні відповіді респондентів: так – 64,75±2,4%, ні – 31,0±2,3%, не визначився – 4,25±1,0%.

Далі вивчалоя питання рівня підтримки респондентами заходів з антиалкогольної роботи в умовах реформування системи охорони здоров'я. Отримані результати наведено в табл. 6.10.

Аналіз наведених в табл.6.10 даних вказує на те, що більшість опитаних підтримує всі види інформаційно-просвітницької роботи яку має проводити сімейний лікар. Також респонденти в своїй більшості підтримують надання сімейним лікарем різних видів медичної допомоги особам, що мають залежність від алкоголю та їх сім'ям.

На питання «Чи готові Ви проводити роботу серед молоді з профілактики вживання алкоголю» позитивно відповіло 14,0±1,7% респондентів.

Таким чином, можна говорити про підтримку особами, що зловживають алкоголем запропонованих заходів з оптимізації наркологічної допомоги в умовах реформування системи медичної допомоги населенню.

**Рівень підтримки заходів з антиалкогольної роботи в умовах
реформування системи охорони здоров'я**

Заходи	Підтримую		Не підтримую		Не визначився	
	абс	%	абс	%	абс	%
Залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до активної антиалкогольної роботи	297	74,25±2,2	84	21,0±2,0	19	4,75±1,0
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему на рівні громади	375	93,75±1,2	23	5,75±1,2	12	3,0±0,9
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему на рівні сімей	359	89,75±1,5	29	7,25±1,3	12	3,0±0,9
Індивідуальна інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему	374	93,5±1,2	14	3,5±0,9	12	3,0±0,9
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему з групами підвищеного ризику вживання алкоголю	371	92,75±1,3	17	4,25±1,0	12	3,0±0,9
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему в навчальних закладах	373	93,25±1,2	15	3,75±0,8	12	3,0±0,9
Організація сімейним лікарем роботи школи здоров'я «Тверезе життя»	342	85,5±1,8	49	12,25±1,6	9	2,25±0,7

Продовження таблиці 6.10

Створення психореабілітаційних амбулаторних центрів за місцем роботи або на базі сімейних амбулаторій	376	94,0±1,2	19	4,75±1,1	5	1,25±0,6
Запровадження руху в молодіжному середовищі за принципом «Рівний рівному»	355	88,75±1,6	34	8,5±1,4	11	2,75±0,8
Диспансерний нагляд сімейними лікарями за особами, що зловживають алкоголем за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом	298	74,5±2,2	92	23,0±2,1	10	2,5±0,8
Міжсекторальний підхід до антиалкогольної діяльності на рівні громади	336	84,0±1,8	56	14,0±1,7	8	2,0±0,7
Лікування сімейним лікарем осіб, що зловживають алкоголем за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом	328	96,0±1,0	62	15,5±1,8	10	2,5±0,8
Залучення до антиалкогольної діяльності церкви	339	84,75±1,8	57	14,25±1,7	4	1,0±0,5
Психологічна підтримка сімейним лікарем членів сімей осіб, що зловживають алкогольними напоями	348	87,0±1,7	46	11,5±1,6	6	1,5±0,6
Виявлення осіб, що схильні до зловживання алкогольними напоями та проведення з ними індивідуальної психореабілітаційної роботи по недопущенню залежності	304	76,0±2,1	84	21,0±2,0	12	3,0±0,9

Висновки за розділом

1. За результатами соціологічного дослідження встановлено, що задовольняє діяльність наркологічної служби на територіальному рівні $59,1 \pm 2,5\%$ організаторів охорони здоров'я та $87,2 \pm 2,5\%$ на регіональному рівні. При цьому, тільки $45,5 \pm 2,5\%$ організаторів охорони здоров'я вказали, що існуюча система наркологічної допомоги задовольняє існуючі потреби населення. Більше 80% опитаних організаторів охорони здоров'я підтримує створення цільових міжсекторальних програм по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин з залученням до даної діяльності системи громадського здоров'я та лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

2. Аналіз результатів соціологічного опитування лікарів-наркологів вказує на те, що $52,6 \pm 2,5\%$ опитаних задовольняє діяльність наркологічної служби на рівні адміністративної території та $68,4 \pm 2,3\%$ - на рівні регіону. При цьому $73,6 \pm 2,2\%$ лікарів-наркологів вважають, що потреби населення з проблем медичної допомоги при розладах психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин існуюча система медичної допомоги задовольняє на рівні області та $52,6 \pm 2,5\%$ на рівні адміністративної території. Опитані лікарі-наркологи підтримують залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до активної роботи по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин підтримує $84,2 \pm 1,8\%$ респондентів; організацію сімейним лікарем роботи школи здоров'я «Тверезе життя» - $78,9 \pm 2,1\%$; створення психореабілітаційних амбулаторних центрів за місцем роботи або на базі сімейних амбулаторій - $78,9 \pm 2,1\%$. При цьому 100 % респондентів вважає зловживання дорослим населенням адміністративної території ПАР актуальною, $89,4 \pm 1,5\%$ опитаних вважає актуальною проблемою для адміністративної території зловживання ПАР молоддю та підлітками.

3. За результатами соціологічного опитування ЛЗП-СЛ видно, що до $34,3 \pm 2,4\%$ із опитаних звертаються пацієнти з проблемами зловживання ПАР

напоями, а до $32,9 \pm 2,3\%$ звертаються за порадами члени сімей осіб, що зловживають ПАР. При цьому $60,8 \pm 2,4\%$ проводить заходи з профілактики зловживання ПАР на рівні громади, $44,8 \pm 2,5\%$ проводить заходи з профілактики зловживання ПАР індивідуального характеру, а $18,9 \pm 2,0\%$ проводить заходи з профілактики зловживання ПАР в навчальних закладах.

Рівень теоретичної підготовки до проведення роботи по попередженню розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин як достатній, оцінило $32,9 \pm 2,3\%$ опитаних, рівень практичної підготовки як достатній оцінило $31,5 \pm 2,3\%$ опитаних. При цьому достатнім оцінили рівень методичного забезпечення $27,3 \pm 2,2\%$ та матеріально-технічного забезпечення - $24,5 \pm 2,2\%$. Достатність часу для профілактичної роботи позитивно оцінили $18,9 \pm 2,0\%$ опитаних.

Джерелами отримання респондентами необхідної інформації є наступні: $9,8 \pm 1,5\%$ - спеціальні видання, $3,5 \pm 0,9\%$ - клінічні протоколи, що затверджені МОЗ, $4,9 \pm 1,1\%$ - монографії та наукові журнали, $19,6 \pm 2,0\%$ - курси тематичного удосконалення, $25,2 \pm 2,2\%$ - Інтернет. При цьому $57,3 \pm 2,5\%$ опитаних вказали, що відповідну інформацію не отримують. $67,8 \pm 2,4\%$ опитаних ЛЗП-СЛ підтримує їх активне залучення до роботи з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин. Найвищий рівень підтримки отримали наступні заходи: інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на рівні громади ($97,7 \pm 0,7\%$), інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин з групами підвищеного ризику вживання алкоголю ($97,2 \pm 0,8\%$), індивідуальна інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин ($91,6 \pm 1,4\%$), міжсекторальний підхід до діяльності з попередження розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на рівні громади ($95,2 \pm 1,1\%$). Найнижчий рівень підтримки отримали наступні заходи: лікування

сімейним лікарем осіб, що зловживають ПАР за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом ($50,3 \pm 2,5\%$), диспансерний нагляд сімейними лікарями за особами, що зловживають ПАР за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом ($60,8 \pm 2,4\%$).

4. Аналіз результатів опитування осіб, що зловживають алкоголем дозволив встановити вік першого вживання алкоголю, який слав наступне: до 15 років – $15,25 \pm 1,8\%$, 15-16 років $20,5 \pm 2,0\%$, 17-18 років – $23,5 \pm 2,1\%$, 19-20 років – $33,0 \pm 2,4\%$, старше 20 років – $7,75 \pm 1,3\%$ та вік початку зловживання алкоголем: до 15 років – $2,25 \pm 0,7\%$, 15-16 років – $6,0 \pm 1,2\%$, 17-18 років – $10,75 \pm 1,5\%$, 19-20 років – $24,5 \pm 2,2\%$, старше 20 років – $56,5 \pm 2,5\%$ При цьому серед тих хто перший раз угостив алкогольними напоями були: друзі – $20,75 \pm 2,0\%$, знайомі – $15,25 \pm 1,8\%$, батько – $11,25 \pm 1,6\%$, мати – $4,75 \pm 1,0\%$, дід – $13,0 \pm 1,7\%$, бабуса – $5,75 \pm 1,3\%$, брат – $11,75 \pm 1,6\%$, сестра – $9,75 \pm 1,5\%$, інші особи – $7,75 \pm 1,3\%$.

У $72,75 \pm 2,2\%$ респондентів зловживання алкоголю негативно вплинуло на якість життя. При цьому $54,25 \pm 2,5\%$ опитаних має бажання в теперішній час позбавитися залежності від алкоголю.

Щодо оцінки респондентами доступності та якості наркологічної медичної допомоги отримано дані, що вказують на їх недостатній рівень: тільки $24,5 \pm 2,2\%$ може звернутися за медичною допомогою до лікаря-нарколога коли виникла потреба, а $56,5 \pm 2,5\%$ не звертаюся за медичною допомогою із за браку особистих коштів, $7,25 \pm 1,3\%$ не можуть звернутися за медичною допомогою за місцем проживання до лікаря-нарколога із за свого статусу.

При цьому, більшість опитаних підтримує всі види інформаційно-просвітницької роботи яку має проводити сімейний лікар. Також респонденти в своїй більшості підтримують надання сімейним лікарем різних видів медичної допомоги особам, що мають залежність від алкоголю та їх сім'ям.

Список особистих друкованих робіт за темою розділу [8, 21, 23].

Розділ 7

ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ ОПТИМІЗОВАНОЇ МОДЕЛІ НАРКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

В даному розділі представлено теоретичне обґрунтування та концептуальні підходи до створення оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні, характеристика оптимізованої моделі наркологічної допомоги, алгоритм її впровадження та експертна оцінка, що визначено програмою дисертаційного дослідження.

7.1. Теоретичне обґрунтування та концептуальні підходи до створення оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні

Базуючись на теоретичних даних та результатах особистого дослідження, з позиції системного підходу, визначено проблеми та можливі шляхи їх усунення. Важливим в рішенні існуючих проблем стало послідовне вирішення *стратегічної задачі* забезпечення населення регіону незалежно від соціального стану та місця перебування доступною та якісною наркологічною медичною допомогою, шляхом оптимізації структури і процесів діяльності служби в умовах реформування системи надання населенню медичної допомоги з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини.

Методологія розбудови задач, сутність кожної з яких спрямована на досягнення кінцевої мети: підвищення доступності, якості та ефективності профілактичної діяльності та надання медичної допомоги при наявності проблем, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, потребують вирішення конкретних проблем, а також стратегічних напрямів їх розвитку рішення яких відображено в розроблених концептуальних підходах до створення оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах

реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні. Дані концептуальні підходи представлена на рис. 7.1.

Детально представимо зміст кожної складової.

1. Міжсекторальний підхід. Він полягає в комплексному підході та координації діяльності всіх зацікавлених сторін в профілактиці порушень психіки та поведінки, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. В сучасних умовах, першою такою зацікавленою стороною стає об'єднана громада на базі якої створюються умови для: корисної зайнятості дітей (особливо з неблагополучних сімей) та молоді з залученням до такої діяльності системи освіти та соціального захисту населення. Підтвердженням вірності такого підходу є відповідні рішення ООН [169], де відмічалось, що необхідно здійснювати укріплення потенціалу на місцевому рівні з метою планування та реалізації міжсекторальних програм в області посилення/покращення здоров'я з врахуванням існуючого соціокультурного контексту, вікових та гендерних факторів, потреб окремих груп (групи ризику щодо вживання психоактивних речовин; груп населення з особливими потребами: - соціально незахищені, бездомні, жінки, етнічні меншини тощо). ВООЗ також рекомендує створення сприятливого середовища для здорового способу життя дітей та молоді в школі чи інших навчальних закладах та поза ними, враховуючи здорові та безпечні рекреаційні можливості. ООН рекомендує [170] впровадження універсальних або вибіркового програм, які скеровані на батьків або сім'ю, а також на групи населення, які за своїм соціально-економічним статусом особливо пов'язані з ризиком вживання ПАР та зловживання алкоголем. Програми, які включають навчання навичкам батьків, дітей і сімей можуть проводитися з дитинства і включати підлітковий вік і як показує досвід надають позитивний довгостроковий результат.

Активними учасниками даного процесу стають роботодавці, які можуть втрати із-за причини вживання працівниками алкоголю та психоактивних речовин (ПАР). Це забезпечується шляхом створення програм професійного навчання, мета яких полягає в удосконаленні навичок, необхідних для

Стратегічний напрямок: суспільно орієнтована допомога людям, що вживають психоактивні речовини, зловживають алкоголем та мають залежність від них, яка спрямована на профілактику та соціальну реабілітацію

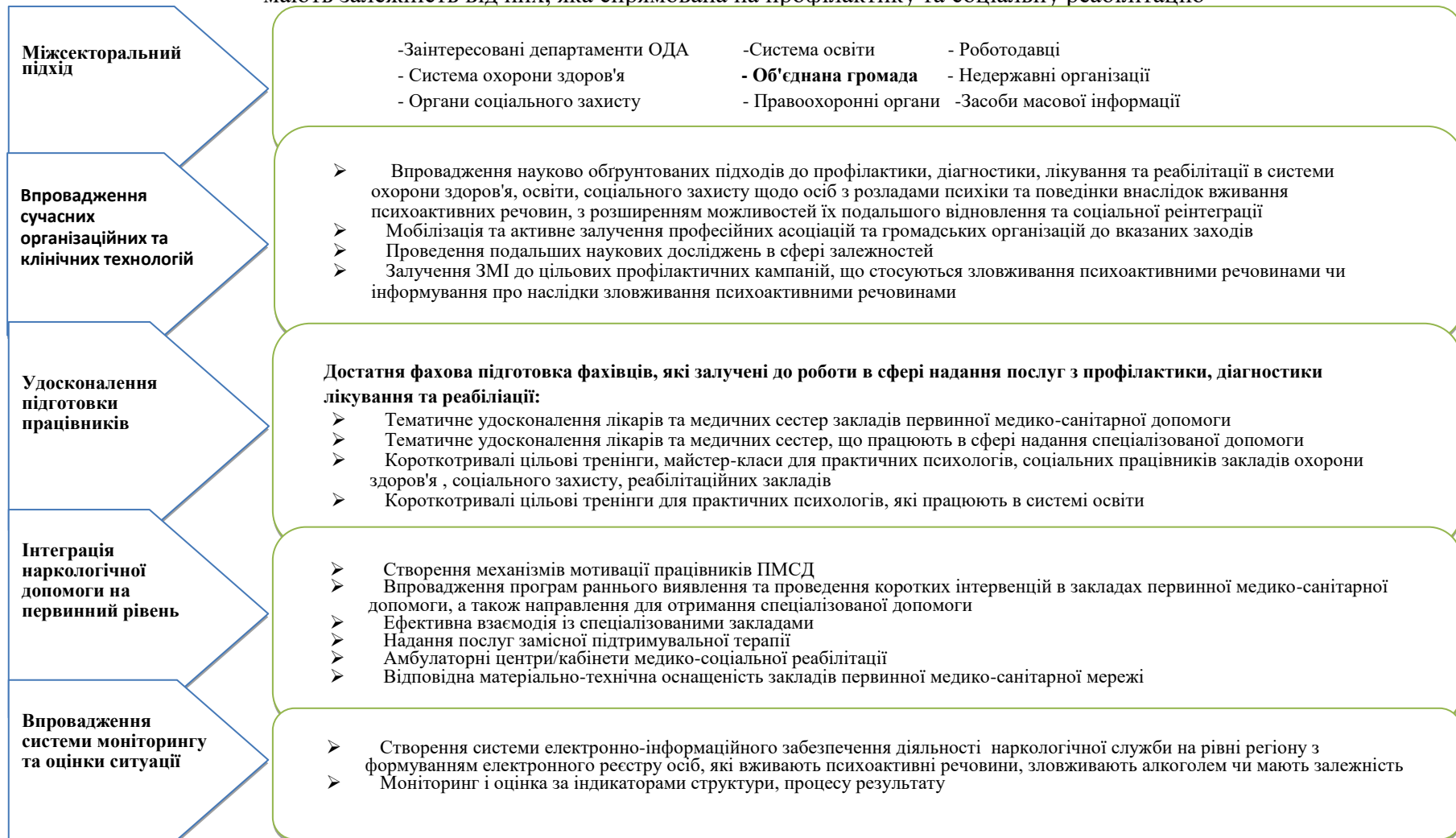


Рис. 7.1 Концептуальні підходи до створення оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні

знайдення та збереження роботи та мотивації роботодавців до підтримки на робочих місцях осіб, які мають проблеми з наркотиками.

Надзвичайно важливими учасниками процесу стають релігійні організації, особливо в регіонах з високим рівнем релігійності населення та громадській організації, які проводять роботу за принципом «рівний рівному». Медичні працівники та працівники правоохоронних органів стають в даній діяльності основними учасниками процесу.

Організуючу та координуючу функцію виконують місцеві та регіональна міжсекторальна координаційна рада з питань профілактики порушень психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю та психоактивних речовин. ВООЗ [171] вказує на необхідність зв'язків наркологічних служб з широким кругом служб які забезпечують житлом, соціальними службами, закладами охорони дитинства, тюрмами, службами первинної медико-санітарної та психіатричної допомоги тощо.

Інтеграція наркологічної допомоги на первинний рівень.

Процес інтеграції наркологічної допомоги на первинний рівень має базуватися на кращому світовому досвіді і полягає перш за все в залученні сімейних лікарів до процесу скринінгового виявлення осіб, які зловживають алкоголем та ПАР з профілактичною комплексною роботою по недопущенню розвитку залежності.

Крім того на базі сімейних амбулаторій можливе створення сайтів замісної підтримуючої терапії. Сімейні лікарі мають надавати психологічну підтримку як особам причетним до вживання алкоголю та наркотиків з різними моделями вживання так і членам їх родин.

Впровадження нових напрямків профілактичної діяльності.

Враховуючи низьку ефективність традиційних форм профілактичної роботи, які полягають у інформуванні населення про негативну дію на організм людини зловживання алкоголю та психоактивних речовин з наступним формуванням залежності від них рекомендується використання активних форм профілактики. До таких форм первинної та вторинної

профілактики можна віднести підняття ролі сім'ї в профілактичній роботі з формуванням культурних сімейних традицій та родинних цінностей, застосування принципу «Корисна занятість дітей та молоді», центри активного дозвілля дітей та молоді, цілодобові телефони довіри.

Впровадження сучасних організаційних та клінічних технологій:

В рамках оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні рекомендується впровадження наступних сучасних організаційних та клінічних технологій, які показали свою ефективність в провідних країнах світу:

- амбулаторно-поліклінічні центри медико-соціальної реабілітації. Нами пропонується відвідування центрів не індивідуально особами, які мають залежність, а з партнером, якого вони вибрали і який забезпечує психологічну підтримку в повсякденному житті.

В рамках оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні є впровадження науково обґрунтованих підходів до профілактики, діагностики, лікування та реабілітації в системі охорони здоров'я, а також в системі освіти, соціального захисту щодо осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин, з розширенням можливостей їх подальшого відновлення та соціальної реінтеграції є критично важливим.

Доступна доказова база дозволяє визначити які із існуючих практик довели свою ефективність, а які є малоефективними чи неефективними та обрати для реалізації типи заходів, ефективність яких підтверджується фактичними даними.

Удосконалення підготовки медичних працівників.

Виконання сімейними лікарями нових, не властивих до цього їм функцій, потребує нових компетенцій та теоретичних знань і практичних навичок. Їх набуття можливо декількома шляхами:

- короткотривалих тренінгах як на регіональному рівні так і на рівні Центрів ПМСД;
- стажування на робочому місці в амбулаторіях там, де відповідні форми роботи запроваджено;
- проходження циклів тематичного удосконалення на базі кафедр післядипломної освіти.

Нові види організаційної, профілактичної та лікувально-реабілітаційної діяльності покладаються і на лікарів-наркологів. Вони теж потребують відповідної як теоретичної та практичної підготовки до відповідної діяльності. Прикладом організації підготовки до роботи в нових умовах лікарів-наркологів є організація майстер-класів з запрошенням провідних світових спеціалістів в області боротьби із залежностями.

Для забезпечення діяльності запропонованої моделі створюється **система електронно-інформаційного забезпечення** діяльності наркологічної служби на рівні регіону з формуванням електронного реєстру осіб, які зловживають алкоголь та психоактивні речовини і електронного реєстру осіб які мають залежність від вживання алкоголю та психоактивних речовин.

Підтримка недержавних організацій і руху самодопомоги, які сприяють укріпленню здорового способу життя – особливо тих, хто бажає попередити або скоротити вживання психоактивних речовин.

7.2. Методичні підходи до розробки та впровадження регіональних цільових програм профілактики розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин

Розробка регіональних антиалкогольних програм має базуватися на впровадженні суспільно орієнтованої профілактики розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та організації медичного забезпечення, яке визначає доступність, ефективність, дестигматизованість допомоги з метою відновлення соціального

функціонування осіб з залежністю від вживання психоактивних речовин та алкоголю.

Методологія суспільно орієнтованої допомоги людям, що зловживають психоактивні речовини та алкоголь та мають залежність від них включає її біопсихосоціальну спрямованість з широким використанням психосоціальної реабілітації.

В організаційному плані суспільно орієнтована на профілактику розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та алкоголю базується на принципах деінституалізації та дестигматизації, розширення використання амбулаторних форм надання медичної допомоги в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, що дає можливість наближення допомоги до місця проживання при її інтегруванні у загальну мережу охорони здоров'я, спрямованої на відновлення соціального функціонування залежної від вживання психоактивних речовин та алкоголю особи.

Створення програм суспільно орієнтованої наркологічної допомоги в умовах реформування сфери охорони здоров'я обумовлює необхідність розробки методичних підходів, що і визначило актуальність даного дослідження.

Пропонується алгоритм розробки та оцінки ефективності цільових регіональних програм профілактики та боротьби із залежностями.

Даний алгоритм полягає в наступному.

1. Проведення комплексного аналізу щодо вживання психоактивних речовин та зловживання алкоголю на території регіону та його впливу на медико-демографічну, соціально-економічну та кримінальну ситуацію.
2. Встановлення детермінант, які впливають на рівень вживання психоактивних речовин та зловживання алкоголю на території регіону.
3. Аналіз мережі, ресурсного забезпечення та результатів діяльності системи наркологічної допомоги населенню в регіоні. Аналіз

міжсекторальної взаємодії в питання протидії вживанню населенням регіону психоактивних речовин та зловживання алкоголю.

4. Формування мети і задач програми.

5. Проведення аналізу найбільш ефективних цільових програм профілактики розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та зловживання алкоголю, які виконуються в Україні. Вивчення досвіду ефективної діяльності в інших країнах світу. Узгодженість з іншими програмами, які діють в області громадського здоров'я на території регіону.

6. Розробка проекту заходів програми, визначення обсягів та механізмів фінансування, обґрунтування очікуваних результатів. Встановлення ризиків, які можуть негативно вплинути або бути перепорою при впровадженні програми та визначення шляхів їх уникнення або зниження негативної дії - мінімізації.

7. Оцінка відповідності мети, задач, заходів та очікуваних результатів від впровадження програми напрямкам державної політики та міжнародним документам.

8. Проведення професійного та громадського обговорення, доопрацювання проекту програми за результатами обговорення.

9. Прийняття та запровадження програми.

10. Моніторинг та оцінка результатів впровадження програми. Підготовка щорічних звітів її виконання. При необхідності корегування заходів програми та обсягів і джерел фінансування.

Проведення аналізу щодо вживання психоактивних речовин та зловживання алкоголю на території регіону та його впливу на медико-демографічну, економічну та кримінальну ситуацію.

На цьому етапі формування програми проводиться детальний аналіз таких особливостей регіону як географічне положення, особливості демографічних процесів, рівень економічного стану населення, етнічний склад населення, особливості розселення, склад населення регіону, міграційні

процеси та структура зайнятості населення, традиції що зловживання алкоголю та вживання психоактивних речовин тощо.

Планування ефективної профілактики розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та зловживання алкоголю можливе на основі вивчення (моніторингу) ситуації із вживанням психоактивних речовин та алкоголю в регіоні. Має бути проведений детальний аналіз вживання психоактивних речовин та зловживання алкоголю населенням регіону з метою оцінки, контролю та прогнозу. Також вивчається вплив вживання психоактивних речовин та алкоголю на стан психічного та фізичного здоров'я населення, демографічну, економічну та кримінальну ситуацію.

Дані моніторингу та аналізу дають надійні дані, які дозволяють зробити висновки про пріоритети діяльності в регіоні з профілактики розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та зловживання алкоголю та про необхідність фінансування тих чи інших напрямків вказаної діяльності.

При проведенні аналізу треба враховувати, що під наркологічною ситуацією в регіоні треба вважати поведінку представників цільових груп для профілактики наркоманій, а не діяльність організацій, які цю діяльність здійснюють.

Джерелами інформації мають стати статистичні матеріали та дані опитування спеціалістів закладів та керівних органів та установ, місцевого самоврядування чия діяльність пов'язана із демографією, станом здоров'я населення, соціальним захистом, соціально-економічним розвитком, забезпеченням правопорядку тощо.

Встановлення детермінант, які впливають на рівень вживання психоактивних речовин та зловживання алкоголю на території регіону.

Знаючи рівень вживання ПАР та зловживання алкоголю в регіоні, з метою визначення цільових групи та їх кількості для лікувальної і профілактичної допомоги, а також факторів наркотизації в цих групах

проводиться робота по вивченню та аналізу детермінант вживання психоактивних речовин населення.

Обґрунтування програми повинно бути здійснено на висновках моніторингу вживання психоактивних речовин та зловживання алкоголю на основі якої розробляються рекомендації з планування антинаркотичної роботи. Основні висновки моніторингу мають бути пов'язаними з висвітленням двох ключових питань:

1. В яких соціальних групах населення та за яким місцем проживання, професійною зайнятістю, віком, статтю рівень вживання ПАР та зловживання алкоголю є найбільш високим? Це дасть можливість планувати антинаркотичну роботу включаючи профілактичну, лікувальну, реабілітаційну, соціальну допомогу базуючись на даних про різні категорії населення, які мають проблеми із вживанням алкоголю та ПАР.

2. За якими причинами (факторами) відбувається наркотизація населення? На усунення даних факторів має бути скерована програма.

Аналіз мережі, ресурсного забезпечення та результатів діяльності системи наркологічної допомоги населенню в регіоні. Аналіз міжсекторальної взаємодії в питанні протидії наркотизації населення регіону.

За статистичними даними та за результатами експертної оцінки вивчаються та аналізуються дані щодо мережі та ресурсного забезпечення наркологічної служби в регіоні. Аналізуються дані щодо обсягів, якості та ефективності наркологічної медичної допомоги за всіма її рівнями. Співставляються дані щодо реальної потреби та фактичного забезпечення мережею та ресурсами системи наркологічної медичної допомоги. Отримані дані є базовими для планування подальшого розвитку служби в регіоні.

Ефективна боротьба з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання психотропних речовин та зловживання алкоголю населенням може бути забезпеченою виключно при міжсекторальному підході до рішення проблеми. Виходячи з цього вивчається та аналізується участь кожного

заінтересованого відомства та сектору в даній роботі. Встановлюються проблемні міжсекторальні питання, рішення яких має бути відображено в програмі.

Формування мети і задач програми.

Мета і задачі програми, з одного боку, мають визначати пріоритетні напрямки антинаркотичної роботи в регіоні, а з другого боку, являються підставою для планування бюджету програми. Формулювання мети та завдань програми мають відповідати наступним підходам:

1. Мета і завдання програми повинні безпосередньо витікати з аналізу ситуації в регіоні та відображати найбільш актуальні для даної території проблеми в сфері антинаркотичної діяльності. Важливою умовою вибору обґрунтованих мети та завдань програми, особливо профілактичної частини її складової, є участь в процесі планування представників її цільових груп та представників громадськості при міжсекторальному складі робочої групи з її розробки.

2. Мета і задачі програми повинні відображати результати які є потенційно досягнутими. Постановка мети, яку потенційно досягнути неможна, може привести до систематичних порушень в діяльності працівників-виконавців програми, фальсифікації результатів до тих, що позитивно характеризують роботу, порушення базового принципу фінансування цільових програм - принцип цілеспрямованості, відповідно до якого всі видатки мають предметно-цільове призначення. Предметом фінансування мають бути напрямки діяльності, які можуть привести до скорочення рівня вживання алкоголю і ПАР та негативних медико-демографічних, соціально-економічних та кримінальних наслідків вживання. Вони мають бути відображені в меті та завданнях програми.

3. Формулювання мети та завдань програми повинні відповідати законодавчим актам та регіональним документам з наркологічної діяльності. Дані формулювання повинні опиратися на термінологію, яка зрозуміла всім учасникам міжсекторальної взаємодії і є прийнятною в подальшому для

прийняття управлінських рішень і проведення контролю виконання програми.

Проведення аналізу найбільш ефективних наркологічних цільових програм, які виконуються в Україні. Узгодженість з іншими програмами, які діють в області громадського здоров'я на території регіону.

Важливим етапом підготовки до розробки програми є аналіз досвіду наркологічної роботи, який мається в Україні та регіоні. Це найбільш дешевий та ефективний спосіб тактичного планування наркологічної роботи в регіоні. Такий аналіз є важливим для:

- оцінки перспективності застосування уже апробованих заходів та методів роботи;
- прогнозування проблем та ризиків, які можуть виникнути в ході реалізації програми;
- аналіз проблем в діяльності суб'єктів профілактичної міжсекторальної роботи.

Цільова програма є часткою загальної стратегії профілактики громадської охорони здоров'я, а відповідно під час її розробки має бути проведена порівняльна оцінка з іншими програмами та заходами, які здійснюються в регіоні з профілактичною спрямованістю. Узгодження заходів програми з уже існуючими проводиться для забезпечення комплексної дії на цільові групи, а також з метою усунення дублювання функцій та оптимізації фінансування затрат.

Розробка заходів програми, визначення обсягів та механізмів фінансування, обґрунтування очікуваних результатів. Встановлення оперативних політик, які можуть негативно вплинути або бути перепорою при впровадженні програми та визначення шляхів їх уникнення або зниження негативної дії.

План заходів з визначенням обсягів їх фінансування є найбільш відповідальною частиною роботи при розробці цільової регіональної програми як з боку розробників так і з боку її замовників.

При розробці плану заходів необхідно дотримуватися форми при якій на кожную задачу програми розробляються заходи з визначенням термінів їх виконання та обсягів фінансування. При цьому на кожную групу заходів, відповідно до поставленої задачі, визначається очікуваний результат та цільові індикатори оцінки даного результату.

Далі, на кожную групу заходів визначаються оперативні політики, які можуть негативно вплинути на виконання заходів або бути перепорою для їх виконання. Розробниками програми також представляється, які необхідно здійснити кроки та які необхідно мати додаткові ресурси (інформаційні, матеріальні, кадрові) для їх усунення.

Досвід показує, що основними причинами невдач в проведенні профілактичної роботи є недосконалість нормативно-правової бази, неефективна система міжвідомчої взаємодії, недостатня кількість кваліфікованих кадрів, нерівномірний розподіл ресурсів тощо. На етапі планування програми важливо передбачити шляхи подолання цих проблем.

Оцінка відповідності мети, задач, заходів та очікуваних результатів від впровадження програми. При необхідності їх корегування.

Заключною частиною розробки програми є підготовка та оцінка плану заходів та управлінських рішень, скерованих на досягнення мети та виконання поставлених завдань. Цей план має відповідати таким умовам:

- мета і всі завдання повинні бути підкріплені відповідними управлінськими рішеннями та заходами;
- управлінські рішення та заходи, перераховані в плані, в свою чергу, повинні бути направлені на досягнення кожного із очікуваних результатів програми.

Прийняття та запровадження програми

Програма приймається рішенням сесія обласної ради після відповідного професійного та громадського обговорення, а запроваджується в дію наказами відповідних департаментів обласної державної адміністрації.

***Моніторинг та оцінка результатів впровадження програми.
Підготовка щорічних звітів її виконання. При необхідності корегування
заходів програми та обсягів і джерел фінансування***

Координатор програми (обласна між секторальна координаційна рада) здійснює моніторинг і оцінку її виконання та щорічно готує звіт про її виконання. Основними розділами даного звіту мають бути: оцінка досягнення запланованих результатів програми і аналіз сильних та слабких сторін програми, причин успіхів при її виконанні та невдач.

Критеріями оцінки досягнення результатів виконання регіональної програми є цільові індикатори програми. При цьому цільові індикатори мають відповідати двом основним вимогам. По-перше вони повинні бути вимірюватися певними одиницями виміру, а по-друге, індикатори мають слугувати критеріями оцінки тільки тих результатів, що очікуються, досягнення яких потенційно є можливим.

Треба наголосити, що основна цінність звіту про виконання цільової програми полягає не в констатації її успіхів та невдач, а в аналізі їх причин. Основою для такого аналізу слугують думки експертів та результати моніторингу динаміки ситуації із вживання психотропних речовин та зловживання алкоголю в регіоні.

7.3. Характеристика функціонально-організаційної оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні

Базуючись на отриманих в ході проведення попередніх досліджень результатах, теоретичному обґрунтуванні та концептуальних підходах розроблено оптимізовану модель наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні, яка представлена на рис. 7.2.

Стратегічним напрямком моделі стало послідовне вирішення пріоритетної задачі по забезпеченню населення комплексною наркологічною допомогою та профілактикою порушень психіки та поведінки внаслідок

вживання алкоголю та ПАР з використанням міжсекторального підходу в організації та фінансуванню вказаного виду медичної допомоги.

Тактичним напрямком моделі є забезпечення доступності профілактичної, лікувальної та реабілітаційної допомоги за місцем проживання населення.

Центральним елементом системи є населення регіону в інтересах здоров'я та благополуччя якого організована діяльність наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні.

Функціонально-організаційна оптимізована модель наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні базується на новій організаційній системі надання первинної та вторинної медичної допомоги населенню з використанням:

1) існуючих елементів системи охорони здоров'я, причетних до забезпечення населення наркологічною допомогою: наркологічні диспансери, лікарі наркологи-центральных районних та міських лікарень;

2) існуючих складових, але частково змінених за рахунок функціональної їх оптимізації: впровадження сучасних індикаторів оцінки діяльності наркологічної служби, впровадження системи електронно-інформаційного забезпечення діяльності наркологічної служби на рівні регіону, розробка інформаційно-методичних матеріалів для профілактики порушень психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю та ПАР;

3) якісно нових елементів: первинна медико-санітарна допомога; сайти замісної підтримуючої терапії, амбулаторні центри психосоціальної реабілітації, принципово нових заходів профілактики вживання алкоголю та

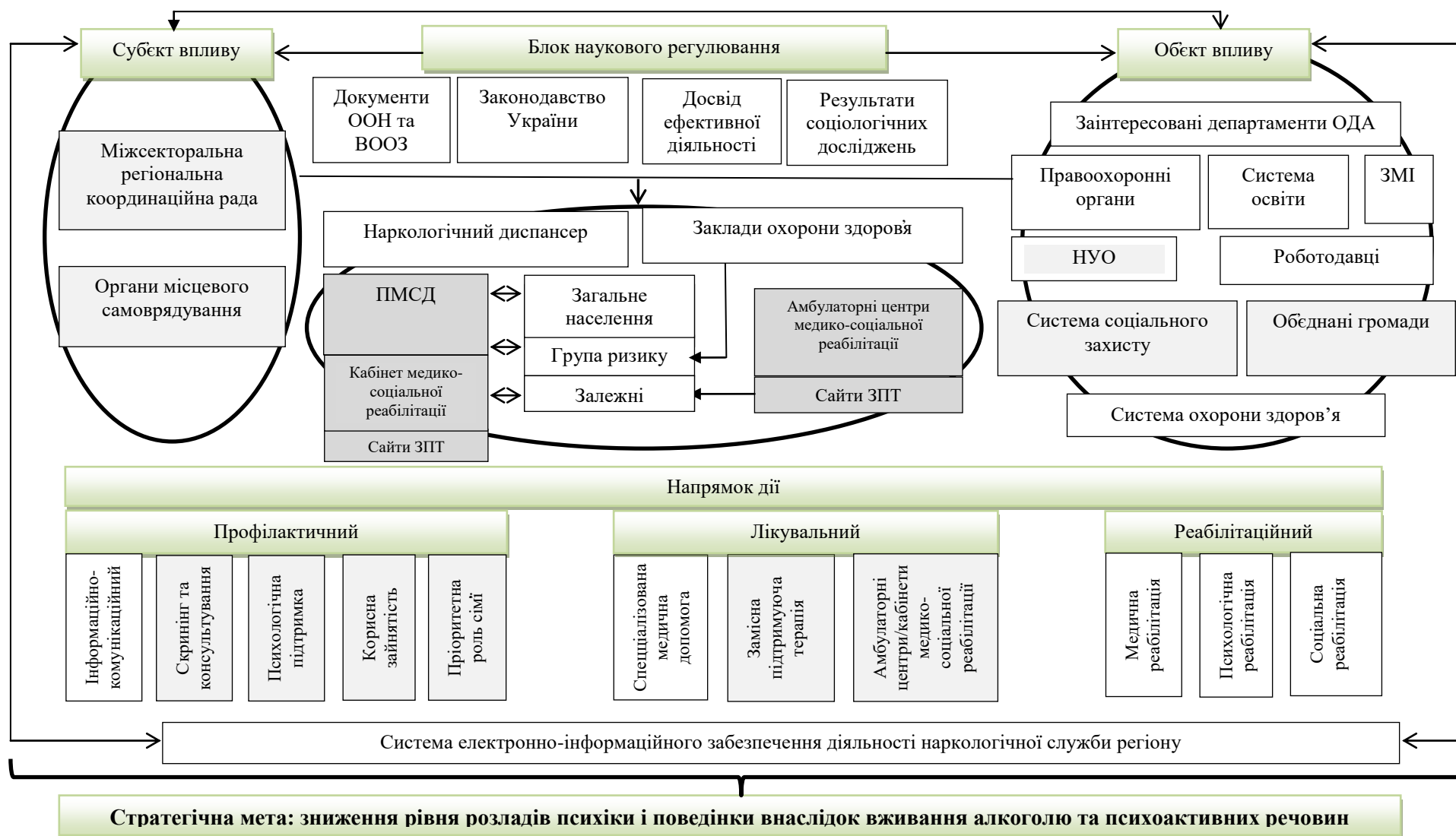


Рис.7.2. Оптимізована функціонально-організаційна модель наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні.

ПАР підлітками та молоддю по забезпеченню їх корисної зайнятості інтеграція яких з раніше існуючими та функціонально удосконаленими елементами надали моделі нових якостей із досягненням головної мети дослідження.

Оптимізована модель наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні може ефективно діяти тільки при міжсекторальному підході базуючись на заінтересованості в даному процесі об'єднаних громад, роботодавців, системи освіти, сфери соціального захисту населення, правоохоронних органів, релігійних та громадських організацій тощо.

Таким чином, структурну основу моделі складають наявні ресурси діючої системи охорони здоров'я при забезпеченні міжсекторального підходу до процесу профілактики порушень психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю та ПАР. Її впровадження вимагає додаткових фінансових ресурсів на навчання медичних кадрів, створення сайтів замісної підтримуючої терапії, створення умов для забезпечення умов для корисної зайнятості дітей та молоді.

Суб'єктом управління є міжсекторальна регіональна координаційна рада з питань профілактики порушень психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю та психотропних речовин.

Об'єктом управління є учасники процесу надання наркологічної допомоги населенню та профілактики порушень психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю та психотропних речовин: система охорони здоров'я, система освіти, правоохоронні органи, ЗМІ, служба соціального захисту населення, органи місцевого самоуправління, роботодавці тощо.

Склад об'єкту системи здійснюється на основі:

- застосування інформаційних технологій в організації наркологічної допомоги населенню;
- фінансування наркологічної допомоги населенню;
- матеріально-технічних можливостей для впровадження сучасних технологій з наркологічної допомоги населенню;
- забезпечення високої кваліфікації медичних кадрів;

- впровадження та контролю використання клінічних протоколів, які затверджені МОЗ України;
- подолання стигми та дискримінації по відношенню до осіб, що вживають ПАР та зловживають алкоголем;
- додержання деонтологічних принципів в професійній діяльності;
- доступності інформації для населення про систему наркологічної допомоги населенню та можливості доступу до неї;
- використання міжнародних стандартів наркологічної допомоги населенню.

В процесі управління наркологічною службою передбачається наявність та систематичне поповнення всіх видів інформації з питань забезпечення пацієнтів та населення наркологічною допомогою, наявність ресурсів та ефективної системи управління.

Концептуально інноваційним в обґрунтованій функціонально-організаційній оптимізованій моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я є обґрунтування нових функціонально-організаційних підходів до організації діяльності наркологічної служби. Вони полягають у комплексному міжсекторальному підході до профілактики порушень психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю та ПАР базуючись на заінтересованості в даному процесі об'єднаних громад та при участі роботодавців, системи освіти, сфери соціального захисту населення, правоохоронних органів тощо.

Другою інновацією є залучення ПМСД з наступними функціями: від проведення скринінгу на виявлення осіб, які зловживають психоактивними речовинами, до здійснення короткі втручання, профілактична та реабілітаційна робота з недопущення розвитку залежності, створення на базі сімейних амбулаторій сайтів замісної підтримуючої терапії.

Третьою інновацією є застосування нових форм профілактичної роботи, яка полягає в корисній занятості дітей та молоді, а також підвищення ролі сім'ї в профілактичній роботі.

Четверта інновація – створення амбулаторно-поліклінічних центрів (відділень на базі консультативно-діагностичних центрів госпітальних округів) центрів психосоціальної реабілітації осіб, які вживають ПАР та зловживають та залежні від алкоголю.

П'ята інновація – подолання (мінімізація) стигми та дискримінації по відношенню до осіб, які вживають ПАР та зловживають та залежні від алкоголю.

Шоста інновація – створення системи електронно-інформаційного забезпечення діяльності наркологічної служби на рівні регіону.

Антиалкогольна робота лікаря загальної практики-сімейного лікаря

В рамках функціонально-організаційної оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні були запропоновані основні види антиалкогольної діяльності лікарів загальної практики-сімейних лікарів. Види антиалкогольної діяльності лікарів загальної практики-сімейних лікарів визначалися незалежними експертами. Експертами виступили 3 доктори медичних наук та 5 кандидатів медичних наук за спеціальністю «соціальна медицина», 5 організаторів охорони здоров'я вищої кваліфікаційної категорії, 7 лікарів – наркологів та 7 лікарів загальної практики-сімейних лікарів першої та вищої кваліфікаційної категорії, 5 осіб, які зловживають алкоголем, 4 представника органів місцевого самоврядування. Експертам були запропоновані для оцінки вказані нижче види діяльності. Оцінку вони здійснювали за 10 бальною шкалою: повна підтримка - 10 балів, а повна неприйнятність – 0 балів.

Результати експертної оцінки наведено в табл. 7.1.

Аналіз результатів експертизи показав, що експертами найбільше підтримано наступні види антиалкогольної діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря: всі види інформаційно-просвітницької роботи включаючи створення школи здоров'я «Тверезе життя», створення психореабілітаційних амбулаторних центрів за місцем роботи або на базі сімейних амбулаторій, скринінг на раннє виявлення осіб, що зловживають

алкоголем, міжсекторальний підхід до антиалкогольної діяльності на рівні громади включаючи залучення до такої роботи церкви.

Таблиця 7.1

**Перелік видів антиалкогольної діяльності лікаря загальної
практики-сімейного лікаря (бали)**

Вид діяльності	Бали
Інформаційно-просвітницька робота на антиалкогольну тему на рівні громади	10,0
Інформаційно-просвітницька робота на антиалкогольну тему на рівні сімей	10,0
Індивідуальна інформаційно-просвітницька робота на антиалкогольну тему	9,9± 0,2
Інформаційно-просвітницька робота на антиалкогольну тему з групами підвищеного ризику вживання алкоголю	9,8±0,2
Інформаційно-просвітницька робота на антиалкогольну тему в навчальних закладах	9,5±0,3
Скринінг на раннє виявлення осіб, що зловживають алкоголем	9,6±0,2
Організація роботи школи здоров'я «Тверезе життя»	9,4±0,3
Створення психореабілітаційних амбулаторних центрів за місцем роботи або на базі сімейних амбулаторій	9,8±0,2
Запровадження руху в молодіжному середовищі за принципом «Рівний рівному»	8,9±0,8
Диспансерний нагляд за особами, що зловживають алкоголем за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом	4,8±1,1
Міжсекторальний підхід до антиалкогольної діяльності на рівні громади	9,1±0,6
Лікування осіб, що зловживають алкоголем за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом	4,2±1,1
Залучення до антиалкогольної діяльності церкви	9,4±0,3
Психологічна підтримка членів сімей осіб, що зловживають алкогольними напоями	8,5±0,9
Організація міжсекторальної взаємодії	9,7±0,2

Експертами найнижче підтримано наступні види антиалкогольної діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря: лікування осіб, що зловживають алкоголем за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом та диспансерний нагляд за особами, що зловживають алкоголем за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом.

Дана робота лікарями загальної практики-сімейними лікарями має проводитися (в залежності від напрямку) за між секторальним принципом в співпраці з місцевою громадою, недержавними організаціями, правоохоронними органами, закладами охорони здоров'я які надають спеціалізовану медичну допомогу, релігійними закладами та общинами і бути скерованою не тільки на осіб високого ризику зловживання алкоголем та осіб які уже ним зловживають, а і на їх найближче оточення в першу чергу включаючи сім'ю, роботу та неформальних «друзів».

Ключовою ідеєю запропонованої антиалкогольної діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря є послідовне вирішення пріоритетної задачі з підвищення ефективності профілактичних антиалкогольних заходів при підвищенні доступності та якості медичної допомоги особам які зловживають алкоголем та які прийняли рішення позбавитися даної негативної звички.

Використовуючи отримані в ході експертного оцінювання результати було розроблено функціонально-організаційну модель антиалкогольної діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря. Вона представлена на рис. 7.3.

Складовими даної моделі визначено види антиалкогольної діяльності, які здійснює лікар загальної практики-сімейний лікар в залежності від категорії населення: загальне населення; групи підвищеного ризику зловживання алкоголем; особи, які зловживають алкоголь; найближче оточення осіб, які зловживають алкоголем.

Центральним елементом запропонованої моделі виступає лікар загальної практики – сімейний лікар, який забезпечує надання комплексу організаційних, профілактичних, та лікувальних і оздоровчих заходів як всьому прикріпленому населенню, так і групам підвищеного ризику, особам які зловживають алкоголем з визначенням такої важливої цільової групи, як близьке оточення осіб які зловживають алкоголем.

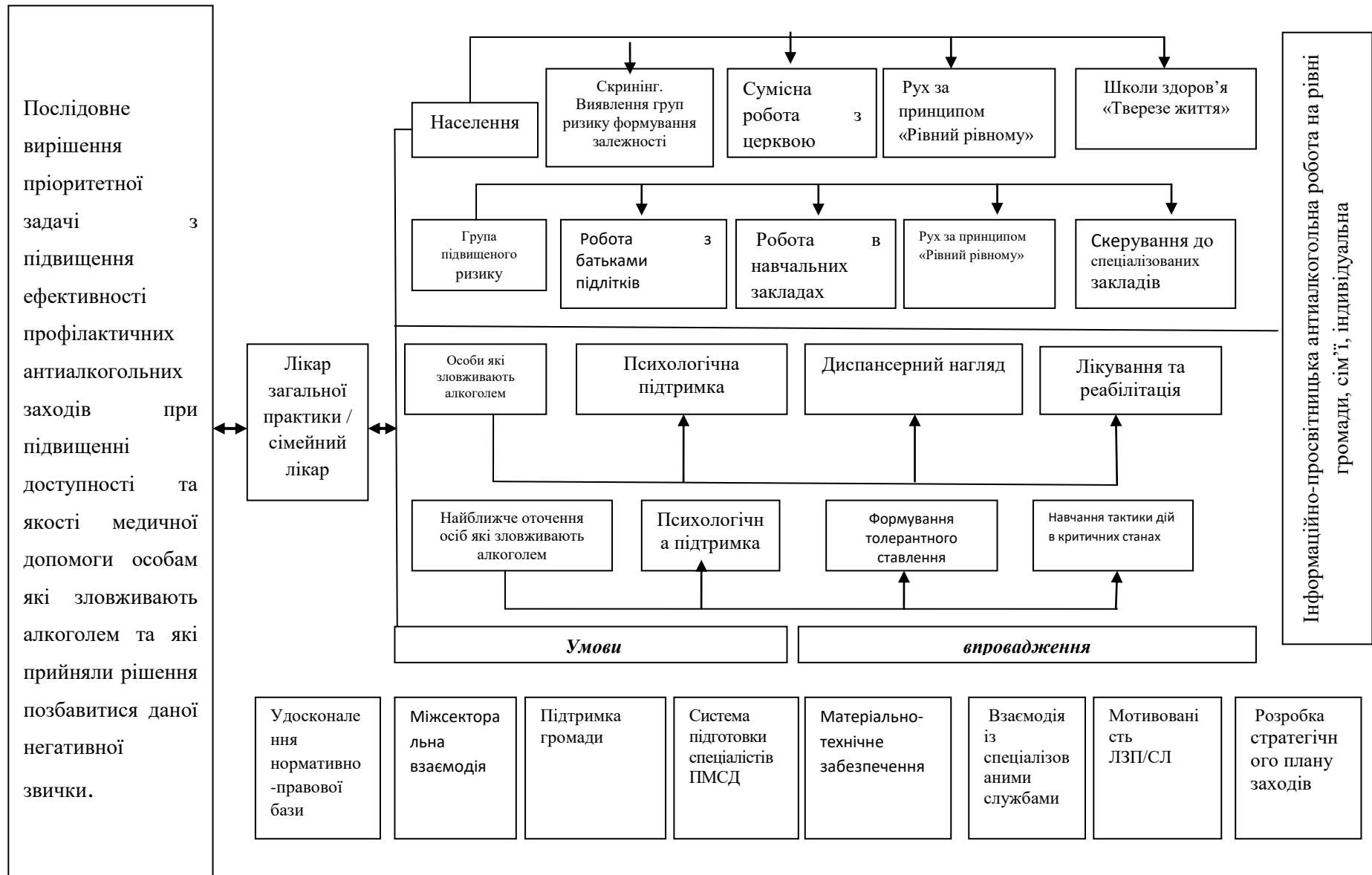


Рис. 7.3. Функціонально-організаційна модель антиалкогольної діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря

7.4. Алгоритм впровадження функціонально-організаційної оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні

З метою забезпечення впровадження та ефективності діяльності запропонованої функціонально-організаційної моделі антиалкогольної діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря нами розроблено алгоритм її впровадження в систему охорони здоров'я України, який представлено на табл.7. 2.

Важливою складовою запропонованої моделі є інтеграція ЗПТ на первинний рівень надання медичної допомоги. Відповідно до існуючого положення кабінети ЗПТ утворюється наказами структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій (уповноважений орган управління). Після видання наказу про утворення кабінетів ЗПТ до Статуту відповідного закладу охорони здоров'я (положення про сімейну амбулаторію) мають вноситися доповнення видів діяльності ЗОЗ, пов'язаних з обігом наркотичних засобів. Включення видів діяльності, пов'язаних з обігом наркотичних засобів, до переліку видів господарської діяльності ЗОЗ є необхідною умовою для отримання дозвільних документів та ліцензії.

Алгоритм, який включає необхідні етапи підготовки сімейної амбулаторії до відкриття сайту замісної підтримуючої терапії, наведено в табл.7.3.

Використання запропонованого алгоритму дозволить в короткий термін та ефективно провести організаційну роботу по створенню на базі сімейних амбулаторій сайтів/ кабінетів ЗПТ.

7.5. Функції медичних працівників в умовах створення сайтів ЗПТ на базі сімейних амбулаторій

Відповідно до чинного законодавства, повноваження приймати рішення щодо початку ЗПТ має тільки лікар-нарколог. Дане визначено наказом МОЗ

Таблиця 7.2

**Алгоритм впровадження оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи
охорони здоров'я на регіональному рівні**

Етап впровадження	Рівні впровадження		
	Центральний	Регіональний	Місцевий
Перший етап. - протягом 6-8 місяців	Прийняття необхідних управлінських рішень. Розробка методичного забезпечення Комунікації з цільовими групами	Підготовка стратегічного плану заходів Формування координаційної ради. Комунікації з цільовими групами	Підготовка матеріально-технічної та методичної бази ПМСД до даної роботи Комунікації з цільовими групами
Другий етап. - до 6 місяців	Створення системи підготовки кадрів Комунікації з цільовими групами	Підготовка ЛЗП/СЛ (тренінг). Комунікації з цільовими групами	Розробка єдиного локального протоколу на рівні адміністративної одиниці. Залучення об'єднаних громад. Комунікації з населенням
Третій етап. - до 6- 8 місяців	Аналіз та усунення ризиків та проблем Комунікації з цільовими групами	Розробка інформаційних матеріалів для ПМСД Визначення джерел фінансування Комунікації з цільовими групами	Підготовка плану між секторальної антиалкогольної діяльності. Розробка мотиваційних механізмів. Підготовка сімейних медсестер Дооснащення сімейних амбулаторій Комунікації з цільовими групами
Четвертий постійний	Методичний супровід Підготовка кадрів Моніторинг та оцінка	Контроль за визначеними індикаторами Фінансування Комунікації з цільовими групами	Міжсекторальна взаємодія. Забезпечити комплексне надання медичної допомоги на первинному рівні Комунікації з цільовими групами

**Алгоритм підготовки сімейної амбулаторії до відкриття сайту
замісної підтримуючої терапії та організації його діяльності**

Етап	Опис дії	Підстава
Перший	<p>Проведення аналізу епідеміологічної ситуації щодо вживання населенням території обслуговування та населенням, яке проживає на прилеглих територіях наркотиків опіоїдної групи ін'єкційним шляхом. Визначення кількості осіб, які потребують ЗПТ.</p> <p>Адвокація та експертне рішення щодо необхідності відкриття сайту ЗПТ його узгодження із власником амбулаторії.</p>	
Другий	Вибір приміщення із числа приміщень СА та його приведення та оснащення у відповідності до Ліцензійних умов встановлених МВС України щодо до приміщень, які призначені для впровадження діяльності пов'язаної з обігом наркотиків, прекурсорів та психоактивних речовин.	<p>Постанови КМУ:</p> <p>від 21.04.2011 №469;</p> <p>від 06.04.2016 №282</p> <p>Наказ МВС України від 15.02.2009 №216</p> <p>Наказ МОЗ України від 20.07.2010 №590</p>
Третій	<p>Видання наказу уповноваженого органу правління про створення сайту ЗПТ на базі сімейної амбулаторії.</p> <p>Внесення доповнень до Статуту ЗОЗ/ Положення СА, пов'язаних з обігом наркотичних засобів.</p>	Наказ МОЗ України від 27.03.2012 №200
Четвертий	<p>Затвердження наказом по ЗОЗ:</p> <p>переліку відповідальних осіб (основні і резерв), які допускаються до роботи з препаратами наркотичних засобів,</p>	<p>Постанова КМУ України</p> <p>від 13.04.2011 №333</p>

	<p>психотропних речовин та прекурсорів;</p> <p>доповнення до посадових інструкцій відповідальних осіб;</p> <p>графіку роботи сайту ЗПТ;</p> <p>порядку впровадження мотиваційних механізмів для медичних працівників;</p> <p>порядку зберігання та передачі ключів від сейфів, металевих шаф і приміщень, у яких зберігаються наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори та пристроїв для пломбування.</p>	
П'ятий	Підготовка на курсах тематичного удосконалення медичних працівників, які затвердженні відповідним наказом, як відповідальні особи.	
Шостий	Отримання дозволу Національної поліції	Постанова КМУ від 13.04.2011 №469
Сьомий	Отримання Ліцензії на проведення відповідних видів діяльності	
Восьмий	Комунікації з представниками цільової групи та формування у них прихильності отримувати ЗПТ на сайті сімейної амбулаторії	
Дев'ятий	Отримання, облік, використання та зберігання препаратів наркотичних засобі, психотропних речовин та прекурсорів.	
Десятий	Щоквартальна інвентаризація препаратів наркотичних засобі, психотропних речовин та прекурсорів із складанням відповідного балансу.	П.14 Порядку обігу наркотичних засобів
Одинадцятий	Щорічне подання звіту про використання та запаси наркотичних засобі, психотропних речовин та прекурсорів.	П.15 Порядку обігу наркотичних засобів

України від 27.03.2012 № 200. Даним наказом встановлено, що рішення про початок ЗПТ, препарат для її здійснення та його дозу призначає лікар-нарколог на основі діагнозу залежності від опіоїдів згідно з МКХ-10 F11 «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів» та наявності документа, що посвідчує особу.

Кваліфікаційні вимоги до медичних працівників

Пунктом 15 Порядку проведення ЗПТ встановлено, що ЗПТ проводить лікар, який має кваліфікацію нарколога, або лікар іншої кваліфікації (у нашому випадку сімейний лікар), який пройшов курс тематичного удосконалення. До повноважень сімейного лікаря пунктом 18 Порядку проведення ЗПТ відноситься коригування доз препарату відповідно до скарг і стану хворого.

Таким чином, для подальшого проведення ЗПТ найбільш стабільних пацієнтів перенаправляють до кабінетів ЗПТ у сімейні амбулаторії за місцем їхнього проживання.

Розподіл обов'язків між лікарем та медичною сестрою

У відповідності до вимог пунктів 4 і 5 Порядку обігу наркотичних засобів у ЗОЗ (Центрі ПМСД) призначають відповідальну особу з числа працівників закладу, на яку покладають функції з приймання, зберігання, перевезення, придбання, відпуску, використання, ведення обліку, а також препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Пунктом 17 Порядку проведення ЗПТ передбачено, що препарати ЗПТ можуть видавати лікар або медична сестра. Рекомендований розподіл функцій між лікарем і медичною сестрою наведено в таблиці 7.4.

Таблиця 7.4

Рекомендований розподіл функцій між лікарем та медичною сестрою в сімейній амбулаторії

Сімейний лікар	Сімейна медична сестра
Проводить ЗПТ	Забезпечує приймання, облік, зберігання, використання препаратів наркотичних засобів, ПАР, прекурсорів.

Продовження таблиці 7.4

Корегує схеми ЗПТ	Зберігає ключі від сейфів, металевих шаф і приміщень де зберігаються препарати наркотичних засобів, ПАР, прекурсори.
Контролює та оцінює стан пацієнта	Веде облік препаратів наркотичних засобів, ПАР, прекурсорів.
Приймає рішення про видачу препаратів ЗПТ пацієнтам за рецептом або безпосередньо в сімейній амбулаторії для їх самостійного прийому в амбулаторних умовах	Контролює та оцінює стан пацієнта.
Приймає рішення про створення для пацієнта стаціонару на дому	Видає та контролює прийом необхідної дози препарату ЗПТ шляхом огляду ротової порожнини.
Здійснює направлення пацієнтів до лікарів - спеціалістів	
Приймає рішення про припинення ЗПТ	
Здійснює оформлення виписок із медичної документації	

Сімейний лікар організовує роботу у відповідності до методичних рекомендацій, затверджених наказом МОЗ України від 10.11.2008 №645 «Про затвердження методичних рекомендацій» Замісна підтримуюча терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів».

Інноваційним, на відміну від існуючих підходів, є те, що в сімейній амбулаторії не переглядається штатний розпис, а забезпечення ЗПТ є функцією сімейного лікаря та сімейної медичної сестри з чітким розмежуванням функцій між ними.

Мотиваційні механізми для медичних працівників загальної мережі та ПМСД

З метою ефективної імплементації елементів наркологічної допомоги населенню в загальну мережу та на рівень первинної медичної допомоги крім навчання медичних працівників та внесення відповідних змін до нормативно-правових документів необхідно розробити та запровадити систему місцевих стимулів (мотиваційних механізмів) до надання медичними працівниками послуг наркологічної спрямованості.

Рекомендується використовувати стимули фінансового (економічного) та морального характеру.

Стимули прямого фінансового характеру: надбавки до заробітної плати, премії, додаткова оплата кожної наданої послуги, додаткова оплачувана відпустка;

Стимули не прямого фінансового характеру: оплата різних форм підвищення кваліфікації;

Стимули морального характеру: занесення на Дошку пошани ЗОЗ і публічне висловлення подяки на зборах колективу (грамоти і сувеніри), тощо.

При розробці системи стимулювання медичних працівників до інтеграції наркологічної допомоги на первинний рівень медичної допомоги рекомендується використання Керівництва із застосування схем стимулювання медичних працівників у сфері надання ВІЛ-послуг [172].

7.6. Експертна оцінка запропонованої функціонально-організаційної оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні

В якості експертів виступили організатори охорони здоров'я, науковці та практичні лікарі і пацієнти дані про яких наведено в розділі 2. Їх ставлення до обґрунтованої та розробленої оптимізованої моделі наркологічної допомоги вивчалось за допомогою медико-соціологічного дослідження після проведеної дискусії. Дискусія, з докладним знайомством експертів з матеріалами наукового дослідження після доповіді дисертанта, проводилося напередодні його проведення. Результати медико-соціологічного дослідження наведено в табл. 7.5.

Таблиця 7.5

Позитивне ставлення експертів до запропонованих інновацій з оптимізації наркологічної допомоги на регіональному рівні

Інновація	Бали
Оптимізована функціонально-організаційна модель наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я	9,6 ± 0,2

Амбулаторно-поліклінічні центри (кабінети) медико-соціальної реабілітації з партнерськими відвідуваннями	9,7 ± 0,2
Сайти ЗПТ на базі сімейних амбулаторій	9,3 ± 0,4
Підвищення ролі сім'ї в профілактичній роботі	9,1 ± 0,5
Корисна занятість дітей та молоді	9,6 ± 0,2
Алгоритм впровадження функціонально-організаційної оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному	9,3 ± 0,4
Алгоритм створення сайту ЗПТ на базі сімейної амбулаторії	9,4 ± 0,3
Мотиваційні механізми для медичних працівників загальної мережі та ПМСД	9,5 ± 0,3
Забезпечення ЗПТ є функцією сімейного лікаря та сімейної медичної сестри	9,4 ± 0,3
Подолання (мінімізація) стигми та дискримінації по відношенню до осіб, які вживають ПАР і зловживають та залежні від алкоголю	9,1 ± 0,5
Система електронно-інформаційного забезпечення діяльності наркологічної служби на рівні регіону	9,2 ± 0,5

Наступним кроком дослідження за формулою, яка наведена в розділі 2 на основі одержаних даних були проведені розрахунки узгодженості думок експертів. В результаті проведених розрахунків встановлено, що коефіцієнт варіації узгодженості експертів до запропонованих інновацій становить менше 10%. Це вказує на високий рівень їх узгодженості в своєму рішенні щодо позитивної оцінки обґрунтованої та запропонованої системи променевої діагностики на регіональному рівні.

При позитивній оцінці експертами запропонованої моделі в цілому ($9,6 \pm 0,2$ балів із 10 можливих) найнижчу оцінку ($9,1 \pm 0,5$ балу) отримали: подолання (мінімізація) стигми та дискримінації по відношенню до осіб, які вживають ПАР і зловживають та залежні від алкоголю, підвищення ролі сім'ї в профілактичній роботі та $9,2 \pm 0,5$ балу створення системи електронно-інформаційного забезпечення діяльності наркологічної служби на рівні регіону

Таким чином, враховуючи відповідність запропонованої моделі кращим світовим взірцям, її відповідність реформі системи медичної допомоги

населенню, позитивну оцінку експертами запропоновану оптимізовану модель наркологічної допомоги населенню в умовах реформування системи охорони здоров'я можна рекомендувати для впровадження в систему охорони здоров'я України.

Висновки за розділом

Концептуально інноваційним в обґрунтованій функціонально-організаційній оптимізованій моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я є обґрунтування нових функціонально-організаційних підходів до організації діяльності наркологічної служби. Вони полягають у комплексному міжсекторальному підході до профілактики порушень психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю та ПАР базуючись на заінтересованості в даному процесі об'єднаних громад та при участі роботодавців, системи освіти, сфери соціального захисту населення, правоохоронних органів тощо.

Другою інновацією є залучення ПМСД з наступними функціями: скринінг на виявлення осіб, які зловживають алкоголем та ПАР, профілактична та реабілітаційна робота з недопущення розвитку залежності, створення на базі сімейних амбулаторій сайтів замісної підтримуючої терапії.

Третьою інновацією є застосування нових форм профілактичної роботи, яка полягає в корисній занятості дітей та молоді, а також підвищення ролі сім'ї в профілактичній роботі.

Четверта інновація – створення амбулаторно-поліклінічних центрів (відділень на базі консультативно-діагностичних центрів госпітальних округів) центрів психосоціальної реабілітації осіб, які вживають ПАР та зловживають та залежні від алкоголю. Пропонується відвідування центрів не індивідуально особами, які мають залежність, а з партнером, якого вони вибрали і який забезпечує психологічну підтримку в повсякденному житті.

П'ята інновація – подолання (мінімізація) стигми та дискримінації по відношенню до осіб, які вживають ПАР і зловживають та залежні від алкоголю.

Шоста інновація – створення системи електронно-інформаційного забезпечення діяльності наркологічної служби на рівні регіону.

Розроблено та запропоновано комплексні методичні підходи до розробки та впровадження регіональних цільових програм профілактики розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психотропних речовин.

Розроблено алгоритм впровадження функціонально-організаційної оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному та формування на базі сімейної амбулаторії сайту ЗПТ з матеріальними та не матеріальними мотиваційними механізми для медичних працівників загальної мережі та ПМСД.

Запропонована оптимізована модель наркологічної допомоги населенню в умовах реформування системи охорони здоров'я позитивно оцінена незалежними експертами і рекомендується для впровадження в охорону здоров'я країни.

Особисті друковані роботи за темою розділу [5-7, 11, 18, 19, 23,25-30].

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням доведено функціонування системи наркологічної допомоги населенню та її обмежені можливості виконувати поставлені задачі по забезпечення задоволеності потреб населення у своєчасній, доступній та результативній спеціалізованій медичній допомозі.

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення зазначеної проблеми шляхом наукового обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі наркологічної допомоги населенню на регіональному рівні в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні, розробленої на основі кращих світових моделей боротьби із залежностями, набутого вітчизняного досвіду і результатів власного дослідження, та впровадження якої довело свою управлінську ефективність.

1. Встановлено, що показники захворюваності дорослого населення на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин зросли з 2,3 до 2,7 на 100 тис населення (по Україні знизилися з 12,1 до 10,6), внаслідок вживання алкоголю знизилися з 169,5 в 2006 році до 131,1 в 2016 році при чому серед сільського населення вони в 2 рази вищі ніж серед загального населення, на гострий алкогольний психоз скоротилися з 30,3 в 2006 році до 8,4 в 2016 році (3,6 разу ($p \leq 0,05$)). Показники поширеності серед дорослого населення розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин зросли з 21,3 до 28,7 (по Україні знизилися з 174,1 до 173,5), внаслідок вживання алкоголю скоротилися з 1901,4 в 2006 році до 1880,1 в 2016 році при цьому співвідношення хворих чоловіків і жінок становить 5:1. Встановлена різниця зазначених показників в розрізі адміністративних територій області.

За 2006-2016 роки внаслідок причин, що пов'язані із вживанням алкоголю померло 1107 осіб (67,3% працездатного віку), що становить 4,5% від загальної кількості померлих в регіоні. В результаті насильницької смерті в стадії алкогольної інтоксикації загинуло 2199 осіб (47,4% всіх випадків

насильницької смерті), 353 особи загинули в результаті отруєння алкоголем, а 68 осіб - отруєння сурогатами.

2. В ході дослідження встановлено, що до 65 підлітків звертається щорічно за медичною допомогою через алкогольне отруєння. Частка студентської молоді, що має досвід вживання алкогольних напоїв становить серед юнаків - $93,5 \pm 1,2\%$ та серед дівчат $95,3 \pm 1,1\%$. В підлітковому віці перший раз в житті вжило алкогольні напої $59,25 \pm 2,5\%$, а стало зловживати ними $19,0 \pm 2,0\%$. Перший раз пригостили алкогольними напоями друзі – $20,75 \pm 2,0\%$, знайомі – $15,25 \pm 1,8\%$, батько – $11,25 \pm 1,6\%$, мати – $4,75 \pm 1,0\%$, дід – $13,0 \pm 1,7\%$, баба – $5,75 \pm 1,3\%$, брат – $11,75 \pm 1,6\%$, сестра – $9,75 \pm 1,5\%$, інші особи – $7,75 \pm 1,3\%$.

3. Встановлені детермінанти розвитку алкоголізму у дорослого населення Закарпатської області до яких відносяться (прямий сильний зв'язок): недостатність фінансів на найважливіші потреби родини (коефіцієнт кореляції $+0,75$), безробіття ($+0,74$), самотність ($+0,70$), ВІЛ-інфікування ($+0,68$), несприятливий психологічний клімат у сім'ї, конфліктна сім'я ($+0,64$), непостійний заробіток ($+0,61$), трудова міграція та постійна наявність надлишкових грошей ($+0,61$), які є фактором профілактичного впливу в міжсекторальній взаємодії боротьби із залежностями.

4. Показано пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, що характеризується наявністю організаційної структури: 13 Центрів ПМСД до складу яких входило 293 сімейні амбулаторії з введенням 713 лікарських посад з рівнем забезпечення ними 7,39 на 10 тис населення (Україна - 3,49) з забезпеченням комп'ютерною технікою і доступом до системи Інтернет на рівні 27,9%, автотранспортом – 29,36%, яка забезпечує надання ПМСД за принципом сімейної медицини всьому населенню області з щорічним рівнем звернення населення до лікарів загальної практики-сімейних лікарів 2,38 разів на рік з часткою звернень з профілактичною метою - 36,19%.

5. Систематизація та узагальнення структури та основних показників діяльності наркологічної служби показали, що в області спеціалізовану

медичну допомогу забезпечують Закарпатський обласний наркологічний диспансер з відділенням амбулаторного прийому, стаціонарним відділенням на 75 ліжок, 35 наркологічних ліжок Берегівської обласної психіатричної лікарні та 13 наркологічних кабінетів в районних та міських лікарнях при забезпеченості наркологічними ліжками 8,36 (Україна 8,1), лікарями - наркологами 2,39 (Україна 3,1) на 100 тис населення із яких 80,0% є пенсіонерами при відсутності структури та спеціалістів з надання спеціалізованої наркологічної допомоги дитячому населенню. Функція посади лікарів амбулаторного прийому в розрізі адміністративних територій коливається в 6,2 разів, а показник на 100 тис населення осіб, які знаходяться під наглядом із синдромом алкогольної залежності без психотичних розладів коливається в 7,7 разів. Спеціалізоване наркологічне ліжко в 2016 році працювало 347,3 днів з тенденцією за роки дослідження до збільшення показника при коливаннях середніх термінів лікування в межах 23,7 - 26,1 до 23,7 днів.

З 2008 року тільки в м. Ужгороді працюють сайти ЗПТ з охопленням замісною підтримуючою терапією 23,3% споживачів ін'єкційних наркотиків від нормативу за їх обчисленою чисельністю.

6. За допомогою соціологічного дослідження серед різних категорій медичних працівників виявлено, що всі респонденти вважають вживання дорослим населенням та $89,4 \pm 1,5\%$ вживання підлітками та молоддю ПАР та зловживання алкоголем актуальною проблемою регіону. При цьому, $54,5 \pm 2,5\%$ організаторів охорони здоров'я та $47,4 \pm 2,5\%$ лікарів-наркологів відмітили, що існуюча система наркологічної допомоги не задовольняє існуючих потреб населення. Із числа опитаних ЛЗП-СЛ $84,2 \pm 1,8\%$ підтримало інтеграцію роботи з попередження розвитку розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР на первинний рівень, а $78,9 \pm 2,1\%$ - створення амбулаторних кабінетів медико-соціальної реабілітації на базі сімейних амбулаторій.

Аналіз результатів опитування осіб, які зловживають алкоголем дозволив встановити, що $54,25 \pm 2,5\%$ із них має бажання позбавитися залежності від

алкоголю але $56,5 \pm 2,5\%$ не звертаюся за медичною допомогою із за браку особистих коштів, $7,25 \pm 1,3\%$ не можуть звернутися за медичною допомогою за місцем проживання до лікаря-нарколога враховуючи свій статус. Із числа опитаних $74,25 \pm 2,2\%$ підтримало інтеграцію наркологічної допомоги на первинний рівень.

7. Виявлені недоліки існуючої системи наркологічної допомоги регіонального рівня засвідчили необхідність наукового обґрунтування, розробки та впровадження оптимізованої функціонально-організаційної моделі наркологічної допомоги населенню на регіональному рівні в умовах реформування системи охорони здоров'я, в основу якої покладались положення програмних документів ВООЗ щодо боротьби із залежностями, позитивний світовий та національний досвід, стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні та результати власного дослідження.

8. Запропонована модель є суспільно орієнтованою на допомогу людям, що вживають ПАР та зловживають алкоголем та мають залежність від них і спрямована на профілактику та на відновлення їх соціального функціонування. Вона базується на міжсекторальному підході з реалізацією профілактичної складової через максимальну корисну зайнятість підлітків та молоді і підвищення ролі сім'ї шляхом формування родинних традицій та цінностей, а реабілітаційна складова реалізується шляхом створення медико-соціальних амбулаторно-поліклінічних реабілітаційних центрів/кабінетів за місцем проживання населення з можливістю їх відвідування залежними особами з партнером, якого вони обрали для забезпечення психологічної підтримки в повсякденному житті та створення доступних сайтів замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків.

9. Необхідною умовою її реалізації є інтеграція наркологічної допомоги на первинний рівень надання медичної допомоги, для чого розроблено комплексний алгоритм інтеграції. Принциповою відмінністю від існуючих підходів є те, що послуги наркологічного профілю визначаються функцією сімейних лікарів та медичних сестер з чітким розмежуванням їх функцій і

впровадженням стимуляційних механізмів матеріального та морального характеру.

10. Ефективна діяльність запропонованої моделі забезпечується регіональною міжсекторальною координаційною радою з організацією системи електронно-інформаційного забезпечення діяльності наркологічної служби на рівні регіону з формуванням електронного реєстру осіб, які вживають психоактивні речовини, зловживають алкоголем чи мають залежність та системою моніторингу та оцінки її діяльності з використанням індикаторів структури, процесу та результату.

11. Запропонована і частково впроваджена на рівні обласних наркологічних диспансерів, Центрів ПМСД, ВМНЗ оптимізована функціонально-організаційна модель наркологічної допомоги населенню на регіональному рівні в умовах реформування системи охорони здоров'я позитивно оцінена експертами (9,6 балів із 10 можливих) і рекомендується для впровадження в систему охорони здоров'я країни.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати дисертаційного дослідження дозволяють рекомендувати:

Міністерству охорони здоров'я України:

Застосувати в ході реформування системи охорони здоров'я обґрунтовану оптимізовану модель наркологічної допомоги на регіональному рівні.

Обласним державним адміністраціям та Київській міській адміністрації:

Створити та організувати діяльність регіональних міжсекторальних координаційних рад з профілактики розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю та психоактивних речовин.

Департаментам охорони здоров'я ОДА та Київської міської адміністрації, як суб'єкту управління:

Забезпечити створення сайтів замісної підтримуючої терапії на базі сімейних амбулаторій.

Створити медико-соціальні амбулаторно-поліклінічні реабілітаційні центри/кабінети за місцем проживання населення з їх відвідуванням залежними особами з партнером, якого вони обрали для забезпечення психологічної підтримки в повсякденному житті.

Вищим начальним медичним закладам та класичним університетам, які мають кафедри організації охорони здоров'я та соціальної медицини:

Запровадити курси ТУ для лікарів загальної практики-сімейних лікарів з питань надання ними наркологічних послуг на рівні первинної медичної допомоги.

Органам місцевого самоурядування:

Використати механізми місцевої фінансової підтримки закладів первинної допомоги з метою інтеграції наркологічної допомоги на первинний рівень її надання.

Список використаних джерел літератури

1. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2017 год (E/INCB/2017/1) Организация Объединенных Наций: Международный комитет по контролю над наркотиками, январь 2018 года. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/R_2017_AR_ebook.pdf
2. Медико-соціальні аспекти вживання алкоголю населенням та стратегії протидії / Т. С. Грузєва, В. А. Дуфинець, В. Б. Замкевич [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського. – Київ, 2016. – С. 118–127.
3. Болотников И. Ю. Развитие вредных привычек в зависимости от условий жизни и воспитания учащихся различных учебных заведений / И. Ю. Болотников // Современные проблемы науки и образования. – 2007. – № 3. – С. 24–37.
4. Институт по измерению показателей здоровья и оценке состояния здоровья (Institute for Health Metrics and Evaluation), Сеть человеческого развития (Human Development Network), Всемирный банк (The World Bank). Глобальное бремя болезней (Global Burden of Disease): порождение доказательств направление политики — региональное издание для Европы и Центральной Азии. Seattle, WA: IHME, 2013 http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_EuropeCentralAsia/IHME_GBD_WorldBank_EuropeCentralAsia_FullReport_RUSSIAN.pdf
5. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и связанная с алкоголем смертность: популяционный уровень взаимосвязи // Российский психиатрический журнал - 2004 - № 4 - с . 21-23.
6. Чепелевська Л.А. Медико-демографічна ситуація в Україні. / Л.А.Чепелевська, О.П.Рудницький // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2015 рік. – Київ, 2016. – С.15-357

7. World Health Organization. (2008). The global burden of disease : 2004 update. Geneva : World Health Organization. 146 p.
<http://www.who.int/iris/handle/10665/43942>

8. Животовська Л. В. Особливості психосоціальної дезадаптації осіб з алкогольною залежністю / Л. В. Животовська, Г. Т. Сонник // Таврический журнал психиатрии. – 2010. – № 1 (14). – С. 23–28.

9. Wojtyła A. Problem spożywania alkoholu wśród młodzieży w Polsce / Andrzej Wojtyła, Iwona Bojar, Przemysław Biliński // Medycyna ogólna. – 2010. – 16 (XLV), 4. – S. 570–580. Дата надходження рукопису до редакції: 01.02.2018 р.

10. Доклад Алкоголь в Европейском союзе. Уровни потребления, наносимый вред и подходы в области политики Под редакцией: Peter Anderson, Lars Møller и Gauden Galea, Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген 2012, x + 149с. <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches>

11. Слабкий Г.О. Медико-соціальні аспекти наркоманії в Україні // Г.О.Слабкий, Ф.П.Ринда. // Главный врач. – 2008. - №8(88). – С.18-26

12. Framework for alcohol policy in the WHO European Region / WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark. – 2006. – 31 p.

13. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма / Е. А. Кошкина, Ш. И. Спектор, В. Г. Сенцов, С. И. Богданов. – Москва : ПЕР СЭ, 2008. – 288 с.

14. Чемерис Н.М. Медико-соціальні площини вживання алкогольвмістимих напоїв серед студентської молоді / Н. М. Чемерис, О. В. Любінець // Україні. Здоров'я нації. 2018. - №1(47). – С.42-47

15. Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ, 2006 42 с.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/79397/E88335R.pdf?ua=1

16. Вієвський А.М. Комплексна оцінка ефективності системи протиалкогольної та протинаркотичної профілактики для дітей шкільного віку /

А. М. Вієський // Международный неврологический журнал. 2012. - №3 (49). – 27-31С.

17. Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду другого покоління / О.М.Балакірева, Л.В.Бочкова та інш. – Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. – 68 с.

18. Бурлака В. В. Профілактика поширення наркозалежності серед молоді : навч.-метод. посібник / В. В. Бурлака. – Київ : Герб, 2008. – 224 с.

19. Доклад по проблеме алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. Исходный документ к основам политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ [Электронный документ]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/Document/RC55/rbd01.pdf>. – Название с экрана.

20. Всемирный доклад о наркотиках 2016. Резюме. Управление ООН по наркотикам и преступности. URL: http://objects.antiprop.ru/narkotiki03/20160628_wdr2016ru.pdf

21. Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Всемирный доклад о наркотиках, 2017 год (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.17.XI.6). https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Russian.pdf

22. Global Status Report on Alcohol and Health – WHO Library Cataloguing - in - Publication Data, 2011. – 286 p.

23. Мировая проблема наркотиков с позиций общественного здравоохранения, в том числе в контексте специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по мировой проблеме наркотиков, которая состоялась в апреле 2016 г. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253270/A69_12-ru.pdf;jsessionid=E28021C834DBD83D3AF28E3C0B79F0E6?sequence=1

24. Слабкий Г.О. Медико-соціальні аспекти наркоманії в Україні // Г.О.Слабкий, Ф.П.Ринда. // Главный врач. – 2008. - №8(88). – С.18-26

25. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2015 г. Целевые ориентиры и более широкая перспектива – новые рубежи в работе с фактическими данными. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015/ehr2015>)

26. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2015;386:2287-323.

27. Спіріна І.Д. Медичні і соціальні проблеми наркоманії / І.Д.Спіріна // Ваше здоров'я. – 2009- №5 (6 лют.). – С. 2

28. Глобальное бремя болезней:обновленная информация. 2004г.- Женева: ВОЗ, 2008

29. Основные показатели здоровья в Европейском регионе ВОЗ.2013: В центре внимания неинфекционные заболевания. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2013. - 10 с.

30. Мировая проблема наркотиков с позиций общественного здравоохранения Всемирная организация здравоохранения Семидесятая сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения А70/29 Пункт 15.3 предварительной повестки дня 27 марта 2017 г. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_29-ru.pdf

31. Глобальная комиссия по вопросам наркополитики (2013), Война с наркотиками и ее негативное влияние на общественное здоровье: скрытая эпидемия гепатита С. На русском: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/03/GCDP_HepatitisC_2013_RU.pdf

32. Слабкий Г. О. Щодо тягаря проблем в Україні, пов'язаних зі споживанням алкоголю / Г. О. Слабкий, В. В. Кручаниця, А. Г. Круть // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1–2: Матеріали Міжнародної науковопрактичної конференції «Можливості превентивного та лікувального

впливу на соціально значимі захворювання в закладах первинної медико-санітарної допомоги» (м. Ужгород, 12–13 квітня 2016 року). – С. 258–259.

33. Разводовский Ю. Е. Алкоголь и связанная с алкоголем смертность: популяционный уровень взаимосвязи // Российский психиатрический журнал - 2004 - № 4 - с . 21-23.

34. Hibell B. The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries / B. Hibell [et al.]. – Stockholm : Modintryckoffset AB, 2004. – 199 p.

35. The social impact of drug abuse [Electronic resource]. – Copenhagen, 1995. – 6–12 March. – 47 p. – Access mode : <http://www.unodc.org/pdf/technicalseries/1995-03-01-1.pdf>. – Title from screen.

36. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України (інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2010 рр.). – Харків : Строков Д. В., 2011. – 144 с.

37. Кіосєва О. В. Мотиваційні предиктори вживання психоактивних речовин молоддю України / О. В. Кіосєва // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 4 (89). – С. 61–64.

38. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма / Е. А. Кошкина, Ш. И. Спектор, В. Г. Сенцов, С. И. Богданов. – Москва : ПЕР СЭ, 2008. – 288 с.

39. Пишель В. Я. Современные принципы диагностики и терапии психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя / В. Я. Пишель // Здоров'я України ХХІ сторіччя. – 2003. – С. 78.

40. Употребление алкоголя Информационный бюллетень ВОЗ N349 Январь 2015 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru/>

41. Любінець О. В. Стан та прогноз середньої очікуваної тривалості життя населення в Україні / О. В. Любінець // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2. – С. 15–23.

42. Кидряпкина А. В. Десятилетняя динамика смертности среди лиц, злоупотребляющих внутривенным приемом психоактивных веществ, на

территории Приморского края : автореф. дис. к.мед.н. / А. В. Кидряпкина. – Владивосток, 2001. – 27 с.

43. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, ВОЗ, 2002
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42510/3/WHR_2002_rus.pdf

44. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Third Edition / American Psychiatric Association (DSM – III–R). – Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 1987. – 494 p.

45. Osterberg Esa. High alcohol – related burden of disease as basis for controlling total alcohol consumption / E. Osterberg // Addicton. – 2006. – Vol. 101 (8). – P. 10–70.

46. What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control? [Electronic resource]. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2004. – Access mode : <http://www.euro.who.int/document/E82969.pdf>. – Title from screen.

47. Руководство по наркополитике Международного консорциума по наркополитике. Выпуск 1, март 2010
<http://fileserver.idpc.net/library/IDPC%20drug%20policy%20guide%20RU.pdf>

48. ВОЗ. Информационный бюллетень № 349, январь 2015 [Электронный документ]. – Режим доступа : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru/>. – Название с экрана.

49. Global Status Report on Alcohol and Health – WHO Library Cataloguing - in - Publication Data, 2011. – 286 p.

50. Національний звіт за 2013 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2012 року). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні Для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності / С. С. Румянцева, Р. М.Ахмад, С. О. Бородин та ін. - Київ, 2013- 173 с.

51. Національний звіт за 2014 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2013 року). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні Для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності / І. Я. Пінчук, С. С. Шум, С.С.Румянцева та ін. - Київ, 2014- 198 с.

52. Національний звіт за 2015 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2014 року). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні Для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності / І. Я. Пінчук, С. С. Шум, С. С. Румянцева та ін. - Київ, 2015- 194 с.

53. Національний звіт за 2016 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2015 року). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні Для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності / С. С. Румянцева, Р. М. Ахмад, О. М. Балакірева та ін. - Київ, 2016- 174 с.

54. Національний звіт за 2017 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2016 року). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні Для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності / С. С. Румянцева, Р. М. Ахмад, С. О. Бородін та ін. - Київ, 2017- 173 с.

55. Зріз алкогольної ситуації в Україні. 2013 (дані 2012 року). – Український медичний моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України. – К.:, 2013. – 24 с.

56. Зріз алкогольної ситуації в Україні. 2014 (дані 2013 року). – Український медичний моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України. – К.:, 2014. – 27 с.

57. Зріз алкогольної ситуації в Україні. 2015 (дані 2014 року). – Український медичний моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України. – К.:, 2015. – 25 с.

58. Коннов В. Алкогольный террор в Украине [Электронный ресурс] / В Коннов- Режим доступа – Название с экрана.

59. Пити? Це дуже дорого // Україна молода. – 2013. - №172 (4612). – 22-23 лист. С.2.

60. Сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс - Режим доступа – Название с экрана.

61. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського. – Київ, 2016. – 462 с

62. Радченко О. Ставлення молоді до вживання спиртних напоїв / О. Радченко, С. Радченко // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : збірник наукових праць. – 2008. – Т. 2. – С. 212–214.
63. Употребление алкоголя Информационный бюллетень ВОЗ N349 Январь 2015 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru/>
64. Обзор алкогольного рынка Украины [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.b.com.ua/rus/marketing/tendency/7596/>. – Название с экрана.
65. Доклад по проблеме алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. Исходный документ к основам политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ [Электронный документ]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/Document/RC55/rbd01.pdf>. – Название с экрана.
66. Показники захворюваності на наркологічні розлади і діяльності наркологічних закладів в Україні в 2015 році / МОЗ України. – К., 2016. – 67с.
67. Показники захворюваності на наркологічні розлади і діяльності наркологічних закладів в Україні в 2014 році / МОЗ України. – К., 2015. – 72 с.
68. Статистичний довідник "Показники захворюваності на наркологічні розлади і діяльності наркологічних закладів в Україні 2017 р. МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики», Київ, 2018
69. Чепелевська Л. А. Медико-демографічна ситуація в Україні. / Л.А.Чепелевська, О.П.Рудницький // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2015 рік. – Київ, 2016. – С.15-357
70. Показники захворюваності на наркологічні розлади і діяльності наркологічних закладів в Україні в 2014 році / МОЗ України. – К., 2015. – 72 с.
71. Людський розвиток в Україні: соціальні та демографічні чинники модернізації національної. Монографії. Лібанова Е.М., Макарова О.В., Курило І.О. та ін.к., 2013. – 320 с
72. Редько А. Н. Мониторинг смертности населения от травм, отравлений алкоголем и наркотиками / А. Н. Редько, П. Б. Сахарова // Пособие

для организаторов здравоохранения / РИО ФГУ ЦНИИОИЗ МЗ и СР РФ. – Москва, 2006. – 55 с.

73. Чепелевська Л.А. Тенденції медико-демографічних показників України у XXI столітті / Л.А.Чепелевська // Україна. Здоров'я нації. 2018. №1(47). - С.48-52

74. Engagement in risky behaviours by 15-19-year-olds from Polish urban and rural areas / K. Sygit, W. Kołataj, A. Wojtyła [et al.] // Ann. Agric. Environ. Med. – 2011. – № 18 (2). – P. 404–409.

75. Рівень поширеності і тенденції вживання тютюну, алкогольних напоїв, наркотичних речовин серед учнівської молоді України: аналіт. звіт / Укр. ін-т соц. досліджень ім. О. Яременка. – Київ, 2011. – 178 с.

76. Predictors of risky alcohol consumption in schoolchildren and their implications for preventions for preventing alcoholrelated harm [Electronic document] / M.A. Bellis, K. Hughesk, V. Morleo [et al.] // Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. – 2007. – Vol. 2 (15). – Access mode : <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-2-15>. – Title from screen.

77. Framework for alcohol policy in the WHO European Region / WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark. – 2006. – 31 p.

78. Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 174.

79. Болотова В. О. Споживання підлітками слабоалкогольних напоїв: соціологічне дослідження / В. О. Болотова, Н. О. Ляшенко // Право і Безпека. – 2012. – № 4. – С. 313–318

80. Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин – ЕСПАД (ESPAD) / Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка, 2011 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.uisr.org.ua/projects>. – Назва з екрана.

81. Моніторинг поведінки молоді як компонент епідеміологічного нагляду другого покоління / О. Р. Артюх, О. М. Балакірєва, Ю. М. Галустян, Д. М. Дікова - Фаворовська та інш. – Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. – 44с.

82. Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду другого покоління / О. М. Балакірєва, Л. В. Бочкова та інш. – Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. – 68 с.

83. Вієвський А. М. Комплексна оцінка ефективності системи протиалкогольної та протинаркотичної профілактики для дітей шкільного віку / А. М. Вієвський // Международный неврологический журнал. 2012. - №3 (49). – 27-31С.

84. Чемерис Н. М. Медико-соціальні площини вживання алкогольвмісних напоїв серед студентської молоді / Н. М. Чемерис, О. В. Любінець // Україні. Здоров'я нації. 2018. - №1(47). – С.42-47

85. Національний звіт за 2017 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2016 року). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні Для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності / С. С. Румянцева, Р. М. Ахмад, С. О. Бородин та ін. - Київ, 2017- 173 с.

86. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» [Электронный документ]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/Document/RC55/rdoc06.pdf>. – Название с экрана.

87. Wojtyła A. Problem spożywania alkoholu wśród młodzieży w Polsce / Andrzej Wojtyła, Iwona Bojar, Przemysław Biliński // Medycyna ogólna. – 2010. – 16 (XLV), 4. – S. 570–580. Дата надходження рукопису до редакції: 01.02.2018 р.

88. Слабкий Г.О. Медико-соціальні аспекти наркоманії в Україні // Г. О. Слабкий, Ф. П. Ринда. // Главный врач. – 2008. - №8(88). – С.18-26

89. Болотников И. Ю. Развитие вредных привычек в зависимости от условий жизни и воспитания учащихся различных учебных заведений / И. Ю.

Болотников // Современные проблемы науки и образования. – 2007. – № 3. – С. 24–37.

90. Журавель Т. В. Використання інтерактивних методів та мультфільмів у профілактиці ризикованої поведінки: методичний посібник для спеціалістів, які працюють з бездоглядними та безпритульними дітьми і підлітками / Т. В. Журавель, Т. Л. Лях, О. М. Нікітіна. – Київ, 2010. – 37 с.

91. Халтурина Д. А. Алкогольная катастрофа и возможности государственной политики в преодолении алкогольной сверх смертности в России / Д. А. Халтурина, А. В. Коротаев. – Москва : Ленанд, 2008. – 376 с.

92. A policy on alcohol for Europe and its countries. Reducing the harm done by alcohol Bridging the Gap principles [Electronic resource]. – Brussels, Eurocare, 2004. – Access mode : <http://www.eurocare.org/btg/policyeu/pdfs/2004-eurocarepolicy.pdf>. – Title from screen

93. Societal costs of underage drinking. / T. R. Miller, D. T. Levy, R. S. Spicer, D. M. Taylor // J. Stud. Alcohol. – 2006. – Vol. 67 (4). – P. 519–528.

94. Сучасні проблеми формування здоров'я студентської молоді / В. Г. Гінзбург, Т. М. Полішко, В. О. Татаровський [та ін.] // Запорожский медицинский журнал. – 2011. – Т/ 13, № 4. – С. 11–15.

95. Robinson T. E. The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view / T. E. Robinson, K. C. Berridge // Addiction, 95. – 2000. – № 2. – P. 91–117.

96. Stančiak J. Drogy, Relaps, Resocializácia / J. Stančiak, J. Novotný. – Trnava : Tlačové štúdio Váry, 2016. – 160 s.

97. Mental health: facing the challenges, building solutions : report from the WHO European Ministerial Conference [Electronic resource]. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2005. – Access mode : <http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf>. – Title from screen.

98. . Novotný J. Drogová závislost, rizikové faktory vedúce k recidíve a prevencia / J. Novotný, J. Stančiak, E. Ďurišová // Logos polytechnicos. Ročník 5, číslo 2. Jihlava: Vysoká škola polytechnická. – 2014. – S. 17–36.

99. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» / [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/Document/RC55/rdoc06.pdf>. – Название с экрана.

100. Alcohol and other Drugs Peer Education in Schools: A review for the ACT Alcohol, Tobacco and other Drug Strategy Evaluation Group / Prepared by David McDonald. – 30 September 2004. – 20 p.

101. Каражанова А. С. Особенности детского наркотизма (обзор отечественной и зарубежной литературы) / А. С. Каражанова // Наркология. – 2003. – № 11. – С. 37–55.

102. Поширеність вживання алкоголю сільським населення / О. В. Любінець, М. Г. Телішевська, Б. Л. Цісінський, Б. М. Самчук // Управління охороною здоров'я: матеріали науково-практичної Інтернет-конференції з міжнародною участю, 29 січня – 29 лютого 2008 р. – Львів, 2008. – С. 45–46.

103. Мандель А. И. Распространенность и патоморфоз алкоголизма и опийной наркомании в Западной Сибири : автореф. дис. д.мед.н. / А. И. Мандель. – Томск, 2000. – 44 с.

104. Животовська Л. В. Особливості психосоціальної дезадаптації осіб з алкогольною залежністю / Л. В. Животовська, Г. Т. Сонник // Таврический журнал психиатрии. – 2010. – № 1 (14). – С. 23–28.

105. Менделевич В. Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии / В. Д. Менделевич // Независимый психиатрический журнал. – 2010. – № 3. – С. 21–27.

106. Минков Е. Г. О совокупности условий, необходимой и достаточной для формирования зависимости от психоактивных веществ / Е. Г. Минков // Вопросы наркологии. – 2000. – № 3. – С. 51–57.

107. Слободянюк П. М. Патологічний взаємозв'язок між психологічними складовими та психопатологічними особливостями

формування алкогольної залежності / П. М. Слободянюк // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, Вип. 3 (64). – С. 57–61

108. Табачніков С. І. Клінічні особливості та провідні чинники вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків у світлі розробки комплексної багаторівневої системи його медико-соціальної кореляції та профілактики / С. І. Табачніков, А. М. Вієвський, М. П. Жданова // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. – 2012. – № 1, Т. 7. – С. 4–11.

109. Принципы реализации и адаптации семейных антинаркотических стратегий и пути их медико-социальной коррекции / Н. А. Сирота, Е. В. Борисова, Т. В. Воробьева [и др.] // Методические рекомендации. – Москва : ФГУ ННЦ наркологии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2009. – 25 с

110. Личко А. Е. Подростковая наркология / А. Е. Личко, В. С. Битенский. – Ленинград : Медицина, 1991. – 304 с.

111. Беспалько В. В. Визначення медико-соціальних чинників формування наркоманії серед учнівської молоді та обґрунтування її первинної профілактики на прикладі західного регіону України : автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.03 / В. В. Беспалько ; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – Київ, 2002. – 20 с.

112. Андерсон Келли. Молодые люди и алкоголь, наркотики и табак / Андерсон Келли. – Копенгаген : Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро, (Европейская серия, № 63) – 1998. – 95 с.

113. Всемирный доклад о наркотиках 2016. Резюме. Управление ООН по наркотикам и преступности. URL: http://objects.antiprop.ru/narkotiki03/20160628_wdr2016ru.pdf

114. Volkow ND, Poznyak V, Saxena S et al. Drug use disorders: impact of a publichealth rather than a criminal justice approach. World Psychiatry 2017; 16:213-4.

115. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. Resolution of the United Nations General Assembly. New York: United Nations, 2015.

116. «Проблеми, пов'язані з алкоголем, особливо з його надмірним споживанням, відносяться до найбільш серйозних проблем громадського здоров'я». Резолюція WHA 32.40 Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я. 1979 р.

117. World Health Organization. (2014). Global status report on alcohol and health - 2014, 2014 ed.. World Health Organization. xiv, 86 p. <http://www.who.int/iris/handle/10665/112736>

118. Новая европейская политика здравоохранения: Здоровье- 2020. ЕРБ ВОЗ Копенгаген. 2012. – 125 с.

119. Декларація I Глобальної міністерської конференції щодо здорового способу життя та боротьби з неінфекційними захворюваннями (2011р).

120. Європейська стратегія профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями на 2012–2016 рр.

121. Проблемы общественного здравоохранения, вызываемые вредным употреблением алкоголя. IV резолюция пятьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (Май 2005 г.) WHA58.26

122. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя, 2010 Всемирная организация здравоохранения.

123. Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

124. Наша общая приверженность эффективному решению мировой проблемы наркотиков и борьбе с ней. Заключительный документ специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 2016 года по мировой проблеме наркотиков. Нью-Йорк, 19–21 апреля 2016 года

125. Глобальная комиссия по вопросам наркополитики. На пути реформы наркополитики: новый подход к декриминализации, ноябрь 2016

126. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2017 год

127. Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Всемирный доклад о наркотиках, 2017 год

128. Мировая проблема наркотиков с позиций общественного здравоохранения Всемирная организация здравоохранения Семидесятая сессия всемирной ассамблеи здравоохранения A70/29 Пункт 15.3 предварительной повестки дня 27 марта 2017 г.

129. Європейський план дій по скороченню шкідливого вживання алкоголю на 2012 – 2020 рр.

130. Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ, 2006
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/79397/E88335R.pdf?ua=1

131. Руководство по наркополитике Международного консорциума по наркополитике. Выпуск 1, март 2010
<http://fileserver.idpc.net/library/IDPC%20drug%20policy%20guide%20RU.pdf>

132. Гульдман В. В., Шведова М. В. Психологический анализ мотивообразующих факторов наркотизации подростков Л.: Изд-во Ленинградского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 1991.- 115с.

133. Егорычева И. Д. Психологические особенности личностной направленности подростка и возможности ее коррекции. Автореф. дис. канд. психол. наук. М., 1984. 23с

134. Эльконин Д. Б. Некоторые аспекты психического развития в подростковом возрасте. // Психология подростка. Под ред. Ю. И. Фролова. М.: Роспедагенство, 1997. С.313 - 320.

135. Четвертиков Д. В. Психопатология, клиническая динамика и коррекция аддиктивного поведения подростков, злоупотребляющих опиатами: Дисс. канд. мед наук. Новосибирск, 1997 с. 33-35.

136. Кошкина Е. А., Киржанова В. В. Мониторинг наркологической ситуации на основе данных медицинской статистики и наркологической службы в России // Современные проблемы наркологии / под ред. Н. Н. Иванца - М. - 2005-С.4-21.

137. Ринда Ф.П Здоровий спосіб життя (ЗСЖ) населення України як один із головних чинників протидії поширенню ХНІЗ // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю “Напрямки реалізації Європейської стратегії “Здоров’я 2020 в Україні”, Полтава, 28–30 травня 2014 року. (тези доп.) – С. 78–80

138. Ринда Ф. П. Алкогольна проблема та шляхи вирішення в Україні // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції “Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій”, Херсон, 25–27 червня 2014 р.: тези доп – С. 77 – 80

139. U.S. Preventive Services Task Force. Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement. Am Fam Physician. 2014 Jun 15; 89 (12): online <http://www.aafp.org/afp/2014/0615/od1.html>

140. Дослідження потреб у навчанні серед фахівців, які працюють у сфері надання консультативних, лікувальних або реабілітаційних послуг людям з розладами, пов’язаними із вживанням психоактивних речовин / [С. Глузман, Ю. Пієвська І. Король та ін.]. – К.: Асоціація психіатрів України. 2018 - 40 с.

141. Україна: Національне опитування закладів, що надають лікувально-реабілітаційну допомогу особам з розладами, пов’язаними із вживанням психоактивних речовин / [С. Глузман, І. Король, Ю. Пієвська та ін.]. – К.: Асоціація психіатрів України. 2018 - 47 с

142. Карпінець І. М. Роль сімейного лікаря у своєчасному виявленні проблем, пов’язаних зі вживанням алкоголю / І. М. Карпінець // Україна. Здоров’я нації. – 2015. - №1 (33). – С130-134

143. Іванов В. О. Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб залежних від алкоголю: Науково-методичний

посібник / В. О. Іванов, Ю. М. Безсмертний, Д. Ю. Старков. – К. : ПАТ «Віпол», 2013. — 128 с.

144. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial BMJ 2013; 346 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e8501> (Published 09 January 2013)

145. Рекомендации ВОЗ / Скрининг и краткое вмешательство в проблемы алкоголя в сфере первичной медико-санитарной помощи http://www.who.int/substance_abuse/activities/sbi/en/#

146. Бохан Н. А. Наркологическая ситуация и психическое здоровье населения: региональные тренды десятилетия / Н. А. Бохан, В. Я. Семке, А. И. Мандель // Психическое здоровье. – 2006. – № 1. – С. 32–38.

147. Вієвський А. М. Комплексна багаторівнева система медико-соціальної профілактики вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків як база сучасних медичних освітніх програм у цих напрямках / А. М. Вієвський // Медична освіта. – 2011. – № 4. – С. 97–102.

148. Бурлака В. В. Профілактика поширення наркозалежності серед молоді : навч.-метод. посібник / В. В. Бурлака. – Київ : Герб, 2008. – 224 с.

149. Доклад по проблеме алкоголя в Европейском регионе ВОЗ : исходный документ к основам политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ / [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/Document/RC55/rbd01.pdf>. – Название с экрана.

150. Формування превентивної системи охорони здоров'я / А. В. Магльований, В. Й. Кімакович, Ю. А. Островерха [та ін.] // Управління у державі III тисячоліття II Міжнародна науково-практична конференція. – Львів, 2003. – С. 171–184.

151. Дебер А. Как институт народного здоровья Швеции работает с вопросами предупреждения алкоголизма / А. Дебер // Алкогольная политика в России и Норвегии. – Москва, 2000. – С. 11–19.

152. Декларация «Молодежь и алкоголь» [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/eprise/main/who/AboutWHO/Policy/200302041>. –

Название с экрана.

153. Alcohol and other Drugs Peer Education in Schools: A review for the ACT Alcohol, Tobacco and other Drug Strategy Evaluation Group / Prepared by David McDonald. – 30 September 2004. – 20 p.

154. Принципы индивидуально-личностной и популяционной профилактики развития зависимости от алкоголя у детей и подростков / А. И. Минко, З. Н. Болотова, М. Ю. Игнатов [и др.] // Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні : матеріали республіканської конференції дитячих психіатрів «Реформа психіатричної допомоги дитячому населенню України». – Харків, 1999. – С. 140–144.

155. Пушкарук И. Ю. Семейное пространство: определение, структура, критерии функционирования. Материалы XII международной заочной научно-практической конференции. Научная дискуссия: вопросы педагогики и психологии. Москва, 2013. С. 208–215.

156. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey / [Edited by: Candace Currie , Cara Zanotti , Antony Morgan et al.] – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6), 2012. – 254 p.

157. Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Всемирный доклад о наркотиках, 2017 год (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.17.XI.6). https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Russian.pdf

158. Медико-соціальні аспекти вживання алкоголю населенням та стратегії протидії / Т. С. Грузева, В. А. Дуфинець, В. Б. Замкевич [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію

та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського. – Київ, 2016. – С. 118–127.

159. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського. – Київ, 2016. – 462 с

160. Абшаихова У. А., Сирота Н. А. Клинико-катамнестическое исследование поведения подростков, больных гашишной наркоманией. Саморазрушающее поведение у подростков. Л.: Изд-во Ленингр. психоневрологического ин-та, 1991. С. 72-74.

161. Ринда Ф. П. Нагальні питання проблеми алкоголізації населення України//Главный врач. – 2014. – №5(157). – С. 17–22

162. CW Michael Tam, Andrew Knight, Siaw-Teng Liaw. Alcohol screening and brief interventions in primary care – Evidence and a pragmatic practice-based approach The Royal Australian College of General Practitioners 2016 Volume 45, No.10, 2016 Pages 767-770 <http://www.racgp.org.au/afp/2016/october/alcohol-screening-and-brief-interventions-in-primary-care-evidence-and-a-pragmatic-practice-based-approach/>

163. Angus C, Latimer N, Preston L, Li J and Purshouse R (2014) What are the implications for policy makers? A systematic review of the cost-effectiveness of screening and brief interventions for alcohol misuse in primary care. *Front. Psychiatry* 5:114. <https://DOI.org/10.3389/fpsy.2014.00114>

164. Graeme B. Wilson, Catherine A. Lock, Nick Heather, Paul Cassidy, Marilyn M. Christie, Eileen F.S. Kaner; Intervention against Excessive Alcohol Consumption in Primary Health Care: A Survey of GPs' Attitudes and Practices in England 10 Years On, *Alcohol and Alcoholism*, Volume 46, Issue 5, 1 September 2011, Pages 570–577, <https://doi.org/10.1093/alcalc/agr067>

165. Національне опитування закладів, що надають лікувально-реабілітаційну допомогу особам з розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин / [С.Глузман, І.Король, Ю. Пієвська та ін.]. – К.: Асоціація психіатрів України. 2018 - 47 с.

166. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2013. – 464 с.

167. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 р. / за ред. Квіташвілі О. ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2015. – 472с.

168. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік . – Київ, 2017. – 519 с.

169. Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Всемирный доклад о наркотиках, 2017 год (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.17.XI.6).
https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Russian.pdf

170. Руководство по наркополитике Международного консорциума по наркополитике. Выпуск 1, март 2010
<http://fileserv.idpc.net/library/IDPC%20drug%20policy%20guide%20RU.pdf>

171. Alcohol and inequities Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm Belinda Loring 2014, v + 26 с. World Health Organization 2014
<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/alcohol-and-inequities.-guidance-for-addressing-inequities-in-alcohol-related-harm-2014>

172. Галушко О. Керівництво із застосування схем стимулювання медичних працівників у сфері надання ВІЛ-послуг/ О. Галушко, Г. Слабкий // Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії». Київ, 2018. 45 с.

ДОДАТКИ

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Кручаниця В.В. Характеристика захворюваності та поширеності алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області / В.В.Кручаниця. // Науково-практичний журнал. “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України”. – 2014. – №4(62). – С.60–66.
2. Кручаниця В.В. Характеристика кадрового забезпечення наркологічної служби Закарпатської області /В.В.Кручаниця. // Науково-практичний журнал. “Україна. Здоров’я нації”. – 2015. – №1(33). – С.72–75.
3. Кручаниця В.В. Смертність населення Закарпатської області внаслідок вживання алкоголю / В.В.Кручаниця. // Науково-практичний журнал. “Україна. Здоров’я нації”. – 2015. – №2(34). – С.59–62.
4. Кручаниця В.В. Методичні підходи до розробки та впровадження регіональних цільових антиалкогольних програм / В.В.Кручаниця // Науково-практичний журнал “Україна. Здоров’я нації”. – 2016. – №4(40), – С.167–170.
5. Кручаниця В.В. Антиалкогольна робота лікаря загальної практики-сімейного лікаря / В.В.Кручаниця // Науково-практичний журнал. “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України”. – 2016. – №3(69). – С.22–26.
6. Кручаниця В.В. Значення раннього виявлення сімейними лікарями та лікарями загальномедичної практики осіб, які зловживають алкогольними напоями / В.В.Кручаниця // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія “Медицина”. – 2001. – вип.16. – С.48–49.
7. Kruchanytsya V.V. The level of distribution and trends in the use of alcoholic beverages among schoolchildren and students of transcarpathia/ G.O. Slabkiy, V.V. Kruchanytsya, L.A.Kachala // "THE UNITY OF SCIENCE" / International scientific professional periodical journal Vienna, Austria, February. – 2016 – С. 296–298

8. Кручаниця В.В. Результати соціологічного дослідження серед медичних працівників оцінки ефективності антиалкогольної роботи та шляхів її оптимізації / І.С. Миронюк, В.В.Кручаниця, Г.О.Слабкий // Економіка і право охорони здоров'я. – 2017. – №2. – С. 51–57

9. Кручаниця В.В. Детермінанти зловживання алкоголем населенням Закарпаття / В.В.Кручаниця //Науково-практичний журнал. “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України”. – 2016. – №4(70). – С. 18–22

10. Кручаниця В.В. Організація замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків у Закарпатській області / В.В. Кручаниця, І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий // “Україна. Здоров'я нації”. – 2018. – №1 (47). – С. 57–61.

11. Кручаниця В.В. Враженість населення Закарпатської області алкоголем та наркотиками / В.В. Кручаниця, І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий //Wiadomości Lekarskie (Польща). – 2018. – Tom LXXI, № 5. – С. 1245–1249.

12. Кручаниця В.В. Характеристика розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області / В.В. Кручаниця // Науково-практичний журнал. “Україна. Здоров'я нації.” – 2017. – №4/1(46). – С.73–79

13. Кручаниця В.В. Стан і проблеми наркоманії та алкоголізації населення / Ф.П. Ринда, В.В. Кручаниця // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік [Монографія] за ред. О. С. Мусія. 2014. К.,– С. 114–129

Опубліковані наукові праці апробаційного характеру

14. Кручаниця В.В. Щодо кримінальних правопорушень, які вчинені жителями Закарпатської області в стані алкогольного, наркотичного, токсичного або психотропного сп'яніння / В.В. Кручаниця, І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий // Матеріали VII Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» (м. Київ, 25-27 квітня 2018 року). – С. 11

15. Кручаниця В.В. До питання впливу соціальних детермінант на стан психічного здоров'я населення / Н.С. Защик, Р.А. Абрахімов, В.В. Кручаниця // XII з'їзд ВУЛТ "Українські медичні вісті". – січень-грудень 2013. Том 10, Число 1-4 (76–79) – С.210.

16. Кручаниця В.В. Функції сімейних лікарів з профілактики порушень психіки і поведінки та алкоголізму / Н.С.Защик, В.В. Кручаниця // Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю "Організація і управління охороною здоров'я 2015". 20-21 жовтня 2015 року, м. Київ. - С.38-39

17. Кручаниця В.В. Щодо тягаря проблем в Україні, пов'язаних зі споживанням алкоголю / Г.О. Слабкий, В.В. Кручаниця, А.Г. Круть / Матеріали міжнародної науково-практичної конференції "Можливості превентивного та лікувального впливу на соціально-значимі захворювання в закладах первинної медико-санітарної допомоги". 12-13 квітня 2016 року, м. Ужгород // Україна. Здоров'я нації. - 2016. – №1-2(37-38) – тези доп – С. 258–259

18. Кручаниця В.В. Результати соціологічного серед організаторів охорони здоров'я з питань організації антиалкогольної роботи/ Г.О.Слабкий, І.С.Миронюк, В.В.Кручаниця // Збірник тез наукових робіт Міжнародної НПК "Сучасні погляди на актуальні питання теоретичної, експериментальної та практичної медицини". 15-16 грудня 2017 року, м. Одеса, – С. 91–97

19. Кручаниця В.В. Актуальні питання розробки та впровадження антиалкогольних регіональних цільових програм / Г.О.Слабкий, І.С.Миронюк, В.В. Кручаниця, Л.О.Качала // Тези доповідей 71-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, м. Ужгород. – 26.02. 2017р. – С.59–60.

20. Кручаниця В.В. Аналіз результатів соціологічного дослідження серед осіб, що зловживають алкоголем з оцінки діяльності наркологічної служби та перспектив оптимізації її діяльності / Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В.В. Кручаниця // Вітчизняна та світова медицина в умовах сучасності: Збірник

матеріалів міжнародної науково-практичної конференції, м. Дніпро, 12-13 січня 2018 року. – м. Дніпро: Організація наукових медичних досліджень “Salutem”, 2018. – С. 106–108.

21. Кручаниця В.В. Законодавче визначення впровадження замісної терапії споживачам ін'єкційних наркотиків в Україні/ Г.О.Слабкий, І.С.Миронюк, В.В.Кручаниця // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня Здоров'я 2018 р. “Загальне охоплення послугами охорони здоров'я - для всіх і всюди” м. Київ, 05–06 квітня 2018 р. – К., 2018. С. 80–83

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертаційної роботи

22. Кручаниця В.В. Основи здорового способу життя. Навчальний посібник / М.І.Кручаниця, В.В.Кручаниця, К.П.Мелега, О.А.Дуло, Н.В.Розумикова. м. Ужгород. 2016. – 264 с.

23. Кручаниця В.В. Антиалкогольна робота лікаря загальної практики-сімейного лікаря (методичні рекомендації) // Методичні рекомендації/ Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В.В. Кручаниця – м. Київ, 2016.–21 с.

24. Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я. / Г.О. Слабкий, В.В. Шафранський, І.С. Миронюк, В. В. Кручаниця // Методичні рекомендації – К., 2016. – 20 с.

25. Функціонально-організаційна оптимізована модель наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні. Методичні рекомендації // І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий, В.В.Кручаниця. м. Київ, 2018 – 40 с.

26. Кручаниця В.В. Модель профілактичної роботи з вживання наркотиків та психотропних речовин на первинному рівні медичної допомоги / Г.О. Слабкий, В.В. Кручаниця, О.В. Олексієнко, А.Є. Горбань, О.М. Дзюба, Ф.П. Ринда // Реєстр галузевих нововведень. № 354/1/14, С. 215–216

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

АНКЕТА
вивчення рівня та причин вживання підлітками та молоддю алкогольних напоїв

Проводиться вивчення рівня та причин вживання підлітками та молоддю алкогольних напоїв. Просимо Вас відповісти на питання анкети. Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас, як автора відповідей зроблено не буде. Результати анкетування будуть використані в узагальненому виді з метою розробки оптимальних шляхів підвищення доступності та ефективності медичної допомоги особам, що зловживають алкоголем. Участь у дослідженні є добровільною.

Просимо вас відповідально віднестися до надання відповідей на питання анкети. Від якості Ваших відповідей буде залежати якість розробки заходів з оптимізації профілактики зловживанням алкоголем.

Дякуємо за порозуміння.

I. Просимо відповісти на загальні питання анкети

1.1. Ваш соціальний статус: учень школи, студент коледжу, студент ВУЗу (підкресліть).

1.2. Місце проживання: село, місто (підкресліть).

1.3. Ваша стать: чоловік, жінка (підкресліть).

1.4. Ваш вік: _____ (впишіть).

1.5. Сімейний стан: маю сім'ю, живу один, живу з батьками, проживаю в гуртожитку (підкресліть).

1.6. Економічний стан: живу в повному достатку, маю все необхідне для життя, можу придбати тільки вкрай необхідне для життя, не можу придбати навіть вкрай необхідного, живу в борг (підкресліть).

II. Просимо відповісти на питання, які стосуються вживання алкоголю:

2.1. В якому віці Ви перший раз вживали алкогольні напої: _____ впишіть.

2.2. Хто в перший раз угостив Вас алкогольними напоями: друзі, знайомі, батько, мати, дід, бабуся, брат, сестра, інші особи (підкреслити).

2.3. В якому віці Ви стали регулярно вживати алкогольні напої: _____
впишіть.

2.4. Що стало причиною регулярного вживання алкогольних напоїв:

- за компанію, щоб бути дорослішим, під натиском, інше

_____ впишіть

2.5. Чи вживали Ви алкогольні напої за останні 30 днів: так, ні

2.6. Якщо вживали, то які алкогольні напої: віски, водку, кон'як, вино,
шампанське, слабо алкоголі напої, пиво

2.7. У якому віці Ви вперше відчули почуття сп'яніння:

_____ впишіть.

Дякуємо за відповіді. Бажаємо доброго здоров'я.

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

АНКЕТА

вивчення причин зловживання алкоголем населення Закарпатської області

Шановні респонденти!

Проводиться вивчення зловживання алкоголем населення Закарпатської області. Просимо Вас відповісти на питання анкети. Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас, як автора відповідей зроблено не буде. Результати анкетування будуть використані в узагальненому виді з метою розробки оптимальних шляхів проведення антиалкогольної роботи. Участь у дослідженні є добровільною.

Просимо вас відповідально віднестися до надання відповідей на питання анкети. Від якості Ваших відповідей буде залежати якість розробки заходів з оптимізації антиалкогольної роботи в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини.

Кожну позицію анкети просимо оцінити за 10 бальною шкалою. Десятибальна оцінка вказує на те, що дана ознака є найбільшою причиною зловживання алкоголем.

Дякуємо за порозуміння.

III. Просимо відповісти на загальні питання анкети

3.1. Місце проживання: село, місто

3.2. Рівень освіти: неповна середня, середня, середня-спеціальна, вища.

3.3. Соціальний статус: студент, приватний підприємець, працівник, державний службовець, пенсіонер, інвалід, безробітний, інше

3.4. Ваша стать: чоловік, жінка (підкресліть).

3.5. Ваш вік: до 30 років, 30-50 років, 50-60 років, старше 60 років (підкресліть).

3.6. Стаж роботи організатором охорони здоров'я: до 1 року, 1-5 років, 5-10 років, 10-15 років, 15-20 років, більше 20 років (підкресліть).

Просимо оцінити вплив соціальних детермінант на зловживання алкоголем

Соціальні детермінанти	Оцінка в балах
Безробіття	
Самотність	
Несприятливий психологічний клімат в сім'ї. Конфліктна сім'я.	
Відсутність постійного місця проживання	

Трудова міграція	
Несприятливі умови проживання: до 5 кв. м на члена сім'ї без зручностей.	
Робота на керівних посадах	
Повна сім'я з проблемними дітьми	
Наявність в сім'ї осіб які потребують постійного догляду при відсутності відповідних житлових та побутових умов	
Робота приватним підприємцем	

Просимо оцінити вплив деяких медичних детермінант на зловживання алкоголем

Медичні детермінанти	Оцінка в балах
ВІЛ-інфікований	
Хворий на туберкульоз	
Хворий на злоякісне новоутворення	
Інвалід у осіб працездатного віку	

Просимо оцінити вплив деяких економічних детермінант на зловживання алкоголем

Економічні детермінанти	Оцінка в балах
Недостатність фінансів на найважливіші потреби родини	
Непостійний заробіток	
Постійно має при собі надлишкові гроші	
Великі нетрудові доходи	

Дякуємо за відповіді.

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

АНКЕТА

вивчення оцінки лікарями-наркологами стану наркологічної допомоги населення та їх відношення до оптимізації антиалкогольної роботи в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини

Шановні лікарі-наркологи!

Проводиться вивчення оцінки лікарями-наркологами стану наркологічної допомоги населення та їх відношення до оптимізації антиалкогольної роботи в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини. Просимо Вас відповісти на питання анкети. Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас, як автора відповідей зроблено не буде. Результати анкетування будуть використані в узагальненому виді з метою розробки оптимальних шляхів проведення антиалкогольної роботи. Участь у дослідженні є добровільною.

Просимо вас відповідально віднестися до надання відповідей на питання анкети. Від якості Ваших відповідей буде залежати якість розробки заходів з оптимізації антиалкогольної роботи в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини.

Дякуємо за порозуміння.

IV. Просимо відповісти на загальні питання анкети

4.1. Місце Вашої роботи: наркологічний диспансер, ЦРЛ, МЛ, інше (підкресліть).

4.2. Рівень медичної допомоги, яку надає Ваш заклад охорони здоров'я: вторинний, третинний (підкресліть).

4.3. Ви надаєте : амбулаторну, стаціонарну допомогу (підкресліть).

4.4. Ваша стать: чоловік, жінка (підкресліть).

4.5. Ваш вік: до 30 років, 30-50 років, 50-60 років, старше 60 років (підкресліть).

4.6. Стаж роботи лікарем-наркологом: до 1 року, 1-5 років, 5-10 років, 10-15 років, 15-20 років, більше 20 років (підкресліть).

4.7. Наявність кваліфікаційної категорії з організації охорони здоров'я: вища, перша, друга, не маю (підкресліть).

V. Просимо відповісти на питання, які стосуються Вашої професійної діяльності:

5.1. Чи задоволені Ви умовами праці: так, ні, частково задоволений (підкресліть).

5.2. Чи маєте Ви можливості в повній мірі використовувати свої знання та вміння: так, ні, частково (підкресліть).

5.3. Чи вважаєте Ви свою професійну антиалкогольну діяльність ефективною (підкресліть).

5.4. Чи всі особи, які зловживають алкоголем в регіоні знаходяться на обліку в наркологічній службі: так, ні (підкресліть).

5.5. Чи застосовує наркологічна служба свої можливості в профілактичній антиалкогольній роботі: так, ні (підкресліть).

5.6. Чи маєте Ви можливості посилити профілактичну антиалкогольну роботу серед підлітків та молоді: так, ні (підкресліть).

5.7. Чи маєте Ви доступ до сучасної наукової інформації з питань антиалкогольної діяльності: так, ні (підкресліть).

5.8. Чи задовольняє Вас рівень післядипломної підготовки: так, ні (підкресліть).

5.8.1. Чи маєте Ви необхідні матеріально-технічні ресурси для виконання свої професійних обов'язків: *так, ні, не визначився.*

VI. Чи задовольняє Вас рівень діяльності наркологічної служби:

3.1. На рівні регіону: так, ні, не визначився;

3.2. На рівні адміністративної території: *так, ні, не визначився.*

VII. Чи задовольняє потреби населення існуюча система медичної допомоги з проблем алкоголізації:

4.1. На рівні регіону: *так, ні, не визначився.*

4.2. На рівні адміністративної території: *так, ні, не визначився.*

У. Просимо Вас вказати, чи підтримуєте Ви наступні заходи з антиалкогольної роботи в умовах реформування системи охорони здоров'я (Поставте + проти вибраної Вами позиції)

Заходи	Підтримую	Не підтримую	Не визначився
Залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до активної антиалкогольної роботи	Підтримую		

Розробка регіональних міжсекторальних програм антиалкогольної спрямованості	Підтримую		
Розробка міжсекторальних програм антиалкогольної спрямованості на рівні громади	Підтримую		
Розробка в рамках системи громадського здоров'я комплексних регіональних програм профілактики зловживання молоддю та підлітками алкогольних напоїв	Підтримую		
Розробка в рамках системи громадського здоров'я комплексних програм профілактики зловживання молоддю та підлітками алкогольних напоїв на рівні громад	Підтримую		

Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему на рівні громади	Підтримую		
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему на рівні сімей	Підтримую		
Індивідуальна інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему	Підтримую		
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему з групами підвищеного ризику вживання алкоголю	Підтримую		
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему в навчальних закладах	Підтримую		
Організація сімейним лікарем роботи школи здоров'я «Тверезе життя»	Підтримую		
Створення психореабілітаційних амбулаторних центрів за місцем роботи або на базі сімейних амбулаторій	Підтримую		
Запровадження руху в молодіжному середовищі за принципом «Рівний рівному»	Підтримую		
Диспансерний нагляд сімейними лікарями за особами, що зловживають алкоголем за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом	Підтримую		
Міжсекторальний підхід до антиалкогольної діяльності на рівні громади	Підтримую		
Лікування сімейним лікарем осіб, що зловживають алкоголем за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом	Підтримую		
Залучення до антиалкогольної діяльності церкви	Підтримую		
Психологічна підтримка сімейними лікарями членів сімей осіб, що зловживають алкогольними напоями	Підтримую		

Виявлення сімейними лікарями осіб, що схильні до зловживання алкогольними напоями та проведення з ними індивідуальної психореабілітаційної роботи по недопущенню залежності	Підтримую		
---	-----------	--	--

УІ. Чи визначаєте Ви проблему зловживання населенням алкоголю для Вашої адміністративної території актуальною: так, ні, не визначився (підкресліть).

УІІ. Чи визначаєте Ви зловживання алкоголю молоддю та підлітками для Вашої адміністративної території, в якості актуальної проблеми: так, ні, не визначився (підкресліть).

Дякуємо Вас за відповіді.

Бажаємо доброго здоров'я.

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

АНКЕТА

**вивчення відношення організаторів охорони здоров'я до оптимізації
антиалкогольної роботи в умовах пріоритетного розвитку первинної
медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-
сімейної медицини**

Шановні організатори охорони здоров'я!

Проводиться вивчення відношення організаторів охорони здоров'я до оптимізації антиалкогольної роботи в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини. Просимо Вас відповісти на питання анкети. Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас, як автора відповідей зроблено не буде. Результати анкетування будуть використані в узагальненому виді з метою розробки оптимальних шляхів проведення антиалкогольної роботи. Участь у дослідженні є добровільною.

Просимо вас відповідально віднестися до надання відповідей на питання анкети. Від якості Ваших відповідей буде залежати якість розробки заходів з оптимізації антиалкогольної роботи в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини.

Дякуємо за порозуміння.

VIII. Просимо відповісти на загальні питання анкети

8.1. Ваша посада: головний лікар, заступник головного лікаря, завідувач відділенням (підкресліть).

8.2. Місце Вашої роботи: Центр ПМСД, РЛ, ЦРЛ, МЛ, обласна лікарня, диспансер, інше (підкресліть).

8.3. Рівень медичної допомоги, яку надає Ваш заклад охорони здоров'я: первинний, вторинний, третинний, екстрена медична допомога.

8.4. Ваша стать: чоловік, жінка (підкресліть).

8.5. Ваш вік: до 30 років, 30-50 років, 50-60 років, старше 60 років (підкресліть).

8.6. Стаж роботи організатором охорони здоров'я: до 1 року, 1-5 років, 5-10 років, 10-15 років, 15-20 років, більше 20 років (підкресліть).

8.7. Наявність кваліфікаційної категорії з організації охорони здоров'я: вища, перша, друга, не маю (підкресліть).

IX. Просимо відповісти на питання, які стосуються Вашої професійної діяльності:

9.1. Чи надає Ваш заклад охорони здоров'я медичну допомогу особам, що зловживають алкогольні напої:

9.1.1. Надає ургентну стаціонарну медичну допомогу: так, ні, не визначився;

9.1.2. Надає планову амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу з причини безпосереднього зловживання алкоголем: так, ні, не визначився;

9.1.3. Надає планову амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу з причини до яких привело зловживання алкоголем: так, ні, не визначився;

9.1.4. Надає планову стаціонарну медичну допомогу з причини безпосереднього зловживання алкоголем: так, ні, не визначився;

9.1.5. Надає планову стаціонарну медичну допомогу з причини до яких привело зловживання алкоголем: так, ні, не визначився;

9.1.6. Проводить профілактичну роботу з пацієнтами: так, ні, не визначився;

9.1.7. Проводить профілактичну роботу серед населення: так, ні, не визначився;

9.1.8. Проводить профілактичну роботу серед підлітків та молоді: так, ні, не визначився.

9.2. Чи має Ваш заклад охорони здоров'я необхідні ресурси для надання медичної допомоги особам, що зловживають алкогольні напої:

9.2.1. Маються кваліфіковані лікарі: так, ні, не визначився;

9.2.2. Маються кваліфіковані середні медичні працівники: так, ні, не визначився;

9.2.3. Маються необхідні матеріально-технічні ресурси: так, ні, не визначився.

X. Чи задовольняє Вас рівень діяльності наркологічної служби:

3.1. На рівні регіону: так, ні, не визначився;

3.3. На рівні адміністративної території: так, ні, не визначився.

XI. Чи задовольняє потреби населення існуюча система медичної допомоги з проблем алкоголізації:

4.1. На рівні регіону: так, ні, не визначився;

4.2. На рівні адміністративної території: так, ні, не визначився.

У. Просимо Вас вказати, чи підтримуєте Ви наступні заходи з антиалкогольної роботи в умовах реформування системи охорони здоров'я (Поставте + проти вибраної Вами позиції)

Заходи	Підтримую	Не підтримую	Не визначився
Залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до активної антиалкогольної роботи	+		
Розробка регіональних міжсекторальних програм антиалкогольної спрямованості	+		
Розробка міжсекторальних програм антиалкогольної спрямованості на рівні громади			
Розробка в рамках системи громадського здоров'я комплексних регіональних програм профілактики зловживання молоддю та підлітками алкогольних напоїв	+		
Розробка в рамках системи громадського здоров'я комплексних програм профілактики зловживання молоддю та підлітками алкогольних напоїв на рівні громад			
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему на рівні громади			
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему на рівні сімей	+		
Індивідуальна інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему	+		
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему з групами підвищеного ризику вживання алкоголю	+		
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему в навчальних закладах	+		
Організація сімейним лікарем роботи школи здоров'я «Тверезе життя»	+		

Створення психореабілітаційних амбулаторних центрів за місцем роботи або на базі сімейних амбулаторій			
Запровадження руху в молодіжному середовищі за принципом «Рівний рівному»			
Диспансерний нагляд сімейними лікарями за особами, що зловживають алкоголем за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом	+		
Міжсекторальний підхід до антиалкогольної діяльності на рівні громади			
Лікування сімейним лікарем осіб, що зловживають алкоголем за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом	+		
Залучення до антиалкогольної діяльності церкви			
Психологічна підтримка членів сімей осіб, що зловживають алкогольними напоями			
Виявлення осіб, що схильні до зловживання алкогольними напоями та проведення з ними індивідуальної психореабілітаційної роботи по недопущенню залежності	+		

УІ. Чи визначаєте Ви проблему зловживання населенням алкоголю для Вашої адміністративної території актуальною: так, ні, не визначився (підкресліть).

УІІ. Чи визначаєте Ви зловживання молоддю та підлітками алкоголю для Вашої адміністративної території, в якості актуальної проблеми: так, ні, не визначився (підкресліть).

Дякуємо за участь в дослідженні.

*Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України***А Н К Е Т А**

опитування сімейних лікарів з вивчення можливої організації антиалкогольної роботи на первинному рівні надання медичної допомоги.

Шановні сімейні лікарі!

Проводиться вивчення відношення сімейних лікарів до оптимізації антиалкогольної роботи в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини. Просимо Вас відповісти на питання анкети. Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас, як автора відповідей зроблено не буде. Результати анкетування будуть використані в узагальненому виді з метою розробки оптимальних шляхів проведення антиалкогольної роботи. Участь у дослідженні є добровільною.

Просимо вас відповідально віднестися до надання відповідей на питання анкети. Від якості Ваших відповідей буде залежати якість розробки заходів з оптимізації антиалкогольної роботи в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини.

Дякуємо за порозуміння.

I. Укажіть будь-ласка, наступні дані:

Ви працюєте в: міській, сільській місцевості;

Ваш вік: ____ років;

Ваша стать: чоловік, жінка;

Лікарський стаж: ____ років;

Лікарська кваліфікаційна категорія: вища, перша, друга, сертифікат лікаря, не атестований.

II. Просимо відповісти на питання:

2.1. Чи звертаються до Вас пацієнти з проблемами зловживання алкогольними напоями: **так , ні**

2.2. Чи звертаються до Вас члени сімей осіб, що зловживають алкогольними напоями: **так , ні**

2.3. Чи надавали Ви невідкладну допомогу при гострих отруєннях алкоголем: **так , ні**

2.4. Чи надавали Ви невідкладну допомогу при гострих психозах, які пов'язані з зловживанням алкоголю: **так , ні**

2.5. Чи проведете Ви заходи з профілактики зловживання алкоголем на рівні громади: **так , ні**

2.6. Чи проведете Ви заходи з профілактики зловживання алкоголем на рівні сімей: **так , ні**

2.7. Чи проведете Ви заходи з профілактики зловживання алкоголем індивідуального характеру: **так , ні**

2.8. Чи проведете Ви заходи з профілактики зловживання алкоголем в навчальних закладах: **так , ні**

III. Оцініть будь – ласка (необхідне підкресліть):

3.1. Рівень Вашої теоретичної підготовки для організації антиалкогольної роботи:

3.1.1. Достатній;

3.1.2. Не достатній;

3.1.3. Не визначився.

3.2. Рівень Вашої практичної підготовки для організації антиалкогольної роботи:

3.2.1. Достатній;

3.2.2. Не достатній;

3.2.3. Не визначився.

3.3. Рівень методичного забезпечення:

3.3.1. Достатній;

3.3.2. Не достатній;

3.3.3. Не визначився.

3.4. Рівень матеріально - технічного забезпечення амбулаторії в якій Ви працюєте:

3.4.1. Достатній;

3.4.2. Не достатній;

3.4.3. Не визначився.

3.5. Під час проходження спеціалізації чи розглядаються питання антиалкогольної роботи на первинному рівні:

так ні

3.6. Під час проходження ПАЦ чи розглядаються питання антиалкогольної роботи на первинному рівні:

так ні

3.7. Укажіть джерела отримання інформації з сучасних методик антиалкогольної роботи на первинному рівні медичної допомоги (підкреслити):

3.7.1. Спеціальні видання;

3.7.2. Клінічні протоколи, що затверджені МОЗ;

3.7.3. Монографії

3.7.4. Наукові журнали

3.7.5. Курси тематичного удосконалення;

3.7.6. Інтернет

3.7.7. Не отримую

3.8. Чи маєте Ви час для профілактичної антиалкогольної роботи та раннього виявлення осіб, що схильні до формування алкогольної залежності:

3.8.1. Достатній;

3.8.2. Не достатній;

3.8.3. Не визначився.

3.9. Чи в змозі медичні сестри виконувати Ваші призначення з профілактичної антиалкогольної роботи та раннього виявлення осіб, що схильні до формування алкогольної залежності:

так ні

3.10. Якщо «ні», вказати чому

3.11. Як Ви вважаєте, на первинному рівні медичної допомоги чи повинна проводитися профілактична антиалкогольна робота та раннє виявлення осіб, що схильні до формування алкогольної залежності:

так ні не визначився

ІУ. Просимо Вас вказати, чи підтримуєте Ви наступні заходи з антиалкогольної роботи в умовах реформування системи охорони здоров'я (Поставте + проти вибраної Вами позиції)

Заходи	Підтримую	Не підтримую	Не визначився
Залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до активної антиалкогольної роботи			
Розробка регіональних міжсекторальних програм антиалкогольної спрямованості			
Розробка міжсекторальних програм антиалкогольної спрямованості на рівні громади			
Розробка в рамках системи громадського здоров'я комплексних регіональних програм профілактики зловживання молоддю та підлітками алкогольних напоїв			
Розробка в рамках системи громадського здоров'я комплексних			

програм профілактики зловживання молоддю та підлітками алкогольних напоїв на рівні громад			
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему на рівні громади			
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему на рівні сімей			
Індивідуальна інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему			
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему з групами підвищеного ризику вживання алкоголю			
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему в навчальних закладах			
Організація сімейним лікарем роботи школи здоров'я «Тверезе життя»			
Створення психореабілітаційних амбулаторних центрів за місцем роботи або на базі сімейних амбулаторій			
Запровадження руху в молодіжному середовищі за принципом «Рівний рівному»			
Диспансерний нагляд сімейними лікарями за особами, що зловживають алкоголем за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом			
Міжсекторальний підхід до антиалкогольної діяльності на рівні громади			
Лікування сімейним лікарем осіб,			

що зловживають алкоголем за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом			
Залучення до антиалкогольної діяльності церкви			
Психологічна підтримка сімейним лікарем членів сімей осіб, що зловживають алкогольними напоями			
Виявлення сімейного лікаря осіб, що схильні до зловживання алкогольними напоями та проведення з ними індивідуальної психореабілітаційної роботи по недопущенню залежності			

УІ. Чи визначаєте Ви проблему зловживання населенням алкоголю для Вашої адміністративної території актуальною: так, ні, не визначився (підкресліть).

УІІ. Чи визначаєте Ви зловживання молоддю та підлітками алкоголю для Вашої адміністративної території, в якості актуальної проблеми: так, ні, не визначився (підкресліть).

УІІІ. Що Вам необхідно для ефективної антиалкогольної роботи:

Пропозиція	Так	Ні
Спеціальне навчання		
Забезпечення комп'ютером та доступом до Інтернет		
Методичне забезпечення		
Рівень доплат (вказати який)		
Консультація лікаря-нарколога в необхідних випадках		
Введення в сімейній амбулаторії посади психолога		
Створення при обласному наркологічному диспансері безоплатного, телефонного, постійно діючого сайту психологічної підтримки		
Інше, впишіть		

Дякуємо за заповнену анкету. Бажаємо успіхів!

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

АНКЕТА

вивчення рівня доступності медичної допомоги особам, що зловживають алкоголем та їх відношення до оптимізації антиалкогольної роботи в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини

Проводиться вивчення рівня доступності медичної допомоги особам, що зловживають алкоголем та відношення до оптимізації антиалкогольної роботи в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини. Просимо Вас відповісти на питання анкети. Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас, як автора відповідей зроблено не буде. Результати анкетування будуть використані в узагальненому виді з метою розробки оптимальних шляхів підвищення доступності та ефективності медичної допомоги особам, що зловживають алкоголем. Участь у дослідженні є добровільною.

Просимо вас відповідально віднестися до надання відповідей на питання анкети. Від якості Ваших відповідей буде залежати якість розробки заходів з оптимізації антиалкогольної роботи в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини.

Дякуємо за порозуміння.

ХІІ. Просимо відповісти на загальні питання анкети

12.1. Ваш соціальний статус: працюю, безробітний, підприємець, інвалід, студент, пенсіонер, інше (підкресліть).

12.2. Місце проживання: село, місто (підкресліть).

12.3. Ваша стать: чоловік, жінка (підкресліть).

12.4. Ваш вік: до 20 років, 20- 30 років, 30-50 років, 50-60 років, старше 60 років (підкресліть).

12.5. Сімейний стан: маю сім'ю, маю дітей, живу один, живу з батьками, не маю постійного місця проживання (підкресліть).

12.6. Економічний стан: живу в повному достатку, маю все необхідне для життя, можу придбати тільки вкрай необхідне для життя, не можу придбати навіть вкрай необхідного для життя, живу в борг (підкресліть).

ХІІІ. Просимо відповісти на питання, які стосуються зловживання алкоголем:

13.1. В якому віці Ви перший раз вживали алкогольні напої: _____
впишіть.

13.2. Хто в перший раз угостив Вас алкогольними напоями: друзі, знайомі, батько, мати, дід, бабуся, брат, сестра, інші особи (підкреслити).

13.3. В якому віці Ви стали регулярно вживати алкогольні напої: _____
впишіть.

13.4. Що стало причиною регулярного вживання алкогольних напоїв:
- за компанію, щоб бути дорослішим, під натиском, інше
_____ впишіть

13.5. В якому віці Ви відчули залежність від алкоголю _____
впишіть.

13.6. Чи було у Вас раніше бажання позбавитися залежності від алкоголю: так, ні (підкресліть).

13.7. Чи лікувалися Ви від залежності від алкоголю: так, ні.

13.8. Чи бажаєте Ви в теперішній час позбавитися залежності від алкоголю: так, ні.

13.9. Як вплинуло зловживання алкоголю на якість Вашого життя: негативно, позитивно (підкресліть).

13.10. Як вплинуло зловживання алкоголю на Ваш економічний стан: негативно, позитивно (підкресліть).

13.11. Чи жалкуєте Ви, що зловживаєте алкоголем: так, ні (підкресліть).

XIV. Як Ви оцінюєте доступність та якість медичної допомоги:

14.1. Можу звернутися за медичною допомогою до лікаря-нарколога коли мені треба: так, ні (підкресліть).

14.2. Звертаюся до лікаря-нарколога тільки за викликом: так, ні (підкресліть).

14.3. Я завжди отримую медичну допомогу якої потребую: так, ні (підкресліть).

14.4. При зверненні за медичною допомогою до лікаря-нарколога мене не принижують: так, ні (підкресліть).

14.5. При зверненні за медичною допомогою до лікарні мене не принижують: так, ні (підкресліть).

14.6. Із за свого статусу я не можу звернутися за медичною допомогою за місцем проживання: так, ні (підкресліть).

14.7. Медичну допомогу в лікарні за місцем проживання я отримую безоплатно: так, ні (підкресліть).

14.8. Медичну допомогу у лікаря-нарколога я отримую безоплатно: так, ні (підкресліть).

14.9.Я не звертаюся за медичною допомогою із за браку особистих коштів: так, ні (підкресліть).

14.10.Доступність наркологічної медичної допомоги я вважаю достатньою: так,ні (підкресліть).

14.11.Якість медичної допомоги я вважаю: достатньою, низькою (підкресліть).

XV.Чи задовольняє Вас рівень діяльності наркологічної служби:

так, ні, не визначився;

XVI.Чи задовольняє Ваші потреби існуюча система медичної допомоги з проблем алкоголізації:

так, ні, не визначився;

УІ. Просимо Вас вказати, чи підтримуєте Ви наступні заходи з антиалкогольної роботи в умовах реформування системи охорони здоров'я (Поставте + проти вибраної Вами позиції)

Заходи	Підтримую	Не підтримую	Не визначився
Залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до активної антиалкогольної роботи			
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему на рівні громади			
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему на рівні сімей			
Індивідуальна інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему			
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему з групами підвищеного ризику вживання алкоголю			
Інформаційно-просвітницька робота сімейного лікаря на антиалкогольну тему в навчальних закладах			
Організація сімейним лікарем роботи школи здоров'я «Тверезе			

життя»			
Створення психореабілітаційних амбулаторних центрів за місцем роботи або на базі сімейних амбулаторій			
Запровадження руху в молодіжному середовищі за принципом «Рівний рівному»			
Диспансерний нагляд сімейними лікарями за особами, що зловживають алкоголем за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом			
Міжсекторальний підхід до антиалкогольної діяльності на рівні громади			
Лікування сімейним лікарем осіб, що зловживають алкоголем за програмою, розробленою сумісно з лікарем наркологом			
Залучення до антиалкогольної діяльності церкви			
Психологічна підтримка сімейним лікарем членів сімей осіб, що зловживають алкогольними напоями			
Виявлення осіб, що схильні до зловживання алкогольними напоями та проведення з ними індивідуальної психореабілітаційної роботи по недопущенню залежності			

VI. Чи готові Ви проводити роботу серед молоді з профілактики вживання алкоголю: так, ні, не визначився (підкресліть).

Дякуємо Вас за відповіді. Бажаємо доброго здоров'я.

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

А Н К Е Т А

Експертної оцінки оптимізованої функціонально-організаційної моделі
наркологічної допомоги населенню в умовах реформування галузі охорони
здоров'я

Шановні експерти!

Просимо Вас оцінити оптимізовану функціонально-організаційну модель наркологічної допомоги населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я та її складові.

Кожну позицію просимо оцінити за 10 бальною системою. 10 балів – це найвища оцінка, а 0 балів – це повне неприйняття інновації.

Інновація	Оцінка в балах
Оптимізована функціонально-організаційна модель наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я	
Амбулаторно-поліклінічні центри (кабінети) медико-соціальної реабілітації з партнерськими відвідуваннями	
Сайти ЗПТ на базі сімейних амбулаторій	
Підвищення ролі сім'ї в профілактичній роботі	
Корисна занятість дітей та молоді	
Алгоритм впровадження функціонально-організаційної оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному	
Алгоритм створення сайту ЗПТ на базі сімейної амбулаторії	
Мотиваційні механізми для медичних працівників загальної мережі та ПМСД	
Забезпечення ЗПТ є функцією сімейного лікаря та сімейної медичної сестри	

Подолання (мінімізація) стигми та дискримінації по відношенню до осіб, які вживають ПАР і зловживають та залежні від алкоголю	
Система електронно-інформаційного забезпечення діяльності наркологічної служби на рівні регіону	

Дякуємо за проведену експертизу.



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01021, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,
web: <http://www.moz.gov.ua>, код ЄДРПОУ 00012925

05.05.2014 № 18/1

На № _____ від _____

Довідка

Видана пошукувачу ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» **Кручаниці Василю Васильовичу** в тому, що він приймав участь у розробці наступних законодавчих актів:

Наказ МОЗ України від 05.10.2011 № 646 "Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та містах Києві та Львові» (Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах; Порядок медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги; Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; Порядок розміщення та розрахунок кількості бригад швидкої медичної допомоги".

Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 735 "Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування"

Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи»

Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 132 «Про затвердження Примірного таблиця оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»

Наказ МОЗ України від 28.07.2011 № 443 “Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу”

Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 732 “Про затвердження положень про заклади охорони здоров’я, які входять до складу госпітальних округів та структурних підрозділів”

**Директор Департаменту реформи та розвитку
медичної допомоги МОЗ України**



М.К. Хобзей

“Затверджую”

Головний лікар Київської міської
наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія»

В. В. Ярий

“20” 06 2017 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень**

Назва пропозиції: Антиалкогольна робота лікаря загальної практики- сімейного лікаря

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України. М. Київ, провулок Волго-Донський, 3

Джерела інформації:

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Кручаниця В.В. Антиалкогольна робота лікаря загальної практики- сімейного лікаря. Київ, 2016 – 24 с.

Де впроваджено: в лікувально-діагностичний процес та профілактичну роботу

Термін впровадження: з 2016 року

Ефективність впровадження: Підвищення рівня профілактичної роботи серед загального населення та молоді.

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження в роботу сектору первинної медико-санітарної допомоги.

Відповідальний за впровадження:

Заступник головного лікаря з медичної частини

І.Г.Звершховська

“Затверджую”



Головний лікар Центру первинної
медико-санітарної допомоги м. Мукачєво
Є.В.Мешко

“20” 06 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

Назва пропозиції: Антиалкогольна робота лікаря загальної практики - сімейного лікаря

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України. М. Київ, провулок Волго-Донський, 3

Джерела інформації:

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Кручаниця В.В. Антиалкогольна робота лікаря загальної практики- сімейного лікаря. Київ, 2016 – 24 с.

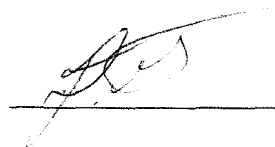
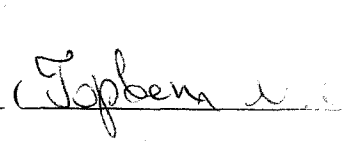
Де впроваджено: в профілактичну антиалкогольну роботу серед населення

Термін впровадження: з 2016 року

Ефективність впровадження: Підвищення рівня профілактичної роботи серед загального населення та молоді.

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до подальшого впровадження в роботу лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Відповідальний за впровадження:

Затверджую

Директор Департаменту
охорони здоров'я
Запорізької ОДА
д.мед.н., професор

В.І.Клименко

20 06 2017 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень**

Назва пропозиції: «Антиалкогольна робота лікаря загальної практики-сімейного лікаря»

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український Інститут стратегічних досліджень
МОЗ України

Джерела інформації:

Антиалкогольна робота лікаря загальної практики-сімейного лікаря. Методичні рекомендації./ Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В.В.Кручаниця. – Київ, 2016. – 24 с.

Де впроваджено: система охорони здоров'я Запорізької області.

Термін впровадження: з 2016 року

Ефективність впровадження: Підвищення рівня профілактичної антиалкогольної роботи

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження в систему охорони здоров'я

Відповідальний за впровадження

Заступник начальника управління
реформ і розвитку медичної допомоги –
начальник відділу лікувально-профілактичної
профілактичної допомоги



Косогор Ю.А.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

ДИРЕКТОР ДЕПАРТАМЕНТУ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДОНЕЦЬКОЇ ОДА

УЗУН Ю.І

«03» липня 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Модель комунікацій в рамках системи громадського здоров'я.
 2. Розробник: Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України. 02099, м. Київ, провулок Волго-Донський, 3
 3. Джерело інформації: Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я. Методичні рекомендації / Г.О. Слабкий, В.В.Шафранський, І.С. Миронюк, В.В. Кручаниця. – Київ, 2016. – 20 с.
 3. Впроваджується в ході створення системи громадського здоров'я на рівні області
- Термін впровадження : 6 місяців
4. Використовується при організації системи громадського здоров'я на рівні області та для формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я.

Відповідальний за впровадження: Патрушкін С. А.

“Затверджую”

Директор департаменту охорони здоров'я
Полтавської ОДА

В.П.Лисак

“08 серпня 2017 р.”

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень**

Назва пропозиції: « Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я».

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український Інститут стратегічних досліджень
МОЗ України

Джерела інформації:

Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я: метод. Рекомендації/Уклад.: Г. О. Слабкий, В.В.Шафран, І.С.Миронюк, В.В. Кручаниця. – К., 2016. – 20 с.

Де впроваджено: система охорони здоров'я Полтавської області

Термін впровадження: з 2016 року

Ефективність впровадження: Підвищення рівня комунікації та соціальної мобілізації в інтересах здоров'я населення.

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати для впровадження в практику охорони здоров'я.

Відповідальний за впровадження:

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Перший проректор ВДНЗ України
«Українська медична стоматологічна академія»
д.мед.н., професор В.М.Бобирьов
« 2 » грудня 2016 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я».
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, м. Київ-02099, пров. Волго-Донський
Автори: Г. О. Слабкий, В.В.Шафранський, І.С.Миронюк, В.В. Кручаниця.
3. **Джерело інформації:**
 - Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я: метод. рекомендації/Уклад.: Г. О. Слабкий, В.В.Шафранський, І.С.Миронюк, В.В. Кручаниця. – К., 2016. – 20 с.
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» з грудня 2016 року, затверджено на засіданні кафедри №9 від 12.12.2016 року
5. **Ефективність впровадження:** Результати наукових досліджень використані в формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організації економічного циклу за спеціальністю «Соціальна медицина» для студентів медичного факультету, лікарів-інтернів, лікарів-спеціалістів.
6. **Використання розробки показало,** що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелах інформації.
7. **Зауваження, пропозиції:** Пропонується продовжити використовувати матеріали у навчальному процесі на кафедрі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» Полтава. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри соціальної медицини,
організації та економіки охорони здоров'я
з біостатистикою
д.мед.н., професор

І.А.Голованова

“Затверджую”

Проректор по учбово-методичній
роботі, д.мед.н., професор
Дмитрієва С.М.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

Назва пропозиції: «Антиалкогольна робота лікаря загальної практики-сімейного лікаря».

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Джерела інформації:

Антиалкогольна робота лікаря загальної практики-сімейного лікаря
Методичні рекомендації./ Г.О. Слабкий, І.С. МIRONЮК, В.В.Кручаниця. – Київ,
2016. – 24 с.

Де впроваджено: у навчальний процес в ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Термін впровадження: з 2016 року

Ефективність впровадження: Підвищення рівня знань курсантів з питань антиалкогольної роботи в практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

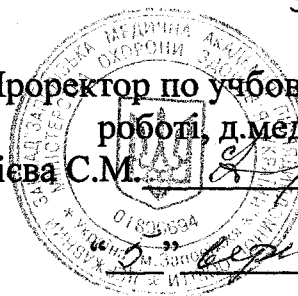
Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження у навчально-науковий процес.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри соціальної медицини,
організації і управління охороною здоров'я
та МСЕ, д.мед.н. доцент Лашкул З.В.

“Затверджую”

Проректор по учебно-методичній
роботі, д. мед. н., професор
Дмитрієва С.М.



“5” вересень 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

Назва пропозиції: « Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я».

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Джерела інформації:

Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я: метод. Рекомендації/Уклад.: Г. О. Слабкий, В.В.Шафранський, І.С.Миронюк, В.В. Кручаниця. – К., 2016. – 20 с.

Де впроваджено: у навчальний процес в ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Термін впровадження: з 2016 року

Ефективність впровадження: Підвищення рівня знань курсантів з питань комунікації та соціальної мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я .

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження у навчально-науковий процес.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри соціальної медицини,
організації і управління ОЗ та МСЕ д.мед.н. Лашкул З.В.

Затверджую”

Ректор , професор

В.Й.Шатило

18 вересня 2017 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень**

Назва пропозиції: « Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я».

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Джерела інформації:

Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я: метод. Рекомендації/Уклад.: Г. О. Слабкий, В.В.Шафранський, І.С.Миронюк, В.В. Кручаниця. – К., 2016. – 20 с.

Де впроваджено: у навчальний процес в Житомирському інституті медсестринства.

Термін впровадження: з 2016 року

Ефективність впровадження: Підвищення рівня знань студентів з питань комунікації та соціальної мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я .

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження у навчально-науковий процес.

Відповідальний за впровадження:

Проректор, д.мед.н., проф.



В.З.Свиридюк

Проректор

професор

“12” вересня 2017 р.



**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень**

Назва пропозиції: «Антиалкогольна робота лікаря загальної практики-сімейного лікаря».

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український Інститут стратегічних досліджень
МОЗ України

Джерела інформації:

Антиалкогольна робота лікаря загальної практики-сімейного лікаря. Методичні рекомендації./ Г.О. Слабкий, І.С. МIRONЮК, В.В.Кручаниця. – Київ, 2016. – 24 с.

Де впроваджено: у навчальний процес в Житомирському інституті медсестринства.

Термін впровадження: з 2016 року

Ефективність впровадження: Підвищення рівня знань студентів та курсантів з питань антиалкогольної роботи в практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження у навчально-науковий процес.

Відповідальний за впровадження:

Проректор, д.мед.н., проф.

В.З.Свиридюк

“Затверджую”

Головний лікар КЗОЗ «Обласний
наркологічний диспансер» (м. Харків,

К.Д.Гапонов

“3” жовтня 2017 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень**

Назва пропозиції: Антиалкогольна робота лікаря загальної практики- сімейного лікаря

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України. М. Київ, провулок Волго-Донський, 3

Джерела інформації:

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Кручаниця В.В. Антиалкогольна робота лікаря загальної практики- сімейного лікаря. Київ, 2016 – 24 с.

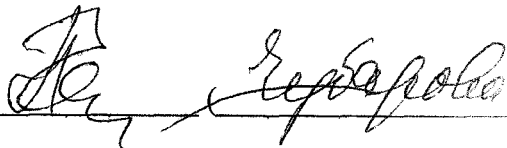
Де впроваджено: в лікувально-діагностичний процес та профілактичну роботу

Термін впровадження: з 2016 року

Ефективність впровадження: Підвищення рівня профілактичної роботи серед загального населення та молоді.

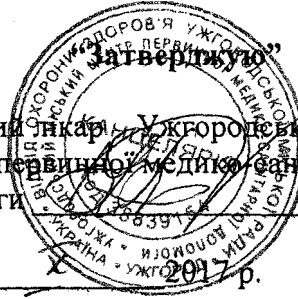
Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження в роботу сектору первинної медико-санітарної допомоги.

Відповідальний за впровадження: _____



Головний лікар Ужгородського міського
центру первинної медико-санітарної
допомоги Т.Ю.Козак

"15"



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

Назва пропозиції: Антиалкогольна робота лікаря загальної практики - сімейного лікаря

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України. М. Київ, провулок Волго-Донський, 3

Джерела інформації:

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Кручаниця В.В. Антиалкогольна робота лікаря загальної практики- сімейного лікаря. Київ, 2016 – 24 с.

Де впроваджено: в профілактичну антиалкогольну роботу серед населення

Термін впровадження: з 2016 року

Ефективність впровадження: Підвищення рівня профілактичної роботи серед загального населення та молоді.

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до подальшого впровадження в роботу лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Відповідальний за впровадження:

Шербай



“Затверджую”

Головний лікар Львівського обласного
наркологічного диспансеру

М.О. Кабань

“21” жовтня 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

Назва пропозиції: Антиалкогольна робота лікаря загальної практики- сімейного лікаря

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України. М. Київ, провулок Волго-Донський, 3

Джерела інформації:

Слабкий Г.О., МIRONYUK I.C., Кручаниця В.В. Антиалкогольна робота лікаря загальної практики- сімейного лікаря. Київ, 2016 – 24 с.

Де впроваджено: в лікувально-діагностичний процес та профілактичну роботу

Термін впровадження: з 2016 року

Ефективність впровадження: Підвищення рівня профілактичної роботи серед загального населення та молоді.


Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження в роботу сектору первинної медико-санітарної допомоги.

Відповідальний за впровадження: _____

 **С. ПИЛИПЧУК**

“Затверджую”

Головний лікар Комунального
закладу «Вінницького обласного
наркологічного диспансеру
«Солотвинія»



П.М. Слободянюк

2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

Назва пропозиції: Антиалкогольна робота лікаря загальної практики-сімейного лікаря

Заклад, що його розробив, поштова адреса: Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України. М. Київ, провулок Волго-Донський,

Джерела інформації:

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Кручаниця В.В. Антиалкогольна робота лікаря загальної практики- сімейного лікаря. Київ, 2016 – 24 с.

Де впроваджено: в лікувально-діагностичний процес, та профілактичну роботу

Термін впровадження: з 2016 року

Ефективність впровадження: Підвищення рівня профілактичної роботи серед загального населення та молоді.

Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження в роботу сектору первинної медико-санітарної допомоги.

Відповідальний за впровадження:

Пекарчук Л.П.

