МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Ужгородський національний університет

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ЧЕМЕРИС НАТАЛІЯ МИХАЙЛІВНА

УДК: 316.62:615.214.3:616-057.87]-084

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗОВАНОЇ МОДЕЛІ ПРОФІЛАКТИКИ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН СТУДЕНТСЬКОЮ МОЛОДДЮ

14.02.03 – соціальна медицина

Галузь знань: 22 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

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

_____ Н. М. Чемерис

Науковий керівник:
Любінець Олег Володимирович
доктор медичних наук, професор

Ужгород – 2019

АНОТАЦІЯ

Чемерис Н. М. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина».

Дисертація виконана в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Київ, 2019.

Дисертація захищається в спеціалізованій вченій раді К61.051.09 при Ужгородському національному університеті, Ужгород, 2019.

Дисертація присвячена рішенню актуальної наукової задачі щодо обґрунтування, розробки та впровадження оптимізованої моделі профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю на регіональному рівні.

Завдання дослідження були комплексними та скерованими на досягнення поставленої мети. Вони базувалися на системному підході і потребували розробки спеціальної програми, що передбачала її реалізацію у шість організаційних етапів з використанням адекватних методів, на кожному з яких виконувались взаємопов’язані завдання та дало можливість отримати репрезентативні результати для оцінки об’єкту дослідження.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні системно представлено проблему необхідності оптимізації профілактичних заходів у роботі з студентською молоддю з приводу вживання психоактивних речовин (ПАР) з експертним визначенням її прийнятності; дано оцінку сучасних причин вживання ПАР студентською молоддю на фоні зростання на 6,69% з 2010 по 2017 рік у Львівській області поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР: соціальне середовище у якому перебували студенти Львівських ВНЗ у 37,70±1,29% спонукало до вживання наркотичних речовин, у 32,39±3,21% – до вживання алкогольвмісних напоїв, у 23,56±2,08% – спонукало до початку

тютюнопаління; студенти у 54,71±1,33% не вважають можливим виникнення алкогольної залежності при споживанні ними алкогольвмісних напоїв; студенти, які є курцями, у 41,77±2,24% проживають у сім'ях, де батьки є залежними від тютюнопаління; визначено сучасну характеристику споживачів психоактивних речовин серед студентської молоді (23,70±1,13% респондентів вживає наркотичні речовини; 83,54±0,98% – алкогольвмісні напої; 29,25±1,21% осіб палить тютюн); встановлено думку організаторів охорони здоров'я щодо шляхів удосконалення організації профілактики вживання ПАР серед студентської молоді – необхідно збільшити кількість превентивних заходів у навчальних закладах (29,06±1,97%), розпочати створення державних реабілітаційних закладів для осіб із залежністю вживання ПАР (27,36±1,94%); розроблено алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді щодо проблеми вживання ПАР, в основу якого закладено такі положення побудови превентивної діяльності узалежнень від ПАР як – види профілактики, протективні підходи, концептуальні форми залежності від ПАР, перелічено методи при проведенні консультування, векторні напрямки у мотиваційних тренінгах; науково обґрунтовано оптимізовану модель профілактики вживання ПАР студентською молоддю на регіональному рівні, яка базується на міжсекторальному підході із залученням закладів охорони здоров'я та освіти, соціальної політики, правоохоронних органів та юстиції, а основними її інноваціями є запровадження додаткових компетенцій медичних працівників з питань профілактики залежностей на основі реформи галузі охорони здоров'я з акцентом на первинний рівень надання медичної допомоги, розробка функціональних обов'язків медичного координатора, який забезпечує організаційний та методичний супровід індивіда при зверненні за допомогою, впровадження диференціації студентської молоді у вищих навчальних закладах за цільовими групами залежно від розуміння проблеми шкідливості вживання ПАР, коли студенти виступають як об'єкт, що не усвідомлює проблему, так і суб'єкт, який

виступає у протидії їх вживанню (соціально активна молода особа-провайдер).

Удосконалено напрями міжсекторальної взаємодії державних закладів та громадських структур в організації профілактики вживання ПАР серед студентської молоді.

Набуло подальшого розвитку дослідження та встановлення особливостей і тенденцій захворюваності і поширеності з приводу розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР в регіональному контексті та поширеності цієї патології у Львівській області серед осіб віком 18-35 років, як основного вікового контингенту студентської молоді, яка у Львівській області зросла на 13,58%, а основною її причиною були розлади психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю (зростання на 14,27%).

Запропонована модель базується на міжсекторальному підході, механізмі інформаційного забезпечення, науковому та юридичному супроводі із залученням систем охорони здоров’я та освіти, соціальної політики, правоохоронних органів та юстиції, а провідними її інноваціями є: запровадження додаткових компетенцій медичних працівників з питань профілактики залежностей на основі реформи галузі охорони здоров’я з акцентом на первинний рівень надання медичної допомоги; впровадження функціональних обов’язків медичного координатора, який забезпечує організаційний та методичний супровід індивіда при звертанні за допомогою та при проведенні превентивних заходів.

Центральним елементом моделі є студент, який повинен мати стійку установку на тверезий та здоровий спосіб життя, а епізодичне вживання ПАР повинно бути компенсоване комплексом психологічних, психотерапевтичних, терапевтичних, реабілітаційних та превентивних заходів.

Стратегічним напрямком моделі є забезпечення психологічного здоров’я студентів із формуванням стійкої позиції на здоровий спосіб життя. Тактичним напрямком моделі є забезпечення всіх учасників процесу комплексною

інформацією з питань профілактики залежностей та мотивації до профілактичних заходів.

В рамках розробленої моделі апробована технологія медико-соціального супроводу кожного індивідуального випадку звернення – «vasa canticі», що полягає у розробленні і додаванні до функціональних обов'язків медичного працівника, середнього медичного персоналу – функцій медичного координатора, який вибудовує схему маршруту конкретного студента відповідно до індивідуальних потреб та особливостей звернення.

Серед суб'єктів управління, таких як держава у вигляді МОЗ України, МОН України, Головного Управління Національної поліції України, Прокуратури України та Міністерства юстиції України, центральних та місцевих органів влади, державних, комунальних та приватних закладів охорони здоров'я, ВНЗ, загальноосвітніх навчальних закладів, необхідно також зазначити громадські організації, враховуючи зростання їх кількості в процесі розвитку в державі громадянського суспільства.

Таким чином, враховуючи світові підходи, відповідність моделі реформі системи медичної допомоги населенню, позитивну оцінку експертів (9,54 бали із 10 можливих), запропоновану оптимізовану модель профілактики вживання ПАР студентською молоддю на регіональному рівні можна рекомендувати для впровадження у систему охорони здоров'я України.

Ключові слова: профілактика, психоактивні речовини, студентська молодь, модель, алгоритм.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

(– особистий внесок здобувача)*

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Чемерис Н. М. Медико-соціальні аспекти проблеми вживання психоактивних речовин молоддю (огляд наукової літератури) // Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3. С. 285–291.

2. Чемерис Н. М. Медико-соціальні предиктори тютюнопаління серед студентської молоді // Acta Medica Leopoliensia=Львівський медичний часопис. 2017. Vol. 23, № 3. С. 59–64.

3. Чемерис Н. М. Вживання психоактивних речовин серед студентської молоді (результати анонімного опитування) // Вісник проблем біології і медицини. 2017. Вип. 4, т. 2. С. 188–192.

4. Чемерис Н. М., Любінець О. В. Медико-соціальні площини вживання алкогольвмісних напоїв серед студентської молоді // Україна. Здоров'я нації. 2018. № 1. С. 42–47 *(* ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків).*

5. Чемерис Н. М., Любінець О. В. Основні тенденції захворюваності населення та поширеності хвороб, що пов'язані з вживанням психоактивних речовин в Україні // Acta Medica Leopoliensia=Львівський медичний часопис. 2018. Vol. 24, № 3. С. 58–64 *(* збір інформації та її систематизація у викладі матеріалу, написання статті та висновків).*

6. Chemerys N., Lyubinets O., Krupka N. The state of the problem, causes, preventive actions on the use of psychoactive substances in Ukraine (results of doctor's survey) // European Journal of Medical Technologies. 2019. № 2. S. 16–23 *(* збір інформації, обробка та узагальнення даних, формування висновків).*

7. Чемерис Н. М. Проблема підліткової наркоманії та шляхи її вирішення // Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я : [Монографія]. Львів : Медицина і право, 2013. С. 431-434.

Опубліковані наукові праці апробаційного характеру:

8. Колінковський О. М., Крупка Н. М. Переваги та недоліки природного планування сім'ї // Другий національний конгрес з біоетики з міжнародною участю, 29 вересня-2 жовтня 2004 р., Київ. К., 2004. С. 104–105 *(* обробка, узагальнення та формування висновків)*.

9. Чемерис Н. М. Медико-психологічні аспекти протидії поширенню алкоголізму, наркоманії, узалежнення ПАР серед дітей та молоді // Соціально-психологічні та медичні аспекти протидії поширенню суспільно-небезпечних узалежнень серед дітей та молоді: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 19-20 травня 2011 р. Львів, 2011. С. 21–31.

10. Чемерис Н. М. Домінанта протективних факторів над девіантною поведінкою у формуванні повноцінної особистості // Актуальні питання організації роботи щодо захисту прав дітей: збірник тез Всеукр. наук.-практ. конф., 17-18 травня 2012 р. Львів, 2012. С. 67-72.

11. Управління медико-соціальною сферою: стан та перспективи інтеграційних процесів / Фуртак І. І., Паробецька І. М., Рутовський Я. А., Крупка Н. М., Пилипець Я. Д. // Матеріали XIV конгресу Світової федерації українських лікарських товариств, 04-06 жовтня 2012 р. м. Донецьк. Донецьк; Київ; Чікаго, 2012. С. 65 *(* обробка, узагальнення та формування висновків)*.

12. Чемерис Н. М. Профілактика соціально-небезпечних узалежнень серед дітей // Україна. Здоров'я нації. 2013. № 4. С. 171–172. [Тези наук.-практ. конф. «Медико-соціальні питання в реформуванні сфери охорони здоров'я», присвяченої пам'яті професора В. М. Пономаренка].

13. Чемерис Н. М. Адиктивна детермінанта у молодих осіб при формуванні повноцінної особистості // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2015. № 2. С. 148–149. [Тези Міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2015 р. «Безпека харчових продуктів»].

14. Socio-Economic and Medical Determinants of Alcohol Abuse Among the Population of Transcarpathia Region / Kruchanytsya V., Mironyuk I., Chemerys N., Slabkiy G., Lyubinets O. // Konferencja Pediatryczna "Dni medycyny społecznej i

zdrowia publicznego” (Polska, Rzeszow 24-26 maja 2018 r.). Rzeszow, 2018. S. 57 *(* збір інформації, обробка та узагальнення даних, формування висновків)*.

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертації:

15. Медико-соціальні площини превентивного виховання молоді щодо вживання психоактивних речовин: методичні рекомендації / підгот. Любінець О., Чемерис Н., Львів, 2017. 26 с. *(* обробка, узагальнення та формування висновків)*.

16. Любінець О. В., Чемерис Н. М. Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин: інформаційний лист № 321-2017. К., 2017. 5 с. (Вип. 18 з проблеми «Соціальна медицина»). *(* обробка, узагальнення та формування висновків)*.

SUMMARY

Chemerys N. M. Medico-social substantiation of an optimized model of prevention of substance use by student youth. – Qualification scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation is presented for the degree of Candidate of Medical Science(philosophy doctor) inspecialty 14.02.03 “Social Medicine”

The dissertation was completed at the State Institution “Ukrainian Institute for Strategic Research of the Ministry of Health of Ukraine”, Kyiv, 2019.

The dissertation defense will take place at Uzhhorod National University, Uzhhorod, 2019.

The dissertation is devoted to the scientific substantiation, development, and implementation of an optimized model of prevention of psychoactive substance use by student youth at the regional level.

The objectives of the study were comprehensive and aimed at achieving this goal. They were based on a systematic approach and required the development of a special program that envisaged its implementation in six organizational stages using adequate methods, each of which performed interrelated tasks and allowed to obtain representative results for object evaluation of research.

The scientific novelty of the obtained results is that for the first time in Ukraine – systematically is presented the problem of the need to optimize preventive measures in the work with student youth on the use of psychoactive substances (SAS) with expert determination of its acceptability; are given the reasons for the use of SAS by student youth were evaluated against the background of an increase of 6.69% from 2010 to 2017 in Lviv region of the prevalence of mental disorders and behavior due to the use of SAS: the social environment in whichstudents of higher educational establishments of Lviv were at 37.70±1,29% induced the use of narcotic substances, 32.39±3.21% – the use of alcoholic beverages, 23.56±2.08% – induced the initiation of smoking; students at 54.71±1.33% do not consider the possibility of alcohol dependence when consuming alcoholic beverages; students who are smokers in 41.77±2.24% live in families where parents are addicted to smoking; isdefined the

modern characteristic of the users of SAS among the student youth is defined (23.70±1.13% of respondents use drugs; 83.54±0.98% – alcoholic beverages; 29.25±1.21% of persons smoke tobacco); is established the opinion of the organizers of health care on ways to improve the organization of prevention of SAS use among student youth is established – it is necessary to increase the number of preventive measures in educational institutions (29.06±1.97%), to start the creation of state rehabilitation institutions for persons with addiction to the use of psychoactive drugs SAS (27.36±1.94%); is developed the algorithm of providing medical and social support and counseling of student youth on the problem of SAS use has been developed, which is based on the following provisions for the construction of preventive activity of addictions to SAS such as types of prevention, protective approaches, conceptual forms of dependence on SAS, methods for conducting are listed counseling, vector directions in motivational trainings; scientifically is substantiatedoptimization model of prevention of SAS use by student youth at the regional level which based on a cross-sectoral approach involving health and education institutions, social policy, law enforcement and justice. The main innovations of the model are the introduction of additional competencies of health care professionals on addiction prevention based on health care reform with a focus on the primary level of care, the development of functional responsibilities of the medical coordinator, which provides organizational and methodological support for the individual when seeking help, introduction of differentiation of student youth in higher education institutions by target groups depending on understanding of the problem of harmful use of psychoact in them substances when students act as object that are not aware of the problem and the subject that opposes their use (socially active young person – provider).

Have been improved the directions of intersectoral interaction of state institutions and public structures in the organization of prevention of use of SAS among student youth. Further research and identification of morbidity and prevalence of psychiatric and behavioral disorders due to psychoactive substance use in the regional context and prevalence of this pathology in Lviv region among persons aged

18-35 years as the main age contingent of student youth in Lviv region increased by 13.58%, and its main reason was mental disorders and behavior due to alcohol consumption (increase by 14.27%).

The proposed model is based on a cross-sectoral approach, information support mechanism, scientific and legal support with the involvement of health and education systems, social policy, law enforcement and justice, and its leading innovations are: introduction of additional competencies of health workers for prevention issues based on health care reform with a focus on primary care; implementation of functional responsibilities of the medical coordinator, which provides organizational and methodological support of the individual when seeking help and during preventive measures.

The central element of the model is the student, who must have a stable setting for a sober and healthy lifestyle, and the episodic use of SAS should be offset by a set of psychological, psychotherapeutic, therapeutic, rehabilitation and preventive measures.

The strategic direction of the model is to ensure the psychological health of students by forming a stable position for a healthy lifestyle. The tactical direction of the model is to provide all participants with comprehensive information on addiction prevention and motivation for preventive measures.

Within the framework of the developed model is tested the technology of medical and social support of each individual case of application “vasa cantici”, which consists in developing and adding to the functional responsibilities of the medical worker, the average medical staff – the functions of the medical coordinator, which constructs the scheme of the route of a particular student according to individual needs and features of treatment.

Among the subjects of administration, such as the state in the form of the Ministry of Health of Ukraine, MES of Ukraine, the Main Department of the National Police of Ukraine, the Prosecutor's Office of Ukraine and the Ministry of Justice of Ukraine, central and local authorities state, communal and private health care institutions, universities, general education public institutions should also be

mentioned, given the increase in their number in the process of development in the state of civil society.

Thus, taking into account world-wide approaches, the relevance of the model of reform of the medical aid system to the population, the positive assessment of experts (9.54 points out of 10), the proposed optimized model of prevention of the use of SAS by student youth at the regional level can be recommended for introduction into the health care system of Ukraine.

Keywords: prevention, psychoactive substances, student youth, model, algorithm.

Зміст

ВСТУП. 16

РОЗДІЛ 1 ОСНОВНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ. 29

1.1. Аналіз стану захворюваності та поширеності хвороб серед населення, які пов'язані з вживанням психоактивних речовин 29

1.2. Підходи до організації медичної допомоги молоді, яка вживає психоактивні речовини. 39

1.3. Нормативно-правова база забезпечення протидії вживанню психоактивних речовин населенням. 54

1.4. Невирішені питання. 62

РОЗДІЛ 2 ПРОГРАМА, ОБСЯГИ І МЕТОДИ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ…….…….. 66

РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ, ПОШИРЕНОСТІ ТА СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ З ПРИВОДУ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У 2010-2017 рр. В УКРАЇНІ ТА ЇЇ РЕГІОНАХ. 74

3.1. Стан захворюваності населення України та її регіонів на розлади психіки та поведінки, що пов'язані із вживанням психоактивних речовин. 75

3.2. Стан поширеності розладів психіки і поведінки, що пов'язані з вживанням психоактивних речовин серед населення України та її регіонів. 79

3.3. Стан смертності населення України та за її регіонами внаслідок вживання психоактивних речовин. 84

РОЗДІЛ 4 ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА НАРКОЛОГІЧНА СЛУЖБА: ПОТЕНЦІАЛ, ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПРОФІЛАКТИЧНА РОБОТА З МОЛОДДЮ, ЩОДО ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН. 89

4.1. Ресурсна база наркологічної допомоги населенню Львівської області ... 89

4.2. Стан захворюваності , поширеності та смертності з приводу розладів психіки та поведінки від вживання психоактивних речовин серед населення Львівської області у 2010-2017 роках 94
4.3. Заходи з медичної профілактичної роботи з молоддю, щодо вживання психоактивних речовин у Львівській області 98
РОЗДІЛ 5 МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПЛОЩИНИ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ (за результатами соціологічного опитування) 109
5.1. Спосіб життя та психоактивні речовини у студентському середовищі. 110
5.2. Результати оцінки студентською молоддю університетів м. Львова стану вживання алкогольвмісних напоїв у їх середовищі 115
5.3. Медичні та соціальні детермінанти тютюнопаління студентською молоддю 121
РОЗДІЛ 6. ВИЗНАЧЕННЯ ОРГАНІЗАТОРАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я СТАНУ ПРОФІЛАКТИКИ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В УКРАЇНІ 131
РОЗДІЛ 7. НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА ОПТИМІЗОВАНОЇ МОДЕЛІ ПРОФІЛАКТИКИ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН СТУДЕНТСЬКОЮ МОЛОДДЮ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ 140
7.1. Мультидисциплінарний підхід до розроблення оптимізованої моделі профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю на регіональному рівні 140
7.2. Алгоритм надання медико-соціальної підтримки студентській молоді щодо вживання психоактивних речовин. 145
7.3. Оптимізована модель профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю на регіональному рівні 153
7.4. Експертна оцінка обґрунтованих та розроблених інновацій в організації превентивних заходів, щодо вживання студентською молоддю психоактивних речовин 162

ВИСНОВКИ..... 166
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ…….....170
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……...171
ДОДАТКИ……199

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АМН – Академія медичних наук

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров’я

ВНЗ – вищі навчальні заклади

ЗМІ – засоби масової інформації

ЗОЗ – заклади охорони здоров’я

КЗ ЛОР – комунальний заклад Львівської обласної ради

КМ України – Кабінет Міністрів України

МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду

МОЗ – Міністерство охорони здоров’я

МОН – Міністерство освіти і науки

НДР – науково-дослідна робота

ПАР – психоактивні речовини

ВСТУП

Актуальність теми. Здоров'я молоді є пріоритетом національної політики держави. Однією із найважливіших медико-соціальних проблем не лише в Україні, але і в інших країнах, є залежність до вживання психоактивних речовин (ПАР). Особливо гостро це відчувається серед дітей, підлітків та молоді, що в даний час спостерігається як в Україні так і в інших державах [32, 40, 153, 185, 229, 242, 243, 244]. Соціальне розшарування у суспільстві, неврівноваженість психоемоційного фону виховання, знецінення загальнолюдських принципів моралі ведуть до порушення соціальної адаптації молоді, що і розкривається зловживанням ПАР. Протягом останніх десятиліть проблема має глобальне значення, оскільки дана категорія сприйнятлива до академічних впливів та має базис для прояву усвідомлення у формуванні життєвих стереотипів і цінних орієнтацій із перевагою здорового способу життя.

Сучасна тенденція щодо вживання ПАР в Україні характеризувалася невпинним зростанням [6, 103, 139]. Перше місце психічних та поведінкових розладів внаслідок уживання ПАР у структурі показників поширеності розладів психіки та поведінки, зростання випадків хімічної залежності, збільшення серед споживачів ПАР осіб молодого віку підкреслюють актуальність моніторингу і оцінки динаміки показників захворюваності та поширеності розладів психіки і поведінки внаслідок уживання ПАР в Україні [6]. Спостерігається значна поширеність розладів психіки та поведінки з ускладненнями їх перебігу та з тенденцією до змін класичних форм психічних розладів. Гострі та хронічні розлади, що виникають унаслідок вживання ПАР, займають перші два місця серед захворюваності на психічні та поведінкові розлади [29, 33, 34, 44, 45, 77].

За рівнем поширеності вжитку ПАР студенти вищих навчальних закладів в зарубіжних країнах посідають третє місце серед різних підліткових і молодіжних груп [199]. Громадяни країн Європи найбільше у світі палять та

вживають алкоголь, в усьому світі простежується збільшення вживання наркотиків, особливо в молодіжному та підлітковому середовищі, в т. ч. в Україні [110, 242, 243, 244, 245, 246, 248].

Відповідно до прийнятої Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, яка визначає сутність та сучасні напрями державної політики щодо наркотиків, що формується на засадах інтегрованого і збалансованого підходу до зменшення обсягу пропонування наркотиків, що знаходяться в незаконному обігу, та зниження попиту на них, подолання наркоманії як небезпечного соціального явища є цілком реальним та формується на засадах інтегрованого і збалансованого підходу до цієї проблеми, що і зумовило актуальність досліджень [126]. Створення умов для здорового способу життя, активізація профілактичної діяльності у системі охорони здоров'я передбачає запровадження системи соціально-економічного стимулювання здорового способу життя, трансформування гігієнічного виховання населення у державну систему безперервного навчання, що здійснюватиметься на всіх етапах соціалізації особистості. Збереження здоров'я дітей та підлітків є пріоритетним напрямком цієї політики.

Проблема поширеності алкогольної залежності та зловживання наркотиками і ПАР серед дітей, підлітків та молоді надзвичайно гостра, як в Україні так і в інших державах світу. За даними ВООЗ середній світовий показник вживання алкогольних напоїв складає 6,1 літрів на особу на рік, а в Україні цей показник є одним із найвищих у світі (15,6 літрів на особу на рік) [32]. Щороку в Україні від зловживання алкоголю помирає близько 40 тис. осіб, серед яких біля 25,0% випадків – це летальні алкогольні отруєння, пов'язані з вживанням спиртних напоїв підпільного виготовлення; 25,0% – серцеві напади, причиною яких стало непомірне вживання алкоголю; 50,0% припадає на інші захворювання і нещасні випадки, що відбулися через вживання алкоголю. Спостерігається прямий зв'язок впливу ПАР та алкоголю на соціально-стресові розлади у суспільстві, показники смертності та психічного здоров'я населення, стосунки в родині, на роботі, виникнення правових проблем внаслідок

вчинення правопорушень у стані алкогольного сп'яніння. Невпинний ріст наркотизації і алкоголізації населення у світі свідчить про необхідність інтенсивного розроблення та апробації нових сучасних концепцій, які відповідають потребам змінного соціального середовища. У зв'язку з тим необхідний пошук нових шляхів вирішення цієї проблеми.

Автори наукових досліджень наголошують, що студенти вищих навчальних закладів у зарубіжних країнах посідають третє місце серед різних підліткових і молодіжних груп (після учнів старших класів шкіл і вихованців закладів для дітей, які залишилися без піклування батьків) за рівнем поширеності вжитку ПАР [39]. Відносно великою є частка студентів, які експериментують з наркотиками і мають досвід актуального їх вживання [10, 41, 49]. У країнах, що розвиваються, спостерігається стійке зростання алкоголізації населення, починаючи з підліткового віку [29, 31, 49]. Що стосується наркотиків, то чітко простежується збільшення їх споживання в усьому світі, особливо в молодіжному та підлітковому середовищі [4, 5, 39]. Проблема зловживання ПАР алкоголю серед різних верств та вікових груп населення була висвітлена в роботах Вієвського А. М. 2012, Гусака П. М. 2013, Медведовської Н. В. 2015, Кіосєвої О. В. 2016, Лінського М. В., Маркозової Л. М. 2016, Слабкого Г. О. 2017 та багатьох інших науковців [27, 28, 29, 31, 39, 46, 77, 80, 81, 82, 84, 91, 93, 139].

Вживання ПАР є одним із головних факторів погіршення стану психічного здоров'я. Гострі та хронічні розлади, що виникають унаслідок вживання ПАР, займають перші два місця серед захворюваності на психічні та поведінкові розлади. Сукупна частка розладів, що спричинені вживанням ПАР, становить 65% усіх нових випадків розвитку психопатології, зареєстрованих у країні в 2014 році (у тому числі 46% припадає на гострі і 18% на хронічні психічні розлади). Актуальність проблеми значно загострюється тим, що в Україні немає спеціального державного органу, що відповідає за розробку державної політики щодо алкоголю та наркотиків, а також відсутній механізм реалізації державної політики в галузі контролю та обігу алкоголю та

наркотичних засобів. Законодавство направлене тільки на регулювання відносно невеликої частини питань, переважно щодо обігу наркотичних речовин і прекурсорів та діяльності правоохоронних органів. Як результат, Україна немає програм протиалкогольних та протинаркотичних дій і в умовах відчутного дефіциту коштів продовжує робити акцент на найбільш витратних та часто застарілих формах протиалкогольної та протинаркотичної роботи, ігноруючи сучасні профілактичні підходи, які довели свою результативність та високу економічність у багатьох країнах світу. У першу чергу це стосується проблеми медико-соціальної профілактики вживання ПАР у дітей та підлітків, яка фіксується багатьма сучасними дослідниками.

Сучасні дослідження приділяють особливу увагу розробкам нових підходів профілактики, направлених на зниження факторів ризику захворювання наркоманії, токсикоманії чи алкоголізмом, або на поширення численних факторів, зниження захворюваності. Аналіз різних підходів цікавий та важливий з практичної сторони. Завдяки цим зусиллям сучасне суспільство змінило відношення до даної проблеми із стану декларативного визнання до необхідності профілактики. На сьогодні необхідно розробляти основні стратегічні підходи і науково дослідницьку базу, реалізувати різноманітні програми, тренінги, акції тощо.

Проведення наукових досліджень в галузі профілактики дозволили б розробляти методологічні основи первинної, вторинної, третинної профілактики наркоманії і алкоголізму, визначати фактори ризику, які здатні призвести до наркотизації а також фактори, які забезпечують стійкість особистості. Чи не найважливішим моментом у профілактичній роботі є вивчення складу сім’ї, так як діти з неповноцінних багатодітних сімей із низьким рівнем доходу входять в групу ризику найчастіше. Виявлення та облік соціально економічних факторів зайнятість, житло, доступність та якість освіти також впливають на організацію профілактичної роботи. При розробці підходу до організації дитячої наркологічної допомоги на кожній конкретній території необхідно ретельно проаналізувати тенденції поширеності наркологічних

захворювань серед дітей та підлітків, а також ресурси як наркологічної служби так і інших структур, які надають лікувальну і реабілітаційну допомогу даному контингенту і відповідно з цим планувати подальші перспективи розвитку наркологічної служби. Водночас існуюча в Україні система надання наркологічної допомоги виявилась неадекватною до нових соціально-економічних умов держави і не враховує усіх чинників виникнення та перебігу дитячої й підліткової наркотизації. Вона зорієнтована, в першу чергу, на допомогу особам, які вже страждають хімічною залежністю, і практично не працює на етапах початку захворювання. Недостатня увага приділяється профілактичній спрямованості сучасної наркології, особливо в методах первинної профілактики. Це дозволяє вважати науково-практичне удосконалення первинної профілактики наркоманії й токсикоманії серед дітей і підлітків, молоді пріоритетним завданням.

Актуальність досліджень значною мірою посилюється необхідністю виконання першочергових завдань, спрямованих на реалізацію, проте ефективне її функціонування було б неможливе без удосконалення системи організації процесу – що і стало основою у визначенні мети та завдань даного наукового дослідження з обґрунтування та розробки оптимізованої моделі організації відновного лікування хворих з патологією шкіри та підшкірної клітковини на регіональному рівні, а також визначило мету та завдання цього дисертаційного дослідження.

Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота стала фрагментом комплексних науково-дослідних робіт: «Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації системи охорони здоров’я України на 2012-2014 рр.» № державної реєстрації 0112U002809, термін виконання 2012-2014 рр.: «Розробка сучасних стратегій, моделей і технологій в умовах формування здорового способу життя та боротьби з чинниками ризику» № державної реєстрації 0115U2852, термін виконання 2014-2018 рр., які виконувались в ДУ

«Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Дисертант є виконавцем фрагментів НДР.

Мета дослідження – науково обґрунтувати та оптимізувати модель профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю на регіональному рівні.

Завдання дослідження, зумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Здійснити аналіз та систематизацію наукової інформації про стан захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки, що пов'язані з вживанням ПАР, в т. ч. у студентському середовищі.

2. Встановити особливості і тенденції захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки, що пов'язані з вживанням ПАР населенням України, у розрізі її регіонів та Львівської області.

3. Провести аналіз структури та результатів діяльності наркологічної служби Львівської області, в т. ч. щодо організації медичної профілактичної роботи з молоддю щодо вживання ПАР.

4. Дослідити та встановити медико-соціальні чинники вживання ПАР студентською молоддю м. Львова.

5. Вивчити думку організаторів охорони здоров'я щодо стану, причин та організації превентивних заходів вживання ПАР у молодіжному середовищі.

6. Наукового обґрунтувати концептуальні підходи та розробити оптимізовану модель профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю на регіональному рівні та оцінити її ефективність.

Об'єкт дослідження: організація превентивних заходів від узалежнень до ПАР у студентському середовищі.

Предмет дослідження: особливості та тенденції захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР, профілактична робота з молоддю щодо вживання ПАР на регіональному рівні, оцінка студентами та організаторами охорони здоров'я проблеми вживання ПАР.

У роботі використані наступні методи **наукового дослідження**:

– *системного підходу та аналізу* – для комплексного дослідження захворюваності, поширеності та смертності від розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та організації медичної профілактичної роботи з молоддю щодо вживання ПАР;

– *бібліосемантичний* – для вивчення вітчизняного та європейського досвіду стосовно досліджуваної проблеми та стану вирішення питань в Україні;

– *медико-статистичний* – для аналізу показників захворюваності, поширеності та смертності з приводу розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР серед населення України, її регіонів та Львівської області, для збору, обробки та аналізу отриманої під час дослідження інформації;

– *соціологічний* – для дослідження факторів ризику виникнення узалежнень у студентів, стану поінформованості з питань профілактики вживання ПАР та для опитування організаторів охорони здоров'я щодо оцінки системи протидії вживанню ПАР в Україні;

– *концептуального моделювання* – для розробки та обґрунтування оптимізованої моделі профілактики вживання ПАР студентською молоддю на регіональному рівні;

– *експертних оцінок* – для оцінки запропонованої оптимізованої моделі профілактики вживання ПАР студентською молоддю та її інноваційних складових.

Наукова база дослідження – заклади охорони здоров'я Львівської області, вищі навчальні заклади (ВНЗ) м. Львова. Джерелами інформації були дані Державної служби статистики, Центру медичної статистики МОЗ України та Львівського обласного медичного інформаційно-аналітичного центру за 2010-2017 рр.; анкети соціологічного опитування студентів ВНЗ та організаторів охорони здоров'я.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що *вперше в Україні:*

– системно представлено проблему необхідності оптимізації профілактичних заходів у роботі з студентською молоддю з приводу вживання

психоактивних речовин на сучасному етапі розвитку суспільтва з експертним визначенням її прийнятності;

– дано оцінку сучасних детермінант вживання психоактивних речовин студентською молоддю на фоні зростання на 6,69% з 2010 по 2017 рік у Львівській області поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин: соціальне середовище у якому перебували студенти Львівських ВНЗ у 37,70±1,29% спонукало до вживання наркотичних речовин, у 32,39±3,21% – до вживання алкогольвмісних напоїв, у 23,56±2,08% – спонукало до початку тютюнопаління; студенти у 54,71±1,33% не вважають можливим виникнення алкогольної залежності при споживанні ними алкогольвмісних напоїв; студенти, які є курцями, у 41,77±2,24% проживають у сім'ях, де батьки є залежними від тютюнопаління;

– визначено сучасний розподіл споживачів психоактивних речовин у середовищі студентів – 23,70±1,13% респондентів вживає наркотичні речовини; 83,54±0,98% – алкогольвмісні напої; 29,25±1,21% осіб палить тютюн;

– встановлено думку організаторів охорони здоров'я щодо шляхів удосконалення організації профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю – необхідно збільшити кількість превентивних заходів у навчальних закладах (29,06±1,97%), розпочати створення державних реабілітаційних закладів для осіб із залежністю вживання психоактивних речовин (27,36±1,94%);

– розроблено алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді щодо проблеми вживання психоактивних речовин, в основу якого закладено такі положення побудови превентивної діяльності узалежнень від психоактивних речовин як – види профілактики, протективні підходи, концептуальні форми залежності від психоактивних речовин, перелічено методи при проведенні консультування, векторні напрямки у мотиваційних тренінгах;

– науково обґрунтовано оптимізовану модель профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю на регіональному рівні, яка

базується на міжсекторальному підході із залученням закладів охорони здоров'я та освіти, соціальної політики, правоохоронних органів та юстиції, а основними її інноваціями є запровадження додаткових компетенцій медичних працівників з питань профілактики залежностей з врахуванням реформи галузі охорони здоров'я з акцентом на первинний рівень надання медичної допомоги, розробка функціональних обов'язків медичного координатора, який забезпечує організаційний та методичний супровід індивіда при зверненні за допомогою, впровадження диференціації студентської молоді у вищих навчальних закладах за цільовими групами залежно від розуміння проблеми шкідливості вживання психоактивних речовин, коли студенти виступають як об'єкт, що не усвідомлює проблему, так і суб'єкт, який виступає у протидії їх вживанню (соціально активна молодь).

Удосконалено напрями міжсекторальної взаємодії державних закладів та громадських структур в організації профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю.

Набуло подальшого розвитку дослідження та встановлення особливостей і тенденцій захворюваності і поширеності з приводу розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин в регіональному контексті та поширеності цієї патології у Львівській області поміж осіб віком 18-35 років, як основного вікового контингенту студентської молоді, яка у Львівській області зросла на 13,58%, а основною її причиною були розлади психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю (зростання на 14,27%).

Теоретичне значення одержаних результатів полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної медицини та громадського здоров'я в частині удосконалення моделі профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю на регіональному рівні.

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

– впровадження алгоритму надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання ПАР;

– розробки оптимізованої моделі профілактики вживання ПАР студентською молоддю;

– проведення аналітичної оцінки стану захворюваності та поширеності хвороб, що пов'язані із вживанням ПАР в Україні та її регіонах для керівників органів управління охороною здоров'я і закладів (підрозділів) наркологічної допомоги населенню;

– проведення аналізу соціально-психологічних чинників ризику вживання ПАР студентською молоддю;

– удосконалення навчальних програм з підготовки організаторів охорони здоров'я, лікарів-наркологів та сімейних лікарів на до- та післядипломному рівнях на кафедрах психіатрії та наркології, організації охорони здоров'я, громадського здоров'я та соціальної медицини;

– розробки лекційних курсів та написання методичних рекомендацій з організації профілактики вживання ПАР.

Впровадження результатів дослідження здійснено:

а) *на галузевому рівні* – при підготовці Інформаційного листа про нововведення у сфері охорони здоров'я, затвердженого проблемною комісією МОЗ та АМН України з соціальної медицини та організації охорони здоров'я: «Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді щодо проблеми споживання психоактивних речовин» (№ 321 – 2017, Київ, 2017);

– при впровадженні у навчальний процес кафедр: Національного університету «Львівська політехніка» (акт впровадження від 19.05.2017 р.), Львівського державного університету внутрішніх справ (акт впровадження від 31.05.2017 р.), Львівського державного університету безпеки життєдіяльності (акт впровадження від 26.09.2017 р.), Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (акт впровадження від 21.02.2018 р.), Української медичної стоматологічної академії (акт впровадження від 15.01.2019 р.), Харківського національного медичного університету (акт впровадження від 26.03.2019 р.);

б) *на регіональному рівні* окремі елементи дисертаційної роботи впроваджено у практичну діяльність закладів охорони здоров'я Волинської (акт впровадження від 12.12.2018 р.), Рівненської (акт впровадження від 01.11.2018 р.) та Львівської (акти впровадження від 06.02.2019 р. та 04.03.2019 р.) областей.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно визначено мету, завдання, методи дослідження, розроблено програму дослідження й обрано методичний апарат для досягнення посталених завдань, здійснено пошук та аналіз сучасних науково-інформаційних джерел вітчизняної та світової літератури з даної проблеми, проведено збір, систематизацію та аналіз статистичних даних, розроблено анкети соціологічного дослідження, проведено анкетування респондентів, статистичне опрацювання зібраного матеріалу, проведена систематизація та узагальнення отриманих результатів і обґрунтування наукових положень, розроблено та обґрунтовано модель профілактики вживання ПАР студентською молоддю, сформовано висновки, розроблено практичні рекомендації, впроваджено результати дослідження в практику, що знайшло відображення в друкованих працях за темою дисертації.

Апробація матеріалів дисертації. Результати дослідження, що наведені у дисертації, доповідались та були обговорені:

а) *на міжнародному рівні за участі іноземних спеціалістів* – XIV Конгрес Світової федерації українських лікарських товариств (Донецьк, 4-6 жовтня 2012 р.); Українсько-польський симпозіум «Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я» (Львів, 18-20 квітня 2013 р.); Науково-практична конференція з міжнародною участю «Медико-соціальні питання в реформуванні сфери охорони здоров'я», присвячена пам'яті професора В. М. Пономаренка (Київ, 24-25 жовтня 2013 р.); Międzynarodową Konferencja Naukową «Sytuacja zdrowotna w Polsce w okresie transformacji systemowej» (Polska, Poddębice, 16-18 października 2014 r.); Міжнародна науково-практична конференція до Всесвітнього дня здоров'я 2015 р. «Безпека харчових продуктів» (Київ, 07 квітня 2015 р.); Науково-практична конференція з

міжнародною участю «Громадське здоров'я: наука та мистецтво» (Львів, 18 вересня 2015 р.); Щорічна конференція з міжнародною участю «Україна-Польща: ризики молодіжного стилю життя. Що маємо і чого прагнемо?» (Львів-Дрогобич, 26-28 квітня 2017 р.); Ukrainian-Polish Symposium «Public Health and Rehabilitation – Impact 2017, Truskavets Resort – 190» (Truskavets, 21-23.09.2017); Щорічна конференція з міжнародною участю «Організація і управління охороною здоров'я 2018» (Київ, 25-27 квітня 2018 р.; Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я України» (Ужгород, 17-18 травня 2018 р.); Konferencja Pediatryczna «Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego» (Polska, Rzeszow 24-26 maja 2018 r.).

б) *на національному рівні:* Всеукраїнська науково-практична конференція «Соціально-психологічні та медичні аспекти протидії поширенню суспільно-небезпечних узалежнень серед дітей та молоді» (Львів, 19-20 травня 2011 р.); Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання організації роботи щодо захисту прав дітей» (Львів, 17-18 травня 2012 р.); Науково-практична конференція «Львівські психіатричні зустрічі» на тему «Війна. Травма. Зцілення…» (Львів, 14-15 листопада 2014 р.); Всеукраїнська науково-практична конференція «Формування тверезого способу життя в сім'ї та суспільстві» (Львів, 04-05 листопада 2016 р.).

в) *на регіональному рівні*: Науковий диспут у формі круглого столу «Наркотики – коротке задоволення, чи швидка смерть» (Львів, 28 листопада 2013 р.); Науковий диспут у формі круглого столу «Наркотично-отруйні речовини – як соціальні токсиканти» (Львів, 22 листопада 2016 р.); Науково-практичний семінар «Проблеми протидії незаконному обігу наркотичних засобів: соціальний та правовий аспекти» (Львів, 29 вересня 2017 р.); Науково-практична конференція «Проблема узалежнення дітей та підлітків в Україні» (Львів, 29 листопада 2017 р.); Науково-практичний семінар «Проблеми протидії незаконному обігу наркотичних засобів: соціальний та правовий аспекти» (Львів, 28 вересня 2018 р.).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 16 наукових праць з них 5 статтей у фахових виданнях, регламентованих МОН України (у т. ч. 3 – у виданнях, що входять до наукометричних баз, з них 3 статті у одноосібному авторстві), 1 стаття у іноземному науковому виданні, 1 розділ монографії та 7 тез у матеріалах наукових конгресів та конференцій, у т. ч. 1 – за кордоном. Додатково результати дисертації відображені у 1 методичних рекомендаціях та 1 інформаційному листі.

Структура та обсяг роботи. Дисертація викладена на 226 сторінках (148 сторінок основного тексту); складається зі вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми дослідження та 5 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, 17 додатків; містить 13 таблиць та 25 рисунків. Список використаних джерел складається з 251 найменування, з них кирилицею – 153, латиною – 98.

РОЗДІЛ 1
ОСНОВНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ

Значна кількість в Україні осіб, що вживають психотропні та наркотичні речовини набуває характеру епідемії та зумовлює низку нових актуальних на державному рівні соціальних, правових, економічних, медичних проблем [9, 83]. Відповідно до даних ВООЗ від алкогольної залежності щорічно помирає близько 2,5 мільйонів людей у світі [32, 75, 181, 245]. За даними Національної ради з питань охорони здоров'я, щороку через алкоголізм в Україні помирає понад 40 тис. людей. Спираючись на проведені дослідження науковців, серед українських підлітків палять майже 63%, вживають алкоголь 90%, мають досвід вживання наркотичних речовин понад 14% [41, 43, 141]. Вченими, які досліджують проблеми наркотизації населення зазначається, що на сучасному етапі вирішення названої проблеми може вирішуватися шляхом забезпечення населення достовірною інформацією та його просвітою, що сприяє підвищенню рівня розуміння населенням шкоди, яка завдається у результаті зловживання алкоголю та вживання наркотиків, і їх наслідків для здоров'я людей і добробуту окремих осіб і їх родин та суспільства в цілому [67]. З визначенням невирішених питань, на розв'язання яких у наступних розділах будуть спрямовані напрямки дисертаційного дослідження.

1.1. Аналіз стану захворюваності та поширеності хвороб серед населення, які пов'язані з вживанням психоактивних речовин

Залежність від вживання психоактивних речовин (ПАР) є актуальною медико-соціальною проблемою як в Україні так і в провідних країнах світу. Проблема ускладнюється із появою великої кількості хімічних речовин, які викликають формування синдрому залежності [21, 23, 26, 27, 52, 77]. Масове вживання ПАР призводить до збільшення кількості отруєнь, травматизму, насильства, різного роду злочинності. Надзвичайно гострою є проблема вживання ПАР серед дітей, підлітків та молоді, що в даний час спостерігається як в Україні так і в інших державах [2, 16, 61,

73]. Звертає на себе увагу той факт, що споживання наркотиків і вживання алкоголю власне є найбільш поширеними серед молоді, що в свою чергу суттєво впливає на формування особистості, її інтересів, соціального статусу, тощо [12, 13, 14, 15, 160].

Проблема тютюнопаління є однією із найважливіших медико-соціальних питань сучасності [74, 114, 161, 246]. Вживання тютюну є однією із основних причин передчасної смерті людей та хронічних неінфекційних хвороб у світі, яким сучасна цивілізація здатна запобігти [88]. За проведеними оцінками науковців загальна кількість смертей в Україні, які пов’язані із вживанням тютюнових виробів становить близько 100 тис. [90, 145]. Як зазначає у своїх роботах О. Грузєва, вживання тютюнових виробів є вагомою негативною детермінантою для громадського здоров'я. Воно поширене не тільки серед населення в цілому, і серед працівників охорони здоров'я та студентів вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ) [45]. На сучасному етапі розвитку суспільства вживання тютюну та тютюнових виробів є глобальною проблемою і комплексні заходи боротьби із вказаною шкідливою звичкою є актуальним завданням, якому ВООЗ приділяє значну увагу [27, 45, 182]. Вживання молодими людьми ПАР є проявом сучасних соціально-економічних детермінант, які є причиною знецінення у суспільсьтві принципів моралі, вираженої економічної нерівності та безперспективності. Найбільш актуальною відзначається проблема тютюнопаління серед молоді, що навчається [10, 15, 134]. Вказане визначається, з одного боку, медичними факторами, що характеризується морфо-функціональною незрілістю організму та його підвищеною чутливістю до негативних факторів зовнішньої дії та з іншого боку соціальними факторами в тому числі дією агресивної комплексної реклами, яка спрямована на підлітків і молодь, як потенційних споживачів тютюнових виробів [74, 76, 152]. За даними звіту ВООЗ громадяни країн Європи найбільше у світі палять та вживають алкоголь. Що стосується вживання наркотиків, то відмічається збільшення їх споживання у всіх країнах світу, особливо у молодіжному та підлітковому середовищі [51, 59, 246, 249]. Із метою посилення контролю над розповсюдженням тютюнокуріння у молодіжному середовищі ВООЗ реалізує в країнах Європи і в тому числі в Україні, міжнародні профілактичні програми, які передбачають періодичне проведення глобального комплексного дослідження «Молодь і тютюн» [51, 44, 161, 162]. За даними

ВООЗ внаслідок тютюнопаління щорічно у світі помирає до 6,8 млн. людей, у тому числі в Україні до 120 тис. людей. Україна знаходиться на 17 місці серед країн світу щодо кількості споживання цигарок. Цей показник складає 1,5% всіх спожитих цигарок у світі. Проведений аналіз показує , що якщо у світі на кожного жителя припадає в середньому до 870 викурених цигарок за рік, то в Україні цей показник складає 1 500-1 800, це означає, що у 2 рази більше [7, 8, 41, 76, 79, 81, 100, 109, 131, 144].

На психічне здоров'я населення працездатного віку сприятливо впливає гарантія зайнятості, відчуття можливості управляти своєю працею і соціальна підтримка на роботі. Навпаки, фінансові труднощі і соціальна ізоляція є основними соціоекономічними факторами ризику психічних розладів [22, 111]. Зростання безробіття у Європейському Союзі підвищило смертність від зловживання алкоголем на 28%. Ступінь впливу економічної кризи позначилась на стані психічного здоров'я населення та залежить від прийнятих політичних рішень. За даними ВООЗ, несприятливому впливу кризи на психічне здоров'я протидіють активні програми з організації ринку праці, а також заходи з підтримки сімей, обмеження доступності алкоголю, програми щодо полегшення боргового тягаря і загальнодоступність служб охорони психічного здоров'я [52]. У країнах з добре розвиненою системою соціального захисту населення занепад економіки менше позначається на стані психічного здоров'я. З посиланням на дані Європейського бюро ВООЗ, портал Delfi констатував, що жителі Литви у 2016 році стали світовими лідерами за рівнем вживання алкоголю. Один житель Литви в середньому спожив 16 л алкоголю. На другому місці знаходиться Білорусь, де на кожного жителя країни припадало близько 15 літрів алкоголю на рік. Третю сходинку займає Латвія – 13 літрів на кожного жителя. Росія і Польща зайняли четверту сходинку з показником трохи більше 12 літрів на кожного жителя. У Великій Британії одним із чинників зменшення рівня вживання алкоголю є те, що молодь багато спілкується онлайн, а відтак більше часу проводить вдома. США мають велику потребу у змінах, адже неповнолітні випивають до 11% усього спожитого в країні алкоголю, а надлишкове зловживання щороку спричиняє 4 300 смертей. Проте, профілактичні програми з доведеною ефективністю, які мають підтримку у населення, не обов'язково підтримуються урядом [32, 35]. Одна з головних перепон у тому, що на програми з

охорони здоров'я виділяються короткострокові гранти. Дані по Європі показують, що економічна криза далеко не завжди погіршує розрив у стані здоров'я між різними верствами населення. Важливою є увага урядів держав на першочергові потреби найменш захищеної частини населення, забезпечуючи високий рівень підтримки сімей, що знаходяться у групі ризику. Прикладом може слугувати динаміка самогубств у Швеції та Іспанії у 1980-2005 рр. [48, 191]. На початку 1990-х років Швеція пережила банківську кризу, яка потягнула за собою швидке зростання безробіття, однак рівень самогубств за цей час не підвищився, а навіть знизився. Інша ситуація в Іспанії, яка пережила у 1970-1980-х рр. ряд банківських криз. Із зростанням безробіття, збільшувалась кількість самогубств, коли ж рівень безробіття скоротився, то самогубства зменшились. У державах багато відмінностей, проте головним серед них був обсяг ресурсів, виділених бюджетом на соціальний захист: підтримку сім'ї, виплату допомоги по безробіттю і охорону здоров'я. Загальні витрати, пов'язані з психічними розладами, досить відчутні для економіки (Європейський Союз витрачає близько 170 млрд євро на рік, у США витрати на лікування становлять 148 млрд дол. США, депресія і тривожні розлади щорічно обходяться економіці в один трильйон доларів США), спостерігається значний розрив між тягарем психічних розладів і ресурсами, які виділяються на охорону психічного здоров'я. Приблизно у 28% країнах не існує окремого бюджету на вирішення проблем психічного здоров'я, проте у 37%, де виділене фінансування щодо вищезазначеного класу, на психічне здоров'я надається менше 1% загального бюджету охорони здоров'я [49]. Проведені підрахунки витрат на лікування і результати щодо здоров'я у 36 країнах із низьким, середнім і високим рівнем доходу протягом 15 років (2016-2030 рр.), де можливі витрати на розширення масштабів лікування (психосоціальне консультування, лікування антидепресантами) становлять 147 млрд доларів США, при цьому окупність значно перевершує витрати, 5% збільшення працездатного населення і підвищення продуктивності оцінене у 399 млрд доларів, а покращене здоров'я приносить ще 310 млрд доларів [32]. Підтримка соціального забезпечення на державному рівні здатна підвищити стійкість спільнот перед обличчям економічних потрясінь і послабити вплив, який чинять на психічне здоров'я безробіття і стрес, що виникає від занепаду економіки.

Епідеміологічна ситуація, що зареєстрована у сфері психічного здоров'я в Україні віддзеркалює існування певних суспільних проблем. В умовах соціально-економічної нестабільності, яку переживає Україна, спостерігається значна поширеність розладів психіки та поведінки з ускладненнями їх перебігу та з тенденцією до змін класичних форм психічних розладів, інвалідності психічно хворих людей [7, 19, 34, 113, 194]. В Україні захворюваність на розлади психіки та поведінки у 2009 р. порівняно з 2005 р. знизилась з 530,4 до 473,9 на 100 тис. населення працездатного віку (-10,7%). Зниження показників захворюваності на цей клас хвороб спостерігалося у 20 областях та м. Києві. Як зазначає Н. Медведовська [93], ці показники можуть свідчити про зменшення активності звернень з приводу надання медичної допомоги у випадку розладів психіки та поведінки у вищезазначених регіонах. Можливо тому, незважаючи на те, що показники захворюваності у більшості областей мають тенденцію до значного зниження (20 областей), рівень поширеності розладів психіки та поведінки має такі тенденції лише в 10 областях. Водночас є території зі значним підвищенням кількості вперше виявлених випадків психічних хвороб та розладів [49, 129]. За даними Знаменської М. А. та Слабкого Г. О. [72] у 2014 році у порівнянні до 2010 року в Україні показники захворюваності населення України за всіма провідними класами хвороб, мали тенденцію до зниження та найбільше вони зменшились серед інших класів в т. ч. на розлади психіки та поведінки (на 24,37% по відношенню до 2010 р. та на 19,19% порівняно з 2013 р.). За даними зарубіжних та вітчизняних дослідників вживання ПАР є одним із важливих детермінантів погіршення стану психічного здоров'я. Гострі та хронічні розлади психіки та поведінки, що виникають унаслідок вживання ПАР, займають перші два місця в структурі захворюваності населення на психічні та поведінкові розлади [6, 29, 142]. Зловживання алкоголю призводить до хронічних розладів психіки та поведінки і є суттєвим фактором ризику, займаючи чільне місце за рівнем впливу на формування хвороб у провідних країнах світу [65, 71, 132]. Близько 5,1% загального глобального тягаря хвороб і травм, за оцінками показника DALY, обумовлені алкоголем [139, 202]. За показником споживання міцних спиртних напоїв Україна посідає сьоме місце в рейтингу європейських країн.

Дані Державної служби статистики та МОЗ України свідчать, що в країні від причин, безпосередньо викликаних алкоголем, щорічно вмирає 12-13 тис. осіб, опосередковано – близько 100 тис., алкоголь у 30% випадків є причиною передчасної смерті українських чоловіків. [133, 149]. Головними нозологічними формами, які спричинили смерть за V класом хвороб «Розлади психіки та поведінки» є алкогольні психози та алкоголізм. Смертність внаслідок вживання алкоголю, складала 73,0% від усіх смертей цього класу [52, 56, 82, 88, 130]. Наявні статистичні дані щодо кількості споживачів психоактивних речовин в Україні є недостовірними. При цьому до 2010 р. цільові епідеміологічні дослідження поширеності вживання наркотиків населенням країни не проводилися [143]. Як показник кількості наркозалежних в Україні можна використовувати дані Департаменту протидії наркозлочинності національної поліції України, МВС України, відповідно до яких станом на кінець 2009 р. на офіційному обліку перебувало 164,8 тис. зареєстрованих споживачів наркотиків, із яких 3,3 тис. підлітків та 90,3 тис. хворих людей на наркоманії [56, 84]. За офіційними даними найбільша кількість споживачів наркотиків у розрахунку на 10 тис. населення зареєстровано в наступних областях: Луганській (69), Одеській (65), Дніпропетровській (65), Чернігівській (49) областях і місті Севастополі (60). При цьому зареєстровано збільшення кількості споживачів наркотиків серед сільських жителів майже у півтори рази. Однак особливості ведення офіційного статистичного обліку споживачів наркотиків серед населення країни не завжди дають змогу отримати статистичні дані, які б достовірно відображали ситуацію. Прогностичну оцінку кількості споживачів наркотиків у регіонах України можна отримати за результатами спеціальних медико-демографічних обстежень різних категорій населення України, проведеного у 2007 р. Це дослідження було спрямоване на збирання інформації щодо народжуваності, репродуктивного здоров’я, здоров’я матерів та дітей тощо, зокрема і щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин. За результатами дослідження встановлено, що із числа опитаних до 1,4% жінок та 10% чоловіків віком 15-49 років принаймні один раз у житті вживали будь-які психоактивні речовини [138, 141]. Проте цих даних недостатньо для ґрунтовного аналізу ситуації. Необхідно зазначити, що є оприлюднені детальні дані за результатами дослідження вживання наркотиків учнівською молоддю. Джерелом

такої інформації є результати дослідження, яке проводилось Українським центром соціальних реформ за участю Державного комітету статистики України, яке є звичайною практикою для країн Європи. У 2007 р. вибірка дослідження складала 5 000 учнів 1990-1992 років народження (2 300 хлопців та 2 700 дівчат віком 15-16 років). Результати дослідження, яке проведене науковцями Українського інституту громадського здоров'я вказують на те, що в українському суспільстві вживання алкогольних напоїв молоддю вважається нормальним і допустимим явищем [115, 116]. Негативним прикладом соціального впливу на молодь є реклама алкогольних напоїв. При цьому соціальний вплив на молодь реклами може бути прихованим, але агресивним [20, 101, 102]. Важливе значення у суспільстві в плані подолання вказаного негативного явища мають профілактичні програми. Ефективність програм первинної та вторинної профілактики вживання підлітками алкогольних напоїів та підліткового наркотизму визначається застосуванням низки особистісних та ситуативних захисних чинників. Важливими особистісними захисними чинниками виступає високий рівень інтелектуальних здібностей підлітка, рівень самооцінки та здатність заводити й підтримувати дружбу з недевіантами. Важливе значення має корисна зайнятість підлітків та молоді. У сім'ї захисними чинниками від вживання психоактивних речовин виступають довірливі стосунки між батьками та дітьми, сім'я, в якій існує стале спілкування між членами родини, висока ступінь задоволеності батьків своїм сімейним життям, розподіл між батьками постійних обов'язків нагляду за дитиною [157]. Наявність у батьків високого рівня знань про наркоманію, що також є важливим захисним фактором. До захисних факторів у межах соціального оточення підлітків належать: недоступність наркотиків, високий рівень моральної підтримки підлітків близькими людьми, незначний рівень стресів та влаштування підлітка до відповідного для нього навчального закладу [18, 46]. Якщо сім'я підлітка надає дитині належну моральну підтримку те не ставить до неї надмірних вимог, то існує ймовірність того, що зусилля батьків та дітей, які спрямовані на подолання проблеми вживання психоактивних речовин будуть мати успіх. Якщо вчителі навчального закладу приділяють достатньо часу та уваги для того, щоб задовольняти нагальні потреби дітей у навчанні та проведенні їх дозвілля, організовують регулярні спільні зустрічі з

батьками та дітьми, ефективно сприяють налагодженню зв'язків між родиною та школою, а також забезпечують ретельний нагляд за підлітками з метою недопущення вживання ними наркотиків у школі, то досягають позитивних результатів з формування поведінки підлітків скерованої на здоровий спосіб життя [47, 106]. Важливим джерелом, яке дає реальну змогу оцінити ступінь вживання молоддю наркотиків, є результати регулярних досліджень здорової поведінки дітей шкільного віку (HBSC) [143]. За отриманими в ході досліджень даними, психоактивні речовини вживали (на час опитування) принаймні раз чи двічі в житті щонайменше від 8% восьмикласників до 26% першокурсників професійно-технічних навчальних закладів. Половина з них не обмежилась вживанням наркотику раз чи двічі, а вживали психоактивні речовини від 3-5 до 40 і більше разів за життя. За результатами дослідження виявилася статева різниця щодо вживання наркотичних речовин. Так, серед опитаних підлітків чоловічої статі всіх типів навчальних закладів споживачів наркотиків було у 2-4 рази більше, ніж серед жіночої статі (щонайменше 1-2 рази в житті практикували прийом наркотиків серед восьмикласників 12% юнаків і 3% дівчат; десятикласників – 17% і 6% відповідно; першокурсників професійно-технічних навчальних закладів – 34% і 17%; ВНЗ – 26% і 13%). Необхідно відмітити, що в ході дослідження відмов у відповідях на запитання щодо вживання ПАР протягом останнього місяця було більше ніж на аналогічне запитання щодо вживання наркотиків протягом життя [30, 57, 59, 67, 143].

За результатами дослідження «Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти», яке було проведене в 2010 році, встановлено, що до 9% респондентів у віці 15-34 років мали досвід вживання психоактивних речовин за своє життя [104, 105]. Найбільш поширеною речовиною, яку вживали респонденти була марихуана або гашиш. Їх вживали 8% респондентів. При цьому екстазі вживали 2% респондентів. Вони зазначили, що перше вживання ПАР у 32% респондентів відбулося у віці 12-16 років життя, а ще у 32% респондентів – від 17 до 18 років життя. При цьому у віці 19-28 років життя спробували наркотики 30% молодих людей. Серед чоловіків 34,4% спробували вперше наркотичні речовини у віці від 12 до 16 років життя, а серед жінок 44% респондентів спробували перший раз наркотики у віці 19-28 років життя. Встановлена тенденція вказує на те, що юнаки раніше, ніж дівчата, роблять спробу

вживати наркотичні препарати, 49% респондентів вважають, що наркотики, при бажанні, придбати легко. Серед опитаних респондентів, які мали досвід вживання наркотичних препаратів, відповіді розподілились наступним чином: 50% респондентів відповіли, що будь-які наркотики придбати легко, при цьому найбільш легко придбати марихуану або гашиш на що вказало 77% опитаних. На легкість придбання героїну та кокаїну вказали по 25% опитаних, а екстазі –38% опитаних. Легким придбанням декількох наркотичних речовин одночасно, вважають 30% респондентів, які мають досвід вживання наркотиків [91, 104, 105]. Перший досвід вживання пива відмітили 16% респондентів у віці 9 років. У віці 9 років 12% учнів перший раз спробували такі алкогольні напої, як вино або шампанське та 4% опитаних учнів спробували у цьому віці міцні алкогольні напої. Алкогольні коктейлі із вмістом алкоголю до 5% (наприклад «Ром-кола», «Longer», «Shake», «Джин-тонік») за результатами дослідження 14% учнів вперше почали вживати до 14 років життя. Результати оцінки наслідків вживання алкоголю показали, що 27% опитаних хлопців та 28% опитаних дівчат оцінюють «шкоду для здоров'я» як абсолютно неможливу у разі вживання особисто ними алкоголю. Позитивні відчуття внаслідок вживання алкоголю, а саме почуття «розслабленості», відзначили 57% опитаних хлопців та 50% опитаних дівчат, а можливість «забути про свої проблеми» оцінили як дуже ймовірну 37% опитаних хлопців та 39% опитаних дівчат. Результати дослідження засвідчили про істотне збільшення вживання молоддю дискотечного наркотику екстазі [83].

Доступні нам наукові публікації вказують на зростання частки тих, хто долучився до першого в житті вживання марихуани або гашишу у підлітковому віці. Дослідники вказують, що у віці до 9 років марихуану або гашиш вперше в житті спробували із когорти, що досліджувалася 1,3% хлопців та 0,4% дівчат [10, 13]. Найпоширенішим механізмом отримання першого досвіду вживання наркотику молоддю є пропозиція спробувати його у компанії друзів і знайомих. Основним мотивом спробувати наркотик була цікавість, як для хлопців (7%), так і для дівчат (4%). Поширеним мотивом початку вживання ПАР є надлишок вільного часу. З цієї причини вживали ПАР 2% хлопців та 1% дівчат. З урахуванням світового та вітчизняного досвіду створена комплексна багаторівнева міжсекторальна система медико-соціальної та педагогічно-психологічної

профілактики вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків, яка була апробована та впроваджена у школах Чернівецької, Київської та Закарпатської областей [28, 73, 82, 83].

Проблема вживання ПАР в Україні має загрозливий характер і набуває всі характеристики епідемічного процесу. Незважаючи на активну антинаркотичну інформаційну роботу, кількість осіб, особливо серед підлітків і молоді, із числа тих, які вживають наркотики, з кожним роком збільшується [4, 9]. Сукупна частка розладів психіки та поведінки, що спричинені вживанням психоактивних речовин, становить 65% усіх випадків розвитку психопатології, які були зареєстровані в Україні у 2014 р. (46% випадків припадає на гострі порушення і 18% на хронічні психічні розлади). Було встановлено, що рівень захворюваності на хронічні розлади психіки та поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин перевищує рівень захворюваності на розлади психіки та поведінки за МКХ-10 на невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади – у 2 рази; на шизофренію, шизотипові та маячні розлади у 5 разів; на розумову відсталість майже у 6 разів; на афективні розлади у 10 разів; на розлади психічного розвитку, а також поведінкові та емоційні розлади у підлітковому віці – у 25 разів; на поведінкові синдроми, які пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами – у 48 разів [3, 37, 38, 39]. Складна соціальна та економічна ситуація, що сьогодні спостерігається в Україні, зумовлює негативні тенденції у показниках здоров'я населення, середній очікуваній при народженні тривалості його життя, високі рівні смертності в тому числі попереджуваної [87]. Серед причин вказаної негативної медико-демографічної ситуації важливе місце займає зростання вживання алкоголю та наркотичних речовин [101, 102]. Поширення серед дітей, підлітків та молоді вказаних негативних явищ становить загрозу для здоров'я нації та її економічної безпеки [134, 135].

Окремо можна розглянути ситуацію з програмами замісної терапії. За даними функціонуючого раніше Українського медичного та моніторингового центру з алкоголю та наркотиків МОЗ України, було розгорнуто 106 програм замісної терапії з використанням препаратів «метадон гідрохлорид» і «бупренорфін гідрохлорид». Загалом у всіх програмах брали участь 5 307 осіб. Найбільша кількість осіб була

учасниками програми з використанням «метадолу» - це 4 465 наркоманів в країні, 842 пацієнти - учасники профілактичної програми з використанням «едноку». У середньому на одну профілактичну програму з використанням препаратів «метадон гідрохлорид» та «бупренорфін гідрохлорид» зареєстровано 58 осіб, які використовують «метадол» та «еднок» 43 і 29 пацієнтів відповідно. Відмінність між показниками використання «метадолу» та «едноку» пояснюється значною різницею у їх вартості [47]. Враховуючи наявну інформацію, центри замісної терапії по території України розміщені нерівномірно. Так, 63 із 94 центрів розташовані в Західній та Центральній Україні, і тільки 31 центр замісної терапії був розташований у більш урбанізованій Південній та Східній Україні. Такий розподіл не корелює з кількістю споживачів наркотиків, які проживають у регіонах країни. За даними МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», оцінкова загальна чисельність споживачів ін'єкційних наркотиків у 2009 році у Житомирській області складала від 3 700 до 10 600 осіб, а в Донецькій області 5 800 – 29 900 осіб. Виходячи з оцінкової кількості споживачів наркотиків, можна припустити, що на Півдні та Сході України центрів замісної терапії функціонує набагато більше, але відсутність статистичної інформації не дає змоги зробити достовірні висновки, щодо їхньої реальної кількості [5, 10, 57]. Актуальність нашого дослідження на фоні значних внутрішньодержавних міграційних процесів, проведенням Операції Об'єднаних сил на сході держави визначається виявленням регіонів України з найвищими рівнями захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки від вживання ПАР [56, 66, 170, 196]. Практична значущість зумовлена нагальною потребою міжрегіональної взаємодії з розроблення та проведення превентивних програм з первинної профілактики залежності від алкоголю та наркозалежності.

1.2. Підходи до організації медичної допомоги молоді, яка вживає психоактивні речовини

Вивчення проблеми гіперкінетичних розладів поведінки у підлітків та студентів зумовлена тим, що поведінкові відхилення супроводжуються імпульсивністю, агресивністю і антисоціальною поведінкою. Крім цього існують питання соціального функціонування, пов'язані з недостатнім доглядом

дітей і підлітків і, як наслідок, виникла проблема підліткової злочинності та вживання ПАР. Дуже небезпечним є розширення спектру нових, сучасних ПАР, що вживають молоді люди, а це зумовлює появу нових форм наркотичної залежності [83, 86, 242, 245, 246]. Різкому загостренню проблем наркоманії є багато пояснень. Це недооцінка та довга практика замовчування соціальної небезпеки цього явища, розрізненість дій медичних, соціальних та освітніх закладів, певна правова інертність, прозорість кордонів тощо [165, 166]. Практично не проводиться первинна профілактична робота стосовно наркоманії, особливо у навчальних закладах: школах, ліцеях, гімназіях, технікумах тощо. А як відомо, саме в цих закладах і розпочинається шлях молоді до наркоманії. Дуже небезпечним є те, що в умовах сьогодення наркоманія значно помолодшала [50, 80]. Якщо ще 5 років тому 15-16 річні хворі на наркоманію були клінічною рідкістю, то на сучасному етапі вони становлять 30-35% загальної кількості зареєстрованих таких хворих. Але це тільки верхівка наркоайсбергу. Дійсні цифри хворих на наркоманію та токсикоманію, особливо серед дітей і підлітків, значно вищі.

Результати соціологічних досліджень алкоголізму свідчать, що він виникає у всіх типах груп населення та серед представників різних національностей, рас, вікових груп, соціально-економічних та релігійних груп, незалежно від професії та рівня освіти [12, 13]. Дослідникам цього негативного явища невідома жодна категорія людей, які вживають алкоголь і серед яких не розвивається залежність. Проте в одних групах населення рівень залежності від алкоголю вищий, ніж в інших. Доказовими є дані, що емоційна слабкість та лабільний характер людини можуть негативно впливати на розвиток залежності від алкоголю. При вивченні таких змінних, як самооцінка, мотивація, чинники розвитку, депресія, дослідники знаходили зв’язок із зловживанням ПАР [16, 17, 92, 98, 99, 218, 219]. Проведені психологічні дослідження зосереджувалися на вивченні того, якою була людина до того, як у неї виникла залежність від алкоголю. Дослідники вивчали питання чи були у особи емоційні проблеми, чи підпадала вона під категорію адиктивної особистості тощо. Результати дослідження, об’єктами яких були особи із залежністю від алкоголю, вказують на те, що у таких людей значно більше психологічних проблем у порівнянні з людьми, які не мають залежності [1, 55]. Необхідно відмітити, що вживання психоактивних речовин

часто є засобом втечі від негативних почуттів по відношенню самих до себе, які виникають як наслідок особистих невдач та подолання проблем цього періоду життя. Науковцями зафіксовано ряд проблем розвитку особистості, що впливають на інтенсивність вживання такої речовини, як алкоголь: «проблеми у навчанні і соціальній адаптації; високий рівень тривожності, невротичні розлади, висока конфліктність, неадекватна самооцінка, недоліки сімейного виховання, відсутність тісних емоційних контактів на рівні мікросоціуму» [14, 94, 95, 96, 225]. Низький соціально-економічний статус не завжди збільшує для молоді ризик вживання алкоголю чи інших наркотичних речовин, надмірна соціоекономічна нерівномірність та безперспективність можуть призвести до більш серйозних проявів асоціальної поведінки, серед вживання психоактивних речовин часто є однією із складових порушень психіки та поведінки. У зв'язку з чим складовою загальної профілактики наркоманій є підвищення добробуту в країні в цілому та подолання соціальноекономічних детермінант [2, 149].

На даний час в Україні не існує єдиної, чітко функціонуючої системи медикосоціального та правового забезпечення організації боротьби та протидії поширення ПАР. Ситуація з дитячою, підлітковою і молодіжною наркологією ускладнюється експозиційним зростанням кількості ВІЛ-інфікованих. Особливо це стосується хворих на ін'єкційну наркоманію. Усі спроби вирішити проблему підліткової наркоманії шляхом активізації діяльності наркологічної служби не дають позитивного результату. Цьому є як об'єктивні, так суб'єктивні пояснення: недостатня матеріально-технічна база; відсутність постійного контакту лікаря нарколога із підлітковими колективами; відсутність контакту з батьками підлітків, які вживають наркотичні речовини. Вони практично не звертаються до лікаря нарколога, а якщо і звертаються то, як правило, на стадії стійкої психологічної, іноді фізичної залежності, коли лікувальні заходи менш ефективні. Найчастіше підліток потрапляє до нарколога за допомогою органів правопорядку, коли він уже стоїть на межі чи вже скоїв злочин. Дуже небезпечною тенденцією у молодіжному середовищі є віра у те, що від наркоманії легко вилікуватися. Недостатня ефективність існуючих на сьогодні діагностичнолікувальних схем при наркотичній та алкогольній залежності у підлітків спонукала

вчених до вивчення нових ланок патогенезу захворювання, та створення нових програм медико-соціальної профілактики, запозичення закордонного досвіду різноманітних проектів у європейських та інших країнах світу, які варті уваги [220, 227]. Участь організації «Молодь у Європі» відбувається на рівні міст (35 міст у 17 країнах), а не держав. Навчальні заклади, батьки, державні та недержавні організації з охорони здоров'я, соціальні служби, церкви та поліція об'єднали зусилля з метою покращення самопочуття дітей та зниження рівня вживання ними ПАР. Було забезпечено фінансування установ та організацій, які популяризують здоровий спосіб життя та допомагають людям долати стрес. Центр первинної профілактики наркотизму «Пресенс» у м. Стокгольм (Швеція) є муніципальною установою, яка проводить координацію заходів з профілактики і фінансується з міського бюджету. Основні завдання центру полягають у підвищенні ефективності роботи з комплексної профілактики наркотичної та алкогольної залежності; допомозі у розробці планів дій, заходів та програм профілактичної спрямованості; передачі наукового та практичного досвіду із профілактики вживання психоактивних речовин; заохоченні до розвитку превентивної організаційної роботи та випробування нових ефективних методів; надання підтримки зацікавленим особам у здійсненні профілактичної діяльності; замовлення проведення та поширення результатів соціологічних досліджень серед молоді; допомога зацікавленим особам у знаходженні інформації про наркотики в Інтернеті та інших засобах масової інформації (ЗМІ); створення, поширення, здійснення інформаційних кампаній; постійний моніторинг процесу та результатів роботи, здійснюваної Центром; проведення семінарів-тренінгів для різних учасників превентивної роботи. «Пресенс» намагається використовувати методи роботи, ефективність яких доведена науковими дослідженнями, співпрацює з клінічними установами, медико-соціальною службою, що відповідає за питання вторинної профілактики наркотизму та здійснює моніторинг наркотичних проблем у місті. Для роботи створені референтні групи з представників державних установ, що дотичні до профілактики наркозалежності; неурядових організацій, що працюють із питаннями профілактики наркотизації населення; представників науки [48, 228, 230, 231, 232, 236, 247]. Проект «Космонавт» (Німеччина) «Саксонського земельного союзу заохочення

здорового способу життя» розроблено педагогами і соціологами у співробітництві з Молодіжним наркологічним консультаційним пунктом і Центром допомоги хворим на СНІД м. Дрездена, розрахований на вікову групу від 12-16 років. Особливість проекту полягає у розширенні життєвих навичок шляхом розвитку спроможності отримувати задоволення, пошук відповіді на запитання: «Від чого мені добре, що я сам можу зробити, щоб більше радіти життю і підвищити свій суспільний добробут?». У центрі проекту – методична скриня з необхідними матеріалами для дискусій, ігор, вправ у вигляді космічного корабля, де учні втілюють свої мрії і бажання на вигаданих планетах [187, 188, 195]. Проект «Підвісна дорога» (Німеччина) розроблений під егідою товариства «Центр інтеграції» для профілактики наркоманії серед дітей та підлітків м. Лейпцига, здійснюється у дитячих та молодіжних клубах, спрямований на тренування життєвих навичок. У рамках проекту тематичні уроки («Загроза наркоманії і наркотики», «Здоровий спосіб життя і харчування») із залученням засобів педагогіки, що ґрунтуються на особистому досвіді, інтерактивних іграх, в індивідуальних та групових бесідах підлітків з подолання життєвих проблем. Досвід проекту свідчить, що для дітей і підлітків, які вживають ПАР, необхідно ширше застосовувати різні форми вторинних профілактичних заходів [235, 239, 249].

Проект «Звільни свою свідомість» (Німеччина) орієнтований на тренування життєвих навичок, реалізується службою охорони здоров’я м. Лейпцига. Його особливістю є робота за моделлю «навчання в однолітків» (peer education) та участь кураторів-студентів психології і соціальної педагогіки. Він базується на усвідомленні факту, що відносини у групі однолітків, які на початку відносин ні до чого не зобов’язують, з часом набувають для її учасників все більшого значення і розвиваються у важливий фактор соціалізації. Мета проекту – передати виховні функції підліткам, підготувати з них пропагандистів (мультиплікаторів), які у колі друзів могли б проводити компетентні бесіди про наркотики і різноманітні підходи до профілактики наркоманії. Запропоновано десять напрямів впливу на проведення вільного часу учнями та студентами – від створення театральних гуртків, випуску газет до організації і проведення тематичних днів з профілактики наркоманії. Проектом охоплено велику кількість молоді, поглиблено співробітництво

різноманітних навчальних установ [209, 214]. Для студентів це можливість поєднати теоретичні знання із практичною роботою.

У «Проекті із вживання превентивних заходів проти поширення наркотиків Управлінням поліції м. Дрездена» (Німеччина) задіяно чотирьох співробітників-поліцейських зі спеціальною підготовкою, звільнених від службових обов'язків. У центрі їх діяльності – розробка тем шкільної програми з тренування життєвих навичок, а для старших школярів навчання з питань дії та небезпеки вживання наркотиків, з основ права. Проект включає підготовку пропагандистів, батьківські вечори та навчання вчителів-консультантів. Істотним обмеженням у здійсненні профілактичної роботи поліцією є необхідність карного переслідування, від якого не звільнені в тому числі співробітники, які працюють у сфері профілактики залежностей, тому побудова довірчих відносин між ними можлива лише частково [181, 189, 195, 233].

Універсальна шкільна програма з тренінгу життєвих навичок (США) складається із трьохрічного профілактичного курсу, розрахованого на учнів старших класів. Вона передбачає 15 навчальних сесій першого року, 10 сесій упродовж другого і 5 сесій третього року навчання, реалізується шляхом навчання комбінації особистісних і соціальних умінь, здатності опиратися пропозиціям вживати ПАР, уміння організовувати особисте життя й загально-соціальні навички. Складова щодо розвитку вміння протистояти пропозиціям вживати психоактивні речовини містить матеріали, розроблені для: поліпшення розпізнавання тиску з боку соціального оточення, що спонукає до вживання ПАР; виправлення неправильного ставлення до масового їх вживання; популяризації суспільних антинаркотичних норм; набуття знань про профілактику вживання та навичок супротиву наркотикам. При цьому компонент з навчання та розвитку вміння організовувати особисте життя забезпечує навчання навичкам, як бути незалежним і управляти особистим станом і розвиває навики самоконтролю. Реципієнти навчаються навичкам подолання особистих труднощів і вироблення рішень, особистому критичному мисленню для супротиву негативному впливу однолітків і ЗМІ, здійсненю самоконтролю й самоповазі, вони опановують адаптовані копінг-стратегії, з питань вміння справлятися із особистим гнівом та стресами. Компонент із розвитку загальних особистих соціальних навичок,

крім закріплення загальних соціальних вмінь, збільшує соціальну особисту компетентність молоді [159]. Результати програми, яка працює упродовж 16 років, показують, що вказаний підхід з організації профілактичних заходів спроможний до 59–75% знизити рівень вживання тютюну, алкоголю й марихуани порівняно з контрольними групами. Повторні курси підвищують її ефективність. Тривале спостереження за випускниками програми, що зібрані з різних джерел і охоплюють 6 000 учнів 56 шкіл, засвідчили певне зниження рівня паління, вживання алкоголю та марихуани за 6 років її впровадження (на 66%). Ефективність програми підвищується за рахунок впровадження гнучкого навчального розкладу та диференційованої інтенсивності навчальної роботи персоналу проекту. Результати проведених оцінок довели, що впроваджена програма працює незалежно від того, хто її впроваджує – дорослі чи підлітки, які працюють за принципом «рівний рівному» серед однолітків [199, 217, 224]. Проект «Родина» (США) це серія взаємопов'язаних експериментів, що передбачають: збільшення загальної поінформованості родини та молоді; вивчення факторів, що ефективно впливають на участь батьків у сімейних програмах; проведення широких наукових досліджень щодо визначення потреб родин і громад у штаті Айова. Профілактичною частиною проекту є «Підготовка до років без наркотиків» (PDFY), і «Програма зміцнення сімей штату Айова» (ISFP) – модернізована програма зміцнення сімей університету штату Юта. Запроваджена програма PDFY включає п'ять навчальних курсів для батьків; при цьому один із навчальних курсів батьки й підлітки відвідують разом. Програма ISFP складається із семи курсів, всі вони призначені для сумісного вивчення. Порівняння отриманих результатів дії обох запроваджених програм з контрольною групою сімей засвідчило їх позитивний вплив. Оцінка отриманих результатів програми ISFP, яка здійснена через рік після її впровадження показала посилення опору молоді та підлітків тиску однолітків, яким вони спонукаються до вживання алкоголю та зниження контактів з однолітками, які постійно асоціально себе поводять, а в результаті зменшення випадків проблемної поведінки. Таким чином сполучення сімейних програм із шкільними є більш ефективнішими, ніж застосування тільки шкільних програм. Результати проведених досліджень визначили ступінь вираженості наявних факторів

ризику та захисних факторів, а також проблем, які пов'язані із вживанням ПАР. Результати, отримані в процесі проведених досліджень, були враховані при плануванні програм з організації охорони здоров'я [201, 208, 232]. Програма зміцнення сімей є вибірковою профілактичною багатокомпонентною міжсекторальною програмою, орієнтованою на сім'ю, яка має забезпечити захист дітей від негативного впливу людей, які вживають наркотики. Програма складається із трьох елементів що включає тренінг батьків та тренінг вмінь дітей, а також тренінг сімейних вмінь. Запланований тренінг батьків спрямований на покращення батьківських навичок щодо зниження вживання ПАР. Передбачений тренінг вмінь дітей, шляхом роботи із психотерапевтом, забезпечує зменшення негативної поведінки дітей і поліпшує соціальне сприйняття щодо її поводження. Проведення тренінгу щодо сімейних вмінь гармонізує родинну атмосферу, залучаючи покоління батьків і дітей до вивчення адекватних способів поведінки та ефективного застосування їх на практиці. Отримані результатами програми вказують на зменшення сімейних конфліктів та покращення спілкування між батьками і дітьми і вміння вести сімейні справи, а також зниження рівня неадекватної поведінки дітей та її агресивності і вживання психоактивних речовин серед молоді [200, 234, 235, 242]. Запроваджене навчання і тренінг для підлітків з метою уникнення вживання стероїдів за програмою ATLAS (Adolescents Training and Learning To Avoid Steroids) (США) є міжсекторальною багатокомпонентною універсальною програмою для старшокласників і студентів, які займаються бодібілдінгом. Програма спеціально розроблена для зниження дії факторів ризику вживання спортсменами анаболічних стероїдів і інших препаратів з одночасною пропагандою здорового раціонального спортивного харчування із застосуванням альтернативних способів силових тренувань проти використання заборонених до вживання препаратів, які збільшують м'язову масу. Тренери і хлопці команд вивчають курс за спеціальними посібниками у групах спільного навчання. Використовують всі переваги впливу дії тренерського складу та застосування атмосфери команди маючи єдину визначену мету, яка полягає в забезпеченні позитивного впливу на молодих людей. Заплановані цикли фізичних тренувань включають рольові ігри, змагання та ігри з розвитку логіки. Допоміжні засоби

навчання також включають «кишенькові» пакети з харчуванням та посібники з виконання вправ та робочі зошити із необхідними рекомендаціями [173, 175]. Батьки залучаються до виконання визначеного домашнього завдання та вивчення представленого буклету «Сімейний посібник із правильного харчування спортсменів». Представлені компоненти програми містять відомості про стероїди та інші препарати, розвивають навички відповідати аргументованою відмовою на пропозиції вживати наркотики, формують етику поведінки у команді, забезпечують зміцнення внутршньої антинаркотичної командної установки, а також пояснюють підліткам правила застосування лікарських засобів, підкреслюють уразливість людей щодо дії ПАР. Інші складові спрямовані на проведення заходів щодо правильного харчування й фізичної підготовки спортсменів. Учасники програми ATLAS краще розуміють вплив анаболічних стероїдів і інших ПАР на організм, їх побічні ефекти, усвідомлюють негативне ставлення батьків і тренерів до їх вживання. Програма містить чотири заплановані курси, які розраховані на закріплення отриманих навичок у кожному наступному навчальному році [174, 178, 179].

Програма «Перевірка родини» для перехідного періоду підліткового віку (США) зконцентрована на батьківському ефективному вихованні та інтегрує універсальний комплексний та вибірковий підхід за індикаторами у профілактичній роботі серед учнів старших класів школи. Її мета – залучення батьків до профілактичної діяльності, вироблення ними загальних правил виховання дітей та підлітків, поширення інформації про практичний ризик, який пов’язаний із проблемною поведінкою підлітків щодо вживання ПАР. Відеокасета «Батьківське виховання у підлітковому віці» допомагає батькам визначити фактори ризику й зосереджує увагу на використанні навичок ефективного ведення сімейних справ і встановлення нормальних відносин для звуження сфер ризику. Курс «Батьки – у центрі уваги» включає поведінкову сімейну терапію, забезпечує надання професійної підтримки батькам у виконанні програми. Родина, що має покази для втручання, бере участь у програмі і отримує інформацію з «Кімнати сімейних ресурсів» про наявні фактори ризику на ранніх стадіях залучення до наркотиків і про необхідні дії батьків, які спрямовані на зниження ступеня ризику вживання наркотиків дітьми. Програма

містить ряд профілактичних експериментів та застосування інших вузько-спрямованих методів впливу (відеокасети, листівки). Результати засвідчують необхідність повторних курсів, а підлітків із груп ризику не слід збирати разом в одних групах, що погіршує їх проблемну, неприйнятну поведінку в школі [186, 215, 237, 244].

На даний час в Ісландії зареєстровано найменшу частку дітей зі шкідливими звичками серед дітей країн Європи. Ісландські підлітки упродовж 20 років майже припинили вживати алкоголь, наркотики та палити тютюн. Якщо у 1998 р. хоч раз п'яними упродовж місяця було 42% опитаних підлітків (16-річних), то у 2016 р. всього 5%. А показник тих, хто вживав марихуану, знизився з 17% до 7%. Щоденних курців цигарок поменшало з 23% до 3%. У 1991 р. у столичному районі Тіндар (Ісландія) було створено центр по боротьбі з наркозалежністю. Запорукою здорового способу життя стали кілька факторів: участь в організованому спортивному дозвіллі, проведення часу із батьками, відчуття піклування, відсутність звички гуляти допізна. Було розроблено національний план «Молодь в Ісландії». Відповідно до впроваджених змін, стало нелегальним продавати молоді тютюн до 18 років та алкоголь до 20 років життя; заборонено відповідну рекламу; зміцнено зв'язок між родинами та школами. У кожній школі організовано батьківські організації, які відвідували лекції, як проводити з дітьми багато часу – quantity time проти quality time. Окремо, прийнятий в країні закон, заборонив дітям віком від 13 до 16 років самостійно знаходитись поза межами помешкань родини після десятої години вечора зимою, а також після опівночі влітку. Національним координатором батьківських організацій, розроблено угоди, які зобов'язували батьків не дозволяти дітям самостійно проводити вечірки без присутності дорослих та не купувати їм алкоголь, стежити за їх психічним станом. Держава виділила більше фінансових ресурсів на заняття підлітками спортом, музикою, малюванням, танцями та на діяльність інших клубів дозвілля [161, 191]. У Рейк'явіку, видають так звану Картку дозвілля. Незаможні родини щороку отримують 35 тис. ісландських крон на кожну дитину, щоб оплачувати позашкільні заняття чи секції. Отримані результати ісландського експерименту було представлено на конференції Європейські міста проти наркотиків [232].

Вживання молоддю психоактивних речовин є назрілою медико-соціальною проблемою не тільки в Україні, але й в інших провідних країнах світу [52, 161]. Автори наукових досліджень наголошують, що студенти ВНЗів у зарубіжних країнах посідають третє місце серед різних молодіжних груп за рівнем поширеності вживання психоактивних речовин [156]. При цьому є великою частка студентів, які вживають наркотики [49, 191]. У країнах, що розвиваються, зареєстровано стійке зростання алкоголізації місцевого населення, починаючи з підліткового віку [130, 163, 164, 192, 193, 210, 241, 243]. Чітко простежується збільшення споживання наркотиків в усьому світі, особливо в молодіжному та підлітковому середовищі [19, 155].

Дослідження, що проводилися в Україні та інших країнах світу встановили, що частіше вживають психоактивні речовини молоді люди з неадекватною самооцінкою та без здійснення зовнішнього контролю, зі слабо вираженою практичною мотивацією досягнень, вираженим депресивним станом, наявними істероїдним, шизоїдним, епілептоїдним та емоційно лабільним, психоастенічним і змішаним типами акцентуації особистого характеру [69, 77, 117, 168, 171]. При цьому особливе місце в групі психоактивних речовин, які вживає молодь займає алкоголь. За даними ВООЗ (досліджено проведено у 148 країнах світу), не вживають алкоголь 99,5% дорослого населення в таких країнах як Єгипет, та близько 25,0% населення у Люксембурзі. Найвищі показники споживання алкоголю зареєстровано в Колумбії (32,0%) та Грузії (28,0%), а найнижчі в Індії (1,4%). При цьому найбільш високий рівень алкогольної залежності зазначено у Польщі (12,0%) і Бразилії (11,0%), а найнижчий у Єгипті і Сирії (по 0,2% відоповідно) [40, 248]. У наукових колах обговорюється питання необхідності розроблення стандартизованих інструментів з метою оцінки рівня вживання чистого етанолу на душу постійного населення та рівня алкогольної залежності [157, 167, 212, 248]. Так, у США розлади психіки та поведінки, що спричинені зловживанням алкоголю, є тяжким економічним тягарем. Витрати, що пов’язані із подоланням наслідків зловживання алкоголю, оцінюються у сумі понад 26 млрд. доларів щорічно, а фінансові збитки від захворювань, які пов’язані із алкоголізмом, вчиненням злочинів та виникненням передчасних смертей, досягають 134 млрд. доларів щорічно [176]. Проведений аналіз вказує на те, що витрати

суспільства на проблеми, які пов'язані із зловживанням алкоголю, оцінюються до 185 млрд. доларів на рік [169, 184, 198].

Алкоголь є найбільш поширеним із ПАР, що вживається дітьми та підлітками в Україні. Доведено, що кожен четвертий українець, який страждає на алкогольну залежність, є людиною у віці до 35 років [31, 140, 143, 197]. За результатами проведених Українським НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України досліджень 22% учнів шкіл та студентів середніх та вищих навчальних закладів вживають спиртні напої практично щоденно або щонайменше кілька разів на тиждень [29, 30, 146]. На думку деяких науковців значна роль у формуванні молодими людьми структури вживання психоактивних речовин залежить від економіко-географічних умов регіону проживання [46, 96, 103, 146, 148]. Встановлено, що вживання ПАР молоддю провокують, такі фактори як конфліктні відносини і відсутність взаєморозуміння у сім'ї, особисте позитивне ставлення до нарковживання, а також висока поширеність вживання наркотиків в середовищі представників референтної групи однолітків [13, 15, 25, 36, 37, 96]. Основними факторами, що спричиняють вживання психоактивних речовин молоддю є: відсутність у більшої частини населення усвідомлення реальної необхідності здорового способу життя, легка доступність алкоголю та інших ПАР, загальний негативний вплив сучасної масової культури та теле, кінопродукції, реклами алкоголю на незрілу свідомість молоді, відсутність у вчителів шкіл та батьків достатньої об'єктивної інформації про проблему та про наявні ефективні підходи до боротьби з нею [19, 153].

Проведені сучасні наукові дослідження дозволили виокремити такі предиспонуючі чинники вживання психоактивних речовин студентами ВНЗ, що серед них домінують як вплив на вживання ПАР зі сторони інших близьких людей, відсутність ефективної зайнятості, невміння контролювати себе особисто, бажання стати «своїм» серед тих, хто вживає психоактивні речовини. Особливістю вживання наркотиків сучасною молоддю є численні мотиваційні предиктори, на які ефективно впливають як індивідуально-психологічні особливості підлітків та молоді, так і характеристики їх соціального оточення і соціально детерміновані паттерни поведінки [77, 100, 103, 158, 203, 206, 216]. Необхідно відмітити, що важливою причиною

невпинного зростання вживання підлітками алкоголю є політика у сфері реклами, цінова доступність алкогольних напоїв та продажа його неповнолітнім. Важливе значення має послабленням уваги місцевих органів влади до вирішення питань щодо забезпечення змістовного дозвілля та забезпечення відпочинку молоді, а також відсутність ефективної системи протиалкогольної профілактики, яка розрахована для різних вікових, гендерних та соціальних груп населення [130]. Необхідно зазначити, що основною привабливістю для молодих людей спиртних напоїв є популяризація вживання алкоголю в кіно, телепередачах, рекламних ролика та проспектах [35, 62, 204, 234]. У зв'язку із зменшенням кількості юнацьких установ, падінням престижу серед молоді діяльності суспільних організацій, високою платнею за додаткові освітні послуги більшість молодих людей випробовує надлишок вільного часу на власне бачення. Об'єднані в компанії, не зайняті корисною діяльністю молоді люди, як правило, починають вживати психоактивні речовини і в першу чергу спиртні напої. Вказане стає необхідним атрибутом проведення вільного часу. При цьому вживання ПАР стає основним мотивом життя. При цьому психологічною передумовою розвитку залежності від вживання психоактивних речовин у молоді як правило стають відхилення від норми психічного здоров'я, що утруднює соціальну адаптацію молодої особи. Незалежно від причин появи психічного дефекту, формується неадекватність самооцінки і психоактивні речовини в даних випадках є компенсуючим чинником, який дозволяє згладити реальну дезадаптацію індивіда та забезпечити його безболісне входження в групу однолітків в тому числі подолати скутість та страх і підвищити мовну проблему, проявивши приховані можливості [54, 176, 177, 232]. Проблему молодіжного алкоголізму вивчали різні вчені в тому числі медики, педагоги, психологи [10, 12, 140, 183, 248, 251]. Вони виділили основні вікові періоди початку вживання алкоголю: раннє дитинство, дошкільний і молодший шкільний вік, дитячий і юнацький вік. Автори зазначають, що у ранньому дитинстві алкоголізація дітей носить неусвідомлений характер. Цьому сприяють такі основні причини: п'яне зачаття, вживання алкоголю в період вагітності матері і годування дитини грудьми, що веде до аномалій фізичного і психічного розвитку дитини. За їх даними у другому періоді, найважливішими чинниками є педагогічна освітченість батьків, що

призводить до алкогольного отруєння організму, а також сімейні алкогольні традиції, що формують зацікавленість дитини до спиртного. Дослідженнями доведено, що алкоголізм генетично не передається, а передається схильність до вживання спиртних напоїв, враховуючи особливості характеру дитини, які отримано від батьків. Отже, у розвитку алкоголізму дітей вирішальну роль виконують негативні приклади батьків та зловживання алкоголю у сім'ї. У третьому віковому періоді домінують сім причин: соціальне неблагополуччя сім'ї; позитивна та агресивна реклама в ЗМІ; постійна незайнятість вільного часу; відсутність реальних знань про наслідки вживання алкоголю; відхід від існуючих проблем; психологічні особливості кожної особи; рівень самоствердження. Як зазначають дослідники однією з домінуючих причин зловживання алкоголем молоді є посилене претендування ними на дорослість.

Таким чином, внутрішня духовна обмеженість та невміння ефективно проявити себе в колективі однолітків зумовлюють вживання молодими людьми алкоголю з метою самоствердження у вуличній групі товаришів. Відсутність у молодої особи, яка зловживає алкоголем, навиків корисної діяльності, призводить його до вживання спиртних напоїв, як до форми самореалізації, що спричиняє шкідливі наслідки [37, 207, 211].

Аналіз результатів наукових досліджень дозволяє виділити феномен secular trends, відповідно з яким з кожним десятиліттям змінюється тенденція до зниження віку початку вживання алкогольних напоїв та до збільшення рівня виникнення алкогольної залежності. Це є наслідком змінених потреб до алкоголю та терпимого відношення суспільства до важкості алкогольної залежності. Також необхідно зазначити що secular trends спостерігається і по відношенню до депресій та суїцидальної поведінки серед молоді. Однією з найбільш важливих форм алкогольної поведінки серед молоді поступово стає манера «напиватися доп'яна» (binge drinking) [58, 205, 207, 230, 238]. Незважаючи на те, що частка окремих чинників у структурі патогенного впливу на розвиток залежності від психоактивних речовин доведена, проблема пошуку та наукового обґрунтування взаємозв'язку біологічних і психосоціальних детермінант, що здійснюють патогенетичний та патопластичний вплив на формування залежностей є актуальною [3, 4, 33, 189, 198, 213, 240, 250]. До

біологічних чинників, що можуть бути передумовами вживання психоактивних речовин дітьми та підлітками, науковці віднесли: генетичну схильність, фізіологічні особливості кожного організму, гендерні особливості, вік людини, вроджені аномалії фізичного розвитку, перенесені фізичні травми, захворювання центральної нервової системи, а також соматичні хвороби та інтоксикаційні захворювання [4, 76, 80, 92, 136, 137, 182, 183]. До психологічних передумов вживання психоактивних речовин дітьми та підлітками віднесені такі чинники як рання антисоціальна поведінка дитини чи підлітка, академічне відставання у школі, відсутність ефективного зв'язку зі школою та родиною, відчуженість, схильність до бунтарства, ранній досвід першого вживання психоактивних речовин, проблеми у спілкуванні в колективі, нещасливе кохання [61, 97, 98, 172, 185, 229]. Соціальними передумовами вживання психоактивних речовин дітьми та підлітками визначені: негативний приклад вживання психоактивних речовин батьками та близькими людьми, недостатній рівень взаємовідносин із рідними, друзі, що вживають психоактивні речовини, деструктивний стиль отриманого виховання, проблеми проживання та управління сім'єю, наявність вільних грошей [139, 180, 182, 221]. Об'єднувальною ланкою між психологічними та соціальними чинниками є батьківські атипові позиції з питань збереження здоров'я, профілактики вживання психоактивних речовин та виховання дитини, які реалізуються в рамках родини [23, 24, 128]. У контексті взаємозв'язку біологічних та психосоціальних чинників з формування вживання психоактивних речовин дітьми та підлітками T. E. Robinson і K. C. Berridge запропонували теорію формування підвищеної чутливості до повторного впливу психоактивних речовин, акцентуючи увагу на зростання ейфоригенних ефектів [225]. Вказану теорію вважають біолого-психологічною, виходячи з того, що в ній запропоновано екстраполювати нейрохімічні особливості особи на його адиктивну поведінку [136, 203, 222, 223].

Таким чином, залежність від психоактивних речовин належить до захворювань складного біопсихосоціального походження. При цьому профілактичні проекти програм, які проводяться в межах вибіркової профілактики реалізуються як правило через мережу спеціалізованих центрів, соціальних служб, мобільних консультативних пунктів, «клінік дружніх до молоді», служб телефону довіри, аптек. Профілактичні

інтервенції включають питання попередження вживання молоддю ПАР та формування здорового способу життя [60, 63, 64, 68, 70, 128, 137]. У деяких країнах Європейського союзу здійснюють спробу підготувати державний освітній стандарт і провідні напрями навчання спеціалістів боротьби із залежностями, проте в більшості країн вони є рекомендаційними [48, 58, 154, 155]. Як наслідок, простежується недостатня якість організації профілактичних антинаркотичних заходів залежно від ситуації. В Україні розробка та оцінка проектів профілактичних заходів набуває все більшого значення. Для наукового обґрунтування прогнозу та оцінки профілактичних заходів щодо стану вживанням психоактивних речовин необхідно дослідити умови і спосіб життя студентської молоді, виявити фактори ризику та мотиви, які сприяють розвитку наркотизації, алкоголізації та тютюнопалінню.

1.3. Нормативно-правова база забезпечення протидії вживанню психоактивних речовин населенням

Для того щоб забезпечити зниження темпів поширення вживання та залежності від психоактивних речовин, необхідно забезпечити наукове обґрунтування та розробку ефективних територіальних профілактичних програм, об’єднавши зусилля зацікавлених у рішенні справи державних, медичних, правоохоронних, соціальних, педагогічних, наукових, спортивних закладів та громадських організацій. Мета і принципи політики, методологія побудови і можливий алгоритми реалізації програм профілактики повинні мати обґрунтоване наукове підґрунтя [145]. При цьому питання профілактики залежності населення від психоактивних речовин є проблемою державного рівня. Необхідно зазначити, що боротьба з наркоманією в Україні проводилася тривалий час без широкого розголосу. Навіть у науковій літературі питання наркоманій, їх причин та поширеності майже не висвітлювалися. Про проблему наркоманій говорили опосередковано, стверджуючи, що соціальні причини для розвитку наркоманій у країні відсутні. Вказувалося, що потяг до вживання алкоголю був зумовлений відсутністю належного усвідомлення і ефективної, проінформованості населення з питань шкідливих наслідків вживання алкоголю та розвитку алкогольної залежності і формування в молоді

антисоціальної поведінки [107]. Складний хід та результати соціально-економічних реформ у країні зумовили зниження рівня життя, збільшення криміналізації суспільства, негативну трансформацію виховної функції більшості сімей. Існуючі проблеми шкільного і сімейного виховання, неготовність до здорового способу життя призводять до збільшення чисельності молодих людей, що вживають психоактивні речовини [106, 108].

Результати проведених в країні наукових досліджень з питань поширення вживання ПАР серед молоді вказують на недостатню ефективність діючих профілактичних заходів [26, 28, 64]. Існуючий реальний стан здоров'я людей молодого віку та рівень соціального благополуччя, обґрунтовують необхідність вживання цільових профілактичних заходів, які спрямовані на попередження та зменшення шкоди від вживання психоактивних речовин. У теперішній час профілактичні дії щодо подолання проблеми вживання психоактивних речовин серед молоді є частиною загальної стратегії з формування здорового способу життя на засадах розвитку життєвих навичок, що координується урядом України, МОЗ України та МОН України [30, 34, 50, 75, 122]. Невід'ємною складовою профілактичного виховання молоді є процес формування у дітей здорового способу життя, тобто усвідомлення шкоди від наркотичного та токсичного отруєння організму, порушення психіки та розвитку морально-естетичної відрази з протидії наркотикам. Формування несприйнятливості молоді до вживання психотропних речовин потребує виховання у них здорового способу життя, виховання максимальної уваги до прагнення підлітків бути здоровими [78, 111, 112, 153, 154]. Важливу стурбованість сучасного суспільства викликає негативний вплив на соціальну адаптацію молоді та підлітків наслідків вживання алкоголю на стан їх здоров'я, рівень культури молоді, духовність, спроможність і можливість стати повноцінними членами суспільства, забезпечити ефективний розвиток держави та збереження генофонду нації. Розпорядженням КМУ від 28 серпня 2018 р. № 735-р прийнято Стратегію державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, якою визначено сутність та сучасні напрями національної державної

політики з питань профілактики вживання наркотиків, яка формується на засадах інтегрованого і міжсекторального підходу до зменшення обсягу вживання наркотиків, які знаходяться в незаконному обігу і зниження попиту на них, що має забезпечити подолання наркоманій як небезпечного соціального явища [126].

Відповідно до прийнятого документу, цим розпорядженням затверджено План державних заходів на 2019-2020 роки з питань реалізації Стратегії державної політики з питань наркотиків на період до 2020 р. від 6 лютого 2019 р. № 56-р., який включає основні групи заходів: профілактику наркозалежності та запобігання незаконному вживанню наркотиків; подолання стигматизації та забезпечення захисту прав осіб, які вживають психоактивні речовини; організація лікування в установах та закладах Державної кримінально-виконавчої служби засуджених та осіб, взятих під варту з розладами психіки та поведінки в результаті вживання психоактивних речовин; удосконалення системи контролю за обігом наркотиків; забезпечення доступності наркотичних лікарських засобів, сприяння розвитку паліативної допомоги та замісної підтримувальної терапії; боротьба з незаконним обігом наркотиків; моніторинг наркоситуації; деякі питання державної політики щодо наркотиків; міжнародне співробітництво [120]. Також наказом МОЗ України розроблено план заходів на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров’я в Україні [119, 127], виконання якого покладено на Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України. Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги розроблено з метою стандартизації принципів організації та механізмів забезпечення контролю та управління якістю наданої медичної допомоги. Враховуючи, що якістю медичної допомоги є належне проведення всіх медичних маніпуляцій, які є безпечними, раціональними та прийнятними з точки зору вартості, що використовуються в системі охорони здоров’я і позитивно впливають на показники смертності, захворюваності, інвалідності. Контроль та управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров’я здійснюється МОЗ

України та структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, керівниками закладів охорони здоров'я [127]. З метою здійснення контролю якості медичної допомоги створені клініко-експертні комісії (КЕК) МОЗ України відповідно до Положення про КЕК (Наказ МОЗ України від 26.03.2009 р. № 189), які керуються Конституцією України, відповідними Законами України, актами Президента України, документами Верховної Ради України та Кабінету Міністрів України, наказами МОЗ України. З метою координації діяльності з питань управління якості структурних підрозділів питань охорони здоров'я МОЗ України створена Координаційна рада з управління якістю медичної допомоги, яка надає пропозиції щодо удосконалення системи ліцензування медичної практики, державної акредитації, атестації лікарів та молодших медичних працівників.

Серед позитивних кроків України в галузі правової та стратегічної реформ є зобов'язання надавати споживачам наркотиків низькопорогові послуги з профілактики ВІЛ та запровадити програму замісної терапії, яку було розпочато у семи містах з 2005 р. За отриманими даними Human Rights Watch сформовано ключові рекомендації Уряду України стосовно ПАР та споживачів наркотиків: розширити доступ до послуг з гуманного лікування наркозалежності, у тому числі в умовах ув'язнення, згідно з міжнародними стандартами. Стосовно поведінки працівників правоохоронних органів – припинити та засудити незаконне застосування сили та інших форм порушення прав людини з боку поліції та інших державних структур [110]. Посилено кримінальну відповідальність за зберігання невеликих обсягів ПАР відповідно до наказу МОЗ від 29.07.2010 р. № 634 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 01.08.2000 р. № 188». У Рекомендації ООН наголошено: підтримати внесення змін до міжнародних конвенцій щодо наркотичних речовин із метою заклику до легалізації та поширення повного спектру стратегій зі зменшення шкоди, пов'язаної зі вживанням наркотиків; підтвердити рівні права людей на доступ до повного спектру послуг з профілактики ВІЛ. Водночас наркологічна служба фінансово зацікавлена в тому, щоб під наглядом перебувала велика кількість

пацієнтів. Наявна система наркологічного обліку, поряд з орієнтацією на повну відмову від вживання ПАР як єдиною прийнятною метою лікування, а також із підтримки гальмують розвиток ефективного континууму наркологічної допомоги. Крім того, примусова реєстрація та обмеження на певні професії відштовхують споживачів ПАР від звернення по спеціалізовану медичну допомогу [110]. Проте керівники підприємств, установ та організацій повинні здійснювати контроль працівників, що зазначено у Переліку професій та видів діяльності допуску до виконання функціональних обов'язків яких дозволяється після отримання сертифікату про проходження профілактичного наркологічного огляду. Метою проведення якого є виявлення хворих на алкоголізм, наркоманії та токсикоманії, а також встановлення наявності чи відсутності наркологічних медичних протипоказів до виконання функціональних обов'язків і впровадження певних видів діяльності, які зазначені у переліку професій, та відповідних видів діяльності, для яких є обов'язковим проходження первинного і періодичного профілактичного наркологічного огляду [125]. Діяльність центрів реабілітації, регулюється чинними нормативно-правовими документами та ставить за мету комплексне дослідження проблеми ресоціалізації наркозалежної молоді.

Комплексне дослідження проблеми ресоціалізації наркозалежної молоді, а також оцінка діяльності центрів, здійснюється відповідно до нормативно-правових документів, які прямо чи опосередковано регулюють діяльність закладів, котрі проводять такі заходи [121]. Вживаючи поняття «наркотичні засоби», слід розуміти, що це речовини природні чи синтетичні, препарати, рослини, які включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів [124]. Для врегулювання законного обігу наркотичних засобів в Україні Постановою Кабінету Міністрів України № 770 від 6 травня 2000 р. було затверджено перелік наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів. Цей Перелік визначає чотири основні категорії наркотичних засобів: особливо небезпечні наркотичні засоби, обіг яких заборонено; наркотичні засоби, обіг яких обмежено; наркотичні засоби, обіг яких обмежено

і стосовно яких допускаються виключення деяких заходів контролю; прекурсори, обіг яких обмежено і стосовно яких встановлюються заходи контролю. У цьому Переліку наркотичні засоби розміщені за ступенем їхньої небезпечності й тяжкості наслідків вживання. Щороку за рекомендацією МОЗ України, Кабінету Міністрів України вносить зміни до цього Переліку і додає до нього нові наркотичні засоби (у 2008 р. додано трамадол, який раніше реалізувався в аптеках). Відповідно до Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» [124] сформульовано визначення того, яку людину вважають хворою на наркоманію, а також порядок визнання особи хворою. Якщо людина має залежність від наркотичного засобу або психотропної речовини, але їй не встановлено відповідний діагноз (наркоманія), то вона не вважається хворою; лише в разі встановлення такого діагнозу цю особу можна вважати хворою. Такий діагноз встановлюється лише лікарсько-консультаційною комісією. Крім осіб, які вживають наркотичні засоби, є категорія людей, які їх вживають, проте не зловживають такими засобами. Під зловживанням ПАР розуміють - «умисне систематичне незаконне вживання наркотичних засобів або психотропних речовин», а незаконним уживанням ПАР є їх вживання «без призначення лікаря». Якщо особу визнано хворою то їй пропонується проходження добровільного безоплатного лікування за рахунок держави, а в разі ухиляння від лікування та небезпечної поведінки особи лікування проводиться примусово, за рішенням суду. Залежно від віку та стану здоров’я, таких осіб направляють до різних закладів лікування: неповнолітніх, які досягли 16-річного віку життя до спеціалізованих лікувально-виховних закладів на термін до одного року, а інших осіб скеровують до спеціалізованих закладів охорони здоров’я. На облік не беруться ті особи, що добровільно звернулися до закладів охорони здоров’я з метою лікуванням і виконують надані рекомендації лікаря.

Основним акцентом у системі нагляду, лікування вживання алкоголю та наркотичних речовин в Україні, є активне виявлення та лікування узалежнених осіб. Це зобов’язує державні органи активно виявляти наркоспоживачів та

доправляти їх до наркологічних закладів з метою обстеження або встановлення чи спростування діагнозу узалежнення. Порядок такого обстеження встановлено спільним наказом МОЗ України, Міністерства внутрішніх справ України, Генпрокуратури та Мін'юсту України від 10.10.1997 р. № 306/680/21/66/5 «Про затвердження інструкції про порядок виявлення та постанови на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини» [118]. Відповідно до даного наказу наркологічні заклади визначалися, як єдині медичні установи, які мали право встановлювати діагноз наркоманії. Діагноз встановлювався тільки після стаціонарного лікування тривалістю три дні. Якщо особа зверталась за допомогою самостійно, передбачалось надання анонімного лікування. На даний час окремі положення «не працюють», насамперед, активне виявлення і направлення на обстеження до стаціонарів.

З метою огляду та обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами, МОЗ України та МВС України видали спільний наказ від 16 червня 1998 р. № 158/417. Даним наказом затверджено «Порядок проведення медичного огляду та медичного обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами». Цей Порядок визначає умови огляду та обстеження хворого упродовж 10 днів. З огляду на викладене можна чітко простежити: якщо людина вживає психоактивні речовини, держава надає їй можливість добровільно та свідомо пройти лікування, а за певних, визначених Порядком умов, задіюється механізм примусового лікування в спеціалізованих закладах охорони здоров'я, хворого на наркоманію або токсикоманію. При цьому Стаття 21 даного Порядку установлює обмеження прав особи яка є хворою на наркоманію, на період примусового лікування. У цій статті зазначається: «Постанова суду про направлення особи, хворої на наркоманію, на примусове лікування є підставою для звільнення її з роботи або припинення навчання у встановленому законодавством порядку». Необхідно зазначити, що необхідні засади та порядок отримання соціальних послуг особами,які визнані хворими на наркоманію встановлені Законом України «Про соціальні послуги». Але при цьому в разі бажання особи отримати безоплатні послуги, вона повинна подати письмову заяву в соціальну службу. У такому випадку

їй надається необхідна допомога центрами ресоціалізації, які створені на виконання Постанови КМУ від 16 вересня 2009 р. № 979 «Про затвердження Типового положення про центр ресоціалізації наркозалежної молоді» [121]. Типове положення має певні недоліки. Так, назва центру вказує про те, що він може надавати відповідну допомогу лише молоді. Це обмежує контингент його пацієнтів віковими рамками, не старші 35-ти річного віку. Чіткого не розмежовані визначення «реабілітація соціальна» та «ресоціалізація» [53]. У завданнях центру визначено надання послуг із соціальної реабілітації. Це означає «комплекс державних та суспільних заходів, спрямованих на створення умов для соціальної інтеграції хворого в суспільство, відновлення його соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом орієнтації у соціальному середовищі, соціально-побутової адаптації, різноманітних видів патронажу і соціального обслуговування». При цьому термін «ресоціалізація» означає дещо вужчі межі такі як зміна цілей і цінностей особистості. При цьому відповідно до пункту 14 Постанови, зарахування осіб до спеціалізованого центру у віці до 18 років життя здійснюється на підставі заяви батьків або осіб, які їх замінюють, а підпунктом 2 пункту 18 Постанови встановлено, що «відрахування отримувача соціальних послуг із центру здійснюється за поданням ним заяви». Необхідно зазначити, що в вказаній Постанові КМУ спостерігається неузгодженість у визначених нормах. Так, якщо особі виповнилось 17 років життя, і вона самостійно прийде до центру та напише заяву про зарахування, директор центру має підстави дану заяву не задовольнити, керуючись пунктом 14 (відсутність заяви батьків). При цьому, коли батьки вирішили забрати дитину із спеціалізованого центру за власним бажанням або з метою її направлення до іншого закладу охорони здоров'я (наприклад, санаторію), то керуючись підпунктом 2 пункту 18 Положення, директор центру має право дитину не відраховувати. Положенням визначено, що тривалість перебування пацієнта у центрі визначається його директором відповідно до розробленої індивідуальної програми соціальної реабілітації отримувача в центрі послуг та його адаптації, що затверджується Міністерством сім'ї молоді та спорту [121]. В даний час типова програма не затверджена, тому спеціалізовані центри не мають стандарту, який міг

би регламентувати порядок розроблення та виконання для отримувачів послуг індивідуальних програм реабілітації та їх адаптації. Необхідно зазначити, що затверджене КМУ положення регулює діяльність тільки державних та комунальних спеціалізованих центрів ресоціалізації, в той час як спеціалізовані центри інших форм власності мають використовувати Закон України «Про соціальні послуги» від 17.01.2019 р., № 4607, дія якого починається з 01.01.2020 р. При цьому необхідно врахувати, що реабілітація наркозалежних в Україні здійснюється не тільки приватними спеціалізованими центрами, а й добровільними об'єднаннями громадян та релігійними організаціями. Стаття 10 Закону України «Про молодіжні та дитячі громадські організації» підтверджує, що кращу фінансову підтримку держави при цьому мають дитячі й молодіжні громадські організації [123]. Органи виконавчої державної влади та органи місцевого самоврядування мають право делегувати молодіжним та дитячим громадським організаціям певні повноваження з питань реалізації відповідних профілактичних програм та проектів. У деяких випадках вони забезпечують молодіжні та дитячі громадські організації фінансовою та матеріальною допомогою, а саме здійснюють контроль за реалізацією наданих повноважень та за цільовим використанням виділених державних коштів. Таким чином, аналізуючи Закони України «Про об'єднання громадян» та «Про молодіжні та дитячі громадські організації», можна констатувати, що дитячим і молодіжним громадським організаціям надаються преференції стосовно державного фінансування статутної діяльності в тому числі з профілактичної діяльності з профілактики вживаня молоддю ПАР.

1.4. Невирішені питання

Держава залучає неповнолітніх до державних цільових профілактичних програм, зокрема боротьби з наркоманією. При цьому державне фінансування дитячих та молодіжних організацій забезпечується за умови відповідного державного замовлення. Ще один тип організації соціальних послуг в тому числі боротьби із залежностями є благодійні фонди. Необхідно зазначити, що благодійництво в Україні регулюється Законом України «Про благодійництво

та благодійні організації» за № 531 прийнятим 16 вересня 1997 р. Головною метою діяльності благодійних фондів є здійснення благодійної діяльності в інтересах суспільства та окремих категорій осіб відповідно до цього Закону. Оскільки всі з перелічених об'єднань не є прибутковими організаціями, вони не мають права отримувати оплату за свої послуги – тільки благодійні внески. Проте жодне із цих об'єднань не підпадає під дію Закону «Про соціальні послуги». Їхня діяльність регламентується внутрішнім статутом, який може передбачати й надання соціальних послуг. Загалом нормативно-правова база не створює перешкод для проходження наркозалежними реабілітації/ ресоціалізації, але водночас не має й чітких механізмів регулювання діяльності центрів, більшість із яких працює за своїм внутрішнім статутом. Що стосується кримінальної сторони роботи з наркозалежними, то необхідно звернути увагу на таблицю наркотичних засобів, які перебувають у незаконному обігу, відповідно до Наказу МОЗ України № 188 від 1 серпня 2000 р. Згідно з нею, кількість наркотичних речовин, яку має при собі особа, не повинна досягати зазначених мінімальних розмірів. Але цей поріг досить низький, що робить майже кожного споживача наркотиків порушником Кримінального кодексу України.

Вплив економічних спадів на психічне здоров'я у зв'язку з тим, що будь-яка економічна криза є дуже небезпечним періодом для психічного здоров'я як населення в цілому, так і для безпосередньо постраждалих від кризи людей та їхніх близьких, під час якої поширеність розладів психіки та поведінки, запійного пияцтва, самогубств і смертей від зловживання алкоголем зростає. Тому уряди будь-яких цивілізованих країн мають удосконалювати заходи з підтримки психічного здоров'я. Економічна криза та стан психічного здоров'я населення мають тісний прямий зв'язок, тобто чим гірша економічна ситуація в країні, тим більше погіршується стан психічного здоров'я її населення. Економічні наслідки захворювань на розлади психіки та поведінки оцінюються для країн Європейського Союзу в 3-4% від обсягу валового національного продукту. Оскільки розлади психіки та поведінки часто починаються в

підлітковому або юнацькому віці, зниження продуктивності праці в результаті зазначених хвороб може бути довготривалим. У країнах Європейського регіону ВООЗ на частку розладів психіки та поведінки припадає більше третини всіх людино-років, втрачених через непрацездатність (33%).

Таким чином, економічні негаразди впливають на чинники, які визначають психічне здоров'я, внаслідок чого захисні чинники слабшають, а фактори ризику посилюються. З урахуванням того, що на стан здоров'я молодих осіб впливає безліч факторів, які знаходяться за межами сектору охорони здоров'я в традиційному розумінні, саме уряди можуть впливати на багато з них. Зміцнення стану здоров'я населення і молоді безпосередньо є одним з провідних завдань сьогодення і включає ряд дій із забезпечення поваги і захисту основних громадянських, політичних, соціально-економічних і культурних прав людини. У державі повинна проводитись Національна політика щодо розробки дієвих програм профілактики вживання ПАР, охорони здоров'я молоді та підлітків з орієнтацією не тільки на профілактику розладів психіки та поведінки, але й на більш широкі аспекти, що сприяють зміцненню здоров'я. Це слід враховувати в стратегіях і програмах державного і недержавного секторів, які мають бути комплексними та багатосекторальними. Україна, як держава-член ООН, повинна виконувати завдання в рамках «Цілей сталого розвитку: України» [151], що вступили в дію з 1 січня 2016 р., у яких психічне здоров'я виступає як глобальний гуманітарний пріоритет, що потребує зміцнення. За результатами наукових досліджень найбільш впливові механізми профілактики вживання підлітками ПАР пов'язані зі збільшенням контролю за їх продажем, підвищенням ціни та введенням заборон на рекламу.

Виходячи з даних аналітичного огляду наукової літератури та аналізу невирішених проблем, стратегія державної політики щодо вживання ПАР вимагає міжгалузевого підходу та постійного моніторингу ефективності профілактичних заходів, виконання Плану заходів на 2019-2020 роки щодо реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 р., взаємодію державних органів та інститутів громадянського суспільства із ЗМІ

для підвищення рівня поінформованості молоді та всього населення з актуальних питань проблеми, надання об’єктивної, науково обґрунтованої інформації про залежність від ПАР.

Список особистих друкованих робіт за темою розділу:

1. Чемерис Н. М. Медико-соціальні аспекти проблеми вживання психоактивних речовин молоддю (огляд наукової літератури) // Україна. Здоров’я нації. 2017. № 3. С. 285–291.

2. Чемерис Н. М. Медико-соціальні предиктори тютюнопаління серед студентської молоді // Acta Medica Leopoliensia=Львівський медичний часопис. 2017. Vol. 23, № 3. С. 59–64.

3. Чемерис Н. М. Вживання психоактивних речовин серед студентської молоді (результати анонімного опитування) // Вісник проблем біології і медицини. 2017. Вип. 4, т. 2. С. 188–192.

4. Чемерис Н. М., Любінець О. В. Медико-соціальні площини вживання алкогольвмісних напоїв серед студентської молоді // Україна. Здоров’я нації. 2018. № 1. С. 42–47.

5. Чемерис Н. М., Любінець О. В. Основні тенденції захворюваності населення та поширеності хвороб, що пов’язані з вживанням психоактивних речовин в Україні // Acta Medica Leopoliensia=Львівський медичний часопис. 2018. Vol. 24, № 3. С. 58–64.

6. Chemerys N., Lyubinets O., Krupka N. The state of the problem, causes, preventive actions on the use of psychoactive substances in Ukraine (results of doctor’s survey) // European Journal of Medical Technologies. 2019. № 2. S. 16–23.

7. Чемерис Н. М. Проблема підліткової наркоманії та шляхи її вирішення // Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров’я : [Монографія]. Львів : Медицина і право, 2013. С. 431-434.

8. Медико-соціальні площини превентивного виховання молоді щодо вживання психоактивних речовин: методичні рекомендації / підгот. Любінець О., Чемерис Н., Львів, 2017. 26 с.

РОЗДІЛ 2 ПРОГРАМА, ОБСЯГИ І МЕТОДИ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Досягнення поставленої мети дисертаційного дослідження передбачало розробку спеціальної організаційної програми, яка була складена з використанням системного підходу. Виконання дисертаційного дослідження передбачалося у шість організаційних етапів. Це забезпечило комплексність дисертаційного дослідження та можливість отримання репрезентативної і достовірної інформації з метою комплексної оцінки стану об’єкту дисертаційного дослідження (рис. 2.1).

Методики та дизайн дисертаційного дослідження затверджені рішенням комісії з біоетики Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України від 15 листопада 2018 року, протокол №6. Використані методи дослідження представлено на рис. 2.2. Для проведення дисертаційного дослідження була розроблена програма та робочий план дослідження. Програма дослідження включала такі розділи:

1. Дослідження актуальності проблеми дисертаційного дослідження та визначення об’єкту і предмету дослідження.

2. Затвердження мети та завдань дисертаційного дослідження.

3. Встановлення генеральної та розрахунок вибіркової сукупності дисертаційного дослідження.

4. Проведення розробки дизайну та інструментарію дисертаційного дослідження.

5. Проведення збору необхідної інформації.

6. Проведення статистичної обробки та здійснення аналізу отриманих під час дослідження результатів.

7. Проведення комплексного аналізу отриманих під час дослідження результатів.

8. Проведення експертної оцінки та впровадження у практичну діяльність охорони здоров’я результатів дисертаційного дослідження.

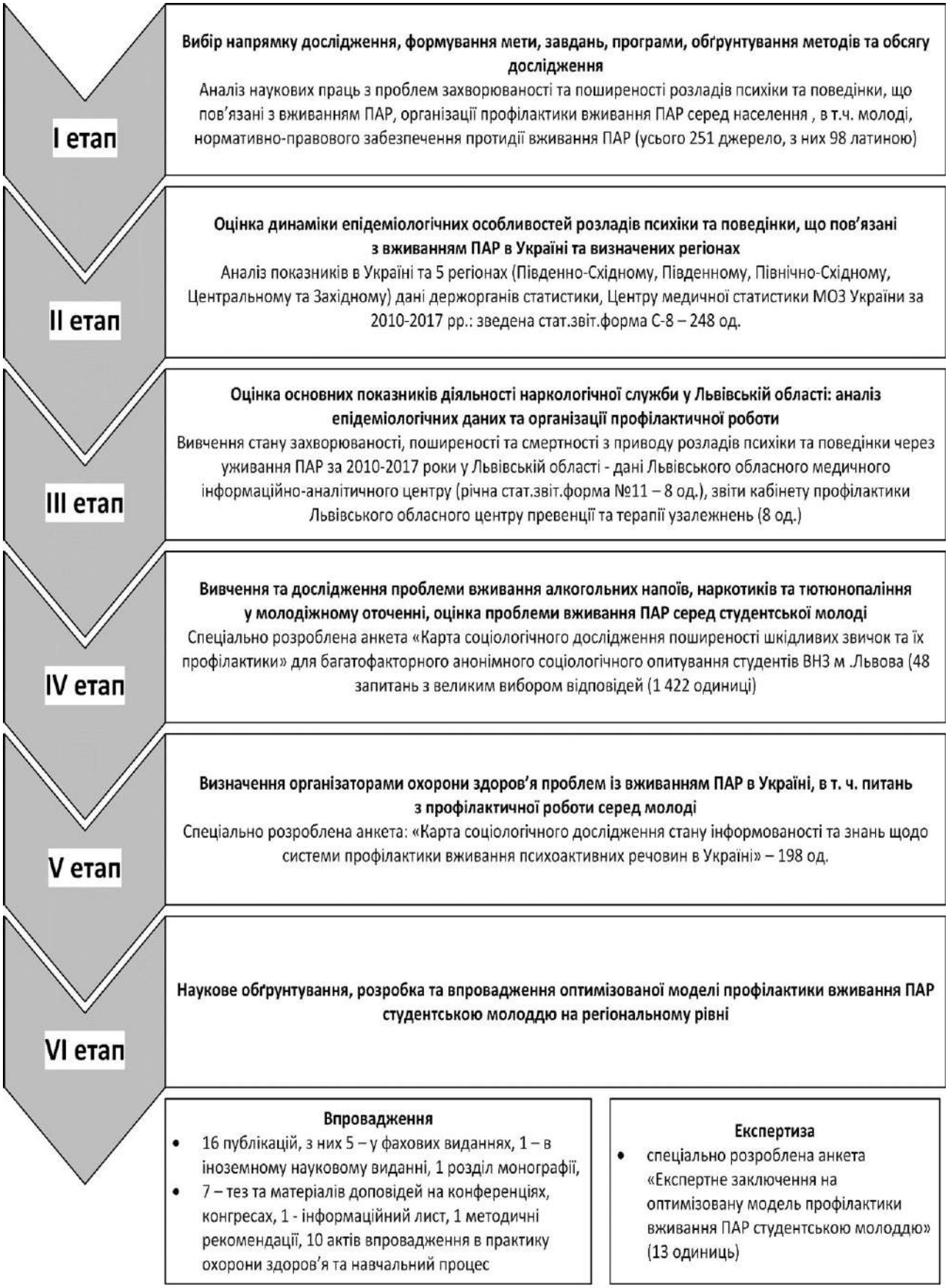

Рис. 2.1. Програма, матеріали та обсяги дослідження та економічно-розвинутих країнах світу

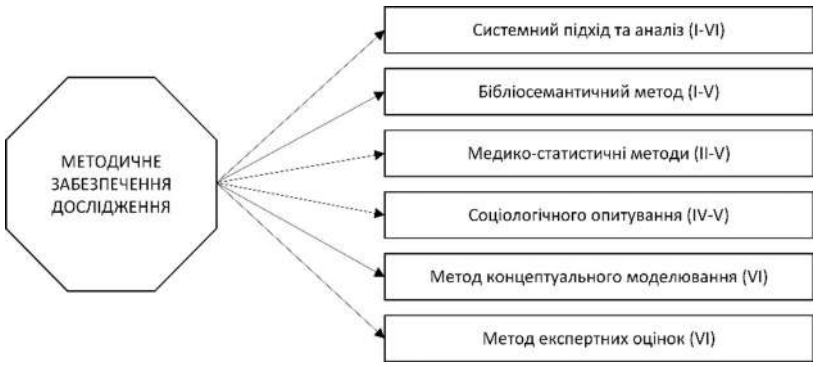

Рис. 2.2. Методичне забезпечення дослідження

9. Формування за результатами дисертаційного дослідження висновків та практичних рекомендацій.

Під час розробки програми дисертаційного дослідження були враховані методичні підходи до її створення такі як системність, комплексність, достовірність та репрезентативність отриманих результатів, наступність, практична та наукова значущість отриманих результатів.

Перший організаційний етап дисертаційного дослідження передбачав вибір напрямку дослідження, формування мети, завдань, програми, обґрунтування методів та обсягу дослідження. Проведено вивчення інформаційних даних щодо впливу на здоров’я вживання ПАР та профілактичних заходів зі збереження та зміцнення здоров’я населення в Україні. Виконання даного етапу дослідження проводилося з використанням бібліосемантичного методу. Було опрацьовано 251 наукове джерело, з них 98 - латиною.

На другому організаційному етапі дисертаційного дослідження проведено оцінку динаміки захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки, пов’язаних з вживанням ПАР серед населення в Україні на визначених регіонах. Проаналізовано показники захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки, пов’язаних з вживанням ПАР в Україні та 5 її регіонах: Північно-Східному, Південно-Східному, Центральному, Південному та Західному впродовж 2010-2017 рр. за даними Державної служби статистики України та Центру медичної статистики МОЗ України.

Метою третього організаційного етапу дисертаційного дослідження був аналіз потенціалу, основних показників діяльності та профілактичної роботи з молоддю, щодо вживання ПАР у Львівській області за 2010-2017 роки. Інформаційною базою цього етапу слугували дані Львівського обласного інформаційно-аналітичного центру Департаменту охорони здоров'я Львівської обласної ОДА (річна статистична форма № 11-8 од.) та звіти кабінету профілактики Львівського обласного центру превенції та терапії залежностей.

Оскільки статистичні дані не можуть забезпечити всебічну та об'єктивну інформацію щодо поширеності шкідливих звичок серед молоді, метою четвертого організаційного етапу дисертаційного дослідження було вивчення проблеми вживання алкогольних напоїв, наркотиків та тютюнопаління у молодіжному середовищі, оцінка вживання ПАР серед студентської молоді.

Для досягнення поставленої мети під час даного етапу дисертаційного дослідження були проведені соціологічні опитування 1 422 студентів перших курсів чотирьох університетів ВНЗ м. Львова, з Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького – 653 респонденти, з Львівського національного аграрного університету – 373 респонденти, з Національного лісотехнічного університету України – 314 респондентів, з Львівського навчально-наукового інституту Державного вищого навчального закладу «Університет банківської справи» – 82 респонденти. Для забезпечення репрезентативності отриманих даних проведно розрахунок вибірки, щоб висновки та практичні рекомендації ґрунтувалися на достовірних результатах наукового дослідження (Додаток А-1). Для проведення соціологічного дослідження розроблена спеціальна «Карта соціологічного дослідження поширеності шкідливих звичок та їх профілактики» для опитування молоді, яка навчається (Додаток А-2). Вказані карти були розроблені із дотриманням сучасних біоетичних принципів, згідно з вимогами до проведення соціологічних досліджень по забезпеченню конфіденційної інформації про респондентів та їх правом відмовитись від участі у дослідженні, а також можливістю при мінімальній кількості заданих питань отримати необхідну

інформацію. Карти були прорецензовані і затверджені рішенням етичної комісії Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України від від 15 листопада 2018 року, протокол № 6. Опитування здійснювалося у формі анонімного анкетування. В анкету було включено 48 запитань з вибором відповідей. Група запитань присвячена вивченню ставлення респондентів до здорового способу життя, вживанню алкоголю та слабоалкогольних напоїв та наркотичних речовин, тютюнокурінню, про шкідливі звички в сім'ї та серед оточуючих і друзів.

Під час виконання п'ятого організаційного етапу дослідження було проведено вивчення оцінки організаторами охорони здоров'я стану поінформованості та знань щодо системи профілактики вживання ПАР в Україні. У процесі створення опитувальника для вивчення ставлення керівників Департаменту охорони здоров'я Львівської ОДА, міських та районних управлінь охорони здоров'я і керівників закладів охорони здоров'я до проблеми вживання молоддю ПАР були включені найбільш важливі для досягненя мети питання, які повно охоплювали найважливіші складові з організації профілактики вживання ПАР в Україні (додаток А-3). Такими компонентами були:

1) стан проблеми вживання ПАР;

2) причини проблеми вживання ПАР;

3) заходи, щодо покращення профілактики вживання ПАР в Україні.

У проведеному соціологічному дослідженні взяло участь 198 респондентів - фахівців з «Організації і управління охороною здоров'я». Вони були слухачами циклів тематичного удосконалення, спеціалізації та передатестаційних циклів, які проводилися на базах ЛНМУ імені Данила Галицького у м. Львові та м. Луцьку. Їх характеристика (розподіл за віком, статтю, рівнем кваліфікації, стажем роботи, місцем проживання тощо) наводяться у шостому розділі дисертації. Соціологічне дослідження було сплановано з врахуванням загальноприйнятих методичних підходів до його проведення. Головна його задача відповідала меті, тобто встановити оцінку стану організації превентивних заходів щодо вживання ПАР. Використовувалась неповторна принагідна вибірка – кожний респондент відповідав на запитання анкети тільки один раз.

Під час виконання шостого організаційного етапу дисертаційного дослідження, використовуючи отримані в ході дисертаційного дослідження результати, обґрунтовано та розроблено оптимізовану модель профілактики вживання ПАР студентською молоддю та проведена її експертна оцінка. Для розроблення цієї моделі та її складових використано методи описового та концептуального моделювання. Методичною базою дослідження слугував системний підхід. З метою встановлення прийнятності запропонованої оптимізованої моделі профілактики вживання ПАР студентською молоддю на регіональному рівні була проведена її експертна оцінка. Для цього була розроблена спеціальна анкета і залучено незалежних експертів (додаток А-4). Серед них: 10 організаторів охорони здоров'я регіонального рівня, 3 професори кафедр соціальної медицини, психіатрії та психотерапії. Всього 13 осіб. Анкета складалася із 9 питань, як інноваційних нововведень. Експерти оцінювали кожний пункт анкети за 10 бальною системою: від 1 до 10 балів.

Соціологічне дослідження методом експертного опитування було проведене одноразово з попереднім застосуванням відкритої дискусії та анкетним опитуванням. При проведені експертного аналізу враховувалось, що експертиза є ефективним інструментом аналізу об'єкта, що досліджується, використовується для оцінки його якісних характеристик та наукової і практичної цінності. Для встановлення узгодженості думок експертів розраховано коефіцієнт конкордації та сформовано висновок про його значення.

Статистична обробка отриманих результатів. У проведеному дослідженні застосовувалось два типи методів статистичного аналізу: опис дослідження та пояснення отриманих результатів. Було встановлено зв'язки між типами отриманих відповідей на задані запитання анкети, проведену оцінку характеру і спрямованості отриманих зв'язків та залежностей між отриманими відповідями. Також було визначено та обґрунтовано методи дисертаційного дослідження, які заплановано використовувати для досягнення під час дослідження поставленої мети. Кожна заповнена анкета була перевірена з метою визначення придатності до статистичної обробки. Анкети, які не відповідали вимогам дослідження, у тому числі були виявлені порушення в заповненні анкет, неповне внесення даних, тощо були визнані

непридатними для статистичної обробки і статистично не оброблялися. Всі первинні дані з придатних для обробки анкет були внесені до спеціально розроблених статистичних таблиць, які були побудовані в програмі Microsoft Excel та опрацьовувались з використанням програм Microsoft Excel. Статистичне опрацювання зібраного матеріалу було здійснене за допомогою програмного забезпечення “R”, що ліцензоване за GNU General Public License.

При порівнянні відносних величин, були розраховані критерії Стьюдента та $\chi 2$. Варіаційні ряди перевірено на нормальність розподілу за допомогою критерію Шапіро-Франсіа. Оскільки даний критерій засвідчив наявність гаусівського розподілу, то для опису кожного варіаційного ряду було використано середнє арифметичне та його стандартну похибку ($M \pm m$). Для оцінки вірогідності різниці отриманих середніх результатів у порівнюваних групах використовувався критерій Стьюдента, а при малих кількостях обстежених у групах додатково здійснювалась перевірка за допомогою критерію Манна-Уітні. Усі описані відмінності між групами вважалися достовірними при $p<0,05$. Враховуючи, що методичною основою теорії системи є системна методологія, а її складовими є системний підхід і системний аналіз, то вони були використані для вирішення прикладних, практичних завдань і розглядалися як метод системного підходу і аналізу та стали основою даного дисертаційного дослідження. Як результат, на основі зазначеного механізму з використанням системного підходу та аналізу, було обґрунтовано оптимізовану модель профілактики вживання ПАР студентською молоддю.

Отже, при проведенні дисертаційного дослідження були використані сучасні методи медико-соціального наукового дослідження такі як системного підходу та аналізу, медико-статистичний, соціологічний, бібліосемантичний, концептуального моделювання, експертних оцінок в обсягах, які дали можливість отримати репрезентативні результати та, відповідно, зробити об’єктивні висновки, які покладені в основу наукового обґрунтування оптимізованої моделі профілактики вживання ПАР студентською молоддю.

Список особистих друкованих робіт за темою розділу:

1. Чемерис Н. М. Медико-соціальні предиктори тютюнопаління серед студентської молоді // Acta Medica Leopoliensia=Львівський медичний часопис. 2017. Vol. 23, № 3. С. 59–64.

2. Чемерис Н. М. Вживання психоактивних речовин серед студентської молоді (результати анонімного опитування) // Вісник проблем біології і медицини. 2017. Вип. 4, т. 2. С. 188–192.

3. Чемерис Н. М., Любінець О. В. Медико-соціальні площини вживання алкогольвмісних напоїв серед студентської молоді // Україна. Здоров'я нації. 2018. № 1. С. 42–47.

4. Чемерис Н. М., Любінець О. В. Основні тенденції захворюваності населення та поширеності хвороб, що пов'язані з вживанням психоактивних речовин в Україні // Acta Medica Leopoliensia=Львівський медичний часопис. 2018. Vol. 24, № 3. С. 58–64.

5. Chemerys N., Lyubinets O., Krupka N. The state of the problem, causes, preventive actions on the use of psychoactive substances in Ukraine (results of doctor's survey) // European Journal of Medical Technologies. 2019. № 2. S. 16–23.

6. Socio-Economic and Medical Determinants of Alcohol Abuse Among the Population of Transcarpathia Region / Kruchanytsya V., Mironyuk I., Chemerys N., Slabkiy G., Lyubinets O. // Konferencja Pediatryczna "Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego" (Polska, Rzeszow 24-26 maja 2018 r.). Rzeszow, 2018. S.57.

7. Медико-соціальні площини превентивного виховання молоді щодо вживання психоактивних речовин: методичні рекомендації / підгот. Любінець О., Чемерис Н., Львів, 2017. 26 с.

8. Любінець О.В., Чемерис Н.М. Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин: інформаційний лист № 321-2017. К., 2017. 5 с. (Вип. 18 з проблеми "Соціальна медицина").

РОЗДІЛ 3
АНАЛІЗ РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ, ПОШИРЕНОСТІ ТА СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ З ПРИВОДУ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У 2010-2017 рр. В УКРАЇНІ ТА ЇЇ РЕГІОНАХ

Вживання ПАР є одним із важивих факторів погіршення стану психічного здоров'я населення яке займає перші два місця серед причин захворюваності на розлади психіки та поведінки. З метою обґрунтування подальших кроків та формування пріоритетів щодо оптимізації моделі профілактики вживання ПАР студентською молоддю необхідним було проведення аналізу стану здоров'я населення. Виходячи з цього на даному етапі дисертаційного дослідження нами вивчався та проводився аналіз даних про захворюваність, поширеність та смертність населення внаслідок розладів психіки та поведінки за підкласом [F10-F19] «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин» класу «Розлади психіки та поведінки» МКХ-10 [6, 30].

Вивчення динаміки зміни цих показників за 2010-2017 рр. відбулося на основі статистичних даних про них в Україні та п'яти її регіонах: Південно-Східному (Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Кіровоградська, Луганська, Харківська області), Південному (АР Крим, Миколаївська, Одеська, Херсонська області, м. Севастополь), Північно-Східному (Полтавська, Сумська, Чернігівська області), Центральному (Вінницька, Житомирська, Київська, Хмельницька, Черкаська області та м. Київ) та Західному (Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська та Чернівецька області).

Регіональний принцип було застосовано з використанням географічного розташування, історичних та культурних особливостей, характерною медико-демографічною ситуацією територій. З 2014 року показники розраховано за даними Державної служби статистики без урахування тимчасово окупованої

території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення операції об'єднаних сил в Донецькій та Луганській областях.

При проведенні аналізу результатів дослідження враховано думки багатьох спеціалістів та експертів: показники поширеності та захворюваності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР в нашій країні не є реальними, адже базується лише на статистичних даних, які реєструються відповідно до звернень населення за медичною допомогою. Слід зазначити, що останніми роками у зв'язку із соціально-економічною кризою звернення населення за медичною допомогою знизилось.

3.1. Стан захворюваності населення України та її регіонів на розлади психіки та поведінки, що пов'язані із вживанням психоактивних речовин

Проведений аналіз стану захворюваності населення на розлади психіки та поведінки від вживання ПАР за 2010-2017 роки показав її зниження на 29,08% (рис. 3.1.1). Темпи щорічного зниження коливались в межах 0,1-1,3%, окрім 2016 року коли відбулося зростання показника захворюваності до попереднього року на 0,2%.

Захворюваність на розлади психіки і поведінки внаслідок уживання наркотичних та токсичних речовин (крім алкоголю) за 2010-2017 рр. знизилася на 28,57% і склала у 2017 році 1,0 на 10 тисяч населення та виявилася вищою за показники 2014-2016 рр.

Аналіз захворюваності на розлади психіки та поведінки через уживання ПАР у 2017 році за регіональним поділом на 100 000 відповідного населення (рис. 3.1.2) засвідчив, що її рівень у Центральному регіоні (112,72) виявився найвищим і на 18,72% перевищував такий у Північно-Східному (91,62; 2-е місце за величиною рівня захворюваності серед визначених регіонів України).

Найвищі рівні захворюваності на розлади психіки та поведінки через уживання алкоголю у 2017 році спостерігалася у Центральному регіоні і складали 103,65 на 100 000 відповідного населення (рис. 3.1.3) і спостерігалися

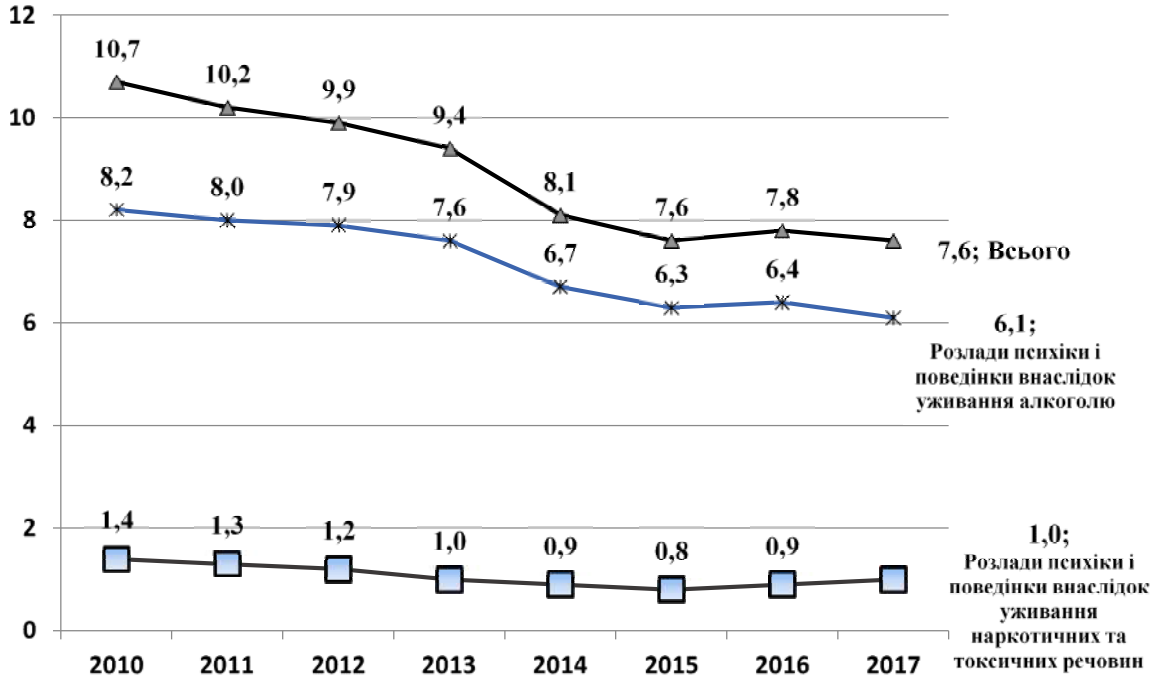

Рис. 3.1.1. Захворюваність населення на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР в Україні у 2010-2017 рр. на 10 тисяч населення

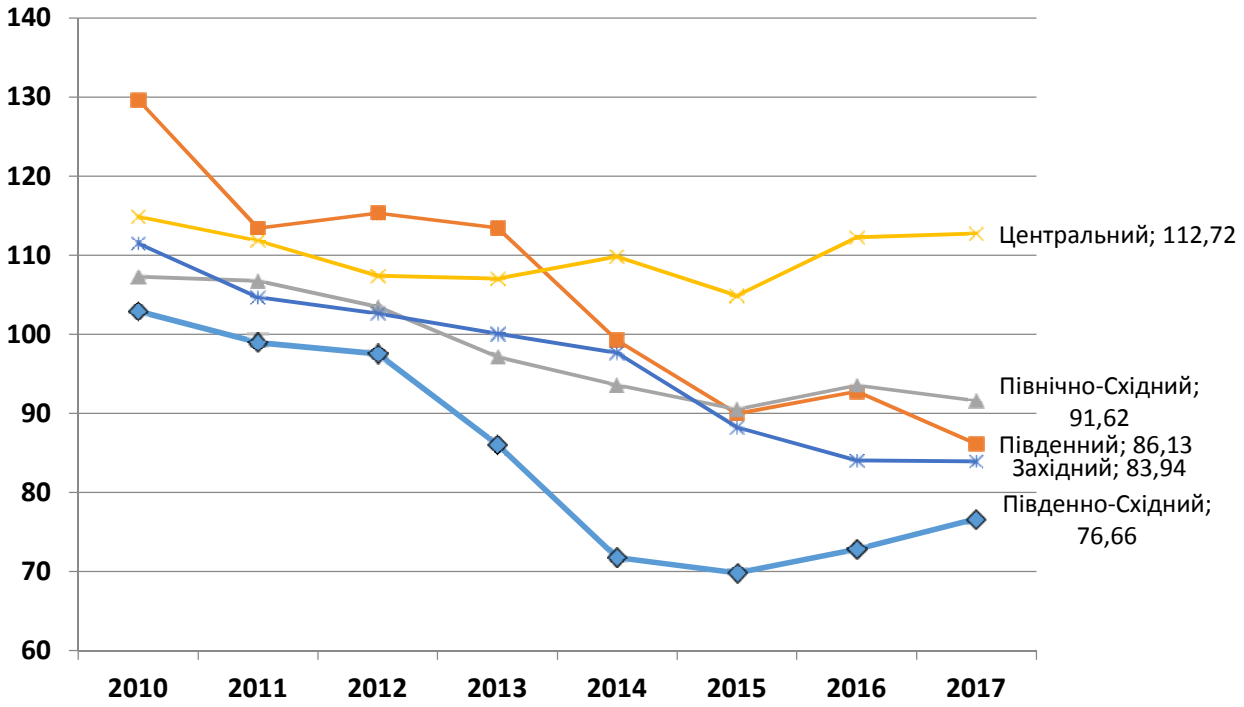

Рис. 3.1.2. Захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР у 2010-2017 роках за регіонами на 100 000 відповідного населення

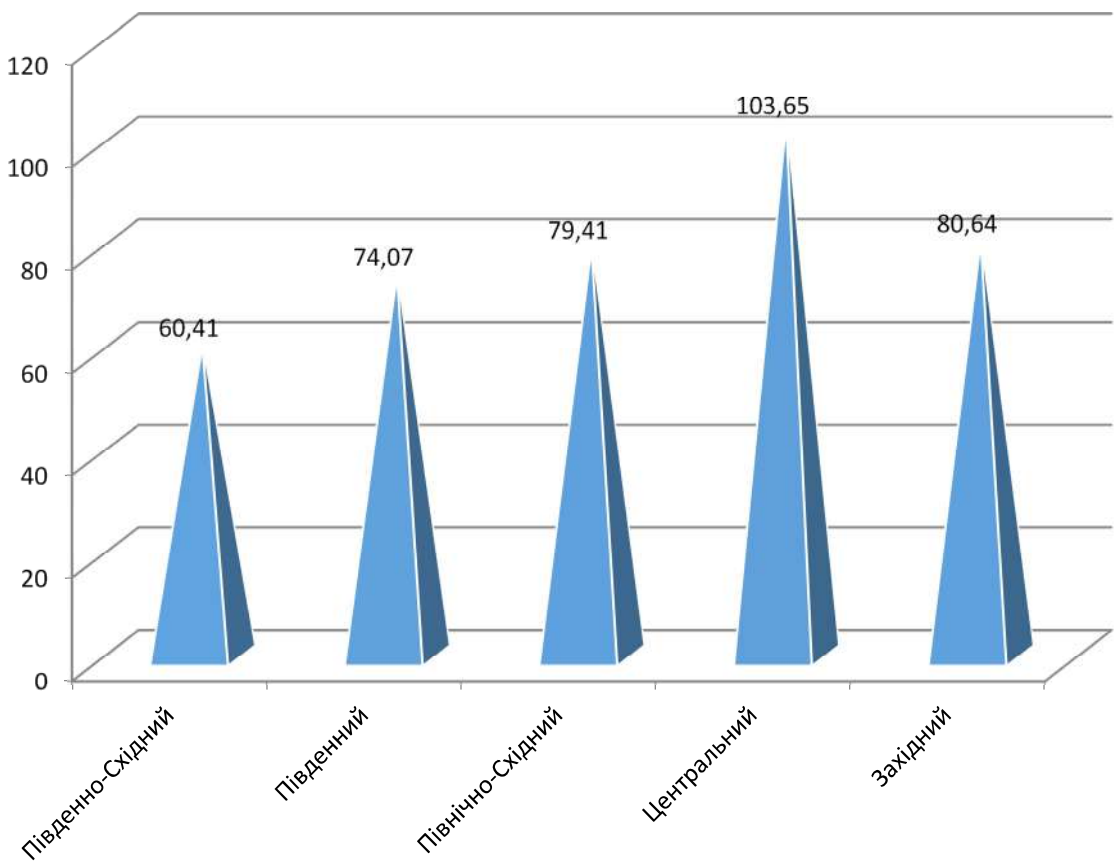

Рис. 3. 1.3. Захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю у 2017 році за регіонами на 100000 відповідного населення

у таких областях цього регіону: Житомирській (158,2 на 100 тис. населення), Київській (154,1) та Хмельницькій (122,5). Рівень захворюваності в інших регіонах був у 1,29-1,71 разів нижчим.

Динаміка зростання захворюваності в період з 2010 по 2017 рік найбільшою була у Житомирській області (+43,77%). Зниження рівня захворюваності за ці роки спостерігалося практично у всіх регіонах, як і в областях (окрім, згаданих та Кіровоградської області). Якнайбільшим воно було у Харківській області – у 2,38 рази (з 53,0 до 22,3 на 100 000 відповідного населення).

Стан захворюваності населення з приводу розладів психіки та поведінки через уживання наркотичних речовин у 2017 році (рис. 3.1.4) виявився

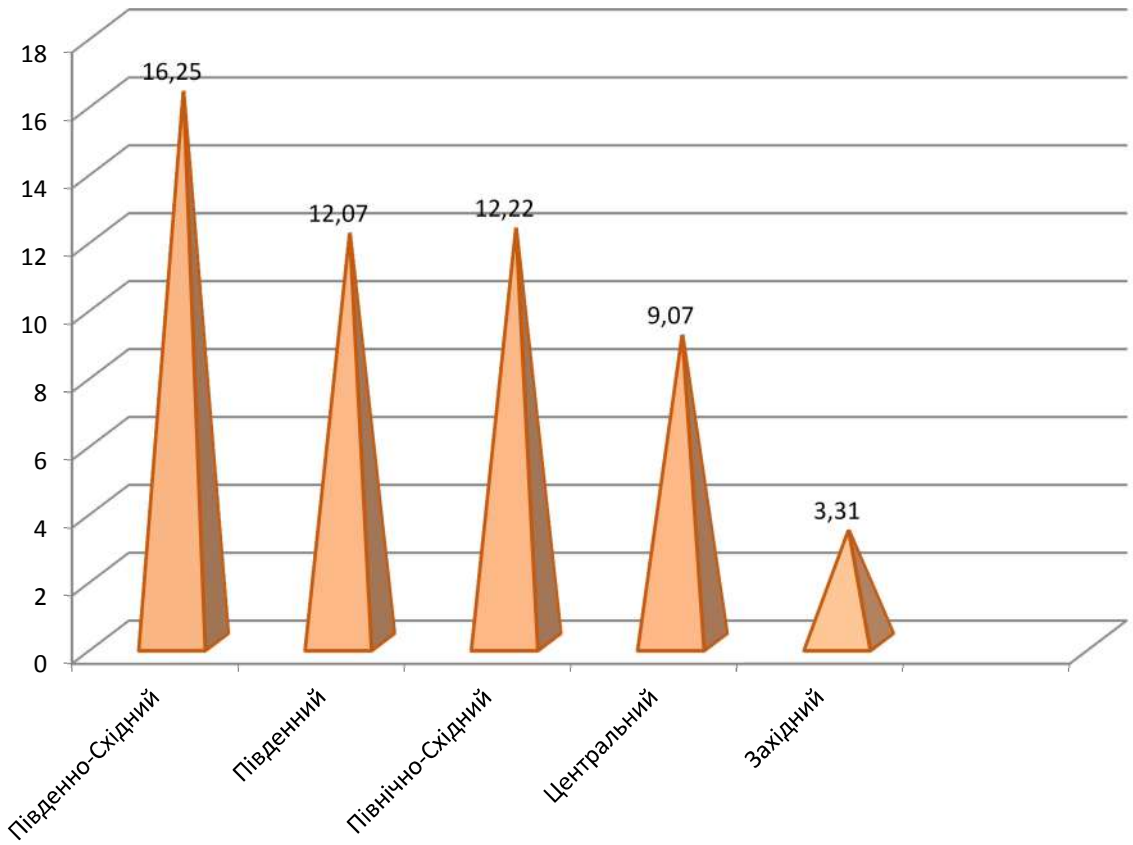

Рис. 3.1.4. Захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин у 2017 році за регіонами на 100000 населення

у Південно-Східному регіоні (16,25) і у 4,91 рази перевищувала цей показник у Західному (3,31) регіоні. Рівень захворюваності у Південному та Північно-Східному регіонах практично не відрізнявся, відповідно 12,07 та 12,22 на 100 тисяч населення. Динаміка змін цього показника у визначених регіонах України за період з 2010 по 2017 роки була позитивною, крім Північно-Східного регіону (+7,16%). Зростання рівня захворюваності за цей період встановлено також у таких областях: Миколаївська – на 37,22%, Житомирська – на 33,01%, Закарпатська – на 19,38% та 6 ін. Зниження рівня захворюваності більше як у 2 рази зареєстровано в Одеській, Харківській та Луганській областях.

3.2. Стан поширеності розладів психіки і поведінки, що пов'язані з вживанням психоактивних речовин серед населення України та її регіонів

Аналіз показників поширеності в Україні розладів психіки і поведінки, що пов'язані з вживанням ПАР за 2010-2017 рр. (рис. 3.2.1) вказав на їх зниження, як в цілому (на 17,38%) так і від основних причин – алкоголю (на 17,13%) та наркотичних і токсичних речовин (на 16,48%).

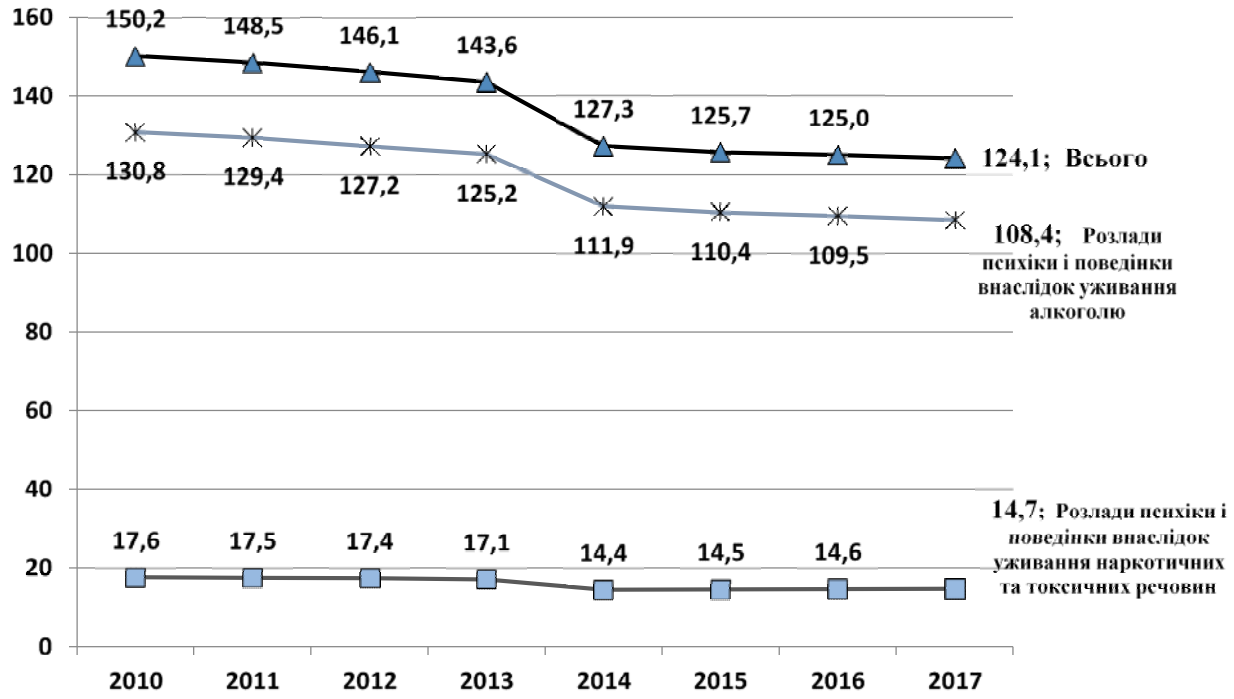

Рис. 3. 2.1. Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР в Україні у 2010-2017 рр. на 10 тисяч населення

За період дослідження зниження показників загальної поширеності так і зв'язаної із вживанням алкоголю відбувалося щорічно, а показників поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних та токсичних речовин з 2014 по 2017 рік зросло з 14,4 до 14,7 на 10 тисяч населення. За результатами дослідження встановлено, що рівень поширеності розладів психіки та поведінки через вживання ПАР у регіональному аспекті у 2017 році на 100 000 відповідного населення виявився найвищим у Північно-

Східному та Південному регіонах, відповідно 1545,54 та 1538,05 на 100 тисяч населення (рис. 3.2.2). Більше як на 10% нижчі показники встановлено у інших трьох регіонах України – з найнижчим рівнем поширеності цієї патології з них у Центральному (1349,73).

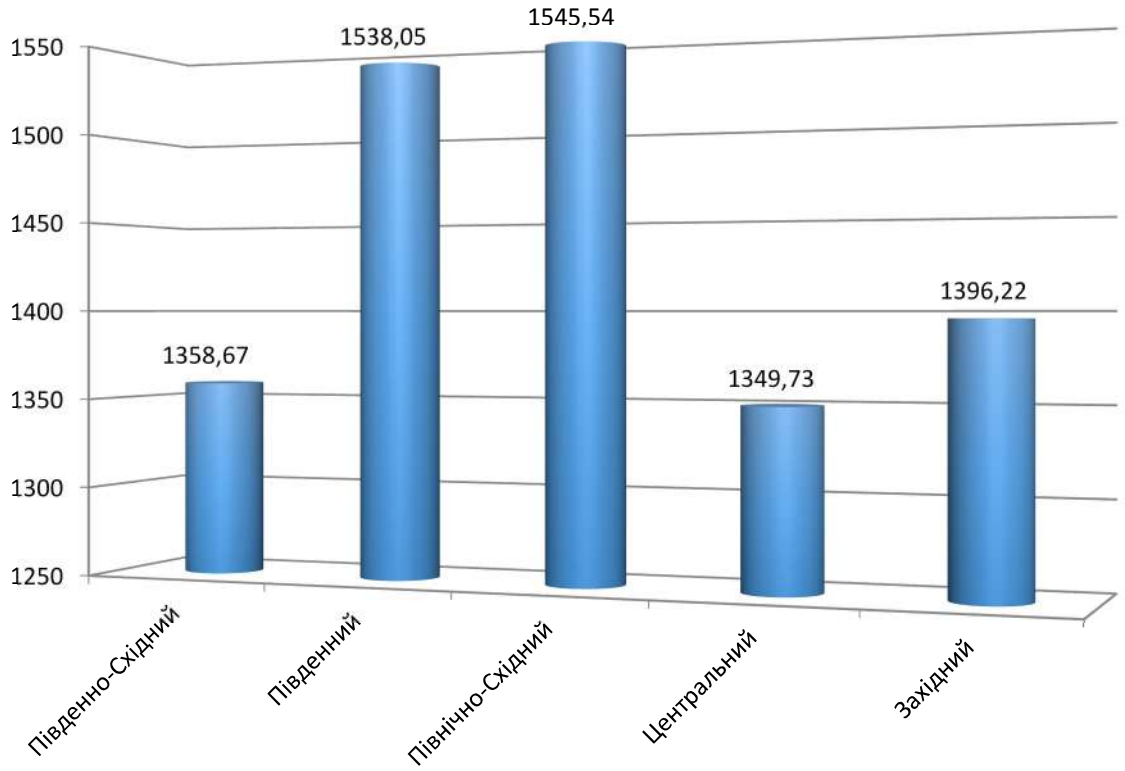

Рис. 3.2.2. Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР у 2017 році за регіонами на 100 000 відповідного населення

З областей України найбільшим є рівень поширеності розладів психіки та поведінки через вживання ПАР у Чернігівській (1 878,87), Хмельницькій (1878,59) та Херсонській (1686,65). У цей же час у Дніпропетровській області та м. Києві вказаний показник був у середньому на 1,86-2,00 рази нижчим, відповідно, 907,07 та 936,02 на 100 тисяч населення. Щодо рівнів поширеності розладів психіки та поведінки через вживання алкоголю, як основної причини, встановлено, що у 2017 році найвищий її рівень зареєстровано у Північно-Східному регіоні – 1381,23 на 100 000 населення (рис. 3.2.3).

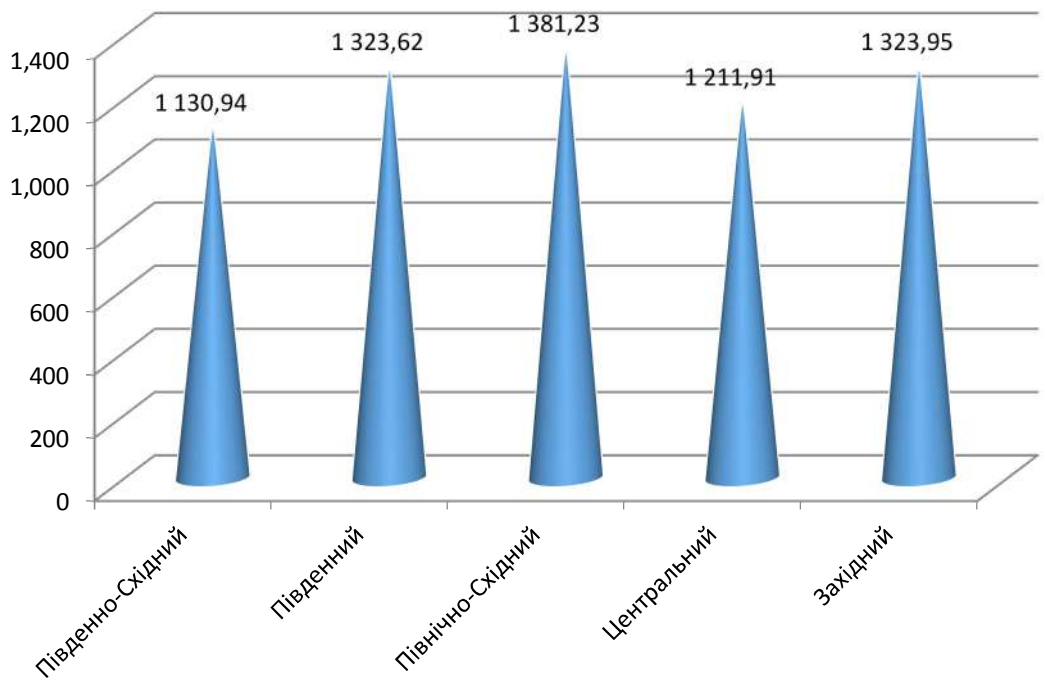

Рис. 3.2.3. Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю у 2017 році за регіонами України на 100 000 населення

Різниця між найвищим рівнем поширеності у Північно-Східному регіоні і найнижчим, у Південно-Східному (1130,94) складала 18,12%. Встановлено, що коли рівень поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю найвищим був у Північно-Східному регіоні рівень захворюваності з цієї ж причини у 2017 році найвищим спостерігався у Центральному регіоні.

Вивчення динаміки змін цього показника у визначених регіонах України за період з 2010 по 2017 роки (табл. 3.2.1) показало наступне: рівень поширеності знизився у Південно-Східному (на 16,36%), Центральному (на 12,3%) та Північно-Східному (на 9,50%) регіонах. У Південному регіоні, при відсутності з 2014 року даних з тимчасово окупованих територій (АР Крим та м. Севастополь) спостерігається незначне зростання показника поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (на 2,55%). Основною причиною цього є зростання рівня поширеності у Миколаївській області (з 959,4 у 2010 році до 1190,4 у 2017 році на 100 тис. населення), що

складало 24,07%. Рівень поширеності вказаної патології з 2010 по 2013 рік у Миколаївській області був нижчий, ніж у АР Крим, а з 2010 по 2012 рік був нижчий, ніж у м. Севастополь (рис. 3.2.4).

Таблиця 3.2.1.

Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю в регіонах України у 2010-2017 рр. на 100 тис. населення

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017 / 2010 %
Південно-Східний	1352,1	1325,3	1293,9	1237,8	1148,7*	1124,2*	1077,2*	1130,9*	83,64
Південний	1290,7	1260,4	1254,3	1221,8	1303,9*	1305,0*	1318,8*	1323,6*	102,55
Північно-Східний	1526,2	1513,2	1509,2	1503,2	1480,7	1459,8	1420,6	1381,2	90,50
Центральний	1381,9	1364,7	1288,2	1269,8	1258,3	1240,4	1230,0	1211,9	87,70
Західний	1331,7	1327,0	1325,4	1328,6	1328,3	1319,3	1322,1	1324,0	99,42
Україна	1332,2	1315,2	1289,2	1268,2	1132,2	1116,8	1108,6	1093,7	82,10

* показники розраховано за даними Державної служби статистики без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

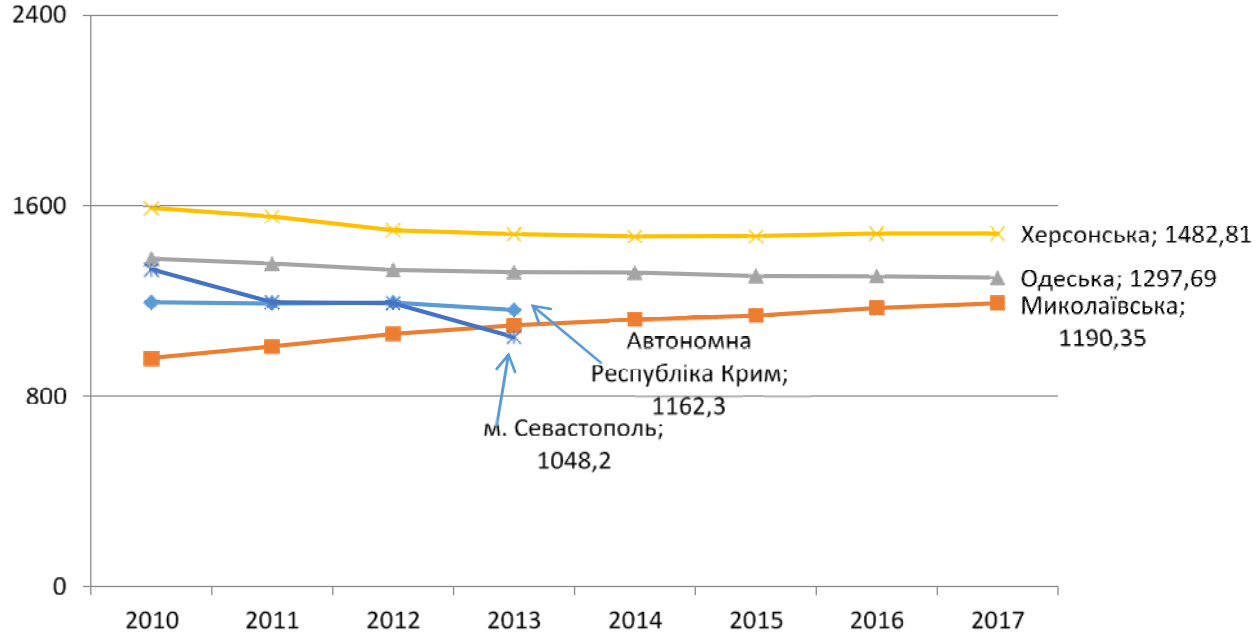

Рис. 3.2.4. Динаміка поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю в Південному регіоні України за 2010-2017 рр. на 100 тис. населення

На противагу вищим рівням поширеності та захворюваності на розлади психіки та поведінки через уживання алкоголю у Центральному та Західному регіонах, ці показники при розладах психіки та поведінки через уживання наркотичних речовин були переважаючими у Південно-Східному та Південному регіонах. Так, поширеність розладів психіки та поведінки через уживання наркотичних речовин у 2017 році була найбільшою у цих регіонах, відповідно 219,95 та 211,93 на 100 000 населення (рис. 3.2.5.). Переважання рівня поширеності уживання наркотичних речовин, що викликали порушення психіки та поведінки в цих регіонах у порівнянні з найнижчим зареєстрованим показником у Західному регіоні (71,46) було статистично значущим і становило 2,97-3,08 рази.

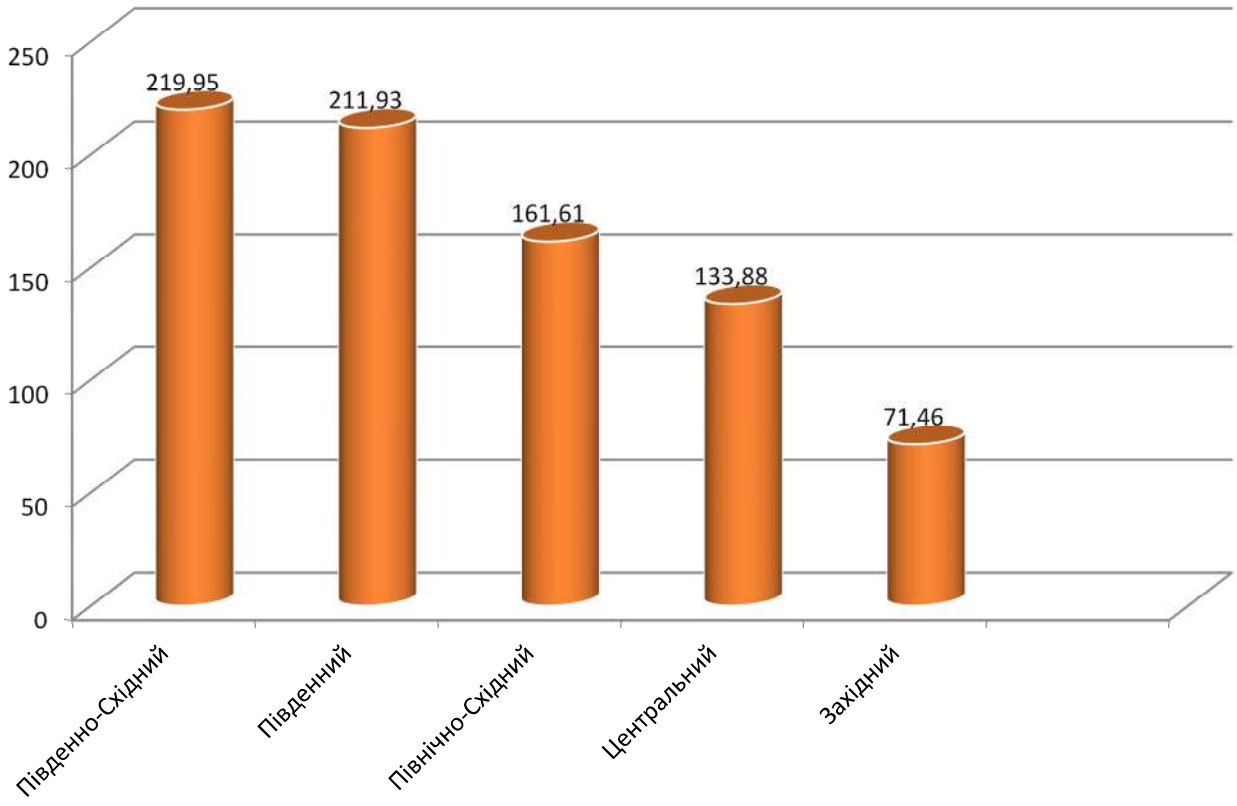

Рис. 3.2.5. Поширеність розладів психіки та поведінки через уживання наркотичних речовин у 2017 році за регіонами на 100 000 населення

Найвищий рівень поширеності серед областей Західного регіону спостерігався у Волинській області (133,6 на 100 тис. населення). Вище цього

показника були рівні поширеності у 13 областях України і щонайвищим він був зареєстрований у Запорізькій (387,7), Донецькій (266,0), Кіровоградській (255,9) областях та в м. Києві (282,1).

Динаміка зміни за 2010-2017 рр. рівня поширеності вживання наркотичних речовин, що викликали порушення психіки та поведінки була наступною: зростання на 9,51% у Північно-Східному регіоні та у 14 областях (найвище Закарпатська область – на 30,06%, Львівська – на 28,54% та Житомирська – на 28,50%).

3.3. Стан смертності населення України та за її регіонами внаслідок вживання психоактивних речовин

Смертність за V класом хвороб «Розлади психіки та поведінки» складала у 2017 році 3,58 випадків на 100 000 населення по Україні, знизившись у порівнянні з 2010 роком на 29,12% (табл. 3.3.1). Смертність в регіонах у 2017 році мала суттєві коливання: максимальний рівень 5,39 на 100 тис. осіб в Західному регіоні перевищував середньоукраїнський в 2,12 рази, мінімальний – 1,31 у Південно-Східному і менший за середньоукраїнський в 1,94 рази. Негативна динаміка цього показника – зростання, за період з 2010 по 2017 рік спостерігалася у Центральному регіоні: з 3,60 до 3,66 на 100 тис. осіб.

У регіонах України є окремі області з максимальними рівнями смертності, до них відносяться у Західному – Закарпатська (13,51 випадків смерті на 100 000 населення) та Хмельницька (13,60) у Центральному. Існує група адміністративних територій з мінімальними значеннями рівнів смертності – це Луганська область та м. Київ (випадків смерті від розладів психіки та поведінки не зареєстровано), Одеська (0,21), Дніпропетровська (0,25), Полтавська (0,28), Київська (0,34) та Івано-Франківська (0,36) області.

З 2010 по 2017 рік тенденції рівнів смертності значно змінились. Окрім Центрального в інших регіонах відбулося зниження рівня смертності. Найбільш вираженим воно було у Південно-Східному та Південному, відповідно на 49,46% та 45,00%. Проте необхідно врахувати територіальні проблеми у зв’язку з анексією АР Крим та проведенням ООС на сході країни. Не враховуючи

згадані території, зниження смертності більше як на 50% за цей період

Таблиця 3.3.1.

Коефіцієнт смертності населення України від розладів психіки та поведінки у 2010 та 2017 роках, ‰

Регіони	2010		2017		розлади психіки та поведінки, 2017 до 2010, %%	в т. ч. внаслідок вживання алкоголю, 2017 до 2010, %%
	розлади психіки та поведінки, коеф.	в т. ч. внаслідок вживання алкоголю, коеф.	розлади психіки та поведінки, коеф.	в т. ч. внаслідок вживання алкоголю, коеф.		
Південно-Східний	**2,59**	1,56	**1,31**	1,04	-49,46	-33,46
Дніпропетровська	**1,23**	0,03	**0,25**	0,00	-79,79	-100,00
Донецька	**4,63**	1,51	**0,99**	0,33	-78,51	-77,98
Запорізька	**1,61**	0,94	**0,52**	0,17	-67,62	-81,59
Кіровоградська	**7,30**	6,41	**5,31**	5,20	-27,29	-18,84
Луганська	**0,04**	0,00	**0,00**	0,00	0,00	0,00
Харківська	**0,72**	0,47	**0,78**	0,52	7,51	10,27
Південний	**5,36**	3,85	**2,95**	1,93	-45,00	-49,95
Крим АР	н.даних	н.даних	н.даних	н.даних	н.даних	н.даних
Миколаївська	**8,60**	7,84	**4,45**	4,28	-48,22	-45,44
Одеська	**0,80**	0,59	**0,21**	0,17	-73,63	-71,37
Херсонська	**6,69**	3,12	**4,19**	1,33	-37,46	-57,28
м.Севастополь	н.даних	н.даних	н.даних	н.даних	н.даних	н.даних
Північно-Східний	**4,91**	4,41	**3,54**	3,38	-27,81	-23,39
Полтавська	**0,74**	0,60	**0,28**	0,28	-61,76	-53,26
Сумська	**5,74**	5,48	**2,46**	2,36	-57,23	-56,88
Чернігівська	**8,24**	7,16	**7,89**	7,50	-4,29	4,80
Центральний	**3,60**	2,53	**3,66**	2,02	1,61	-20,42
Вінницька	**1,76**	1,09	**3,03**	2,27	72,09	107,94
Житомирська	**5,61**	4,83	**3,40**	2,83	-39,47	-41,42
Київська	**0,47**	0,35	**0,34**	0,11	-26,06	-67,14
Хмельницька	**11,65**	7,14	**13,60**	5,39	16,70	-24,50
Черкаська	**2,09**	1,78	**1,56**	1,48	-25,32	-16,72
м.Київ	**0,00**	0,00	**0,00**	0,00	0,00	0,00
Західний	**6,95**	3,53	**5,39**	3,43	-22,43	-2,72
Волинська	**5,69**	5,50	**5,67**	5,67	-0,27	3,23
Закарпатська	**24,80**	8,91	**13,51**	8,42	-45,52	-5,44
Івано-Франківська	**0,58**	0,58	**0,36**	0,15	-37,43	-74,97
Львівська	**3,26**	3,10	**1,90**	1,78	-41,82	-42,69
Рівненська	**1,56**	1,22	**1,64**	0,86	4,68	-29,16
Тернопільська	**7,92**	0,64	**7,29**	0,09	-7,86	-85,30
Чернівецька	**4,87**	4,75	**7,38**	7,05	51,75	48,33
УКРАЇНА	**3,58**	2,15	**2,54**	1,65	-29,12	-23,18

відбулося у Дніпропетровській (-79,79%), Одеській (-73,63%), Запорізькій (-67,62%), Полтавській (-61,76%) та Сумській (-57,23%) областях. Значне зростання смертності за досліджуваний період виявлено у двох областях: Вінницькій (на 72,09%) та Чернівецькій (на 51,75%). Зростання також спостерігалося у Хмельницькій (на 16,70%) та Рівненській (4,68%) областях.

Головними нозологічними формами, які спричинили смерть, є алкогольні психози та алкоголізм. Смертність від розладів психіки та поведінки, внаслідок вживання алкоголю, складала 65,21% від усіх смертей цього класу. Цей показник був більшим у Північно-Східному (95,48%) та Південно-Східному (79,35%) регіонах. У Центральному ж – найнижчим (55,15%). В областях з найбільшим зростанням смертності внаслідок розладів психіки та поведінки (Вінницька та Чернівецька) збільшення показника смертності відбулося внаслідок вживання алкоголю, відповідно у Вінницькій більше, як у 2 рази, та у Чернівецькій - на 48,33%.

Висновки за розділом

За результатами вивчення показників захворюваності, поширеності та смертності від розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР в Україні та її регіонах у 2010-2017 роках установлено, що проблема з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР залишається актуальною для України. При цьому показники захворюваності населення на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин з 2010 по 2017 рік знизилися на 28,97%. Темпи щорічного зниження коливались в межах 0,1-1,3%, окрім 2016 року. Встановлено, що зниження показників захворюваності внаслідок вживання алкоголю не є основним чинником зниження загального показника захворюваності і залишається важливим фактором у показниках захворюваності населення на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин.

Аналіз рівнів захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин у 2017 році за регіональним поділом на 100000 відповідного населення засвідчив, що її рівень у Центральному регіоні

виявився найвищим (113,31) і на 22,86% перевищував такий у Північно-Східному (92,23; 2-е місце за величиною рівня захворюваності серед визначених регіонів України). В цьому ж регіоні зареєстрований і найвищий рівень захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю.

Аналіз рівнів поширеності в Україні розладів психіки і поведінки, що пов'язані з вживанням психоактивних речовин за 2010-2017 рр. вказав на її зниження, як в цілому (на 17,38%) так і від основних причин – від вживання алкоголю (на 17,13%) та від вживання наркотичних і токсичних речовин (на 16,48%). Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин у регіональному аспекті у 2017 році на 100 000 відповідного населення виявилась найвищою у Північно-Східному та Південному регіонах, відповідно 1 545,54 та 1 538,05 на 100 тисяч населення.

Основною діючою речовиною, що спричиняє розлади психіки та поведінки є алкоголь. У 2017 році найвищий ступінь поширеності цієї патології з приводу уживання алкоголю спостерігався у Північно-Східному регіоні – 1 381,23 на 100 000 відповідного населення. Незначне зростання поширеності з 2010 по 2017 рр. було зареєстровано у Південному регіоні, де основну роль зіграло його збільшення на 24,07% у Миколаївській області.

Рівень поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин був переважаючим у Південно-Східному (219,95) та Південному (211,93) регіонах. Динаміка зміни цього показника за 2010-2017 рр. як і рівнів захворюваності та смертності при цьому вказують на необхідність впровадження системи заходів щодо активної профілактики вживання наркотичних речовин і насамперед у Закарпатській, Львівській, Житомирській, Вінницькій, Чернівецькій, Хмельницькій та Миколаївській областях.

Смертність населення України за класом "Розлади психіки та поведінки" має тенденцію до зниження (з 3,58 на 100 тисяч населення у 2010 році до 2,54 – у 2017 році, зниження на 29,12%), проте рівень смертності був і залишається найвищим у Західному регіоні України, відповідно, 6,95 та 5,39 на 100 000

населення. При плануванні превентивних заходів доцільним є впровадження постійного моніторингу змін ситуації, щодо показників поширеності, захворюваності та смертності осіб внаслідок вживання психоактивних речовин, що є неодмінним для контролю та визначення найбільш дієвих і ефективних заходів та гнучкої корекції стратегії протидії.

Застосування регіонального підходу до аналізу зміни показників поширеності, захворюваності та смертності з приводу розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин дає можливість координації взаємодії окремих гілок влади та міжсекторальної співпраці для досягнення позитивних результатів.

Список особистих друкованих робіт за темою розділу:

1. Чемерис Н. М. Медико-соціальні аспекти проблеми вживання психоактивних речовин молоддю (огляд наукової літератури) // Україна. Здоров’я нації. 2017. № 3. С. 285–291.

2. Чемерис Н. М., Любінець О. В. Основні тенденції захворюваності населення та поширеності хвороб, що пов’язані з вживанням психоактивних речовин в Україні // Acta Medica Leopoliensia=Львівський медичний часопис. 2018. Vol. 24, № 3. С. 58–64.

3. Колінковський О. М., Крупка Н. М. Переваги та недоліки природного планування сім’ї // Другий національний конгрес з біоетики з міжнародною участю, 29 вересня-2 жовтня 2004 р., Київ. К., 2004. С. 104–105.

4. Управління медико-соціальною сферою: стан та перспективи інтеграційних процесів / Фуртак І. І., Паробецька І. М., Рутовський Я. А., Крупка Н. М., Пилипець Я. Д. // Матеріали XIV конгресу Світової федерації українських лікарських товариств, 04-06 жовтня 2012 р. м. Донецьк. Донецьк; Київ; Чікаго, 2012. С. 65.

5. Socio-Economic and Medical Determinants of Alcohol Abuse Among the Population of Transcarpathia Region / Kruchanytsya V., Mironyuk I., Chemerys N., Slabkiy G., Lyubinets O. // Konferencja Pediatryczna “Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego” (Polska, Rzeszow 24-26 maja 2018 r.). Rzeszow, 2018. S.57.

РОЗДІЛ 4
ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА НАРКОЛОГІЧНА СЛУЖБА: ПОТЕНЦІАЛ, ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПРОФІЛАКТИЧНА РОБОТА З МОЛОДДЮ, ЩОДО ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

На третьому етапі дослідження відповідно до його програми було вивчено ресурсну базу у Львівській області щодо надання наркологічної допомоги населенню, стан захворюваності, поширеності та смертності від розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР та організація медичної профілактичної роботи з молоддю в області, щодо вживання ПАР.

4.1. Ресурсна база наркологічної допомоги населенню Львівської області

У Львівській області наркологічна допомога населенню надається у Комунальному закладі Львівської обласної ради (КЗ ЛОР) «Львівський обласний медичний центр превенції та терапії узалежнень», наркологічних відділеннях Сокальської та Самбірської центральних районних лікарень та міській лікарні м. Червоноград. Всього в області розгорнуто 250 стаціонарних ліжок цілодобового перебування.

КЗ ЛОР «Львівський обласний медичний центр превенції та терапії узалежнень» – це сучасний спеціалізований заклад вищої акредитаційної категорії на 220 (у 2018 році, 225 ліж. у 2017 р) ліжок, де щорічно надають спеціалізовану стаціонарну допомогу більш як 9 000 хворим з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР, близько 20 000 пацієнтів отримують амбулаторну допомогу. Окрім того, це організаційно-методичний центр, що надає консультативну допомогу медичним працівникам наркологічної служби міст і районів Львівської області. Діяльність медичного центру передбачає кваліфіковане обстеження пацієнтів, надання їм медичної допомоги при самостійному зверненні; конфіденційне амбулаторне та стаціонарне обстеження і лікування хворих з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР; підтримуюче лікування наркохворих диспансерної

групи; лікування методом замісної підтримувальної терапії препаратами, дозволеними для використання; проведення медичних оглядів для встановлення факту вживання ПАР та стану сп'яніння; проведення обов'язкових профілактичних наркологічних оглядів для визначення протипоказань для провадження різних видів діяльності; проведення аналізів біологічних середовищ організму людини для визначення етанолу і наркотичних речовин; проведення експрес-аналізів для визначення наркотичних речовин; динамічне спостереження за пацієнтами з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР; консультативна підтримка пацієнтам, які перебувають на стаціонарному лікуванні в інших медичних закладах. У 2010-2017 рр. кількість зайнятих посад лікарів-наркологів, які здійснювали прийом осіб з наркологічними розладами за зверненнями постійно знижувалася (табл. 4.1.1). Проте протягом цього періоду незмінним була кількість посад (1,0) лікаря-нарколога для підлітків.

Таблиця 4.1.1.

Кількість зайнятих посад лікарів-наркологів, які здійснювали прийом осіб з наркологічними розладами за зверненнями у 2010-2017 рр.

	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2017 / 2010 %
К-сть зайнятих посад лікарів-наркологів для дорослих	26,25	27,00	27,25	25,00	24,25	21,5	81,90
К-сть зайнятих посад лікарів-наркологів для підлітків	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	100,00
К-сть відвідувань до лікарів-наркологів, всього	137689	129254	126793	131397	120814	136717	99,29
- з приводу захворювань	41546	43628	41585	43317	39139	38862	93,54
- з приводу профілактичних оглядів	96143	85626	85208	88080	81675	97855	101,78

У цей же час, при зростанні навантаження на лікаря-нарколога з 5245,30 відвідувань у 2010 році до 6358,93 у 2017 році, відбулося зменшення кількості візитів до лікарів наркологів з приводу захворювань (-6,46%), проте незначно

зросла їх кількість з приводу профілактичних оглядів (+1,78%). Станом на 01.01.2018 р. в медичних установах Львівської області під диспансерним наглядом з метою лікування і реабілітації перебувало 38 055 осіб (151,27 на 10 тис. населення), які мали розлади психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР. З них: із розладами психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю – 36 563 (145,34 на 10 тис. населення) та внаслідок уживання наркотичних та інших ПАР – 1 492 (5,93 на 10 тис. населення) (рис.4.1.1).

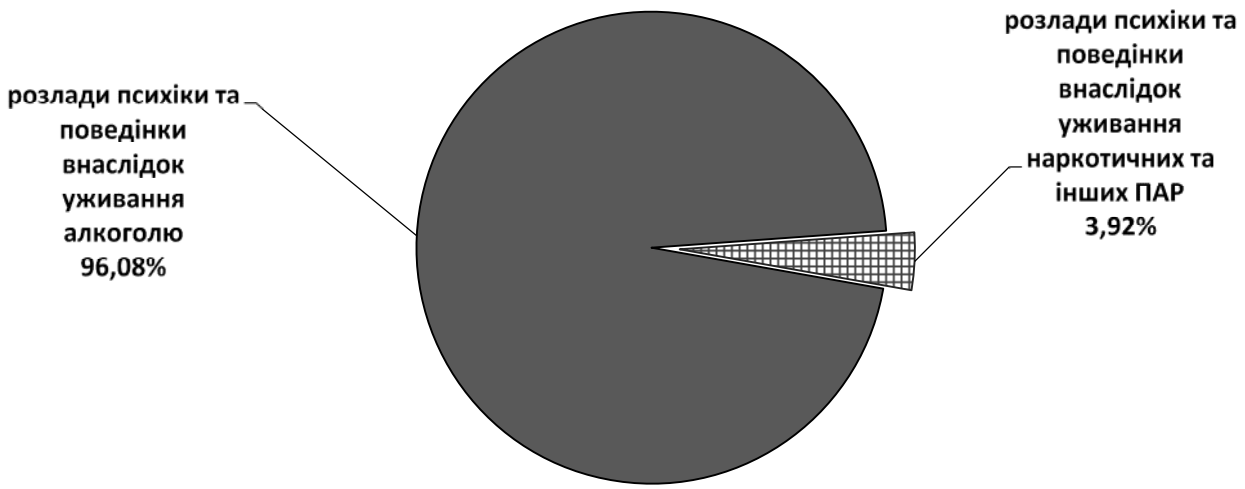

Рис. 4.1.1.Розподіл осіб, які перебували на диспансерному нагляді з приводу лікування та профілактики вживання ПАР у 2017 році у розрахунку на 10 000 населення

Динаміка змін цих показників у 2010-2017 роках була наступною: відбулося збільшення як кількісного (на 6,03%), так і відносного показника на 10 тисяч населення на 6,69% (табл. 4.1.2). Відповідні зміни спостерігались у показниках при диспансерному обліку осіб з розладами психіки і поведінки через уживання алкоголю (збільшення на 5,92%) та через уживання наркотичних речовин та інших ПАР (значне зростання на 29,64%).

Табл. 4.1.2.

Кількість осіб, які перебували на диспансерному обліку з розладами психіки та поведінки через уживання ПАР у 2010-2017 рр. у розрахунку на 10 000 населення

	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2017 / 2010 %
Всього	141,79	143,39	147,55	149,45	150,33	151,27	106,69
з розладами психіки і поведінки через уживання алкоголю	137,21	138,41	141,86	143,66	144,53	145,34	105,92
з розладами психіки і поведінки через уживання наркотичних речовин та інших ПАР	4,57	4,97	5,69	5,79	5,80	5,93	129,64

У 2010-2017 рр. стаціонарним лікуванням охоплено 82 721 осіб, в т. ч. 20 561 (24,86%) віком 18-35 років (табл. 4.1.3).

Таблиця 4.1.3.

Кількість осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні у 2010-2017 рр.

Роки	Госпіталізовано осіб				в т. ч. з віком 18-35 років			
	Всього	Гостра інтоксикація та розлади психіки зі шкідливими наслідками через уживання алкоголю	Розлади психіки та поведінки через уживання алкоголю	Розлади психіки та поведінки через уживання опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин та інших ПАР	Всього	Гостра інтоксикація та розлади психіки зі шкідливими наслідками через уживання алкоголю	Розлади психіки та поведінки через уживання алкоголю	Розлади психіки та поведінки через уживання опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин та інших ПАР
2010	9170	624	8202	281	2357	224	1875	207
2011	~	~	~	~	~	~	~	~
2012	9906	775	8746	337	2568	274	1972	287
2013	~	~	~	~	~	~	~	~
2014	10827	825	9469	496	2618	273	1937	379
2015	11385	1335	9615	393	2833	439	2084	276
2016	11752	1213	10075	415	2787	400	2086	263
2017	12233	1417	10315	438	2728	464	1966	257
2017 / 2013 (%)	133,40	227,08	125,76	155,87	115,74	207,14	104,85	124,15

Динаміка змін за ці роки показала, що загальна кількість госпіталізованих осіб зросла на 33,40%, причому відбулося збільшення госпіталізованих осіб віком 18-35 років (на 15,74%).

Основною причиною госпіталізації виступали розлади психіки та поведінки через уживання алкоголю. Так, кількість госпіталізації через гостру інтоксикацію та розлади психіки зі шкідливими наслідками через уживання алкоголю зросла у 2,27 рази, у осіб 18-35 років – у 2,07 рази.

При порівнянні кількості госпіталізованих у 2017 році до їх числа у 2010 році з приводу розладів психіки та поведінки через уживання алкоголю таке зростання склало 25,76%, а осіб 18-35 років – 4,85%.

Проте спостерігається значне зростання загальної кількості госпіталізованих з причини розладів психіки та поведінки через уживання опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин та інших ПАР – на 55,87%, в т. ч. осіб вікової групи 18-35 років – на 24,15%.

Важливим для оцінки стану медичної допомоги особам з розладами психіки і поведінки є амбулаторна медична допомога та надання медичних послуг в умовах денного наркологічного стаціонару. У 2010-2017 рр. амбулаторну допомогу отримало 160 367 осіб, з них 27926 (17,41%) віком 18-35 років (табл. 4.1.4).

При порівнянні, кількість пролікованих амбулаторно у 2017 році до їх числа у 2010 році з приводу розладів психіки та поведінки через уживання алкоголю в цілому зменшилась на 1,97%, а серед 18-35 літніх – на 29,82%. За амбулаторною допомогою у цьому періоді звернулись також 305 осіб з причини розладів психіки та поведінки через уживання тютюну та 3 273 – з приводу розладів психіки та поведінки через уживання інших ПАР. Серед них осіб у віковій групі 18-35 років таких було, відповідно, 43,61% та 58,97%.

Медичну допомогу у денному наркологічному стаціонарі за 2010-2017 рр. отримали 3082 особи, з них 695 (22,55%) були віком 18-35 років. Основною причиною перебування у такому стаціонарі були розлади психіки та поведінки через уживання алкоголю. При порівнянні кількості пролікованих в денному

Таблиця 4.1.4.

Кількість осіб, які проліковані амбулаторно у 2010-2017 рр.

Рік	Проліковано амбулаторно, осіб				в т. ч. з віком 18-35 років			
	Всього	Розлади психіки та поведінки через уживання алкоголю	Розлади психіки та поведінки через уживання тютюну	Розлади психіки та поведінки через уживання інших ПАР	Всього	Розлади психіки та поведінки через уживання алкоголю	Розлади психіки та поведінки через уживання тютюну	Розлади психіки та поведінки через уживання інших ПАР
2010	21577	20957	12	608	4138	3816	7	315
2011	~	~	~	~	~	~	~	~
2012	22697	22266	37	394	4206	3962	15	229
2013	~	~	~	~	~	~	~	~
2014	22767	22194	51	522	4718	4362	27	329
2015	21307	20762	55	490	4028	3695	27	306
2016	21961	21457	65	439	3112	2932	26	254
2017	20952	20545	46	361	2907	2678	19	210
2017 / 2010%	97,10	98,03	383,33	59,38	70,25	70,18	271,43	66,67

стаціонарі у 2017 році до їх числа у 2010 році встановлено їх зростання на 45,03%.

4.2. Стан захворюваності , поширеності та смертності з приводу розладів психіки та поведінки від вживання психоактивних речовин серед населення Львівської області у 2010-2017 роках

Аналіз основних показників діяльності наркологічної служби у Львівській області за 2010-2017 роки засвідчив, що проблема залежності від вживання ПАР в області є надзвичайно важливою. Так, при тому, що захворюваність населення на розлади психіки та поведінки від вживання ПАР з 2010 по 2017 рік знизилась на 39,2%, відбулося зростання поширеності цієї патології – на 6,69%, що не спостерігалося в Україні (рис. 4.2.1., рис. 4.2.2.)

Подібні тенденції у захворюваності та поширеності патології зв’язаної з уживанням ПАР спостерігаються і у м. Львові (відповідно, -25,76% та +23,27%).

Враховуючи отримані результати нами проведено аналіз поширеності розладів психіки та поведінки серед населення Львівської області за 2010-2017

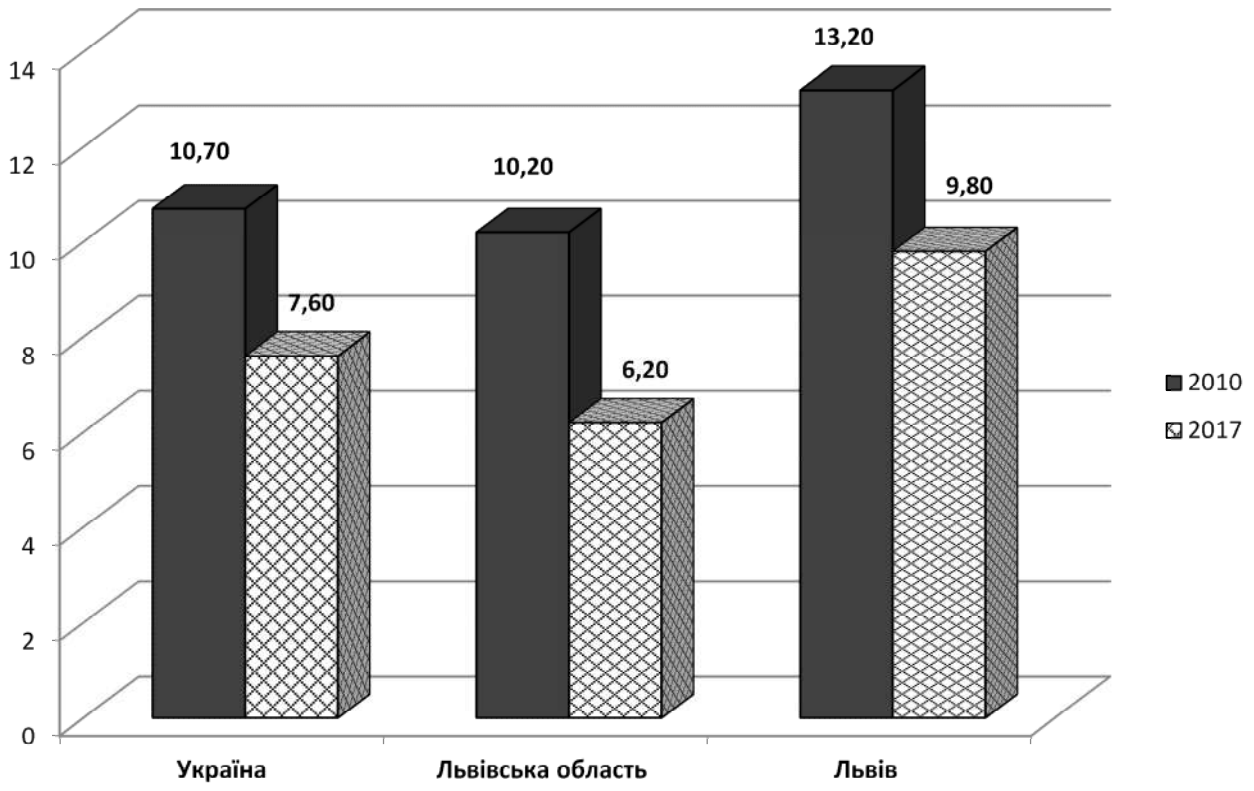

Рис. 4.2.1. Захворюваність населення на розлади психіки та поведінки від вживання ПАР в Україні, Львівській області та м. Львові у 2010 та 2017 роках (на 10 тисяч населення)

роки у віковій групі 18-35 років, як основного вікового контингенту студентської молоді.

Встановлено, що вона зросла на 13,58% і склала у 2017 році 30,93 на 10 тисяч населення (у 2010 році – 27,23). Основну причину у зростанні поширеності патології від вживання ПАР набули розлади психіки та поведінки через уживання алкоголю (рис. 4.2.3.).

Так, у 2010 році вони становили 24,51 випадки на 10 тисяч населення, а у 2017 році вже 28,01, що встановило зростання на 14,27%.

У Львівській області також зафіксовано зростання поширеності розладів психіки та поведінки через уживання наркотичних речовин (табл. 4.2.1).

Динаміка зміни рівня смертності населення Львівської області за досліджуваний період показала зниження показника смертності населення з

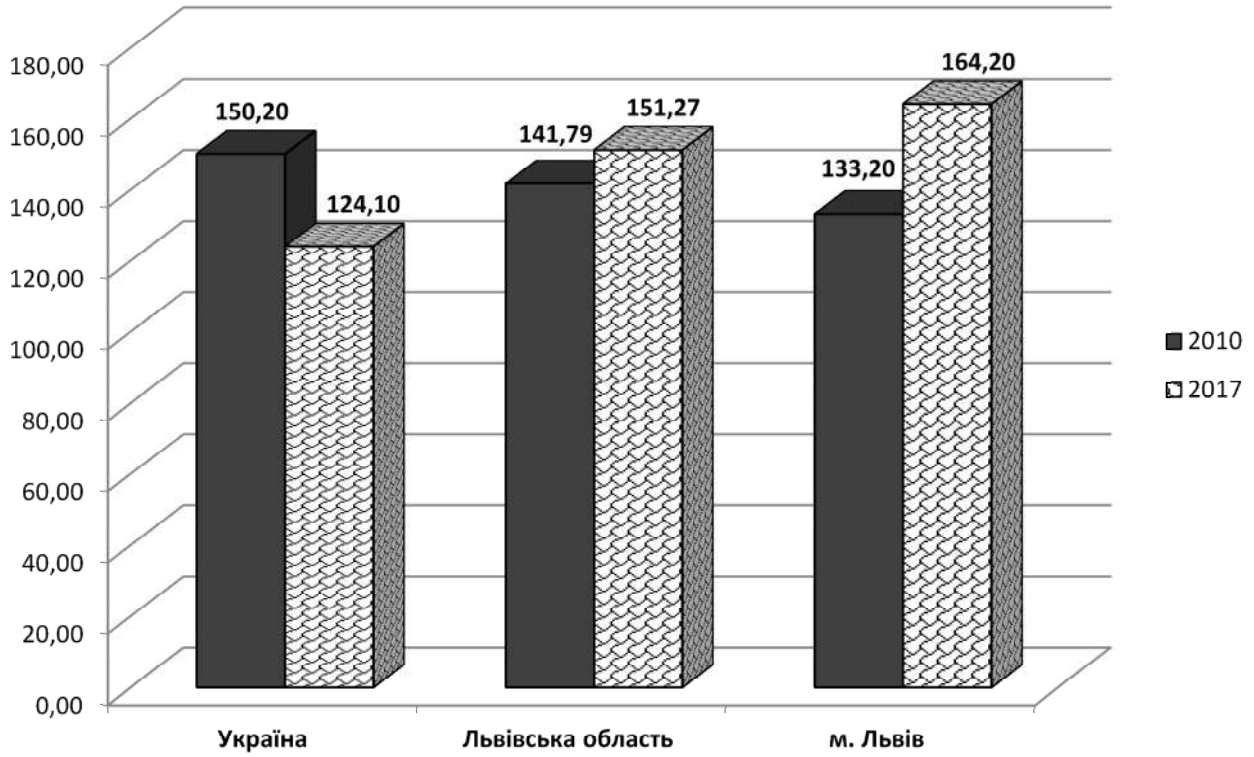

Рис. 4.2.2. Поширеність розладів психіки та поведінки від вживання ПАР серед населення України, Львівської області та м. Львова у 2010 та 2017 роках (на 10 тисяч населення)

приводу розладів психіки та поведінки на 41,82% (табл. 4.2.2). Незмінно основною причиною виступали розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю.

Таблиця 4.2.1

Поширеність розладів психіки та поведінки серед населення 18-35 років у Львівській області у 2010-2017 роках (на 10 тисяч осіб)

	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2017 / 2010 %
Розлади психіки та поведінки через уживання алкоголю	24,51	25,91	27,09	27,98	27,71	28,01	+14,27
Розлади психіки та поведінки через уживання наркотичних речовин	2,67	2,83	3,24	3,25	3,08	2,89	+8,15
Розлади психіки та поведінки через уживання інших (крім алкоголю, наркотичних) ПАР	0,05	0,04	0,05	0,04	0,04	0,03	-41,32
Всього	27,23	28,78	30,38	31,27	30,83	30,93	+13,58

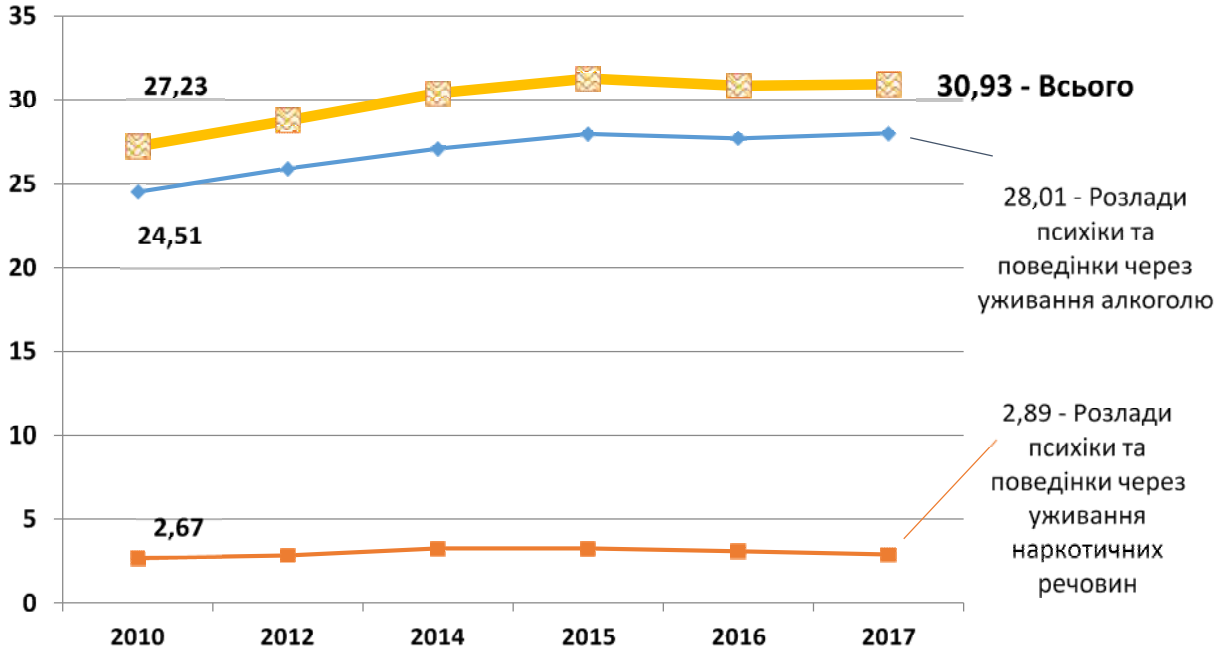

Рис. 4.2.3. Поширеність розладів психіки та поведінки серед населення 18-35 років у Львівській області у 2010- 2017 роках (на 10 тисяч осіб)

Таблиця. 4.2.2

Смертність населення з приводу розладів психіки та поведінки у Львівській області у 2010-2017 рр. на 100 000 населення

	2010	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2017 р. до 2010 р., %%**
Розлади психіки та поведінки, всього	3,26	2,08	1,65	1,85	1,89	1,77	1,85	1,90	41,82
в т.ч.									
розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	3,10	1,93	1,46	1,58	1,77	1,50	1,70	1,78	42,69
психічні розлади внаслідок вживання інших психоактивних речовин	0,08	0,04	0,16	0,08	0,08	0,16	0,16	0,08	0,61
інші розлади психіки та поведінки	0,08	0,12	0,04	0,20	0,04	0,12	0,00	0,04	49,70

Аналіз віку померших показав, що у віковій групі 18-35 роки випадки смерті були в межах 3-9 осіб в рік, причому з 48 людей, які померли у 2010-2017 роках шестеро були у віці до 25 років.

4.3. Заходи з медичної профілактичної роботи з молоддю, щодо вживання психоактивних речовин у Львівській області

Фахівцями наркологічного центру у Львівській області проводиться діяльність з профілактики антиалкогольного, антинаркоманійного та антинікотинового виховання населення. Так, тільки у 2018 році було надруковано 4 статті у місцевій пресі, здійснено 4 виступи на Львівському телебаченні у програмі «На часі» (ТРК «Львів»). Психологами та лікарями медичного центру проведено:

– 1398 індивідуальних консультацій із застосуванням психодіагностичних методик, з них 62 консультації з особами, що перебували в зоні військових дій;

– 2 735 індивідуальних консультацій з елементами психокорекції;

– 117 консультацій з членами сімей хворих на психічні та поведінкові розлади внаслідок уживання психоактивних речовин;

– 482 консультації з застосуванням мотиваційної психотерапії з особами, що мають розлади психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин – охоплено 393 особи;

– 5 лекцій та 11 групових бесід, охоплено близько 168 осіб;

– 31 психокорекційну сесію, охоплено близько 223 особи;

– 26 групових занять з елементами психокорекції зі споживачами ін’єкційних наркотиків, охоплено 212 осіб;

– 13 групових занять з елементами психотерапії у поліклінічному відділенні, охоплено 67 осіб;

– постійно здійснюється соціальний та психологічний супровід учасників програми замісної підтримуючої терапії, програмою охоплено 27 осіб (еднок) та 86 осіб (метадол). Всього 113 осіб;

– постійно проводиться співпраця з неурядовими організаціями «Воля», «100% життя», «Спільнота взаємодопомоги Оселя», «Золота молодь Винник», ЛЖВ, «Аванте», «Дорога», «Салюс» та іншими реабілітаційними центрами;

– постійно надається інформаційно-консультативна допомога представникам груп взаємодопомоги АА та АН (анонімні алкоголіки і анонімні наркомани);

Напрямками профілактичної роботи щодо вживання ПАР серед молоді, в т. ч. студентської, є лекції, тренінги, виступи на батьківських зборах, психокорекційні бесіди з педагогічним персоналом.

Проводиться активна співпраця з Львівським міським координаційно-методичним центром по роботі з дітьми «Галицьке юнацтво», з Львівським обласним центром соціальної служби для молоді, з службою у справах неповнолітніх Львівської обласної державної адміністрації. Даний напрямок роботи здійснюють дільничні лікарі-наркологи та лікар-нарколог кабінету профілактичної роботи з молоддю.

Упродовж 2010-2018 років для обізнаності, розширення кругозору з питань наркології в рамках профілактичних заходів центру санітарно-освітньою роботою серед молоді охоплено всі школи м. Львова. У тих установах прочитано цикли лекцій та проведено «круглі столи» на широку тематику, а саме:

а) «Методологічні аспекти первинної профілактики залежності від психоактивних речовин у підлітків»:

1. Медико-соціальні аспекти негативного впливу алкоголю на підлітковий організм;

2. Медико-соціальні аспекти негативного впливу наркотичних речовин на підлітковий організм;

3. Медико-соціальні аспекти негативного впливу слабоалкогольних напоїв в період пубертату;

4. Медико-соціальні аспекти негативного впливу психоактивних речовин у період пубертату;

5. Медико-соціальні аспекти негативного впливу психоактивних речовин у період пубертату та роль протективних факторів;

6. Медико-соціальні аспекти негативного впливу наркотичних речовин на підлітковий організм і роль протективних факторів;

7. Профілактика вживання алкогольних та наркотичних речовин на підлітковий організм;

8. Шкідливий вплив тютюнопаління та енергетичних напоїв серед молоді;

9. Протидія наркоманії – важливий елемент безпеки молоді;

10. Етіологічні чинники розвитку наркотичної залежності та політика держави;

11. Протидія алкоголізації молоді – важливий елемент національної безпеки держави;

12. Наркоманія, як проблема сучасної молоді (на прикладі канабіноїдів та галюциногенів);

13. Вплив слабоалкогольних та енергетичних речовин на підлітковий організм;

14. Медико-соціальні аспекти негативного впливу ПАР на підлітковий організм;

15. Протидія наркоманії – важливий елемент безпеки молоді;

16. Вплив слабоалкогольних напоїв у поєднанні з іншими психоактивними речовинами на підлітковий організм;

17. Негативний влив ПАР на формування особистості;

18. Шкідливий вплив тютюнопаління та енергетичних напоїв, слабоалкогольних напоїв серед молоді;

19. Вплив слабоалкогольних напоїв у поєднанні з іншими психоактивними речовинами на підлітковий організм;

20. Вплив особистісних факторів на формування потягу до алкоголю у підлітковому віці.

б) «Особливості впливу ПАР у період пубертату»:

1. Причини та умови виникнення алкогольних та наркотичних узалежнень;

2. Соціально-мотиваційні предиктори виникнення узалежнень від ПАР у період пубертату;

3. Соціально-мотиваційні предиктори виникнення узалежнень від ПАР серед молоді, що навчається.

в) «Вплив однократного вживання ПАР на молодих осіб»:

1. Інтелектуальний розвиток підлітка і однократні спроби вживання ПАР;

2. Однократні спроби вживання ПАР на когнітивну сферу підлітка;

3. Однократні спроби вживання наркотичних речовин на підлітковий організм;

4. Однократні спроби вживання наркотичних речовин та курильних сумішів на підлітковий організм;

5. Однократні спроби вживання ПАР на когнітивну і репродуктивну сферу підлітка.

г) «Домінанта протективних факторів над девіантною поведінкою у формуванні повноцінної особистості»:

1. Вплив алкоголю на девіантну поведінку підлітків;

2. Вплив психоактивних речовин на девіантну поведінку підлітків;

3. Вплив слабоалкогольних та енергетичних речовин на молодь.

д) «Етіологія та профілактика узалежнень у молоді»:

1. Етіологічні чинники розвитку алкогольної залежності;

2. Етіологічні чинники розвитку наркотичної залежності.

е) «Токсична дія ПАР на підлітковий організм»:

1. Токсичний вплив алкогольних напоїв на підлітковий організм;

2. Токсичний вплив наркотичних речовин на підлітковий організм;

3. Токсикоманія, як проблема сучасної молоді;

4. Токсичний вплив психоактивних речовин на підлітковий організм;

5. Токсичний вплив наркотичних та алкогольних речовин на підлітковий організм.

є) «Синергізм СНІДу та наркоманії»:

1. Наркоманія та СНІД, як проблема сучасної молоді;

2. Наркоманія та СНІД, як проблема сучасної молоді та роль політики держави;

3. Наркоманія та ВІЛ позитивний статус, як проблема сучасної молоді.

ж) «Репродуктивне здоров'я молоді»:

1. Вплив психоактивних речовин на репродуктивну сферу підлітка;

2. Вплив алкогольних речовин на репродуктивну сферу підлітка;

3. Вплив наркотичних речовин та курильних сумішей на репродуктивну сферу підлітка.

з) «Когнітивна сфера та дія ПАР»:

1. Вплив слабоалкогольних та енергетичних речовин на підлітковий організм;

2. Вплив наркотичних речовин на когнітивну сферу підлітка;

3. Вплив алкогольних напоїв на когнітивну сферу підлітка;

4. Інтелектуальний розвиток підлітка і однократні спроби вживання курильних сумішей та слабоалкогольних напоїв;

5. Інтелектуальний розвиток підлітка і однократні спроби вживання ПАР.

к) «Тютюн та алкоголь – небезпека соціальної політики держави»:

1. Алкоголізм, як проблема сучасної молоді;

2. Алкоголізм, як проблема молодої людини у період пубертату;

3. Вживання курильних сумішей та електронних цигарок на підлітковий організм;

4. Нікотинова залежність, як проблема сучасної молоді;

5. Тютюнопаління, як проблема молодої людини у період пубертату;

6. Нікотинова залежність, як проблема сучасної молоді та шляхи попередження;

7. Нікотинова залежність, як проблема сучасної молоді та роль державної політики;

8. Проблема тютюнопаління та використання електронних цигарок серед молоді.

Аналіз вікового складу населення Львівської області показав (табл. 4.3.1), що з 2010 по 2017 рік кількість осіб, які проживають в області незначно знизилася (на 0,79%). Проте у віковій групі 18-35 років таке зниження було більш виразним і склало 7,49%.

Таблиця 4.3.1.

Кількість постійного населення Львівської області у 2010-2017 роках (на початок року)

Роки	Всього населення	18-35 років	18-35 / всього %
2010	2 531 247	713 716	28,20
2011	2 526 378	712 900	28,22
2012	2 522 568	709 481	28,13
2013	2 522 332	705 137	27,96
2014	2 520 066	699 840	27,77
2015	2 519 429	692 960	27,50
2016	2 515 804	683 744	27,18
2017	2 515 657	673 532	26,77
2018	2 511 238	660 231	26,29
2018 / 2010%	99,21	92,51	

У Львівській області на початок 2018/19 навчального року підготовку спеціалістів з вищою освітою здійснювали 43 ВНЗ, серед яких 14 університетів, 5 інститутів, 4 академії, 17 коледжів, 2 училища та 1 технікум [42]. Статусом національних володіли 6 університетів та 2 академії.

Кількість студентів у ВНЗ області скоротилася: у 2017/18 навчальному році вищу освіту здобували 123,1 тис. студентів, що менше на 1,36% порівняно з попереднім навчальним роком та на 21,74% – відносно 2010/11 навчального року (рис. 4.3.1).

Враховуючи такий значний контингент студентської молоді серед населення області, який складав біля 5% всього населення області, або ж 18-22% населення віком 18-35 років, серйозна робота щодо профілактики узалежнень проводиться власне серед цієї групи мешканців. Так, у Львівському державному університеті внутрішніх справ, Львівському фізико-математичному ліцеї-інтернаті при ЛНУ «Львівська політехніка», Львівському

коледжі транспортної інфраструктури ДНУЗТ ім. акад. Лазаряна, Львівському технологічному ліцеї, Львівському вищому професійному училищі дизайну та будівництва у 2017-2018 роках було прочитано лекції на наступну тематику:

1. Медико-соціальні аспекти негативного впливу психоактивних речовин серед студентської молоді;

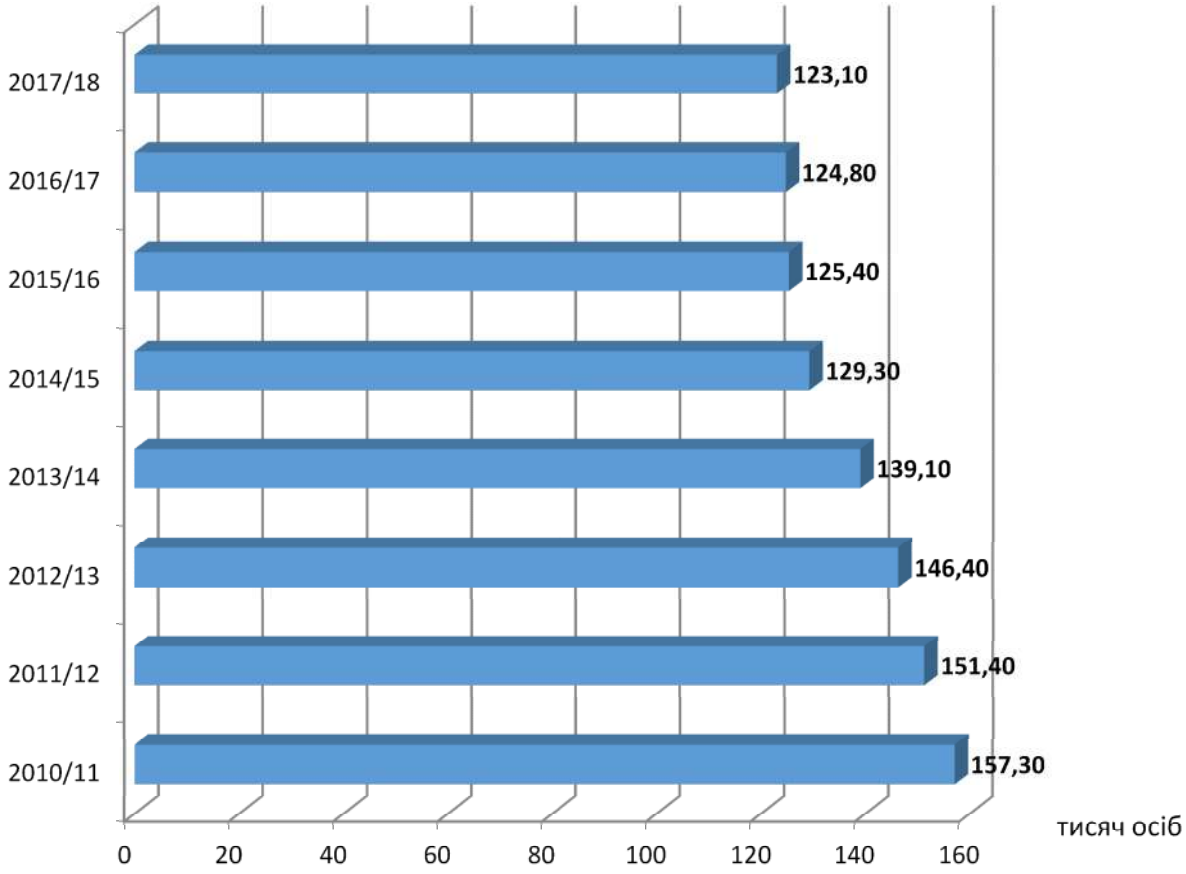

Рис. 4.3.1. Кількість студентів, яка навчалася у ВНЗ Львівської області у 2010-2017 роках

2. Соціально-мотиваційні предиктори виникнення узалежнень від ПАР серед молоді, що навчається;

3. Інтелектуальний розвиток підлітка і однократні спроби вживання ПАР;

4. Наркоманія та СНІД, як проблема сучасної молоді;

5. Вплив слабоалкогольних напоїв у поєднанні з іншими психоактивними речовинами на підлітковий організм;

6. Наркоманія та ВІЛ позитивний статус, як проблема сучасної молоді;

7. Медико-соціальні аспекти негативного впливу слабоалкогольних напоїв в період пубертату;

8. Вплив особистісних факторів на формування потягу до алкоголю у підлітковому віці;

9. Вплив наркотичних речовин на когнітивну сферу підлітка;

10. Проблема тютюнопаління та використання електронних цигарок серед молоді;

11. Наркоманія, як проблема сучасної молоді (на прикладі канабіноїдів та галюциногенів);

12. Вплив психоактивних речовин на девіантну поведінку підлітків;

13. Етіологічні чинники розвитку наркотичної залежності;

14. Наркотичні речовини – фактор загрози для здоров'я;

15. Соціально-мотиваційні предиктори виникнення узалежнень від ПАР серед молоді, що навчається.

З метою профілактичної роботи серед студентської молоді проведено:

– виступ на міжнародній науково-практичній конференції «Україна – Польща: ризики молодіжного стилю життя. Що маємо і чого прагнемо?» з темою доповіді «Проблема узалежнення дітей та підлітків в Україні»;

– захід до дня боротьби з наркоманією серед молоді, яка відвідує «Веселі канікули» у храмі Пресвятої Богородиці – 23.06.2017 р.;

– превентивний захід для курсантів Львівського державного університету безпеки життєдіяльності на тему: «Профілактика наркотичного узалежнення та тютюнопаління» – 26.09.2017 р.;

– участь у міжнародній науково-практичному семінарі «Проблеми протидії незаконному обігу наркотичних засобів: соціальний і правовий аспекти» – 29.09.2017 р.;

– участь у загальноінститутському науковому диспуті у формі круглого столу «Медичні наслідки, які виникають при вживанні наркотиків» у Львівському інституті економіки і туризму – 05.12.2017 р.;

Спільно з ЛМКМЦ «Галицьке юнацтво» проведено міський конкурс дитячих робіт на тему «Стоп наркотикам і СНІДу» – 30.11.2017 р. із залученням ЗМІ. Тематикою виступів на телебаченні у програмі «На часі» були проблеми раннього алкоголізму та наркоманії «Небезпеки ранніх видів узалежнень», «Профілактика наркоманії у навчальних закладах» (03.06.2017 р. та 28.10.2017 р.). Спеціалістами обласного наркологічного центру 29.12.2017 р. проведено інформаційно-мотиваційний тренінг у родинному домі «Покрова» на тему: «Профілактика узалежнень серед молоді». Відповідно до наказу № 306/680/21/66/5 МОЗ України, Генеральної прокуратури України, МВС України, Міністерства юстиції України [118] від 10 жовтня 1997 р. про затвердження Інструкції про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини систематично упродовж 2010-2018 р.р. у шести районних відділах поліції м. Львова здійснювався моніторинг даних вживання ПАР молодими особами. У кабінеті профілактичної роботи з молоддю систематично проводились індивідуальні консультації з підлітками, психокорекційні бесіди з батьками, посилена робота з неповнолітніми групи ризику, а також відбувались тренінги з метою надання інформації про формування фізіологічних та психологічних механізмів узалежнення.

Висновки за розділом

Незважаючи на зниження у Львівській області загальної кількості осіб вікової групи 18-35 років та кількості студентів у ВНЗ області важливість превентивної роботи, як ключового елементу оцінки результативності діяльності системи у зниженні та профілактиці поширеності ПАР серед молодого покоління не втрачає всього значення.

Львівська область у повній мірі забезпечена закладами з наркологічної допомоги мешканцям, основний з яких КЗ ЛОР «Львівський обласний медичний центр превенції та терапії узалежнень» – це сучасний спеціалізований заклад вищої акредитаційної категорії. Всього в області розгорнуто 250 стаціонарних ліжок цілодобового перебування, що становить 9,94 на 100 тисяч населення.

У медичних установах Львівської області під диспансерним наглядом з метою лікування і реабілітації у 2010-2017 рр. в середньому перебувало 34,0 тисяч осіб, які

мають розлади психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР. З них із розладами психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю – 96,20% та внаслідок уживання наркотичних та інших психоактивних речовин – 3,80%. Усіма видами лікування у 2017 р. охоплено 33 652 особи з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР, в т. ч. стаціонарним – 12 233 (36,35%) та амбулаторним – 20 952 особи (62,26%). Основною причиною для надання медичної допомоги виступають розлади психіки та поведінки через уживання алкоголю.

Встановлено, що кількість госпіталізації через гостру інтоксикацію та розлади психіки зі шкідливими наслідками через уживання алкоголю у 2017 році при порівнянні з 2010 роком зросла у 2,27 рази, у осіб 18-35 років – у 2,07 рази. Також спостерігається зростання на 55,87%, в т.ч. у осіб вікової групи 18-35 років – на 24,15%, загальної кількості госпіталізованих з причини розладів психіки та поведінки через уживання опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин та інших ПАР.

З'ясовано, що стан захворюваності на розлади психіки та поведінки від вживанням ПАР серед населення Львівської області з 2010 по 2017 рік знизився на 39,2%, проте відбулося зростання поширеності цієї патології – на 6,69%, що не спостерігалося в Україні, де сталося зниження поширеності на 17,38%.

Аналіз поширеності розладів психіки та поведінки серед населення Львівської області за 2010-2017 роки у віковій групі 18-35 років, як основного вікового контингенту студентської молоді показав, що вона зросла на 13,58%, а основною причиною були розлади психіки та поведінки через уживання алкоголю, зростання становило 14,27%.

Рівень смертності населення Львівської області з приводу розладів психіки і поведінки за 2010-2017 рр. знизився на 41,82%. Основною причиною смертей були розлади психіки і поведінки через вживання алкоголю (у 93-95% випадків). У віковій групі 18-35 років спостерігалися поодинокі випадки смерті.

Упродовж 2010-2017 рр. з метою профілактики узалежнень фахівцями обласного центру проведено превентивні заходи, а саме – прочитано значна кількість лекцій у школах, гімназіях, ліцеях, у ВНЗ з різної тематики профілактики вживання

ПАР серед молоді; проведено десятки диспутів; прийнято участь у конференціях, тренінгах, круглих столах, в т. ч. на телебаченні.

Список особистих друкованих робіт за темою розділу:

1. Чемерис Н. М. Медико-соціальні аспекти проблеми вживання психоактивних речовин молоддю (огляд наукової літератури) // Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3. С. 285–291.

2. Чемерис Н. М. Медико-соціальні предиктори тютюнопаління серед студентської молоді // Acta Medica Leopoliensia=Львівський медичний часопис. 2017. Vol. 23, № 3. С. 59–64.

3. Чемерис Н. М., Любінець О. В. Основні тенденції захворюваності населення та поширеності хвороб, що пов'язані з вживанням психоактивних речовин в Україні // Acta Medica Leopoliensia=Львівський медичний часопис. 2018. Vol. 24, № 3. С. 58–64.

4. Чемерис Н. М. Проблема підліткової наркоманії та шляхи її вирішення // Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я : [Монографія]. Львів : Медицина і право, 2013. С. 431-434.

5. Чемерис Н. М. Медико-психологічні аспекти протидії поширенню алкоголізму, наркоманії, узалежнення ПАР серед дітей та молоді // Соціально-психологічні та медичні аспекти протидії поширенню суспільно-небезпечних узалежнень серед дітей та молоді: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 19-20 травня 2011 р. Львів, 2011. С. 21–31.

6. Чемерис Н. М. Домінанта протективних факторів над девіантною поведінкою у формуванні повноцінної особистості // Актуальні питання організації роботи щодо захисту прав дітей: збірник тез Всеукр. наук.-практ. конф., 17-18 травня 2012 р. Львів, 2012. С. 67-72.

7. Чемерис Н. М. Профілактика соціально-небезпечних узалежнень серед дітей // Україна. Здоров'я нації. 2013. № 4. С. 171–172. [Тези наук.-практ. конф. «Медико-соціальні питання в реформуванні сфери охорони здоров'я», присвяченої пам'яті професора В. М. Пономаренка].

РОЗДІЛ 5
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПЛОЩИНИ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ
(за результатами соціологічного опитування)

Вивчення проблеми залежності від вживання молоддю психоактивних речовин вважається надзвичайно актуальним науковим завданням як у теоретичному, так і в практичному значенні.

Вживання ПАР студентами ВНЗ має велике значення, оскільки ця соціальна та вікова категорія, з одного боку, найбільш сприйнятлива до різних інформаційно-навчальних впливів, а з іншого боку, має певний базис для усвідомленої активності з формування життєвих стереотипів та життєвих ціннісних орієнтацій. Крім того, формування серед студентів ціннісно-орієнтаційного простору з їх позитивним ставленням до здорового способу життя є як особистою справою, так і пріоритетом соціальної політики держави, з превенцією до негативних проявів поведінки студентської молоді.

Сучасне соціальне розшарування сімей, неврівноваженість психоемоційного виховання дітей, соціальне знецінення загальнолюдських принципів моралі в комплексі ведуть до порушення соціальної адаптації молоді, що призводить до зловживанням ПАР. При цьому особливої уваги у розв’язанні вказаної проблеми має питання збереження здоров’я молоді і зокрема студентської. Одним із пріоритетних завдань у діяльності з формування здорового способу життя студентів є виховання негативного їх ставлення до вживання ПАР, які є причиною розладів психіки та поведінки молодої особи.

На реалізацію завдання четвертого етапу дослідження щодо проблеми вживання алкогольних напоїв, наркотиків і тютюнопаління у молодіжному оточенні та її оцінки студентською молоддю були проведені соціологічні опитування 1 422 студентів (згідно розрахунку вибіркової сукупності,

Додаток А-1) перших курсів чотирьох ВНЗ м. Львова за спеціально розробленою анкетою.

Анкета була закритого типу з великим вибором відповідей, у тому числі були групи запитань щодо ставлення до здорового способу життя, про вживання алкоголю та слабоалкогольних напоїв, наркотичних речовин, про тютюнокуріння, про шкідливі звички в родині, серед оточуючих, друзів. Розрахунок отриманих даних проводився з числа респондентів, що дали відповідь на те чи інше запитання.

З числа опитаних: 47,40% це особи чоловічої статі та 52,60% – жінки; за віком: 64,06% – 18-річні, 12,80% – 19-річні, 10,90% – 20-річні, 12,24% – старші за 20 років. 44,16% опитаних проживали у гуртожитку, 27,00% – з батьками, 25,53% – винаймали квартиру, а в 3,31% – мали свою сім'ю.

5.1. Спосіб життя та психоактивні речовини у студентському середовищі

Отримані під час опитування студентів результати зазначили, що проблему споживання ПАР у дотриманні здорового способу життя молоддю респонденти вважають актуальною – 80,24±1,06% опитаних.

Головним негативним фактором ризику для здоров'я опитані вважають вживання наркотиків – 64,42±1,42%, алкоголю – 15,07±1,06%, паління тютюну – 5,96±0,70% та шкідливі умови праці – 5,78±0,69%. 100 (8,76±0,84%) респондентів вказали на інші фактори ризику для здоров'я (нераціональне харчування та зловживання ліками) (рис. 5.1.1).

Серед 19,76±1,06% студентів, які не вказали на важливість вживання ПАР молоддю у питанні дотримання здорового способу життя домінуючими факторами ризику для здоров'я виступили: вживання наркотиків 151 з 281 особи (53,74±2,97%), алкоголю 24 (8,54±1,67%) респондентів, паління 53 (18,86±2,33%) респондентів та шкідливі умови праці – 46 (16,37±2,21%) респондентів.

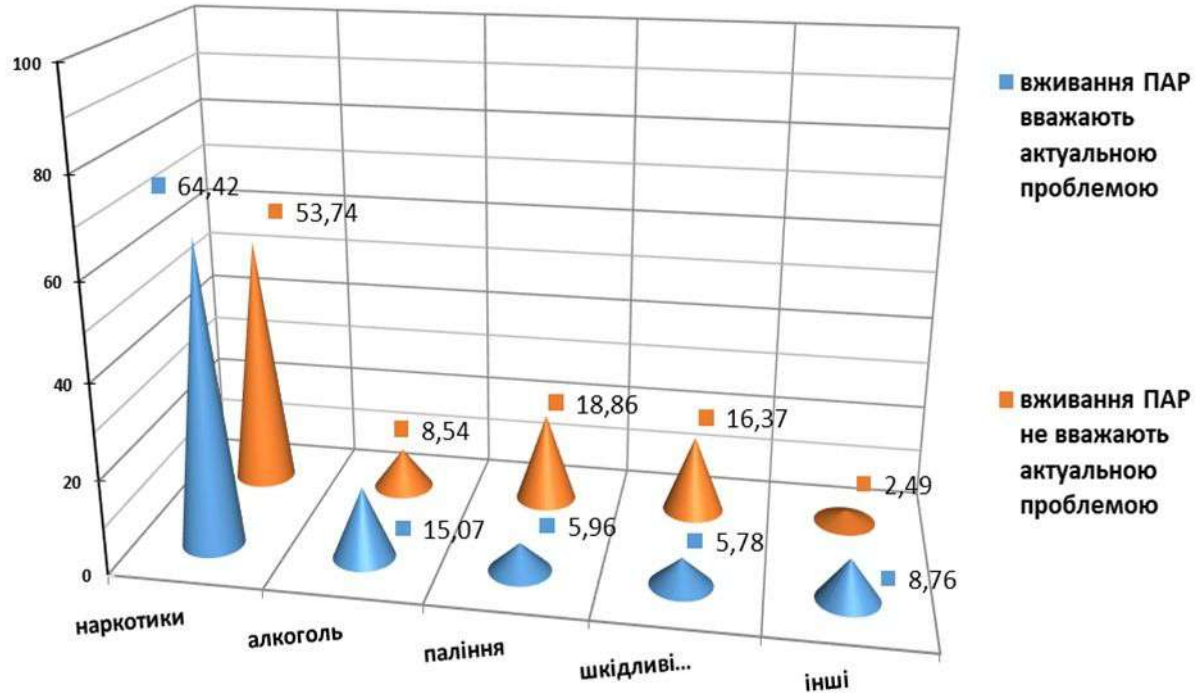

Рис. 5.1.1. Домінуючі негативні фактори ризику для здоров'я за твердженням студентів (%)

Несвідоме відношення до вживання ПАР може пояснюватися тим, що у суспільстві байдуже ставляться до цієї проблеми і, у більшості випадків спрацьовує принцип стороннього спостереження зі сторони членів суспільства.

За результатами проведеного анкетування студентів, 21,10±1,08% респондентів зазначили «Я веду здоровий спосіб життя». Звертає на себе увагу те, що 621 респондент з 1 422 (43,67±1,32%) підмічає що «Я дотримуюсь здорового способу життя, але не завжди» та 449 (31,58±1,23%) респондентів – «Я намагаюся дотримуватись здорового способу життя, але мають шкідливі звички». Базуючись на отриманих відповідях респондентів можна константувати, що частина студентської молоді може дозволити собі

епізодичне вживання ПАР не усвідомлюючи можливих ризиків від одноразового чи епізодичного їх вживання.

Із 921 студента, які дотримуються здорового способу життя оцінюють позитивно стан свого здоров'я 820 осіб: як «Добрий» – 48,97±1,65% та як «Досить не поганий» – 40,07±1,61%. Серед всіх опитаних 236 респондентів, які стикнулась із проблемами здоров'я та оцінюють свій стан як «не дуже добрий» – 184 (12,94±0,89%) опитаних та як «поганий» – 52 (3,66±0,50%) опитаних.

Опитані студенти продемонстрували високий ступінь дотичності до проблеми наявності шкідливих звичок у молоді, яка навчається. Адже 449 студентів з 1 422 (31,58±1,23%) опитаних уже стикнулись із проблемою, маючи ті чи інші шкідливі звички. Більше половини опитаних студентів – 56,33±1,32% не можуть відповісти на запитання про доступність придбання ПАР (знання місць, де можна їх купити). При цьому від 12,38±0,87% до 10,62±0,82% респондентів вказали на легку доступність наркотиків і відмітили, що їх дістати швидше легко ніж складно. Звертає увагу те, що опитані студенти достатньо обізнані в питаннях можливості придбання наркотиків.

Аналізуючи отриману інформацію, можна прогностично говорити про можливу групу студентів схильну до вживання ПАР. Що стосується результатів дослідження причин залучення студентів до вживання наркотиків, то треба відмітити, що серед наведених в анкеті запитань найбільш вагомими причинами, на думку студентів, є особисті проблеми 26,58±1,17%, «за компанію» – 21,59±1,09%, «нудно жити» – 21,38±1,09%, що разом склало 69,55% всіх причин.

Серед інших мотивів це – «експерименти зі свідомістю», «своєрідна форма протесту», «це стильно» (рис. 5.1.2). Очевидним є те, що головні причини мають індивідуально психологічний та соціокультуральний характер (погляд, цінності та переконання). Слід зауважити, що формування молоддю «сумнівного авторитету» у середовищі друзів і знайомих, за даними вчених, є однією з причин ініціалізації першого прийому ПАР молодими людьми.

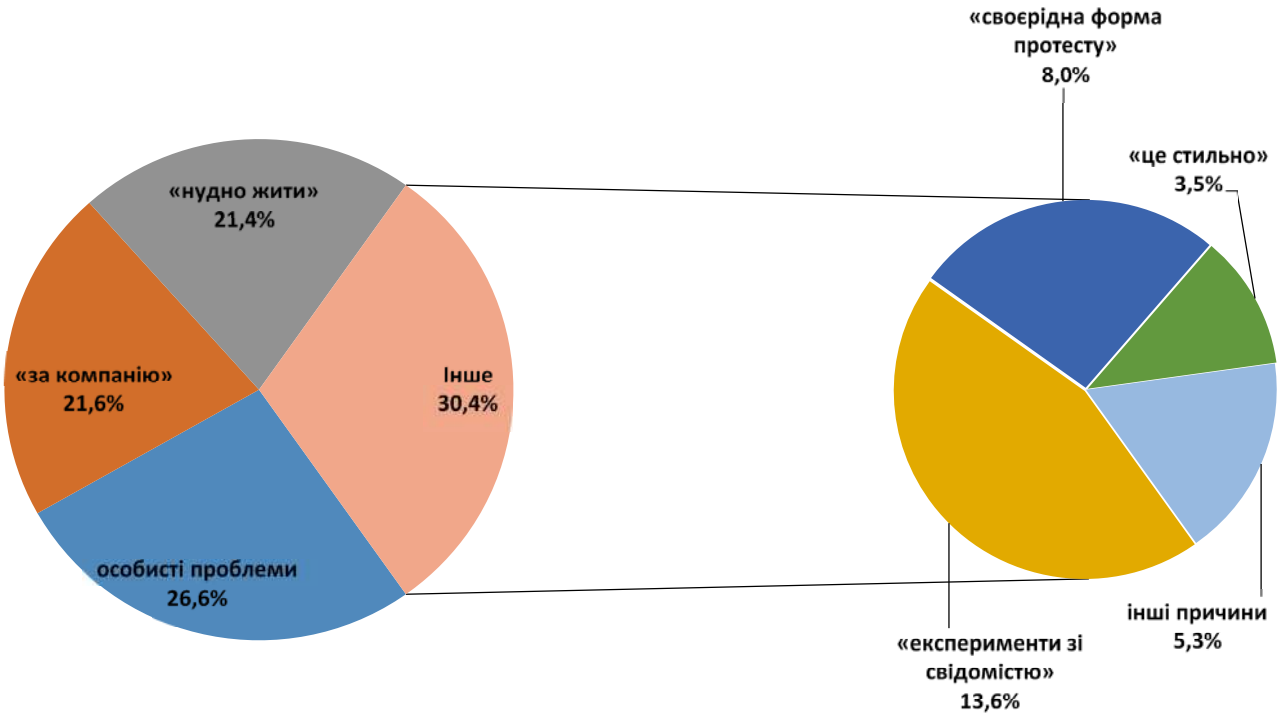

Рис. 5.1.2. Передумови залучення молодих людей до споживання ПАР (%)

Відповіді на запитання анкети: «Шляхи придбання наркотичних речовин» розподілились таким чином: «у компанії друзів» 16,74±0,99%; «під впливом інших, малознайомих людей» – 12,80±0,89%; «від старшого друга» – 8,16 ± 0,73%. За результатами дослідження можна зробити висновок, що найбільший вплив у придбанні наркотиків належить близькому оточенню (друзям, знайомим) з яким студент проводить дозвілля.

Аналіз результатів соціально-психологічного дослідження вказує, що причинами споживання наркотиків – «було цікаво» 112 особам з 1 422 (7,88±0,71%); «хотілось отримати нові відчуття» – 88 (6,19±0,64%) особам; «нічого робити» – 43 (3,02±0,45%) особи; «не хотілось виділятись з колективу» – 28 (1,97±0,37%) опитаних. Решта відповідей висвітлюють проблему через призму індивідуально–мотиваційної складової. Можна зробити висновок, що соціальна незрілість і нереалізованість є однією з визначальних передумов залучення до вживання психоактивних речовин. Доступним місцем придбання ПАР студенти відзначили нічні клуби, дискотеки –

36,92±1,28% та інші заклади проведення дозвілля – 22,22±1,10%. Далі отримані відповіді розподілені у порядку зменшення їх значення наступним чином: на вулиці – 14,21±0,93%, в аптеці – 8,58±0,74%, у гуртожитку – 5,20±0,59%.

Студенти продемонстрували досить високий рівень актуальності проблеми немедичного вживання наркотиків: більше третини опитаних першокурсників (36,92±1,28%) добре поінформовані з місцем продажу наркотичних речовин та доступністю їх придбання, відповідно (23,00±1,12%).

Близько четвертини молодих людей (25,60±1,16%) вказали, що мали досвід у вживанні тих чи інших наркотичних речовин, найбільш зазначаючи споживання канабіноїдів (маріхуана, гашиш, травка) – 11,32±0,84% респондентів. Кодтерпін, екстазі, амфетамін, кілька психоактивних речовин та інші: у менших співвідношеннях. Важливим з точки зору обгрунтованого планування профілактичних заходів, являється визначення віку, в якому підліток вперше в житті почав вживати наркотичну речовину.

Із числа опитаної студентської молоді, що навчається у вищих навчальних закладах м. Львова, значна частина – 1 085 з 1 422 (76,30±1,13%) респондентів не вживала наркотичних речовин.

Молоді люди, які мали досвід вживання наркотичних речовин, відзначають першу спробу у віці 16-18 років (9,21±0,77%) та у віці 13-15 років вже отримали такий досвід 8,72±0,75%. При цьому відзначають, що місце первинної спроби відбувалось, здебільшого на вулиці 4,50±0,55% та в гостях 3,38±0,48%. Встановлено, що 86,92±0,89% опитаних студентів не вживає психотропні речовини в даний час, про те 10,69±0,82% надалі є споживачами наркотиків (епізодично).

Таким чином, різниця між тими хто епізодично вживав і не вживає наркотичних речовин становить – 10,62±0,82% опитаних. Отримані результати узгоджуються із існуючим твердженням про те, що молоді люди пробують наркотик, з метою здобути певний досвід незвіданого та забороненого.

Найбільший ризик для здоров’я і життя людини студенти пов’язують із вживанням наркотичних засобів: 62,31±1,29% із числа опитаних студентів мають

стигму по відношенню до людини-наркомана і не бажають щоб наркомани жили в нашій країні.

З метою проведення комплексного аналізу відношення опитаних студентів до осіб, що вживають наркотики, ми вважаємо, що отримані дані про психоемоційне сприйняття студентами вказазих осіб та вивчення реакції суспільства є важливими. Реакція суспільства має сприяти формуванню морально-етичних умов для ефективної реабілітації та ресоціалізації наркозалежних.

У цілому, за результатами дослідження, встановлено, що «громадське ставлення» опитаних студентів до вживання ПАР на теперішній час в переважній більшості випадків характеризується як негативне. Від 73,98±1,16% до 98,03±0,37% студентів не знаходять причин і мотивів, які змусили б їх вживати наркотичні препарати. У той же час, 17,93±1,02% – не виключають цього.

До студентської молоді, яка виступає пріоритетом соціальної політики держави, є доцільним застосовувати ефективні моделі профілактичних програм. M. A. Bellis і інші науковці, вказують на те, що вживання ПАР молодими людьми провокують, такі фактори як конфліктні відносини з близькими людьми та відсутність взаєморозуміння в сім'ї, свідомо позитивне відношення до вживання наркотиків, а також значна поширеність вживання наркотиків у середовищі однолітків [214].

На нашу думку, вищезазначені молоді люди віднесяться до групи підвищеного ризику формування залежності від психоактивних речовин. Також низьку частку становить отримана студентами інформація про наркотичні речовини від друзів, знайомих, ЗМІ. Крім того, опитані студенти вважають за необхідне проведення медичними працівниками профілактичних бесід для молоді з проблеми вживання ПАР – від 69,97±1,22% до 91,00±0,76% від числа респондентів.

5.2. Результати оцінки студентською молоддю університетів м. Львова стану вживання алкогольвмісних напоїв у їх середовищі

Важливим пріоритетом у формуванні здорового способу життя молоді є виховання негативного відношення студентів до споживання алкогольних напоїв, як основної причини розладів психіки та поведінки при вживанні ПАР.

Необхідно відмітити, що значну роль у формуванні потреби вживання молоддю алкогольних напоїв відіграють економіко-географічні умови регіону їх проживання (географічні, історично-культурні, соціально-економічні та інші).

Вивчення вживання алкогольних напоїв студентами набуває глобального значення, оскільки вказана вікова та соціальна категорія молоді, з однієї сторони, сприйнятлива до різних форм впливів, з іншої сторони, вже має певний досвід їх вживання.

У країні не розроблено профілактичних та психогігієнічних цільових програм для вказаного контингенту молоді та практично не проводиться серед них первинна профілактична робота відносно хімічних залежностей серед студентської молоді. А необхідно враховувати, що в період навчання часто відбувається первинний досвід вживання алкогольних напоїв.

Опитування студентів ВНЗ м. Львова показало, що 83,54±0,98% з них споживають алкогольвмісні напої (84,72±1,39% чоловіків та 82,09±1,40% жінок). Аналіз відповідей респондентів з числа опитаних, які відповіли на запитання щодо основних причин, які спонукають молодь до вживання алкогольвмісних речовин показав наступну картину: це передусім – наслідування друзів 32,39±3,21%, для задоволення 22,07±2,84% та для впевненості і власного іміджу 19,25±2,70% (рис. 5.2.1.).

Велике мотиваційне значення мають друзі, які значною мірою впливають на ставлення молоді до вживання алкогольних напоїв. Необхідно зазначити, що вони формують компанію, допомагають придбати спиртні напої, та впливають на об’єм випитого спиртного. У значної частини опитаних спостерігаються гедоністичні мотиви (гедонізм – радість від фізичного задоволення є найвищим благом і умовою особистого щастя у житті), на що вказують такі вчені як В. Болотова і Н. Ляшенко [20], коли молодь реалізує свої потреби у такий деструктивний спосіб.

Мотив – для іміджу та подолання невпевненості у собі займає третє місце в структурі мотивів. Його умовно можна назвати пізнавальним, адже молоді особи

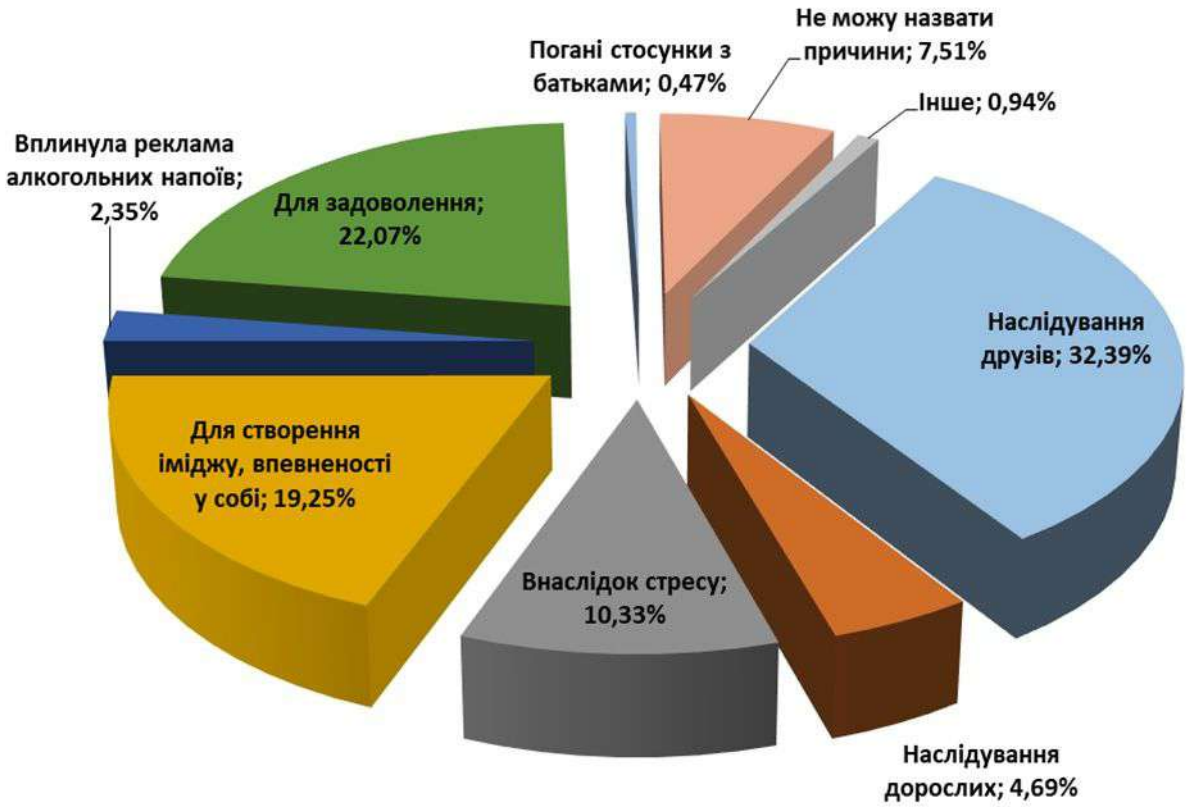

Рис. 5.2.1. Основні причин, які спонукають молодь до вживання алкогольвмісних напоїв (%%)

більш схильні до спроби нового та невідомого. При цьому четвертим є мотив забезпечення гіперактивації. Вживання алкоголю з вказаною метою часто пов’язано з вирішенням проблем у спілкуванні з членами середовища, яке його оточує, у подоланні недостатньої впевненості у собі, усуненням постійного стресу чи гострої стресової ситуації.

Обрання респондентами для відповідей такої позиції, як «Наслідування друзів» свідчить про те, що їх бажанню випити алкогольні напої сприяла їх компанія друзів, а «Для іміджу та впевненості» підкреслює особисту незрілість, відсутність чіткої життєвої позиції, планів на майбутнє та переконань, і що вони легко підпадають впливу навколишнього середовища.

На запитання «Як часто Ви споживаєте спиртні, в т. ч. слабоалкогольні напої?» 61% студентів відповіли (табл. 5.2.1), що найчастіше це відбувається у святкові дні (39,90±1,43%) та не частіше 1 разу на місяць (21,23±1,19%).

Таблиця 5.2.1.

Розподіл відповідей респондентів, щодо частоти вживання спиртних, в т. ч. слабоалкогольних напоїв

Частота споживання	%
Тільки у святкові дні	39,90 ± 1,43
У святкові дні, не частіше 1 разу на місяць	21,23 ± 1,19
2-3 рази на місяць	24,21 ± 1,25
Кілька разів на тиждень	11,25 ± 0,92
Кожен день	3,41 ± 0,53

На думку опитаних студентів, у більшості випадків, першим місцем споживання спиртного напою є власна сім'я (30,96±1,31%) або «у гостях» (30,15±1,30%). У подальшому молодь вживає алкогольні напої у молодіжних компаніях (36,39±1,68%) та в нічних клубах, барах, та дискотеках – 29,91±1,60%, що підкреслює, домінуючий вплив референтних груп однолітків на визначальну життєву позицію підлітків та молоді. Власне, саме друзі визначальною мірою впливають на позитивне ставлення підлітка до вживання алкогольних напоїв, вони також складають йому компанію, та допомагають підлітку у придбанні спиртного, впливають на об'єм випитого.

У теперішній час 77,13±1,23% молодих людей, як показують результати дослідження, обирає здебільшого алкогольні напої, які містять незначний вміст алкоголю, із яких: вино - 39,69±1,43%, пиво - 23,14±1,23%, слабоалкогольні напої – 14,30±1,02%. При цьому міцні алкогольні напої обирає 15,86±1,07% респондентів.

Незначна частка (2,51±0,46%) опитаних студентів не надають перевагу окремому виду алкогольвмісного напою, а вживать алкогольні напої за принципом «які є». На поставлене запитання «Як часто Ви вживаєте напої, які містять алкоголь?» респонденти відповіли в наступний спосіб: раз на місяць або рідше – 46,81±1,46%, від 2 до 4 разів на місяць – 35,32±1,39%, від 2 до 3 разів в тиждень – 10,47±0,89%, 4 рази в тиждень та частіше – 3,74±0,55%.

Отримані результати вказують на те, що практично половина опитаних студентів не зловживає алкогольвмісними напоями. При цьому проблему збільшення вживання алкогольних напоїв підсилює низка індивідуальних особливостей їх споживача. Індивідуальні особливості студентів полягають в тому, що студентам притаманне більш швидке формування залежності від спиртних напоїв що пояснюється анатомічно-фізіологічною характеристикою організму, що розвивається. У студентський період життя стабільний потяг до вживання алкоголю формується більш швидко, ніж у дорослої людини, що призводить до різкого рівня розладів та поведінки, сприяючи прояву їх агресивності та аддукції. Необхідно зазначити, що абстинентний синдром у молодої особи формується уже через 1-3 роки після початку систематичного пияцтва.

Було встановлено, що схильність до алкоголізації у студентської молоді має свої особливості та тенденції. Так. за результатами проведеного анкетування, виявлено тенденцію до ранньої первинної спроби вживання спиртного напою – 82,47±1,11% у віці до 16 років життя, при тому що у віці до 12 років життя спробували спиртні напої практично половина з числа вказаних респондентів (40,85±1,43%).

Відомо, що чим раніше відбувається залучення особи до алкогольних речовин, тим більш швидко формується залежність від нього та ускладнюється перебіг алкоголізму, як хвороби. При дослідженні, на запитання, що спонукало студентів до вживання спиртного напою респонденти відповіли таким чином: «було цікаво» – 48,00±1,62%, «хотілось отримати нові відчуття» – 25,26±1,41% та «не хотілось виділятись з колективу» – 19,05±1,27%.

Значний вплив у процесі залучення підлітків до алкоголізації належить існуючим соціально-культурним традиціям в регіоні. За результатами нашого дослідження встановлено, що першим алкогольним напоєм вживання молодими людьми були вино і шампанське - 48,45±1,47% та пиво - 30,64±1,35%.

Початок вживання підлітками слабоалкогольних напоїв стимулюють такі чинники, як мода на них, наявність у підлітка друзів, що вживають такий алкоголь та відсутність ефективного соціального контролю. що підтверджують і відповіді

респондентів на запитання анкети «Якщо у Вас є вільні кошти, який напій Ви придбаєте?». Так, 20,07±1,17% опитаних підтвердили, що знову придбали б слабоалкогольний напій. При цьому із числа респондентів, які не вживають слабоалкогольні напої регулярно, його лише спробували б 6,11±1,58% опитаних.

При анкетуванні, ми досліджували думку респондентів відповідно до реакції батьків, в тому разі, коли вони дізнавалися, що їх дитина регулярно вживає алкоголь. Було встановлено, що ставлення до алкоголю батьків практично не впливає на вибір та поведінку підлітка. За результатами проведеного дослідження не встановлено зв'язку між вживанням підлітком слабоалкогольних напоїв та наявністю в його родині члена сім'ї, який ним зловживає.

Співставлення отриманих у ході дослідження даних не дозволяє констатувати, що привідним чинником у первинному вживанні підлітком спиртного є рідні, що зловживають алкоголем. Із числа опитаних студентів у 0,51±0,21% встановлено наявність таких рідних, а 1,35±0,33% респондентів не відповіли на дане запитання.

На зниження соціального контролю за споживанням молоддю алкогольних напоїв вказує те, що у 13,42±0,97% опитаних першим місцем вживання алкогольвмісних напоїв була вулиця (парк або пляж). Серед респондентів 11,11±1,10% зазначили, що і надалі таким місцем є вулиця. Вказане можна пояснити тим, що дані респонденти обирають найдешевший з усіх сторін варіант – вулицю, де повна байдужість людей захищає їх від зайвих до них питань та докорів.

За результатами опитування студентів перших курсів встановлено, що з числа респондентів, які вживають алкогольні напої 43,15±1,44% вважають, що можуть виникнути симптоми залежності. На противагу особам, які не вживають алкоголь у більшій кількості (56,44±3,31%) впевнені про можливість розвитку алкогольної залежності ($p \leq 0,01$). Така ж тенденція ($p \leq 0,01$) встановлена і при аналізі відповідей респондентів на запитання, щодо шкідливості вживання алкогольвмісних напоїв (табл. 5.2.2.). Так, переважна більшість респондентів з числа опитаних студентів не вважає можливим розвиток алкогольної залежності при споживанні особисто ними спиртних напоїв (54,71±1,33% осіб), що вказує на недостатній рівень інформаційних заходів.

Таблиця 5.2.2.

Розподіл респондентів за їх ставленням до проблеми вживання алкогольвмісних напоїв

Групи респондентів	Вживають алкогольвмісні напої				Не вживають алкогольвмісні напої				p
Значення відповіді	Так		Ні		Так		Ні		
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Чи вважаєте Ви, що вживання Вами алкогольвмісних напоїв може призвести до формування залежності?	507	43,15 ± 1,44	668	56,85 ± 1,44	127	56,44 ± 3,31	98	43,56 ± 3,31	< 0,01
Чи є шкідливим вживання алкогольвмісних напоїв для Вашого здоров'я?	881	75,95 ± 1,25	279	24,05 ± 1,25	191	85,65 ± 2,35	32	14,35 ± 2,35	< 0,01

Отримані в ході дослідження результати дозволяють константувати,, що студенти перших курсів залучені до вживання алкогольних напоїв (83,54±0,98%) з них споживають вказані напої). Три четвертих опитаних студентів м. Львова (77,13±1,23% респондентів) обирають здебільшого алкогольні напої із незначним вмістом алкоголю. При цьому встановлено, що основним мотивом прийому названих слабоалкогольних напоїв є гедоністичний. Також було встановлено у них сильний кореляційний зв'язок з установкою на те, що слабоалкогольні напої є атрибутом свята (61,13±1,42%).

Більшість студентів із числа опитаних під час дослідження, що вживають слабоалкогольні напої, не вважають можливим виникнення алкогольної залежності, у них персонально при вживанні даного спиртного (56,85±1,44%), при цьому більш настороженими щодо залежності до вказаного алкоголю є особи, що не споживають вказаних спиртних напоїв (56,44±3,31%).

5.3. Медичні та соціальні детермінанти тютюнопаління студентською молоддю

Вживання населенням тютюну є однією із основних причин передчасних смертей та тютюнозалежних хвороб у світі, яким людство здатне запобігти. За оцінками науковців та спеціалістів загальна кількість пов'язаних із вживанням тютюну смертей в Україні

становить близько 100 тис. в рік [90, 145]. Як вказує у своїх публікаціях О. Грузєва, куріння є одним з визначальних факторів ризику для громадського здоров'я, яке значно поширене серед населення країни [45].

Тютюнопаління негативно впливає на формування рівня здоров'я людей і при активній комплексній міжсекторальній цільовій профілактичній діяльності може бути мінімізовано або усунено. Формування негативного ставлення населення і, в першу чергу, молоді до тютюнопалінняє одним із пріоритетних завдань держави з формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я. Необхідно зазначити, що боротьба з тютюнопалінням підлітків та молоді є актуальною і потребує наукового обґрунтування, розробки та впровадження програм його профілактики на державному рівні.

Відповідно до отриманих в ході соціологічного дослідження результатів на тютюнопаління, як на один із важливих негативних чинників порушення здоров'я населення вказав 121 (8,51±0,74%) опитаний студент.

Високий рівень та темпи поширення тютюнопаління серед молоді, в тому числі серед студентів вказує на актуальність проблеми та необхідність застосування новітніх підходів до її вирішення.

За результатами проведеного серед студентів опитування, 31,58±1,23% результатів ствердно відповіли, що дотримуються здорового способу життя, але при цьому мають певні шкідливі звички (табл. 5.3.1.).

Таблиця 5.3.1.

Самооцінка студентами, щодо здорового способу життя та паління тютюну

	Самооцінка способу життя	**Абс.**	**Частка курців**	
			Абс.	%
1.	Я веду здоровий спосіб життя + Я дотримуюсь здорового способу життя, але не завжди	921	132	14,33 ± 1,15
2.	Я намагаюся дотримуватися здорового способу життя, але маю шкідливі звички	449	262	58,35 ± 2,33*
3.	Не змогли оцінити свій спосіб життя	52	22	42,31 ± 6,85*#
	Всього	1422	416	29,25 ± 1,21

Примітка: * наявна достовірна ($p < 0,01$) різниця з 1-ю групою, # наявна достовірна ($p < 0,05$) різниця з 2-ю групою

Із названої когорти студентів 58,35±2,33% палять тютюн. Встановлено, що практично одна третя частина опитаних студентів вживає тютюн та тютюнові вироби (29,25±1,21%).

У результаті дослідження встановлено, що достовірно ($p<0,01$) найменшою є частка курців серед студентів, які дотримуються здорового способу життя або намагаються його дотримуватися (14,33±1,15%).

Результати соціологічного дослідження показали, що частка курців серед студентів, які намагаюся дотримуватися здорового способу життя, проте констатують, що мають певні шкідливі звички –58,35±2,33%, дана частка студентів є достовірно ($p<0,05$) більшою ніж студентів, які не змогли оцінити особистий спосіб життя, де розрахований показник становить 42,31±6,85%.

Більша частина (74,11±1,40%) респондентів, що не палить, головним аргументом вказали на можливість паління зашкодити власному здоров'ю. Менш значними аргументами, що утримують студентів від паління респонденти визначили: можливість розвитку залежності та врахування рекомендацій дорослих – по 3,87±0,62% (по 38 осіб); «відсутність коштів на цигарки» 3,57±0,59% (35 осіб); 2,34±0,48% рекомендація «не палити друга» (23 респондентів); 1,33±0,37% наявність друзів, що не палять (13 студентів). 10,91±1,00% (107 анкетованих) стримування від тютюнлпаління без вказання конкретного аргументу.

Наведені результати опитування студентів вказують на те, що найбільший позитивний вплив на формування антитютюнової поведінки студентів мають соціально-психологічні чинники, в тому числі позиція членів найближчого середовища та певний вплив має матеріальна складова.

Занепокоєння викликає зниження віку початку тютюнопаління. Звичка підлітка до тютюнопаління формується поступово: починаючи з цікавості та з часом перетворюється у залежність. В наукових публікаціях наводяться дані про те, що раннє залучення дітей до паління тютюну неґативно впливає на їх тривалість життя, більш агресивно призводить до розвитку соматичних захворювань, негативно впливає на репродуктивну та когнітивну сфери [10, 13].

Показник поширеності вживання тютюнових виробів опитаними студентами становить 29,25±1,21%. Більша частина споживачів тютюнових виробів зазначила, що перший досвід паління тютюну набули під час навчання в школі –60,58±2,40%.

Під час навчання в університеті неґативної практики вживання тютюнових виробів набув 121 студент (29,09±2,23%), а 43 респонденти (10,33±1,49%) вказали, що розпочали вживати тютюнові вироби, коли здобували середню спеціальну освіту. На поставлені запитання анкети «Чи знали Ви про шкоду для здоров'я від тютюнопаління на момент першої спроби?», 78,13±2,03% респондентів, які палять, відповіло ствердно. При цьому 21,88±2,03% опитаних не мали достатньо інформації про неґативні наслідки при вживанні тютюнових виробів.

Отримані результати вказують на низький рівень та якість шкільної інформації про шкідливість тютюнопаління, що є причиною недостатньо свідомого ставлення респондентів до особистого здоров'я. На відміну від даних, що ЗМІ відіграють визначальну роль у формуванні населенням здорового способу життя та реклама тютюну негативно впливає на рівень вживання молоддю тютюнових виробів за отриманими нами даними серед мотивів, що спонукали респондентів до початку тютюнопаління роль ЗМІ складала 4,33±1,00% (рис. 5.3.1).

До основних мотивуючих, за даними дослідження, причин до початку тютюнопаління студенти віднесли: «наслідування друзів» – 23,56±2,08% та «під впливом стресової ситуації» – 23,07±2,07%. При цьому 22,84±2,06% респондентів не змогли назвати основної причини залучення до паління тютюну. Для підлітків паління тютюну є атрибутом дорослого способу життя, сміливих практичних вчинків та свободи поведінки і вибору. У підлітковому віці формується позитивний герой для наслідування та образ супергероя при цьому неодмінною його рисою є наявна цигарка.

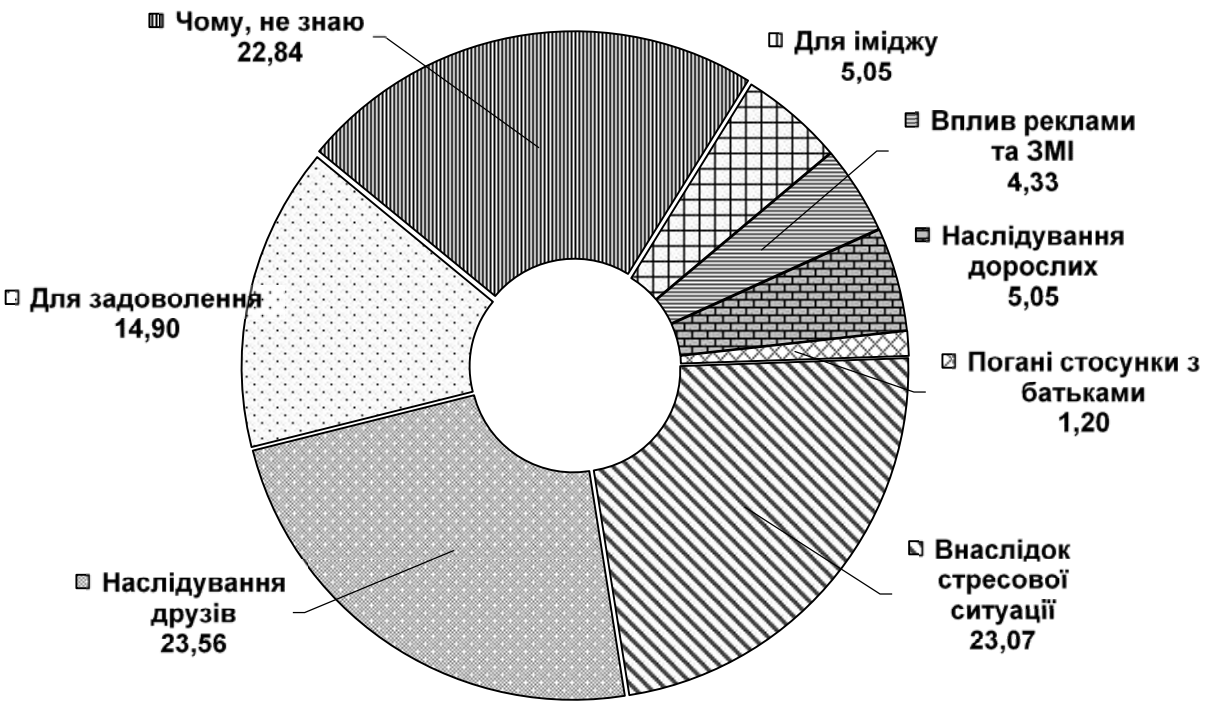

Рис. 5.3.1. Оцінка студентами мотивів для початку тютюнопаління (%%)

Такий тип у підлітків формує перегляд фільмів та телепередач, які палять після вдалих оперативних операцій і розкриття злочинів. Все наведене розцінюється, як замаскова пропаганда паління тютюну, а не його профілактика. Проведенне співставлення отриманих даних дозволяє констатувати про недостатню ефективність антитютюнової пропаганди та здійснення масовою культурою негативного впливу на підлітків та молодь.

Отримані в результаті дослідження дані свідчать про недостатньо сформовану позитивну життєву позицію студентів у перевагах здорового способу життя та відповідального ставлення до особистого здоров’я. Характерне негативне наслідування у молодіжному середовищі та не сформована позитивна чітка власна позиція до збереження власного здоров’я зумовлюють поширення паління тютюну серед молоді. Взірцем для дітей є їх батьки. Під час дослідження встановлено, що у родинах 34,18±1,26% батьки споживають тютюнові вироби. А 60,20±1,30%

респондентів зазначили, що для їх сімей проблеми тютюнопаління не існує. У сім'ях де батьки палять 41,77±2,24% дітей підтримують родинну традицію. У родинах де батьки не палять діти є споживачами тютюнових виробів у 24,88±1,48% випадках.

Таким чином, можна зробити висновок, що приклад членів родини і безпосередньо батьків має значний вплив на рівень тютюнопаління їх дітьми. Так, при відсутності у родині курців тютюну зареєстровано нижчою практично у два рази кількість споживачів тютюну серед студентів ($p<0,001$).

Частина опитаних студентів вказала на певний досвід паління та стаж із формуванням залежності від тютюнопаління. Респондентів-курців зі стажем паління до 1 року було 34,86±2,34%, зі стажем від 1 до 4 років 33,41±2,31%. Більше четвертої частини студентів-курців (27,40±2,19%) засвідчили про час паління тютюну більше 5 років. Встановлено наступну сприйнятливість до нікотину: 1-4 цигарки на добу 36,54±2,36% респондентів; 5-10 цигарок у добу 24,28±2,10% студентів; більше 10 цигарок у добу – 25,48±2,14% опитаних.

За результатами соціологічного дослідження виявлено особливості впливу поведінкових, психологічних та зовнішніх чинників на поширення тютюнопаління серед студентів. З числа студентів, що були опитані, вважають, що найбільш ефективним засобом для профілактики тютюнопаління є самоусвідомлення – 75,95±1,13%. Вплив інших чинників виглядає в наступний спосіб: позиція близьких (8,72±0,75%), державні профілактичні стратегії (7,17±0,68%), рівень отриманої освіти (3,02±0,45%) та рівень санітарної освіта (3,02±0,45%). Ці чинники за визначенням респондентів відіграють доповнюючи роль у підвищенні рівня самосвідомості населення.

Таким чином, враховуючи, що у 60,58±2,40% випадках перший досвід паління тютюну підлітки набувають в період навчання у школі це є приводом для об'єднання зусиль працівників охорони здоров'я, вчителів,

батьків та громадськості в справі подолання вказаного негативного фактора з формуванням у дітей високого рівня емоційно-вольової опірності та емоційної зрілості. При цьому самоусвідомлення проблеми тютюнозалежності є визначальною складовою у подоланні вказаного виду залежності.

Висновки за розділом

Отримані результатами дозволяють стверджувати, що студентська молодь є залучена до проблеми споживання ПАР. 80,24±1,06% студентів вказують на важливе значення проблеми вживання ПАР у дотриманні здорового способу життя серед молоді при тому, що 31,6±1,2% опитаних студентів уже зіштовхнулись із проблемою, маючи ті чи інші шкідливі звички.

Домінуючим негативним фактором ризику для здоров'я, на думку опитаних студентів, є вживання наркотиків – 64,42±1,42%, алкоголю – 15,07±1,06%, паління тютюну – 5,96±0,70%.

Більшість молодих людей (70,0-91,0% опитаних) вважають, що профілактика залежної поведінки серед молоді вкрай потрібна в сучасних умовах і основну увагу необхідно приділяти пропаганді здорового способу життя, організації змістовного дозвілля студентів, створенню спеціалізованих центрів для молоді, забезпечення корисної зайнятості молоді, формуванню відповідної медично-навчальної бази.

Студенти перших курсів навчання залучені до споживання алкогольних напоїв (83,54±0,98% споживають алкогольні напої). При цьому три четвертих опитаної студентської молоді м. Львова (77,13±1,23%) обирає в основному алкогольні напої із незначним вмістом алкоголю вказуючи, що мотивом прийому слабоалкогольних напоїв є гедоністичний.

Встановлено, що для студентів слабоалкогольні напої є ознакою свята (61,13±1,42%). Більшість респондентів, які вживають слабоалкогольні напої, не вважають допустимим виникнення особистої

алкогольної залежності при споживанні ними алкогольних напоїв (56,85±1,44%), при цьому більш настороженими щодо можливого формування залежності від алкоголю є особи, що їх не вживають (56,44±3,31%).

Занепокоєння медичних працівників і громадськості повинно викликати зниження вікової характеристики початку куріння. Так, у 60,58±2,40% випадків перший досвід паління тютюну молоді люди набувають в період навчання у школі.

До основних мотивуючих причин початку вживання тютюнових виробів студенти віднесли: наслідування друзів – 23,56±2,08% та вплив стресової ситуації – 23,07±2,07%. 22,84±2,06% опитаних студентів не змогли назвати основної причини залучення до тютюнопаління. Самоусвідомлення проблеми тютюнозалежності, як найпоширенішого чинника у виникненні залежності, респондентами відзначено, як визначальна складова у подоланні узалежнень.

Доцільним є впровадження методик раннього виявлення серед студентської молоді осіб, які належать до груп підвищеного ризику, що можуть призвести до початку вживання наркотиків, алкогольвмісних напоїв, тютюнопаління та сприяти захисту їх прав у недопущенні соціального відторгнення.

На думку опитаних студентів найбільш ефективним засобом профілактики шкідливих звичок у молоді є самоусвідомлення проблеми – 75,95±1,13%. Такі складов,і як позиція близьких людей (8,72±0,75%), державні профілактичні стратегії (7,17±0,68%), рівень отриманої освіти (3,02±0,45%) та рівень санітарної освіти (3,02±0,45%) відіграють доповнюючу роль у підвищенні рівня самосвідомості населення. Визначальним фактором у подоланні всіх видів залежностей є сформована життєва активна позиція та мотивація переваг здорового способу життя.

Для обґрунтування та планування превентивних заходів, щодо вживання ПАР серед студентської молоді необхідними є впровадження постійного моніторингу і оцінювання показників вживання студентами ПАР та динаміки змін ситуації з метою визначення найбільш дієвих та ефективних заходів і гнучкого корегування стратегії.

Список особистих друкованих робіт за темою розділу:

1. Чемерис Н. М. Медико-соціальні аспекти проблеми вживання психоактивних речовин молоддю (огляд наукової літератури) // Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3. С. 285–291.

2. Чемерис Н. М. Медико-соціальні предиктори тютюнопаління серед студентської молоді // Acta Medica Leopoliensia=Львівський медичний часопис. 2017. Vol. 23, № 3. С. 59–64.

3. Чемерис Н. М. Вживання психоактивних речовин серед студентської молоді (результати анонімного опитування) // Вісник проблем біології і медицини. 2017. Вип. 4, т. 2. С. 188–192.

4. Чемерис Н. М., Любінець О. В. Медико-соціальні площини вживання алкогольвмісних напоїв серед студентської молоді // Україна. Здоров'я нації. 2018. № 1. С. 42–47.

5. Чемерис Н. М. Проблема підліткової наркоманії та шляхи її вирішення // Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я : [Монографія]. Львів : Медицина і право, 2013. С. 431-434.

6. Чемерис Н. М. Медико-психологічні аспекти протидії поширенню алкоголізму, наркоманії, узалежнення ПАР серед дітей та молоді // Соціально-психологічні та медичні аспекти протидії поширенню суспільно-небезпечних узалежнень серед дітей та молоді: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 19-20 травня 2011 р. Львів, 2011. С. 21–31.

7. Чемерис Н. М. Домінанта протективних факторів над девіантною поведінкою у формуванні повноцінної особистості // Актуальні питання

організації роботи щодо захисту прав дітей: збірник тез Всеукр. наук.-практ. конф., 17-18 травня 2012 р. Львів, 2012. С. 67-72.

8. Чемерис Н. М. Адиктивна детермінанта у молодих осіб при формуванні повноцінної особистості // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2015. № 2. С. 148–149. [Тези Міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2015 р. "Безпека харчових продуктів"].

9. Socio-Economic and Medical Determinants of Alcohol Abuse Among the Population of Transcarpathia Region / Kruchanytsya V., Mironyuk I., Chemerys N., Slabkiy G., Lyubinets O. // Konferencja Pediatryczna "Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego" (Polska, Rzeszow 24-26 maja 2018 r.). Rzeszow, 2018. S.57.

10. Медико-соціальні площини превентивного виховання молоді щодо вживання психоактивних речовин: методичні рекомендації / підгот. Любінець О., Чемерис Н., Львів, 2017. 26 с.

РОЗДІЛ 6.
ВИЗНАЧЕННЯ ОРГАНІЗАТОРАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СТАНУ ПРОФІЛАКТИКИ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В УКРАЇНІ

В умовах реформування системи охорони здоров'я України, для ефективного її функціонування і трансформації, значення управлінських рішень, що торкаються керівної ланки галузі, відіграють роль спускового гачка перетворень, оскільки саме управлінський персонал через низку заходів прямого та опосередкованого впливу сприяє або, навпаки, перешкоджає трансформації галузі [150]. В Україні достатньо гостро відчувається потреба у висококваліфікованих, грамотних спеціалістах – менеджерах, керівниках лікувально-профілактичних установ, професіоналах нової генерації, здатних до глибокого розуміння проблем і ключових тенденцій розвитку системи охорони здоров'я, готових до застосування широкого спектру навичок для впровадження змін на організаційному та політичному рівнях [85], а це, в свою чергу, вимагає удосконалення медичної освіти в цілому, починаючи з до вузівської, у вузах, закінчуючи різними формами перепідготовки і підвищення кваліфікації спеціалістів, в т. ч. організаторів охорони громадського здоров'я, які розуміють не тільки закономірності внутрігалузевих процесів, але є поінформовані, володіють необхідними знаннями, в нашому випадку щодо системи профілактики вживання ПАР в Україні, країнах Євросоюзу та США [112]. Для отримання наукових знань щодо медико-соціальних об'єктів часто використовується система логічно послідовних методологічних, методичних та організаційно-технічних процедур або соціологічне дослідження, що і було реалізовано нами для виконання п'ятого етапу дослідження.

У проведеному нами опитуванні взяли участь 198 респондентів (згідно розрахунку вибіркової сукупності, додаток А-1). Їх було розділено на три групи: 39,4% складали керівники закладів охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги (перша група), 42,4% – заступники керівників лікувально-

профілактичних установ, в т. ч. з медичної роботи, з поліклінічної роботи, з експертизи тимчасової непрацездатності (друга група). Третя група складалася з лікарів-статистиків, методистів та резерву кадрів на посади за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» – 18,2%. З числа респондентів 35,9% проживали в обласному центрі, 53,0% – в районному центрі та міських поселеннях, 11,1% – в сільській місцевості. За місцем праці розподіл був наступним: обласна лікувальна установа – 33,3%, центральна районна, районна, міська лікарня – 55,6%, дільнична лікарня, лікарська амбулаторія – 11,1%. За стажем роботи в охороні здоров'я – 105 осіб (53,0%) – більше 30 років, 55 (27,8%) – від 20 до 30 років, 34 особи (17,2%) від 10 до 20 років, решта 4 чоловік (2,0%) мали стаж роботи до 10 років.

У результаті проведеного опитування встановлено наступне. Виділена нами компонента «стан проблеми» є надзвичайно важливою з точки зору базового рівня знань організаторів охорони здоров'я, які повинні в процесі управлінської діяльності використовувати інтегральні показники; демонструвати практичне застосування методології аналізу досягнення кінцевих цілей політики у сфері охорони здоров'я; досліджувати проблему, інтерпретувати одержані результати, робити висновки; розробляти стратегічний план діяльності закладу, володіти методикою стратегічного планування; володіти методами оцінки та прогнозування нестандартних ситуацій у практиці управління; забезпечувати систему взаємодії з органами управління місцевої влади та громадськими організаціями, суміжними медичними закладами.

Серед опитаних всіх трьох груп 26,52 ± 2,50% висловили думку, що стан системи профілактики зловживання ПАР в Україні визначається рівнем інформованості громадян і їх готовності до співпраці, а у 24,60 ± 2,43% – рівнем захворюваності і поширеності узалежнених осіб.

Оцінка респондентами загальних тенденцій у зловживанні ПАР в світі на сьогоднішній день виглядає наступним чином:

– поширеність має тенденцію до росту у цілому світі – 65,38±3,30%;

– зростає в слаборозвинутих країнах – 16,35±2,56%;

– відбувається швидке зростання – 13,46±2,37%.

Із загальної кількості опитаних осіб 86,36±2,44% зауважили в теперішній час тенденцію до зростання рівня вживання ПАР населенням України. До найбільш поширених у структурі ПАР, що вживаються населенням України респонденти віднесли: алкоголь – 31,97±2,44%, слабоалкогольні напої та енергетики – 25,41±2,28% та паління тютюну – 22,40±2,18% (Рис. 6.1.).

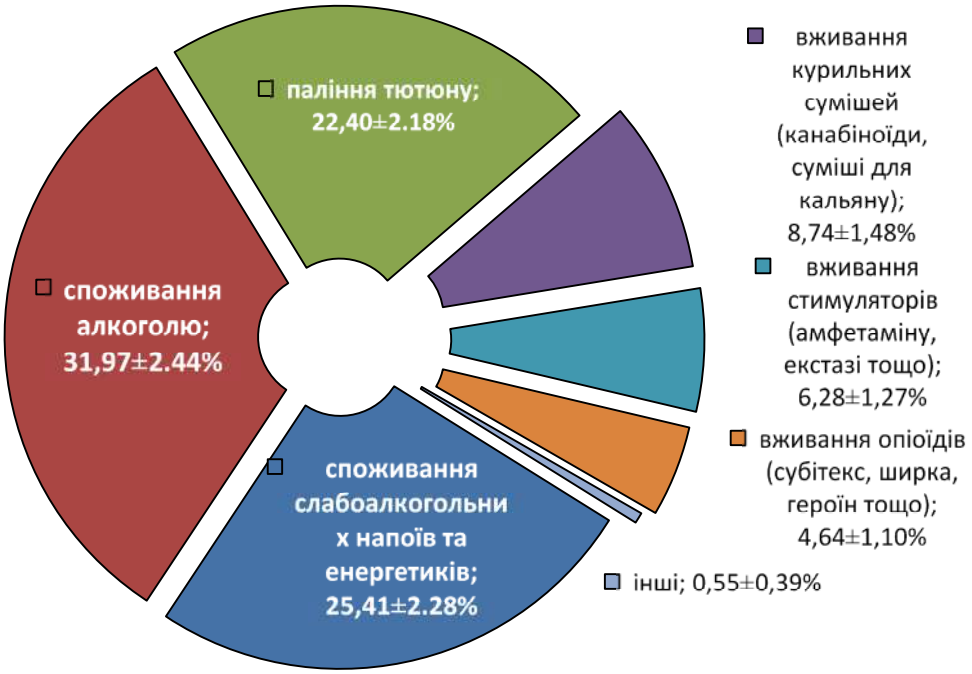

Рис. 6.1. Структура ПАР, які вживаються населенням України (за даними опитування лікарів)

Щодо рівня вживання ПАР за гендерною ознакою всі респонденти вважають його більш високим у чоловіків, ніж у жінок. Відносно поширеності за місцем проживання думки опитаних розділилися наступним чином: 78,49±3,13% респондентів вважають, що вищою вона є у містах, в той час у селах її оцінюють вищою 21,51±3,13%.

Не бачать різниці у рівнях поширеності за регіонами України 45,04±4,35% респондентів, в той же час 51,91±4,37% з них виділили, що

найвищою вона є у Східному (16,79±3,27%), Південному (6,87±2,21%), чи Південно-Східному (15,27±3,14%) регіонах держави.

Компонента «причини проблеми» є важливою з огляду вміння керівників закладів охорони здоров'я здійснити її оцінку, використовувати принцип оптимальності; володіти методологією аналізу ефективності витрат в процесі надання медичних послуг; відтворювати систему управління якістю медичної допомоги, визначати основні рівні управління якістю та методи їх оцінки; розробляти стратегію і методи для формування здорового способу життя, оздоровлення зовнішнього середовища, покращення якості медичної допомоги; використовувати статистичні методи.

До числа основних причин високого рівня вживання ПАР в Україні респонденти віднесли соціально-економічні умови проживання населення (7,88±0,23 балів за 10 бальною шкалою) та спосіб життя (7,02±0,24 бали) ($p<0,01$). Високий рівень вживання ПАР в Україні зумовлюють, на думку опитаних, лікарів економічні чинники (7,34±0,24 бали за 10 бальною шкалою) та бездіяльність на державному рівні (7,31±0,25 бали). Наступною за значимістю причиною опитані вважають соціально-психологічні чинники (6,95±0,27 бали). Провідну роль в організації медичної допомоги населенню, яке вживає ПАР, на думку респондентів, повинні відігравати спеціалізовані медичні заклади (або ж кабінети профілактичної роботи) – 22,52±1,88% та амбулаторії сімейної медицини – 22,31±1,88%. У 14,81±1,60% та 14,40±1,58% провідними медичними закладами повинні бути, відповідно, центри громадського здоров'я або ж центри здоров'я. Тільки в 2,43±0,69% перевага надається приватним установам.

Розвиток приватної медицини в Україні знаходиться на початковому етапі, особливо, з напрямку організації превентивної роботи. Оцінка респондентами системи охорони здоров'я показала, що визначальними у зростанні рівня вживання ПАР є відсутність державних реабілітаційних закладів для узалежнених (6,49±0,26 бали), низький рівень профілактичної роботи (6,22±0,23 бали), недостатньо якісний рівень надання медичної

допомоги або ж незавершений лікувальний процес (5,82±0,27 бали) та пізнє звернення населення за медичною допомогою (5,63±0,25 бали). Таку думку висловили опитані всіх трьох груп лікарів.

Поширеність вживання ПАР в Україні, на думку респондентів, зросла також у зв'язку зі зростанням кількості осіб зі СНІДом (5,20±0,26 бали) та фактичним припиненням диспансеризації населення (5,13±0,23 бали).

Структура соціально-економічних факторів, які сприяли зростанню рівня вживання ПАР серед молоді є наступною: погіршення матеріального стану населення (7,63±0,42 бали, за 10 бальною шкалою), зайнятість (безробіття) населення (7,14±0,23 бали), рівень злочинності в регіоні (5,63±0,24 бали), урбанізація (5,58±0,23 бали) (рис. 6.2).

На думку лікарів, при визначенні рейтингу характеристик способу життя, який впливає на зростання рівня вживання ПАР серед молоді перше місце відведено впливу спілкування з особами, які вживають такі речовини (7,16±0,25 бали за 10 бальною оціночною шкалою). Стосунки, стреси у сім'ї зайняли друге рейтингове місце (6,83±0,21 бали, $p<0,05$). Психологічні особливості індивіда, відсутність фізичної активності та самотність були оцінені респондентами більше 5 балів і отримали відповідно: 6,55±0,25 ($p<0,05$), 5,83±0,23 ($p>0,05$) та 5,71±0,23 ($p>0,05$) бали. При оцінюванні патологічних станів та потенції формування залежності від вживання ПАР з лікувальною метою опитані у більшій мірі зазначили таку можливість у пацієнтів з розладами психіки та поведінки – наркологічного і психіатричного профілю (40,74±3,25%) і у онкологічних хворих (34,01±3,14%).

Компонента «заходів», щодо усунення проблеми зі зростанням споживання населенням ПАР дає можливість оцінити рівень володіння організаторами охорони здоров'я методологією системного аналізу в управлінні на основі використання методів залучення відповідальних та причетних осіб до вирішення актуальних проблем управління та прийняття рішення; основами чинного законодавства у сфері охорони здоров'я;

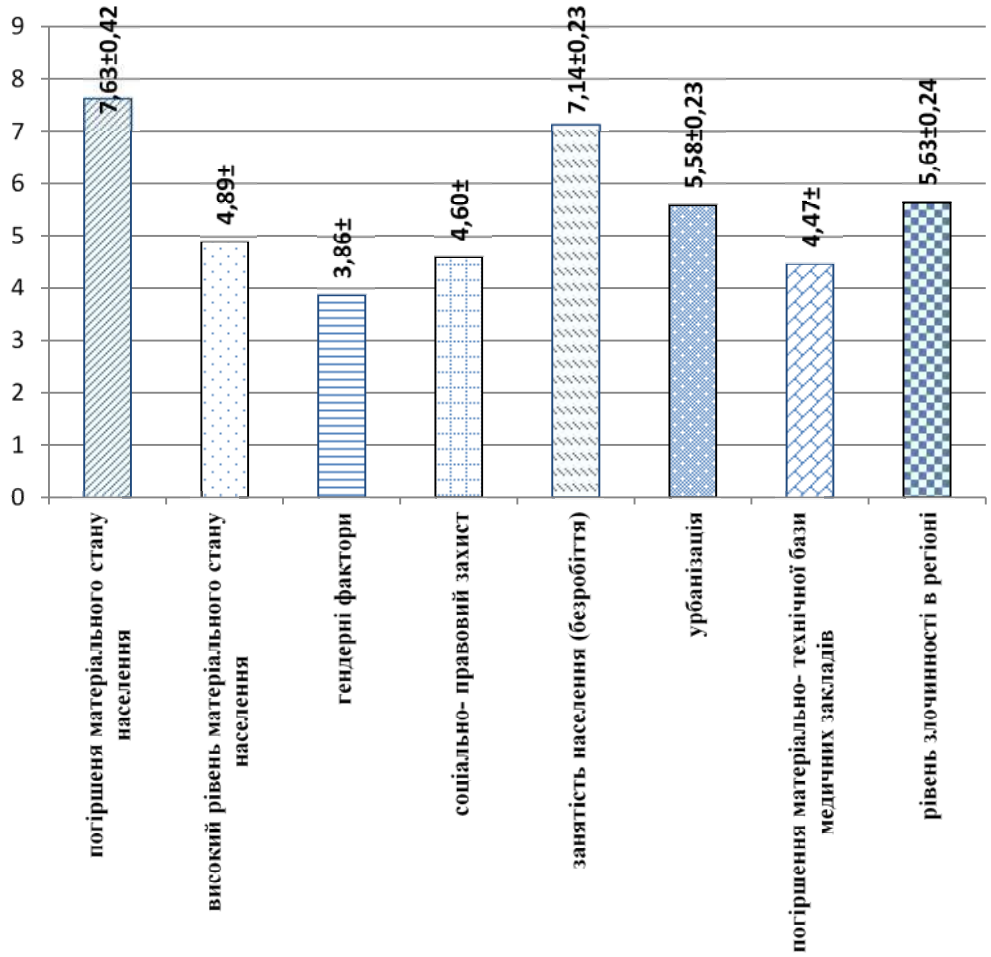

Рис. 6.2. Структура соціально-економічних факторів, які сприяють зростанню рівня вживання ПАР серед молоді (за даними опитування лікарів)

вміння організувати роботу управлінського персоналу в команді, як сучасної організаційної структури, визначати методи її роботи; демонструвати практичне застосування методології аналізу досягнення кінцевих цілей державної політики у сфері охорони здоров’я.

На думку лікарів – спеціалістів з організації і управління охороною здоров’я для зниження рівня вживання ПАР в Україні, в першу чергу, необхідно (рис. 6.3): збільшити кількість превентивних заходів у навчальних закладах (29,06±1,97%), розпочати створення державних реабілітаційних закладів для узалежнених (27,36±1,94%), поліпшити фінансування закладів охорони здоров’я (14,15±1,51%), широко впроваджувати та контролювати

виконання державних та міжгалузевих програм (11,51±1,39%) та запровадити обов'язкове соціальне медичне страхування (10,38±1,32%).

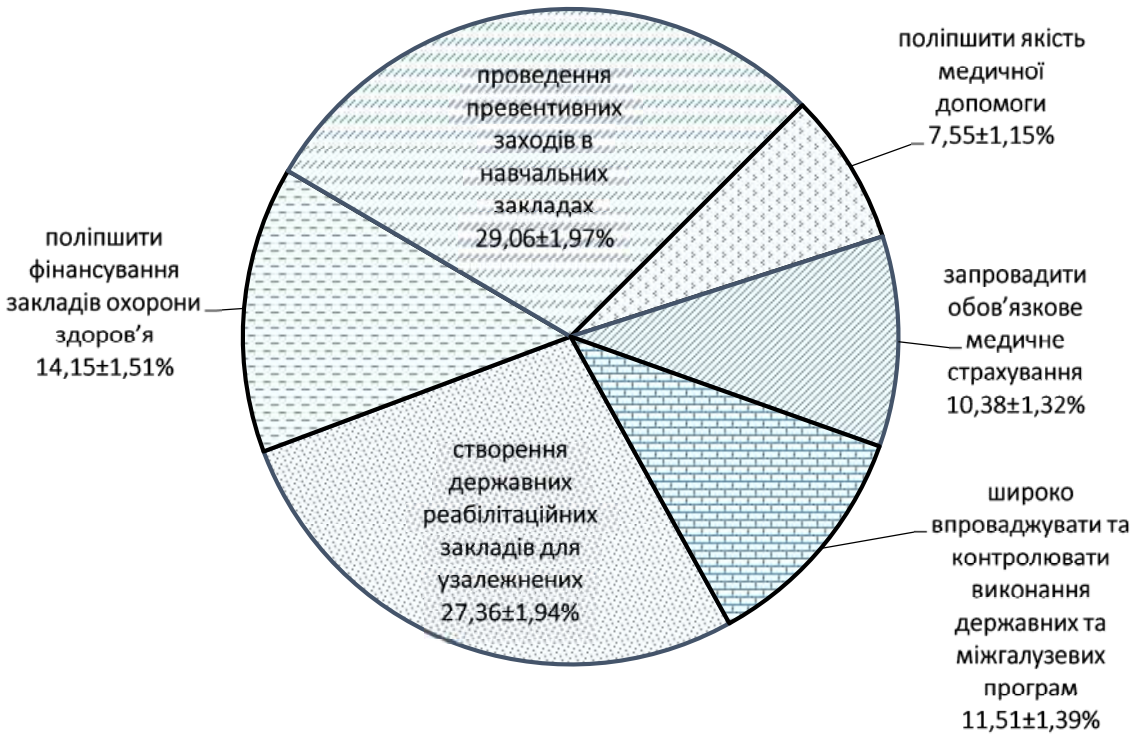

Рис. 6.3. Заходи, які повинні запровадити КМ України, МОЗ України для зниження рівня вживання ПАР серед молоді (за даними опитування лікарів)

Своїм безпосереднім завданням медики бачать поліпшення якості медичної допомоги населенню (7,55±1,15%). З числа пропозицій, які висловили опитані щодо зниження поширеності вживання ПАР – це поширення профілактичної інформації в мас-медіа, розробка національної ідеї протидії вживання ПАР та залучення молоді до її реалізації, забезпечення виконання державних програм та їх фінансування, забезпечення робочими місцями (ліквідація безробіття), приділяти більше уваги вільному часу молоді, мотивувати молодь до активного способу життя, поширювати спортивно-масову роботу, пропаганда та активна підтримка державою здорового способу життя та ін.

Опитування лікарів – організаторів охорони здоров'я, показало їх зацікавленість до запропонованих запитань анкети і виявило низку особливостей в їх

оцінці стану та причин вживання ПАР населенням. Так, респондентами зазначено, що ця проблема зумовлена низьким рівнем інформованості громадян та готовності їх до співпраці, а також значною захворюваністю і поширеністю патології в узалежнених осіб. В Україні, як і в світі, поширеність вживання ПАР має тенденцію до росту. До числа найбільш поширених ПАР в Україні відноситься алкоголь, далі, за оцінкою лікарів, набувають поширення слабоалкогольні напої, а також значним є тютюнопаління.

Основними причинами зростання споживання ПАР є соціально-економічні умови проживання населення і спосіб життя: відбувається погіршення матеріального стану населення, зростають безробіття та злочинність, відбувається урбанізація – зростає значення міст в розвитку суспільства. Впливають на зростання поширеності ПАР такі фактори, як спілкування з особами, які є їх споживачами, стосунки / стреси у сім'ї, психологічні особливості індивіда, відсутність фізичної активності та самотність, що особливо виразно спостерігається серед молодого контингенту населення.

Основну роль в організації медичної допомоги населенню, яке вживає ПАР повинні відігравати спеціалізовані медичні заклади або ж кабінети профілактичної роботи, а також така допомога має здійснюватися на первинному рівні – в контакті з сімейним лікарем. В Україні при відсутності державних реабілітаційних центрів для узалежнених, значна увага повинна бути приділена до збільшення превентивних заходів, в т. ч. у навчальних закладах.

Висновки за розділом

Невпинний ріст в Україні наркотизації і алкоголізації населення свідчить про необхідність інтенсивної розробки та апробації нових сучасних концепцій, які відповідають потребам зміненого соціального середовища.

Основними соціально-економічними факторами, які сприяють зростанню рівня вживання ПАР серед молоді за судженням організаторів охорони здоров'я є: погіршення матеріального стану населення (7,63±0,42 бали, за 10 бальною шкалою), зайнятість (безробіття) населення (7,14±0,23 бали), рівень злочинності в регіоні (5,63±0,24 бали).

Для зниження рівня вживання ПАР, на думку респондентів, необхідно збільшити кількість превентивних заходів у навчальних закладах (29,06±1,97%), розпочати створення державних реабілітаційних закладів для узалежнених (27,36±1,94%) та в цілому поліпшити фінансування закладів охорони здоров'я (14,15±1,51%). Проведення опитування є хорошим елементом підвищення рівня знань респондентів з тих чи інших питань, у нашому випадку – з питань стану, причин поширення та організації профілактики вживання ПАР.

Результати соціологічного дослідження доповнюють оцінку заходів, які проводяться з метою поінформованості та знань щодо системи профілактики вживання ПАР в Україні.

Список особистих друкованих робіт за темою розділу:

1. Чемерис Н. М. Медико-соціальні аспекти проблеми вживання психоактивних речовин молоддю (огляд наукової літератури) // Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3. С. 285–291.

2. Chemerys N., Lyubinets O., Krupka N. The state of the problem, causes, preventive actions on the use of psychoactive substances in Ukraine (results of doctor's survey) // European Journal of Medical Technologies. 2019. № 2. S. 16–23.

3. Управління медико-соціальною сферою: стан та перспективи інтеграційних процесів / Фуртак І. І., Паробецька І. М., Рутовський Я. А., Крупка Н. М., Пилипець Я. Д. // Матеріали XIV конгресу Світової федерації українських лікарських товариств, 04-06 жовтня 2012 р. м. Донецьк. Донецьк; Київ; Чікаго, 2012. С. 65.

4. Медико-соціальні площини превентивного виховання молоді щодо вживання психоактивних речовин: методичні рекомендації / підгот. Любінець О., Чемерис Н., Львів, 2017. 26 с..

5. Любінець О.В., Чемерис Н.М. Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин: інформаційний лист № 321-2017. К., 2017. 5 с. (Вип. 18 з проблеми "Соціальна медицина").

РОЗДІЛ 7.
НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА ОПТИМІЗОВАНОЇ МОДЕЛІ ПРОФІЛАКТИКИ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН СТУДЕНТСЬКОЮ МОЛОДДЮ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Життєвий дискомфорт, який часто є причиною проби або ж початку систематичного вживання ПАР, ще не є психічним розладом, але й не дає можливості вважати людей, що знаходяться в такому стані, здоровими. ВООЗ визначає здоров'я не тільки як відсутність хвороби, а як стан тілесного та душевного благополуччя. Саме такі стани душевного дискомфорту повинні стати головною ціллю охорони психічного здоров'я поряд з проблемою охорони психологічного здоров'я у широкому розумінні, яка включає здоровий спосіб життя сучасної людини в умовах інформаційних, техногенних, мікро- та макросоціальних впливів.

7.1. Мультидисциплінарний підхід до розроблення оптимізованої моделі профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю на регіональному рівні

Обґрунтування мультидисциплінарного підходу в формуванні комплексної функціонально-структурної системи медико-превентивного координаційного супроводу особистості із протидії узалежнень серед студентської молоді в сучасних умовах розвитку закладів охорони здоров'я різних форм власності є складним і багатокомпонентним. На початковому етапі на основі наукової літератури нами проведено вибір структурно-складових моделі: суб'єктів та об'єкту управління, наукового та правового регулювання та чинників впливу. У всіх цих складових закладені елементи мультидисциплінарного підходу. У проблемі охорони психічного здоров'я, де профілактика вживання ПАР студентською молоддю займає важливе місце, є дві складові: медична та соціальна, яка являє собою зусилля всього суспільства, спрямовані на укріплення психічного здоров'я, особливо молодого покоління. У зв'язку з чим, стратегії в галузі охорони психологічного здоров'я, у

нашому випадку оптимізація моделі профілактики вживання ПАР студентською молоддю, потребують міжгалузевої та міжсекторальної взаємодії та передбачення цільових програм і заходів з урахуванням можливостей всіх дотичних секторів та спеціалістів мультдисциплінарного профілю: медичні працівники, працівники сфери громадського здоров'я, працівники освіти, журналісти, працівники органів соціального захисту, прокуратури та внутрішніх справ, юристи та інші.

Мультидисциплінарний підхід ґрунтується на співпраці, колективній роботі команд фахівців різних спеціальностей, взаємодії та комунікації, колегіальному виробленні спільних підходів із врахуванням думок всіх фахівців та інтерактивному процесі, що орієнтований на індивідуальні потреби кожної особи. Фахівці, що входять до складу міждисциплінарної групи повинні володіти навиками виявлення першочергових завдань збору та обміну інформацією, вироблення та оцінки рішень, вироблення єдиних позицій, реалізації рішень і оцінки результатів. Поліпрофесійний, бригадний принцип організації превентивних заходів щодо вживання ПАР це положення за яким дана робота здійснюється за участю поліпрофесійної бригади фахівців у складі: лікар-нарколог, медичний психолог (психотерапевт), психолог, реабілітолог, юрист, соціальний працівник, медичний координатор. Функції лікаря-нарколога повинні бути провідними, а не владними, бо такий підхід зберігає автономію кожного фахівця-учасника бригади та оптимізує виконання ним своїх рольових обов'язків. При цьому слід зазначити, що для досягнення максимальної ефективності роботи медичного закладу до бригади долучаються фахівці, консультанти для роботи з кожним окремим зверненням індивідуально до потреб з врахуванням особливостей випадку звернення конкретної особи. При кожному зверненні медичний координатор рекомендує консультацію лікаря-нарколога, психолога, за потреби можливе юридичне консультування чи співпраця із соціальним працівником. У процесі консультування особи, яка звернулась за допомогою, з врахуванням клінічної картини рекомендовано комплексне лабораторне обстеження для визначення конкретних лабораторних показників або ж додаткові методи обстеження (ультразвукова діагностика, реоенцефалографія, комп'ютерна томографія) із залученням інших фахівців (невропатолог, терапевт).

Лікар-нарколог при визначенні з діагностичними критеріями може рекомендувати роботу з психотерапевтом та реабілітологом.

Не менш важливим для успішної роботи команди є забезпечення її медичною інформаційною системою. Використання в медичній практиці комп'ютерних технологій у поєднанні з вимірювальною та управляючою технікою дозволяє створити нові ефективні засоби для забезпечення автоматизованого збору інформації та міждисциплінарної взаємодії. Недостатня ефективність дій у галузі попередження виникнення розладів психіки і поведінки внаслідок вживання ПАР є основною проблемою, яка може бути розв'язана шляхом впровадження реформ у розвитку охорони психологічного здоров'я України. Серед причин недостатньої ефективності надання превентивної наркологічної допомоги слід виокремити наступні: – недостатній рівень визнання з боку держави та суспільства того, що здоров'я і психічне благополуччя населення є найважливішими передумовами високої якості життя як окремих людей так і суспільства вцілому та забезпечують соціальну єдність, високу продуктивність праці, суспільийі спокій та стабільність, що, в свою чергу, сприяє зростанню соціального добробуту та забезпечує економічний розвиток держави. У країні відмічається відсутність достатньої ефективної взаємодії наркологічної служби із функціонально взаємопов'язаними сферами такими, як освіта, органи соціального забезпечення, захисту праці та іншими. Також існує відсутність наукових досліджень економічної складової охорони наркологічного здоров'я населення та розуміння того, що на відміну від ситуації з іншими питаннями, які пов'язані зі здоров'ям, більшість економічних втрат мають місце поза межами системи охорони здоров'я населення. Відмічається низька доступність осіб з проблемами психічного здоров'я до високоякісної первинної медико-санітарної допомоги та відсутність ефективної інформаційної системи з питань психологічного здоров'я. Усі зазначені чинники містять у собі медичну та соціальну складову, що зумовлює необхідність комплексного розв'язання проблеми шляхом розроблення і виконання програми охорони психологічного здоров'я. Наведені причинні фактори мають системний характер, що потребує координації галузі охорони здоров'я та

інших секторів, а саме: органів державної влади всіх рівнів і місцевого самоврядування, громадськості, юстиції, засобів масової інформації, інших відомств.

Проблема реорганізації та розвитку системи охорони психологічного здоров'я потребує удосконалення структурного та функціонального змісту наркологічної служби, покращання матеріально-технічного стану наркологічних закладів систем охорони здоров'я та соціального захисту, покращення професійної підготовки фахівців соматичного профілю, подолання негативних стереотипів по відношенню до осіб з розладами психіки і поведінки внаслідок вживання ПАР населенням, а також залучення громадськості до участі у вирішенні питань розвитку наркологічної допомоги та охорони психологічного здоров'я. Проблема недостатньої ефективності охорони психологічного здоров'я може бути розв'язаною за умови виконання двох принципів: 1. Зміни стратегії надання допомоги з терапевтичної на профілактичну, що дозволить забезпечити благополуччя нації; 2. Зміни моделі фінансування, коли фінансується не бюджет медичного закладу, а «реальні хворі» та потенційні хворі (психопрофілактичні програми). Зміна стратегії допомоги дозволить в рамках системи охорони психологічного здоров'я зосередити зусилля на численних превентивних заходах.

Основними напрямами розв'язання проблеми, на нашу думку, є:

1. Індивідуальне ведення пацієнтів командою фахівців різних спеціальностей через медичного координатора, які отримують інформацію по системі електронно-інформаційного забезпечення, що є запорукою раціональної організації процесу, координації заходів і своєчасного реагування на проблеми, що виникають, та більшої ефективності допомоги.

2. Забезпечення доступності наркологічної допомоги. Так як медичний компонент наркологічної допомоги в Україні значним чином централізований і зосереджений у мережі наркологічних диспансерів, а біля однієї третини хворих, які звертаються у систему первинної медичної допомоги є проблеми психосоціального характеру, то лікарі системи первинної медичної допомоги повинні бути дієвою ланкою щодо виявлення розладів психіки і поведінки через вживання ПАР, які не усвідомлюються пацієнтами як наркологічні проблеми.

Реалізація такого підходу має відбутися шляхом розташування на базі медичних центрів кабінетів консультативного прийому лікарями-наркологами.

3. Навчання фахівців охорони здоров’я, соціального захисту, освіти з питань надання наркологічної допомоги та охорони психологічного здоров’я.

4. Наукове обґрунтування розвитку системи охорони наркологічного здоров’я. Розрахунок матеріально-кадрових ресурсів, мережі й структури спеціалізованих закладів, обсягів і форм надання медико-соціальної та профілактичної допомоги повинен базуватися на підставі комплексних наукових досліджень. Основними напрямами таких досліджень повинні бути – створення бази даних моніторингу інтегральних показників наркологічного здоров’я та наукове прогнозування тенденцій в регіонах України.

5. Розробка стратегії зміцнення психологічного здоров’я та профілактики розладів психіки та поведінки через вживання ПАР у школах та ВНЗ. Школи та ВНЗ мають важливе значення як середовище, де повинна проводитись робота з профілактики узалежнень. Вони покликані сприяти поліпшенню духовного та фізичного здоров’я дітей і молоді. Для цього необхідно навчати персонал шкіл та ВНЗ правильним підходам до питань зміцнення психологічного здоров’я та профілактики узалежнень учнів, а також формувати у них уміння справлятися з відповідними проблемами. До заходів зміцнення психологічного здоров’я школяра та студента включаються: формування навичок, що дозволяють долати труднощі та стреси, підвищення самооцінки, навчання вмінню говорити «ні» у відповідь на спробу підштовхування їх до небезпечної для здоров’я поведінки. Крім того, приділяється увага опануванню знаннями і вихованню якостей, що потрібні сьогоденним школярам у майбутньому сімейному житті, коли вони самі стануть батьками і будуть виховувати дітей.

6. Залучення до заходів профілактики вживання ПАР осіб із узалежненнями та їх родичів, населення та громадських організацій.

Таким чином, усі перелічені напрямки та успішна реалізація моделі медико-превентивного координаційного супроводу особистості із протидії

узалежнень серед студентської молоді можлива за умови запровадження державної цільової комплексної Програми, яка б передбачала зміцнення психологічного здоров'я населення України та попередження виникнення розладів психіки і поведінки внаслідок вживання ПАР для забезпечення психологічного благополуччя населення, що буде сприяти суспільному спокою, стабільності, продуктивності праці та економічному зростанню суспільства.

7.2. Алгоритм надання медико-соціальної підтримки студентській молоді щодо вживання психоактивних речовин.

Для удосконалення системи профілактики та раннього скринінгу на рівні медико-соціальної допомоги нами розроблено алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання ПАР (рис. 7.2.1). Запропоновані заходи мають за мету сформувати практичні навички дотримання здорового способу життя серед студентської молоді та за необхідності своєчасне виявлення вживання ПАР студентами, надання їм відповідної профілактичної та за потреби лікувальної допомоги. У створеному алгоритмі зазначено складові побудови превентивної діяльності узалежнень від ПАР: види профілактики, протективні підходи, концептуальні форми залежності від психоактивних речовин, перелічено методи при проведенні консультування, векторні напрямки у мотиваційних тренінгах. Створений алгоритм складено за наступними принципами побудови превенції узалежнень від ПАР, а саме:

1. Принцип системності декларує розроблення і проведення програмних профілактичних заходів у певній послідовності та взаємодії відповідно до виду профілактики, типу моделі та підходу, використання тест-систем.

2. Принцип стратегічної цілісності ґрунтується на визначені єдиної стратегії превентивної діяльності, обумовлюючи основні стратегічні напрямки і конкретні заходи.

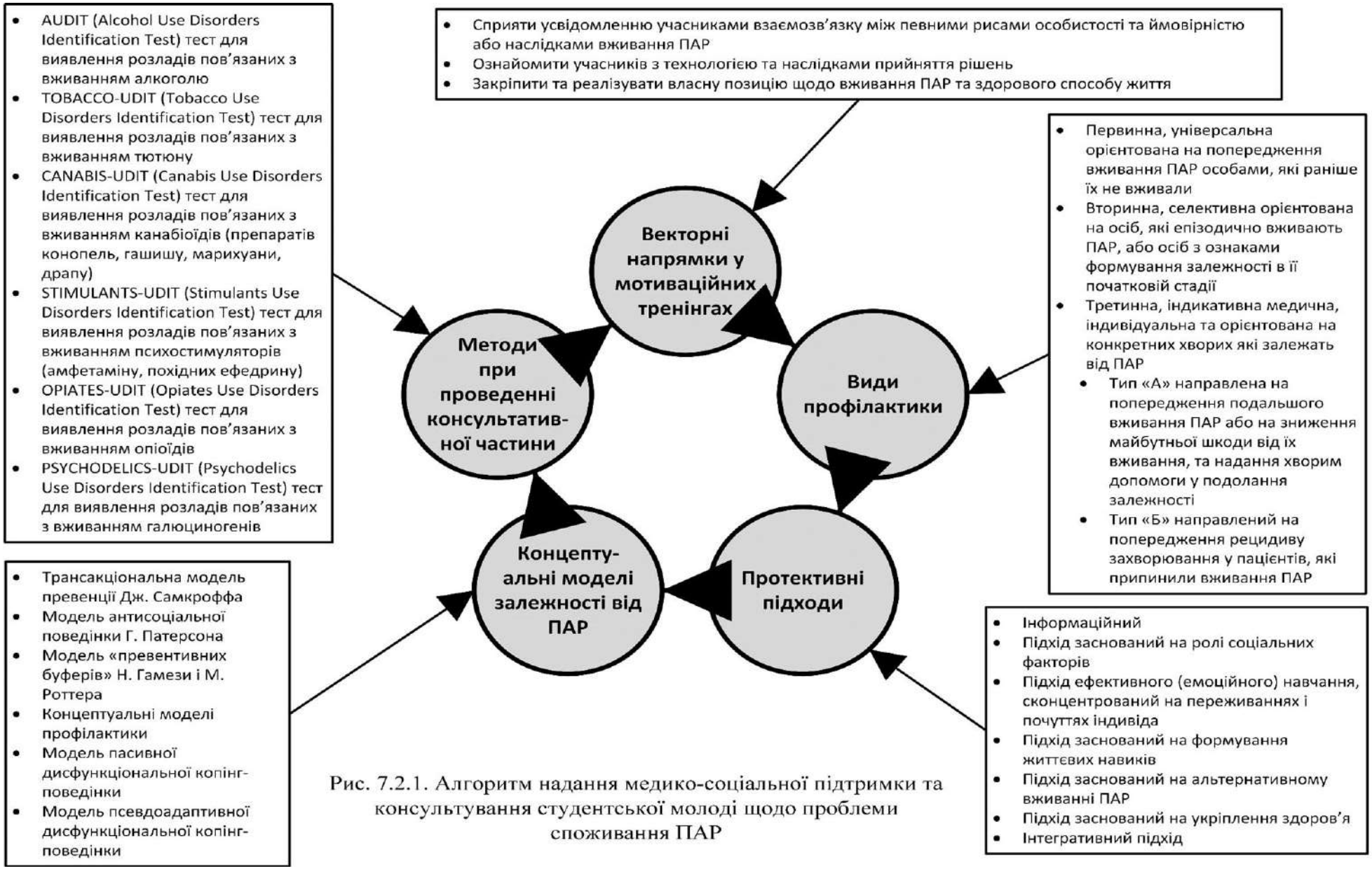

Рис. 7.2.1. Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді щодо проблеми споживання ПАР

3. Принцип багатовекторності, базується на взаємодії різних векторних груп превентивної діяльності (особистості, поведінки, середовища).

Вектор особистості направлений на розвиток позитивних ресурсів особистості, поведінковий чітко спрямований на формування в молоді надійних навиків та стратегій подолання фрустраційного порогу у поведінці, вектор середовища – на формування систем соціальної підтримки в рамках превентивного та реабілітаційного простору.

4. Принцип ситуаційної адекватності профілактичної діяльності, означає співвідношення профілактичної діяльності реальної соціально-економічної, соціально-психологічної ситуації в країні.

5. Принцип безперервності та цілісності покладений на забезпечення безперервності, цілісності, динамічності, розвитку та покращення профілактичної діяльності.

6. Принцип солідарності спрямований на співпрацю між громадськими і державними структурами з використанням соціальних запитів.

7. Принцип легітимності декларує реалізацію цільової профілактичної діяльності ґрунтуючись на правах людини.

8. Принцип полімодальності і максимальної диференціації формується на гнучкому застосуванні в профілактичній діяльності різних підходів і моделей, тест-систем, а не ціле направлено на один комплекс.

При здійсненні консультативної роботи за згоди особи, рекомендується провести комплексну оцінку статусу індивіда з використанням таких методик:

1. AUDIT (Alkohol Use Disorders Identification Test) – тест для виявлення розладів, пов’язаних із вживанням алкоголю.

2. TOBACCO-UDIT (Tobacco Use Disorders Identification Test) – тест для виявлення розладів, пов’язаних із вживанням тютюну.

3. CANNABIS-UDIT (Cannabis Use Disorders Identification Test) – тест для виявлення розладів, пов’язаних із вживанням канабіноїдів (препаратів конопель, гашишу, марихуани, драпу).

4. STIMULANTS-UDIT (Stimulants-UDIT Use Disorders Identification Test) – тест для виявлення розладів, пов’язаних із вживанням психостимуляторів (амфетаміну, екстазі, похідних ефедрину).

5. OPIATES-UDIT (Opiates Use Disorders Identification Test) – тест для виявлення розладів, пов’язаних із вживанням опіоїдів.

6. PSYCHODELICS-UDIT (Psychodelics Use Disorders Identification Test) – тест для виявлення розладів, пов’язаних із вживанням галюциногенів.

На підставі виявлення ознак зловживання речовинами, ризикового вживання ПАР та оцінки поведінкових ознак пропонується формування груп високого ризику для профілактичної допомоги (види профілактики):

1. Превентивна освіта спрямована на попередження вживання ПАР особами, які раніше їх не вживали. Вона переважно соціальна, найбільш орієнтована на загальну популяцію молоді. Первинна профілактика направлена на зменшення кількості осіб у яких може виникнути узалежнення та на попередження розвитку захворюваності оскільки основний пріоритет спрямований на формування здатності зберегти і зміцнити здоров’я.

2. Селективна профілактична робота (вторинна профілактика або лікувально-профілактична робота), яка складається з психотерапії та психокорекції молодих осіб відповідних груп ризику. Вона орієнтована на осіб, які епізодично вживають ПАР, або осіб з ознаками формування залежності в її початковій стадії. Необхідність у вторинній профілактиці виникає коли захворювання є ймовірним або вже виникло, але не досягло піку розвитку.

3. Третинна (індикативна профілактика залежності ПАР носить характер переважно медичний, індивідуальний, та орієнтований на контингент хворих, які залежать від ПАР. Індикативна профілактика типу «А» направлена на попередження подальшого вживання ПАР або на зниження майбутньої шкоди від їх вживання та надання допомоги хворим у подоланні залежності. Третинна профілактика типу «Б» направлена на попередження рецидиву захворювання у хворих, які припинили вживання ПАР.

Розробка різних програм профілактики наркотичної залежності серед дітей, підлітків, молоді актуальні наукові напрямки у цілому світі і в Україні, суттєвий прогрес в області профілактики наркозалежним забезпечення розробки підходів, сформованих на розумінні профілактики, як превенції, яка враховує перш за все психологічні і індивідуальні фактори, які обумовлюють початок наркотизації. Проведений нами аналіз різних протективних підходів показав домінуюче місце у превенції узалежнень інформаційного підходу, який заснований на поширенні інформації про наркотики, їх шкідливості і негативних наслідках їх вживання. Даний підхід передбачає наступні критерії: інформування про зміну особистості людини, яка вживає наркотики і про проблеми з цим пов’язані; часткова інформація про факти впливу вживання наркотиків на організм, поведінку та статистичні дані про поширеність наркоманії; стратегія мотиваційного застереження, яка ґрунтується на інформації про наркотики, що викликала б застереження, описувала небезпечні сторони вживання наркотиків).

Відповідно до сучасних стандартів, враховуючи наші дослідження, рекомендовано застосовувати їх у різних комбінаціях з усіма типами превентивних заходів. Дані критерії спрямовані на підвищення знань молодих осіб, які навчаються про негативну інформацію вживання алкоголю, наркотиків та інших ПАР, проте вони короткотривалі та недостатньо інтенсивні. Інформаційний підхід доволі диференційований залежно від статі, віку, економічних та соціальних умов, орієнтований на індивіда та вибірковий контент суспільства. Протективний підхід ролі соціальних факторів заснований на теорії А. Бандури [11], який стверджує, що формування поведінки індивіда проходить поступово, в результаті позитивних і негативних наслідків та взаємодії оточення (батьками, родичами, колегами, друзями). Важливими факторами розвитку тих чи інших форм поведінки є середовище, як джерело зворотних зв’язків (винагород, покарань).

Профілактичні стратегії, скеровані на соціальні фактори, сприяють залежності молоді до вживання наркотиків, засновані на визнанні важливої ролі

впливу однолітків і сім'ї у цьому процесі, які здатні сприяти або попередити початок наркотизації. Необхідно врахувати роль соціально-орієнтованих впливів, скерованих на попередження дії важких факторів негативного впливу (наприклад соціальний тиск). Цей підхід зарекомендував себе відносно успішним, що запобігає вживанню наркотиків. Підхід ефективного (емоційного) навчання сконцентрований на відчуттях, переживаннях індивіда, навиках їх поширенню та управління ними. Афективне навчання засновано на тому, що залежність від наркотиків частіше виникає у тих особистей у яких виникають труднощі у вираженні емоцій та властиві їм індивідуальні фактори ризику (низька самооцінка, слабо розвинені навики прийняття рішень). Визначальними критеріями даного підходу: підвищення самооцінки, виділення особистих цінностей, розвиток навиків поширення і виявлення емоцій, розвиток навиків прийняття рішень, формування здатності долати стреси. Відповідно до результатів наших досліджень, необхідно відмітити успішний результат його застосування (зменшення курців, формування лідерських якостей у молодих осіб). Підхід заснований на формуванні життєвих навиків базується на понятті зміни поведінки. В основу цього підходу покладено соціальну теорію А. Бандури та теорію проблемної поведінки Р. Джессора [11]. У порівнянні з іншими підходами він має шанси на успіх, проте соціально-психологічні та культурні особливості студентської молоді вимагають пошуків більш поглибленого профілактичного підходу. Підхід заснований на альтернативному вживанні ПАР акцентує увагу на важливій ролі середовища і орієнтований на розвиток специфічної позитивної активності з метою зменшення ризику їх вживання. Альтернативна наркотизація чи алкоголізація сприяє зменшенню поширень випадків залежності від наркотиків і алкоголю, проте результати досліджень не свідчать про переваги даного підходу. Підхід заснований на укріпленні здоров'я допомагає індивідуумам і соціальним групам посилити контроль над відповідними параметрами здоров'я, таким чином покращити його стан. У контексті даного підходу – життєва компетентність, у якій визначальне місце належить проективним факторам.

Групи, у яких навчають дотримуватись принципів здорового способу життя, переважає студентська молодь, яка навчається у ВНЗ. Відповідно до проведених нами досліджень, перевага даного підходу очевидна, оскільки її дія розрахована на тривалий позитивний ефект за рахунок підсилення особистісних ресурсів і готовності індивіда користуватись ними. Інтегративний підхід представляє комбінацію компонентів превентивних заходів, які використовуються для реалізації різних протективних підходів.

Постійні та безперервні зміни, що відбуваються у суспільстві, розвиток знання і науки унеможливлюють створення універсальної концептуальної моделі профілактики наркоманії та токсикоманії. Є необхідним безперервне оновлення і вдосконалення профілактичних підходів. Проте, існує ряд загальновизнаних концептуальних форм таких підходів, що дозволяє орієнтуватися в методологічній базі різних профілактичних програм. Трансакціональна модель превенції Дж. Самероффа передбачає, що поведінка людини детермінується характеристиками індивіда і середовища, в якій індивід функціонує. Автор моделі вважає, що індивідуальні характеристики людини виявляються лише при дії специфічних станів середовища [235]. Визначальними детермінантами ризику розвитку розладів є характеристики індивіда, які мають схильності до розладів, характеристики середовищ, які впливають на індивіда та специфічні комбінації індивідуалізації. Модель антисоціальної поведінки Г. Паттерсона базується на трансакціональної концепції і виходить з того, що в процесі розвитку дітей існують періоди "незлагодженої" активності [11]. У тому випадку, коли дорослі недоречно дисциплінують дітей, вони створюють контекст посиленого навчання дитини до вимушеної поведінки. Модель «превентивних буферів» Н. Гемезі і М. Роттера висунули відповідає гіпотезу про «превентивних буферах» або позитивних факторах, які сприяють зниженню чутливості до стресу і розвитку адаптивної поведінки [226]. Як приклад превентивного буфера часто використовують соціальну підтримку. Основою створення Концептуальної моделі профілактики вживання ПАР студентською молоддю, слугували

дослідження копінг-поведінки різних груп підлітків і дорослих, а на їх досліді було визначені теоретичні моделі копінг поведінки: з активного адаптивного функціонування; із псевдоадаптивного дисфункціонування та пасивної дисфункціональної дезадаптивної копінг–поведінки.

Проведене нами вивчення профілактичних впливів, дозволили розробити методологічні основи первинної, вторинної, третинної профілактики наркоманії і алкоголізму, визначати фактори ризику, які здатні призвести до наркотизації а також чинники, які забезпечують стійкість особистості. Серед завдань первинної, вторинної, третинної профілактики виділяються медико-психологічні (психотерапевтичні), соціальні і педагогічні технології. Медико–психологічні технології передбачають систему дій спеціалістів, направлену на розвиток адаптивної особистості здатної до ефективного розвитку, подолання життєвих труднощів і проблем. Соціальні і педагогічні технології спрямовані на правильне надання інформації та створення мотивації на здоровий спосіб життя і формування соціально підтримуючої системи. Профілактика наркоманії і токсикоманії – це комплексна проблема. Основними напрямами у її вирішенні є сприятливі соціальні умови, відсутність безробіття, впевненість у завтрашньому дні, контроль над системою інформації та санітарна просвіта, заборона реклами наркотичних речовин у засобах масової інформації, контроль за публікаціями інформації про наркотичні речовини, проведення санітарної просвіти серед груп підвищеного ризику. Одним з елементів алгоритму виступає проведення мотиваційних тренінгів з відповідно розробленими вправами, що сприятиме формуванню практичних навичок у дотриманні здорового способу життя молодими людьми. Визначено такі векторні напрямки мотиваційних тренінгів: сприяти усвідомленню учасниками взаємозв’язку між певними рисами особистості та ймовірністю або наслідками вживання ПАР; ознайомити учасників із технологією та наслідками прийняття відповідальних рішень та дасть можливість; закріпити і частково реалізувати власну позицію щодо вживання ПАР та здорового способу життя.

Таким чином, застосування алгоритму надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання ПАР дозволить своєчасно виявляти осіб, що належать до груп високого ризику, знизить рівень залежності, кількість випадків раннього вживання ПАР та їх наслідки.

7.3. Оптимізована модель профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю на регіональному рівні

Профілактика вживання ПАР молоддю є пріоритетом соціальної політики держави, превенцією негативних проявів у їх поведінці і спрямована на запобігання вживання алкоголю, тютюну та інших речовин, зокрема комбінованому вживанню наркотиків, що знаходяться в законному та незаконному обігу. Стратегією державної політики України щодо наркотиків на період до 2020 року від 28 серпня 2013 року передбачено змістовне оновлення профілактичної роботи з метою формування в суспільстві захисних соціальних бар’єрів і готовності протистояти ризикам [126]. На сьогодні в Україні відсутні інші програми превентивних дій і в умовах відчутного дефіциту коштів акцент зосереджений на найбільш витратних та часто застарілих формах протиалкогольної та проти наркотичної роботи, ігноруючи сучасні профілактичні підходи, які довели свою результативність у багатьох країнах світу. Чинне законодавство України спрямоване переважно на регулювання питань пов’язаних із обігом наркотичних речовин і прекурсорів у площині правоохоронних органів. На відміну від економічно розвинених країн в Україні немає спеціального державного органу, що відповідає за розробку державної політики щодо алкоголю та наркотиків, а також відсутній механізм реалізації державної політики у превентивному вихованні молоді. У першу чергу це стосується проблеми медико-соціальної профілактики вживання ПАР серед молоді. Констатовано, що вирішення проблеми з позиції інформації та просвіти сприяє підвищенню ступеня розуміння населенням шкоди, що завдається вживанням алкоголю та наркотиків, і його наслідків для здоров’я та добробуту окремих осіб, родин та суспільства в цілому.

У сучасних умовах реформування медичної галузі України з підвищенням ролі профілактичної ланки медицини, особливо серед студентської молоді, зокрема зниження наркологічної захворюваності, можливе лише за умови удосконалення медико-організаційних форм профілактики, якісного раннього виявлення та поетапного, комплексного надання медичної допомоги.

Виявлені в процесі дослідження проблеми існуючого стану поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР серед населення Львівської області у віковій групі 18-35 років, як основного вікового контингенту студентської молоді, зростання рівня госпіталізації внаслідок вживання ПАР осіб цієї вікової групи, значна різниця показників захворюваності населення між регіонами України, найвищий в Україні та сталий рівень смертності населення внаслідок вживання алкоголю у Західному регіоні України, результати оцінки студентами та організаторами охорони здоров’я стану із вживанням ПАР молоддю – засвідчили необхідність наукового обґрунтування, розробки та впровадження оптимізованої функціонально-організаційної моделі профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю на регіональному рівні. Обґрунтування пропозицій та оптимізовану модель профілактики вживання ПАР студентською молоддю на регіональному рівні комплексно представлено на рис. 7.3.1.

При розробленні оптимізованої моделі на регіональному рівні ми орієнтувались на молодь, яка навчається у вищих навчальних закладах і виходили з того що вказаний процес є складним, комплексним і за часом тривалим. Враховано особливості процесу реформування системи надання медичної допомоги з пріоритетним напрямком розвитку превенції та терапії первинних проявів узалежнень, стратегічною метою якого є підвищення якості здоров’я молодих осіб. Запропонована модель базується на міжсекторальному підході із залученням систем охорони здоров’я та освіти, правоохоронних органів та юстиції, а основними її інноваціями є:

– на основі реформи галузі охорони здоров’я з акцентом на первинний рівень надання медичної допомоги запровадження додаткових компетенцій медичних працівників з питань профілактики залежностей;

– запровадження сучасної системи керування профілактичними заходами на всіх рівнях управління в системі охорони здоров’я;

– впровадження функціональних обов’язків медичного координатора, який забезпечує організаційний та методичний супровід індивіда при звертанні за допомогою;

– запровадження диференціації студентської молоді у вищих навчальних закладах за цільовими групами в залежності від розуміння проблеми шкідливості вживання психоактивних речовин, коли студенти виступають як об’єкт, що неусвідомлює проблему, так і суб’єкт, який виступає у протидії їх вживанню (соціально активна молода особа-провайдер).

Основу профілактичної діяльності в охороні здоров’я складає міжсекторальний підхід, а правова основа забезпечується цільовою довгостроковою програмою профілактики узалежнень та стратегічним плануванням превентивних заходів на всіх рівнях управління. При розробці моделі ми враховували особливості процесу реформування системи надання медичної допомоги з пріоритетним напрямком розвитку превенції та терапії первинних проявів узалежнень з акцентом на профілактику.

Центральним елементом моделі є студент, який повинен мати стійку установку на тверезий та здоровий спосіб життя, а епізодичне вживання ПАР повинно бути компенсоване комплексом психологічних, психотерапевтичних, терапевтичних, реабілітаційних та превентивних заходів. Стратегічним напрямком моделі є забезпечення психологічного здоров’я студентів із формування стійкої позиції на здоровий спосіб життя. Тактичним напрямком моделі є забезпечення всіх учасників процесу комплексною інформацією з питань профілактики (універсальної, індикативної чи селективної) узалежнень, мотивації до профілактичних заходів, включаючи профілактичні дії та відвідування лікарів на ранніх етапах виникнення узалежнення, поетапного та комплексного надання медичної допомоги із постійним супроводом медичного координатора.

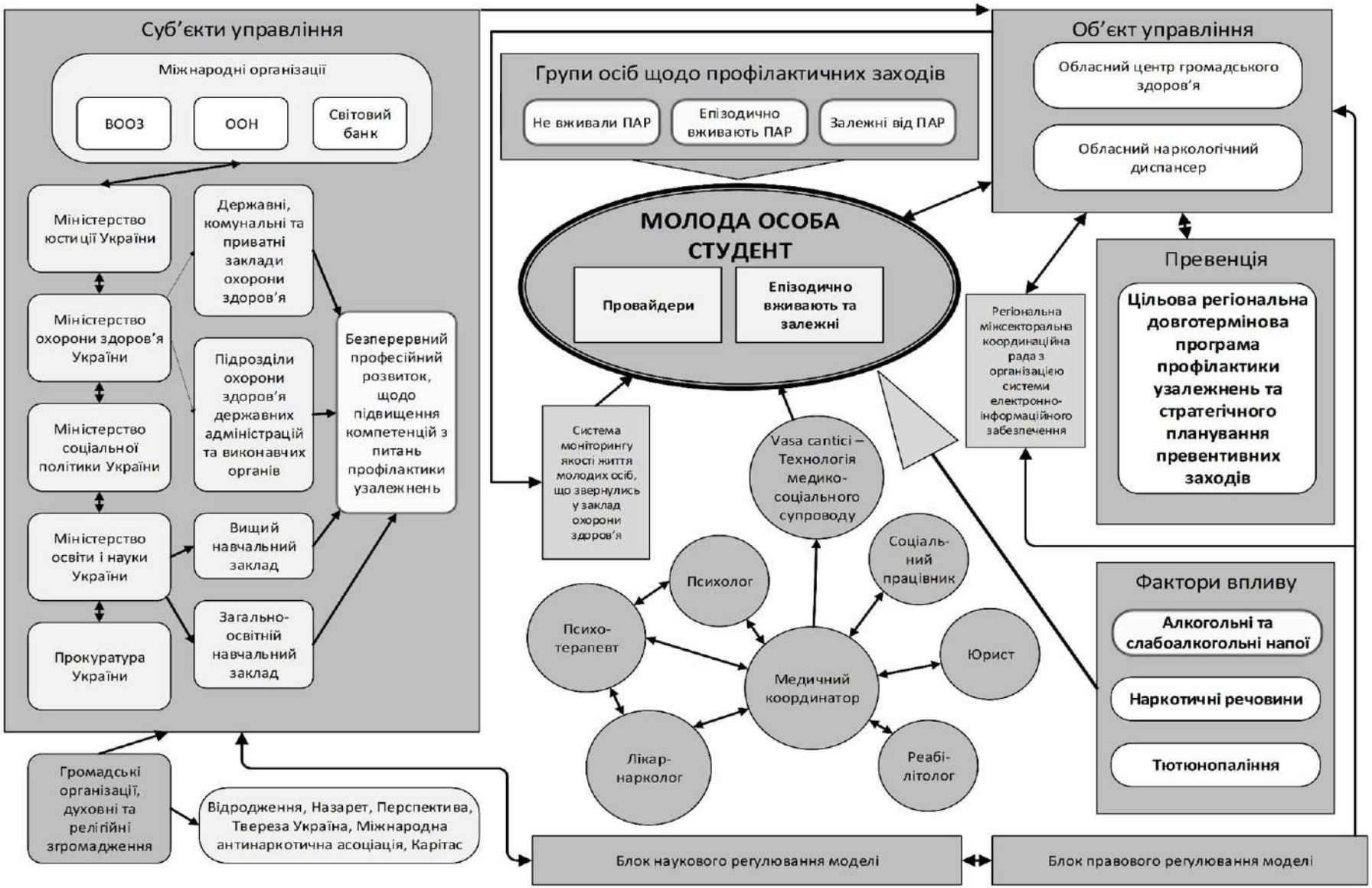

Рис. 7.3.1. Оптимізована модель профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю на регіональному рівні

Серед суб'єктів управління, таких як держава у вигляді МОЗ України, МОН України, Головного Управління Національної поліції України, Прокуратури України та Міністерства юстиції України, центральних та місцевих органів влади, державних, комунальних та приватних закладів охорони здоров'я, ВНЗ, загальноосвітніх навчальних закладів, необхідно також зазначити громадські організації, враховуючи зростання їх кількості в процесі розвитку в державі громадянського суспільства.

Ефективна діяльність запропонованої моделі забезпечується в рамках діяльності регіональної міжсекторальної координаційної ради з організацією системи електронно-інформаційного забезпечення на рівні регіону та посиленням правового тиску в організованих колективах при виявленні випадків вживання ПАР і у здійсненні превентивних дій.

Основним елементом державного рівня реалізації моделі є визнання населенням особистої відповідальності за власне здоров'я, що повинно бути відображено в Цільовій довгостроковій програмі профілактики узалежнень та стратегічного планування превентивних заходів, реалізатором якої будуть виступати Центри громадського здоров'я та обласні медичні центри превенції і терапії узалежнень.

У рамках розробленої моделі була апробована технологія медико-соціального супроводу кожного індивідуального випадку звернення – «vasa canticі», що полягає у розробленні і долученні до функціональних обов'язків медичного працівника, середнього медичного персоналу – функцій медичного координатора. Координатор на основі постійного та взаємного зв'язку з особою координує мультидисциплінарну команду фахівців.

Мультидисциплінарна команда представлена такими спеціалістами: медичний координатор – фахівець із медико-соціального супроводу, лікар нарколог, юридичний консультант з питань правничого регулювання проблем які пов'язаних із вживанням ПАР, медичний психолог (лікар психотерапевт), психолог для роботи в групах та з питань ресоціалізації, реабілітолог, лікар лабораторної діагностики, соціальний працівник та група довірених лікарів, які

працюють, як консультанти (терапевт, уролог, гінеколог, інфекціоніст, дерматовенеролог), медична сестра.

Медичний координатор виконує домінуючу та визначальну функцію у побудові «маршруту» студента, здійснює медико-соціальний супровід пацієнта упродовж всього періоду. Він розподіляє та направляє потоки самозвернень, збирає зворотню інформацію про надану їм допомогу, активно виходить на зв'язок із пацієнтами через засоби зв'язку. Координатор знає усіх членів команди, окремих спеціалістів, їх посадові обов'язки. Крім того до функціональних обов'язків медичного координатора входить координація взаємозв'язків між установами (Додаток В).

Процес розроблення маршруту розпочинається при першому зверненні пацієнта з використанням, при потребі, діагностичних технологій, що дозволяють встановити форму залежності, соматоневрологічний, особистісний, психологічний, психопатологічний, соціальний статус пацієнта. Збір первинних даних проводиться з участю лікаря-нарколога, медичного координатора та медичного психолога. У роботу долучаться консультант з юридичних питань (консультування за потребою).

При залученні в процес психолога та соціального працівника використовується комплекс психологічних технологій включаючи додаткові елементи психодіагностики індивідуальне консультування та роботу в групах, індивідуальну та групову психокорекцію, психологічну профілактику та тренінги; соціотерапевтичні технології направлені на реадаптацію і ресоціалізацію пацієнта (набуття нових соціальних навиків та компетенцій, відкриття внутрішніх потенціалів і можливостей. Спеціалістом із питань реабілітології розробляється схема розпорядку дня, де вказано рекомендовані фізичні вправи та відповідно до енергозатрат, збалансоване харчування із урахуванням індивідуальних особливостей та потреб пацієнта.

Маршрут медико-превентивного координаційного супроводу направлений на взаємодію медичних служб з парамедичними, соціальними та юридичними структурами. Ефективність медико-превентивного

координаційного супроводу включає: співпрацю з пацієнтами із різними проблеми формування хімічних узалежнень; навчання персоналу сучасним технологіям супроводу; розробка індивідуального маршруту та особливий підхід до кожного залежно від стану внутрішньої мотивації та потреб; використання мультидисциплінарного підходу надання допомоги та постійний супровід медичного координатора; використання технологій мотиваційного інтерв'ю; постійний моніторинг із доступністю консультування суміжних спеціалістів; надання парамедичних та соціальних послуг; юридичне консультування; індивідуальний підхід до збалансованого харчування та енергозатрат із дозованим фізичним навантаженням; використання сучасних дистанційних технологій консультування та супроводу пацієнта.

Вертикаль організації та координації супроводу превентивної наркологічної допомоги студентській молоді забезпечується через медичного координатора у безперервному контакті (сотовий телефон, електронна пошта та інші види комунікації).

У подальшому, за потребою, у роботу долучається консультант з юридичних питань, що пов'язані з юридичною відповідальності осіб які вживають ПАР, що перебувають у законному та незаконному обігу.

У процесі опитування було встановлено, що студентів можна розділити на три когорти з проведення профілактичних заходів. Перша – особи, які раніше не вживали ПАР: первинна (універсальна) профілактика залежності від ПАР та попередження вживання. Такий вид профілактики є переважно соціальним, найбільш орієнтованим на загальну популяцію студентів. Первинна профілактика направлена на зменшення кількості осіб, у яких може виникнути захворювання та на формування здатності зберегти і зміцнити здоров'я.

Друга група – особи, які епізодично вживають ПАР, або особи з ознаками формування залежності в її початковій стадії. Профілактичні заходи у цій групі носять вибірковий характер.

Третя група – молоді люди / студенти, які залежать від ПАР. Профілактичні заходи носять характер переважно медичний, індивідуальний та направлені на попередження подальшого вживання ПАР чи зниження майбутньої шкоди від їх вживання або ж на попередження рецидиву захворювання у хворих, які припинили вживання ПАР (здебільшого це залежні від тютюнопаління).

Студенти, що мають стійку позитивну мотивацію на здоровий спосіб життя не потребують консультування суміжних спеціалістів. У них домінуюче значення має інформування та постійний супровід медичного координатора впродовж всього маршруту.

Загалом у державі та у Львівській області зокрема, залишаються невизначеними питання єдиної комплексної політики щодо економічних, соціальних, медичних аспектів попередження зростання залежностей від ПАР. Це вкрай важливо з урахуванням значного рівня виробництва алкогольних напоїв, їх розповсюдження, маштабності шкоди, що заподіється їх вживанням.

Реальний стан здоров’я населення, зокрема людей молодого віку, рівень соціального благполуччя переконують у необхідності вжиття цільових заходів, спрямованих на попередження і зменшення шкоди від вживання алкоголю.

Основними факторами, що спричиняють вживання ПАР є: відсутність у частини населення усвідомлення необхідності здорового способу життя, доступність алкоголю та інших психоактивних речовин, негативний вплив масової культури теле-, кінопродукції, а також реклами на свідомість активної частини населення, відсутність у педагогів та батьків достатньої інформації про наслідки вживання ПАР та превентивні заходи. Особливістю структурної побудови моделі стало включенням до неї:

1. Існуючих елементів системи охорони здоров’я, залучених до організації надання медико-превентивного координаційного супроводу надання наркологічної допомоги. В умовах реформування системи охорони здоров’я на

регіональному рівні рекомендовано незалежно від рівня соціальної спроможності надавати та розробляти маршрути медико-соціального превентивного супроводу без стигматизації та дискримінації особистості, яка формується.

2. Існуючих складових, але частково змінених за рахунок їх функціональної оптимізації.

3. Якісно нових елементів превентивного супроводу «vaza canticі», залучення медичних психологів (психотерапевтів), надання правової допомоги та якісно нового рівня співпраці з соціальними працівниками.

Використання даної моделі дозволить при оптимальних затратах забезпечити раннє виявлення епізодичного вживання ПАР та запобігти розвитку наркотичної патології серед молоді, яка навчається. Розроблена оптимізована модель профілактики вживання ПАР студентською молоддю на регіональному рівні в умовах реформування системи охорони здоров’я, центральним елементом якої виступає студентська молодь, що навчається та особливо вразлива до вживання ПАР при формуванні повноцінної особистості із перевагою дотримання здорового способу життя та надання «vaza canticі», при первинному епізодичному вживанні ПАР.

В умовах впровадження в практичну охорону здоров’я даної моделі підвищується значення кафедр соціальної медицини та громадського здоров’я. Основними завданнями кафедр стають: науково-методичне забезпечення учасників процесу збереження психологічного (наркологічного) здоров’я студентів; розробка інформаційних матеріалів з питань збереження та зміцнення психологічного (наркологічного) здоров’я; організація навчально-консультативної допомоги студентському населенню. Використання даної моделі дозволить при оптимальних затратах забезпечити комплексну профілактику узалежнень у студентів, які навчаються у вищих навчальних закладах.

Застосування описаної оптимізованої моделі профілактики вживання ПАР студентською молоддю на регіональному рівні в умовах реформування

системи охорони здоров’я, зміцнить здоров’я нації в майбутньому, що і є пріоритетом політики нашої держави.

7.4. Експертна оцінка обґрунтованих та розроблених інновацій в організації превентивних заходів, щодо вживання студентською молоддю психоактивних речовин

Встановлення прийнятності запропонованої оптимізованої моделі профілактики вживання ПАР студентською молоддю на регіональному рівні було проведено одноразово за допомогою медико-соціологічного дослідження після проведеної дискусії з детальним ознайомленням експертів з матеріалами наукового дослідження. Вона проводилося дочасно анкетування. У якості експертів виступали: 10 організаторів охорони здоров’я регіонального рівня, 3 професори та доценти кафедр соціальної медицини, психіатрії та психотерапії. Всього 13 осіб. При проведені аналізу враховувалось, що експертиза є ефективним інструментом аналізу об’єкта, що вивчається, слугує вивченню його якісних характеристик та практичної цінності. Для оцінок експертів була розроблена спеціальна анкета (додаток А-4). Анкета складалася із 9 позицій, як нововведень. Експерти оцінювали кожний пункт анкети за 10 бальною системою: від 1 до 10 балів. На основі одержаних даних були проведені розрахунки експертної оцінки (Додаток Б). Результати наведені в табл. 7.4.1. Дані експертної оцінки незалежними експертами запропонованих інновацій засвідчили їх важливість при створенні моделі профілактики вживання ПАР студентською молоддю на регіональному рівні. У цілому модель була оцінена у 9,54 бали із 10 можливих. В числі запропонованих інновацій найвище були оцінена відповідність моделі принципам комплексності в організації профілактичних заходів щодо вживання ПАР серед молоді на регіональному рівні (9,23 балів) та принципам системності в організації профілактики вживання ПАР серед молоді, яка навчається (9,00 бали).

Спрямованість на максимальне запобігання узалежнення від ПАР оцінена у 8,77 бали. При позитивній оцінці експертами моделі в цілому така інновація,

Таблиця 7.4.1.

Оцінка експертами інновацій в організації профілактики вживання ПАР серед студентської молоді

№	Запропоновані інновації	Бали
1.	Удосконалена система профілактики вживання ПАР серед молоді, яка навчається на регіональному рівні в цілому	9,54
2.	Чи відповідатиме реалізація запропонованих інновацій принципам системності в організації профілактики вживання ПАР серед молоді, яка навчається на регіональному рівні	9,00
3.	Чи відповідатиме реалізація запропонованих інновацій принципам комплексності в організації профілактичних заходів щодо вживання ПАР серед молоді на регіональному рівні	9,23
4.	Відповідність реформі медичної галузі	8,69
5.	Залучення громадських організацій	8,62
6.	Спрямованість на максимальне запобігання узалежнення від ПАР	8,77
7.	Інформування молоді про шкідливу дію ПАР через систему інтернет (youtube, skype, база даних електронних контактів пацієнтів)	8,31
8.	Розроблення критеріїв якості життя студентської молоді	7,69
9.	Опитування пацієнтів щодо розуміння про шкідливу дію ПАР	8,46

як розроблення критеріїв якості життя студентської молоді отримала лише 7,69 бала. Висока ступінь узгодженості думок експертів (коефіцієнт конкордації 0,70) показала, що реалізація нововведень відповідає принципам системності та комплексності. Нами розрахована оцінка значущості коефіцієнта конкордації. Для цієї мети обчислено критерій узгодження Пірсона ($\chi 2$), що становив 72,84. Так як цей показник є вищим табличного (15,50731), то 0,70 – величина не є випадковою, а тому отримані експертні дані мають сенс і можуть використовуватися у подальших дослідженнях.

Таким чином, оптимізована модель профілактики вживання ПАР студентською молоддю та її відповідність реформі системи медичної допомоги населенню, позитивна оцінка експертами її комплексності та системності дасть можливість знизити поширеність вживання ПАР студентською молоддю та матиме позитивний медико-соціальний ефект і може бути рекомендована для впровадження у систему охорони здоров’я України.

Висновки за розділом

Обґрунтовано та розроблено оптимізовану модель профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю на регіональному

рівні. У її основу покладено розроблений алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, який містить такі складові, як інформативний блок про проблеми та наслідки дії на організм людини, консультативний блок на основі скринінгових методик, блок мотиваційних тренінгових семінарів з формування практичних навичок з дотримання здорового способу життя. Якісно новим елементом моделі є технологія медико-соціального супроводу кожного індивідуального випадку звернення «vasa canticі» при первинному вживанні психоактивної речовини та включає співпрацю з пацієнтами із різними проблеми формування хімічних узалежнень, навчання персоналу сучасним технологіям супроводу, розробку індивідуального маршруту та особливий підхід до кожного залежно від стану внутрішньої мотивації та потреб, використання мультидисциплінарного підходу надання допомоги та постійний супровід медичного координатора.

Впровадження оптимізованої моделі профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю на регіональному рівні буде сприяти удосконаленню умов співпраці держави з інститутами громадського здоров’я у формуванні і реалізації повноцінної та здорової особистості.

Ефективність впливу окремих елементів запропонованої моделі підтверджується результатами її застосування у закладах охорони здоров’я Волинської, Рівненської та Львівської областей, вищих навчальних закладах України, позитивною узгодженою їх оцінкою незалежними експертами (9,43 бали за 10 бальною шкалою) та дає можливість рекомендувати її для впровадження в установах охорони здоров’я усіх форм власності.

Список особистих друкованих робіт за темою розділу:

1. Чемерис Н. М. Медико-соціальні аспекти проблеми вживання психоактивних речовин молоддю (огляд наукової літератури) // Україна. Здоров’я нації. 2017. № 3. С. 285–291.

2. Chemerys N., Lyubinets O., Krupka N. The state of the problem, causes, preventive actions on the use of psychoactive substances in Ukraine (results of doctor’s survey) // European Journal of Medical Technologies. 2019. № 2. S. 16–23.

3. Чемерис Н. М. Медико-психологічні аспекти протидії поширенню алкоголізму, наркоманії, узалежнення ПАР серед дітей та молоді // Соціально-психологічні та медичні аспекти протидії поширенню суспільно-небезпечних узалежнень серед дітей та молоді: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 19-20 травня 2011 р. Львів, 2011. С. 21–31.

4. Чемерис Н. М. Домінанта протективних факторів над девіантною поведінкою у формуванні повноцінної особистості // Актуальні питання організації роботи щодо захисту прав дітей: збірник тез Всеукр. наук.-практ. конф., 17-18 травня 2012 р. Львів, 2012. С. 67-72.

5. Медико-соціальні площини превентивного виховання молоді щодо вживання психоактивних речовин: методичні рекомендації / підгот. Любінець О., Чемерис Н., Львів, 2017. 26 с.

6. Любінець О.В., Чемерис Н.М. Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин: інформаційний лист № 321-2017. К., 2017. 5 с. (Вип. 18 з проблеми “Соціальна медицина”).

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням вирішено актуальне науково-практичне завдання – обґрунтовано оптимізовану модель профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю на регіональному рівні в умовах реформування системи охорони здоров'я, яка базується на нових функціонально-організаційних підходах до її структури і побудована на принципах комплексності та системності з використанням міжсекторального підходу, інформаційного механізму забезпечення, її наукового та юридичного супроводу і позитивно оцінена експертами.

1. Вивчено та систематизовано результати наукових досліджень із протидії вживання ПАР, що підтвердило недостатній рівень сучасних організаційних підходів профілактики та визначило необхідність удосконалення системи медико-превентивного координаційного супроводу особистості із протидії узалежнень у студентському середовищі в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні.

2. З'ясовано, що захворюваність на розлади психіки та поведінки через уживання ПАР у 2010-2017 рр. знизилась в Україні (на 29,08%) та її визначених регіонах, проте ці зміни відбулися у різній мірі та залежно від виду психоактивної речовини, яка уживалася населенням. Найменшим зниження спостерігалося у Центральному регіоні (-1,89%), там же виявився найвищим рівень захворюваності (113,31 на 100 тисяч населення). У ці роки найвищий рівень поширеності розладів психіки та поведінки з приводу наркоманії, токсикоманії, алкоголізму і алкогольних психозів спостерігався у Південному регіоні (1 535,55 на 100 тисяч населення) і він практично не змінився у порівнянні з 2010 роком (1 533,40 на 100 тис. населення).

3. Встановлено, що основною діючою речовиною, що спричиняла розлади психіки та поведінки був алкоголь. У 2017 році найвищою поширеність цієї патології з приводу уживання алкоголю спостерігалася у Північно-Східному регіоні – 1 381,23 на 100 тисяч населення. Зростання поширеності з

2010 по 2017 р. було зареєстровано у Південному регіоні, де в основному воно відбулося у Миколаївській області (+24,07%). При вживанні наркотичних речовин показники рівнів поширеності та захворюваності на розлади психіки та поведінки у 2017 році були переважаючими у Південно-Східному регіоні, відповідно, 219,95 та 16,25 на 100 тисяч населення. Найнижчі показники встановлено у Західному регіоні, відповідно, 71,46 та 3,31 на 100 тисяч населення.

4. Оцінка стану наркологічної допомоги у Львівській області за 2010-2017 роки на основі показників захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки, що пов'язані із вживанням ПАР, вказала на недостатній рівень власне превентивної роботи. З'ясовано, що при зниженні захворюваності за цей період на 33,3%, відбулося зростання поширеності в області цієї патології на 7,19%, в т. ч. у м. Львові на 24,3%. Аналіз поширеності за ці роки розладів психіки та поведінки серед населення Львівської області у віці 18-35 років, як основного вікового контингенту студентської молоді, показав, що вона зросла на 13,6% і склала у 2017 році 30,93 на 10 тисяч населення (у 2010 році – 27,23). Основною причиною цього стало вживання алкоголю (у 2010 році поширеність становила 24,51 випадки на 10 тисяч населення, а у 2017 році – 28,01, що зумовило зростання на 14,27%).

5. Встановлено, що студенти перших курсів вищих навчальних закладів є залученими до проблеми споживання ПАР, в основному, алкогольних напоїв (83,54±0,98%). Три четвертих з них обирає здебільшого алкогольні напої із незначним вмістом алкоголю (77,13±1,23%). Основним мотивом прийому таких напоїв є гедоністичний. Розкрито зв'язок установки на те, що слабоалкогольні напої є прикметою свята (61,13±1,42%). Більшість респондентів, які вживають слабоалкогольні напої, не вважають допустимим при цьому виникнення алкогольної залежності (56,85±1,44%, $p<0,01$), проте більш настороженими щодо залежності від алкоголю є особи, що їх не споживають (56,44±3,31%, $p<0,01$). Вияснено, що досвід куріння, як одного із найбільш негативних факторів ризику для здоров'я, молоді особи у більшості випадків набувають в

період навчання у школі (у 60,58±2,40% випадків, p<0,05). Самоусвідомлення проблеми тютюнозалежності відзначено респондентами як визначальна складова у подоланні узалежнення.

6. З'ясовано, що здорового способу життя дотримується лише 21,10±1,08% студентів (p<0,05). Домінуючим негативним фактором ризику для здоров'я опитані вважають вживання наркотиків – 64,42±1,42%, алкоголю – 15,07±1,06% та паління тютюну – 5,96±0,70% (p<0,01). Найбільш ефективним засобом для профілактики шкідливих звичок, на думку молодих осіб, є самоусвідомлення – 75,95±1,13%. Четверта частина респондентів вказала на необхідність дійових психотерапевтичних програм, що дають навички життя у вільному від ПАР просторі. В цілому опитування засвідчило недостатню ефективність наявних у суспільстві превентивних заходів.

7. Встановлено, що при існуючому рівні організації профілактичних заходів щодо вживання ПАР є певний резерв для підвищення її доступності, своєчасності та наступності. За даними соціологічного опитування щодо стану, причин, превентивних заходів з вживання ПАР в Україні 29,06±1,97% організаторів охорони здоров'я вважають в першу чергу за необхідне збільшити кількість профілактичних настанов у навчальних закладах. Опитаними зазначено, що основними причинами зростання споживання ПАР серед молоді є соціально-економічні умови проживання населення – 7,88±0,23 балів за 10 бальною шкалою і спосіб життя – 7,02±0,24 бали (p<0,01). Впливають на зростання їх поширеності такі фактори, як спілкування з особами, які є їх споживачами 7,16±0,25 бали (p<0,05), стосунки/стреси у сім'ї 6,83±0,21 бали (p<0,05). Провідну роль в організації медичної допомоги населенню, яке вживає ПАР, на думку респондентів, повинні відігравати спеціалізовані медичні заклади (або ж кабінети профілактичної роботи) та амбулаторії сімейної медицини.

8. Обґрунтовано та розроблено оптимізовану модель профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю на регіональному рівні. В її основі покладено розроблений алгоритм надання медико-соціальної

підтримки та консультування студентської молоді, в якому зазначено такі складові, як види профілактики, протективні підходи, концептуальні форми залежності від ПАР, перелічено методи при проведенні консультування, векторні напрямки у мотиваційних тренінгах. Оптимізована модель базується на міжсекторальному підході та використанні програм, які вже мають певну доказану ефективність. **Центральним елементом** моделі є студент, як об'єкт, що не усвідомлює проблему, так і суб'єкт, який виступає у протидії їх вживанню – соціально активна молода особа-провайдер. У моделі застосована технологія медико-соціального супроводу кожного індивідуального випадку звернення – «vasa canticі», що полягає у розробленні і додаванні до обов'язків медичного працівника функції медичного координатора.

9. Впровадження оптимізованої моделі профілактики вживання ПАР студентською молоддю на регіональному рівні буде сприяти удосконаленню умов співпраці держави з інститутами громадського здоров'я у формуванні і реалізації повноцінної та здорової особистості. Ефективність впливу окремих елементів запропонованої моделі підтверджується результатами її застосування у закладах охорони здоров'я Волинської, Рівненської та Львівської областей, вищих навчальних закладах України, позитивною узгодженою їх оцінкою незалежними експертами (9,54 бали за 10 бальною шкалою) та дає можливість рекомендувати її для впровадження у систему охорони здоров'я України.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати дослідження дозволяють рекомендувати:

1. Міністерству охорони здоров’я України:

– запровадити в практику охорони здоров’я оптимізовану модель профілактики вживання ПАР студентською молоддю на регіональному рівні в умовах розвитку закладів охорони здоров’я різних форм власності;

– враховувати результати медико-статистичних досліджень стану захворюваності та поширенні розладів психіки та поведінки з приводу вживання ПАР при розробленні державних, регіональних та місцевих програм медичної допомоги.

2. Департаментам / управлінням охорони здоров’я ОДА:

– впровадити оптимізовану модель профілактики вживання ПАР студентською молоддю в практику із залученням до цього закладів освіти.

3. Керівникам центрів ПМД, амбулаторій загальної практики/сімейної медицини:

– здійснити комплекс заходів для формування в установах груп ризику щодо вживання ПАР з наголосом на молодих осіб;

– здійснювати моніторинг стану захворюваності та поширеності порушень психіки та поведінки як наслідку вживання ПАР на території обслуговування;

– налагодити міжсекторальну взаємодію з громадськими організаціями для системного діалогу з питань профілактики вживання ПАР.

4. Вищим медичним навчальним закладам:

– доповнити програми навчання студентів з курсу «Соціальна медицина та організація охорони здоров’я», «Наркологія», «Сімейна медицина» питаннями організації профілактики вживання населенням ПАР;

– на післядипломному рівні включити в робочі програми кафедр організації і управління охороною здоров’я, громадського здоров’я, психіатрії та психотерапії, сімейної медицини питання впровадження сучасних підходів до організаційних моделей профілактики вживання ПАР серед студентської молоді.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агибалова Т. В., Бузик О. Ж., Гуревич Г. Л. Значение личности больных алкоголизмом в психотерапевтическом процессе // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2011. Т. 111, № 11. Вып. 2. Алкоголизм. С. 39–43.

2. Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук и др. // Психическое здоровье. 2010. № 6. С. 33–45.

3. Азарных Т. Д. Алкогольное поведение при посттравматических стрессах в юношеском возрасте // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. 2014. Т. 7. С. 134–138.

4. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні : аналітичний огляд / І. В. Лінський, М. В. Голубчиков, О. І. Мінко та ін. Харків, 2006. Вип. 3. 46 с.

5. Актуальные проблемы организации медико-психо-социальной помощи несовершеннолетним, злоупотребляющим психоактивными веществами, в условиях крупного города / под ред. В. И. Орла, В. М. Середы, С. М. Яцишина. СПб., 2003. 294 с.

6. Аналіз статистичних показників розладів психіки та поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин у 2015-2016 роках / І. Я. Пінчук, О. В. Колодєжний, О. О. Петриченко, І. Ф. Здорик // Архів психіатрії. 2017. Т. 23, № 4. С. 252–260.

7. Андрєєва Т. І., Григоренко А. А., Красовський К. С. Розвиток тютюнової епідемії серед жінок в Україні в 2000-2010 роках. // Здоровье женщины. 2011. № 7. С. 38–41.

8. Андрєєва Т. І., Красовський К. С., Григоренко А. А. Розвиток тютюнової епідемії серед чоловіків України в 2000-2010 роках // Україна. Здоров’я нації. 2011. № 4. С. 45–48.

9. Бакалюк О., Олійник Н. Молодь і психоактивні речовини фактори ризику і захисту // Психологія і суспільство. 2011. № 3. С. 70–95.

10. Балакірєва О. М., Бондар Т. В., Павлова Д. М. Динаміка поширення куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед молоді, яка навчається // Український соціум. 2016. № 4. С. 21–41.

11. Бандура А. Теория социального научения / Альберт Бандура; пер. с англ. – СПб. : Евразия, 2000. – 320 с.

12. Беспалько В. В. Проблема підліткової наркоманії в Україні та шляхи вдосконалення її первинної профілактики // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2000. № 4. С. 29–31.

13. Беспалько В. В. Формування наркоманії у підлітків в залежності від особливостей характеру та соціально-біологічних факторів // Вісник Вінницького державного медичного університету. 2000. Т. 4, № 2. С. 539–540.

14. Беспалько В. В. Характерні особливості підлітків, що зловживають психоактивними речовинами // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2002. № 1. С. 86–89.

15. Беспалько В. В. Визначення медико-соціальних чинників формування наркоманії серед учнівської молоді та обґрунтування її первинної профілактики на прикладі західного регіону України : автореф. диС. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.02.03 / Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. К., 2002. 20 с.

16. Бітенський В. С. Клініко-патогенетичні аспекти алкоголізму й наркоманій // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2007. № 1. С. 7–11.

17. Бойко В. В. Результаты исследования мотивационных особенностей употребление психоактивных веществ подростков с социальной фобией // Український вісник психоневрології. 2011. Т. 19, вып. 4. С. 50–53.

18. Бойко В. В. Результаты исследования преморбидных характерологических особенностей у подростков с социальной фобией с различными рисковыми донозологическими паттернами употребления психоактивных веществ // Психічне здоров'я. 2011. № 3–4. С. 31–36.

19. Болотников И. Ю. Развитие вредных привычек в зависимости от условий жизни и воспитания учащихся различных учебных заведений // Современные проблемы науки и образования. 2007. № 3. С. 24–37.

20. Болотова В. О., Ляшенко Н. О. Споживання підлітками слабоалкогольних напоїв: соціологічне дослідження // Право і Безпека. 2012. № 4. С. 313–318.

21. Бохан Н. А., Семке В. Я., Мандель А. И. Наркологическая ситуация и психическое здоровье населения: региональные тренды десятилетия // Психическое здоровье. 2006. № 1. С. 32–38.

22. Булатников А. Н. Здоровый образ жизни как профилактика формирования аддиктивного поведения // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2014. № 1. С. 92–99.

23. Бурлака В. В. Профілактика поширення наркозалежності серед молоді : навч.-метод. посібник. Київ : Герб, 2008. 224 с.

24. Бучковская А. Ю., Гриновец А. И., Гриновец В. С. Влияние внешних и внутренних факторов на физическое развитие молодежи // Оздоровительная физическая культура молодежи: актуальные проблемы и перспективы : материалы II Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 2-3 апр. 2015 г. / под. ред.: К. Ю. Романова, Е. С. Ванда. Минск : БГМУ, 2015. С. 167–172.

25. Васіна Ю. В. Організаційні дослідження судової фармації щодо протидії наркотизації молоді психоактивними речовинами : автореф. диС. на здобуття наук. ступеня канд. фарм. Наук : спец. 15.00.01 «Технологія ліків та організація фармацевтичної справи». Харків, 2009. 23 с.

26. Вієвський А. М. Загальні положення структура та зміст комплексної багаторівневої системи профілактики вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків, спрямованої на батьків учнів загальноосвітніх закладів I-III ступенів навчання // Медична психологія. 2011. Т. 6, № 3. С. 56–63.

27. 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 // Медична освіта. 2011. № 4. С. 97–102.

28. Вієвський А. М. Наукове обґрунтування, змістовне наповнення та специфічні особливості складової комплексної багаторівневої системи профілактики вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків, спрямованої на учнів 1-11 класів загальноосвітніх закладів I-III ступенів навчання // Медична психологія. 2011. Т. 6, № 4. С. 67–75.

29. Вієвський А. М. Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин у дітей і підлітків: (клінічна феноменологія, профілактика та корекція) : автореф. диС. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. Наук : спец.14.01.17 «Наркологія». К., 2012. 40 с.

30. Виевский А. Н. Украинский медицинский мониторинговый центр по алкоголю и наркотикам МОЗ Украины [Электронный ресурс]. 2012. URL: http://ianp.com.ua/ru/conferences/read/10245 (дата обращения: 14.02.2014.).

31. Вієвський А. М. Характеристика вживання психоактивних речовин дітьми та підлітками в світлі її медико-соціальної корекції та профілактики // Психічне здоров’я. 2011. № 4. С. 21–27.

32. ВООЗ. Информационный бюллетень № 349, январь 2015. [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru/ (дата обращения: 15.02.2016).

33. Волошин П. В., Марута Н. О. Основні напрямки наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, № 1. С. 10–18.

34. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров’я населення України: сучасні можливості та перешкоди // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 1. С 5–11.

35. Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О., Харитонова Н. К. Первичная профилактика злоупотребления психоактивными веществами с использованием средств массовой информации и Интернета : методическое пособие. М.: ФГУ ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2010. 136 с.

36. Влияние фактора семейной отягощенности алкоголизмом и величины ее плотности на возрастные, динамические и параметры формирования зависимости от алкоголя: опыт системного исследования / А. О. Кибитов, Е. Ю. Воскобоева, В. М. Бродянский и др. // Наркология. 2010. № 1. С. 59–70.

37. Вышенский К. В., Павловская Н. И., Кошкина Е. А. Проблемы связанные с употреблением алкоголя среди молодежи // Вопросы наркологии. 2011. № 1. С. 81–101.

38. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність і соціальний стрес: біохімічні, нейрофізіологічні і психосоціальні механізми взаємовпливу (огляд літератури) // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 1. С. 120–121.

39. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність в умовах соціального стресу: епідеміологічні, клінічні і лікувальні аспекти // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, № 4. С. 54–60.

40. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. Женева : ВОЗ, 2014. 48 с.

41. Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (GATS). Звіт за результатами дослідження, Україна, 2010 / Т. Андрєєва, В. Захожа, Н. Король та ін. К., 2010. 176 с.

42. Головне управління статистики у Львівській області. Експрес-випуск № 270 від 27.12.2018 р. «Вищі навчальні заклади Львівської області у 2018/19 навчальному році».
URL: http://www.lv.ukrstat.gov.ua/ukr/si/express/2018/v1002_270.pdf pdf
(дата звернення: 14.01.2019).

43. Григоренко А. А. Оцінка ефективності виконання заходів Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров’я населення у 2009-2010 роках // Україна. Здоров’я нації. 2011. № 3. С. 68–76.

44. Грузєва О. В. Сучасна інформаційно-освітня програма профілактики куріння серед підлітків // Соціальна медицина. 2010. № 1. С. 20–27.

45. Грузєва О. В. Поширеність куріння серед студентів вищих медичних навчальних закладів України і світу. // Україна. Здоров'я нації. 2010. № 1. С. 27–31.

46. Гусак П. М., Мартинюк Т. А., Сидорук І. І. Профілактика вживання психоактивних речовин підлітками : монографія. Луцьк : Вежа Друк, 2013. 484 с.

47. Давидчук А. В., Грабарь И. В., Казакова С. Е. Основные принципы реабилитационно-профилактических программ для лиц детско-подросткового возраста при их зависимости от психоактивных веществ // Український медичний альманах. 2013. Т. 16, № 1. С. 129–132.

48. Дебер А. Как институт народного здоровья Швеции работает с вопросами предупреждения алкоголизма // Алкогольная политика в России и Норвегии. Москва, 2000. С. 11–19.

49. Декларация «Молодежь и алкоголь». Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 [Электронный ресурс].
URL: http://www.euro.who.int/eprise/main/who/AboutWHOPolicy/200302041 (дата обращения: 14.02.2014.).

50. Децик О. З., Карпінець І. М. Комплекс заходів профілактики алкоголізму на рівні первинної медичної допомоги // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2013. № 1. С. 76–79.

51. Динаміка поширення тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 1995, 1999, 2003 роки / О. М. Балакірєва, О. О. Яременко, О. Р. Артюх та ін. К. : Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2003. 174 с.

52. Доклад по проблеме алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. Исходный документ к основам политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. [Электронный ресурс]. URL: http://www.euro.who.int/Document/RC55/rbd01.pdf
(дата обращения: 14.02.2014.).

53. Дудко Т. Н. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. М., 2001. 68 с.

54. Дудко Т. Н., Зенцова, Н. И. Введение в психологическое консультирование в наркологи : монография. М. : Наука, 2013. 120 с.

55. Дудко Т. Н., Зенцова Н. И. Работа медицинского психолога в наркологи : методические рекомендации. М. : ФГБУ «ННЦ Наркологии Министерства здравоохранения России», 2013. 60 с.

56. Дунаєв О. В., Бельченко В. Є. Судово-медична оцінка випадків смертельних отруєнь наркотичними речовинами в Луганській області за 2005-2009 роках // Український медичний альманах. 2011. Т. 14, № 1. С. 80–81.

57. Епідемії алкоголізму та нарко- і токсикоманій у дзеркалі медичної статистики МОЗ України: аналітично-статистичний довідник 1990-2008 рр. / П. В. Волошин, М. В. Голубчиков, І. В. Лінський та ін. Харків : Плеяда, 2009. 168 с.

58. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков». Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. [Электронный ресурс]. URL: http://www.euro.who.int/Document/RC55/rdoc06.pdf.
(дата обращения: 11.02.2013.).

59. Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин – ЕСПАД (ESPAD) / Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка, 2011 [Електронний ресурс].
URL: http://www.uisr.org.ua/projects (дата звернення: 11.02.2013.).

60. Жарікова С. Особливості ставлення підлітків до здорового способу життя // Освіта регіону. 2013. № 2. С. 216–221.

61. Животовська Л. В., Сонник Г. Т. Особливості психосоціальної дезадаптації осіб з алкогольною залежністю // Таврический журнал психиатрии. 2010. № 1. С. 23–28.

62. Журавель Т. В., Лях Т. Л., Нікітіна О. М. Використання інтерактивних методів та мультфільмів у профілактиці ризикованої поведінки : методичний

посібник для спеціалістів, які працюють з бездоглядними та безпритульними дітьми і підлітками. Київ, 2010. 37 с.

63. Зарецкий В. В., Булатников А. Н. Психическое здоровье: нормативное и аддиктивное поведение // Профилактика зависимостей. 2015. № 1. С. 1–14.

64. Зарецкий В. В. Критерии мониторинговой оценки эффективности профилактической работы, реализуемой в образовательной среде // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2010. № 2. С. 118–130.

65. Зарецкий В. В. Факторы риска формирования зависимости от психоактивных веществ среди несовершеннолетних (Учебный модуль программы повышения квалификации «Профилактика наркологических расстройств») // Профилактика зависимостей. 2016. № 3. С. 23–48.

66. Захворюваність і поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин серед учасників антитерористичної операції в Україні за перше півріччя 2016 року / І. Я. Пінчук, О. О. Петриченко, О. В. Колодєжний та ін. // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 4. С. 11–14.

67. Здоров’я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України. Буклет № 5 : Куріння, алкоголь та наркотики. К. : ДУ «Український інститут соціальних досліджень МОЗ України», 2007. 12 с.

68. Зенцова Н. И., Сирота Н. А. Когнитивно-поведенческая модель профилактики рецидива при наркомании // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 2009. № 1. С. 81–88.

69. Зенцова Н. И., Фёдорова С. С. Склонность к манипулятивному поведению как одна из составляющих синдромокомплекса психологических нарушений при зависимостях от психоактивных веществ // Экспериментальная психология. 2013. № 2. С. 84–90.

70. Зенцова Н. И. Особенности психосоциальной адаптации лиц, зависимых от психоактивных веществ : монография. М. : Наука, 2013. 188 с.

71. Зінченко О. М. Особливості розповсюдження психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю в Україні // Архів психіатрії. 2011. № 2. С. 77–81.

72. Знаменська М. А., Слабкий Г. О. Аналіз захворюваності та поширеності хвороб серед населення України // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2015. Т. 5, № 3. С. 24–29.

73. Зріз наркологічної ситуації в Україні (дані 2010 року) / А. М. Вієвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк та ін. К., 2011. 22 с.

74. Зубченко С. О. Тютюнокуріння: вплив на здоров'я молоді // Львівський медичний часопиС. 2011. Т. 17, № 1. С. 112–119.

75. Карпінець І. М. Медико-соціальне обгрунтування оптимізованої системи профілактики алкоголізму : автореф. диС. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина». К., 2013. 23 с.

76. Керецман А. О., Палко А. І. Аналіз стану здоров'я студентів-медиків у залежності від біологічних факторів і способу життя протягом 2010-2012 років // Науковий вісник Ужгородського університету. Сер. : Медицина. Ужгород, 2013. Вип. 1. С. 162–166.

77. Кіосєва О. В. Мотиваційні предиктори вживання психоактивних речовин молоддю України // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, вип. 4. С. 61–64.

78. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013-2020 гг. [Электронный ресурс]. Женева: ВОЗ, 2013.
URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf?ua=1
(дата обращения: 11.02.2014.).

79. Контроль над тютюном в Україні. Другий Національний звіт. К. : ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2014. 128 с.

80. Кошкина Е. А., Киржанова В. В. Проблемы распространенности болезней зависимости и основные направления совершенствования наркологической помощи в России // Вопросы наркологии. 2013. № 6. С. 10–26.

81. Красовський К. С., Григоренко А. А., Андрєєва Т. І. Динаміка поширеності тютюнокуріння серед дітей та підлітків в Україні // Україна. Здоров'я нації. 2013. № 1. С. 85–90.

82. Кручаниця В. В. Детермінанти зловживання алкоголем населенням Закарпаття // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України. 2016. № 4. С. 18–22.

83. Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні: за результатами дослідження 2015 року в рамках міжнародного проекту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин – ESPAD» [Електронний ресурс]. / О. М. Балакірєва, Т. В. Бондар, Ю. Ю. Приймак та ін. К. : Фоліант, 2015. 200 С. URL: https://www.unicef.org/ ukraine/ukr/ESPAD-ForWEB.pdf (дата звернення: 01.09.2017).

84. Лінський І. В., Мінко О. І. Основні проблеми пов’язані з поширенням алкогольної залежності та наркоманії в Україні та шляхи їх розв’язання // Український вісник психоневрології. 2005. Т. 13, вип. 4. С. 8–10.

85. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Борвінко Е. В. Яким повинен бути сучасний управлінець у сфері охорони здоров’я // Україна. Здоров’я нації. 2016. № 4/1. С. 139–145.

86. Любінець О. В. Втрачений життєвий потенціал населення України у 2008 році // Україна. Здоров’я нації. 2010. № 3. С. 32–38.

87. Любінець О. В. Стан та прогноз середньої очікуваної тривалості життя населення в Україні // Україна. Здоров’я нації. 2010. № 2. С. 15–23.

88. Любінець О. В. Динаміка смертності населення України від хвороб органів дихання у регіональному аспекті // Україна. Здоров’я нації. 2010. № 1. С. 83–86.

89. Любінець О. В. Стан інформованості та знань організаторів охорони здоров’я щодо медико-демографічних проблем в Україні // Современная педиатрия. 2010. № 4. С. 14–16.

90. Любінець О. В., Орда О. М. Особливості та порівняльна характеристика смертності населення від основних причин в Україні та Європі // Україна. Здоров’я нації. 2012. № 4. С. 66–70.

91. Маркозова Л. М., Лінський І. В., Бараненко О. В. Аналіз динаміки поширеності та захворюваності на розлади психіки і поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин в Україні за період 1990-2014 років // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2017. Т. 4, № 1. С. 52–58.

92. Матюха Л. Ф., Тиш О. Б., Бухановська Т. М. Фактори ризику зниження захисних механізмів дихальних шляхів у підлітків // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2016. № 1. С. 37–40.

93. Медведовська Н. В. Сучасний стан здоров'я населення працездатного віку в Україні // Україна. Здоров'я нації. 2010. № 2. С. 24–33.

94. 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.

95. Медико-социологические аспекты характеристики токсикоманий у лиц подросткового и молодого возраста / С. И. Табачников, Е. Н. Харченко, Г. А. Приб и др. // Архів психіатрії. 2011. Т. 17, № 3. С. 61–66.

96. 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.

97. Мельничук І. В., Косаренко В. Л. Мотивація алкоголізму як прояв девіантної поведінки // Наука і освіта. 2011. № 3. С. 67–71.

98. Менделевич В. Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологи // Независимый психиатрический журнал. 2010. № 3. С. 21–27.

99. Меринов А. В., Шустов Д. И. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом // Наркология. 2011. № 3. С. 26–30.

100. Методологія та технологія виміру рівня поширення тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України: на прикладі Європейського опитування учнівської молоді (ESPAD) у 1995,

1999, 2003 роках / упоряд. та заг. ред. О. М. Балакірєвої, О. О. Яременка. Київ: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2003. 116 с.

101. Мінко О. І., Лісна Н. М., Маркозова Л. М. Індивідуально-психологічні особливості осіб з алкогольною залежністю та їх співзалежних родичів, які впливають на формування терапевтичного альянсу // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 3. С. 39–42.

102. Минков Е. Г. О совокупности условий, необходимой и достаточной для формирования зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. 2000. № 3. С. 51–57.

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

104. Молодь і наркотики: життя або смерть / Панасенко О. І., Самура Т. О., Панасенко Т. В. та ін. // Современный научный вестник. 2017. № 3. С. 48–51.

105. Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти / за ред. Е. М. Лібанової. К.: Інститут демографічних та соціальних досліджень ім. М. В. Птахи НАН України, 2010. 129 с.

106. Москаленко В. Д. Биологические, индивидуальные семейные и внесемейные факторы риска и защиты от злоупотребления психоактивными веществами у подростков // Новости медицины и фармации в мире. 2010. № 18. С. 26–28.

107. Мотивация к обращению за наркологической помощью и реабилитацией / Т. Н. Дудко, Н. И. Зенцова, О. В. Уманова, К. В. Мубаракова // Вопросы наркологии. 2015. № 3. С. 113–119.

108. Нагорна А. М., Беспалько В. В. Динаміка змін при наркотизації серед дітей та підлітків в умовах сьогодення // Вісник Вінницького державного медичного університету. 2001. Т. 5, № 2. С. 567–569.

109. Оцінка динаміки поширеності тютюнокуріння в Україні / К. С. Красовський, Т. І. Андрєєва, А. А. Григоренко, Н. А. Бутильська // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2009. № 2. С. 91–99.

110. Пенітеціарна система, наркотики та синдром набутого імунодифіциту. Історичні аспекти проблеми «в'язниця, наркотики та суспільство» / О. І. Панасенко, Т. О. Самура, Т. В. Панасенко та ін. // Приднепровский научный вестник. 2017. Т. 4, № 10. С. 32–34.

111. Пінчук І. Я. Модель системи охорони психічного здоров'я в Україні: ситуацій ний аналіз, концептуалізація та програмно-цільові підходи до реформування // Архів психіатрії. 2018. Т. 24, № 2. С. 72–76.

112. Погоріляк Р. Ю., Гульчій О. П. Особливості підготовки менеджерів охорони здоров'я // The unity of science. 2015. August. P. 84–87].

113. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків: монографія / Балакірєва О. М., Бондар Т. В., Павлова Д. М. та ін. Київ : Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2014. 156 с.

114. Полька Н. С., Яцковська Н. Я., Гозак С. В. Поширеність тютюнопаління серед підлітків України // Довкілля та здоров'я. 2008. № 1. С. 69–73.

115. Поширеність алкоголю серед дітей і підлітків / В. Ф. Москаленко, Л. І. Галієнко, Т. С. Грузєва, Г. В. Іншакова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. 2010. Т. 72, № 4. С. 107–108.

116. 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.

117. Проблема употребления наркотиков в студенческой среде и пути решения / Н. Н. Иванец, В. В. Киржанова, Е. В. Борисова, Н. И. Зенцова // Вопросы наркологии. 2010. № 3. С. 82–91.

118. Про затвердження Інструкції про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини : наказ, інструкція МОЗ України, МВС України, Генеральної прокуратури України, Мін'юсту України № 306/680/21/66/5 від 10.10. 1997 р. // Офіційний вісник України. 1997. № 48. Ст. 440.

119. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров’я в Україні на період до 2020 року : наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454 [Електронний ресурс].
URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html
(дата звернення: 05.05.2013).

120. Про затвердження плану заходів на 2019-2020 роки з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року : роз порядження Кабінету Міністрів України № 56-р від 6 лютого 2019 р. [Електронний ресурс]. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/56-2019-% D1%80
(дата звернення: 23.02.2019.).

121. Про затвердження Типового положення про центр ресоціалізації наркозалежної молоді : Постанова Кабінету Міністрів України № 979 від 16.09.2009 р. [Електронний ресурс].
URL: http://zakon1.rada.gov.ua/cgibin/laws/main.cgi (дата звернення: 05.05.2013.).

122. Про заходи щодо вдосконалення соціальної роботи із сім□ями, дітьми та молоддю : Постанова Кабінету Міністрів України № 1126 від 27.08.2004 р. [Електронний ресурс].
URL: http://zakon1.rada.gov.ua/cgibin/laws/main.cgi (дата звернення: 05.05.2013.).

123. Про молодіжні та дитячі громадські організації : Закон України від 1 груд. 1998 р. № 281-XIУ // Офіційний вісник України. 1998. № 51. С. 1–3.

124. Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори : Закон України від 15 лют. 1995 р. № 60/95-ВР // Відомості Верховної Ради України. 1995. № 10, ст. 60.

125. Про обов’язковий профілактичний наркологічний огляд і порядок його проведення : Постанова Кабінету Міністрів України № 1238 від 06.11.1997 р. // Офіційний вісник України. 1997. № 46. Ст. 53.

126. Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року : розпорядження Кабінету Міністрів України № 735-р від 28 серп. 2013 р. [Електронний ресурс].
URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-р
(дата звернення: 05.02.2014.).

127. Про управління якістю медичної допомоги : наказ МОЗ України від 24.02.2010 р. № 163 [Електронний ресурс].
URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100224_163.html
(дата звернення: 05.06.2013/).

128. Профілактика вживання наркотиків серед учнівської і студентської молоді : методичний посібник / Журавель Т. В., Самусь В. В., Сергеєва К. В. та ін.; за ред. Т. В. Журавель. Київ : ФО-П Буря О. Д., 2014. 96 с.

129. 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.

130. Радченко О., Радченко С. Ставлення молоді до вживання спиртних напоїв // Фізичне виховання, спорт і культура здоров’я у сучасному суспільстві. 2008. Т. 2. С. 212–214.

131. Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну // Офіційний вісник України. 2006. № 13. С. 128, ст. 861.

132. Раннее выявление случаев употребления психоактивных веществ среди лиц молодого возраста : методические рекомендации / Е. А. Кошкина, Г. А. Корчагина, Е. В. Фадеева и др. Москва, 2013. 56 с.

133. Редько А. Н., Сахарова П. Б. Мониторинг смертности населения от травм, отравлений алкоголем и наркотиками : пособие для организаторов здравоохранения / РИО ФГУ ЦНИИОИЗ МЗ и СР РФ. Москва, 2006. 55 с.

134. Рівень поширення і тенденції вживання тютюну, алкогольних напоїв, наркотичних речовин серед учнівської молоді України / О. М. Балакірєва, Т. В. Бондар, Ю. П. Галіч та ін. Київ : Обнова, 2011. 176 с.

135. Рябухін К. В. Аналітичне дослідження сучасного стану проблеми жіночого алкоголізму // Психічне здоров'я. 2011. № 3–4. С. 26–29.

136. Сирота Н. А., Зенцова Н. И. Исследование социального познания и социального интеллекта у лиц, зависимых от психоактивных веществ [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2010. № 4. URL: http://medpsy.ru (дата обращения: 10.11.2013).

137. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Вопросы современной профилактики зависимости от наркотиков и других психоактивных веществ // Вопросы наркологии. 2009. № 3. С. 63–104.

138. Система мониторинга – основа организации наркологической помощи в современных условиях / П. В. Волошин, И. В. Линский, А. И. Минко и др. // Український медичний часопиС. 2002. № 4. С. 46–49.

139. Слабкий Г. О., Кручаниця В. В., Круть А. Г. Щодо тягаря проблем в Україні, пов'язаних зі споживанням алкоголю // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 1–2. С. 258–259. [Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. «Можливості превентивного та лікувального впливу на соціально значимі захворювання в закладах первинної медико-санітарної допомоги» (12-13 квітня 2016 року, м. Ужгород)].

140. Слободянюк П. М. Засади та наукове обґрунтування принципів і підходів щодо формування системи інтегративної психотерапії алкогольної залежності // Український вісник психоневрології. 2011. Т. 19, № 2. С. 92–96.

141. Сосин И. К., Чуев Ю. Ф. О наркологической ситуации в Украине // Український вісник психоневрології. 2010. Т. 18, вип. 3. С. 174.

142. Стан психічного здоров'я населення та тенденції розвитку психіатричної допомоги на пострадянському просторі / П. В. Морозов, М. Г. Незнанов, О. В. Ліманкін та ін. // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, вип. 1. С. 11–17.

143. Стан та чинники здоров’я українських підлітків за результатами соціологічного дослідження в межах міжнародного проекту «Здоров’я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» («Health behaviour school-aged children» – HBSC) / ЮНІСЕФ, Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка. Київ : К.І.С., 2011. 172 с.

144. Стойка О. О. Розробка шляхів оптимізації медико-соціальної технології профілактики тютюнокуріння та оцінка її ефективності : дис... канд. мед. наук спец. : 14.02.03 / Український ін-т громадського здоров’я МОЗ України. К., 2007. 213 арк. Бібліогр.: арк. 165-185.

145. Стратегія розвитку профілактики в охороні здоров’я в Україні / А. М. Сердюк Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна, В. П. Широбоков // Журнал Національної академії медичних наук України. 2012. Т. 18, № 3. С. 358–371.

146. 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.

147. Сучасні та прогнозні тенденції смертності населення України : монографія / Г. О. Слабкий, О. М. Орда, Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець. К. : Медінформ, 2010. 180 с.

148. Табачніков С. І., Вієвський А. М., Жданова М. П. Клінічні особливості та провідні чинники вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків у світлі розробки комплексної багаторівневої системи його медико-соціальної кореляції та профілактики // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. 2012. Т. 7, № 1. С. 4–11.

149. Формування превентивної системи охорони здоров’я / А. В. Магльований, В. Й. Кімакович, Ю. А. Островерха та ін. // Управління у державі ІІІ тисячоліття : ІІ Міжнар. наук.-практ. конф., Львів, 2003. С. 171–184.

150. Управлінські обмеження як індикатор здатності і готовності керівників закладів охорони здоров’я до реформи системи охорони здоров’я / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Г. С. Канюка, О. В. Романова // Економіка і право охорони здоров’я. 2015. № 1. С. 81–87.

151. Цілі Сталого Розвитку: Україна. Національна доповідь. [Електронний ресурс]. URL: http://www.un.org.ua/images/SDGs_NationalReportUA_Web_1.pdf (дата звернення: 01.09.2017.).

152. Чоп'як В. В., Зубченко С. О. Ризик розвитку патологічних станів у студентської молоді під впливом тютюнопаління // Український медичний часопиС. 2011. № 1. С. 90–94.

153. Шафранський В. В., Дудник С. В. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 3. С. 12–18.

154. 2011 Health related behaviors survey of active duty military personnel [Electronic Resource] / M. F. Barlas, W. B. Higgins, J. C. Pflieger, K. Diecker; ICF International INC FAIRFAX VA, 2013.
URL: http://oai.dtic.mil/oai/oai?verb=getRecord&metadataPrefix=html&identifier=ADA582287&identifier=ADA582287 (accessed: 05.05.2014.).

155. Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome / Swaran P. Singh, Tom Burns, Shazad Amin et al. // Br. J. Psychiatry. 2004. Vol. 185. P. 452–459.

156. Alcohol and other Drugs Peer Education in Schools: Areview for the ACT Alcohol, Tobacco and other Drug Strategy Evaluation Group / Prepared by David McDonald. 30 September 2004. 20 p.

157. Alcohol involvement and the five-factor model of personality: a meta-analysis / Malouff J. M., Thorsteinsson E. B., Rooke S. E. et al. // J. Drug Education. 2007. Vol. 37, № 3. P. 277–294.

158. Alexander D. A., Klein S. First responders after disasters: a review of stress reactions, atrisk, vulnerability, and resilience factors // Prehospital Disaster Medicine. 2009. Vol. 24, issue 2. P. 87–94.

159. Allen J. P., Crawford E. F., Kudler H. Nature and Treatment of Comorbid Alcohol Problems and Post-Traumatic Stress Disorder Among American Military Personnel and Veterans // Alcohol research: current reviews. 2016. Vol. 38, № 1. P. 133.

160. Aluja A. O., Garcia O., Garcia L. F. Relationships among extraversion, openness to experience, and sensation seeking // PAID. 2003. Vol. 35, № 3. P. 671–680.

161. Anderson K. Young people and alcohol, drugs and tobacco / WHO, European Regional Office. Copenhagen : WHO, 1998. 95 p.

162. Andreeva T. I., Krasovsky K. S. Changes in smoking prevalence in Ukraine in 2001-5 // Tobacco Control. 2007. Vol. 16, № 3. P. 202–206.

163. Association between substance use, personslity traits, and platelet MAO activity in preadolescents and adolescents / Merenakk L., Harro M., Kiive E. et al. // Addict behave. 2003. Vol. 28, № 8. P. 1570–1514.

164. Benedek D. M., Fullerton C., Ursano R. J. First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers // Annual Review of Public Health. 2007. Vol. 28. P. 55–68.

165. Bogt T. T. F., Engels R. C., Dubas J. S. Party people: personality and MDMA use of house party visitors // Addict Behav. 2006. Vol. 31, № 7. P. 1240–1244.

166. Bouman W. P., Pinner G. Use of atypical antipsychotics in alkopsychiatry // Adv. Psychiat. Treat. 2002. Vol. 8. P. 49–58.

167. Bray R. M., Brown J. M., Williams J. Trends in binge and heavy drinking, alcohol-related problems, and combat exposure in the US military // Substance Use Misuse. 2013. Vol. 48, № 10. P. 799–810.

168. Burns J. J. Depressive symptoms and health risk among rural adolescents // Pediatrics. 2004. Vol. 113, № 5. P. 1313–1320.

169. Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults: Results from National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions / C. Blamco C., Y. Xu, K. Brady et al. // Drug Alcohol Dependence. 2013. Vol. 132, № 2. P. 630–638.

170. Comparison of Comorbid Physical Illnesses among Veterans with PTSD and Veterans with Alcohol Dependence / D. David, C. Woodward, J. Esquenazi, T. A. Mellman // Psychiatric Services. 2004. Vol. 55, № 1. P. 82–85.

171. Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: a randomized clinical trial / E. B. Foa, D. A. Yusko, C. P. McLean et al. // JAMA. 2013. Vol. 310, № 5. P. 488–495.

172. Concurrent Treatment of Substance Use and PSTD [Electronic publication] / J. C. Flanagan, K. J. Korte, T. K. Killen, S. E. Back // Current Psychiatry Reports. 2016. Vol. 18. № 70.
URL: http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11920-016-0709-y
(accessed: 05.05.2017.).

173. Corr P. J., Matthews G. The Cambridge handbook of personality psychology. NY : Cambridge University Press, 2009. 850 p.

174. Croff J. M., Leavens E., Olson K. Predictors of breath alcohol concentrations in college parties. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, Vol. 2, № 5. 2017. 9 p.
URL: https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13011-017-0095-4 (accessed: 10.08.2018).

175. Crozier W. R., Alden L. E. International handbook of social anxiety: concepts, research, and interventions relating to the self and shyness. New York : Wiley, 2001. P. 47–129.

176. Development of algorithms forensic training pharmaceutical seizures from illegal substance as an element of patient protection / Shapovalov V. V. (Jr.), Shapovalova V. A., Shapovalov V. V., Shuvera E. V. // European Applied Sciences. 2013. Vol. 2, № 5. P. 197–199.

177. Elevated alcohol consumption in null mutant mice lacking 5-HT1B serotonin receptors / J. C. Crabbe, T. J. Phillips, D. J. Feller et al. // Nature Genetics. 2008. Vol. 21, № 1. P. 101–108.

178. Engagement in risky behaviours by 15-19-year-olds from Polish urban and rural areas / K. Sygit, W. Kołłątaj, A. Wojtyła et al. // Ann. Agric. Environ. Med. 2011. Vol. 18, № 2. P. 404–409.

179. Examination of the Dynamic Interplay between Posttraumatic Stress Symptoms and Alcohol Misuse among Combat-Exposed Operation Enduring

Freedom (OEF)/Operation Iraqi Freedom (OIF) / Langton K. J., Fox A., King L. A., Vogt D. // J. Affective Disorders. 2016. Vol. 196. P. 234–242.

180. Fazel M., Wheeler J., Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review // Lancet. 2005. Vol. 365, № 9467. P. 1309–1314.

181. Framework for alcohol policy in the WHO European Region / WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark, 2006. 31 p.

182. Fuentes M. C., Alarcón A., García F. Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio // Anales de Psicología. 2015. Vol. 31, № 3. P. 1000–1007.

183. Fuller R. K., Gordis E. Does disulfram have a role in alcoholism treatment today? // Addiction. 2004. Vol. 99, № 1. P. 21–24.

184. Galantaminea cholinergic patch in the treatment of alcoholism randomized, placebo – controlled trial / K. Mann, K. Ackermann, A. Diehl et al. // Psychopharmacology. 2005. № 3. P. 1–7.

185. Gender differences in relationships among PTSD severity, drinking motives, and alcohol use in a comorbid alcohol dependence and PTSD sample / K. Lehavot, C. A. Stappenbeck, J. A. Luterek et al. // Psychology Addictive Behaviors. 2014. Vol. 28, № 1. P. 42–52.

186. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis / Gore F. M., Bloem P. J., Patton G. C., et al. // Lancet. 2011. Vol. 377, № 9783. P. 2093–2102.

187. Global status report on alcohol and health 2014. Luxemburg : World Health Organization, 2014. 376 p.

188. Griffin K. W., Botvin G. J. Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents // Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 2010. Vol. 19, № 3. P. 505–526.

189. Heather J. W., Vaughan R. D., Cohall A. T. Risk Factors for Substance Use among High School Students: Implications for Prevention // J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry. 1991. Vol. 30, № 4. P. 556–562.

190. Herrman H., Saxena S., Moodie R. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice [Electronic resource]. Geneva: WHO, 2005. URL: http://www.who.int/mental_health/evidence/en (accessed: 05.05.2015.).

191. Integrating mental health into primary care: a global perspective [Electronic resource]. Geneva : WHO and World Organization of Family Doctors, 2008.
URL: http://www.who.int/mental_health/policy/services/integratingmhintoprimarycare/en (accessed: 05.05.2014).

192. Johnson H., Thompson A. The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review // Clinical Psychology Review. 2008. Vol. 28, № 1. P. 36–47.

193. Kern M. L., Friedman H. S. Personality and pathways of influence on physical health // Social Pers. Psych. Compass. 2011. Vol. 5, № 1. P. 76–87.

194. Kenneth W. Griffin, Gilbert J. Botvin. Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents // Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2010. Vol. 19, № 3. P. 505–526.

195. Kotarba J. A. Drugs, Clubs and Young People: Sociological and Public Health Perspectives. [Electronic resource]. 2008. P. 46–48. URL: http://doi.org/10.1177/009430610803700125 (accessed: 05.05.2014.).

196. Lehtinen V., Sohlman B., Kovess-Masfety V. Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey // Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health. 2005. Vol. 1, № 9. P. 1–7.

197. Lyubinets O. Alkohol jako przyczyna zgonów ludności na Ukrainie // II Miedzynarodowa Konferencja Naukowa „Nierownosci w zdrowiu w miastach i na terenach wiejskich”. Lodz, 2009. S. 52–54.

198. Markon K. E. Hierarchiers in the structureof personality traits // Social Personality Psychol. Compass. 2009. Vol. 3. P. 812–826.

199. McAdams K. K., Donnellan M. B. Facets of personality and drinking in first-year college students // PAID. 2009. Vol. 46, № 2. P. 207–212.

200. McHugh R. K., Hearon B. A., Otto M. W. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders // Psychiatric Clinics North America. 2010. Vol. 33, № 3. P. 511–525. DOI: 10.1016/j.psc.2010.04.012.

201. McLean C. P., Su Y. J., Foa E. B. Mechanisms of symptom reduction in a combined treatment for comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence // J. Consult Clin Psychol. 2015. Vol. 83, № 3. P. 655–61. DOI : 10.1037/ccp0000024.

202. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference [Electronic resource]. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2005.
URL: http://www.euro. who.int/document/E87301. pdf (accessed: 05.05.2014.).

203. Methods for inducing alcohol craving in individuals with co□morbid alcohol dependence and posttraumatic stress disorder: behavioral and physiological outcomes / L. E. Kwako, M. L. Schwandt, J. R. Sells et al. // Addiction biology. 2015. Vol. 20, № 4. P. 733–746.

204. Miller W. R., Muñoz R. F. Controlling your drinking: Tools to make moderation work for you. NY : Guilford Press, 2013. 290 p.

205. Mounteney J., Griffiths P., Sedefov R. The drug situation in Europe: an overview of data available on illicit drugs and new psychoactive substances from European monitoring in 2015 // Addiction. 2016. Vol. 111, № 1. P. 34–48.

206. Movement for Global Mental Health. Position Statement on mental health in the post-2015 development agenda 2013 [Electronic resource].
URL: http://www.globalmentalhealth.org/sites/default/files/MGMH%20Position%20 (accessed: 09.10.2016).

207. Novotný J., Stančiak J., Ďurišová E. Drogová závislosť, rizikové faktory vedúce k recidíve a prevencia // Logos polytechnicos. Ročník 5, číslo 2. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2014. S. 17–36.

208. Operational Stress and Correlates of Mental Health Among Joint Task Force Guantanamo Bay Military Personnel / J. A., G. M. La Rosa, K. J. Schmitz et al. // J. traumatic stress. 2015. Vol. 28, № 6. P. 499–504.

209. Osterberg E. High alcohol – related burden of disease as basis for controlling total alcohol consumption // Addicton. 2006. Vol. 101, № 8. P. 10–70.

210. Other Drugs / ESPAD Group. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2016. 99 p.

211. Peculiarities and comparative characteristics of the population mortality caused by the main reasons in Ukraine, the Check Republic and other european coutries / O. Lyubinets, G. Slabkyj, Y. Pylypets et al. // SBORNÍK z mezinárodní konference “Jihlavské zdravotnické dny 2012”, II. ROČNÍK “Ošetřovatelská péče a porodní asistence v praxi”: Vysoká škola polytechnická. Jihlava, 2012. S. 547–556.

212. Population and pedigree studies reveal a lack of association between the dophamine receptor gene and alcoholism / A. M. Bolos, M. Dean, S. Lucas-Derse et al. // JAMA. 1990. Vol. 264, № 24. P. 3156–3160.

213. Post-traumatic stress disorder and alcohol misuse: comorbidity in UK military personnel / M. Head, L. Goodwin, F. Debell et al. // Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol. 2016. Vol. 51, Issue 8. P. 1171–1180.

214. Predictors of risky alcohol consuption in schoolchildren and their implications for preventions for preventing alcohol-related harm [Electronic document] / M. A. Bellis, K. Hughesk, V. Morleo et al. // Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. 2007. Vol. 2, № 15.
URL: https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-2-15 (accessed: 05.05.2014.).

215. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions / R. H. Pietrzak, R. B. Goldstein, S. M. Southwick, B. F. Grant // J. Anxiety Disord. 2011. Vol. 25, № 3. P. 456–465. DOI : 10.1016/j.janxdis.2010.11.010. Epub 2010 Nov 26.

216. Preventing suicide: a global imperative [Electronic resource]. Geneva: WHO, 2014.
URL: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention /world_report_2014/en (accessed: 05.05.2018).

217. Project VALOR: design and methods of a longitudinal registry of post-traumatic stress disorder (PTSD) in combat-exposed veterans in the Afghanistan and Iraqi military theaters of operations / R. C. Rosen, B. P. Marx, N. N. Maserejian et al. // Int. J. Methods Psychiatric Res. 2012. Vol. 21, issue1. P. 5–16.

218. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder [Electronic resource] / N. P. Roberts, P. A. Roberts, N. Jones, J. I. Bisson // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016. CD010204.

219. Psychological treatments for concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic review / D. Van Dam, E. Vedel, T. Ehring, P. M. Emmelkamp // Clinical Psychology Review. 2012. Vol. 32, № 3. P. 202214.

220. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: Effects on clinical presentation / I. Melle, T. K. Larsen, U. Haahr et al. // Arch. Gen. Psychiatry. 2004. Vol. 61, № 2. P. 143–150.

221. Relations Between Cognitive Functioning and Alcohol Use, Craving, and Post-Traumatic Stress: An Examination Among Trauma-Exposed Military Veterans with Alcohol Use Disorder / A. J. Heinz, D. L. Pennington, N. Cohen et al. // Military medicine. 2016. Vol. 181, № 7. P. 663–671.

222. Report on the problem of alcohol in the WHO European Region. A reference document to the basics of alcohol policy in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
URL: www.euro.who.int/Document/RC55/rbd01.pdf. (accesed 08. 2018).

223. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. The 2015 ESPAD Report.
URL: http://www.espad.org/report/home (accessed: 23.01.2016).

224. Riding K. K. Strategic Business Planning: A Dynamic System for Improving Performance & Competitive Advantage. NY., 2005. 115 p.

225. Robinson E. A. R., Brower K. J., E. Kurtz E. Life – changing experiences, spirituality and religiousness of persons entering treatment for alcohol problems // Alcohol. Treat. Quart. 2003. Vol. 21, № 4. P. 3–16.

226. Rotter, J. B. Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, 1954. Inc.
URL: http://dx.doi.org/10.1037/10788-000. (accessed: 05.05.2014).

227. Sanders B. Drugs, clubs and young people: Sociological and public health perspectives. Routledge, 2016. 199 p.

228. Schroeder S. A. Epilogue to Special Issue on Tobacco and Other Substance Use Disorders: Links and Implications // Am. J. Drug Alcohol Abuse. 2017. Vol. 43, № 2. P. 226–229.

229. 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.

230. Stančiak J., Novotný J. Drogy, Relaps, Resocializácia. Trnava: Tlačové štúdio Váry, 2016. 160 s.

231. STEPS optional module: mental health/suicide [Electronic resource]. Geneva:WHO, 2014.
URL: http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/modules/en/.
Title from screen (accessed: 08.10.2016).

232. Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model / I. D. Sigfusdottir, A. Kristjansson, T. Thorlindsson, K. Roe // Health Promotion International. 2008. Vol. 24, № 1. P. 16–25.

233. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis / D. Stuckler, Basu S., Suhrcke M. et al. // Lancet. 2009. Vol. 374, № 9686. P. 315–323.

234. The role of religion, spirituality and Alcoholics Anonymous in sustained sobriety / L. A. Kaskutas, N. Turk, J. Bond et al. // Alcohol. Treat. Quart. 2003. Vol. 21, № 1. P. 1–16.

235. The transactional model of development: How children and contexts shape each other / ed. Sameroff A. J. // American Psychological Association. Washington, DC, 2009. 290 p.

236. The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 countries. / Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S. et al. Stockholm, 2012. 394 p.

237. The WHO World Mental Health Surveys [Electronic resource] / R. Kessler, T. B. Ustun (editors). New York: Cambridge University Press, 2008. URL: http://link.springer.com/article/10.1007/s10654-010-9441-9 (accessed: 08.10.2016).

238. Trauma□ and Stress□Induced Response in Veterans with Alcohol Dependence and Comorbid Post□Traumatic Stress Disorder / E. Ralevski, S. Southwick, E. Jackson et al. // Alcoholism: clinical and experimental research. 2016. Vol. 40, Issue 8. P. 1752–1760. DOI : 10.1111/acer.13120.

239. Treatment of co-occurring PTSD-AUD: effects of exposurebased and non-trauma focused psychotherapy on alcohol and trauma cue-reactivity / E. Nosen, A. K. Littlefield, J. A. Stasiewicz et al. // Behaviour Res. Ther. 2014. Vol. 61. P. 35–42. DOI : 10.1016/j.brat.2014.07.003.

240. Understanding PTSD comorbidity and suicidal behavior: Associations among histories of alcohol dependence, major 60 depressive disorder, and suicidal ideation and attempts / S. M. Rojas, S. Bujarski, K. A. Babson et al. // J. Anxiety Disorders. 2014. Vol. 28, № 3. P. 318–325.

241. Violence and Risk of PTSD, Major Depression, Substance Abuse / Dependence, and Comorbidity: Results From the National Survey of Adolescents / D. G. Kilpatrick, K. J. Ruggiero, R. Acierno et al. // J. Consulting Clin. Psychol. 2003. Vol. 71, № 4. P. 692–700.

242. Web intervention for OEF/OIF veterans with problem drinking and PTSD symptoms: A randomized clinical trial / D. J. Brief, A. Rubin, T. M. Keane et al. // J. consulting clin. psychol. 2013. Vol. 81, № 5. P. 890.

243. What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control [Electronic resource]. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2004. URL: http://www.euro.who.int/ document/ E82969.pdf. (accessed: 08.05.2014).

244. WHO methods and data sources for global causes of death 2000−2012. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.7 [Electronic resource]. Geneva : WHO, 2014.

URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html (accessed: 08.07.2016).

245. WHO, 2001. Declaration “Youth and Alcohol”.[Electronic resource]. URL: http://www.euro.who.int/eprise/main/who/AboutWHO/Policy/200302041 (accessed: 10.06.2014).

246. WHO report on the global tobacco epidemic 2013. World Health Organization 2013 Russian (Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2013 г. ВОЗ, 2013; 164).

247. Wilkins K. C., Lang A., Norman S. B. Synthesis of the psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL) military, civilian and specific versions // Depression and Anxiety. 2011. Vol. 28, issue 7. P. 569–606. DOI:10.1002/ da.20837.

248. Wojtyła A., Bojar I., Biliński P. Problem spożywania alkoholu wśród młodzieży w Polsce // Medycyna ogólna. 2010. T. 16, № 4. S. 570–580.

249. Young people’s health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen, Denmark : WHO Regional Office for Europe, 2004. 238 p.

250. Youth Risk Behavior Surveillance– United States, 2017. Kann L, McManus T, Harris WA, et al. // MMWR Surveill Summ. 2018. Vol. 67. № 8. P. 1–114. [Electronic resource].
URL: https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29902162 (accessed: 10.10.2018).

251. Zentsova, N., Leonov S. Comparative characteristics of time perspective of professional athletes and drug addicted people // Procedia, social and behavioral sciences, Elsevier (United States), 2013. Vol. 78. P. 340–344.

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

(- особистий внесок здобувача)*

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Чемерис Н. М. Медико-соціальні аспекти проблеми вживання психоактивних речовин молоддю (огляд наукової літератури) // Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3. С. 285–291.

2. Чемерис Н. М. Медико-соціальні предиктори тютюнопаління серед студентської молоді // Acta Medica Leopoliensia=Львівський медичний часопис. 2017. Vol. 23, № 3. С. 59–64.

3. Чемерис Н. М. Вживання психоактивних речовин серед студентської молоді (результати анонімного опитування) // Вісник проблем біології і медицини. 2017. Вип. 4, т. 2. С. 188–192.

4. Чемерис Н. М., Любінець О. В. Медико-соціальні площини вживання алкогольвмісних напоїв серед студентської молоді // Україна. Здоров'я нації. 2018. № 1. С. 42–47 *(* ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків)*.

5. Чемерис Н. М., Любінець О. В. Основні тенденції захворюваності населення та поширеності хвороб, що пов'язані з вживанням психоактивних речовин в Україні // Acta Medica Leopoliensia=Львівський медичний часопис. 2018. Vol. 24, № 3. С. 58–64 *(* збір інформації та її систематизація у викладі матеріалу, написання статті та висновків)*.

6. Chemerys N., Lyubinets O., Krupka N. The state of the problem, causes, preventive actions on the use of psychoactive substances in Ukraine (results of doctor's survey) // European Journal of Medical Technologies. 2019. № 2. S. 16–23 *(* збір інформації, обробка та узагальнення даних, формування висновків)*.

7. Чемерис Н. М. Проблема підліткової наркоманії та шляхи її вирішення // Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я : [Монографія]. Львів : Медицина і право, 2013. С. 431–434.

Опубліковані наукові праці апробаційного характеру:

8. Чемерис Н. М. Медико-психологічні аспекти протидії поширенню алкоголізму, наркоманії, узалежнення ПАР серед дітей та молоді // Соціально-психологічні та медичні аспекти протидії поширенню суспільно-небезпечних узалежнень серед дітей та молоді: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 19-20 травня 2011 р. Львів, 2011. С. 21–31.

9. Чемерис Н. М. Домінанта протективних факторів над девіантною поведінкою у формуванні повноцінної особистості // Актуальні питання організації роботи щодо захисту прав дітей: збірник тез Всеукр. наук.-практ. конф., 17-18 травня 2012 р. Львів, 2012. С. 67–72.

10. Управління медико-соціальною сферою: стан та перспективи інтеграційних процесів / Фуртак І. І., Паробецька І. М., Рутовський Я. А., Крупка Н. М., Пилипець Я. Д. // Матеріали XIV конгресу Світової федерації українських лікарських товариств, 04-06 жовтня 2012 р. м. Донецьк. Донецьк; Київ; Чікаго, 2012. С. 65 *(* обробка, узагальнення та формування висновків)*.

11. Чемерис Н. М. Профілактика соціально-небезпечних узалежнень серед дітей // Україна. Здоров'я нації. 2013. № 4. С. 171–172. [Тези наук.-практ. конф. «Медико-соціальні питання в реформуванні сфери охорони здоров'я», присвяченої пам'яті професора В. М. Пономаренка].

12. Чемерис Н. М. Адиктивна детермінанта у молодих осіб при формуванні повноцінної особистості // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2015. № 2. С. 148–149. [Тези Міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2015 р. «Безпека харчових продуктів»].

13. Socio-Economic and Medical Determinants of Alcohol Abuse Among the Population of Transcarpathia Region / Kruchanytsya V., Mironyuk I., Chemerys N., Slabkiy G., Lyubinets O. // Konferencja Pediatryczna "Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego" (Polska, Rzeszow 24-26 maja 2018 r.). Rzeszow, 2018. S. 57 *(* збір інформації, обробка та узагальнення даних, формування висновків)*.

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертації:

14. Колінковський О. М., Крупка Н. М. Переваги та недоліки природного планування сім'ї // Другий національний конгрес з біоетики з міжнародною участю, 29 вересня-2 жовтня 2004 р., Київ. К., 2004. С. 104–105 *(* обробка, узагальнення та формування висновків)*.

15. Медико-соціальні площини превентивного виховання молоді щодо вживання психоактивних речовин: методичні рекомендації / підгот. Любінець О., Чемерис Н., Львів, 2017. 26 с. *(* обробка, узагальнення та формування висновків)*.

16. Любінець О. В., Чемерис Н. М. Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин: інформаційний лист № 321-2017. К., 2017. 5 с. (Вип. 18 з проблеми «Соціальна медицина»). *(* обробка, узагальнення та формування висновків)*.

Додаток А-1

РОЗРАХУНОК ВИБІРКОВОЇ СУКУПНОСТІ РЕСПОНДЕНТІВ

Генеральна сукупність:

- студентська молодь 1-х курсів 4 ВНЗ м.Львова у 2015 році – 3013 осіб;

- організатори охорони здоров'я (слухачі циклів підвищення кваліфікації ЛНМУ імені Данила Галицького у 2017 році) – 490 осіб.

Розрахунки обсягів вибіркової сукупності:

N = 26 962 n = 1 422

$\Delta = t\sqrt{\frac{s^2}{n}\left(1-\frac{n}{N}\right)} = 1{,}96 \times \sqrt{\frac{0{,}25}{1422}\left(1-\frac{1422}{26962}\right)} = 1{,}96 \times \sqrt{\frac{0{,}25 \times 0{,}9473}{1422}} = 1{,}96 \times \sqrt{0{,}0001} = 1{,}96 \times 0{,}01 = 0{,}025$ або $\mathbf{2,5}\%$

$\Delta = t\sqrt{\frac{s^2}{n}\left(1-\frac{n}{N}\right)} = 1{,}96 \times \sqrt{\frac{0{,}25}{198}\left(1-\frac{198}{490}\right)} = 1{,}96 \times \sqrt{\frac{0{,}25 \times 0{,}596}{198}} = 1{,}96 \times \sqrt{0{,}000752} = 0{,}0538$ або $\mathbf{5,38}\%$

N = 3 013 n = 1 422

$\Delta = t\sqrt{\frac{s^2}{n}\left(1-\frac{n}{N}\right)} = 1{,}96 \times \sqrt{\frac{0{,}25}{1422}\left(1-\frac{1422}{3013}\right)} = 1{,}96 \times \sqrt{\frac{0{,}25 \times 0{,}528}{1422}} = 0{,}01888$ або $\mathbf{1,9}\%$

Додаток А-2

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра організації і управління охороною здоров'я ФПДО

Просимо Вас позначити у наступних картах ЄДИНУ на кожне питання, найправильнішу на Вашу думку відповідь, ПОВНІСТЮ ЗАМАЛЮВАВШИ «■» передуючу їй помітку

КАРТА соціологічного дослідження поширеності шкідливих звичок та їх профілактики

1. Чи вважаєте Ви, що головну роль у впливі на здоров'я людей відіграють фактори ризику, об'єднані під загальною назвою «Здоровий спосіб життя» (50%):
- ☐ Так
- ☐ Ні

2. Який з факторів ризику, що входять у спосіб життя, на Вашу думку, має найбільш негативне значення:
- ☐ Куріння
- ☐ Вживання алкоголю
- ☐ Вживання наркотиків
- ☐ Нераціональне харчування
- ☐ Шкідливі умови праці
- ☐ Зловживання ліками

3. Як Ви розумієте вислів «Здоровий спосіб життя»:
- ☐ Це збалансована дієта
- ☐ Відмова від шкідливих звичок (алкоголю, тютюну, наркотиків)
- ☐ Все разом
- ☐ Заняття фізкультурою і спортом

4. Ви про себе можете сказати:
- ☐ Я веду здоровий спосіб життя
- ☐ Я намагаюся дотримуватися здорового способу життя, але маю шкідливі звички
- ☐ Ваш варіант відповіді _____
- ☐ Я дотримуюсь здорового способу життя, але не завжди

5. Як Ви оцінюєте сучасний стан Вашого здоров'я:
- ☐ Добрий
- ☐ Не дуже добрий
- ☐ Досить не поганий
- ☐ Поганий

6. Вкажіть, будь-ласка, коли Ви почали курити:
- ☐ В школі
- ☐ Після одержання диплому
- ☐ Під час навчання в медичному вузі
- ☐ Не курю

7. Чи в момент початку куріння Ви знали про його шкідливість:
- ☐ Так
- ☐ Ні
- ☐ Ніколи не курив

8. Яка була причина почати тютюнокуріння:
- ☐ Наслідування друзів
- ☐ Для створення іміджу
- ☐ Погані стосунки з батьками
- ☐ Наслідування дорослих
- ☐ Вплинула реклама сигарет
- ☐ Не можу назвати причини
- ☐ Внаслідок стресу
- ☐ Для задоволення
- ☐ Ніколи не курив

9. Скільки років Ви курите:
- ☐ До року
- ☐ 5-10
- ☐ Більше 20
- ☐ 1-4
- ☐ 11-20
- ☐ Не курю

10. Скільки випалюєте сигарет на добу:
- ☐ 1-4
- ☐ 11-20
- ☐ Не курю
- ☐ 5-10
- ☐ Більше 20

11. Члени Вашої родини курять вдома?
- ☐ Так
- ☐ Ні

12. Які на вашу думку найбільш ефективні заходи боротьби з курінням:
- ☐ Санітарна освіта
- ☐ Позиція близьких
- ☐ Рівень освіти
- ☐ Державні стратегії
- ☐ Самоусвідомлення

13. Якщо Ви не курите (вказати одну з причин):
- ☐ Ваші друзі не курять
- ☐ У мене немає грошей на сигарети
- ☐ Інше _____
- ☐ Це шкодить моєму здоров'ю
- ☐ Зважаю на думку дорослих (батьків, вчителів)
- ☐ Думаю, що важко буде кинути курити
- ☐ Мій близький друг не цінить цього

14. Куріння сигарет викликає у Вас:
- ☐ Відразу
- ☐ Байдужість
- ☐ Задоволення

15. Як часто Ви споживаєте спиртні напої, в т.ч. слабоалкогольні:
- ☐ Тільки в святкові дні
- ☐ 2-3 рази на місяць
- ☐ Кожен день
- ☐ Святкові дні, не частіше 1 разу на місяць
- ☐ Кілька разів на тиждень
- ☐ Не вживаю

16. Ваша перша спроба вживання спиртовмісних напоїв:
- ☐ 12-15 років
- ☐ у навчальному закладі (після закінчення школи)
- ☐ У оздоровчому таборі, на відпочинку
- ☐ 16-18 років

17. Місце вживання спиртовмісних напоїв:
- ☐ Перша спроба:
- ☐ В барі, клубі, на дискотеці
- ☐ На вулиці, парках, пляжах
- ☐ Вдома
- ☐ Останнє вживання:
- ☐ В барі, клубі, на дискотеці
- ☐ У гостях
- ☐ Вдома
- ☐ На вулиці, парках, пляжах
- ☐ У гостях

18. Причини першої спроби вживання спиртовмісних напоїв:
- ☐ Було цікаво
- ☐ Не хотілося виділятися від колективу
- ☐ Хотілося отримати нові відчуття
- ☐ Хотілося втекти від проблем, негативу

19. Виділіть 2-3 причини з приводу яких молодь використовує алкоголь:
- ☐ Наслідування друзів
- ☐ Для створення іміджу, впевненості у собі
- ☐ Погані стосунки з батьками
- ☐ Наслідування дорослих
- ☐ Вплинула реклама алкогольних напоїв
- ☐ Не можу назвати причини
- ☐ Внаслідок стресу
- ☐ Для задоволення
- ☐ Інше _____

20. Як часто Ви п'єте напої, які містять алкоголь:
- ☐ Ніколи
- ☐ Від 2 до 4 разів у місяць
- ☐ 4 рази в тиждень
- ☐ Раз в місяць або рідше
- ☐ Від 2 до 3 разів на тиждень
- ☐ Частіше

21. Який перший алкогольний напій Ви спробували:
- ☐ Пиво
- ☐ Вино, шампанське
- ☐ Інше: _____
- ☐ Джин-тонік, ром-кола, бренді-кола
- ☐ Горілка, коньяк, віскі

22. Які напої Ви вживаєте:
- ☐ Пиво
- ☐ Вино
- ☐ Енергетичні напої
- ☐ Слабоалкогольні напої
- ☐ Міцні напої
- ☐ Інше: _____

24. Ваша думка – чи є шкідливим вживання цих напоїв для Вашого здоров'я:

- ☐ Так
- ☐ Ні

25. Якщо у Вас є вільні кошти, який напій Ви придбаєте?:

- ☐ Мінеральну воду
- ☐ Пиво
- ☐ Горілку, віскі, коньяк
- ☐ Кока/пепсі-колу
- ☐ Джин-тонік, ром-колу, бренді-колу
- ☐ Енергетичний напій
- ☐ Сік
- ☐ Вино, шампанське
- ☐ Інше: _____

26. Чи вживаєте Ви наркотичні речовини:

- ☐ Так
- ☐ Ні

27. Ваша перша спроба вживання наркотичних речовин:

- ☐ 13-15 років
- ☐ 16-18 років
- ☐ не вживав

28. Місце вживання наркотичних речовин

- ☐ Перша спроба:
- ☐ В барі, клубі, на дискотеці
- ☐ У гостях
- ☐ Вдома
- ☐ у навчальному закладі (після школи)
- ☐ На вулиці, парках, пляжах
- ☐ У гостях
- ☐ Останнє вживання:
- ☐ В барі, клубі, на дискотеці
- ☐ На вулиці, парках, пляжах
- ☐ Вдома
- ☐ Не вживаю

29. Шляхи придбання наркотичних речовин:

- ☐ Від старшого колеги
- ☐ У компанії друзів
- ☐ Від малознайомих осіб

30. Причини вживання наркотиків:

- ☐ Було цікаво
- ☐ Нічого робити
- ☐ Хотілося втекти від проблем, негатив
- ☐ Хотілося отримати нові відчуття
- ☐ Не хотілося виділятися від колективу
- ☐ Не знаю

31. Які наркотичні речовини Ви вживаєте:

- ☐ Марихуана, гашиш, травка
- ☐ Амфетамін
- ☐ Не вживаю
- ☐ Кодтерпін
- ☐ Вживаю кілька наркотичних речовин
- ☐ Екстазі
- ☐ Інші _____

32. Як часто Ви вживаєте наркотичну речовину:

- ☐ Раз у кілька місяців
- ☐ Від 2 до 4 разів у місяць
- ☐ 4 рази в тиждень
- ☐ Раз у місяць
- ☐ Від 2 до 4 разів на тиждень
- ☐ Частіше

33. Як на Ваше здоров'я впливають наркотичні речовини (Ваша думка):

- ☐ Шкідливо
- ☐ Викликають залежність
- ☐ Ніяк
- ☐ Не впливають
- ☐ Покращують настрій, додають впевненості
- ☐ Не знаю

34. На скільки, на Вашу думку, доступні наркотики:

- ☐ Я не знаю де дістати наркотики
- ☐ Для мене дістати наркотики можливо, але складно
- ☐ Я легко можу дістати наркотики
- ☐ Інше _____

35. Де , на Вашу думку, можна придбати наркотики:

- ☐ На вулиці
- ☐ У нічному клубі, дискотеці
- ☐ Інше _____
- ☐ У навчальному закладі (гуртожитку)
- ☐ В аптеці

36. У Вашій родині є особи, що зловживають (батьки, брати, сестри):

- ☐ Алкоголем
- ☐ Наркотичними речовинами
- ☐ Тютюном
- ☐ Таких немає

37. Чому на Вашу думку, люди вживають спиртовмісні напої, наркотики:

- ☐ Нудно жити
- ☐ Експерименти зі свідомістю
- ☐ Це стильно
- ☐ Особисті проблеми
- ☐ Своєрідна форма протесту
- ☐ За компанію

38. Ваші батьки знають про факти зловживання Вами:

- ☐ Алкоголем
- ☐ Наркотичними речовинами
- ☐ Тютюном
- ☐ Не знають

39. Хто-небудь з членів Вашої родини має шкідливі звички:

- ☐ У споживанні алкоголем
- ☐ У використанні наркотичних речовин
- ☐ Я не хочу відповідати на це питання
- ☐ Куріння
- ☐ Не мають

40. З ким Вам легко обговорювати проблеми, що Вас турбують:

- ☐ З батьками
- ☐ З психологом
- ☐ З священнослужителем
- ☐ З братами, сестрами
- ☐ З медичним працівником
- ☐ Ваш варіант _____
- ☐ Однолітками
- ☐ Друзями

41. Найбільш важливу інформацію про куріння, алкоголь або наркотики за останній місяць Ви отримали від (можливо декілька відповідей)

- ☐ Від батька
- ☐ Від однолітків, друзів
- ☐ Журналів, книг, газет
- ☐ Від мами
- ☐ Викладачів
- ☐ Ваш варіант _____
- ☐ Від старшого брата, сестри
- ☐ З радіо/телебачення
- ☐ Не отримував

Дещо про себе

42. Стать:

- ☐ Чоловіча
- ☐ Жіноча

43. Вік (повних років):

- ☐ 18 р.
- ☐ 20 р.
- ☐ 22 р.
- ☐ 19 р.
- ☐ 21 р.
- ☐ Більше 22 р.

44. Місце проживання:

- ☐ З батьками, дідусем, бабусею
- ☐ В гуртожитку
- ☐ На квартирі (2-4 особи)
- ☐ Сам (маю свою сім'ю)
- ☐ На квартирі (сам)
- ☐ Інше _____

45. Чи хтось з ваших батьків мають вищу освіту?

- ☐ Так
- ☐ Ні

46. Місце навчання:

_____

47. Курс:

- ☐ I
- ☐ III
- ☐ V
- ☐ II
- ☐ IV
- ☐ VI

48. Спеціалізація:

- ☐ Лікувальна справа
- ☐ Медико-профілактична справа
- ☐ Фармація
- ☐ Педіатрія
- ☐ Стоматологія
- ☐ _____

Додаток А-3

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

ЛНМУ ім. Данила Галицького

Карта

соціологічного дослідження стану інформованості та знань щодо системи профілактики зловживання психоактивними речовинами в Україні

1. Що, на Вашу думку, характеризує стан системи профілактики зловживання психоактивними речовинами в державі?

☐ - стан захворюваності і поширеності серед населення узалежнених

☐ - витрати на гігієнічне виховання населення

☐ - державні програми наркопревенції

☐ - рівень інформованості громадян і готовність їх до співпраці

☐ - потреба у спеціалізованій медичній допомозі

☐ - недостатні економічні витрати суспільства на охорону здоров'я

☐ - інше (вкажіть) _____

☐ - _____

2. Яка на Вашу думку загальна тенденція на сьогоднішній день зловживання психоактивними речовинами **в світі**?

☐ - рівень стабільний

☐ - знижується

☐ - має тенденцію до росту

☐ - швидко зростає

☐ - зростає в слаборозвинутих країнах

☐ - інше (вкажіть) _____

☐ - _____

3. Вкажіть, будь ласка, на тенденцію рівня зловживання психоактивними речовинами **в Україні** на сьогоднішній день -

☐ - рівень стабільний ☐ - рівень знижується

☐ - рівень зростає ☐ - не знаю

☐ - (вкажіть) _____

4. В структурі зловживання психоактивними речовинами в Україні переважає:

☐ - споживання слабоалкогольних напоїв або енергетиків

☐ - споживання алкоголю ☐ - паління тютюну

☐ - вживання курильних сумішей (канабіноїди, суміші для кальяну)

☐ - вживання стимуляторів (амфетаміни, екстазі тощо)

☐ - вживання опіоїдів (субітекс, ширка, героїн тощо)

☐ - інше (вкажіть) _____

.....

5. Найбільш високий рівень зловживання психоактивними речовинами в Україні реєструється:

5.1. □ - у чоловіків □ - у жінок □ - у підлітків та дітей

5.2. □ - у міській місцевості □ - у сільській місцевості

5.3. □ - в якому регіоні України (вкажіть) _____

□ - не має різниці □ - інше (вкажіть) _____

6. Які основні чинники високого рівня зловживання психоактивними речовинами в Україні (оцініть все в розмірі 10 балів):

- соціально-економічні ……, в т.ч. низький рівень поінформованості населення ……., - спосіб життя …….

- біологічні ……. - індивідуальні ……

- інші (вкажіть)_____ …..

7. Що і в якій мірі, на Вашу думку, зумовлює високий рівень зловживання психоактивними речовинами в Україні (оцініть все в розмірі 10 балів):

- бездіяльність на державному рівні …..... - економічні причини ……..

- стан системи охорони здоров'я . . - соціально-психологічні чинники……

- недостатня увага з боку первинної ланки до виявлення і профілактики ……

- низький рівень санітарно-освітньої роботи…. - генетична схильність……

- соціально-психологічні чинники……

- інше (вкажіть) _____ ……..

8. На Вашу думку, які заклади охорони здоров'я повинні відігравати провідну роль в організації медичної допомоги населенню, яке зловживає психоактивними речовинами (вкажіть не більше **трьох** основних):

□ амбулаторії сімейної медицини □ багатопрофільні лікарні

□ центри ПМСД □ ЦРЛ, міські лікарні, центри □ центри здоров'я

□ приватна медицина □ центр громадського здоров'я

□ спеціалізовані медичні заклади (кабінети профілактичної роботи)

□ інше (вкажіть) _____

9. Що в системі охорони здоров'я нашої держави сприяло зростанню рівня зловживання психоактивними речовинами (оцініть всі позиції в 10 балах):

- низький рівень диспансеризації населення .....

- несвоєчасне звернення населення за медичною допомогою .....

- ступінь кваліфікації лікарів ……

- ступінь професіоналізму середніх мед працівників ……..

- відсутність державних реабілітаційних закладів для узалежнених……

- низький рівень профілактичної роботи …… СНІД-залежні ……..

- недостатньо якісний рівень надання медичної допомоги (незавершений лікувальний процес)

- інше (вкажіть) _____ …….

10. Які соціально-економічні фактори сприяють зростанню рівня зловживання психоактивними речовинами серед молоді (оцініть всі позиції в 10 балах):

- погіршення матеріального стану населення ……..
- високий рівень матеріального стану населення .....
- гендерні фактори …… - соціально-правовий захист ….....
- занятість населення (безробіття) …….. - урбанізація …….....
- погіршення матеріально-технічної бази медичних закладів .....
- рівень злочинності в регіоні ……
- інші (вкажіть)_____ .....
- _____

_____

_____……..

11. Які на Вашу думку елементи СПОСОБу ЖИТТЯ впливають на зростання рівня зловживання психоактивними речовинами серед молоді (оцініть всі позиції в 10 балах):

- низька або відсутність фізичної активності .....
- неповноцінне та нерегулярне харчування ……
- важкі умови праці …… - стосунки, стреси в сім'ї ……
- одинокість …… - психологічні особливості індивіда ……..
- спілкування з людьми, які зловживають психоактивними речовинами ……..
- інше (вкажіть)_____

_____

_____

_____……..

12. Які гарантії (заходи) повинні запровадити КМ України, МОЗ України для зниження рівня зловживання психоактивними речовинами серед молоді? (вкажіть не більше **трьох** основних):

- ☐ - створення державних реабілітаційних закладів для узалежнених
- ☐ - поліпшити фінансування закладів охорони здоров'я
- ☐ - проведення превентивних заходів в навчальних закладах
- ☐ - поліпшити якість медичної допомоги
- ☐ - запровадити обов'язкове соціальне медичне страхування
- ☐ - широко впроваджувати та контролювати виконання державних та міжгалузевих програм
- ☐ - інші (вкажіть) _____

_____

13. На Вашу думку, при яких патологічних станах можливе формування залежності від вживання наркотичних препаратів з лікувальною метою:

□ у пацієнтів хоспісів □ онкологічних хворих

□ пацієнтів травматологічних відділень

□ пацієнтів хірургічного профілю

□ пацієнтів з розладами психіки і поведінки (наркологічного і психіатричного профілю)

□ Ваш варіант ……

……

14. Чи знаєте Ви про Постанову Кабінету Міністрів України щодо Стратегії Державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року?

□ - так □ - ні _____ впишіть рік видання Постанови

□ - інше: _____

15. Що необхідно зробити в державі/регіоні з метою зниження рівня зловживання психоактивними речовинами серед молодого населення?

_____

_____

_____

_____ .

16. Ваші дані: вік (років) ..... стать: М Ж

місце проживання: □ обл.центр □ районний центр □ місто □ село

місце праці: □ ЛА □ ДЛ □ РЛ □ ЦРЛ □ МЛ □ ОЛ

посада: □ гол.лікар □ заст.гол.лікаря □ лікар-статистик

□ начальник/завідувач управління/відділу/департаменту ОЗ

□ заступник начальника/завідувача управління/відділу/департаменту ОЗ

□ спеціаліст управління/відділу/департаменту ОЗ

виборні органи: □ депутат ВР □ депутат Облради

□ депутат міськради □ депутат райради

□ депутат селищної/сільради

Для організаторів охорони здоров'я: сертифікат/кваліфікаційна категорія*(обвести)*:

зі спеціальності організація і управління ОЗ - вища, перша, друга

стаж роботи: загальний медичний ____ років

зі спеціальності організація і управління ОЗ _____ років

Дякуємо за заповнену анкету.

Додаток А-4

АНКЕТА ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ

Шановні експерти!

Просимо Вас оцінити за 10-бальною шкалою в цілому та складові оптимізованої моделі профілактики вживання психоактивних речовин серед студентської молоді на регіональному рівні.

Запропоновані інновації / бали	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Удосконалена система профілактики вживання ПАР серед молоді, яка навчається на регіональному рівні в цілому										
2. Чи відповідатиме реалізація запропонованих інновацій принципам системності в організації профілактики вживання ПАР серед молоді, яка навчається на регіональному рівні										
3. Чи відповідатиме реалізація запропонованих інновацій принципам комплексності в організації профілактичних заходів щодо вживання ПАР серед молоді на регіональному рівні										
4. Відповідність реформі медичної галузі										
5. Залучення громадських організацій										
6. Спрямова-ність на макси-мальне запобі-гання узалеж-нення від ПАР										
7. Інформуван-ня молоді про шкідливу дію ПАР через систему інтернет (youtube, skype, база даних електронних контактів пацієнтів)										
8. Розроблення критеріїв якості життя студентської молоді										
9. Опитування пацієнтів щодо розуміння про шкідливу дію ПАР										

Примітка: оцінка експертами проводиться за 10 бальною шкалою.

0 балів - відсутність позитивної оцінки;

10 балів – найвища оцінка.

Додаток Б

РОЗРАХУНОК КОНКОРДАЦІЇ УЗГОДЖЕНОСТІ ЕКСПЕРТІВ

1. Складання зведеної матриці рангів за заповненими експертами анкетами:

Експерти № з.п.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**
1	10	10	10	9	10	9	9	10	10	9	9	9	10
2	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
3	10	9	9	9	9	8	9	10	10	9	9	9	9
4	9	8	9	9	9	9	9	9	9	8	8	9	8
5	8	8	9	9	9	9	9	9	9	8	8	9	8
6	9	9	9	9	9	9	9	9	9	8	8	9	8
7	9	8	9	8	9	8	8	9	9	8	8	7	8
8	8	8	8	8	8	8	7	8	8	7	7	7	8
9	9	9	9	8	9	8	8	9	9	8	8	8	8

2. Так як в матриці є пов'язані ранги (однаковий ранговий номер) в оцінках всіх експертів, зроблено їх переформування. Переформування рангів проводилося без зміни думки експерта, тобто між ранговими номерами зберігалися відповідні співвідношення (більше, менше або дорівнює). На підставі переформування рангів була збудована нова матриця рангів:

Експерти № з.п.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**Сума рангів**	**d**	**d^2**
X_1	8,5	9,0	9,0	6,5	9,0	6,5	6,5	8,5	8,5	8,0	8,0	6,5	9,0	103,5	38,5	1482,25
X_2	5,0	6,5	5,0	6,5	5,0	6,5	6,5	4,5	4,5	8,0	8,0	6,5	7,5	80,0	15,0	225,00
X_3	8,5	6,5	5,0	6,5	5,0	6,5	6,5	8,5	8,5	8,0	8,0	6,5	7,5	91,5	26,5	702,25
X_4	5,0	2,5	5,0	6,5	5,0	6,5	6,5	4,5	4,5	4,0	4,0	6,5	3,5	64,0	-1,00	1,00
X_5	1,5	2,5	5,0	6,5	5,0	6,5	6,5	4,5	4,5	4,0	4,0	6,5	3,5	60,5	-4,5	20,25
X_6	5,0	6,5	5,0	6,5	5,0	6,5	6,5	4,5	4,5	4,0	4,0	6,5	3,5	68,0	3,0	9,00
X_7	5,0	2,5	5,0	2,0	5,0	2,0	2,5	4,5	4,5	4,0	4,0	1,5	3,5	46,0	-19,0	361,00
X_8	1,5	2,5	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	3,5	20,0	-45,0	2025,00
X_9	5,0	6,5	5,0	2,0	5,0	2,0	2,5	4,5	4,5	4,0	4,0	3,0	3,5	51,5	-13,5	182,25
Σ	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	585		5008,00

3. Надалі проводився розрахунок правильності складання матриці на основі контрольної суми за формулою:

$$d = \sum x_{ij} - \frac{\sum\sum x_{ij}}{n} = \sum x_{ij} - 66$$

4. Проводимо аналіз значущості досліджуваних інновацій:

Інновації	**Сума рангів**
X_8	20,0
X_7	46,0
X_9	51,5
X_5	60,5
X_4	64,0
X_6	68,0
X_2	80,0
X_3	91,5
X_1	103,5

5. Надалі проводилась оцінка середнього ступеня узгодженості думок всіх експертів:

$$W = \frac{S}{\frac{1}{12}m^2(n^3-n)-m\sum T_i}$$

де S = 5008,00, n = 9, m = 13

$$T_i = \frac{1}{12}\sum(t_l^3 - t_l)$$

де Li – число звя’зок (видів повторюваних елементів) в оцінках і-го експерта, tl – кількість елементів в l-й зв’язці для і-го експерта (кількість повторюваних елементів).

T1 = [(23-2) + (53-5) + (23-2)]/12 = 11

T2 = [(43-4) + (43-4)]/12 = 10

T3 = [(73-7)]/12 = 28

T4 = [(63-6) + (33-3)]/12 = 19.5

T5 = [(73-7)]/12 = 28

T6 = [(63-6) + (33-3)]/12 = 19.5

T7 = [(63-6) + (23-2)]/12 = 18

T8 = [(23-2) + (63-6)]/12 = 18

T9 = [(23-2) + (63-6)]/12 = 18

T10 = [(33-3) + (53-5)]/12 = 12

T11 = [(33-3) + (53-5)]/12 = 12

T12 = [(63-6) + (23-2)]/12 = 18

T13 = [(23-2) + (63-6)]/12 = 18

∑Ti = 11 + 10 + 28 + 19.5 + 28 + 19.5 + 18 + 18 + 18 + 12 + 12 + 18 + 18 = 230

$$W = \frac{5008}{\frac{1}{12} \cdot 13^2(9^3 - 9) - 13 \cdot 230} = 0.7$$

W = 0,70 говорить про наявність високого ступеня узгодженості думок експертів.

6. Проводимо оцінку значущості коефіцієнта конкордації. Для цього обчислюємо критерій узгодженості Пірсона

$$\chi^2 = \frac{S}{\frac{1}{12} mn(n+1) + \frac{1}{n-1} \sum T_i}$$

$$\chi^2 = \frac{5008}{\frac{1}{12} 13 \cdot 9(9+1) + \frac{1}{9-1} 230} = 72.84$$

Обчислений χ2 порівнюємо з табличним значенням для числа ступенів свободи K = n-1 = 9-1 = 8 і при заданому рівні значущості α = 0,05.

Так як, χ2 розрахунковий 72,84 ≥ табличного (15,50731), то W = 0,70 – величина не випадкова, а тому отримані результати мають сенс і можуть використовуватися в подальших дослідженнях.

Додаток В

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОБОВ'ЯЗКИ

1. Загальні положення

1.1. Медичний координатор призначається на посаду і звільняється з посади наказом генерального директора у відповідності до чинного законодавства.

1.2. Основними завданнями медичного координатора є скерування, координування та безперервний супровід пацієнта .

1.3. У своїй діяльності керується чинним законодавством України, наказами і розпорядженнями МОЗ України, Департаменту охорони здоров'я ЛОДА, Статутом медичного закладу, Правилами внутрішнього розпорядку, наказами і розпорядженнями генерального директора, даною посадовою інструкцією.

2. Кваліфікаційні вимоги

2.1. На посаду медичного координатора призначається особа, яка має неповну вищу освіту (бакалавр, спеціаліст) за напрямком підготовки «Медицина»; проходження курсів спеціалізації за спеціальністю, наявність сертифікату та посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії.

3. Функції

3.1. Надання координування та безперервного супроводу пацієнту при першому звертанні, з метою раннього виявлення та зниження стигм дискримінації при зверненні .

4. Функціональні обов'язки

Медичний координатор зобов'язаний:

4.1. Працювати відповідно до графіка роботи, затвердженого генеральним директором, на роботу приходити вчасно. При неможливості, по поважній причині вийти на роботу, негайно повідомити завідувача відділення.

4.2. Співпрацювати з правоохоронними органами, соціальними службами, юридичним консультантом, лікарями загально соматичної мережі, реабілітаційними центрами, громадськими організаціями та іншими відомствами та службами дотичними до проблеми вживання психоактивних речовин.

4.3. Консультувати, скеровувати до фахівців та забезпечувати безперервний супровід молодих осіб, що звернулись у медичний центр.

4.4. Забезпечувати медичний облік шляхом динамічного спостереження.

4.5. Підтримувати контакти з відомствами та службами дотичними до проблеми вживання психоактивних речовин.

4.6. Проводити просвітницьку роботу серед молоді, організовувати превентивні заходи.

4.7. При необхідності скеровувати пацієнта до нарколога та забезпечувати своєчасну госпіталізацію у профільний стаціонар.

4.8. Рекомендувати та скоординовувати молодих осіб до медичного психолога, психолога, соціального працівника, юричного консультанта.

4.9. Здіснювати превентивні заходи з представниками освіти, надавати допомогу в їх організації і проведенні .

4.10. При необхідності проводи роботу їз співзалежними, скеровувати їх до психолога, медичного психолога та формувати групи дпя проведення психологічної підтримки.

4.11. Здіснювати моніторинг кількості осіб, що звернулись та були скеровані соматичною мережею, а також моніторинг наркогенної ситуації в області.

4.12. Проводити превентивні заходи серед населення міста та створювати тренінгові заняття.

4.13. Складати план роботи на рік, який затверджує генеральний директор.

4.15. Щорічно проводити аналіз роботи за своїм профілем та подавати його в організаційно-методичний відділ.

4.16. Вести електроний журнал щоденних звернень, медичну статистику разові талони звернень.

4.17. Брати участь у нарадах, науково-практичних конференціях, семінарах.

4.18. У роботі дотримуватись норм медичної етики та деонтології, вимог нормативно-правових актів з охорони праці та пожежної безпеки.

5. Функціональні права

Медичний координатор має право:

5.1. Брати участь в розгляді скарг пацієнтів, родичів і працівників відділення, якщо питання дотичне до функціональних обов’язків .

5.2. Приймати рішення в межах своєї компетенції.

5.3. Отримувати інформацію, необхідну для виконання своїх обов’язків.

5.4. Брати участь у нарадах, на яких розглядається питання, пов'язані з роботою відділення.

6. Необхідні знання

- чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, які регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, основи права в медицині;
- правила внутрішнього трудового розпорядку;
- директивні документи, що визначають завдання та функції медичного закладу;
- показники стану здоров'я населення;
- основи громадського здоров'я, загальної та соціальної психології;
- основи медико-біологічних і клінічних наук; сучасну класифікацію хворіб; сучасні методи обстеження, діагностики, лікування, реабілітації хворих;
- методи надання невідкладної медичної допомоги;
- порядок ведення облікової та звітної документації, обробки медичної статистичної інформації.

7. Підпорядкування та обов'язки за посадою

7.1. Медичний координатор підпорядковується завідувачу відділенням, в адміністративному підпорядкуванні – генеральному директору та його заступникам.

7.2. В роботі медичний координатор взаємодіє з лікарем-наркологом, медичним психологом, психологом, соціальним працівником, юридичним консультантом, лікарями загально соматичної мережі.

8. Відповідальність

Медичний координатор несе відповідальність за:

8.1. Свої дії або бездіяльність при виконанні службових обов'язків згідно чинного законодавства України.

8.2. Несвоєчасне і неякісне виконання посадових завдань та обов'язків, доручень завідувача відділення та керівництва медичного закладу.

8.3. За недотримання санітарно-епідеміологічного режиму у відділенні.

8.4. Порушення правил внутрішнього трудового розпорядку, трудової дисципліни.

9. Робоче місце

9.1. Кабінет у приміщенні медичного закладу

Додаток Г-1

ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

"Затверджую"

Проректор НУ «Львівська політехніка»

Крайовський В. Я.

"19" травня 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. Назва пропозиції: МЕДИКО–СОЦІАЛЬНІ ПЛОЩИНИ ПРЕВЕНТИВНОГО ВИХОВАННЯ МОЛОДІ ЩОДО ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН (на прикладі студентів вищого навчального закладу)

2. Заклад, що його розробив, поштова адреса: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69.

3. Джерело інформації: Любінець О., Чемерис Н. Методичні рекомендації «Медико–соціальні площини превентивного виховання молоді щодо вживання психоактивних речовин» - Львів. – 2017. – 20 с.

4. Де впроваджено: впроваджено у навчальний процес у Національному університеті «Львівська політехніка» при викладанні елективного курсу.

5. Термін впровадження: з травня 2017 р.

6. Ефективність впровадження: покращення підготовки студентів з актуальних питань превентивного виховання молоді, що навчається у споживанні психоактивних речовин та удосконалення організаційних засад навчально-виховного процесу.

7. Зауваження та пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження:

Проректор НУ «Львівська політехніка» Крайовський В. Я.

Додаток Г-2

ЗАТВЕРДЖУЮ
Перший проректор
Львівського державного
університету внутрішніх справ
кандидат юридичних наук, доцент
полковник поліції

І.І. Созанський

31.05.2017

АКТ

31.05. 2017 Львів № 61

Про впровадження методичних рекомендацій Чемерис Наталії Михайлівни «Медико-соціальні площини превентивного виховання молоді щодо вживання психотропних речовин» в освітній процес ЛьвДУВС

Уклала експертна комісія з виявлення, узагальнення та впровадження позитивного досвіду роботи у складі:

– начальника відділу організації наукової роботи кандидата юридичних наук майора поліції Павлик Л.В.;

– начальника навчально-методичного відділу кандидата юридичних наук, доцента полковника поліції Строцького Р.Є.;

– декана факультету № 3 ІПФПНП кандидата юридичних наук, доцента полковника поліції Гнатюка С.С.;

– завідувача кафедри адміністративного права та адміністративного процесу кандидата юридичних наук, доцента полковника поліції Йосифовича Д.І.

Комісія відповідно до наказу по університету від 24 вересня 2012 року № 431 розглянула методичні рекомендації Чемерис Наталії Михайлівни «Медико-соціальні площини превентивного виховання молоді щодо вживання психоактивних речовин» (Методико-соціальні площини превентивного виховання молоді щодо вживання психоактивних речовин: методичні рекомендації / Чемерис Н.М. – Львів. – 2017. – 20с.).

На основі проведеного аналізу комісія зробила висновок, що методичні рекомендації Чемерис Н.М. містять науково обґрунтовані теоретичні положення і практичні рекомендації стосовно:

• формування єдиного профілактичного простору в освітньому середовищі шляхом об'єднання зусиль усіх учасників профілактичного процесу для забезпечення комплексного системного впливу на цільові групи здобувачів вищої освіти;

• покращення підготовки студентів з актуальних питань превентивного виховання молоді та удосконалення організаційних засад освітнього процесу;

• розвитку ресурсів, що забезпечують зниження ризику вживання психоактивних речовин серед студентів вищих навчальних закладів:

– особистісних – формування соціально важливих знань, ціннісних орієнтацій, моральних уявлень і форм поведінки у цільових групах профілактики;
– соціально-середовищних – створення інфраструктури служби соціальної, психологічної підтримки та розвитку позитивно орієнтованих інтересів, дозвілля та здоров'я;
– етико-правових – утвердження в суспільстві всіх форм контролю (юридичного, соціального, медичного), що перешкоджають вживанню психоактивних речовин серед студентів вищих навчальних закладів.

Зазначені матеріали запроваджені для використання в освітньому процесі Львівського державного університету внутрішніх справ, зокрема при викладанні навчальної дисципліни «Адміністративна діяльність поліції», а також рекомендовані до вивчення під час самостійної роботи курсантів, студентів та здобувачів ступеня вищої освіти «магістр».

Члени комісії:

Л.В. Павлик

Р. Є. Строцький

С.С. Гнатюк

Д.І. Йосифович

Додаток Г -3

"ЗАТВЕРДЖУЮ"
проректор Університету
по роботі з персоналом
кандидат технічних наук
доцент

Ю. Е. Павлюк

"26" вересня 2017 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. Назва пропозиції: МЕТОДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПЛОЩИНИ ПРЕВЕНТИВНОГО ВИХОВАННЯ МОЛОДІ ЩОДО ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН (на прикладі студентів вищого навчального закладу).

2. Заклад, що його розробив, поштова адреса: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів вул. Пекарська, 69.

3. Джерело інформації: Любінець О., Черемис Н. Методичні рекомендації «Медико-соціальні площини превентивного виховання молоді щодо вживання психоактивних речовин» – Львів, – 2017. – 20 с.

4. Де впроваджено: впроваджено у виховний процес Львівського державного університету безпеки життєдіяльності при викладанні елективного курсу.

5. Термін впровадження: з травня 2017 р.

6. Ефективність впровадження: покращення підготовки курсантів та студентів з актуальних питань превентивного виховання молоді, що навчається у споживанні психоактивних речовин та удосконалення організаційних засад освітнього процесу.

7. Зауваження та пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження:

Начальник сектору
психологічного забезпечення

І. С. Коваль

Додаток Г -4

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Перший проректор з науково-
педагогічної роботи
Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького
член-кор. НАМН України,
д.мед.н., професор

Гжегоцький М.Р.

« 21 » 02 2018 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в навчальний процес

Пропозиція для впровадження: Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин.

Установи розробники: кафедра організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (79010, місто Львів, вул. Пекарська, 69); ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3).

Автори: д.мед.н., проф. Любінець О.В., ас., магістр держуправління Чемерис Н.М.

Джерело інформації: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я «Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин» / О.В.Любінець, Н.М.Чемерис // Випуск 321-2017 від 21.09.2017 р. з проблем «Соціальна гігієна» – 2017. – 6 с.

Установа, в якій проведено впровадження: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.

Термін впровадження: 2018 р.

Форма впровадження: рекомендації впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні тематики щодо узалежнень, в т.ч. серед молоді, на післядипломному рівні навчання (інтерни, слухачі).

Ефективність впровадження: покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань профілактики споживання психоактивних речовин.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:
старший викладач кафедри
організації і управління
охороною здоров'я

О.Є.Ходор

Додаток Г-5

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Перший проректор Української
медичної стоматологічної академії,
д. мед. н., професор
_____ Дворник В. М.
«15» 01 2019 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в навчальний процес

1. Найменування пропозиції для впровадження:Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин.

2. Установи розробники: кафедра організації і управління охороною здоров'яЛьвівського національного медичного університету імені Данила Галицького (79010, місто Львів, вул. Пекарська, 69); ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3).Автори: д.мед.н., проф. Любінець О.В., ас.,магістр держуправління Чемерис Н.М.

3. Джерело інформації:Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я «Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин» / О.В.Любінець, Н.М.Чемерис // Випуск 321-2017 від 21.09.2017 р. з проблем «Соціальна гігієна» – 2017. – 6 с.

4. Ким та коли впроваджено:кафедроюсоціальної медицини, організації га економіки охорони здоров'я з біостатистикою Української медичної стоматологічної академії з вересня 2018 року (протокол №3 від 17.09.2018).

5. Форма впровадження:Результати наукових досліджень використані при формуванні методичного забезпечення процесу викладання соціальної медицини надо- та післядипломному рівні навчання (студенти, інтерни, курсанти).

6. Ефективність впровадження:Використання розробки показало, що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелі інформації.

7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри соціальної
медицини, організації та економіки
охорони здоров'я з біостатистикою
д.мед.н., професор _____І.А.Голованова

Додаток Г-6

„ЗАТВЕРДЖУЮ"
Проректор з наукової роботи
Харківського національного
медичного університету
д.мед.н., професор М'ясоєдов В.В.
_____
«26 березня 2019 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в навчальний процес

Пропозиція для впровадження: Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин.

Установи розробники: кафедра організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (79010, місто Львів, вул. Пекарська, 69); ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3).

Автори: д.мед.н., проф. Любінець О.В., ас., магістр держуправління Чемерис Н.М.

Джерело інформації: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я «Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин» / О.В.Любінець, Н.М.Чемерис // Випуск 321-2017 від 21.09.2017 р. з проблем «Соціальна гігієна» – 2017. – 6 с.

Установа, в якій проведено впровадження: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету.

Термін впровадження: 2018 р.

Форма впровадження: рекомендації впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні тематики щодо профілактики вживання наркотиків та алкоголю, в т.ч. серед молоді, до та післядипломному рівні навчання (студенти, бакалаври та магістрі).

Ефективність впровадження: покращення підготовки з актуальних питань профілактики споживання психоактивних речовин.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету,
доктор медичних наук, професор В. А. Огнєв

Додаток Г-7

"Затверджую"
Начальник управління охорони здоров'я
Волинської облдержадміністрації
_____ Ващенюк І.С.
"12" грудня 2018 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в практику охорони здоров'я

Пропозиція для впровадження: Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин.

Установи розробники: кафедра організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (79010, місто Львів, вул. Пекарська, 69); ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3).

Автори: д.мед.н., проф. Любінець О.В.,
асистент, магістр держуправління Чемерис Н.М.

Джерело інформації: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я «Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин» / О.В.Любінець, Н.М.Чемерис // Випуск 321-2017 від 21.09.2017 р. з проблем «Соціальна гігієна» – 2017. – 6 с.

Установа, в якій проведено впровадження: заклади охорони здоров'я Волинської області.

Термін впровадження: 2018 р.

Включено: у роботу з питань організації профілактики зі вживання психоактивних речовин серед молоді області.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:
головний позаштатний спеціаліст управління
охорони здоров'я зі спеціальності «Наркологія»

Шкаровецький І.Д.

Додаток Г-8

"ЗАТВЕРДЖУЮ"
Начальник управління охорони здоров'я
Рівненської облдержадміністрації
_____ Осіпчук Ю.Ю.
"01" листопада 2018 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в практику охорони здоров'я

Пропозиція для впровадження: Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин.

Установи розробники: кафедра організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (79010, місто Львів, вул. Пекарська, 69); ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3).

Автори: д.мед.н., проф. Любінець О.В., ас., магістр держуправління Чемерис Н.М.

Джерело інформації: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я «Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин» / О.В.Любінець, Н.М.Чемерис // Випуск 321-2017 від 21.09.2017 р. з проблем «Соціальна гігієна» – 2017. – 6 с.

Установа, в якій проведено впровадження: заклади охорони здоров'я Рівненської області.

Термін впровадження: 2018 р.

Ефективність впровадження: покращення рівня компетентності з актуальних питань профілактики споживання психоактивних речовин.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

Координатор групи експертів управління охорони здоров'я Рівненської ОДА за напрямом «Психічне здоров'я» Мирончук А.В.

Додаток Г-9

"ЗАТВЕРДЖУЮ"
Головний лікар КНП «10 міська клінічна лікарня» м.Львова
_____ Данчак В.О.
" ___ " лютого 2019 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні
в практику охорони здоров'я

Пропозиція для впровадження: Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин.

Установи розробники: кафедра організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (79010, місто Львів, вул. Пекарська, 69); ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3).

Автори: д.мед.н., проф. Любінець О.В., ас., магістр держуправління Чемерис Н.М.

Джерело інформації: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я «Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин» / О.В.Любінець, Н.М.Чемерис // Випуск 321-2017 від 21.09.2017 р. з проблем «Соціальна гігієна» – 2017. – 6 с.

Установа, в якій проведено впровадження: заклад охорони здоров'я м.Львова, який обслуговує студентське населення. Діяльність установи скерована на профілактичну, лікувальну медичну допомогу студентській молоді двох найбільших ВУЗів м. Львова - НУ "Львівська політехніка " та НУ ім. І.Франка.

Термін впровадження: 2019 р.

Ефективність впровадження: покращення рівня компетентності з актуальних питань профілактики споживання психоактивних речовин.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

заступник головного лікаря з лікувальної роботи _____ Середоха Н.П.

Додаток Г-10

"ЗАТВЕРДЖУЮ"
В.о Головний лікар КНП «1а міська поліклініка» м.Львова
Бачун Н.К.
" 4 " березня 2019 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні
в практику охорони здоров'я

Пропозиція для впровадження: Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин.

Установи розробники: кафедра організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (79010, місто Львів, вул. Пекарська, 69); ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3).

Автори: д.мед.н., проф. Любінець О.В., ас., магістр держуправління Чемерис Н.М.

Джерело інформації: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я «Алгоритм надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді, щодо проблеми споживання психоактивних речовин» / О.В.Любінець, Н.М.Чемерис // Випуск 321-2017 від 21.09.2017 р. з проблем «Соціальна гігієна» – 2017. – 6 с.

Установа, в якій проведено впровадження: заклад охорони здоров'я м.Львова, який обслуговує студентське населення.

Термін впровадження: 2019 р.

Ефективність впровадження: покращення рівня компетентності медичного персоналу щодо актуальних питань профілактики споживання психоактивних речовин в студентському середовищі.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

заступник головного лікаря
з експертизи ТН
Яніцький І.П.