

Міністерство освіти і науки України
Національний університет "Острозька академія"
Навчально-науковий інститут соціально-гуманітарного менеджменту
Кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеня магістра

на тему: **«ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗА ПОШИРЕНІСТЮ
ГЕПАТИТІВ В, С, ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД
ЛЮДЕЙ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИЧНІ ПРЕПАРАТИ ІН'ЄКЦІЙНО,
У ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСТІ»**

Виконав студент 2 курсу, групи ЗМГз-21
Спеціальності 229 Громадське здоров'я,
освітньо-професійної програми
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»
другого (магістерського рівня вищої освіти)
Гринішин Андрій Леонідович

Керівник – кандидат медичних наук, старший
викладач

Хоронжевська Інна Станіславівна

Рецензент – кандидат медичних наук

Харитонюк Раїса Олександрівна

«РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ»

Завідувач кафедри громадського здоров'я

та фізичного виховання

(проф., д.м.н Гущук І.В.)

(підпис)

Протокол № _____ від «___» _____ 2024 р.

Острог, 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ	7
1.1 Історичний аспект вживання наркотиків	7
1.2 Актуальність проблеми вірусних гепатитів В, С, ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу.....	14
1.3 Аналіз чинників, що впливають на розвиток наркоманії	24
1.4 Світовий досвід вивчення проблеми.....	30
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПРИЧИН ТА ЧИННИКІВ НЕМЕДИЧНОГО ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ІН’ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ У МІСТІ ЛУЦЬКУ, ВОЛИНСЬКІЙ ОБЛАСТІ	35
2.1 Аналіз поширеності наркоманії у Волинській області	35
2.2 Причини та чинники вживання наркотичних препаратів ін’єкційним шляхом.....	42
2.3 Аналіз показників захворюваності вірусними гепатитами В, С, ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні	48
2.4 Аналіз показників захворюваності вірусними гепатитами В, С, ВІЛ-інфекцією/СНІДом та туберкульозом у Волинській області за 2013–2022 роки.....	56
РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИКА ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В, С, ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА НАЦІОНАЛЬНОМУ ТА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНЯХ	63
3.1 Система профілактичної роботи в Україні	63
3.2 Система профілактики передачі вірусних гепатитів В та С, ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу у Волинській області	83
3.3 Аналіз досвіду профілактичної роботи Волинської філії Рівненського обласного благодійного фонду «Наше Майбутнє» із людьми, котрі вживають наркотики ін’єкційно	96
3.4 Пропозиції щодо покращення епідагляду за вірусними гепатитами В, С, ВІЛ-інфекцією/СНІДом та туберкульозом на регіональному рівні	101

ВИСНОВКИ	105
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	109
ДОДАТКИ	119

ВСТУП

Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу, вірусних гепатитів В і С та туберкульозу в Україні, зокрема і серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ), є серйозною проблемою громадського здоров'я, що вимагає негайної уваги та ефективних стратегій моніторингу та профілактики. Зараження ЛВНІ цими хворобами створюють загрозу не лише для їхнього здоров'я, але й для громадського здоров'я загалом, зокрема через високий ризик поширення цих захворювань у спільноті.

Тема епідеміологічного моніторингу за ВІЛ-інфекцією/СНІДом, гепатитами В та С, туберкульозом серед ЛВНІ є надзвичайно актуальною з кількох причин:

- підвищений ризик інфікування: ЛВНІ піддаються високому ризику інфікування ВІЛ та іншими патогенами через спільне використання шприців та низький рівень усвідомлення ризиків;
- соціальна вразливість: ця категорія населення часто знаходиться на периферії суспільства, з низьким рівнем доступу до медичної допомоги та освіти, що підвищує ризик захворювання та ускладнення доступу до лікування;
- широка поширеність інфекцій: у багатьох регіонах світу, особливо в місцях зі складними умовами соціального розвитку, інфекції, такі як ВІЛ, гепатити В і С та туберкульоз, є серйозними проблемами громадського здоров'я;
- ефективність профілактики та лікування: ефективні заходи профілактики та лікування цих інфекцій можуть значно зменшити їх поширення і негативні наслідки серед цієї групи населення.

Мета роботи — вивчити та проаналізувати організацію епідеміологічного моніторингу за захворюваністю вірусними гепатитами В і С, ВІЛ-інфекцією/СНІДом та туберкульозом серед людей, які вживають наркотичні препарати ін'єкційно, у Волинській області за 2013–2022 рр.

Робота спрямована на вивчення та оцінку поточних стратегій профілактики та моніторингу, виявлення причин та факторів, що сприяють

поширенню цих захворювань серед даної групи населення, а також розробку пропозицій щодо покращення ефективності заходів з профілактики.

Для досягнення поставленої мети потрібно виконати такі **завдання**:

-ознайомитися з роботами провідних зарубіжних та вітчизняних науковців, лікарів-практиків у галузі, що досліджуємо;

-розкрити сутність поняття епідеміологічний моніторинг;

-охарактеризувати захворюваність гепатитами В, С, ВІЛ-інфекцією/СНІДом та туберкульозом серед людей, які вживають наркотичні препарати;

-ознайомитися з Глобальною стратегією сектору охорони здоров'я ВООЗ з вірусного гепатиту, ВІЛ/СНІДу, туберкульозу;

-проаналізувати показники захворюваності та лабораторного обстеження населення області на маркери вірусних гепатитів В та С, ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, хворих наркоманіями;

-розробити пропозиції для покращення епіднагляду за вірусними гепатитами В, С, ВІЛ-інфекцією/СНІДом, туберкульозом серед хворих наркоманіями та їх профілактикою.

Об'єктом дослідження є захворюваність вірусними гепатитами В, С, ВІЛ-інфекцією/СНІДом, туберкульозом серед хворих наркоманіями та їх профілактика.

Предметом дослідження є моніторинг захворюваності вірусними гепатитами В і С, ВІЛ-інфекцією/СНІДом, туберкульозом серед хворих наркоманіями у Волинській області.

Збільшення уваги до цієї проблеми, проведення моніторингу та розробка ефективних стратегій профілактики є критичними для зменшення захворюваності та поліпшення загального стану громадського здоров'я.

Методи дослідження – для розв'язання поставлених завдань та досягнення мети використано загальнонаукові методи: аналіз і синтез науково-теоретичних джерел з проблеми дослідження, порівняння й узагальнення

науково-теоретичних даних та емпіричні: анкетне опитування, експертне інтерв'ю.

Для роботи були використані дані статистичної звітності:

— галузева статистична звітність про роботу ДУ «Волинський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» - форма №40-здор.; статистична форма № 1 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання» (місячна); форма № 2 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання» (річна) ДУ «Волинський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» (ДУ «Волинський ОЦКПХ МОЗ»);

— хворобливість та захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин серед населення Волинської області КП «Волинський медичний центр терапії залежностей» Волинської обласної ради;

— інформаційно-аналітична система HIVRegistry відділення центру профілактики та боротьби з СНІДом КП «Волинська обласна інфекційна лікарня» Волинської обласної ради;

— результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції відділення центру профілактики та боротьби з СНІДом КП «Волинська обласна інфекційна лікарня» Волинської обласної ради – форма №2;

— інформаційно-аналітична система 1С Волинської філії Рівненського обласного благодійного фонду «Наше Майбутнє».

Структура роботи: кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ

1.1 Історичний аспект вживання наркотиків

Наркотики на сучасному етапі виступають досить гострою проблемою розвитку суспільства, що обумовлено тим, що вони негативно впливають на характер, сутність та життя людини. Вживання наркотиків негативно впливає на здоров'я людей, сприяє розвитку соматичних, інфекційних і психічних захворювань, призводить до наркозалежності і є однією з причин збільшення смертності та рівня інвалідності серед населення.

Наркотик – це речовина, яка викликає токсичне отруєння, психологічну і фізичну залежність організму [68].

Відомий англійський лікар Сіденхем, ще у 1680 році, говорячи про застосування опіуму, зробив зауваження: «Серед засобів, які можуть людині полегшити її страждання, ніщо не є настільки універсальним і настільки ефективним, як опіум» [79]. Протягом більше двох тисяч років опіум застосовували як найважливіший засіб для полегшення болю при хворобах. У 1804 р. німецький фармацевт Фрідріх Зертюрнер винайшов морфій. Саме після відкриття Зертюрнером морфію в суспільстві виникли захворювання, які дістали назву «наркоманія».

Наркоманія – це загальний термін, який застосовується до всіх видів залежності від різних типів наркотиків. Однак в професійній медичній термінології існує чіткий поділ типів залежності:

1. алкогольний тип: всі алкогольні напої;
2. амфетаміновий тип: амфетамін, дексамфетамін, метамфетамін, метилфенідан і фенметразін;
3. барбітуровий тип: барбітурати переважно короткої дії, і деякі заспокійливі засоби, наприклад, хлоралгідрат, діазепам, мепробамат, метаквалон;

4. канабіноїди: препарати індійських конопель, марихуана (бханг, Дагга, КІФ, маконга) і гашиш (ганджа, чарас);
5. кокаїновий тип: кокаїн і листя коки;
6. галюциногенний тип: ЛСД, ДМТ, мескалін, псилоцибін, СТП;
7. тип Кату: препарати рослини;
8. опіумний тип: опіум, морфін, героїн, кодеїн; синтетичні наркотики, за властивостями близькі до морфіну, наприклад, метадон (гептадон) і петидин;
9. тип розчинників: ацетон, бензин, чотирихлористий вуглець і деякі засоби для наркозу, наприклад, ефір, хлороформ і закис азоту (звеселяючий газ) [5].

В результаті першої світової війни процес вживання наркотиків серед поранених воїнів спостерігався для зменшення відчуття болю. Опіати також широко використовувалися для полегшення страждань поранених під час другої світової війни. Наркозалежність впродовж дев'ятнадцятого століття, коли наркотики були доступні в аптеках, не сприймалася як гостра соціальна проблема.

Аналізуючи наукову літературу, можна дійти висновку, що перед прийняттям Закону Харрісона в Сполучених Штатах у 1914 році, що стосується наркотичного контролю, було оцінено, що жінки, які залежні від наркотиків, переважали чоловіків в три рази. На сьогодні пропорція змінилася в протилежний бік. Впровадження Закону Харрісона повністю змінило ситуацію із вживанням наркотиків. Цей закон був призначений для контролю споживання наркотиків і вимагав, щоб всі особи, котрі вживають опіати чи кокаїн були зареєстровані у Співтоваристві внутрішнього доходу та сплачували спеціальні податки [83].

Всі ці передумови до вживання наркотичних речовин призвели до глобальної проблеми в США. Проблема вживання наркотиків є на сьогоднішній день однією із найгостріших проблем, які постають перед суспільством. Як свідчить статистика, більшість наркоманів починають вживати наркотики у підлітковому віці.

Лікування наркотичної залежності на сьогодні розроблено лише у загальних рисах. Лікування наркоманії – тривалий, багатоступеневий процес, який, на жаль, не завжди має позитивні наслідки. Тому провідне місце у зниженні гостроти проблеми наркоманії займає профілактика вживання наркотичних речовин.

За даними Міністерства охорони здоров'я України, у 2017 році з більш ніж 500 тис. українців, які були офіційно зареєстровані як наркозалежні, 80% становить молодь віком до 28 років, понад 5 тис. – неповнолітні. За останні 10 років частка хворих на наркоманію серед неповнолітніх збільшилася у 6-8 разів, а смертність серед осіб цієї групи зросла у 40 разів [67].

Україна розташована на перехресті шляхів транспортування наркотиків зі Сходу, а при чому понад 95% розфасованого героїну, що проходить через Центральну Азію, має афганське походження.

Традиційно Україна не була виробником наркотиків, але ще у 2003 році у доповіді Міністерства внутрішніх справ було зазначено, що втрата державою контролю над виробництвом наркотиків призвела до появи синтетичних наркотиків та амфетамінів, вироблених на території України, які потім нелегально розповсюджувалися на внутрішньому ринку [32].

З проблемою наркоманії безпосередньо зустрічається кожна десята сім'я в Україні. Приблизно 2% населення країни вживає наркотичні [62]. Таке стрімке зростання кількості наркозалежних громадян зробило Україну одним із лідерів за темпами поширення наркоманії серед населення в Європі. За даними Міністерства охорони здоров'я, від 8% до 26% школярів у віці 13 - 16 років пробували наркотики хоча б один раз. За даними МВС, у 2010 році в Україні зростання тяжких злочинів склало 40% в порівнянні з 2009 роком, при цьому кожен сьомий злочин відбувався в на ґрунті наркотиків [62].

У Німеччині, наприклад, надання допомоги людям, котрі вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ) стало ключем до радикального зниження рівня наркоманії, яка 25 років тому була причиною нових випадків інфекційних захворювань. Антинаркотична стратегія Німеччини включає в себе ряд заходів,

що охоплюють профілактику, консультування, терапію, мінімізацію шкоди та зменшення доступності наркотиків. Основний акцент в профілактичних діях робиться на освітньому процесі, активно підтримуючи соціальні ініціативи, такі як проекти «Космонавт», «Звільни свою свідомість» і «Більш безпечно вживання» [8].

Для того щоб зупинити епідемію ВІЛ-інфекції на певній території вважається, що 60% споживачів ін'єкційних наркотиків повинні бути охоплені регулярною профілактичною роботою, яка є основою соціальної роботи з ЛВНІ.

Крім щоденного ризику передачі ВІЛ-інфекції люди, котрі вживають наркотики ін'єкційно нерідко піддаються осуду з боку представників медичних та соціальних установ, а також суспільства в цілому. Наслідки стигми, що відноситься до наркоманії, включають упередження, дискредитацію, приниження і засудження людей з даною проблемою, а також їх дискримінацію. Особливо це стосується людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом і споживають наркотики шляхом ін'єкцій. Можливо, однією з причин частих смертей є бар'єри в доступі цих осіб до медичної допомоги, тому що саме група ЛВНІ є в цьому відношенні найбільш безправною [48].

Аналізуючи програми для надання послуг ЛВНІ, можна сказати, що на сьогоднішній день в Україні реалізується національна програма по роботі з уразливими групами і вже існують послуги, сконцентровані на ЛВНІ та їх особливих потребах. Багато з цих послуг реалізуються представниками неурядового сектора в проектах і програмах, які фінансуються за кошти Глобального Фонду. У них ЛВНІ отримують послуги, які знижують рівень вживання наркотичних речовин та обмежують їх поширення, а також інших шкідливих наслідків вживання наркотиків, в тому числі:

— медичних: обмеження поширення вірусних (ВІЛ, гепатит та ін.) та бактеріальних (туберкульоз, сифіліс та ін.) інфекцій, передозувань, проблем з венами (тромбози, тромбофлебіти, гнійні хірургічні ускладнення), а також загального ослаблення імунної системи і т. д.;

- соціальних: неможливість соціальної адаптації споживачів наркотиків, проблеми з роботою, навчанням, в сім'ї і т. д.;
- економічних: витрати на лікування людей з ВІЛ/СНІДом; непрацевдатність великої частини молодого населення та ін.;
- правових: порушення цивільних прав людей, що вживають наркотики, тюремне ув'язнення споживачів наркотиків та ін.;
- інших наслідків, які можуть мати місце в результаті вживання наркотиків [29].

Велика увага приділяється інформаційно-просвітницькій роботі серед ЛВНІ, яка передбачає бесіди і консультації з ВІЛ-інфікованими та членами їх сімей (за згодою клієнта), поширення інформаційних матеріалів (буклетів, брошур та інформаційних листків), консультування за принципом «рівний-рівному», а також до- та післятестове консультування при тестуванні на ВІЛ.

Спільним зусиллям державних і недержавних секторів, а також базою для надання інтегрованих послуг ЛВНІ стала замісна підтримуюча терапія (ЗПТ) для наркозалежних від опіоїдів, яка змогла стати доступною українським споживачам наркотиків завдяки цілому ряду наказів, указів і постанов, прийнятих Кабінетом Міністрів України та Міністерством Охорони Здор'я. Це інноваційний для України, безпечний і економічно виправданий метод лікування опіоїдної залежності. Багаторазові перевірки дієвості цього методу наочно продемонстрували, що така терапія є цінним і важливим компонентом ефективного ведення пацієнтів з опіоїдною залежністю та профілактики інфікування ВІЛ серед людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно. У осіб, які отримують замісну терапію, спостерігається істотне поліпшення фізичної та емоційної сторін їх життя, а також взаємовідносин з іншими людьми.

Проаналізувавши наказ Міністерства соціальної політики України №429 від 23.06.2020р. «Про затвердження класифікатора соціальних послуг», можна сказати, що на даний час існує перелік доступних для сімей в складних життєвих обставинах (СЖО) послуг. Серед них: послуга з соціальної адаптації, надається особам, які перебували в спеціалізованих або інтернатних установах, особам з

числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, нарко- та алкозалежних, особам з девіантною поведінкою, особам, які відбули покарання у виді обмеження або позбавлення волі на певний термін), послуга з консультивання, надається сім'ям, особам, які перебувають у СЖО, послуга щодо соціального супроводу/патронажу, надається сім'ям, особам, які знаходяться в СЖО і не здатні самостійно їх подолати [46].

Сьогоднішня нормативно-правова система України виділяє людей, котрі вживають наркотичні препарати ін'єкційно як окрему цільову групу, що вимагає соціального захисту, хоча поки і в невеликому обсязі законодавчих документів. Найчастіше про соціальний захист ЛВНІ можна прочитати між рядків у формулюванні «сім'ї знаходяться в СЖО». Саме в ній вказано, що складні життєві обставини – це обставини, викликані інвалідністю, віком, станом здоров'я, соціальним становищем, життєвими звичками і способом життя, внаслідок яких особа частково або повністю не має (не набула або втратила) здатності чи можливості самостійно піклуватися про особисте (сімейне) життя і брати участь у суспільному житті. Законодавчими документами про надання медичних послуг певною мірою регламентується надання допомоги споживачам наркотиків. Зокрема, для цієї цільової групи розроблена певна законодавча база замісної підтримуючої терапії (ЗПТ). У затвердженій (розпорядження кабінету Міністрів України від 13.05.2013р. №356-р. «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки») люди, котрі вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ) також виділені цільовою групою (поряд із працівниками секс-бізнесу (СП), чоловіками, котрі мають сексуальні контакти із іншими чоловіками (ЧСЧ), дітьми вулиць, ув'язненими).

Серед інших видів допомоги, які надаються ЛВНІ в Україні можна виділити діяльність кабінетів «Довіра», в яких прийом ведуть психолог, лікар-інфекціоніст і соціальний працівник. В такому кабінеті кожен бажаючий може безкоштовно пройти тест на ВІЛ-інфекцію/СНІД, отримати дотестову та післятестову консультацію, психологічну підтримку. Крім того, в Україні діє

послуга національної лінії телефону довіри по проблемі ВІЛ/СНІДу (0-800-500-451). Для людей які прийняли рішення повністю відмовитися від вживання наркотиків існує можливість проходження детоксикації на базі наркодиспансеру. Подальшою реабілітацією ЛВНІ в ремісії найчастіше займаються різні реабілітаційні центри як релігійної так приватної спрямованості.

На сьогоднішній день в суспільстві ще існують думки, що витрати на профілактичні та соціальні програми, спрямовані на надання допомоги ЛВНІ не що інше, як викидання грошей на вітер. Недалекоглядність таких суджень очевидна, адже відсутність соціальної допомоги ЛВНІ несе в собі ризики для всіх без винятку громадян країни. В першу чергу відсутність профілактичних програм позначиться стрибком нових випадків інфікування ВІЛ, причому з огляду на той факт, що вперше в історії України більше половини нових випадків передачі ВІЛ-інфекції (51% від усіх зареєстрованих випадків у 2012 році) відбулося через незахищений секс, а статевий шлях з 2008 року є основним шляхом передачі вірусу імунодефіциту в Україні. Більшість випадків інфікування ВІЛ в Україні сьогодні реєструються у молодих людей до 25 років, що відгукнеться трагедією національного масштабу. Відсутність програм утилізації використаних шприців приведе до зростання кількості нових випадків інфікування ВІЛ [30].

Неможливість ресоціалізації людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно, відсутність адекватної медичної та психологічної допомоги, стигма з боку суспільства сприятимуть ще більшій криміналізації споживачів. Найбільш значущим, з позиції охорони здоров'я, наслідком стигматизації та дискримінації споживачів є обмеження і самообмеження доступу людей з наркотичними проблемами до кваліфікованої і іноді життєво необхідної медичної допомоги: надання необхідного догляду, підтримки та лікування і пом'якшення соматичних наслідків наркоманії.

Аналізуючи Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1995, № 10, ст.62), варто

зазначити, що Закон став першим у своєму роді, що регулює законний обіг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Він регулює межі дозволеної та забороненої поведінки, надавши законодавчому органу можливість встановлення відповідальності за порушення встановлених правил у сфері кримінального та адміністративного законодавства [40].

Диспозитивні норми спрямовані, передусім, на визначення надання владних повноважень окремим суб'єктам у відносинах регулювання поведінки учасників. В окремих положеннях Закону уточнюються правила контролю за різними видами засобів та речовин. Наприклад, у статті 5 Закону встановлюються межі контролю за сполуками, що включають наркотичні засоби чи психотропні речовини: препарати, що містять такі речовини, підлягають тим же заходам контролю, що й самі наркотики чи психотропні речовини, які вони містять. У випадку, коли препарати містять різні класифікаційні групи цих речовин і до них застосовуються різні заходи контролю, передбачені для більш небезпечних речовин, що утворюють сполуку. Контроль може не застосовуватися до тих препаратів, які містять малий обсяг наркотичних засобів або психотропних речовин та прекурсорів і які не можуть бути легко видобуті [56].

Безсумнівно, що фактичний обсяг незаконного розповсюдження наркотиків, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів часто не представлений чітко та достовірно. Законодавство повинно докладно визначити медико-правові концепції, програми та нормативні системи для нової політики протидії наркотикам. Ця політика має базуватися на стратегії попередження вживання наркотиків і мінімізації шкоди від уживання наркотиків.

1.2 Актуальність проблеми вірусних гепатитів В, С, ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу

Вірусний гепатиту В - інфекційне захворювання, яке викликається вірусом гепатиту В і передається парентеральним шляхом, включаючи гемотрансфузійний. Характеризується основним ураженням печінки в ході патологічного процесу. Розмір пошкодження печінки та наслідки гепатиту В

різноманітні і залежать від генетичних особливостей імунної відповіді організму. Вплив інших факторів, таких як величина інфікуючої дози, попередні хвороби та інші, грають меншу роль. Гепатит В можна розглядати як хворобу, пов'язану із системою імунної відповіді [64].

Збудник вірусного гепатиту В — вірус (HBV), який містить ДНК, характеризується надзвичайною стійкістю, в тому числі до дії високої температури. Тривалий час зберігається у консервованій крові та плазмі. Маркером гепатиту В є його поверхневий антиген (HBsAg), відомий під назвою австралійського антигена. Також виділяють інші маркери інфікування HBV: Анти-HBs, Анти-HBc IgM, Анти-HBc IgG, HBeAg, Анти-HBe.

У хворих на вірусний гепатит В тривалість циркуляції вірусу в крові залежить від форми та характеру перебігу хвороби. При субклінічних та асимптомних виявленнях, а також при тривалому та хронічному перебігу, період циркуляції вірусу гепатиту В в крові може бути продовженим.

За даними ВООЗ, 3,5% глобального населення, що становить від 2,7 до 5,0% (між 199 і 368 млн осіб), страждають від хронічної інфекції HBV. Понад 2 мільярди людей мають позитивні серологічні показники для HBV. Щорічно реєструється близько 4,5 млн нових випадків інфекції, і приблизно 686,000 осіб вмирають через наслідки HBV-інфекції, включаючи цироз печінки, гепатоцелюлярну карциному та інші небезпечні ускладнення.

Дослідження підтверджують, що серед осіб з HBV ризик розвитку цирозу печінки протягом 5 років становить від 8% до 20%. Якщо цироз уже розвинувся, щорічний ризик для компенсації печінки та гепатоцелюлярної карциноми коливається в межах від менше ніж 1% до 5%. Тільки 15-40% пацієнтів з декомпенсованим цирозом печінки мають шанс вижити протягом наступних 5 років. [14].

Вірусний гепатит В передається в основному парентеральним шляхом. ЛВНІ відносяться до групи високого ризику зараження HBV. Крім того, існує контактний метод передачі, який може відбутися при близькому контакті з хворим, а також через мікротравми шкіри, що є варіантом прихованого

парентерального перенесення інфекції. Іноді може статися вертикальне передавання, коли вірусний гепатит В передається від матері до плода або новонародженого.

При вірусному гепатиті В, збудник потрапляє парентерально і активно розмножується в гепатоцитах. Відновлення здоров'я відбувається завдяки імунному цитолізу, що призводить до усунення інфікованих гепатоцитів. Розгортання патологічного процесу в печінці залежить від особистих особливостей імунної реакції та може проявлятися різною інтенсивністю та тривалістю. Окрім гострого циклічного перебігу вірусного гепатиту В, можна відзначити його затяжний і хронічний варіанти.

За період 01.01.2013 – 31.12.2015 рр. зусиллями недержавних організацій проти гепатиту В були вакциновані / ревакциновані 7618 осіб із числа людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно [26].

Вірус гепатиту С (ВГС), який викликає одне з найнебезпечніших захворювань печінки вірусної природи, був відкритий у 1989 році [95]. Проте суттєве наукове визнання відкриття ВГС на медичному рівні відбулося лише у 2020 році, коли вчені Харві Дж. Альтер, Майкл Хоутон та Чарльз М. Райс отримали Нобелівську премію з фізіології та медицини за цю знахідку.

Геном ВГС складається з одного ланцюга РНК, який кодує один довгий поліпротеїн. Після ідентифікації наприкінці 1980-х років визнано шість основних генотипів (нумеруються від 1 до 6). Кожен генотип далі поділяється на низку підтипів. Повні геноми генотипів віруси відрізняються один від одного на 30-35% на рівні нуклеотидів, тоді як підтипи всередині генотипу - менш ніж на 15% [75, 96, 97].

Зовсім нещодавно генотип 7 був зареєстрований у Канаді у іммігранта з Центральної Африки [91] і потім у 4 хворих на ХГС в Республіці Конго [97, 100].

Гепатит С являється антропонозною гемоконтактною вірусною інфекцією. Захворювання викликає РНК-вірус, віднесений до роду *Hepacivirus* сімейства *Flaviviridae*. Збудник був виділений М. Houghton та його колегами 1989 р. [82]. ВГС передається з біологічними рідинами організму людини, насамперед із

кров'ю. Інфікування частіше всього відбувається при вживанні ін'єкційних наркотиків, небезпечному проведенні парентеральних медичних маніпуляцій, переливанні інфікованої крові та її продуктів.

ВГС-інфекція може протікати у гострій та хронічній формі. Гострий гепатит С рідко виявляють внаслідок звичайно безсимптомного характеру захворювання. За даними багатьох досліджень, приблизно 10-45% інфікованих осіб спонтанно позбавляються вірусу протягом 6 місяців після зараження без будь-якого лікування; тоді як у решти ВГС зберігається в організмі (персистує) [100]. Персистенція ВГС призводить до розвитку хронічної інфекції та ризику формування фіброзу та цирозу печінки, гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК). Перехід у хронічну форму гепатиту С зазвичай є субклінічним [94]. Після розвитку хронічного гепатиту рідко виникає через 4-6 місяців після набуття інфекції спонтанний кліренс вірусу, проте частота його незначна (менше 2%) [85, 89].

Слід зазначити, що зараз змінюються оцінки поширеності ВГС-інфекції. За даними ВООЗ у світі живе 71 мільйон людина, які страждають на хронічний вірусний гепатит С (ХГС) [1], що практично вдвічі менше порівняно з більш ранніми показниками 130–160 мільйонів [77, 86].

Довгий час тягар хвороби завищувався, тому що враховували всіх осіб з позитивним результатом тесту на антитіла до ВГС (anti-HCV) у сироватці крові («серопревалентність»), у тому числі пацієнтів, які спонтанно позбулися вірусу або в результаті ефективної противірусної терапії (ПВТ) [81].

Крім того, в минулому діагностичні експрес-тести на anti-HCV часто були неточними, через хибнопозитивні результати [76, 78, 84].

Середню частоту віремії оцінювали в 70%, хоча встановлено, що вона варіює від 43% у Центральній Азії до 81% на півдні Азії [4]. Метааналіз досліджень у країнах Африки на південь від Сахари виявив, що тільки у 51% пацієнтів, які мають anti-HCV, виявляли вірусну РНК [95]. В останні роки поширеність ХГС починає знижуватися у деяких країнах завдяки профілактичним заходам та новим можливостям терапії.

ВІЛ-інфекція – це соціально небезпечне інфекційне захворювання, спричинене вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). Це захворювання характеризується поступовим враженням клітин імунної системи, що призводить до виникнення вторинних інфекцій, пухлин та інших патологічних проявів.

СНІД (синдром набутого імунодефіциту) – термінальна стадія ВІЛ-інфекції, коли імунна система організму через порушення функцій втрачає можливість захищати хворого від ВІЛ - асоційованих хвороб, опортуністичних інфекцій та пухлин.

Це захворювання, викликане ВІЛ, що поширюється серед людей, порушує клітинний імунітет, що призводить до руйнування Т-лімфоцитів. Це викликає виникнення різних вторинних інфекцій та пухлин. Клінічно це проявляється як синдром набутого імунодефіциту (СНІД, AIDS).

ВІЛ (вірус імунодефіциту людини) — це РНК - вмісний вірус, який вибірково вражає Т-лімфоцити (хелпери). Цей вірус належить до родини ретровірусів, оскільки має унікальну властивість копіювати свою РНК в генетичний код клітини людини (retro — назад, зворотно). ВІЛ генетично дуже різноманітний, здатний до значних змін.

Існує 2 типи ВІЛ-інфекції: ВІЛ-1 і ВІЛ-2. Згідно з прийнятою у 1999 році номенклатурою ВІЛ-1, яка заснована на філогенетичному аналізі геномів, виділяють 3 незалежні групи вірусів: група М – «main», група О – «outlier»; група N – «non-M», «non-O».

Група М включає більшість розповсюджених в усьому світі ізолятів ВІЛ-1, які визначають пандемію інфекції. Цю групу вірусів підрозділяють на 9 субтипів (А, В, С, D, F, G, H, J і К). В групі О, за даними філогенетичного аналізу, було виділено 5 окремих підгруп: I, II, III, IV, V. В групі N ВІЛ-1 окремі субтипи до цього часу ж визначені. Найбільш висока поширеність інфікування вірусами груп О і N зареєстрована в країнах Африки, зокрема, в Камеруні [38].

ВІЛ стійкий до висушування та замороження при мінус - 70°C, відносно стійкий до іонізуючої радіації та ультрафіолетового випромінювання, але він

дуже чутливий до нагрівання, ефіру та звичайних засобів дезінфекції. При температурі 56 °С він інактивується достатньо швидко, а при 80-100 °С знищується за 5 хвилин.

ВІЛ передається від інфікованих осіб (як хворих, так і вірусоносіїв), які можуть передавати інфекцію протягом всього життя. Вірус присутній у всіх біологічних рідинах ураженого організму, таких як кров, сперма, слиз піхви, слина, сльози, сеча, піт та грудне молоко. Однак найбільша епідеміологічна небезпека пов'язана саме з його присутністю у крові, спермі, слизі піхви та грудному молоці, через які, ймовірно, можливе зараження.

Інфекція ВІЛ, подібно до гепатитів В, С та D, передається виключно через контакт із пораненою шкірою або слизовою оболонкою, який реалізується такими способами: 1) під час статевого контакту (основний спосіб) та штучного запліднення; 2) при переливанні крові та деяких її препаратів, трансплантації донорських органів, хірургічних втручаннях, під час медичних маніпуляцій інструментами, які забруднені кров'ю ВІЛ-інфікованих осіб; 3) від ВІЛ-інфікованих вагітних через плаценту до плоду (вертикально). Є можливість інфікування в домашніх умовах при спільному використанні з вірусоносієм або хворим зубної щітки, ножа, ножиць тощо.

До груп з підвищеним ризиком зараження ВІЛ відносять:

- Гомосексуальні та бісексуальні чоловіки.
- Працівники/ці секс-бізнесу.
- Особи, які займаються невпорядкованими статевими зв'язками.
- Парентеральні наркомани (особи, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом).
- Особи, яким здійснювали переливання крові, пересадку органів, оперативні втручання, або часті ін'єкції ліків.
- Сексуальні партнери хворих на ВІЛ-інфекцію або вірусоносіїв.
- Діти, народжені від інфікованих матерів.

Також, існує ризик професійного зараження медичного персоналу, таких як хірурги, акушери, травматологи, працівники лабораторій, станцій

переливання крові тощо.

Важливо уточнювати всі можливі деталі у житті хворого при виявленні ВІЛ-інфікованої особи. Лікар спрямовує запитання, пов'язані з інтимними аспектами життя, щоб з'ясувати можливе джерело та шляхи передачі інфекції. Саме це сприяє встановленню довіри між пацієнтом і лікарем. Зазвичай уточнюються такі питання: сексуальна орієнтація пацієнта, інтимні партнери, супутні хвороби (наприклад, наркоманія або гемофілія) та можливість парентеральних втручань.

Епідрозслідування дозволяє також виявити ризиковані контакти ВІЛ-позитивної особи з іншими людьми, які можуть бути вже також інфікованими і служити джерелом інфекції для інших. Проведення відповідної консультативної та інформаційно-освітньої роботи стримує імовірність подальшого поширення від них ВІЛ-інфекції.

Установлення клінічного діагнозу проводиться з метою надання адекватної медичної допомоги. Ця допомога повинна містити в собі не лише медикаментозну терапію, але і психологічну підтримку. Останній захід також має певне протиепідемічне значення.

Для виставлення діагнозу будь-якого інфекційного захворювання необхідно провести ретельний аналіз епідеміологічних, клінічних і лабораторних даних.

До епідеміологічних факторів ризику зараження ВІЛ відносяться:

— відомості про наявність сексуальних контактів з особами, які інфіковані ВІЛ;

— відомості про ін'єкційне вживання пацієнтом наркотиків;

— участь в комерційному сексі (як клієнта, або як працівника);

— наявність великої кількості статевих партнерів;

— перебування на територіях з високим рівнем інфікованості населення

ВІЛ-інфекції

— належність до осіб з нетрадиційною сексуальною орієнтацією;

— переливання крові або препаратів з неї;

— велика кількість парентеральних медичних маніпуляцій в анамнезі (ін'єкцій, хірургічних втручань, ендоскопічних досліджень і т.п.);

— наявність професійних факторів ризику (наприклад, належність або до медичних працівників, що контактують з кров'ю, виділеннями статевих органів та слизовими оболонками, або правоохоронців чи спортсменів травматичних видів спорту);

— відомості про наявність сексуальних контактів з особами, які інфіковані ВІЛ;

— для немовляти найвищим фактором ризику вважається інфікування матері ВІЛ, також ризикованими є належність його батьків до будь-якої уразливої групи.

Клінічні прояви ВІЛ-інфекції на самому початку захворювання мають лише 30-40 % осіб (переважно у вигляді синдрому, який подібний до інфекційного мононуклеозу), стадія носійства ВІЛ проходить без будь-яких клінічних ознак, а розвиток СНІДу завжди супроводжується виникненням певних захворювань, які отримали за це назву СНІД-асоційованих.

Лабораторні методи діагностики ВІЛ-інфекції можна умовно розподілити на 2 основні категорії - специфічні та неспецифічні. Специфічне лабораторне дослідження передбачає виявлення специфічних ознак (маркерів) присутності ВІЛ в біологічному матеріалі пацієнта.

До них відносяться:

- безпосереднє виділення ВІЛ;
- визначення його структурних антигенів;
- визначення генетичного матеріалу вірусу;
- визначення специфічних антитіл до ВІЛ.

До неспецифічних ознак відноситься наявність імунодефіциту, що з'ясовується проведенням комплексного імунологічного дослідження крові з обов'язковим визначенням вмісту Т-лімфоцитів хелперів (CD4+- клітин).

Варто зазначити, що при діагностиці ВІЛ-інфекції часто зустрічається типова помилка, коли діагноз встановлюється лише на підставі лабораторного

тесту. Іноді клініцисти беззастережно довіряють результатам лабораторних досліджень, які насправді можуть служити лише свідками в справі винесення остаточного вердикту пацієнту. За час спостереження за ВІЛ-інфекцією в кожній країні зафіксовано не одну сотню діагностичних помилок, обумовлених фанатичною довірою деяких лікарів до результатів лабораторного аналізу [9].

Туберкульоз є серйозною інфекційною хворобою, що може вразити легені та інші органи. Викликає її мікобактерія туберкульозу, інфекція передається повітряно-крапельним шляхом, особливо при кашлі, чханні та розмові з інфікованою особою.

Легенева форма цієї хвороби проявляється кашлем з мокротою, кровохарканням, сильною слабкістю, лихоманкою, схудненням та нічною пітливістю. Не вилікуваний туберкульоз може призвести до серйозних ускладнень та загрози для життя. Інфекція, як правило, довготривала, тому раннє виявлення та лікування мають велике значення для успішного вилікування і запобігання подальшому поширенню хвороби [42].

Туберкульоз має різні форми, серед яких виділяють відкриту і закриту. Відкрита форма є небезпечною, оскільки мікобактерії туберкульозу потрапляють в навколишнє середовище, що може стати джерелом зараження для інших. Люди з відкритою формою хвороби можуть заражати оточуючих, особливо через кашель та чхання. Хворі закритою формою туберкульозу, навпаки, не передають збудника іншим особам, оскільки не виділяють мікобактерії.

До початку ХХ століття туберкульоз був дуже поширеною та смертельною хворобою. Винахід антибіотиків дозволив лікарям успішно лікувати хворобу.

Рівень поширення туберкульозу залежить від рівня життя, кліматичних умов, умов праці та харчування. У країнах з теплим кліматом хворіє менше людей, ніж у країнах з холодним кліматом.

За даними ВООЗ більше чверті населення Землі має латентну туберкульозну інфекцію (ЛТБІ), тому що інфіковано мікобактеріями туберкульозу. Однак, у більшості населення імунітет достатньо сильний, щоб утримати розвиток хвороби. Наявність ЛТБІ свідчить про те, що людина була

інфікована бактеріями туберкульозу, але не відчуває жодних ознак захворювання, не має симптомів туберкульозу і не здатна заразити інших. ЛТБІ – це стан стійкої імунної відповіді на антигени мікобактерій туберкульозу при відсутності клінічних проявів активного туберкульозу. Для виявлення цього стану використовуються спеціальні тести, такі як шкірна туберкулінова проба або реакція Манту.

Розвиток туберкульозу сприяють різні чинники, такі як неправильне харчування, куріння, алкоголізм, малорухливий спосіб життя, недостатність сну, стрес, хронічні захворювання та недостатнє перебування на свіжому повітрі.

Пріоритетним напрямом захисту дітей від тяжких, ускладнених та розповсюджених форм туберкульозу є вакцинація.

Вакцинація проти туберкульозу (БЦЖ) є обов'язковою для всіх новонароджених. Цю процедуру проводять безпосередньо в пологовому будинку. У випадках, коли виникають протипоказання для щеплення в новонароджених, вакцинація виконується у спеціалізованих медичних установах після їх усунення. Для тих, хто народився в інших місцях, а також для тих новонароджених, яким з якихось причин не було проведено щеплення в пологовому будинку, вакцинація може бути здійснена у дитячій поліклініці, дитячому відділенні лікарні або на фельдшерсько-акушерському пункті кваліфікованою медичною сестрою або фельдшером.

ВІЛ-інфекція є одним з найсильніших факторів, який збільшує ризик захворювання на туберкульоз. Щорічна ймовірність захворіти туберкульозом серед осіб із ВІЛ-інфекцією становить від 5 до 10%, в той час як серед загального населення цей показник не перевищує 10% протягом усього життя. У пацієнтів, які хворіють на ВІЛ-інфекцію/СНІД, туберкульоз стає найпоширенішою супутньою інфекцією. ВІЛ-інфекцію/СНІД є однією з причин, яка сприяє зростанню епідемії туберкульозу по всьому світу.

Розповсюдження ВІЛ-інфекції призвело до не тільки зростання кількості осіб, які хворіють на СНІД, але і до раптового збільшення захворюваності ТБ/ВІЛ. Ця тенденція спостерігається не лише в країнах, що розвиваються, але й

у економічно розвинених. Вперше за багато років зафіксовано ріст випадків туберкульозу через поширення ВІЛ-інфекції. Дослідження показали, що ризик розвитку туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб є в 6 разів вищим, ніж у людей без цієї інфекції. Наприклад, у США туберкульоз діагностують у 4% осіб з ВІЛ-інфекцією, що значно перевищує відсоток туберкульозу серед загального населення. Серед ВІЛ-інфікованих осіб, котрі вживають наркотики ін'єкційно, випадки туберкульозу виявлено у 24% осіб [87].

1.3 Аналіз чинників, що впливають на розвиток наркоманії

Проаналізувавши наукову літературу, можна зробити висновок, що кількість чинників, що впливають на розвиток наркоманії, постійно збільшується, змінюється їх якісні характеристики. Тому причини наркоманії не можна звести до якогось єдиного чинника. Іноді одна причина призводить до наркоманії, а іноді низка причин, що діють на особистість в одному напрямі, ведуть до її розвитку. Може бути комплекс причин, несприятливих умов і сприятливих чинників, кожний з яких різною мірою зумовлює розвиток наркоманії.

Причини наркоманії умовно можна поділити на соціальні, соціально-психологічні та психологічні.

Фахівці з Нью-Йоркського центру дезінтоксикації в США вказують на такі фактори, що сприяють формуванню залежності від ін'єкційних наркотиків:

- легкодоступний ринок наркотиків;
- оточення, яке не тільки допускає, але й підтримує вживання наркотиків;
- індивідуальна схильність до залежності [40].

На основі досліджень І. Коршко, В. Лазаренко, Б. Лазаренко, С. Хаїрової, Н. Максимової, Е. Мельник, А. Нагорної та В. Безпалько, які були аналізовані О. Кокуном, були визначені та узагальнені фактори та чинники, які впливають на споживання наркотиків [39]:

1. Генетичні та біологічні фактори, до яких відносяться наслідки спадковості, затримка фізичного розвитку, а також схильність до психічних та наркологічних захворювань.

2. Культурні та традиційні чинники, де споживання наркотиків часто стає частиною культурних традицій або групової ідентичності, а також може бути пов'язане з проживанням у певному регіоні.

3. Медичні причини, коли наркотики приймаються за медичним призначенням після отримання різних травм.

4. Психологічні фактори, які включають нездатність реалізувати свої таланти, намагання подолати негативні емоційні стани, наслідування більш авторитетних однолітків, а також деякі аномалії особистості, цікавість та інші аспекти.

5. Соціальні чинники, спричинені кризою в різних сферах життя, таких як ідеологія, духовність, економіка та законодавство. Ці кризи часто ведуть до втрати життєвої позиції, руйнування моральних та етичних норм, негативної самооцінки та поширення соціальної несправедливості.

У молодіжній субкультурі швидко набуває популярності «наркотична свідомість», де такі аспекти як успіх у житті, духовний розвиток, секс та соціальна комунікація стають нероздільними від вживання наркотиків [28].

Подальші фактори, які спричиняють вживання наркотиків, пов'язані з проблемами у державному управлінні:

— несповна врегульоване діюче законодавство, де відсутній баланс між ліберальними та репресивними заходами, призначеними для правового контролю;

— невиконання раніше прийнятих національних програм у цій галузі, частково через обмежене фінансування;

— відсутність ефективної інфраструктури для боротьби з незаконним обігом наркотиків, включаючи відсутність системи моніторингу, неефективність соціальної підтримки та недостатність наукових та лікувальних ресурсів;

— недостаток кваліфікованих спеціалістів, що знижує ефективність профілактики, медичної допомоги та правоохоронних заходів проти наркотиків та наркозлочинності.

Аналізуючи причини розвитку наркоманії, можна сказати, що існують найрізноманітніші фактори, що спонукають до першого вживання наркотиків через ін'єкційний шлях:

— копіювання дорослих, особливості соціалізації, пошук нових вражень та порушення в емоційній сфері;

— стрес, зацікавленість, занедбане педагогічне ставлення та наслідки отриманих травм;

— економічні фактори, недоліки у законодавстві, традиції споживання «легальних» наркотиків;

— проблеми в сім'ї, спадковість, психічні розлади, неповна або деструктивна сімейна структура тощо;

— особливості характеру, такі як впертість, почуття провини, нерішучість, легкопіддаємність, тривога тощо;

— індивідуальні особливості, потреба в увазі, пригніченість емоцій та сексуальні переживання, психологічний захист, стиль поведінки та мислення тощо [40].

Ця класифікація показує, що залежність від наркотиків виникає внаслідок взаємодії різних факторів, які не є самостійно визначальними. Щоб зрозуміти динаміку наркотизації, важливо розглядати всі ці фактори разом. Їх можна умовно поділити на об'єктивні та суб'єктивні, а об'єктивні – на макро- та мікропричини. Суб'єктивні фактори включають індивідуально-біологічні, індивідуально-психологічні та особистісно-психологічні аспекти.

Об'єктивні фактори не залежать від індивіда і включають такі умови, як соціально-економічний статус суспільства, традиції, реклама, а також клімат у родині та школі. Макропричини охоплюють умови, що діють на рівні всього суспільства, тоді як мікропричини відносяться до умов в межах конкретної соціальної групи, до якої належить індивід.

До об'єктивних макропричин відносять:

1. Економічно-соціальне неблагополуччя.

Особи з сімей, що перебувають у складних соціальних умовах, де присутня соціальна ізоляція, незадоволення житловими умовами, батьки яких працюють на непопулярних роботах або є безробітними, частіше стають учасниками правопорушень та мають тенденцію до зловживання наркотиками.

2. Несприятливе оточення й суспільна необлаштованість.

Території з високим рівнем кримінальної активності, де мешканці часто змінюються, не сприяють формуванню почуття спільноти та солідарності, яке частіше притаманне мешканцям менш заселених та безпечних районів. Таке невдоволене оточення спричиняє росту наркотичної залежності серед молоді.

3. Доступність наркотиків.

Доступність наркотиків прямо корелює з рівнем їх вживання. Легкість доступу до наркотиків зумовлена близькістю до нічних клубів, ресторанів, кафе, магазинів, ринків, парків та інших місць з обмеженим контролем щодо розповсюдження наркотиків.

До об'єктивних мікропричин відносять:

1. Часті зміни місця проживання.

Часті зміни місця проживання можуть негативно впливати на психіку особи, оскільки вони змушують адаптуватися до нового оточення, знайомитися з новими людьми і встановлювати з ними відносини. Це часто викликає труднощі і може сприяти ризику залучення до наркотиків. Але якщо сім'я швидко і легко адаптується до нового оточення і отримує підтримку від сусідів, ризик такого розвитку подій зменшується.

2. Суворість у вихованні.

У сім'ях, де не встановлені чіткі правила поведінки для дітей або де дисциплінарні заходи надто суворі та непослідовні, діти можуть мати більше схильності до правопорушень та зловживання наркотиками. Здорові та емоційно багаті сімейні відносини часто слугують запобіжним фактором проти залучення особи до наркотиків.

3. Протест і ризик у підлітковому віці.

Підлітковий період часто вважається часом протесту проти суспільних норм, цінностей та стереотипів. Оскільки в суспільстві існує відверте негативне ставлення до наркотиків, деякі підлітки можуть вибрати їх вживання як форму протесту.

4. Спілкування з однолітками та друзями, що вже вживають наркотики.

Комунікація з друзями або ровесниками, які залучені до наркотиків, часто слугує як показник можливості ризику вживання наркотиків, незалежно від інших потенційних факторів ризику.

До суб'єктивних факторів початку першого вживання наркотиків відносять:

— Біологічні особливості: до таких факторів відносяться спадковість, особливо у відношенні до психічних розладів, а також серйозні соматичні захворювання та нейроінфекції, які були діагностовані в ранньому дитинстві. Важливе значення має також наявність органічних захворювань головного мозку. Ці проблеми, в свою чергу, можуть впливати на психоемоційний стан людини, її здатність до адаптації та реагування на стрес та негативні впливи, що сприяє розвитку негативної девіантної поведінки.

— Психологічні особливості: ці причини пов'язані з когнітивними та емоційно-вольовими аспектами особистості. Наприклад, низька стійкість до емоційних труднощів, тривожність, імпульсивність, збудливість або недостатньо сформована мотиваційна сфера можуть сприяти виникненню та розвитку девіантної поведінки.

Згідно з науковими дослідженнями, основними мотивами вживання наркотиків є бажання відчувати зміну свого стану, потреба у втечі від життєвих проблем або емоційного дискомфорту, а також бажання відповідати стандартам оточення та дослідження нових відчуттів і переживань.

Важливо зауважити, що кількість можливих причин вживання наркотиків безмежна, так як вони можуть виникати від різних життєвих обставин і проблем, з якими стикається людина.

Наркобізнес (система незаконного виробництва й розповсюдження наркотиків із метою одержання надприбутку) як частина організованої злочинності протистоїть державній владі та управлінню, послаблює систему державної влади, знижує довіру до неї з боку населення. Наркобізнес завдає відчутної шкоди економіці України, зумовлюючи розширення її тіньового сектору, зростання корупції, у тому числі й у правоохоронних органах, погіршення криміногенної обстановки у країні. Відповідно, наступну групу причин виникнення та поширення наркоманії складає активізація організованого наркобізнесу, наслідком якої є: розширення нелегального виробництва наркотиків та їх контрабанди; зрощення наркобізнесу, корупції, тероризму та інших форм організованої злочинності.

Слід зазначити, що ще кілька десятиліть тому так звана наркотична злочинність не розглядалася як окрема проблема, що вимагала б серйозного дослідження й вирішення. Проте, сьогодні структура сучасної злочинності в Україні свідчить про кардинальну зміну її характеру за останні 20 – 25 років. Це відбулося за рахунок переважання в ній наркотичної злочинності над злочинами насильницької спрямованості, питома вага яких у загальній масі засуджених складає 16 – 21 % [6].

В останні роки вчені виявляють, що неспокійний стан людської психіки має і хімічну природу, викликану хімічними «факторами неспокою». Фактично йдеться про зв'язок між наркоманією та екологічними проблемами (забрудненням води, повітря, перенасиченням хімічними сполуками, які негативно впливають на організм людини).

Слід зауважити, що наростає зацікавленість в синтетичних наркотиках. Це можна пояснити наступними факторами:

- високим стимулюючим впливом сучасної «розважальної культури»;
- простотою та швидкістю споживання;
- тривалим наркотичним ефектом;
- відсутністю очевидних ознак використання;
- можливістю виробництва деяких типів самотійно;

- захистом від інфекцій, таких як ВІЛ, інших вірусних хвороб;
- доступною вартістю [58].

Для людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно, в процесі життєдіяльності приходиться вирішувати значне коло проблем. На Волині, як і на території більшості областей України, споживачі ін'єкційних наркотиків мають непропорційно низький рівень доступу до програм лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ-інфекцією.

1.4 Світовий досвід вивчення проблеми

Зважаючи на широке поширення вірусного гепатиту, ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу - вивчення даних хвороб стає ключовим завданням.

До дослідження гепатиту С залучені вчені з усього світу, які працюють над різними аспектами цього захворювання.

Одним із провідних дослідників в цій області є Prof./Jean-Michel/Pawlotsky(France). Під керівництвом професора Жана-Мішеля Павлоцького запрацювала група науковців, котрі розпочали дослідження над вірусом гепатиту С (HCV) ще 1991 році, незабаром після його відкриття. Після реорганізації групи вона отримала своє перше позначення «Equipe d'Assueil» від Міністерства вищої освіти та досліджень у 2001 році. Після цього визнання INSERM група стала незалежною одиницею (INSERM U635) 1 січня 2004 року, а згодом приєднався до дослідницького центру INSERM «Інститут біомедичних досліджень Mondor» (IMRB, INSERM U955).

З самого початку дослідження групи були зосереджені на ВГС-інфекції, її діагностиці, патофізіології (механізми індукованого ВГС печінкового та позапечінкового ураження, включаючи гепатоцелюлярну карциному або ГЦК), успіху та невдачі противірусного лікування та розвитку новітніх противірусних підходів [99].

Massimo Puoti, доктор медичних наук, спеціаліст з гастроентерології та інфекційних хвороб. З 1988 року консультант у відділенні інфекційних хвороб

АО Spedali Civili м. Брешия, Італія, лікарня загального профілю. З 2005 по 2010 рр. доцент кафедри інфекційних хвороб у Школі медицини Університету Брешиї (Medicine of the University of Brescia). Основні напрями досліджень Massimo Puoti - це віруси гепатиту та ВІЛ-інфекції. З 2010 р. директор відділу інфекційних хвороб Великої столичної лікарні Нігуарда в Мілані, а з 2020 р. професор інфекційних хвороб Міланського університету – Школи медицини Бікокка (Bicocca School of Medicine).

Dr. Puoti опублікував 293 статті в рецензованих міжнародних журналах (включаючи Science, Blood, Hepatology, Journal of Hepatology, Archives of Internal Medicine, Journal of Infectious Diseases, Clinical Infectious Diseases, AIDS, Journal of AIDS тощо), присвячених епідеміології, фундаментальним та терапевтичним аспектам ВІЛ та вірусних гепатитів. Він є членом Європейської асоціації з вивчення печінки (EASL), Європейського товариства клінічної мікробіології та інфекційних захворювань, Італійської асоціації з вивчення печінки, Італійського товариства з вивчення інфекційних і паразитарних хвороб, Італійського товариства з вивчення захворювань, що передаються статевим шляхом. Він був членом координаційного комітету Associazione Italiana Studio Fegato (Італійська асоціація з вивчення печінки) з 2004 по 2007 рік [88].

Professor José Luis Calleja Panero є керівником гастроентерологічної та гепатологічної служби в університетській лікарні Пуерта де Іерро та є професором медицини в Автономному університеті Мадрида (Autonomous University of Madrid). Він отримав ступінь бакалавра медицини, а також ступінь доктора в Мадридському автономному університеті.

Дослідник бере участь у Національному плані боротьби з гепатитом Іспанії з 2015 року та є активним членом Обсерваторії гепатиту С Мадридського співтовариства. Він брав участь у розробці найважливішого реєстру лікування гепатиту С (Нера С), будучи директором цього реєстру до 2018 року. Він є членом ради директорів Іспанського реєстру NASH (HEPAMET), який включає більше понад 2000 пацієнтів з біопсією печінки з діагнозом NAFLD. Він також

є частиною Національного консенсусу щодо діагностики та лікування неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП).

José Luis Calleja Panero очолює одну з найактивніших дослідницьких груп у галузі гепатології в Іспанії та є нинішнім заступником директора та членом ради директорів Науково-дослідного інституту здоров'я Пуерта де Ієрро Puerto de Hierro Medical Research Institute (IDIPHIM) у Мадриді. Цей Інститут складається з понад 200 вчених, які займаються різними аспектами біомедицини, і має значний вплив на дослідження в Іспанії. Він є головним дослідником кількох дослідницьких проектів (державних і приватних) і міжнародних багатоцентрових клінічних випробувань. А також, був головним дослідником різних проектів з вірусних гепатитів, цирозу печінки, на даний момент завершено понад 50 досліджень [79].

Загально світовий внесок науковців у дослідження ВІЛ-інфекції/СНІДу безперечно значний. Іноземні науковці роблять вагомні внески у різні аспекти цього захворювання, від молекулярно-біологічних аспектів вірусу до клінічних досліджень та стратегій лікування та профілактики.

Наприклад, науковці досліджують механізми взаємодії вірусу з імунною системою та шляхи його мутаційної стійкості. Крім того, важливе місце займають дослідження, спрямовані на покращення методів діагностики, лікування та підтримки хворих. Деякі науковці фокусуються на розробці вакцин проти ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Такі науковці, як Франсуаза Барре-Синуссі та Люсіль Маскенс, вивчають соціальні аспекти і вплив епідемії на різні групи населення. Дослідники, такі як Пітер Піот та Франсуаза Барре-Синуссі, спрямовують свої зусилля на впровадження та підтримку проектів з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції у країнах з високими рівнями захворюваності.

Великий внесок в дослідження ВІЛ-інфекції та СНІДу роблять також лабораторії та науковці з Інституту Глікобіології в Оксфорді (Oxford Glycobiology Institute), та багатьох інших наукових установ у США, Європі та по всьому світу. Ці групи фокусуються на вивченні біологічних процесів, які стоять

за передачею вірусу, мутаційною стійкістю та вивченням нових можливостей для лікування та профілактики.

Іноземні науковці активно вивчають та вносять вагомий внесок у різні аспекти туберкульозу, включаючи механізми захворювання, методи діагностики, лікування та профілактику цієї хвороби.

Науковці з Інституту Пастера у Франції (Institut Pasteur), Національного інституту Здоров'я США (US National Institutes of Health), Національного Інституту Алергії і Інфекційних захворювань (National Institutes of Allergy and Infectious Diseases), Центру контролю та профілактики захворювань США (CDC) та багатьох інших установ проводять дослідження щодо нових методів лікування та діагностики туберкульозу.

Однією з актуальних областей досліджень є розробка нових лікарських препаратів та підходів до лікування, особливо у випадках антибіотикорезистентних форм збудників туберкульозу. Деякі науковці, такі як Puchalski Ritchie LM і Michael J Schull, активно досліджують нові антибіотики та методи їх застосування для боротьби з резистентними формами хвороби [93].

Крім того, дослідники зосереджуються на розвитку нових методів діагностики, зокрема використання новітніх технологій у лабораторіях та у вивченні біомаркерів, що допомагають виявляти та моніторити туберкульоз.

Глобальний внесок іноземних науковців у боротьбі з туберкульозом відображається не лише у відкриттях інноваційних методів лікування та діагностики, але й у розробці стратегій контролю за хворобою на рівні країн та глобально.

Можна дійти висновку, що вірусні гепатити В та С, а також ВІЛ-інфекція/СНІД і туберкульоз є серйозною проблемою для системи охорони здоров'я та громадського здоров'я. Їх поширення велике, особливо серед певних груп населення, і мають унікальні особливості у шляхах передачі. Діагноз цих захворювань часто важливо встановити, оскільки хвороба може протікати без симптомів, а доступ до тестування може бути обмежений.

Наслідки розвитку цих захворювань можуть бути негативними, включаючи цироз печінки та гепатоцелюлярну карциному, проте багато людей не усвідомлюють ці наслідки. Широка географічна розподіленість вчених, які працюють над цими проблемами, підкреслює актуальність цих хвороб у всьому світі, у тому числі в Європі, Азії та Африці.

Незважаючи на успіхи у дослідженнях та лікуванні вірусних гепатитів В та С, а також ВІЛ-інфекції/СНІДу і туберкульозу, все ще існує значна кількість хворих, особливо серед молодих людей працездатного віку. Це негативно впливає на економіку країни і життя людей загалом. Проблема потребує подальших зусиль для ефективного контролю та лікування, оскільки вона впливає на здоров'я та життя людей.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ПРИЧИН ТА ЧИННИКІВ НЕМЕДИЧНОГО ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ У МІСТІ ЛУЦЬКУ, ВОЛИНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

2.1 Аналіз поширеності наркоманії у Волинській області

Слід врахувати той факт, що досить поширеним явищем є вживання наркотиків підлітками. За даними Європейського опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин – ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), порівняно з 1995 р. істотно збільшилася питома вага підлітків, які мають досвід спроби наркотиків

Згідно з даними 2019 року, 8,7% підлітків у віці 14-17 років мали досвід споживання марихуани: 10,7% серед юнаків і 6,8% серед дівчат. Лише 5,8% хлопців та 4% дівчат у віці 14 років пробували марихуану, але цей показник різко зростає з віком, особливо у хлопців. У 17 років цей показник досягає 14% загалом (21,3% у хлопців і 7,9% у дівчат).

Аналіз динаміки споживання наркотиків з 1995 по 2019 рік вказує на тенденцію до збільшення вживання психоактивних речовин серед хлопців і дівчат. Водночас, вживання серед хлопців знижується, а серед дівчат зростає, особливо з 8,4% у 2011 році до 11,9% у 2015 році і 18,3% у 2019 році. Хоча загальна тенденція до зниження вживання наркотиків між 2003 і 2011 роками змінилася, в 2015 році спостерігалася стабілізація, а в 2019 році відзначено зростання серед підлітків 15-16 років, які навчаються [29].

Проаналізувавши статистичні дані КП «Волинський медичний центр терапії залежностей» станом на 01 січня 2023 року у Волинській області захворюваність на наркоманії за 2022 рік становить 98,18 на 100 тисяч населення (2021 рік – 107,64), в порівнянні з минулим роком зменшилась на 8,79%, проте

показник за 2021 рік був в 1,9 разів вищий, ніж в Україні (55,93). Найвищі показники поширеності наркоманії відзначені в містах Нововолинськ, Володимир, Ковель, Ківерці та Луцьк

Захворюваність сільського населення на розлади психіки та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин у 2022 році становить 76,1 на 100 тис. відповідного населення (2021р.-115,9). Показник захворюваності на наркологічну патологію сільського населення зменшився на 34,3 % у відповідності до зменшення наркологічної захворюваності в цілому.

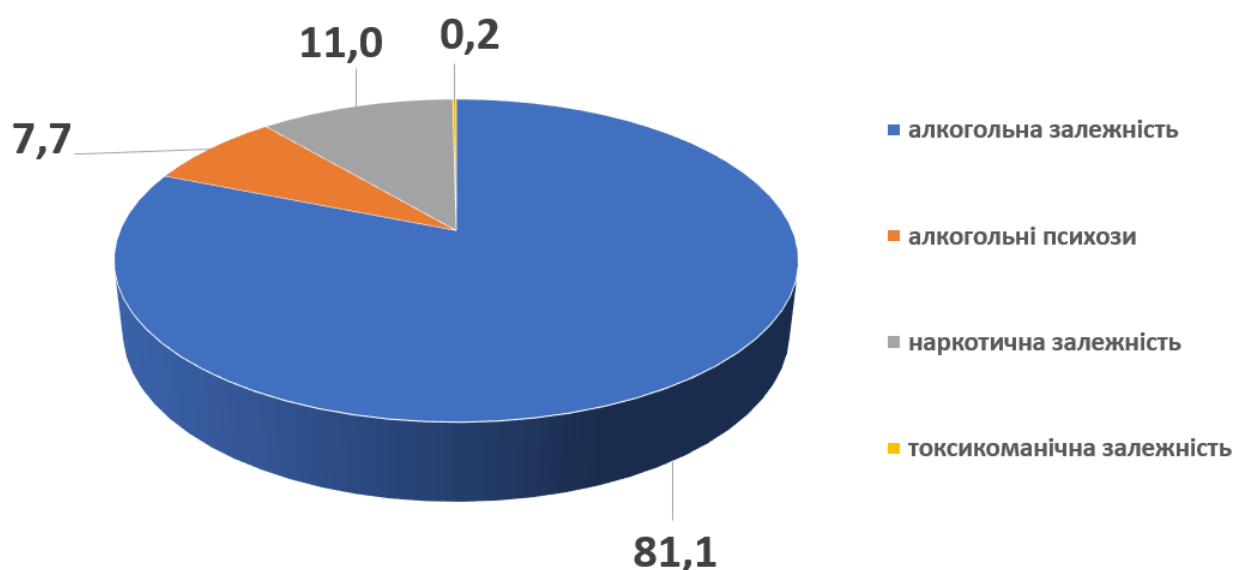


Рис.2.1 – Структура наркологічної захворюваності населення Волинської області за 2022 рік

Серед наркологічної захворюваності захворюваність на алкогольну залежність в 2022 році становить 81,1% (2021р. - 84,0%), алкогольні психози - 7,7% (2021р. - 12,0%), наркотична та токсикоманічна залежність – 11,2% (2021р. - 4,0%), з них наркотична – 11,0%, токсикоманічна – 0,2% (Рис.2.1).

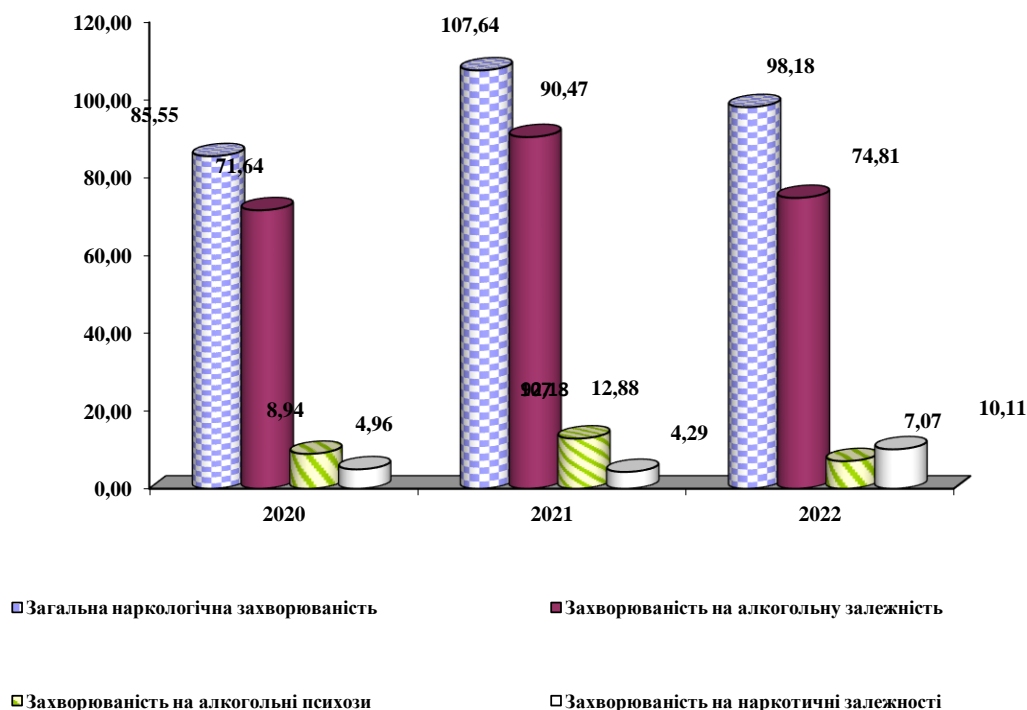


Рис.2.2 – Наркологічна захворюваність населення Волинської області в розрізі нозологій за 2020-2022 роки (показник на 100 тисяч населення)

У порівнянні з 2021 роком захворюваність на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин по області у 2022 році зменшилась на 8,79% (2020 р. – 85,55; 2021р. – 107,64; 2022 р. – 98,18) (Рис.2.2). В розрізі регіонів області показник захворюваності на наркологічну патологію в звітному році виглядає так: м. Луцьк – 152,18; Камінь-Каширський район – 117,50; Володимирський – 86,90; Луцький район – 70,19; Ковельський район – 54,86

Як і в попередні роки переважає захворюваність на хронічний алкоголізм, показник алкогольної залежності на 100 тисяч населення становить 74,81 (область: 2020р. - 71,64; 2021р. – 90,47; Україна 2021р.–41,0). У порівнянні з 2021 роком показник захворюваності на хронічні алкогольні синдроми (хронічний алкоголізм) зменшився на 17, 31%. В розрізі районів області показник захворюваності на хронічний алкоголізм: м. Луцьк - 115,55; Камінь-Каширський район – 109,87; Володимирський район – 65,03; Луцький район – 61,83; Ковельський район – 42,83.

Захворюваність на алкогольні психози по області значно зменшився в порівнянні з 2021 роком, на 68, 40% та становить 7,07 на 100 тисяч населення (область: 2020р. – 8,94; 2021 р. – 12,88; Україна 2021р. – 4,72), в розрізі районів

області: м. Луцьк – 12,68; Луцький район – 8,36; Камінь-Каширський район – 6,87; Ковельський район – 4,51; Володимирський район – 2,36.

Захворюваність на розлади психіки від вживання наркотичних речовин (наркоманії) по області значно зросла у порівнянні з 2021 роком в 2,4 рази та становить 10,11 на 100 тисяч населення (область: 2020р. – 4,96; 2021р. – 4,29; Україна 2021р. – 9,85). В розрізі районів області: м. Луцьк – 23,95; Володимирський район – 19,51; Ковельський район – 7,50; Камінь-Каширський район – 0,76; Луцький район - не зареєстровано жодного випадку наркотичної залежності. Ріст захворюваності по наркоманії у Волинській області за 2022 рік відбувся за рахунок тимчасово переселеного населення внаслідок російської агресії.

Захворюваність на розлади психіки від вживання інших (крім алкоголю, наркотичних) психоактивних речовин (токсикоманії) населення області за 2022 рік становить 0,20 (2020р. – 0, 2021р. – 0; Україна 2021р. – 0,19).

Хворобливість наркологічної патології серед населення Волинської області в 2022 році становила 1578,89 на 100 тисяч населення (2020 р. – 1489,46; 2021р. – 1536,11; Україна 2021р. – 1224,16).



Рис.2.3 – Структура наркологічної хворобливості населення Волинської області за 2022 рік

Серед наркологічної хворобливості поширеність на алкогольну залежність становить 92,2% (2021р. - 92,2%), алкогольні психози - 0,60% (2021р. - 0,84%), наркотична та токсикоманічна залежність – 7,2% (2021р. - 6,9%), в т.ч. наркотична – 7,1%, токсикоманічна – 0,1% (Рис.2.3).

Поширеність алкогольної залежності (хронічного алкоголізму) за 2020-2022 роки становила: 2020 рік – 1376,70 випадки на 100 тисяч; 2021 рік – 1416,56; 2022 рік – 1456,37 на 100 тисяч населення (Україна 2021р. – 1055,20).

Поширеність алкогольних психозів за 2020-2022 роки становила: 2020 рік – 9,24; 2021 рік – 12,98; 2022 рік – 9,52 на 100 тисяч населення (Україна 2020р. – 8,94).

Поширеність розладів психіки та поведінки від уживання наркотичних речовин (наркоманії) по області за 2020-2022 роки становила: 2020 рік – 103,53; 2021 рік – 105,90; 2022 рік – 113,00 на 100 тисяч населення (Україна 2021р. – 156,10) та уживання інших психоактивних речовин (токсикоманії): 2020 рік – 0,78; 2021 рік – 0,68; 2022 рік – 1,08 (Україна 2021р. – 3,90). Всього наркотична залежність за 2022 рік становить 113,00 на 100 тисяч населення (2020р. – 103, 53; 2021р. – 105,90).

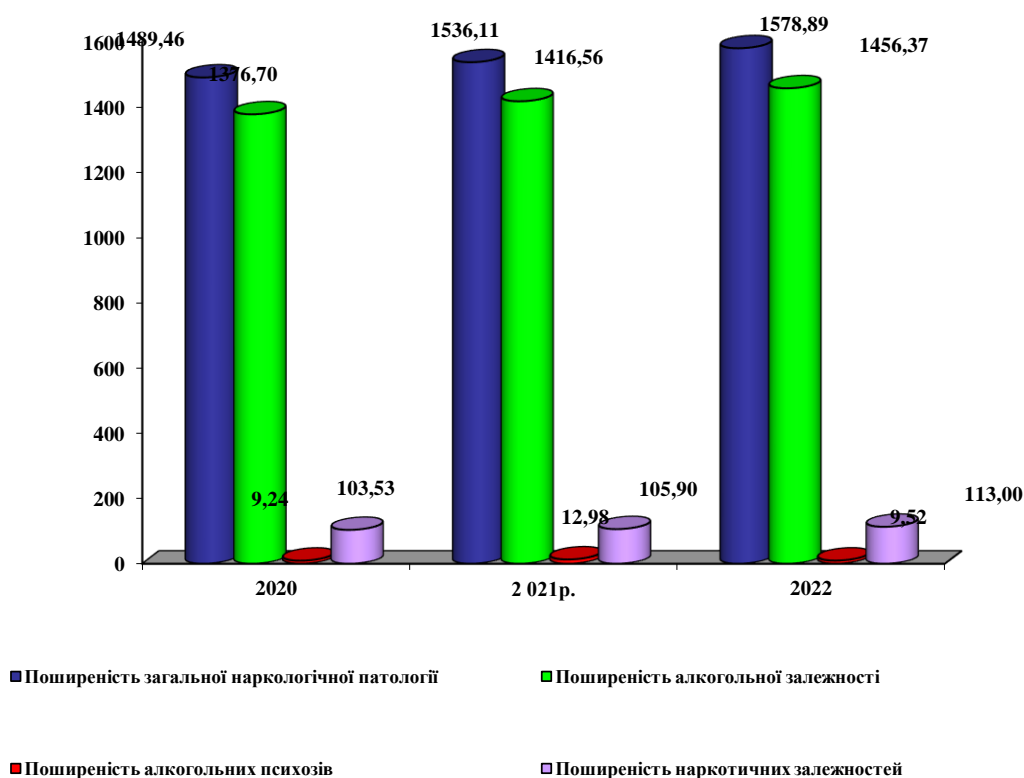


Рис.2.4 – Наркологічна хворобливість населення Волинської області в розрізі нозологій (на 100 тисяч населення)

Поширеність алкогольної залежності (хронічного алкоголізму) за 2020-2022 роки становила: 2020 рік – 1376,70; 2021 рік – 1416,56; 2022 рік – 1456,37 на 100 тисяч населення (Україна 2021р. – 1055,20) (Рис.2.4).

Поширеність алкогольних психозів за 2020-2022 роки становила: 2020 рік – 9,24; 2021 рік – 12,98; 2022 рік – 9,52 на 100 тисяч населення (Україна 2020р. – 8,94).

Смертність населення області з приводу психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин як безпосередньої причини смерті та ускладнень внаслідок наркологічної патології у 2022 році за статистичними даними Головного управління статистики у Волинській області Державної служби статистики України становила 22,68 на 100 тис. населення (2021 р. – 32,69) (таблиця 2.1).

Таблиця 2.1

Смертність населення області з приводу психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин

Причина смерті	2020 рік		2021 рік		2022 рік	
	абс. число	показник на 100 тис. нас.	абс. число	показник на 100 тис. нас.	абс. число	показник на 100 тис. нас.
Алкогольна залежність	333	32,37	351	34,25	230	22,58
Наркотична залежність	2	0,19	4	0,39	1	0,10
Всього	335	32,57	335	32,69	231	22,68

У порівнянні з минулим роком кількість зареєстрованих випадків смерті внаслідок вживання психоактивних речовин зменшилась з 4 випадків до 1 випадка у зв'язку з внутрішньою та зовнішньою міграцією населення в умовах війни з російською федерацією.

На сьогоднішній день продовжується оптимізація функціонально-організаційної моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на регіональних рівнях, яка базується на новій організаційній системі первинної та вторинної медичної допомоги населенню за виконанням:

- існуючих елементів охорони здоров'я причетних до забезпечення населення наркологічною допомогою: спеціалізовані заклади по наданню стаціонарної наркологічної допомоги, лікарі-наркологи закладів охорони, які надають спеціалізовану амбулаторну допомогу в регіонах області;
- існуючих складових системи охорони здоров'я, але частково змінених за рахунок їх функціональної оптимізації: впровадження сучасних індикаторів оцінки діяльності наркологічної служби, впровадження системи електронно-інформаційного забезпечення діяльності наркологічної служби на рівні регіону, розробка інформаційно-методичних матеріалів для профілактики серед населення регіону порушень психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю та психоактивних речовин;
- якісно нових елементів: первинна медико-санітарна допомога, сайти замісної терапії на базі сімейних амбулаторій, амбулаторні центри/кабінети медико-соціальної реабілітації з можливістю їх відвідування залежними особами з партнером, якого вони обрали для забезпечення психологічної підтримки у повсякденному житті.

Разом з тим, варто відмітити, що на сьогоднішній день залишається тенденція повної відсутності співпраці в роботі лікарів загальної практики — сімейної медицини (ЗПСМ) з лікарями-наркологами. Випадки направлення хворих для надання консультативної чи амбулаторної спеціалізованої наркологічної допомоги від лікарів ЗПСМ поодинокі. В області відсутні структури та спеціалісти з надання спеціалізованої наркологічної допомоги дитячому населенню.

Значна увага приділяється анонімному лікуванню хворих наркологічного профілю, що не пригнічує і не дискримінує їх перед суспільством і на роботі. По результатах соціального дослідження серед медичних працівників та осіб, що вживають психоактивні речовини, вживання дорослим населенням та підлітками і молоддю психоактивних речовин, а також зловживання алкоголем є актуальною проблемою у Волинській області та Україні в цілому. В майбутньому актуальним залишається питання організації сімейним лікарем

роботи школи здоров'я «Тверезе життя», створення амбулаторних центрів медико-соціальної реабілітації за місцем проживання.

Таким чином, аналіз статистичних даних показав, що поширення вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед населення Волинської області є доволі суттєвим. При цьому найвищі показники поширеності наркоманії відзначені в містах Нововолинськ, Володимир-Волинський, Ковель, Ківерці та Луцьк.

Захворюваність на наркоманії у Волинській області за 2022 р. становить 98,18 випадки на 100 тисяч населення і в порівнянні з 2021 р. зменшилась на 8,79% до, проте показник за 2021 рік був в 1,9 разів вищий, ніж в Україні (55,93).

Серед наркологічної патології найбільша питома вага припадає на захворюваність на алкогольну залежність (в 2022 р.- 81,2% ; 2021р. - 84,0%), алкогольні психози - 7,7% (2021р. - 12,0%), наркотична та токсикоманічна залежність – 11,2%(2021р. - 4,0%), з них наркотична – 11,0%, токсикоманічна – 0,2%.

Захворюваність на розлади психіки від вживання наркотичних речовин (наркоманії) у Волинській області в 2022 р. зросла у порівнянні з 2021 р. в 2,4 рази та становить 10,11 на 100 тисяч населення (2021 р.-4,29) Високі показники відмічаються в м. Луцьк – 23,95; Володимирський район – 19,51; натомість в Луцькому районі район - не зареєстровано жодного випадку наркотичної залежності. Ріст захворюваності на наркоманії у Волинській області за 2022 р. відбувся за рахунок тимчасово переселеного населення внаслідок російської агресії.

2.2 Причини та чинники вживання наркотичних препаратів ін'єкційним шляхом

Варто зазначити, що згідно з результатами проведеного дослідження «Оцінка і покращення доступу до послуг профілактики, тестування та лікування серед молодих представників груп ризику щодо епідемії ВІЛ/СНІД в Україні» в

2019 році, кожна десята людина, котра вживає наркотики ін'єкційно ніколи не була охоплена інформаційною кампанією щодо профілактики та тестування на ВІЛ. Третина опитаних ніколи не отримували консультацій з профілактики туберкульозу; 7,7% – презервативів, а 12,8% отримували їх більше ніж 6 місяців тому [2].

Зазначеній групі клієнтів пропонувалися виключно послуги, пов'язані з проведенням швидкого тестування у рамках аутріч-роботи, після отримання яких клієнти проходили консультування та направлялися до медичних установ у разі виявлення позитивних результатів тестування. Незважаючи на той факт, що медичне обстеження та заходи, пов'язані з початком проведення антиретровірусної терапії (АРТ), виконуються безкоштовно приблизно у 40 державних установах, на практиці фактична кількість пацієнтів, які були залучені до програм лікування, була досить незначна через відсутність ефективної координації та взаємодії у рамках діючої системи медичного обслуговування.

Для підвищення ефективності допомоги при наданні соціальних та медичних послуг споживачам ін'єкційних наркотиків потрібно враховувати найрізноманітніші фактори наркосцени, такі як: причини та чинники вживання наркотиків, соціальний статус, виховання, поінформованість населення стосовно негативних наслідків вживання наркотиків тощо.

У процесі дослідження проблеми ми провели експериментальне дослідження в 2023 році, котре було спрямоване на виявлення причин вживання наркотиків, ефективності надання послуг ЛВНІ на базі Волинської філії Рівненського обласного благодійного фонду «Наше Майбутнє».

У дослідженні взяли участь 30 осіб – клієнтів благодійного фонду. З яких: 18 осіб (60%) – чоловічої статі та 12 (40%) – жіночої. Віковий діапазон – 24 – 47 років. Всі респонденти є учасниками профілактичної програми для ЛВНІ у місті Луцьку, з них – 70% лікувалося від наркотичної залежності.

В якості інструментарію ми використали розроблену нами анкету (додаток А). Пунктами проведення дослідження були центральний офіс надання послуг Волинської філії РОБФ «Наше Майбутнє».

При відборі респондентів використовувалися відповідні критерії на основі яких у процесі інтерв'ю здійснювався відбір учасників. Опис критеріїв відбору поданий в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Критерії включення та/або виключення респондентів для участі в дослідженні

Критерії включення ЛВНІ для участі в дослідженні:
вік від 16 років на момент залучення до дослідження;
добровільна згода в отриманні інформації стосовно розробленої анкети;
проживають/працюють/навчаються в місті, де проходить дослідження.
Критерії виключення ЛВНІ від участі в дослідженні:
участь в опитуванні не більше ніж один раз протягом проведення цього дослідження;
відмова респондента брати участь в дослідженні;
знаходження респондента під впливом алкоголю або/та наркотиків.

Узагальнивши результати анкетування ми встановили, що 100% респондентів вживають наркотики ін'єкційним шляхом, а впродовж останніх 30 днів – 4 опитуваних клієнтів відповіли, що вживали наркотик неін'єкційним шляхом, а решта – 26 – ін'єкційним.

Досліджуючи чинники, які могли вплинути на прийняття рішення про вживання наркотиків, ми з'ясували, зокрема, чи бракувало респондентам у дитинстві любові та душевного тепла від рідних та близьких. Результати узагальнені і подані у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл респондентів за їхніми оцінками недостатності любові та душевного тепла від рідних у дитинстві

Варіанти відповіді	В абс. числах	%
1. Так, бракувало	21	70,0
2. Ні, я не був/була обділений(а) в любові від близьких	5	16,7
3. Не пам'ятаю	4	13,3

Аналіз даних, представлений у таблиці 2.3 дає підстави стверджувати, що переважна більшість 70,0% людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно, які брали участь у дослідженні, відчували брак любові та душевного тепла від рідних у дитинстві. Це може бути одним із чинників, який вплинув на рішення почати вживати наркотики.

В процесі анкетування ми також з'ясували причини, які спонукали респондентів до вживання наркотиків. Переважна більшість опитаних (70,0%) зазначили, що почали вживати наркотики задля цікавості та експерименту над своєю свідомістю.

Значний вплив на прийняття рішення про вживання наркотиків здійснює мікрооточення в якому перебуває особистість. Усвідомлюючи це, ми в процесі анкетування пропонували респондентам відповісти на запитання «Чи були перед першим Вашим вживанням наркотиків друзі та однолітки, які вже це пробували?». Узагальнивши відповіді учасників дослідження на це запитання ми сформуливали такий розподіл (див. таблицю 2.4).

Таблиця 2.4

Оцінка респондентами свого оточення щодо наявності досвіду вживання наркотиків

Варіанти відповіді	В абс. числах	%
1. Так, були	12	40,0
2. Ні, не було	12	40,0
3. Не пам'ятаю	6	20,0

Аналіз даних представлений у таблиці 2.4 показує, що у 40,0% ЛВНІ перед першим вживання наркотиків вже були друзі та однолітки, які пробували наркотики. Слід зауважити, що така ж сама кількість респондентів відповіла, що у них не було друзів та знайомих, які вже вживали наркотики.

В процесі анкетування ми виявили, що 90,5% респондентів під час першого вживання наркотиків були в компанії під наглядом когось із знайомих.

Сучасною наукою доведено, що в багатьох випадках причиною вживання наркотиків є проблеми в особистому житті, психічному стані людини. Виходячи з цього, ми в процесі анкетування з'ясували в якому стані перебували респонденти перед першим вживанням наркотиків. Узагальнені дані щодо оцінки учасниками дослідження цього стану подаємо у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Розподіл респондентів за їхніми оцінками наявності відчуття нещастя, незадоволеності, депресії, тривоги, нудьги, невпевненості у собі перед першим вживанням наркотиків

Варіанти відповіді	В абс. числах	%
1. Так, були	12	40,0
2. Ні, не було	8	26,7
3. Не пам'ятаю	10	33,3

З таблиці 2.5 бачимо, що означені проблеми були актуальними для 40% респондентів, ще 33,3% зазначили, що не пам'ятають свого стану перед першим вживанням наркотиків. Майже третина опитаних відкинули вплив даного чинника на прийняття рішення про вживання наркотиків.

Вживання наркотиків істотно впливає на коло, спосіб, характер спілкування наркозалежного з оточуючими, що виражається у втраті зв'язків, погіршення спілкування, виникненні проблем у взаємовідносинах. Досліджуючи цей аспект, ми встановили, що для респондентів, які брали участь у нашому дослідженні ці проблеми не є актуальними, оскільки 53,3% з них вказали, що

легко знаходять спільну мову із оточуючими людьми, мають багато друзів. Опрацьовані результати подані в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Розподіл респондентів за наявності у них друзів

Варіанти відповіді	В абс. числах	%
1. Так, багато	16	53,3
2. Є декілька друзів	9	30,0
3. Немає друзів	5	16,7

Вживання наркотиків приводить до виникнення проблем у взаємодії наркозалежного з державними органами. В процесі анкетування ми з'ясували з якими із державними органами у клієнтів виникали проблеми в процесі їхньої взаємодії. Узагальнені дані щодо цього аспекту життєдіяльності наркозалежних подаємо на рис. 2.5.

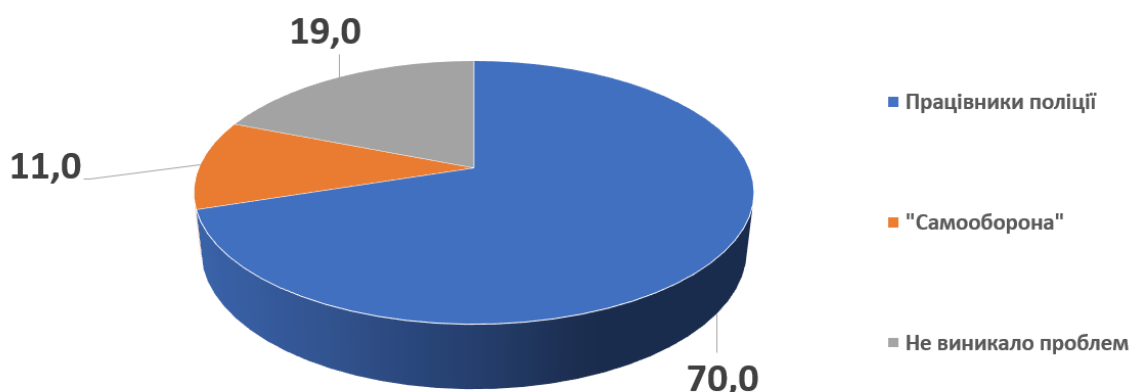


Рис. 2.5. Проблеми взаємодії ЛВНІ із державними органами

На основі даних представлених на рис. 2.5, можемо стверджувати, що найбільше проблем у споживачів ін'єкційних наркотиків (70%) виникало із працівниками поліції, 11% – з ініціативною групою «Самооборона». Також 19% опитаних ЛВНІ, зазначило, що не виникало проблем із будь-якими владними структурами.

Варто зазначити, що 93% респондентів повідомили, що у місті Луцьку легко придбати наркотичні засоби для ін'єкцій.

Узагальнивши дані проведеного дослідження, ми дійшли висновку, що респонденти до основних причин початку вживання наркотиків віднесли гострі відчуття нещастя, незадоволеності, депресії, тривоги та нудьги, невпевненості в собі та через недостатню любов і душевне тепло від рідних та близьких. Можна сказати, що перед першим вживанням наркотиків у респондентів вже були друзі та однолітки, які пробували наркотичні засоби. Слід також зауважити, що ЛВНІ мають багато друзів і ведуть комунікативний спосіб життя з оточуючими людьми. Варто звернути увагу, що у Волинській області легко придбати наркотичні засоби для ін'єкцій.

2.3 Аналіз показників захворюваності вірусними гепатитами В, С, ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні

У кінці 2021 року в Україні перебували близько 245 000 осіб, які живуть з ВІЛ. Згідно з оцінками, внаслідок спільних зусиль держави, громадського сектору та за технічної підтримки міжнародних партнерів, були досягнуті помітні успіхи у боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІД. За цей час епідемія почала відступати. Завдяки масштабним профілактичним програмам, порівняно з 1999 роком, кількість нових інфікувань ВІЛ щорічно зменшилась в 5 разів, а кількість смертей від СНІДу за останні 15 років зменшилась у 5,5 разів завдяки ранній діагностиці та доступу до лікування. Більшість осіб, які перебувають у зоні підвищеного ризику інфікування ВІЛ, були охоплені профілактичними програмами, і понад 150 000 осіб, які живуть з ВІЛ, отримали необхідне лікування [35].

Однак, внаслідок повномасштабної війни в Україні в 2022 році виникла гуманітарна криза, яка призвела до значних руйнувань у сфері охорони здоров'я та серйозних перебоїв у наданні соціальних та медичних послуг. При цьому кількість гуманітарних потреб зростала драматично через масові внутрішні переселення та потоки біженців. На 31 січня 2023 року було зареєстровано понад

8 мільйонів біженців з України у різних країнах Європи, а ще близько 5,4 мільйона осіб були внутрішньо переміщені в межах країни [98].

У результаті постійних обстрілів, загрози окупації та руйнувань, спричинених війною, в деяких регіонах України закрились, або тимчасово призупинили свою роботу значна кількість закладів охорони здоров'я, частину з яких було пошкоджено або знищено. Зокрема і тих закладів, які забезпечували надання антиретровірусної терапії та життєво необхідної інформації для людей, які не тільки живуть з ВІЛ, а й хворих на вірусні гепатити та туберкульоз. До проблем з безпекою додалися труднощі із постачанням необхідних медичних матеріалів, що негативно вплинуло на роботу лабораторій та спричинило обмеження діагностичних послуг.

За даними сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції (СЕМ), щорічна кількість скринінгових обстежень на ВІЛ-інфекцію в Україні до 2019 року залишалась відносно стабільною, коливаючись в межах 2,3-2,5 млн. досліджень (додаток В). Проте внаслідок карантинних обмежень через епідемію COVID-19 та війни проти України у 2022 році кількість тестувань на ВІЛ суттєво зменшилась, досягнувши найнижчого рівня за роки спостережень — за рік пройшли обстеження лише 1 612 348 осіб, що складає 3 933 на 100 000 населення. Темп приросту порівняно з попереднім роком є від'ємним і становить (-16,1%).

Завдання із забезпечення максимального охоплення послугами з тестування на ВІЛ-інфекцію осіб з числа ЛВІН залишається актуальним і є одним з пріоритетних в контексті встановлення контролю над епідемією ВІЛ-інфекції в Україні. За даними біоповедінкових досліджень, з 2013 року поширеність ВІЛ серед ЛВІН практично не змінюється і тримається на високому рівні в межах 21% - 23%, із незначним зниженням до 20,3% у 2020 році.

За даними СЕМ у 2022 році загалом було обстежено на ВІЛ 56 629 ЛВІН, з яких отримали позитивний результат тесту 3 421 особа (6,0%). Цей показник коливається в межах регіонів від найменшого значення (1%) у Івано-Франківській, Харківській та Хмельницькій областях до найбільшого (21,7%) у Київській області.

Слід відзначити особливі результати в Одеській області, де за рік було обстежено 9 529 осіб, що входять до категорії з високим ризиком зараження ВІЛ. З цієї групи було виявлено 1 702 ВІЛ-позитивні особи, що становить половину всіх зареєстрованих випадків в країні (1 702 з 3 421), з показником інфікованості 17,9%. Це може свідчити як про високий рівень поширення ВІЛ серед цієї категорії осіб в Одеській області, так і про успішність реалізації профілактичних програм та інтервенцій за участю неурядових організацій (НУО), в рамках яких проводиться тестування на ВІЛ, спрямоване на максимальне охоплення осіб з високим ризиком інфікування.

Для оцінки ситуації з поширенням ВІЛ серед осіб з високим ризиком захворювання на національному або регіональному рівнях важливо використовувати всі доступні програмні, статистичні дані та результати інтегрованих біоповедінкових досліджень. Військовий конфлікт суттєво ускладнює проведення епідеміологічного нагляду через масову міграцію населення, зміну місць надання послуг, а також потребу у швидкій реакції на непередбачувані ситуації.

Таблиця 2.7

Результати сероепідеміологічного моніторингу серед людей, які вживають наркотичні препарати ін'єкційно, 2022 рік, за даними ДУ «Центр громадського здоров'я України»

Регіон (область, місто)	Обстежено осіб	Кількість виявлено ВІЛ+ ЛВНІ	%
Україна	56 629	34 21	6,0
Вінницька	225	10	4,4
Волинська	164	12	7,3
Дніпропетровська	17 810	758	4,3
Донецька	358	41	11,5
Житомирська	695	14	2,0
Закарпатська	79	1	1,3
Запорізька	1 105	114	10,3

Продовження табл. 2.7

Івано-Франківська	594	6	1,0
Київська	894	194	21,7
Кіровоградська	498	18	3,6
Луганська	92	4	4,3
Львівська	3 649	76	2,1
Миколаївська	824	51	6,2
Одеська	9 529	1 702	17,9
Полтавська	1 169	48	4,1
Рівненська	104	12	11,5
Сумська	569	18	3,2
Тернопільська	456	6	1,3
Харківська	9 975	102	1,0
Херсонська	288	40	13,9
Хмельницька	102	1	1,0
Черкаська	780	24	3,1
Чернівецька	203	12	5,9
Чернігівська	932	58	6,2
м. Київ	5 535	99	1,8

В таблиці 2.7 ми бачимо, що результати сероепідеміологічного моніторингу за 2022 рік серед людей, які вживають наркотичні препарати ін'єкційно, показали, що у Волинській області серед 164 обстежених осіб у 12 (7,3%) були виявлені антитіла до ВІЛ, що було на 21,67% вище, ніж в Україні (6,0%). Також високі показники відмічались в Київській (21,7%), Одеській (17,9%), Херсонській (13,9%), Рівненській (11,5%), Запорізькій (10,3%) областях.

Варто зазначити, що 2021 рік відзначився початком повільного процесу відновлення після наслідків COVID-19 на національному, регіональному та глобальному рівнях. Національна Програма боротьби з туберкульозом (НТП)

зосередила спільні зусилля в потрібному напрямку, що принесло певний прогрес за деякими показниками та підвищило рівень інших. Однак досягнення за деякими показниками все ще відстають від досягнень, досягнутих до початку пандемії COVID-19. Нижче подано порівняльний аналіз показників на національному, регіональному та глобальному рівнях.

За даними поточного епідеміологічного нагляду, показник захворюваності на туберкульоз (ТБ) у 2022 р., становить 45,1 на 100 000 населення.

У 15 областях України з 25 відмічається збільшення захворюваності на туберкульоз. Найвищі показники зафіксовано в Дніпропетровській (108,8), Одеській (94,3), Кіровоградській (76,6), Закарпатській (74,7), та Волинській (60,5) областях; найнижчі показники спостерігаються в Херсонській (28,7), Харківській (23,0), Донецькій (14,8), Луганській (6,7) областях, а також у місті Києві (24,8). У деяких областях зафіксували зниження кількості зареєстрованих випадків туберкульозу, що може бути зумовлене воєнними діями, частковою окупацією, а також нападами на систему охорони здоров'я.

За даними звіту за формою №58 за 2022 рік, для частоти ТБ серед людей з вперше у житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції характерна значна географічна неоднорідність між регіонами: від найвищих показників у Закарпатській (28,4%), Херсонській (25,8%) та Хмельницькій (24,3%) областях до відсутності випадків у Сумській області (Таблиця 2.8).

Таблиця 2.8

Відсоток осіб з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ в Україні, 2022 рік, за даними ДУ

«Центр громадського здоров'я України»

Регіон	ЛЖВ вперше на обліку	Кількість випадків ТБ	ВІЛ/ТБ, %
Україна	12 813	1 547	12,1
Вінницька	255	80	31,4
Волинська	133	29	12,8
Дніпропетровська	2 734	257	5,7
Донецька	312	30	9,6

Продовження табл. 2.8

Житомирська	253	48	19,0
Закарпатська	74	21	28,4
Запорізька	334	35	10,5
Івано-Франківська	115	20	17,4
Київська	714	64	9,0
Кіровоградська	315	62	19,7
Луганська	11	2	18,2
Львівська	418	86	20,6
Миколаївська	329	35	10,6
Одеська	3 601	433	12,0
Полтавська	255	33	13,8
Рівненська	145	20	13,8
Сумська	165	0	0,0
Тернопільська	77	10	13,0
Харківська	644	90	14,0
Херсонська	151	39	25,8
Хмельницька	136	33	24,3
Черкаська	256	22	8,6
Чернівецька	83	18	21,7
Чернігівська	303	48	15,8
ДУ ІЕІХ НАМНУ	208	50	24,0
НДСЛ Охматдит	24	3	12,5
м. Київ	208	79	10,3

Відсоток осіб з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ в Україні за 2022 р. становить 12,1% (1547 хворих із 12813 обстежених ЛЖВ), у Волинській області цей показник вищий і становить 12,8 % (29 із 133 обстежених ЛЖВ). Високі показники відмічаються у Вінницькій (31,4%), Закарпатській (28,4%), Херсонській (25,8%), Хмельницькій (24,3%), Чернівецькій (21,7%) та ін. областях.

Включення України до Глобальної стратегії елімінації вірусного гепатиту є надзвичайно важливим, оскільки, за оцінками наших національних експертів, до 5% населення країни інфіковано вірусним гепатитом С та 1-2,5% заражені гепатитом В. Більшість хворих не мають інформації про свій статус та, відповідно, не отримують

лікування. Згідно оцінок, в Україні інфіковано вірусним гепатитом С 1 342 418 осіб, а вірусним гепатитом В – 559 341 особа. За даними станом на 01.01.2021 року, офіційно під медичним наглядом з маркерами вірусного гепатиту С перебуває 92 591 особа (як моноінфіковані, так і коінфіковані з ВІЛ), а з вірусним гепатитом В – 18 433 особи, з них 4 757 з коінфікованою ВІЛ/гепатитом В.

Згідно з результатами інтегрованого біо-поведінкового дослідження, проведеного у 2020 році, частка виявлених позитивних випадків вірусного гепатиту С серед ЛВНІ становить 68,4% з усіх протестованих осіб, які брали участь у дослідженні. Якщо застосувати ці дані до оціночної кількості ЛВНІ, можна припустити, що в Україні проживає близько 220 949 ЛВНІ з маркерами ВГС.

Таблиця 2.9

Частка ЛВНІ із позитивним результатом тесту на ВГС, за містами, згідно даних ДУ «Центр громадського здоров'я України»

Місто	% позитивних випадків антитіл до ВГС
Біла Церква	63,4
Дніпро	76,3
Івано-Франківськ	66,9
Київ	83,0
Кривий Ріг	60,7
Кропивницький	82,3
Маріуполь	62,6
Миколаїв	60,1
Одеса	55,1
Харків	59,0
Хмельницький	64,0
Черкаси	80,6
Серед усіх	68,4

Таке значне поширення підтверджених випадків ВГС серед ЛВНІ становить реальну загрозу масштабного поширення ВГС серед загального

населення та збільшення кількості позитивних випадків. Аналіз статистичних даних вказує на разючу відмінність між кількістю осіб, в яких виявлено ВГС та які потребують лікування та заявленою потребою регіонів в препаратах для лікування ВГС.

Інформація про поширення інфекційних хвороб серед населення України систематично збирається та аналізується на різних рівнях, від місцевих органів до національних структур.

Згідно даних, опублікованими на офіційному сайті Центру громадського здоров'я, на початок 2021 року в країні було зареєстровано 15 659 нових випадків ВІЛ-інфекції (у порівнянні з 16 257 в 2019 році), 4131 випадок СНІДу та 2112 смертей, викликаних цією хворобою. Також було виявлено 50 випадків ВІЛ серед іноземців. Аналіз даних за період з 2013 по 2017 роки показує, що серед наркозалежних спостерігається зниження кількості ВІЛ-інфекцій, випадків туберкульозу та гепатиту В, в той час як кількість хворих на гепатит С залишається без змін, а випадки СНІДу зросли майже вдвічі [69].

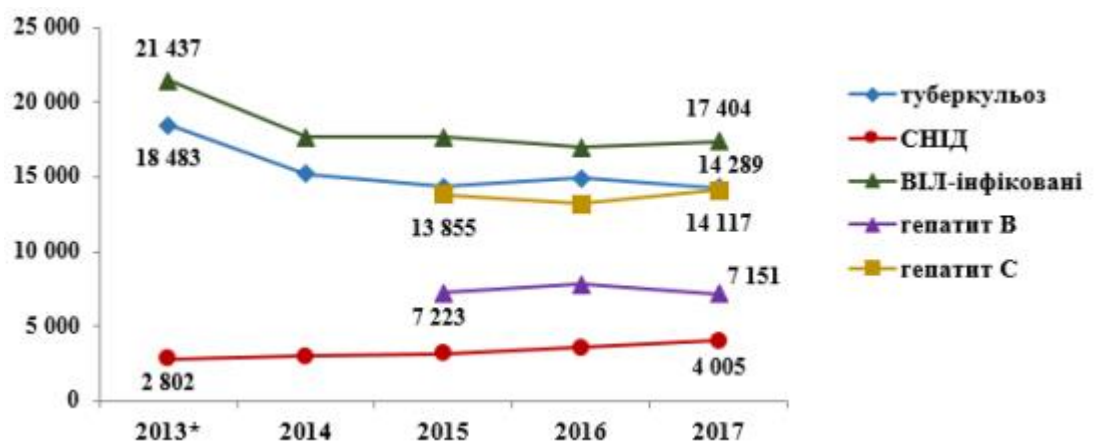


Рис. 2.6. Динаміка поширеності інфекційних захворювань серед осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР за 2013 – 2017 роки за даними МБФ «Альянс громадського здоров'я»

У 2020 році серед осіб, які вживали наркотики шляхом ін'єкцій, зафіксовано значне збільшення випадків інфекційних захворювань порівняно з 2019 роком. Кількість випадків ВІЛ-інфекції зросла на 36%, досягнувши 12,687 тис. осіб. Випадки гепатиту В збільшились на 47%, становлячи 3,736 тис. осіб. Водночас,

інфікованих гепатитом С стало більше на 35%, з числом 13,200 тис. осіб. Кількість осіб, хворих на туберкульоз, також зросла на 24%, до 6,007 тис. осіб.

Попри загальне зростання, кількість осіб, які одночасно інфіковані ВІЛ та гепатитом В, знизилась на 32%, склавши 625 осіб. Однак, випадки одночасного зараження ВІЛ та гепатитом С зросли на 18%, до 2,348 тис. осіб.

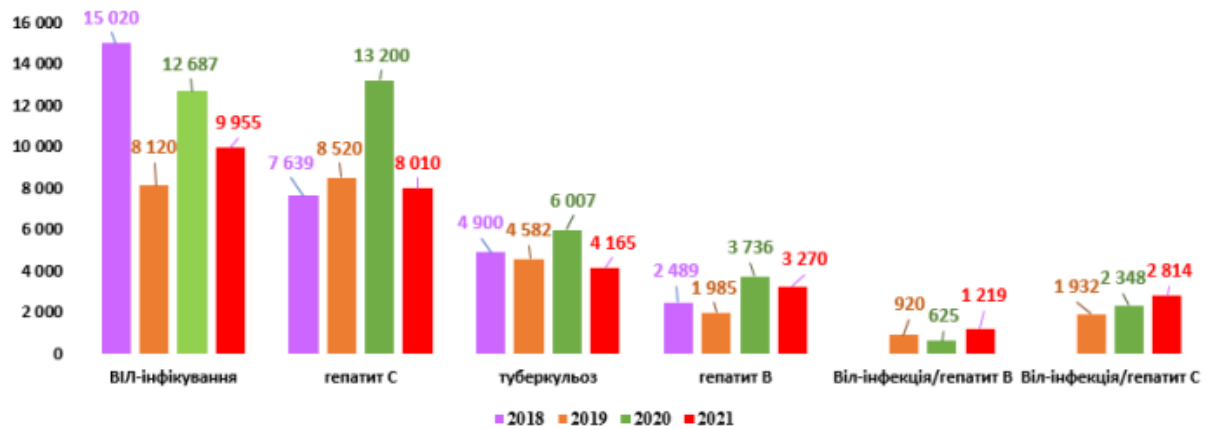


Рис. 2.7. Кількість осіб з розладами психіки та поведінки, внаслідок вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, які мають в анамнезі інфекційні захворювання, у 2018 - 2021 роках за даними МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Серед нових виявлених випадків інфекцій серед ін'єкційних наркозалежних: 552 особи мали гепатит В, 1,375 тис. осіб було діагностовано з гепатитом С, 471 особа мала туберкульоз, 917 осіб були інфіковані ВІЛ, 42 особи мали одночасну інфекцію ВІЛ та гепатиту В, і 185 осіб - ВІЛ та гепатиту С.

2.4 Аналіз показників захворюваності вірусними гепатитами В, С, ВІЛ-інфекцією/СНІДом та туберкульозом у Волинській області за 2013–2022 роки

Аналізуючи статистичні дані відділення центру профілактики та боротьби з СНІДом КП «Волинська обласна інфекційна лікарня» Волинської обласної ради, можна констатувати, що за період з 2005 року по 2017 рік зменшується частка парентерального шляху інфікування (ін'єкційним шляхом) в середовищі ЛВНІ (з 39,5% в 2005 році до 7,5% в за 6 місяців 2017 року). У той же час, потрібно зазначити, що ВІЛ-інфекція поширюється на благополучні прошарки населення за

рахунок зростання статевого шляху інфікування (з 31,2% в 2005р. до 63,9% в 2022 року), що свідчить про несприятливу тенденцію розвитку епідемії.

Однак, за останні 5 років (2018-2022) показник інфікованості за кодом 102 (люди, які вживають ін'єкційні наркотики) збільшився з 1,4% до 6,4%, що вказує на високий рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед ЛВІН.

Ефективність цільових заходів щодо охоплення послугами з тестування на ВІЛ-інфекцію (ПТВ) цієї групи, а також на необхідність у подальшому забезпечувати безперешкодний доступ до послуг з тестування на ВІЛ (ПТВ) для ЛВІН, зокрема із застосуванням швидких тестів. Результативність за кодом 102 при використанні імуноферментного аналізу (ІФА) становила 15,2% (25 обстежено – виявлено 2 ВІЛ+ осіб) та 84,8% при використанні швидких тестів (139 обстежено – виявлено 10 ВІЛ+ осіб) [69].

На основі аналізу статистичних даних щодо проблеми поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу можемо виділити основні шляхи передачі інфекції (Таблиця 2.10).

Таблиця 2.10

Основні шляхи передачі ВІЛ-інфекції у Волинській області

Роки	Парентеральний шлях		Статевий шлях		К-ть дітей, народж. Від ВІЛ-інфікованих матерів		Шлях інфікування не визначено	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
2013	29	10,9	170	63,7	1	0,5	12	4,5
2014	44	16,7	180	68,2	39	14,7	0	0,0
2015	29	10,5	186	67,1	61	22,02	0	0,0
2016	16	12,2	93	71,0	22	16,8	0	0,0
2017	16	7,5	113	77,4	16	11,0	1	0,7
2018	35	13,6	192	74,4	31	12,0	5	1,9
2019	28	14,2	127	64,5	42	21,3	0	0,0
2020	15	8,6	124	71,3	35	20,1	0	0,0
2021	24	15,8	89	58,6	38	25,0	1	0,7
2022	12	9,0	85	63,9	36	27,1	0	0,0

Аналіз даних представлених у таблиці 2.11 дає підстави стверджувати, що простежуються певні тенденції у зміні відсоткового співвідношення груп інфікованих. Якщо з 1996 року серед ВІЛ-позитивних 90,7% людей, були люди, що вживають ін'єкційні наркотики і відповідно 9,3% інфікованих іншими шляхами, включаючи статевий, то станом на 01 січня 2023 року ми вже маємо близько 63,9% інфікованих статевим шляхом, які не вживали ін'єкційні наркотики.

На основі аналізу наукової літератури та даних відділення центру центру профілактики та боротьби з СНІДом КП «Волинська обласна інфекційна лікарня» Волинської обласної ради можна констатувати, що у Волинській області з 2002 року впроваджується програма профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (безкоштовне дворазове обстеження на ВІЛ усіх вагітних, призначення медикаментозної профілактики антиретровірусними препаратами матері та дитині за кошти державного бюджету, забезпечення до річного віку дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, молочними сумішами за кошти обласного бюджету).

З метою профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини вагітним проводиться дворазове обстеження на ВІЛ методом ІФА. Щорічно в області обстеження проходять 99,2 – 99,7% вагітних, які перебувають на обліку з приводу вагітності в жіночих консультаціях.

Детальні дані статистики стосовно народжень ВІЛ-позитивними вагітними жінками із числа ЛВНІ подаємо у таблиці 1.3.

Таблиця 2.11

Аналіз стану поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок із числа ЛВНІ у Волинській області за 1996-2022 роки

П/ П	Міста та райони	Кількість ВІЛ+ вагітних	Кількість народжених дітей

Продовження табл.2.11

			Загальна кількість народжен их дітей	Кількість здорових дітей	К-сть ВІЛ+ дітей	К-сть дітей в стадії обстеже ння
	Всього по області	688	607	499	46	62
1	Володимирський	125	106	88	9	9
2	Горохівський	13	13	7	2	4
3	Іваничівський	16	17	13	3	1
4	Камінь- Каширський	9	8	7	0	0
5	Ківерцівський	36	36	30	2	7
6	Ковельський	73	61	55	3	2
7	Локачинський	11	8	7	0	0
8	Луцький	32	28	17	2	5
9	Любешівський	5	4	3	0	1
10	Любомльський	14	12	7	4	4
11	Маневицький	5	5	2	2	2
12	Ратнівський	7	7	5	0	0
13	Рожищенський	14	10	8	3	1
14	Старовижівський	7	9	6	0	0
15	Турійський	16	14	15	2	0
16	Шацький	9	10	7	0	2
17	м. Луцьк	153	143	116	7	12
18	м. Нововолинськ	143	125	106	7	12

Щорічно збільшується кількість дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів серед групи ЛВНІ. За період з 1996 - 2022 рр. народилось 607 дітей, з яких 46 дітям встановлено діагноз ВІЛ-інфекція (7,6%). В стадії спостереження до виповнення 1,5 річного віку перебувало 62 дитини. До впровадження програми «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» (ППМД) (1998 -

2001) показник передачі ВІЛ від матері до дитини в області становив від 27% – до 45,5%.

Завдяки проведенню медикаментозної профілактики передачі ВІЛ вагітним та їх новонародженим дітям цей показник коливається в межах 1,89% – 1,92% від числа народжених дітей протягом року.

За даними аналізу, проведеного на кінець 2022 року, виявлено, що серед осіб, які перебували у близькому або осередковому контакті з інфікованими туберкульозом, було досягнуто рекомендованого Всесвітньою організацією охоплення скринінгом на туберкульоз. Це було визначено на основі узагальнення даних про загальну кількість осіб у групах ризику розвитку туберкульозу та їх розподіл між цими групами.

За даними дослідження, лише 54,1% курців та 64,2% дорослих, які зловживають алкоголем чи вживають наркотики, пройшли скринінг на туберкульоз (при цілі 100%). Вивчаючи взаємозв'язок між споживанням алкоголю та ризиком ТБ, виявлено, що з кожним добовим вживанням 10–20 г алкоголю ризик захворювання на туберкульоз зростає на 12%. Люди, які мають проблеми з наркотиками, відзначаються підвищеним ризиком ускладнень лікування, розвитку резистентності до препаратів та смертельного результату через низьке дотримання лікування та співпадіння клінічних, соціально-економічних та структурних факторів ризику.

У 2022 році середній показник охоплення скринінгом на туберкульоз серед ЛВНІ в Україні, склав 75,3%. Це на 10% менше, ніж у попередньому році, коли він становив 85,2% (цільовий показник - не менше 90%). ЛВНІ мають в 19–20 разів вищий ризик захворювання на туберкульоз.

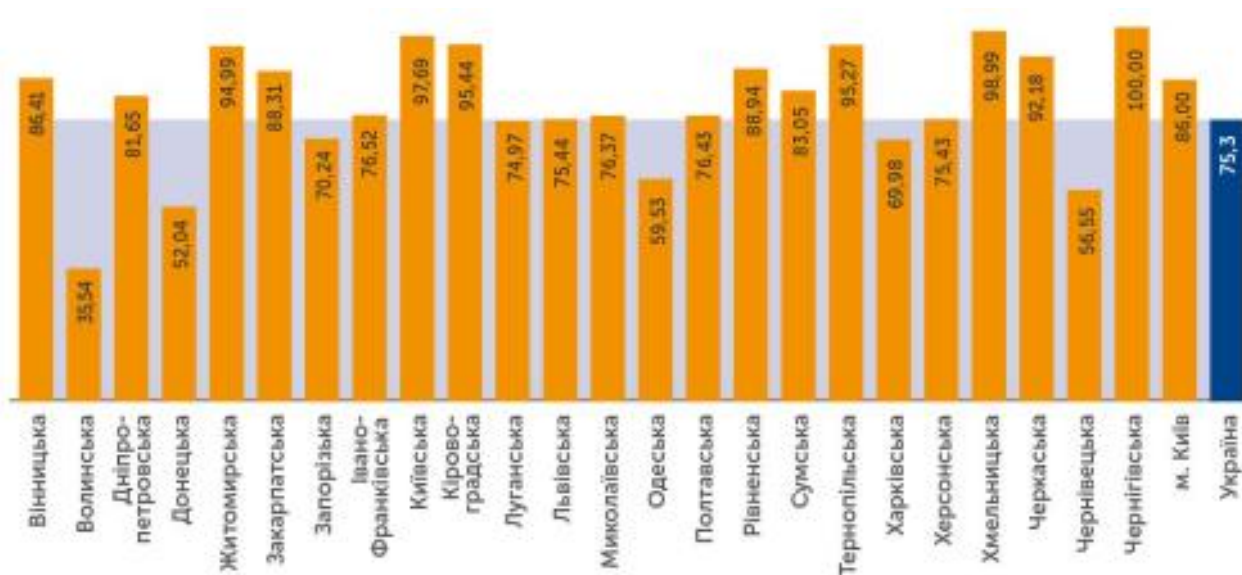


Рис. 2.8. Показники охоплення обстеженнями на туберкульоз, за даними ДУ «Центр громадського здоров'я України»

Тільки у шести областях України вдалося досягти цільового показника скринінгу на туберкульоз серед ЛВНІ, на рівні 90% або більше. Найвищі показники були зафіксовані в Чернігівській (100%), Хмельницькій (99%), Київській (97,7%), Кіровоградській, Житомирській та Тернопільській областях, де вони становили відповідно 95%. У той же час найнижчі показники були в Волинській (35,5%), Чернівецькій (56,5%) та Одеській (59,5%) областях.

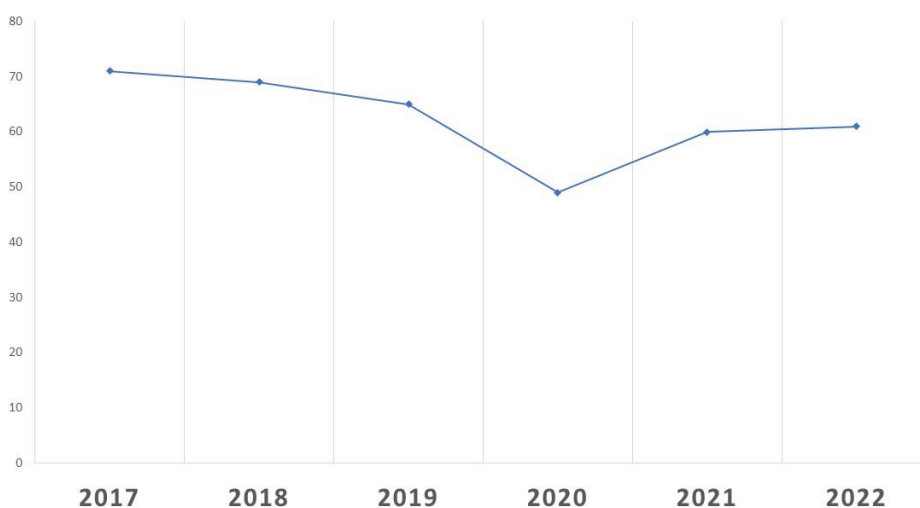


Рис. 2.9. Захворюваність на туберкульоз у Волинській області за 2017-2022 роки.

На рисунку 2.9 представлений графік захворюваності на туберкульоз в показниках на 100 000 осіб у період з 2017 по 2022 роки. Відображена тенденція поширення туберкульозу у Волинській області відзначається систематично, але з відмінними темпами зростання або зниження. За 2017 – 2022 роки, зокрема під впливом COVID-19, військового конфлікту та міграції відмічається динаміка до збільшення випадків захворювання на туберкульоз.

Можна дійти висновку, що захворюваність на наркоманії у Волинській області за 2022 р. становить 98,18 випадки на 100 тисяч населення і в порівнянні з 2021 р. зменшилась на 8,79% до, проте показник за 2021 рік був в 1,9 разів вищий, ніж в Україні (55,93).

Серед наркологічної патології найбільша питома вага припадає на захворюваність на алкогольну залежність (в 2022 р.- 81,2% ; 2021р. - 84,0%), алкогольні психози - 7,7% (2021р. - 12,0%), наркотична та токсикоманічна залежність – 11,2%(2021р. - 4,0%), з них наркотична – 11,0%, токсикоманічна – 0,2%.

Захворюваність на розлади психіки від вживання наркотичних речовин (наркоманії) у Волинській області в 2022 р. зросла у порівнянні з 2021 р. в 2,4 рази та становить 10,11 на 100 тисяч населення (2021 р.-4,29) Високі показники відмічаються в м. Луцьк – 23,95; Володимирський район – 19,51; натомість в Луцькому районі район - не зареєстровано жодного випадку наркотичної залежності. Ріст захворюваності на наркоманії у Волинській області за 2022 р. відбувся за рахунок тимчасово переселеного населення внаслідок російської агресії.

РОЗДІЛ 3

ПРОФІЛАКТИКА ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В, С, ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА НАЦІОНАЛЬНОМУ ТА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНЯХ

3.1 Система профілактичної роботи в Україні

Існують різні підходи до організації профілактичної роботи щодо попередження та виявлення інфекцій серед споживачів ін'єкційних наркотиків, серед них: надання консультацій, безкоштовне тестування на ВГС, ВГВ, ВІЛ-інфекцію, здійснення попереднього скринінгу на туберкульоз, емоційне «навчання», розповсюдження інформаційної літератури, надання альтернативи та зміцнення здоров'я.

Серед найефективніших методів профілактики вірусних гепатитів В, С, ВІЛ-інфекції та туберкульозу можна виділити такі як: зниження попиту і пропозиції вживання наркотиків, освітні методи профілактики підліткового наркотизму, проекти обміну шприців, методи навчання здорового способу життя, методи сімейної профілактики, програми зниження шкоди і зменшення ризику, методи релігійної профілактики, програми рівний-рівному, методи кримінально-політичної і економічної профілактики, методи антинаркотичної політики та інші.

З метою проведення профілактики підліткового наркотизму створена розгалужена система служб, спеціальних установ і закладів, які працюють з людьми, котрі вживають наркотики ін'єкційним шляхом, а також з дітьми і підлітками, що відносяться до груп ризику.

Головний курс у боротьбі з наркоманією в нашій країні полягає в активній профілактиці цього недугу. Важливо не лише протидіяти наркотикам там, де вони вже є, але й запобігати їх поширенню. Профілактика наркотизації ґрунтується на системі різноманітних державних та громадських заходів, які охоплюють соціально-економічні, правові, санітарні, педагогічні та психологічні

аспекти. У своїй сутності вона представляє собою комплекс заходів, спрямованих на забезпечення здоров'я та творчого розвитку людей, вирішення причин хвороб, покращення умов життя, роботи та відпочинку, а також збереження природного середовища.

Усе це свідчить, що наркоманія – дуже важке захворювання, що здебільшого призводить до інфікування вірусними гепатитами В, С, ВІЛ-інфекції та туберкульозом, ранньої інвалідизації і різкого скорочення тривалості життя. З упевненістю можна сказати, що кожна нова ін'єкція затягування або прийом у середину наркотичних речовин неминуче скорочують життя. Непомітно підточуючи і руйнуючи весь організм наркотичні отрути скорочують життя в 4-5 разів. Як правило, третина наркоманів вмирають на потязі 5 років після початку вживання наркотиків, звичайно середній вік життя хронічного наркомана не перевищує 30 років, тому що організм не може витримати постійного виснаження. Смертність серед любителів наркотиків дуже висока

Першочерговим завданням соціальної роботи є поліпшення соціального самопочуття людини, умов його життя, забезпечення відповідного соціального функціонування, гармонізація стосунків у сім'ї, колективі та суспільстві в цілому.

Згідно із Законом України «Про соціальні послуги», соціальні послуги – це комплекс заходів з надання допомоги особам, окремим соціальним групам, які знаходяться в складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати, з метою вирішення їх життєвих проблем. Положення статей 46, 48 і 49 Основного Закону України конкретизують конституційне визначення України як соціальної держави, що і передбачає участь суспільства в утриманні тих осіб, які не мають достатніх коштів для існування і право таких осіб на отримання цієї допомоги.

Проаналізувавши Закон України «Про соціальні послуги», можна сказати, що для людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно спектр соціальних послуг, виконує такі функції:

- діагностичну (вивчення, аналіз і оцінка життєвого поля клієнта (індивіда, групи, громади), досягнутих в процесі соціальної роботи);
- прогностичну (розробка плану вирішення проблеми);
- організаторську (діяльність соціального працівника щодо забезпечення взаємодії всіх учасників, які працюють з клієнтом);
- коригуючу (конструктивні зміни в соціумі і системі життєзабезпечення людини);
- соціально-економічну (задоволення матеріальних інтересів і потреб клієнтів в СЖО);
- комунікативну (встановлення, продовження та припинення професійних контактів, обмін інформацією);
- правозахисну (використання законів і правових норм для захисту прав та інтересів клієнтів);
- превентивну (запобігання виникненню кризових станів в окремих індивідів і груп ризику).

Всі соціальні послуги надаються відповідно до основних законодавчих принципів надання соціальних послуг, а саме:

- адресності та індивідуального підходу;
- доступності та відкритості;
- добровільності вибору отримання чи відмови від надання соціальних послуг;
- гуманності;
- комплексності;
- максимальної ефективності використання бюджетних та позабюджетних коштів суб'єктами, що надають соціальні послуги;
- законності;
- соціальної справедливості;

— забезпечення конфіденційності суб'єктами, які надають послуги, дотримання ними стандартів якості, відповідальності за дотримання етичних і правових норм.

Також законодавчо затверджені види соціальних послуг для суспільно вразливих категорій населення до яких відносяться і споживачі ін'єкційних наркотиків:

— соціально-побутові послуги – забезпечення продуктами харчування, м'яким та твердим інвентарем, гарячим харчуванням, транспортними послугами, засобами малої механізації, здійснення соціально-побутового патронажу, виклик лікаря, придбання та доставка медикаментів;

— психологічні послуги – надання консультацій з питань психічного здоров'я та поліпшення взаємин з оточуючим соціальним середовищем, застосування психодіагностики, спрямованої на вивчення соціально-психологічних характеристик особистості, з метою її психологічної корекції або психологічної реабілітації, надання методичних порад;

— соціально-педагогічні послуги – виявлення та сприяння розвитку різнобічних інтересів і потреб осіб, які перебувають в складних життєвих обставинах, організація індивідуального навчального, виховного та корекційного процесів, дозвілля, спортивно-оздоровчої, технічної та художньої діяльності тощо, а також залучення до роботи різних установ, громадських організацій, зацікавлених осіб;

— соціально-медичні послуги – консультації щодо запобігання виникненню та розвитку можливих органічних розладів, збереження, підтримка та охорона здоров'я, здійснення профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів, працетерапія;

— соціально-економічні послуги – задоволення матеріальних інтересів і потреб осіб, які перебувають в складних життєвих обставинах, що реалізуються у формі надання натуральної чи грошової допомоги, а також допомоги у вигляді одноразових компенсацій;

— юридичні послуги – надання консультацій з питань чинного законодавства, здійснення захисту прав та інтересів осіб, знаходяться в складних життєвих обставинах, сприяння застосуванню державного примусу і реалізації юридичної відповідальності осіб, що вдаються до протиправних дій щодо цієї особи (оформлення правових документів, адвокатська допомога, захист прав та інтересів особи тощо);

— послуги з працевлаштування – пошук роботи, сприяння у працевлаштуванні та соціальний супровід працевлаштованої особи;

— послуги з професійної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями - комплекс медичних, психологічних, інформаційних заходів, спрямованих на створення сприятливих умов для реалізації права на професійну орієнтацію та підготовку, освіту, зайнятість;

— інформаційні послуги – надання інформації, необхідної для вирішення складної життєвої ситуації (довідкові послуги);

— поширення просвітницьких і культурно-освітніх знань (просвітницькі послуги);

— поширення об'єктивної інформації про споживчі властивості та види соціальних послуг, формування певних уявлень і ставлення суспільства до соціальних проблем (рекламно-пропагандистські послуги);

— інші соціальні послуги.

З огляду на характерологічні особливості групи людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно, більшість соціальних послуг, незважаючи на широкий спектр і їх доступність, залишаються недосяжними для ЛВНІ.

Еріх Фромм писав: «Наша моральна проблема полягає в байдужому ставленні людини до самої себе» [71]. Відносно людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно це вірно, ймовірно, більш ніж по відношенню до будь-кого іншого. Засуджуюче ставлення з боку співробітників різних установ, відсутність інформації про існуючі гарантії та права клієнтів при отриманні медичної та соціальної допомоги, не дотримання медичним персоналом етичних і моральних норм щодо ЛВНІ, незнання своїх прав, самостигматизація споживачів і критично

низький рівень мотивації до життя - все це призводить до того, що наркоспоживачі не можуть в повній мірі реалізувати свої права та задовольнити свої інтереси. Це відображається у тому, що відбувається зниження відсотка звернень споживачів ін'єкційних наркотиків за кваліфікованою допомогою, відсутні претензії до якості послуг, відзначається зростання рівня криміналізації, захворюваності та смертності серед наркоспоживачів.

Для цієї закритої цільової групи людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно, шляхом підвищення ефективності надання допомоги у вирішенні їх проблем є залучення представників сектора неурядових організацій, які здійснюють аутріч діяльність серед ЛВНІ, адже, саме вона стала ефективним методом інтеграції ЛВНІ в соціумі.

Аутріч – це вулична соціальна робота в закритих соціальних групах, у тому числі серед споживачів наркотиків у звичних для них місцях збору або можливого перебування: у точках продажу наркотиків, наркопритонах, квартирах споживачів, навчальних закладах, наркологічних або інфекційних лікарнях і т. д [38].

Найбільш поширеною моделлю аутріч роботи організацій неурядового сектора з ЛВНІ є програма «Зниження шкоди». Основними її елементами є: експрес-оцінка ситуації, робота з наркоспоживачами на вулиці, програми обміну шприців, освітні компоненти, програми замісної терапії.

Експрес-оцінка ситуації – це можливість швидкого встановлення розмірів, природи і особливостей соціальних проблем і проблем зі здоров'ям в конкретному населеному пункті і пропозиція шляхів їх можливого вирішення. В даному випадку мова йде про проблеми, пов'язані з вживанням наркотиків. В рамках експрес-оцінки ситуації здійснюється визначення числа осіб, що вживають наркотики, їх статевого складу, місць їх зосередження тощо, особливостей вживання наркотиків (їх види, способи вживання, зокрема, поширеність ін'єкційного вживання, як відбувається вживання (на вулиці, в клубах тощо), моделі купівлі-продажу наркотичних засобів (чи існують в даній

місцевості місця постійного і масового їх продажу, що важливо з точки зору можливого охоплення споживачів наркотиків і т. д.)

На думку ідеологів програми «Зниження шкоди», метод експрес-оцінки ситуації тісно пов'язаний з програмами впливу. Ключовими питаннями, на які повинна відповісти експрес-оцінка, називають такі:

— Яка природа, ступінь, чинники внутрішньовенного вживання наркотиків в даний час і потенційні можливості поширення цього явища в майбутньому?

— Який соціальний і географічний розподіл внутрішньовенного вживання наркотиків?

— Які фактори визначають негативні наслідки вживання наркотиків для здоров'я?

— Який рівень поширення ВІЛ-інфекції, гепатитів В, С, D, туберкульозу, передозування наркотиків і інших шкідливих наслідків для стану здоров'я?

— Які ризики, пов'язані з внутрішньовенним введенням наркотиків і статевими стосунками, у споживачів наркотиків?

— Які чинники впливають на можливість розвитку зусиль, спрямованих на зниження шкідливих наслідків для здоров'я або, навпаки, протидіють цьому?

— Які програми потрібні і реально можливі для зниження шкідливих наслідків для здоров'я внутрішньовенних споживачів наркотиків?

В рамках експрес-оцінки ситуації можуть реалізовуватися такі методичні прийоми:

- збір і вивчення існуючої інформації (даних літератури);
- опитування (з використанням структурованого інтерв'ю);
- фокус-групи;
- спостереження.

Робота з ЛВНІ на вулиці (fstreet-work, f outreach-work) є найважливішою частиною програм «Зниження шкоди» та включає в себе різні завдання:

- налагодження та підтримка контакту зі споживачами наркотиків;
- збір інформації (про те, що відбувається в середовищі наркоспоживачів, які наркотики споживаються; які проблеми є пріоритетними для групи наркоспоживачів, з якою ведеться робота);
 - інформування серед ЛВНІ (де знайти юриста, фтизіатра, інфекціоніста та отримати певні послуги);
 - направлення до інших фахівців, (на терапевтичні, соціальні програми тощо) кейс-менеджмент;
 - допомога і підтримка (у випадках, коли направлення до інших фахівців неможливо);
 - профілактика (інформація про безпеку споживання наркотиків, шляхи більш безпечного їх вживання і безпечний секс, видача презервативів, видача та обмін використаних шприців на нові та чисті);
 - представлення інтересів групи споживачів наркотиків, з якими ведеться робота (інформування інших служб і організацій про життєву ситуацію і потреби членів групи; робота, спрямована на організацію дозвілля ЛВНІ).

Основне завдання та мета програми «Зниження шкоди» та аутріч роботи – доповнити собою заходи, які реалізуються системою охорони здоров'я, і жодним чином не скасувати їх. Їх слід вважати корисною складовою більш широких заходів щодо поліпшення здоров'я населення. Необхідність в цій роботі обумовлюється результатами аналізу потреб груп наркозалежних та низькою ефективністю інших заходів, які проводяться з даною категорією населення.

Вуличні працівники, які спілкуються з людьми, котрі вживають наркотики ін'єкційно (аутріч-працівники), це спеціально підготовлені соціальні працівники (часто з числа колишніх споживачів), здатні встановлювати довірчі відносини з ЛВНІ, впливати на їх поведінку [7].

Мультидисциплінарна вулична команда соціальної роботи з дітьми та молоддю груп ризику (далі – МДК) – є формою здійснення соціально-профілактичної роботи групою фахівців різних галузей, які забезпечують

надання соціальних послуг дітям та молоді груп ризику, уразливих до ВІЛ (далі – отримувачі послуг) в умовах вулиці.

Метою діяльності МДК є попередження інфікування на ВІЛ серед дітей та молоді груп ризику уразливих до ВІЛ-інфекції (далі – отримувачі послуг) шляхом забезпечення доступу до відповідних якісних соціальних послуг та реалізація соціальних потреб цільової групи в умовах вулиці [42].

Аутріч-працівник повинен добре, орієнтуватися в цій інформації, тобто мати достатні знання про шляхи зараження та передачі ВІЛ-інфекції/СНІДу, гепатитів В та С та інших захворювань, особливості використання голочок, шприців та іншого інструментарію, а також відповідних речовин для ін'єкцій; по більш безпечним методам введення наркотиків; по безпечній сексуальній поведінці; мати інформацію про конкретних фахівцях (фтизіатр, психолог, нарколог, інфекціоніст, юрист), допомога яких може знадобитися клієнтам аутріч-працівника і вміти обґрунтовувати необхідність звернення до цих фахівців.

На думку ряду авторів, аутріч-працівникам вдається успішно підтримувати відносини із людьми, котрі вживають наркотики ін'єкційно, які не мають контактів з традиційними інститутами нашого суспільства. Також формально задекларовано, що важливим аспектом роботи аутріч-працівників є забезпечення зв'язку вчених і працівників охорони здоров'я з споживачами наркотиків.

У число основних завдань аутріч-працівників входить:

- виділення груп, що приймають наркотики;
- надання допомоги в складанні соціальної карти цих груп, залучення споживачів наркотиків до дослідження;
- проведення вуличних опитувань з метою перевірки придатності респондентів для дослідження;
- поширення інформації про профілактику ВІЛ-інфекції;
- звернення до соціальних і медичних служб або установи з лікування споживачів наркотиків.

В області профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, гепатитів В та С, туберкульозу робота на вулиці спрямована на:

- розширення знань про більш безпечні способи вживання наркотиків і безпечний секс;
- формування позитивного ставлення серед людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно до більш безпечного їх споживання (наприклад, до паління замість внутрішньовенних ін'єкцій) і до більш безпечного сексу (наприклад, з використанням презервативів);
- підвищення рівня усвідомлення загальних проблем, пов'язаних зі здоров'ям (травми, харчування та ін.);
- зміну соціальних норм, форм поведінки.

Важливим елементом програм «Зниження шкоди», тісно пов'язаним з аутріч-роботою, є пункти обміну та видачі голок і шприців, в яких люди, котрі вживають наркотики ін'єкційно можуть безкоштовно обміняти та/або отримати стерильні одноразові ін'єкційні інструменти.

Обмін шприців є найбільш поширеною формою роботи з ЛВНІ в програмі «Зниження шкоди». Метою цієї діяльності є допомога наркоспоживачам в запобіганні зараження ВІЛ-інфекцією, гепатитами В та С та іншими захворюваннями через брудні інструменти. Програми з розподілу чистих голок і шприців успішно використовуються у багатьох країнах, включаючи Австралію, Канаду, Нідерланди, Нову Зеландію, Швецію та Великобританію. Обмін шприців і голок може здійснюватися в стаціонарному консультативному пункті, в спеціалізованому автомобілі (мобільна амбулаторія), в місцях частого перебування ЛВНІ та на аутріч-маршрутах надавачів послуг.

Схеми обміну можуть бути різними і визначатися місцевими умовами. У пунктах видачі/обміну шприців найчастіше здійснюються і інші заходи: тестування на ВІЛ-інфекцію, гепатити В та С, та інфекції, які передаються статевим шляхом (ПСС), опитування, анкетування, співбесіди, консультування, постачання інформаційними матеріалами тощо. Пункти обміну задовольняють реальну потребу, оскільки більшість клієнтів хочуть отримати

новий інструментарій через боязнь ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів. Програма обміну шприців відкрила шлях раніше ізольованій групі ЛВНІ до інших послуг, надавши місце, де вони можуть отримати допомогу і пораду по іншим питанням, як медико-санітарної допомоги, так і по вирішенню житлових, фінансових і юридичних проблем.

Освітні програми в контексті зниження шкоди включають в себе як широкомасштабні кампанії, спрямовані на охоплення великих груп населення, так і заходи, орієнтовані на конкретного споживача наркотиків. Основний метод роботи це роздача спеціальної друкованої літератури. В її складові входять:

— Матеріали по медико-санітарній освіті (зміст цих матеріалів залежить від адресності групи, конкретних цілей і вжитих заходів. Для внутрішньовенних споживачів наркотиків в листівках і брошурах можуть викладатися найбільш безпечні способи введення наркотиків; в рамках програм з роздачею дезінфікуючих розчинів вони можуть містити легкі для виконання рекомендації по дезінфекції інструментарію для ін'єкцій. Це також інформація про захворювання, пов'язані з вживанням наркотиків, і способах зниження ризику в їх відношенні (в першу чергу ВІЛ-інфекції, гепатитів В та С, передозувань і захворювань вен). Форма цих матеріалів може бути різною: у вигляді текстів, малюнків, коміксів і т. д. У ряді країн успішно практикується видання періодичних журналів з матеріалами щодо зниження шкоди.

— Література по самопомозі. Це можуть бути матеріали, які орієнтують на більш безпечне вживання наркотиків, більш безпечний секс, шляхи пошуку допомоги, в тому числі медичної, способи скорочення і припинення вживання наркотиків.

— Література, орієнтована на звернення за лікуванням і допомогою, яка повинна містити детальну інформацію по контактуванню з місцевими службами медичної, соціальної, психологічної, юридичної та іншої допомоги.

Освітні програми можуть здійснюватися як безпосередньо на вулиці, аутріч-працівниками, так і в стаціонарних центрах допомоги ЛВНІ або в пересувних мобільних амбулаторіях соціальними працівниками та лікарями.

Найчастіше програма «Зниження шкоди» включає в себе і заходи з лікування наркотичної залежності. Згідно з Рішенням Комітету з програмних питань Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 8 лютого 2022 року під заходами з лікування наркотичної залежності мається на увазі програми замісної підтримуючої терапії (ЗПТ) наркотиками: метадонові, бупренорфінові, а також нового ін'єкційного препарату Buvidal (бупронорфін), що містить діючу речовину бупренорфін пролонгованої дії та передбачає одну ін'єкцію на місяць замість щоденного прийому таблетованих препаратів. При цьому споживач продовжує вживати наркотик, офіційним шляхом. Доведено, що наслідки застосування метадону та інших замісних наркотиків наступні:

- зниження рівня внутрішньовенного споживання (метадон в цих програмах зазвичай застосовується перорально);
- зменшення діапазону споживаних наркотиків;
- поліпшення взаємин з медичним персоналом;
- зниження рівня злочинності;
- поліпшення соціального функціонування.

Споживач наркотиків на ЗПТ завжди має препарат під рукою, і тому вживає лише один наркотик (тоді як, не перебуваючи в програмі заміни, йому часто доводиться вживати те, що вдається дістати, в результаті чого він стає залежним не від одного, а відразу від кількох наркотиків). Також в зв'язку з ослабленням тяжкості соціальних проблем, пов'язаних з отриманням наркотиків, зменшується ризик здійснення злочинів наркоспоживачами. Та обставина, що вживання відбувається перорально, проводиться в медичній установі, а також, що наркоспоживач постійно забезпечується стерильними інструментами для ін'єкцій, знижує ризик щодо ВІЛ-інфекції, гепатитів В та С та інших захворювань, пов'язаних з ін'єкційним вживанням наркотиків. Важливо і те, що споживач наркотиків постійно знаходиться під наглядом медичних працівників.

На сьогоднішній день кожен регіон України є своєрідним центром з надання послуг представниками неурядового сектора в рамках програм «Зниження шкоди» вразливим до ВІЛ-інфекції, гепатитів В та С, туберкульозу

груп населення, причому, кожна з цих програм адаптована до спільноти споживачів наркотиків даного конкретного регіону. Кожен такий центр, виходячи з потреб цільової групи, інституційних і фінансових можливостей, формує свій набір послуг, які надаються клієнтам.

Як правило, неурядові організації, що працюють в Україні, надають стандартний (базовий) набір послуг, який регламентується в типовому проекті.

До базових послуг, які надають більшість організацій, відносяться: соціально-медичні, соціально-психологічні, юридичні, соціально-економічні, побутові, профорієнтація і навчання різним навичкам.

1. Соціально-медичні послуги:

- проведення кваліфікованого консультування;
- надання первинної домедичної допомоги;
- тестування на ВІЛ-інфекцію, гепатити В та С (в тому числі з використанням швидких тестів на виявлення антитіл) з проведенням добровільного до-тестового та після тестового консультування з ВІЛ-інфекції, гепатитів В та С як в умовах спеціалізованих закладах, так і (найчастіше), в умовах мобільній амбулаторії в місцях зустрічей ЛВНІ;
- супровід на обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом (в тому числі з використанням швидких тестів);
- супровід до лікарів-спеціалістів для надання медичної допомоги (консультування, діагностика, лікування) в разі необхідності;
- направлення і супровід в профілактичні програми з ВІЛ-інфекції/СНІД та (або) ПСШ, при необхідності в програми догляду та підтримки, антиретровірусної терапії (АРТ), реабілітації та ресоціалізації наркозалежних;
- направлення на діагностику туберкульозу;
- організація, проведення інформаційно-освітніх групових занять для клієнтів організації з залученням медичних працівників.

2. Соціально-психологічні послуги:

- проведення кваліфікованого консультування з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, гепатитів В та С, ПСШ, туберкульозу (ТБ), формуванню

мотивацій і навичок безпечної сексуальної поведінки, зниження шкоди при вживанні наркотичних речовин (в тому числі за принципом «рівний-рівному»);

- сприяння створенню та підтримки діяльності груп самопомоги, ініціативних груп, забезпечення умов їх проведення (приміщення);
- організація та проведення тренінгів для клієнтів;
- підготовка волонтерів для роботи за принципом «рівний-рівному» в спільнотах ЛВНІ;

- мотивування для участі в профілактичних програмах по ВІЛ-інфекції/СНІДу, ІПСШ, при необхідності в програмах догляду та підтримки, АРТ, реабілітації та ресоціалізації наркозалежних;

- мотивування на тестування на ВІЛ (в тому числі з використанням швидких тестів на виявлення антитіл на ВІЛ-інфекцію) в лікувально-профілактичних установах і мобільних амбулаторіях;

- мотивування на обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом (в тому числі з використанням швидких тестів або діагностика в умовах лабораторії) в лікувально-профілактичних установах і мобільній амбулаторії;

- мотивування на діагностику туберкульозу та в разі потреби на лікування в лікувально-профілактичних установах;

- надання психопрофілактичної допомоги (психологом, соціальним працівником) та психокорекційної допомоги. Психокорекційну допомогу здійснює психолог.

3. Інформаційно-освітні, довідкові послуги:

- надання друкованої та усної інформації про роботу організації (перелік, зміст послуг і форми, умови їх надання, розклад роботи співробітників тощо);

- надання необхідної інформації з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, гепатитів В та С, ІПСШ, ТБ, зміни ризикованої поведінки, за програмами ЗПТ, АРТ тощо;

- інформаційно-освітніх друкованих та відео матеріалів, в усній формі та (або) індивідуально, шляхом проведення роботи в групі;

- надання інформації про роботу інших організацій, установ, служб, послуги яких відповідають потребам клієнта.

У польових умовах робота здійснюється аутріч-працівником, в стаціонарних умовах – соціальним працівником, медичним працівником, психологом.

4. Юридичні послуги:

- консультації юриста, роз'яснення змісту правових документів;
- надання правової допомоги (відновлення, оформлення документів, отримання пільг і субсидій тощо);
- юридична підтримка в разі затримання клієнтів правоохоронними органами або притягнення до дисциплінарної та матеріальної відповідальності;
- представлення інтересів клієнта в суді (в разі потреби). Послуги надаються юристом.

5. Соціально-економічні послуги:

- надання інформаційно-освітніх, довідкових матеріалів;
- надання засобів індивідуального захисту (шприців, презервативів, дезінфектантів, жіночих пакетів, лубрикантів);
- перенаправлення в служби соціального захисту (сприяння в отриманні консультацій з питань різних соціальних виплат, допомога в працевлаштуванні, у відновленні документів);
- надання в разі потреби гуманітарної допомоги (одяг, харчування).

6. Побутові послуги:

- організація дозвілля (сюди входить як організація ком'юніті центрів для ЛВНІ та проведення часу на території центрів (настільні і комп'ютерні ігри, вечори відпочинку, спортивні змагання тощо), так і виїзні заходи;
- надання гарячих обідів або легких закусок (чай, кава, печиво);
- забезпечення можливості переночувати (робота в якості центру тимчасового перебування). Ця послуга в Україні практично не застосовується через організаційні та юридичні складнощі. Найчастіше, клієнти супроводжуються в Будинок нічного перебування для бездомних (якщо такий в даному регіоні існує);

- організація роботи з дітьми клієнтів (дитяча кімната, центр денного перебування для дітей);
- забезпечення гігієнічних потреб (душ, прання, прасування одягу);
- послуги перукаря.

7. Профорієнтація та навчання навичкам.

- організація професійної перепідготовки з метою перекваліфікації, соціалізації;
- пошиття та ремонт одягу, курси крою та шиття;
- курси комп'ютерної грамотності.

Хоча дані послуги і є базовими, надають їх далеко не всі українські організації. Аналіз досвіду їхньої діяльності показує, що окремі з комплексу соціальних послуг, наприклад, побутові послуги обмежуються організацією дозвілля та забезпеченням гігієнічних потреб. Багато в чому це залежить від кількості персоналу і потреб клієнтів.

Для побудови дієвої системи соціальних послуг для ЛВНІ необхідний глибокий аналіз потреб і оцінка потреб даної цільової групи. Саме ці дії є однією з перших стадій в плануванні і розробці цієї системи.

У науковій літературі аналіз потреб досить часто визначається як «що є» і «що має бути». При визначенні потреб виключно важливо проводити розмежування між потребами, бажаннями та інтересами. Потреби є те, що необхідно здійснити для досягнення мети. Бажання, з іншого боку, розглядаються як бажані або корисні, але не життєво важливі.

Основними завданнями програм надання послуг ЛВНІ є зниження кількості нових випадків інфікування ВІЛ-інфекції серед людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно, покращення якості життя ЛВНІ та зниження рівня суспільної стигми та дискримінації, можливість ресоціалізації ЛВНІ, а також забезпечення доступу до антиретровірусної терапії всіх хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Орієнтуючись на цілі соціальних програм для ЛВНІ, існуючі на сьогодні в Україні соціальні послуги можна оцінити відповідно за кількома критеріями ефективності, а саме:

- Своєчасність. Медична допомога – для ЛВНІ повинна бути надана настільки швидко, наскільки це можливо. У медичних установах, включених в програму медико-соціальної спеціалізованої допомоги ЛВНІ, повинен бути організований спрощений порядок надання лікувально-діагностичної допомоги ЛВНІ.

- Мультидисциплінарність. Надання максимального набору послуг і медичної допомоги в одному місці. Ця умова дозволяє провести необхідну кількість обстежень та консультацій ЛВНІ в одному місці, що збільшує ефективність роботи програми медико-соціальної допомоги ЛВНІ. Мультидисциплінарний метод роботи об'єднує зусилля фахівців в напрямку розвитку і реалізації позитивних особистісних і соціальних ресурсів хворих.

- Інтегрованість. Цей принцип передбачає тісну взаємодію різних державних, громадських, приватних структур. Тільки в цьому випадку може бути забезпечена повна підтримка ЛВНІ в питаннях ресоціалізації.

- «Низькопороговість» програм для споживачів наркотиків, тобто зручність для клієнтів з точки зору:

- розташування;

- графіка роботи, який повинен бути змінено відповідно до графіку життя клієнтів і розроблений з мінімальними обмеженнями по годинах роботи і днях тижня;

- всі залучені служби повинні гарантувати клієнтам конфіденційність і анонімність надання послуг;

- послуги повинні надаватися незалежно від соматичного або психічного стану пацієнта (включаючи позитивний діагноз на ВІЛ-інфекцію, факту вживання наркотиків тощо);

- доступність послуг не повинна визначатися платіжною спроможністю клієнтів і їх соціально-економічним статусом;

— доступність послуг не повинна визначатися правовим статусом клієнтів.

Саме низькопороговість соціальних програм для споживачів наркотиків є тією особливістю, яка повинна бути основоположною, базовою при складанні програм для ЛВНІ.

Варто зазначити, що вакцинація є найефективнішим і безпечним методом профілактики важких, життєзагрожуючих інфекційних захворювань, таких як: вірусний гепатит В та туберкульоз.

Вакцина проти туберкульозу (БЦЖ) захищає дітей у перші два роки життя від серйозних форм туберкульозу, включаючи туберкульозний менінгіт і дисемінований туберкульоз легень. Ревакцинація проводиться у віці 7 років.

У першу добу після народження проводиться вакцинація проти вірусного гепатиту В, небезпечної хвороби, яка вражає печінку, призводить до хронічного гепатиту, печінкової недостатності або раку печінки - гепатокарціноми. Ця вакцина, створена за допомогою генної інженерії, не містить вірусу, є безпечною та ефективною, і вважається першою протипухлинною вакциною. Серія з 3-4 щеплень забезпечує довічний захист печінки від цієї хвороби. Дуже важливо провести вакцинацію до початку статевого життя та будь-яких хірургічних або стоматологічних процедур, щоб запобігти можливому інфікуванню вірусом.

Виконання обсягів профілактичних щеплень проти туберкульозу та вірусного гепатиту В дітей до 1 року представлений в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Виконання щеплень проти вірусного гепатиту В та туберкульозу серед дітей до 1 року у Волинській області за 2014-2022 роки

Рік	Щеплення проти вірусного гепатиту В			Щеплення проти туберкульозу		
	план	виконано	%	план	виконано	%
2014	15053	5909	39,3	15053	7993	53,1

Продовження табл. 3.1

2015	15504	5864	37,8	15504	2541	16,4
2016	15577	6742	43,3	15210	8272	54,4
2017	13870	7962	57,4	13870	12696	91,5
2018	12046	8875	73,7	12046	10526	87,4
2019	11270	10320	91,6	11270	9647	85,6
2020	10371	10347	99,8	10371	9935	95,8
2021	10448	8868	84,9	10448	8946	85,6
2022	8600	7796	90,7	8600	8588	99,9

Аналізуючи реалізацію даних критеріїв на практиці, не можна не помітити, що, незважаючи на всі зусилля, що докладаються, рівень надання соціальних послуг для ЛВНІ в Україні ще далекий від досконалості. У той же час, потрібно відзначити, що покращується рівень інтегрованості та мультидисциплінарності надання соціальних послуг ЛВНІ.

Ці ж принципи активно використовуються громадськими організаціями (наприклад, зосередження максимального набору послуг в спеціалізованих центрах, створення мультидисциплінарних команд при мобільних амбулаторіях (лікар, медсестра, соціальний працівник).

Все більше послуг стають дійсно «орієнтовані на клієнта», частіше використовується принцип «низькопороговості». При складанні проектів і програм одним з вирішальних факторів є зручність програми для клієнтів з точки зору розташування і графіка роботи (так наприклад, графік і місце надання аутріч послуг безпосередньо залежить від функціонування місця зосередження ЛВНІ, також і графік проведення до контактної профілактики в умовах мобільної амбулаторії складається з урахуванням особливостей наркосцени).

Все частіше в медичних установах, включених в програму медико-соціальної спеціалізованої допомоги ЛВНІ, організовується спрощений порядок надання лікувально-діагностичної допомоги ЛВНІ, але медперсонал не завжди

відноситься до споживачів ін'єкційних наркотиків толерантно, особливо, якщо відомо про ВІЛ-статус клієнта. Часто порушується конфіденційність і анонімність, а спектр послуг і ставлення визначаються платіжною спроможністю клієнтів і їх соціально-економічним статусом.

Варто зазначити, що згідно із проведеним дослідженням МБФ «Альянс громадського здоров'я» фахівці недержавних урядових організаціях (НУО) зазначали про низку складнощів у наданні послуг, які з'явилися з початком війни. В недержавних організаціях, які діють у різних регіонах, спільними викликами є проблеми з логістикою. Ці проблеми включають обмеження у роботі громадського транспорту, недостатність пального для виїздів, ускладнене пересування в межах області через блокпости, а також введення комендантської години.

НУО в районах, що перебувають у зоні конфлікту, зазначають про обмеження у наданні послуг через тимчасову окупацію або воєнні дії. Це включає неможливість виїзду або доставки профілактичних засобів на території конфлікту, великі ризики для безпеки клієнтів та персоналу НУО, а також втрату зв'язку з деякими клієнтами. Ситуація, з якою доводиться працювати НУО, є дуже динамічною і потребує швидкого реагування на умови, які постійно змінюються. На початку окупації фахівці НУО розповсюджували весь доступний інвентар та презервативи серед клієнтів, але вони закінчилися через тривалість ситуації. Фахівці НУО з районів, що перебувають біля фронту, висловлюють занепокоєння через зменшення масштабів профілактичних заходів, особливо на тимчасово окупованих територіях, що може призвести до зростання заражень ВІЛ-інфекції, гепатитами та іншими інфекційними захворюваннями, тим самим зменшуючи зусилля фахівців у боротьбі з цими хворобами.

Таким чином, до кінця складно оцінити доступність і адекватність соціальних послуг для споживачів наркотиків в Україні, глибинних якісних досліджень цього питання не проводилося, але оцінюючи тенденцію роботи соціального сегмента послуг для ЛВНІ починаючи з 90-х років, до теперішнього часу ясно одне: Україна, незважаючи на численні труднощі і не вирішені поки

питання, наполегливо рухається до європейських стандартів надання соціальних послуг представникам маргінальних груп, в тому числі й ЛВНІ.

3.2 Система профілактики передачі вірусних гепатитів В та С, ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу у Волинській області

Профілактична робота щодо зменшення ризику передачі вірусних гепатитів В та С, ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу у Волинській області була сфокусована на таких основних напрямках соціальної роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків:

- вторинна профілактика ВІЛ-інфекції шляхом надання послуг обміну шприців та інформування про способи лікування та профілактики особам, які вживають наркотичні речовини;
- проведення добровільного консультування та експрес-тестування на ВІЛ, гепатит В та С і сифіліс;
- проведення соціологічних досліджень серед споживачів ін'єкційних наркотиків;
- адвокація дотримання прав людей, які вживають наркотичні речовини, на міському, обласному та державному рівнях;
- організація доступу до лікування для людей, які страждають від наркотичної залежності та ВІЛ-інфекції, туберкульозу та інших захворювань;
- надання послуг гінеколога, психолога та інших фахівців для жінок, які вживають наркотичні речовини;
- напрямок наркозалежних людей на реабілітацію.

Спектр дії отримуваних послуг направлений на:

1. Людей, які вживають наркотичні речовини;
2. Людей, котрі вживають наркотичні препарати ін'єкційно;
3. Наркозалежні з позитивним ВІЛ-статусом, туберкульозом та іншими захворюваннями;
4. Близьке оточення людей, які вживають наркотики.

Основну профілактичну роботу щодо зниження інфікування вірусними гепатитами В та С, ВІЛ-інфекції, туберкульозу у Волинській області здійснюється за допомогою діяльності благодійного фонду «Наше Майбутнє» є принцип «низькопороговості»: Волинської філії Рівненського обласного благодійного фонду «Наше Майбутнє», що має на увазі максимально спрощену процедуру доступу клієнтів не тільки до послуг, що надаються фондом, а й до послуг інших державних і недержавних організацій. Завдання фонду не в тому, щоб замінити собою державні структури, а в тому, щоб сприяти ефективній комунікації між людьми, особливо уразливими до ВІЛ, і установами та організаціями, які покликані надавати допомогу цим хворим.

Благодійний фонд будує свою роботу виходячи з нижченаведених принципів:

- поєднання знань з навичками практичної соціальної роботи з представниками цільової групи;
- недискримінаційне, толерантне ставлення до представників цільової групи;
- мультидисциплінарний підхід, заснований на об'єднанні фахівців різного профілю медичних і соціальних працівників, юриста, психолога.

Багато співробітників працюють одночасно в декількох проектах, а проекти взаємно інтегровані і мають загальну логіку і принципи роботи.

Згідно з проектом «Профілактика ВІЛ/СНІДу та інших соціально значущих захворювань серед людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно» діяльність здійснюється за підтримки Центру громадського здоров'я України та Міжнародного благодійного фонду «Альянс громадського здоров'я».

Головною метою проекту є: зниження темпів поширення ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів В та С, туберкульозу та інших соціально-значущих захворювань серед людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно, їх партнерів та членів їх сімей.

Цільовою групою даного проекту є:

- люди, котрі вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ);

- люди, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) з числа ЛВНІ;
- сексуальні партнери і родичі ЛВНІ.

Діяльність, в рамках цього напрямку, здійснювалася за допомогою аутріч-роботи, а також роботи виїздної мобільної амбулаторії, з обов'язковим соціальним супроводом клієнтів, які потребують соціальної, психологічної або медичної допомоги.

Вулична соціальна робота (аутріч-робота) РОБФ «Наше Майбутнє» має на меті поширення профілактичної інформації, знань і навичок в звичних для споживача місцях перебування, а не в кабінетах фахівців. Найменування «вулична» пов'язане з тим, що на даний вид діяльності здійснюється поза кабінетами, в основному - саме на вулицях.

Місцями проведення даного виду соціальної роботи у Луцьку є:

- район вулиць Дубнівська, Окружна, ДПЗ;
- міські поліклініки;
- місця обігу наркотичних речовин;
- пенітенціарні установи;
- квартири споживачів ін'єкційних наркотиків.

Практика профілактичної роботи показала, що споживачі наркотиків дуже неохоче звертаються за допомогою до фахівців, які працюють в кабінетах на базі офіційних установ (в поліклініках, наркодиспансерах, лікарнях, центрах СНІДу тощо). Доступ таких фахівців до групи споживачів наркотиків виявляється значно обмеженим. У зв'язку з цим робота із людьми, котрі вживають наркотики ін'єкційно, що проводиться в звичних для них місцях перебування або там, де вони знаходяться в даний момент часу (живуть, збираються, проходять курс лікування і т. д.), видається більш ефективною.

Основною метою вуличної соціальної роботи є зміна поведінки представників уразливих груп на менш небезпечне.

Вуличну соціальну роботу проводять люди, яким добре відомі особливості психології, поведінки і способу життєдіяльності ЛВНІ. У Волинській області, як і в багатьох інших областях, свою ефективність довела практика залучення до

такої роботи колишніх споживачів наркотиків. В області залучено 5 надавачів послуг, котрі задіяні в профілактичній роботі, а також виявлення та сприяння в лікуванні ВІЛ-інфекції/СНІДу, гепатитів В та С, туберкульозу.

Вулична соціальна робота забезпечує доступ до набагато більшої кількості представників такої замкнутої уразливої групи, як людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно.

Програма обміну голок та шприців довела свою ефективність у діяльності РОБФ «Наше Майбутнє», знижуючи ризик передачі ВІЛ-інфекції/СНІДу, вірусних гепатитів В та С серед людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно, які використовують «одну голку на всіх».

В результаті, у Волинській області, як і в інших регіонах України ці програми проводяться серед певних груп населення, дозволяючи людям, котрі вживають наркотики ін'єкційно звести до мінімуму ризик зараження ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів В та С при використанні однієї голки.

Обмін голок і шприців дозволяє забезпечити для людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно стерильним ін'єкційним інструментарієм з метою профілактики ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів. Тим, хто приходить обмінювати шприци, потрібно надати про себе мінімум інформації, усі послуги надаються безкоштовно, а місце розташування пункту обміну шприців максимально зручне для відвідування. Це дозволяє охопити роботою з профілактики ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів якомога більшу кількість людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно.

Незважаючи на пандемію COVID-19 та повномасштабне вторгнення росії на територію України, профілактичні програми продовжили працювати. Надавачі вуличної соціальної роботи, котрі працюють з ЛВНІ, зазначили про збільшення навантаження у зв'язку із міграцією клієнтів до більш безпечних регіонів. Надавачі послуг змінили свої пункти надання послуг на більш безпечніші для свого здоров'я та здоров'я клієнтів. Варто зазначити, що протягом 2020 року охоплено 2 832 особи із числа ЛВНІ, у 2021 році – 2 390, а протягом 2022 року – 4 695 ЛВНІ.

Програми обміну шприців є найбільш дієвим механізмом прямого впливу на поширення ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів В та С. Їх зміст полягає перш за все

в тому, що з обороту вилучаються використані і потенційно інфіковані шприци, а споживачам наркотиків забезпечується максимально легкий доступ до стерильного ін'єкційного обладнання. Перевага цих програм полягає також в тому, що з їх допомогою вдається налагодити контакт соціального працівника та ЛВНІ, що дозволяє проводити більш широку роботу по консультуванню, зміни поведінки і прищеплення навичок турботи про здоров'я серед ЛВНІ. Програми обміну шприців будуються за тими ж принципами:

- анонімність,
- зручний графік роботи,
- зручне розташування,
- безкоштовність.

До спектра соціальних послуг інформаційно-освітньої благодійного фонду відносять:

- розробка і публікація інформаційних буклетів, брошур, листівок;
- консультування клієнтів проекту зменшення шкоди та їх найближчого оточення за медичними, соціальними, психологічними та правових питань;
- проведення семінарів та тренінгів;
- розробка і випуск науково-методичної літератури (керівництва, збірники статей для фахівців і ін.);
- проведення інформаційних кампаній в засобах масової інформації, спрямованих на профілактику соціально небезпечних явищ, таких як вживання наркотиків і дискримінація окремих груп суспільства;
- проведення конференцій, участь у конференціях, читання лекцій.

Програма замісної терапії спрямовані на те, щоб людину, залежну від наркотиків перевести на вживання «замісних препаратів». Якщо людина не хоче, або не може перестати вживати наркотики і позбутися від залежності, їй надається можливість вживати препарати того ж ряду (опіати або антагоністи опіатів). Незважаючи на те, що опіатна залежність зберігається, «замісні препарати» дозволяють людині повноцінно функціонувати, завдають менше шкоди.

Основними препаратами замісної терапії в даний час є метадон, бупренорфін та новітній ін'єкційний препарат Bupival.

Програми замісної терапії є важливою точкою спілкування між соціальними працівниками і наркозалежними. Щоб запобігти попаданню препаратів замісної терапії на чорний ринок, вони зазвичай вживаються в установах охорони здоров'я під наглядом медичного та/або соціального працівника. При щоденному відвідуванні пацієнтом лікувального закладу є можливість підтримувати з ним тісний зв'язок, передбачити і здійснити терапевтичні та реабілітаційні заходи.

Основні цілі програм замісної терапії:

- зниження рівня вживання або повна відмова від незаконних наркотиків;
- профілактика ВІЛ-інфекції/СНІДу та вірусних гепатитів;
- зниження випадків кримінальної поведінки серед наркозалежних;
- зниження числа передозувань і смертельних випадків, пов'язаних з вживанням наркотиків;
- соціальна адаптація наркозалежних;
- поліпшення загального стану здоров'я.

В комплексну профілактику ВІЛ-інфекції та розширення доступу до медичних послуг серед людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно входить:

- медичне і психологічне консультування;
- консультування з соціальних питань;
- добровільне, анонімне та безкоштовне тестування крові на вірусні гепатити В та С, сифіліс, ВІЛ-інфекцію;
- до- та післятестове консультування;
- індивідуальний медико-соціальний супровід в профільні медичні установи (при необхідності);
- поширення інформаційно-профілактичних матеріалів;
- видача направлень інших фахівців для надання безкоштовної медичної допомоги, в тому числі і тим клієнтам, у яких відсутні документи;
- моніторинг потреб цільових груп;
- обмін шприців за принципом «1 до 1»;
- забезпечення стерильним інструментарієм (голки);
- розповсюдження презервативів;

— проведення скринінгу на туберкульоз методом опитування [5].

Аналізуючи діяльність сайтів програми замісної підтримки терапії (ЗПТ), що базується на території Волинської області, можна відзначити, що функціонує 4 сайти ЗПТ, в яких беруть участь 218 пацієнтів:

- в м. Луцьк на базі КП «Волинський медичний центр терапії залежностей» – 127 осіб;
- в м. Луцьк на базі КП «Волинський обласний фтизіопульмонологічний медичний центр» - 22 особи;
- в м. Володимир на базі КП «Володимирського територіального медичного об'єднання» - 30 осіб;
- в м. Ковель на базі КНП «Ковельського міськрайонного територіального медичного об'єднання» - 39 осіб.

Таблиця 3.2

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію, гепатити В та С та туберкульоз серед учасників профілактичної програми ЗПТ у Волинській області

Сайт ЗПТ	Віл-інфекція, в абс. чис.	Віл-інфекція, у %	Гепатити В + С, в абс. чис.	Гепатити В + С, у %	Туберкульоз, в абс. чис.	Туберкульоз, у %
КП «Волинський медичний центр терапії залежностей»	13	10,2	48	37,8	3	1,4
КП «Волинський обласний фтизіопульмонологічний медичний центр»	13	43,3	9	30,0	0	0
КП «Володимирського територіального медичного об'єднання»	9	23,1	18	46,2	0	0
КНП «Ковельського міськрайонного територіального медичного об'єднання»	8	36,4	13	59,1	0	0
Всього	43	24,3	88	40,4	3	1,4

Згідно з даними, станом на 31 грудня 2023 року, лікування отримують 218 пацієнтів, серед яких 194 чоловіків та 24 жінок. Середній вік пацієнтів, які скористалися ЗПТ препаратами метадону становить 42,2 років, бупренорфін – 41,4 років та ін'єкційним препаратом Buvidal – 35,5 років. Середній стаж вживання ін'єкційних наркотиків серед учасників ЗПТ становить 16,6 років.

Узагальнення результатів практики вітчизняних і зарубіжних фахівців, що працюють із людьми, котрі вживають наркотики ін'єкційно, показують, що сім'я відіграє дуже важливу роль на всіх етапах розвитку наркоманії.

Для підвищення ефективності цілеспрямованої роботи з первинної профілактики із людьми, котрі вживають наркотики ін'єкційно на регіональному та загальнодержавному рівнях необхідно враховувати той фактор, що сім'я відіграє надзвичайно важливу роль у зменшенні наркотизації.

Зіштовхнувшись із фактом вживання наркотиків, члени сім'ї випробовують вкрай гострі емоційні стани, що призводять до неадекватних, хаотичних і, як правило, марних дій. У зв'язку з цим соціальна робота із такими сім'ями повинна бути спрямована на вирішення декількох взаємопов'язаних завдань:

- інформування членів сім'ї про можливі сімейні причини наркотизації й про причини вживання наркотиків;
- участь у вирішенні сімейної кризи;
- оптимізація системи внутрішньосімейного виховання;
- нормалізація сімейних відносин і зниження їх конфліктності;
- підвищення адекватності реагування споживача наркотиків на сімейну ситуацію;
- підвищення відповідальності членів сім'ї за своє внутрішньосімейне поведіння;
- створення позитивного емоційного підґрунтя сімейних відносин [65].

Одним із найскладніших завдань в організації профілактичної роботи із сім'єю, полягає у формуванні мотивації й запиту на таку роботу. Наявність у

сім'ях конфліктів, загострених емоційних реакцій, образ, а також функціонування механізмів захисту на особистісному й міжособистісному рівнях призводять до того, що такі сім'ї мають вкрай низьку мотивацію на участь у профілактичній і терапевтичній роботі. Аналіз наукової літератури показує, що в переважній більшості випадків члени сім'ї, у яких є споживачі наркотиків, починають проявляти ініціативу уже в період вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, коли психологічна залежність сформувалася й супроводжується потужною фізіологічною залежністю.

Робота із сім'єю є важливою складовою системи профілактики наркоманії. Вона може здійснюватися в декількох формах:

- індивідуальна робота із кожним членом сім'ї, в якій є споживач наркотиків;
- робота із сім'єю в цілому;
- спеціальні батьківські групи, в сім'ях яких є діти та підлітки, які вживають наркотики;
- робота з масовою батьківською аудиторією.

Зазначені форми профілактичної роботи із сім'єю істотно розрізняються організаційно, методично й змістовно. Можна визначити, загальні принципи роботи із сім'єю по профілактиці наркоманії:

1. Забезпечення розширення нового побутового досвіду членів сім'ї щодо наркоманії. Незалежно від реалізованої форми, зусилля фахівців, що займаються сімейною проблематикою, повинні бути спрямовані на розширення можливостей сім'ї в розумінні ситуації, причин і їхніх наслідків.

2. Взаємодія в умовах невизначеності. Дослідження показують, що навіть присутність факторів наркотичного ризику не призводить до наркотизації особи, а іноді досить лише ситуативного прояву одного з них. Вирішуючи завдання профілактики наркоманії, соціальний працівник може зіштовхнутися із складною сімейною проблемою. Соціальна робота із сім'єю по профілактиці наркоманії – це діяльність в умовах невизначеності. Очевидно, що в цьому випадку найважливішими факторами ефективності працівника з даною

проблемою стає не його «методична оснащеність», а його готовність надавати допомогу ефективно і відповідально.

3. Відповідальність. Важливо, щоб у процесі роботи члени сім'ї усвідомили й прийняли міру своєї відповідальності за те, що відбувається з ними. Прийняття ними авторства власної долі є найважливішою передумовою позитивної сімейної динаміки.

4. Відкритість і незавершеність роботи. Вирішуючи завдання профілактики наркоманії, не можна дати гарантії того, що в сім'ї не з'явиться споживач наркотиків. У зв'язку із цим, одним із найважливіших результатів профілактичної роботи із сім'ями повинна бути принципова готовність батьків до одержання спеціальної професійної допомоги й мотивація на співробітництво із соціальними центрами та громадськими організаціями.

5. Реалістичність очікувань. Необхідно, щоб із самого початку і соціальні працівники та члени сімей, залучені в профілактичну роботу, розуміли, що кожний з них вносить свій посильний внесок в успіх. Завдання соціальних працівників полягає у тому, щоб допомогти сім'ї перебороти «застій» і забезпечити мінімальну динаміку.

6. Плюралізм форм і методів роботи із сім'єю. Фактори наркотизації сімейної природи можуть мати різний характер. Тому, важко передбачити існування якого-небудь єдиного, ефективного методу профілактичної роботи із сім'єю.

7. Включенність/виключенність. Відповідно до цього принципу фахівець, що реалізує ту або іншу форму роботи із сім'єю повинен перебувати у безперервному контакті з людьми, з якими він працює, забезпечуючи насичений й адекватний зворотний зв'язок і при цьому перебувати за межами сімейних відносин, зберігаючи свою професійну і особистісну незалежність та суверенітет.

8. Принцип «тепер». Відповідно до цього принципу фахівець, що працює із сім'єю, повинен звертати увагу, насамперед на те, що реально відбувається в певній ситуації на даний час.

Перераховані принципи можуть бути реалізовані незалежно від того, у якій формі проводиться профілактична робота. Їхня реалізація спрямована на підвищення можливостей саморозвитку сім'ї.

Пріоритетними формами профілактичної роботи із сім'єю є загальносімейні зустрічі, так як зібрати разом всю сім'ю вдається вкрай рідко, однак це не означає, що така робота не може бути почата в неповному чисельному складі. Важливим тут є не стільки повнота присутності сім'ї на терапевтичній сесії, скільки орієнтації на роботу із загальносімейною проблемою, носієм якої є сім'я як одне єдине ціле. Послідовна реалізація цього принципу пов'язана зі значними складнощами, подолання яких створює сприятливі умови для терапії з сім'єю.

Серед основних труднощів роботи з сім'ями, в яких є люди, котрі вживають наркотики ін'єкційно, можна виокремити:

1. До моменту початку терапії проблемна сім'я перебувала в стані гострої або латентної, хронічної сімейної кризи.

2. Відсутність психологічного запиту з боку сім'ї. Проблемна сім'я звертається за психологічною допомогою, як правило, тоді, коли сімейне неблагополуччя вже неможливо не помітити, при цьому проблеми підлітка ніяк не пов'язуються з його психологічними проблемами в сім'ї або поза сім'єю.

3. Багатошаровість сімейної проблематики. Проблемна поведінка споживача наркотиків не тільки загострює багато негативних процесів у сім'ї, але й маскує їх, витісняючи їх на периферію свідомості членів сім'ї.

4. Високий рівень тривожності в сім'ї. У членів проблемних сімей відзначається високий рівень тривожності, що істотно звужує можливості соціального працівника в роботі із сім'єю.

5. Вкрай низька інформованість батьків з питань, пов'язаних з наркотиками й наркоманією.

Перераховані труднощі роботи із проблемними сім'ями по профілактиці наркоманії створюють специфічну ситуацію, коли ефективна робота неможлива в рамках якої-небудь однієї моделі або терапевтичного підходу. Найважливішим

фактором ефективності в цьому випадку стає плюралізм методів при орієнтації на принцип роботи із сім'єю.

Важливою складовою профілактики наркоманії є робота з батьками. У структурі системного профілактичного впливу на сім'ю важливу роль відіграють групові форми роботи з батьками. Важливим є те, що робота з ними може проводитися як паралельно з іншими формами профілактики, так і незалежно від них. Навіть якщо споживач наркотиків уникає участі у профілактичних програмах, батьки, що відвідують батьківські групи, можуть змінити своє відношення до наркоманії, свою поведінку в сім'ї, свої реакції на особу, яка вживає наркотики.

Типовими особливостями поведінки в батьківських групах є:

- поляризованість суджень про можливі форми внутрішньосімейної поведінки;
- орієнтованість на конкретні поради й рекомендації соціального працівника;
- зосередженість на собі й на своїй сімейній ситуації;
- нерозуміння ролі й значення власних зусиль, спрямованих на зміну своєї власної поведінки;
- емоційна напруженість і схильність до афектів;
- реакції, що обвинувачують соціального працівника, у випадку його відмови давати конкретні поради;
- позиція, що виражається у відмові відповідати за своє життя, за свої дії, почуття й успіхи;
- високий рівень тривожності, що проявляється в пошуку підтримки й заступництва;
- критичність по відношенню один до одного і до соціального працівника, що займається певною проблемою;
- уникання особистісної або сімейної тематики й прагнення обговорювати проблему виховання взагалі [44].

Реалізація в груповій роботі з батьками принципів соціальної роботи, безумовно, сприяє наданню їм емоційної й соціальної підтримки. Однак, найбільш важливим, є прийняття батьками відповідальності за свою поведінку і своє життя, чому сприяє реалізація моделі групового психологічного консультування, методологічною основою якого виступає транзактний (транзакційний) аналіз Е. Берна. Використання моделі психологічного консультування й методології транзактного аналізу дозволяє вирішувати комплекс взаємозалежних завдань, що безпосередньо впливають із зазначених вище особливостей сімей із групи ризику:

- підвищення відповідальності за свою поведінку і своє життя;
- розвиток готовності до творчого реагування на проблеми в поведінці споживача наркотиків;
- підвищення психологічної компетентності й розширення свідомості;
- зміна реакції на проблему (від пошуку причин до пошуку рішень);
- розвиток реалістичного мислення;
- підвищення здатності до спостереження.

Очевидно, що перераховані завдання, зовсім різні за змістом, і за структурою, і по методах їхнього вирішення. Тому в рамках моделі психологічного консультування й загальних принципів транзактного аналізу можуть бути широко використані наступні методи:

- методи, по зміні звичного мислення;
- методи, спрямовані на пізнання;
- методи підтримки й допомоги;
- методи, спрямовані на зняття напруги;
- методи, що викликають емоційні переживання й почуття;
- методи зміни поведінки;

Даний список може бути продовжений. Однак важлива не його завершеність, а загальний підхід до проблеми: учасники групи повинні навчитися гнучко будувати своє поведінку.

Профілактичну роботу з масовою батьківською аудиторією потрібно розглядати не тільки як основну форму освіти батьків, а і надання достовірної інформації про наркотики, способи залучення до них інших осіб, ознаках наркотизації. Робота з батьківською аудиторією може виступати як особлива форма корекції сімейних відносин і зниження наркотичного ризику.

Однієї з форм такої роботи є кінотерапія, що полягає в перегляді спеціально підбраного художнього фільму з його наступним обговоренням. Сеанси кінотерапії викликають високу зацікавленість і дозволяють успішно вирішувати завдання залучення проблемних сімей до участі в профілактичних програмах.

Очевидно, що домогтися значних результатів профілактики наркоманії у сім'ї можливо, якщо реалізувати різні форми роботи із сім'єю, що дозволяють гнучко сполучати психологічні методи роботи й залучати фахівців різних сфер соціальної роботи.

3.3 Аналіз досвіду профілактичної роботи Волинської філії Рівненського обласного благодійного фонду «Наше Майбутнє» із людьми, котрі вживають наркотики ін'єкційно

У реалізації програми замісної підтримуючої терапії (ЗПТ) бере активну участь основний донор соціальних послуг для ЛВНІ серед представників неурядового сектору – Волинська філія Рівненського обласного благодійного фонду «Наше Майбутнє» (далі – Благодійний фонд). У проекті Благодійного фонду «Надання інтегрованої допомоги пацієнтам замісної підтримуючої терапії» за фінансової підтримки МБФ «Альянс громадського здоров'я» існує 4 сайти (пунктів) ЗПТ на яких надаються такі послуги:

- видача замісної терапії;
- консультації соціального працівника, кейс-менеджмент;
- консультації психолога;

- консультації інфекціоніста (в тому числі призначення АРТ);
- групи самопомоги;
- ЕКГ, аналіз на CD-4, вірусного навантаження, експрес-тест на ВІЛ-інфекцію, гепатит В та С, сифіліс;
- госпіталізація до стаціонарних відділень інших закладів охорони здоров'я (ЗОЗ).

На сьогоднішній день на базі Благодійного фонду реалізуються і інші проекти і напрямки, які надають послуги ЛВНІ, а саме: проект «Надання розширеного пакету послуг ЛВНІ, ЛВНІ-жінкам у Волинській області» (за фінансової підтримки «Міжнародний Альянс громадського здоров'я»). В рамках проекту виявляються такі послуги:

- на аутріч-маршрутах:
 - видача та обмін шприців;
 - консультування споживачів наркотиків та їх близького оточення з питань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, гепатитів В та С, наркозалежністю, інфекціями, що передаються статевим шляхом, вірусами гепатитів, реабілітацією;
 - видача інформаційно-освітньої літератури;
 - видача презервативів і лубрикантів;
 - напрямок, переадресація і супровід ЛВНІ в ЗОЗ міста, соціальні служби;
 - допомога у відновленні документів;
 - допомога в оформленні тимчасової прописки, сприяння в знаходженні тимчасового житла;
 - консультації психолога, юриста, дерматовенеролога;
 - допомога та лобювання інтересів ЛВНІ в отриманні АРТ;
 - експрес-тестування на ВІЛ-інфекцію і сифіліс, гепатит В та С;
 - супровід на госпіталізацію;
 - патрунування при оформленні групи інвалідності;

- діяльність ком'юніті-центру (консультування за принципом «рівний-рівному», консультанта по хімічній залежності, психолога, проведення груп-самопомогои для ЛВНІ), організація дозвілля - чай, кава, перегляд телевізійних передач та ін.);

Крім того, Благодійним фондом реалізується проект «Профілактика інфікування ВІЛ-інфекції/ПСПШ серед представників уразливих груп населення, які перебувають на лікуванні в КП «Волинський обласний фтизіопульмонологічний медичний центр» і раннє виявлення туберкульозу серед представників груп ризику» (за фінансової підтримки «Міжнародний Альянс громадського здоров'я»). В рамках проекту доступні такі послуги:

- для клієнтів (в тому числі пацієнтів) - консультування соціальним працівником; видача стерильного інструментарію; видача презервативів; видача літератури; отримання консультацій профільних фахівців по телефону;

- на аутріч маршрутах проводиться скринінгове опитування ЛВНІ, яке дозволяє запідозрити легеневий туберкульоз.

Клієнтів з позитивним результатом скринінгу супроводжують до фтизіатра для проходження повного обстеження на туберкульоз (рентген/флюорографія, дослідження мікроскопії мокротиння та МГ GeneXpert).

Також, Благодійний фонд бере участь в проекті «Забезпечення профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та покращення перинатальних показників у вагітних з наркотичною залежністю та народжених ними дітей», в рамках яких соціальний працівник фонду супроводжує вагітних жінок, які вживають наркотики, у жіночу консультацію або до гінеколога в перинатальний центр для подальшого медичного супроводу.

Варто зазначити, що в результаті проведеної профілактичної роботи у Волинській області передача ВІЛ-інфекції від інфікованої мами до дитини під час вагітності, пологів та годування грудним молоком складає менше 2%.

На сьогоднішній день співробітники Благодійного фонду навчилися не тільки збирати інформацію про зміни наркосцени, переміщеннях і передислокації місць продажу наркотику, зміни в спільнотах споживачів, але і

використовувати цю інформацію в інтересах ЛВНІ, для досягнення поставлених завдань і цілей програми.

У свою чергу, наркосцена Волині радикально відрізняється від наркосцени в Україні кількома вирішальними факторами:

1. Наркосцена Волинської області - «відкрита наркосцена», тобто наркотики досить відкрито продаються і купуються на вулицях і в деяких районах міста (найчастіше в парках, скверах, окраїнах міста тощо.). В таких умовах придбавши наркотик, людина, щоб не бути спійманою правоохоронцями, намагається якомога швидше або використати його, або виїхати подалі від місця продажу. Для успішної реалізації завдань проекту «Зниження Шкоди» соціальні працівники вибудовують довірчі відносини з клієнтами, споживачі повністю довіряють співробітникам програми, інакше останні просто не знайдуть місць дислокації ЛВНІ. З цієї причини більшість аутріч-працівників Благодійного фонду з числа колишніх споживачів, які знаходяться в стійкій, багаторічній ремісії.

Плюсами такої наркосцени є її відкритість: оскільки там збирається багато споживачів для актуального проведення опитувань або поширення інформації. Ці процеси здійснюються за короткий час і з охопленням великої кількості людей. Безперечними перевагами Волинської наркосцени можна виділити: можливість забезпечення якості послуг, що надаються - практично 100% клієнтів консультуються саме соціальними працівниками; для соціальних працівників існує вільний доступ до місць перебування ЛВВНІ (без посередників).

2. Соціальні працівники не знаходяться в замкнутому просторі місця продажу або виготовлення наркотиків (в квартирі). Існує практика залучення «старших» (авторитетних) осіб із числа ЛВНІ, в якості добровільних помічників; відкриваються широкі можливості проведення експрес-тестування в умовах мобільної амбулаторії поблизу місць перебування ЛВНІ; в польових умовах для соціальних працівників істотно знижується ризик зараження туберкульозом.

Однак відкрита наркосцена має на увазі і певні труднощі в побудові структури надання послуг для ЛВНІ. Основною такою труднощію є мобільність

місць продажу наркотиків, практично щоденна зміна місць дислокації. В таких умовах надання аутріч-послуг залишається можливим тільки завдяки довірчих відносин соціальних працівників з клієнтами.

Певними мінусами є і віддаленість місць продажу наркотиків від житлових масивів, і як наслідок, високий фактор ризику для соціальних працівників, і сезонні погодні умови (холод, спека, дощ тощо.), і незручності при заповненні первинної документації в польових умовах. У такій обстановці не всі соціальні працівники здатні надавати якісні та адекватні послуги. Для досконалої та кваліфікаційної роботи аутріч-працівників потрібні певні навички:

- здатність сприймати велику кількість інформації;
- вміння згладжувати конфліктні ситуації;
- вміння швидко вибудовувати комунікацію;
- стресостійкість;
- фізична витривалість;
- вміння визначати стан клієнта (абстиненція, наркотичне чи алкогольне сп'яніння);
- мати навички надання першої медичної допомоги при передозуванні (автомобіль швидкої допомоги, не завжди своєчасно може приїхати до місця продажу наркотиків).

Система соціальних послуг для ЛВНІ Волині будується, беручи до уваги і географічні особливості регіону (протяжність понад 187 км.) і ландшафтному своєрідності регіону (розташовані шахти та кар'єри). Для зниження територіальної віддаленості місць надання послуг аутріч від лікувально-профілактичних закладів та різних структурних установ був створений громадський центр для людей, коті вживають наркотики ін'єкційно та їхніх близьких, розташований в зручному для відвідування місці. Однією з основних задач закладу є координація дій та кроків ЛВНІ у вирішенні соціальних питань для досягнення ними найвищих результатів з найменшими часовими витратами. Також для залучення максимальної кількості клієнтів вихідні маршрути Благодійного фонду розподіляються по найбільшій дислокації клієнтів.

Особливістю наркосцени регіону є ландшафтні переваги місць розташування ЛВНІ: найчастіше це місця шахт, закинуті будівлі, окраїни міст, цвинтарі, місцевість біля кар'єрів тощо. В цілому це місця, які не відвідує загальне населення та, де споживачі можуть легко сховатися від правоохоронців. Враховуючи віддаленість таких місць від житлових районів, існує високий ризик для соціальних працівників при наданні послуг. Для зниження ризику аутріч-працівники обов'язково проходять спеціальне навчання, що дозволяє їм знаходити вихід в екстремальних ситуаціях, адміністрацією фонду будуються комунікації з правоохоронцями міста, заключається договір про співробітництво з керівництвом Благодійного фонду та владних структур.

Найпоширенішим у Волинській наркосцені вже багато років залишається споживання опіатів – 90% споживачів наркотиків Волині, ін'єкційно використовують кущовий «хімшир», близько 7% – стимулятори, решта 3% – стимулятори, які вживають наркотик перорально, нюхають або курять (аналіз бази дані Благодійного фонду). В останній час все рідше трапляються ЛВНІ, які практикують моновживання, частіше всього, споживачі змінюють види наркотиків: якийсь період переважає опіати, потім наступає «марафонний забіг» з стимуляторами, і навпаки.

Таким чином, при наданні послуг соціальні працівники обов'язково повинні розібратися під дією якого наркотику клієнт приходить на пункт надання послуг. Оскільки поведінкові особливості клієнтів при споживанні стимуляторів та опіатів сильно різняться. При побудові комунікації соціальних працівників та клієнтів, безперечно враховується цей факт і використовують відповідні форми спілкування.

3.4 Пропозиції щодо покращення епіднагляду за вірусними гепатитами В, С, ВІЛ-інфекцією/СНІДом та туберкульозом на регіональному рівні

На сьогоднішній день на різних рівнях, як на національному, так і регіональному, вже запроваджені та функціонують окремі елементи епіднагляду за вірусними гепатитами В, С, ВІЛ-інфекцією/СНІДом та туберкульозом серед

людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно. Проте для здійснення ефективного контролю за поширенням епідемії та оцінки результативності заходів з протидії необхідно розробити та впровадити єдину і комплексну систему моніторингу й оцінки. Це може стати одним з ключових елементів загальних принципів гармонізації та координації дій, що включає у себе узгоджену стратегічну програму дій, одну централізовану координаційну структуру та єдину систему моніторингу й оцінки.

Епіднагляд за інфекціями становить важливий інструмент для:

- оцінки відповідності запланованої діяльності (програми/заходів/робочого плану/соціального проекту) потребам та можливостям, а також для вчасного коригування;
- забезпечення максимально ефективного та раціонального використання ресурсів, включаючи фінансові, матеріально-технічні та людські;
- оцінки досягнення очікуваних результатів;
- підтримки у прийнятті відповідних управлінських рішень та подальшого розвитку.

Регіональна система епіднагляду має спиратися на кілька ключових принципів:

- працювати під керівництвом уряду та засновуватися на державних структурах;
- мати міжвідомчий характер і активно залучати всіх зацікавлених сторін;
- орієнтуватися на існуючі системи й практики;
- бути всеосяжною та всебічною;
- поєднувати національний, відомчий та регіональний рівні співпраці.

Процес розробки національної системи епіднагляду є результатом спільних зусиль під керівництвом Міністерства охорони здоров'я та Центру громадського здоров'я за тісного співробітництва між усіма ключовими учасниками та за додаткової технічної підтримки з боку USAID, ЮНЕЙДС,

Альянсу громадського здоров'я, Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, ПРООН та Світового банку.

В Україні з 1987 р. впроваджена державна система рутинного епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією. Досвід епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією показав, що рутинний епідеміологічний нагляд не відображає реальних масштабів поширення епідемії, що обумовлено медичними, соціальними, економічними та іншими особливостями самого захворювання.

Рутинний епідеміологічний нагляд відображає кількість обстежень на ВІЛ та кількість виявлених ВІЛ-інфікованих за даними лабораторій, що здійснюють діагностичні дослідження. Такі дані отримані завдяки скринінгу крові донорів, вагітних, споживачів ін'єкційних наркотиків, хворих на інфекції, що передаються статевим шляхом, а також завдяки тестуванню, яке проводиться з діагностичною метою.

Для створення більш об'єктивної системи епіднагляду необхідне також використання даних спеціальних досліджень, а саме: дозорних епідеміологічних досліджень (ДЕН).

За визначенням ВООЗ, ДЕН являє собою систематичний збір даних щодо поширення вірусу серед окремих груп населення (дозорних груп) на конкретній території (дозорній ділянці) за певний час, поведінка яких є найбільш ризикованою відносно інфікування ВІЛ.

Одним з компонентів епіднагляду в умовах концентрованої стадії епідемії ВІЛ/СНІДу є поведінкові дослідження в групах високого ризику щодо зараження та передачі ВІЛ-інфекції. Метою таких досліджень є отримання інформації про потенційні поведінкові фактори, які зумовлюють поширення ВІЛ-інфекції в суспільстві, а також використання цієї інформації для просвітницької діяльності, планування, моніторингу й оцінки ефективності профілактичних програм/проектів серед цільових груп. Рекомендованими є також поведінкові дослідження серед молоді, оскільки молодь розглядається як середовище можливої ризикованої сексуальної поведінки.

Варто здійснювати спеціальні дослідження для груп ризику, в тому числі й ЛВНІ, для доповнення рутинної інформації та епіднагляду, які дають можливість аналізу демографічних, соціальних та економічних чинників і наслідків поширення ВІЛ-інфекції, гепатитів В та С, туберкульозу.

ВИСНОВКИ

Отже, вживання наркотичних речовин є на сьогоднішній день однією з найгостріших проблем, які постають перед суспільством. Як свідчить статистика, більшість наркоманів починають вживати наркотики у підлітковому віці, що призводить до поширення вірусних гепатитів В, С, ВІЛ-інфекції та туберкульозу.

Аналіз статистичних даних показав, що поширення вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед населення Волинської області є доволі суттєвим. При цьому найвищі показники поширеності наркоманії відзначені в містах Нововолинськ, Володимир-Волинський, Ковель, Ківерці та Луцьк.

Захворюваність на наркоманії у Волинській області за 2022 р. становить 98,18 випадки на 100 тисяч населення і в порівнянні з 2021 р. зменшилась на 8,79% до, проте показник за 2021 рік був в 1,9 разів вищий, ніж в Україні (55,93).

Серед наркологічної патології найбільша питома вага припадає на захворюваність на алкогольну залежність (в 2022 р.- 81,2% ; 2021р. - 84,0%), алкогольні психози - 7,7% (2021р. - 12,0%), наркотична та токсикоманічна залежність – 11,2%(2021р. - 4,0%), з них наркотична – 11,0%, токсикоманічна – 0,2%.

Захворюваність на розлади психіки від вживання наркотичних речовин (наркоманії) у Волинській області в 2022 р. зросла у порівнянні з 2021 р. в 2,4 рази та становить 10,11 на 100 тисяч населення (2021 р.-4,29) Високі показники відмічаються в м. Луцьк – 23,95; Володимирський район – 19,51; натомість в Луцькому районі район у 2022 році - не зареєстровано жодного випадку наркотичної залежності. Ріст захворюваності по наркоманії у Волинській області за 2022 р. відбувся за рахунок тимчасово переселеного населення внаслідок російської агресії.

Результати сероепідеміологічного моніторингу за 2022 рік серед людей, які вживають наркотичні препарати ін'єкційно, показали, що у Волинській

області серед 164 обстежених осіб у 12 (7,3%) були виявлені антитіла до ВІЛ, що було на 17,8% вище, ніж в Україні (6,0%). Також високі показники відмічались в Київській (21,7%), Одеській (17,9%), Херсонській (13,9%), Рівненській (11,5%), Запорізькій (10,3%) областях.

Простежуються певні тенденції у зміні відсоткового співвідношення груп інфікованих. Якщо з 1996 року серед ВІЛ-позитивних 90,7% людей, були люди, що вживають ін'єкційні наркотики і відповідно 9,3% інфікованих іншими шляхами, включаючи статевий, то станом на 01 січня 2023 року ми вже маємо близько 63,9% інфікованих статевим шляхом, які не вживали ін'єкційні наркотики.

Щорічно збільшується кількість дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів серед групи ЛВНІ. За період з 1996 - 2022 рр. народилось 607 дітей, з яких 46 дітям встановлено діагноз ВІЛ-інфекція (7,6%). В стадії спостереження до виповнення 1,5 річного віку перебувало 62 дитини. До впровадження програми «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» (ППМД) (1998 - 2001) показник передачі ВІЛ від матері до дитини у Волинській області становив від 27% – до 45,5%.

Завдяки проведенню медикаментозної профілактики передачі ВІЛ вагітним та їх новонародженим дітям цей показник за останні роки у Волинській області коливається в межах 1,89% – 1,92% від числа народжених дітей протягом року.

За даними поточного епідеміологічного нагляду, показник захворюваності на туберкульоз в Україні у 2022 р., становить 45,1 на 100 000 населення. У 15 областях України з 25 відмічається збільшення захворюваності на туберкульоз, найвищі показники зафіксовані в Дніпропетровській (108,8), Одеській (94,3), Кіровоградській (76,6), Закарпатській (74,7), та Волинській (60,5) областях. Відсоток осіб з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ в Україні за 2022 р. становить 12,1% (1547 хворих із 12813 обстежених ЛЖВ), у Волинській області цей показник вищий і становить 12,8 % (29 із 133 обстежених ЛЖВ).

Існують різні підходи до організації профілактичної роботи щодо попередження та виявлення інфекцій серед споживачів ін'єкційних наркотиків, серед них: надання консультацій, безкоштовне тестування на ВГС, ВГВ, ВІЛ-інфекцію, здійснення попереднього скринінгу на туберкульоз, емоційне «навчання», розповсюдження інформаційної літератури, надання альтернативи та зміцнення здоров'я.

Серед найефективніших методів профілактики вірусних гепатитів В, С, ВІЛ-інфекції та туберкульозу можна виділити такі як: зниження попиту і пропозиції вживання наркотиків, освітні методи профілактики підліткового наркотизму, проекти обміну шприців, методи навчання здоровому способу життя, методи сімейної профілактики, програми зниження шкоди і зменшення ризику, методи релігійної профілактики, програми рівний-рівному, методи кримінально-політичної і економічної профілактики, методи антинаркотичної політики та інші.

З метою проведення профілактики підліткового наркотизму створена розгалужена система служб, спеціальних установ і закладів, які працюють з людьми, котрі вживають наркотики ін'єкційним шляхом, а також з дітьми і підлітками, що відносяться до груп ризику.

Головний курс у боротьбі з наркоманією в нашій країні полягає в активній профілактиці цього недугу. Важливо не лише протидіяти наркотикам там, де вони вже є, але й запобігати їх поширенню. Профілактика наркотизації ґрунтується на системі різноманітних державних та громадських заходів, які охоплюють соціально-економічні, правові, санітарні, педагогічні та психологічні аспекти. У своїй сутності вона представляє собою комплекс заходів, спрямованих на забезпечення здоров'я та творчого розвитку людей, вирішення причин хвороб, покращення умов життя, роботи та відпочинку, а також збереження природного середовища.

Для глибокого дослідження проблеми поширення вірусних гепатитів В, С, ВІЛ-інфекції та туберкульозу нами було проведено власне емпіричне дослідження. В результаті проведеного дослідження більшість опитаних

респондентів зазначили, що до основних причин початку вживання наркотиків віднесли гострі відчуття нещастя, незадоволеності, депресії, тривоги нудьги, невпевненості в собі та через недостатню любов і душевне тепло від рідних та близьких. Можна сказати, що перед першим вживанням наркотиків у респондентів вже були друзі та однолітки, які пробували наркотичні засоби. Слід також зауважити, що ЛВНІ мають багато друзів і ведуть комунікативний спосіб життя з оточуючими людьми. Також варто звернути увагу, що у Волинській області легко придбати наркотичні засоби для ін'єкцій.

Усе це свідчить, що наркоманія – дуже важке захворювання, що здебільшого призводить до інфікування вірусними гепатитами В, С, ВІЛ-інфекцією та туберкульозом, ранньої інвалідизації і різкого скорочення тривалості життя. З упевненістю можна сказати, що кожна нова ін'єкція затягування або прийом у середину наркотичних речовин неминуче скорочують життя. Непомітно підточуючи і руйнуючи весь організм наркотичні отрути скорочують життя в 4-5 разів. Як правило, третина наркоманів вмирають на потязі 5 років після початку вживання наркотиків, звичайно середній вік життя хронічного наркомана не перевищує 30 років, тому що організм не може витримати постійного виснаження. Смертність серед любителів наркотиків дуже висока.

На сьогоднішній день на різних рівнях, як на національному, так і регіональному, вже запроваджені та функціонують окремі елементи епідагляду за вірусними гепатитами В, С, ВІЛ-інфекцією/СНІДом та туберкульозом серед людей, котрі вживають наркотики ін'єкційно. Проте для здійснення ефективного контролю за поширенням епідемії та оцінки результативності заходів з протидії необхідно розробити та впровадити єдину і комплексну систему моніторингу й оцінки. Це може стати одним з ключових елементів загальних принципів гармонізації та координації дій, що включає у себе узгоджену стратегічну програму дій, одну централізовану координаційну структуру та єдину систему моніторингу й оцінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алістар С. С., Оуенз Д. К., Брандо М. Л. Результативність і економічна ефективність розширення програм зменшення шкоди та антиретровірусної терапії призмінаній епідемії ВІЛ: аналіз моделі на прикладі України. Журнал «PLoS Med». Березень 2011 р.; 8 (3): e1000423.
2. Аналітичний звіт за результатами опитування в рамках дослідження (Фаза 2 – Кількісне опитування, Фаза 3 – Експертне опитування) : [Електронний ресурс] // Проєкт: «Послуги з дослідження серед молодих представників груп ризику щодо епідемії ВІЛ/СНІД, ЛЖВ (людей, що живуть з ВІЛ) та дітей з ВІЛ». – 2019. – URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MPGR_report.pdf.
3. Андрущак Л.І. [Профілактика ВІЛ-інфекції та ЗПСШ, серед ін'єкційних наркоманів на Україні]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунології. Січень-лютий 1999 р.; (1) :86-9.
4. Асейхас К., Стімсон Г.В., Хікман М., Роудз Т.; Референтна група ООН з профілактики ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків у країнах, що розвиваються, і країнах з перехідною економікою. Глобальний огляд щодо вживання ін'єкційних наркотиків та ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків, СНІД. 19 листопада 2004 р.; 18 (17) :2295-303.
5. Басенко А., Власенко Л., Дебелюк М. та ін. Аналіз та опис моделей/підходів до надання послуг замісної підтримувальної терапії. Київ. МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агенство «Україна» 2017.112с.
6. Батиргареева В. С. Значення замісної терапії у запобіганні наркоманії та наркотичній злочинності / В. С. Батиргареева, О. І. Золотарьов // Наукові дослідження. – Вип. 24. – 2012. – С. 82 – 94.
7. Богдан Д. З., Філь С. С. Вулична соціальна робота як метод профілактики ВІЛ/СНІДу// Магістеріум. — К.: Києво-Могилянська академія, 2004. — Вип. 15. Соціальна робота і охорона здоров'я.

8. Бурлака В. В. Профілактика поширення наркозалежності серед молоді: Навчально-методичний посібник / Під ред. В. В. Бурлаки. – Київ: Герб, 2008. – 224 с.
9. Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем: навчально-методичний посібник для викладачів циклу тематичного удосконалення, в рамках підвищення кваліфікації сімейних лікарів Київ 2015, – 324 с. URL: <https://network.org.ua/wpcontent/uploads/2017/03/31cb3aa0d526dca74a922a8b458575b7.pdf>.
10. ВІЛ/СНІД: боротьба з поширенням епідемії триває [Електронний ресурс]. – URL: uoz.dp.ua.
11. ВІЛ-інфекція/СНІД /В. Д. Москалюк, С. Р. Меленко. – Чернівці: Видавництво Буковинського державного медичного університету, 2012. – 190 с.
12. Вірусні гепатити В і С / Марієвський В.Ф., Сергєєва Т.А., Андрейчин М.А. та ін. / Професійні інфекційні хвороби / Ю.І. Кундієв, М.А. Андрейчин, А.М. Нагорна, Д.В. Варивончик. – К.: ВД «Авіцена», 2014. – С. 232-359.
13. Вірусні гепатити В та С як загроза громадському здоров'ю. 2020.
14. ВООЗ. Гепатит В. Інформаційний бюлетень. Квітень 2017. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/ru>.
15. Вступ до соціальної роботи: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Ред. Т. В. Семигіної, І. І. Мигович – К.: Академвидав, 2005 – 304 с. – (Альма - матер).
16. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2013.
17. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2014.
18. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2015.
19. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2016.
20. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2017.
21. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2018.
22. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2019.

23. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2020.
24. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2021.
25. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2022.
26. Гепатит В в Україні: епідеміологічна характеристика та оцінка тягаря, Київ, 2018. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/VGV-2018.pdf>.
27. Гульдан В. В. Підліток-наркоман і його оточення / В. В. Гульдан, О. Л. Романова // Питання психології №2, 2003, – С. 26 – 32.
28. Динаміка поширення тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 1995, 1999, 2003 роки / О. М. Балакірева, О. О. Яременко, О. Р. Артюх [та ін.]. – К. : Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2003. – 174 с.
29. Запрошуємо взяти участь у круглому столі на тему: «Проблеми профілактики та протидії розповсюдження наркоманії». URL: <https://drohobych-rada.gov.ua/zasluzhenyj-prykarpatskyj-ansambl-pisni-ta-tantsyu-ukrayiny-verhovyna-svyatkuye-70-richchya/>.
30. Звіт за результатами аналізу діяльності надавачів соціальних послуг (персоналу) : [Електронний ресурс] // Проект ПРООН «Підтримка реформи соціального сектору в Україні». – 2012. – URL: http://www.undp.org.ua/files/ua_1704.pdf.
31. Звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності представників ключових груп в Україні» / Г. Берлева, Я. Сазонова. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна», 2017. 64 с. URL: <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/07/mio2016high.pdf>
32. Звіт про людський розвиток в Україні 2003. Спеціальне видання «Україна та ВІЛ/СНІД: час діяти». – К.: Програма розвитку ООН, 2003. – 36 с.
33. Іващенко В. Міжнародні питання боротьби із злочинами у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів // Підприємництво, господарство і право. — 2005.- № 9. — С.135

34. Інфекційні хвороби: підручник / О. А. Голубовська, М. А. Андрейчин, А. В. Шкурба та ін. ; за ред. О. А. Голубовської. К. : Медицина, 2018. 688 с.
35. Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні», випуск №54, 2023 рік. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_54_2023.pdf.
36. Капранов С. В., Титамир О. Н. Вода та здоров'я. Луганськ : Янтар, 2006. 184 с.
37. Класифікація вірусів. URL: <https://poznayka.org/s97427t1.html>.
38. Клінічний протокол «Антиретровірусна терапія вагітних та роділь», згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 листопада 2007 року №716.
39. Кокун О. М. Передумови та негативні наслідки розповсюдження наркоманії / О. М. Кокун // Практична психологія та соціальна робота. – 2004. – № 10. – С. 10 – 11.
40. Кримінально-правові проблеми боротьби з розповсюдженням наркоманії. URL: <http://dspace.onua.edu.ua/bitstream/handle/11300/3091>.
41. Левкова О. Прозріння колишнього наркомана // Молодь України. — 2003.- 24 січ.(№ 9-10). -С.4.
42. Лесна А. С. Соціальна структура вперше діагностованих хворих на туберкульоз в Україні / А. С. Лесна, О. І. Чопорова // Епідеміологічні дослідження в профілактичній та клінічній медицині : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяченої засновнику західної епідеміології Джону Сноу (6 червня 2018 року ; Харків) / за ред. Т. О. Чумаченко. – Харків : Планета-Прінт, 2018. – С. 39.
43. Максимова Н. Ю. Про схильності підлітків до адитивної поведінки/ Н. Ю. Максимова, М. М. Ісаєва // Психологічний журнал. 1996, Том 17, №3. – С. 149 – 157.
44. Малюченко Г. Н. Профілактика наркоманії в освітньому середовищі: проблемно-орієнтований підхід. / Г. Н. Малюченко. – БГПІ, 2001. – С. 76 – 84.

45. Матеріали Першої національної конференції «Розбудова національної системи моніторингу та оцінки заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІД в Україні». URL: www.aidsalliance.org.ua.

46. Наказ Міністерства соціальної політики України №429 від 23.06.2020р. «Про затвердження класифікатора соціальних послуг». URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/487003___655981.

47. Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту № 4568 від 29.12.2009 р. «Про затвердження Примірного положення «Про мультидисциплінарну вуличну команду соціальної роботи з дітьми та молоддю груп ризику». URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MUS12267>.

48. Ненавмисні наслідки: антинаркотична політика сприяє розвитку ВІЛ інфекції в Україні. Укладач IHRD. // Інститут Відкритого Суспільства, 2003.

49. Орел Г.О. Організація з профілактики девіантної поведінки серед підлітків // Соціальний працівник – травень 2010. - № 9 (33). – С. 2 – 30.

50. Орел Г.О. Організація та проведення первинної профілактики наркоманії серед неповнолітніх та молоді // Соціальний працівник – травень 2010. - № 13 – С. 2 – 29.

51. Підвисоцький, В. «Косяк» під корінь косить. / В. Підвисоцький // Голос України. — 2003.-17 квіт.(№ 74). — С.16.

52. Підшивалкіна В. І., Левинський М. В., Мірошниченко Н. А. Соціотехнологічні проблеми боротьби з наркоманією // Соціальні технології. — Київ, 2010. — Вип. 11. — С. 47–59.

53. Підшивалкіна В. І. Наркоманія та місто: до проблеми розповсюдження наркотиків в місцевому середовищі // Соціологія міста: наукові проблеми та соціальні технології: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (27 квітня 2001 р., м. Дніпропетровськ). — Дніпропетровськ, 2001 — С. 160–164.

54. Піщенко, Г. Кримінологічна характеристика наркоманії в Україні / Г. Піщенко, С. Мінченко // Право України. — 2005.- № 9. — С.63-66.

55. Погоріла Н., Таран Ю., Кім С., Герман І., Дієва Т. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед сексуальних партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків: аналітичний звіт за результатами дослідження 2009 року. Київ, Україна: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», 2010 р.

56. Про внесення змін до Закону України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/863-14>.

57. Проблеми наркоманій, ВІЛ-інфекції та ПСШ в Україні. – Інформаційний бюлетень / За ред. Б. П. Лазаренка – К.: ДЦССМ, 2012. – 52 с.

58. Профілактика вживання наркотиків серед учнівської та студентської молоді: методичний посібник // Журавель Т.В., Самусь В.В., Сергєєва К.В., Соловійова О.Д., Строева Н.М.; за ред. Т.В. Журавель. – К.: ФО-П Буря О.Д., 2014. – 96 с. ISBN 978-617-7018-23-9.

59. Профілактика наркотизації: Збірник інформаційних, теоретичних та методичних матеріалів з проблем девіантної поведінки підлітків і молоді. — Київ: Academpress, 1994. — 128 с.

60. Роудз Т., Балл А., Стімсон Г.В., Кобища Ю., Фітч К., Покровський В., Безрученко-Новачук М., Барроуз Д., Рентон А., Андрущак Л. ВІЛ-інфекція, пов'язана з вживанням ін'єкційних наркотиків, в нових незалежних державах Східної Європи: соціально-економічний контекст епідемії. Журнал «Addiction» [проблеми залежності]. Вересень 1999 р.; 94 (9):1323-36.

61. Салей, К. Навчіть дитину казати «ні» // Хрещатик. — 2003.- 24 жовт. (№ 158). — С.4.

62. Салига, В. Наступ на «наркоту» // Столиця. — 2005.- 1-7 квіт.(№ 13). — С.24.

63. Самойленко, Л. «Ширка» по-нашому // Вечірній Київ. — 2004.- 26 жовт. (№ 177). — С.7.

64. Симулик В.Д., Кіш П.П. Навчально-методичний посібник з інфекційних дитячих хвороб для студентів медичного факультету УжНУ URL:

<https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/35500/1/%D0%A1%D0%B8%D0%B C%D1%83%D0%BB%D0%B8%D0%BA%20%D0%92.%20%D0%94.%2C%20%D0%9A%D1%96%D1%88%20%D0%9F.%20%D0%9F.%20%D0%92%D1%96%D 1%80%D1%83%D1%81%D0%BD%D1%96%20%D0%B3%D0%B5%D0%BF%D0 %B0%D1%82%D0%B8%D1%82%D0%B8%20%D1%83%20%D0%B4%D1%96%D 1%82%D0%B5%D0%B9.pdf>.

65. Соціально-педагогічні та медико-психологічні заходи протидії вживанню наркогенних засобів неповнолітніми та молоддю: Науково-методичний посібник / Упор., заг. ред. О. І. Пелипенко. – К.: А. Л. Д., 1995.

66. Соціально-психологічна реабілітація людей із залежністю від наркотичних речовин: Науково-метод. збірка. – К., 2003. – 122 с.

67. Страшна статистика: на сьогодні в Україні 500 тисяч наркозалежних. Дивись. Info. 2017. 26 червня. URL : <https://dyvys.info/2017/06/26/strashna-statystyka-na-sogodniv-ukrayini-500-tysyach-narkozaleznyh/> (дата звернення : 08.07.2019).

68. Тютюн, алкоголь, наркотики в молодіжному середовищі: вживання, залежність, ефективна профілактика / О. О. Яременко, О. М. Балакірева, О. О. Стойко та ін. – К.: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, Український ін-т соціальних досліджень, 2005. – Кн. 7. – 196 с.

69. Узагальнений звіт за результатами досліджень та рутинного моніторингу серед ключових груп і фахівців неурядових організацій щодо потреб, отримання та надання ВІЛ-сервісів під час війни в Україні / Ковтун О. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2022. – 39 с.

70. Уроки зниження шкоди. Навчальний посібник. Матеріали для самостійного вивчення соціальними працівниками. МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» 2012 р.

71. Фромм Еріх. Мати чи бути? : пер. з англ. / Еріх Фромм. – К.: Укр. письменник, 2014. – (Світло світогляду). – Бібліогр.: – 222 с.

72. Щелкунов А. О. Соціально-педагогічні умови профілактики наркоманії серед підлітків та молоді // за ред. С. С. Єрмакова / Педагогіка,

психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: Зб.наук.пр. – Харків: ХДАДМ (XXIII), 2004. – № 16. – 48 – 53 с.

73. Юнак В. Ю. Наркоманія – шлях до безодні. – «Здоров'я», 2001. – 262.
74. A mathematical model to estimate global hepatitis B disease burden and vaccination impact [Текст] / S.T. Goldstein, F. Zhou, S.C. Hadler [et al.] // *Int. J. Epidemiol.* – 2005. – Vol. 34. – P. 1329-1339.
75. Anderson JC, Simonetti J, Fisher DG et al. Comparison of different HCV viral load and genotyping assays. *J Clin Virol* 2003; 28 (1): 27–37
76. Bjoerkvoll B, Viet L, OI HS et al. Screening test accuracy among potential blood donors of HBsAg, anti-HBc and anti-HCV to detect hepatitis B and C virus infection in rural Cambodia and Vietnam. *Southeast Asian. J Trop Med Public Health* 2010; 41 (5): 1127–1135.
77. Blach, S, Zeuzem S, Manns M et al. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology* 2016; 2 (3): 161–176.
78. Cavalcante LN, Lyra AC. Predictive factors associated with hepatitis C antiviral therapy response. *World Journal of Hepatology* 2015; 7 (12): 1617–1631
79. Dr. José Luis Calleja Panero. URL: <https://www.comunidad.madrid/en/hospital/puertadehierro/profesionales/area-medica/dr-jose-luis-calleja-panero>.
80. E. Terry and A. Pellens, *The Opium Problem Today*, N. Y. C., Bureau of Social Hygiene, Inc., 1928, pp. 53–57.
81. Everson GT, Towner WJ, Davis VN et al. Sofosbuvir With Velpatasvir in Treatment-Naive Noncirrhotic Patients With Genotype 1 to 6 Hepatitis C Virus Infection: A Randomized. *Ann Intern Med* 2015; 163 (11): 818–826.
82. Franco S, Barcons MG, BasagoitiFP et al. Characterization and evolution of NS5A quasispecies of hepatitis C virus genotype 1b in patients with different stages of liver disease. *Journal of Medical Virology* 2003, 71: 195–204.
83. Harrison Narcotics Tax Act, 1914. URL: <https://www.druglibrary.org/schaffer/history/e1910/harrisonact.htm>

84. Kayali Z, Schmidt WN. Finally sofosbuvir: an oral anti-HCV drug with wide performance capability. *Pharmacogenomics and Personalized Medicine* 2014; 7: 387–398.
85. Kiyosawa K, Tanaka E, Sodeyama T, Furuta S. Natural History of Hepatitis C. *Intervirol* 1994; 37: 101–107.
86. Lavenchy D. Evolving epidemiology of hepatitis C virus. *Clin Microbiol Infect* 2011; 17: 107–115.
87. Leyten EM, Prins C, Bossink AW, Thijssen S, Ottenhoff TH, van Dissel JT, Arend SM. Effect of tuberculin skin testing on a Mycobacterium tuberculosis specific IFN- γ assay. *Eur Respir J*. 2007 Jan 10; (Epub ahead of print).
88. Massimo Puoti, MD URL: <https://academicmedicaleducation.com/massimo-puoti-md>.
89. Mauss S, Rockstroh J, Wedemeyer H et al. *Hepatology – A Clinical text book*, 8-е изд., перераб. и доп., Hamburg: Medizin Fokus Verlag, 2017; 729.
90. Murphy DG, Sablon E, Chamberland J et al. Hepatitis C virus genotype 7, a new genotype originating from Central Africa. *J Clin Microbiol* 2015; 53 (3): 967–972.
91. Murphy DG, Willems B, Deschênes M et al. Use of sequence analysis of the NS5B region for routine genotyping of hepatitis C virus with reference to C/E1 and 5' untranslated region sequences. *J Clin Microbiol* 2007; 45 (4): 1102–1112.
92. Prevention & control of viral hepatitis infection: framework for global action. WHO/HSE/PED/HIP/GHP 2012.1. – 24 p. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130012/1/WHO_HSE_PED_HIP_GHP_2012.1_eng.pdf?ua=1.
93. Puchalski Ritchie LM, Schull MJ, Martiniuk AL, Barnsley J, Arenovich T van Lettow M, et al. A knowledge translation intervention to improve tuberculosis care and outcomes in Malawi: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *Implement Sci*, 2015, 10 (1): 38.).
94. Rachel HW, Dusheiko G. Natural history of hepatitis C. *Journal of Hepatology* 2014; 61: 58–68.

95. Rao VB, Johari N, du Cros P et al. Hepatitis C seroprevalence and HIV co-infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2015; 15 (7): 819–824.
96. Simmonds P, Bukh J, Combet C et al. Consensus proposals for a unified system of nomenclature of hepatitis C virus genotypes. *Hepatology* 2005; 42 (4): 962–973.
97. Smith DB, Bukh J, Kuiken C et al. Expanded classification of hepatitis C virus into 7 genotypes and 67 subtypes: updated criteria and genotype assignment web resource. *Hepatology* 2014; 59 (1): 318–327.
98. UN. Ukraine Internal Displacement Report, IOM. 23 January 2023.
URL:https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/FINAL_MSF_2020_22_Januar_small.pdf.
99. Who are we? By Pr Jean-Michel PAWLOTSKY. URL: <https://www.vhc-henrimondor.com/en/pawlotsky-research-labinserm-u955/who-are-we/>.
100. WHO. Global hepatitis report, 2017. URL: <http://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шановний респондент!

Просимо Вас взяти участь в дослідженні, спрямованому на виявлення причин вживання наркотиків та доступності для СІН соціальних та профілактичних послуг у Волинській області. Анкета анонімна, матеріали анкетування будуть узагальнені в цілому по групі учасників дослідження, конфіденційність гарантуємо. Відповідаючи на запитання обведіть кружечком або підкресліть той варіант відповіді, який Вам найбільш імпонує, або впишіть свій варіант.

1. Вкажіть Ваш вік: _____

2. Вкажіть Вашу стать:

1. Чоловік

2. Жінка

3. Чи вживаєте Ви наркотик ін'єкційним шляхом?

1. Так

2. Ні

4. Чи вживали Ви наркотик ін'єкційним шляхом впродовж останніх 30 днів?

1. Так

2. Ні

5. Пригадайте будь ласка, чи бракувало Вам у дитинстві любові та душевного тепла від рідних та близьких?

1. Так, бракувало

2. Ні, я не був/була обділений(а) в любові від близьких.

3. Не пам'ятаю

6. Чи вживали Ви наркотик задля цікавості та експерименту над своєю свідомістю?

1. Так

2. Ні

7. Чи були перед першим Вашим вживанням наркотиків друзі та однолітки, які вже це пробували?

Додаток Б

Показники захворюваності вірусними гепатитами В, С , ВІЛ-інфекцією/СНІДом, туберкульозом населення Волинської області та України за 2013 - 2023 роки

Назва	Територія	2013 р.		2014 р.		2015 р.		2016 р.		2017 р.		2018 р.	
		Абсолютне число	Випадки на 100 тисяч населення	Абсолютне число	Випадки на 100 тисяч населення	Абсолютне число	Випадки на 100 тисяч населення	Абсолютне число	випадки на 100 тисяч населення	Абсолютне число	випадки на 100 тисяч населення	Абсолютне число	Випадки на 100 тисяч населення
Туберкульоз	Україна	35163	77,5	30568	71,2	30151	70,5	28800	67,6	27121	63,9	26321	62,3
	Волинська обл	770	74,2	859	82,7	878	84,4	818	78,7	769	74,1	706	68,2
Гострий гепатит В (ГГВ)	Україна	1809	3,98	1535	3,38	1353	3,15	1487	3,43	1424	3,34	1449	3,42
	Волинська обл	29	2,76	25	2,34	27	2,53	22	2,10	22	2,12	20	1,93
Гострий гепатит С (ГГС)	Україна	695	1,53	556	1,23	589	1,37	583	1,32	478	1,12	477	1,12
	Волинська обл	3	0,29	3	0,28	5	0,47	4	0,38	3	0,29	1	0,10
Хронічний гепатит В (ХГВ)	Україна	1729	3,80	1697	3,74	1756	4,09	1535	3,59	1520	3,57	1577	3,71
	Волинська обл	55	5,24	47	4,40	42	3,97	27	2,57	28	2,69	2	2,79
Хронічний гепатит С (ХГС)	Україна	6144	13,52	5816	12,82	5983	13,95	5854	13,69	5757	13,52	5785	12,93
	Волинська обл	101	9,62	113	10,57	109	10,22	117	11,16	200	19,23	96	9,25
ВІЛ-інфекція	Україна	21631	47,6	19273	44,8	15808	37,0	17064	40,0	18193	42,8	18099	42,8
	Волинська обл	267	25,6	392	25,3	277	26,6	254	24,4	263	25,3	258	24,9
СНІД	Україна	9362	20,6	9844	22,9	8490	19,8	8841	20,7	9306	21,9	8839	20,9
	Волинська обл	110	10,6	144	13,8	128	12,3	128	12,3	144	13,9	129	12,4

Назва	Територія	2019 р.		2020 р.		2021 р.		2022 р.		2023 р.	
		Абсолютне число	Випадки на 100 тисяч населення	Абсолютне число	випадки на 100 тисяч населення	Абсолютне число	випадки на 100 тисяч населення	Абсолютне число	Випадки на 100 тисяч населення	Абсолютне число	Випадки на 100 тисяч населення
Туберкульоз	Україна	25237	60,1	17593	42,2	18241	44,0	18510	45,1	19851	48,4
	Волинська обл	664	64,3	499	48,5	614	59,9	616	60,5	745	73,1
Гострий гепатит В (ГГВ)	Україна	1312	3,11	731	1,74	508	1,22	520	1,255	759	1,85
	Волинська обл	30	2,90	17	1,65	4	0,39	9	0,88	16	1,57
Гострий гепатит С (ГГС)	Україна	473	1,12	287	0,68	252	0,60	304	0,734	439	1,07
	Волинська обл	3	0,29	66	6,39	5	0,49	4	0,39	7	0,69
Хронічний гепатит В (ХГВ)	Україна	1560	3,7	773	1,84	626	1,5	896	2,163	1391	3,39
	Волинська обл	30	2,90	8	0,77	12	1,77	28	2,73	42	4,11
Хронічний гепатит С (ХГС)	Україна	5906	13,99	3492	8,32	3542	8,49	3668	8,856	6144	14,99
	Волинська обл	119	11,49	58	5,62	82	8,00	162	15,81	290	28,39
ВІЛ-інфекція	Україна	16257	42,2	15659	41,0	15360	40,6	12212	28,9	11658	28,4
	Волинська обл	156	15,9	139	13,5	116	11,3	99	9,7	168	16,5
СНІД	Україна	7502	19,5	4131	10,8	4151	11,0	3010	7,3	3351	8,2
	Волинська обл	133	12,8	61	5,9	62	6,0	39	3,8	53	5,2

Додаток В

Результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції за кодами обстеження в Україні 2020-2022
рр. за даними ДУ «Центр громадського здоров'я України»

Код обстеження	Контингенти осіб, які обстежені на ВІЛ-інфекцію	2020 рік			2021 рік			2022 рік		
		Обстежено осіб	Виявлено ВІЛ+		Обстежено осіб	Виявлено ВІЛ+		Обстежено осіб	Виявлено ВІЛ+	
			осіб	%		осіб	%		осіб	%
100	Громадяни України всього, в т. ч. за окремими кодами	1 959 243	21 277	1,1	1 923 468	19 040	1,0	1 612 348	14 937	0,9
101	Особи, які мали статеві контакти з ВІЛ+ особами	22 049	2 400	10,9	26 075	2 475	9,5	16 044	1 544	9,6
102	Люди, які вживають ін'єкційні наркотики	107 059	4 759	4,4	67 491	4 327	6,4	56 629	3 421	6,0
103	Особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим Віл-статусом	21 373	267	1,2	14 353	373	2,6	10 315	212	2,1
104	Особи із симптомами або хворі на ПСШ	22 122	229	1,0	15 592	151	1,0	13 963	93	0,7
105	Особи із ризикованою статевою поведінкою	94 179	1 212	1,3	106 374	1 420	1,3	85 904	1 097	1,3
106	Призовники, абітурієнти військових закладів	68 888	135	0,2	63 285	82	0,1	41 597	105	0,3
107	Особи з інших груп ризику щодо інфікування ВІЛ, обстежені за	38 554	509	1,3	23 773	885	4,1	18 289	890	4,9

	епідеміологічними показаннями									
108	Донори	441 163	303	0,1	483 364	243	0,1	541 742	290	0,1
109.1	Вагітні	306 351	653	0,2	261 972	619	0,2	205 118	450	0,2
111	Діти, народжені ВІЛ-позитивними жінками, обстежені з метою остаточного встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція у віці менше 18 міс.	1 949	7	0,4	1 919	6	0,3	1 207	4	0,3
112	Особи, які перебувають у місцях позбавлення волі	52 973	883	1,7	76 796	595	0,8	54 976	320	0,6
113	Особи, які мають захворювання, стани при яких пропонуються ПТВ при зверненні в ЗОЗ	394 099	5 542	1,4	433 035	4 354	1,0	326 389	3 903	1,2
114	Особи, обстежені анонімно	16 096	87	0,5	9 702	32	0,3	2 123	18	0,8
115	Особи, які мають ризик інфікування ВІЛ у наслідок медичних маніпуляцій	1 481	1	0,1	1 419	0	0,0	1 339	1	0,1
116	Особи, обстежені за власною ініціативою	368 097	1 847	0,5	334 125	1 358	0,4	235 157	1 099	0,5
119	Померлі особи	632	241	38,1	801	75	9,4	140	46	32,9